

Zervikogener Kopfschmerz

Kopfschmerz in der Manual- medizinischen Praxis



Dr. med. Daniel Grob
bewegungs-apparat.ch
Winterthur

Fall 1

56-jährige Patientin

Diagnosen: - Chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom

Lieber Dani,

Frau [REDACTED] überweise ich dir zur Behandlung ihrer chronischen Nackenverspannung, vor allem morgens beim Aufstehen leidet sie unter starken okzipitalen und frontalen Kopfschmerzen. Die Patientin hat bereits diverse Therapieversuche mit Feldenkrais, Osteopathie und Yoga gemacht, ohne anhaltenden Erfolg. Sie klagt auch über gelegentliche Gleichgewichtsstörungen. Klinisch besteht eine allseits diskret eingeschränkte Beweglichkeit, ausgeprägte Druckdolenz der Scaleni subokzipital Triggerpunkte auch im Bereich der Trapeziusmuskulatur. Neurologisch fand ich keine Auffälligkeiten. Wegen der Gleichgewichtsstörungen hatte die Patientin bedenken wegen der Durchblutung, dafür habe ich keine Hinweise. Radiologisch finde ich Osteochondrosen mit Bandscheibenversmälnerungen C4/5 und C5/6, Unkarthrosen, harmonische Krümmung. Ich bitte dich, die Patientin für deine Beurteilung und Therapie anzubieten. Eine CD mit den Bildern der HWS liegt bei.

Besten Dank und herzliche Grüsse

Fall 1

56-jährige Patientin

Aktuelle Symptome:

- Seit 1 Jahr 3-4x pro Woche starke Kopfschmerzen rechtsbetont ausgehend vom Nacken mit Ausstrahlung bis in die Stirn meist begleitet von einem unangenehmen Schwindelgefühl
- Seit 3 Jahren Tinnitus rechts
- **Zusätzlich:** seit mehreren Monaten ein schmerzendes Ziehen und teils Brennen auf der linken Thoraxseite mit Ausstrahlung bis in die linke Brust, so dass sie teilweise keinen BH tragen könne.
Die vor 4 Wochen durchgeführte Mammographie sei unauffällig gewesen

Hauptbefunde im Kurzstatus:

- **Deutliche Haltungsinsuffizienz** mit thorakaler Hyperkyphose, zervikaler Hyperlordose und Schulterprotraktion bds.
- **Segmentale Dysfunktion C2/3 rechts**
- **Deutliche TrP** im Splenius cap., Sternocleidomastoideus und Trapezius desc. bds, rechts >> links (aktive und passive Bewegungstestung war ausser einer leichten Rotations- und Extensionseinschränkung normal)
- **Zusätzlich:** Triggerpunkte im Serratus ant. links

Fall 1

56-jährige Patientin

Therapie:

Deutliche Haltunginsuffizienz mit thorakaler Hyperkyphose, zervikaler Hyperlordose und Schulterprotraktion bds.

→ nichts

Segmentale Dysfunktion C2/3 rechts

→ Stoss-MMI im Liegen: p.a. - Distraction

Deutliche TrP Splenius cap., Sternocleidomastoideus und Trapezius desc. bds, rechts >> links

→ Manuelle Behandlung

Splenius capitis:

TrP-Technik I und IIa,

Sternocleidomastoideus:

Technik I bis III

Trapezius descendens:

Dry Needling

Triggerpunkte im Serratus ant. links

→ Manuelle Behandlung: v.a. Technik IIa

Konsultation 5 Wochen später nach meinen Ferien:

Nach einer anfänglichen Reaktion von 2-3 Tagen waren die Kopfschmerzen und der Schwindel verschwunden. Der Tinnitus bleibt leider unbeeinflusst.

Thorakal: nach Verschwinden eines Blutergusses nach ca. 1 Woche waren die Beschwerden bleibend weg.

Differenzierung verschiedener Kopfschmerzen

Migräne ohne/mit Aura

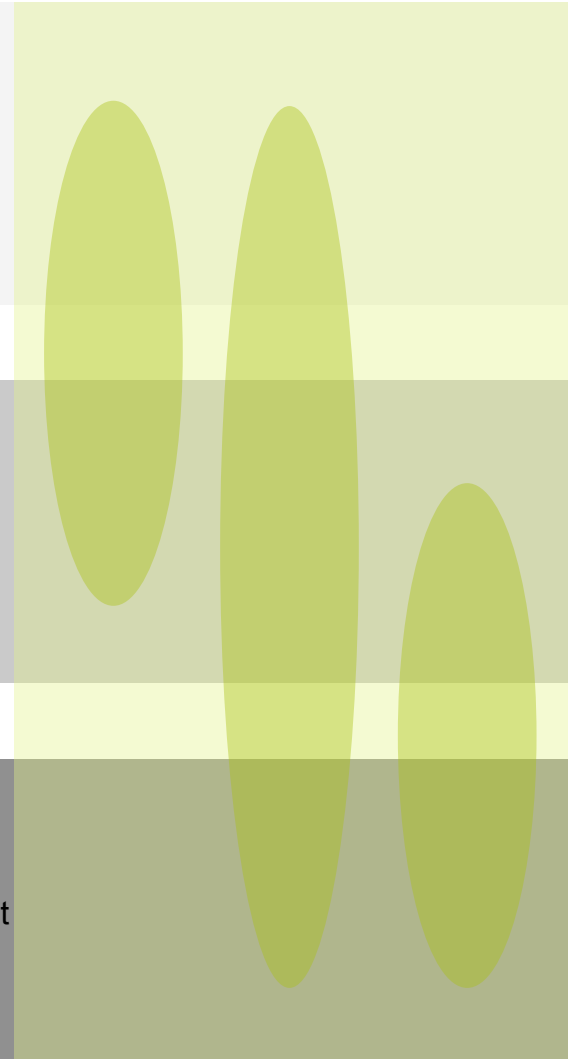
Initialschmerz: fronto-temporal
Schmerzart: unilateral, pulsierend, mässig bis starke Intensität
Dauer: 4 bis 72 Stunden
Begleitsymptome: Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit
visuelle Störungen / Neuro (mit Aura)

Zervikogener Kopfschmerz

Initialschmerz: Nacken
Schmerzart: meist unilateral, leichte bis starke Intensität
Dauer: verschieden
Hauptkriterium: Reproduktion des typischen Kopfschmerzes im
Bereiche der oberen HWS

Spannungskopfschmerz (episodisch/chronisch)

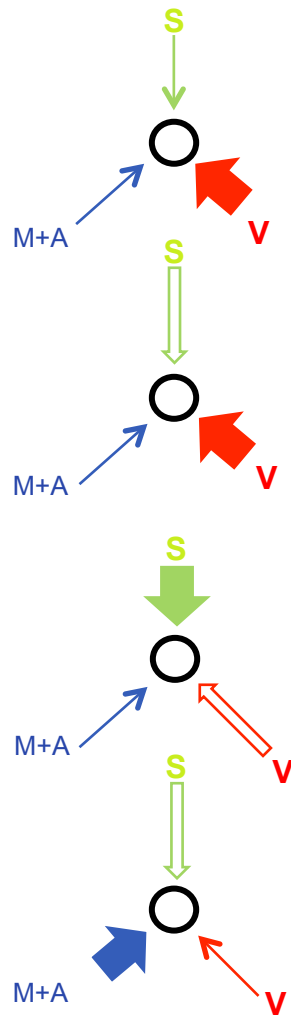
Initialschmerz: unterschiedlich
Schmerzart: bilateral, ganzer Kopf, leichte bis mittelstarke Intensität
Dauer: ½ Stunden bis 7 Tage
Begleitsymptome: keine



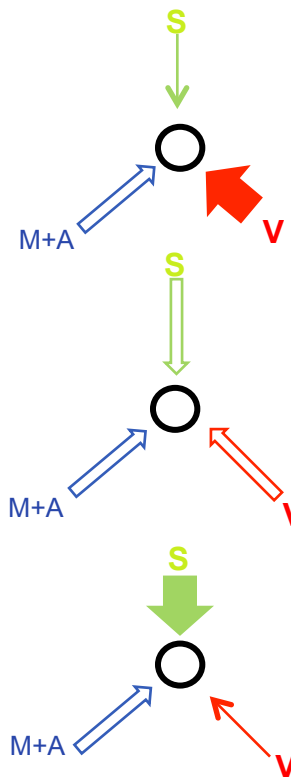
Kopfschmerz-Modell nach J. Olesen

Myofasziales-**S**upraspinales-**V**askuläres Denkmodell:

M+A: myofaszial + artikulär



Migräne-Aura ohne Kopfschmerz

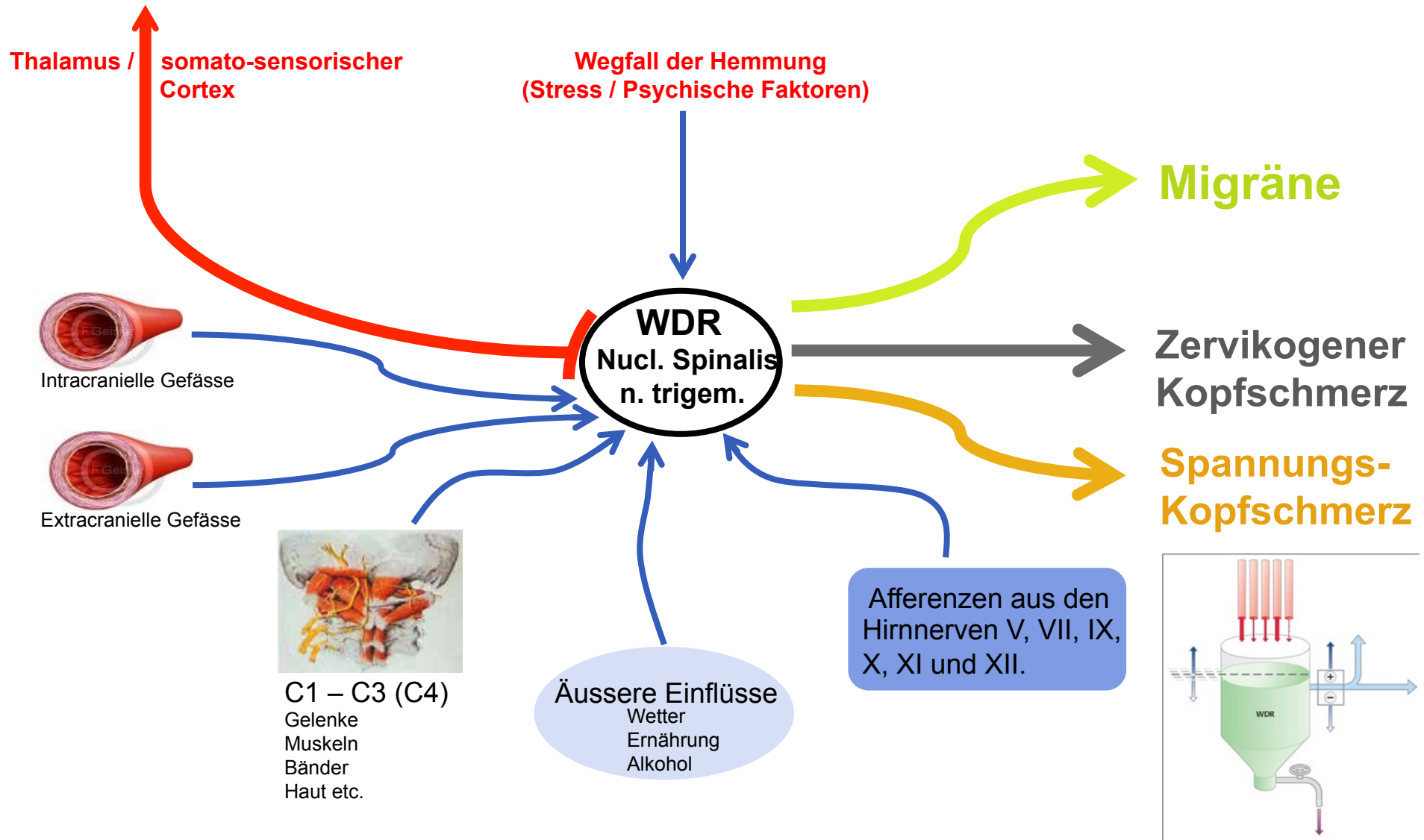


Migräne mit Aura

Migräne ohne Aura

Zervikogener Kopfschmerz
Spannungs-Kopfschmerz

Entwicklungsmodell Kopfschmerz



Zervikogener Kopfschmerz

ist ein Teilaspekt des zerviko-zephalen Syndroms

Definitionsgemäss handelt es sich um einen Schmerz aus dem zervikalen Projektionsgebiet C1 –C3

➔ Kriterien (in Anlehnung an die Kriterien der CHISG 1998)

- Initialschmerz ist im Nacken und subokzipital und breitet sich nach okzipital, temporal u./o. frontal aus
- Schmerzen sind unilateral oder bilateral mit dominanter Seite; kein Seitenwechsel; nicht lanzierend oder pulsierend
- Segmentale Funktionsstörung der HWS: mechanische Dysfunktion, lokale Irritation, Provokationsschmerz (in die eingeschränkte Richtung = gerichteter Bewegungsschmerz)
- Myofasziale Befunde: bei palpatorischer Provokation Auslösen des bekannten Schmerzes / Schmerzprojektion
- Ipsilaterale, eher nicht radikuläre, Schmerzen von Nacken, Schulter oder Arm
- Diagnostische Lokalanästhesie der entsprechenden Struktur reduziert oder beseitigt den Schmerz

Zervikogener Kopfschmerz

ist ein Teilaspekt des zerviko-zephalen Syndroms

Myofaszial:

Triggerpunkte im M. sternocleidomastoideus, M. trapezius descendens und der Subokzipitalmuskulatur
Muskuläre Veränderungen nach HWS-Distorsion

Arthrogen:

segmentale Dysfunktion («Blockierung»): C1/2, C2/3 und C0/1
Aktivierte Fazettengelenksarthrose (v.a. C1/2 und C2/3)
Zustand nach HWS-Distorsion

Neuromeningeal:

N. okzipitalis major / minor / tertius

Stabilisation:

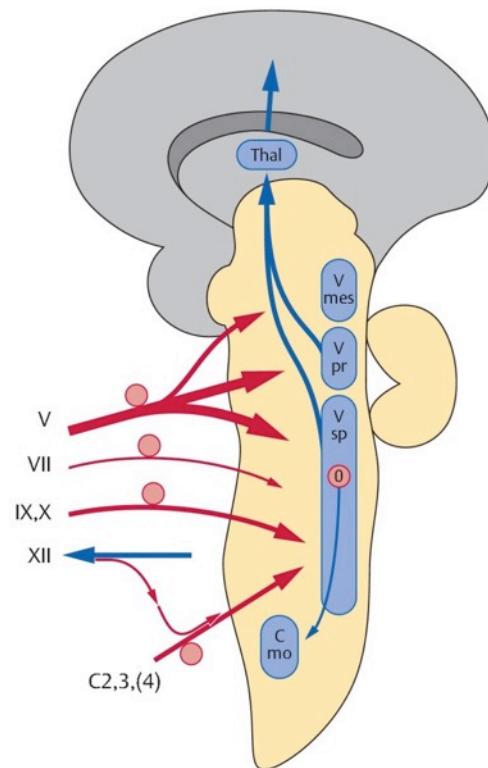
Muskuläre bzw. Stabilisationsdefizite
Haltungsinsuffizienz führt zu muskulärer Überlastung

Zentral

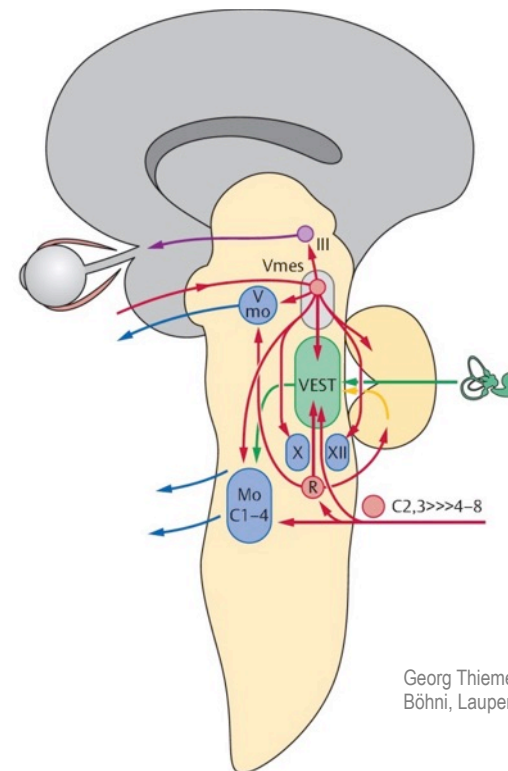
Chronifizierungsmechanismen / Periphere Sensibilisierung

Neuroanatomische Grundlagen

Oberes zervikogenes Beschwerde-Syndrom (=zerviko-zephales Syndrom)



Konvergenz von nozizeptiven Afferenzen aus V, VII, X, XII und den oberen zervikalen Spinalnerven im spinalen Trigeminskern



Konvergenz der propriozeptiven Afferenzen aus Kau- und Halsmuskelapparat im Vestibulariskernkomplex

Georg Thieme Verlag, Stuttgart. New York. 2014
Böhni, Lauper und Locher et al., Manuelle Medizin 1

Symptomenvielfalt

Oberes zervikogenes Beschwerde-Syndrom (=zerviko-zepales Syndrom)

➔ Symptome:

«Referred Pain»: Gesichtsschmerz, Nackenschmerz, Schultergürtelschmerz
zervikogener Kopfschmerz

Unspezifische Symptome: Ohrschmerzen, Gleichgewichtsstörungen, Augensymptome,
Tinnitus, Globusgefühl, Heiserkeit etc.

Cerebelläre und vestibuläre Symptome: Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen,
Gangunsicherheit, Sehstörungen/Augensymptome

Fall 2

24-jährige Patientin

Jetziges Leiden:

Kopfweg seit Jahren. 2010 Velounfall mit Commotio; CT war unauffällig. Danach Zunahme der Schmerzen und in den letzten Monaten nochmals Steigerung. Hat jetzt praktisch jeden Tag Kopfschmerzen und erwacht meist schon am Morgen mit Schmerzen. Tabletten helfen oft nicht. MRI-Untersuchung vor 1 Monat unauffällig. Hatte vor der Überweisung 2 x 9 Sitzungen Physiotherapie.

Aktuelle Symptome:

- ➔ tägliche teils rechtsseitige, teils bilaterale Schmerzen ausgehend vom Nacken und subokzipital mit Ausstrahlung bis in die Stirn, oft auch während der Arbeit (Mode-Verkäuferin) **Zervikogener Kopfschmerz**
- ➔ zwischenzeitlich (ca. 2-3x / Monat) Übergang in stärksten, meist einseitigen Kopfschmerz mit starker Übelkeit und teilweise Augenflimmern **Migräne**
- ➔ Rezidivierend Schulter-Nackenspannungen rechts >> links
- ➔ fühlt sich bei ihrer Arbeit oft deutlich beeinträchtigt; fehlt aber praktisch nie!

Auslöser:

- ➔ tägliche Kopfschmerzen: meist zu Beginn Nackenspannungen
- ➔ Migräne: bei grossem Stress, zu wenig trinken oder starker Föhnlage

Fall 2

24-jährige Patientin

Untersuchungsbefund:

Schlanke Patientin, thorakaler Flachrücken, deutliche Schulter- und Kopfprotraktion mit hervorstehenden Sternocleidomastoidei, sehr gute Beweglichkeit

HWS-Screening: aktive und passive Beweglichkeitstestung mit Beurteilung des Endgefühls

Rotation: minimale **a + p** Einschränkung der Rotation nach links mit bekanntem subokzipitalem Schmerz/Ziehen rechts

- ➔ Kontralaterale (rechtsseitige) passiv gedehnte Muskulatur:
(Spinotransversales System rechts: Splenius cap. und cervicis, Obliquus cap. inf. Lev. scap. , Scal. med. und post.)
- ➔ Aufgrund deutlicher Kopfprotraktionshaltung:
(Mm. Sternocleidomastoidei)

Segmentale Untersuchung:

Scanning und segmentale Untersuchung zeigen eine eingeschränkte Beweglichkeit C2/3 und C1/2 rechts sowie Irritationszonen über den Fazetten

Fall 2

24-jährige Patientin

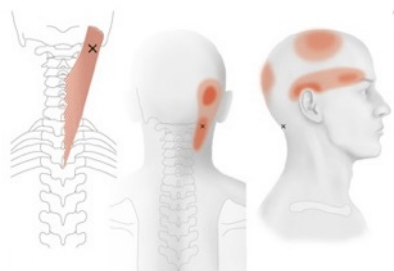
Untersuchungsbefund:

Palpation und Schmerzprovokation (muskulär)

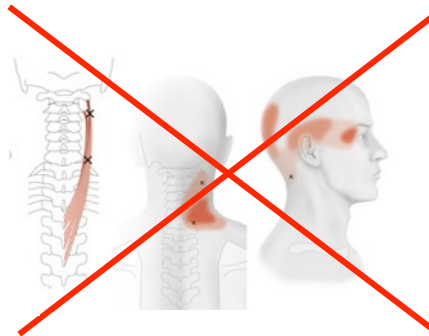
➔ Kontralaterale (rechtsseitige) passiv gedehnte Muskulatur

Spino-transversales System

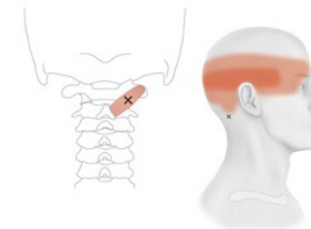
M. splenius cap.



M. splenius cervicis.

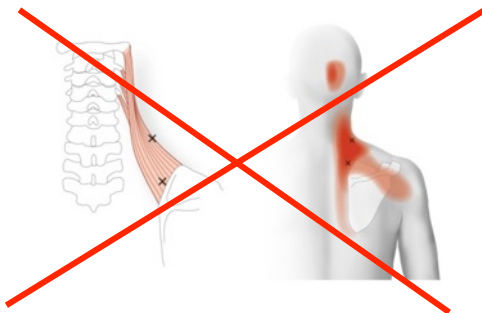


M. obliquus cap. inf.

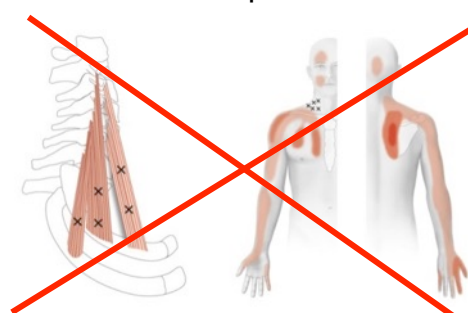


Andere:

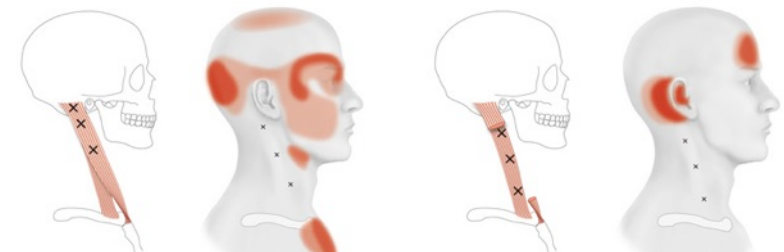
M. levator scapulae



Mm. Scaleni post. und med.



Mm. sternocleidomastoidei



Georg Thieme Verlag, Stuttgart. New York. 2010
Roland Gautschi: Manuelle Triggerpunkt-Therapie

Fall 2

24-jährige Patientin

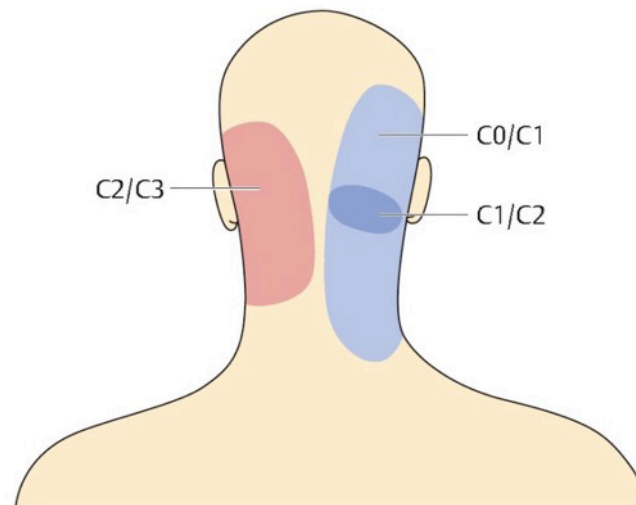
Untersuchungsbefund:

Scanning und Segmentale Untersuchung

eingeschränkte Beweglichkeit C2/3 und C1/2 rechts sowie Irritationszonen über den Fazetten

Palpation und Schmerzprovokation (artikulär)

- ➔ Segmentale Provokation mit dem Gabelgriff ist schmerzhaft und löst den bekannten Subokzipital- und Okzipitalschmerz rechts aus
Ebenfalls die Provokation in die Lat.flex.

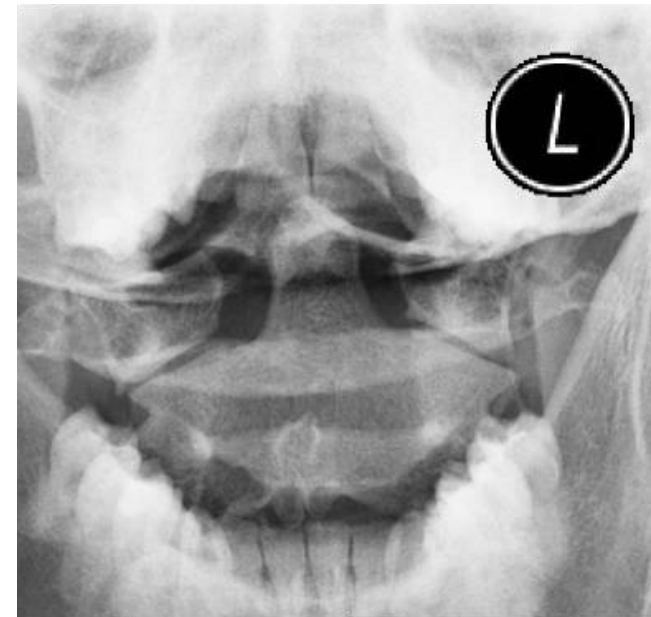


Georg Thieme Verlag, Stuttgart. New York. 2014
Böhni, Lauper und Locher et al., Manuelle Medizin 1

Fall 2

24-jährige Patientin

Röntgenbilder



Fall 2

24-jährige Patientin

Therapie

muskulär



Hauptmuskeln:

M. splenius cap.

M. obliquus cap. inf.

Mm. sternocleidomastoidei bds

artikulär



Manipulation C2/3 rechts:

Stoss-MMI: p.a. Distraction liegend



Manipulation CTÜ:

MMI: rotatorische Distraction



Georg Thieme Verlag, Stuttgart. New York. 2012
Böhni, Lauper und Locher et al., Manuelle Medizin 2

Fall 2

24-jährige Patientin

Instruktion Heimübung

Scapula-Setting und «Chin-In»  Verbesserung der Haltungs- und muskulären Insuffizienz

 **Ziel:** Training der Scapula-Fixatoren / Verbesserte Fixation der Scapulae am Thorax

Entlastung der Nackenmuskulatur

Verbesserte Stabilisation der HWS durch Anspannen / Training der tiefen prävertebralen Muskulatur (Longus colli)

Tonusabnahme im M. sternocleidomastoideus / Vermeidung von Überlastungen

Fall 2

24-jährige Patientin

Behandlungsverlauf

- Nach der ersten Behandlung: massive Reaktion mit migräneartigen Kopfschmerzen über 2-3 Tage; danach 2 Tage ohne jegliches Kopfweh
- Nach ca. 3-4 Behandlungen: deutliche Besserung (ca. 30-40%), dafür nun mehr Kopfschmerzen auf der linken und an und für sich deutlich inaktiveren Seite
- Bei Abschluss nach 9 Behandlungen: mind. 60 – 70% besser im Vergleich zu vorher; die Patientin ist sehr zufrieden mit dem Behandlungsergebnis

Procedere

Vorderhand mal Abschluss der Behandlung; die Patientin meldet sich nach ca. 6-8 Wochen nochmals bei mir

Bei guter Compliance des Patienten sind viele Kopfschmerzen behandelbar. Oft kommen die Kopfschmerzen nach einer gewissen Zeit wieder zurück; hier lohnt es sich, nach unterhaltenden Faktoren zu suchen und nach Möglichkeit zu eliminieren. Die Zusammenarbeit mit guten ausgebildeten Physiotherapeuten ist in solchen Situationen sehr lohnenswert.