

Erst die Magnetresonanztomografie schafft Klarheit

Unerwartete Ursache von Schmerzen in Schulter und Arm

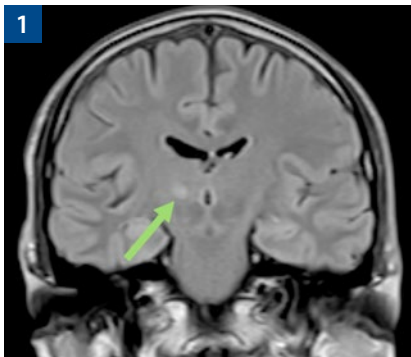


Abb. 1: Subakuter Thalamusinfarkt rechts (grüner Pfeil).

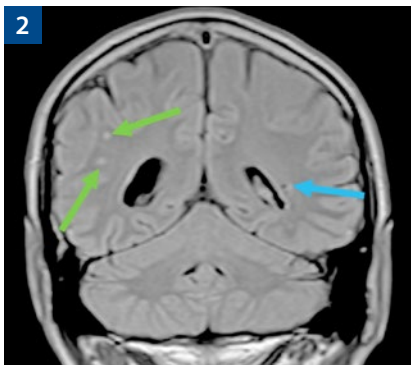


Abb. 2: Mikrovaskuläre Veränderungen rechts (grüne Pfeile), alte postembolische Veränderung links peritrigonal (blauer Pfeil).

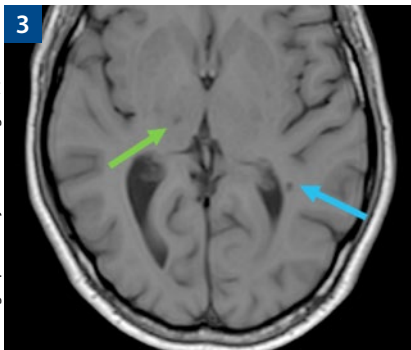


Abb. 3: Subakuter Thalamusinfarkt rechts (grüner Pfeil), alter postembolischer Defekt links peritrigonal (blauer Pfeil)

Anamnese

Am 23.8.2016 stellte sich ein 50-jähriger Mann in altersentsprechendem Allgemeinzustand in meiner Praxis vor. Er berichtete, dass er seit 3–4 Wochen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der linken Schulter habe. Der Patient beschrieb die Schmerzen als punktförmig an der Schultervorderseite, ausstrahlend in die ganze linke Schulter, den Deltamuskel, die Oberarmmuskulatur sowie die Unterarmmuskulatur links. Die Beschwerden würden unregelmäßig stundenweise und nicht belastungsabhängig auftreten, aber doch täglich in wechselnder Intensität.

Orthopädische Befunde

Paravertebrale Muskulatur der HWS vermehrt tonisiert. Aus der Neutralstellung heraus Rotation nach links und rechts seitengleich um 70° möglich. Grobe Kraft seitengleich, keine dermatomspezifischen Sensibilitätsstörungen. Linke Schulter mit unauffälliger Funktion.

Bildgebung

Röntgen der HWS: a.p. Geradstellung, seitlich erhaltene physiologische Lordose, ventrale Spondylose. Röntgen der linken Schulter: unauffälliger Befund ohne Destruktion und Weichteilverkalkung. MRT der HWS: flache Protrusionen an C4/C5, C5/C6 und C6/C7, unkarthrotische Foramentaillierung zur Wurzel C5 links mehr als rechts. Keine hochgradige Stenose der Foramina.

Konklusion

Weil die Befunde die Beschwerden nicht ausreichend erklärten, wurde eine fachneurologische Untersuchung veranlasst, die am 19.9.2016 stattfand.

Neurologischer Befund

Muskeleigenreflexe an den Armen leicht

links betont, an den Beinen seitengleich normal bis schwach auslösbar. Die Muskulatur des linken Unterarms war gegenüber rechts verschmächtigt. Dies ist aber nach Angaben des Patienten „schon immer“ so gewesen, wobei er absoluter Rechtshänder sei.

Neurologisches Procedere

Es erfolgte eine EEG und EMG-Untersuchung. Hierbei zeigte sich eine distale Latenz des Nervus ulnaris links. Neurologischerseits wurde ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links sowie zentrale Hemisymptomatik links diagnostiziert (nach Angaben des Patienten schon seit vielen Jahren bestehend). Dem Patienten wurde eine MRT des Schädels empfohlen.

Schädel-MRT

Stattgehabte subakute bis chronische, vermutlich postembolische Ischämie im rechten Thalamus (**Abb. 1**) sowie eine als älter imponierende postembolische Läsion links peritrigonal und rechtsforaminal (**Abb. 2, 3**). Zur weiteren Abklärung wurde der Patient stationär eingewiesen. Die aufwendige Diagnostik in der Klinik ergab trotz umfangreicher Untersuchungen keine sichere Ursache für die zerebralen Ereignisse.

Fazit

Der Patient ist ein Beispiel dafür, wie wichtig eine sorgfältige klinische Untersuchung für die weitergehende Diagnostik ist. Als ebenso bedeutsam für die korrekte erwies sich die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit in von Orthopäden, Radiologen und Neurologen. Erst hierdurch konnte die „Schwere“ des Falles entlarvt werden.

Dr. med. Peter Krapf
Orthopädische Gemeinschaftspraxis Trier