

8.6 Atlaskorrektur

ASTE:

Der Patient liegt in Rückenlage auf der Behandlungsbank, der Therapeut sitzt am Kopfende. Der Therapeut gibt dem Patienten folgenden, wichtigen (!) Hinweis:

„Ich werde gleich Ihren Kopf so positionieren, dass ich den Querfortsatz des ersten Halswirbels maximal spüre, lassen Sie bitte ganz locker. Dann werde ich auf diesen Punkt einen Druck ausüben. Dies löst einen Schmerz aus, der bis an die Schmerzgrenze gehen kann. Versuchen Sie, es solange wie möglich auszuhalten. Wird der Schmerz unerträglich, heben Sie bitte die Hand. Bitte nicht sprechen. In der Regel wird der Schmerz nach 1 bis 3 Minuten deutlich weniger und sollte schließlich ganz nachlassen. Spüre ich unter meinem Finger, dass der Atlas in seine physiologische Position korrigiert ist, werde ich Sie fragen, ob der Schmerz weg ist. Ein leichtes Druckgefühl bleibt. Dann können Sie sprechen. Hat der Schmerz noch nicht ganz nachgelassen, warte ich, bis Sie mir sagen, dass er ganz weg ist.“

8.6.1 Durchführung der Behandlung

Bei einer Atlasfehlstellung Shift-Situation auf der einen Seite und Rotationsfehlstellung ventral auf der kontralateralen Seite wird immer erst die Shift-Situation aufgehoben. Danach erfolgt die Korrektur der rotatorischen Fehlstellung, falls eine vorhanden ist.

Beispiel 1 hier links

Der Therapeut legt die Fingerkuppe seines Korrekturfingers auf den Proc. transversus auf der Seite, zu der der Atlas verschoben ist. Die andere Hand liegt am Kopf der Gegenseite, die

Finger am Okziput (Abb. 8.20 und 8.21). Der Therapeut führt eine Translation zur homolateralen Seite (Shiftseite) (Abb. 8.22) durch. Dabei widerlagert er mit seinen Handballen im Schläfenbereich so, dass es nicht zu einer Seitneigung kommt, der Korrekturfinger bleibt dabei auf dem Proc. transversus.

Darstellung der Handhaltung am Schädel (Abb. 8.23).

Dann wird der Kopf in Rotation zur kontralateralen Seite geführt (Abb. 8.24). Der Proc. transversus ist jetzt deutlich unter dem Finger zu spüren.

Mit der Gegenhand kann eine minimale Traktion (Pikkolotraktion) und ggf. Lateralflexion zur Korrekturseite (physiologische Bewegung) für C0-C1 durchgeführt werden (Abb. 8.25). Darstellung der Handhaltung am Schädel (Abb. 8.26). Der Therapeut gibt jetzt relativ hohen Druck mit dem Mittelfinger (durchaus bis an die Schmerzbarriere) auf den Proc. transversus (Abb. 8.27). Nach einer kurzen Zeit, wie zuvor dem Patienten beschrieben, spürt der Therapeut, wie der Druck unter dem Finger nachlässt. Solange Druck ausüben, bis der Proc. transversus unter dem Finger kaum noch spürbar ist.

Fingerhaltung am Atlas / Darstellung am Skelett (Abb. 8.28).

Dann wird der Patient gefragt: „Ist der Schmerz jetzt weg?“ Ist der Schmerz noch nicht ganz weg, wartet der Therapeut solange, bis der Patient Schmerzfreiheit signalisiert. Anschließend wird die Halswirbelsäule mit gehaltenem Finger am Proc. transversus aus der Rotation in die Mittelposition zurückgebracht. Danach wird zur homolateralen Seite eine maximale Lateralflexion der gesamten Halswirbelsäule durchgeführt,



Abb. 8.20: Fingerhaltung am Proc. transversus auf der Shiftseite.



Abb. 8.21: Hand- und Armhaltung am Kopf.



Abb. 8.22: Translation zur Korrekturseite.



Abb. 8.23: Handhaltung / Darstellung am Schädel.



Abb. 8.24: Rotation entgegengesetzt der Korrekturseite.



Abb. 8.25: Pikkolotraktion am Okziput.



Abb. 8.26: Handhaltung am Okziput / Darstellung am Schädel.



Abb. 8.27: Atlaskorrektur durch Druck auf den Proc. transversus.



Abb. 8.28: Atlaskorrektur / Darstellung am Skelett.

wobei der Therapeut mit seinem Korrekturfinger am Proc. transversus widerlagert. Der Ablauf wird 3 bis 4 Mal wiederholt (Abb. 8.29).

Danach wird erneut ein Beweglichkeitstest für C0-C1 in 0-Stellung und bei Inklination durchgeführt, ebenfalls kann die Ohrachse noch einmal überprüft werden (Abb. 8.30).

Beispiel 2

Shift rechts und Rotation rechts ventral

Hat der Test für C0–C1 sowohl eine Shift-Situation als auch eine Rotationskomponente in Inklination zur selben Zeit ergeben, wird bei einer Korrektur der Korrekturfinger zunächst mehr ventral am Proc. transversus angesetzt (Abb. 8.31). Ist die Bewegung des Atlas zu spüren, wird der Druck langsam bis in die Frontalebene gehalten, bis auch die Shift-Situation aufgehoben ist (Abb. 8.32). Damit wird sowohl die Shift-Situation als auch die Rotationsfehlstellung mit einem Korrekturvorgang aufgehoben.

Beispiel 3

Shift links und Rotation rechts ventral

Hat der Test für C0–C1 eine Shift-Situation nach links und eine Rotationskomponente in Inklination zur Gegenseite ergeben, wird zunächst die Shift-Situation aufgehoben (hier links) (Abb. 8.33). Danach erfolgt die Korrektur der Rotationsfehlstellung (hier rechts) (Abb. 8.34). Durch das Korrigieren der rotatorischen Komponente wird der Atlas ggf. wieder leicht in eine Shift-Situation zur Gegenseite verlagert. Ist dies der Fall, wird entsprechend der beschriebenen Technik nachkorrigiert, wobei der Korrekturfinger leicht dorsal am Proc. transversus angesetzt wird (Abb. 8.35).

Hinweis:

Nach jeder Korrektur wird der Beweglichkeitstest sowohl für die Shift-Situation als auch für die Rotationskomponente wiederholt.

Praxistipp:

Bei Kindern, sehr schmerzempfindlichen Patienten oder Nachkorrektur empfiehlt es sich, einen kleinen kinesiologischen Tapestreifen im Bereich des Proc. transversus auf der Korrekturseite anzulegen (Abb. 8.36). Dadurch wird die Druckdolenz reduziert.

Besondere Vorkommnisse bei der Atlaskorrektur:

- Schwindel in Rückenlage, wenn der Patient den Kopf nicht ablegen kann
- auftretende Übelkeit während der Korrektur
- auftretender Hustenreiz während der Korrektur

Durch Versuche, die Ausgangsstellung bei der Atlaskorrektur zu verändern, kam es bei allen auftretenden Symptomatikern zu folgendem Ergebnis:

Zunächst wird die Halswirbelsäule in Flexion eingestellt (Abb. 8.37), dann in Rotation entgegengesetzt der Korrekturseite (Abb. 8.38), in dieser Position erfolgt die Korrektur. Diese Vorgehensweise hat sich auch bei Patienten bewährt, bei denen eine vorherige Atlaskorrektur nur schwer möglich war.

Hinweis:

Bei der Korrektur in dieser beschriebenen Ausgangsstellung wird die Körperhaltung für den Therapeuten deutlich schwieriger, da er in gebeugter Haltung stehen muss (Abb. 8.39). Ebenfalls kann es zu einem Reiz auf den N. trigeminus kommen. Daher ist im Regelfall die Korrektur in der zunächst beschriebenen Ausgangsstellung zu bevorzugen.



Abb. 8.29: Nach der Korrektur max. Lateralflexion zur Korrekturseite, 3 bis 4 Mal mit Widerlagerung des Korrekturfingers am Proc. transversus.

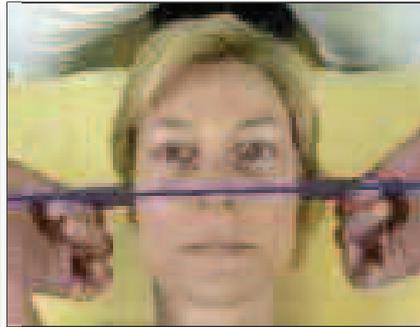


Abb. 8.30: Überprüfen der Ohrachse.



Abb. 8.31: Shift rechts und Rotation rechts ventral / Finger leicht ventral vom Proc. transversus . . .



Abb. 8.32: . . . dann in Frontalebene.



Abb. 8.33: Korrektur Shift links . . .



Abb. 8.34: . . . dann Korrektur rechts ventral.



Abb. 8.35: Nach Korrektur der Shiftsituation. Finger leicht dorsal am Proc. transversus.

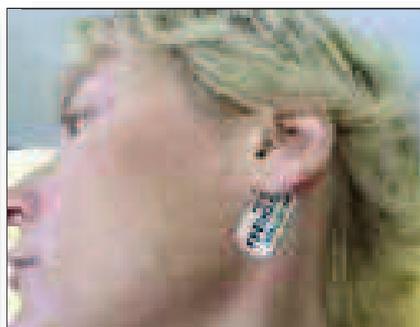


Abb. 8.36: Durch kinesiologischen Tape streifen auf den Proc. transversus vom Atlas wird die Druckdolenz reduziert.

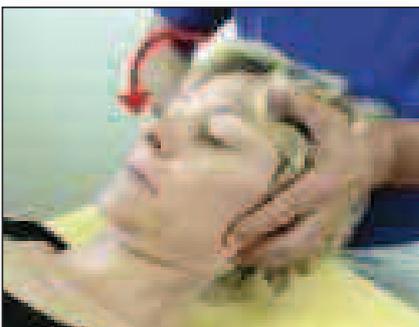


Abb. 8.37: Zunächst Flexion der HWS . . .



Abb. 8.38: . . . dann Rotation.



Abb. 8.39: Ausgangsstellung des Therapeuten.

Besondere Vorkommnisse nach einer Atlaskorrektur:

Durch den vom Therapeuten ausgeführten Druck bei der Atlaskorrektur kann es zu einem Taubheitsgefühl in der Kopfhaut, hinter dem Ohr sowie in der Haut auf der Rückseite der Ohrmuschel kommen. (Versorgungsgebiet des N. occipitalis minor aus dem Plexus cervicalis, Ramus ventralis von C2). Dieses Taubheitsgefühl verschwindet in der Regel nach 3 bis 4 Tagen.

Praxistipp:

Gab es beim Test BSV ein positives Ergebnis, sollte in jedem Fall der Atlas aus seiner Fehlstel-

lung korrigiert werden. Dabei wird die Rotation so weit eingestellt, wie die Schmerzsituation es zulässt.

Beachte:

Eine Korrektur mit dem Daumen ist nicht möglich, da damit die Bewegung des Atlas nicht genau spürbar und nachvollziehbar ist. Eine Korrektur mit der Hand ist zu ungenau und bei einer Rotationskomponente gar nicht möglich.

8.7 Release-Technik

Der Kopf des Patienten liegt mit dem Hinterhaupt auf den Händen des Therapeuten, die Finger liegen unterhalb der Schädelbasis im Bereich C0-C1, der Patient soll sich ganz entspannen. Dann führt der Therapeut eine ca. 2 bis 3 Minuten dauernde sanfte Traktion (Pikkolotraktion) durch. Dies darf beim Patienten keinen Schmerz auslösen, da durch die aufgestellten Finger der Atlas ggf. nach ventral geschoben wird und damit der Dens axis auf die Membrana tectoria drücken kann (Abb. 8.40 und 8.41).

Eine Intensivierung der Release-Technik wird durch die Blickwendetechnik erreicht. Dabei wird der Patient aufgefordert, mit den Augen zunächst nach kranial (zum Therapeuten), dann in Richtung Füße zu schauen; es darf dabei keine Kopfbewegung erfolgen (Abb. 8.42 und 8.43).

Hinweis:

Eine mögliche Insuffizienz des Lig. transversum atlantis beachten! Kommt es bei der Technik zum Nystagmus, werden die Endglieder der Finger mehr nach kranial eingestellt.

Der Patient soll zum Abschluss den Kopf mit dem Kinn zum Brustbein (Inklination) ziehen (Abb. 8.44).

Um eine Bewegungsverbesserung im Vergleich zum Zustand vor der Atlaskorrektur festzustellen, führt der Therapeut beidseitig zunächst wieder eine Lateralflexion und dann eine Rotation durch und beurteilt das Bewegungsausmaß im Seitenvergleich erneut (Abb. 8.45 und 8.46).

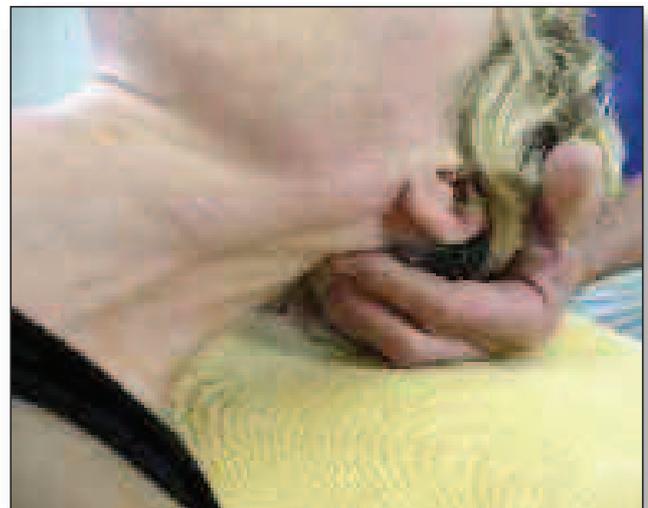


Abb. 8.40: Release-Technik für C0-C1.