

Starke Nackenschm

Frau W., eine 73-jährige rüstige Dame, kommt mit folgendem Problem zu Ihnen: „Ich habe seit zwei Tagen solche Schmerzen im Nackenbereich, die bis übers rechte Ohr in die Stirn ziehen. Dann bekomme ich starke Kopfschmerzen und mir wird total schwindlig.“ Sichtlich beunruhigt schildert sie Ihnen ihre Symptome. Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich im Nacken eine gut tastbare olivengroße Verhärtung, die etwas gerötet und minimal überwärmt ist. Die Palpation ist für die Patientin vor lauter Schmerzen kaum erträglich. Beim weiteren Gespräch erfahren Sie, dass Frau W. immer recht gesund war, hin und wieder unter Rückenschmerzen litt und außer einer TRINS I keinerlei Vorerkrankungen vorzuweisen hat. Nur zum Schlafen benötigt Frau W. ein halbes Temesta, ansonsten versucht sie Medikamente möglichst zu vermeiden. RR 140/90mmHg, P 70, Temp: 36,8°C, BB: unauffällig. Woran leidet Frau W. und welche Therapie leiten Sie ein?



„Zuerst erfolgt der Ausschluss eines geschwollenen Lymphknotens“



OA Dr. Fernas Amir
EA f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
Arzt f. Allgemeinmedizin
Orthopädisches Spital
Speising, Wien

Eine funktionell-strukturelle Untersuchung der HWS wäre für die Diagnosefindung relevant. Die Funktion der HWS, die segmentale Untersuchung und der neurologische Status müsste erhoben werden.

Zur Beurteilung des Tumors im Nacken wäre die Topografie und der palpatorische Befund, inklusive Verschieblichkeit, essentiell. Zuerst erfolgt der Ausschluss eines bestehenden geschwollenen Lymphknotens, welcher eher nuchal bzw. retroauricular liegen müsste, und eines lokal-entzündlichen Geschehens (Furunkel etc.). Bei Verhärtungen im Bereich der Muskulatur würde es sich daher am ehesten um eine schmerzhafte Myogelose handeln. Die Differenzierung zu einer Myogelose wäre

relativ unproblematisch. Derartige Muskelverhärtungen können als Trigger-Punkt ausgeprägte lokale Schmerzhaftigkeit und auch ein Ausstrahlungsmuster zeigen. Im Regelfall besteht aber keine Rötung oder Überwärmung.

Sollte sich die Geschwulst als geschwollener Lymphknoten erweisen, wäre eine Abklärung in dieser Hinsicht unerlässlich. Ein isolierter geschwollener Lymphknoten könnte für ein malignes Lymphom, für brenne Tumoren, Metastasen oder selten eine Lymphadenitis sprechen. Gegen das lokal entzündliche Geschehen sprechen die fehlenden bzw. minimalen lokalen Veränderungen und die Tatsache, dass die Beschwerden nicht lokal begonnen haben. Auch die Ausstrahlung des Schmerzes ist eher unüblich, während die fehlende Leukozytose im BB weniger relevant ist.

Sollte die Ursache der Beschwerden ausschließlich und gesichert orthopädischer Genese sein, wäre die wahrscheinlichste Diagnose „Akutes Cervicocephales Syndrom mit schmerzhafter Myogelose“. Maßnahmen: TLA; ggf. manualtherapeutische Behandlung; NSAR + Muskelrelaxans; Überweisung Röntgen HWS a/p seitlich + Dens; sanfte Physiotherapie/Osteopathie; klinische Kontrolle; ggf. MRT der HWS (in

erzen

erster Linie Beurteilung der Pathologie der Facettengelenke etc.). Bei fehlender radikulärer Ausstrahlung wäre nicht primär eine Diskusherniation zu erwarten.

„Als naheliegendste Diagnose käme eine okzipitale Myogelose in Betracht“



Prof. Dr. Ralf Kleef
Integrative Oncology, Wien

Als naheliegendste Differenzialdiagnose käme eine einfache okzipitale Myogelose in Betracht. In diesem Falle ist die

Diagnose durch sorgfältige klinische Untersuchung einfach zu stellen und eine entsprechende physikalische Therapie relativ einfach und in den meisten Fällen erfolgreich: Zunächst vorsichtige Infiltration des betroffenen zervikalen Segments mit Neuraltherapie (Xylocain 2%), für den Bedarfsfall für kurze Zeit ein nichtsteroidales antiinflammatorisches Mittel, z.B. Ibuprofen 400, 1-2x1 postprandial zu empfehlen. Ggf. ist an einen Magenschutz zu denken. Äußerst bewährt hat sich in diesem Fall ebenfalls der Einsatz wassergefilterter Infrarotstrahlung (w-IRA). Wenn die akute Hypersensibilität im betroffenen Bereich abgeklungen ist, unbedingt Massage-Therapie.

Die Differenzialdiagnose zervikaler und nuchaler Lymphknotenschwellungen ist außerordentlich komplex. Bei Erwachsenen können es Metastasen, maligne Lymphome, benigne Tumoren oder eine seltene Lymphadenitis sein. Aufgrund der akuten Entwicklung und der drei klassischen Entzündungszeichen rubor, dolor, calor können chronische Ursachen weitgehend ausgeschlossen werden. Metastatische Lymphknoten sind zudem in der Regel nicht schmerzhaft.

Die akute Entwicklung lässt daher durchaus auch an einen hoch entzündlichen nuchalen Lymphknoten (infizierter Abszess) einer Schweißdrüse oder eines Haarfollikels denken. Eine kurze sonografische Kontrolle würde sicherstellen, ob es sich um einen zystischen Inhalt der Läsion handelt. Zunächst würde ich eine sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung der Patientin zum Ausschluss von weiteren Lymphknotenschwellungen durchführen. Dies sollte insbesondere eine sonografische Untersuchung aller Hals-Lymphknoten sowie der Supraklavikulärregion beidseits beinhalten. Eine komplette laborchemische Untersuchung inklusive Blutbild ist zu veranlassen. Falls

Klinik und bildgebende Diagnostik ansonsten unauffällig sind, würde ich unter sterilen Kautelen eine diagnostische und therapeutische Entlastungspunktion durchführen, das Punktat zur Histologie einsenden und bis zum Vorliegen weiterer Befunde die Punktionsstelle steril verbinden.

„Die Symptome lassen den Rückschluss auf eine hochcervikale Störung zu“



Marianne Wolf, PT, OMT,
Gerrit Gott, PT, OMT
Physio Graz

Ein essentieller Einstieg in das physiotherapeutische Assessment ist eine anamnestiche Abklärung eventuell vor-

rangegangener traumatischer Ereignisse. Da im deutschsprachigen Raum eine ärztliche Zuweisungspflicht für Physiotherapeuten besteht, erreichen uns die Patienten im Falle solch stattgefundener Ereignisse in der Regel mit einer abgeklärten bildgebenden Diagnostik. Liegen keine Traumata vor, so ist eine derartige Diagnostik zunächst nicht notwendig. Anhand von klinischen Mustern wird eine erste Hypothese der möglichen verantwortlichen Mechanismen aufgestellt.

Die von Frau W. beschriebenen Symptome lassen einen Rückschluss auf eine hochcervikale Störung zu. Primär sollte die obere Halswirbelsäule (C1-C3) untersucht werden, da aus diesem Bereich gemeinsam mit dem N. trigeminus, N. glos-

sopharyngeus und N. Vagus sensorische Afferenzen im Nucleus spinalis nervi trigemini konvergieren, wodurch die neuroanatomische Verbindung und die Schmerzprojektion in den facialis Bereich erklärt werden kann.

Im Allgemeinen zielt die physische Befunderhebung darauf ab, die angegebenen Symptome zu reproduzieren beziehungsweise vergleichbare Zeichen festzustellen. Um die schmerzauslösende Region weiter zu verifizieren, kommen spezifische Differenzierungstests zum Einsatz. Als weitere Untersuchungsschritte kommen aktive sowie passive Bewegungstests zum Tragen, welche anschließend durch die cervikalen Sicherheitstests ergänzt werden. Letztere dienen zur Austestung der ligamentären Strukturen (Ligg. alaria & das Lig. Transversum) auf Laxizität. Typischerweise werden für den hochcervikalen Bereich der Sharp-Purser-Test und das Zahnradphänomen benutzt.

Zeigen sich bei der Untersuchung Hypomobilitäten, sollten diese mit manualtherapeutischen Techniken behandelt werden, anders als bei Hypermobilitäten, bei denen eher die muskuläre Stabilisation und Koordination im Vordergrund steht. Die suboccipitale Muskulatur besitzt eine hohe Muskelspindeldichte. Diese ist für propriozeptive, afferente Informationen verantwortlich. Diesbezüglich ist es ergänzend notwendig, das propriozeptive System zu untersuchen und gegebenenfalls zu aktivieren. Zusätzlich sollte bei Frau W. der cervicothoracale Übergang und das Kiefergelenk als beitragende Faktoren untersucht werden. ■

TEVA ratiopharm

AB 01.03. ERSTMALS ALS FIXKOMBINATION IM EKO!

Alendronsäure comp. ratiopharm®

Fixkombination aus Bisphosphonat und Vitamin D3

Quelle: Erstattungskodex – EKO (Stand 1. Jänner 2015). Veröffentlichungen auf www.avsv.at

AVGNET/15/00056 P40 Seite 26