

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Dieses Schwerpunktheft über Kopfschmerzen soll Psychiatern und Neurologen ein Update klinisch relevanter Aspekte von Diagnose und Therapie geben.

Die Migräne ist sicherlich diejenige Kopfschmerzart, die am häufigsten zu einer signifikanten Beeinträchtigung der Lebensqualität führt – etwa 15 Prozent der Bevölkerung leiden darunter. Sie steht, wie im klinischen Kopfweh-Alltag, auch in diesem Heft im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Die Komorbidität der Migräne (Dr. Christian Schopper) mit den psychiatrischen Diagnosen Depression und Angsterkrankungen im Vordergrund wird unserer Erfahrung nach zu wenig beachtet. Dabei kann sie, bei der



Dr. med. Peter S. Sandor



Dr. med. Wolfgang Schleinzler

Chronischer Kopfschmerz ist interdisziplinär Schmerz-Komorbidität muss mehr Beachtung finden

Vielzahl der prophylaktisch wirksamen Substanzen (Dr. Peter S. Sandor), gewissermassen «en passant» mitbehandelt werden. Natürlich entwickelt sich neben der Prophylaxe auch die akute Therapie bei der meist erforschten Kopfschmerzform Migräne stetig weiter – und Updates (Dr. Gerhard Jenzer) sind deshalb immer wieder notwendig und können die therapeutische Erfolgsquote erhöhen.

Schwer von anderen Kopfschmerzarten zu differenzieren, häufig übersehen und nicht optimal behandelt sind Kiefergelenks- und Gesichtsschmerzen (Dr. med. Dominik Ettlin/Dipl. Psych. Ursula Galli). Liquor-Unterdruck-Kopfschmerzen sind meist iatrogen durch Lumbalpunktion verursacht, können jedoch auch manchmal spontan auftreten und sind anamnestisch recht zuverlässig von anderen Kopfschmerzen unterscheidbar (Dr. Andreas Gantenbein/Dr. Peter S. Sandor). Ein gesonderter Beitrag ist einer Gruppe von seltenen Kopfschmerzen gewidmet, den so genannten TACs, trigemino-autonomic cephalalgias (PD Dr. Arne May), welche in der letzten Auflage der Internationalen Kopfschmerzklassifikation erst definiert wurde, oft mit grossem Leidensdruck einhergeht und doch ordentlich behandelt werden kann.

Aus interdisziplinärer Sicht und ebenfalls auf den klinischen Alltag abzielend noch eine Anmerkung: Lange Zeit wurde bei Kopfschmerzpatienten eine einzige Schmerzdiagnose gestellt, obgleich bekannt war, dass bei häufiger und anhaltender auftretenden, noch episodischen Kopfschmerzformen in der Mehrzahl der Fälle bereits zwei Schmerzformen und in zirka 20 Prozent zusätzliche Gesichtsschmerzen anamnestisch zu eruieren waren.

Diese Patientengruppe gibt häufig zusätzlich behandlungsbedürftige Schmerzen in anderen Lokalisationen – zum Beispiel im Nacken-Schulter-Rücken-Bereich – an. Während in den letzten fünf Jahren die psychische Komorbidität bei Kopfschmerzen zunehmend berücksichtigt wurde, hat die Schmerz-Komorbidität kaum Beachtung gefunden, obgleich nachgewiesen wurde, dass das therapeutische Outcome bei diesen chronifizierten Schmerzbildern wesentlich von der Multilokularität der Schmerzen abhängt. Die Schmerzmultilokularität ist ein bedeutsamer Risikofaktor auch bei den Kopfschmerzpatienten, und ihre Erfassung muss daher Bestandteil eines jeden Screenings sein. Dies soll mit Kopfschmerzfragebogen und selbstverständlich durch die Kopfschmerz-anamnese erkannt und in jedem Behandlungsplan berücksichtigt werden. Chronische Kopfschmerzformen – mit ihren Begleitschmerzen (ca. 70%) – bedürfen einer multimodalen, interdisziplinären Therapie.

*Dr. med. Peter S. Sandor
Oberarzt, Leiter Abt. Kopfweh & Schmerz
Neurologische Klinik
UniversitätsSpital Zürich*

*Dr. med. Wolfgang Schleinzler
Chefarzt
IfAS – Institut für Anästhesiologie/Schmerzambulanz Nottwil
Schweizer Paraplegiker Zentrum*