



SCHWARZWALD-BAAR
KLINIKUM

MERKBLATT

Für Operationen bei
lumbalen Bandscheibenvorfällen
oder lumbalen Stenose

KLINIK FÜR
NEUROCHIRURGIE

AKADEMISCHES
LEHRKRANKENHAUS DER
UNIVERSITÄT FREIBURG

VORWORT

**Liebe Patientin,
lieber Patient,**

mit diesem Merkblatt möchten wir Sie etwas näher über die Ihnen bevorstehende Operation und die Zeit danach informieren. Dieses Merkblatt soll auch zum besseren Verständnis der Erkrankung und zum Heilprozess beitragen.

Für Ihre Fragen steht Ihnen unser Team selbstverständlich zur Verfügung.

Es grüßt Sie

Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Ritz
Direktor



WAS IST EIN BANDSCHEIBENVORFALL?

Man unterscheidet je nach Lokalisation (die am häufigsten auftretenden) Bandscheibenvorfälle im Lendenwirbelbereich (lumbal) oder Halswirbelbereich (cervical).

Die Bandscheiben wirken zwischen den Wirbelkörpern wie ein Stoßdämpfer. Sie haben die Form einer Scheibe. Man unterscheidet den äußeren Faserring und den im Inneren gelegenen Gallertkern. Tritt aus verschiedenen Gründen eine Lockerung des Faserrings und des Gallertkerns auf, so kommt es durch den hohen Druck und die körperliche Belastung zu einer Bandscheibenvorwölbung in Richtung des Wirbelkanals und der Nerven. Reißt der Faserring ein, so kann Bandscheibengewebe in den Wirbelkanal austreten (Bandscheibenvorfall). Dies führt zu einer Einklemmung (Kompression) der hier vorbeiziehenden Nerven.

Die Folgen können sein:

- > Rückenschmerzen
- > Ausstrahlung von Schmerzen in einem oder beiden Beinen
- > Gefühlsstörungen (Taubheit oder Kribbeln)
- > Lähmungen
- > Störungen beim Wasserlassen und beim Stuhlgang

WAS IST EINE LUMBALE STENOSE?

Bei fortgeschrittenen Bandscheibenschäden, zuerst ohne Nerveinklemmung, bilden sich überschießende Bindegewebsreaktionen und Knochenreaktionen im Wirbelkanal. Diese führen zu einer Einengung, welche einzelne Nerven oder ganze Nervengruppen komprimieren können.

DIE FOLGEN KÖNNEN SEIN

- > belastungsabhängige Rückenschmerzen, Reduzierung der Gehstrecke mit Auftreten von Schmerzen und Lähmungen in einem oder beiden Beinen
- > Gefühlsstörungen und Lähmungen, welche beim Liegen oder Sitzen wieder verschwinden können.
- > Angenehmste Haltung: Sitzen und Liegen mit angezogenen Beinen, damit es im Spinalkanal wieder mehr Platz gibt und die Beschwerden abnehmen.

Die genaue Diagnose wird vom Arzt/von der Ärztin aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde (Kernspintomographie/röntgenbilder/CT-Aufnahmen) gestellt.

UNTERSUCHUNGSMETHODEN

KERNSPINTOMOGRAPHIE

(MAGNET-RESONANZ-TOMOGRAPHIE)

Mit dem Kernspintomogramm können Bandscheibenveränderungen noch besser erfasst werden, sowie besondere Kompressionen der Nerven in den seitlichen Zwischenwirbelräumen genauer dargestellt werden. Ebenso können gutartige Geschwulste oder andere Ursachen, welche ähnliche Schmerzen wie Bandscheibenvorfälle verursachen, erkannt werden. Die Myelographie kann aber durch diese Methode nicht immer ersetzt werden (z.B. Patienten mit Herzschrittmacher können nicht in den Kernspintomographen).

COMPUTERTOMOGRAPHIE

(CT-SCHNITTBILDDIAGNOSTIK

MIT RÖNTGENSTRAHLUNG)

Kommt bei Patienten mit Herzschrittmacher oder bei speziellen Fragestellungen (z.B. Knochen-Beteiligung) zum Einsatz.

MYELOGRAPHIE

Die Myelographie zeigt am besten das Ausmaß der Nervenschädigung und wird dann durchgeführt, wenn die anderen Bilder (CT oder MR) nicht genügend Information für die Operation bieten. Bei der Myelographie wird eine Nadel in den Wirbelkanal eingeführt. Dann wird etwas Nervenflüssigkeit zur laborchemischen Untersuchung entnommen, um andere Erkrankungen auszuschließen. Danach wird ein Kontrastmittel eingespritzt. Auf den Röntgenaufnahmen werden nun die genaue Lage des Bandscheibenvorfalles und das Ausmaß der Nervenschädigung ersichtlich.

Es werden nochmals im Computertomogramm spezielle Aufnahmen gemacht.

Das Kontrastmittel wird innerhalb von 6 - 8 Stunden durch die Nieren wieder ausgeschieden. Gelegentlich können nach der Untersuchung Kopfschmerzen auftreten, deshalb sollte viel getrunken werden. Nach der Untersuchung sollten 6 Stunden Bettruhe eingehalten werden. Dabei muss der Körper in den ersten Stunden erhöht liegen.

DIE OPERATIONEN

WAS WIRD BEI EINER EINFACHEN BANDSCHEIBENOPERATION GEMACHT?

Durch einen Hautschnitt von 3 - 4 cm am Rücken schafft sich der Operateur zwischen den Wirbelkörpern mit Spezialinstrumenten einen Zugang zum Wirbelsäulenkanal. Mit dem Operationsmikroskop kann der Operateur den komprimierten Nerv erkennen und das herausgerutschte Bandscheibenstück (Sequester) entfernen. Danach wird ca. 1/4 bis 1/3 des erweichten Bandscheibeninhaltes (des Gallertkernes) herausgenommen, um eine Wiederholung des Vorfalles zu verhindern. Danach ist die Nervenwurzel frei. Es ist nicht nötig, die Bandscheibe zu ersetzen oder den Zwischenwirbelraum mit Kunststoff aufzufüllen. Der starke Faserring bleibt bei der Operation intakt, außer an der Stelle, an welcher der Bandscheibenvorfall durchrutschte. Bei dieser Operation handelt es sich um den kleinstmöglichen chirurgischen Eingriff an der Bandscheibe.

Die maximale Belastbarkeit der Wirbelsäule ist nach der Operation vermindert. Es setzt ein längerer Heilungs- und Anpassungsprozess an die veränderten Verhältnisse ein. Während dieser Zeit ist eine strenge Schonung angezeigt: d.h. das operierte Gewebe sollte ruhiggestellt werden, um eine möglichst geringe und schnelle Narbenbildung zu erreichen. Restliches Bandscheibengewebe wird bei konsequenter Schonung im Bandscheibenraum anwachsen und damit seltener nachträglich wieder herausgequetscht werden.

Die Nachbehandlung bei einfacher Bandscheibenoperation entspricht bei stabilen Verhältnissen einer aktiven Stabilisation, vor allem mit isometrischen Muskelübungen. Im seltenen Falle einer zusätzlichen Instabilität wird bei Bedarf ein Lendenmieder verordnet und es wird eine passive stabilisierende Therapie eingesetzt. Dies wird Ihnen von der Physiotherapie erklärt und beigebracht.

WAS WIRD BEI EINER LUMBALEN STENOSE GEMACHT?

Falls zusätzlich zum Bandscheibenvorfall ein sog. enger Spinalkanal vorliegt oder die Beschwerden durch den engen Kanal (Stenose) allein schon verursacht werden, müssen größere Öffnungen im Wirbelkanal oder sogar eine Wirbelbogenentfernung vorgenommen werden, um den Nervensack zuverlässig zu entlasten. Gelegentlich kann durch die Operation selber eine Instabilität, d.h. ein Wirbelgleiten auftreten, welches bei entsprechender Symptomatik bedarfsweise mittels Schrauben und Titan-Bandscheibenersatz stabilisiert werden muss.

ERFOLGE UND RISIKEN DER THERAPIE

Bei einfachen Bandscheibenoperationen haben wir punkto Beschwerden 90% oder mehr Erfolg (keine oder nur noch geringe Beschwerden). Bei der lumbalen Stenose sind die Erfolge zwischen 60% und 90% je nach Fall. Einige Beschwerden wie Rückenschmerzen, zum Teil auch ausstrahlend ins Gesäß, können manchmal nur wenig beeinflusst werden, weil die Ursache in den Arthrosen der kleinen Wirbelgelenke liegt.

Trotz der Operation kommt es in manchen Fällen innerhalb von 2 - 3 Jahren zu Rückfällen. Auf der gleichen Höhe wird nochmals Narbengewebe und restliches Bandscheibengewebe herausgedrückt. Dies kommt ungefähr bei 3 - 5 Prozent der Fälle vor.

Das Operationsrisiko an sich (Infekte, Nachblutungen, neue Lähmungen, Blasen- und Darmstörungen) ist relativ gering, solche Komplikationen kommen bei ca. 1 - 2 Prozent der Operationen vor.

DIE BEHANDLUNG

NACH DER OPERATION

Die meist rasche Schmerzfreiheit nach der Operation birgt die Gefahr, dass Sie Ihrem Rücken zu früh zuviel zumuten. Es kann sein, dass Sie dadurch wieder vermehrt ausstrahlende Schmerzen und Rückenbeschwerden bekommen, was eine erneute Ruhigstellung und medikamentöse Therapie erfordern würde.

Je nach Operation und Verordnung wird eine aktive Stabilisierung (isometrische Muskelübung etc.) oder seltener eine passive Stabilisierung (mit Mieder) veranlasst. Dies wird Ihnen von der Physiotherapie nach der Operation erklärt und beigebracht.

WUNDE

Die Wunde schmerzt in den ersten Tagen etwas. Der Verband wird je nach Wundverhältnissen regelmässig gewechselt und die Wunde kontrolliert. Am 2. Tag wird, falls vorhanden, die Redondrainage entfernt. Bei guten Wundverhältnissen können Sie am 3. Tag wieder duschen. Am 10. postoperativen Tag werden in der Regel die Fäden entfernt. Danach dürfen Sie erst am übernächsten Tag wieder duschen oder baden. Falls die Wunde auffällig wird (Schmerzen, Schwellungen, Flüssigkeitsaustritt), melden Sie sich bitte sofort bei uns.

MEDIKAMENTE

Am Operationstag – manchmal auch 2 - 3 Tage länger, werden Ihnen Flüssigkeit und Medikamente durch die Vene zugeführt. Gegen Schmerzen erhalten Sie Tabletten oder bei Bedarf eine Spritze. Nach einer Operation und nach längerem Liegen ist die Blutströmung in den Venen verlangsamt, deshalb tragen Sie zur Vorbeugung einer Thrombose immer die Ihnen angepassten Strümpfe. Außerdem erhalten Sie gerinnungshemmende Medikamente oder Antikoagulantien. Bei Auftreten von Schwellungen an den Nervenwurzeln verordnen wir eine kurze, aber hoch dosierte Cortisontherapie.

LAGERUNG UND BETTRUHE

In der Regel stehen Sie am 1. postoperativen Tag mit Hilfe auf.

Bei Unsicherheit müssen Sie immer die Schwester oder den Pfleger rufen. Am 3. Tag nach der Operation (der OP-Tag wird nicht mitgezählt) dürfen Sie sich in der Regel wieder selbstständig auf die Seite oder auf den Rücken drehen und allein aufstehen. Auf Wunsch zeigt Ihnen der/die Physiotherapeut/in auch die Bauchlage.

PHYSIOTHERAPIE

Postoperativer Tag:

Erarbeitung von geeigneten Transfertechniken von Rückenlage in den Stand unter Anleitung durch einen Physiotherapeuten mit anschließender Gehschule.

Wenn dies vom Patienten gut umgesetzt wird, kann er sich mehrmals täglich selbst mobilisieren und kürzere Strecken gehen (ist abhängig von der Schmerz- und Kreislaufsituation).

Während des stationären Aufenthaltes erfolgt eine tägliche physiotherapeutische Übungsbehandlung, die auf verschiedenen neurophysiologischen Behandlungstechniken basiert (PNF, Brügger).

Weiterhin wird gemeinsam mit dem Patienten ein Hausaufgabenprogramm erarbeitet, welches verschiedene Übungen und Verhaltensregeln für den Alltag beinhaltet.

Ist eine Hilfsmittelverordnung notwendig, wird der Patient im Umgang mit diesen durch den Physiotherapeuten geschult (Korsettversorgung, Peronaeusschiene etc.).

ESSEN

Am 1. Tag nach der Operation dürfen Sie wieder normale Kost essen.

BLASENFUNKTION UND STUHLGANG

Am Abend nach der Operation sollten Sie in der Regel spontan Wasser lassen können. Falls dies nicht gelingt, werden wir dies mit einem weichen Katheter vornehmen. Drei Tage nach der Operation setzt auch die Darmtätigkeit wieder ein, sollte dies nicht der Fall sein, wird sie durch Medikamente oder einen kleinen Einlauf angeregt.

GEFÜHLSTÖRUNGEN/ LÄHMUNGEN

Eine vor der Operation bestehende Lähmung oder Gefühlsstörung verschwindet nicht sofort nach der Operation. Die Rückbildung dieser Störung kann oft Wochen bis Monate dauern. Berichten Sie uns bitte, falls die Beschwerden weiterhin störend sind oder zunehmen.

TRANSPORT NACH HAUSE

Für den Transport nach Hause ist das Mitfahren im Privatwagen halbliegend auf dem heruntergeklappten Beifahrersitz oder hinten erlaubt. Die Fahrzeit sollte nicht über eine halbe Stunde betragen. Dabei sollten Sie nach ca. einer halben Stunde eine Fahrpause machen und etwas herumlaufen, um den Rücken zu entlasten.

Einerseits haben Sie Instruktionen für die Nachbehandlung zuhause oder in der Klinik bekommen. 6 - 8 Wochen nach der Operation ist eine Nachkontrolle in unserer Sprechstunde/Ambulanz vorgesehen. Sie sollten sich diesen Termin bereits bei der Entlassung in unserer Ambulanz geben lassen. Ebenso wird Ihnen Ihr Entlassbrief/vorläufiger Entlassbrief für die nachbehandelnden Ärzte mitgegeben (ein Exemplar unbedingt in die Rehaklinik mitnehmen), sowie ein Rezept für evtl. noch nötige Medikamente.

Folgende Besonderheiten sind noch zu beachten, welche Sie auch nach Bedarf den nachbehandelnden Ärzten anhand dieser Informationsblätter weitergeben können.

PHYSIOTHERAPIE

Die Übungen, die Sie von unseren Physiotherapeuten erlernt haben, werden zuhause fortgesetzt.

Folgende Tätigkeiten sind während der 6 Wochen verboten bzw. nur eingeschränkt durchführbar:

- > Gewichte heben
- > Brustschwimmen
- > Schwere körperliche Belastung

Während der ersten 2 Monate mit Einschränkung versehen:

- > Abruptes Beugen und Strecken des Rückens
- > Lange Autofahrten
- > Längeres Sitzen
- > Schwere Einkäufe – am besten Rucksack; einseitiges Tragen vermeiden
- > Gartenarbeit
- > Heben vornübergebeugt
- > Schnelle Drehbewegungen

SPORT

Bei jeder sportlichen Betätigung ist immer die vernünftige Selbsteinschätzung des eigenen körperlichen Leistungsvermögens entscheidend. Wichtig ist, dass Sie eine Überlastung vermeiden. Die Durchführung der einzelnen Sportarten ist somit stark abhängig von Kraft und Kondition. Es gibt Sportarten, die sich besser auf Ihren Körper auswirken. Es sind dies im Folgenden:

- > Rückenschwimmen
- > Wandern
- > Nordic Walking
- > Gemäßigter Volleyball
- > Langlauf

Dagegen sollten folgende Sportarten in den ersten Monaten unterlassen oder nur eingeschränkt durchgeführt werden:

- > Tennis
- > Skifahren
- > Squash
- > Kontaktsportarten
- > Sprungsportarten
- > Alle Mannschaftssportarten mit ausgeprägtem körperlichen Leistungsdruck
- > Fallschirmspringen, Deltasegeln etc.
- > Fahren sportlicher Motorräder in gebeugter Stellung
- > Rennfahrrad
- > Golf

Ab 6 Wochen ist Radfahren auf Fahrrädern mit gefedertem Sattel in normaler Haltung unbedenklich. Fahrradergometer ist unbedenklich.

REISEN

Innerhalb der ersten 2 Monate ist der Antritt einer Ferienreise nur nach ärztlicher Rücksprache zu empfehlen. Auch später ist eine lange Autofahrt nicht günstig.

ARBEITSFÄHIGKEIT

Sie sind voraussichtlich 1 1/2 bis 2 Monate nach der Entlassung arbeitsunfähig. Dies gilt auch für Hausfrauen. Wenn Restbeschwerden vorliegen, kann die Schonung bei gewissen Berufen auch länger dauern. Üblicherweise beginnen Sie die Arbeit erst nach der Nachkontrolle in unserer Sprechstunde, 6 - 8 Wochen nach der Operation.

Es ist verständlich, dass die Arbeitsfähigkeit stark von der körperlichen Belastung im Berufsleben abhängig ist. In Ausnahmefällen wird eine berufliche Umschulung in einen körperlich weniger anstrengenden Beruf notwendig. Während Ihres stationären Aufenthaltes können Sie mit Ihrem Arzt/Ärztin oder der Physiotherapie darüber reden.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erhalten Sie für die Zeit Ihres stationären Aufenthaltes von uns.

Über 90 Prozent der operierten Patienten nach einfachen Bandscheibenoperationen werden beschwerdefrei und voll leistungsfähig, nach operierter lumbaler Stenose 60 bis 80 Prozent. Es ist wichtig zu wissen, dass der Erfolg nach einer Bandscheibenoperation auch von Ihrem Verhalten nach der Operation abhängt.

Falls später einmal Probleme auftreten, melden Sie sich bei uns.

Wir hoffen, dass diese Informationsbroschüre Ihnen eine kleine Hilfe sein wird. Sollten während des stationären Aufenthaltes bei uns noch weitere Fragen auftauchen, so wenden Sie sich an den Arzt/die Ärztin, das Pflegepersonal oder die Physiotherapie.

Mit besten Wünschen für Ihre Genesung!

Ihr Team der Neurochirurgischen Klinik

ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG

Als Anschlussheilbehandlung (AHB) werden ganztägig ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, die sich unmittelbar oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließen. Voraussetzung ist jedoch, dass Rehabilitationsfähigkeit vorliegt. Das heißt, die Rehabilitation oder der Rehabilitand muss

- > frühmobilisiert, insbesondere in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen,
- > für effektive rehabilitative Leistungen ausreichend belastbar sein und
- > motiviert und aufgrund der geistigen Aufnahmefähigkeit und psychischen Verfassung in der Lage sein, aktiv bei der Rehabilitation mitzuarbeiten.

Der Krankenhausarzt stellt fest, ob Sie für eine ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung geeignet sind.

Die Anschlussheilbehandlung wird durch den Sozialdienst im Krankenhaus eingeleitet. Hierfür benötigen wir einige Informationen von Ihnen bezüglich Ihrer

- > Kranken- oder Rentenversicherung
- > häuslichen Versorgung
- > Wohnsituation
- > Ggf. bestehende Pflegestufe
- > Wünsche einer Rehabilitationseinrichtung

Der Sozialdienst wird mit Ihnen einen ersten telefonischen Kontakt vor dem Krankenhausaufenthalt aufnehmen oder wenn dies nicht gegeben ist, ein Beratungsgespräch auf Station führen.

Am Aufnahmetag haben Sie die Möglichkeit, die Mitarbeiter des Sozialdienstes persönlich kennenzulernen und sollten bis dahin Fragen Ihrerseits auftreten, sind diese gerne bereit, die Fragen entsprechend zu beantworten.

Schwarzwald-Baar Klinikum
Klinik für Neurochirurgie
Direktor Priv.-Doz. Dr. Rainer Ritz
Klinikstraße 11
78052 Villingen-Schwenningen

Telefon: +49 (0) 7721 93-0
Direkt: +49 (0) 7721 93-2101
Fax: +49 (0) 7721 93-92101
E-Mail: nch@sbk-vs.de
Internet: www.sbk-vs.de

