



Akuter Schiefhals oder Grisel-Syndrom

In der manuellen Medizin werden Kontraindikationen für manualmedizinische Eingriffe im weitesten Sinne, d. h. sowohl für die HVLA-Manipulationen („high velocity low amplitude technique“) als auch für Mobilisationen, aber in bestimmten Fällen auch für Untersuchungshandgriffe genannt [1, 13]. Eine solche Kontraindikation stellt an der Halswirbelsäule (HWS) das Grisel-Syndrom dar. Seine Kenntnis ist deshalb für den Manualmediziner von Bedeutung. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass das Syndrom nicht sehr bekannt ist. Deshalb wurde in einer retrospektiven Analyse das Patientengut einer allgemeinmedizinischen Praxis daraufhin untersucht.

Das Grisel-Syndrom

Die Bezeichnung geht auf den französischen Chirurgen Pierre Grisel (1869–1959) zurück, der das Syndrom 1951 als eine Subluxation im Atlantoaxialgelenk aufgrund einer schmerzbedingten Schonhaltung basierend auf einer Entzündung im Hals-Nasen-Rachen-Bereich beschrieb [2]. Diese Entzündung überträgt sich auf die den Atlas haltenden Bänder (Lig. cruciforme atlantis), die dadurch insuffizient werden und die Verschiebung des Atlas zu einer Seite nicht mehr verhindern können [9]. Synonym werden die Begriffe Watson-Jones-Krankheit und Torticollis atlantoepistrophealis verwendet [3].

Symptome sind starke Nackenschmerzen, Schiefhaltung des Kopfes, Verschiebung des Atlas zur Seite mit Subluxation. Sie treten als seltene Komplikation kleiner Hals-Nasen-Ohren(HNO)-ärzt-

licher Eingriffe und banaler Infektionen im HNO-Bereich auf [4].

Ursachen

Als Ursache werden genannt:

- Infektionen nach HNO-ärztlichen Eingriffen (Tonsillektomie, Adenotomie; [2, 5, 11, 12])
- Angeborene Subluxation atlantoaxial [6]
- Weichteilentzündungen im Nasen-Rachen-Raum, Kawasaki-Syndrom [7], Mycobacterium tuberculosis [8]
- Temporomandibuläre reaktive Arthritis bei Infektion der oberen Atemwege [10]

Klinik

Starke Nackenschmerzen und Schiefhaltung des Kopfs bedingen das klinische Bild des akuten Schiefhalses.

Diagnostik

- Nachweis einer Subluxation des Atlas in der Magnetresonanztomographie
- Gehaltene Kopfanteflexion als Stress für das Atlasquerband (Schmerzanzeige)

Differenzialdiagnostik

- Kongenitaler muskulärer Schiefhals
- Klippel-Feil-Syndrom
- Torticollis bei einseitiger Schwerhörigkeit oder Störung des Vestibularorgans
- Muskulärer Schiefhals als Ausdruck einer analgetischen Schonhaltung bei schmerzhaften Zuständen der Muskulatur, z. B. Triggerpunkt im

M. levator scapulae, oder der HWS, strukturell oder funktionsbedingt

Therapie

Die Therapie des Grisel-Syndroms umfasst:

- Abwartende, konservative Behandlung, antientzündliche Medikamente, Ruhigstellung
- In bestimmten Fällen operative Reposition mit nachfolgender Ruhigstellung

Retrospektive Patientenanalyse

Retrospektiv analysiert wurden Daten von Patienten, die sich im Zeitraum 01.01.1996 bis 30.09.2011 in einer allgemeinmedizinischen Praxis mit Spezialisierung des Praxisinhabers auf manuelle Medizin einer Behandlung unterzogen hatten. Die Diagnose „Grisel-Syndrom“ kam in diesem Zeitraum nicht vor. Deshalb wurde nach der Diagnose „akuter Schiefhals“ gefahndet. Diese Suche war in 144 Fällen erfolgreich (■ **Abb. 1 und 2**).

Die Diagnose „akuter Schiefhals“ wurde gestellt, wenn Patienten mit einer

Tab. 1 Anzahl der erhobenen Befunde: Blockierungen in Segment/Region

Region	Anzahl
C0–1	18
C1–2	12
C2–3	26
ZTÜ	18
1. Rippe	15
SIG	2
Untere HWS	3
ZTÜ zervikothorakaler Übergang, SIG Sakroiliakgelenk	

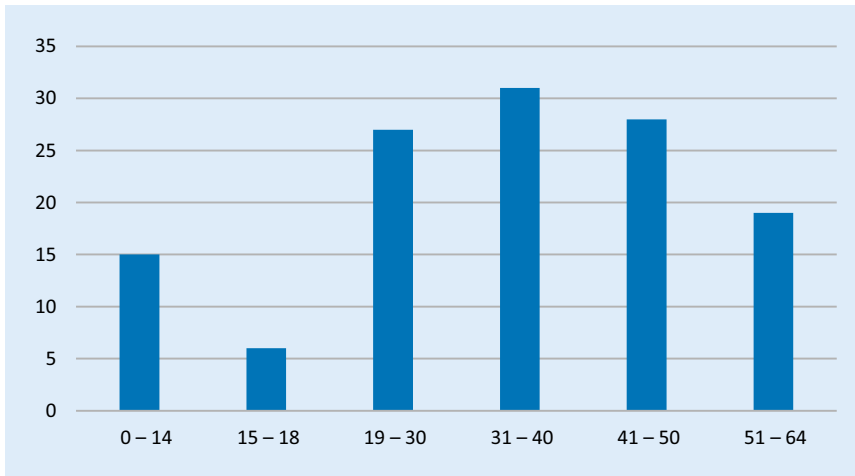


Abb. 1 ▲ Anzahl der Patienten mit Diagnose Schiefhals in Altersgruppen (gesamt n=144)

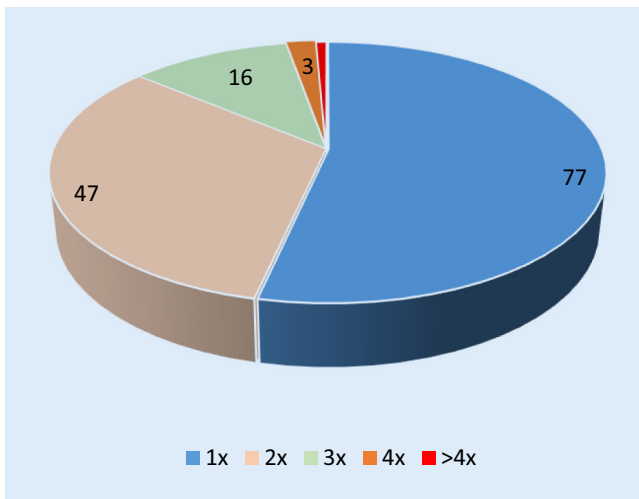


Abb. 2 ◀ Häufigkeit der Behandlung (>4-mal ein Fall mit HWS-Prolaps)

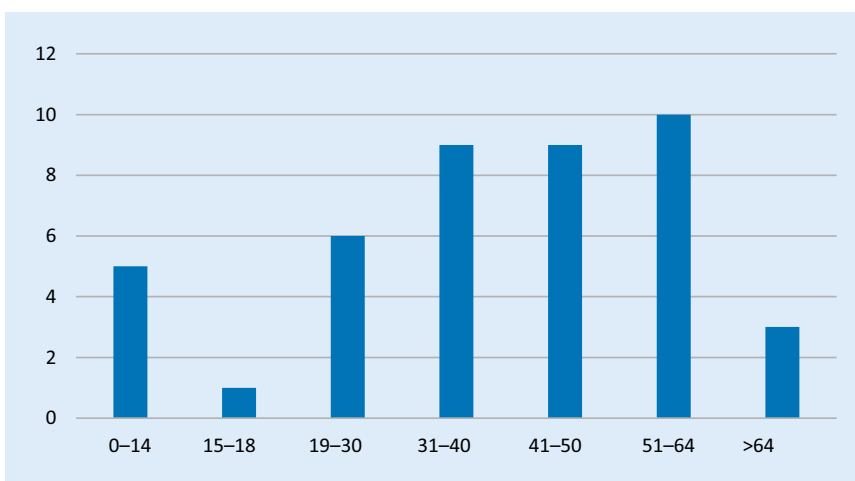


Abb. 3 ▲ Anzahl der ausgewerteten Patientenakten mit Diagnose Schiefhals in Altersgruppen (gesamt n=43)

schmerzhaften Schiefhaltung der HWS, die sich auch in einer verminderten Beweglichkeit der HWS äußerte, zur Behandlung kamen. Bei keinem dieser Patienten wurde eine atlantoaxiale Subluxation nachgewiesen. Ebenso waren neurologische Defizite ausgeschlossen. Bis zu 6 Wochen vorher hatten 5 Kinder und 5 Erwachsene einen Racheninfekt, 2 Erwachsene eine Angina.

Bei der Durchsicht des Patientenguts zum Zweck einer näheren Analyse musste festgestellt werden, dass ein großer Teil der Patientenakten nicht mehr zur Einsicht zur Verfügung stand. Der Verlauf war in Schriftform auf Karteikarten festgehalten worden, die vom Praxisnachfolger nach Ablauf von 10 Jahren nicht weiter aufbewahrt wurden. Die Dokumentation im Computer beschränkte sich größtenteils auf Angaben der Diagnose, Abrechnungsziffer, Verordnungen und Überweisungen.

Ergebnisse

Insgesamt verblieben die Akten von 43 Patienten (19 männlichen 24 weiblichen) zur Auswertung (Abb. 3, 4 und 5).

Bei der Erstvorstellung war in 31 Fällen eine gezielte Untersuchung möglich, in 12 Fällen wegen der Heftigkeit der Schiefhaltung und des Schmerzes nicht.

Bei einem 36-jährigen Patienten wurde ein halbes Jahr später ein Bandscheibenprolaps der HWS festgestellt, bei einer 40-jährigen Patientin 15 Monate später, sodass bei diesen Patienten der akute Schiefhals schon als Vorbote des sich entwickelnden Vorfalls zu werten ist.

Nachfolgend wird auf die erhobenen Befunde und die angewendete Therapie eingegangen.

Blockierungen

Die Verteilung der erhobenen Blockierungen auf die Segmente bzw. Regionen ist in Tab. 1 dargestellt.

Muskelverspannungen und Triggerpunkte

- M. levator scapulae: 17
- Andere Muskeln in der Region: 5

Angewendete Therapie

- Mobilisation oder postisometrische Relaxation (PIR): 30-mal
- (HVLA-)Manipulation: 8-mal
- Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR): 11-mal
- Therapeutische Lokalanästhesie oder Nadelung: 14-mal
- Muskelrelaxation bzw. Triggerpunkt-löschung mittels PIR: 20-mal
- Traktion: 6-mal
- Halswickel: 7-mal

Diskussion

Entgegen landläufiger Meinung, dass beim akuten Schiefhals zunächst keine gezielte Behandlung möglich ist, hat die Auswertung ergeben, dass dies nur in 12 von 43 Fällen zutraf. In den anderen 31 Fällen konnte zumindest ein Befund erhoben werden, wenngleich dieser nicht immer sofort einer Behandlung zugänglich war. In den Fällen, in denen nur eine Behandlung erfolgte, war mit der Befunderhebung auch eine gezielte Behandlung möglich. Bei den anderen Patienten konnte bei der Erstkonsultation oft nur eine Muskelrelaxation, eine Traktion, eine Ruhigstellung mit dem Halswickel oder eine andere Maßnahme zur Schmerzlinderung vorgenommen werden. Oft bot sich auch eine gezielte Behandlung fern des schmerzhaften Geschehens an, z. B. durch Mobilisation einer ersten Rippe und des zervikothorakalen Übergangs (ZTÜ). Nach Rückgang der Nozizeption nach i.d.R. 2 bis 3 Tagen gelang dann die Untersuchung und Behandlung in der oberen HWS.

Die Aussage von Lewit [13], dass der Schiefhals eine typische klinische Störung von Kindern ist, kann nach Meinung der Autoren nicht bestätigt werden. Das Vorkommen in der Gesamtgruppe der 144 Patienten verteilt sich etwa gleichmäßig.

Der Zusammenhang mit einem Infekt der oberen Luftwege bzw. einer Angina ist bei den Kindern mit 5 Fällen von 15 noch am stärksten ausgeprägt. Insgesamt war diese Korrelation nur in 12 der 144 Fälle zu finden. Bei 2 Patienten bestand ein Zusammenhang mit einem Sturz – einmal auf den Steiß 4 Wochen vorher, das

andere Mal auf den Arm einige Tage zuvor. Es ist anzunehmen, dass es dabei zu einer Erschütterung der HWS mit Bildung von Blockierungen gekommen ist, die dann ihrerseits den Schiefhals ausgelöst haben. Diese Tatsache haben die Autoren gehäuft bei Zustand nach distaler Radiusfraktur mit nachfolgendem Zervikokranialsyndrom beobachtet.

Gezielte Untersuchungen fanden aufgrund der genannten Beschwerden vorwiegend in der Halsregion statt, was zum größten Teil dem Zeitmanagement der Praxis geschuldet ist. Erst bei ungenügender Besserung nach der Therapie wurde in entfernten Regionen gesucht.

Das Segment C2–3 wurde am häufigsten als gestört gefunden, jedoch waren der Kopfgelenkbereich und der ZTÜ mit den ersten Rippen auch recht häufig am Beschwerdebild beteiligt. Andere Blockierungen in der HWS und am Sakroiliakgelenk traten vereinzelt auf.

Lewit [13] bezeichnet das Segment C2–3 als das Segment des akuten Schiefhalses, weshalb bei der Untersuchung auf dieses Segment ein besonderes Augenmerk zu legen ist.

Unter den verspannten Muskeln sticht der *M. levator scapulae* hervor. Dies stimmt mit den Angaben von Travell u. Simons in ihrem *Handbuch der Muskel-Triggerpunkte* [14] überein, wo der Levator als Schiefhalsmuskel bezeichnet wird. Vereinzelt fanden sich Befunde in der Pars descendens des *M. trapezius*, im *M. sternocleidomastoideus* und in den *Mm. scaleni*.

Die Praxis hat gezeigt, dass es bei zervikalen Syndromen gehäuft zu einer Kombination aus Blockierung von C2–3 und Verspannung bzw. Triggerpunkt im *M. levator scapulae* kommt. Ohne Behandlung des Muskels häufen sich die Rezidive im Segment C2–3, im vorliegenden Datenmaterial war dies 12-mal der Fall.

Die Reihenfolge bei der Behandlung ist grundsätzlich: Wirbelsäulensegment vor Muskel. Nur im Falle eines aktiven Triggerpunkts, der eine segmentale Untersuchung unmöglich macht, ist dieser zuerst zu löschen.

Manuelle Medizin 2016 · 54:251–254
DOI 10.1007/s00337-016-0148-1
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

B. Schulze · L. Beyer

Akuter Schiefhals oder Grisel-Syndrom

Zusammenfassung

Das Grisel-Syndrom oder der akute Schiefhals stellt eine Kontraindikation für manualmedizinische Eingriffe dar. Daher ist seine Kenntnis für den Manualmediziner von Bedeutung. Allerdings hat sich gezeigt, dass das Syndrom nicht sehr bekannt ist. Im vorliegenden Beitrag wird es anhand einer retrospektiven Analyse beschrieben.

Schlüsselwörter

Manipulation · Muskuloskeletales System · Atlas · Tortikollis · Triggerpunkte

Acute torticollis or Grisel syndrome

Abstract

Grisel syndrome or acute torticollis represents a contraindication for manual medicine interventions; therefore, knowledge on this is extremely important for practitioners of manual medicine; however, it has been shown that the syndrome is not very well known. This article describes this syndrome based on a retrospective analysis.

Keywords

Manipulation therapy · Musculoskeletal system · Cervical atlas · Torticollis · Trigger points

Schlussfolgerungen

Der akute Schiefhals muss sorgfältig diagnostiziert werden, um eine strukturelle Ursache nicht zu übersehen. Die gehaltene Kopfanteflexion kann schon in der klinischen Untersuchung eine Lockerung des Lig. transversum atlantis wahrscheinlich machen bzw. ausschließen. Bei Verdacht auf einen Prolaps ist die neurologische und ggf. weitere bildgebende Diagnostik notwendig. Weichteiltechniken wie Traktionen (unter Beibehaltung der Schiefhaltung des Kopfes) oder mobilisierende Techniken unter Zuhilfenahme der Atmung sowie Löschung von Triggerpunkten sind bei starker Schmerzab-

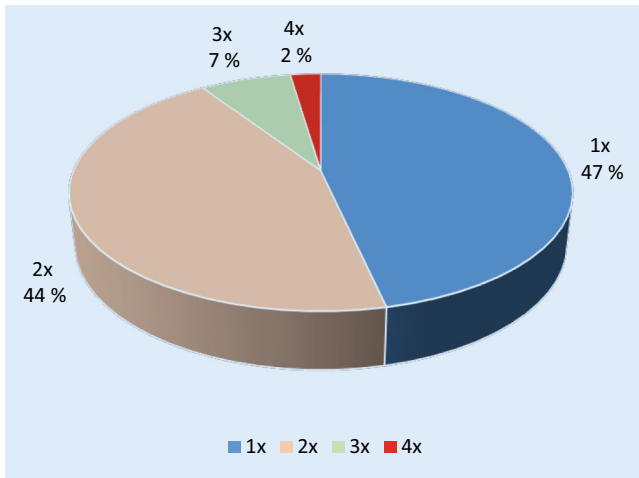


Abb. 4 ◀ Häufigkeit der Behandlung (4-mal ein Fall mit Bandscheibenprolaps nach 6 Monaten)

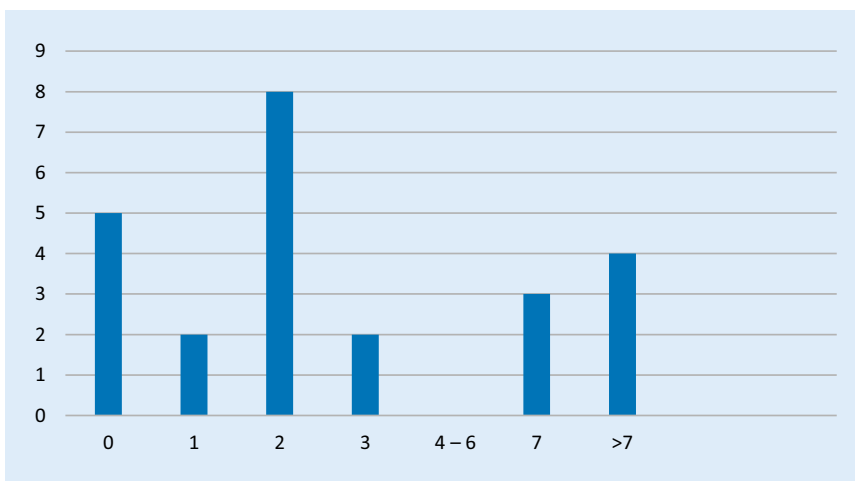


Abb. 5 ▲ Beschwerdedauer (Tage) bis zum Arztbesuch. Zu 19 Patienten keine Angabe

wehr erste Maßnahmen. Des Weiteren ist der Einsatz von Analgetika und NSAR sowie einer Halskrause angezeigt, letztere Maßnahme z. B. als Verband mit einem Handtuch zur Nacht (ganz wichtig). Tagsüber ist aus kosmetischen Gründen ein Tuch bzw. Schal anzuraten. Ist die Nozizeption soweit verringert oder von Anfang an nicht so stark vorhanden, kann gezielt untersucht und mit weichen Techniken behandelt werden. Stoßmanipulationen sind späteren Vorstellungen oder entfernteren Regionen der Wirbelsäule vorbehalten. Auch beim akuten Schiefhals gilt, dass zuerst das Wirbelsäulen-segment und danach die Muskulatur behandelt wird (Ausnahme s. oben). Dass in der Hälfte aller Fälle nur eine Vorstellung notwendig war, zeigt, dass es sich lohnt, auch im Akutfall schon die ge-

zielte Untersuchung und Behandlung zu versuchen.

Korrespondenzadresse

B. Schulze

FA f. Allgemeinmedizin/Chirotherapie
 Ärzteseminar Berlin e.V.
 Peckateler Weg 37, 17237 Hohenzieritz,
 Deutschland
 chirotherapie.schulze@gmx.de

Danksagung. Der Dank des Erstautors gilt der Praxis Dr. Neesen in Putbus, insbesondere Frau Christin Gielow, für die Bereitstellung der Patientenakten.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Schulze und L. Beyer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Die Regeln des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht wurden eingehalten.

Literatur

- Sachse J, Harke G, Linz W (2012) Extremitätengelenke – Manuelle Untersuchung und Mobilisationsbehandlung für Ärzte und Physiotherapeuten. Urban und Fischer, München
- Grisel P (1951) Enucleation de l'atlas et torticollis nasopharyngien. Presse Med 59:1647–1648
- Wikipedia Grisel-Syndrom. <https://de.wikipedia.org/wiki/Grisel-Syndrom>. Zugegriffen: 8. Juli 2016
- Deichmüller C et al (2011) Das Grisel Syndrom eine wichtige Differenzialdiagnose des kindlichen Schiefhalses. Kinder Jugendarzt 42(11):618–623
- Barcelos AC, Patriota GC, Netto AU (2014) Nontraumatic atlantoaxial rotatory subluxation: Grisel syndrome. Case report and literature review. Global Spine J 04(03):179–186
- Herzka A, Sponseller PD, Pyeritz RE (2000) Atlantoaxial rotatory subluxation in patients with Marfan syndrome. A report of three cases. Spine 25(4):524–526
- Wood AJ, Singh-Grewal D, De S, Gunasekera H (2013) Kawasaki disease complicated by subluxation of cervical vertebrae (Grisel syndrome). Med J Aust 199(7):494–496
- Lee JK, Oh CH, Park H-C, Yoon SH (2015) Grisel's syndrome induced by mycobacterium tuberculosis. Korean J Spine 12(2):84–87
- Park S-H, Park S-H, Lee S-H (2013) Grisel syndrome: pathophysiological evidence from magnetic resonance imaging findings. Ann Rehabil Med 37(5):713–716
- Martins J, Almeida S, Nunes P, Prata F, Lobo ML, Marques JG (2015) Grisel syndrome, acute otitis media, and temporo-mandibular reactive arthritis: a rare association. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 79(8):1370–1373
- Spennato P et al (2015) Grisel syndrome following adenoidectomy: surgical management in a case with delayed diagnosis. World Neurosurg 84(5):1494.e7–1494.e12
- Pavlidis E, Copioli C, Spagnoli C, Mazzotta S, Ormitti F, Crisi G, Pisani F (2015) A painful stiff neck following an ear, nose, and throat surgical procedure: case report. Neuropediatrics 46(01):069–071
- Lewit K (2007) Manuelle Medizin, 8. Aufl. Urban & Fischer, München Jena
- Travell JG, Simons DG (1998) Handbuch der Muskel-Triggerpunkte. Gustav Fischer, Stuttgart Lübeck