

FOMT GbR - Fortbildungen für orthopädische Medizin und manuelle Therapie

Klinisches Bild bei Patienten mit einer Hüftdysplasie

Patienten mit einer klinisch relevanten Hüftdysplasie müssen früh erkannt werden, um eventuell eine frühe Arthrose des Gelenkes zu verhindern. Untersuchungen, die das klinische Muster solcher Patienten beschreiben, sind daher für den Praktiker besonders wertvoll .

Design:

57 Dysplasie-Patienten wurden postoperativ (Osteotomie des Acetabulums) bezüglich ihres präoperativen klinischen Musters genau befragt, um Gemeinsamkeiten zu ermitteln. Neben einer genauen Anamnese und einer Funktionsuntersuchung wurde die Entscheidung für eine Operation insbesondere durch radiologische Daten gefällt.

Ergebnisse:

Schmerzlokalisierung: am häufigsten Leiste (72%) und laterale Hüfte (Trochanter 66%). Keiner hatte isolierten Po-Schmerz, er war immer mit Leistenschmerz verbunden.

Bei 97% gab es keinen Schmerzauslöser (zu Beginn). Gehen war der häufigste Schmerzverstärker (88%), Laufen (80%), Stehen (70%), impact Aktivitäten (55%), Rotationsbelastungen der Hüfte (45%), längeres Sitzen (45%) waren weitere häufige Faktoren.

80% hatten zumindest ein mechanisches Symptom wie Geräusche, Schnappen oder Blockierung. Nachtschmerz hatten 59%.

85% zeigten beim Gehen ein Hinken, 38% einen positiven Trendelenburg Test, bei 97% war der Impingementtest positiv (Flexion-Adduktion-IRO).

Der durchschnittliche Zeitraum bis zur Diagnosestellung betrug ca. 60 Monate.

Mindestens 3 Spezialisten wurden bis zur Diagnosestellung konsultiert die häufigste Fehldiagnose befasste sich mit Weichteilen (zum Beispiel Adduktoren) keine der Hüften zeigte radiologische Veränderungen im Sinne einer Arthrose

Fazit:

Das klinische Bild zeigt viele, für das Hüftgelenk als Schmerzgenerator typische klassische Symptome. Im Vordergrund stehen dabei vertikalisierte Belastungen wie Stehen oder Gehen.

Das Kardinalsymptom stellt offensichtlich der Leistenschmerz dar. Der Impingementtest ist auch in dieser Gruppe positiv und kann so als sensitiver Test gewertet werden, der aber offensichtlich eine eher geringe Spezifität aufweist.

Ein positiver Befund muss also immer durch andere Ergebnisse aus der Untersuchung spezifiziert werden. Hierbei spielen die Testung der Mobilität und auch die Radiologie eine übergeordnete Rolle.

Nunley RM, Prather H, Hunt D et al. Clinical Presentation of Symptomatic Acetabular Dysplasia in Skeletally Mature Patients. Journal of Bone and Joint Surgery. 2011; 93; supplement 2: 17.

Immobilisation nach einer primären anterioren Schulterluxation

Seit Itoi 2007 eine bessere Apposition des anterioren Labrums am Glenoidrand und eine reduzierte Reluxationsanzahl nach einer 3-wöchigen Immobilisation in Außenrotation nachweisen konnte, werden Patienten mit einer anterioren Schulterluxation häufig nicht mehr in Innenrotation sondern in Außenrotation immobilisiert.

Andere Autoren (z.B. Finestone et al. 2009) konnten diese Ergebnisse allerdings nicht bestätigen. Der momentane Standard bleibt daher unklar und weitere Untersuchungen sind vonnöten. So auch diese von Liavaag et al. (2011)

Design:

257 Patienten mit einer primären, anterioren, traumatischen Schulterluxation (zwischen 16-40 Jahren) ohne einen großen knöchernen Defekt, einer großen Glenoid Läsion, einer Fraktur des Tuberculum majus oder Nerven-Läsionen wurden reponiert und in eine Immobilisationsgruppe in IRO (vor dem Körper mit einer Schlinge) oder eine Immobilisation in ARO (15°, mit Donjoy) für 3 Wochen randomisiert.

Gemessen wurde die Reluxationsrate nach einem mittleren Nachuntersuchungszeitraum von 2 Jahren. Des Weiteren wurde das klinische Ergebnis mittels Scores (z.B. WOSI) und Instabilitätsepisoden ermittelt.

Ergebnisse:

Nur ca. die Hälfte der Patienten konnten mit einer guten Compliance (Mitarbeit) bewertet werden (47% IRO, 67% ARO).

Patienten mit einer besseren Compliance hatten weniger Reluxationen.

27% der Patienten hatten nach durchschnittlich 11 Monaten eine Reluxation. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, tendenziell mehr in der ARO Gruppe.

In der Gruppe zwischen 16-22 Jahren betrug die Reluxationsrate ca. 50%.

Ca. die Hälfte aller Patienten hatten rezidivierende Instabilitätszeichen. 60% der Patienten erreichten ihren präoperativen Aktivitätslevel (kein Unterschied).

Fazit:

Das Ergebnis lässt momentan nur einen Schluss zu. Es scheinen beide Möglichkeiten in Frage zu kommen.

Des Weiteren scheint eine bessere Apposition des Labrums am Glenoidrand nicht zwangsläufig mit einer reduzierten Reluxationsanzahl einherzugehen.

Neben diesem Hauptergebnis sind die Reluxationsraten eher etwas geringer als in anderen Studien, was weitere Behandlungsmöglichkeiten eröffnet.

Liavaag S, Brox JI, MD, Pripp AH et al. Immobilization in External Rotation After Primary Shoulder Dislocation Did Not Reduce the Risk of Recurrence. A Randomized Controlled Trial. Journal of Bone and Joint Surgery. 2011; 93: 897.

Kraft der Schulterblatffixatoren bei chronischen Nackenschmerzpatienten

In der Literatur werden muskuläre Defizite bei chronischen Nackenschmerzpatienten häufig beschrieben. In der Regel wird davon ausgegangen, dass eine Abschwächung der unteren Anteile des Trapezius zu einer Hypertonie des oberen Anteils führt und dadurch Beschwerden an der Halswirbelsäule unterhalten werden können. Diese These ist allerdings weniger häufig wirklich untersucht worden. Einen ersten Schritt unternahmen Petersen et al. (2011) in einer neuen Studie.

Design:

25 chronische Nackenschmerzpatienten wurden bezüglich der Kraft des unteren Anteils des M. trapezius getestet.

Der Test wurde in Bauchlage, mit gestrecktem Arm (Arm in Verlängerung der Fasern des unteren Anteils des Trapezius) ausgeführt (siehe auch Janda oder Kendall). Des Weiteren wurde mittels Scores die Disability gemessen um Zusammenhänge darzustellen.

Ergebnisse:

Die Kraft des unteren Anteils des M. trapezius, war auf der Schmerzseite reduziert. Es bestand kein Zusammenhang zwischen der Disability und dem Ausmaß der Abschwächung und kein Zusammenhang zwischen der Länge der Symptome und dem Ausmaß der Abschwächung.

Fazit:

Die oben beschriebene These kann durch diese Daten nicht grundsätzlich bestätigt werden. Eine muskuläre „Dysbalance“ scheint aber ein begleitender Faktor bei Nackenschmerzen zu sein und könnte eventuell Beschwerden unterhalten. Test und Therapie für die Schulterblatffixatoren gehört dadurch auch bei Nackenschmerzpatienten in die Funktionsuntersuchung mit dazu.

Petersen SM, Wyatt SN. Lower Trapezius Muscle Strength in Individuals With Unilateral Neck Pain



FOMT GbR, Wiesbadener Straße 16, 70372 Stuttgart

info@fomt.info

www.fomt.info

"Newsletter abbestellen", bitte Mail mit diesem Text im Betreff-Feld