

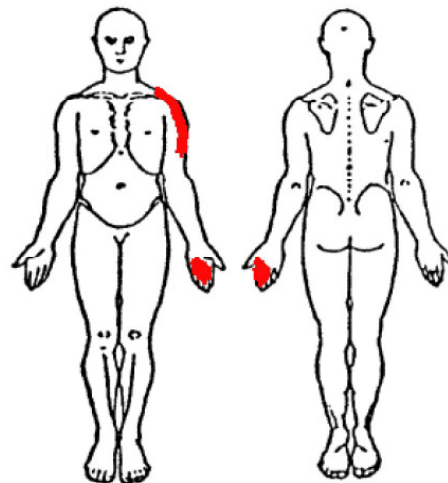


McKenzie Institute International Extremitäten

Case Study „Fr. Speck“ Obere Extremität: Anamnese (Christian Garlich)

Datum 24/07/2013
 Name Frau Speck Geschlecht M / F
 Adresse _____
 Telefon _____
 Geburtsdatum 18/08/1961 Alter _____
 Überweisung Arzt / Orth. / Selbst / Andere _____
 Patient akzeptiert anonymisierte Nutzung seiner Daten Ja / Nein
 Beruf: Mechanische Belastungen Sekretärin / sitzen

 Freizeit 1 x Fitness, rudern, radfahren
 Funktionseinschränkung Arm heben / Jacke anziehen
 Funktionsfragebogen _____
 VAS Score (0-10) min 4 / max 7



ANAMNESE

Relevante Symptome siehe oben
 Dauer der jetzigen Episode 6 Monate Verbessernd / Gleichbleibend / Verschlechternd
 Auslösender Faktor _____ Oder kein Auslöser
 Anfangssymptome Schulter li
 Konstante Sympt. _____ Intermittierende Sympt. Schulter li / Finger li
 Produziert/verschlimmert durch: Arm seitlich heben, Jacke anziehen, auf betroffener Seite liegen, einschlafen der Finger li in RL / SL li

 Eliminiert/vermindert durch: Ruhe, Arm nicht bewegen

 Schmerz bei fortgesetzter Aktivität Verbessernd / Gleichbleibend / Verschlechternd
 Ruheschmerz Ja / Nein
 Schlaf gestört Ja / Nein 2 - 3 x die Nacht
 Andere Fragen _____

 Behandlungen in dieser Episode nein
 Vorherige Episoden nein
 Frühere Behandlungen nein
 Wirbelsäulengeschichte HWS
 _____ Parästhesien Ja / Nein
 Medikamente früher nein
 Medikamente jetzt nein
 Allgemeine Gesundheit Gut / Mäßig / Schlecht _____
 Bildgebende Verfahren Ja / Nein Tendinitis calcarea im Schulterbereich li
 Zusammenfassung Akut / Subakut / Chronisch Trauma / schleichender Beginn
 Zu untersuchende Bereiche HWS + Schulter li

KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Inspektion keine Auffälligkeiten

Basis Messparameter (Schmerz / Aktivität) Schulter li: ABD li , Schürzengriff IR / HWS: Rot li 60

Aktive Tests (Symptome / ROM) <u>HWS + Schulter li</u>	PDM	ERP
HWS: ROT li 60° PR SG li + OA, LF li PR SG li + OA		
Schulter li: Abd li PDM 110°- 160°	X	
Schürzengriff IR bis LWS		X
Passive Tests (+/- Überdruck) Symptome / ROM _____		
Schulter li: FLEX 160°		X
ABD 160°		X
AR 30°		X
Resistive Tests (Sz) <u>nicht getestet</u>		

Wiederholte Tests (wählen Sie die am meisten symptomatische von oben aus)

Aktive Bewegung passive Bewegung Widerstandstest	Während der Bewegung	Nach der Bewegung	Mechanische Antwort		
			^ ROM	v ROM	kein Effekt
HWS RET	rep 10 / KE	KE			X
HWS RET EXT	rep 10 / KE	KE	ABD		
			ROT li		
Effekt von statischer Position					
Weitere Tests: z.B. belastet, Kompression, unbelastet usw.					

WIRBELSÄULE

Bewegungseinschränkung ROT li / LF li

Effekt repetierte Tests BE

Effekt statische Tests _____

Tests Wirbelsäule nicht relevant / relevant / sekundäres Problem _____

PROVISORISCHE KLASSIFIZIERUNG

Dysfunktion artikulär _____ kontraktil _____

Derangement _____ HWS _____ Haltung _____

Anderes _____ Dysfunktion _____

Schmerz: HWS bis unterh. EG, DP: Ret/Ext _____

PRINZIPIEN DES MANAGEMENTS

Edukation Schmerz + Übung + Haltung

Übungen HWS: 10 rep RET EXT Häufigkeit 6 x tgl.

Behandlungsziele Schmerzreduktion und Verbesserung ROM bei Arm heben seitlich und Jacke anziehen + HWS ROT links

Frau Specks Dreierlei (Christian Garlich)



Christian Garlich

PT, MT, Cred. MDT, PULZ Freiburg
Christian absolviert zur Zeit ein
Masterstudium an der Universität
von Dundee und ist auf dem Weg
zum MDT Diplom.

Die 52 jährige Patientin stellte sich mit Schulterschmerz links und Kribbeln in der linken Hand vor. Sie arbeitet als Bürokauffrau mit überwiegend sitzender Tätigkeit. Einmal die Woche geht Frau Speck Radfahren, in die Fitnessgymnastik oder zum Rudern.

Die intermittierenden Schmerzen hatte sie seit mehr als sechs Monaten mit tendenzieller Verschlechterung. An einen auslösenden Faktor für die Schmerzen in der Schulter konnte sich die Patientin nicht erinnern. Frau Speck gab besonders Probleme beim Heben des Armes, Jacke anziehen und beim Liegen auf der betroffenen Seite im Schulterbereich an. Die Parästhesien der Hand traten sporadisch beim Liegen auf der betroffenen Seite auf. Bisher hatte nur das Vermeiden der provozierenden Bewegungen den Schmerz verbessert.

Frau Speck beschrieb keine Probleme im Nackenbereich. Schmerzmittel vermied sie, da diese zu sehr auf den Magen schlugen. Soweit fühlte sich die Patientin fit und gesund - abgesehen von den Problemen mit der Schulter.

Beim Röntgen konnte der Orthopäde eine Tendinitis calcarea im Schultergelenk links feststellen.

Frau Speck erhoffte sich eine Steigerung der Beweglichkeit sowie eine Verringerung des Schmerzes ohne genaue Vorstellung, wie dies zu erreichen wäre.

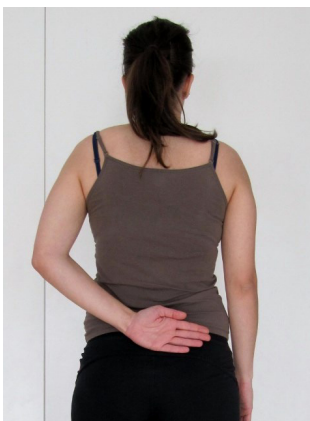


Abb. 1



Abb. 2

Erste Sitzung

Nach Aufnahme der anamnestischen Daten folgte anschließend die klinische Untersuchung. Bei der Inspektion waren keine Besonderheiten zu sehen. Zu Beginn untersuchte ich die HWS von Frau Speck, da zum einen Anzeichen einer HWS-Problematik vorhanden waren - Einschlafen der Finger in verschiedenen Positionen - aber auch, weil die Differenzierung zwischen Wirbelsäule und Extremitäten unablässig ist. Bei den Tests zum Bewegungsverlust stellte ich eine Limitation der Rotation links bei 60° fest. Zudem provozierten ROT links und LF links die typischen Symptome im Schulterbereich.

Ich bat Fr. Speck nun, ihre bekannten Symptome in der Schulter zu reproduzieren. Sie wählte die Abduktion.

Hier trat zwischen 110° und 160° ein Schmerz während der Bewegung (Pain During Motion = PDM) auf. Erste Testbewegung der HWS war Retraktion. Als ich dabei keine Veränderung des Wiederbefunds feststellte, ließ ich die Patientin rep RET / EXT durchführen. Diese hatte zwar keinen Effekt auf Symptome während und nach der Übung, aber im Wiederbefund zeigte sich eine deutliche Verbesserung der ABD auf 160° mit ERP zeigte. Außerdem beobachtete ich eine Steigerung der HWS Beweglichkeit in Rot links auf 80° mit nur noch leichter Produktion der Symptome. Fr Speck war positiv überrascht. Ich klärte sie über die mechanische Problematik der HWS, die Übung rep RET / EXT und das dazugehörige Schmerzverhalten auf.

Hausaufgabe: 6 x 10 rep RET / EXT

...Frau Speck Verlauf

Sitzung 2 - drei Tage später

Die Patientin hat die Hausaufgabe 6 x 10 RET / EXT regelmäßig durchgeführt. Sie berichtet im anamnestischen Wiederbefund dass Arm Heben, Jacke Anziehen und das Einschlafen der Finger unverändert sind.

Die klinischen Wiederbefundzeichen sind ebenso unverändert.

Schulterabduktion links: PDM bei 110° - 160° und Schürzengriff: bis Höhe LWS (Abb. 1) und HWS ROT links 60°.

Beim Demonstrieren der Hausaufgabe RET / EXT der HWS zeigt sich, dass Frau Speck die Übung nicht endgradig (End Range = ER) durchgeführt hat. Nach Korrektur und Erläuterung, wirklich bis ans momentane Ende der Bewegung gehen zu müssen, wiederholt sie die Übung nochmals (Abb. 2). Nach zehn Wiederholungen tritt während der Schulterabduktion kein Schmerz mehr auf. Bei 160° spürt sie noch einen Schmerz (End Range Pain = ERP). Der Schürzengriff bleibt unverändert und die HWS-Rotation links verbessert sich auf 80° bei verringertem Schmerz im Schulterbereich.

Hausaufgabe: 6 x 10 rep RET / EXT mit der Edukation immer ans Ende der Bewegung gehen zu müssen.

Sitzung 3 - sieben Tage später

Frau Speck berichtet über eine deutliche Verbesserung der Fingersymptomatik. Diese ist seit der letzten Behandlung nicht mehr aufgetreten. In der klinischen Untersuchung zeigt sich die HWS-Beweglichkeit nun völlig unauffällig. Bei Schulterabduktion links tritt kein PDM mehr auf. Der Schürzengriff bleibt jedoch weiterhin unverändert.

Eine eingehende Untersuchung der Schulter zeigt folgendes Bild: FLEX 160°, ABD 160°, AR 30°, EXT 30°. Bei allen Bewegungsrichtungen tritt ein ERP auf.

Das HWS-Derangement scheint reduziert ohne dass sich die Schulterbeweglichkeit

signifikant verbessert hat. Also muss noch eine Schulterproblematik vorliegen. Frau Speck gibt Probleme beim Anziehen der Jacke an. Deshalb entscheide ich mich, Extension als Bewegungsrichtung zu evaluieren. Die Patientin führt mit Hilfe eines Stabs repetierte Schulterextension mit Überdruck (ÜD) durch (Abb. 3a und 3b). Im Wiederbefund zeigt sich danach eine auf 40° verbesserte Schulterextension. Der Schürzengriff ist ebenso verbessert. Frau Speck kommt nun mit der Hand bis zur unteren BWS. FLEX / ABD und AR bleiben unverändert. *Hausaufgabe: 6 x 10 EXT mit ÜD (Stab) der Schulter links und 4 x 10 RET / EXT der HWS. Die HWS-Übungen sollen dazu dienen, die Reduktion des Derangements zu erhalten.*

Sitzung 4 - zwei Wochen später

Die HWS ist weiterhin frei beweglich und bei Abduktion tritt kein PDM mehr auf. Der Schürzengriff geht bis zur unteren BWS mit ERP. FLEX / ABD und AR waren im status quo.. Die Schulterextension zeigt bei 40° weiterhin einen ERP. Es wurde nochmals repetierte EXT mit ÜD durchgeführt mit keiner Veränderung der Wiederbefunde. Als weitere Untersuchungsrichtung kommt nun IR (Schürzengriff) in Frage, da diese noch immer deutlich zur Gegenseite eingeschränkt ist.

Daraufhin führt die Patientin rep IR mit Handtuch durch (Abb. 4a und 4b). Hierbei kommt es zwar zu einer Verbesserung der Beweglichkeit beim Schürzengriff, aber zu keiner Veränderung in den anderen Wiederbefunden: FLEX 160°, ABD 160° und AR 30° welche sich seit Beginn der Behandlung nicht verändert haben.

Hausaufgabe: 6 x 10 IR mit Handtuch der Schulter links und 4 x 10 RET / EXT der HWS



Abb. 3a

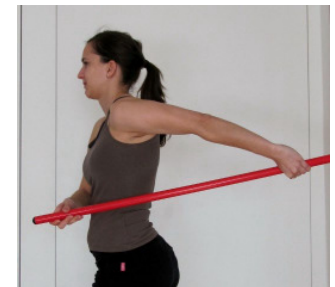


Abb. 3b

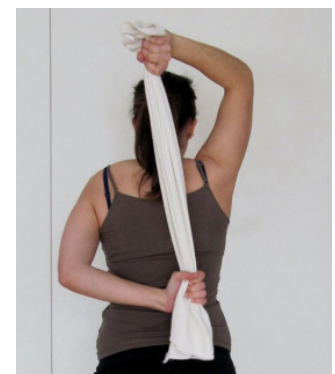


Abb. 4a



Abb. 4b



...Frau Speck Verlauf



Abb. 5

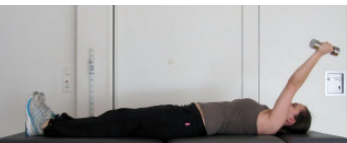


Abb. 6

Sitzung 5 – sieben Tage später

Beweglichkeit in IR und EXT der Schulter links sind wieder hergestellt. FLEX / ABD und AR (Abb. 5) sind unverändert. Es wird zur Überprüfung nochmals IR mit ÜD durchgeführt, welche keinen Effekt auf die Schulterbeweglichkeit oder die Symptome hat. Aufgrund der anhaltenden Bewegungseinschränkung in FLEX / ABD / AR und des ERPs in alle Bewegungsrichtungen, vermute ich eine artikulare Dysfunktion. Da die Patientin noch Probleme beim Fenster putzen und beim Erreichen von Gegenständen weit oben hat, wähle ich FLEX im Liegen mit zusätzlichem Gewicht, um einen hohen ÜD auf die limitierenden Strukturen zu erzielen.

Daraufhin führt die Patientin 40 x rep FLEX in Rückenlage mit einer 2 kg Hantel durch (Abb. 6), wobei die Symptome produzierten, aber nicht schlechter blieben. Hierdurch bestätigt sich die Hypothese „artikuläre Dysfunktion“.

Hausaufgabe: 6 x 10 FLEX mit 2 Liter Wasserflasche in RL der Schulter links und 4 x 10 rep RET / EXT der HWS

Sitzung 6 – sechs Wochen später

Die HWS ist auch nach sechs Wochen ohne Befund. Die Beweglichkeit in FLEX 170° / ABD 170° und AR 40° ist leicht verbessert. IR und EXT sind seitengleich. Nach wie vor weisen alle Bewegungsrichtungen einen ERP auf. Die Übung der Patienten wird nochmals überprüft, wobei Symptome produzieren, aber nicht schlechter bleiben - ohne bleibenden Effekt auf Beweglichkeit oder Schmerz. Nach Abklärung und Edukation zur Problematik, sowie Instruktionen zum weiteren Selbst-Management wird die Patientin entlassen.

Hausaufgabe: 6 x 10 FLEX in RL oder Sitz mit ÜD.

Bei Wiederauftreten des PDMs bei Schulterabduktion 6 x 10 RET / EXT der HWS.

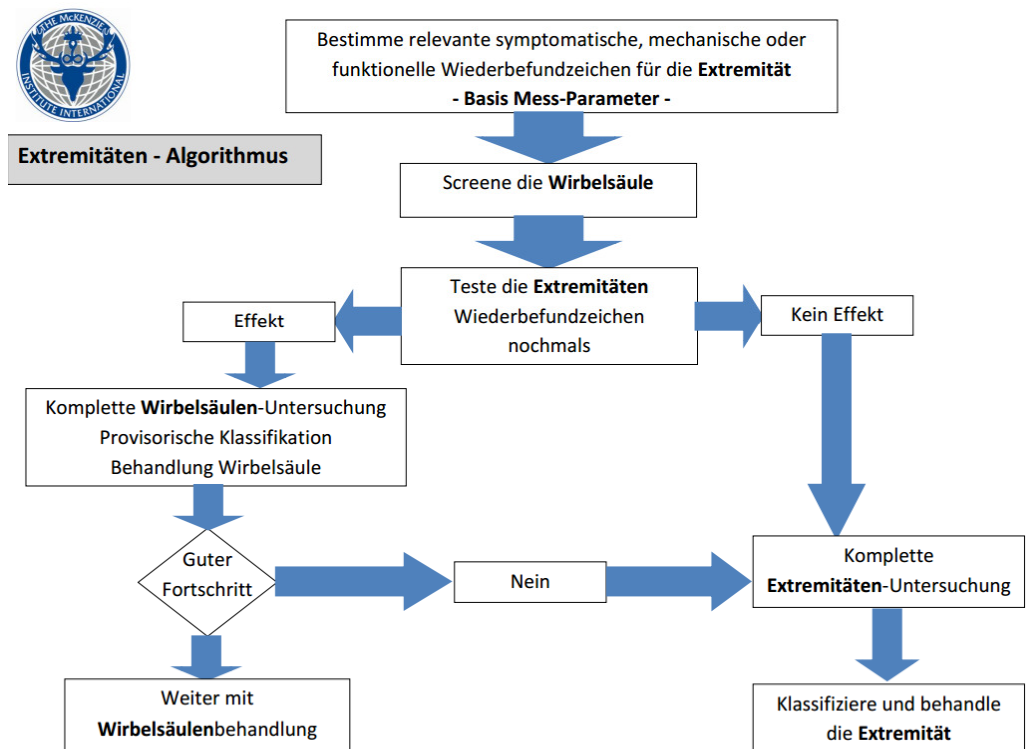


Abb. 7

...Frau Speck Schlussfolgerung

Fr Speck präsentierte also tatsächlich ein ordentliches Mischbild mit einem HWS Derangement und Directional Preference RET / EXT, einem Schulter Derangement mit Directional Preference EXT und IR und einer artikulären Dysfunktion in alle Bewegungsrichtungen.



Schlussfolgerung

1. HWS Derangement mit Directional Preference RET / EXT

Um hierbei strukturiert vorzugehen, ist es unablässig die HWS von einer Schultergelenksproblematik zu differenzieren. Dafür bietet der Extremitäten-Algorithmus (Abb. 7) eine klare Vorgehensweise nachdem als erstes die HWS als Ursache möglicher Symptome untersucht werden muss, auch wenn es anamnestisch keine Anhaltspunkte geben sollte. Damit ein möglicher Effekt wiederholter Bewegungen der HWS (repetierte RET / EXT) evaluiert werden kann, ist es notwendig einen Basisparameter (PDM bei Schulterabduktion) festzulegen. Falls Symptome von der HWS beeinflusst werden - wie in diesem Fall - ist es erforderlich, erst die HWS Problematik zu beseitigen, bevor mit der Behandlung der Schulter fortgefahren werden kann. Im Fall von Fr. Speck kam es nach Korrektur der Übung repetierte RET / EXT zu einer schnellen Beseitigung des HWS Derangements und der Parästhesien der Finger. Daraufhin konnte mit der Behandlung der Schulter begonnen werden.

2. Schulter Derangement mit Directional Preference EXT und IR (Schürzengriff)

Da die Patientin noch immer Probleme beim Jacke anziehen hatte und die HWS als Ursache hierfür ausgeschlossen werden konnte, ist es logisch die IR (Schürzengriff) wie auch EXT mit der größten vorliegenden Bewegungseinschränkung als nächstes zu untersuchen. Beide Bewegungsrichtungen kommen als HA in Frage, jedoch empfand Fr. Speck, IR (Schürzengriff) als wesentlich unangenehmer wodurch auch die Compliance hätte leiden können. Aus diesem Grund wurde als erstes EXT gewählt um dann im Verlauf der Behandlung auch IR (Schürzengriff) wiederherzustellen.

3. Artikuläre Dysfunktion

Da sich nur PR / NS und KE zeigte und eine multidimensionale ROM Einschränkung sowie ERP vorlag, hatte ich die Schlussfolgerung artikuläre Dysfunktion getroffen. Auch hierbei ist die Aussage „nicht mehr gut nach oben zu kommen“ (Fenster putzen und Gegenstände von oben zu holen) entscheidend für die letzte Übung. FLEX in RL mit 2 Liter Flasche ist mit Sicherheit nicht die praktikabelste Übung für den Alltag, aber Fr. Speck meinte, sie könne dies ohne Probleme in den Alltag integrieren. Nach sechs Wochen konnte eine leichte Verbesserung der Bewegungsrichtungen FLEX / ABD und AR um ca. 10° gemessen werden. Diese leichte Verbesserung der Bewegung lässt nun auch eine hypothetische Prognose zu. Die weitere Durchführung des HA Programmes noch mindestens vier bis sechs Monate erscheint notwendig um die artikuläre Dysfunktion erfolgreich zu behandeln. Da dies die letzte Therapieeinheit war, klärte ich Fr. Speck nochmals umfassend über ein eventuelles erneutes Auftreten des HWS und des Schulterderangements auf. Zusätzlich besprach ich mit Fr. Speck die weitere Selbst-Behandlung der artikulären Dysfunktion. Die Compliance der Patientin war hervorragend. Zusätzliche Fragen gab es keine. Ich entließ eine zufriedene Patientin.

Kontakt nach drei Monaten per Telefon

Ich kontaktierte Fr. Speck nochmals nach drei Monaten telefonisch. Sie beschrieb keine Probleme mehr mit der HWS oder dem Schulter Derangement in IR und EXT. Allerdings hatte sie nach wie vor einen ERP mit leichten Bewegungseinschränkungen, die jedoch ihren Alltag nicht sonderlich beeinträchtigten würden. Auf die Frage, ob sie die HA noch regelmäßig macht, sagte sie, dass sie diese nur noch sporadisch ausführt.