

# Kopflös bei Kopfschmerzen?

## Kopf- und Gesichtsschmerzen aus schmerztherapeutischer Sicht



**Dr. med. Andreas Potschka** ist Facharzt für Neurochirurgie und Spezialist für schmerztherapeutische Behandlungen. Nach dem Studium in Münster und Freiburg sowie seiner Facharztausbildung in Berlin und Dresden gründete Dr. Potschka vor sechs Jahren eine neurochirurgische Praxis in Schönau/Odenwald.

„Mir platzt der Kopf!“, klagen viele Manager, die dann durch den Konsum verschiedener Schmerzmittel versuchen, dem penetranten Schmerz selbst beizukommen. Doch auf diese Weise kann erst recht eine chronische Erkrankung ausgelöst werden. Wie wichtig eine genaue Ursachenbestimmung ist, macht **Dr. med. Andreas Potschka**, Facharzt für Neurochirurgie aus **Schönau bei Heidelberg**, hier deutlich.

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 geklagten 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-

lungserfolg in die Arztpraxis und lehnen dann die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ab, weil sie sich nicht mit ihren Vorstellungen decken. Zu diesen Missverständnissen zählt die Annahme, dass man mit modernen Apparaturen (z. B. Bildgebung, Labor) die Ursache des Schmerzes nachweisen könne. Dies ist jedoch nur in den seltensten Fällen möglich (etwa 1%). 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.

### KLASSIFIKATION UND DIAGNOSTIK

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 (Führen eines Kopfschmerztagebuches über mindestens drei Monate), Begleiterscheinungen (z. B. Licht- und Lärmempfindlichkeit, Übelkeit, Sehstörungen), auslösende Faktoren (Al-

koholgenuss, Schlafdefizit, Koffeinzug, Zähneknirschen etc.) sowie das Alter beim erstmaligen Auftreten der Schmerzen.

Mithilfe der Kernspintomographie (MRT) lassen sich Informationen über strukturelle Veränderungen (z. B. Tumore, Substanzdefekte, 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.

### MIGRÄNE

In Deutschland leiden etwa 10 % der Bevölkerung an dieser Erkrankung. Frauen sind etwa dreimal häufiger als Männer betroffen. Erstmalige Attacken treten meist im frühen Erwachsenenalter auf, aber auch circa 4 % 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 Er-

**Aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Attacken sind Migränepatienten vor allem in Ihrer Alltagsaktivität und ihrem psychosozialen Umfeld stark beeinträchtigt.**

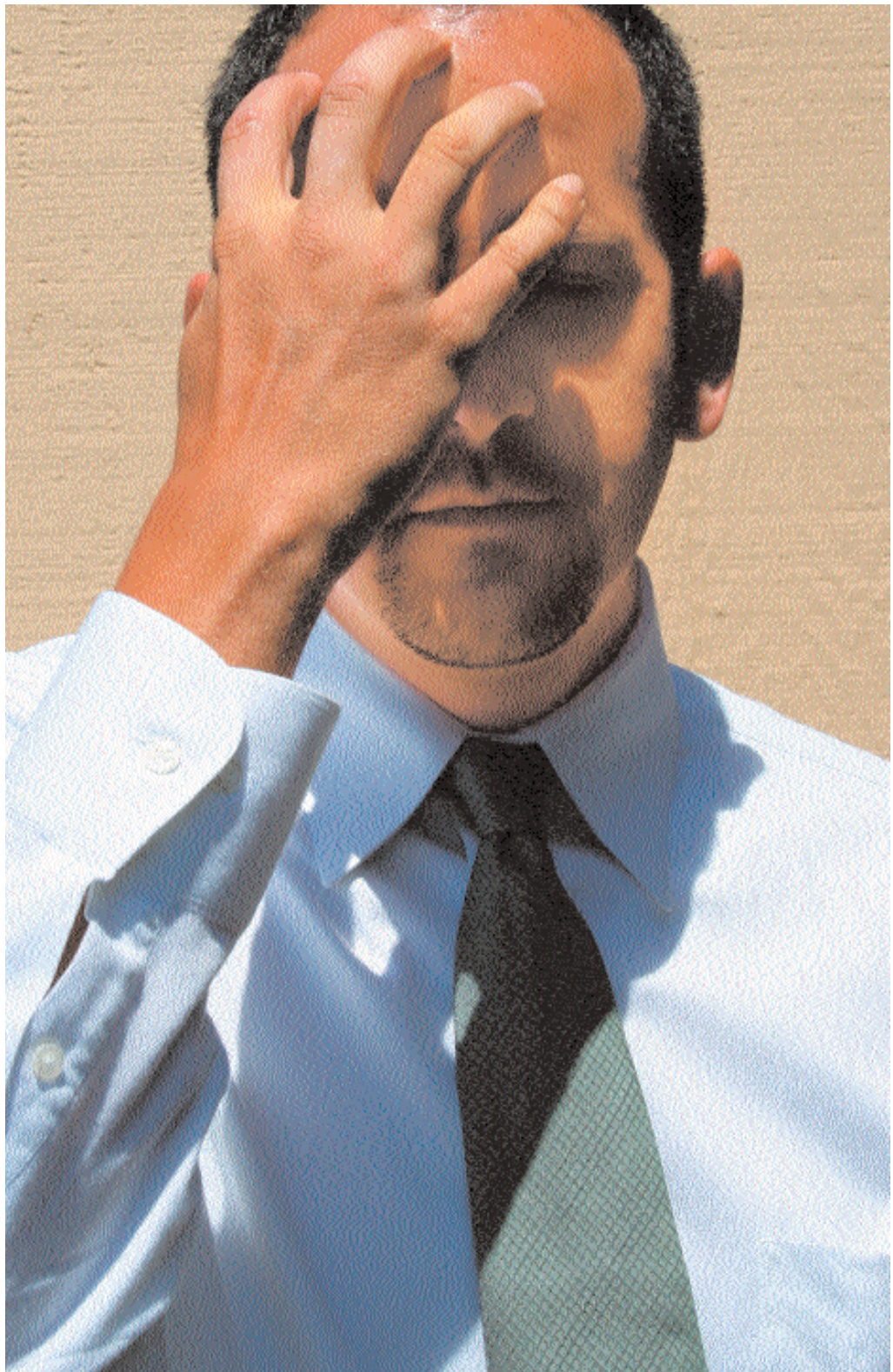
Gesichtsschmerzen eine enge Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt notwendig ist. Allerdings lassen sich über 90 % den beiden häufigsten Unterarten, nämlich Migräne und Spannungskopfschmerz, zuordnen.

Häufig kommen die Betroffenen mit einer vorgefassten Meinung über die Entstehung ihrer Kopfschmerzen und einer überzogenen Erwartungshaltung über den Hei-

kranken kerngesund. Hierdurch erklären sich viele Vorurteile gegenüber den Betroffenen. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Attacken sind Migränepatienten vor allem in ihrer Alltagsaktivität und ihrem psychosozialen Umfeld (Arbeitsplatz, Partner, Freunde etc.) stark beeinträchtigt. Viele Patienten suchen aus Scheu keinen Arzt auf oder fühlen sich durch diesen nicht ausreichend beraten, was zu einer hohen Rate von Selbstmedikation (freiverkäufliche Schmerzmittel) führt. Die Ursache der Migräne beschäftigt Mediziner seit Generationen. Gemäß dem aktuellen Stand der Forschung liegt hier primär eine Störung des Immunsystems 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 so genannte vorbeugende Therapie (Prophylaxe) 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 so genannten Betablocker (z. B. Propranolol, 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



© Tiburon Studios, www.shutterstock.com

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- bzw. 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.

#### SPANNUNGSKOPFSCHMERZEN

Etwa jeder Zweite leidet unter einem episodischen Spannungskopfschmerz, womit diese Form die Häufigkeitsliste deutlich anführt. Er ist in der Regel von dumpf-drückendem Charakter („...wie ein Stahlring um den Kopf“). Der Spannungskopf-

**Die Einnahme von Schmerzmitteln sollte jedoch maximal zehn Tage im Monat erfolgen, da ansonsten die Gefahr eines medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes besteht.**

schmerz 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



© Debbie Oetgen, www.shutterstock.com

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 % erreicht wird. Therapeutika der ersten Wahl sind trizyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Doxepin). Kombiniert werden sollte die Behandlung mit Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation, lokale Wärmeanwendung, Yoga).

#### GESICHTSNEURALGIE

Die häufigste Form dieser neuropathischen Schmerzart ist die Trigeminusneu-

ralgie. Hauptcharakteristikum sind die attackenförmigen, oft nur einige Sekunden andauernden, stechenden Schmerzen, die durch so genannte Triggermechanismen (z. B. Kauen, Sprechen, Kälte) ausgelöst werden. Das Auftreten kommt zu 95 % 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 okzipitalis) können derartige Störungen aufweisen. Therapeutisch kommen hier primär Antikonvulsiva (verhindern die Weiterleitung schmerzhafter Nervenimpulse) zum Einsatz.

#### WIRBELSÄULENBEDINGTE KOPFSCHMERZEN

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 vertebrogen 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.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Aufgrund dieser mannigfaltigen Ursachen für Kopf- und Gesichtsschmerzen ist eine umfassende Schilderung der Symptome und deren Häufigkeit durch den Patienten (am besten durch Führen eines Kopfschmerzkalenders) für den Arzt besonders wichtig. In der Folge können Untersuchungen zur Bildgebung (Kernspintomographie), Elektroenzephalographie (EEG) oder Blut- und Nervenwasseranalysen eingeleitet werden. Zum Therapiespektrum gehören Medikamente zur Vorbeugung (Prophylaxe) und Akutbehandlung, Infiltrationen, sprich die gezielte lokale Betäubung des Schmerzherdes, sowie Entspannungsverfahren.

Dr. med. Andreas Potschka