

# DISKUSPROLAPS HALSWIRBELSÄULE

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

## 2 HWS-Diskusprolaps

### Inhalt

Einleitung .....	3
Konjunktiv I .....	4
Begrüßung .....	6
Aktuelle Anamnese.....	6
Die vegetative Anamnese .....	7
Vorerkrankungen .....	7
Voroperationen .....	7
Gynäkologie .....	7
Medikamente:.....	8
Allergien/ Intoleranz.....	8
Noxen.....	8
Sozialanamnese.....	8
Familienanamnese.....	8
Verdachts- und Differentialdiagnose.....	9
Diagnostische Abklärung .....	9
körperliche Untersuchung.....	10
Laboruntersuchungen .....	10
Röntgen.....	11
MRT (Magnetresonanztomographie).....	11
Computertomografie .....	13
Konsile .....	14
Behandlung .....	14
Konservatives Management (ohne Red Flags): .....	14
Chirurgie.....	14
Komplikationen .....	15
Anatomie .....	16
Extra .....	18
Fragen .....	20

## Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

## 4 HWS-Diskusprolaps

### Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir einen einleitenden Satz mit Verben wie sagen, berichten, angeben, mitteilen, äußern, anführen, nennen usw.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

## 5 HWS-Diskusprolaps

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden.
Futur Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

### Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

### Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

## Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun den Patienten Peter Peters vorstellen.

Er ist 43 Jahre alt, 177 cm groß und wiegt etwa 84 kg. Daraus ergibt sich ein Body-Mass-Index (BMI) von ca. 26,8 kg/m<sup>2</sup>, womit er dem Übergewicht zuzuordnen ist.

## Aktuelle Anamnese

Der Patient stellte sich mit seit gestern bestehender, akut einsetzender, stechender Zervikalgie nach körperlicher Belastung vor.

Die Schmerzintensität wurde mit 8/10 angegeben

Die Schmerzen ziehen vom Zervikalbereich über die Schulter in den lateralen Bereich des linken Armes sowie in Richtung Scapula. Zusätzlich bestehen Schmerzen entlang des dorsalen Unterarms, vereinbar mit einer zervikalen Radikulopathie, am ehesten im Segment C6/C7.

Der Patient berichtet über Hypästhesien und Parästhesien, insbesondere insbesondere am lateralen Unterarm sowie im Bereich des 2. und 3. Fingers (Digitii II und III) der linken Hand, wo die Haut als „eingeschlafen“ empfunden worden sei. Außerdem bemerkt der Patient eine verminderte Muskelkraft in der betroffenen Extremität.

Er berichtete, dass in Ruhe eine Besserung der Symptomatik eintrete, während jegliche Bewegung die Schmerzen verstärke.

Die Schmerzen sprachen auf die zweimalige Gabe von Diclofenac 50 mg nicht an.

Folgende klinische Zeichen sind nicht festgestellt worden:

Pyrexie, nächtliche Hyperhidrose, ungewollter Gewichtsverlust, Nausea oder Emesis, Cephalgien, kutane Veränderungen, Vertigo, anamnestisches Trauma, Druckdolenz oder Hyperalgesie im Bereich der zervikalen Wirbelsäule, Malposition, Ataxie und Gangstörungen sowie Störungen der Miktion oder Defäkation.

Zum Verlauf gab er an, dass die aktuellen Beschwerden gestern begonnen hätten, nachdem er einem Freund beim Umzug geholfen und dabei ein etwa 20–25 kg

7 HWS-Diskusprolaps  
schweres Paket gehoben habe.

Bereits vor zwei Monaten seien erstmals ähnliche Schmerzen aufgetreten, nachdem er einen Reifenwechsel durchgeführt habe. Im Anschluss daran habe seine Hausärztin Diclofenac verordnet.

## Die vegetative Anamnese

In der vegetativen Anamnese zeigten sich eine schmerzbedingte **Insomnie** seit gestern sowie der Wunsch nach **Gewichtsreduktion**.

## Vorerkrankungen

An Vorerkrankungen sind bei ihm folgende bekannt:

Seit etwa eineinhalb Jahren bestehen **funktionelle Herzrhythmusstörungen** in Form von **Palpitationen**. Die Beschwerden treten insbesondere bei psychischer Belastung, teils auch ohne erkennbaren Auslöser. Eine eindeutige Diagnose bzw. Ursache konnte bislang nicht festgestellt werden.

Es finden sich keine Hinweise auf eine **Panikstörung**.

Es liegt ein rezidivierendes **Handekzem** im Sinne eines irritativen Kontaktekzems bei beruflicher Exposition gegenüber Reinigungsmitteln vor.

## Voroperationen

Im Säuglingsalter wurde eine **Inguinalhernie** rechts operativ versorgt.

Vor drei Jahren erfolgte nach Ruptur des (vorderen) **Kreuzbandes** links beim Fußballspiel eine arthroskopische Rekonstruktion. Postoperativ schlossen sich Physiotherapie und Rehabilitation an, seither besteht eine gute Gelenkstabilität.

Vor zwei Jahren erlitt der Patient beim Spielen mit dem Hund seiner Freundin eine **Hundebissverletzung** am rechten Unterarm, die mittels Naht (drei Stiche) versorgt und antibiotisch behandelt wurde.

## Gynäkologie

8 HWS-Diskusprolaps

## Medikamente:

Diclofenac 50 mg p.o. bei Bedarf

Topische Salbe (wahrscheinlich Kortikosteroid)

## Allergien/ Intoleranz

Die polymorphe Lichtdermatose äußert sich durch Erythem, Pruritus und Vesikulobildung.

Nach dem Verzehr von Knoblauch und Zwiebeln kommt es zu Meteorismus.

Die Allergie gegen Hausstaubmilben führte früher zu nächtlichem Niesen und kutanem Pruritus, zeigt jedoch nach spezifischer Immuntherapie nur noch selten Symptome.

## Noxen

Der Patient raucht seit 4 Jahren täglich 15–20 Zigaretten, entsprechend ca. 3–4 Packungsjahren. Er äußert den Wunsch nach Raucherentwöhnung.

Der Patient konsumiert in der Regel 1–2 Flaschen Bier täglich zur Entspannung.

Vor etwa einem Monat habe der Patient in einer Diskothek Haschisch konsumiert. (Auf dem Heimweg sei er mit dem Auto gefahren und von der Polizei kontrolliert worden. Aufgrund des Haschischkonsums sei ihm der Führerschein entzogen worden; zusätzlich habe er eine Geldstrafe bezahlen müssen.)

## Sozialanamnese

Der Patient ist ledig, arbeitet als Gebäudereiniger, lebt allein in einer Wohnung und hat keine Kinder.

## Familienanamnese

Die 54-jährige Mutter leide an einem Mammakarzinom rechts, das bereits operiert wurde und sich derzeit in chemotherapeutischer Behandlung befinde.

## 9 HWS-Diskusprolaps

Der 60-jährige Vater habe einen chronischen Alkoholabusus mit fortgeschrittener Lebererkrankung (Zirrhose) und Ösophagusvarizen.

Die 28-jährige Schwester sei an Multipler Sklerose erkrankt und müsse regelmäßig Medikamente einnehmen.

## Verdachts- und Differentialdiagnose

Die anamnestischen Angaben – einschließlich Schmerzcharakter, Lokalisation und Ausstrahlung – sprechen am ehesten für einen zervikalen Bandscheibenvorfall.

Die Schmerzen strahlen in den lateralen Arm sowie die mediale Schulterregion aus, was dem C7-Dermatom entspricht. Zusätzlich bestehen sensible Störungen in Form von Hypästhesien und Parästhesien im Bereich des dorsolateralen Unterarms sowie an Zeige- und Mittelfinger (Digiti II und III).

Da die Beschwerden linksseitig auftreten, ergibt sich der Verdacht auf einen Diskusprolaps C6/C7 mit Kompression der Nervenwurzel C7.

Bei muskulären Verspannungen sind keine Schmerzausstrahlungen sowie weder sensible noch motorische Störungen zu erwarten.

Die zervikale Spinalkanalstenose manifestiert sich typischerweise durch chronische Nackenschmerzen, häufig beidseitige radikuläre Symptome, eine spastische Paraparese sowie den Verlust des Lage- und Vibrationsempfindens.

Bei entzündlichen Erkrankungen oder malignen Neoplasien ist mit konstitutionellen Symptomen wie Pyrexie, Nachtschweiß und ungewolltem Gewichtsverlust sowie mit einer Beteiligung anderer Organe oder Lokalisationen zu rechnen.

Bei Rotatorenmanschetten-Tendinitis finden sich meist belastungs- und bewegungsabhängige Schulterschmerzen, insbesondere bei Abduktion und Außenrotation, teilweise mit nächtlicher Schmerzverstärkung.

## Diagnostische Abklärung

Die Beschwerden sind zwar typisch und ohne Red Flags, jedoch erscheint aufgrund der Zunahme und Dauer seit zwei Monaten eine MRT-Untersuchung sinnvoll.

## 10 HWS-Diskusprolaps

Nach adäquater Schmerztherapie und entsprechender Aufklärung kann die MRT ambulant durchgeführt werden.

### körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese sollte eine ausführliche körperliche Untersuchung erfolgen. Diese beginnt mit der Erhebung der Vitalparameter, einschließlich Herzfrequenz, Atemfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und Temperatur.

Anschließend erfolgt eine gezielte Untersuchung, beginnend mit der Inspektion. Dabei wird auf Fehlstellungen, Deformitäten wie Skoliose, Lordose oder Kyphose, Hautveränderungen sowie mögliche Muskelatrophien geachtet.

Im Rahmen der Palpation werden Druckdolenz, Muskeltonus sowie Überwärmung oder Kälte der betroffenen Region beurteilt.

Perkussion und Auskultation spielen in diesem Kontext eine untergeordnete Rolle.

Es folgt eine neurologische Untersuchung zur Beurteilung von Sensibilität und Motorik. Dabei werden überprüft:

Bewegungsumfang, aktive und passive Beweglichkeit, Muskelkraft, Fremdreﬂexe, Sensibilität für Berührung, Schmerz, Temperatur und Vibration,

Da der klinische Verdacht auf eine Radikulopathie besteht, sollte besonderes Augenmerk auf die entsprechenden Dermatome und Myotome gelegt werden, um die betroffene Nervenwurzel zu identifizieren.

Lesen Sie dazu die Flashcards Neurologie – Muskeleigenreflexe (<https://t.me/Fachleiter/1385>) (<https://t.me/Fachleiter/1353>)

### Laboruntersuchungen

Bei typischem klinischem Bild ohne Warnzeichen ist eine Labordiagnostik nicht zwingend erforderlich, da eine mechanisch-neurologische Ursache vorliegt.

Bei Red Flags oder unklarem Verlauf ist eine gezielte Labordiagnostik jedoch sinnvoll.

Red Flags bei zervikalen Beschwerden:

## 11 HWS-Diskusprolaps

- Ungeklärter Gewichtsverlust
- Ungeklärtes Fieber
- Immunsuppression
- Systemische bzw. rheumatologische Erkrankungen
- Alter > 70 Jahre
- Neurologische Defizite mit Progredienz (Paresen, Sensibilitätsstörungen, Reflexausfälle)
- Persistenz der Beschwerden > 6 Wochen ohne Besserung

## Bildgebende Verfahren

Im ersten Schritt ist in der Regel keine Bildgebung notwendig, wenn keine Red Flags vorliegen. Bei anhaltenden oder zunehmenden Beschwerden trotz konservativer Behandlung (z. B. nach 4–6 Wochen) sollte eine gezielte Bildgebung durchgeführt werden.

### Röntgen

Ein Röntgen der Lendenwirbelsäule ist in der Regel nur bei Verdacht auf eine Fraktur oder strukturelle knöcherne Veränderung indiziert.

Beim Röntgen der Halswirbelsäule (HWS) werden in der Regel eine anterior-posterior (a.-p.)-Aufnahme sowie eine laterale Aufnahme angefertigt.

### MRT (Magnetresonanztomographie)

Das MRT ist die wichtigste Untersuchung bei Verdacht auf einen Bandscheibenprolaps, da es Weichteilstrukturen wie Bandscheiben und Nervenwurzeln detailliert darstellen kann.

In akuten Notfallsituationen ist es jedoch nicht immer die erste Wahl, da es zeitaufwändig ist und nicht überall sofort zur Verfügung steht.

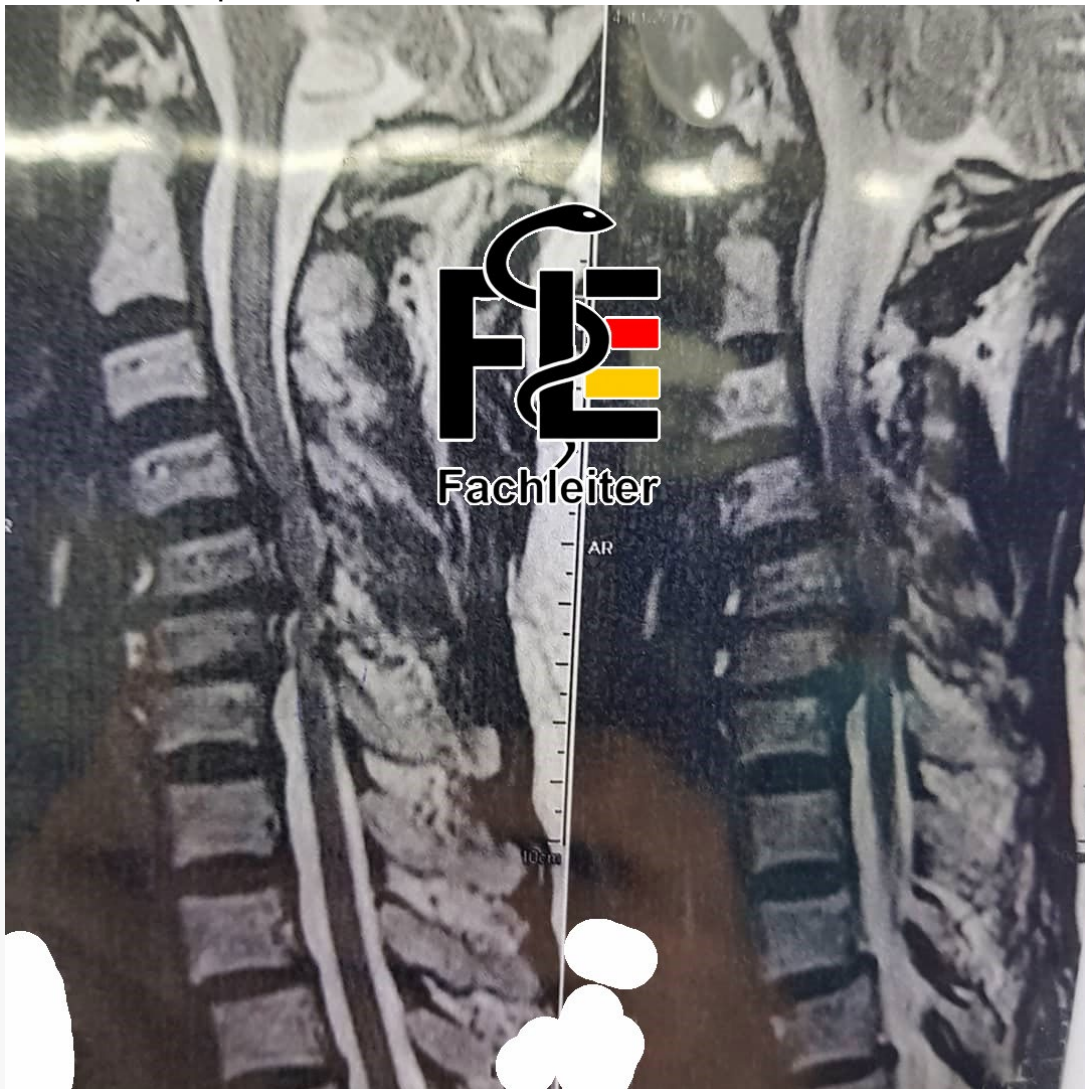
## 12 HWS-Diskusprolaps

Ein MRT ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Magnetfeldern und Radiowellen detaillierte Bilder von Organen, Geweben und Strukturen im Körper erstellt. Der Patient muss zunächst Schmuck und andere metallische Gegenstände entfernen und wird dann in einen röhrenförmigen Scanner geschoben. Zudem muss der Patient vor der Untersuchung über eventuelle Implantate oder einen Herzschrittmacher informieren. Während der Untersuchung, die etwa 20–60 Minuten dauert, muss er still liegen. In einigen Fällen kann Kontrastmittel verabreicht werden, um bestimmte Strukturen besser darzustellen. Bei der Gabe von Kontrastmittel besteht das Risiko allergischer Reaktionen oder einer Kontrastmittel-induzierten Niereninsuffizienz.

Beim MRT können eine Vorwölbung (Protrusion), ein Vorfall (Prolaps), eine Einengung bzw. Kompression der Nervenwurzeln, Ödeme sowie eine Spinalkanalstenose dargestellt werden.



Fachleiter



## Computertomografie

Die Computertomographie (CT) ist bei einem lumbalen Bandscheibenprolaps nicht die Methode der ersten Wahl, kann jedoch in bestimmten Situationen – etwa bei Kontraindikationen für ein MRT oder in Notfallsituationen mit dringlichem Abklärungsbedarf – sinnvoll eingesetzt werden.

Die Computertomographie (CT) ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der inneren Organe erstellt. Dabei wird der Patient in einen röhrenförmigen Scanner geschoben und muss während der Untersuchung still liegen. Manchmal wird ein Kontrastmittel verabreicht, um eine genauere Darstellung zu ermöglichen. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert nur wenige Minuten. Vor der Untersuchung mit Kontrastmittel ist es wichtig, dass Sie ausreichend Flüssigkeit trinken. Zudem sollten wir die Nierenfunktion

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist ohne ausdrückliche Genehmigung nicht gestattet. [youtube.com/@Fach.Leiter-----t.me/Fachleiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter-----t.me/Fachleiter)

## 14 HWS-Diskusprolaps

bestimmen lassen. Bestimmte Medikamente wie Metformin sollten vorher pausiert werden – das klären wir mit Ihnen. In seltenen Fällen kann es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel kommen, aber keine Sorge: Wir sind darauf vorbereitet und haben alle notwendigen Medikamente und Maßnahmen vor Ort.

## Konsile

Orthopäde/ Neurochirurgie

## Behandlung

1. Konservative Therapieoptionen bei Zervikalgie umfassen in der Regel eine medikamentöse Schmerzbehandlung. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) sowie orale Muskelrelaxanzien werden insbesondere bei nicht-neuropathischen Schmerzen empfohlen.
2. Injektionen mit Lokalanästhetika, Kortikosteroiden oder Botulinumtoxin zeigen bei akuten oder chronischen Nackenschmerzen jedoch nur einen geringen oder keinen nachhaltigen Nutzen.
3. Eine operative Vorstellung ist indiziert bei progredienten neurologischen Defiziten.

### Konservatives Management (ohne Red Flags):

Aktiv bleiben (Bewegung wird empfohlen)

Medikamente:

NSAR (z. B. Ibuprofen, Naproxen)

Paracetamol

Muskelrelaxanzien: Diazepam (Valium), Methocarbamol oder Tizanidine

Opioide (bei Bedarf, kurzfristig)

Follow-up nach 1–2 Wochen

### Chirurgie

Zwei chirurgische Verfahren sind die offene Diskektomie und die Mikrodiskektomie.

## Komplikationen

### Neurologische Komplikationen:

- Radikulopathie mit persistierenden Sensibilitätsstörungen (Hypästhesien, Parästhesien)
- Motorische Defizite bis hin zu Paresen
- Reflexausfälle (z. B. Bizeps-, Trizepssehnenreflex)
- Myelopathie bei Rückenmarkskompression: spastische Paraparese/Tetraparese, Ataxie, Koordinationsstörungen

### Vegetative Komplikationen:

- Blasen- und Mastdarmstörungen (Miktions- und Defäkationsstörungen)

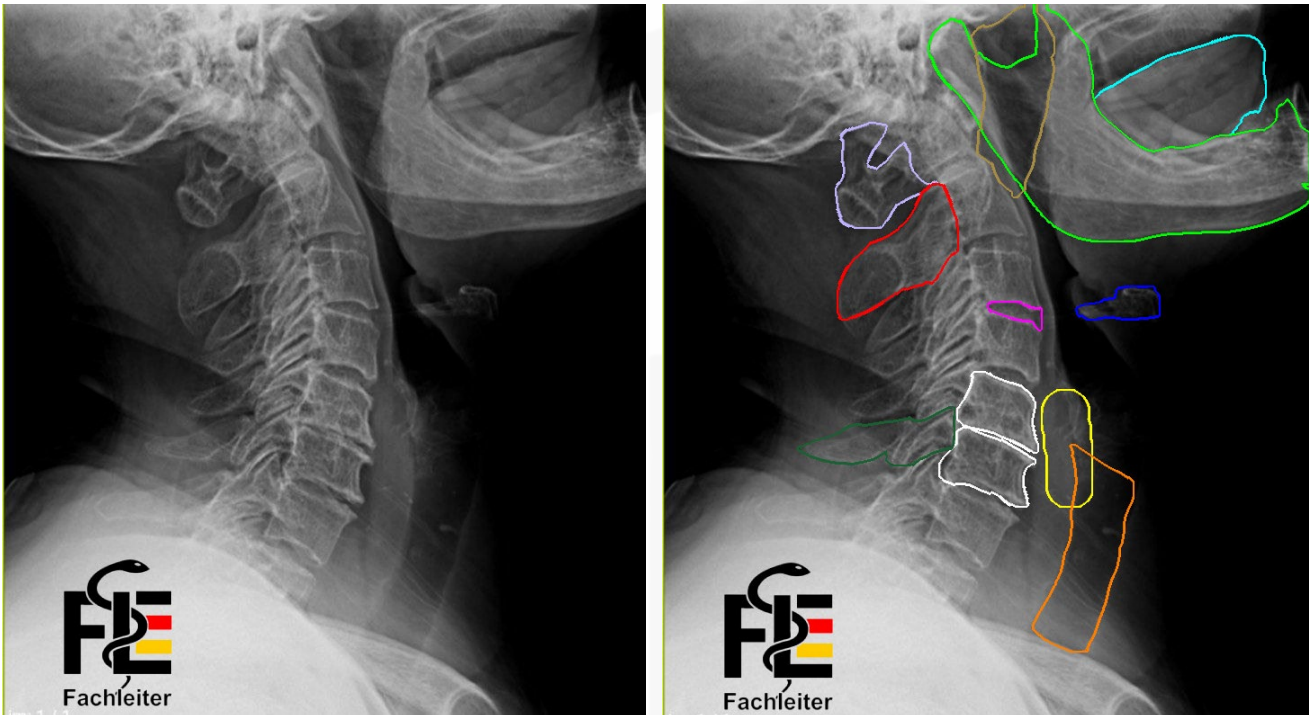
### Chronische Komplikationen:

- Chronische Schmerzen (Zervikalgie, radikuläre Schmerzen)
- Funktionseinschränkungen, reduzierte Beweglichkeit
- Muskelatrophie durch länger bestehende Paresen

### Selten, aber schwerwiegend:

Querschnittssyndrom bei ausgeprägter Myelonkompression

Fachleiter



Eine Vergrößerung ist möglich.

**Cyan / Türkis:** Lingua / Tongue/ Zunge

**Grün (Neon-Grün):** Mandibula / Unterkiefer

**Bronze / Gold-Braun:** Nasopharynx / Nasen-Rachen-Raum (ein Teil)

**Hellviolett:** Tuberculum posterius C1 / hinterer Fortsatz von C1

**Rot:** Processus spinosus C2 / Dornfortsatz von C2

**Magenta (Fuchsia):** Discus intervertebralis C3–4 / Bandscheibe C3–4

**Blau:** Os hyoideum / Zungenbein

**Weiß:** Corpus vertebrae C5 / Wirbelkörper C5

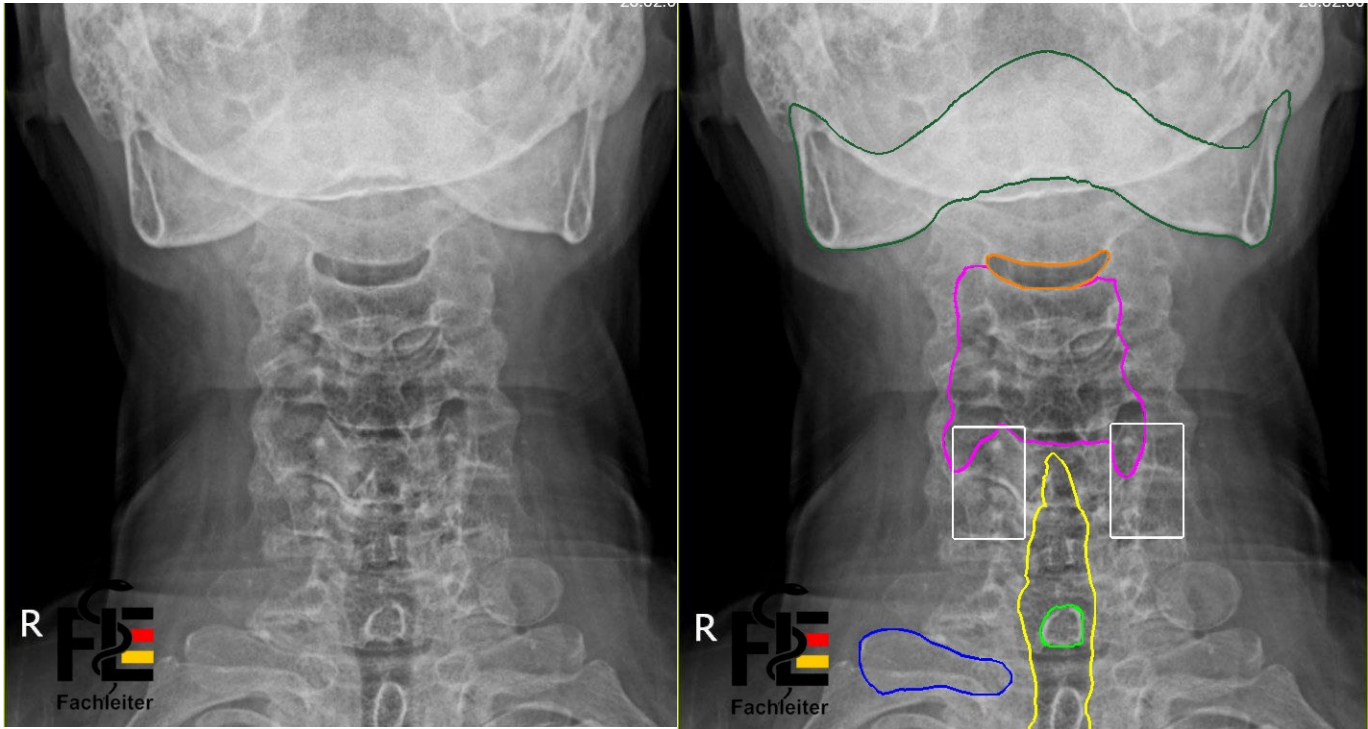
**Weiß:** Corpus vertebrae C6 / Wirbelkörper C6

**Dunkelgrün:** Processus spinosus + Querfortsatz

**Gelb:** Cartilago thyroidea / Schildknorpel

**Orange:** Trachea / Luftröhre

Fachleiter



Eine Vergrößerung ist möglich.

**Dunkelgrün:** Mandibula / Unterkiefer

**Weiß:** Schildknorpel (Cartilago thyroidea)

**Magenta (Fuchsia):** Kehlkopf und Piriformsinus (Larynx und Sinus piriformes)

**Grün (Neon-Grün):** Dornfortsatz von C7 (Processus spinosus C7)

**Blau:** Rechter Querfortsatz von T1 (Processus transversus rechts T1)

**Gelb:** Trachea / Luftröhre

Fachleiter

18 HWS-Diskusprolaps

## Extra

Namen:

Carmen Geiss, Karl Hüpner, Simon Mayer, Claudia Bücherl, Anke Kaiser, Rolf Beckenger, Günter Pistel

Berufe:

Sie arbeitet in einem Nagelstudio

Gerüstbauer

Handballtrainer, Altenpflegerinnen, Lehrer, Schwimmmeisterinnen

Einzelheiten:

Der Hausarzt ist im Urlaub, deswegen ist sie zu uns gekommen.  
mit Ausstrahlung in beide Schultern!!!

Auslöser: eine große Kiste von dem Boden nach oben zu heben/ Hochheben einer Patientin bei der Arbeit

Einschlafstörungen im Zusammenhang mit der beruflichen Belastung sowie der Erkrankung seiner

Früher haben mir Yoga, Sport und Wärme geholfen, jetzt bringen sie keine Erleichterung mehr.

Vorerkrankungen:

Dysmenorrhoe

Eileiterschwangerschaft links/ Linksseitige Extrauterin gravidität, laparoskopisch operiert (Schlüsselloch)

COPD seit ca. 20 Jahren

Z. n. laparoskopischer Appendektomie im 12. Lebensjahr

Z. n. laparoskopischer Cholezystektomie vor 2 Jahren

Zustand nach Mammakarzinom rechts, behandelt mittels Operation, Chemotherapie und Radiotherapie.

Anämie

Meningitis (in Norditalien)

Diabetes mellitus Typ 1 seit der Kindheit

19 HWS-Diskusprolaps

Glaukom

Zustand nach mehreren Operationen infolge einer Gaumenspalte.

Medikamente:

Buscopan

Linola Salbe

Metoprolol

Insulinpumpe

Inhalativum (1 Hub morgens)

Allergien:

Lactoseintoleranz

Pollinose: Rhinokonjunktivitis mit Pruritus

Nickelallergie: Kontaktdermatitis

Frische Erdbeeren: Angioödem

Noxen:

Familialanamnese:

Vater: vor 2 Jahren Myokardinfarkt, Hypertonie und Adipositas

Stiefschwester: zwei Jahre jünger, drogenabhängig, bereits erfolgloser Entzugsversuch.

Vater: Zustand nach Urothelkarzinom.

Mutter: Zustand nach Myokarditis.

Schwester: Rheumatoide Arthritis.

Vater: Coxarthrose

Vater: Colitis ulcerosa

Vater: Zustand nach Exzision eines Basalzellkarzinoms („weißer Hautkrebs“) in der Regio temporalis.

Vater: Verstorben an einem Prostatakarzinom.

Mutter: Arterielle Hypertonie.

Mutter: Zustand nach Apoplex; lebt im Altenheim.

Vater: Verstorben an einem Pankreaskarzinom.

Mutter (46 J., seit 8 Monaten Mammakarzinom, operativ versorgt, bereits

20 HWS-Diskusprolaps

Chemotherapie erhalten, mit Alopezie als Nebenwirkung; aktuell Tragen einer Perücke).

## Fragen

1. Was ist mit mir? Ist das gefährlich?

Im Moment kann ich das noch nicht genau sagen. Wir müssen weitere Untersuchungen machen. Ihre Beschwerden deuten auf eine Verletzung oder einen Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbelsäule hin. In den meisten Fällen braucht man dafür aber keine Operation. Oft reicht es, wenn man die Schmerzen mit Medikamenten behandelt, Physiotherapie macht und den Nacken schont. Ganz wichtig ist auch, Überlastungen zu vermeiden, damit sich die Beschwerden bessern können.

2. Was machen Sie, wenn die Patientin Angst vor dem MRT hat?

Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen wegen der MRT-Untersuchung machen. Viele Menschen empfinden die enge Röhre oder die Geräusche als unangenehm. Wir können gemeinsam besprechen, wie wir es für Sie erträglicher machen können. Es besteht zudem zum Beispiel die Möglichkeit, ein leichtes Beruhigungsmittel vor der Untersuchung zu bekommen.

3. Wie kann sich HWS-Fraktur außer Trauma bilden?

- Osteoporose (häufigste Ursache): Typisch bei älteren Frauen nach der Menopause.
- Pathologische Frakturen durch Tumoren oder Metastasen
- Infektiöse Ursachen: Tuberkulose der Wirbelsäule
- Stoffwechselerkrankungen: Hyperparathyreoidismus

4. Was versteht man unter einer epiduralen Steroidinjektion und wie wird sie durchgeführt?

Eine epidurale Steroidinjektion ist eine schmerzlindernde Injektion von Kortikosteroiden und Lokalanästhetikum in den Epiduralraum der Wirbelsäule – meist zur Behandlung von radikulären Rückenschmerzen (z. B. bei Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose).

## 21 HWS-Diskusprolaps

Die epidurale Steroidinjektion wird unter sterilen Bedingungen und meist bildgestützt (z. B. per CT oder Fluoroskopie) in den Epiduralraum der Wirbelsäule verabreicht, um entzündungshemmende Medikamente (Kortikosteroide) gezielt an die Nervenwurzel zu bringen. Vor der Durchführung sind eine gründliche Aufklärung, das Prüfen der Gerinnung und der Ausschluss von Infektionen notwendig. Zu den möglichen Komplikationen zählen Infektionen, Blutungen, Kopfschmerzen, Nervenirritationen und in seltenen Fällen allergische Reaktionen.

### 5. Was braucht man bei der neurologischen Untersuchung?

- eine Stimmgabel (für Vibrationsempfinden)
- ein Reflexhammer (zur Prüfung der Muskeleigenreflexe)
- eine Taschenlampe (für Pupillenreaktion)
- ein Wattestäbchen oder Pinsel (für Berührungsempfinden)
- ein Ophthalmoskop

### 6. Frage: Muss ich operiert werden?

Aktuell besteht keine zwingende Operationsindikation. In den meisten Fällen kann ein solcher Bandscheibenvorfall zunächst konservativ behandelt werden, zum Beispiel mit Schmerzmedikamenten, Schonung und Physiotherapie. Eine Operation wäre nur notwendig, wenn es zu zunehmenden Lähmungen, starken neurologischen Ausfällen oder anhaltenden Beschwerden trotz Therapie kommt.

### 7. Wie lange muss ich nicht arbeiten, und was soll ich in dieser Zeit machen oder vermeiden?

Die Arbeitsunfähigkeit hängt vom Verlauf ab und beträgt in der Regel mehrere Wochen. In dieser Zeit sollten Sie körperliche Schonung einhalten, insbesondere schweres Heben, Tragen und ruckartige Bewegungen der Halswirbelsäule vermeiden. Leichte Bewegung und physiotherapeutische Übungen sind hingegen sinnvoll, um die Muskulatur zu stabilisieren und die Heilung zu unterstützen.

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)

[t.me/Fachleiter](https://www.t.me/Fachleiter)

[t.me/Fachleiterinfo](https://www.t.me/Fachleiterinfo)

[fachleiterinfo@gmail.com](mailto:fachleiterinfo@gmail.com)

[instagram.com/fachleiterinfo](https://www.instagram.com/fachleiterinfo)

[tiktok.com/@fachleiter](https://www.tiktok.com/@fachleiter)