

Die Diagnostik

Die ärztliche Untersuchung durch den Haus- oder Facharzt ist der Ausgangspunkt für die weiterführende Diagnostik. Als bildgebende Verfahren sind Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule mit Funktionsaufnahmen (Röntgen bei nach-vorne- und nach-hinten-Beugung) und eine Kernspin-/Magnetresonanztomographie (MRT) (in Ausnahmefällen auch Computertomographie (CT), Myelographie) unabdingbar. Sind die geäußerten Beschwerden durch die radiologischen Befunde belegbar, so folgt die Überweisung zu einem Wirbelsäulenspezialisten.



Die Therapie

Als Therapieoptionen stehen konservative Maßnahmen mit Schmerzmitteln, Korsettversorgung, Physiotherapie und Krankengymnastik, Injektionen und operative Eingriffe zur Verfügung. Bei ausgeprägter Beschwerdesymptomatik und weit fortgeschrittenem degenerativem Befund helfen konservative Verfahren manchmal nur kurzfristig, so dass eine operative Therapie in Erwägung gezogen werden muss.

Weil Operationen an der Wirbelsäule bei unsachgemäßer Behandlung schwerwiegende Folgen haben können, sollten sie in Kompetenzzentren durchgeführt werden. Solche Zentren halten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit aktuellem Fachwissen und umfangreicher Erfahrung auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie, Schmerztherapie und Psychologie sowie die notwendige technische Ausstattung, wie die Möglichkeit zur navigationsunterstützten Operation, Neuromonitoring, vor.

Die Navigation ermöglicht eine hochakurate Positionierung von Implantaten, beispielsweise Schrauben, um das Risiko von Fehllagen derselben mit Nervenschädigungen nahezu auszuschließen. Das Neuromonitoring überprüft während der Operation dauerhaft, ob durch operative Manipulation Nerven in Mitleidenschaft gezogen werden und vermeidet durch ein rechtzeitiges Alarmsignal drohende Nervenschädigungen.

Operations-Navigationsgerät

Zur Platzierung von Implantaten und Erhöhung zur Patientensicherheit.



Kontakt

Rhein-Maas Klinikum GmbH
Mauerfeldchen 25
52146 Würselen

Rückenzentrum

Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin

Sylvia Gies

Tel.: 02405 62-3651
Fax: 02405 62-3652
sylvia.gies@rheinmaasklinikum.de

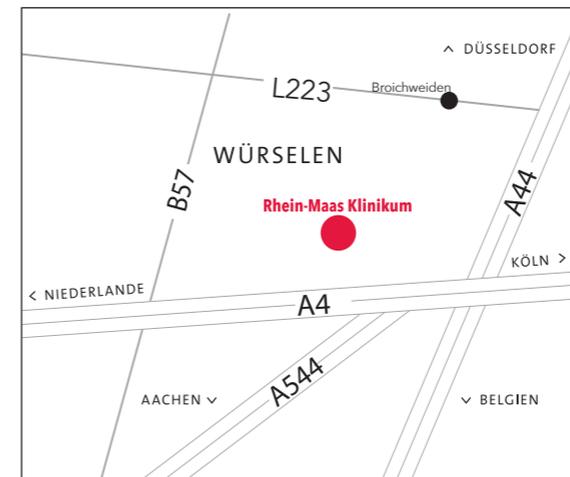
Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Marianne Horbach

Tel.: 02405 62-3372
Fax: 02405 62-3299
marianne.horbach@rheinmaasklinikum.de

www.rheinmaasklinikum.de

IM VERBUND DER KNAPPSCHAFT-KLINIKEN



Stand: August 2021, Auflage 500

Rückenzentrum



Foto: shutterstock





Sehr geehrte Damen und Herren,

das Rückenzentrum des Rhein-Maas Klinikums widmet sich der Volkskrankheit Nummer Eins: dem Rückenschmerz.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich jederzeit und gerne zur Verfügung, zögern Sie nicht, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Herzlichst

Ihre

Prof. Dr. med. Rolf Sobottke
Chefarzt
Klinik für Wirbelsäulenchirurgie,
Neurochirurgie und
Spezielle Orthopädie

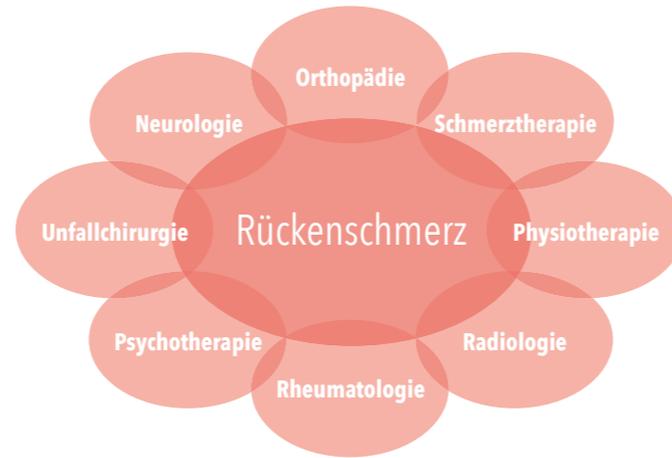
Dr. med. Andrea Roth-Daniek
Chefärztin
Klinik für Schmerztherapie
und Palliativmedizin



Interdisziplinarität

Wir möchten unseren Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen lassen.

Grundlegend ist hierbei die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Spezialisten aus verschiedenen Fachbereichen.



Zusammenarbeitende Kliniken und Fachbereiche

- Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Neurochirurgie und Spezielle Orthopädie
- Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin
- Klinik für Neurologie
- Klinik für Unfallchirurgie, Allgemeine Orthopädie und Endoprothetik
- Klinik für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin
- Klinik für Internistische Rheumatologie
- Psychotherapie
- Physiotherapie

Operativ



Dr. med. Mathis Ringe
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zertifizierter Wirbelsäulenchirurg
Spezielle orthopädische Chirurgie



Anas Affi
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Zertifizierter Wirbelsäulenchirurg

Der Verschleiß

Die Ursachen sind vielfältig: Wer unter chronischen Rückenschmerzen leidet, ist in seiner Lebensqualität stark eingeschränkt. Deshalb bedarf es oft einer dauerhaften Schmerzmedikation. Ein Bandscheibenvorfall oder eine -vorwölbung muss alleine noch keinen Krankheitswert haben und entspricht eher einem Dauerzustand, da Menschen ca. 70 – 100 Bandscheibenvorfälle im Leben erleiden. Die Selbstheilungstendenz und die Tendenz zur Rückbildung von Bandscheibenvorwölbungen sind hoch. Insofern ist eine operative Therapie nur in sehr ausgeprägten Fällen sinnvoll.

Wie kommt es dazu?

Die Wirbelsäule ist ein komplexes Konstrukt aus 24 freien Wirbeln. Dazu kommen das Kreuz- und Steißbein. Die kleinste Funktionseinheit (Wirbelkörpersegment) besteht aus zwei Wirbelkörpern, der dazwischen liegenden Bandscheibe, den paarigen Wirbelbogengelenken (Facettengelenke), den Muskeln, Bändern und Nerven. Im Spinalkanal verlaufen die Nerven, die paarig aus den Wirbellöchern austreten. Ein Bandscheibenvorfall oder eine -vorwölbung muss alleine noch keinen Krankheitswert haben und entspricht eher einem Dauerzustand, da Menschen ca. 70-100 Bandscheibenvorfälle im Leben erleiden. Die Selbstheilungstendenz und die Tendenz zur Rückbildung von Bandscheibenvorwölbungen sind hoch. Insofern ist eine operative Therapie nur in sehr ausgeprägten Fällen sinnvoll.

Im Laufe des Lebens kommt es zu einem individuell unterschiedlich ausgeprägten Verlust des Wassergehalts (Dehydration) des Bandscheibenkerns. Mit zunehmender Dehydration kommt es zu einem Höhenverlust der Bandscheibe. Daraus resultiert eine Laxizität der Bänder, die zu einer Gefüge-Lockerung und dadurch zu einer Fehlbelastung der kleinen Wirbelbogengelenke führen kann.

Diese Veränderungen erzeugen Beschwerden, die sich meist im unteren Rückenbereich bemerkbar machen.

Konservativ



Dr. of medicine (UA) Lina Rashid
Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie



Georg Bratkov
Facharzt für Neurochirurgie
Zertifizierter Wirbelsäulenchirurg

Die Folgen

Verschiedene Faktoren können zu einer Einengung des Spinalkanals (Spinalkanalstenose) führen, so dass die darin verlaufenden Nerven bedrängt werden.

Patienten geben typischerweise über Jahre zunehmende, in das Gesäß oder die Beine ausstrahlende, unspezifische Beschwerden an. Beim Gehen treten diese verstärkt auf, bei nach-vorne-Beugung (z.B. beim Sitzen) klingen sie ab. Sehr häufig bestehen zeitgleich starke Rückenschmerzen (Lumbalgien). Man spricht von der „spinalen Schaufensterkrankheit“ (Claudicatio spinalis), weil sich die Symptome besonderes beim Gehen und Stehen bemerkbar machen. In schweren Fällen bestehen die Schmerzen auch in Ruhezuständen.

Kommt es zu einem Wirbelgleiten/Wirbelkörperversatz (Spondylolisthese) engt der Spinalkanal weiter ein. Der fortschreitende Verschleiß eines Wirbelkörpersegmentes – zwei Wirbelkörper mit dazwischen liegender Bandscheibe – kann zu Fehlbelastungen und Beeinträchtigungen angrenzender Segmente führen, so dass letztendlich ganze Wirbelsäulenabschnitte betroffen sein können. Dies kann soweit führen, dass eine komplexe Deformität (Skoliose, Kyphose) bis hin zu einer „Collapsing Spine“ mit vollständigem Haltungsverfall, starken Schmerzen und Gehunfähigkeit drohen.



Foto: Fotolia