

## Manuelle Diagnostik und Therapie des cervikothorakalen Überganges

Falldemonstration und Differentialdiagnose

SAMM –Kongress 2008  
Interlaken

Dr. med. Stephan Bürgin  
FMH Rheumatologie und Innere Medizin  
Hirslanden Klinik Birshof  
Münchenstein/Basel



### 1. Fall

- Patient 1978 geboren
- 11.03.08 Heckkollision mit HWS-Distorsion
- 50% AUF als Hochbauzeichner
- Therapie bis Erstkonsultation 12.08.08:
  - Akupunktur
  - Physiotherapie (90% passiv)

### Beschwerden

- Diffuse Kopfschmerzen
- Muskelverspannungen mit Ausstrahlung vom Schmerzzentrum über C7 (zeigt drauf) nach links
- Erschöpfungsgefühl
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Psychosoziale Belastung möglich

### Befunde

- Muskelhartspann im Trapezius und Levator links. Triggerpunkt im Levator mit Ausstrahlung in linken Oberarm
- Verspannte suboccipitale Muskulatur
- Dysfunktion C6/7 links (Konvergenz)
- IZ über C7
- Hypomobile 1. und 2. Rippe links
- Röntgen und MRI unauffällig

### Arbeitsdiagnose

- Hypomobiler cervicothorakaler Übergang nach HWS-Distorsion ohne strukturelle Schädigung

## Behandlung

- Mobilisation mit Impuls über cervicothorakalem Übergang (CTUe)
- Behandlung 1. und 2. Rippe (NMT, MMI)
- Lösen des Triggerpunktes im Levator



## Effekt

- Besserung kurzfristig für 2-3 Tage jeweils nach den ersten drei Sitzungen

## Reevaluation

- Sternosymphyseale Fehlhaltung
- Globaltest für Rumpfmuskulatur 1 von 50 Wiederholungen

## 2. Serie MM und PT

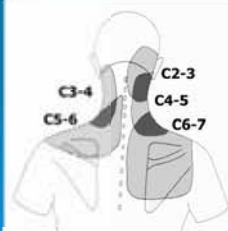
- Funktionsverbesserung durch Manuelle Therapien im cervicothorakalen Übergang weiter
- Physiotherapie zur Kräftigung des Rumpfes zur Reduktion der sternosymphysealen Fehlhaltung und Verbesserung der Scapulastabilisierung

## Effekt

- Zunehmende und anhaltende Besserung
- AUF 0% seit 11/08

## Differentialdiagnose

- Artikulär
  - Spondylogen, entzündlich
  - Schulter (SC-, AC-Gelenk, glenohumoral, scapulothorakal)
- Diskogen
  - Diszitis, AS (Entesitis)
- Muskulär
  - TP mit myofascialer Ausstr.
  - PMR, PM/DM
- Ligamentär
- Ossär



## 2. Fall

- 43jährige Frau, verheiratet, keine Kinder
- Unfall im 09/07 mit Schulterkontusion links
- PT mit gutem Ansprechen und gutem Verlauf bis 06/08
- Keine psychosoziale Belastung

### Jetztiges Leiden

- Akuter Beginn von Schmerzen über der Scapula (Blatt und Acromion) links beim Nachtessen bei Freunden.
- Schmerz krampfartig mit zusammenziehen der Muskeln. Schmerz strahlt diffus in Oberarm aus; selten bis zu den Fingern. Können Arm kaum anheben. Verstärkt durch Bewegung und tiefe Inspiration. Kann nachts kaum flach liegen.
- Kein Fieber. Kein Infektfokus. Negative SARA.

### Befund

- Neurologie:
  - Symmetrische MER, Sensibilität intakt
  - Motorik intakt (Schmerz)
  - ULTT 3 für Ulnaris positiv (upper limb tension test)
  - Segmental frei
  - Nervenaustrittspunkt reizlos



ULTT 1 (Medianus): Marc Sager

### Befund

- Gelenke:
  - AC-Gelenk: pos. Body cross Test, hypomobil
  - SC-Gelenk: frei
  - Subacromial: frei
  - Glenoidal: normales joint play
  - Thorakoscapuläres Gleitlager: schmerzhaft, hypomobil
  - CTUe: hypomobil, 1. und 2. Rippe mit IZ

### Befund

- Muskulatur:
  - Trapezius, Pectoralis minor und Levator mit Hartspann, Levator mit TP mit der Patientin bekannten Ausstrahlung nach suboccipital



### Befund

- M. infraspinatus mit TP (Oberarm)



### Befund

- Labor: keine Entzündungszeichen, normale Chemie (Leber, Niere)
- RX-Schulter/HWS: unauffällig, vielleicht AC-Gelenk mit etwas mehr Degeneration li
- Sonographie Schulter: RM intakt, AC-Gelenk gegenüber rechts vermehrt degenerativ verändert, Kapsel stärker angehoben bei V.a. Erguss

## Beurteilung

- Aktivierte AC-Gelenksarthrose
  - Bewegungseinschränkung
  - Schmerz über Acromion
  - Ausstrahlung in Oberarm (Gelenk/myofaszial)

## Therapie

- Infiltration AC-Gelenk
  - Triamcort 20mg, < 1ml Bupivacain 0.5%
- Initial: Patientin gibt Besserung an

## Therapie

- Patientin kommt anderntags erneut mit gleichem Schmerz
- Manuelle Therapie der Muskulatur, speziell thorakoscapuläres Gleitlager
- Sehr gutes Ansprechen: Patientin ist glücklich

## Verlauf

- Effekt: knapp 2 Stunden
- Erneute Manuelle Therapie mit Einbezug des cervicothorakalen Uebergangs
- Infiltration des Triggerpunktes im Levator und Infraspinatus mit Bupivacain

## Verlauf

- Effekt wie am Vorabend
  - Ausstrahlungen verschwunden
- Was habe ich übersehen?
  - DD wie bei Fall 1 (muskulär, artikulär, ossär)
  - Neurologische Störung wenig wahrscheinlich
  - Vaskuläre Probleme: keine Klinik
  - Viscerale Affektionen möglich

## DD: visceral

- Pharynx, Larynx, Thyroidea
- Herz (Infarkt, Angina), Perikarditis
- Lunge (LE, Tumor), Zwerchfell
- Oesophagus (Reflux, Tumor)

## Abklärungsverlauf

- Thorax normal
- EKG normal
- D-Dimer: 0,6 mg/l (< 0,5)
  - Clexane
  - CT-Thorax: normal; falsch negatives Resultat?
  - Vortag Infiltration über den Triggerpunkten als Gerinnungsaktivierung

## Lösung

- Patientin „gluckst“, aua – mein Schmerz
- Haben Sie Reflux? Ja, mal PPI gehabt
- Zwei Tage nach PPI 40mg verschwunden.
- Clexane gestoppt
- Heute nach 6 Wochen mit und 2 Mt ohne PPI ist Patientin immer noch beschwerdefrei.

## TAKE HOME MESSAGE

- **Neurologisch**
  - radikulär
  - Entzündung
    - T12-L1-Präganglionäre Sympathikus neuralgie
    - akute radikuläre
    - Nervenwurzel
  - Entzündung nach einer (Hämatom, Abszess, Infekt)
- **Vaskulär**
  - TGG arteriell, Arter Venen, lymphatisch
  - Chronische Entzündung, Vasculitis
  - Akute (Antikörper, Streptokokken, Infekt, Vasculitis)
- **Knochen**
  - Osteomyelitis
  - Metastasen
  - Fraktur
  - Osteoporose
  - Osteomalazie
- **Viszeral**
  - Pleuritis, Lungen, Thrombose
  - Herz (Infarkt, Angina), Pericarditis
  - Zwerchfell, Leber
  - Gastrointestinal
- **Artikulär**
  - Spondylitiden, Entzündlich bei RA
  - Schulter (SC, AC-Colexik, Glenohumoral, scapulothorakal)
- **Diskogen**
  - Distale AS (Entesitis)
- **Muskulär**
  - Triggerpunkte mit myofascialer Ausstrahlung
  - PMR, PMDM
- **Ligamentär**
- **Dura**
  - Abszess
  - Meningitis
  - Meningeom
  - Neurofibrom
- **Andere**
  - epiduraler Abszess
  - spinale Tumore