

physio**praxis**

DAS FACHMAGAZIN FÜR PHYSIOTHERAPIE

6
Jun
15
v

Lese-
probe

DIE HÖLLE AUF ZWEI RÄDERN

Race Across America

PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE BEI RHEUMA

Optimisten haben's leichter

BEOBACHTEN IN DER PHYSIOTHERAPIE

Auf Spurensuche

NICHT ALLES IST RECHTENS

10 Antworten zum Arbeitsvertrag

Mit **physiopraxis.**
refresher

Ventrale
Schulter-
instabilität



Zwischen Okziput und Atlas

HANDS-ON: MOBILISATION DER OBEREN HWS Bewegungseinschränkungen im Segment C0/C1 können gleichermaßen Beschwerden an der HWS und im Kopf auslösen. In Wort, Bild und Videoclip demonstriert Ronny Petzold, wie man C0 gegenüber C1 in Flexion mobilisieren kann.

D Der kraniozervikale Übergang setzt sich aus einem Teil des Schädels (Okziput) und den oberen beiden Segmenten der Halswirbelsäule zusammen [2]. Aus biomechanischer Sicht spricht man von einer Übergangsregion. Dabei treffen die beweglichen Halswirbel (Atlas und Axis) auf die verhältnismäßig starren Suturen des Schädels [4]. Die spezielle Form von Atlas und Axis, das Fehlen der Bandscheibe sowie der ausgeprägte Bandapparat sind die größten Unterschiede zur restlichen Wirbelsäule. Der Bereich spielt für die Funktionen des gesamten Körpers eine entscheidende Rolle. Eine wichtige Aufgabe ist es unter anderem, die Position des Kopfes mit seinen Sinnesorganen im Schwerelot parallel zum Horizont zu halten [3].

Funktionsstörungen im kraniozervikalen Übergang sind häufig für Symptome im oberen Nacken sowie in der Kopf- und Gesichtsregion verantwortlich oder tragen zu diesen bei. Beispiele für Symptomkomplexe, bei denen die hochzervikale Region häufig beteiligt ist:

- > zervikogene Kopfschmerzen
- > Spannungskopfschmerzen
- > Migräne
- > Schwindel
- > kranio-mandibuläre Dysfunktionen
- > Tinnitus
- > unspezifische Gesichtsschmerzen

Die Entscheidung, mit welcher Technik und in welcher Progression man die obere HWS in Flexion mobilisiert, ist von den in der Anamnese und körperlichen Untersuchung identifizierten Symptomen/Funktionsstörungen und den Wiederbefunden während einer Behandlung beziehungsweise Behandlungsserie abhängig. Dieses Prozedere unterliegt dem ständigen Prozess des Clinical Reasoning.

Berichtet der Patient in der Anamnese von zentralnervösen/neurovegetativen Symptomen, etwa Schwindel, Übelkeit, Seh-, Hör-, Schluck- oder Sprechstörungen, sollte der Therapeut vor der weiteren Untersuchung und Behandlung die Stabilität und die Durchblutungssituation der oberen Halswirbelsäule mittels der gängigen Tests (zum Beispiel Sharp Purser und De Kleyn) prüfen [3]. Im Zweifel empfiehlt es sich, auf eine manuelle Intervention zu verzichten und den Patienten zur weiteren Abklärung zum Arzt zurückzuüberweisen.

Gibt es in der Anamnese und körperlichen Untersuchung Hinweise auf Funktionsstörungen der oberen HWS, die in Zusammenhang mit den Symptomen des Patienten stehen könnten, oder sind Schmerzen reproduzierbar, kann die Behandlung beginnen. Indiziert ist die Mobilisation, um Schmerzen zu reduzieren, das Roll-Gleit-Verhalten zwischen C0 und C1 zu verbessern, die subokzipitale Muskulatur zu entspannen und den Stoffwechsel im Gelenk anzuregen. Zwei effektive Techniken sind die Mobilisation mit Weichteiltechnik und das Funktionsgleiten C0/C1 in Flexion. *Ronny Petzold*

📖 **Literaturverzeichnis unter www.thieme-connect.de/ejournals/toc/physiopraxis > „Ausgabe 6/2012“**



Ronny Petzold ist seit 2003 Physiotherapeut und arbeitet in Chemnitz im atr – Ambulantes Therapiezentrum am Stadtpark. Seit seinem Abschluss der OMT-Ausbildung bei der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie (DGOMT) im Jahr 2007 ist er Lehrassistent für Manuelle Therapie und Clinical Mentor für OMT im Kaltenborn-Evjenth-Konzept der DGOMT.



Mobilisation von C0 in Flexion – Weichteiltechnik

- > **ASTE:** Der Patient liegt auf dem Rücken, sein Kopf ragt so weit über die obere Bankkante hinaus, dass C1 am oberen Ende der Bank positioniert ist. Der Therapeut steht am Kopfteil der Bank.
- > **Griff:** Der Therapeut umfasst mit seiner rechten Hand das Okziput, sein Unterarm unterstützt dabei den Kopf des Patienten. Mit der rechten Schulter nimmt der Therapeut Kontakt mit der Stirn des Patienten auf. Die linke Therapeutenhand liegt parallel zum Atlas auf der Kleinfingerseite auf, die Finger zeigen nach rechts. Der Atlas liegt auf der Zeigefingerkante der linken Hand, wodurch er von dorsal gestützt wird [1].
- > **Mobilisation:** Die Technik beginnt in einer leichten Extensionsposition von C0. Der Therapeut appliziert über einen leichten Zug mit der rechten Hand und einer gleichzeitig bodenwärts gerichteten Bewegung seiner rechten Schulter einen hochzervikalen Flexionsimpuls. Die Rotationsachse liegt somit im äußeren Gehörgang.
- > **Anspannung (durch den Patienten):** Der Patient erhält den Auftrag, die vom Therapeuten initiierte Bewegung nicht zuzulassen. Nach einer kurzen Anspannungsphase lässt er locker, dabei sollte das subokzipitale Gewebe etwas nachgeben. Dann bewegt der Therapeut den Kopf im Atlantookzipitalgelenk weiter in Flexion. Dabei bleibt die Rotationsachse im Raum stabil. Ist nach mehrmaligem Anspannen-Entspannen-Weiterbewegen das momentane Bewegungsende erreicht, spannt der Patient noch die tiefen Nackenflexoren über eine statische Flexion der HWS für einige Sekunden an, um die subokzipitale Muskulatur noch weiter zu entspannen [1].
- > **Tipp:** Liegt eine artikuläre Einschränkung vor, kann die Technik auch als translatorische Gelenktechnik eingesetzt werden. Dabei stellt der Therapeut C0 am aktuellen Bewegungsende in Flexion ein und appliziert dann über seine Schulter ein Dorsalgleiten von C0 auf C1.



Funktionsgleiten von C0 in Flexion

- > **ASTE:** siehe Weichteiltechnik
- > **Griff:** siehe Weichteiltechnik. Dann bewegt der Therapeut den Kopf des Patienten und damit C0 über seinen Rumpf in Seitneigung nach rechts (Drehachse: Nasenspitze des Patienten) und Rotation nach links. Durch die gekoppelte Vorpositionierung von C0 steht die linke Okziputkondyle leicht dorsal. So wird in diesem Fall betont die linke Seite mobilisiert [3].
- > **Mobilisation:** Der Therapeut bewegt seinen Körper zusammen mit dem Kopf des Patienten im Atlantookzipitalgelenk in einer möglichst großen Bewegungsamplitude passiv-assistiv oder aktiv in Flexion. Auch hier ist wieder darauf zu achten, dass die Bewegung um die Flexions-/Extensionsachse von C0 stattfindet. Während der Bewegung initiiert der Therapeut über seine Schulter einen Schub nach dorsal und produziert damit zusätzlich ein Dorsalgleiten zwischen Okziput und Atlas.
- > **Tipp:** Das assistive/aktive Funktionsgleiten integriert das aktive System in die Bewegung und dient dem „Erhalt“ des neu gewonnenen Bewegungsausmaßes nach einer Entspannungs- oder translatorischen Technik.

+



ZU GEWINNEN

HWS-Modell mit Schädel

Wir verlosen einen vierteiligen Klassik-Schädel auf einer Halswirbelsäule der Firma 3B Scientific (www.3bscientific.de). Wer gewinnen möchte, klickt bis zum 19.7.2012 unter www.thieme.de/physioonline > „physiopraxis-exklusiv“ > „Gewinnspiel“ auf „Hands-on“.



ZUSATZINFO

Techniken im Videoclip

Unter www.thieme-connect.de/ejournals/toc/physiopraxis zeigt Ronny Petzold die beiden Techniken im Videoclip. Die QR-Codes führen Sie direkt zu den Clips.



Mobilisation mit Weichteiltechnik



Funktionsgleiten

Kostenlose Apps für Smartphones und Tablet-PCs, die QR-Codes lesen können, sind zum Beispiel i-Nigma und Kaywa (beide im Apple Store erhältlich) sowie barcoo (im Apple Store sowie für Android im Play Store erhältlich).

Infos zur physiopraxis:
www.thieme.de/physiopraxis