

Spinalkanalstenose

Einengungen des Wirbelkanals sind ebenso wie Einengungen der abgehenden Nervenwurzellocher (Neuroforamen) nur bis zu einem gewissen Grade schmerzfrei und tolerabel. Überschreiten diese Einengungen, meist hervorgerufen durch degenerative Prozesse mit und ohne zusätzlichen Bandscheibenvorfall eine Toleranzbreite, so kommt es zu Kompressionserscheinungen der abgehenden Nervenwurzeln, manchmal auch des Myelons. Besonderes Interesse verdient aber der Aspekt, dass je nach Körperhaltung der Kompressionseffekt auf die Nervenwurzeln verschlimmert oder erleichtert werden kann. So weiß man, dass die Einnahme einer vermehrt lordotischen Haltung der Hals- und Lendenwirbelsäule die Zwischenwirbellöcher zusätzlich einengt, während die gegenteilige Haltung, nämlich die Entlordosierung (Streckhaltung) das Lumen des Wirbelkanals und auch die Zwischenwirbellöcher geringfügig erweitert. In vielen Fällen reicht eine entlordosierende Haltung der Wirbelsäule aus, um die auftretenden Belastungsschmerzen zu verringern. Typisch für die Spinalkanalstenose im Lumbalbereich ist das neurogene Hinken, das – ähnlich wie die Schaufensterkrankheit – die Gehfähigkeit des Betroffenen limitiert. Beim aufrechten Gang kommt es nach einer anfangs schmerzfreien Strecke zu zunehmenden ein- oder beidseitigen Ischiasschmerzen, die zunehmend stärker werden und schließlich ein Weitergehen nicht zulassen. Die Betroffenen nehmen dann spontan eine nach vorn geneigte Körperhaltung ein, wobei der Ausstrahlungsschmerz in die Beine rasch vergeht.

Ein besonderes Merkmal der Wirbelkanalstenose ist die Tatsache, dass im Ruhezustand, also ohne Belastung, neurologische Defizite häufig nicht gefunden werden, diese treten erst nach Aktivierung, also bei Gehen oder längerem Stehen in Erscheinung. Untersucht man Patienten mit einer Spinalkanalstenose im Liegen, so wird man in vielen Fällen keinen pathologischen neurologischen Befund finden, also davon ausgehen, dass keine Defizite vorhanden sind. Lässt man dagegen die Betroffenen so lange im Untersuchungszimmer umhergehen, bis ausstrahlende Schmerzen angegeben werden, so lässt sich direkt danach häufig ein doch pathologisches neurologisches Substrat finden, meist in veränderter Reflexaktivität oder Auftreten von sensomotorischen Ausfällen. Diese

verschwinden in der nachfolgenden Ruhephase dann regelmäßig wieder. Dieses erstmals von Benini beschriebene Phänomen ist geradezu pathognomonisch für das Vorliegen einer Spinalkanalstenose und gibt der Bezeichnung „Claudicatio spinalis“ seine Berechtigung.

© 2013 Dr. med. Thomas Laser