

## 2 Kopfschmerzen

### 2.1 Einleitung

Der Kopfschmerz ist neben Rückenschmerzen aus meiner Erfahrung die am häufigsten angegebene Beeinträchtigung von Patienten in der osteopathischen Praxis. Insbesondere Frauen leiden darunter.

Laut einer im Jahr 2013 veröffentlichten Studie im <https://thejournalofheadacheandpain.springeropen.com/> (Stand 12.02.2018) kennen ca. zwei Drittel der deutschen Bevölkerung den Kopfschmerz. Der Medizin sind ca. 250 Arten von Kopfschmerz bekannt.

### 2.2 Fakten

#### 2.2.1 Definition

Laut Definition werden als Kopfschmerz alle Schmerzempfindungen im Bereich des Kopfes bezeichnet. Sie gehen von einer Reizung der schmerzempfindlichen Strukturen aus: des knöchernen Schädels, der Hirnhäute, der Blutgefäße, Hirnnerven und obersten Spinalnerven.

#### 2.2.2 Symptome

Die Symptome sind Schmerzen vielfältigsten Charakters, die den verschiedenen Kopfschmerzarten teils spezifisch zuzuordnen sind. Neben dem Charakter und der Intensität fließen Lokalität, Häufigkeit und Dauer, das Auftreten nach einem bestimmten Muster und der Zusammenhang mit anderen Symptomen sowie Begleiterscheinungen und Begleitumstände in die Beschreibung ein.

Die IHS Classification ICHD-II ([www.ihs-klassifikation.de/de/](http://www.ihs-klassifikation.de/de/), Stand 12.02.2018) unterscheidet zwischen primären und sekundären sowie kranialen Neuralgien, zentralem und primärem Gesichtsschmerz und anderen Kopfschmerzen, wobei den genannten Erkrankungsformen wiederum diverse Subtypen zugeordnet sind.

#### Primäre Kopfschmerzerkrankungen

- Migräne
- Kopfschmerz vom Spannungstyp
- Clusterkopfschmerz und andere trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen
- andere primäre Kopfschmerzen

#### Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen

- Kopfschmerz zurückzuführen auf ein Kopf- und/oder Halswirbelsäulentrauma
- Kopfschmerz zurückzuführen auf Gefäßstörungen im Bereich des Kopfes oder des Halses
- Kopfschmerz zurückzuführen auf nicht-vaskuläre intrakraniale Störungen
- Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Substanz oder deren Entzug
- Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Infektion
- Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Störung der Homöostase
- Kopf- oder Gesichtsschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen
- Kopfschmerz zurückzuführen auf psychiatrische Störungen

#### Kraniale Neuralgien und andere Kopfschmerzen

- kraniale Neuralgien und zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen
- andere Kopfschmerzen, kraniale Neuralgien, zentrale oder primäre Gesichtsschmerzen

## 2.2.3 Betroffenes Organ

Reizung der genannten Strukturen mit entsprechender Schmerzsymptomatik:

- Schädel mit Schädelknochen und Periost
- Hirnhäute
- Blutgefäße und Nerven

## 2.2.4 Wichtige Differenzialdiagnosen mit ähnlicher Symptomatik

Die Differenzialdiagnosen des Kopfschmerzes sind mit der IHS-Klassifikation weitgehend abgedeckt.

Die nähere Betrachtung all der verschiedenen Kopfschmerzentitäten mit ihren Unterordnungen würde so umfassend werden, dass es den Rahmen des Kapitels bei Weitem sprengen würde. Obwohl der osteopathische Denk- und Behandlungsansatz bei einer Vielzahl der aufgeführten Kopfschmerzarten als hilfreich, teilweise auch als Erfolg versprechend anzubringen ist, habe ich mich entschlossen, in diesem Kapitel ein Fallbeispiel aus der Praxis zu beleuchten.

Diesem Fallbeispiel möchte ich grundsätzlich voranstellen, dass jeder neu auftretende Kopfschmerz, falls kein triftiger Grund dafür vorliegt (z. B. eine Erkrankung oder vorangegangener übermäßiger Genussmittelkonsum) der ärztlichen Abklärung bedarf. Erst wenn durch die möglichen medizinischen und bildgebenden Verfahren alle Kontraindikationen für eine osteopathische Behandlung ausgeschlossen sind und eine schulmedizinische ärztliche Behandlung entweder **nicht** indiziert ist oder aber keine Abhilfe verschafft, sollte nach gründlicher Abwägung osteopathisch behandelt werden.

## 2.3 Fallbeispiel

Frau B., 71 Jahre alt, groß und schlank und von gepflegtem Äußeren, kommt als schulmedizinisch austherapierte Kopfschmerz-

patientin auf Empfehlung ihres Neurologen erstmalig in meine Praxis. Die vollumfängliche Diagnostik mit mehrmaliger Bildgebung und Labor bleibt ohne Befund. Die Patientin plagt seit 8 Jahren Kopfschmerzen, seit 3 Jahren täglich und vor allem nachts. Sie wacht nachts von den Schmerzen immer wieder auf, was eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität bedeutet, da ihr der erholsame Schlaf fehlt.

Begonnen haben die Kopfschmerzen, die sie bis dato überhaupt nicht kannte, im Winterhalbjahr vor 8 Jahren an einem Tag, an dem sie unerwartet für längere Zeit stark frierend im Freien sein musste. Einen anderen Auslöser oder eine weitere Besonderheit im Vorfeld des ersten Auftretens kann sie nicht erinnern. Frau B. beschreibt den Schmerz als „wandernd im Kopf“ und „irgendwie rieselnd an unterschiedlichen Stellen, manchmal aufsteigend aus dem Nacken“. Dabei deutet die Patientin auf die rechte Seite. Zu Beginn habe sie einmalig ein Flimmerskotom von ca. 20 Minuten Dauer erlebt, dem aber kein Kopfschmerz folgte. Gedeutet wurde dieses primäre Ereignis als Aura. Das 3–4-malige folgende Auftreten des Skotoms im Laufe der nächsten beiden Jahre (immer ohne folgenden Schmerz) führte im Zusammenhang mit dem Kopfschmerz zur Diagnose Migräne.

Der Schmerzcharakter wird aktuell als einseitig rechts und pulsierend beschrieben. Er verstärkt sich beim Aufstehen und Hinlegen, beim Aufstehen jedoch nur kurzfristig. Eine kurzzeitige Anstrengung verschlimmere ebenfalls, längere moderate körperliche Bewegung verschaffe im Nachhinein jedoch Linderung. Übelkeit ist der Patientin im Zusammenhang mit dem Schmerz bekannt, Erbrechen aber nicht.

Auf die Frage, was ihr denn helfe, antwortet sie spontan: kaum etwas. Sie versuche es ab und an mit einem pflanzlichen Mittel gegen Unruhe und Schlaflosigkeit oder stehe nachts auf und laufe etwas in der Wohnung umher. Auf die verordneten Triptane möchte sie nicht zugreifen, denn die würden ihren Blutdruck, der seit Jahren

mit Sartanen eingestellt sei, deutlich erhöhen (RR 190/120 mmHg). Die Kopfschmerzen gingen davon ohnehin nicht weg und zusätzlich gehe es ihr aufgrund des erhöhten Blutdrucks noch schlechter. Die nächste medikamentöse Option des behandelnden Arztes wäre die dauerhafte Einnahme von trizyklischen Antidepressiva, was sie aufgrund des großen Leidensdrucks durchaus in Betracht zieht. Sie hat aber mit der Einnahme noch nicht begonnen.

## ► Weitere Beschwerden

- Teilweise heftige Schmerzen und Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich beidseitig, die Bewegung des Kopfes ist eingeschränkt und schmerzhaft.
- Nächtliche Parästhesien der oberen Extremitäten beidseitig und tagsüber in Ruhe; diese verschwinden, wenn sie sich etwas bewegt.
- Sodbrennen, Druckgefühl im Oberbauch, vermehrtes Luftaufstoßen, V. a. Helicobacter pylori nach Atemtest, bisher kein Nachweis geführt.
- Stuhlgang oftmals schwierig, manchmal nur alle 3 Tage möglich, behilft sich ab und an mit Abführtropfen oder Miniklistier, Hämorrhoiden werden bejagt.

## ► Weitere Erkrankungen

- Seit ca. 10 Jahren bekannte arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt mit Sartanen, misst täglich selbst ca. 130/85 mmHg. Im letzten Jahr kam es erneut zu einem Anstieg des Blutdrucks, da die Patientin vermehrt Triptane aufgrund der zunehmenden Kopfschmerzen einnahm, es erfolgte eine erneute Dosisanpassung, gutartige Herzrhythmusstörungen (HRST) (nicht näher bezeichnet) bei zu hohem Blutdruck (vermutlich Extrasystolie), keine Koronare Herzkrankheit (KHK) oder Klappenerkrankungen.
- Hypothyreose, vor ca. 10 Jahren Teilresektion wegen Adenom (linker oberer Lappen)
- z.N. Appendektomie mit ca. 25 Jahren

## 2.3.1 Weitere Befunde der Anamnese

► **Beruf.** Die Patientin ist pensionierte Grundschullehrerin mit viel Leidenschaft für ihren Beruf, der aber auch sehr stressig gewesen sei. Noch heute knirsche sie nachts mit den Zähnen und sei sehr angespannt.

► **Familie.** Die Patientin ist verheiratet, derzeit in Gesprächstherapie wegen Beziehungsproblemen mit ihrem Mann. Die erwachsene Tochter lebt mit ihrer Familie in London. Die Patientin besucht die Tochter oft, musste aufgrund ihrer Kopfschmerzen die letzten beiden Reisen aber absagen, was sie sehr bedauert.

► **Ernährung.** Die Patientin ernährt sich seit Jahren sehr bewusst, hat dabei jedoch kein besonderes Schema, nimmt ausreichend Flüssigkeit zu sich.

► **Sport.** Die Patientin treibt keinen Sport, da Anstrengung die Schmerzen verstärkt; sie geht viel zu Fuß, weil ihr das guttue und sie in Bewegung bleiben möchte.

► **Traumata.** Keine

► **Labor.** Aktuell erhöhte Leberenzyme einhergehend mit der Dosiserhöhung der Sartane. Thyroideastimulierendes Hormon (TSH) und sonstige Werte im Normbereich. Die Patientin gibt an, seit Beginn der Kopfschmerzen keinen Alkohol mehr zu trinken. Dadurch normalisierten sich vormals erhöhte Leberwerte, die demnach auf einen übermäßigen täglichen Weinkonsum am Abend nach der Arbeit zurückzuführen waren.

## ► Medikamente

- L-Tyrox 50 Mikrogramm
- Candesartan 16 mg

## 2.3.2 Auffälligkeiten im Befund

- sehr rigider Schultergürtel und Thorax mit Druckdolenz über den Sternokostalgelenken
- beidseitig innenrotierte Klavikula
- Brustwirbelsäule (BWS) sowie Rippengelenke in der Beweglichkeit deutlich eingeschränkt
- schmerzhafter Hartspann und diverse aktive Triggerpunkte der Trapezii und Scalenii, Rotatorenmanschette, Thoraxmuskulatur
- verstrichene Fossae supraclavicularis
- untere Thoraxapertur ebenfalls sehr rigide
- schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des zervikothorakalen Übergangs (CTÜ) und der Halswirbelsäule (HWS) in alle Richtungen
- Kompression C0/C1 bilateral
- Flexions-/Rotationsdysfunktion C3/4
- schmerzhaft hartgespannte kurze Nackenmuskeln, reagieren mit Kontraktionen auf Berührung sowie ventrale supra- und infrahyoideale Muskulatur und M. sternocleidomastoideus (SCOM) beidseitig
- diverse aktive Triggerpunkte
- diskreter Verzug des Hyoid nach dorsal
- Narbenfestigkeit nach Teilresektion der Thyroidea
- stark unangenehm berührungsempfindlicher Schädel/Kopfhaut, insbesondere occipital und parietal
- beide Mm. masseter druckdolent, Articulatio temporomandibularis (ATM) beidseitig unauffällig
- Patientin fällt es schwer, den Kopf abzuliegen
- im Stehen, Sitzen und Liegen gestaute Halsvenen, links mehr als rechts
- druckdolenter tastbarer Leberrand
- Druckdolenz Epigastrium und Pylorus
- Magen in der Perkussion hochtypanisch
- Zäkum und Colon descendens/Sigmoid ebenfalls druckschmerzhaft

- schlecht verschiebliches Dünndarmpaket
- im Stehen vorgewölbter Unterbauch
- aktuell pulsierende Kopfschmerzen rechtsseitig, verstärken sich beim Hinlegen auf die Behandlungsliege
- sonst altersgerechter Befund, RR 125/85 mmHg, HF 68

Die gesamte abdominale Befunderhebung löst Übelkeit aus und verstärkt den Kopfschmerz bei der Patientin, insbesondere die Palpation der Leber und des Epigastriums.

## 2.3.3 Behandlung

Nach Aufforderung, im Liegen tief einzuatmen, zeigt die Patientin ein hochthorakales Atemmuster. Die Bitte, ausschließlich in den Bauch zu atmen, kann sie primär nur mit Anleitung umsetzen. Sie gibt jedoch mit der ersten abdominalen Inspiration Schwindel, Übelkeit und Schwarzwerden vor Augen an, eine Verstärkung des Kopfschmerzes, ebenso Schmerzen retrosternal und an der unteren Thoraxapertur, sodass vorerst auf die intensive Zwerchfellatmung verzichtet wird. Daraufhin verschwinden sowohl die Schmerzen als auch die zentralen Symptome. Der Kopfschmerz schwächt sich wieder etwas ab.

Nun erfolgt unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten die Behandlung der oberen Thoraxapertur vornehmlich im Hinblick auf Verbesserung der zirkulatorischen Verhältnisse. Zum Einsatz kommen myotensive, General-Osteopathic-Treatment-Techniken (GOT-Techniken) sowie Balanced-Membranous-Tension-Technik (BMT-Techniken). Aufgrund der deutlich vegetativen Symptome während Palpation und Atmung ist große Behutsamkeit geboten.

Im weiteren Verlauf wird die Patientin aufgefordert, wieder leicht in den Bauch zu atmen. Stets in Rücksprache mit der Patientin folgt nun die Behandlung des Thorax mit dem Mediastinum und des Zwerchfells. Bereits nach kurzer Zeit zeigt sich die Leber weich und nicht mehr druckdolent. Der Magen reagiert mit peris-