

Akuter Bandscheibenvorfall

... oder auch: akute Nervenwurzelkompression, Nucleus pulposus-Prolaps, Discushernie

Wie kann das passieren?

Bandscheiben befinden sich jeweils zwischen zwei Wirbeln. Bei einem Riss der Bandscheibenhülle kann ihr zähflüssiger Inhalt austreten und sich in den Nervenkanal verlagern. Dort befinden sich das Rückenmark und die Nerven, die weiter in die Arme und – im unteren Bereich der Wirbelsäule – in die Beine ziehen. Die Nerven werden an ihrer Wurzel von dem ausgetretenen Bandscheibeninhalt verdrängt oder gequetscht und es kommt zu einer Entzündung. Als Auslöser solcher Verletzungen genügt oft eine einfache Bewegung des Kopfes oder des Oberkörpers – wie Beugen oder Drehen, häufig nach langem Sitzen. Wenn Sie zum Beispiel nach längerer Reisezeit Ihr Gepäck aus dem Kofferraum heben.

Wie fühlt sich das an?

Bei einem akuten Bandscheibenvorfall können Sie einen plötzlichen Stich spüren – beispielsweise im Rücken, gefolgt von Beinschmerzen, die vor allem beim Gehen und Stehen bis in den Fuß ziehen können. Manchmal beginnt der Schmerz auch direkt im Bein – ohne Rückenschmerz. Möglicherweise können Sie sich kaum bewegen. Vielleicht spüren Sie Taubheit, Kribbeln oder eine Schwäche in Bein- und Fußmuskeln. Liegt der Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbelsäule, sind entsprechende Beschwerden in Kopf, Schulter, Nacken oder Armen und Fingern zu erwarten. Doch

nicht jeder Bandscheibenvorfall tut weh. Nicht selten entdecken Ärzte auf Röntgenbildern einen Bandscheibenvorfall »zufällig«, obwohl kein Schmerz da war. Andererseits können Schmerzen – trotz Bandscheibenvorfall – auch jenseits der Nervenwurzel ihre Ursache haben.

Welche Therapie hilft?

Wenn Sie einen akuten Bandscheibenvorfall vermuten, sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen. Er kann helfen den Schweregrad einzuschätzen und eine erste Behandlung einzuleiten. Bildgebende Verfahren, wie Röntgen, werden häufig eingesetzt, sind aber nicht immer nötig. Im Akutstadium können entzündungshemmende Tabletten helfen oder Injektionen mittels einer Spritze direkt am verletzten Nerv. Eine Operation ist nur angeraten wenn der Kraftverlust – zum Beispiel im Bein – voranschreitet. Wenn Sie plötzlich Taubheit im Genitalbereich spüren, Probleme beim Entleeren der Blase haben oder Stuhlinkontinenz, sollten Sie eine Notfallklinik aufsuchen. Bei solchen – eher seltenen – Problemen müssen sie möglicherweise sofort operiert werden.

Was können Sie selbst tun?

In den ersten Tagen ist es wichtig, sich zu entlasten – legen Sie sich hin! Doch das Liegen sollten Sie möglichst bald und immer wieder durch leichte Bewegungen unterbrechen – beispielsweise in-

dem Sie gehen. Das fördert die Durchblutung und beschleunigt die Heilung. Ihr Physiotherapeut kann Ihnen Übungen oder Haltungen anbieten, die den schmerzhaften Nerv entlasten. Das hilft Ihnen, trotz der Schmerzen möglichst aktiv und belastbar zu bleiben. Schon frühzeitig ist leichtes Muskeltraining sinnvoll.

Wann geht's wieder besser?

Ein Bandscheibenvorfall verursacht meist keine Langzeitschäden. Innerhalb weniger Wochen sollte es Ihnen wieder gut gehen. Dann ist das ausgetretene Bandscheibenmaterial vom Körper wieder abgebaut und der eingeeengte Nerv hat Platz. Die Entzündung ist zurückgegangen und die Schmerzen haben nachgelassen. Auch längere Gehstrecken können Sie jetzt wieder ohne Probleme bewältigen. In manchen Fällen dauert die Erholungszeit allerdings länger. Dann kann eine längere Trainingsperiode sinnvoll sein, um den verletzten Rücken wieder zu stärken.

Oliver Meier
Physiotherapeut

GUT INFORMIERT

PATIENTENSERVICE

pt unterstützt bei der Aufklärung über Krankheitsbilder

Viele Patienten erhoffen sich eine verständliche »Erklärung ihres Problems«. Oft können sie nur schwer einschätzen, wie sie mit ihren Beschwerden gesundheitsfördernd umgehen können – nicht selten schaden sie sich zusätzlich. Physiotherapie kann dann an Effektivität einbüßen.

pt stellt an dieser Stelle regelmäßig kurz gefasste Informationen für Patienten vor, die sich zur Auslage in der Praxis eignen oder als Handzettel den Betroffenen direkt übergeben werden können. Die Serie ist als Anregung zu sehen, diese Infos zu ergänzen oder auch eigene Tipps für Patienten zu verfassen.

Literaturtipps zur pt-info 5_2007

AKUTER BANDSCHEIBENVORFALL

- 1 Benoist M (2002). *The natural history of lumbar disc herniation and radiculopathy*. Joint Bone Spine 69: 155–160
- 2 Boden SD et al (1990). *Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation*. J Bone Joint Surg 72, 403–8.
- 3 Boos N et al (1995). *Volvo Award in Clinical Sciences: The Diagnostic Accuracy of Magnetic Resonance Imaging, Work Perception, and Psychosocial Factors in Identifying Symptomatic Disc Herniations*. Spine 20: 2613–2625
- 4 Carragee EJ, Kim DH (1997). *A prospective analysis of magnetic resonance imaging findings in patients with sciatica and lumbar disc herniations. Correlation of outcomes with disc fragment and canal morphology*. Spine 22: 1650–1660
- 5 Heckmann et al (1999). *Herniated cervical intervertebral discs with radiculopathy: an outcome study of conservatively or surgically treated patients*. J Spinal Disord 12: 396–401
- 6 Saal JA, Saal JS (1989). *Nonoperative Treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy. An outcome study*. Spine 14: 431–437
- 7 Saal JS, Saal JA, Yurth EF (1996). *Nonoperative Management of herniated cervical intervertebral disc with radiculopathy*. Spine 21: 1877–1883