

Epikrise: Syndrom der oberen Extremität (SOE) Ellbogen

Verordnung

3x Osteopathie (Hausärztin), Diagnose Epicondylitis

Beschwerden

Frau G., 54 Jahre alt, Filialleiterin eines Lebensmittelmarktes, klagt über Beschwerden im Bereich des Epikondylus lateralis des rechten Ellbogengelenkes und in letzter Zeit häufiger, bis in den Handrücken und die ersten 3 Finger ausstrahlend. Schmerzauslösend sind primär kräftiger Händedruck und das Tragen von Lasten.

Es besteht ein deutlicher, morgendlicher Schmerz, welcher sich im Laufe des Tages bessert, sowie Schmerz nach längeren Ruhezeiten. Ihre Beschwerden selbst beschreibt sie als ziehend und bis in die Finger ausstrahlend, NRS 6. Es bestehen keine Ausfallerscheinungen.

Anamnese

Die Beschwerden bestehen seit ca. 6 Wochen, eine Ursache ist nicht bekannt, es steht aber im zeitlichen Zusammenhang mit einem Umbau ihrer Arbeitsstätte und damit verbundener körperlicher und psychischer Belastung.

Zusätzlich zu den aktuellen Beschwerden beschreibt sie seit Jahren ziehende Kopfschmerzen in den Hinterkopf, normalerweise ca. 2x/Monat. Die Kopfschmerzen beginnen tagsüber auf Arbeit und bessern sich nachts, im Moment sind sie deutlich häufiger als sonst, fast 1-2x/Woche.

An Vorerkrankungen sind eine Hypertonie bekannt und eine erlittene TIA vor ca. 3 Jahren. Medikamentöse Einstellung auf Candesartan und ASS.

Die Patientin macht einen sportlichen Eindruck, gibt aber selbst an, sich in der Freizeit wenig zu bewegen, da sie nach der Arbeit Ruhe benötigt.

Frau G. ist Rechtshänderin und trägt eine Gleitsichtbrille.

Sie hat einen erwachsenen Sohn.

Kompletter orientierender Untersuchungsgang

Gang

Auf dem Weg zum Behandlungsraum gibt es keine Auffälligkeiten.

Stand

Das Lot von hinten zeigt keine Auffälligkeiten, das seitl. Lot fällt leicht vor das Os naviculare, wobei der Kopf ventral translatiert steht.

Schulterhochstand rechts mit Protraktion, der rechte Unterarm hängt in vermehrter Supination.

Bei der Inspektion von der Seite fällt die lordosierte HWS und der Kopf in Rechtseitneige und Linksrotationstellung auf.

Bei der allgemeinen streichenden Palpation fällt eine Spannungszunahme des M. trapezius pars desc. rechts und im lumbalen M. erector spinae bds. auf.

Beim general listening kommt es zu einem Abweichen nach dorsal rechts, deutlicher noch mit geschlossenen Augen.

Im **kompletten orientierenden Untersuchungsgang** finden sich im Sitz Auffälligkeiten in der Rotation im CTÜ und der Anteflexion der Kopfgelenke. Im Übersichtstest für die obere Extremität besteht ein Extensions- und Pronationsdefizit im rechten Ellbogen, sowie eine Einschränkung in Palmarflexion rechts.

Die **Ten steps** sind positiv jeweils rechts bei Pronation des Unterarms, Elevation Arm, Depression Schultergürtel und Zug am Okziput.

Bei der myofaszialen Spannungspalpation zeigt sich eine Spannungserhöhung am Ellbogen rechts nach lateral.

Die **syndromal-orientierende Untersuchung** ergibt aufgrund des Ellbogenschmerzes rechts, dazu die Summe der myofaszialen Befunde und einer eingeschränkten Ellbogenextension als Verdachtsbefund das Syndrom der oberen Extremität (SOE) Ellbogenschmerz.

gezielte Untersuchung

Ellbogen:

- prox. Radioulnargelenk (Tendenz nach anterior) rechts
- Humeroulnargelenk (Dysfunktion der Extension) rechts
- aktiver TrP im M. supinator, M. extensor carpi radialis longus, M. biceps brachii
- Tenderpunkte rechts am Epicondylus lat., am Radiusköpfchen und am langen und kurzen Kopf des M. biceps brachii (LHB und SHB).
- Restriktion der Fascia antebrachii rechts
- Neurofasziale Gleitstörungen des N. radialis im Bereich zwischen dem M. supinator und dem M. brachioradialis

HWS:

- FRS C6 rechts und E Sre Rli 0/C1
- Inspirationsstellung der 1. Rippe
- TrP im M. trapezius pars desc. rechts (aktiv) und in der suboccipitalen Muskulatur rechts (M. splenius capitis)
- Restriktionen der Lamina superficialis und Lamina praetrachealis rechts

Ein **Verkettungstest** Ellbogen (Druck auf die Regio cubitalis) zur HWS ist negativ, damit bestätigt sich das SOE Ellbogen.

Behandlung

Erster Behandlungstag (8.12.21), 50 min Behandlungszeit

- ausführliche Befunderhebung

Behandlung:

Ellbogen

- aktive Triggerpunkte im M. supinator, M. ext. carpi radialis longus, M. biceps brachii
- proximales Radioulnargelenk

HWS

- FRS C6 und E Sre Rli C0/1
- Selbstübung zur Relaxation des M. biceps brachii und der Handextensoren, dazu lokale Wärme

Zweiter Behandlungstag (20.12.21), 50 min Behandlungszeit

- eine leichte Anfangsverschlechterung des Schmerzes nach der ersten Behandlung im Bereich des Ellbogens, seit einer Woche deutlich besser (NRS 3)
- Schmerz in der Hand ist fast verschwunden
- Selbstübung wurde regelmäßig durchgeführt

Kontrolle (und Behandlung) folgender Befunde:

- Dysfunktion der Extension im Humeroulnargelenk
- TrP im M. biceps brachii und im M. extensor carpi radialis longus
- E Sre Rli C0/1

Behandlung

im Ellbogen:

- TeP am Ellbogen besonders am Radiusköpfchen und Epicondylus lat., sowie LHB und SHB
- neurofasziale Mobilisation der Restriktion des N. radialis

HWS

- TrP im M. trapezius pars desc. und der suboccipitalen Muskulatur (M. splenius capitis)
- Cranial base Release
- 1. Rippe rechts
- Harmonisierungstechnik Fascia antebrachii
- Selbstübung zur Entspannung der Suboccipitalregion

Dritter Behandlungstag (3.01.22), 50 min Behandlungszeit

Nachuntersuchung:

- Schmerz am Ellbogen fast verschwunden (NRS 1)
- Position des Kopfes hat sich normalisiert, das seitl. Lot ohne Auffälligkeiten
- Kopfschmerzen deutlich besser, seitdem nur einmal aufgetreten

Behandlung folgender Restbefunde:

- 1. Rippe rechts
- TeP am Radiusköpfchen und SHB
- Harmonisierungstechnik der Fascia antebrachii
- TrP im M. trapezius und im M. splenius capitis
- Cranial base Release
- Release der Lamina superficialis und Lamina praetrachealis

Prognose/Fazit: Das Therapieziel der Patientin, eine deutliche Schmerzlinderung, wurde schon nach der zweiten Behandlung erreicht. Auch ihre Kopfschmerzen, hervorgerufen durch aktive TrP, welche wahrscheinlich durch Adaptation an die derzeitige Situation und einem nozizeptivem Zustrom aus dem Ellbogenbereich aktiviert wurden, sind mittlerweile fast vollständig verschwunden. Da aber Rezidive häufig zu beobachten sind, sind langfristig eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und regelmässige SÜ anzustreben.