

eLearning Management von HWS Dysfunktionen

Ich bin gerne Bernhard Engelmann, Master in muskuloskelettaler Physiotherapie und orthopädischer Manualtherapeut.

Nach meiner Physiotherapie-Ausbildung habe ich mich gefragt: Warum ist das Thema HWS so kompliziert? Kommen die Ausstrahlungen von Nerven, von Triggerpunkten oder von Gelenken?

Nach Jahren in Kursen für manuelle Therapie, Sportphysiotherapie und auch dem Master in muskuloskelettaler Physiotherapie habe ich eine Beobachtung gemacht: Die Profis sammeln nicht einfach alle Informationen, sondern suchen zuerst nach grundlegenden Mustern und gehen dann von dort aus in die Tiefe.

Ich werde dich auf dem Weg begleiten, die vier wichtigsten klinischen Muster im Bereich der HWS zu erkennen und zu behandeln, damit auch du Expert:in für Nackenschmerzen wirst.

Video Nackenschmerzen mit Bewegungseinschränkungen_Funktionsuntersuchung Teil 3 Palpation + PAIVM

Palpation.

Wir tasten erst einmal ganz oberflächlich die Haut. Gibt es hier Schweißproduktion? Gibt es irgendwelche Auffälligkeiten? Dann gehen wir immer tiefer, zur Muskulatur.

Tasten: Trapezius, Levator Scapulae, Rhomboidei und auch die Nackenmuskulatur. Finden wir in dem Segment, das wir verdächtigen, irgendwelche Auffälligkeiten in der Muskulatur? Oder ist die Palpation schmerzhaft in diesem Bereich? Notieren wir das als Bestätigungspunkt unserer Hypothese.

Wir tasten also oberflächlich und immer tiefer, bis zur Muskulatur und, wenn möglich, direkt die intervertebralen Bänder zwischen den Dornfortsätzen. Ist hier irgendetwas unangenehm? Wenn nicht, gehen wir weiter zum nächsten Segment.

Zusatzbewegungen, PAIVMs – Passive Accessory Intervertebral Movements – werden links und rechts am Dornfortsatz durchgeführt. Ich stelle die Daumen steil ein, stütze links und rechts den Nacken und lege meinen Körperschwerpunkt über das zu mobilisierende Segment, um die Beweglichkeit dieses Segments zu testen, zum Beispiel C7.

Die Bewegung wird auf Schmerz, Widerstand oder Schutzspannung getestet. Dabei beginnt man mit leichtem Druck, steigert zu festem Druck, bis der Patient etwas spürt. Wenn nicht, geht man weiter zum nächsten Segment. Nach Maitland geht man von Grad 1 bis Grad 4 plus, bei Bedarf noch stärker.

Beim Nacken ist es wichtig, nicht nur steil nach unten zu drücken, sondern auch eine leichte Aufwärtsbewegung zu unterstützen. Hinunter und beim Aufwärtsbewegen leicht seitlich mithelfen. Besonders im Bereich der oberen Halswirbelsäule, Occiput C1, werden die Finger steil eingestellt, die Bewegungsachse ist leicht schräg Richtung Augen. Die Condylen vom Occiput werden links und rechts geprüft, die PA, also Passiv anteriore Zusatzbewegung, wird leicht seitlich direkt am Condyl durchgeführt, links und rechts im Seitenvergleich.

Passive intervertebrale Zusatzbewegungen werden unilateral durchgeführt. Die Daumen werden in gleicher Position wie bei den zentralen PA-Bewegungen eingestellt, leicht seitlich versetzt. Der Nacken wird leicht geneigt, der Daumen steil über dem Segmentkörper, Körperschwerpunkt über den Daumen, Bewegung Grad 1 bis 4. Schmerz wird überprüft: „Tut etwas weh?“ oder „Spürst du etwas?“ Bekannt oder unbekannt.

Alternativ kann im Bereich der unteren Halswirbelsäule der Griff einseitig eingestellt werden, ebenso in der oberen Brustwirbelsäule mit der pisiformen Technik. Das Os pisiforme wird direkt am Querfortsatz lokal eingesetzt, beide Hände üben Druck aus.

Wenn der Patient angibt, wo Symptome auftreten, wird festgestellt, bei welcher Stärke und welchem Druck es einem Grad 4 oder 4+ entspricht. Dann wird im Segment, darunter und darüber, für zwei Minuten eine Probe-Behandlung durchgeführt.

Video Nackenschmerzen mit Störung der Bewegungskontrolle_Symptomcharakter

Eine zentrale Botschaft ist, dass viele Patienten von einem „schweren Kopf“ berichten. Wenn sie ihre Beschwerden schildern, denken wir sofort daran, dass es etwas mit der Bewegungskontrolle zu tun haben könnte. Typischerweise beschreiben sie, dass sich der Kopf schwer anfühlt und sie rasch ermüden. Bewegung verschafft meist etwas Erleichterung, doch lang andauernde, statische Positionen – etwa beim Kinobesuch, langen Sitzen am PC, beim Lesen, Stricken oder auch beim Autofahren – führen schnell zu einer Zunahme der Beschwerden.

Diese Tätigkeiten gehören zu den Hauptauslösern der Symptome. Neben dem Gefühl der Verspannung und Schwere sowie der allgemeinen Anstrengung können auch Begleiterscheinungen wie ausstrahlende oder sogar radikuläre Symptome auftreten. Diese sind jedoch sehr variabel und treten stets in Verbindung mit dem typischen Empfinden des schweren Kopfes auf.

Video Nackenschmerzen mit Störung der Bewegungskontrolle_Elsig Testbatterie Screening

Der erste spezielle Test zur Identifikation einer Bewegungskontroll-Dysfunktion ist die Testbatterie nach Simone Elsig, die 2014 entwickelt wurde.

Sie gliedert sich in einen Screeningtest, der aus drei Einzelbewegungen besteht. Sollten dabei Auffälligkeiten auftreten, gibt es weitere Tests, um genauer in die Tiefe zu gehen. Wenn die ersten drei Bewegungen unauffällig sind, können wir davon ausgehen, dass wahrscheinlich keine Bewegungskontroll-Dysfunktion vorliegt.

Starten wir mit der ersten Testbewegung: der Extension im zervikothorakalen Übergang.

Ich fordere die Patientin auf, den Nacken nach oben zu strecken – mit besonderem Fokus auf den unteren Nackenbereich, weniger im oberen. Kopf zurücknehmen und nach oben schauen, dann wieder nach vorne. Diese Bewegung wird mehrmals wiederholt.

In diesem Fall kann die Patientin die Bewegung ausführen, wenn auch mit leichten koordinativen Schwierigkeiten. Die Ansteuerung funktioniert jedoch.

Testbewegung Nummer zwei ist die Protraktion und Retraktion des Kopfes.

Die Patientin wird gebeten, das Kinn so weit wie möglich nach vorne zu schieben und anschließend so weit wie möglich zurückzuziehen – also von der Vorwärtsbewegung in die Rückwärtsbewegung überzugehen. Auch hier beurteilen wir die Bewegungsausführung und Qualität.

Die dritte Bewegung nach Elsig ist die Rotation des Kopfes.

Diese wird im Vierfüßlerstand ausgeführt, zunächst aus einer neutralen Halswirbelsäulenposition. Dafür wird das Kinn leicht eingezogen. Aus dieser Position wird die Qualität der Rotation beurteilt – insbesondere, ob es sich um eine reine Rotation handelt oder ob zusätzliche Bewegungen wie Seitneigung oder Extension hinzukommen.

Die Patientin dreht den Kopf nach rechts und nach links. Wir beobachten, ob sie dabei die neutrale Position verliert oder in eine Flexion abgleitet. Wenn das passiert, wird die Position korrigiert und der Test wiederholt.

Ist die Bewegung anschließend korrekt ausgeführt, gilt der Test als negativ. Wenn die Bewegung auch nach erneuter Erklärung noch fehlerhaft bleibt, sprechen wir von einem positiven Testergebnis und vermuten eine Bewegungskontroll-Dysfunktion.

Wenn die Screeningtests nach Elsig – also die drei Grundbewegungen – auf eine mögliche Störung hinweisen, wird ein vierter Test durchgeführt: der kraniozervikale Flexionstest (CCFT). Dieser kann mit etwa 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit bestätigen, ob eine Dysfunktion vorliegt oder nicht.

Zur Vertiefung kann die Testbatterie nach Elsig vollständig durchgeführt werden, mit weiteren Tests, die auf die ersten drei aufbauen.

Zur Testbewegung eins: Wenn die Patientin die Bewegung zwar mit leichten Koordinationsdefiziten, aber grundsätzlich korrekt durchführen kann, ist das unauffällig. Ein auffälliges Testergebnis wäre dagegen, wenn zu viel Bewegung im mittleren oder oberen Halswirbelsäulenbereich stattfindet oder das gesamte Bewegungsausmaß stark reduziert ist.

Zur Testbewegung zwei – Protraktion und Retraktion: Unsere Patientin konnte diese Bewegung fehlerfrei ausführen. Ein positives Testergebnis würde sich zeigen, wenn bei der Rückwärtsbewegung statt einer klaren Retraktion vor allem Flexion auftritt, also zu viel Beugung und zu wenig Bewegung im zervikothorakalen Übergang. Auch ein stark reduziertes Bewegungsausmaß ohne echte Retraktion würde auf eine Dysfunktion hinweisen.