

# Kopfschmerz


- Spannungskopfschmerz
- Migräne
- Durch Schmerzmittel hervorgerufener Kopfschmerz
- Clusterkopfschmerz

## Spannungskopfschmerz

Beim sog. episodischen Spannungskopfschmerz handelt es sich um eine harmlose Kopfschmerzform, die ein Großteil der Bevölkerung kennt (je nach zitierter Studie bis zu 90%). Die Patienten klagen über ein an einzelnen Tagen auftretendes leicht bis mittelschweres Druckgefühl im Kopf. Weitere Beschreibungen sind das Gefühl eine "Haube auf dem Kopf" zu haben oder das Gefühl, nicht frei denken zu können. Der Spannungskopfschmerz tritt meistens zweiseitig auf und ist häufig in der Stirn- und Schläfenregion betont, kann aber auch den ganzen Kopf umfassen. Migränetypische Symptome wie Licht- und Lärmempfindlichkeit, darüber hinaus Übelkeit und Erbrechen treten beim Spannungskopfschmerz nicht auf. Besonders wichtig ist, dass Spannungskopfschmerzen durch körperliche Betätigung verbessert und nicht verschlimmert werden (im Gegensatz zur Migräne). Häufig wird bei Kopfschmerzpatienten fälschlicherweise ein Spannungskopfschmerz diagnostiziert, obwohl es sich eigentlich um eine zugrunde liegende Migräne handelt. Verantwortlich hierfür ist, dass nicht alle Patienten unter ausgeprägter Licht- und Lärmempfindlichkeit leiden bzw. anstelle von Übelkeit und Erbrechen „nur“ Appetitlosigkeit vorliegt. Viele Patienten tolerieren einen episodischen (gelegentlich) auftretenden Spannungskopfschmerz ohne spezifische Therapie. Alternativ können einfache Schmerzmittel wie Aspirin, Paracetamol oder Kombinationspräparate eingesetzt werden. Nur bei 3% der Bevölkerung liegt ein chronischer Spannungskopfschmerz (Kopfschmerzen an mehr als 15 Tagen pro Monat) vor, der dann nach entsprechender Diagnostik meist mit einer Kombination aus aktivierenden Verfahren, Entspannungsübungen und regelmäßiger Medikation behandelt wird.

## Migräne

Etwa 15% der Bevölkerung leiden unter Migräne, Männer sind zu 8%, Frauen zu 24% betroffen. Bei einer Migräne-Attacke treten mittelstarke bis starke Kopfschmerzen auf. Der Migräne-Kopfschmerz beginnt häufig einseitig, breitet sich jedoch bei mehr als 2/3 der Patienten auch auf die Gegenseite aus. Der Schmerzcharakter ist typischerweise hämmernd, pochend oder pulsierend. Das Ausmaß der Beeinträchtigung in einer schweren Migräneattacke wird von der WHO mit dem Zustand eines vom Hals abwärts gelähmten Patienten gleichgestellt

<p>Der Migräne-Kopfschmerz ist häufig begleitet von Licht und Lärmempfindlichkeit, z.T. auch Geruchsempfindlichkeit. Typischerweise ziehen sich die Patienten in einen ruhigen, abgedunkelten Raum zurück. Im Weiteren treten Übelkeit, Erbrechen oder zumindest Appetitlosigkeit auf.</p>	
--	---



Kennzeichnend für den akuten Migräneanfall ist, dass die Kopfschmerzen durch körperliche Anstrengung, Erschütterung oder schnelle Kopfbewegungen verstärkt werden. Dieses Merkmal erlaubt eine treffsichere Abgrenzung vom episodischen Spannungskopfschmerz, bei dem körperliche Anstrengung, wie z. B. Sport, zu einer Schmerzlinderung führt. Die meisten Patienten erleiden 1 bis 2 Migräneattacken pro Monat, bei etwa 25% treten mehr als 3 Attacken pro Monat auf; diese Patienten würden besonders von einer Migräneprophylaxe profitieren. Die Attackendauer beträgt bei Erwachsenen zwischen 4 Stunden und 3 Tagen. Im Rahmen der Menstruation können bei Frauen auch über 5 Tage andauernde Attacken bestehen.

## Ursachen der Migräne

Bei der Migräne besteht eine ausgeprägte vererbliche Komponente: Durch Zwillingsstudien wurde festgestellt, dass das Risiko an Migräne zu erkranken für eineiige Zwillinge doppelt so hoch ist wie für zweieiige Zwillinge. Bei etwa 40% der Migränepatienten ist ein erstgradiger Verwandter (z. B. Vater, Mutter oder Geschwister) ebenfalls an Migräne erkrankt. Aus den Studien zur Genetik der Migräne geht hervor, dass etwa 35% der Migräneerkrankung durch genetische Faktoren bestimmt ist, bei der Migräne mit Aura beträgt dies sogar 50%. Die genauen Ursachen für die Neigung zu Migräneattacken sind bis jetzt nicht ausreichend geklärt. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass bei verschiedenen Migränepatienten unterschiedliche biologische Voraussetzungen dafür verantwortlich sind, dass es zum Auftreten von Migräneattacken kommt, obwohl die einzelnen Attacken von Patient zu Patient große Ähnlichkeiten zeigen und auf die gleichen Akutmedikamente (z. B. Triptane) ansprechen. Als verantwortliches neurobiologisches Grundmuster für die Migräneanfälligkeit werden Auffälligkeiten diskutiert, die bei den an Migräne Erkrankten auch im schmerzfreien Intervall beobachtbar sind:

- Unfähigkeit sich adäquat an wiederholte Stressoren oder Reize zu gewöhnen (gestörte Habituation),
- Störung der Energiebereitstellung im Zellstoffwechsel (veränderte Leistungsfähigkeit der Mitochondrien),
- Störungen in den Abwehrsystemen gegen körpereigene, sog. freie Radikale (oxidativer Stress),
- Störung im Stoffwechsel des wichtigen Botenstoffes Stickoxid (NO) (erklärt z. B. das Auslösen von Migräneattacken bei herzkranken Patienten nach Anwendung von Nitrospray) sowie
- sog. Ionenkanalstörungen, die die Erregbarkeit von Nervenzellen verändern (Kanalopathien, die besonders wichtig sind bei den extrem seltenen Formen der hemiplegischen Migräne).

Darüber hinaus ist es für unser zukünftiges Verständnis der Migränemechanismen wichtig zu wissen, dass Migräne gehäuft in Verbindung mit entzündlichen Darmerkrankungen, bei Allergikern (kindliches Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis) und Nahrungsunverträglichkeiten auftritt. Weiterhin treten bei Migränepatienten gehäuft Schwindelsymptome und Kreislaufstörungen (niedriger Blutdruck) auf.

## Diagnostik der Migräne

Zur Diagnose einer Migräne dient die ausführliche Anamnese, nur selten sind Zusatzuntersuchungen wie eine Computertomographie oder Kernspintomographie des Schädels nötig, um eine Abgrenzung gegenüber Kopfschmerzen bei anderen Erkrankungen vornehmen zu können. Bei einigen Patienten sind Laboruntersuchungen sinnvoll, insbesondere wenn begleitend Schilddrüsenerkrankungen, Allergien oder entzündliche Erkrankungen des Darmes vorliegen.

## Behandlung der Migräne

Die Therapie der Migräne fußt auf zwei Prinzipien:

1. Schnelle und wirksame Behandlung der akuten Attacke
2. bei hoher Attackenfrequenz, das Einleiten von vorbeugenden (prophylaktischen) Maßnahmen.

Die Migräneprophylaxe umfasst eine Beratung zur Lebensführung (regelmäßige Mahlzeiten, regelmäßige Schlaf- und Wachzeiten sowie Stressregulierung), aktivierende Maßnahmen (wie z. B. Joggen, Radfahren, Nordic Walking und Schwimmen), Entspannungstraining (z. B. Muskelentspannung nach Jacobson, Autogenes Training, Achtsamkeits-basierte Verfahren), psychotherapeutische Verfahren zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit sowie medikamentöse Therapien.

## Chronische Migräne und Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz

Bei einem kleinen Teil der Patienten, die bereits eine erhöhte Anfallsfrequenz (z. B. 6 bis 10 Migränetage im Monat) haben, besteht das Risiko einer erneuten Zunahme der Migränefrequenz bis zur Entwicklung einer chronischen Migräne (definiert als 15 bis 30 Migränetage im Monat). Wichtigster Risikofaktor hier ist die bereits initial hohe Migränefrequenz. Risiko verstärkend wirkt die zu häufige Einnahme von Schmerzmitteln und typischen Migränemitteln (Triptane). Insgesamt ist das Chronifizierungsrisiko bei Migränepatienten jedoch niedrig (3% pro Jahr).

Im Falle der täglichen oder fast täglichen Einnahme von Schmerzmitteln zur Behandlung chronischer Kopfschmerzen ist ein Absetzen der Kopfschmerz-Medikamente erforderlich. Abhängig von der Schwere der Kopfschmerzen, dem eventuellen Scheitern von Entzugsbehandlungen in der Vergangenheit und begleitenden körperlichen oder psychischen Erkrankungen kann eine ambulante, tagesklinische oder stationäre Behandlung erfolgen.

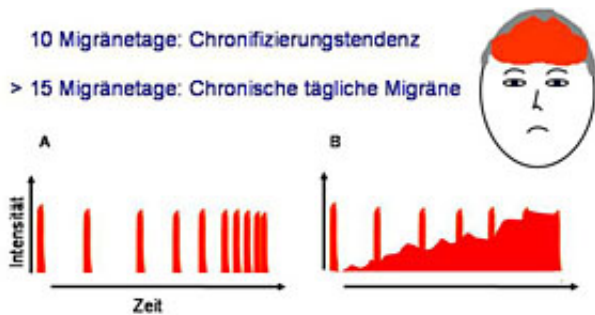
Das Interdisziplinäre Schmerzzentrum bietet Patienten mit Migräne und anderen Kopfschmerzformen Expertise in der Diagnostik und Therapie auf höchstem internationalem Niveau. Die Behandlungsstrategien bauen auf den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (Verwendung von Medikamenten und Verfahren, die in großen kontrollierten klinischen Studien ihre Wirksamkeit wissenschaftlich unter Beweis gestellt haben) auf. Gleichzeitig gehen die Ärzte und Therapeuten auch auf die individuellen Besonderheiten von Patienten (wie z. B. spezielle Begleiterkrankungen des Immunsystems, der Schilddrüse und des Magen-Darm-Traktes) ein, die im Rahmen der evidenzbasierten Therapieempfehlungen üblicherweise nicht ausreichend berücksichtigt werden, um eine optimale und persönlich zugeschnittene Behandlung zu ermöglichen.



### Durch Schmerzmittel hervorgerufener Kopfschmerz

Über 15 % der Bevölkerung leiden unter regelmäßigen Migräneattacken. Bei etwa 5 % der Bevölkerung bestehen tägliche oder fast tägliche Migränekopfschmerzen. Etwa die Hälfte dieser schwer betroffenen Patienten nimmt dabei an mehr als 10 Tagen pro Monat, oft mehrfach täglich, Migränemedikamente und andere Schmerzmittel ein. Bei der Chronifizierung der Migräne liegt häufig eines der folgenden zeitlichen Muster vor:

#### Viel Migräne führt zu mehr Migräne



- A) Die Attackenhäufigkeit nimmt solange zu, bis die Kopfschmerzen täglich bestehen.
- B) Die Attackenhäufigkeit ist hoch, bleibt jedoch relativ konstant, und im Hintergrund entsteht über die Jahre ein zunehmender Dauerkopfschmerz.

## Medikamenten-Dauerkopfschmerz

30 - 50 % Patienten mit chronischen Kopfschmerz nehmen täglich oder fast täglich Schmerzmittel ein



Der Schmerztherapeut spricht von einem schmerzmittelinduzierten Dauerkopfschmerz, meistens auf dem Boden einer bekannten Migräne.

## Medikamenten-Dauerkopfschmerz

### Behandlung

sofortiges Absetzen der Schmerzmittel

Einleiten zukünftiger Prophylaxe



Die einzige Möglichkeit den Teufelskreis zwischen Schmerzmitteleinnahme und Kopfschmerz zu durchbrechen, besteht in einer kompletten Entzugsbehandlung von den jeweiligen Schmerzmitteln. Dieses Vorgehen wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausdrücklich empfohlen.

Eine Entzugbehandlung heilt keine Migräne sondern ermöglicht das Durchbrechen eines Teufelskreises und damit ein Zurücksetzen der Migräneproblematik auf ein deutlich niedrigeres Niveau mit geringerer Attackenfrequenz.

Häufig sind Patienten in der Lage, nach entsprechender Aufklärung eine ambulante Entzugbehandlung zu Hause selbst durchzuführen. Während des Entzuges ist von Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die den Patienten auch ärztlich bescheinigt werden sollte.

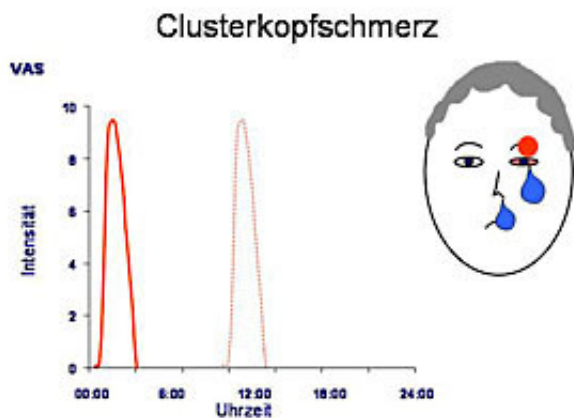
Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten sind bereits 7 - 10 Tage nach Beginn der Entzugbehandlung deutlich gebessert und leiden nicht mehr an Dauerkopfschmerzen, obwohl sie zum ersten Mal seit langer Zeit nicht mehr täglich Schmerzmittel einnehmen. Bei einem Drittel der Patienten lässt sich der Entzug gut durchführen, aber eine weitergehende klinische Besserung des Dauerkopfschmerzes tritt erst im weiteren Verlauf nach ein bis drei Monaten ein. Zusätzlich empfiehlt sich eine Migräneprophylaxe, um einer erneuten Chronifizierung vorzubeugen.

Bei fortgesetztem Medikamentenübergebrauch mit (fast) täglicher Einnahme von Schmerz- und Migränemitteln sind medikamentöse Prophylaxen nicht wirksam.



## Clusterkopfschmerz

Clusterkopfschmerz ist die schwerste primäre Kopfschmerzkrankung. Oft treten die Kopfschmerzen um oder hinter einem Auge auf und werden beschrieben als ob eine glühende Nadel von hinten durch das Auge getrieben wird. Die Intensität wird von den Betroffenen mit Folterschmerz gleichgesetzt. Durch die außerordentliche Schmerzbelastung besteht bei Patienten mit Clusterkopfschmerz ein erhöhtes Suizidrisiko. Clusterkopfschmerz tritt in Attacken auf, meistens ein bis zwei Attacken innerhalb von 24 Stunden, manche Patienten erleiden jedoch bis zu 8 Attacken pro Tag. Typischerweise treten die Attacken täglich auf, entweder das ganze Jahr hindurch (chronischer Clusterkopfschmerz) oder mit saisonaler Häufung (engl.: Cluster = Haufen) in Frühjahr und Herbst (episodischer Clusterkopfschmerz). Die einzelnen Attacken dauern ohne Behandlung zwischen 15 Minuten und 3 Stunden, bei Frauen zum Teil noch länger.



Die Schmerzattacken werden auf der betroffenen Seite von Augenrötung, Tränenfluß, verstopfter und "laufender" Nase" begleitet. Die meisten Patienten sind während der Attacken stark bewegungsunruhig, laufen umher (engl.: Pacing around) oder wippen mit dem Oberkörper.

Mindestens 1 von 1.000 Menschen leiden an Cluster-kopfschmerzen. In Deutschland sind also etwa 75.000 Bürger betroffen.

Tragischerweise dauert es in der Bundesrepublik im Durchschnitt immer noch mehr als 7 Jahre bis die richtige Diagnose eines Clusterkopfschmerzes gestellt wird [1].

Das Interdisziplinäre Schmerzzentrum bietet für Patienten mit Clusterkopfschmerzen eine niederschwellige Anlaufstelle in Zusammenarbeit mit den überweisenden Kollegen mit folgenden Schwerpunkten:

- Diagnostik von Clusterkopfschmerz und verwandten seltenen Kopfschmerzformen, den trigemino-autonomen Cephalgien (SUNCT-Syndrom, chronisch paroxysmale Hemikranie etc.)
- Entwicklung von individuellen Behandlungsplänen
- Stationäre Aufnahme zur medikamentösen Neueinstellung bei Versagen der aktuellen Therapie
- Beratung und Behandlungsangebote für Patienten, die bislang medikamentös nicht adäquat therapierbar sind
- Regelmäßiges Patienten- und Angehörigenforum unter medizinischer und schmerzpsychologischer Leitung in Zusammenarbeit mit den regionalen ) und schmerzpsy-chologischer Leitung (Frau Lüking) in Zusammenarbeit mit den regionalen Clusterkopfschmerz-Selbsthilfegruppen ([www.clusterkopf.de](http://www.clusterkopf.de))
- Kompetenzzentrum als Ansprechpartner für niedergelassene Kollegen (schwierige Medikamenteneinstellungen, Therapiekontrolle, "off-Label"-Verschreibung etc.)

[1] Sonderheft 17 / II 2006; Zur Situation der Clusterkopfschmerzpatienten in Deutschland, Bundesverband der Clusterkopfschmerzselbsthilfegruppen, CSG e.V.

