

## Zervikale Stenose – Myelopathie

Aufgrund der altersbedingten Abnahme der Bandscheibenhöhe (Diskopathie) sowie Abnutzung und Altersumbau (Spondylose) können unterschiedliche Veränderungen der Halswirbelsäule auftreten. Wie auch an der Lendenwirbelsäule, können als Folge sowohl eine vermehrte Beweglichkeit zwischen zwei Wirbeln als auch eine überschüssige Bildung von Knochen auftreten. Durch die vermehrte Beweglichkeit kommt es zu einer Vergrößerung der kleinen Wirbelgelenke und einer Volumenzunahme der Bandstrukturen, vor allem im Spinalkanal.

Die zervikale Myelopathie hat ihren Altersgipfel zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Allerdings kommt sie auch danach noch häufig vor.

Die Häufigkeit einer Spinalkanalstenose bei älteren Menschen, die keine Symptome verursacht, beträgt mindestens 25 %.

### Symptome

Die Symptome entwickeln sich in der Regel schleichend. Bei einer reinen Rückenmarkskompression, die meist schmerzlos ist, können Jahre vom ersten Symptom bis zur Diagnose vergehen. Erste Zeichen können Gefühlsstörungen in den Händen oder Füßen, Ungeschicklichkeiten der Hände und Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln sein.

Später verstärken sich diese Symptome und viele Patienten klagen über diffuse, fleckförmige Störungen des Gefühls an Armen oder Beinen. Das Gehen wirkt steif, breitbeinig, ruckartig und maschinenförmig. Die Störungen der Feinmotorik an den Händen nehmen weiter zu, das Schreiben wird eckig und «krakelig», und Dinge können aus der Hand fallen. Auch fällt das Zuknöpfen von Hemden oder Blusen schwerer, und das Essen mit Besteck ist gestört. Vegetative Störungen, wie die Entleerung der Harnblase, können hinzutreten.

Der Spontanverlauf der Erkrankung ist sehr variabel, wobei Verschlechterungen häufiger als Remissionen sind. Die Verschlechterung der Beschwerden erfolgt meist über einen längeren Zeitraum. Allerdings kann sie auch rasch auftreten und ist dann meist nicht mehr reversibel. Bei 75 % der Patienten wurde eine neurologische Verschlechterung in Schüben beobachtet. Es gibt Hinweise darauf, dass etwa 5 % aller Patienten mit einer asymptomatischen Rückenmarkskompression pro Jahr symptomatisch werden. Akute Verläufe sind ebenfalls bekannt.

### Diagnose

Von einer zervikalen Myelopathie (einer Rückenmarksschädigung) spricht man bei den entsprechenden klinischen Zeichen bzw. Symptomen oder dem Nachweis einer

Rückenmarksläsion in der Kernspintomographie (MRI). Die Ursache, sprich Kompression des Myelons, ist ebenfalls häufig auf den MRI-Bildern zu erkennen. Zur Diagnostik gehören neben der detaillierten neurologischen Untersuchung und der MRI-Bildgebung auch das Röntgen der Halswirbelsäule unter Bewegung um eine pathologische Beweglichkeit zwischen den Halswirbelkörpern nachzuweisen.

## Therapie

### Konservative Therapie

- Medikamentös (Steroide, nicht-steroidale Antirheumatika etc.)
- Lokale Infiltration mit Steroiden und Lokalanästhesie
- Physiotherapeutische Traktionsbehandlung (Längsdehnung der HWS), Lockerungsmassagen, Akupunktur, Low Level Laser Therapie
- Aufbau und Stabilisierung der Halswirbelsäule durch gezielte
  - Stärkung der Nackenmuskulatur
  - Stärkung der Muskulatur des oberen Quadranten
  - Stärkung der Skapula
- Vermeidung von Aktivitäten, die zu starker und dauerhafter Belastung oder zu Fehlhaltungen der Halswirbelsäule führen

Unter der konservativen Therapie sollten regelmäßige klinisch-, neurologische Kontrollen durchgeführt werden um eine Verschlechterung zu antizipieren.

### Operative Versorgung

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen einer Kompression von vorne (=ventral) und von hinten (=dorsal).

Bei der ventralen Form wird entweder nur die Bandscheibe oder ein kompletter Wirbelkörper entfernt. Zusätzlich wird das Segment mittels „Platzhalter“ und Platte stabilisiert. Der Eingriff wird unter dem OP-Mikroskop durchgeführt zusätzlich wird ein spezielles Instrumentarium verwendet. Der Hautschnitt beim ventralen Zugang ist am Hals meist auf der rechten Seite (anterolaterale Hautinzision)

Bei der dorsalen Kompression wird der Hautschnitt im Nacken in Längsrichtung gemacht. Der überschüssige Knochen und die verdickten Bänder die zur Kompression des Rückenmarks / der Nerven geführt haben werden entfernt. Ob zusätzlich stabilisiert werden muss oder nicht hängt vom Ausmaß der Dekompression und der Anzahl der betroffenen Segmente ab. Auch diese Operation wird unter dem OP-Mikroskop durchgeführt.

## **Prognose**

Bei etwa 90 % aller Patienten tritt eine Besserung auf. Sie ist dann am deutlichsten, wenn die Erkrankung bei leichten Symptomen erkannt und zeitig operiert wird. Bei schweren Symptomen ist die Besserung weniger ausgeprägt.

## **Kann die Erkrankung erneut auftreten?**

In der operierten und ruhig gestellten Höhe tritt die Erkrankung nicht noch einmal auf. Allerdings kann durch die Fusion zweier Wirbelkörper die Beanspruchung der Nachbarsegmente steigen. Diese Anschlussdegenerationen sind beschrieben und treten etwa in 3 % der operierten Fälle pro Jahr auf. Ob sie allerdings auf die Fusion zurückzuführen sind oder auch spontan aufgetreten wären, lässt sich nicht beantworten. Sie können aber Ursache einer erneuten krankhaften Degeneration mit Instabilität oder überschüssiger Gewebekonstruktion sein und wieder zu einer Einengung des Spinalkanals führen.