

9 Kopf- und Nackenschmerzen

9.1

M. trapezius

► Kap. 8, ► Abb. 9.2, ► Abb. 9.3

Anatomische Zeichnung ► Abb. 16.1, ► S. 426

9.1.1 Anatomie und Schmerzausstrahlung

Ursprung

- mittleres Drittel der Linea nuchae superior
- Lig. nuchae
- Procc. spinosi und Ligg. supraspinalia bis BWK 12

Ansatz

- äußeres Drittel des Klavikulahinterrands
- medialer Abschnitt des Akromions
- Oberkante der Spina scapulae

Funktion

- Außenrotation im Schultergelenk
- Hebung der Skapula
- Retraktion der Skapula zur Wirbelsäule
- bei fixierter Skapula: Extension und Lateralflexion der HWS

Innervation

- N. accessorius
- propriozeptive Fasern aus C3/4

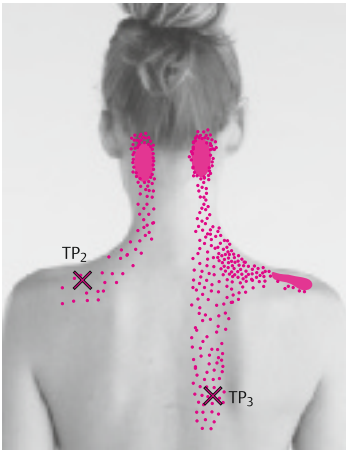
Lage der Triggerpunkte

Triggerpunkte (TP) des M. trapezius findet man im gesamten Muskel.

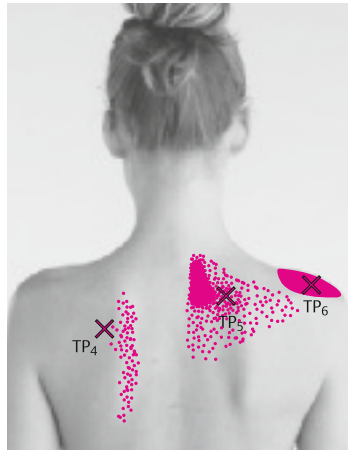
- TP 1: im freien Rand der Pars descendens als hypertone Bänder palpierbar
- TP 2: posterior von TP 1 und oberhalb der Spina scapulae – etwa in der Mitte der Spina
- TP 3: im Bereich des lateralen Randes der Pars ascendens, nahe der Margo medialis scapulae
- TP 4: in der Pars ascendens direkt unterhalb der Spina scapulae, nahe der Margo medialis scapulae
- TP 5: in der Pars horizontalis etwa 1 cm medial des Ansatzes des M. levator scapulae an der Skapula
- TP 6: in der Fossa supraspinata scapulae, nahe dem Akromion

Schmerzausstrahlung

- TP 1: posterior-lateral im Hals-Nacken-Bereich bis zum Proc. mastoideus lateral am Kopf, besonders im Schläfenbereich und der Augenhöhle, Kieferwinkel
- TP 2: Proc. mastoideus und obere HWS (posterolateral)
- TP 3: Proc. mastoideus und obere HWS (posterolateral) und im Bereich des Akromions
- TP 4: entlang des medialen Rands der Skapula
- TP 5: paravertebral zwischen HWK 7 und TP 5
- TP 6: Schulterdach, Akromion



► Abb. 9.1



► Abb. 9.2



► Abb. 9.3

9.1.2 Osteopathisches Vorgehen

Anamnese

Die Patienten berichten häufig von Schmerzen durch Triggerpunkte des Pars descendens und Pars transversus. Die Schmerzausstrahlung konzentriert sich dabei auf den Schulter-Nacken-Bereich und den Kopf.

Als Entstehungsmechanismen werden entweder akute Überlastung, z. B. durch Sportarten mit explosiosartigen Bewegungen (Tennis, Squash), oder chronische Überlastungen, wie z. B. einseitige Haltungen oder Tätigkeiten (Überkopfarbeiten, Telefonieren mit „eingeklemmtem“ Telefonhörer, lang anhaltende einseitige Rotation des Kopfes bei der Bildschirmarbeit) benannt.

Befund

Schmerzprovokation durch Kompression des Triggerpunkts. Als Steigerung kann man dies bei gleichzeitiger Dehnung des Muskels wiederholen. Ist der Schmerzzustand sehr akut, genügt auch schon die Dehnung des Muskels als Provokation.

Test und Technik

Dehnung und Kompressionspalpation des Triggerpunkts (► Abb. 9.4, ► Abb. 9.5)

Differenzialdiagnostische Hinweise

- Atemabhängige Schmerzen im interskapulären Bereich können auf Wirbelsäulendysfunktionen mit Rippenbeteiligung hinweisen.
- Treten bei der Dehnung des Pars descendens ausstrahlende Schmerzen in den Arm auf, so sollte man weitergehend auf eine radikuläre Symptomatik der HWS testen.

Assoziierte innere Organe

- Leber
- Gallenblase
- Magen

Technik

► **Abb. 9.4** Behandlung der Triggerpunkte 1 und 2 mit kontralateraler Kopffrotation zur Vordehnung des Muskels.



► **Abb. 9.5** Behandlung der Triggerpunkte 3–5 mit herabhängendem Arm zur Vordehnung des Pars transversus und ascendens.

9.2

M. sternocleidomastoideus

▶ Abb. 9.6, ▶ Abb. 9.7

Anatomische Zeichnung ▶ Abb. 16.2, ▶ S. 426

9.2.1 Anatomie und Schmerzausstrahlung**Ursprung**

- ventrokranial am Manubrium sterni
- Oberrand des medialen Klavikuladrittels

Ansatz

- Außenfläche des Proc. mastoideus
- laterale Hälfte der Linea nuchae superior

Funktion

- ipsilaterale Lateralflexion und kontralaterale Rotation der HWS
- beidseitige Kontraktion: Extension der HWS mit ventraler Translation

Innervation

N. accessorius

Lage der Triggerpunkte

Triggerpunkte findet man im sternalen und klavikulären Anteil über die gesamte Länge des Muskels.

Triggerpunkte im sternalen Anteil

- Manubrium sterni
- supraorbital und in die Orbita
- Wange
- äußerer Gehörgang
- Kiefergelenkregion
- Pharynx und Zunge
- Okziput, posterior des Proc. mastoideus

Triggerpunkte im klavikulären Anteil

- Stirn, eventuell auch beidseits
- äußerer Gehörgang
- unmittelbar hinter dem Ohr

Schmerzausstrahlung

Triggerpunkte des M. sternocleidomastoideus führen zu Gesichtsschmerzen, die leicht mit einer Trigeminalneuralgie verwechselt werden können.



► Abb. 9.6



► Abb. 9.7

9.2.2 Osteopathisches Vorgehen

Anamnese

Es treten bei Triggerpunkten in diesem Muskel Gesichtsschmerzen auf, die leicht mit denen einer Trigeminusneuralgie verwechselt werden können, oder Kopfschmerzen.

Akut entstehen Triggerpunkte oft bei Distorsionstraumata der HWS, z. B. bei einem Autounfall oder durch Stürze. Chronische Überlastungen, wie z. B. einseitige Haltungen oder Tätigkeiten (Überkopparbeiten, Telefonieren mit „eingeklemmtem“ Telefonhörer, lang anhaltende einseitige Rotation des Kopfes bei der Bildschirmarbeit), sind ebenfalls nicht selten.

Befund

Schmerzprovokation durch Kompression des Triggerpunkts. Als Steigerung kann man dies bei gleichzeitiger Dehnung des Muskels wiederholen. Ist der Schmerzzustand sehr akut, genügt auch schon die Dehnung des Muskels als Provokation.

Test und Technik

Dehnung und Kompressionspalpation des Triggerpunkts (► Abb. 9.8)

Differenzialdiagnostische Hinweise

Bei Gesichtsschmerzen, die auch von einem Ast des N. trigeminus ausgelöst sein können, empfiehlt sich eine weitergehende Diagnostik.

Assoziierte innere Organe

- Leber
- Gallenblase
- Magen

Technik



► **Abb. 9.8** Einstellung des Kopfes in kontralateraler Seitneigung zur Vordehnung des Muskels und Querdehnung zur Behandlung.

9.3

M. masseter

▶ Abb. 9.9

Anatomische Zeichnung ▶ Abb. 16.3, ▶ S. 427

9.3.1 Anatomie und Schmerzausstrahlung**Ursprung**

- vordere zwei Drittel des Arcus zygomaticus
- Proc. zygomaticus maxillae

Ansatz

- Außenfläche des Angulus mandibulae
- unterer Abschnitt des Ramus mandibulae

Funktion

Anheben des Unterkiefers (Mundschluss)

Innervation

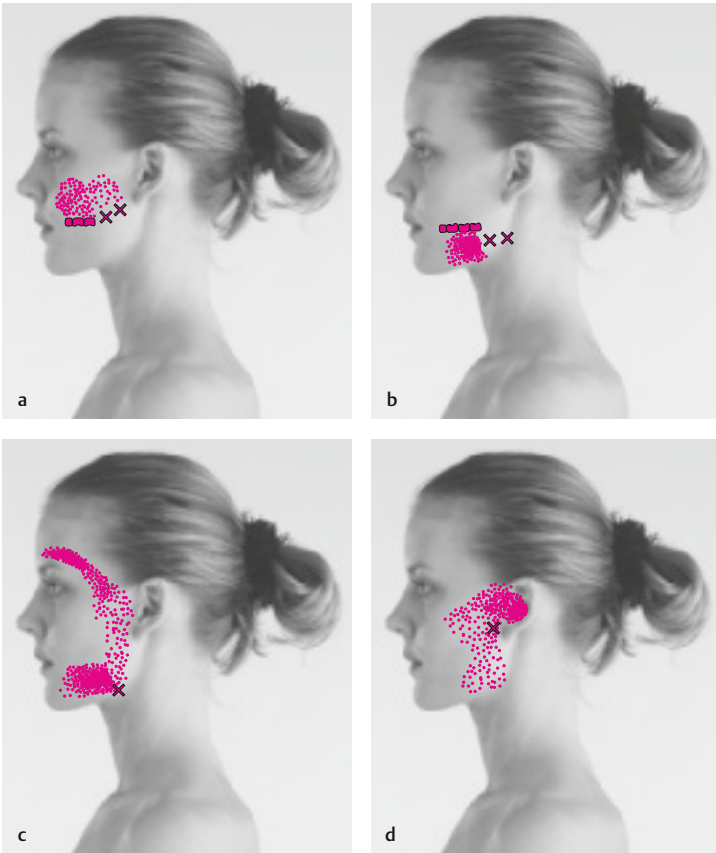
N. mandibularis (aus N. trigeminus)

Lage der Triggerpunkte

Triggerpunkte findet man über den gesamten Muskel verteilt.

Schmerzausstrahlung

- Maxilla und obere Molaren
- Mandibula und untere Molaren
- von der Schläfe bis über die Augenbrauen
- Kiefergelenk
- äußerer Gehörgang



► Abb. 9.9a–d

9.3.2 Osteopathisches Vorgehen

Anamnese

Chronische Überlastungen stehen hier im Vordergrund. Sie entstehen durch dauerhaftes „Zähnezusammenbeißen“ bei Tag und besonders auch in der Nacht. Eine psychosomatische Komponente ist regelmäßig zu beobachten. Unsere Umgangssprache gibt schon Hinweise auf diesen Zusammenhang: sich durchbeißen, die Zähne zusammenbeißen, er/sie hat Biss ...

Häufig haben die Patienten auch schon eine Versorgung mit einer Aufbisschiene für die Nacht und sind als „Knirscher“ bekannt.

Okklusionsstörungen aller Arten können ebenfalls zu chronischen Überlastungen führen.

Befund

Schmerzprovokation durch Kompression des Triggerpunkts.

Test und Technik

Kompressionspalpation (► Abb. 9.10)

Differenzialdiagnostische Hinweise

Ein starkes Zusammenbeißen der Zähne führt zu einer Muskelanspannung im gesamten Körper, sodass Überlastungen an Muskeln oder Gelenken an ganz anderen Körperstellen auftreten können, z. B. im Bereich der HWS oder dem lumbosakralen Übergang. Bei therapieresistenten Schmerzen am Bewegungsapparat sollte man sich die Kaumuskulatur einmal näher anschauen.

Hinweise

Manchmal verursachen Triggerpunkte des M. masseter einen Tinnitus.

Technik



► **Abb. 9.10** Behandlung des Muskels mit Inhibition und tiefer Friktionsmassage.