

Operative Therapie der Spinalkanalstenose

Dekompression wirksam, zusätzliche Fusion fraglich

Bei degenerativen Spinalkanalstenosen der lumbalen Wirbelsäule wird operativ zunehmend die Dekompression mit einer Fusion der benachbarten Wirbelkörper fusioniert. Nun ist es in zwei Studien nicht gelungen, einen Nutzen der zusätzlichen Fusionschirurgie nachzuweisen.

Die lumbale Spinalkanalstenose wird typischerweise durch eine degenerative Arthrose der kleinen Zwischenwirbel- oder Facettengelenke verursacht, mit der Folge einer Kompression der austretenden Nerven. Operative Standardtherapie ist die Dekompressionschirurgie, bei der die Wirbelbögen teilweise oder ganz entfernt werden. Dies erweitert den Wirbelkanal und entlastet die Nerven.

Allerdings sinkt die Stabilität der Wirbelsäule durch Entfernung der Strukturen, insbesondere dann, wenn zusätzlich eine Spondylolisthesis vorliegt, also die Wirbel bereits gegeneinander verschoben sind. V.a. in dieser Situation wird heute – zumindest in den USA, die Dekompressions-OP mit einer Fusions-OP kombiniert, d.h. die benachbarten Wirbel operativ miteinander verankert. Der Beweis, dass der kombinierte Eingriff bessere Ergebnisse liefert, steht jedoch noch aus.

Daran ändern jetzt auch zwei Mitte April 2016 im New England Journal of Medicine publizierte Studien nichts. Eine schwedische Studie hatte bei 247 älteren Patienten mit Spinalkanalstenose, mit oder ohne Spondylolisthesis, die Dekompression mit der kombinierten Dekompression und Fusion verglichen. Doch sie fanden weder nach zwei noch nach fünf Jahren signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Besonderes Augenmerk legten sie auf den Oswestry Disability Index (ODI). Dieser betrug vor dem Eingriff im Median 41 Punkte. Der Score sank bei den Patienten ohne Spondylolisthesis auf 29 bzw. 27 Punkte und bei den Patienten mit Spondylolisthesis auf 25 bzw. 21 Punkte. Die numerisch besseren Resultate zeigte die alleinige Dekompression, doch statistisch war das Ergebnis gleich. Auch mit 6-Minuten-Gehtest schnitten die Patienten gleich ab. Erneuten Eingriffen mussten sich 21% bzw. 22% der Patienten unterziehen. Der kombinierte Eingriff dauerte länger, war teuer und mit längerer Hospitalisation verbunden.

Die zweite Studie kam aus den USA und hatte 66 Patienten randomisiert. Diese litten alle an Spondylolisthesis (Grad I) und symptomatischer Spinalkanalstenose, eine WS-Instabilität war jedoch ausgeschlossen. In dieser Studie fand man einen leichten, nach Ansicht der Autoren aber klinisch bedeutenden Vorteil der kombinierten Operation bei der Lebensqualität nach 2, 3 und 4 Jahren (SF-36), nicht jedoch beim OSI.

In einem begleitenden Editorial stellen W. C. Peul und W.A. Mooney von der Universität Leiden fest, dass bei Spinalkanalstenose die Fusionsoperation nicht mehr als «best practise» gelten und nur bei erwiesener spinalen Instabilität durchgeführt werden sollte. Für die meisten Patienten sei die Dekompression ausreichend.

▼ WFR

Quellen: P. Försth, et al.; A Randomised, Controlled Trial of Fusion Surgery for Lumbar Spinal Stenosis. N Engl J Med 2016; 374: 1413-23. Z. Ghogawala, et al.; Laminectomy plus Fusion versus Laminectomy Alone for Lumbar Spondylolisthesis. New Engl J Med 2016; 374: 1424-34

Der kritische Einfluss der richtigen Dosierung

Therapie venöser Thromboembolien mit DOACs

Um den Einfluss der Anwendung von nicht empfohlenen Dosierungen und Behandlungsschemen (einmal vs. zweimal täglich) von DOACs bei der Behandlung von Patienten mit Thromboembolien (VTE) auf den Behandlungserfolg erstmalig zu untersuchen, haben Forscher hauptsächlich aus Spanien Daten aus dem RIETE-Register (Registro Informatizado Enfermedad TromboEmbólica) auf den Behandlungserfolg, insbesondere VTE-Rückfall, schwere Blutungen und Tod während der Behandlung untersucht, aufgeschlüsselt nach Dosierung und Behandlungsregime. Bis zum März 2016 haben 1635 VTE-Patienten DOACs als Initialtherapie und 1725 als Langzeittherapie bekommen. In der Initialtherapie haben 287 von 1591 (18%) unter Rivaroxaban und 22 von 44 (50%) unter Apixaban nicht die empfohlene Therapie bekommen. Unter Langzeittherapie lauteten die entsprechenden Zahlen: 217 von 1611 Patienten (14%) unter Rivaroxaban, 29 von 81 (36%) unter Apixaban

and 15 von 33 (46%) unter Dabigatran. Insgesamt erlitten 8 Patienten einen Rückfall ihrer TVE, 14 eine schwere Blutung und 13 verstarben. Patienten, die mit nicht empfohlener Dosierung resp. Schema behandelt wurden, erlitten 10-mal häufiger eine Rezidiv-TVE (HR: 10.5; 95%CI: 1.28-85.9) bei unveränderten Raten an Blutungen (HR: 1.04; 95%CI: 0.36-3.03) und Tod (HR: 1.41; 95%CI: 0.46-4.29)!

Die Autoren schliessen, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil von VTE-Patienten mit nicht empfohlenen Dosierungen u./o. Schemata von DOACs behandelt wird, was mit einem schlechten Therapierfolg assoziiert sein kann. Selbstredend, dass das in der Schweiz nicht passieren könnte, aber gut zu wissen.

▼ HKS

Quelle: Real-life treatment of venous thromboembolism with direct oral anticoagulants: The influence of recommended dosing and regimens. J. Trujillo-Santos et al.: Thromb Haemost. 2017 Jan 26;117(2):382-389