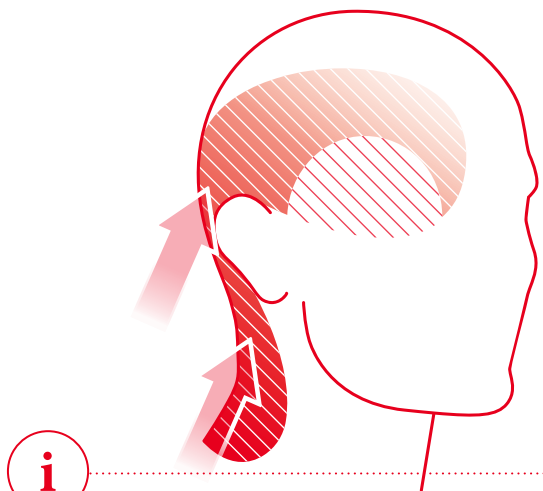


Zervikogener Kopfschmerz in der Hausarztpraxis

Hausarztpraxen haben als Erstversorger eine äußerst wichtige Aufgabe bei der Diagnose der Volkskrankheit Kopfschmerzen. Zervikogene Kopfschmerzen sind aufgrund der heterogenen Pathophysiologie und weil viele Betroffene gleichzeitig an verschiedenen Kopfschmerzformen leiden diagnostisch und therapeutisch eine Herausforderung.

Die Prävalenz zervikogener Kopfschmerzen wird auf nur 1 bis 4,4 % geschätzt. Dennoch steht die Diagnose im hausärztlichen Bereich an zweiter Stelle, noch vor der Migräne (mittlere Prävalenz ca. 10 %) – so das Ergebnis einer Umfrage der DMKG.

Mit dieser Broschüre zu den aktuellen Empfehlungen in Diagnostik und Therapie (Stand 2/2023) wollen wir Sie bei der Versorgung Ihrer Patienten unterstützen.



Weitere fortlaufend aktualisierte Informationen finden Sie online unter

www.angriffe-kopfschmerzen.de/kopfschmerzwissen
und auf der Website der DMKG unter
www.dmkf.de/therapie-empfehlungen/migraene
sowie in der aktuellen Migräne-Leitlinie unter
www.awmf.org.

Zusätzliche Informationsmaterialien zur Weitergabe an Ihre Patienten rund um das Thema Migräne und Kopfschmerz finden Sie unter www.angriffe-kopfschmerzen.de.

Kontakt Initiativenbüro

c/o albertZWEI media GmbH
Oettingenstr. 25
80538 München

kontakt@angriffe-kopfschmerzen.de
Tel. 089 461486-29
www.angriffe-kopfschmerzen.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

c/o Kopfschmerzzentrum Frankfurt
Dalbergstraße 2a
65929 Frankfurt am Main

info@dmkf.de
www.dmkf.de

DMKG Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie

NOVARTIS

teva



Aktuelle Empfehlungen zu Diagnose und Therapie bei Erwachsenen

Eine Initiative der

DMKG

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Ursachen, Symptome & Diagnostik

Der **zervikogene Kopfschmerz (ZK)** zeichnet sich durch **einseitig auftretende, mittelstarke und nicht pulsierende Schmerzen aus, die vom Nacken über den Kopf in die Stirn ausstrahlen**.

Die Internationale Kopfschmerzklassifikation zählt den zervikogenen Kopfschmerz zu den **sekundären Kopfschmerzen**, d. h., diese sind durch eine andere Erkrankung bedingt. Er wird durch eine **Störung der Halswirbelsäule (HWS)** und der angrenzenden myofaszialen und knöchernen Strukturen verursacht. Meist ist der Kopfschmerz mit einer eingeschränkten Beweglichkeit des Nackens oder des oberen Rückens assoziiert. Bekannte Auslöser sind Osteochondritiden, zervikale Spondylodosen, möglicherweise auch Tumore, Frakturen, Infektionen oder eine rheumatoide Arthritis.

Zervikogene Kopfschmerzen erkennen

Der zervikogene Kopfschmerz tritt in der Regel einseitig auf und strahlt von hinten nach vorne aus. Provoziert werden kann ein **typischer Kopfschmerz durch Kopfbewegung und Druck auf die Nackenmuskeln**. Zusätzlich sollte der Bewegungsumfang der HWS berücksichtigt werden. Diagnostisch wegweisend ist die **Besserung der Schmerzen durch therapeutische Blockaden der entsprechenden Nerven bzw. Facettengelenke**. Gerade bei neu aufgetretenen Beschwerden sollte eine symptomatische Genese durch **Magnetresonanztomografie der HWS und des Kopfes, ggf. mit Gefäßdarstellung**, ausgeschlossen werden.

Diagnostische Kriterien nach ICHD-3

www.ichd-3.org (International Classification of Headache Disorders, 3rd edition)

A) Kopfschmerz, der das Kriterium C erfüllt

B) Klinischer Nachweis einer Erkrankung oder Läsion innerhalb der HWS oder des Weichteilgewebes im Halsbereich, die als valide Ursache von Kopfschmerzen bekannt ist, und/oder deren Nachweis mittels Bildgebung

C) Ein kausaler Zusammenhang kann durch mindestens zwei der folgenden Kriterien gezeigt werden:

1. Der Kopfschmerz hat sich in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der zervikalen Erkrankung oder des Auftretens der Läsion entwickelt
2. Der Kopfschmerz hat sich gleichzeitig mit der Besserung oder dem Verschwinden der zervikalen Erkrankung deutlich gebessert oder ist verschwunden
3. Es besteht eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und der Kopfschmerz verschlechtert sich durch entsprechende kopfschmerzprovozierende Manöver deutlich
4. Beseitigung des Kopfschmerzes nach diagnostischer Blockade einer zervikalen Struktur bzw. des versorgenden Nerven

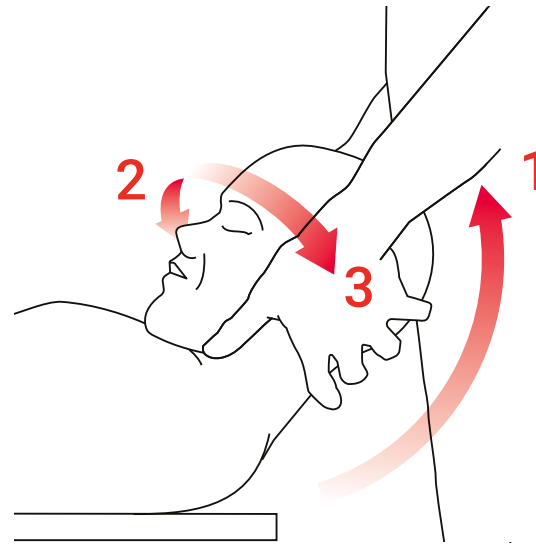
D) Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose

Diagnostische Abgrenzung und Therapie

Die hohe Prävalenz von Nackenschmerzen (ca. 80 % der Migränapatienten) erschwert die **Abgrenzung von primären Kopfschmerzen**. Zusätzlich können typische Begleitsymptome der Migräne (Übelkeit, vermehrte Licht- und Lärmempfindlichkeit, Schwindel und verschwommenes Sehen) abgeschwächt auch beim ZK auftreten.

Der Flexions-Rotations-Test

Eine besonders hohe Treffsicherheit und Zuverlässigkeit bei der Diagnostik zervikogener Kopfschmerzen zeigt der **Flexions-Rotations-Test (FRT)**: Der Kopf des auf dem Rücken liegenden Patienten wird in maximaler Flexion (1) zur Seite rotiert (2, 3).



Kommt es hier zu starkem Widerstand, Provokation von Schmerzen oder zu einer Bewegungseinschränkung der Rotation auf $\leq 35^\circ$, ist der Test positiv. Der FRT eignet sich zur Differenzialdiagnostik.

Der **Verdacht auf eine Migräne** kann in den meisten Fällen durch gezielte Fragen erhärtet werden. Typisch bei Migräne: Rückzugstendenz mit Zunahme der Kopfschmerzen bei körperlicher Anstrengung sowie ein normaler Bewegungsumfang der HWS und das Ansprechen auf Triptane. Eine komorbid auftretende Migräne ist teilweise schwer abzugrenzen.

Bei **Kopfschmerzen vom Spannungstyp** mit perikranieller Schmerzempfindlichkeit sind nackenbetonte Schmerzen selten einseitig und nicht mit Begleitsymptomen verbunden.

Ergänzende Informationen der DMKG zu Diagnostik und Therapie verschiedener Kopfschmerzarten auf Basis offizieller Leitlinien und der ICHD-3 gibt es im Migräne- und Kopfschmerz-Guide (mk-Guide) unter www.angriff-kopfschmerzen.de.

Der trigeminozervikale Komplex

Pathophysiologisch spielt die Verbindung zwischen schmerzleitenden trigeminalen Afferenzen aus dem Gesichtsbereich und den Hirnhäuten der vorderen Schädelgrube mit den sensiblen okzipitalen Afferenzen aus Nacken und den Hirnhäuten der hinteren Schädelgrube eine wichtige Rolle. Sie konvergieren im trigeminozervikalen Komplex im Hirnstamm und dem oberen Halsmark in aufsteigenden Neuronen zum Thalamus, was die typische Ausstrahlung der Kopfschmerzen von okzipital nach frontal erklärt.

Therapie

Um eine Chronifizierung durch anhaltende Sensitivierung zu vermeiden, ist eine frühzeitige Diagnosestellung wichtig. Die **manuelle Therapie** hat bei zervikogenen Kopfschmerzen einen hohen evidenzbasierten Stellenwert. Sie beruht v. a. auf physiotherapeutischen Verfahren wie spinaler Mobilisation und Weichteiltechniken. Chirurgische Verfahren werden nur in Einzelfällen erwogen.

Interventionelle Nerven- und Gelenkblockaden können neben ihrem diagnostischen Einsatz auch therapeutisch versucht werden, allerdings nur vorübergehend. NSAR, Muskelrelaxanzien, Antidepressiva oder Antikonvulsiva sowie Botulinumtoxin zeigen keine Wirksamkeit in der Behandlung des zervikogenen Kopfschmerzes.

Überweisung zum Facharzt bei:

- Verdacht auf eine sekundäre Genese eines neu aufgetretenen Kopfschmerzes
- Vorliegen verschiedener Kopfschmerzarten
- häufigem Auftreten der Kopfschmerzen (> 10 Kopfschmerztage/Monat) oder lange bestehender Symptomatik
- relevanten psychischen Komorbiditäten