

## Kribbeln und Schmerzen ulnarseits



Interlaken 2012

Marc Sager



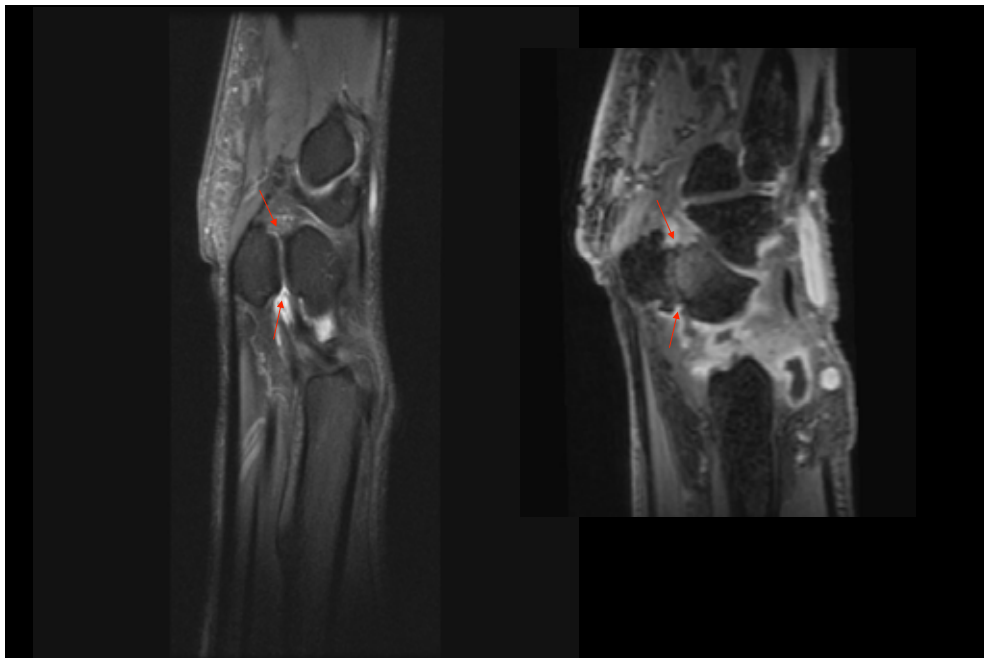
## DD Schmerzen/Parästhesien ulnarseits

- myofaszial
- artikulär
- neuro-meningeal
- **Stabilität (Gelenke) / Stabilisierungsfähigkeit**  
(muskuläre Haltungs- und Bewegungskontrollfunktion)
- viszerogen (Kardial,pulmonal,LK)



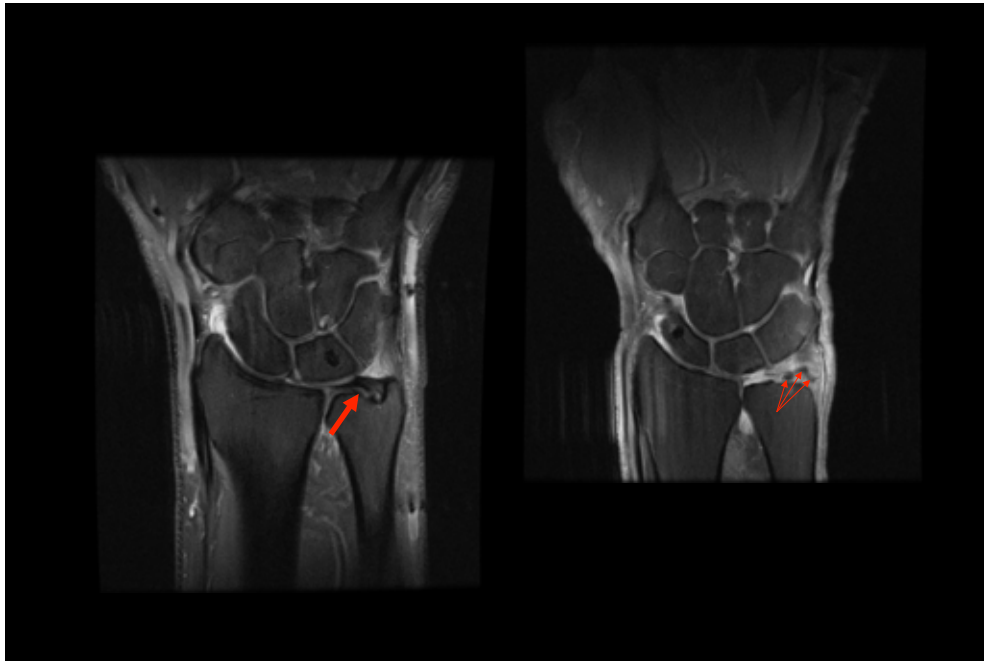
## 16j, m., Schmerzen EPH med./ ulnarer VA beim Tennisspielen (seit 2 Jahren)

- keine Schwellung
- myofaszial o.B.
- neuromeningeal o.B.
- Keine Gelenkinstabilität
- Strenge Belastungsabhängigkeit
- Schmerzprovokation durch das Grinding im Valgusstress
- **Konventionelles Rx o.B.**



## Therapie piso-triquetrale Arthrose

- Ergonomische Massnahmen im Vordergrund (Arbeitsplatz, Sport)
- **Ergotherapie (Gelenkschutzmassnahmen, Orthesen mit Polsterung Hypothenarbereich)**
- Steroidinfiltration !
- **Bei Therapieresistenz: Pisektomie**  
Resultate > 90% ausgezeichnet gem. Literatur und pers. Mitteilung D. Herren, Schulthess Klinik (ca. 20 Eingriffe/Jahr)  
( **Diagnose: Daran denken! schmerzhaftes piso-triquetrales Translatieren** )



## TFCC-Läsion auf degenerativer Basis

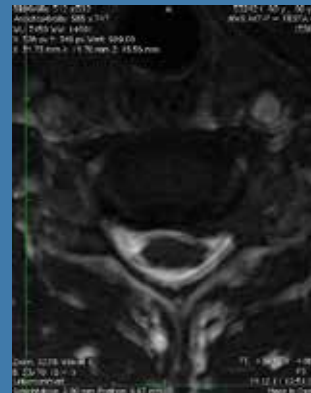
### Diagnose:

- Druckdolenter ulnarseitiger Gelenkspalt
- Ulna-carpales Translatieren im Ulnarduktionsstress (Grinding, analog Meniskusläsion Knie)

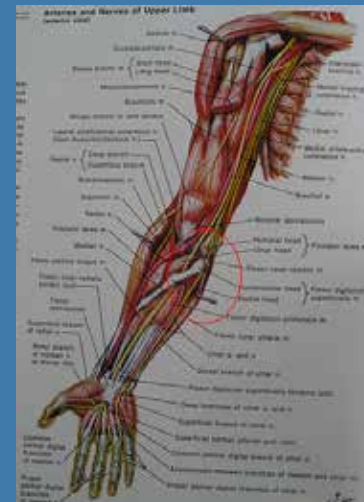
### Therapie:

- Ergonomische Massnahmen
- Ergotherapie (Gelenkschutzmassnahmen, Orthesen)
- Steroidinfiltration !
- Bei Therapieresistenz: Arthrosk. Débridement (rasche Rehabilitation, nur 50% Erfolg) oder Verkürzungsosteotomie Ulna (>90% Erfolg, aber bis zu 6Mt Reha-Zeit) ; Schulthess Klinik: 10-15 Op/Jahr (pers. Mitteilung D.Herren)

## Die Radikolopathie C 8 ist sehr selten



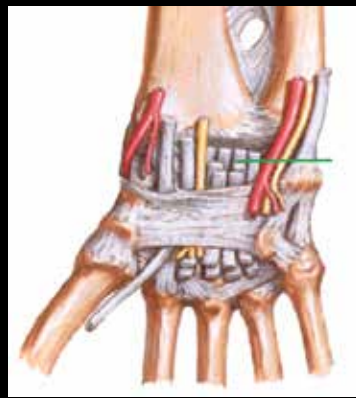
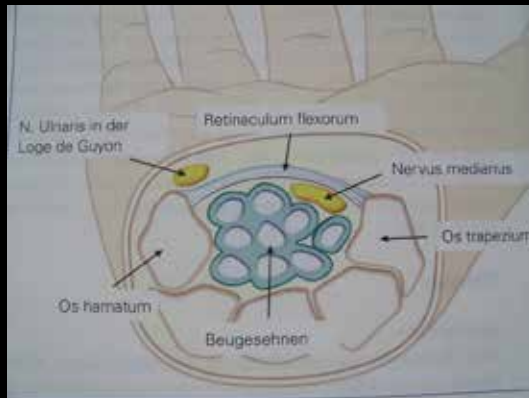
## „Sulcus N.ulnaris-Syndrom“



- Druck
- Zug
- Luxierbarkeit (?)

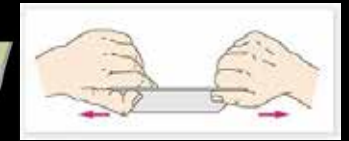




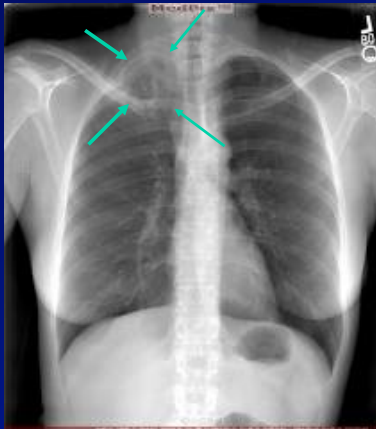


R.profundus

M.adductor poll.



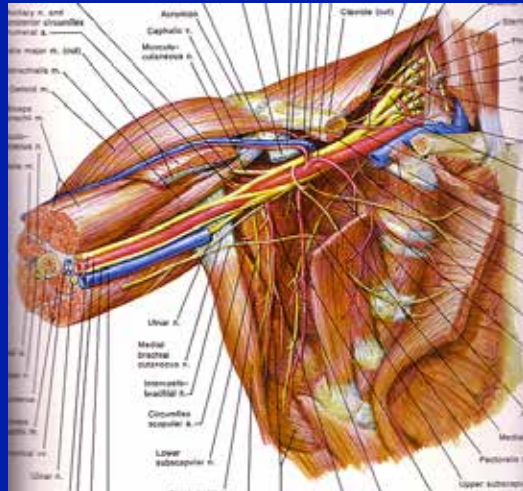
## Tumore obere Thoraxapertur (Pancoast) (Henry Pancoast, Radiologe, USA, 1875-1939)



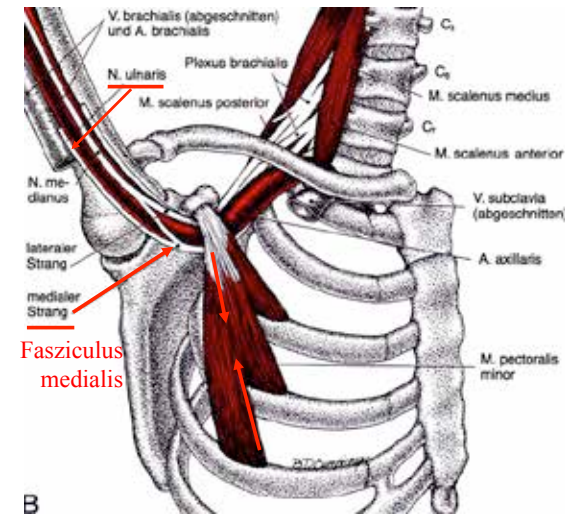
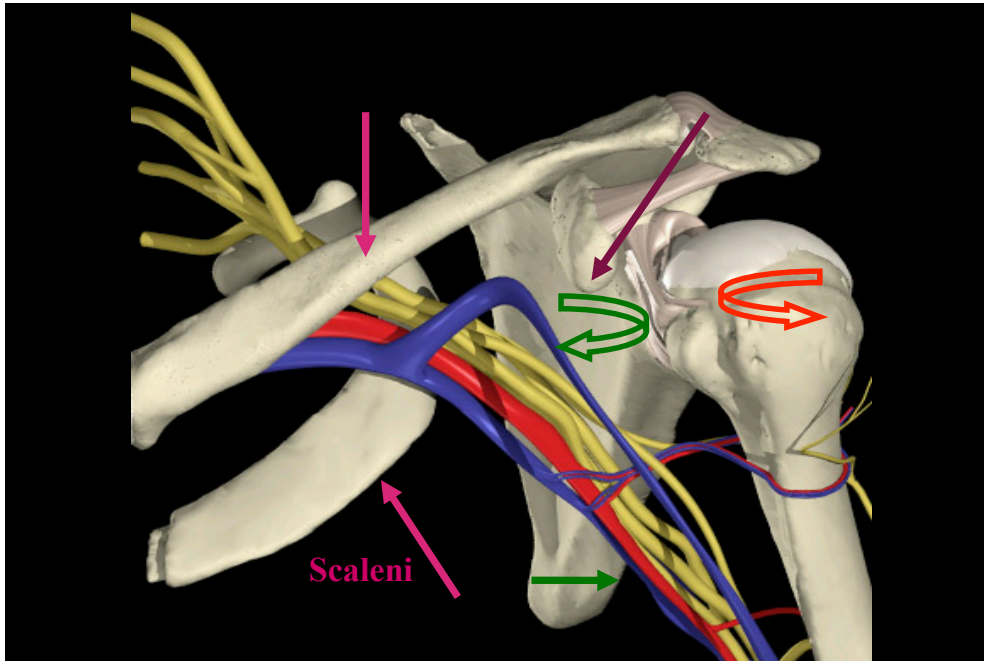
## Klinik der Tumore der oberen Thoraxapertur

- Schmerz und Sensibilitätsstörungen C8 und Th1
- Horner-Syndrom (Miose, Lidptose, Enophthalmus)
- Atrophie der intrinsischen Handmuskulatur

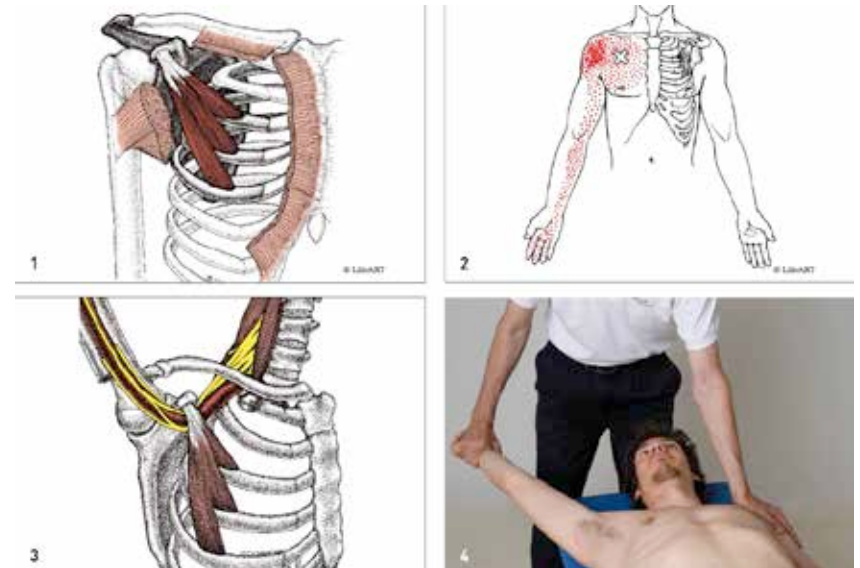
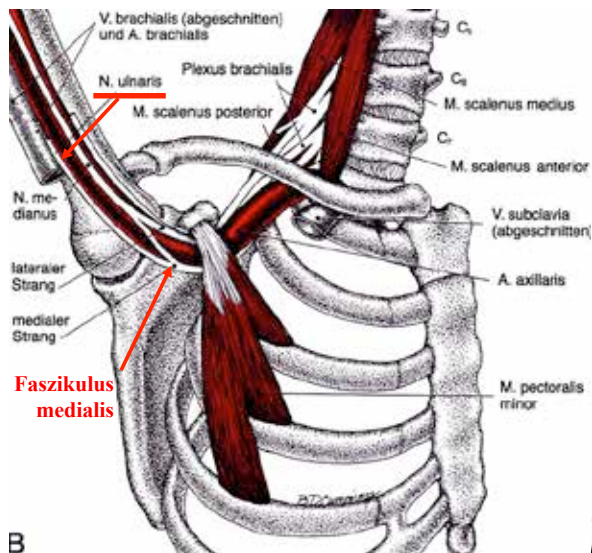
# “Schultergürtelkompressionssyndrom”

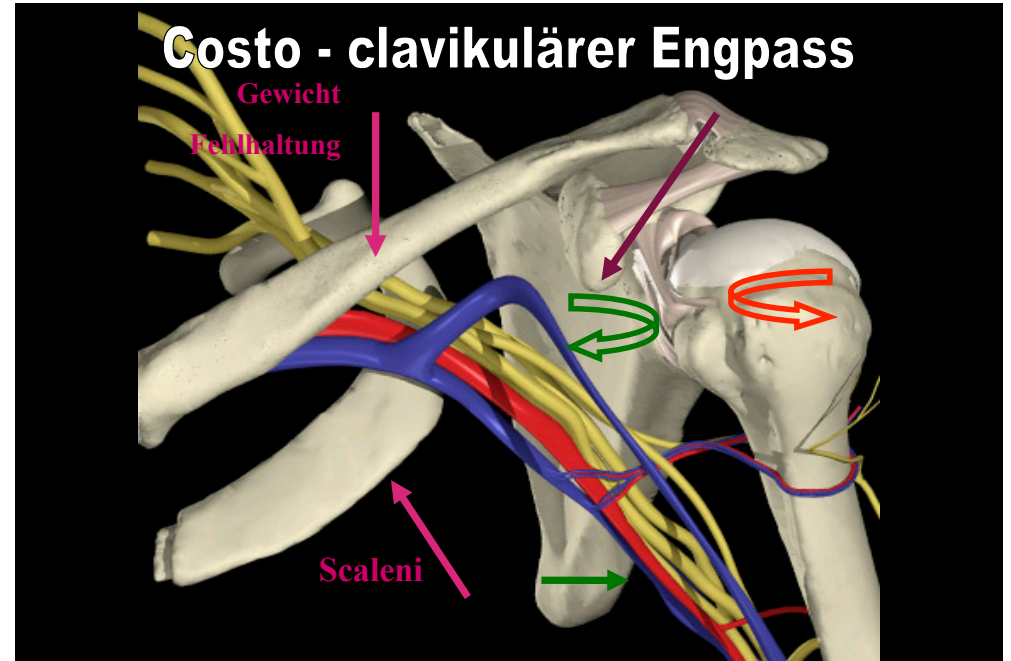


# Costo-coraco-pectoraler Engpass



# Hyperabduktionstest nach Wright

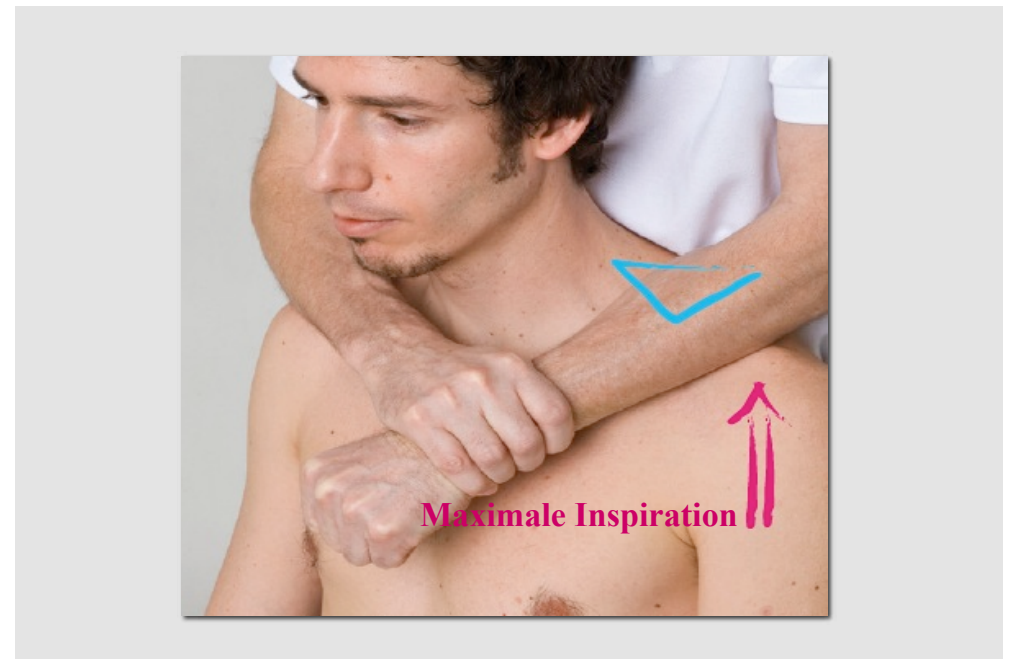




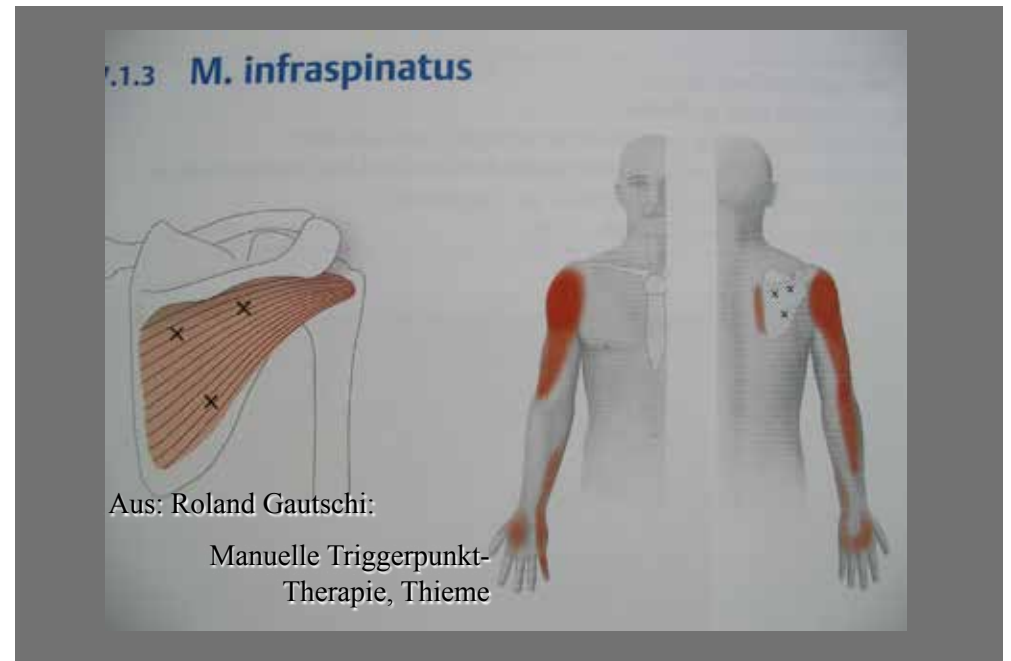
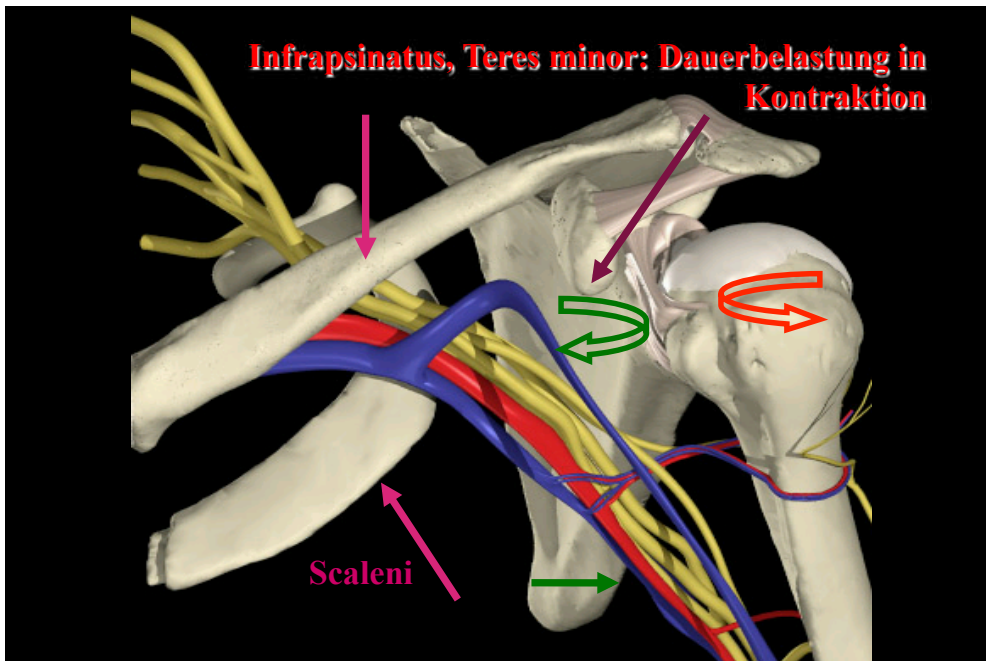
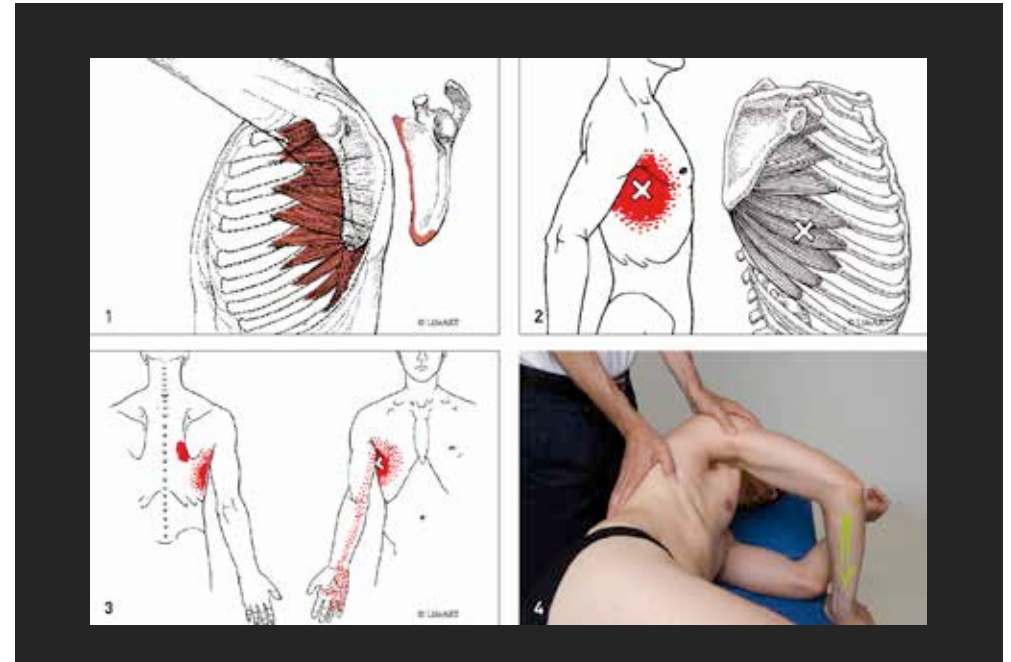
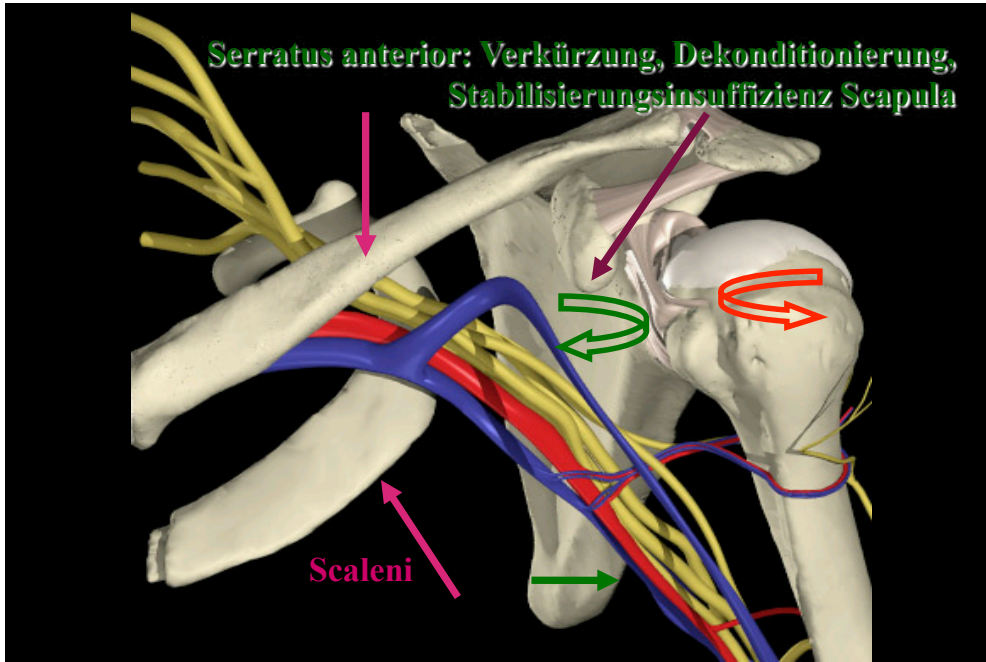
Eden Test:  
 HWS-Latflex zur  
 Gegenseite(1.Rippe),  
 Retraktion Schultern, Zug  
 am Arm



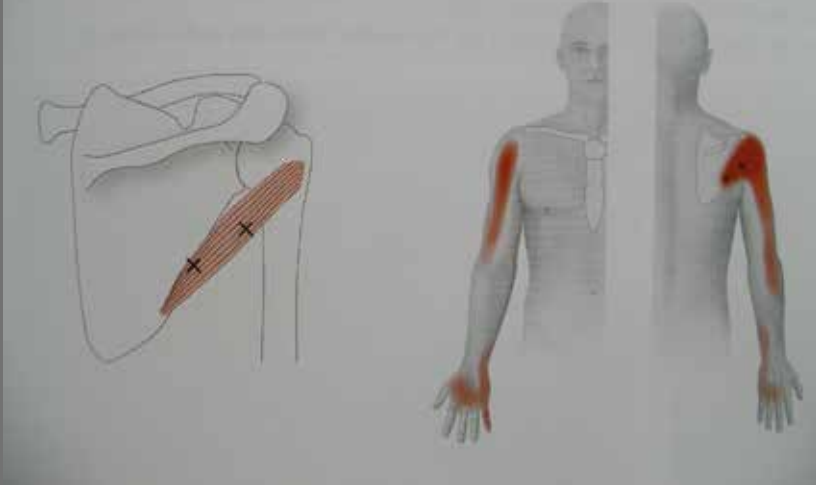
© Prof.W.Beyer/Dr.Weber,Bad Füssing



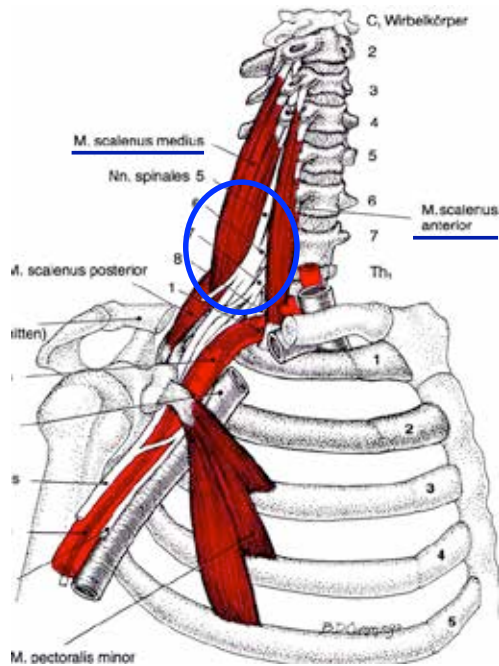
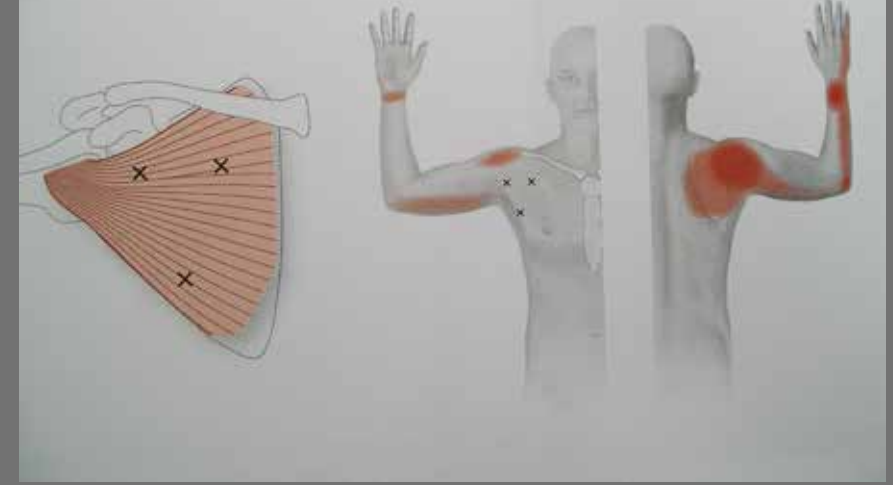


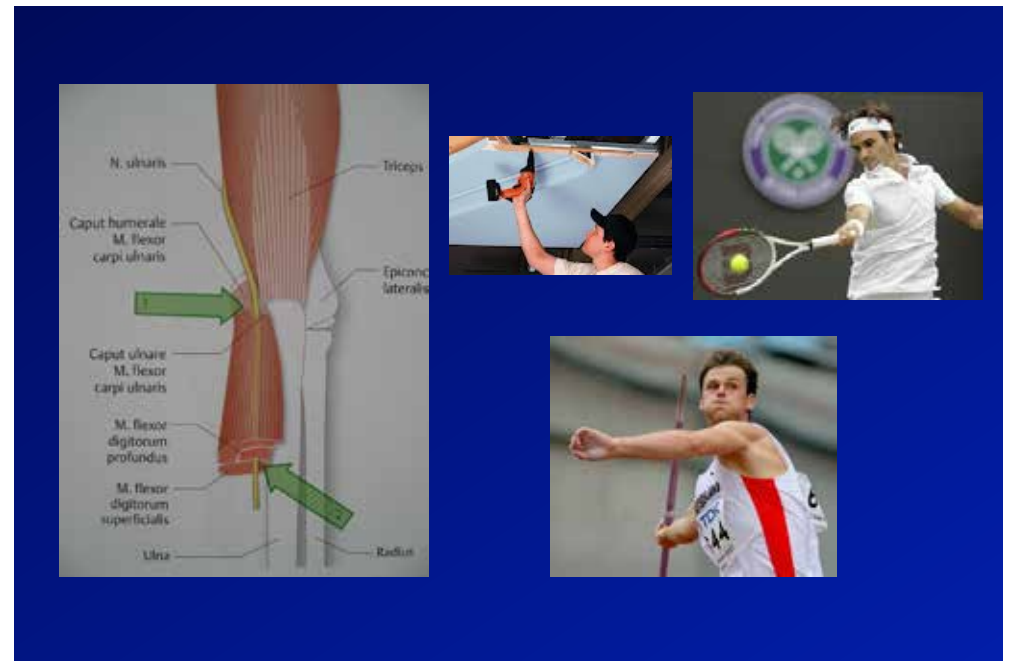
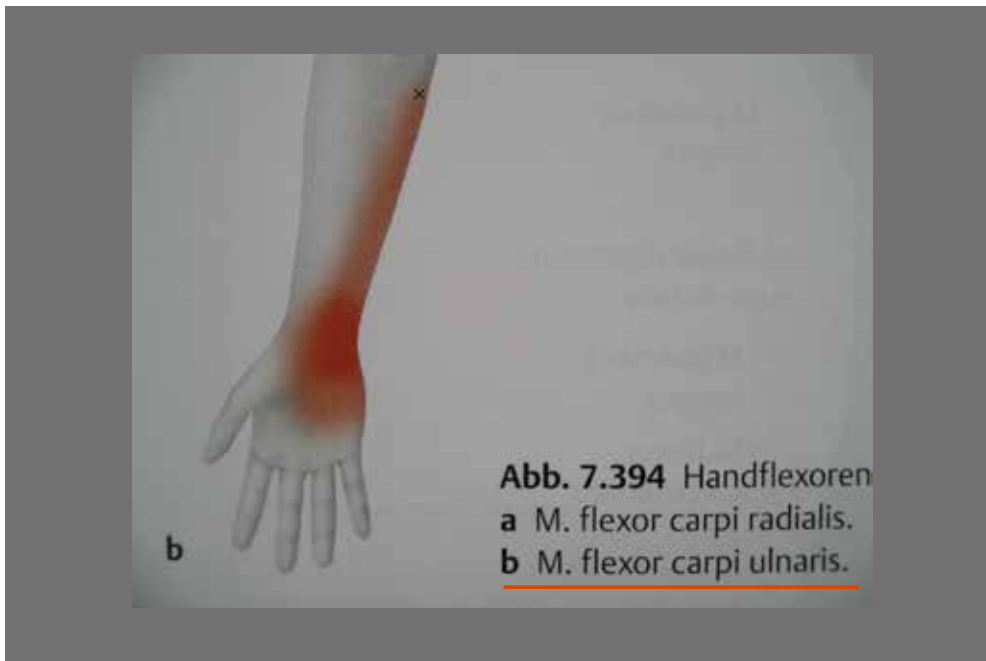
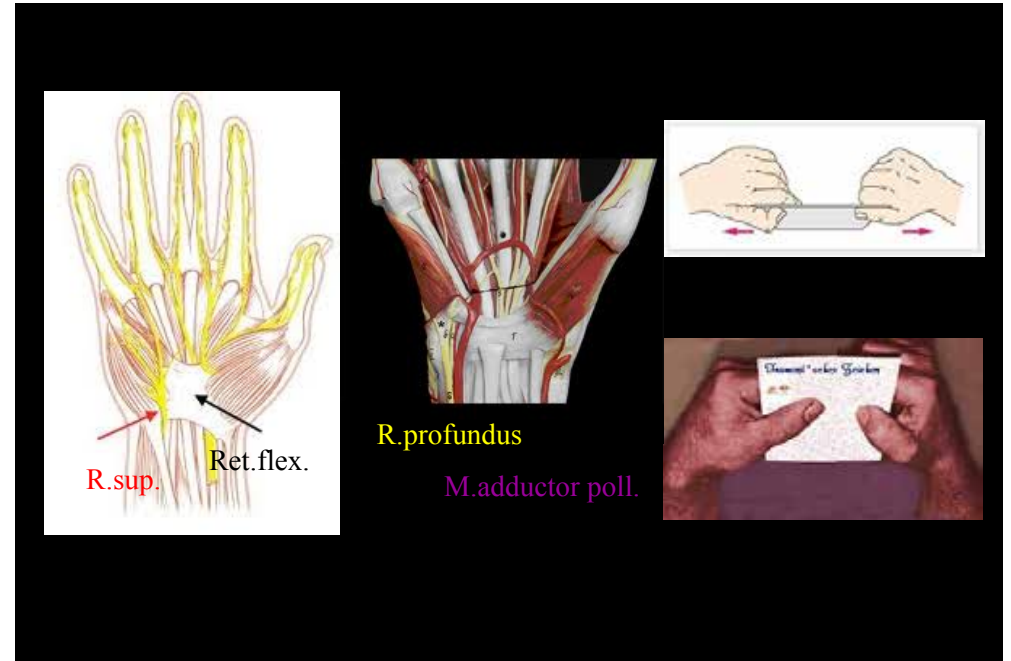
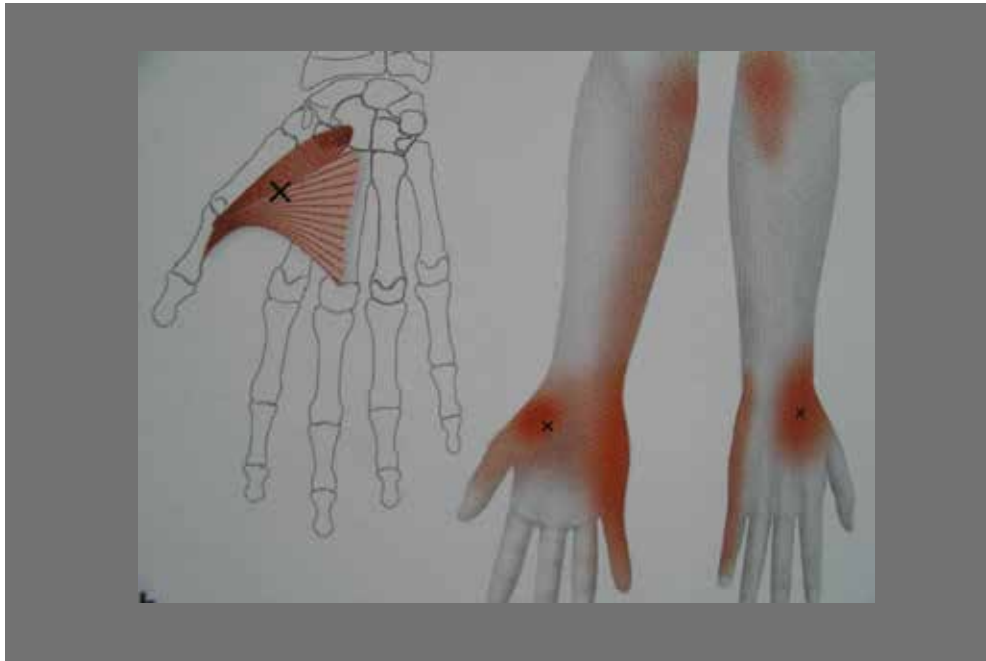


### 7.1.4 M. teres minor



### 5 M. subscapularis





## DD myofaszial / neuro-meningeal:

### Foraminaler Kompressionstest am CTÜ (Spurling Test)

### Neurodynamik (ULT 3)

### Myofasziale-/Triggerpunktdiagnostik

### Probebehandlung (myofaszial, neurodynamisch)

## Behandlungsstrategie beim TOS

- Mobilisierung der obere BWS in Extension, der CTÜ-Segmente in Flexion sowie der Rippen
- Mobilisierung der SC- und AC-gelenke und des scapulothorakalen Gleitlagers
- **Verbesserung der muskulären Stabilisierungsfunktionen:**  
Flex.kontrolle BWS (Multifidi, segmentnahe Muskulatur)  
Ext.kontrolle HWS (Longus colli/capitis, Obliqui ant.)
- **Korrektur der musk. Dysbalance der Scapulafixatoren:**  
senso-mot. Auftrainieren der Stabilisatoren (Trapez/Serratus anterior), Detonisierung der Übrigen
- myofasziale- resp. Triggerpunkttherapie
- **Verbesserung der Neurodynamik**

## geräteassistiertes senso-motorisch-koordinatives Training der Muskulatur



## Trapez horizontalis/aszendens Serratus anterior, Rhomboidei



## Latissimus / Faszia thoracolumbalis Stabilisierung LWS und ThLÜ

