

Clinical Pathway – Zervikale Radikulopathie

<p>Basisprogramm</p> <p>1. Anamneseerhebung 2. Untersuchung: ○ Inspektion: Fehlhaltung, Zoster-Effloreszenzen ○ Klopfschmerz ○ Bewegungseinschränkung ○ durch Kopfbewegungen provozierbare radikuläre Reizsymptome/Schmerzen ○ Lhermitte-Zeichen ○ Reflexabschwächungen ○ Paresen der Kennmuskeln ○ Oberflächensensibilität</p>	<p>○ poly-radikuläres Defizit</p>	<p>▶ EMG aus der paravertebralen Muskulatur ▶ sensible Neurographie</p>	<p>○ Hinweise auf Radikulopathie: ○ unauffällige sensible Neurographie bei klinisch vorhandenen Sensibilitätsstörungen oder ○ Denervierungszeichen paravertebral</p>	<p>○ Hinweise auf Radikulitis (Borreliose, Zoster)</p>	<p>▶ Serologie: Borreliose, Herpes zoster ▶ Liquordiagnostik</p>		
			<p>○ Hinweise auf Plexusläsion: ○ Horner-Syndrom ○ pathologische sensible Neurographie ○ keine Denervierungszeichen paravertebral</p>	<p>○ maligne Erkrankung bekannt → Verdacht auf Meningeosis neoplastica</p>	<p>▶ Liquorzytologie</p>		
			<p>○ Hinweise auf neuralgische Schulteramyotrophie: ○ vorübergehende Schmerzen, dann Paresen ○ Verteilungsmuster entsprechend einer Plexusläsion ○ keine oder wenig Sensibilitätsstörungen</p>	<p>Weiter siehe entsprechende Leitlinie</p>			
			<p>○ Hinweise auf periphere Nervenkompression</p>		<p>▶ neurographische Abklärung</p>		
	<p>○ Hinweise auf knöcherne oder bandscheibenbedingte zervikale Radikulopathie: ○ monoradikuläres Defizit ○ Schmerzausstrahlung zur HWS ○ durch Kopfbewegungen Schmerzlinderung oder provozierbare radikuläre Reizsymptome/Schmerzen</p>	<p>▶ konservative Therapie: ▶ Ruhigstellung mittels Halskrause oder ▶ frühzeitige Mobilisation ▶ NSAR, eventuell Opiode ▶ Myotonolytika bei Muskelverspannungen trotz Analgetika</p>	<p>○ therapiereisistente Schmerzen nach 4 Wochen intensiver konservativer Therapie oder ○ progrediente motorische Ausfälle schlechter als 3/5-Parese</p>	<p>▶ MRT in sagittaler und transversaler Schichtung</p>	<p>○ mediolateraler Bandscheibenvorfall oder mediolaterale knöcherne Kompression</p>	<p>▶ offene Disketomie in mikrochirurgischer Technik mit Fusion (interkorporeller Spondylodese) über anterioren Zugang</p>	
				<p>Im Einzelfall: ▶ HWS Röntgen in 2 Ebenen ▶ CT (Dünnschicht) mit Knochenfenster ▶ zervikale Myelographie und CT-Myelographie</p>			<p>○ lateraler oder intraforaminaler Bandscheibenvorfall</p>
				<p>▶ konservative Therapie mit multimodalem Ansatz unter Einbeziehung von psychotherapeutischen Verfahren, Medikation mit Antidepressiva, Physiotherapie und analgetische Therapie ▶ ggf. Radiofrequenztherapie der Facettengelenke</p>			<p>▶ Foraminotomie über dorsalen Zugang (Alternative)</p>
<p>○ Hinweise auf pseudoradikuläres Schmerzsyndrom: ○ keine Defizite ○ unauffällige Elektrophysiologie</p>							