Omar Omar-Pasha – 53797 Lohmar, Weilerhohn 1

عمر عبد المجيد عمر باشا

Omar Omar-Pasha
Facharzt f. Chirurgie

Weilerhohn 1
53797 LOHMAR

Tel: +49-176-2468 49 16

Mail: pain@omar-pasha.de
www.omar-pasha.de

, 19.5.2013

Rückenschmerzen: Plädoyer für ein rechtzeitiges minimalinvasives Vorgehen

6. Dezember 2019

Rückenschmerzen gehören in schmerztherapeutischen Praxen zu den häufigsten Krankheitsbildern. Nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen wie zum Beispiel Medikamenteneinstellungen, psychologischen und physikalischen Therapien etc. gelten viele Patienten als “austherapiert”, trotz weiterbestehenden Schmerzen.

Mein Ziel ist es, die verbreitete Scheu vor minimal invasiven Verfahren abzubauen und die Schmerztherapeuten anzuregen, ihren therapeutischen „Werkzeugkasten“ zu vervollständigen.

von **Dr. Omar Omar-Pasha**, Facharzt für Chirurgie und Interventionelle Schmerztherapie, Maria-Stein-Krankenhaus, Remagen

Ich erwarte nicht, dass jeder Schmerztherapeut eine „Deep Brain Stimulation“ (DBS) implantieren soll – ich kann es auch nicht –, aber das Repertoire sollte sich deutlich von einer gut geführten Allgemeinpraxis abheben.

Nach über 30-jähriger Erfahrung als schmerztherapeutisch orientierter Chirurg möchte ich meine Arbeitsabläufe und Gedankengänge, die sich bei Rückenschmerz-Patienten bewährt haben, zusammenfassen. Es werden nicht sämtliche unterschiedliche Verfahren beschrieben und gewichtet und auch keine evidenzbasierte Medizin dargestellt. Es handelt sich vielmehr um einen Erfahrungsbericht, der bewusst subjektiv ist und somit auch kontrovers diskutiert werden kann.

Selbst die komplexesten und schwersten Krankheitsbilder mit „erschreckenden“ Röntgen- und MRT-Befunden lassen sich meist auf behandelbare Symptome reduzieren. Selbstverständlich müssen zuvor die „red flags“ und akut behandlungsbedürftigen Fälle aussortiert und bei Bedarf ein neurochirurgisches Konsil eingeholt werden.

Ist dies erfolgt, sind die Arbeitsabläufe und Gedankengänge weitgehend standardisiert.

Da bildgebende Verfahren nicht zwingend mit der Klinik korrelieren und den Therapeuten auf eine falsche Fährte lenken können, führe ich das exploratorische Gespräch und die Untersuchung durch, bevor ich die Bilder befunde.

Die aus dem Gespräch gewonnenen Verdachtsdiagnosen und Therapieansätze sind in der Regel für das weitere Vorgehen ausschlaggebend.

Die Bildgebung ist lediglich dazu da, die Behandlung zu präzisieren um wichtige Befunde nicht zu übersehen.

Behandlungsstrategie

- Was ist das Hauptsymptom?

Rücken- oder mehr ausstrahlende Beschwerden?

- Behandlungsablauf:

Beginn mit minimalinvasiven Verfahren, erst dann höher invasive Verfahren anwenden

- Abwägung von möglichen Komplikationen
- Beginn mit den „billigen“ und Fortschreiten zu den höher preisigen Verfahren

Es gibt nicht die eine Behandlung für alle Symptome!

Meine Vorgehensweise: Erste Behandlung – Abwarten – Beurteilung der Ergebnisse.

Dann erst fortschreiten mit einer – eventuell erforderlichen – zweiten Behandlung, versuche ich das meinen Patienten verständlich darzustellen.

Das bedeutet aber nicht, dass eine Behandlung unendlich dauert.

Sie ist straff im Ablauf, dennoch nicht im Voraus vollkommen planbar.

Meist klagen die Patienten über unterschiedliche Beschwerden: Teils lumbalgiform vertebral und paravertebral lokalisiert, teils radikulär ausstrahlend.

Wenn die Rückenschmerzen dominieren: Behandlung der Facetten

- Steroidinfiltrationen erzielen in der Regel nur eine kurzzeitige Besserung
- Thermodenervation: In der Regel eine Besserung von ein bis zwei Jahren (Erfolgsaussicht ca. 80 Prozent)

Ich ziehe die Thermodenervation der Kryodenervation vor, da meiner Meinung nach bei der ersteren das elektromagnetische Feld einwirkt (dieser Gedankengang führte vor Jahren zu der Entwicklung der gepulsten Radiofrequenzmodulation (PRF), bei der die Temperatur an der Elektrodenspitze nie über 42°C steigt, aber dennoch ein starkes elektromagnetisches Feld erzeugt wird).

Häufig bessern sich nach der Denervation auch die radikulären Schmerzkomponenten – wohl durch eine kollaterale Muskelrelaxation. Daher ist die Denervation auch bei Mischbildern als erste Behandlungslinie gerechtfertigt.

Wenn ausstrahlende Beschwerden im Vordergrund stehen:

Sind in der Regel die Spinalnerven affektiert, entweder durch Kompression oder entzündliche Vorgänge (lediglich komprimierte Spinalnerven erzeugen Ausfälle, aber nur selten Schmerzen). Die Radikulären Symptome erlauben meist eine zuverlässigere Segmentlokalisation als die bildgebenden Verfahren.

Bei Abweichung der Höhenlokalisation – Klinik contra Bildgebung – sollte der Patient darüber gründlich informiert werden und die weitere Behandlungsstrategie mit ihm zusammen erarbeitet werden, da spätere Gespräche des Patienten mit streng MRT-orientierten Kolleginnen und Kollegen zu „Irritationen“ führen kann.

Behandlung:

- Periradikuläre Steroid Infiltration (PART): Einfachste und häufig erfolgreiche Maßnahme, auch wenn angeblich die EBM Kriterien nicht erfüllt werden.
- Epidurale Methode mittels einer Multifunktionselektrode: Bei mehreren Segmenten, oder wenn die Segmentlokalisation nicht eindeutig ist. Mit dieser kann man die Spinalwurzeln durch eine sensorische (70Hz) Teststimulation selektiv identifizieren und anschließend mit einem gepulsten Radiofrequenzstrom (PRF) stimulieren.

Bei Vorliegen einer entzündlichen Komponente kann durch die Elektrode zusätzlich gezielt ein Steroid appliziert werden.

Bei diesem Vorgehen sind Multiple, einseitig und zweiseitige, Segmente in einer Sitzung minimalinvasiv behandelbar. Bei cervicalen und thorakalen Behandlungen führe ich nur noch diese epidurale Technik durch, da komplikationsärmer und für den Patienten wesentlich angenehmer (keine Gefäß- oder Nervenverletzungen, keine Pneumothoraxgefahr sowie die Möglichkeit multiple Segmente beidseitig mit nur einem einzigen epiduralen Zugang durchzuführen).

Die oben aufgeführten Behandlungen sollten schon bei den meisten Ihrer Patienten zu einer signifikanten Verbesserung führen. Ich zähle sie zur Basistherapie. Ohne Röntgenbildvertärker (BV) geht es aber nicht. Diese erst öffnet die Türen zu sämtlichen weiterführenden Behandlungen. Wer hier spart, beschränkt sein therapeutisches Repertoire erheblich.

Weitere Krankheitsbilder

Stenosen

Bei einer Bandscheibenbedingten centralen Stenose oder einer lateralen Foramenstenose haben sich "**Interspinöse Spreizer"** bewährt. Auch wenn es sich hier um eine offene Operation handelt, würde ich sie dennoch zu den minimalinvasiven Techniken zählen (die OP-Zeiten sind kurz (15 bis 30 Minuten)). Der Eingriff ist reversibel und sämtliche operative Verfahren sind möglich, falls der Eingriff nicht zu einem befriedigenden Ergebnis führt. Weiterhin vermeidet man die – bei den Standardoperationen nicht seltenen – Komplikationen wie periradikuläre und epidurale Fibrosen, Verletzungen der Dura oder andere intraspinale Strukturen sowie Liquorfistel und Infektionen des Spinalkanals.

Bei Stenosen sind offene chirurgische Eingriffe aber oft nicht zu umgehen.

Discogener Schmerz: Dieser ähnelt dem Facettenschmerz, steht bei mir aber nicht am Anfang der Behandlungskette. Die Discitis ist eine seltene, aber gefürchtete Komplikation. Daher stehen intradiscale Therapien am Ende der Behandlungskette. Die einfachste Therapie ist, besonders beim Vakuumphänomen, die intradiscale Ozon injection. Weitere mögliche Therapien sind die verschiedenen Nucleoplastieverfahren.

ISG-Syndrom: Ähnelt ebenfalls dem Facettensyndrom. Eine ISG injection mit einem Steroid hilft meist. Die ISG-denervation ist möglich, aber nicht so akkurat durchführbar wie eine Facettendenervation.

Piriformis-Syndrom: Parasacrale Schmerzen mit einer ischialgiformen Komponente. Behandlung: PRF-Modulation des M.Piriformis. Offene Neurolysen sind sehr selten nötig.

Coccygeodynie: Thermodenervation und in gleicher Sitzung PRF-Modulation des distalen sacralen Spinalkanals durch den Hiatus sacralis ev. mit zusätzlicher Steroidinjection.

Reizung der sakralen und pudendalen Nerven durch sacrotuberale Bänder: PRF-Modulation ev. mit Steroidinjection.

Ich hoffe, ich konnte vermitteln, dass mit einem standardisierten Vorgehen, einem überschaubaren Apparatepool und einer Auswahl von Behandlungstechniken viele chronische Rückenschmerzpatienten befriedigend behandelt werden können.

Basis Geräte:

- Radiofrequenzgenerator zur Thermodenervation (RF) und gepulsten Radiofrequenzmodulation (PRF). Es sollte möglich sein, eine Multifunktionselektrode anzuwenden. Fast sämtliche auf dem Markt befindlichen Geräte sind dazu in der Lage. Ältere Geräte können in der Regel nachgerüstet werden.
- Röntgenbildverstärker: sämtliche minimalinvasiven Behandlungen können damit sicher durchgeführt werden. Empfehlenswert ist die „eye oft the needle" Technik. Mit der Sonographie habe ich keine eigene Erfahrung.
- Seltener nötig: Ozongenerator. Nucleoplastiegenerator.

- Zugang zu einem Operationssaal oder Kooperation mit einem „aufgeschlossenen“ Operateur.

Die häufigsten Verfahren:

- Facettenthermodenervation.
- Gepulste Radiofrequenz Modulation. Diese kann an jeden sensorischen/motorischen Nerven sowie an Ganglien ohne thermische Schädigung durchgeführt werden.
- Periradikuläre transforaminale Zugänge.
- Multifunktionselektrode (Epidurale PRF in sämtlichen WS-Segmenten besonders sicher cervical und thoracal).
- Intradiscale Verfahren (Ozon und Nucleoplastie)
- Interspinöse Spreizer.

Kontroverse Thesen

Erlauben Sie mir zum Schluss noch einige Bemerkungen die – nach meiner Erfahrung – nicht von jedem geteilt werden, aber meine Meinung wiedergeben.

- Ein rechtzeitiger minimalinvasiver Eingriff ist weniger invasiv als eine langdauernde Analgetika-, Antiphlogistika- oder Steroidgabe.
- Physikalische Maßnahmen gehören zu den – reflexartig – verordneten konservativen Behandlungen. Bei chronischen Facettenarthropathien und radikulären Nervenaffektionen sind sie eher schädlich, da die betroffenen Strukturen dadurch mehr gereizt als beruhigt werden.
- Sammeldiagnosen wie MS oder Fibromyalgie führen zu einem therapeutischen Nihilismus – auch MS Patienten können unter Rückenschmerzen leiden und profitieren, bei unveränderter Grunderkrankung, von den oben genannten Behandlungen.
- Mit der Diagnose „Funktionelle Störung“ sollte sehr vorsichtig umgegangen werden. Vielen Patienten wird durch ein voreiliges „Abstempeln“ unrecht getan. Sie ist oft nur ein Indiz für die begrenzten Therapiemöglichkeiten der Behandler.
- Eine psychologische Begleitung wird propagiert und ist gut, aber sie sollte eine aktive Schmerzbehandlung nicht ersetzen oder behindern. Bei einer Linderung der Schmerzen bessert ist naheliegend auch die Psyche (Henne-Ei-Problematik).
- Es wäre ideal, wenn die – bisher in der Regel – anästhesiologisch geführten Schmerzpraxen eine engere Kooperation mit „aufgeschlossenen“ Chirurgen, Orthopäden, Neurochirurgen und Handchirurgen pflegten.

Eine rechtzeitige minimalinvasive Behandlung kann die Krankheitsdauer verkürzen, verhindert die Chronifizierung, vermindert den Analgetikabedarf, vermeidet größere High-End-Eingriffe (spinale Medikamentenpumpen, implantierbare spinale Dauerstimulationssysteme) und nicht selten sogar größere Operationen. Letztlich sind dadurch die Gesamtkosten deutlich geringer.

Man verwaltet nicht mehr den Schmerz, sondern geht ihn aktiv an.

Vertiefende Literatur:

Waldeman SD. Interventional Pain Management. Saunders

Buric J et al. Ozone chemonucleolysis. Advanced Peripheral Nerve Surgery and Minimal Invasive Spinal Surgery. Acta Neurochirurgica Supplement 92;2005;93-97.

Omar-Pasha O. Application of Pulsed Radio Frequency to the Dorsal Horn and Dorsal Roots. Advances in Minimally Invasive Surgery and Therapy for Spine and Nerves, Acta Neurochirurgica Supplement 108; 2011;85-95.

Zucherman JF et al. A Multicenter Prospective Randomized Trial Evaluating the X STOP Interspinous Process Decompression System.Spine 2005;Volume 30:Number 12:1352-1358.