

Fortbildung zum Thema Nackenschmerzen – Protokoll

(überarbeitet unter Zuhilfenahme der DEGAM-Leitlinie Nr.13)

Einteilungsmöglichkeiten

- Nach Ätiologie - unspezifisch vs. spezifisch
- Nach Dauer – akut (0-3 Wochen), subakut (4-12 Wochen), chronisch (>12 Wochen)

Unspezifische Nackenschmerzen – unkomplizierte Verläufe

- Ursache der Nackenschmerzen ist unklar
- Myofasziale Störungen im Bereich der HWS können unterschiedliche Beschwerden verursachen – schmerzhafte Muskelverspannungen (Myogelosen), eingeschränkte Beweglichkeit („steifer Nacken“), Kopf- und Gesichtsschmerzen (Spannungskopfschmerz, Kopfschmerzen vom Hinterkopf aufsteigen), Zerviko-Brachialgien, vegetative und autonome Symptome
- Begünstigende Faktoren: Übergewicht, einseitige körperliche Arbeit, Alter, Schwangerschaft, psychische Belastungssituationen („Angst sitzt im Nacken“)
- Röntgenologische Befunde korrelieren meist nicht mit dem Ausmaß der Beschwerden!

Exkurs Torticollis – „Schiefhals“

- Akuter Schiefhals (muskulär bedingt) vs. weitere, abklärungsbedürftige Ursachen
- Nach Einnahme von Dopamin-Rezeptor-Antagonisten (MCP, Neuroleptika) fragen! Können dystone Reaktionen auslösen (pharmakogener Torticollis spasmodicus)
Gegenmittel: Akineton (Biperiden)
- Bei Kindern mit anhaltendem Schiefhals und vorangegangenen Infekten des Nasen-Rachen-Raumes oder Operationen (bspw. Tonsillektomie) auch an Grisel-Syndrom denken (Subluxation der HWS im Atlantoaxialgelenk) → MRT
- weitere Formen: kongenitaler Torticollis (Verkürzung M. Sternocleidomastoideus), okulärer Torticollis (Schiefhaltung des Kopfes zum Ausgleich einer Sehstörung) ...

Abwendbar gefährliche Verläufe

- „Schubladen“ abarbeiten (neoplastisch, entzündlich, vaskulär, Trauma, hereditär)
- Weitere Diagnostik bei anamnestischen oder klinischen Hinweisen auf AGV (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Tumor, Trauma, neurologische Symptome)
- Weitere Diagnostik bei ausbleibender Besserung nach 2 Wochen der Therapie (auf 2 Wochen haben wir uns in Fortbildung geeinigt, DEGAM sagt dazu: weitere Diagnostik, wenn sich „unter Therapie nach 3 Wochen eine Verschlechterung oder nach 6 Wochen keine Besserungstendenz zeigt“)
- Seltene Differentialdiagnosen aus dem rheumatologischen Formenkreis: M. Reiter, Arthritis psoriatica, Polymyalgia rheumatica, Riesenzellarteriitis, ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)
- An weitere AGVs denken: Dissektion, SAB, zervikale Osteomyelitis, epidurale Abszesse, epidurales Hämatom

- Bei neurologische Symptomen wie Radikulopathie und Myelopathie an Bandscheibenprolaps, intraspinale Tumore denken

Weiterführende Diagnostik bei Verdacht auf spezifische Ursachen der Nackenschmerzen

- Röntgen:
 - Nur bei chronischen Nackenschmerzen
 - Verdacht auf knöcherne Veränderungen
 - Trauma
 - Steroidmedikation (Osteoporose)
- MRT:
 - Neurologische Symptome, radikuläre Schmerzen
 - Verdacht auf Dissektion
- Blutentnahme
 - BKS bei Verdacht auf spinale Infektion, Tumor, Systemerkrankung (rheumat. Formenkreis)
 - CrP und Leukos bei Verdacht auf spinale Infektion
 - AP und Serumkalzium bei Verdacht auf Tumorerkrankung
- Zahnarzt zu Rate ziehen bei Verdacht auf Problematik im Mund-/Kieferbereich

Fieberhafte Nackenschmerzen

- Exkurs: Meningitis
 - Nackenschmerz als EIN Symptom eines komplexen klinischen Bildes!
 - Bakterielle Meningitis oft mit rasantem Verlauf, sieht man in der Praxis extrem selten
 - Akuität des klinischen Erscheinungsbildes entscheidend – Einweisung vs. Zuwarten
 - Gesamteindruck zählt, auch den Patienten einbeziehen - „Fühlen sie sich krank?“
- Exkurs: Spondylodiszitis
 - In der Regel sehr unspezifische Verläufe, oftmals auch therapieresistente Kreuzschmerzen, Schmerzen im Liegen, v.a. nachts
 - Wichtig: Daran denken!!
 - Blutentnahme – BKS, CrP
 - MRT

HWS-Distorsion – „Schleudertrauma“

- Möglichst frühzeitige Mobilisierung bei fehlendem Hinweis auf Verletzung von knöchernen oder nervalen Strukturen
- Gleiche Herangehensweise wie bei akuten unspezifischen Nackenschmerzen

Therapieprinzipien

- Schmerzunterbrechung (NSAR und/oder Paracetamol) bei akutem/subakutem Verlauf
- Wärme (Finalgon, ThermaCarepflaster...)
- Erwartungshaltung des Patienten fokussiert eher auf mechanistischen Erklärungsansätze, wichtig ist es aber auch (insbesondere bei chronischen Nackenschmerzen) psychosoziale Konflikte zu thematisieren!
- Bildgebung – niemals vor dem Patienten überbewerten!! Zusammenhang zwischen radiologischem Befund und subjektiven Beschwerden äußerst gering! (cave: iatrogene Somatisierung)
- Patienten sollen und dürfen frühzeitig wieder Sport machen! Frühzeitige Aktivierung hat Vorteile gegenüber passiven Maßnahmen. Laut DEGAM ist die Ruhigstellung der HWS bei unspezifischen Nackenschmerzen obsolet.
- Intramuskuläre Injektionen mit Lidocain in myofasziale Triggerpunkte in Kombination mit Dehnungsübungen
- Kombi von Krankengymnastik, manueller Therapie, postisometrischer Relaxation bei subakuten/chronischen Nackenschmerzen
- Massage nur als Bestandteil eines multimodalen Behandlungsprogramms
- Akupunktur bei chronischen Nackenschmerzen als Therapieoption (mind. 6 Sitzungen)
- Muskelkräftigen bei chronischen Nackenschmerzen

Insbesondere bei chronischen Nackenschmerzen interdisziplinärer Therapieansatz!

CAVE: Nach 2-3 Tagen wieder einbestellen und prüfen, ob sich Besserung gezeigt hat, AGVs im Hinterkopf behalten

Umgang mit chronischen therapieresistenten Verläufen – Spannungskopfschmerzen

- Gesamte Diagnostik schon abgeschlossen, medikamentöse Therapie schon ausgeschöpft...
- an medikamenteninduzierten Kopfschmerz denken
- multimodales Schmerz-Konzept
 - Psychotherapie
 - Schmerztherapie
 - Physiotherapie (manuelle Therapie)
 - Alternative Therapien (bspw. Akupunktur, Atlastherapie)
- Hoffnung schüren unter der Vorgabe, dass es nicht wieder komplett gut wird, aber durchaus besser werden kann.
- BOTSCHAFT: Nicht verzweifeln!!

