

Merkblatt zur Nachbehandlung Operation an der Lendenwirbelsäule

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Was Sie wissen sollten



Sie leiden an einer degenerativen Erkrankung einer oder mehrerer lumbaler Bandscheiben (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Wirbelgleiten). Hierbei handelt es sich um degenerative Veränderungen der Bandscheiben, die zu Funktionsstörungen der betroffenen Bewegungssegmente (Verlust der Dämpfungsfunktion, Instabilität, Vorwölbung oder Austritt von Anteilen des Gallertkerns mit Nervenkompression) und entsprechenden Beschwerden bzw. Ausfallerscheinungen (Rücken- und/oder Beinschmerzen, Gehstreckeneinschränkung, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Inkontinenz, etc.) führen. Bei fortgeschrittener Segmentdegeneration (neben den Bandscheiben können auch die Wirbelgelenke betroffen sein) stehen ggf. reine belastungsabhängige Rückenschmerzen im Vordergrund.

Da bei Ihnen die bislang durchgeführten konservativen (d. h., nicht-operativen) Maßnahmen keine ausreichende Beschwerdelinderung erbracht haben, ist nun die operative Behandlung (Entfernung eines Bandscheibenvorfalles bzw. Erweiterung des Wirbelkanals mit Entlastung der betroffenen Nervenwurzel(n), ggf. zusätzliche stabilisierende Maßnahmen / Versteifung der betroffenen Segmente) vorgesehen, bzw. schon erfolgt. Für ein zufriedenstellendes mittel- und langfristiges Ergebnis ist nach der Operation neben einer entsprechenden Nachbehandlung v. a. ein angepasstes Verhalten im täglichen Leben erforderlich.

Behandlungsmethoden

Je nach Art und Ausprägung der degenerativen Veränderungen an Bandscheiben und Wirbelgelenken werden die nachfolgend genannten operativen Verfahren entweder einzeln (z. B. einfache Entfernung eines Bandscheibenvorfalles) oder in Kombination (z. B. Erweiterung des Wirbelkanals mit gleichzeitiger Stabilisierung) eingesetzt.

Bandscheibenvorfall

Bandscheibenvorfälle können entweder in Richtung des Wirbelkanals oder der Nervenaustrittslöcher (Symptom: Beinschmerz) oder in die Wirbelkörper (Symptom: Rückenschmerz) erfolgen. Bei konservativ nicht behandelbaren Beinschmerzen oder neurologischen Ausfallerscheinungen (Gefühlsstörungen, Lähmungen, Blasen-Mastdarminkontinenz) kann die zugrundeliegende Kompression von Spinalnerven und Wurzeln durch mikrochirurgische bzw. endoskopische Entfernung des ursächlichen Bandscheibenvorfalles beseitigt werden. Je nach Art und Ausprägung der Schmerzen bzw. der neurologischen Funktionseinbußen ist die Operation elektiv (Wahleingriff) oder dringlich durchzuführen.

Wirbelkanalverengung

Eine therapierelevante Verengung des Spinalkanals beruht auf degenerativen Veränderungen an Bandscheiben (Vorwölbung) und Gelenken (Arthrose, Gelenkzysten). Bei kritischer Querschnittsreduktion kommt es zu einer Durchblutungsstörung der Spinalnerven/Wurzeln, die sich in der Regel durch Beinschmerzen und/oder Gefühlsstörungen und Schwäche der Beine, gelegentlich auch eine

Störung der Blasen-Mastdarmkontinenz bemerkbar macht. Nicht selten besteht gleichzeitig eine Instabilität der betroffenen Bewegungssegmente (d. h., der funktionellen Einheit aus Bandscheibe und benachbarten Wirbeln), so dass der operative Eingriff neben der Erweiterung des Wirbelkanals auch eine Stabilisierung des/der betroffenen Bewegungssegments(e) umfasst.

Je nach Art und Ausprägung der Symptome ist ein operativer Eingriff selektiv (als Wahleingriff) oder dringlich durchzuführen.

Instabilität

Eine Instabilität lumbaler Bewegungssegmente entsteht i. d. R. aufgrund fortgeschrittener degenerativer Veränderungen an Bandscheiben und Wirbelgelenken. Diese Situation ist mechanisch vergleichbar mit einem Autoreifen, der auf der Felge fährt. Gelegentlich beruht die Instabilität auf frühkindlich oder traumatisch erworbenen Defekten i. B. der Gelenkfortsätze. Instabilitäten i. B. der Brust- und Lendenwirbelsäule können auf Dauer zu degenerativen Deformitäten (Skoliosen) mit Beeinträchtigung der Körperhaltung führen. Instabilitäten i. B. der Brust- Lendenwirbelsäule äußern sich v. a. in belastungsabhängigen Rückenschmerzen (Gefühl des Durchbrechens), es können aber auch Beinschmerzen und/oder Gefühlsstörungen und Schwäche der Beine, gelegentlich auch eine Störung der Blasen-Mastdarmkontinenz auftreten. Die operative Behandlung umfasst die Re-Stabilisierung des/der betroffenen Bewegungssegments(e), entweder in Form einer dynamischen (bewegungserhaltenden) oder rigiden Fixierung (Versteifung). Die typische biologische Reaktion auf eine Segmentinstabilität ist eine Vergrößerung der Wirbelgelenke (die zu einer Spinalkanalverengung führen kann; s. o.), die letztlich in eine spontane Versteifung des betroffenen Segments einmündet.

Zur Re-Stabilisierung der Brust- und Lendenwirbelsäule stehen eine Vielzahl von Implantatsystemen (Fixateure, Bandscheibenersatzimplantate, etc.) zur Verfügung. Wenn möglich, versuchen wir versteifende Verfahren – gerade bei jungen Patienten – zu vermeiden (z. B. mittels endoprothetischem Bandscheibenersatz). Bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen (insbesondere bei Deformitäten) oder bei höherem Lebensalter sind jedoch versteifende Verfahren nicht nur unumgänglich; sie ersetzen/beschleunigen den natürlichen Prozess der spontanen Versteifung. Eine Vielzahl stabilisierender Verfahren wird in unserer Klinik standardmäßig minimal-invasiv (weichteilschonend) durchgeführt, so dass die Erholung nach dem Eingriff deutlich beschleunigt wird.

Behandlungsablauf



Vor der Operation werden Röntgenbilder, MRT und CT zur Planung der Operation angefertigt. Anhand dieser Untersuchungen wird neben Ort und Umfang der Bandscheibenoperation bzw. der Erweiterung des Wirbelkanals festgelegt, welche Implantate ggf. verwendet werden. Bei der Behandlung von Instabilitäten und Deformitäten (Wirbelgleiten, Skoliose, Kyphose) werden Art und Umfang der notwendigen Korrektur vor dem Eingriff mit Hilfe von Bildverarbeitungsprogrammen und Planungssoftware festgelegt.



Bei der stationären Aufnahme wird Blut abgenommen und es erfolgt eine Vorstellung bei den Kollegen der Anästhesie, die mit Ihnen die Form der Narkose besprechen. In der Regel werden ein EKG und Röntgenaufnahmen der Lunge angefertigt, bedarfsweise weitere Untersuchungen (Lungenfunktion, Herzultraschall, etc.) durchgeführt. Außerdem erfolgt die (erneute) Aufklärung über den Ablauf der Operation und die damit verbundenen möglichen Komplikationen.



Am Tag der Operation dürfen Sie nichts mehr essen und trinken, bleichen also nüchtern. Wichtige Medikamente dürfen Sie morgens mit einem kleinen Schluck Wasser in aller Regel nehmen. Beachten Sie bitte auch die Hinweise der Narkoseärzte. Vor dem Eingriff werden Sie zunächst in den Aufwachraum gebracht, wo die ersten Narkosevorbereitungen getroffen werden. Anschließend fahren Sie in den OP und die Narkose wird eingeleitet, die Operation beginnt.

Nach der Operation bringen wir Sie zum Aufwachen wieder in den Aufwachraum (später dann zurück auf die Normalstation) oder die Intensivstation. Auch dort können Ihre Angehörigen Sie besuchen.

Am ersten Tag nach der Operation beginnt die Krankengymnastik. Ziel ist, dass Sie so rasch wie möglich wieder gut und sicher aus dem Bett aufstehen, über den Flur laufen und Treppen steigen können. Der Sozialdienst wird mit Ihnen ggf. frühzeitig über eine geplante Reha sprechen.

Im Verlauf des stationären Aufenthaltes werden wir nach der Operation ggf. erneut Blut abnehmen, um wichtige Blutwerte zu kontrollieren. Einige Tage nach dem Eingriff fertigen wir (bei stabilisierenden Eingriffen) Röntgenbilder an. Je nach Art und Umfang des Eingriffs werden Sie nach Hause entlassen oder in eine Rehabilitationsklinik verlegt.

Haltbarkeit von Implantaten

Um Wirbelsäulen-Implantaten (Fixateure, Bandscheibenprothese, etc.) eine langdauernde Funktion zu geben, sind sie aus Werkstoffen hergestellt, die mechanisch robust und gewebeverträglich sind. Das Versagen eines Implantats ist auf Grund einer mechanischen Lockerung oder durch eine Infektion möglich. Entscheidend für die reizlose Einheilung eines Wirbelsäulenimplantats ist aber auch, wie Sie sich nach dem Eingriff verhalten (Vermeidung mechanischer Überlastung durch Bücken und Drehbewegungen). Bitte denken Sie daran, geschlossene Schuhe zur sicheren Mobilisation mitzubringen.

Behandlung nach der Operation

Wenn möglich, dürfen Sie schon mit Hilfe am 1. Tag nach der Operation aufstehen. Das krankengymnastische Team wird bereits am 1. Tag nach der Operation mit den ersten Übungen beginnen. Für die Dauer des stationären Aufenthaltes werden Sie Antithrombosespritzen erhalten.

Nach der Entfernung der Drainagen (in der Regel am 2. Tag nach der Operation) wird die krankengymnastische Behandlung intensiviert (Transfer aus dem Bett, Gehschulung) mit voller Belastung (falls erforderlich im Gehwagen, später am Rollator). Ausserhalb des krankengymnastischen Trainings sollten Sie die erlernten Muskelkräftigungsübungen mehrmals am Tag selbstständig wiederholen. Sie sollten mehrmals am Tag aufstehen und einige Minuten umhergehen, da die natürliche Bewegungsbelastung den Heilungsprozess in Knochen und Gewebe fördert. Außerdem gibt es keine effektivere Maßnahme, um die Durchblutung zu normalisieren und so dem Auftreten einer Thrombose vorzubeugen. Längeres Sitzen sollte in den ersten 2 Wochen nach dem Eingriff vermieden werden.

Im Bett können Sie sich so lagern, dass es für Sie möglichst bequem ist. Sie dürfen auf der Seite schlafen.

Vor der Entlassung streben wir dem autonomen Transfer aus dem Bett und freie Mobilität auf der Stationsebene an. Etwa 3-4 Tage nach Entfernung der Drainagen können Sie unter Schutz der Wunde mit einem Duschpflaster erstmals duschen. Nach etwa 12-14 Tagen, nach Abschluss der Wundheilung, werden die Fäden entfernt.

Nach der Entlassung



Da die Rücken- und Bauchmuskulatur sowie rüchenschonende Bewegungsabläufe i. d. R. nicht ausreichend trainiert sind, sollte die in der Klinik begonnene krankengymnastische Übungsbehandlung weitergeführt werden. Eine ambulante Nachkontrolle in unserem MVZ erfolgt nach 3 Monaten.



Die Nachbehandlung erfolgt bis auf wenige Ausnahmen orthesenfrei, d. h., das Tragen von Miedern bzw. Korsetts nach dem Eingriff ist nicht erforderlich.



Bei relevanten rechtsseitigen motorischen Ausfällen ist aufgrund der eingeschränkten Reaktionsfähigkeit der Muskulatur vom Autofahren abzuraten.

Was kann ich selber tun/worauf muss ich achten?

Das Heben und Tragen von schweren Lasten (>10kg) ist zu vermeiden. Die Verankerung spinaler Implantate im Knochen ist empfindlich und kann vor allem durch Überlastung zerstört werden. Verzichten Sie daher auf stark belastende Sportarten. Günstige Sportarten sind: Schwimmen und Radfahren. Regelmäßige Nachuntersuchungen (einmal jährlich) sind zu empfehlen. Infektionen (z. B. Zahn-, Rachen-, Harnwegs-, Unterleibsinfektionen, etc.), müssen umgehend und systemisch behandelt werden, um ein Übergreifen der Infektion auf spinale Implantate (sofern vorhanden) zu vermeiden. Haben Sie weitere Fragen zur Nachbehandlung, wenden Sie sich bitte an die Stationsärzte und Krankengymnasten!

Zur besonderen Beachtung

Das Nachbehandlungsprogramm lässt sich bei den meisten Patienten anwenden. Letztendlich wird aber Ihr Operateur nach medizinischen Gesichtspunkten Ihre individuelle Nachbehandlung festlegen. Diese kann im Einzelfall von den oben beschriebenen Behandlungsschritten und Empfehlungen abweichen.

Bitte fragen Sie uns, falls noch Unklarheiten bestehen.

Ihr PD Dr. med. Rolf Schultheiß
Direktor der Klinik für Neurochirurgie

Klinik für Neurochirurgie
Direktor PD Dr. med. R. Schultheiß

Anschrift: Münsterstraße 240,
44145 Dortmund

Telefon: 0231/953-18300
Telefax: 0231/953-18954