



Primäre und sekundäre Kopfschmerzen

Eine Initiative der **DMKG** Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Ein diagnostischer und therapeutischer Praxisleitfaden

- Kennen Sie Kopfschmerzen bzw. haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen? Wenn ja, haben sich diese im Vergleich zu früher verändert?
- Welche Intensität (auf einer Skala von 0 bis 10) und welchen Charakter (hinsichtlich Art, Dauer und Lokalisation) hat Ihr Kopfschmerz?
- Wie hat der Kopfschmerz begonnen?
- Gab es bestimmte Auslöser oder ein Trauma?
- Bestehen weitere Symptome?
- Gibt es etwas, das die Kopfschmerzen verbessert?
- Haben Sie andere Erkrankungen?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (oder illegale Substanzen) ein?
- Gibt es in der Familie Kopfschmerzen (Familienanamnese)?

Achten Sie auf die Red Flags! Zuverlässig den Notfall!

Red Flags nach SNOOP-Kriterien

Die SNOOP-Kriterien sind eine Checkliste von Warnsignalen, um potenziell gefährliche Ursachen von Kopfschmerzen zu identifizieren. Bei Vorliegen von SNOOP-Kriterien sollte ein sekundärer Kopfschmerz ausgeschlossen werden.

S	Systemische Symptome	Z. B. Fieber, Sepsis, Gerinnungsstörungen
N	Neurologische Symptome	Z. B. fokal-neurologische Defizite, qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen, Meningismus, Sehstörungen/Visusverlust
O	Onset (Beginn)	Akuter Beginn mit Schmerzmaximum nach Sekunden (Vernichtungskopfschmerz), progredienter Kopfschmerz
O	Old (Alter)	Erstmaliges Auftreten oder veränderte Symptomatik nach dem 50. Lebensjahr
P	Previous (Vorgeschichte)	Maligne Grunderkrankungen, Immundefekte (z. B. HIV-Infektion), Schwangerschaft, Postnataleperiode, Thrombose-/Blutungsneigung, Medikamenten- bzw. Drogeneinnahme, Kopfschmerz ist in dieser Form nicht aus der Vorgeschichte bekannt

Quelle: Förderreuther S. et al. Kopfschmerzen in der Notaufnahme, Neurologie up2date 2020; 3:12–20

Der akute Notfall

Symptom	Differenzialdiagnosen
Plötzlicher Beginn der Kopfschmerzen, maximale Intensität in wenigen Sekunden	Subarachnoidalblutung (SAB), reversibles cerebrales Vasokonstriktionssyndrom (RCVS)
Kopfschmerzen mit Fieber und/oder Meningismus	Meningitis, Enzephalitis, Hirnabszess, SAB
Kopfschmerzen mit neurologischen Symptomen	Hirnblutung, Sinusvenenthrombose, arterielle Dissektion, ischämischer Schlaganfall, Malignom
Kopfschmerzen in Kombination mit gerötetem Auge, verhärtetem Augapfel und/oder weiter, lichtstarrer Pupille	Glaukom

Sekundäre Kopfschmerzen

Typische Warnsymptome und deren Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnosen	Typische Symptome	Diagnostik
Progredienter Kopfschmerz		
Zerebrale Sinus-/Venen-thrombose	• Progredienter Kopfschmerz • Epileptischer Anfall • Vigilanzstörung • Fokal-neurologisches Defizit	Bildgebung mit Gefäß-darstellung
Donnerschlagkopfschmerz		
Subarachnoidalblutung	• (Per-)akuter Kopfschmerz • Nackensteifigkeit • Vigilanzminderung	Bildgebung, ggf. Liquordiagnostik
Reversibles cerebrales Vasokonstriktionssyndrom (RCVS)	• Wiederkehrender Vernichtungs-kopfschmerz • 1–3 h Dauer	Bildgebung mit Gefäßdarstellung, ggf. Liquordiagnostik, Anamnese: typ. Auslöser erfragen (z. B. Medikamente, Drogen, belastendes Ereignis)
Fieber		
Meningitis	• Rasch zunehmende Kopfschmerzen • Nackensteifigkeit • Vigilanzminderung • Lichtempfindlichkeit	Liquordiagnostik, Bildgebung, Labordiagnostik
Enzephalitis	• Rasch zunehmende Kopfschmerzen • Wesensänderung • Vigilanzminderung • Epileptische Anfälle	Liquordiagnostik, Bildgebung
Meningismus		
Meningitis	S. o.	S. o.
Subarachnoidalblutung	S. o.	S. o.
Beginn nach dem 50. Lebensjahr		
Riesenzellarteriitis	• Neu aufgetretene zunehmende Kopfschmerzen temporal, hemikranial, ggf. prominente A. temporalis • Kauschmerz • Abgeschlagenheit, Fieber, Gewichtsverlust • Polymyalgia rheumatica	Entzündungsparameter mit BSG, Duplexsonografie, spezielle Bildgebung (MRT mit Black-blood-Sequenz, PET), ggf. Biopsie
Fokal-neurologisches Defizit		
Zerebrale Blutung, Hirnabszess	Neurologische Symptome je nach Lokalisation der intrazerebralen Pathologie	Bildgebung, ggf. mit Gefäßdarstellung
Wesensänderung		
Enzephalitis	S. o.	Bildgebung, Liquordiagnostik

Alle o. g. Differenzialdiagnosen müssen umgehend eingeordnet und behandelt werden.

Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch

Kopfschmerz, zurückzuführen auf einen Medikamentenübergebrauch, ist eine sekundäre Kopfschmerzkrankung, bei der primäre Kopfschmerzen durch zu häufige Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln chronifizieren. Häufig sind Personen mit Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp betroffen.

Diagnosekriterien:

- A** Kopfschmerz an ≥ 15 Tagen/Monat bei einem Patienten mit vorbestehender Kopfschmerzkrankung
- B** Regelmäßiger Übergebrauch für > 3 Monate eines oder mehrerer Medikamente, die zur Akuttherapie der symptomatischen Behandlung von Kopfschmerzen eingesetzt werden können
- C** Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose

Als Übergebrauch wird die Einnahme an mindestens 10 Tagen/Monat (Triplane, Ergotamine, Opioide, Kombinationsanalgetika) oder 15 Tagen/Monat (Nicht-Opioid-Analgetika wie NSAR, Paracetamol) bezeichnet.

Bessert sich die Symptomatik durch Beendigung des Übergebrauchs, ist das ein guter Hinweis, dass ein MOH vorliegt.

Quelle: ICHD-3

Stufentherapie des MOH

- Aufklärung und Beratung** über die Ursachen und Folgen von Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch, Vorbeugung insbesondere bei Personen mit häufigen Kopfschmerzen
- Medikamentöse Prophylaxe der Migräne oder Kopfschmerz vom Spannungstyp** (kann auch während eines Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch wirksam sein); nichtmedikamentöse Maßnahmen als Ergänzung
- Alternativ Medikamentenpause** (14 Tage) mit ärztlicher Begleitung ambulant, tagesklinisch oder stationär; Behandlung von möglichen Begleitsymptomen des Entzugs
- Kontrollierte akutherapeutische Kopfschmerzbehandlung** nach Besserung des Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch
- Weitere engmaschige Betreuung** (Reduktion des Rückfallrisikos)

Erfolgsrate der Stufentherapie 50–70% nach 6 bis 12 Monaten

Quelle: Diener H.-C. et al., Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln (Medication Overuse Headache = MOH), St-Leitlinie, 2022; www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 19.9.2024)

Die wichtigsten primären Kopfschmerzen

	 Kopfschmerz vom Spannungstyp	 Migräne	 Clusterkopfschmerz
Intensität	leicht bis moderat	moderat bis schwer	(sehr) schwer
Charakter	ziehend, drückend	pulsierend, klopfend, drückend	bohrend, stechend
Lokalisation	bilateral, holozephal	unilateral > bilateral	streng unilateral
Dauer	30 min–7 d	4–72 h	15–180 min
Begleitsymptome	ggf. Photophobie	Photo-/Phono-/Osmophobie; Übelkeit/ Erbrechen; ggf. Aura	trigeminä-autonome Begleitsymptome, z. B. ipsilaterale Läkimation, nasale Kongestion, Rhinorrhoe, Posis, Liddöme, Unruhe
Weitere Merkmale		verstärkt bei körperlicher Anstrengung	oftmals tages- oder jahreszeitliche Betonung

Diagnosekriterien primärer Kopfschmerzen

Migräne ohne Aura

- A Mindestens fünf Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen
- B Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4–72 h anhalten
- C Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden Charakteristika auf:
 - 1. einseitige Lokalisation
 - 2. pulsierender Charakter
 - 3. mittlere oder starke Schmerzintensität
 - 4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen) oder führt zu deren Vermeidung
- D Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines:
 - 1. Übelkeit und/oder Erbrechen
 - 2. Photophobie und Phonophobie
- E Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose

Kopfschmerz vom Spannungstyp

- A Mindestens zehn Kopfschmerzattacken, die im Durchschnitt weniger als einmal im Monat auftreten (<12 Kopfschmerztag pro Jahr) und die Kriterien B bis D erfüllen
- B Die Kopfschmerzdauer liegt zwischen 30 Minuten und sieben Tagen
- C Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden Charakteristika auf:
 - 1. beidseitige Lokalisation
 - 2. Schmerzcharakter drückend oder beengend, nicht pulsierend
 - 3. leichte bis mittlere Schmerzintensität
 - 4. keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivität wie Gehen oder Treppensteigen
- D Beide folgenden Punkte sind erfüllt:
 - 1. Fehlen von Übelkeit oder Erbrechen
 - 2. Es darf entweder eine Photophobie oder Phonophobie, nicht jedoch beides vorhanden sein
- E Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose

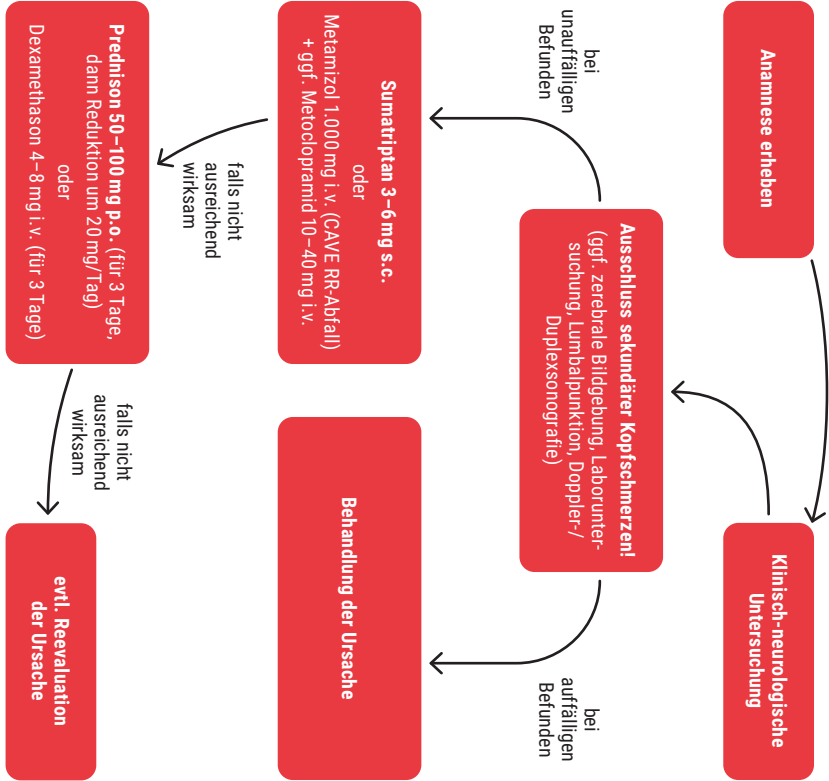
Clusterkopfschmerz

- A Mindestens fünf Attacken, die die Kriterien B bis D erfüllen
- B Starke oder sehr starke einseitig orbital, supraorbital und/oder temporal lokalisierte Schmerzattacken, die unbehandelt 15–180 min anhalten
- C Einer oder beide der folgenden Punkte ist/sind erfüllt:
 - 1. mindestens eines der folgenden Symptome oder Zeichen, jeweils ipsilateral zum Kopfschmerz:
 - konjunktivale Injektion und/oder Läkimation
 - nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe
 - Lidödem
 - Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichts
 - Miosis und/oder Ptosis
 - 2. körperliche Unruhe oder Agitiertheit
- D Die Attackenfrequenz liegt zwischen einer jeden zweiten Tag und acht pro Tag
- E Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose

Quelle: ICHD-3

Status migränösus

Hält eine Migräneattacke länger als 72 Stunden an (Status migränösus), sollte das Geschehen medikamentös durchbrochen werden. Empfohlen wird eine parenterale Applikation der Medikation, da die meisten Patienten ihre Standardmedikation erfolglos ausprobiert haben.



Therapeutisches Vorgehen bei primären Kopfschmerzen

CAVE: Akutmedikation sollte nicht dauerhaft an mehr als 10 Tagen/Monat eingenommen werden, um einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch zu vermeiden.

Migräne

Nichtsteroidale Analgetika/Analgetika

- Naproxen 500 mg p. o.
- Ibuprofen 600 mg p. o.
- ASS 1.000 mg p. o. oder i. v.
- Metamizol 500–1.000 mg p. o.

Triptane

- Sumatriptan 3 mg oder 6 mg s. c.
- Sumatriptan 20 mg nasal
- Sumatriptan 50 oder 100 mg p. o.
- Zolmitriptan 5 mg nasal
- Rizatriptan 10 mg p. o.
- Naratriptan 2,5 mg p. o.
- Flovatriptan 2,5 mg p. o.
- Eletriptan 20, 40 oder 80 mg p. o.
- Almotriptan 12,5 mg p. o.

Ditan

- Lasmiditan 50–200 mg p. o.

Kombinationsanalgetika

- (z. B. ASS/Paracetamol/Koffein)

Kortikosteroide bei einem Status migränösus, z. B. Prednisolon KG-adaptiert

CGRP-Antagonisten

- (noch nicht verfügbar, 9/24)

Menstruelle Migräne

Die Akuttherapie entspricht der Therapie von Migräneattacken.

Clusterkopfschmerz

Inhalation von Sauerstoff (8–15 l/min)

Triptane

- Sumatriptan 6 mg s. c.
- Zolmitriptan 5–10 mg nasal (Anwendung auf der Kopfschmerz-freien Seite)

Orale Schmerzmedikation wegen des langen Wirkeintritts nicht sinnvoll

Schwangerschaft

1./2. Trimenon

- Reizabschirmung (bei leichtem KS)
- Ibuprofen 400–600 mg p. o., Paracetamol*
- Sumatriptan 50–100 mg p. o., Sumatriptan 3–6 mg s. c. **

3. Trimenon

- Reizabschirmung (bei leichtem KS)
- Sumatriptan 50–100 mg p. o., Sumatriptan 3–6 mg s. c. **
- Metoclopramid** (bei Übelkeit/ Erbrechen), Dimenhydrinat***, nicht im 3. Trimenon

Stillzeit

- Reizabschirmung (bei leichtem KS)
- Sumatriptan 50–100 mg p. o., Sumatriptan 3–6 mg s. c. *
- Naratriptan, Rizatriptan
- Ibuprofen 400–600 mg p. o., Paracetamol

Migräneattacken-Therapie bei Kindern

- Pfefferminzöl lokal an der Stirn
 - Ibuprofen 10–15 mg/kg KG
 - Paracetamol 15–20 mg/kg KG
 - Sumatriptan-Nasenspray 10 mg, Zolmitriptan-Nasenspray (Kinder ≥12 Jahre), hohe Placebo-rate bei Kindern bedenken!
- Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen)**
- Domperidon 10 mg p. o. (Tageshöchst-dosis: 30 mg)
 - Metoclopramid 10 mg p. o./i. v./i. m./rektal (Tageshöchst-dosis: 30 mg)
- * keine Kombination mit NSAR
** niedrigstnötigste Dosis
*** so kurz wie möglich



Herausgegeben von der DMKG-Initiative
»Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen«

mit freundlicher Unterstützung von



Stand: 9/2024