

Postdiskotomie-Syndrom

Bei einem bestimmten Prozentsatz nach Bandscheibenoperationen kommt es im Operationsgebiet in der Nähe des Wirbelkanals zu narbigen Veränderungen, die aufgrund des vermehrten narbigen Volumens die umgebenden neuralen Strukturen komprimieren und damit einen ähnlichen Effekt erzeugen, wie ursprünglich der eigentliche Bandscheibenvorfall, der ebenfalls auf die neuralen Strukturen drückte. In Zeiten, als es noch keine Kernspintomographie-Untersuchung gab, nahm man häufig an, dass solche erneut auftretenden Beschwerden durch einen Rezidivvorfall zu erklären seien. Seinerzeit hat man dann aus Unkenntnis der tatsächlichen Situation erneute operative Eingriffe vorgenommen, wobei man schließlich das vorgefundene Narbenpaket ausräumte, was leider in den meisten Fällen zur Folge hatte, dass die anschließende erneute Narbe noch größer wurde, als die erste. In vielen Fällen mussten wiederholte operative Maßnahmen durchgeführt werden, ohne dass es dann schließlich zu einer endgültigen Beseitigung der Narbensituation kam. Erst mit Einführung der Kernspintomographie (MRT) gelang es, rein bildtechnisch einen eigentlichen Rezidivvorfall von einer Narbe zu unterscheiden, was letztlich auch dazu führte, dass man beim Nachweis einer Narbe andere therapeutische Ansätze suchte, als dies früher der Fall war. Je nach Größe einer solchen Narbenwucherung kommt es zu mehr oder weniger stark ausgebildeten neurologischen Defiziten, die als Claudicatio spinalis-Symptomatik imponieren können (Krämer, Laser). Für die Praxis bedeutet dies, dass die Betroffenen mit einer solchen Narbenbildung nach einer Bandscheibenoperation ähnliche Schmerzbilder aufweisen, wie zum Zeitpunkt des seinerzeitigen Bandscheibenvorfalles. Es kommt zu ziehenden ischiasähnlichen Schmerzen in ein oder beide Beine, häufig verbunden mit Schmerzverstärkung bei bestimmten Körperhaltungen oder beim Gehen. In nicht ganz schweren Fällen bestehen die Beschwerden vornehmlich bei zunehmender Belastung, also beim Stehen und Gehen, lassen aber dann im Sitzen oder in entlastender Körperhaltung wieder nach. Interessanterweise finden sich bei neurologischen Untersuchungen solcher Fälle im Sitzen oder Liegen häufig keine Defizite, so dass der Untersucher glauben muss, dass es sich um keine neurologischen Kompressionssymptome handeln könne. Lässt man aber solche Probanden dann eine Strecke gehen, bis der für ihn typische Ischiasschmerz wieder auftritt und

wiederholt danach die neurologische Untersuchung, so kann man in den meisten Fällen feststellen, dass dann ein pathologischer neurologischer Befund erhoben werden kann (Benini, Laser). In aller Regel werden solche Untersuchungen ohne und nach Belastung allerdings anlässlich einer gutachtlichen Untersuchung nicht vorgenommen, sondern ausschließlich neurologische Untersuchungen im Ruhezustand des Untersuchten.