

Bandscheibenvorfall: Den Erhalt der neurologischen Funktion im Blick behalten

Die gute Nachricht sei voraus geschickt: Über 90 Prozent aller Bandscheibenvorfälle bedürfen keiner Operation.¹ In der Tat resorbieren sich die meisten Vorfälle mit der Zeit von selbst,² und deshalb empfehlen die neuesten Leitlinien³ zunächst ein ca. sechs- bis achtwöchiges nicht-chirurgisches Management mit Physiotherapie, selbständigen Rückenübungen, Analgetika und ggf. Glukocorticoid-Infiltrationen an die betroffene Nervenwurzel. In Zeiten „überoperierter“ Rücken wollen wir Neurochirurgen mit Mythen aufräumen wie demjenigen, dass Bandscheibenvorfälle für isolierte Rückenschmerzen verantwortlich seien oder dass die schiere Größe eines Bandscheibenvorfalles allein prognostisch bedeutsam sei und dass diese Größe die Operationsindikation bestimme.

Letztere Indikation sollte immer aus einer vernünftigen Risiko-Nutzen-Abwägung erwachsen: Steht ein Patient tatsächlich vor lauter Schmerzen „mit dem Rücken an der Wand“ oder liegen höhergradige neurologische Ausfallserscheinungen oder sogar Störungen der Blasen-/Darmkontrolle vor, bleibt nur – auch notfallmäßig – die mikrochirurgische Sequestrektomie, welche –state-of-the-art – unter dem Operationsmikroskop über eine minimal-invasive interlaminiäre Fensterung erfolgt^{1,3} (siehe Skizze).

Auf eine Nukleotomie, also die zusätzliche Ausräumung des Bandscheibenraumes, kann in den meisten Fälle verzichtet werden, denn eine aggressive Curretage der Bandscheibe führt zu mehr Schmerzen und senkt die Rezidivrate nicht.⁴

Nur in wenigen und sorgfältig nach biomechanischen Gesichtspunkten selektierten Fällen oder bei wiederholten Rezidiven ist eine Stabilisierung der Wirbelsäule angezeigt.³ Kontraindiziert beim lumbalen Bandscheibenvorfall mit Radikulopathie ist der Einsatz eines interspinösen Spacers oder einer Prothese.³ Für Letztere ist das Indikationsspektrum ohnehin extrem schmal.⁵ Hier lohnt sich auch immer die Einholung eine Zweitmeinung.

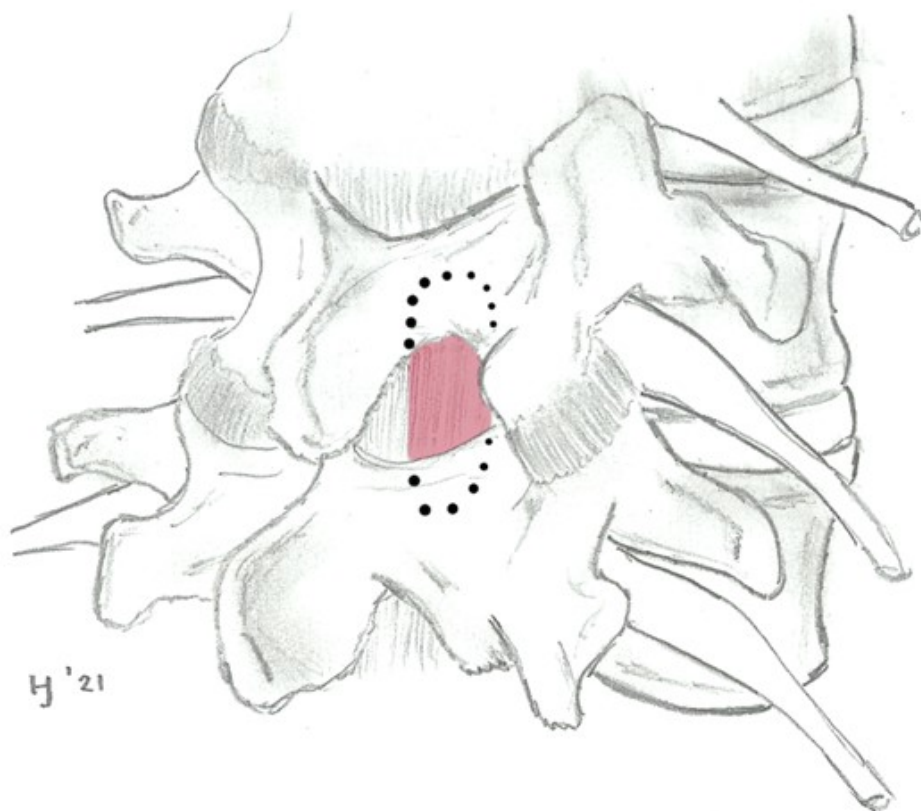


Abbildung: Die Skizze veranschaulicht den Zugang zum Wirbelkanal mittels interlaminiärer Fensterung am Unter- bzw. Oberrand der Laminae (gepunktete Linien) und Resektion des Ligamentum flavum (rosa Bereich).

© Dr. med. Holger Joswig - 2021

Kontakt

Dr. med. Holger Joswig
MVZ Neurochirurgie

E-Mail: neurochirurgie@mvzevb.de

Telefon: 0331 241-37953

- 1 Stienen, Cadosch, Hildebrandt, Gautschi. Lumbaler Bandscheibenvorfall - Management, klinische Aspekte und aktuelle Empfehlungen. Praxis. 2011;100(24):1475-1485.
- 2 Gautschi OP, Stienen MN, Schaller K. Spontanregression lumbaler und zervikaler Diskusherniationen – ein bekanntes Phänomen. Praxis. 2013;102(11):675-680.
- 3 Greitemann B, Schmidt R. Leitlinie zur konservativen, operativen und rehabilitativen Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik. AWMF. Published online June 28, 2021.
- 4 Azarhomayoun A, Chou R, Shirdel S, Lakeh MM, Vaccaro AR, Rahimi-Movaghar V. Sequestrectomy Versus Conventional Microdiscectomy for the Treatment of a Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review. SPINE. 2015;40(24):E1330-E1339.
- 5 Gravius S, Weißkopf M, Ohnsorge JAK, Maus U, Niethard FU, Wirtz DC. Die lumbale Bandscheibenprothese. Deutsches Ärzteblatt. 2007;104(38).