

9. Forum der Münchner Gesellschaft für

Zum neunten Mal in Folge referierten und diskutierten auf Einladung der Münchner GfPO e.V. renommierte Fachärzte über bewährte und neue Ansätze zur Vorbeugung und Behandlung von Arthrose und Rückenschmerz. TOPFIT sprach mit dem Vorsitzenden der Gesellschaft für Prophylaktische Orthopädie, Dr. med. Heribert Konvalin, über die wichtigsten Erkenntnisse.

Von Dr. Nicole Schaezler

Themenschwerpunkt Rücken

»Wer sich regelmäßig bewegt, beugt Rückenschmerzen vor!«

Dr. med. Heribert Konvalin ist Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie, Sportmedizin und Physikalische Medizin und praktiziert zusammen mit seinen Kollegen Dr. med. Werner Zirngibl, Dr. med. Steffen Zenta und Dr. med. Felix Söller im MVZ im Helios. Zu seinen Behandlungsschwerpunkten gehören neben der regenerativen Knorpeltherapie zur Behandlung von Arthrose u.a. auch Knie-, Ellbogen- und Sprunggelenk- sowie Schulterarthroskopie, arthroskopische Kreuzbandoperationen, Fußchirurgie und interventionelle Schmerztherapie einschließlich minimal-invasiver Wirbelsäulenoperationen. Dr. Konvalin ist Präsident der Gesellschaft für Prophylaktische Orthopädie e.V. (GfPO e.V.).

Herr Dr. Konvalin, sind die Deutschen ein Volk von Rückenschmerzpatienten?

Dr. Konvalin: So drastisch würde ich das nicht ausdrücken. Allerdings: 80 Prozent aller Deutschen klagt mindestens einmal im Leben über Schmerzen im Rücken. Zudem beobachten wir in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme von degenerativ bedingten Wirbelsäulenschmerzen – bei einigen sind die Beschwerden so stark ausgeprägt, dass sie nicht mehr ihren Beruf ausüben können.

Sind degenerative Wirbelsäulenerkrankungen nicht primär altersbedingt?

Dr. Konvalin: Richtig ist, dass die Wirbelsäule – wie auch die Gelenke und überhaupt der gesamte Bewegungsapparat – mit Nachlassen der körpereigenen Re-

paraturmechanismen anfälliger für degenerative Erkrankungen wird. Dieser Prozess beginnt bereits etwa um das 30. Lebensjahr herum. Spätestens ab dem sechsten Lebensjahrzehnt weist dann so gut wie jede Wirbelsäule deutliche Verschleißerscheinungen auf; besonders oft sind hiervon Wirbelgelenke und Bandscheiben betroffen. Der natürliche Alterungsprozess allein kann jedoch nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass so viele Menschen mit Rückenproblemen zu kämpfen haben – zumal sich die Auswirkungen heute längst nicht mehr erst im höheren Lebensalter zeigen. Beispielsweise ist ein Bandscheibenvorfall vor dem 40. Lebensjahr keine Seltenheit. Meist spielen weitere ungünstige Faktoren eine Rolle. Hierfür werden die Weichen häufig bereits in der Kindheit gestellt.

Welche Faktoren sind das?

Dr. Konvalin: Übergewicht und Bewegungsmangel. Gerade erst hat das Robert Koch-Institut in seinem jüngsten Gesundheitsbericht festgestellt, dass sich die Deutschen im Alltag viel zu wenig bewegen. Dies gilt nicht nur für Erwachsene, sondern leider auch schon für Kinder und Jugendliche. Heute sitzen viele Kinder täglich acht und mehr Stunden zunächst in der Schule und später dann am eigenen Schreibtisch, um ihre Hausaufgaben zu erledigen. Hinzu kommen weitere Stunden, die sie – wiederum sitzend – an Computer und Fernseher verbringen. Für eine regelmäßige sportliche Betätigung, z.B. in einem Sportverein, bleibt so gut wie keine Zeit mehr. Durch das ständige Sitzen verlieren vor allem Brust- und Rumpfmuskulatur an Kraft. Eine kräftige und dehnbare Rückenmuskulatur ist jedoch

unabdingbar für eine ausreichende Stabilisierung der Wirbelsäule. Kinder, die sich nicht regelmäßig bewegen, neigen deshalb zu Haltungsschwächen. Bleiben Gegenmaßnahmen aus, mündet eine Haltungsschwäche über kurz oder lang in einen irreparablen Haltungsschaden: Die eingeschränkte Beweglichkeit einzelner Wirbelsäulenabschnitte lässt sich nun nicht mehr korrigieren, sodass jeder Versuch, eine normale Haltung einzunehmen, scheitert. Durch die Fehlstellung büßt die Wirbelsäule immer mehr ihre Elastizität ein – und die Anfälligkeit für Rückenschmerzen nimmt zu.

Was passiert an der Wirbelsäule, wenn sie degenerativ verändert ist?

Dr. Konvalin: Häufigste Folge ist eine Verengung des Wirbelsäulenkanals und meist auch der knöchernen Nervenaustrittsöffnungen. Dadurch wird der Raum für die im Wirbelsäulenkanal verlaufenden Nerven immer enger, bis diese regelrecht gequetscht werden. Der Patient klagt über Rückenschmerzen, die oft ins Bein ausstrahlen, und es fällt ihm schwer, längere Strecken zu gehen. Aber auch ein Verschleiß der kleinen Wirbelgelenke oder eine Bandscheibenvorwöl-

bung kann mit starken Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen verbunden sein; ein Bandscheibenvorfall zieht im Extremfall sogar Lähmungserscheinungen nach sich.

Wie werden degenerative Wirbelsäulenerkrankungen behandelt?

Dr. Konvalin: In den meisten Fällen reichen konservative Maßnahmen aus, um eine deutliche Linderung der Beschwerden zu erreichen. Hier reicht das Spektrum von physikalischen Maßnahmen und Chirotherapie bis hin zur Injektionstherapie, um den durch die Verschleißveränderungen hervorgerufenen Reizzustand zu beseitigen.

Ist es nicht möglich, auf diese Weise eine deutliche Besserung zu erzielen, können moderne minimal-invasive Verfahren eine Option sein. Hierbei wird über einen kleinen Zugang an der Wirbelsäule unter Sichtkontrolle z.B. ein verengter Wirbelkanal schonend erweitert. Vorteile dieser »Schlüssellochchirurgie« sind eine geringe Gewebeerstörung und schnellere Rehabilitationsphase.

Muss ein Bandscheibenvorfall immer operiert werden?

Dr. Konvalin: In weniger als zehn Prozent der Fälle kann ein Bandscheibenvorfall nur auf chirurgischem Weg behoben werden – es muss also sehr viel seltener operiert werden, als allgemein bekannt ist.

Die Ärzte des MVZ im Helios



Dr. med. Heribert Konvalin
Arthroskopie (u.a. Knie, Ellbogen, Schulter und Sprunggelenk), Kreuz-

bandoperationen, minimal-invasive Schmerztherapie, Periduralkathetermethode nach Prof. Racz, Radiofrequenz-Thermotherapie der Wirbelgelenke, Regenerative Knorpeltherapie.



Dr. med. Werner Zirngibl
Wirbelsäulenoperationen nach Prof. Racz, Kyrotherapie der Facettengelenke,

Kreuzbandoperationen, arthroskopische Operationen (Knie-, Ellbogen- und Sprunggelenk), minimal-invasive Schmerztherapie, minimal-invasive Wirbelsäuleneingriffe.

Prophylaktische Orthopädie (GfPO) e. V.

Themenschwerpunkt Arthrose

Neue Therapiestrategien zur Vorbeugung von Arthrose

Stichwort Arthrose. Schon seit Jahren mahnt die GfPO eine bessere Präventivversorgung zur Vermeidung von Arthrose an ...

Dr. Konvalin: ... das ist richtig. Als Folge des Alterungsprozesses ist Gelenkverschleiß bis zu einem gewissen Grad natürlich unvermeidlich. Doch gibt es einige – beeinflussbare – Faktoren, mit denen man sein individuelles Arthroserisiko deutlich minimieren kann. Dazu gehören Übergewicht und Bewegungsmangel, aber auch Fehlstellungen, einseitige Belastungen oder eine extreme sportliche Beanspruchung bestimmter Gelenke. Was nur wenige wissen: Auch Verletzungen am Gelenk leisten einer Arthrose Vorschub. Wird z. B. eine Meniskus- oder Kreuzbandverletzung nicht angemessen orthopädisch behandelt, nimmt mit der Zeit auch der Gelenkknorpel Schaden. Die Folge ist eine vorzeitige Arthrose des betroffenen Kniegelenks. Gleiches gilt, wenn der Knorpel selbst, z. B. durch einen Unfall, verletzt wurde. Dank bahnbrechender Fortschritte ist es inzwischen möglich, Knorpeldefekte so zu behandeln, dass einerseits die Funktionsfähigkeit des Gelenks wiederhergestellt und andererseits eine frühzeitige

DAS MVZ IM HELIOS

Vernetzte Gesundheitsversorgung zum Wohl des Patienten – auf diesem Grundgedanken basiert das Medizinische Versorgungszentrum (kurz MVZ im Helios) in München. Gegründet wurde das MVZ für Orthopädie und Anästhesie Ende 2005 von den Orthopäden Dr. med. Heribert Konvalin, Dr. med. Werner Zirngibl, Dr. med. Steffen Zenta und Dr. med. Felix Söller. Die Stärke des MVZ im Helios besteht in der abgestimmten orthopädischen Versorgung aus einer Hand: von der Vorsorge bis zur individuellen OP-Nachbehandlung, von der Diagnostik mit moderner Medizintechnik bis zur ganzheitlichen Beratung, bei der der Mensch im Vordergrund steht.

Nähere Infos: www.op-m.de

Entwicklung von Arthrose vermieden werden kann.

Welche neuen Therapiemethoden sind das?

Dr. Konvalin: Bei schweren Knieverletzungen mit einem ausgeprägten Knorpelschaden kann der Defekt durch eine Knorpel-Refixierung behoben werden: Hierbei wird das herausgetrennte Knorpelstück buchstäblich wieder angeheftet, sodass es mit dem intakten Knorpel zusammenwachsen kann. Eine zweite Operation ist nicht notwendig, da die zur Fixierung eingesetzten Materialien resorbiert, also vom Körper auf natürliche Weise abgebaut werden. Anders bei der sogenannten Autologen Chondrocyten-Transplantation (ACT), die sich vor allem bei kleineren Knorpeldefekten bewährt hat und die zwei Eingriffe erfordert. Zunächst wird aus einem unbelasteten Gelenkareal ein etwa zwei mal zwei Millimeter großes Stück Knochen mit Knorpel entnommen. Anschließend wird das körpereigene Knorpelgewebe in einem aufwendigen labortechnischen Prozess vervielfältigt und nach einigen Wochen in einem zweiten operativen Schritt in den geschädigten Gelenkbereich transplantiert. Die Ergebnisse sind sehr überzeugend: Erstmals ist es möglich, dass Gelenkknorpeldefekte wieder durchgehend mit »hochwertigem« hyalinarartigem Knorpel bedeckt werden können.

Muss man zwischen den beiden Eingriffen im Krankenhaus bleiben?
Dr. Konvalin: Nein. Den ersten Eingriff führen wir arthroskopisch assistiert, den zweiten mittels Mini-Open-Nahttechnik durch. Deshalb ist jeweils nur ein eintägiger stationärer Aufenthalt notwendig. Um das betroffene Bein so wenig wie möglich zu belasten, braucht man für etwa sechs Wochen eine Gehhilfe.

Ist die ACT auch eine Option bei Arthrose?

Dr. Konvalin: Ist eine Arthrose erst einmal manifest geworden, kann die ACT nicht mehr helfen – hier ist nach wie vor eine konservative Vorgehensweise die Methode der Wahl. Im Frühstadium helfen

Minimal-invasive Therapien im Helios

- Epidurale Kathetermethode nach Prof. Racz
- Bandscheibenoperation mit Laser oder Hitzesonde (PLDD)
- Behandlung von inneren Bandscheibenrissen mit der Intradiskalen Elektrothermalen Therapie (IDET)
- Minimal-invasive Stabilisierung von Wirbelbrüchen (Kypho-Vertebroplastie)
- Minimal-invasive Erweiterung des Wirbelkanals (z. B. CoFlex®) bei Spinalstenose

fen eine effektive Schmerztherapie durch Medikamente und Akupunktur sowie eine Bewegungstherapie zum gezielten Muskelaufbau, um so das betroffene Gelenk zu entlasten. Sehr gute Erfahrungen haben wir auch mit dem Einsatz von Hyaluronsäure oder Interleukin-1-Rezeptor-Antagonisten gemacht: Durch regelmäßige Injektionen können Schmerzen gelindert und die fortschreitende Zerstörung des Gelenkknorpels aufgehalten werden. Bei fortgeschrittener Arthrose mit starken Dauerbeschwerden kommt meist ein künstlicher Gelenkersatz in Betracht. Unterschiedliche Implantattypen mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von zwölf bis 15 Jahren erlauben heute eine individuelle Lösung, die dem Betroffenen wieder ein Leben ohne Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen ermöglicht. Inzwischen ist sogar ein Teilgelenkersatz möglich, der minimal-invasiv implantiert wird.

Wie immer wurde auf dem Kongress auch ein Blick in die Zukunft geworfen. Welcher Therapieansatz ist Ihrer Meinung nach besonders vielversprechend?

Dr. Konvalin: Derzeit wird intensiv an der Entwicklung neuer Verfahren gearbeitet, mit denen in absehbarer Zeit vielleicht auch Arthrosen mithilfe von körpereigenem Knorpelgewebe therapiert werden könnten. Dabei zielen die Forschungsarbeiten darauf ab, das hierfür notwendige Knorpelgewebe aus den Stammzellen des Knochenmarks zu züchten – erste vielversprechende Anwendungen zur Behandlung von kleineren Knorpeldefekten sind bereits erfolgt.



Dr. med. Steffen Zenta
Rekonstruktive Fußchirurgie, gelenkerhaltende Operationen bei

Hallux valgus, Vorfußoperationen, endoprothetische Versorgung des Großzehengrund- und des Sprunggelenks, Hammer- und Krallenzehenchirurgie.



Dr. med. Felix Söller
Minimal-invasive Wirbelsäulenintervention, operative Behandlung von

Schultererkrankungen, Knie- und Vorfußoperationen, Säuglings-Hüftultraschall, Akupunktur, Chirotherapie.