

DER EINGEKLEMMTE NERV - „ISCHIAS“

Wer kennt ihn nicht, den „Ischias“, wie der Volksmund plötzlich einschießende und ausstrahlende Schmerzen und andere Symptome wie Kribbeln, Ameisenlaufen, etc. nennt. Dahinter stehen bei jüngeren Menschen z.B. akute Bandscheibenvorfälle oder – wenn sich die Beschwerden bei älteren Menschen eher über einen langen Zeitraum entwickeln - eine altersbedingte Enge in der Wirbelsäule. Die erste Reaktion bei den Betroffenen ist dann meist: „Oh, jetzt habe ich mir wohl einen Nerv eingeklemmt.“

„Einklemmen“ – dieses Wort lässt viele Menschen zurückschrecken. „Einklemmen“ bedeutet für jeden Menschen etwas anderes. Manchmal sind es beängstigende Dinge - schließlich würde man kein spannungsführendes Stromkabel einklemmen wollen. Im Internet findet man auch noch andere angsteinflößende Bezeichnungen, wie z.B. den Begriff eines „beschädigten Nerven“ oder einer „zusammenfallenden Wirbelsäule im Alter“.

Aber lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren. Wir wissen seit Jahren, dass periphere Nerven, Nervenwurzeln und Ganglien zwar ein bisschen „verlottert“ sein können, aber der Besitzer dennoch keine Ahnung von seinem angeschlagen aussehenden Nervensystem hat. Das entspricht dem, was wir auch schon über „veränderte“ Gelenke im Kapitel „Bildgebung und Schmerz“ beschrieben haben.

Zudem sollten Sie wissen, dass der „eingeklemmte Nerv“ keine gute Metapher dafür ist, was hier tatsächlich passiert. Studien zeigen, dass viele Betroffenen denken, der mechanische Druck auf den Nerv sei für den Schmerz verantwortlich und eine Operation, die ihn entlastet, folglich DIE einzige Lösung darstellt.

Aber: Nerven können nicht wirklich „einklemmen“!

Unsere Nerven sind tatsächlich biegsam und flexibel. Beugen Sie Ihren Ellbogen und die Nerven in Ihrem Arm bewegen sich um fast 180° - sie genießen vermutlich dieses Workout! Aber sie können quasi nicht eingeklemmt werden, weil sie so gleitend und biegsam sind. Einen Nerv einzuklemmen ist in etwa so, als wolle man eine Lychee mit Stäbchen festhalten - es ist fast unmöglich. Der Grund dafür, dass wir manchmal denken, einen Nerv eingeklemmt zu haben, ist, dass Nerven gegenüber Bewegung sensibilisiert werden können und manchmal schlagartig mit einschießenden Schmerzen reagieren. Zögern Sie also nicht, den Begriff „eingeklemmter Nerv“ aus Ihrem Vokabular zu streichen!

MYTHOS: DER EINGEKLEMMTE NERV - „ISCHIAS“



Spannend ist es zudem zu wissen, dass ein gesunder Nerv, wenn er mechanisch komprimiert wird, nicht mit ausstrahlenden Schmerzen reagiert. Erstaunlich, oder? Eine gesunde Nervenwurzel ist komplett schmerzunempfindlich gegenüber Druck. Damit Schmerzen entstehen bedarf es einer anderen Komponente, nämlich einer Entzündungsreaktion. Wenn eine Nervenwurzel bzw. ihr zugehöriger Nerv schmerzhaft wird, ist das ein Zeichen einer Entzündung. Nervenwurzeln können wie Gelenke entzündet, irritiert, geschwollen, steif und sehr sensibel sein.

Nerven können sicher auch bedrängt werden, beispielsweise durch Bandscheibenvorfälle, aber gerade da, wo sich die Nerven mit dem Rückenmark verbinden, gibt es extrem viel Platz. Der so entstehende Nervenwurzelkomplex nimmt nur etwa ein Drittel des Raumdurchmessers im Zwischenwirbelloch (der Austrittsstelle des Nervs) ein. Blutgefäße und anpassungsfähiges Fett übernehmen den Rest. Wie Sie also sehen können, gibt es von Natur aus genügend Platz für die Nerven und somit ist ein Einklemmen des Nervs gar nicht so einfach.

Viele Betroffene mit Nervenschmerzen empfinden Symptome, wie beispielsweise plötzlich einschießende Beschwerden, als unverständlich, nicht kalkulierbar und daher auch beängstigend. Nerven scheinen manchmal ein Eigenleben zu führen und reagieren ohne erkennbaren Grund. Verständlicherweise macht man sich dann Gedanken, was da im eigenen Körper passiert. Viele erzählen aber auch, dass sie schon deutlich besser damit umgehen können, wenn sie die Hintergründe solch komischer Phänomene besser verstehen.

Ziehen, Kribbeln, Stechen bedeuten nicht, dass der Nerv verletzt ist. Nerven die so reagieren, sind sensibel, aber nicht unbedingt geschädigt. Denken Sie an ein „eingeschlafenes Bein“, wenn Sie lange gesessen haben oder den berühmten Musikantenknochen (korrekterweise ist das gar kein Knochen, sondern der Ulnaris-Nerv). In solchen Situationen treten sehr störende, ausstrahlende Symptome auf ohne, dass eine Schädigung des Nervs vorliegt.

Nervenschmerzen sind vor allem nachts aktiv. Das ist normal und darauf zurückzuführen, dass der Blutdruck abfällt (sodass der Nerv etwas schlechter Blut „bekommt“) und man sich nachts seltener bewegt. Beide Faktoren können den Nerv „verärgern“. Aber Sie werden erleben, dass er sich auch wieder beruhigt, wenn sie aufwachen und sich wieder mehr bewegen.

Anders ist die Situation sicher, wenn nicht der Schmerz oder ähnliche Symptome im Mittelpunkt stehen, sondern eine richtige Lähmung, eventuell mit Taubheit. Wenn solche objektiven Symptome vorliegen, spricht man von einer Radikulopathie: Hier kann dann tatsächlich die Leitungsfähigkeit des Nervs verändert sein. Aber auch dann braucht es in den allermeisten Fällen keine Operation. Nur bei schweren Lähmungen, wenn Sie das betroffene Körperteil nicht mehr gegen die Schwerkraft bewegen können oder die Lähmung sehr schnell zunimmt, kann eine Operation sinnvoll sein. Auch bei einer Blasen-Mastdarm-Funktionsstörung (Funktionsstörung beim Wasserlassen und beim Stuhlgang) sollten Sie umgehend einen Arzt aufsuchen. Aber hier sprechen wir von sehr seltenen Fällen (deutlich < 1%).

MYTHOS: DER EINGEKLEMMTE NERV - „ISCHIAS“



In allen anderen Fällen, der absoluten Mehrzahl also, hat eine Operation längerfristig keinen Vorteil gegenüber einer konservativen Behandlung (wie z.B. Physiotherapie) Deshalb wird hier eine nicht-operative Behandlung für min. 12 Wochen empfohlen.

Bleiben Sie also aktiv. Nerven brauchen 3 wesentliche Bedingungen, um gesund zu bleiben oder gesund zu werden:

1. Mobilität
2. Eine gute Blutversorgung
3. Raum und Platz

Bewegung und spezifische Übungen sind daher in der Lage, Nerven wieder glücklich zu machen; sie zu desensibilisieren, ihre Irritierbarkeit abzubauen und sie widerstandsfähiger zu machen.

MERKE:

Selbst wenn man etwas Raum in der Wirbelsäule verliert, gibt es in der Regel noch genügend Platz für die Nerven.

Nerven sind biegsam und gleitfähig – man kann sie nicht wirklich „einklemmen“. Das wäre so, als wollte man Lychees mit Stäbchen aufheben.

Ziehen und Stechen bedeuten nicht, dass der Nerv verletzt ist – wahrscheinlich ist er sensibilisiert. Die meisten schmerzenden Nerven sind empfindlich, aber „sicher“.

Wenn der Nerv seine Arbeit nicht wie gewohnt macht, dann kann er sich genauso wie Muskeln und Bänder regenerieren.

Empfindliche Nerven senden alles, was sie nur können, in Richtung Gehirn – manchmal komische und wunderbare Dinge. Das kommt bei Nervenschmerzen häufig vor, auch in Phasen der Heilung. Machen Sie sich keine Sorgen.

Normalerweise ist in dem Bereich, in dem sie Schmerzen verspüren, alles in Ordnung.

MYTHOS: DER EINGEKLEMMTE NERV - „ISCHIAS“



Quellen:

Goldsmith R, Williams NH, Wood F. Understanding sciatica: illness and treatment beliefs in a lumbar radicular pain population. A qualitative interview study. *BJGP Open*. 2019 Oct 29;3(3):bjgpopen19X101654. doi: 10.3399/bjgpopen19X101654. PMID: 31581116; PMCID: PMC6970588.

Cavanaugh JM. Neural mechanisms of lumbar pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995 Aug 15;20(16):1804-9. doi: 10.1097/00007632-199508150-00011 [Titel anhand dieser DOI in Citavi-Projekt übernehmen] . PMID: 7502138.

Stafford MA, Peng P, Hill DA. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management. *Br J Anaesth*. 2007;99:461–473.

Ropper AH, Zafonte RD. Sciatica. *N Engl J Med*. 2015;372:1240–1248.

Ailianou A, Fitsiori A, Syrogiannopoulou A, et al. Review of the principal extra spinal pathologies causing sciatica and new MRI approaches. *Br J Radiol*. 2012;85(1014):672-681. doi:10.1259/bjr/84443179

Jensen Rikke K, Kongsted Alice, Kjaer Per, Koes Bart. Diagnosis and treatment of sciatica *BMJ* 2019; 367 :l6273.

Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. 2019;367:l6273. Published 2019 Nov 19. doi:10.1136/bmj.l6273

Lin, J. H., Chiang, Y. H., & Chen, C. C. (2014). Lumbar radiculopathy and its neurobiological basis. *World Journal of Anesthesiology*, 3(2), 162-173.

Dower A, Davies MA, Ghahreman A. Pathologic Basis of Lumbar Radicular Pain. *World Neurosurg*. 2019;128:114-121. doi:10.1016/j.wneu.2019.04.147

Kuslich SD, Ulstrom CL, Michael CJ. The tissue origin of low back pain and sciatica: a report of pain response to tissue stimulation during operations on the lumbar spine using local anesthesia. *Orthop Clin North Am*. 1991;22(2):181-187.

Ohnmeiss DD, Vanharanta H, Ekholm J. Degree of disc disruption and lower extremity pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1997;22(14):1600-1605. doi:10.1097/00007632-199707150-00015

Valat JP, Genevay S, Marty M, Rozenberg S, Koes B. Sciatica. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(2):241-252. doi:10.1016/j.berh.2009.11.005

MYTHOS: DER EINGEKLEMMTE NERV - „ISCHIAS“



Quellen:

Clark R, Weber RP, Kahwati L. Surgical management of lumbar radiculopathy: a systematic review. J Gen Intern Med. 2019. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05476-8>.

Overvest GM, Vleggeert-Lankamp CL, Jacobs WC, et al. Recovery of motor deficit accompanying sciatica--subgroup analysis of a randomized controlled trial. Spine J. 2014;14(9):1817-1824. doi:10.1016/j.spinee.2013.07.456

Jacobs WC, van Tulder M, Arts M, et al. Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc: a systematic review. Eur Spine J. 2011;20(4):513-522. doi:10.1007/s00586-010-1603-7

Peul WC, van den Hout WB, Brand R, Thomeer RT, Koes BW; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. BMJ. 2008;336(7657):1355-1358. doi:10.1136/bmj.a143

Jesson, Tom, Nils Runge, and Annina B. Schmid. "Physiotherapy for people with painful peripheral neuropathies: a narrative review of its efficacy and safety." PAIN Reports 5.5 (2020): 1-e834.

Jesson, T. "Sciatica-The clinician's guide."

Moseley, G. and D. Butler (2017). "Explain pain supercharged." Adelaide, Australia: Noigroup publications

Louw, Adriaan, et al. Pain neuroscience education: teaching people about pain. OPTP, 2018.