

## ARTIKEL Stabilisierungsoperationen

## Schienen für den Rücken

Wenn konservative Verfahren versagen, hilft oft nur noch eine mechanische Stabilisierung der Wirbelsäule.

VON OTMAR RHEINHOLD

Diesen Satz hat sicher jeder schon einmal gehört oder gelesen: „Seit dem Unfall hab ich ein paar Schrauben im Rücken.“ Nicht wenige werden ihn ein bisschen unheimlich gefunden haben. Schrauben im Bein sind ja noch vorstellbar – aber an der Wirbelsäule?

Tatsächlich ist eine sogenannte Stabilisierungs-OP nach dem Scheitern konservativer Behandlungsmöglichkeiten oft die letzte Möglichkeit, Verletzungen und andere pathologische Veränderungen an der Wirbelsäule zu behandeln. Im Prinzip geht es darum, zwei oder mehrere Wirbelsäulenelemente mechanisch miteinander zu verbinden, um diesen Abschnitt wieder stabil zu machen. Manche sprechen auch von einer dauerhaften Schienung. Ein Risiko für das Rückenmark besteht, ist aber

dank moderner Operationsmethoden in den vergangenen Jahren immer geringer geworden. Stabilisierungs-OPs finden an allen Teilen der Wirbelsäule statt. Bei Autounfällen etwa kommt es oft zu Verletzungen im Bereich der Halswirbelsäule wie Knochenbrüche oder Weichteilverletzungen, zum Beispiel Risse oder

Teilrisse von Sehnen und Muskeln oder Abquetschungen von Gefässen. Knochenbrüche, aber auch Verletzungen des Muskel- und Bänderapparates können zu Instabilitäten führen, die sich nicht immer konservativ behandeln lassen. Verletzungen der Halswirbelsäule können zu zerebralen Fehlfunktionen oder

extremem Kopfschmerz führen. Bei einer Stabilisierungs-OP wird oft die gesamte Halswirbelsäule unter Einbeziehung der Schädelbasis versteift.

#### Häufig im Lendenwirbelbereich

Auch die Brustwirbel sind oft von Verletzungen betroffen. Am häufigsten sind jedoch Stabilisierungs-OPs im Lendenwirbelbereich als Ort der grössten Belastung der Wirbelsäule. Zudem treten hier 80 Prozent aller Fälle von Spondylolisthesis, also Wirbelgleiten auf. Ganz allgemein kommen Stabilisierungs-OPs auch bei der operativen Behandlung einer Skoliose, also einer seitlichen Verkrümmung der Wirbelsäule, zum Einsatz. Auch im Zusammenhang mit Bandscheiben- oder Dekompressions-OPs finden oft zusätzliche Stabilisierungen statt. Bei einer Dekompressions-OP werden knöchernen Strukturen im Wirbelkanal

oder an den Austrittsstellen der Nerven entfernt. Anschliessend wird die betreffende Stelle häufig zusätzlich stabilisiert, sodass der neu geschaffene Platz auch weiterhin besteht.

Eingesetzt werden stabilisierende Elemente immer häufiger in mikroinvasiven Verfahren. Meist werden rechts und links der Dornfortsätze Schrauben in den Wirbelbogen gedreht, durch deren Köpfe dann kurze Verbindungsstangen geführt werden. So kann der Abstand zwischen zwei Wirbeln wieder „eingestellt“ oder ein Gleitwirbel repositioniert werden. Ein Sonderfall ist die moderne Technik der dynamischen Stabilisierung – hier wird nicht mit steifen, sondern mit teilelastischen Verbindungen gearbeitet. So behält die gelenkartige Verbindung zwischen den Wirbeln einen Teil ihrer Beweglichkeit – trotz „Schrauben im Rücken“.



## INTERVIEW Thema

## „Mehr Lebensqualität durch gezielte Schmerztherapie“

» Schmerzpatienten beklagen oft, nicht ernst genommen zu werden.

Wie gehen Sie damit um?

Dr. Hartmann: Wir nehmen die Beschwerden unserer Patienten sehr ernst. Wir versuchen jedem Patienten gerecht zu werden, indem wir seinen persönlichen Schmerz anerkennen, uns grosse Mühe geben, diesen genau zu analysieren und damit befähigt werden, die adäquate Therapie zu empfehlen. Körper (Nerven und Gelenke), Psyche (Gemüt und Zuversicht) und soziales Umfeld (Familie und Arbeitsplatz) werden so beachtet und adressiert. Dr. Bättscher: Deshalb nehmen wir uns zum Beispiel viel Zeit im Gespräch. Auf diese Empathie wird im gesamten Team sehr grossen Wert gelegt. Wichtig ist uns auch ein grosses Mass an Offenheit und Ehrlichkeit. Wir versprechen nichts, was wir nicht leisten können, sondern definieren zusammen mit dem Patienten realistische Erwartungen an die Therapie.

» Am 2. Februar 2012 eröffnen Sie in der Wallisellenstrasse die Schmerzklinik Zürich. An wen wendet sich Ihr Angebot?

Dr. Hartmann: Wir sprechen generell alle Schmerzpatienten mit akuten oder chronischen Schmerzen an, bei denen die Möglichkeiten der haus- oder fachärztlichen Behandlung ausgeschöpft sind. Insbesondere wenden wir uns aber an Patienten mit Schmerzen des Bewegungsapparates, Nervenschmerz, Schleudertrauma oder Kopfschmerzsyndromen sowie Patienten mit komplexen, regionalen Schmerzsyndromen oder Schmerzen im Bauch- und Beckenraum.

» Wie sieht die Infrastruktur der Klinik aus?

Dr. Bättscher: Neben den Behandlungsräumen steht eine chirurgische Tagesklinik mit Operationssaal, Interventionsraum und Überwa-

chungsbereich zur Verfügung. Diagnostik und Therapie können so auf international gültigem Niveau durchgeführt werden.

» Sie arbeiten in einem interdisziplinären Team. Welche Vorteile hat das?

Dr. Hartmann: Mit den auf Schmerztherapie spezialisierten Kollegen steht uns ein Fachteam zur interdisziplinären Diagnostik und Therapie rund um den Schmerz zur Verfügung. Aus der professionellen Arbeit der einzelnen Disziplinen heraus entwickeln wir für jeden Schmerzpatienten ein individuelles, konzentriertes Konzept. Wir haben neben Spezialärzten für Anästhesie und Psychiatrie physiotherapeutische, psychologische und Akupunktur-Kompetenzen im Team. Fachneurologische, rheumatologische und wirbelsäulen chirurgische Fachleute werden im speziellen Fall hinzugezogen. Die inhaltlich und räumlich enge Zusammenarbeit garantiert einen zeitnahen und optimierten Behandlungsablauf zum Nutzen des Patienten wie auch des zuweisenden

Arztes, mit dem das Vorgehen abgestimmt wird.

» Viele Schmerzpatienten sind Langzeitpatienten. Können Sie hundertprozentige Heilung versprechen?

Dr. Bättscher: Das kommt immer auf das Krankheitsbild an. Unser Ziel ist es aber in erster Linie, dem Patienten zu mehr Lebensqualität und zur verbesserten Bewältigung des Alltags zu verhelfen. Das gelingt uns zum Beispiel schon dann, wenn wir den Schmerz um 50 Prozent reduzieren. Ausserdem können wir dem Patienten Strategien mit auf den Weg geben, die ihm helfen, mit dem Schmerz besser umzugehen.

» Warum geht der Schmerz manchmal nicht wieder weg?

Dr. Hartmann: Schmerzen halten an, wenn die Voraussetzungen dafür – eine Fehlhaltung, eine Entzündung oder eine Verletzung – über längere Zeit bestehen. Hält ein Schmerz länger als sechs Monate an, sprechen wir von einem chronischen Schmerz. Mit der Entwicklung des sogenann-

ten Schmerzgedächtnisses ist es sogar so, dass sich ausgehend von Schmerzen mit anatomisch definiertem Ursprung Schmerzsyndrome entwickeln, die in Körperregionen auftauchen, die ursprünglich gar nichts mit dem Krankheitsgeschehen zu tun haben.

» Spielt die Psyche auch eine Rolle?

Dr. Bättscher: Schmerzsyndrome können tatsächlich auch psychische Ursachen haben. Trauer und Frustration zum Beispiel können Schmerz verursachen. Andererseits beeinflusst lang anhaltender Schmerz die Psyche.

» Wie finden Sie die passende Therapie?

Dr. Hartmann: Das A und O für eine erfolgreiche Therapie ist die exakte Diagnose. Deshalb klären wir zuerst ab, ob es sich eher um eine körperliche oder eine seelische Störung handelt. Neben der psychologischen und physiotherapeutischen Begutachtung setzen wir dazu gezielte Infiltrationen in Form von Spritzen ein. Daraufhin

legen wir das weitere Prozedere fest, ob wir konservativ behandeln, stärker eingreifen oder operieren.

» Welche Arten von Therapien kommen infrage?

Dr. Bättscher: Zu den sanften Therapien gehören beispielsweise die traditionelle Physiotherapie und Entspannungsverfahren, aber auch Akupunktur oder Neuraltherapie. Auch Hypnose kann eine Option sein.

» Sie arbeiten auch mit den sogenannten interventionellen Methoden. Was muss man sich darunter vorstellen?

Dr. Hartmann: Dabei behandeln wir die betroffenen Nerven und Gelenke lokal mittels Medikamenteninjektionen, führen kathetergesteuerte Behandlungen und die sogenannte Neuromodulation mittels gezielter rückenmarksnaher Stromtherapie durch. So erlangen wir entscheidende Hinweise zur exakten Diagnose und können im Anschluss diagnosebezogen die erfolgversprechendste Therapie – medikamentös, minimalinvasiv, operativ oder psychotherapeutisch – anbieten. Nicht selten erfolgt die Kombination verschiedener Therapieformen.

» Gibt es weitere interventionelle Methoden?

Dr. Bättscher: Ein Eingriff, den wir häufig durchführen, ist die Radiofrequenzläsion. Dabei behandeln wir die betroffenen Nerven mit elektrischem Strom und gegebenenfalls zusätzlich mit Hitze. Für eine gewisse Zeit können so die für die Schmerzempfindung zuständigen Nerven in ihrer Funktion gestört werden, was im Ergebnis den Effekt der Schmerzreduktion bewirkt. Die nächste Behandlungsstufe ist der Neurostimulator – Drahtelektroden, die rückenmarksnah oder unter die Haut gelegt werden. Diese stimulieren die betroffenen Nerven so, dass sie den Schmerz nicht mehr an das Gehirn weiterleiten können.



Dr. med. Michael Hartmann und Dr. med. Andreas Bättscher haben die Schmerzklinik Zürich gegründet. Beide sind Fachärzte für Interventionelle Schmerztherapie und Fachärzte für Anästhesiologie