

Zahnstocher hilft bei Nackenschmerz-Abklärung

Tipps für die neurologische Untersuchung von HWS-Beschwerden

KARL EBERIUS

Bei Nackenschmerzen darf der neurologische Status nicht fehlen. Zu klären ist vor allem, ob den Beschwerden eine Kompression von Nervenwurzeln zugrunde liegt oder ob zentrale Prozesse dahinter stecken, was zwar selten ist, aber unbedingt erkannt werden sollte.

Grundlegend ist bei Nackenschmerzen zum Beispiel die Frage, auf welche Regionen sich die Beschwerden exakt erstrecken und ob Ausstrahlungen vorhanden sind. «Am besten, man lässt sich die Schmerzlokalisierung mit einem einzelnen Finger genau zeigen, um eventuelle Dermatombegrenzungen besser zu erkennen und damit erste Hinweise auf eine radikuläre Ursache zu erhalten», so der Rat von Dr. med. Michael Fleischmann aus Wien, der für die österreichische Pensionsversicherungsanstalt jedes Jahr mehrere Tausend Patienten neurologisch begutachtet. «Bei Ausstrahlungen in die Hand sollte man zudem sehr genau hinschauen, welche Finger im Einzelnen betroffen sind», wie der Neurologe ergänzt.

Scharfe Mittellinie ist verdächtig

Wichtige Erkenntnisse gibt auch immer wieder die anschließende Sensibilitätsprüfung. Allerdings sollte man die Befunde insbesondere bei vegetativ labilen Patienten mit Vorsicht interpretieren. Hellhörig muss man zum Beispiel werden, wenn Patienten auf einer Körperhälfte eine verminderte Sensibilität angeben, die angeblich über mehrere Segmente exakt an der Körper-Mittellinie beginnt. Denn «bei Hemihypästhesien existiert normalerweise keine genaue Mittenbegrenzung», betont Fleischmann, «vielmehr handelt es sich wegen der nervalen Überlappung der Gegenseite um einen unscharfen paramedianen Beginn. Wird dennoch eine klare Begrenzung angegeben, sollte man auch neurotische Störungen im Hinterkopf behalten.»

Genauer lassen sich die betroffenen Dermatome bei Verdacht auf eine radikuläre Läsion schliesslich mit der Überprüfung des Schmerzempfindens feststellen. Denn «die Schmerz Wahrnehmung hält sich viel schärfer an die Dermatombegrenzungen als die feine Berührung, was somit eine viel genauere Zuordnung zur jeweils betroffenen Nervenwurzel erlaubt», so Fleischmann, der für diese Untersuchung spitze Einmal-Zahnstocher aus Holz empfiehlt, um eventuelle Infektionen nicht von einem Patienten auf den nächsten zu übertragen.

Fällt die Kaffeetasse aus der Hand?

Nicht fehlen darf auch die Beurteilung der Motorik. Wichtig ist zum Beispiel die Frage, ob Gegenstände wie die Kaffeetasse oder der Kugelschreiber aus der Hand fallen, «was auf eine Läsion von C6



Dr. med. Michael Fleischmann gibt Ratschläge zur neurologischen Abklärung von HWS-Beschwerden.

bis C8 hindeuten kann», unterstreicht Fleischmann. «Gibt es dagegen Probleme beim Hochdrücken beziehungsweise Aufstehen aus dem Sessel, sollte an eine Beteiligung von C7 mit entsprechender Trizepsschwäche gedacht werden.» Bestätigen oder widerlegen lassen sich solche Hinweise anschliessend mit der praktisch durchgeführten Untersuchung der groben Kraft. Allerdings sollte man dabei nicht nur die Maximalkraft testen, wie der Neurologe betont. «Unbedingt ist ausserdem die Kraftausdauer zu überprüfen, bei der man jede Muskelgruppe mindestens fünf bis zehn Sekunden anspannen lässt, um auch leichte Paresen zu erkennen.» Darüber hinaus sollte man bei Nackenschmerzen auch immer einen umfassenden Reflexstatus erheben, der nicht nur beim Erkennen radikulärer Ursachen wichtig ist, sondern auch entscheidende Anhaltspunkte für eine zentrale Pathologie geben kann. «Zwar sind Veränderungen im ZNS eine relativ seltene Ursache für Nackenschmerzen, aber erkannt werden müssen sie trotzdem, um keine wichtigen Behandlungen zu verpassen»,

Zahnstocher hilft bei Nackenschmerz-Abklärung

Status neurologicus (Nomalbefund)

Caput:

Frei beweglich, occipitale und HNAP schmerzfrei. Kein Meningismus.

Hirnnerven:

- I: anamnestisch o. B.
- II: Gesichtsfeld fingerperimetrisch intakt, keine rezente Visusverschlechterung.
- III, IV, VI: Pupillen rund, mittelweit, isocor. Prompte direkte und indirekte Lichtreaktion beidseits. Unauffällige Konvergenzreaktion. Bulbi frei beweglich. Keine Angabe von Doppelbildern. Lidspalten seitengleich, Lidschluss beidseits komplett.
- V: Gesichtssensibilität zentral und peripher intakt. Masseterreflex seitengleich und unauffällig. Kornealreflex beidseits unauffällig. M. masseter seitengleich innerviert.
- VII: Motorisch unauffällig. Chvostek-Zeichen negativ. Anamnestisch keine Geschmacksstörung.
- VIII: Grobe klinische Hörprüfung intakt. Kein Nystagmus. Weber: keine Lateralisation. Rinne beidseits positiv. Romberg und Unterberger unauffällig.
- IX, X: Gaumensegel symmetrisch, heben seitengleich. Uvula steht median. Würge- und Schluckreflex unauffällig. Anamnestisch keine Geschmacksstörung.
- XI: M. sternocleidomastoideus und M. trapezius seitengleich unauffällig.
- XII: Zunge wird gerade vorgestreckt, nach allen Richtungen frei beweglich. Keine Atrophien. Kein Fibrillieren.

Obere Extremität:

Trophik, Tonus, grobe Kraft seitengleich intakt.
BSR, RPR, TSR seitengleich mittellebhaft auslösbar.
Pyramidenzeichen (Knips und Trömner) negativ
AHV und FNV beidseits unauffällig.
Eudiadochokinese beidseits. Ungestörte Feinmotorik. Kein Tremor.

Rumpf:

Bauchhaut- und Bauchdeckenreflexe in allen drei Etagen seitengleich mittellebhaft auslösbar. Unauffällige Rumpfkontrolle.

Wirbelsäule:

Keine Klopfdolenz. Paravertebrale Druckpunkte indolent. ISG bds. unauffällig. FBA: 0 cm.

Untere Extremität:

Trophik, Tonus, grobe Kraft seitengleich.
PSR und ASR seitengleich mittellebhaft auslösbar.
Pyramidenbahnzeichen (Babinsky, Rossolimo) negativ
Lasègue, Pseudo-Lasègue beidseits negativ. Bragard negativ.
KHV beidseits unauffällig.

Stand, Gang:

unauffällig

Frontalzeichen:

negativ

Sprache und Sprechen:

unauffällig

Sensibilität:

allseits unauffällig

| | |
|------|----------------------------|
| FBA | Fingerbodenabstand |
| PSR | Patellasehnenreflex |
| ASR | Achillessehnenreflex |
| KHV | Kniehackenversuch |
| BSR | Bizeps-Sehnenreflex |
| RPR | Radialisperiostreflex |
| TSR | Trizepssehnenreflex |
| AHV | Armhalteversuch |
| FNV | Finger-Nase-Versuch |
| ISG | Iliosakral-Gelenk |
| HNAP | Hirnnerven-Austrittspunkte |

betont Fleischmann. Zu denken ist dabei zum Beispiel an eine zervikale Myelopathie, bei der das Rückenmark komprimiert wird, oder auch an eine Multiple Sklerose, die sich auf diese Weise bemerkbar machen kann. Erstes Zeichen einer zervikalen Myelopathie kann nach Hinweisen des Nervenspezialisten zum Beispiel ein imperativer Harndrang sein. Oft finden sich auch leichte Paresen der Beine, Auffälligkeiten beim Gangbild, eine spastische Tonuserhöhung der Extremitäten oder gesteigerte Reflexe sowie positive Pyramidenzeichen.

Unklarheiten bestehen dabei immer wieder, wie man eine spastische Tonusveränderung am besten erkennt. «Während zur Rigorsuche bei der Untersuchung langsame Bewegungen sinnvoll sind, die über mindestens zwei Gelenke stattfinden sollen, fahndet man nach einer spastischen Tonuserhöhung mit schnellen Bewegungen in einem einzelnen Gelenk», so Fleischmann, der als Beispiel auf die Dorsalextension im Handgelenk verweist.

Dr. med. Karl Eberius, Heidelberg

Interessenkonflikte: keine