

Der Patient mit täglichen Kopfschmerzen

Abklärung und Therapie

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Chronischer täglicher Kopfschmerz kann Ausprägung verschiedener Kopfschmerzformen sein, wobei die chronische Migräne am häufigsten ist. Die betroffenen Patienten sind sehr stark in Mitleidenschaft gezogen, die Therapie stellt eine grosse Herausforderung dar. Eine Übersicht liefert Morris Maizels in «American Family Physician».

Immer mehr Menschen werden angeblich von Kopfschmerzen geplagt. Das jedenfalls haben epidemiologische Untersuchungen ergeben. In den USA etwa weisen die Zahlen eine Verdoppelung in den letzten Jahren aus. Für die Zukunft wird mit einem weiteren Anstieg gerechnet. Die allermeisten Patienten haben episodischen Kopfschmerz, doch etwa 4 bis 5 Prozent leiden unter täglichen Kopfschmerzen, und das über lange Zeit. Die Auswirkungen sind gravierend und in Studien gut dokumentiert: Die Lebensqualität der Betroffenen ist erheblich eingeschränkt, oft besteht Arbeitsunfähigkeit.

Der chronische tägliche Kopfschmerz ist der häufigste Grund für eine Überweisung an einen Kopfschmerzspezialisten. Oft entwickelt sich der tägliche Kopfschmerz aus einer episodischen Migräne heraus. Unabhängig vom ursprünglich zugrunde liegenden Kopfschmerzsyndrom ist Medikamentenmissbrauch bei einem Drittel der eigentliche Auslöser. Bei diesem Schmerzmittel-Rebound-Kopfschmerz handelt es sich, wie manche Experten meinen, inzwischen um eine schleichende Epidemie. In Kopfschmerzkliniken beträgt der Anteil dieser Patienten bis zu 80 Prozent.

Worauf man bei der Untersuchung achten muss

Alle Patienten mit täglichem Kopfschmerz müssen genau untersucht werden. Obwohl es nicht immer offen ausgesprochen wird, so gilt doch als sicher, dass viele Betroffene sich mit der Sorge quälen, dahinter könnte eine bedrohliche organische Erkrankung stecken (Tabelle 1). Genau dies gilt es auch abzuklären. Hinweise darauf liefern ein plötzlicher Beginn mit Schmerzen in der Okzipitalgegend bei gleichzeitigem Auftreten neurologischer Symptome. Besorgnis erregend sind nicht-akute Kopfschmerzen, wenn diese progredient sind und neurologische Ausfälle wie etwa Koordinationsschwierigkeiten, auftreten, oder wenn der Kopfschmerz die Patienten aus dem Schlaf reisst, ohne dass Anhaltspunkte für einen Cluster-Kopfschmerz vorliegen.

Bei fehlenden neurologischen Auffälligkeiten braucht man bei episodischem Kopfschmerz bekanntlich keine bildgebenden Verfahren, bei chronischer Migräne ist die Situation nicht immer so eindeutig. Die American Academy of Neu-

Merk-sätze

- Täglicher chronischer Kopfschmerz kann sich neu oder aber aus einem episodischen (Migräne-) Kopfschmerz entwickeln.
- Medikamentenmissbrauch ist die häufigste (behandelbare) Ursache von täglichem Kopfschmerz.
- Immer sollte auch an sekundäre Ursachen gedacht und entsprechend abgeklärt werden. Als grobe Regel gilt: Hinter einem Kopfschmerz ohne weitere (neurologische) Symptome steckt meistens keine schwere Grunderkrankung.
- Die Therapie ist aufwändig und in der Regel dem Spezialisten vorbehalten, wobei eine Kooperation mit dem Hausarzt wünschenswert ist.

rology (AAN) kam vor wenigen Jahren zu folgender Schlussfolgerung: «Derzeit gibt es keine Evidenz für den Einsatz von CT und MRI bei Migränekopfschmerz». Gemäss neueren Guidelines kann man bildgebende Verfahren dann in Betracht ziehen, wenn unklare neurologische Befunde vorhanden sind, allerdings nie als diagnostische Erstmassnahme.

Patienten, die stabile Kopfschmerzen über sechs Monate haben, haben selten eine intrakranielle Krankheit. Bei ihnen sind bildgebende Verfahren in der Regel also nicht angezeigt. Der isolierte Kopfschmerz

Der Patient mit täglichen Kopfschmerzen

Tabelle 1: **Differenzialdiagnose bei chronischem täglichem Kopfweh**

Primärer Kopfschmerz

- Kopfschmerzdauer > 4 Stunden (mit/ohne Medikamentenabusus)
 - chronische (transformierte) Migräne
 - chronisches Spannungskopfweh
 - neu diagnostizierter persistierender Kopfschmerz
 - Hemicrania continua

Kopfschmerzdauer < 4 Stunden

- Strikt einseitig – vegetative Störungen
 - Cluster-Kopfweh
 - Paroxysmale Hemikranie

Ein- oder beidseitig – keine vegetativen Störungen

- Trigeminusneuralgie
- benigner Anstrengungskopfschmerz
- benigner exertioneller Kopfschmerz
- Kopfschmerz bei sexueller Aktivität

Sekundärer Kopfschmerz

Kopfschmerz assoziiert mit vaskulärer Krankheit

- arteriovenöse Missbildung
- Riesenzellararteriitis
- Karotidisdissektion
- Vaskulitis

Kopfschmerz assoziiert mit nichtvaskulärer intrakranieller Erkrankung

- Tumor
- Pseudotumor cerebri
- Infektion
- posttraumatischer Kopfschmerz
- subdurales Hämatom

Myofaszialer Schmerz

- Halsmarkserkrankungen
- Dysfunktion des Temporomandibulargelenks

Kopfschmerz durch Schlafstörungen

- obstruktive Schlafapnoe

ohne weitere neurologische Symptome ist eine sehr unübliche Manifestationsform eines Hirntumors. Die lehrbuchgemässe Symptomkombination aus schwerem Kopfweh, das sich am Morgen verstärkt und mit gleichzeitiger Übelkeit und Erbrechen einhergeht, ist allerdings oft auch nicht vorhanden.

Bei Erwachsenen ist Kopfschmerz nur sehr selten Ausdruck einer zugrunde liegenden Systemerkrankung, wenn keine weiteren Symptome vorhanden sind. Bei klinischem Verdacht können im Einzelfall aber Tests auf Anämie, Schilddrüsenerkrankung, Lebererkrankung, Infektionen (HIV, Lyme-Borreliose) angezeigt sein. Nicht zu vergessen ist die Blutdruckmessung. Hoher Blutdruck kann bekanntlich zu Kopfschmerzen führen.

Zu bedenken ist auch, dass täglicher Kopfschmerz durch fieberhafte Erkrankungen, Lebenskrisen und Operationen ausgelöst werden kann. Dabei spielt es keine Rolle, ob bereits zuvor ein episodischer Kopfschmerz bestand oder nicht.

Arzneimittelkopfschmerz

Arzneimittelkopfschmerz ist eine häufige Ursache von täglichem Kopfschmerz. Die betroffenen Patienten sind gegen eine prophylaktische und eine akute Therapie resistent. Patienten, die oft eine Notfallambulanz aufsuchen und dann Narkotika zur Schmerzlinderung wünschen, haben zumeist einen Rebound-Kopfschmerz.

Die meisten von ihnen nehmen täglich oder fast täglich Schmerzmittel ein, wobei alle symptomatisch wirksamen Präparate, einschliesslich der Triptane, bei einer solchen Überdosierung Kopfschmerzen hervorrufen können. Am häufigsten sind aber Narkotika und koffeinhaltige Kombinationsprodukte im Spiel.

Die Experten raten dazu, auch bei festgestellter oder mutmasslicher Überdosierung gegenüber sekundären Kopfschmerzursachen wachsam zu bleiben. Erst nach sorgfältiger Untersuchung sollte man bei Patienten mit Medikamentenmissbrauch einen Rebound-Kopfschmerz annehmen.

Psychiatrische Komorbidität

Angst und Depression sind sehr häufig bei Patienten mit täglichem Kopfschmerz, und diese Begleiterkrankungen können einen ungünstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben. Der Arzt sollte deshalb seinen Patienten auf psychiatrische Komorbidität hin untersuchen. Dabei kann man durchaus die direkte Frage stellen: «Fühlen sie sich depressiv?» Umfangreicher, aber für diese Patienten auch besonders geeignet, ist die Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD), die auch andere somatische Beschwerden mit erfasst. Inzwischen existiert hiervon eine modernere Form der Prime-MD Today. Er kann bei Pfizer AG, Schärenmoosstr. 99, 8052 Zürich bezogen werden.

Behandlung

Die angemessene Behandlung von Patienten mit täglichem Kopfschmerz fusst auf der Ausschaltung der Kopfwehtrigger und

Der Patient mit täglichen Kopfschmerzen

der Etablierung einer wirksamen Präventionstherapie. Die Ziele der Behandlung sind folgende:

- Reduktion der Häufigkeit, Schwere und Dauer der Anfälle
- Verbessertes Ansprechen der Akuttherapie
- Verbesserung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit der Patienten.

Viele trizyklische Antidepressiva und bestimmte Antikonvulsiva eignen sich dafür. Amitriptylin ist dabei am besten dokumentiert. Bei starker Migränekomponente werden oft Betablocker eingesetzt. Patienten mit refraktärem Kopfschmerz benötigen aber oft mehrere Medikamente. SSRI kommen am ehesten in Betracht, wenn gleichzeitig eine Depression vorhanden ist.

Nimmt der Patient Medikamente im Übermass ein, muss immer erst dieser Missstand behoben werden – das heisst, alle symptomatisch wirksamen Migränemedikamente sollten abgesetzt werden (Tabelle 2). Eine Übergangstherapie während der Entgiftung und die anschliessende Installation der Kopfschmerzprophylaxe gehören zum Programm dazu. Bis heute gibt es keine genauen medikamentösen Empfehlungen, weil die Literatur keine hinreichenden Daten für exakte Empfehlungen bereithält. Wichtig ist zu wissen und zu vermitteln, dass Patienten oft unter Exazerbationen in den folgenden zwei Wochen nach dem Entzug leiden, und es oft vier bis zwölf Wochen dauert, ehe die Therapie anschlägt.

Wenn ein Patient den Entzug geschafft hat, ist der Einsatz von symptomatischen Medikamenten wieder erlaubt, aber in begrenztem Masse, nicht häufiger als

Tabelle 2: Behandlung bei Medikamentenmissbrauch	
1. Medikamentenentzug	– ausschleichende Dosisreduktion, wo abrupter Entzug nachteilig sein könnte (z.B. Narkotika)
	– abrupter Entzug bei allen anderen Patienten
2. Präventive Therapie (siehe Text)	
3. Übergangstherapie	– tägliche migränespezifische Therapie
	– lang wirksame Triptane (Naratriptan oder Fovatriptan)
	– Dihydroergotamin intranasal, intramuskulär, intravenös
	– antiinflammatorische Medikamente
	– kurzer Zyklus mit Steroiden
	– lang wirksame NSAR
4. Notfallmedikamente bei Bedarf	– nichtnarkotische Analgetika: parenterales Ketorolac
	– Antiemetika
	– sedierende Antihistaminika

zweimal in der Woche. NSAR und Triptane werden am häufigsten eingesetzt, wenn es zum episodischen Aufflammen der Kopfschmerzen kommt. Die Anwendung von Medikamenten mit hohem Rebound-Risiko, wie etwa Narkotika, sollte unterbleiben. Die Autoren empfehlen auch Dihydroergotamine über einen längeren Zeitraum, eine Therapie, die hierzulande nicht mehr so sehr favorisiert wird.

Der Hausarzt kann wichtige Unterstützung leisten, indem er dem Patienten hilft, die schmerzauslösenden Trigger und Stressoren herauszufinden und ihn zu Verhaltensänderungen zu motivieren: regelmässige Einnahme der Mahlzeiten, sportliche Betätigung, Schlafhygiene gehören dazu. Viele Patienten können von Stressbewältigungsprogrammen profitieren, wie Yoga oder Meditation. Es gibt ausserdem sehr gute Ergebnisse für Biofeedback, Entspannungstechniken und Verhaltens-

therapie. Sind die psychischen Störungen oder Belastungen sehr prägend, ist ein Psychologe gefragt.

Grundsätzlich sollten alle Patienten, bei denen die Kopfwehprophylaxe fehlschlägt, zum Spezialisten überwiesen werden. Kopfschmerzzentren sind gefragt, wenn auch ambulante Betreuung durch einen Kopfschmerzspezialisten nicht weitergeholfen hat. ●

Morris Maizels: The patient with daily headaches. Am Fam Physicians 2004; 70: 2299–2306.

Uwe Beise

Interessenkonflikte: Der Autor deklariert, keine relevanten Interessenkonflikte zu haben.