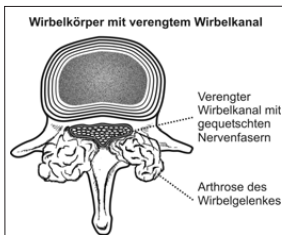
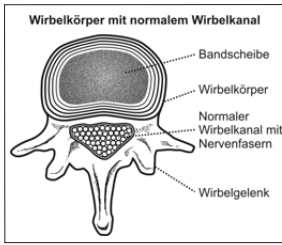


Definition

Unter Spinalkanalstenose wird eine umschriebene oder langstreckigere Einengung des Spinalkanals verstanden, die mit Rückenschmerz und belastungsabhängigen Symptomen in den Beinen verbunden ist.

Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Jährlich geben ca. 5 von 100.000 Einwohnern die typischen Beschwerden einer Spinalkanalstenose an. Ca. 3 bis 4 % aller Patienten, die wegen Rückenschmerzen einen Allgemeinarzt aufsuchen, haben als Ursache diese Erkrankung. Auslösendes Moment der Erkrankung ist eine Abnutzung der Bandscheibe. Aufgrund der Höhenminderung der Bandscheibe erschlafft der Bänderapparat der Wirbelsäule, und dies führt zu einer vermehrten Belastung der kleinen Zwischenwirbelgelenke (Facettengelenke). Als Folge entwickelt sich eine Arthrose mit Verdickung der Wirbelgelenke und Schwellung der Bänder. Im fortgeschrittenen Stadium führt dies zu einer Einengung des Spinalkanals mit Druck auf die Nervenwurzeln. Hauptsymptome sind Schmerzen in der Len-



Gangstörung durch Wirbelkanal-Einengung <M 48/R 26.2>

Spinalkanalstenose, lumbal

denwirbelsäulenregion (Lumbago) und belastungsabhängige Beinschmerzen (Claudicatio spinalis) mit Verkürzung der Gehstrecke. Die Beschwerden verstärken sich bergab, bessern sich bergauf oder beim Radfahren und bilden sich in Ruhe wieder zurück. Es kann auch zu einem Kribbeln, evtl. auch zu einem Taubheitsgefühl und Lähmungen im Bein kommen. In sehr fortgeschrittenen Fällen treten auch Blasen- und Mastdarmlstörungen auf.

Diagnostik

Der Arzt nimmt zunächst eine Beurteilung der Lendenwirbelsäule vor und überprüft neurologische Funktionsausfälle wie Lähmung, Taubheitsgefühl und/oder Reflexausfall. Im Unterschied zu arteriosklerotisch bedingten Durchblutungsstörungen der Beine (sog. Schaufensterkrankheit [Claudicatio intermittens]) sind bei der lumbalen Spinalkanalste-

nose die Fußpulse meist gut tastbar. Die Patienten erreichen im Unterschied zum lumbalen Bandscheibenvorfall beim Beugen mit gestreckten Beinen meist auch problemlos den Boden mit den Fingerspitzen. Elektrophysiologische Untersuchungen wie EMG oder Messung der Nervenleitung sind meist nicht erforderlich, helfen aber andere Ursachen der Beschwerden (z. B. eine generelle Nervenkrankung - Polyneuropathie) auszuschließen. Bei intensiven Beschwerden und neurologischen Symptomen wird eine Kernspintomographie oder eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Um ggf. die Art und das genaue Ausmaß eines operativen Eingriffes festzulegen, wird zunächst ein Röntgenkontrastmittel in den Sack mit den Nervenwurzeln gegeben (lumbale Myelographie) und überprüft, welche Abschnitte des Wirbelkanals sich noch mit Kontrastmittel füllen. Durch Vorwärts- und Rückwärtsbeugen lässt sich feststellen, ob eine Instabilität (Wirbelgleiten) vorliegt.

Nicht operative Therapie

Die nicht operative Behandlung umfasst lokale Wärmeanwendungen, Krankengymnastik, die Gabe von Schmerzmitteln und entzündungshemmenden Medikamenten mit abschwellendem Effekt. Eine Cortison-Lösung kann in die verdickten Zwischenwirbelgelenke gespritzt werden. In Kombination mit einem örtlichen Betäubungsmittel wird damit oftmals eine schlagartige und anhaltende Besserung erreicht. Alternativ können auch der

Sack mit den Nervenwurzeln oder gezielt einzelne Nervenwurzeln umspritzt werden.

Operation

Ziel des operativen Eingriffes ist es, durch Wegnahme des verdickten Knochens und der verdickten Bänder eine Entlastung der Nervenwurzel zu erreichen und damit die Beschwerden, insbesondere die Einschränkung der Gehstrecke, zu lindern. Der Eingriff erfolgt in Vollnarkose als mikrochirurgische Standardoperation. Um die Stabilität der Wirbelsäule zu erhalten, wird nur so viel Knochen wie nötig entfernt. Der stationäre Aufenthalt beträgt ungefähr 8 bis 10 Tage. Eine Reha-Behandlung kann angeschlossen werden und ist insbesondere bei neurologischen Ausfällen zu empfehlen. Liegt ein instabiles Wirbelgleiten vor oder ist mit der mikrochirurgischen Operation keine ausreichende Besserung der Beschwerden zu erreichen, wird eine ausgedehnte Entlastung des Wirbelkanals erforderlich: Die Bandscheibe und die verdickten Zwischenwirbelgelenke werden entfernt und die betroffenen Abschnitte anschließend versteift (Fusion). Hierzu wird in den Raum zwischen den Wirbelkörpern ein Metall- oder Kunststoffbehälter („Käfig“) eingebracht, der mit kleinen Knochenstücken gefüllt wird. Eine Schraube auf jeder Seite der beteiligten Wirbelkörper, die untereinander mit Metallstäben verbunden werden, sorgt für die Stabilisierung bis sich über dem Käfig eine feste knöcherne Verbindung gebildet hat.

Ambulanz Neurochirurgie
 Tel. (06841) 16-24412
Öffnungszeiten der Ambulanz:
 Mo - Do: 8.30 - 15.30 Uhr
 Fr: 8.30 - 14.30 Uhr

