

Zum dran denken: Radikuläre Schmerzkomponente nach Schulterkontusion

Christoph Reich Zürich

Fall 1 Patient 51 - jährig

Anamnese:

➤ 22.11. MTB Sturz

- Dislozierte Claviculafraktur links, operiert 25.11.
- Rippenserienfraktur 1-4 anterior links, 5-6 lateral links
- Hämotopneumothrax, Drainage

➤ Während dem Spitalaufenthalt v.a. Problem mit starkem Scapula-Schmerz links

- Rx Scapula 28.11.21 unauffällig
- Targin 10/5 2x1, Novalgin 3x2, Dafalgan 4x1, Sirdalud

Fall 1 Patient 51 - jährig

Erstkonsultation 12 Tg nach diesem Ereignis

- Invalidisierende Schmerzen, besonders nachts trotz Medikation
 - „Ekliger“ Schmerz, besonders in Ruhe, keine Kontrolle über den Schmerz mit Verhaltensanpassung möglich
- Lokalbefund Clavicula unauffällig, Bewegungsschmerz in der Schulter
- Rippenfrakturen noch DD aber nicht erklärend für die Schmerzen.
- Scapula klinisch unauffällig,
- **Unklare und atypische Situation**

Fall 1 Patient 51 - jährig

Anamnese: Auffälligkeiten

➤ 22.11. MTB Sturz

- Dislozierte Claviculafraktur links, operiert 25.11.
- Rippenserienfraktur 1-4 anterior links, 5-6 lateral links
- Hämotopneumothrax, Drainage

➤ Während dem Spitalaufenthalt v.a. Problem mit starkem Scapula-Schmerz links

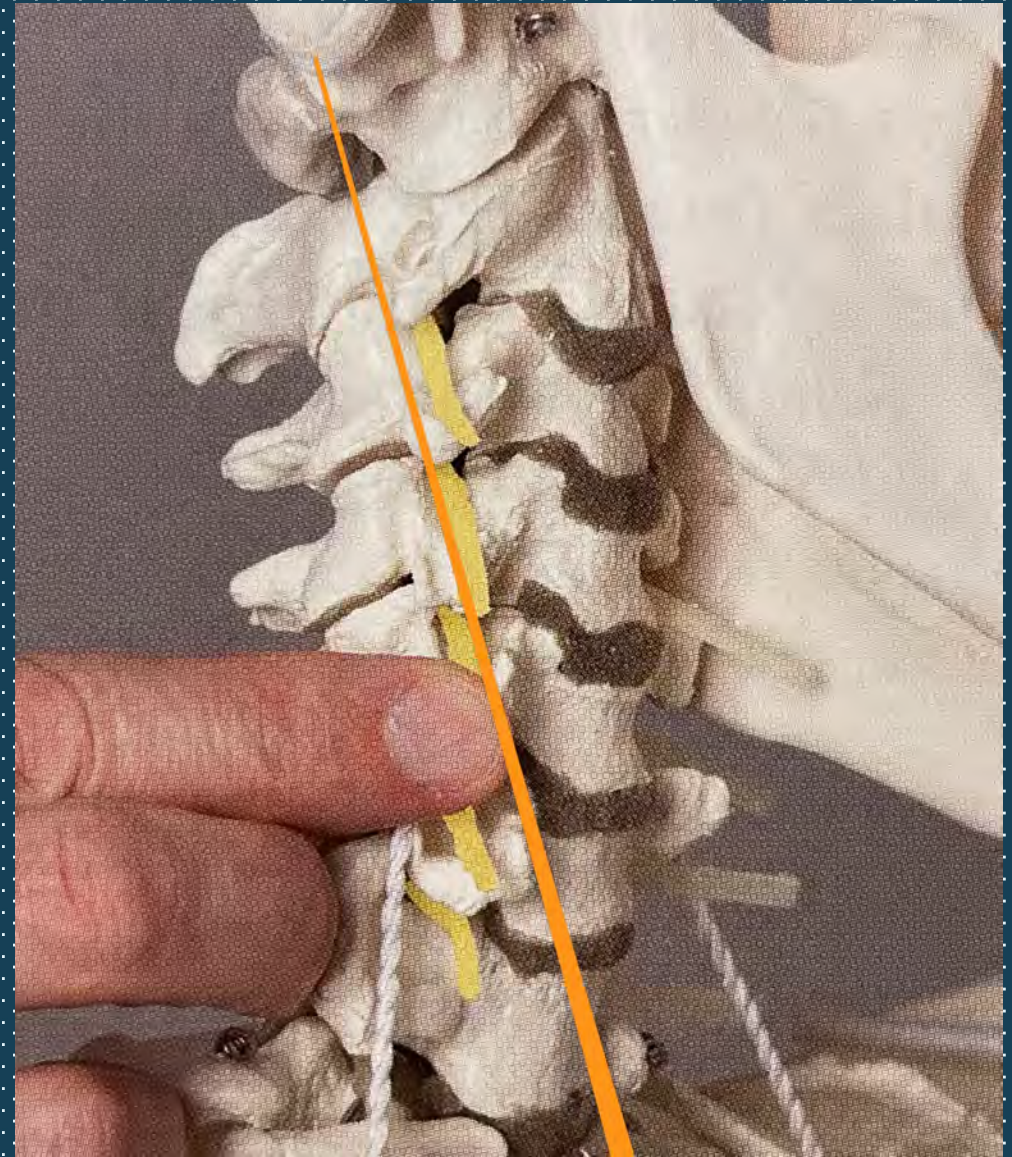
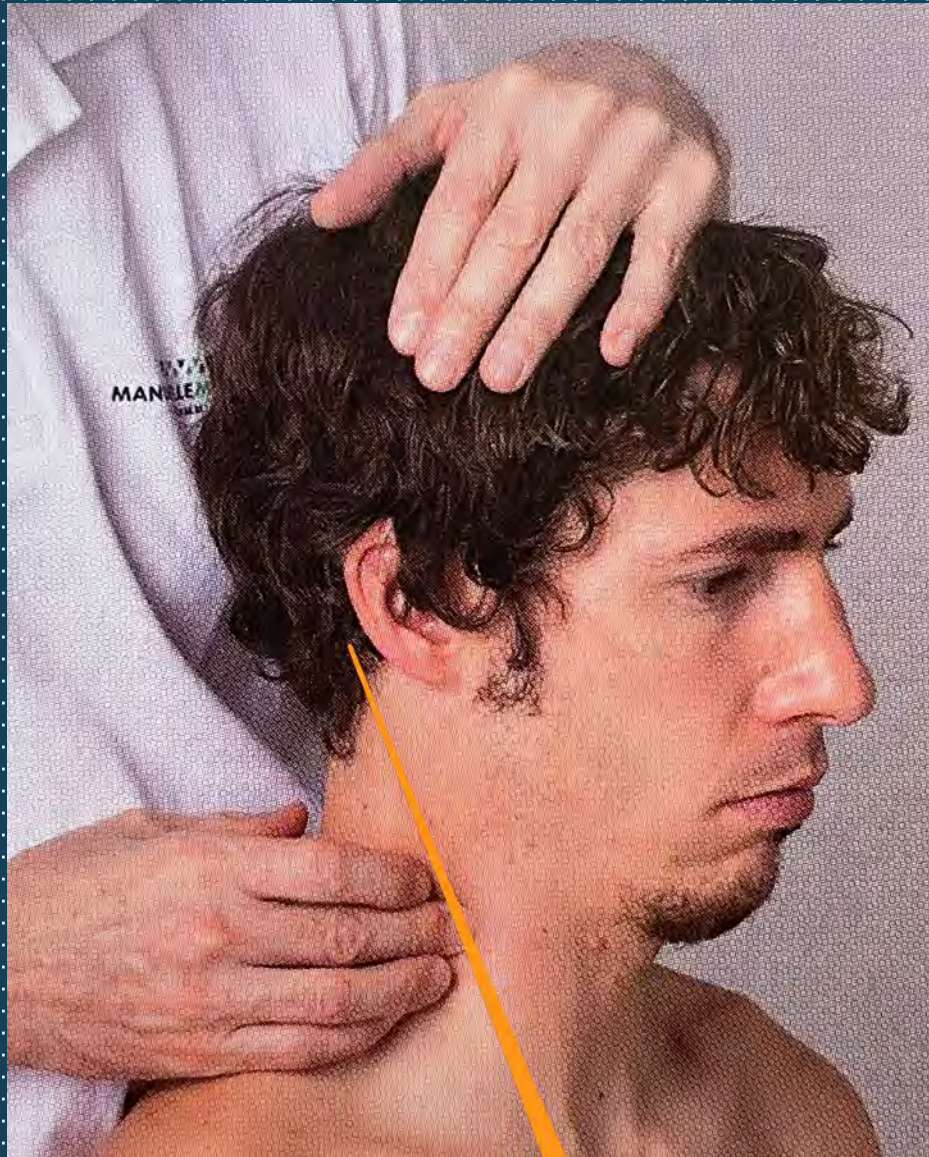
- Rx Scapula 28.11.21 unauffällig
- Targin 10/5 2x1, Novalgin 3x2, Dafalgan 4x1, Sirdalud

Fall 1 Patient 51 - jährig

4.12. Erstkonsultation 12Tg nach diesem Ereignis

- Neurostatus obere Extremitäten:
 - Reflexe, Kraft und Sensibilität unauffällig
 - Nervendehntests (ULMT) schlecht durchführbar wegen Clavicula-Osteosynthese und Schulterkontusion
 - Spurling-Test fraglich positiv
- Palpation cervicale Nervenwurzeln vor dem QF

Palpation Sulcus Nervi spinalis MM Bd.2 S 62/62



Fall 1 Patient 51 - jährig

4.12. Erstkonsultation 12Tg nach diesem Ereignis

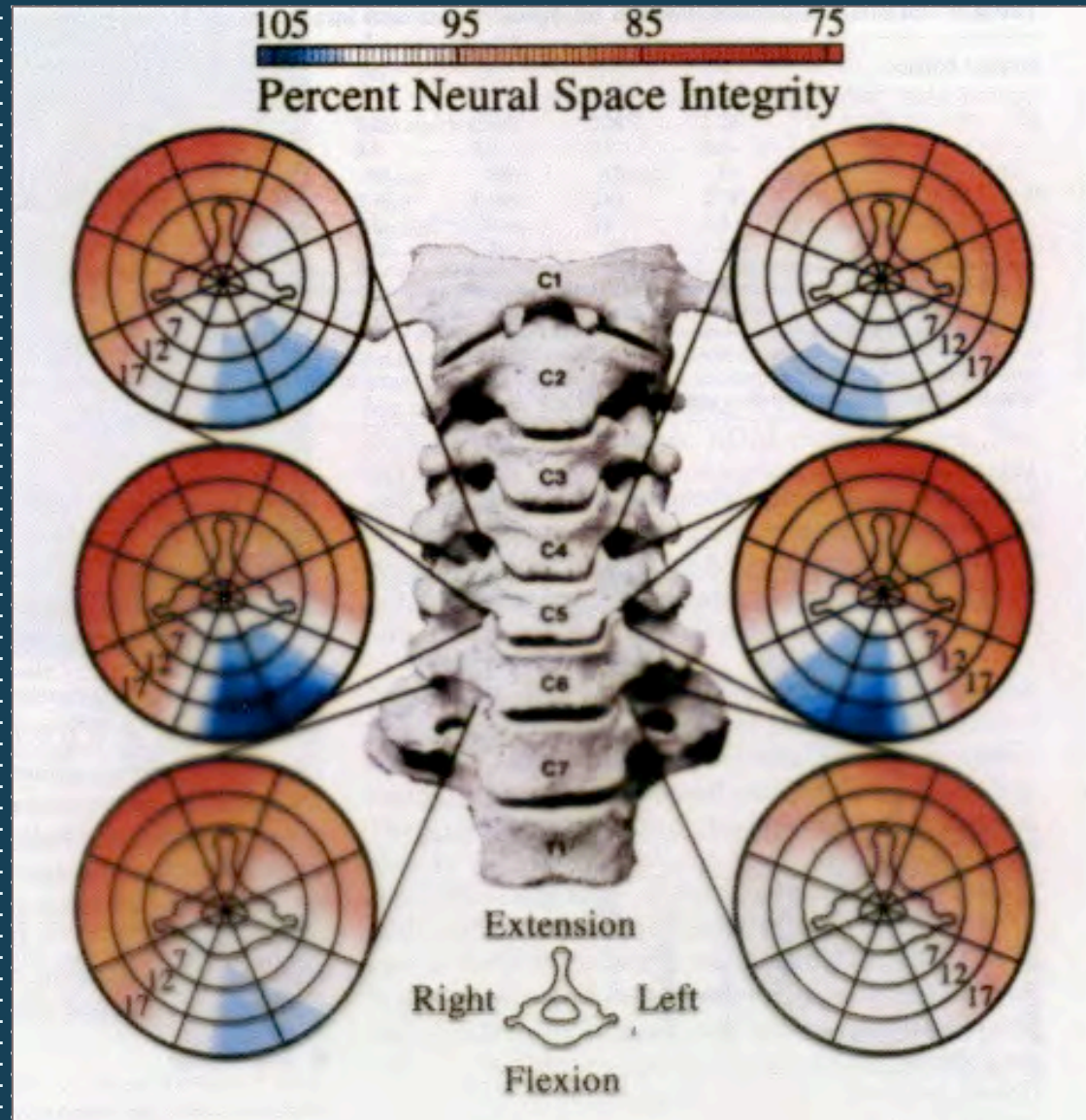
- Neurostatus obere Extremitäten:
 - Reflexe, Kraft und Sensibilität unauffällig
 - Nervendehntests (ULMT) schlecht durchführbar
 - Spurling Test positiv (Provokation mit Extension+ li Seitneigung/li Rotation)
 - Palpation cervicale Nervenwurzeln C6/7 vor dem QF
sehr starke DD links, rechts nur sehr geringe DD
- Bei klarer Seitendifferenz hohe Aussagekraft
- Bestimmung der Höhe nur approximativ möglich
- Mögliche Aussage: neurogener Anteil wahrscheinlich
 - discogen / foraminal / Plexus offen

Schulterkontusion + HWS Verletzung

Mögliche Mechanismen:

1. Sturz zu Seite mit weiterlaufendem Seitneigungsstress auf die HWS. Zusätzlich gekoppelter Rotation der HWS.
2. Sturz zur Seite + etwas nach hinten mit kombiniertem Extensions / Seitneigungs – Stress zum Vermeiden eines Kopfaufpralls

Verengung Foramina Flexion / Extension / Seitneigung



Seitneigungsverletzungen HWS

Literatur-Recherche:

- unergiebig
- Keine Daten über indirekte HWS Verletzung durch Seitneigung

Kombi-Verletzung Schulter / HWS



Kombi-Verletzung Schulter / HWS



Fall 1 Patient 51 - jährig

4.12. Erstkonsultation 12Tg nach diesem Ereignis

➤ Therapie

- Spiricort 50mg 2Tage
- Schmerzmedikation zunächst dito
- Unterlegen Arm in re SL mit ganz grossem Kissen
- Unterlegen Schulter li in RL mit Frottee Tuch
- Kissen unter Arm beim Lesen
- Halskragen stundenweise tagsüber

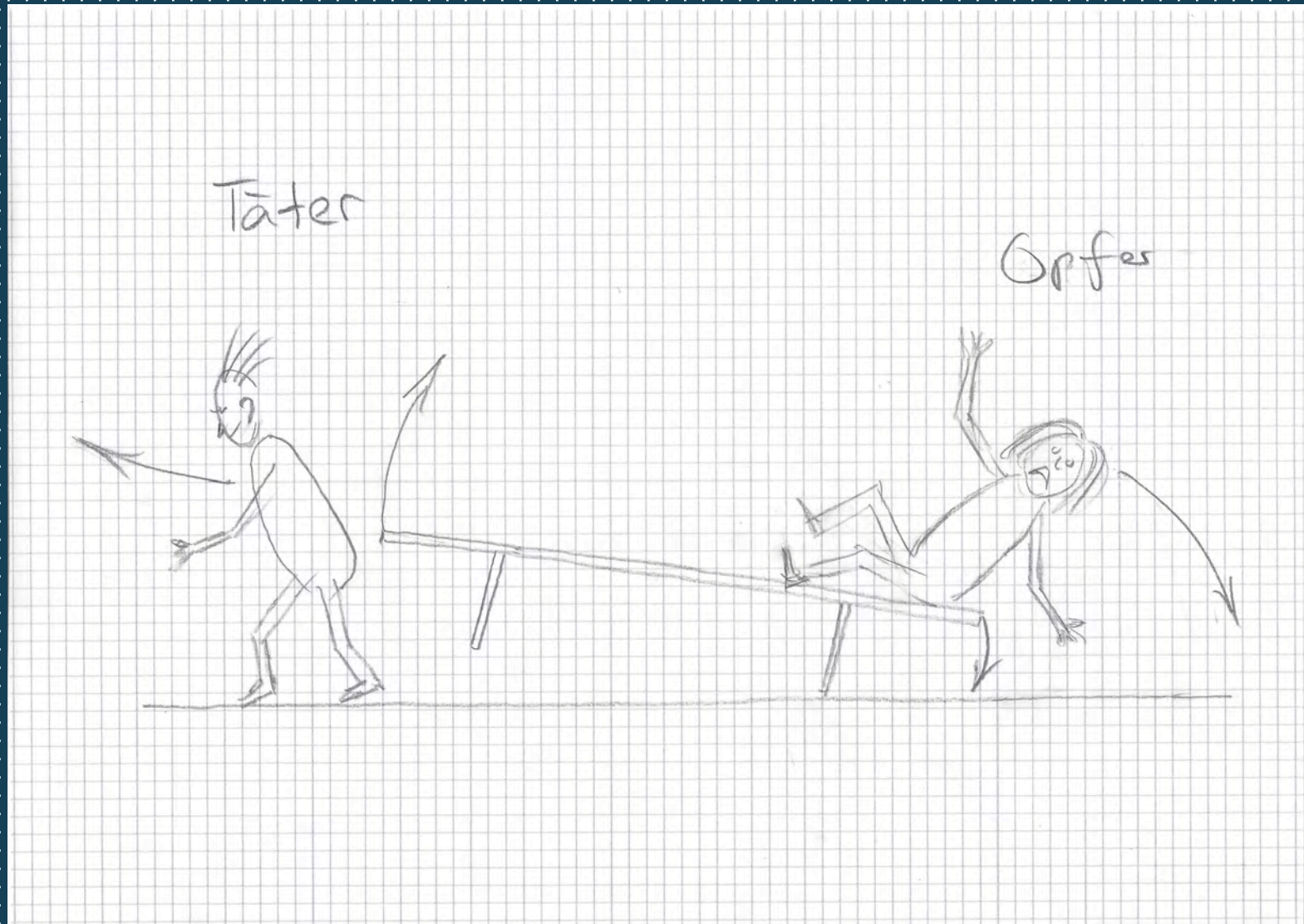
Fall 1 Patient 51 - jährig

Verlauf:

- Nacht sofort viel besser
- nach 5 Tg Umstellung auf Targin 5/2,5mg möglich
- nach 2 Wochen Stopp Opiate
- nach 1 Mt Start mit AF 50% im Büroumfeld

Fall 2 Patientin 40 - jährig

Anamnese: am Vortag



Fall 2 Patientin 40 - jährig

Beschwerden:

- starke Schmerzen v.a. re Schulter, weniger re Handgelenk, re Ellbogen, und Steissbein

Befunde:

Im Vordergrund re Schulter

- Schmerz bei Abd und AR, aktiv und passiv, Kraft etwas reduziert wegen Schmerzhemmung
- DD Supraspinatussehne

Fall 2 Patientin 40 - jährig

Trotz an sich passendem Schulterbefund:

- Untersuchung cervicale Wurzeln
- Starke DD C6/7 re, dabei Ausstrahlung bis re Schulter, li keine DD
- Nervendehntest / ULMT ?, schwierig wegen Distorsion HG /
Ellbogen / Schulter

Differenzierung Schulterproblem und/oder CRS-Reizsyndrom:

- anspruchsvoll
- Schulteruntersuchung führt immer zu Microbewegungen an der HWS
- Eine zu starke Abduktion entspricht funktionell einer leichten Seitneigung der HWS
- Bei zu starker AR und IR ebenfalls Anheben der Schulter

Untersuchung Schulter – Entkopplung von HWS

Strategie:

- Mechanische Entkoppelung
- Entlastung der betroffenen Nervenwurzel rechts
 - durch leichte SN nach links
 - durch eine leichte Flexion und Rotation nach links

Untersuchung Schulter – Entkopplung von HWS



Fall 2 Patientin 40 - jährig

Behandlung:

- Mobilisation obere BWS 7 CTÜ + TP Behandlung
- Entlastung re Arm (kein Gewicht, unterstützen mit Kissen, nicht hängen lassen)
- Steroidstoss mit 30mg Spiricort absteigend

Fall 2 Patientin 40 - jährig

Verlauf:

Nach 10 Tg

- Schmerz Schultergürtel viel besser
- DD Wurzelaustrittsstellen deutlich weniger
- noch klarer Bewegungsschmerz Schulter

- zusätzlich Infiltration subacromial

- Nach 3 Wochen wieder AF 50% in der Pflege

Quintessenz

- Die Mitbeteiligung der HWS bei Schulterverletzung ist keine Seltenheit – man muss aber daran denken und die Befunde suchen
- Die Palpation der cervicalen Nervenwurzeln ist ein einfacher Screeningtest und sprechstundentauglich!
- Die Entkopplung von Schulter und HWS beim Untersuchen schützt vor Fehldiagnosen



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!