

## Volkskrankheit Kopfschmerzen

# Ursachen bei ungewöhnlichem Muster immer abklären

**Kopfschmerzen sind ein Allerweltssymptom, und doch kann etwas Bedrohliches dahinterstecken. Die Ursachen von sekundären Kopfschmerzen anhand einer Alarmzeichenliste abzuchecken, sei daher wichtig und manchmal lebensrettend, sagte PD Dr. Andreas Gantenbein, Chefarzt Neurologie RehaClinic Bad Zurzach und Past-Präsident der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft. Ausserdem gab er einen Überblick darüber, wie primäre Kopfschmerzen zu behandeln sind.**

Foto: zVg.



PD Dr. Andreas Gantenbein

Gemäss der internationalen Kopfschmerzklassifikation (International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> Edition, ICHD-3) (1) existieren über 200 verschiedene Kopfschmerzarten. Sie sind in 14 Gruppen eingeteilt. Von allen Kopfschmerzarten tritt der Spannungskopfschmerz am häufigsten auf. Er betrifft 60 bis 80 Prozent der Bevölkerung, die aber deswegen keine ärztliche Hilfe aufsuchen. Am zweithäufigsten ist die Migräne verbreitet, von ihr sind 15 bis 20 Prozent der Bevölkerung betroffen, dies mit ein-

schneidender Auswirkung auf Berufs- und Sozialleben. An Clusterkopfschmerzen leiden etwa 0,1 bis 0,2 Prozent der Bevölkerung, und etwa 3 bis 5 Prozent der Bevölkerung haben nie Kopfschmerzen.

Eine Unterscheidung zwischen primären Kopfschmerzen wie Migräne, Spannungs- und Clusterkopfschmerzen und sekundären Kopfschmerzen ist wichtig, denn hinter Kopfschmerzen könnten sich andere Ursachen, die eine rasche Intervention erfordern, verbergen. Solche Alarmzeichen können beispielsweise systemische Symptome inklusive Fieber sein, aber auch neurologische Defizite, Alter über 50 Jahre, Veränderung des Kopfschmerzmusters, neuer oder plötzlicher Beginn von Kopfschmerzen. Sekundären Kopfschmerzen können Ursachen wie zum Beispiel nicht vaskuläre intrakraniale Störungen, kraniale oder zervikale vaskuläre Störungen, Neoplasien oder auch Infekte zugrunde liegen (Tabelle 1) (2).

### Primäre Kopfschmerzen mit langer Geschichte

Für einen Kopfschmerz vom primären Typ sprechen eher eine seit Kindheit bestehende Kopfschmerzsymptomatik, das Bestehen von kopfschmerzfreien Tagen, ein Einhergehen mit dem Menstruationszyklus, Familienmitglieder mit dem gleichen Kopfschmerzphänotyp oder ein Kopfschmerz, der vor mehr als einer Woche aufgetreten ist oder aufgehört hat (3).

Ein Clusterkopfschmerz beispielsweise tritt häufig in der Nacht während etwa 15 Minuten bis 3 Stunden auf. Er ist meist einseitig um das Auge herum lokalisiert und von höchster Schmerzstärke, die Augen tränen, sind gerötet, die Nase ist blockiert. Die Betroffenen sind unruhig, «tigern herum». Die Akuttherapie besteht aus rasch wirkenden Triptanen (Tabelle 2) (4). Eine Gabe von 100-prozentigem Sauerstoff während 15 Minuten (10–12 l/min via Maske) kann auch hilfreich sein. Als Prophylaxe wird standardmässig hoch dosiertes Verapamil eingesetzt, eine EKG-Kontrolle sollte erfolgen. Weitere Optionen sind Topiramid, Lithium, Galcanezumab oder Prednison (4).

Ein Spannungskopfschmerz zeichnet sich durch dumpfe, beidseitig diffuse Schmerzen von leichter bis mittlerer Stärke ohne Begleitsymptome aus. Medikamente sollten, wenn möglich, vermieden werden oder dann genügend hoch dosiert sein. Geeignet hierfür sind Analgetika oder nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) an maximal 10 Tagen pro Monat. Pfefferminzöl und Entspannungsübungen sind ebenfalls empfohlen (3).

Eine Migräne zeichnet sich dagegen durch attackenartige, pulsierende, einseitige Kopfschmerzen aus, mit Symptomen einer Reizüberempfindlichkeit auf Licht, Gerüche, Geräusche, Bewegung oder Berührung. Migräneattacken dauern zwischen 4 und 72 Stunden und können mehrmals pro Monat auftreten. Als Anfallsauslöser werden oft Käse, Wein, Stress oder Wetteränderungen diskutiert. Häufig kann jedoch nicht zwischen Vorsymptom der Migräneattacke oder eindeutigem Trigger unterschieden werden. Diese Zusammenhänge sollten mit den Patienten diskutiert werden. Ein besserer Umgang mit allfälligen Triggern ist empfehlenswerter als ein striktes Vermeiden.

### Dreigleisige Migränetherapie

Die Therapie der Migräne besteht aus drei Säulen: Akutmedikation, medikamentöse Prophylaxe und nicht medikamentöse Massnahmen. In der Akuttherapie reichen bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen manchmal schon

Tabelle 1:

**Alarmzeichen bei Kopfschmerzen: SNOOP10-Liste**

<b>Zeichen oder Symptome</b>	<b>Mögliche Ursachen</b>
systemische Symptome inkl. Fieber	Infekte oder nicht vaskuläre intrakraniale Störungen, Tumor oder Phäochromozytom
Neoplasie in der Anamnese	Hirntumoren, Metastasen
neurologisches Defizit oder Störung inkl. Bewusstseinsstörung	vaskuläre oder nicht vaskuläre intrakraniale Störungen, Hirnabszess und andere Infekte
plötzlicher Beginn von Kopfschmerzen	Subarachnoidalhämorrhagie oder andere kraniale oder zervikale vaskuläre Störungen
Alter ab 50 Jahre	Riesenzellarteriitis und andere kraniale oder zervikale vaskuläre Störungen, Neoplasien und andere nicht vaskuläre intrakraniale Störungen
Veränderung des Kopfschmerzmusters oder kürzlicher Beginn	Neoplasien, vaskuläre oder nicht vaskuläre intrakraniale Störungen
lagebedingter Kopfschmerz	intrakraniale Hyper- oder Hypotonie
Kopfschmerz beim Schnäuzen, Husten oder Turnen	posteriore Fossa-Malformation, Chiari-Malformation
Papillenödem	Neoplasie und andere nicht vaskuläre intrakraniale Störungen, intrakraniale Hypertonie
progressive Kopfschmerzen und atypische Präsentation	Neoplasie und andere nicht vaskuläre intrakraniale Störungen
Schwangerschaft oder Puerperium	kraniale oder zervikale vaskuläre Störungen, posturale Punktionkopfschmerzen, hypertoniebedingte Störung (z. B. Präeklampsie), zerebrale Sinusthrombose, Hypothyreose, Anämie, Diabetes
schmerzhafte Augen mit autonomer Beteiligung	Pathologie in der Fossa posterior, in der Hypophysenregion oder im Sinus cavernosus; Tolosa-Hunt-Syndrom; ophtalmologische Ursachen
Kopfschmerzbeginn nach Trauma	akute und chronische posttraumatische Kopfschmerzen, Subduralhämatom und andere vaskuläre Störungen
Pathologie des Immunsystems wie HIV	opportunistische Infekte
Kopfschmerzen bei Schmerzmittelübergebrauch oder nach neuem Arzneimittel	Schmerzmittelübergebrauch-Kopfschmerz-Syndrom (MÜKS), Arzneimittelunverträglichkeit

Quelle: mod. nach (2)

Ruhe oder Schlaf aus. Als weitere Massnahmen können auch Sport oder aktive Entspannung eine Option sein. Reicht das nicht aus, können zur Anfallstherapie bei geringer Intensität Analgetika beziehungsweise NSAR versucht werden. Bei Migräneattacken von mittlerer bis starker Intensität sind Triptane eine gut wirksame Option (Tabelle 2) (4). Wichtig sind dabei eine genügend hohe Dosierung und ein nicht zu häufiger Einsatz. Bei Übelkeit und Erbrechen empfehlen sich Antiemetika wie Metoclopramid oder Domperidon.

In der Langzeitprophylaxe der Migräne sind verschiedene Medikationen wie Antidepressiva, Antikonvulsiva, Beta-blocker und CGRP-Antikörper (CGRP: calcitonin gene-related peptide) zugelassen (Tabelle 2). Dank dieser Auswahl sei es möglich, die Therapie auf den Patienten und seine Komorbiditäten abzustimmen, so Gantenbein. Bei Patienten mit zusätzlicher Hypertonie empfiehlt sich zum Beispiel ein Betablocker, bei zusätzlichen Schlafstörungen ein schlafanstossendes Antidepressivum. Dieses Vorgehen leistet möglicherweise auch einen Beitrag für eine bessere Adhärenz.

Patienten mit Migräne sprechen in der Regel gut auf CGRP-Antikörper an. Sie erreichen damit nach einer 3- bis 12-monatigen Behandlung etwa eine Halbierung bis Dritte-

lung der Migränetage von etwa 15 auf etwa 4 Tage pro Monat, was auch zu einer Reduktion von Arbeitsausfällen führt. Nach einem Jahr Behandlung müsse jedoch infolge Limitatio eine Zwangspause eingelegt werden, was manche Patienten wieder zurückwerfen könne, so Gantenbein.

Die Nebenwirkungsrate der CGRP-Antikörper liegt gemäss dem Referenten auf Plazeboniveau, in den Studien war sie manchmal noch tiefer als in den Plazebogruppen. Signale für ischämische Veränderungen sind nicht aufgetreten. Obstipation und Schwindel wurden vermehrt beobachtet.

Es ist überdies wichtig zu wissen, dass sich CGRP-Antikörper gegen den Rezeptor (Erenumab) oder den Liganden (Fremanezumab, Galcanezumab) des CGR-Peptids richten. Das im Gegensatz zu anderen Antikörpertherapien, wie beispielsweise der Therapie der Multiplen Sklerose, die das Immunsystem moduliere. Mit CGRP-Antikörpern bestehe daher keine Problematik einer Immunsuppression, so der Experte.

**Nicht medikamentöse Therapiemöglichkeiten**

Komplementärmedizinische Massnahmen in der Migränetherapie sind wichtige Zusatzinstrumente. Dazu gehören die Lebensstilmodifikation mit Triggervermeidung, die kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungstherapien wie

Tabelle 2:

**Pharmakologische Therapie von Kopfschmerzen\***

	Substanz	Dosierung
<b>Clusterkopfschmerzen: Akuttherapie</b>		
	100% O <sub>2</sub> (Maske)	10–12 l/min, 10–15 min
	Sumatriptan	6 mg s.c., 20 mg Nasenspray
	Zolmitriptan	6 mg Nasenspray
<b>Clusterkopfschmerzen: Langzeitprophylaxe</b>		
	Verapamil	240–720 mg (EKG-Kontrolle)
	Lithium	nach Serumspiegel
	Melatonin	bis 10 mg
	Topiramat	100–200 mg
	Valproat	1000–2000 mg
<b>Spannungskopfschmerzen: Akuttherapie</b>		
	Entspannungsübungen, körperliche Aktivität, Biofeedback	
Antidepressiva	Amitriptylin	25–150 mg
	Mirtazapin	15–30 mg
	Venlafaxin	75–150 mg
<b>Migräne: Akuttherapie</b>		
Analgetika/NSAID	Acetylsalicylsäure	1000 mg
	Diclofenac	50–150 mg
	Ibuprofen	400–800 mg
	Metamizol	500–1000 mg
	Mefenaminsäure	500–1500 mg
	Naproxen	500–1000 mg
	Paracetamol	1000 mg
Triptane	Almotriptan	12,5 mg
	Eletriptan	40/80 mg
	Frovatriptan	2,5 mg
	Naratriptan	2,5 mg
	Rizatriptan	5/10 mg
	Sumatriptan	6 mg s.c., 50 mg oral, 10–20 mg Nasenspray
	Zolmitriptan	2,5 mg oral, 2,5/5 mg Nasenspray
<b>Migräne: Langzeitprophylaxe</b>		
Antidepressiva	Amitriptylin	50–100 mg
Antikonvulsiva	Topiramat	25–100 mg
Betablocker	Metoprolol	50–200 mg
	Propranolol	40–240 mg
CGRP-Antikörper	Erenumab	70/140 mg
	Fremanezumab	225/625 mg
	Galcanezumab	120 mg
Kalziumantagonist	Flunarizin	5–10 mg

\*enthält auch Off-Label-Anwendungen  
 Quelle: A. Gantenbein, FOMF AIM 2021, modifiziert nach (4)

Biofeedback, die aktive Muskelrelaxation oder Yoga-ähnliche Techniken, Sport, Manualtherapie, Neurostimulation, Akupunktur, gewisse Vitamine und Supplemente (5). Für die sportliche Aktivität empfiehlt Gantenbein eine aerobe Sportart 3-mal 30 min pro Woche, Kraftsportarten eignen sich weniger gut. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Migräne und andere Kopfschmerzen», FOMF Innere Medizin, 26. Januar 2021, virtuell.

Referenzen:

1. <https://www.ichd-3.org>
2. Do TP et al.: Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology. 2019;92(3):134-144.
3. Pohl H et al.: Green Flags and headache: A concept study using the Delphi method. Headache. 2021;10.1111/head.14054.
4. Schweizerische Kopfwehgesellschaft: Therapieempfehlungen für primäre Kopfschmerzen 2021, Auflage 10.1. www.headache.ch. Letzter Zugriff: 4.2.21.
5. Gantenbein AR et al.: Complementary and alternative treatments for migraine. Techniques in Regional Anaesthesia and Pain Management 2012;(16):76–81.