



Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit richtet sich sehr nach der Art Ihrer Tätigkeit. In aller Regel sind Sie aber spätestens nach der Kontrolluntersuchung (siehe unter dem Punkt „körperliche Belastung und Rehabilitationsbehandlung“) oder Reha wieder arbeitsfähig.

Durch die Operation ist die Belastung und Beweglichkeit der Halswirbelsäule bis zum Zeitpunkt des ärztlich empfohlenen Belastungsaufbaus stark eingeschränkt. In diesem Zeitraum sollten Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und der anderer Verkehrsteilnehmer nicht selbst Auto fahren.

Medikamente

Schmerzmedikamente können im Verlauf, in Rücksprache mit Ihrem Hausarzt, reduziert und abgesetzt werden. Falls für die Operation bestimmte Medikamente pausiert oder angepasst wurden, werden wir Sie und Ihren Hausarzt informieren



Kontakt

Rhein-Maas Klinikum GmbH
Mauerfeldchen 25, 52146 Würselen

Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Prof. Dr. med. Rolf Sobottke
Direktor des Zentrums für Orthopädie,
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Terminvereinbarungen nach Absprache mit



Marianne Horbach
Tel.: 02405 62-3372
Fax 02405 62-3299
E-Mail: marianne.horbach@
rheinmaasklinikum.de



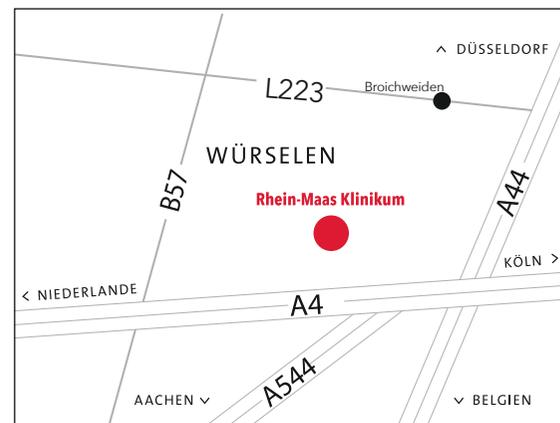
Silja Lipka
Tel.: 02405 62-3323
E-Mail: silja.lipka@
rheinmaasklinikum.de

Diagnostik- und Behandlungszentrum

Tel.: 02405 62-3323

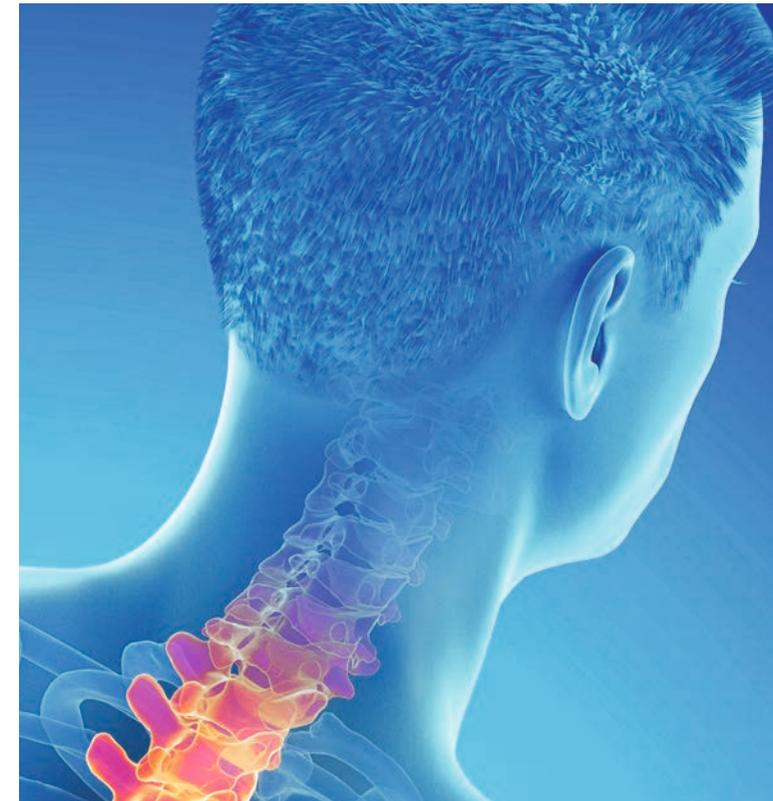
www.rheinmaasklinikum.de

IM VERBUND DER KNAPPSCHAFT-KLINIKEN



Stand: Mai 2021, Auflage: 500

Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Neurochirurgie und Spezielle Orthopädie



Patienteninformation

Dekompression an der Halswirbelsäule
bei Stenose oder Bandscheibenvorfall –
wie geht es weiter?

Foto: shutterstock.com





Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

durch den Wirbelsäulenkanal (Spinalkanal) der Halswirbelsäule läuft das Rückenmark und aus den Wirbellöchern (Neuroforamina) treten die spinalen Nerven, die unter anderem die Funktion unserer Arme und Hände verantworten. Werden der Wirbelsäulenkanal oder die Nervenaustrittslöcher in Folge von Verschleißerscheinungen (Spinalkanalstenose, Bandscheibenvorfall) zu eng, können daraus Schäden des Rückenmarks (Myelopathie) oder

der Spinalnerven resultieren. Abgesehen vom **Bandscheibenvorfall**, der in der Regel akute Beschwerden verursacht, ist die Entstehung der **Myelopathie** im Rahmen einer degenerativen Spinalkanalstenose ein eher langsamer chronischer Prozess mit sehr variabler klinischer Ausprägung. Leitsymptome sind Bewegungsunsicherheiten, die in Abhängigkeit von der Höhe der Myelopathie (obere bis untere HWS) auch die oberen Extremitäten betreffen können. Typischerweise fällt eine zunehmende Gangunsicherheit (Ataxie) auf. Sind Spinalnerven involviert, sind in den Arm ausstrahlende Schmerzen (Brachialgie) und sogar Lähmungen möglich. Ein Schaden des Rückenmarks ist irreversibel und muss daher möglichst vermieden werden.

Die **Diagnose** wird anhand des klinischen Beschwerdebildes, der neurologischen Befunde und bildgebender Verfahren, wie Röntgen und MRT gestellt. Gemeinsam mit dem Patienten ermittelt der Arzt eine geeignete Therapie. Während der Bandscheibenvorfall durch Abklingen der Entzündungsreaktion und spontane Größenabnahme häufig sehr gut auf eine konservative Therapie anspricht, können konservative Therapieansätze die eigentliche Ursache der chronischen, degenerativen Spinalkanal- oder Foramenstenose nicht beseitigen. Angesichts der Krankheitsursache – Einengung der Nerven durch ligamentäre und knöcherne Elemente – stößt der konservative Behandlungsansatz bei fortgeschrittenen Befunden an seine Grenzen. Ist die Spinal- oder Foramenstenose noch nicht stark ausgeprägt, kann ein konservativer Therapieansatz sinnvoll sein. Sprechen die Schmerzen aber auf die konservative Therapie nicht mehr an oder droht die Myelopathie (Rückenmarksläsion), ist eine operative Behandlung der Spinalkanalstenose notwendig. In Abhängigkeit vom Krankheitsbild und dem Ausmaß der Degeneration kommen operativ zwei Verfahren zur Anwendung: die Implantation einer Bandscheibenprothese, die die Beweglichkeit des Bewegungssegments erhält, und die Implantation eines Platzhalters (Cage) mit dem Ziel der Fusion des erkrankten Segments. Welches Verfahren für Sie geeignet ist, werden wir Ihnen in unserer Sprechstunde erläutern.

Prof. Dr. med. Rolf Sobottke
Chefarzt
Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Neurochirurgie
und Spezielle Orthopädie

Mobilisierung und Essen

Nach der Operation bleiben Sie für eine Nacht unter Beobachtung auf der Intensiv- oder Überwachungsstation. In der Regel werden Sie am nächsten Morgen wieder auf Ihre Station verlegt. Dort werden Sie mit Unterstützung des Pflegepersonals mobilisiert und können sich nachfolgend zunehmend selbstständig bewegen. In der Regel und bei Bedarf werden Sie krankengymnastisch unterstützt und erhalten eine Rückenschulung. Nach der Operation erfolgt aufgrund der Gefahr von Schluckstörungen ein stufenweiser Kostaufbau mit initialer Flüssigkost.

Entlassung

In Abhängigkeit vom Operationsverlauf erfolgt die Entlassung nach Hause am 3. Tag nach der Operation. Sollten Sie Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung brauchen, so melden Sie diesen Bedarf möglichst schon vor der stationären Aufnahme an. Wir können dann frühzeitig den Kontakt zu unserem Sozialdienst herstellen.

Wundversorgung

Die Wundversorgung während des stationären Aufenthaltes erfolgt durch uns. Am 1. Tag nach der Operation wird die Wunddrainage entfernt. Duschen ist bereits am Tag nach der Operation möglich, wobei ein Einweichen der Operationswunde vermieden werden muss (kurzes Duschen, nachfolgend trockenes Pflaster). Baden oder längeres Duschen sind nach spätestens drei Wochen ohne Probleme möglich. In der Regel ist die Wunde nach etwa 8 Tagen soweit trocken, dass kein Pflaster mehr benötigt wird. Am häufigsten werden Hautfäden genutzt, die sich von selbst auflösen und nicht gezogen werden müssen. Die Wundkontrollen nach Entlassung erfolgen idealerweise durch Ihren Hausarzt.

Wundschmerz, Schluckbeschwerden und Heiserkeit

Wundschmerz nach Operationen ist normal. Dieser klingt über Tage langsam ab. Sie werden standardisiert mit Schmerzmitteln versorgt. Die Schmerzwahrnehmung ist individuell sehr unterschiedlich. Daher melden Sie sich bitte bei unserem Pflegepersonal, wenn die aktuelle Schmerztherapie nicht ausreichen sollte. In den ersten 4 Wochen sollten alle Manipulationen (z.B. Salben, Massagen, Spritzen) im Wundbereich vermieden werden.

Schluckbeschwerden und Heiserkeit, sollten sie nach der Operation auftreten, bessern sich in der Regel innerhalb weniger Tage. Anderenfalls müssen über weiterführende Diagnostik Komplikationen (Ösophagusläsion, Stimmbandläsion) ausgeschlossen werden.



Bandscheibenprothese

Cage

Körperliche Belastung

Rückengerechte Verhaltensweisen sollen Ihnen eine zügige Mobilisation ermöglichen. Grundsätzlich dürfen Sie nach der Operation auf Normalstation sofort aufstehen und sich bewegen. Wechselnde Körperhaltungen (Liegen, Stehen, Sitzen) verteilen die Belastung und sind optimal. Durch unsere Rückenschulung sollen Sie ein rückschonendes Alltagsverhalten durch das richtige Heben und Tragen von Gegenständen bzw. der richtigen Haltung des Halses erlernen.

Spondylodese/Fusion

Um das Ziel der Fusion (knöcherner Durchbau) zu erreichen und Komplikationen wie Implantatlockerungen zu vermeiden, soll der stabilisierte Wirbelsäulenabschnitt möglichst wenig belastet und bewegt werden. Sie benötigen daher einen weichen Halskragen, welcher Sie für ca. 3 bis 6 Wochen begleitet. Zur Körperpflege ist es erlaubt, den Kragen abzuziehen. Gezielte HWS-Übungen sollten für insgesamt 3 Monate bis zur klinischen und radiologischen Nachuntersuchung unterlassen werden. Danach sind der Belastungsaufbau und die orthopädische Reha möglich.

Bandscheibenprothese

Anders verhält sich das nach der Implantation einer Bandscheibenprothese. Hierbei ist der Erhalt der Beweglichkeit des operierten Wirbelsäulenabschnitts das Ziel und nur die Endplatten der Bandscheibenprothesen sollen knöchern mit den Wirbelkörpern verwachsen. Der weiche Halskragen soll daher nur ca. 2 Wochen getragen werden. Auch ist die Bewegung der HWS früher möglich, sollte aber nicht ausgereizt werden. Der Belastungsaufbau und die orthopädische Rehabilitation sind nach klinischer und radiologischer Verlaufskontrolle schon nach 2 Monaten möglich.

Die orthopädische Reha ist jedoch nicht immer medizinisch erforderlich, sondern eine Option und Alternative zur ambulanten Physiotherapie. Falls neurologische Ausfallserscheinungen vorliegen, kann eine zeitnahe neurologische Reha sinnvoll sein. Dies werden wir im Einzelfall mit Ihnen zusammen entscheiden.