

Bandscheibenvorfall – Therapie ohne Rückfall

Fallbericht aus der Praxis für die Praxis **Christian Larsen**

Bandscheibenvorfälle sind häufig. Die Entscheidung »operative Dekompression« oder »konservative Therapie« gehört zum klinischen Alltag. Nach exakten Kriterien für eine differenzierte Operationsindikation wird man in den medizinischen Datenbanken vergeblich suchen. Die Literatursuche fördert allerdings vier unerwartete Thesen zu Tage:

1. Wenn konservativ behandelt wird, spielt die Methode so gut wie keine Rolle.
 2. Wenn operativ vorgegangen wird, sind Sie nach ein paar Jahren genau so weit wie ohne Operation.
 3. Wenn man nichts tut, ist man immer noch vorne dabei, denn der Spontanverlauf ist günstig – selbst unspezifische Bewegungen können helfen.
 4. Die Operationshäufigkeit ist regional unterschiedlich – zumindest in Finnland: Wo operiert werden kann, wird auch operiert.
- Das folgende Patientenbeispiel ist Spiraldynamik-Input für die Praxis.



Foto: Spiraldynamik Med Center

Abb. 1_Spiral-Dehnstellung. Gleichzeitig lässt sich der M. iliopsoas links detonisieren

Einleitung

Rund 10.000 Patienten mit lumbalen Bandscheibenproblemen werden jährlich in der Schweiz »hospitalisiert«. Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer beträgt etwas über zehn Tage (BFS 2006). Die operative Dekompression der Bandscheibenvorfälle stellt die häufigste Operationsindikation der Lendenwirbelsäule dar. Je nach Klinik, Lokalisation sowie Präferenz von Patienten und Chirurgen kommen unterschiedliche Operationsmethoden zum Einsatz. Die Operationsindikation ist letztlich eine klinische. Neurologische Ausfälle und Schmerzen sind die entscheidenden Leitplanken bei der Entscheidungsfindung.

Literatursuche

Fragestellungen

Die Literatursuche wurde in den medizinischen Datenbanken PubMed und PEDro durchgeführt. Die Fragestellung lautete: Gibt es für Behandlungen akuter symptomatischer lumbaler Diskushernien mit leichten bis mäßigen neurologischen Defiziten und gesicherter Neurokompression Evidenz oder praktische Richtlinien?

Ergebnisse

Auf den Punkt gebracht (ausführlichere Beschreibung der Ergebnisse siehe Onlineversion) bedeutet die Summe der gefundenen Studien: >>>

- Wenn Sie konservativ therapieren, kommt es nicht sonderlich darauf an, welche Methode Sie zur Anwendung bringen: Methode X ist so gut wie Methode Y. Sogar unspezifische Maßnahmen wie Low-Impact-Aerobic oder vorgetäuschte Therapien zeigen Wirkung.
- Operierte Patienten (Diskektomie) sind nach ein paar Jahren genau so weit wie nicht-operierte – ein Phänomen, das sich übrigens auch bei anderen Wirbelsäulenleiden wie Spinalkanalstenose oder Instabilitäten zeigt.
- Was passiert, wenn Sie nichts tun, wissen wir nicht. Der Spontanverlauf ist oft günstig, aber wissenschaftlich kaum erforscht.

Patientenbeispiel

Anamnese

Beschwerden von Frau B. anlässlich der Erstkonsultation beim Arzt Januar 2008: seit zwei Wochen akute Lumboischialgie mit Ausstrahlung ins linke Bein dorsal bis in die Waden mit Kribbelparästhesien, Schmerzintensität auf der Visuellen Analog Skala (VAS) 10/10, Kribbeln, Taubheit und Schwächegefühl im linken Bein. Sie müsse beim Gehen den »Schwung nutzen«, um symmetrisch gehen zu können, sonst leichtes Hinken links. Analgetika durch den erstbehandelnden Hausarzt haben keine befriedigende Besserung gebracht.



HINWEIS

Dieser Artikel auch in ausführlicher Onlineversion (mit MRI Bildern, Ergebnissen der Literaturrecherche u.v.m.) lesen Sie unter:

www.physiotherapeuten.de/eclusiv/archiv/2009/pt1_xxxx.pdf

Zur psychosozialen Situation: 44-jährige alleinerziehende Mutter von zwei Kindern, Doppelbelastung durch Familie und Beruf als Dentalhygienikerin. Aufgrund der aktuellen Situation sei eine längere Abwesenheit von der Arbeit oder gar eine Operation mit Abwesenheit von der Familie »ausgeschlossen«.

Neurostatus

Differenzierte und engagierte 44-jährige Frau, gut trainiert, diverse Muskelverspannungen, laxe Bänder, kein Übergewicht. Neurologisch findet sich ein fehlender Achillessehnenreflex links, eine diskrete motorische Schwäche von Fuß- und Großzehenheber (geschätzte 80 Prozent Kraft im Seitenvergleich). Die Spitzstumpf-Diskrimination ist im Seitenvergleich links am Oberschenkel ventral, am Unterschenkel lateral und am Fuß dorsal vermindert. Lasègue ipsilateral bei zirka 40 Grad positiv, positiver Husten-Niesschmerz im linken Bein.

MRI und EMG

Das LWS-MRI vom 4. Februar 2008 zeigt eine große Diskushernie mediolateral links mit großem Luxat nach kaudal und hochgradiger Kompression der Wurzel S1 links. Psychologisches Detail: Die Patientin war nach einer kurzen Erörterung durch den Radiologen fix und fertig, die Eröffnung der Diagnose einer »operationspflichtigen riesengroßen Diskushernie« sei für sie »vernichtend« gewesen. Die elektroneurologischen Abklärungen dokumentierten eine kombinierte Symptomatik der Wurzel L5 links und S1 links ohne Denervationspotenziale im EMG. Die segmentale Wirbelsäulendiagnostik Medimouse® zur Objektivierung der Stato-Dynamik der Wirbelsäule zeigt eine Entlastungshaltung mit relativer Delordosierung lumbal und Inklination von +4° Vorlage. Die segmentale

Beweglichkeit ist wegen der Schmerz- und Schonhaltung nicht zu überprüfen.

Diagnose

Aufgrund von Klinik und Bildgebung liegt ein lumboradikuläres Syndrom S1 (L5) links vor mit sensomotorischen Ausfällen und starkem Schmerzsyndrom bei MRI dokumentierter großer nach kaudal luxierter Diskushernie mediolateral links mit hochgradiger Kompression der Wurzel S1 links.

Interventionen

Therapieformat und -inhalte

Vom 30. Januar bis zum 8. April 2008 fanden insgesamt acht Therapiesitzungen à 50 Minuten am Spiraldynamik Med Center in Zürich statt. Der behandelnde Therapeut hat acht Jahre Berufs-



Foto: Spiraldynamik Med Center

Abb. 2_Detonisierung Iliopsoas: exzentrische Aktivität durch kontrolliertes langsames Ausstrecken des linken Beins – kombinierbar mit manuellen Techniken zur Detonisierung der Hüftbeugemuskulatur

erfahrung, einen fundierten Hintergrund in orthopädischer Physiotherapie sowie ein Intermediate-2-Level Diplom als Spiraldynamik Fachkraft.

Therapieschritte:

1. Akute Schmerzbehandlung: z. B. Spiral-Dehnlagerung (Abb. 1), Detonisierung des M. iliopsoas (Abb. 2)

2. Instruktion der konsequenten axialen Stabilisierung der LWS in Alltag und Beruf
3. Beinachsentraining mit proximaler Streckung der Hüftgelenke
4. Entspannung der Schulter-Nackens-Muskulatur, Stressmanagement
5. Aufrichtung und Rotation der BWS, Zusammenhang mit LWS

Spiral-Dehnstellung

Durch eine gezielte Dreh-Dehnstellung des Rumpfes nach rechts können die Foramina intervertebralia erheblich erweitert werden. Beim »Gehen in Zeitlupe in Rechts-Seitenlage mit gestrecktem Bein links« wird sozusagen links die Standbeinseite und rechts die Spielbeinseite simuliert. Durch die relative Beckendrehung nach links zum »Standbein« hin und die gleichzeitige Gegen-drehung des Oberkörpers nach rechts kommt es lumbal linksseitig zum Verschluss der Fazettengelenke und zur Erweiterung der Foramina intervertebralia. Eine hubfreie Delordosierung lumbal und eine proximale Abduktion im Hüftgelenk der oben liegenden »Standbeinseite« verstärken diesen Effekt. Klinisch unterscheiden wir zwischen Responder und Non-Responder auf diese funktionelle mechanische Dekompression. Die Dreh-Dehnstellung wird in verschiedenen Schwierigkeitsstufen instruiert und geübt (Abb. 2):

- Passive Lagerung in Seitenlage
- Assistive Bewegungsführung Standbeinseite oben
- Transfer ins Sitzen mit leichter hochgezogener »Schutz-Lordose«
- Transfer ins Stehen und Gehen

Brustwirbelsäule

Gemäß Spiraldynamik-Konzept ist eine »überlastete Lendenwirbelsäule« oftmals die Folge einer ungenügenden

Extensionsfähigkeit der Hüftgelenke – mit kompensatorischer Ventralkippung des Beckens in der späten Standbeinphase Schritt-für-Schritt – und eine ungenügende Rotationsfähigkeit der Brustwirbelsäule mit konsekutiver Verlagerung der Drehbewegung vom thorakalen in den lumbalen Wirbelsäulenabschnitt. Die Fazettengelenke stehen lumbal in der Sagittalebene, weshalb die LWS für Rotationsbewegungen ungeeignet ist – während die Fazettengelenke thorakal in der Frontalebene stehen und von Natur aus sehr drehfreudig sind. Das Wiedererlangen eines akzeptablen Extensions-

und Rotationsvermögens der Brustwirbelsäule ist nach unserer Erfahrung entscheidend für die Langzeit-Remission und die Rezidiv-Prophylaxe. Die Rotation der Brustwirbelsäule wird analog zur Dreh-Dehnstellung passiv, assistiv, aktiv und in einer späteren Phase der Therapie resistiv geübt (Abb. 3 a und b).

Integration in den Alltag

Gemäß Spiraldynamik-Konzept kommt dem unmittelbaren und konsequenten Transfer der Therapieinhalte in den Alltag höchste Bedeutung zu (Abb. 4).

>>>

Anzeige



Abb. 3 a und b_3D-Mobilisierung Thorax: rhythmischer Wechsel zwischen Standbeinseite (a, links) und Spielbeinseite (b, rechts). Funktionell entscheidend ist die Rotationsfähigkeit der BWS (Fazettengelenke frontal), um eine unphysiologische Verlagerung forciertener Rotationsbewegungen in die lumbalen Segmente (Fazettengelenke sagittal) zu vermeiden

Ergebnisse

Nach konservativer Therapie mit Analgetika und Physiotherapie gemäß Spiraldynamik-Konzept kam es zu einer ein-drucksvollen und raschen Besserung der Beschwerden:

- Innerhalb einer Woche deutlich weniger Schmerzen VAS 2-5, nach 2-3 Wochen kaum noch Schmerzen
- Das neurologische Defizit hat sich zunehmend zentralisiert, Gefühlsstörung und motorische Schwäche haben sich sukzessive zurückgebildet, der Achillessehnenreflex war nach 4 Wochen wieder symmetrisch auslösbar
- Während der ganzen Akutphase hat die Patientin ohne Unterbrechung weiter gearbeitet – initial mit Analgetika und häufigen Pausen. Die Belastbarkeit in Alltag und Beruf haben sukzessive zugenommen.

Bei der Abschlussuntersuchung August 2008 sechs Monate nach Symptombeginn und drei Monate nach Therapieende zeigte sich eine vollständige Remission auf allen Ebenen. Auch das Kontroll-MRI der LWS zeigte eine fast

vollständige Resorption des Luxats. Es findet sich lediglich noch eine flachbogi-ge paramedian linksseitige Vorwölbung L5-S1 mit leichter Impression des Dural-sacks plus eine leichte Diskopathie L3-4 und L4-5.

Diskussion

Bei diesem Patientenbeispiel haben wir – Patientin, Therapeut und ich als behandelnder Arzt – uns gemeinsam für ein konservatives Vorgehen mit engmaschigen klinisch-neurologischen Kontrollen entschlossen. Bezüglich der Langzeitprognose nach drei bis fünf Jahren waren keine signifikanten Unterschiede zwischen operativer und nicht-operativer Behandlung zu erwarten. Wenn das neurologische Defizit zunimmt und die Schmerzen unerträglich werden, kann während der ersten Monate jederzeit auf eine operative Dekompression umgeschwenkt werden.

Der spontane Verlauf mit Therapieunterstützung hat auf konservativem Weg zu einer vollständigen Resorption



Abb. 4_Integration: der Alltag als verlängerter Arm der Therapie. Auf der Treppe können beispielsweise die therapeutischen Inhalte 1:1 geübt werden: funktionelle Entlastung des Foramen intervertebrale L5-S1 links, Länge des M. iliopsoas und die Beweglichkeit der Brustwirbelsäule

des Luxats und damit zu einer vollständigen Dekompression der Spinalwurzel geführt. Der akute Bandscheibenschmerz hat eine mechanische (Wurzelkompression) und eine chemische Komponente (Wurzelirritation: Der heraustretende Nucleus pulposus hat einen sehr niedrigen pH-Wert, was automatisch zu einer chemischen Entzündung führt). Mittels Dreh-Dehnstellung testen wir das Ansprechen auf eine gezielte anatomisch-funktionelle »feinmechanische Dekompression« bei der alle drei Dimensionen berücksichtigt und optimiert werden. Bei Respondern steht – so die Hypothese – die mechanische Kompression im Vordergrund, bei Non-Respondern die chemische Irritation. Therapie und Medikation werden entsprechend angepasst. Frau B. V. ist eine

klassische Responderin mit unmittelbarer und nachhaltiger Schmerzerleichterung und sukzessiver Zentralisierung des neurologischen Defizits.

Vielleicht geht der Therapieerfolg auf das Konto eines günstigen Spontanverlaufs oder einer ungewollten unwillkürlichen Korrekturbewegung, eventuell hat die Phagozytose durch Fresszellen den mechanischen Konflikt gelöst oder war es die psychologische Betreuung,

welche die Patientin wieder auf die Beine brachte und als Katalysator für Selbstheilungskräfte wirkte? Intellektuelle und therapeutische Bescheidenheit ist angesagt! –

LITERATUR

Bundesamt für Statistik (BFS). 2006. Medizinische Statistik der Krankenhäuser Schweiz. www.bfs.admin.ch



LESER FEEDBACK

Über Kritik und Anregungen würde ich mich sehr freuen:

info@spiraldynamik.com



CHRISTIAN LARSEN

Arzt; Mitbegründer der Spiraldynamik; Autor; internationale Lehrtätigkeit. Bewegungsintelligenz – ihre Möglichkeiten, Grenzen und Vollendung – sind zum Lebenswerk geworden. Das Spiraldynamik Med Center in Zürich wurde mehrfach ausgezeichnet: 2002 Förderpreis der Stiftung für Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin für die Zusammenarbeit in Schul- und Naturmedizin; 2008 Zürcher Preis für herausragende Arbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Anzeige