

Osteoporotische Wirbelkörperfrakturen

Was der Rückenschmerz erzählt

Wirbelkörperfrakturen zeigen in ihrem Verlauf charakteristische Symptome und Schmerzformen, wie Dr. Jörg Brandt, Halle-Wittenberg, erläuterte.

— Der akute Frakturschmerz entsteht durch Makro- und Mikrotraumen und Periostschmerz. Die BWS ist häufiger als die LWS betroffen, oft strahlen die Schmerzen gürtelförmig nach ventral aus. Es bestehen Ruhe-, Nacht- und Bewegungsschmerzen. Die Symptomatik

ist durch Stauchen der Wirbelsäule und Klopfen über dem Wirbel auslösbar.

■ Der chronisch ligamentäre Überlastungsschmerz hat seine Ursache vor allem in der Überbeanspruchung des dorsalen Bandapparats nach osteoporotischer Wirbelkörperfraktur. Hier besteht ein intensiver, tief sitzender dumpfer Ruheschmerz, der durch Achsen- und Bewegungsbelastung verstärkt wird. Dabei gibt es eine typische Latenzzeit von Minuten bis Stunden („Nachschmerz“).

■ Beim chronischen psychosomatischen Schmerz ist keine Lokalisierung mehr möglich, die Schmerzen sprechen nicht auf Analgetika an. Häufig fallen begleitende Stimmungsveränderungen und eine autonome Dysregulation auf.

■ Liegt eine Pseudarthrose als Komplikation einer Wirbelkörperfraktur vor, verspürt der Patient in Rückenlage keine oder nur geringe Schmerzen. Typisch ist ein schmerzhaftes Aufrichten des Oberkörpers, in senkrechter Position lassen die Schmerzen wieder nach.

Kyphoplastie nach osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen

Häufiger Eingriff ohne Nutzen?

Im Rahmen einer Wirbelkörperfraktur kommt es meist zur Abflachung der Wirbelkörper mit erhöhtem Druck auf die vordere Wirbelsäule, gleichzeitig entstehen hohe Zugkräfte am posterioren Bandapparat. Charakteristisch ist eine teils extreme Kyphose der Patienten.

— Als operative Maßnahme, so Dr. Jörg Brandt, Halle-Wittenberg, hat sich zunehmend die minimalinvasive Kyphoplastie etabliert. Bei diesem Verfahren erfolgt der Zugang von schräg dorsal durch eine kleine Stichinzision. Unter Röntgenkontrolle wird eine Kanüle in den frakturierten Wirbelkörper vorgeschoben und dort ein Ballon aufgeblasen. Damit erfolgt eine Aufrichtung des Wirbelkörpers. Der Ballon wird danach mit Knochenzement gefüllt.

Dieser Eingriff ist mittlerweile das häufigste Verfahren zur Aufrichtung einer kyphosierten Wirbelsäule nach Wirbelkörperfrakturen. Die konventionelle Spondylodese wird zunehmend seltener durchgeführt, das operative Know-how und der personelle Aufwand sind hier sehr groß.

Mehrere Studien weisen jedoch darauf hin, dass die Aussteifung eines Wirbelkörpers zu einem erhöhten Frakturrisiko benachbarter Wirbelkörper führt. In einer Studie von Alvarez et al. wurden 101 Patienten mit einer Vertebroplastie (Vorgänger der Kyphoplastie mit Einspritzen von Knochenzement ohne Ballon) behandelt, als Vergleich dienten 27 konservativ behandelte Patienten. Innerhalb eines Jahres traten bei 26% der operierten Patienten Wirbelfrakturen auf – nach konservativer Therapie lag die Rate nur bei 11% (Alvarez L et al. Spine 2006; 13:1113–8).

Mehrere Studien ergaben für die Kyphoplastie Folgefrakturaten zwischen 23 und 38%. Brandt betonte, dass vor allem unter steroidinduzierter Osteoporose das Risiko

Kompressionsfrakturen der Lendenwirbel bei Osteoporose mit Fischwirbelbildung.

einer Folgefraktur nach Kyphoplastie hoch ist. In einer Metaanalyse kamen Taylor et al. zum Ergebnis, dass das Frakturrisiko nach diesem Eingriff nur „möglicherweise“ erhöht ist und die Effektivität gegenüber einer konservativen Therapie belegt ist (Tylor RS et al. Eur Spine J 2007;16:1085–100).

In einer Studie vom Vorjahr (Buchbinder R et al. New Engl J Med 2009; 361:557–68) stellte der Autor jedoch auch die Wirksamkeit (v.a. Schmerzreduktion) der Aussteifungsmethode infrage. Mit Ausnahme eines Lebensqualitätsindex fand er keine

signifikanten Vorteile der Vertebroplastie im Vergleich zu einer Scheinoperation. Brandt riet zur Zurückhaltung bei den neuen Aufrichtungsverfahren. Die Ergebnisse laufender größerer kontrollierter Studien sollten erst abgewartet werden.

DR. MED. ANDREAS FISCHER ■

■ Quelle: 5. Kongress des Bundesverbandes Deutscher Rheumatologen in München

© H.-S. Fülleß

