



Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
mit der neuen Auflage der OrthoNews möchte ich Ihnen unseren neuen Ansprechpartner für die stationäre



Dr. med. Volker Seipel

konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen und für die Schmerztherapie vorstellen.

Herr Dr. Volker Seipel ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und hat schon während seiner gesamten medizinischen Ausbildung auch durch seine Vorausbildung zum Physiotherapeuten ein besonderes Interesse für die konservative orthopädische Therapie und die Schmerztherapie. Nach seiner Facharzt Ausbildung hat er diesen Schwerpunkt konsequent weiter entwickelt und besitzt unter anderem die Zusatzqualifikation des Diplom-Osteopathen (DAAO).

Er wird nun als Oberarzt diesen Bereich in der Vulpius Klinik leiten und daher auch in diesen Fragen in Zukunft Ihr unmittelbarer Ansprechpartner sein. Sein heutiger Artikel behandelt die Diagnostik und konservative Therapie der Spinalkanalstenose.

Ich freue mich, dass wir mit der Berufung von Herrn Dr. Seipel und der Einführung dieses Bereiches einen sehr wichtigen Schwerpunkt der orthopädischen Therapie in der Vulpius Klinik weiterentwickeln konnten um Ihnen auch in Zukunft entsprechend unserer Philosophie ein kompetenter Ansprechpartner zu sein.

Mit freundlichen Grüßen

*M. Clarius*

Ihr PD Dr. Michael Clarius

## DIE DEGENERATIVE LUMBALE SPINALKANALSTENOSE

Die Inzidenz der lumbalen Spinalkanalstenose nimmt aufgrund der alternden Bevölkerung deutlich zu. Degenerative Veränderungen, speziell an der Lendenwirbelsäule, führen mit zunehmendem Alter zu Einengungen des Spinalkanals. Bei über 60-jährigen Patienten findet man im MRT in über 20% der Fälle eine lumbale Spinalkanalstenose. Dieses Krankheitsbild gewinnt somit für Orthopäden zunehmend an Bedeutung. Nachfolgend soll ein Überblick über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gegeben werden.

Bei der lumbalen Spinalkanalstenose handelt es sich um eine knöcherne bzw. ligamentäre Einengung des Spinalkanals. Hieraus resultieren lumbale Beschwerden sowie ein belastungsabhängiger Beinschmerz, der als Claudicatio intermittens spinalis bezeichnet wird. Klassifiziert wird die lumbale Spinalkanalstenose in eine primäre (z. B. anlagebedingte) sowie in eine sekundäre (z.B. degenerative) Form. Die sekundäre Form ist die weitaus häufigere.

Die Degeneration des Discus eines Bewegungssegmentes führt zu einer Protrusion mit Höhenminderung des Segmentes, vorderer Einengung des Spinalkanals und Recusculis lateralis sowie des Neuroforamens. Hierdurch kommt es zu einer zunehmenden Bandlaxität mit daraus resultierender erhöhter segmentaler Mobilität mit verstärkter Belastung v. a. der Facettengelenke, die mit Ausbildung von Spondylophyten und einer Hypertrophie reagieren. Das Ligamentum flavum faltet sich aufgrund des Höhenverlustes zusammen und hyper-



Abb. 1: Absolute Spinalkanalstenose L3/4, sagittale und axiale Schichtung (MRT).



Abb. 2: Wirbelsäulennahe Infiltration, z.B. epidurale sacrale Injektion

trophiert in der Folge. Gelingt es durch diesen Prozess nicht, das Segment hinreichend zu stabilisieren, kann eine manifeste Instabilität im Sinne einer Pseudospondylolisthesis bzw. eine Nervenwurzelkompression resultieren. Durch körperliche Belastung bzw. Hyperlordosierung wird das Ligamentum flavum weiter in den Spinalkanal vorgewölbt. Hierbei scheint nicht nur eine rein mechanische Irritation der Nervenwurzeln vorzuliegen, sondern auch eine vaskuläre Kompression beteiligt zu sein. Pathophysiologisch werden sowohl eine arterielle Ischämie als auch eine venöse Kongestion diskutiert. Unter Gehbelastung dekompenziert die vaskuläre Versorgung der Spinalnerven, die in Ruhe meist noch ausreicht.

Klinisch äußert sich die Spinalkanalstenose in Form von langjährigen, schleichend progredienten Rückenschmerzen, die in der Regel in die Beine ausstrahlen.

Darüber hinaus können auch neurologische Ausfälle, wie Hyposensibilität bzw. Paresen bis hin zum Caudasyndrom, auftreten. Charakteristischerweise ist die Gehstrecke der Patienten deutlich eingeschränkt. Linderung ihrer Beschwerden erfahren die Patienten durch Einnehmen

einer Flexion des Oberkörpers wie zum Beispiel beim Radfahren. Im Gegensatz zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, reicht das alleinige Pausieren zur Schmerzlinderung nicht aus. Die Patienten müssen in der Regel zusätzlich eine sitzende Position einnehmen. Differentialdiagnostisch muß an eine Polyneuropathie bei Diabetes mellitus, Coxarthrosen, Bandscheibenschädigungen sowie generelle degenerative Veränderungen der Wirbelsäule gedacht werden. Die Diagnose einer lumbalen Spinalkanalstenose wird in der Regel klinisch gestellt. Eine bildgebende Diagnostik ist bei ausgeprägten und therapieresistenten Beschwerden bzw. einer radikulären Ausfallsymptomatik indiziert. Als Erstdiagnostik werden Röntgenaufnahmen der LWS in 2 Ebenen angefertigt, u.a. auch zur Differentialdiagnostik z.B. bei Frakturen, Spondylodiszitis und Tumoren. Eine mögliche Instabilität kann anhand von Funktionsaufnahmen in Flexion und Extension aufgedeckt werden. In der Regel wird eine MRT der LWS durchgeführt.

Die Therapie der dekompensierten lumbalen Spinalkanalstenose ist zunächst konservativ. Hierbei kommen Krankengymnastik, physikalische Therapiemaßnahmen, medikamentöse Schmerztherapie sowie lokale Injektionsverfahren zur Anwendung. Neben paravertebralen Injektionen werden epidural-sacrale oder epidural-dorsale Injektionen, u. a. mit Kortikoidzusatz, verabreicht. Sind die Beschwerden durch konservative Maßnahmen nicht mehr zu beherrschen oder liegen höhergradige neurologische Ausfälle vor, stehen operative Verfahren zur Verfügung wie die Dekompressions-Laminektomie mit oder ohne Stabilisierung, interlaminäre Fensterungstechniken sowie die Implantation interspinöser Spacer.

Stationär behandelt werden in der Vulpius Klinik Patienten, die ambulant nicht mehr führbar sind, z.B. aufgrund ausgeprägter Schmerzsyndrome bzw. höhergradiger sensomotorischer Ausfallserscheinungen. Zur Anwendung kommen krankengymnastische, physikalische sowie interventionelle Therapieverfahren. Sollte sich im Verlauf eine OP-Indikation ergeben, wird der Patient der entsprechenden operativen Maßnahme zugeführt.

## AMBULANZ-SPRECHZEITEN ALLGEMEINE ORTHOPÄDIE

Mo 08:00 - 14:00 Uhr  
Di 08:00 - 14:00 Uhr  
Do 08:00 - 14:00 Uhr

### Wirbelsäulen-Sprechstunde

Mo 09:00 - 12:30 Uhr  
Fr 09:00 - 11:00 Uhr

### Terminvereinbarung

Telefon 07264/60-120

## 36. Orthopädentreffen auf Burg Ravensburg am 17. Oktober 2012



#### Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH  
Priv.-Doz. Dr. Michael Clarius, Chefarzt  
Orthopädie und Unfallchirurgie  
Dr. med. Volker Seipel, Oberarzt  
Orthopädie und Unfallchirurgie  
Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau  
info@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de