

Rückenschmerzen – eine Volkskrankheit

Kreuz- und Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden. Etwa 70 Prozent aller Erwachsenen erleben zumindest einmal in ihrem Leben das „Kreuz mit dem Kreuz“.

Die Ursachen sind vielfältig. Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule, entzündete Muskeln und Gelenke, eingeklemmte Nerven (Ischias) oder verschobene Bandscheiben können starke Rückenschmerzen verursachen. Verletzungen, Über- und Fehlbelastungen der Rückenmuskulatur, Bewegungsmangel oder psychische Anspannung sind weitere mögliche Hintergründe.

Lang anhaltende Rückenschmerzen können auch auf Krankheiten anderer Organe, zum Beispiel der Nieren, oder aber auf schwere Erkrankungen wie Tumore im Rückenbereich oder Metastasen einer anderen Krebserkrankung hinweisen. Nicht zuletzt kann Osteoporose Wirbelbrüche auslösen, die nicht nur schmerzhaft sind, sondern auch zu Haltungsstörungen führen.

Häufig wiederkehrende Rückenbeschwerden sind in manchen Fällen auch Ausdruck einer chronisch-entzündlichen Erkrankung, wie zum Beispiel Morbus Bechterew. Nächtliche Kreuzschmerzen sind im Frühstadium dieser Krankheit das führende Symptom. Im Rahmen entzündlicher Erkrankungen findet man Rückenschmerzen auch bei rheumatischen Erkrankungen, bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowie bei bakteriellen Infektionen.

Kreuzschmerzen dürfen also nicht „auf die leichte Schulter genommen“ werden, sondern gehören auf jeden Fall abgeklärt! Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Krankheitsbilder vorstellen.

■ Bandscheibenvorfall

Was ist ein Bandscheibenvorfall?

Die menschliche Wirbelsäule besteht aus 7 Halswirbelkörpern, 12 Brustwirbelkörpern, 5 Lendenwirbelkörpern sowie dem Kreuzbein und dem Steißbein.

Zwischen den Wirbelkörpern befinden sich die aus Knorpel- und Bindegewebe bestehenden, kissenartigen Bandscheiben. Sie bestehen aus einem weichen, gallertartigen, quellfreudigem (wasseraufnehmenden) Kern (nucleus pulposus) und einem umgebenden Ring aus straff gerichtetem Faserknorpelgewebe (annulus fibrosus). Der Wassergehalt der Bandscheibe beträgt beim Kind bis zu 90 Prozent und nimmt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich ab.

Die Bandscheibe übernimmt eine Pufferfunktion und macht die Wirbelsäule beweglich. Bei manchen Menschen kommt es im Laufe der Zeit zu verschleißbedingten Rissen an der Bandscheibe. Dadurch kann es zu einem Austritt des Gallertkernes kommen. Dieser Austritt von Bandscheibengewebe komprimiert häufig benachbarte Nerven und kann zu stärksten Schmerzen führen. Der Schmerz tritt entweder am Ort des Geschehens auf oder strahlt in die Arme oder Beine aus.

Die häufigste Manifestation von Bandscheibenvorfällen ist die untere Lendenwirbelsäule, häufig verbunden mit starken, stechenden Beinschmerzen, die auch als Ischialgie bezeichnet werden. Bandscheibenvorfälle an der Halswirbelsäule können zu Schmerzen und Taubheitsgefühlen der Arme mit oder ohne Lähmungen führen.

Wie wird ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert?

Die klinische Untersuchung mit Testverfahren zur Überprüfung des Kraft- und Reflexstatus in Kombination mit der Krankheitsgeschichte legen häufig schon eine Verdachtsdiagnose nahe. Kernspin- oder CT-Aufnahmen der Wirbelsäule ermöglichen eine exakte Darstellung des Vorfalles und bringen wichtige Zusatzinformationen über Lokalisation und betroffene Nervenwurzeln.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Abhängig von der Schmerzintensität, der Größe des Vorfalles und den individuellen Schmerzen empfehlen wir zunächst nahezu immer ein konservatives Therapieverfahren. Unter konservativer Therapie verstehen wir Kälte- oder Hitzebehandlung, physikalische Therapie, Schmerzmedikation, gezielte Infiltrationen und Nervenwurzelblockaden sowie Kräftigung der Rücken- und Bauchmuskulatur.

Häufig kann eine deutliche Besserung der Beschwerden erzielt werden. Halten die Schmerzen trotz konservativer Therapie an, so wird die Situation in einem gemeinsamen Gespräch erneut diskutiert und das weitere Vorgehen festgelegt. Manchmal kann nur eine frühzeitige Operation einen Nervenschaden verhindern.

Durch eine neuartige endoskopische Methode haben wir die Möglichkeit, auch größere Bandscheibenvorfälle im Bereich der Lendenwirbelsäule durch einen winzigen Zugang zu behandeln. Das schont das empfindliche Weichteilgewebe und minimiert das Vernarbungsrisiko. Das mikroskopische Operationsverfahren ermöglicht, das hervorgetretene Bandscheibengewebe unter Sicht zu entfernen und damit die Ursache der Schmerzen zu beseitigen.

Abhängig von der Lokalisation des Vorfalles und der Intensität der Schmerzen versuchen wir, gemeinsam mit dem Patienten das geeignete Therapieverfahren festzulegen. Wir begleiten ihn Schritt für Schritt auf dem weiteren Weg.

■ Frakturen der Wirbelsäule

Was ist eine Fraktur der Wirbelsäule?

Bei einer Fraktur handelt es sich um einen Bruch eines oder mehrerer Knochen der Wirbelsäule. Frakturen können prinzipiell an allen Wirbeln auftreten und haben meistens ein Trauma bzw. Unfall als Ursache. Bei geschwächtem Knochen oder ausgeprägter Osteoporose kann es jedoch auch ohne Trauma zu einem Bruch kommen.

Wie werden Frakturen der Wirbelsäule diagnostiziert?

Nach einer exakten klinischen Untersuchung und Unfallanamnese liegt häufig schon der Verdacht einer Fraktur nahe. Ergänzend wird neben einem konventionellen Röntgenbild auch eine CT Aufnahme oder NMR Aufnahme des betroffenen Abschnittes durchgeführt um den Frakturtyp genau bestimmen zu können.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Bei stabilen Bruchformen ist durch eine Kombination von Schmerzmitteln und Korsettbehandlung ein optimales Therapieergebnis zu erwarten. Bei anhaltenden Schmerzen, insbesondere bei älteren Patienten, kann durch ein minimal-invasives Vorgehen (Vertebroplastie, Kyphoplastie) nahezu unmittelbar eine Besserung der Schmerzen erzielt werden.

Manchmal ist jedoch auch ein operatives Vorgehen erforderlich, insbesondere beim Vorliegen neurologischer Störungen oder Einengung des Spinalkanals. Wir werden mit Ihnen gemeinsam die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten erörtern und Ihnen auf dem weiteren Weg zur Seite stehen

■ **Kongenitale Fehlbildungen**

Was ist eine kongenitale Fehlbildung

Manche Menschen werden bereits mit Veränderungen an der Wirbelsäule geboren, wie zB. ein zusätzlicher Lendenwirbelkörper, der Symptome oder Probleme entwickelt. Manche Fehlbildungen führen zu Skoliosen oder Kyphose, die im weiteren Verlauf engmaschig kontrolliert werden müssen. Manchmal erfordert dies auch eine frühzeitige Operation im Kindesalter.

Zu den seltenen kongenitalen Krankheitsbilder der Wirbelsäule zählen auch: Halbwirbel, Schmetterlingswirbel, Keilwirbel, Gelenkdysplasien und Wirbeldefekte sowie Bogenschlußstörungen.

Wie werden kongenitale Fehlbildungen diagnostiziert?

Häufig fallen bei den Patienten Haltungsstörungen, Rippenbuckel oder ein Schulter- bzw. Beckenschiefstand auf, zeitweise auch verbunden mit Schmerzen. Eine genau radiologische Diagnostik mit konventionellem Röntgen und ergänzenden Kernspin- oder CT Aufnahmen sind bei manchen Patienten unerlässlich um die Erkrankung frühzeitig adäquat zu behandeln.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Bei der Behandlung kommt es auf die Art der Fehlbildung, das Wachstumsverhalten und die Lokalisation an. In manchen Fällen erfolgt eine engmaschige klinisch-radiologische Kontrolle, bei manchen Patienten ist ein operatives Vorgehen jedoch unerlässlich

■ **Postnucleotomiesyndrom:**

Was ist ein Postnucleotomiesyndrom?

Das Postnucleotomiesyndrom ist eine Bezeichnung für alle anhaltenden, starken klinischen Beschwerden nach einer lumbalen Bandscheibenoperation. Die Patienten haben starke Verspannungen der Rückenmuskulatur, häufig verbunden mit Funktionsstörungen. Ursachen dafür liegen in Vernarbungen, Instabilitäten oder unzureichender Indikationsstellung durch den Voroperateur.

Wie wird ein Postnucleotomiesyndrom diagnostiziert?

Nach der klinischen Untersuchung und Durchsicht aller Vorbefunde geben neue Röntgen-, Kernspin- oder Computertomographieaufnahmen Hinweise auf die Schmerzursache.

Wie wird ein Postnucleotomiesyndrom behandelt?

Wann immer möglich empfehlen wir zunächst ein konservatives Vorgehen, begleitet von Krankengymnastik, physikalischer Rehabilitation, medizinischer Kräftigungstherapie, Schmerzmedikation und begleitenden Infiltrationen.

Manchmal kann durch diese Maßnahmen keine ausreichende Besserung der Beschwerden erzielt werden und es wird notwendig eine Operation durchzuführen. Gemeinsam mit dem Patienten versuchen wir, ein auf sein individuelles Erkrankungsbild ausgerichtetes, operatives Vorgehen zu bestimmen und begleiten ihn Schritt für Schritt auf dem weiteren Weg.

■ Skoliosen

Was ist eine Skoliose?

Unter einer Skoliose versteht man eine abnormale Verbiegung der Wirbelsäule. Normalerweise hat jeder Mensch in der Seitenansicht eine S-förmige Form der Wirbelsäule. Wenn man die Wirbelsäule von hinten betrachtet, so erkennt man im Normalfall eine gerade Linie vom Hals zum Gesäß.

Manchmal kommt es vor allem im Jugendalter zu Verkrümmungen der Wirbelsäule mit schweren Deformitäten des Brustkorbes und Becken- bzw. Schulterschiefständen, die einer weiteren Therapie bedürfen.

Die Skoliose wird normalerweise im Jugendalter erkannt und betrifft ca. zwei Prozent der Bevölkerung, manchmal mit gehäuftem familiären Auftreten. Skoliosen kommen jedoch auch im Erwachsenenalter vor und werden dann als degenerative Lumbalskoliose bezeichnet.

Wie wird eine Skoliose diagnostiziert?

Die meisten Skoliosen können bereits durch eine genaue klinische Untersuchung diagnostiziert werden. Klinische Zeichen einer Skoliose sind Schulterschiefstand, Beckenschiefstand, Rippenbuckel und Auffälligkeiten der Körperhaltung. Der Grad der Skoliose kann im Röntgenbild vermessen werden und dient zur weiteren Verlaufskontrolle oder Festlegung des weiteren Vorgehens.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Die Behandlungsoptionen sind vielfältig. Je nach Schwere der Erkrankung, Lokalisation der Krümmung und Wachstumspotential des Patienten wird gemeinsam ein Behandlungsschema erstellt. Dabei reicht ein konservatives Vorgehen häufig aus. Bei manchen Patienten sollte jedoch eine Korrektur der Skoliose auf operativem Wege erfolgen. Das beinhaltet dann auch einen längeren stationären Aufenthalt.

Wir werden mit Ihnen gemeinsam die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten besprechen und Ihnen auf dem weiteren Weg zur Seite stehen.

■ Spinalkanalstenose

Was ist eine Spinalkanalstenose?

Unter einer Spinalkanalstenose versteht man eine verschleißbedingte Erkrankung der Wirbelsäule. Der Nervenkanal wird eingeengt und dadurch die darin verlaufenden Nervenwurzeln bedrängt. Das Krankheitsbild betrifft überwiegend ältere Patienten. Am häufigsten kommt die Spinalkanalstenose im Bereich der Lendenwirbelsäule vor, kann jedoch auch im Bereich der Brustwirbelsäule auftreten.

Während die Verschleißprozesse voranschreiten, kommt es häufig zu einer Veränderung der Bandscheiben, Facettengelenken und knöchernen Anbauten. Die zunehmende Einengung des Wirbelkanals resultiert häufig in Schmerzen, Taubheitsgefühlen, Schwäche, Funktionsstörungen von Blase und Mastdarm oder sexuellen Funktionsstörungen. Nicht alle Spinalkanalstenosen müssen jedoch zu klinischen Symptomen führen.

Wie wird eine Spinalkanalstenose diagnostiziert?

Nach einer genauen Befragung der Krankheitsgeschichte und einer exakten klinischen Untersuchung können bildgebende Verfahren wie Kernspintomographie, Computertomographie oder Myelographie (Injektion von Kontrastmittel in den spinalen Liquorraum und Röntgendarstellung) in Kombination mit Computertomographie zur Diagnosefindung beitragen. Ergänzend können neurophysiologische Untersuchungsmethoden eine Nervenwurzelbeteiligung bestätigen. Manchmal ist auch die Konsultation eines neurologischen Fachkollegen erforderlich.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Wann immer möglich empfehlen wir ein konservatives, nicht operatives Vorgehen. In Fällen gering ausgeprägter Stenose kann eine medizinische Kräftigungstherapie, Krankengymnastik, Physikalische Therapie oder ein Mieder in Kombination mit medikamentöser Therapie bereits die Symptome lindern. Gezielte Infiltrationstechniken können manchmal eine temporäre Linderung der Schmerzen bewirken.

Bei ausgeprägter Spinalkanalstenose und therapieresistenten Beschwerden empfehlen wir eine Erweiterung (Dekompression) der eingeengten Bereiche. Dadurch können wir den beengten Nervenwurzeln wieder Platz schaffen.

Manchmal ist es notwendig, einige Wirbelkörper miteinander zu versteifen, insbesondere bei vorbestehenden Instabilitäten oder ausgeprägtem Bandscheibenverschleiß. Wir werden mit Ihnen gemeinsam die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten besprechen und Ihnen auf dem weiteren Weg zur Seite stehen.

■ Spondylodiszitis

Was ist eine Spondylodiszitis?

Unter einer Spondylodiszitis versteht man eine Entzündung eines oder auch mehrere Wirbelkörper und des angrenzenden Bandscheibenraumes. Diese Entzündungen können entweder nach Voroperationen lokal auftreten, oder sekundär, durch Entzündungen an anderen Stellen des Körpers. Weitere Entzündungen der Wirbelsäule entstehen an der Bandscheibe oder als Abszesse im Wirbelkanal.

Entzündungen an der Wirbelsäule stellen eine schwere Erkrankung dar und äußern sich häufig durch Fieber sowie Klopf- und Rüttelschmerz des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes.

Wie werden Spondylodiszitiden diagnostiziert?

Häufig kann durch Blutentnahmen, genaue klinische Untersuchung, Temperaturkontrolle oder Wundkontrolle schon eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Manche Patienten haben jedoch kaum Symptome.

Manche Risikofaktoren erhöhen das Auftreten von Infektionen. Dazu gehören Rauchen, Übergewicht, Diabetes mellitus, Harnwegsinfektionen oder ein unterdrücktes Immunsystem. Häufig kann das Ausmaß einer Spondylodiszitis nur durch weiterführende radiologische Diagnostik (NMR, CT) gesehen werden.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Abhängig von der Schwere der Erkrankung, Abszessformation und knöcherner Beteiligung wird von uns das weitere Vorgehen mit Ihnen besprochen. Viele Entzündungen der Wirbelsäule können konservativ mit Antibiotikagabe behandelt werden, bedürfen jedoch einer engmaschigen Kontrolle.

Manchmal ist eine Operation jedoch unumgänglich, um das entzündliche Gewebe zu entfernen und einen Übergriff der Infektion auf den Gesamtorganismus des Patienten zu verhindern. Wir werden gemeinsam mit Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und sie auf dem weiteren Weg begleiten.

■ Wirbelsäulentumoren

Was ist ein Wirbelsäulentumor?

Unter einem Tumor der Wirbelsäule versteht man eine Geschwulst, die sich in der Nähe des Rückenmarkes oder im Knochen bildet. Man unterscheidet die Tumoren je nach Wachstumsverhalten und Ursprung in bösartige bzw. gutartige Tumoren. Manchmal nehmen Tumoren ihren primären Ursprung an der Wirbelsäule. Häufiger handelt es sich jedoch um Metastasen, also sekundäre Tumoren der Wirbelsäule.

Alle Wirbelsäulentumoren können zu Schmerzen oder neurologischen Ausfällen führen und im weiteren Verlauf pathologische Brüche hervorrufen.

Wie werden Wirbelsäulentumoren diagnostiziert?

Zunächst äußern die Patienten Beschwerden wie Schmerz, Taubheitsgefühl, Gangunsicherheit, Blasen- Mastdarmfunktionsstörungen oder Muskelschwächen. Um eine exakte Diagnose zu erhalten, bedarf es neben einer genauen Durchsicht der Vorgeschichte, moderner Schnittbildverfahren (NMR, CT), um das genaue Wachstumsverhalten und Ausmaß der Gewebszerstörung zu erkennen.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

In den allermeisten Fällen führt die Diagnose eines Wirbelsäulentumors zu einem operativen Vorgehen und Entfernung. Je nach Tumorart kann jedoch auch nach Rücksprache mit dem Onkologen zunächst ein konservatives Vorgehen (Bestrahlung, Chemotherapie) gewählt werden um so die Größe des Tumors zu reduzieren.

Wir werden Sie gemeinsam mit dem Onkologen vor Ort umfassend über Ihre Erkrankung informieren, Ihnen die Behandlungsoptionen erläutern und Ihnen auf dem weiteren Weg zur Seite stehen.

■ Zervikale Myelopathie

Was ist eine zervikale Myelopathie?

Die zervikale Myelopathie bezeichnet eine meist druckbedingte Schädigung des Rückenmarkes, oft verursacht durch verschleißbedingte knöcherne Anbauten der Halswirbelkörper.

Die Erkrankung beginnt im Allgemeinen zunächst als spastische oder ataktische (Gleichgewichts- und Koordinationsstörung) Gangstörung in den Beinen und ist anfänglich nicht unbedingt mit Schmerzen verbunden. Die Patienten werden zu Beginn durch eine Stolperneigung oder Torkeln auffällig. Häufig wird die Diagnose der zervikalen Myelopathie aufgrund der fehlenden Schmerzsymptomatik erst verzögert gestellt.

Wie wird eine zervikale Myelopathie diagnostiziert?

Das Wichtigste in der Diagnosefindung der zervikalen Myelopathie stellt die klinische Untersuchung dar. Dabei sind von Seiten des Arztes vor allem Muskellähmungen, Taubheitsgefühle, Muskelspannungserhöhungen, Gangunsicherheiten und Steigerungen der Muskeleigenreflexe nachzuweisen. Die Diagnosesicherung gelingt mittels Kernspintomographie und Computertomographie. In Einzelfällen ist die Myelographie (Injektion von Kontrastmittel in den spinalen Liquorraum und Röntgendarstellung) in Kombination mit einem Postmyelo-CT bei der Diagnosestellung hilfreich.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Prinzipiell unterscheidet man zwischen ventralen (von vorne) und dorsalen (von hinten) Operationsverfahren. Das Ausmaß der Enge und die Lokalisation bestimmen die Art des Zugangsweges. Manchmal ist es auch notwendig, einen kombiniert durchgeführten ventro-dorsalen oder dorso-ventralen Eingriff vorzunehmen.

Im Rahmen der Operation wird die meist knöcherne Einengung des Spinalkanals beseitigt und die dekomprimierte Stelle mit einem Implantat aus Titan verblockt. Im ventralen Bereich nimmt man dazu ein Platten-Schraubenkonstrukt, wohingegen im dorsalen Bereich eine Kombination aus Schrauben und Längsstäben zur Stabilisierung verwendet wird. Durch diese Ruhigstellung des bereits vorgeschädigten Rückenmarkes wird es vor weiteren, bewegungsbedingten Schädigungen geschützt.