

Der Kopfschmerzpatient in der Hausarztpraxis

Schmerzform richtig einordnen und adäquat behandeln

Im Jahresverlauf hat der grösste Teil der Deutschen einmal oder mehrmals Kopfschmerzen. Jede dritte Frau und jeder fünfte Mann leidet sogar mehr als einmal im Monat daran. Meist handelt es sich um primäre Kopfschmerzen. Dabei stehen an erster Stelle Spannungskopfschmerzen, gefolgt von Migräne und Schmerzmittel-bedingten Kopfschmerzen. Clusterkopfschmerzen sind selten.

VOLKER PFAFFENRATH

Eine typische Befundkonstellation für einen primären Kopfschmerz ist, wenn:

- der Kopfschmerz vorbekannt ist
- das Beschwerdebild charakteristisch ist (s.u.)
- der neurologische Untersuchungsbefund normal ausfällt
- eventuell eine positive Familienanamnese für Kopfschmerzen besteht.

Primäre Kopfschmerzformen beginnen meist im jugendlichen Alter oder bei jungen Erwachsenen. Man unterscheidet vier Formen: den Spannungskopfschmerz, die Migräne, den Schmerzmittel-Kopfschmerz und den Clusterkopfschmerz.

Spannungskopfschmerzen

17 bis 24 Prozent der Frauen und 13 bis 25 Prozent der Männer klagten innerhalb eines Jahres über Spannungskopfschmerzen. Die Inzidenzintervalle gründen auf regional erheblichen Unterschieden bei der Häufigkeit der einzelnen Kopfschmerzformen – eine Tatsache, für die es noch keine Erklärung gibt. Spannungskopfschmerzen sind dumpf drückend bis ziehend (nicht pulsierend!) und im ganzen Kopf zu spüren. Die Intensität ist

Merksätze

- Schmerzmittel-Kopfschmerzen treten nur bei Patienten mit Migräne- und Spannungskopfschmerzen auf.
- Mit bildgebenden Verfahren findet man bei Kopfschmerzpatienten häufiger einen irrelevanten Zufallsbefund als etwas Behandlungsbedürftiges.

leicht bis mässig, was sich auch bei körperlicher Belastung nicht ändert. Von episodischem Spannungskopfschmerz spricht man, wenn er an weniger als 15 Tagen im Monat auftritt. Ist er häufiger, handelt es sich um chronische Spannungskopfschmerzen.

Migräne

An Migräne leiden hierzulande 9 bis 14 Prozent der Frauen und 2 bis 5 Prozent der Männer. Zu unterscheiden sind Migräne ohne und mit Aura. Es tritt in der Regel plötzlich ein

- meist einseitiger und
- pulsierender Kopfschmerz auf,
- der sich bei körperlicher Aktivität verstärkt –
- die Intensität ist mässig bis stark.

Mindestens zwei dieser vier Kriterien sind für die Diagnose erforderlich. Die schmerzende Seite kann von Attacke zu Attacke wechseln. Begleitet werden diese Symptome von Übelkeit und/oder Erbrechen sowie Licht- und Geräuschempfindlichkeit (mindestens eines von zwei Begleitsymptomen).

Der Migräneattacke mit Aura gehen Symptome wie beispielsweise Augenflimmern, visuelle Störungen wie Zickzacklinien, Kribbeln und Taubheitsgefühle oder Sprachstörungen voraus. Meist bestehen solche Aurasymptome mehrere Minuten vor der Schmerzattacke. Im Mittel dauert eine Migräneattacke 24 Stunden, bei etwa 20 Prozent der Patienten hält die Attacke jedoch zwei bis drei Tage an. Die mittlere Attackenfrequenz liegt bei 1,5 pro Monat, 10 Prozent der Patienten haben wöchentliche Attacken.

Tabelle 1: Medikamente, die Kopfschmerzen induzieren können

- Sedativa: Barbiturate, Alkohol, Hypnotika, Benzodiazepine
- Stimulanzien: Koffein, Methylphenidat
- Parkinson-Mittel: Amantadin, Levodopa
- Vasodilatoren: Glyceroltrinitrat, Isosorbiddinitrat, Dipyridamol
- Antihypertonika: Atenolol, Nifedipin, Methyldopa, Reserpin
- Antiarrhythmika: Chinidin, Digoxin
- Antiphlogistika: NSAR (z.B. Indometacin)
- H₂-Blocker: Cimetidin, Ranitidin
- Bronchodilatoren: Theophyllin, Aminophyllin, Pseudoephedrin
- Antibiotika: Trimethoprim, Sulfamethoxazol

Schmerzmittel-Kopfschmerzen

Die Häufigkeit der Schmerzmittel-Kopfschmerzen durch Übergebrauch von Analgetika und/oder Migränemitteln liegt zwischen 1 und 2 Prozent. Diese primäre Kopfschmerzart muss man unterscheiden von Kopfschmerzen, die von anderen Medikamenten induziert werden können (sekundäre Kopfschmerzen), vergleiche *Tabelle 1*.

Schmerzmittel-Kopfschmerzen (exakter Begriff: Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch) sind nach den Kriterien der internationalen Kopfschmerzgesellschaft IHS (International Headache Society) täglich oder fast täglich auftretende Kopfschmerzen an mehr als 15 Tagen pro Monat. Sie gehen mit einer Analgetika-/Migränemittel-Einnahme an mehr als zehn Tagen pro Monat einher für insgesamt mehr als drei Monate. Und, so ein weiteres Diagnosekriterium, die Symptome bessern sich nach Entzug innerhalb von zwei Monaten.

Schmerzmittel-Kopfschmerzen sind dumpf-drückend und im ganzen Kopf zu spüren. Sie treten bereits morgens auf, Begleitsymptome finden sich fast keine. Interessant ist, dass Schmerzmittel-Kopfschmerzen ausschliesslich bei Migräne- und Spannungskopfschmerz-Patienten auftreten, nie bei anderen Kopfschmerzformen oder bei anderen Schmerzpatienten. Frauen sind etwa drei- bis fünfmal häufiger betroffen als Männer. Der Kopfschmerzmittel-induzierte Dauerkopfschmerz ist vom akuten Nitrat- oder Kalziumantagonisten-induzierten Kopfschmerz zu unterscheiden.

Es ist unklar, wie sich Schmerzmittel-Kopfschmerzen entwickeln. Um seine Patienten davor zu schützen, sollte sehr genau auf die Häufigkeit und Dauer der Medikamenteneinnahme geachtet werden sowie auf Frühsymptome eines Schmerzmittel-Kopfschmerzes. Besonders gefährdet sind Patienten, die Analgetika und/oder Migränemittel über mehr als zwölf Wochen einnehmen, Kopfschmerzen schon in der Kindheit hatten, eine hohe Kopfschmerzfrequenz haben sowie

Menschen mit hohem Pflichtbewusstsein und Stresspotenzial sowie mit Angst vor Kopfschmerzen. Möglicherweise spielen auch Kombinationsanalgetika eine Rolle.

Clusterkopfschmerzen

Eine weitere, deutlich seltenere Kopfschmerzart ist der Clusterkopfschmerz (Prävalenz: 0,1–0,9%). Der Clusterkopfschmerz wird nach IHS-Klassifikation neuerdings mit zwei weiteren, klinisch ähnlichen Kopfschmerzsyndromen zu einer Gruppe zusammengefasst: den paroxysmalen Hemikranien und dem SUNCT-Syndrom (SUNCT = Shortlasting uniform neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing). Alle drei Kopfschmerzarten gehören jetzt zur Gruppe der trigeminoautonomen Kopfschmerzen (TAK).

Zwei Kriterien sind den TAK-Syndromen gemeinsam:

- die Schmerzattacken halten nur kurz an
- autonome Begleitsymptome (z.B. Horner-Syndrom, Lakrimation, konjunktivale Injektion, Rhinorrhö, nasale Kongestion, Lidschwellung) sind obligat. Diese Begleitsymptome treten stets ipsilateral zum Schmerz auf.

Patienten mit Clusterkopfschmerz äussern einen sehr heftigen, attackenartigen und streng einseitig auftretenden Schmerz, dessen maximale Stärke vor allem retroorbital angegeben wird, aber auch supraorbital und/oder temporal. Männer sind dreimal häufiger betroffen als Frauen. Die Attacke hält 15 bis 180 Minuten an. Es treten bis zu acht Attacken pro Tag auf, wobei die Episoden Wochen bis Monate anhalten. Beim episodischen Clusterkopfschmerz werden diese Episoden von teilweise jahrelangen beschwerdefreien Intervallen unterbrochen.

Kopfschmerzart eingrenzen

Obwohl die Kriterien für die einzelnen Kopfschmerzformen relativ klar erscheinen, ist die Differenzialdiagnostik im Einzelfall anspruchsvoll. So kann es beispielsweise schwierig sein, einen chronischen Spannungskopfschmerz von einem Schmerzmittel-Kopfschmerz zu unterscheiden, weil die Symptome ähnlich sind. Oder: Es gibt Migränepatienten, die fast täglich Kopfschmerzen haben. Oft wird eine tatsächlich vorhandene Migräne als Spannungskopfschmerz oder zervikogener Kopfschmerz verkannt. Hinzu kommen sekundäre Kopfschmerzformen, die auf Blutungen, intrakranielle Tumoren oder Entzündungen, auf Infektionen, Thrombosen oder Kiefergelenkdysfunktionen zurückgeführt werden können. Es ist daher sinnvoll, bei der Anamnese bestimmte Standardfragen abzuarbeiten (*Tabelle 2*).

Der Verdacht auf sekundäre Kopfschmerzen liegt nahe, wenn

- das Manifestationsalter für primäre Kopfschmerzen ungewöhnlich ist
- vorbekannte Kopfschmerzen sich geändert haben
- neuropsychologische Auffälligkeiten bestehen
- begleitend Allgemeinsymptome auftreten
- eine Stauungspapille vorliegt (Hirndrucksymptomatik!)
- ein pathologischer HNO-Befund besteht
- die Kopfschmerzen therapieresistent sind.

Zervikogene Genese überschätzt

Charakteristisch für zervikogen bedingte Kopfschmerzen ist die eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Schmerzen treten attackenartig auf (Provokation durch Kopfbewegung oder durch Druck auf Triggerpunkte), oder es besteht ein fluktuierender Dauerschmerz mittlerer Intensität. Ausserdem sind zervikogene Kopfschmerzen einseitig, wobei die Seite nicht wechselt. Die Schmerzen strahlen in Arm und Schulter oder von okzipital nach okulofronto-temporal aus. Insgesamt wird die Häufigkeit zervikogener Kopfschmerzen sehr überschätzt. In Wirklichkeit handelt es sich meist um Spannungskopfschmerzen.

Bildgebung: ja oder nein?

Bei typischer Symptomatik und unauffälligem klinisch-neurologischen Untersuchungsgang (vgl. *Tabelle 3*) ist die Wahrscheinlichkeit, dass mit der Bildgebung ein irrelevanter Zufallsbefund erhoben wird, grösser, als dass man etwas Behandlungswürdiges findet. Die Frage «Bildgebendes Verfahren: ja oder nein?» hängt daher zunächst davon ab, ob eher ein primärer oder ein sekundärer Kopfschmerz vorliegt, zum Beispiel nach einem Schädel-Hirn-Trauma. Nach den jüngsten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) sollte eine kraniale Bildgebung insbesondere dann erfolgen,

- wenn der Kopfschmerz sowie der Krankheitsverlauf atypisch sind
- wenn sich bei bekanntem Kopfschmerzsyndrom die Schmerzintensität und der Schmerzcharakter verändert haben sowie
- wenn zusätzlich neurologische Symptome auftreten.

Aber auch bei grosser Angst des Patienten vor einer schwerwiegenden Erkrankung sieht die DGN eine Indikation dafür. Welches Verfahren gewählt wird, hängt von der Fragestellung ab. So wird man den Verdacht auf eine intrakranielle Blutung bevorzugt per Computertomografie abklären, Darstellungen des Hirnparenchyms per Kernspintomografie, Gefässdarstellungen mit geeigneten Angiografieverfahren (Angio-CT, Angio-MR) oder den Ausschluss eines Gefässdissekats per Doppler-/Duplexsonografie. Ein Elektroenzephalogramm (EEG) ist nur dann indiziert, wenn der Verdacht auf eine Epilepsie oder eine Meningitis/Enzephalitis besteht. Die Bestimmung evozierter Potenziale ist gelegentlich zur Klärung sekundärer Kopfschmerzformen erforderlich.

Therapie bei Spannungskopfschmerzen

Für die Behandlung bei akuten Spannungskopfschmerzen ist die Wirksamkeit für Acetylsalicylsäure (500–1000 mg), Paracetamol (500–1000 mg), Ibuprofen (200–400 mg), Naproxen (500–1000 mg) sowie Metamizol (500–1000 mg) gut belegt. Das gilt auch für die fixe Wirkstoffkombination von 250 mg ASS mit 250 mg Paracetamol sowie 65 mg Koffein. Eine Alternative ist die grossflächige Applikation von Pfefferminzöl auf Schläfen und Nacken. Dies hat zudem den Vorteil, dass es zu keinem Schmerzmittel-induzierten Kopfschmerz kommt. Die zuvor

Tabelle 2: Fragen zur Anamnese bei Kopfschmerzen

1. An wie vielen Tagen der letzten vier Wochen haben Sie Schmerzmittel eingenommen, in welcher Form und wie oft?
2. Ist eine familiäre Kopfschmerzbelastung bekannt?
3. Lebensalter bei Beginn der Kopfschmerzsymptomatik?
4. Handelt es sich um immer denselben Kopfschmerz oder um verschiedene Arten?
5. Wo genau verspüren Sie den Kopfschmerz?
6. Wie ist die Schmerzqualität?
7. Treten Begleitsymptome auf?
8. Wie verhalten Sie sich, wenn die Kopfschmerzen auftreten?
9. Treten Sehstörungen auf?
10. Treten sensible und/oder motorische Ausfälle auf?
11. Gibt es Kopfschmerz auslösende Faktoren?
12. Treten die Kopfschmerzen im Zusammenhang mit der Menstruation auf?
13. Welche anderen Medikamente, ausser Schmerzmitteln, nehmen Sie ein?
14. Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall?
15. Hat sich die frühere Kopfschmerzsymptomatik kürzlich geändert?

genannten Medikamente sollten nie mehr als zehn Tage eingenommen werden.

Bei chronischen Spannungskopfschmerzen erfolgt die Kopfschmerzprophylaxe mit trizyklischen Antidepressiva wie Amitriptylin (25–150 mg/Tag). Alternativ können Doxepin, Imipramin oder Clomipramin eingesetzt werden. Wichtig ist die langsame Aufdosierung in 10- bis 25-mg-Schritten. Mittel der zweiten Wahl sind beispielsweise Mirtazapin, Valproinsäure oder das Muskelrelaxans Tizanidin. Die Wirkung der medikamentösen Prophylaxe kann erst nach ein bis zwei Monaten sicher eingeschätzt werden. Mit Botulinumtoxin konnten in Studien bei Patienten mit chronischen Spannungskopfschmerzen keine Effekte erzielt werden.

Die medikamentöse Kopfschmerzprophylaxe sollte möglichst von nicht medikamentösen Massnahmen begleitet werden, da sonst die Wirksamkeit bei lediglich 40 bis 45 Prozent liegt. Dazu gehören Entspannungsübungen nach Jacobson, ein zwei- bis dreimaliges Ausdauertraining pro Woche wie Joggen, Schwimmen oder Radfahren sowie ein Stressbewältigungstraining. Günstig ist bei chronischen Kopfschmerzen auch das Führen eines Kopfschmerzkalenders zur Dokumentation des Krankheitsverlaufes (vgl. *Kasten*).

Tabelle 3: Kopfschmerzen: Was ist zu untersuchen?

- Erhebung des neurologischen Status, insbesondere unter Beachtung der Hirnnerven
- Nervenaustrittspunkte des Nervus trigeminus
- Bulbusdruck- und Bulbusbewegungsschmerzen
- HWS-Beweglichkeit und Druckschmerzen an der perkranialen Muskulatur
- Kalotten-Klopfschmerz
- Kiefergelenkbeweglichkeit (Knacken oder Schmerzen?) und Kieferokklusion sowie Zahn- und Mundschleimhautstatus
- Ist die Arteria temporalis superficialis tastbar (Pulsabschwächung, druckschmerzhaft, palpabel veränderte Arterie bei Arteriitis temporalis)?
- Blutdruck

Therapie bei Migräne

Die medikamentöse Therapie bei leichten und mittelschweren Migräneattacken sind Acetylsalicylsäure, Ibuprofen, Diclofenac und Paracetamol. Auch Metamizol und Phenazon sind wirksam. Eine deutsche Studie hat ergeben, dass die Kombination von ASS, Paracetamol und Koffein wirksamer ist als die Behandlung mit den jeweiligen Einzelsubstanzen. Wichtig ist die ausreichend hohe Dosierung, also zum Beispiel 1000 mg ASS oder Paracetamol. ASS sollte mit reichlich Flüssigkeit oder besser als Brauselösung eingenommen werden, um eine adäquate Resorption des Medikaments zu erreichen.

Bei Migräneattacken, bei denen Analgetika nicht ausreichend wirksam sind, sind Triptane Mittel der ersten Wahl. Zu Mutterkornalkaloiden (Ergotamine) liegen nur wenige prospektive Daten vor, sie sollten nur noch in Einzelfällen angewendet werden. Triptane sind keine Analgetika, weshalb sie auch nicht bei anderen Kopfschmerzformen wirken. Vielmehr blockieren sie die Freisetzung vasoaktiver Neuropeptide, die für die Entstehung der Migräne verantwortlich gemacht werden. Es handelt sich um Serotonin-(5-HT_{1B/1D}-)Rezeptor-Agonisten.

Bei etwa 50 bis 70 Prozent der Migränepatienten bessern sich die Schmerzen innerhalb von zwei Stunden nach Triptan-Einnahme. Kopfschmerzfrei werden in dieser Zeit 23 bis 40 Prozent der Patienten. Zu den Einnahmeregeln vergleiche *Tabelle 4*.

Triptane wirken zwar auch noch, wenn die Migräneattacke bereits voll ausgeprägt ist, je früher das Triptan jedoch eingenommen wird, also möglichst bereits bei leichten Schmerzen, desto besser ist die Wirksamkeit. Die Empfehlung der frühen Einnahme kann man allerdings nur Patienten geben, die gut zwischen einem Spannungskopfschmerz und einer Migräne unterscheiden können. Für eine schnelle Resorption gibt es Triptan-Nasensprays, die vor allen Dingen bei starkem Erbrechen geeignet sind.

Tabelle 4: Triptan-Einnahme-Regeln

- Maximal dreimal pro Attacke
- An maximal zehn Tagen pro Monat
- Gelten erst dann als wirkungslos, wenn zwei Triptane ohne Effekt waren oder wenn der Sumatriptan-s.c.-Test negativ ausgefallen ist.

Ein häufiges Problem ist das Wiederauftreten der Kopfschmerzen (Recurrence). Hat ein Triptan bei der ersten Attacke gewirkt, kann in diesem Fall das Triptan erneut genommen werden. Treten solche wiederkehrenden Kopfschmerzen häufig auf, ist die initiale Kombination des Triptans mit einem lang wirksamen nichtsteroidalen Antirheumatikum wie Naproxen empfehlenswert.

Bei Kindern unter 10 bis 13 Jahren scheinen Triptane noch nicht zu wirken. Deshalb werden in den DGN-Leitlinien in erster Linie Paracetamol 15 mg/kg KG oder Ibuprofen 10 mg/kg KG empfohlen. Bei Jugendlichen ist Sumatriptan-Nasenspray zugelassen. In der Schwangerschaft und Stillzeit sollte Paracetamol p.o. oder supp. bevorzugt werden, auch wenn es bis anhin keine Hinweise auf ein erhöhtes Missbildungsrisiko unter Triptan-Einnahme gibt.

Es existieren gewisse Unterschiede im Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil der einzelnen Triptane. So wirkt subkutan gespritztes Sumatriptan am schnellsten (ca. 10 min). Die oralen Präparate (Sumatriptan, Almotriptan, Zolmitriptan, Rizatriptan, Eletriptan) wirken innerhalb von 30 bis 60 Minuten. Naratriptan und Frovatriptan können im Einzelfall etwas mehr Zeit

Kasten: Vorteile eines Kopfschmerztagebuchs

Seit langem empfehlen die Fachgesellschaften Patienten mit primären Kopfschmerzformen, ein Kopfschmerztagebuch (oder einen Kopfschmerzkalender) zu führen. Dies ist in dreierlei Hinsicht hilfreich:

- In der Diagnosephase kann es wertvolle Hinweise liefern, z.B. Auslöser von Migräneattacken zu identifizieren.
- In der Therapiephase wird der Krankheitsverlauf dokumentiert, und die Schmerzmitteleinnahme wird überwacht.
- Patienten empfinden das Führen des Tagebuchs als einen Schritt, selbst etwas aktiv gegen die Krankheit zu tun.

Kopfschmerztagebücher können z.B. aus dem Internet heruntergeladen werden. In tabellarischer Form werden darin Art, Ort und Zeit des auftretenden Schmerzes notiert, Begleitsymptome wie Übelkeit, Lärm- und Lichtscheu oder das Vorhandensein einer Aura. Hinzu kommen die eingenommenen Medikamente (galenische Form, Dosis) sowie eine Notiz, inwiefern das/die Mittel geholfen hat/haben.

Internetadressen zu Kopfschmerzen

Sowohl Ärzte als auch Patienten finden im Internet reichlich zusätzliche Informationen:

- www.dmkg.de (Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft)
- www.leitlinien-online.de (AWMF-Leitlinien)
- www.headache.ch (Schweizerische Kopfwehgesellschaft)
- www.neurohelp.ch (Neurohelp)

benötigen, bevor eine Wirkung eintritt. Frovatriptan ist dafür das preiswerteste Triptan. Die vergleichsweise beste Wirksamkeit von Sumatriptan s.c. geht allerdings zugleich mit einer Nebenwirkungsrate einher, die bei neueren Triptanen nicht so ausgeprägt ist. In den meisten Fällen werden die Triptane jedoch gut vertragen.

Wenn ein Triptan nicht wirkt, kann der Wechsel auf ein anderes Triptan durchaus helfen. Allerdings sollte das erste Präparat noch bei zwei weiteren Attacken genommen werden, bevor der Triptan-Wechsel erfolgt. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Triptan bei zwei von drei Attacken wirkt, liegt zwischen 50 und 70 Prozent. Sowohl Triptane als auch Analgetika können bei Übergebrauch einen Schmerzmittel-Kopfschmerz induzieren. Deshalb gilt die Regel, Triptane möglichst nicht öfter als an 10 Tagen und NSAR nicht öfter als an 15 Tagen pro Monat einzunehmen.

Antiemetika wie Metoclopramid und Domperidon lindern nicht nur häufige Begleiterscheinungen der Migräneattacken wie Übelkeit und Erbrechen, sondern verbessern auch die Resorption der Analgetika und Triptane. Bei Kindern sollte bevorzugt Domperidon verabreicht werden.

Migräneprophylaxe

Eine optimale Migräneprophylaxe reduziert die Anfallshäufigkeit, die Schmerzintensität sowie die Attackendauer um mindestens 50 Prozent! Zudem beugt man dem Schmerzmittel-induzierten Dauerkopfschmerz vor. Angezeigt ist die Migräneprophylaxe bei mindestens drei Attacken pro Monat, die auf eine adäquate Attackenbehandlung (siehe oben) nicht ansprechen. Weitere Indikationen sind Migräneattacken, die vom Patienten subjektiv als unerträglich empfunden werden, sowie nicht tolerable Nebenwirkungen der Attackenbehandlung.

Mittel der ersten Wahl sind die Betablocker Metoprolol und Propranolol sowie der Kalziumantagonist Flunarizin. Metoprolol sollte anfangs in einer Dosis von 25 bis 50 mg gegeben werden, die auf 150 mg (Frauen) bis 200 mg (Männer) auftitriert wird. Bei Propranolol beträgt die Anfangsdosis 40 bis 80 mg und die Enddosis 120 bis 160 mg. Bei Flunarizin sind, je nach Körpergewicht und Geschlecht, 5 bis 10 mg erforderlich. Prophylaktika der zweiten Wahl sind Valproinsäure, Naproxen und Topiramate oder auch ASS und Amitriptylin. In der Schwangerschaft sind Betablocker und Magnesium zugelassen.

Ergänzt werden sollte die medikamentöse Prophylaxe mit nicht medikamentösen Massnahmen wie Ausdauersport, Entspannungstherapie nach Jacobson sowie Verhaltenstherapie.

Therapie bei Schmerzmittel-Kopfschmerzen

Die einzig sinnvolle Massnahme bei Kopfschmerzmittel-induzierten Dauerkopfschmerzen ist die Entgiftung über 10 bis 14 Tage. Dies ist in Spezialeinrichtungen sowohl ambulant als auch stationär möglich. Bei langjährigen Schmerzmittel-Kopfschmerzen sowie hohem Rückfallrisiko sollte der stationäre Entzug bevorzugt werden. Um den Patienten zum Entzug zu motivieren, ist zunächst ein

Aufklärungsgespräch über den Zusammenhang von Schmerzmittel-Einnahme und den Kopfschmerzen sehr wichtig. Es ist nicht hilfreich, die bisherige Medikamentenverordnung einfach zu verweigern.

Die Schmerzmittel werden abrupt abgesetzt, psychotrope Substanzen langsam ausgeschlichen. Bei zugrunde liegender Migräneerkrankung kann weiter die Migräneprophylaxe erfolgen. Bei zugrunde liegenden Spannungskopfschmerzen sollte mit dem Entzug eine Prophylaxe mit Amitriptylin oder Amitriptylinoxid begonnen werden (eine Einzeldosis abends). Bei Übelkeit können Metoclopramid und Domperidon verabreicht werden. Für den Entzugskopfschmerz eignet sich Naproxen 2 x 500 mg für zehn Tage. Ersatzweise werden fünf Tage lang 100 mg Kortison gegeben, die dann ausgeschlichen werden. Hinzu kommen ein Stressbewältigungstraining und andere verhaltenstherapeutische Massnahmen.

Therapie bei Clusterkopfschmerzen

In der Clusterkopfschmerzattacke wird zunächst für etwa eine Viertelstunde 100-prozentiger Sauerstoff (7 bis 15 l/min) über die Gesichtsmaske gegeben. Medikamentös ist Sumatriptan s.c. oder als Nasenspray Mittel der Wahl. Zolmitriptan-Nasenspray wirkt womöglich genauso schnell. Eine weitere Option ist die intranasale Applikation von 4-prozentigem Lidocain.

Zur Prophylaxe kommt in erster Linie Verapamil in einer Dosis von initial drei- bis viermal täglich 80 mg infrage. Weitere vorbeugend wirksame Medikamente sind gegebenenfalls Lithium und Topiramate. ■

*Dr. med. Volker Pfaffenrath
Leopoldstrasse 59/II
Facharzt für Neurologie
D-80802 München*

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 14/2006. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.