

Physiotherapie bei Kopfschmerzen und Migräne

Kerstin Lüttke
Benjamin Schäfer

Unter Mitarbeit von
Charly Gaul
Eva Liesering-Latta
Arne May
Harry von Piekartz



Thieme

6.2 Fallbeispiel: So kann es gut laufen!

Kerstin Lüdtko

6.2.1 1. Termin

Anamnese

Frau M, 43 Jahre, Diagnose: hochfrequente episodische Migräne.

In der Anamnese berichtet Frau M, dass sie in der Pubertät mit ca. 15 Jahren ihre ersten Migräneattacken hatte. Diese traten unregelmäßig – im Abstand von einigen Monaten – auf, und insgesamt hatte sie mehr als 5, aber weniger als 10 solcher Kopfschmerzattacken mit vorherigem „Flimmern“ vor den Augen, Übelkeit und Erbrechen, gefolgt von einer Phase tiefen Schlafes, nachdem die Kopfschmerzen oft bereits abgeklungen waren.

Seit ca. Anfang 30, einige Monate nach der Entbindung von ihrer Tochter, sind wieder ähnliche Kopfschmerzen aufgetreten, jedoch ohne visuelle Symptome, mit Übelkeit und Lichtempfindlichkeit, gelegentlich mit Erbrechen. Die Anzahl der Kopfschmerztag ist seitdem kontinuierlich gestiegen und liegt derzeit bei ca. 10 Tagen pro Monat. Typischerweise hat sie kurz vor Beginn der Menstruation 2–3 Tage Migräne und in der Zeit um den Eisprung. Die übrigen Tage verteilen sich scheinbar zufällig und hängen oft mit Stress zusammen. Insbesondere am Wochenende, wenn sie versucht, sich zu entspannen, ist es besonders schlimm. Während der Attacke bleiben die Kopfschmerzen auf einer Seite, zu $\frac{2}{3}$ sind die Symptome linksseitig, aber zu $\frac{1}{3}$ gibt es auch rechtsseitige Attacken. Manchmal ist der Kopfschmerz auch beidseitig, aber dann meist nicht so intensiv.

Seit 2 Jahren führt sie einen lückenlosen Kopfschmerzkalender. Frau M nimmt keine medikamentöse Prophylaxe und bekämpft die Migräne mit Ibuprofen und, wenn es besonders schlimm ist, mit Sumatriptan. Leider wirkt das nicht immer, weil sie wartet, bis der Kopfschmerz unerträglich wird. Sie weiß selbst, dass sie das Medikament rechtzeitig nehmen soll, verpasst aber oft „den richtigen Moment“. Sie war bereits in einer spezialisierten Universitäts-Kopfschmerzambulanz und hat dort das Sumatriptan verordnet bekommen sowie die Empfehlung, regelmäßig Ausdauersport und Entspannungsübungen durchzuführen. Sie hat den nächsten Termin in 3 Monaten bekommen,

um ggf. eine medikamentöse Prophylaxe zu erhalten. Sie möchte dies unbedingt vermeiden und ist daher bereit, „alles zu versuchen“, was keine Nebenwirkungen verursacht. Aus diesem Grund ist sie auch bei der Physiotherapie. Da sie mindestens so oft Nackenschmerzen hat wie Kopfschmerzen, vermutet sie, dass zumindest ein Teil ihrer Kopfschmerzen vom Nacken ausgelöst wird. Sie hat ihren Neurologen überredet, ihr ein Privatrezept auszustellen, obwohl sie kassenversichert ist, und zahlt die Behandlungen selbst. Frau M raucht seit Jahren nicht und trinkt keinen Alkohol, weil sie Angst hat, damit Kopfschmerzen auszulösen.

Kurze Reflexion nach der Anamnese

Hoch motivierte Patientin mit einer sehr typischen Geschichte. Es ist wichtig, bereits am ersten Termin festzustellen, ob es eine muskuloskeletale Komponente als beitragenden Faktor für ihre Symptome gibt. Red Flags scheinen keine vorzuliegen und der Besuch in der Kopfschmerzambulanz gibt zusätzliche Sicherheit, dass keine ernsthafte Pathologie vorliegt.

Plan für die erste Untersuchung: Durchführung der empfohlenen Tests für eine Beteiligung des muskuloskeletalen Systems (Luedtke et al. 2016), Kommunikation der Ergebnisse und Einschätzung der Prognose.

Körperliche Untersuchung

Frau M zeigt bei der Inspektion eine Translation des Kopfes nach ventral. Dieser wurde anhand des Head Forward Arms eines Cervical Range of Motion Instrumentes mit 16 cm quantifiziert. Die aktiven Bewegungen der Halswirbelsäule sind nicht eingeschränkt. Ebenso wird keine Auffälligkeit bei der Kombination von hochzervikaler Extension, Rotation und Lateralflexion (hochzervikaler Quadrant) festgestellt. Die aktive Bewegung der Brustwirbelsäule ist in Richtung Extension eingeschränkt mit einer lokalen Schmerzprovokation in der Mitte der Brustwirbelsäule. Passive physiologische Bewegungen der oberen Halswirbelsäule sind unauffällig, ebenso die Kombination aus passiver Flexion mit Rotation nach rechts und links. Es wird nur der M. trapezius, Pars ascendens als stellvertretender Muskel für die Skapulastabilität getestet, dieser ist beidseits ausreichend kräftig. Auch die Aktivierung der tiefen zervikalen Flexoren ist gut möglich. Dies wird mit dem Pressure Biofeedback

Unit (Chattanooga) durch eine 10-sekündige Haltephase mit einem Druck von 28 mmHg ohne Substitution der oberflächlichen Muskeln gemessen (kraniozervikaler Flexionstest, ► Abb. 2.9).

Die Untersuchung von Triggerpunkten im Bereich des Nackens, Kiefers und Gesichts zeigte mehrere aktive Triggerpunkte (mit Schmerzausstrahlung in den typischen Kopfschmerzbereich rechts und links) in der subokzipitalen Muskulatur. Der M. sternocleidomastoideus ist auch druckempfindlich, aber ohne Ausstrahlung in den Kopf. Die Triggerpunkte des M. masseter und des M. temporalis sind unauffällig (► Abb. 2.14).

Manuelle Palpation unilateral über HWK1/2 und HWK2/3 links > rechts führt bei verringerter Mobilität zu lokalem Druckschmerz, der bei gehaltener Technik nach ca. 10 Sek. den Kopfschmerz reproduziert. Nach ca. 45 Sek. weiteren Haltens ist dieser rückläufig (► Abb. 2.12). Die BWS ist bei manueller Testung hypomobil (BWK4–8) und lokal druckempfindlich.

Kurze Reflexion nach der körperlichen Untersuchung

Frau M zeigt ein klinisches Muster, das gut zu den publizierten Dysfunktionen von Migränepatienten passt (Luedtke et al. 2017), sie gehört in die Subgruppe von Migränepatienten mit einem durch manuelle Testung auslösbaren Kopfschmerz (Luedtke u. May 2017). Somit besteht die Hypothese, dass die obere Halswirbelsäule eine Rolle für den Kopfschmerz spielt und eine Verbesserung der Kopfschmerzen über eine manuelle Behandlung der oberen Halswirbelsäule zu erwarten ist.

Erste Behandlung

Gehaltenes, unilaterales PA (Ventralgleiten) über HWK1/2 und HWK2/3, jeweils rechts und links für 45 Sek. (bis zum Erreichen eines Abklingens der ausgelösten Kopfschmerzen).

Um den Empfehlungen der Kopfschmerzambulanz nachzukommen, wird Frau M über aerobes Training informiert. Sie nimmt sich vor, 2–3-mal pro Woche nachmittags von der Arbeit zu Fuß nach Hause zu gehen. Bei einem hohen Gehtempo benötigt sie für diese Strecke ca. 45 Min.

Die nächste Behandlung wird für die nächste Woche (nach 7 Tagen) vereinbart.

6.2.2 2. Termin

Anamnese

Nach der ersten Behandlung war sie „nahezu euphorisch“, weil jetzt „endlich etwas passiert“. Der Nacken fühlte sich „leichter“ an, und obwohl sie Angst hatte, am Nachmittag noch Kopfschmerzen zu bekommen (schließlich wurden sie ja in der Behandlung provoziert), ist dies nicht geschehen. Frau M ist zweimal zu Fuß nach Hause gegangen, beim 3. Mal hat sie abgebrochen, sie hatte leichte Kopfschmerzen, die durch das Gehen verstärkt wurden.

Zusätzliche Fragen zu Kiefersymptomen (nächtliches Knirschen, Pressen, Knackgeräusche, Beschwerden beim Kauen oder Gähnen) verneint die Patientin. Sie hat vor ein paar Jahren einmal eine Aufbisschiene von ihrem Zahnarzt anfertigen lassen, diese hat aber nichts geändert, weshalb sie nicht mehr in Verwendung ist.

Auf Fragen zu bisher erprobten Entspannungsverfahren reagiert Frau M zunächst ausweichend, sagt dann aber, dass sie mal versucht habe, Progressive Muskelrelaxation (PMR) zu testen (Gratis-CD aus der Apotheke) und das so schrecklich gefunden habe, dass sie nach einem Versuch aufgegeben habe. Sie kann sich absolut nicht vorstellen, PMR, Meditation oder Autogenes Training durchzuführen, und wird schon „kribbelig“ bei dem Gedanken. Die Idee mit dem Ausdauersport findet sie zwar auch bedrohlich, weil es neulich den Kopfschmerz verstärkt hat, aber zumindest kann sie da aktiv sein und muss nicht „irgendwo herumliegen“.

Körperliche Untersuchung

Keine Veränderung gegenüber dem 1. Termin.

Behandlung

3 × 45 Sek. gehaltenes, unilaterales PA über HWK1/2 und HWK2/3 jeweils rechts und links mit Kopfschmerzreproduktion und -resolution.

Probeeinheit Biofeedback-Vasokonstriktionstraining → fällt schwer, aber nach ca. 20 min etwas Kontrolle möglich.

6.2.3 3. Termin nach einer weiteren Woche

Nach der letzten Behandlung 4 Tage kopfschmerzfrei; das kann Zufall sein, aber 4 Tage am Stück waren in der letzten Zeit ungewöhnlich.

Dreimal zu Fuß in raschem Tempo nach Hause gegangen.

Körperliche Untersuchung

Keine Veränderung gegenüber Termin 1, evtl. etwas verringerte Druckempfindlichkeit hochzervikal.

Behandlung

3 × 45 Sek. gehaltenes, unilaterales PA über HWK1/2 und HWK2/3 jeweils rechts und links mit Kopfschmerzreproduktion und -resolution. Dies wurde als Heimtraining angeleitet, in Rückenlage oder mit an der Wand angelehntem Kopf. Dann wird der eigene Daumen an der Zielstruktur platziert und gehalten.

Außerdem wurde eine Retraktionsübung gezeigt (► Abb. 6.2) und Lifestylefaktoren besprochen: regelmäßiger Schlaf, regelmäßige Mahlzeiten, Stressphasen durch Ruhephasen ausgleichen und versuchen, in stressigen Situationen gelassen zu bleiben. Diese Maßnahmen waren Frau M allerdings bekannt.



Abb. 6.2 Retraktionsübung. (Foto: Ronald Doll)

Das Biofeedback-Vasokonstriktionstraining wurde wiederholt → dieses Mal schon ein wenig mehr Kontrollgefühl.

6.2.4 4. Termin

Wieder 4 Tage kopfschmerzfrei. Daher wurden zum Abschluss alle Inhalte von Termin 3 wiederholt und zusätzlich empfohlen, eine Handtuchrolle neben dem Bett zu platzieren, die vor dem Einschlafen unter der Mitte der Brustwirbelsäule positioniert wird, um eine passive Extension der Brustwirbelsäule als Gegenbewegung zu ihrem Alltag am Laptop zu erzielen und für mehr Mobilität in Extension zu sorgen. Dies soll ebenfalls die HWS entlasten.

Es wurde vereinbart, zunächst selbstständig weiterzuarbeiten und sich ggf. zu melden, falls eine Verschlechterung eintritt.

Den Termin in der Kopfschmerzambulanz hat Frau M abgesagt und stattdessen bei der Physiotherapie angerufen und berichtet, dass sie auf 5 Kopfschmerztagen „runter“ sei und nur an drei Tagen davon Medikamente benötige, was sie sehr glücklich stimme.

6.3 Sechs kurze, typische klinische Muster in der Kopfschmerztherapie

Benjamin Schäfer

6.3.1 Hoher nozizeptiver Input Befund

Patientin mit Migräne, Defizite der Körperhaltung (protrahierte Schultern, anteriore Kopfposition und anamnestic häufige Schulterelevation), aktive myofasziale Triggerpunkte mit Ausstrahlung in den Kopf (subokzipitale Muskulatur rechtsseitig) und auffälligem kraniozervikalem Flexions-Test. Zudem besteht eine Dysfunktion der Kopfgelenke (Hypomobilität der Art. atlantoaxialis, positiver Flexions-Rotations-Test nach Hall et al. (2010), und der Art. atlantooccipitalis rechtsseitig sowie Reproduktion/Auflösung des Migräneschmerzes durch Provokationstest der entsprechenden Wirbelgelenke nach Watson u. Drummond (2012). Alle weiteren Untersuchungen waren ohne Auffälligkeiten (keine muskulären Dysbalancen, keine Kiefergelenkbeschwerden, keine aktiven Bewegungseinschränkungen der HWS/BWS).



Kopfschmerzen effektiv behandeln

Patienten mit Kopfschmerzen stellen oftmals eine besondere Herausforderung in der physiotherapeutischen Praxis dar.

Dieses Buch beinhaltet alles, was Sie wissen müssen, um diese Patientengruppe effektiv zu behandeln – unter anderem

- wie Sie zielgerichtet herausfinden, unter welcher Form von Kopfschmerzen der Patient leidet,
- wie Sie die Symptome gegeneinander abgrenzen und Red Flags ausschließen können,
- welche Techniken und Übungen es gibt und wie diese durchgeführt werden,
- welche ärztlichen, medikamentösen und psychologischen Behandlungsansätze den Patienten zur Verfügung stehen,
- welchen Stellenwert Edukation, Ausdauertraining und Entspannungstechniken haben.

Alle Autoren sind Experten in der Behandlung von Patienten mit Kopfschmerzen und therapieren auf Basis der aktuellen Evidenz.

ISBN 978-3-13-242105-9



9 783132 421059

Jetzt bestellen: www.thieme.de/shop

www.thieme.de