

Presseinformation: Informationen zu wichtigen Kopfschmerzarten

Die vielen Gesichter des Kopfschmerzes

3. September 2019 – Von den mehr als 200 Ursachen für Kopfschmerzen spielen in der ärztlichen Praxis vor allem die Migräne, der Spannungskopfschmerz als primäre Kopfschmerzerkrankungen sowie der durch Schmerzmittelübergebrauch induzierte Kopfschmerz (MOH, Medication Overuse Headache) eine Rolle. Sie muss der Hausarzt unterscheiden, von anderen sekundären Kopfschmerzen abgrenzen und therapieren können. Zudem gehört zu seinen Aufgaben zu erkennen, wann es sich um komplexere Fälle handelt, die ein Facharzt weiter abklären oder behandeln muss. Besonders wichtig ist es, jene Patienten herauszufiltern, hinter deren Beschwerden möglicherweise eine lebensbedrohliche Erkrankung steckt. Dabei kann sich der Hausarzt gut an der Systematik der 2018 aktualisierten Internationalen Klassifikation der Kopfschmerzerkrankungen (ICHD 3) für primäre und sekundäre Kopfschmerzformen orientieren [1]. Mit ihrer Hilfe ist er in der Lage, eine korrekte Differenzialdiagnose vorzunehmen und zwischen harmlosen und potenziell gefährlichen Kopfschmerzen zu unterscheiden. Die richtige Diagnose ist der Grundstock für die adäquate Therapie. Durch gezielte Akuttherapie der Kopfschmerzattacke und bei häufigen Attacken zusätzliche prophylaktische Maßnahmen kann das Risiko für eine Chronifizierung beziehungsweise dafür, einen Medikamentenübergebrauch zu entwickeln, reduziert werden.

Es gibt auch sehr seltene oder exotisch anmutende Formen des Kopfschmerzes, wie den primären Sexualkopfschmerz, das SUNCT-Syndrom oder den Hustenkopfschmerz. Sie fallen nicht in das primäre Aufgabengebiet des Hausarztes, für den Migräne, MOH und Spannungskopfschmerz die höchste Relevanz haben. Privatdozentin Dr. med. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der DMKG und Neurologin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, rät Ärzten, den Patienten beim ersten Termin erst einmal 1–2 Minuten Zeit zu geben, in denen sie erzählen können, wo sie der Schuh drückt. „Anschließend lässt sich durch ein strukturiertes Anamnesegespräch noch vor der körperlichen Untersuchung mithilfe einiger gezielter Fragen meist rasch die richtige Verdachtsdiagnose stellen“, so die Neurologin. Viele primäre Kopfschmerzformen können einen episodischen und chronischen Verlauf haben. Chronische Verlaufsformen sind definiert als Kopfschmerzen, die an mehr als 15 Tagen im Monat auftreten und über eine Dauer von mindestens drei Monaten bestehen (engl. chronic daily headache, CDH). Chronische Kopfschmerzverläufe entwickeln sich in den meisten Fällen aus einem primär episodischen Verlauf [2].

Sehr häufig: der Spannungskopfschmerz

Besonders verbreitet ist der Spannungskopfschmerz. Die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung beträgt verschiedenen Studien zufolge bis 78 Prozent. Klinisch ist der Kopfschmerz vom Spannungstyp vor allem durch das Fehlen besonderer Merkmale gekennzeichnet. Meist beschreiben die Patienten ihn als milden bis maximal mittelschweren Schmerz mit dumpf-drückendem Charakter, der den ganzen Kopf

betrifft. Manchmal wird er wie ein „zu enger Hut“ empfunden. Vegetative Zeichen wie Lärm- oder Lichtempfindlichkeit fehlen meist völlig oder sind sehr gering ausgeprägt, normale körperliche Betätigung führt zu keiner Verstärkung, auch Übelkeit und Erbrechen fehlen. Meist handelt es sich dabei um Kopfschmerzen mit einer Dauer von 30 Minuten bis 7 Tagen [3].

Im Gegensatz zur sporadischen Form des episodischen Spannungskopfschmerzes, bei welcher der Schmerz die Patienten im Durchschnitt an weniger als 12 Tagen im Jahr beeinträchtigt, besteht bei der häufig auftretenden Form, die mindestens einmal bis maximal 14-mal pro Monat auftritt, ein erhöhtes Risiko der Chronifizierung. Beim Spannungskopfschmerz haben sich zur Akuttherapie Acetylsalicylsäure, Paracetamol sowie Ibuprofen bewährt. Einschränkungen bestehen für ASS bei Kindern unter 16 Jahren (orale Gabe) und unter 18 Jahren (parenterale Gabe) sowie für Ibuprofen bei Kindern unter 6 Monaten. Die Behandlung des akuten Spannungskopfschmerzes mit Opiaten ist wegen der Nebenwirkungen und insbesondere des Abhängigkeitspotenzials nicht indiziert.

Manchmal schwer zu unterscheiden: Migräne und Spannungskopfschmerz

Die diagnostische Schwierigkeit bei den primären Kopfschmerzerkrankungen besteht in der Abgrenzung eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp von einer nur leichten oder früh behandelten Migräne. Die Abgrenzung gelingt leichter, wenn man die Patienten fragt, wie sich der Kopfschmerz und die Begleitsymptome unbehandelt entwickeln. Migräne wird von Ärzten wie Patienten oft mit einem Spannungskopfschmerz verwechselt, da mehr als zwei Drittel der Migräniker zu Beginn der Attacke Nackenschmerzen verspüren und das immer wieder als Hinweis auf einen Spannungskopfschmerz fehlinterpretiert wird [4].

Stark beeinträchtigend: die Migräne

Im Gegensatz zum Spannungskopfschmerz tritt der Migränekopfschmerz eher einseitig auf. Betroffene beschreiben die Schmerzen häufig als pochend oder pulsierend und in ihrer Intensität als mäßig bis stark. Die Attacken bahnen sich langsam an und dauern 4 bis 72 Stunden an. Charakteristisch ist auch, dass sie sich bei normalen körperlichen Aktivitäten wie Treppensteigen verstärken. Fast immer werden die Schmerzen von Symptomen wie Übelkeit und/oder Erbrechen sowie Licht- und Geräuschüberempfindlichkeit begleitet. Rund 20 Prozent der Patienten haben auch sogenannte Auren, meist vor Einsetzen der Kopfschmerzen. Die Aura ist ein Symptom, das in der Gehirnrinde entsteht und sich meist in Form von Sehstörungen mit Flimmer- oder Flackersehen oder Sensibilitätsstörungen präsentiert. In der Akuttherapie von Migräneattacken kommen bei leichten bis mittelgradigen Schmerzen in erster Linie peripher wirksame Analgetika beziehungsweise nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) zum Einsatz. In der Behandlung schwerer Migräneattacken oder bei unzureichendem Ansprechen auf die genannten Schmerzmittel sind Triptane am wirksamsten. Prinzipiell dürfen Triptane und Schmerzmittel allerdings nicht an mehr als 9 Tagen im Monat eingenommen werden. Bei einer Frequenz von mehr als 3 Attacken pro Monat oder bei weniger Attacken, die mit der Akutmedikation nicht ausreichend beherrscht werden können, ist eine Prophylaxe sinnvoll. Sie beugt unter anderem der Entstehung eines medikamentös induzierten Dauerkopfschmerzes vor.

Die Wirksamkeit der Betablocker Metoprolol und Propranolol, des Kalziumantagonisten Flunarizin, der Antikonvulsiva Topiramat und Valproinsäure und des trizyklischen Antidepressivums Amitriptylin sind in der Migräneprophylaxe am besten durch randomisierte Studien belegt. Liegt eine chronische Migräne mit mehr als 15 Kopfschmerztage pro Monat vor, ist auch die Wirkung von Botulinumtoxin in der Prophylaxe gesichert. Inzwischen sind zudem mehrere Antikörper gegen CGRP (Calcitonin Gene-related Peptide) oder

den CGRP-Rezeptor zur Migräneprophylaxe zugelassen – die erste Medikamentengruppe überhaupt, die speziell für diese Erkrankung entwickelt wurde. Voraussetzung für die Verordnung von CGRP-(Rezeptor)-Antikörpern sind mehr als 4 Migränetage pro Monat, für die Kostenerstattung müssen zusätzlich bei episodischer Migräne mindestens 4, bei chronischer Migräne 5 Vortherapien erfolglos, kontraindiziert oder unverträglich gewesen sein.

Jede medikamentöse Therapie sollte durch nicht medikamentöse Verfahren ergänzt werden. Regelmäßiger Ausdauersport hilft, Migräneattacken vorzubeugen. Auch Entspannungsverfahren und Stressmanagement haben sich in der Prophylaxe als wirksam erwiesen. Die nicht medikamentösen Verfahren aus der Verhaltenstherapie können so wirksam sein, dass sie sogar als Alternative zur medikamentösen Prophylaxe eingesetzt werden können.

Stiefkind der Medizin: der Clusterkopfschmerz

Clusterkopfschmerzen zählen zu den schwersten Kopfschmerzerkrankungen. Im Durchschnitt dauert es nach einer Erhebung der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfegruppen (CSG e.V.) in Deutschland mehr als 8 Jahre, bis bei den Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und die gezielte Behandlung in die Wege geleitet wird. Unbehandelt haben chronische Clusterkopfschmerzen aufgrund ihrer Schwere oft soziale Isolation, Persönlichkeitsänderung und Depressionen bis hin zu suizidalen Gedanken zur Folge.

Die Betroffenen klagen über einen streng einseitigen extremen Schmerz mit einem Schmerzmaximum hinter dem Auge. Die Attacken dauern zwischen 15 und 180 Minuten an. Die Schmerzen werden durch mindestens eines der folgenden Symptome begleitet, die auf der gleichen Seite auftreten wie der Kopfschmerz: Augenrötung, Augentränen, verstopfte oder laufende Nase, vermehrtes Schwitzen im Bereich des Gesichts, Verengung der Pupille, Hängen des Augenlids, körperliche Unruhe und Bewegungsdrang. Bei der episodischen Verlaufsform können die Attacken mit einer Frequenz von 1-mal alle 2 Tage bis zu 8-mal täglich vorkommen. Die Attacken treten in einer Episode gehäuft auf, oft immer zu denselben Uhrzeiten, man spricht deshalb von einem Cluster (cluster: englisch Haufen). Zwischen den Episoden gibt es unterschiedlich lang anhaltende kopfschmerzfremde Zeiten. Eine primär episodische kann in eine chronische Verlaufsform übergehen, bei der extreme Schmerzattacken nahezu täglich auftreten.

Die Clusterkopfschmerzattacke wird durch Inhalation von reinem Sauerstoff oder durch die Gabe eines schnell wirksamen Triptans als Spritze unter die Haut oder als Nasenspray behandelt.

Die Prophylaxe erfolgt mit Verapamil, Lithium oder Topiramat, vorübergehend können auch Kortison und lang wirksame Triptane verordnet werden.

MOH: wenn Patienten von Schmerzmitteln abhängig werden

Eine gute Beratung und fachgerechte Behandlung von Kopfschmerzpatienten ist auch deshalb so wichtig, weil zu oft, zu lange oder zu hoch dosierte Schmerz- und Migränemittel vorbestehende Kopfschmerzen verstärken und in einen chronischen Kopfschmerz aufgrund von Schmerzmittelübergebrauch verwandeln können. Im englischen Sprachgebrauch wird dieser Kopfschmerz als Medication Overuse Headache (MOH) bezeichnet. Von einem MOH spricht man, wenn Patienten mit vorbestehenden primären Kopfschmerzen, wie etwa Migräne oder Kopfschmerz vom Spannungstyp, über mindestens 3 Monate an 15 oder mehr Tagen im Monat unter Kopfschmerzen leiden und an mehr als 14 Tagen monatlich ein Schmerzmittel oder an mehr als 9 Tagen Migränemittel wie Triptane oder Mutterkornalkaloide oder verschiedene andere Schmerzmittel in Kombination einnehmen [5].

Weltweit sind 0,7 bis 1 Prozent der Bevölkerung von Kopfschmerzen durch Übergebrauch von Schmerz- und Migränemitteln betroffen, in Deutschland also mindestens eine halbe Million Menschen. Das Krankheitsbild

ist häufiger bei Frauen, bei Patienten mit Depressionen, Angsterkrankungen oder anderen chronischen Schmerzen, wie etwa Rückenschmerzen.

Die Leitlinie von DMKG und DGN empfiehlt ein dreistufiges Vorgehen bei der Therapie dieser Form des Kopfschmerzes. Die erste Maßnahme sollte stets in der Schulung und Beratung von Patienten liegen, mit dem Ziel, die Einnahme von Akutmedikamenten zu reduzieren. Der zweite Schritt ist eine medikamentöse Prophylaxe der zugrunde liegenden Kopfschmerzkrankung. Falls diese Therapie nicht wirkt, sollte als dritter Schritt eine Medikamentenpause angestrebt werden. Ein solcher Entzug kann ambulant, tagesklinisch oder stationär durchgeführt werden. Bei 70 bis 80 Prozent der Patienten mit Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch gelingt eine solche Entgiftung.

Wichtig: einen möglichen Notfall erkennen

Wichtig ist es auch, in der hausärztlichen Praxis zu erkennen, ob es sich um einen primären oder einen sekundären Kopfschmerz handelt, d. h., ob der Kopfschmerz selbst die Krankheit ist oder ob er als Folge einer anderen Erkrankung auftritt, die möglicherweise sogar lebensbedrohlich ist. Zu den wichtigsten Fragen, mit denen sich das herausfinden lässt, gehören: Kennen Sie diesen Kopfschmerz schon? Ist der Schmerz vernichtend heftig und hat er diese Intensität in weniger als 2 Minuten erreicht? Haben Sie gleichzeitig Fieber oder neurologische Ausfallsymptome wie etwa eine Lähmung oder eine vorübergehende Erblindung eines Auges? Auch das Wissen um Begleiterkrankungen ist wichtig und nicht zuletzt natürlich die körperliche Untersuchung des Patienten.

Referenzen

1. IHS-Klassifikation ICHD-3 2018. International Headache Society (Hrsg.), ins Deutsche übersetzt auf <https://ichd-3.org/de/>.
2. Láinez MJA, Monzón MJ. Chronic daily headache. Current Neurology and Neuroscience Reports 2001; 1: 118–124.
3. Shina S et al. Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. Cephalgia. 2015 Mar;35(3):211-9. doi: 10.1177/0333102414535110. Epub 2014 May 22. PubMed PMID: 24853166.
4. Diener HC, Gaul C, Kropp P et al. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie der DGN und DMKG, 2018, hrsg. von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. http://dmkg.de/files/dmkg.de/Empfehlungen/030057_LL_Migra%CC%88ne_2018.pdf
5. Diener HC, Gaul C, Kropp P et al., Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln (Medication Overuse Headache = MOH), S1-Leitlinie, 2018, hrsg. von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. http://dmkg.de/files/dmkg.de/Empfehlungen/030131_LL_Medication_Overuse_Headache_2018.pdf.

www.angriff-kopfschmerzen.de/presse

Auf Facebook und LinkedIn unter „DMKG“.

Pressekontakt

Pressestelle der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

c/o albertZWEI media GmbH, Oettingenstr. 25

80538 München, Tel.: 089 4614 86-22

E-Mail: presse@angriff-kopfschmerzen.de

Pressesprecher der DMKG: PD Dr. med. Charly Gaul