

Jubiläumstagung am 13.12.2003

30 Jahre Ludwig Boltzmann Institut für konservative Orthopädie und Rehabilitation

Der cervikogene Kopfschmerz

F. Gerstenbrand, W. Struhal

Ludwig Boltzmann Institut für Restaurative Neurologie und Neuromodulation, Wien

Bei der vor wenigen Jahren durchgeführter Revision der Terminologie des Kopfschmerzes ist es nur teilweise gelungen in den multidisziplinären Bereich eine klinisch relevante Klassifikation einzubringen. Bei der Neustrukturierung der „headache classification“ ist die Migraine stark in dem Vordergrund gerückt. Die pharmazeutische Industrie könnte dabei mitgewirkt haben.

Wie alle in der Praxis tätigen Neurologen wissen, ist der häufigste Kopfschmerz nicht die Migraine, sondern ein Kopfschmerz mit typischer Symptomatik und begleitenden Beschwerden. Bei der manualtherapeutischen Untersuchung lassen sich Funktionsstörungen der oberen Halswirbelsäule meist auch im übrigen HWS-Bereich, in Form einer Blockierung oder auch einer Hypermobilität feststellen.

Nach MUMENTHALER und SCHLIACK wurde der wirbelsäulenabhängige Kopfschmerz als cervikogener Kopfschmerz dem oberen Cervikalsyndrom zugeordnet. Neben den typischen Kopfschmerzen treten häufig zusätzlich Nackenschmerzen, die Cervikalgie oft mit einem mittleren und unteren Cervikalsyndrom und ein cervikogener Schwindel auf.

Die Schmerzen beim cervikogenen Kopfschmerz sind meist beidseitig vorhanden, sie werden als Druckkopfschmerz geschildert. Die Abgrenzung zum Spannungskopfschmerz ist aus klinischer Sicht nicht oder nur schwer möglich. Eine Abgrenzung zur Occipitalneuralgie ist einfach.

Pathophysiologisch handelt es sich um eine pseudoradikuläre Symptomatik, die durch Stimulation der nocizeptiven Afferenzen im cerviko-occipitalen Übergangsbereich ausgelöst wird und mit Funktionsstörung der Kopfgelenke, muskuläre Funktionsstörungen und auch primär sensiblen Irritationsmechanismen einhergeht.

Es ist bedauerlich, dass die Diagnose des cervikogenen Kopfschmerzes nicht routinemäßig gestellt wird. Vor allem führt der Begriff des sogenannten Spannungskopfschmerzes zu Missverständnissen. Eine eingehende neuroorthopädische Untersuchung und die darauf folgende gezielte Deblockierung mit verschiedenen Techniken kann einen Patienten mitunter von seinen Beschwerden schlagartig befreien.

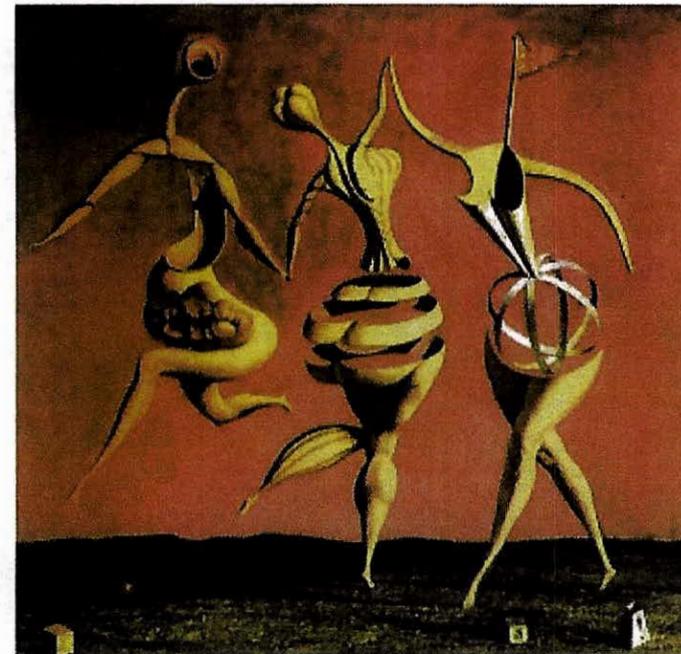
JUBILÄUMSTAGUNG

**30 Jahre Ludwig Boltzmann Institut
für konservative Orthopädie und Rehabilitation
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. H. Tilscher**

**Der Mensch mit seinen Störungen
des Stütz- und Bewegungsapparates
Nicht-operative Aspekte
Die Wissenschaft im Dienste der Praxis**

13. und 14. Dezember 2003

Orthopädisches Spital Wien Speising



R. Hausner

Wissenschaftliches Programm

Vorsitz: Resch H., Tilscher H.

- | | |
|-------|---|
| 09.00 | Resch H.
Osteoporose: Verstehen – Erkennen –
Behandeln |
| 09.15 | Gerstenbrand F.
Der zervikogene Kopfschmerz |
| 09.25 | Tilscher H.
Maximalpunkte, - ihre Bedeutung für die
Diagnose und die Therapie |
| 09.40 | Liertzer H.
Zur Indikationsbreite der therapeutischen Lokal-
anästhesie |
| 09.50 | Keusch R.
Die Lokalthherapie bei Lumbalsyndromen
Ein Vergleich: Nadelung – Infiltration - Sklerosierung |
| 10.00 | Tempelhof S.
Osteopathie und Manuelle Medizin |
| 10.10 | Diskussion |
| 10.25 | Pause |

Wissenschaftliches Programm

Vorsitz: Gerstenbrand F., Grill F.

- | | |
|-------|--|
| 13.00 | Rustler T.
Die Datenerfassung als Grundlage der Evidence
Based Medicine in der konservativen Orthopädie
und Schmerztherapie |
| 13.10 | Vass A.
Die Psyche und die Panalgesie |
| 13.20 | Gerstenbrand F.
Radikuläre und pseudoradikuläre Symptome |
| 13.30 | Hanna M.
Manuelle Medizin im Rahmen der konservativen
Orthopädie |
| 13.40 | Grill F.
Die Bedeutung der Akupunktur für die Orthopädie |
| 13.50 | Roniger I.
Akupunktur und Triggerpunkte |
| 14.00 | Diskussion |
| 14.15 | Pause |