

Mit Köpfchen...

Eine genaue Ursachenbestimmung statt einfach nur Schmerzmittel ist nötig, um dem penetranten Kopfschmerz beizukommen. Vernachlässigt, kann sonst eine chronische Erkrankung ausgelöst werden.

► A. Potschka

Kopfschmerzen sind in besonderem Maße geeignet, das körperliche Wohlbefinden deutlich zu stören. Kopf- und Gesichtsschmerzen stellen zusammen mit fieberhaften Infekten, Rückenschmerzen und Schwindel die am häufigsten beklagten Beschwerden in der Arztpraxis dar. Deren Ursache zu diagnostizieren und die Symptome zu behandeln, ist daher eine ärztliche Herausforderung. Die diagnostische Zuordnung von Kopfschmerzen ist zunächst sehr verwirrend, da mittlerweile von der internationalen Kopfschmerzgesellschaft 176 verschiedene Arten definiert wurden. Allein daraus wird ersichtlich, warum besonders bei Kopf- und Gesichtsschmerzen eine enge Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt notwendig ist. Allerdings lassen sich über 90 Prozent den beiden häufigsten Unterarten, nämlich Migräne und Spannungskopfschmerz, zuordnen. Häufig kommen die Betroffenen mit einer vorgefassten Meinung über die Entstehung ihrer Kopfschmerzen und einer überzogenen Erwartungshaltung über den Heilungserfolg in die Arztpraxis und lehnen dann die vorgeschlagene

nen Behandlungsmaßnahmen ab, weil sie sich nicht mit ihren Vorstellungen decken. Zu diesen Missverständnissen zählt die Annahme, dass man mit modernen Apparaturen, mit Bildgebung und Labor, die Ursache des Schmerzes nachweisen könne. Dies ist jedoch nur in den seltensten Fällen möglich, bei gerade einmal etwa einem Prozent. Bei allen anderen Patienten dienen diagnostische Maßnahmen lediglich dazu, ihnen die Angst vor einer bösartigen Erkrankung zu nehmen. Daher kommt auch in der Diagnostik von Kopfschmerzen dem ärztlichen Gespräch und dem Untersuchungsbefund die entscheidende Bedeutung zu. Dies wird in der Regel durch einen speziellen Fragebogen, den der Patient ausfüllen muss, ergänzt und erleichtert dem Arzt die Zuordnung der Beschwerden und damit auch die Festlegung der Behandlungsstrategie erheblich.

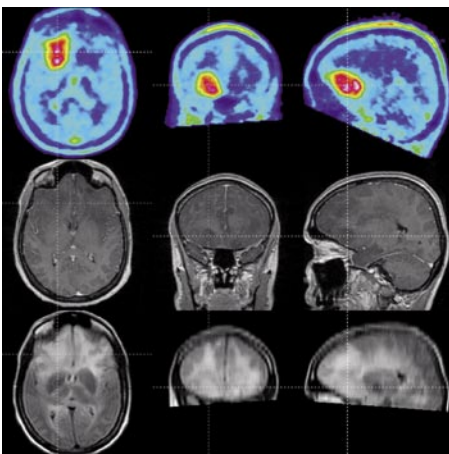
Viele Informationen, wenig Technik

Die wichtigsten Kriterien zur diagnostischen Einordnung von Kopfschmerzen sind die Häufigkeit, die Lokalisation und die Dauer der Beschwerden. Weitere Hinweise geben die Intensität und der Verlauf der Kopfschmerzen, am besten über das Führen eines Kopfschmerztagbuches über mindestens drei Monate. Begleiterscheinungen wie Licht- und Lärmempfindlichkeit, Übelkeit, Sehstörungen, auslösende Faktoren (Alkoholenuss, Schlafdefizit, Koffeinentzug, Zähneknirschen und andere) sowie das Alter beim erstmaligen Auftreten der

Schmerzen sind weitere nützliche Informationen. Mithilfe der Kernspintomographie (MRT) lassen sich Informationen über strukturelle Veränderungen wie Tumore, Substanzdefekte oder Folgeerscheinungen verminderter Durchblutung des Gehirns und des Nachbargewebes ermitteln. Die Messung der Hirnstromkurve (EEG) ist mittlerweile durch die vorgenannte Untersuchungsmethode für die Kopfschmerzdiagnostik von untergeordneter Bedeutung. Wird eine entzündliche oder stoffwechselbedingte Ursache vermutet, so ist eine Blutentnahme (Laborserologie) sinnvoll. Eine Untersuchung des Hirnwassers (Liquorpunktion) ist nur dann notwendig, wenn massive virale oder bakterielle Infektionen ursächlich infrage kommen.

Gegen die Geißel Migräne

In Deutschland leiden etwa ein Zehntel der Bevölkerung an Migräne. Frauen sind etwa dreimal häufiger als Männer betroffen. Erstmalige Attacken treten meist im frühen Erwachsenenalter auf, aber auch circa vier Prozent der Kinder und Jugendlichen können bereits Migräneanfälle erleiden. Die Behinderung durch Migräne ist für Nichtbetroffene nur schwer nachvollziehbar. Körperliche Untersuchung, Blutwerte und apparative Diagnostik ergeben keinerlei Auffälligkeiten, und zwischen den Schmerzattacken erscheinen die Erkrankten kerngesund. Hierdurch erklären sich viele Vorurteile gegenüber den Betroffenen. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Attacken sind Migränapatienten vor allem in ihrer Alltagsaktivität und ihrem psychosozialen Umfeld (Arbeitsplatz, Partner, Freunde) stark beeinträchtigt. Die Ursache der Migräne beschäftigt Mediziner seit Generationen. Gemäß dem aktuellen Stand der Forschung liegt primär eine Störung des Immunsystems



Mithilfe der Kernspintomographie lassen sich Informationen über strukturelle Veränderungen wie Tumore gewinnen. Doch Technik allein hilft in der Kopfschmerzdiagnostik nicht weiter.

zu Grunde, die zu einer Entzündungsreaktion der Hirnhautgefäße führt. Über eine Kontraktion der Muskulatur der Gefäßwände werden Schmerzrezeptoren gereizt. Wenn auch tiefere Hirngebiete betroffen sind, kommt es beim Patienten zu Begleiterscheinungen wie Sehstörungen, Gefühlsstörungen oder gar Lähmungserscheinungen. Die Schmerzen sind meist von pochendem und pulsierendem Charakter und treten etwa ein- bis sechsmal pro Monat auf, wobei der einzelne Anfall zwischen einigen Stunden und drei Tagen dauern kann. Wenn zwei oder mehr Migräneattacken pro Monat auftreten, die jeweils nicht zufriedenstellend behandelbar sind, sollte eine vorbeugende Therapie eingeleitet werden. Die möglichen Nebenwirkungen regelmäßiger Einnahme der entsprechenden Medikamente müssen gegen die Häufigkeit und Schwere der Attacken abgewogen werden. Der Behandlungserfolg kann jedoch frühestens nach zwei bis drei Monaten beurteilt werden. Als Mittel der ersten Wahl kommen die Betablocker wie Propranolol und Metoprolol in Betracht. Zweitrangig kommen bestimmte Substanzen aus der Gruppe der Antiepileptika (Mittel zur Verhütung von Krampfanfällen) zum Einsatz. Hierbei sind speziell Valproinsäure und Gabapentin zu nennen. Beim leichten bis mittleren Migräneanfall sind einfache Schmerzmittel (ASS, Paracetamol, Ibuprofen) bei rechtzeitiger Gabe ausreichend wirksam. Zur Behandlung von schweren Migräneattacken stehen seit 1993 die so genannten Triptane zur Verfügung. Diese Substanzen hemmen Entzündungsreaktionen und die Weitstellung der Gefäße. Sie stehen mittlerweile nicht nur in Tablettenform, sondern auch zu Injektionen, als Zäpfchen oder Nasenspray bereit. In den letzten Jahren wurden eine ganze Reihe verschiedener Triptane entwickelt mit einem unterschiedlichen Wirk- und Nebenwirkungsprofil, das der Arzt dann zusammen mit dem Patienten probieren muss, um das »richtige« Mittel zu finden. Bei starker Übelkeit ist die zusätzliche Verwendung von Antiemetika (Metoclopramid, Domperidon) ratsam. Neben der Identifikation und der anschließenden Vermeidung der Auslösefaktoren ist die Anwendung von Entspannungsverfahren hilfreich.

Den Stahlring lösen

Etwa jeder Zweite leidet unter einem episodischen Spannungskopfschmerz,

Dr. med. Andreas Potschka

womit diese Form die Häufigkeitsliste deutlich anführt. Er ist in der Regel von dumpf-drückendem Charakter (»wie ein Stahlring um den Kopf«). Der Spannungskopfschmerz entwickelt sich meistens im Laufe des Morgens und erreicht am Nachmittag seinen Höhepunkt. Tritt er an mehr als 15 Tagen des Monats beziehungsweise an über 180 Tagen im Jahr auf, spricht man von einem chronischen Spannungskopfschmerz (2 bis 3 % der Erwachsenen). Ursprünglich führte man eine übermäßige Anspannung der Kopf- und Nackenmuskulatur als ursächlich an. Mittlerweile weiß man jedoch, dass es sich dabei um eine so genannte funktionelle Störung derjenigen Hirnareale handelt, die an der Schmerzverarbeitung maßgeblich beteiligt sind, und daraus eine Senkung der Schmerzschwelle resultiert. Sehr häufig besteht bei diesen Patienten zusätzlich auch eine Depression. Die episodische Verlaufsform spricht gut auf freiverkäufliche entzündungshemmende Präparate an (ASS, Paracetamol, Ibuprofen). Hierbei ist jedoch besonders darauf zu achten, dass nur die Reinsubstanz in den Tabletten enthalten ist und die Gabe unterschiedlicher Medikamente unterbleibt. Die Einnahme dieser Analgetika sollte jedoch maximal zehn Tage im Monat erfolgen, da ansonsten die Gefahr eines medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes besteht. Die Therapie des chronischen Spannungskopfschmerzes ist hingegen sehr frustrierend, da auch unter optimalen Behandlungsbedingungen selten eine Reduktion der Kopfschmerzintensität von mehr als 50 Prozent erreicht wird. Therapeutika der ersten Wahl sind trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin und Doxepin. Kombiniert werden sollte die Behandlung mit Entspannungsverfahren, zum Beispiel progressive Muskelrelaxation, lokale Wärmeanwendung oder Yoga.

Gesichtsneuralgien und Wirbelsäulenkopfschmerz

Die häufigste Form der neuropathischen Schmerzart der Gesichtsneuralgien ist die Trigeminusneuralgie. Hauptcharakteristika sind die attackenförmigen, oft nur einige Sekunden andauernden, stechenden Schmerzen, die durch so ge-



nannte Triggermechanismen wie Kauen, Sprechen oder Kälte ausgelöst werden. Das Auftreten kommt zu 95 Prozent einseitig vor und betrifft ebenso häufig den Bereich von Ober- und Unterkiefer. Als Ursache findet sich oft eine Druckwirkung auf diesen Hirnnerv an dessen Austritt aus dem Hirnstammgebiet durch ein Kleinhirngefäß. Auch andere Nerven im Gesichtsbereich wie der Hinterhauptsnerv (Nervus occipitalis) können derartige Störungen aufweisen. Therapeutisch kommen hier primär Antikonvulsiva (verhindern die Weiterleitung schmerzhafter Nervenimpulse) zum Einsatz. Eine weitere Kopfschmerzart wird durch unterschiedliche Veränderungen der Halswirbelsäule (Irritation der Wirbelgelenke, Bandscheibenschäden, Reizung des Bandapparates) hervorgerufen und strahlt meist über den Hinterkopf bis zum Stirnbereich aus (zervikogener oder vertebra gener Kopfschmerz). Hier kommen neben den Analgetika und Antiphlogistika (Entzündungshemmer) interventionelle Methoden in Betracht, die schmerzstillende Substanzen unter Navigationskontrolle mittels dünner Nadeln an die schmerzverursachenden Strukturen bringen. ◀

Unser Autor Dr. med. Andreas Potschka ist Facharzt für Neurochirurgie und Spezialist für schmerztherapeutische Behandlungen mit eigener neurochirurgischer Praxis in Schönau/Odenwald.