

Mit dem Schmerz muss man sich nicht abfinden

Orthopädie Wenn die Wirbelsäule altert, verändert sich ihre Struktur. Am Ende des Degenerationsprozesses steht nicht selten die Spinalkanalstenose, eine Einengung des Rückenmarkkanals. Das Gehen wird beschwerlich. Kann man etwas dagegen tun?

VON SIBYLLE HÜBNER-SCHROLL

Augsburg Margot S. macht sich Sorgen: Das Gehen fällt der 85-jährigen immer schwerer. Einkaufstouren werden zur Qual, wenn der Schmerz von der Lendenwirbelsäule bis in die Füße ausstrahlt. Mehrfach hat sie ihrer Hausärztin davon berichtet, ohne dass eine Therapie veranlasst worden wäre. Auch Margot S. selbst hat nicht darauf bestanden, dass endlich etwas geschieht. Schließlich ist sie doch schon so alt – da wird man kaum noch etwas machen können, glaubt sie.

Wirklich nicht? Muss man sich damit abfinden, dass die Wirbelsäule eben altert wie der gesamte Körper, dass sie verschleißt und beim Gehen zu Schmerzen führt? Und was sind überhaupt die häufigsten Probleme, die mit den Jahren kommen, was passiert, wenn die Wirbelsäule degeneriert? Einer, der Antworten auf diese Fragen geben kann, ist Professor Alexander Wild, Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie an den Donau-Ries-Kliniken in Donauwörth und laut Focus-Ärzteliste einer der besten Wirbelsäulenchirurgen der Republik. Schon mit jugendlichen 18 Jahren beginnt der Verschleiß, erklärt er.

Abhängig vom Alter seien die Probleme unterschiedlich: Zwischen 18. und 40. Lebensjahr dominiere der Bandscheibenvorfall. Ab dem 45. Lebensjahr ist es dann vor allem die Spinalkanalstenose, eine Verengung des Rückenmarkkanals, die zu Problemen führt. Im Laufe der Zeit degenerieren die Bandscheiben, die wie Puffer zwischen den Wirbelkörpern sitzen; sie verlieren an Elastizität und werden immer flacher, was auch den Abstand zwischen den Wirbeln schrumpfen lässt. In der Folge wird der Bandapparat um die Wirbel schlaffer, und es erhöht sich der Druck auf die

kleinen Wirbelgelenke, auch Facettengelenke genannt, die jeweils zwischen zwei benachbarten Wirbeln sitzen. Um den Druck besser zu verteilen, vergrößern sich die Facettengelenke durch (knöcherne) Anbauten. Gut gemeint von der Natur – doch die Anbauten ragen teilweise in den Rückenmarkskanal hinein und machen ihn enger.

Eigentlich, sagt Wild, dienen die Facettengelenke der Wirbelsäulenstabilisierung – aber gehen sie kaputt, kann es je nach Anatomie des Einzelnen auch zum Wirbelgleiten kommen. Mediziner nennen es „Spondylolisthesis“. Meist verschiebt sich ein Wirbelkörper aus der Senkrechten nach vorne, gleitet teilweise über den darunterliegenden Wirbel hinweg. Auch das könne den Spinalkanal enger machen, sagt Wild. Durch die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule geraten nicht selten Nervenwurzeln unter Druck; es kann zu Schmerzen

„Man kann auch ältere Menschen gut behandeln.“

Prof. Alexander Wild



oder zu Ausfallserscheinungen wie etwa Lähmungen kommen.

Auffälligstes Symptom einer Spinalkanalstenose, informiert die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG), sei eine Verkürzung der Gehstrecke, sprich: Die Entfernungen, die man zu Fuß zurücklegen kann, werden immer geringer. Bemerkenswert sind schmerzbedingt nach wenigen hundert Metern stehen bleiben. Die „Schaufensterkrankheit“ (Claudicatio intermitens), von Durchblutungsstörungen der Beine bekannt, gibt es also auch infolge eines verengten Wirbelkanals. Bei Gehpausen, im Sitzen und auch bei einem Nach-vorne-Beugen lassen die Schmerzen nach.

Einen Häufigkeitsgipfel zeigt die Spinalkanalstenose nach Angaben Wilds zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr. Die Mobilität der Betroffenen ist deutlich eingeschränkt. Darin, dass die Menschen heute mobiler sein wollen als noch vor 40 Jahren, dass sie höhere Erwartungen an ihren Alltag haben als früher, dass sie Golf spielen, spazieren gehen und sich selbst versorgen möchten, darin sieht Wild einen wesentlichen Grund, weshalb die Zahl der Wirbelsäulenbehandlungen in den letzten Jahren deutlich angestiegen

ist. „Man kann auch ältere Patienten gut behandeln“, sagt er.

Das bestätigt Professor Michael Stoffel, Neurochirurgie-Chefarzt an den Helios-Kliniken in Krefeld und Sprecher der Sektion Wirbelsäule in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Es handle sich um eine typische Erkrankung älterer Menschen und in der Regel um einen langsam schlechter werdenden Prozess. Seien die Beschwerden so groß, dass die Patienten kaum noch das Haus verlassen könnten, sei dies auch bei 80-Jährigen durchaus noch eine Indikation zur Operation, sagt Stoffel. Denn konservativ ließen sich chronisch-degenerative Prozesse, die zur Spinalkanalstenose führten, kaum beeinflussen.

Zwar gibt es eine Reihe von Schmerztherapien zur Anwendung an der Wirbelsäule: lokale Betäubung, Vereisung oder auch Verödung der Nerven an den kleinen Wirbelgelenken. „Facettendenergie“ genannt. Infiltrationstherapien, bei denen man Betäubungsmittel und abschwellendes Cortison direkt an jene Nervenwurzeln spritzt, die durch die degenerativen Prozesse gequetscht werden. Aber die wirken nicht auf Dauer: „Eine Spritzenbehandlung wirkt drei bis sechs Monate, manchmal auch ein Jahr“, sagt Wild. An der mechanischen Einengung des Spinalkanals ändere sich dadurch jedoch nichts. Zudem spricht die durch die Einengung hervorgerufene Claudicatio spinalis, so Stoffel, auf Schmerzmedikamente kaum an.

Also bleibt die Operation, „Dekompression“ genannt, denn die unter Druck geratenen Nerven werden operativ entlastet. Unter Zuhilfenahme von Mikroskop und Hochgeschwindigkeitsfräsen entfernt man die Verkalkungen, die den Kanal einengen, und stellt die normale Weite des Kanals damit wieder her. Es gebe verschiedene Methoden für die Dekompression, sagt Stoffel, doch durchgesetzt habe sich eine minimal-invasive Methode mit nur einseitigem Zugang zum Spinalkanal. Früher habe es weit größere Zugänge zum OP-Gebiet gegeben.

Viele Patienten sagten nach einem ausführlichen Beratungsgespräch, sie wollten sich das mit der Operation lieber noch mal überlegen, ist Wilds Erfahrung. Zur Operation überredet würden sie nicht. Oft kämen Betroffene auch noch zurecht, wenn sie sich weniger bewegten. Erst wenn der Leidensdruck sehr hoch sei, wünschten sie selbst einen Eingriff. Die meisten bereuen die Entscheidung später offensichtlich nicht: „Neun von zehn Patienten mit Spinalkanalstenose sagen, sie

würden sich sofort wieder operieren lassen“, sagt Wild. Und auch Stoffel geht, wenn die „Indikation stimmt und die richtige Erkrankung operiert wird“, von einem hohen Prozentsatz zufriedener Patienten aus.

An der Wirbelsäule ist die Sache mit der Indikationsstellung nämlich nicht so einfach. Rund 80 Prozent der 80-Jährigen haben teils schwerste Degenerationen an der Wirbelsäule mit zum Teil auch hochgradigen Spinalkanalstenosen, informiert die DWG, doch nur 20 Prozent klagen über Beschwerden. „Jeder Mensch hat einen Wirbelsäulenverschleiß“, sagt Wild dazu, doch die Auswirkungen und die Beschwerden seien ganz unterschiedlich. Und Stoffel erklärt: „Je mehr man über den Schmerz, der von der Wirbelsäule ausgeht, lernt, desto mehr weiß man, wie viele unterschiedliche Gründe es gibt, Schmerzen zu haben.“ Für die Ärzte sei es daher die Kunst, betonen beide Ex-

„An der Wirbelsäule braucht man viel Erfahrung.“

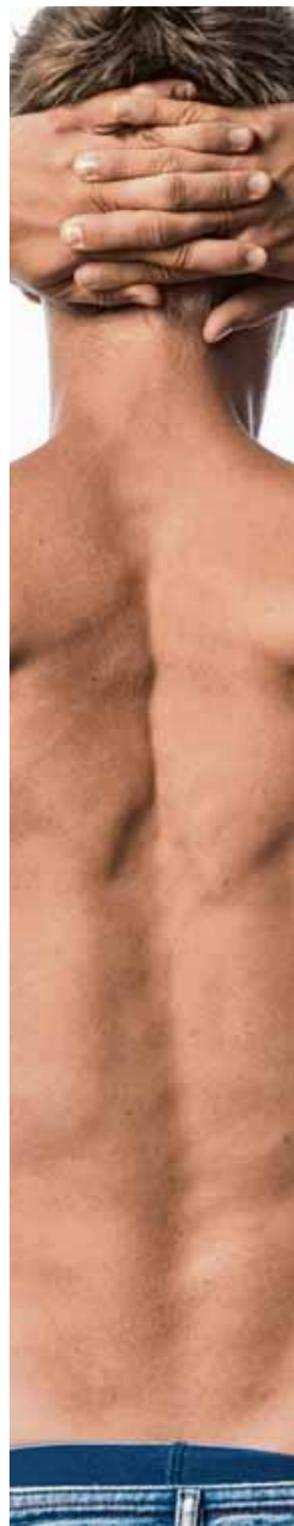
Prof. Michael Stoffel



perten, herauszufinden, was tatsächlich für die Beschwerden des einzelnen Patienten verantwortlich sei. „An der Wirbelsäule braucht man viel Erfahrung“, so Stoffel.

Als großen Fortschritt der letzten Jahre sieht Wild, dass Versteifungsoperationen zur Stabilisierung, also Eingriffe, bei denen man Wirbel mithilfe von Metallplatten verbindet, heute kaum noch durchgeführt werden. Der Trend gehe weg von der Versteifung und hin zum Bewegungserhalt, nur beim Wirbelgleiten müsse man manchmal noch mit Schrauben und Stiften arbeiten. Michael Stoffel spricht von der moderneren „dynamischen Stabilisierung“, einer kleineren Operation mit weniger Komplikationen, die eine Restbeweglichkeit im betroffenen Wirbelsegment zulasse. Sie setze sich immer mehr durch.

Aber auch, dass man heute selbst hochbetagte Menschen noch an der Wirbelsäule operieren kann, dürfte ein Fortschritt sein. Ein über 80-jähriger Patient sei vor 20 Jahren die Ausnahme gewesen, berichtet Stoffel, heute liege das Alter der Operierten zwischen 80 und 90 Jahren. Und die älteste Patientin, die Wild auf dem OP-Tisch hatte, war sogar schon 101 Jahre alt.



In jungen Jahren ist der Rücken noch kräftig. Doch mit der Zeit kommt es zum Verschleiß. Foto: imago

Wie die Wirbelsäule altert

Der Verschleiß der Wirbelsäule geht mit verschiedenen Veränderungen einher.

● **Bandscheibenvorfall** Er kann auch schon jüngere Menschen treffen. Eine Bandscheibe, die wie ein Puffer zwischen zwei Wirbelkörpern sitzt, besteht aus einem Gallertkern und einem Faserring, der diesen Kern umgibt. Wenn der Faserring bricht und der Kern verrutscht, drücken Teile der Bandscheibe auf den Wirbelkanal. Dies kann Schmerzen oder auch Lähmungen hervorrufen. Meist tritt ein Bandscheibenvorfall im Bereich der Lendenwirbelsäule auf.

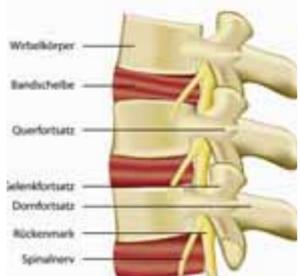
● **Wirbelgleiten** Beim Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) sind Wirbel gegeneinander verschoben. Es kommt zu einer Instabilität der Wirbelsäule. Ein Gleitwirbel kann sich im Verhältnis zu den anderen Wirbeln entweder nach vorn oder nach hinten verschieben. Es gibt verschiedene Schweregrade.

● **Spondylose/Osteochondrose** bezeichnen strukturelle Veränderungen der Wirbelkörper, die sich durch den Verschleiß der Bandscheiben und den dadurch erhöhten Druck auf die benachbarten Wirbel einstellen.

● **Spinalkanalstenose** Die Verengung des Rückenmarkkanals, sei es durch Bandscheibenvorfälle, Spondylose/Osteochondrose oder Wirbelgleiten, ist eine Erkrankung des höheren Alters. Durch die mechanische Einengung von Nerven und Rückenmark wird die Mobilität der Betroffenen teils erheblich eingeschränkt. Das Gehen wird immer beschwerlicher. Da der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt, rechnen Experten mit einer deutlichen Zunahme chirurgischer Behandlungen.

● **Vorbeugung** Was fördert den Verschleiß, kann man vorbeugen? Starkes Übergewicht, langes Sitzen oder schwere körperliche Arbeit gelten als Risikofaktoren, sagt Wirbelsäulen-Experte Professor Alexander Wild (Donauwörth). Auch Rauchen sei schlecht für die Wirbelsäule, weil es die Blutgefäße engstelle und folglich die Durchblutung verschlechtere.

Was Sport betrifft, so mache „die Dosis das Gift“, denn Leistungssportler hätten häufiger Wirbelsäulenprobleme als normale Gesundheitsbeziehungswise Freizeitsportler, erläutert Wild. Am besten sei es, zweimal die Woche für je 30 Minuten spazieren zu gehen, empfiehlt der Experte. (shs)



Bandscheiben, Wirbelkörper: Aufbau der Wirbelsäule. Foto: bilderszerg, fotolia

Dickmacher Alkohol

Forschung Wer regelmäßig trinkt, neigt zu Bauchansatz. Denn alkoholische Getränke sind oft Kalorienbomben

VON ANGELA STOLL

Heidelberg Ein kleiner Salat mit einem Glas Wein, ein Käsebrötchen mit einem Humpen Bier: Nach einem solchen Abendessen hat kaum jemand den Eindruck, sich den Bauch voll geschlagen zu haben. Und doch neigen Menschen, bei denen zwei, drei Gläser Alkohol pro Tag zur Gewohnheit gehören, zu dickeren Bäuchen. Dass alkoholische Getränke Kalorienbomben sind, wird gerne übersehen. „Ein Gramm Alkohol hat 7,1 Kilokalorien“, sagt Professor Helmut Karl Seitz, Direktor des Alkoholforschungszentrums der Universität Heidelberg. Hinzu kommt noch der Brennwert der übrigen Zutaten. Daher sollte man auch seinen Getränkekonsum im Auge haben, wenn man abnehmen will: Am besten bedient ist man schlichtweg mit Wasser oder Fruchttissee.

Ein Glas (0,2 l) Rotwein hat nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nämlich rund 134 Kilokalorien – in etwa so viel wie ein Wiener Würstchen. Noch gehaltvoller sind Alkopops

und Cocktails. Eine „Pina Colada“ entspricht vom Energiegehalt her etwa einem Stück Sahnetorte. Damit nicht genug: Bier, Wein und Sekt machen Appetit auf Snacks, die das Kalorienkonto zusätzlich erhöhen.

Wer jahrelang mehr als zwei Gläser Alkohol pro Tag trinkt, macht keine gute Figur. Im Rahmen einer groß angelegten Studie stellte ein europäisches Wissenschaftlerteam fest, dass Männer, die über einen längeren Zeitraum hinweg täglich größere Mengen tranken, einen höheren Body-Mass-Index hatten. Außerdem legten sowohl Männer als auch Frauen an Taillenumfang zu, wenn sie regelmäßig Alkohol zu sich nahmen. Und das umso mehr, je mehr sie konsumierten. Ob daran nur der Alkoholkonsum schuld war, ist allerdings unklar. „Das Thema ist sehr komplex“, sagt Dr. Manuela Bergmann, Epidemiologin am Deutschen Insti-

tut für Ernährungsforschung (DIfE) in Potsdam und Erstautorin der Studie. Daher warnt sie davor, voreilige Schlüsse zu ziehen. So könnten bei den Viel-Trinkern zusätzlich schlechte Ernährungsgewohnheiten oder Bewegungsmangel eine Rolle gespielt haben.

Klar ist aber, dass sich regelmäßiger Alkoholkonsum bei Frauen anders auswirkt als bei Männern. Die Studie zeigte nämlich, dass Frauen, die viel tranken, in der Regel nicht schwerer waren. Dafür legten sie am Bauch stärker zu als Männer: Frauen, die mehr als zwei Gläser pro Tag konsumierten, hatten im Durchschnitt einen um 1,5 Zentimeter größeren Taillenumfang als Weniger- oder Nicht-Trinkerinnen. Bei männlichen Vieltrinkern waren es dagegen im Schnitt nur 1,1 Zentimeter mehr. Offenbar be-

trifft dies auch auf Cocktails zu. Cocktails haben oft einen Energiegehalt wie ein Stück Sahnetorte. Foto: Rist



influsst Alkohol vor allem bei Frauen die Fettverteilung ungünstig. „Vielleicht liegt das daran, dass sich Alkohol auch auf den Hormonhaushalt auswirkt“, sagt Bergmann. „Frauen, die trinken, haben im Blut mehr männliche Hormone.“ Das könnte dazu führen, dass sich die Fettverteilung bei ihnen dem männlichen Muster angleicht. „Das ist aber nur eine Interpretation. Es könnten noch ganz andere Zusammenhänge eine Rolle spielen“, erklärt die Epidemiologin. So hat man zum Beispiel festgestellt, dass Frauen, die regelmäßig trinken, einen höheren Bildungsabschluss haben, häufiger rauchen und zudem spät oder keine Kinder bekommen. „Außerdem nehmen sie wahrscheinlich über lange Zeit Kontrazeptiva, also die Pille, ein. Solche Faktoren könnten sich ebenfalls über den Hormonhaushalt auf die Körperfettverteilung auswirken“, sagt Bergmann.

Größere Fettansammlungen im Bauchraum bergen besondere Gesundheitsgefahren: Sie deuten darauf hin, dass sich um die Organe herum sogenanntes Visceralfett ge-

bildet hat. Dieses ist besonders stoffwechsellaktiv und setzt zahlreiche Botenstoffe frei, die Entzündungsprozesse im Körper begünstigen. Dadurch steigt das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Der Bierbauch ist also ein weiteres Gesundheitsrisiko, das mit hohem Alkoholkonsum verbunden ist. Aber ist es wirklich das Bier, das den dicken Bauch macht? Das sei unklar, sagt Bergmann. „Allerdings haben wir schon gesehen, dass Biertrinker noch etwas dickere Bäuche hatten als Weintrinker.“ Dabei muss man jedoch berücksichtigen, dass sich Biertrinker Studien zufolge oft schlechter ernähren als Weintrinker. Und der Alkoholforscher Seitz gibt zu bedenken: „Die Leute, die gern Bier trinken, trinken es oft in größeren Mengen.“

Ansonsten möchte Bergmann Alkohol nicht auf seine Rolle als Dickmacher reduzieren: Der Stoff birgt noch ganz andere, wesentlich größere Gefahren. So erhöht er nicht nur das Risiko für Lebererkrankungen und einige Krebsarten, sondern hat ein erhebliches Suchtpotenzial.

Gesundheit kompakt

MÖGLICHT GLEICHMÄSSIG

Radfahren ist gut für Venenpatienten

Ausdauerbewegung ist für Menschen mit Venenleiden gut – da ist Fahrradfahren keine Ausnahme. Am besten radelt man jeden Tag 20 bis 30 Minuten, rät Norbert Frings, wissenschaftlicher Berater der Deutschen Venen-Liga. „In einem leichteren Gang kontinuierlich treten, das wäre für die Venen gut.“ Das heißt also: Nicht mal mit voller Kraft treten und dann wieder rollen lassen, sondern auf Gleichmäßigkeit achten.

Venenpatienten sollten es mit dem Fahrradfahren aber nicht übertreiben: Maßvoll und kontinuierlich, darauf komme es an. „Es sollte locker vorangehen und keine übermäßige Anstrengung sein“, betont Frings. Denn sonst weiten sich die Venen wieder, und das ist bei Problemen wie Thrombose oder Krampfadern kontraproduktiv. Neben Radfahren sind auch schnelles Gehen, Power-Walking, Joggen auf weichem Boden sowie Training auf dem Cross-Trainer oder Schwimmen für Venenpatienten empfehlenswert. (dpa)