

Eindrucksvolles, aber wenig bekanntes Krankheitsbild

Neuralgische Schulteramyotrophie (Parsonage-Turner-Syndrom)

Eine bisher weitgehend gesunde, fitte 78-jährige Frau erhielt am 20. Juli 2022 die erste Injektion einer Dosis Shingrix (Totimpfstoff gegen Gürtelrose) in den linken M. deltoideus.

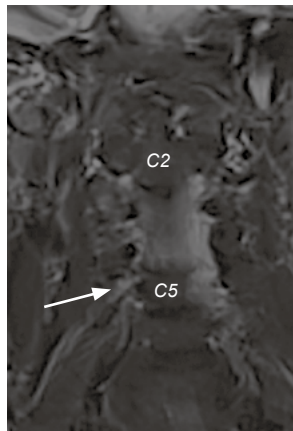
Zwei Tage später verspürte sie morgens ganz leichte Nackenschmerzen. Wenige Stunden später traten bei ihr dann beim Einkaufen binnen kürzester Zeit heftigste, kaum erträgliche reißende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter auf, die, da sie anhielten, den Anlass zum Aufsuchen einer Klinik gaben.

Hier ergab eine zwei Stunden nach Schmerzbeginn eingeleitete, eingehende internistische Untersuchung einen unauffälligen Befund (Cor, Pulmo auskultatorisch und perkutorisch o. p. B. Elektrokardiogramm, Troponin H, D-Dimere unauffällig). Orthopädischer Befund ebenfalls unauffällig, insbesondere Halswirbelsäule, Schultergelenk völlig frei beweglich. Die anhaltenden, sehr quälenden Schmerzen waren mit hohen Dosen von Metamizol plus Tilidin/Naloxon nur unbefriedigend zu beeinflussen.

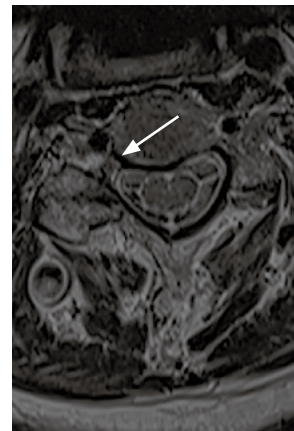
Am dritten Tag nach Schmerzbeginn trat dann bei der Patientin eine deutliche Schwäche im Bereich der rechten Schulter (besonders M. deltoideus; Abduktion und Elevation Kraftgrad 2–3) auf. Unter der daraufhin gestellten Verdachtsdiagnose „Neuralgische Schulteramyotrophie“ (akute Entzündung des Plexus brachialis mit Lähmungen) wurde eine Behandlung mit Pregabalin eingeleitet, die am vierten Tag die Schmerzen zunächst deutlich linderte. Die Diagnose wurde nun auch fachneurologisch bestätigt.

Am darauffolgenden Tag setzten die Schmerzen jedoch erneut ein und es wurde, nachdem sie sich in der folgenden Nacht ins Unerträgliche gesteigert hatten (Stufe 10 auf der numerischen Analogskala), eine Cortisonstoßtherapie begonnen (60 mg Prednisolon täglich über eine Woche, danach Reduktion in 10 mg Schritten bis 0 über eine weitere Woche).

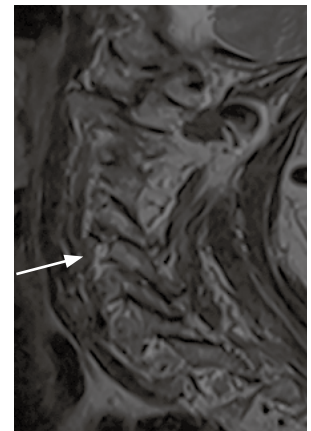
Der Therapieerfolg war durchschlagend und äußerst eindrucksvoll. Die Schmerzen der Patientin waren am Abend bereits ganz erheblich gebessert; am nächsten Tag bestand weitgehend Schmerzfreiheit, die bis ein halbes Jahr später weiter anhält.



Coronare T2-STIR-Sequenz: Signalanhebung und Auftreibung der rechten Wurzel C5 (Pfeil)



Transversale T2-TSE-Sequenz: Signalanhebung und Auftreibung der rechten Wurzel C5 (Pfeil)



Sagittale T2-TSE-Sequenz: Signalanhebung und Auftreibung der rechten Wurzel C5 (Pfeil)

Die motorische Schwäche im Schulterbereich, deretwegen Essen mit der rechten Hand kaum möglich war, besserte sich langsam, aber stetig. Inzwischen kann der rechte Arm bereits wieder bis zu 90° abduziert werden, Eingießen von Kaffee ist wieder möglich.

Wissenswertes zur Neuralgischen Schulteramyotrophie

Die neuralgische Schulteramyotrophie ist eine nicht ganz seltene (Inzidenzangaben sehr unterschiedlich, zwischen 1:1.000 bis 1:50.000), akut einsetzende periphere Neuropathie des Plexus brachialis, die mit plötzlich auftretenden heftigen, teilweise extremen Schulterschmerzen und mit bald darauf folgenden Lähmungen der Schulter- und Armmuskulatur (M. deltoideus, M. supraspinatus, M. infraspinatus, M. serratus anterior, M. trapezius) einhergeht. Die genaue Ursache der Erkrankung ist nicht bekannt. Eine multifaktorielle Ursache ist wahrscheinlich. Angenommen wird eine entzündliche Schädigung des Plexus brachialis oder von Anteilen desselben im Sinne einer seronegativen Neuritis durch zirkulierende Immunkomplexe (im vorliegenden Fall fanden sich im MRT als Hinweis auf einen entzündlichen Prozess eine Signalanhebung und leichte Verdickung der Wurzel C5 rechts). Gehäuft traten neuralgische Amyotrophien nach Impfungen, zum Beispiel gegen Tetanus, Diphtherie,

Typhus, COVID-19, nach Virusinfekten (zum Beispiel Coxsackie-Viren, Zytomegalie-Viren, Coronaviren, auch SARS-CoV-2), starker muskulärer Belastung und nach Operationen auf. Auch gibt es eine viel seltene hereditäre Form.

Im vorliegenden Fall hat sich die vielfach empfohlene, wenn auch nicht durch Evidenz gesicherte, Cortisontherapie als äußerst wirksam im Hinblick auf die sehr heftigen Schmerzen, mit denen die Erkrankung einhergeht, erwiesen.

Die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Wiederherstellung, für die eine gezielte Physiotherapie entscheidende Bedeutung hat, hängt vom Heilungsprozess der ersten Monate ab. Sollte sich hier keine Besserung einstellen, bleiben Schmerzen und funktionelle Defizite in der Zukunft wahrscheinlich. In zwei Drittel der Fälle heilt die Krankheit jedoch innerhalb von zwei Jahren vollständig aus.

Autoren

Dr. Hans Theo Poschenrieder
Facharzt für Innere Medizin,
In den Etzmatten 13, 79219 Staufen

Dr. Florian Poschenrieder
Facharzt für Radiologie, Regensburg