

# Gesichtsschmerzen

Marco Mumenthaler

Während eigentliche Kopfschmerzen häufig und den meisten Ärzten sehr vertraut sind, geben Schmerzsyndrome im Gesichtsbereich nicht selten diagnostische und therapeutische Probleme auf. Nachfolgend soll versucht werden, die typischen Symptome der einzelnen ätiologischen Formen von Gesichtsschmerzen sowie deren Behandlung kurz zu schildern.

Ähnlich wie bei den eigentlichen Kopfschmerzen können wir auch hier *idiopathische Formen* von *symptomatischen Gesichtsschmerzen*, denen eine fassbare, spezifische Ursache zugrunde liegt, unterscheiden. Eine Übersicht gibt Tabelle 1. Die einzelnen Formen seien nachfolgend besprochen.

## Idiopathische Formen

Die häufigste *vaskuläre Form* eines vorwiegend im Gesicht lokalisierten Schmerzes stellt der *Cluster-Kopfschmerz* dar (Horton-Neuralgie, Erythroprosopalgie, Céphalée en grappe) [1, 4]. Meist werden Männer befallen, und die ersten Attacken treten erst im mittleren Lebensalter auf. Die Charakteristika der einzelnen Schmerzzattacken sind: kurze Dauer von 1/2 bis 2 Stunden. Das Schmerzmaximum wird innerhalb 20 bis 30 Minuten erreicht. Die Anfälle sind stets und ausnahmslos auf der gleichen Seite. Sie sind vor allem im Bereich von Orbita, Stirne, Schläfe und Oberkiefer lokalisiert. Sie kommen

nicht selten fahrplanmässig zu bestimmten Stunden und wecken den Patienten oft in der Nacht. Sie können sich auch mehrmals pro 24 Stunden wiederholen. Während einem Anfall finden sich oft homolateral ein Horner-Syndrom, eine Rötung der Konjunktiva und eventuell der Periorbitalregion sowie ein verstopfter oder fliessender Nasengang. Der Schmerz ist von extremer Intensität, und der Patient geht während eines Anfalls rastlos «wie ein Tiger im Käfig» hin und her. Auf wochenlange Phasen mit gehäuften Anfällen folgen in der Regel monate- oder gar jahrelange schmerzfreie Perioden. Diese periodische Häufung trug dem Leiden auch den Namen «Cluster»-Kopfschmerz ein. Die Abbildung 1 zeigt eine synoptische Darstellung dieses Gesichtsschmerzes. Es gibt aber auch das Schmerzsyndrom ohne freie Intervalle, den chronischen «Cluster»-Kopfschmerz.

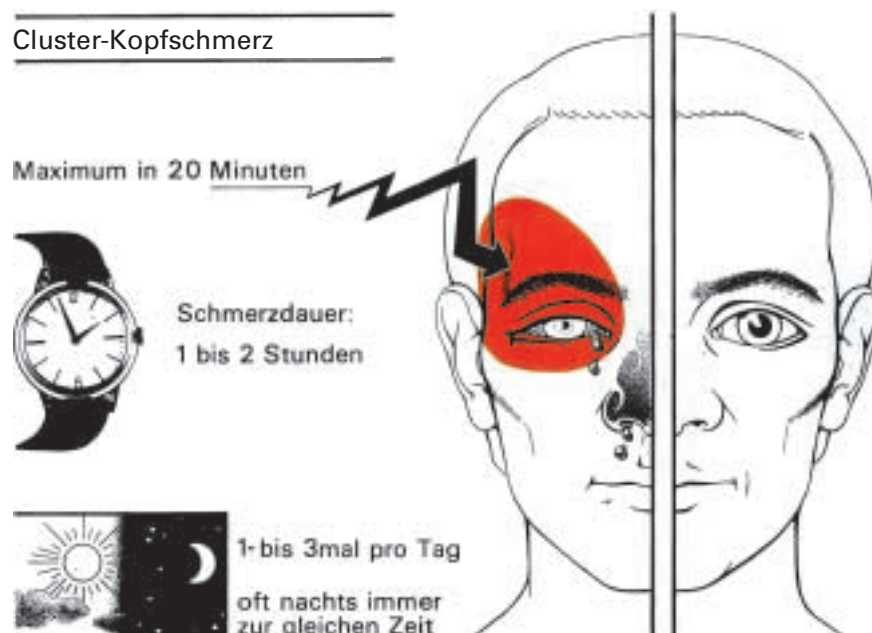
*Therapeutisch* sprechen die einzelnen Anfälle auf die subkutane Gabe von 6 mg Sumatriptan an, oft auch auf das Einatmen von acht Litern reinen Sauerstoffs pro Minute während fünf Minuten. Die Anfallshäufigkeit wird durch Verapamil in hohen Dosen oder einen Kortisonstoss reduziert.

Die oben erwähnten Charakteristika erlauben eine Unterscheidung gegenüber der Migräne. Allerdings sei nicht verschwiegen, dass Mischformen nicht so selten sind!

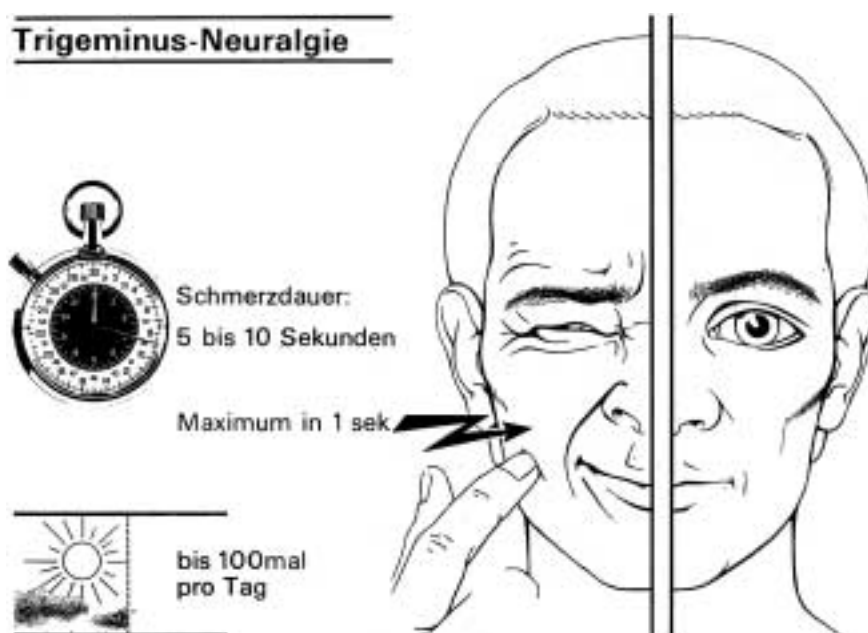
Korrespondenz:  
Prof. Dr. Marco Mumenthaler  
Facharzt für Neurologie FMH  
Witikonstrasse 326  
CH-8053 Zürich

[mumenthaler@smile.ch](mailto:mumenthaler@smile.ch)

**Abbildung 1.**  
Synoptische Darstellung  
der wichtigsten Charakteristika  
eines Cluster-Kopfschmerzes.



**Abbildung 2.**  
Synoptische Darstellung  
der wichtigsten Charakteristika  
einer Trigeminus-Neuralgie.



**Tabelle 1. Die häufigsten Gesichtsschmerzen.**

Idiopathische Formen

vaskuläre Gesichtsschmerzen

Cluster-Kopfschmerz

SUNCT-Syndrom

Icecream-Headache

Neuralgien

Trigeminus-Neuralgie

Glossopharyngeus-Neuralgie

Auriculotemporalis-Neuralgie

Nasoziliaris-Neuralgie

Sluder-Neuralgie

Neuralgie des Ganglion geniculi

Neuralgie des N. laryngeus superior

Neuralgie des Ramus auricularis des N. vagus

Atypischer Gesichtsschmerz

Glossodynie

Symptomatische Formen

Pathologische Prozesse aus dem ORL-Bereich

Aus dem ophthalmologischen Bereich

Aus dem odontologischen Bereich

Aus dem kieferorthopädischen Bereich

Zervikogen

Neck-Tongue-Syndrom

Gefässpathologie

Dissektion der A. carotis

Dissektion der A. vertebralis

Arteriitis cranialis

Tolosa-Hunt-Syndrom

Internistische Erkrankungen

Angina pectoris

Das *SUNCT-Syndrom* (short lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing) hat Ähnlichkeiten mit dem Cluster-Kopfschmerz [1-2, 5-6]. Die Schmerzen sind jedoch weniger intensiv und die zeitlichen Charakteristika des Clusters fehlen. Es spricht auf keine *Therapie* zuverlässig an.

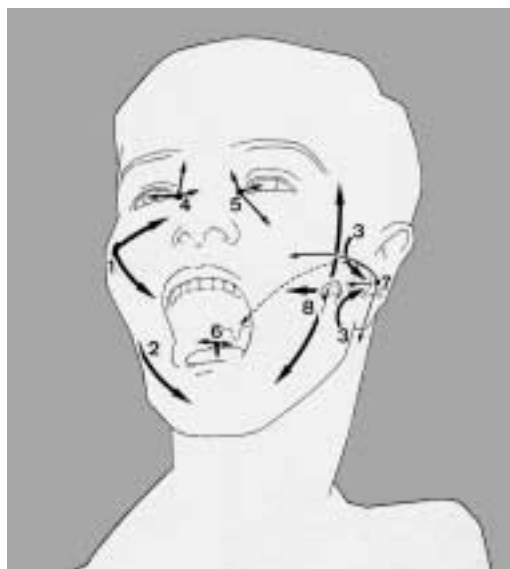
Das sog. «Icecream-Headache» wird durch die Einnahme von Glacé oder anderen eiskalten Speisen oder Getränken innert 20 bis 30 Sekunden ausgelöst. Es ist meist im Schläfenbereich lokalisiert, sehr intensiv und klingt bereits nach 20 Sekunden wieder ab.

Der häufigste *neuralgische Schmerz* ist die *Trigeminus-Neuralgie* [4, 7, 8]. Die meisten Fälle sind idiopathisch. Sie befallen mehr Frauen als Männer im Alter von 50 Jahren oder darüber. Stets am gleichen Ort im Gesichtsbereich, meist im Oberkiefer, treten blitzartig einschliessende, extrem intensive Schmerzen von wenigen Sekunden Dauer auf. Während eines solchen Schmerz-anfalles verzieht der Patient oft das Gesicht («tic douloureux»). Diese Schmerz-attacken können spontan, aber auch durch irgendwelche Mechanismen getriggert auftreten. Sie wiederholen sich unter Umständen viele Dutzend Male am Tag. Die Abbildung 2 zeigt eine synoptische Darstellung dieses Gesichtsschmerzes. Symptomatische Formen, meist bei jüngeren Individuen, kommen zum Beispiel bei der Multiplen Sklerose oder bei Raumforderungen vor. 80% der Fälle sprechen *therapeutisch* auf Carbamazepin an – vorausgesetzt langsame Dosissteigerung, regelmäßige Einnahme und genügend hohe Dosierung. Bei echtem Nichtansprechen ist eine, dann meist erfolgreiche, neurochirurgische Behandlung erforderlich.

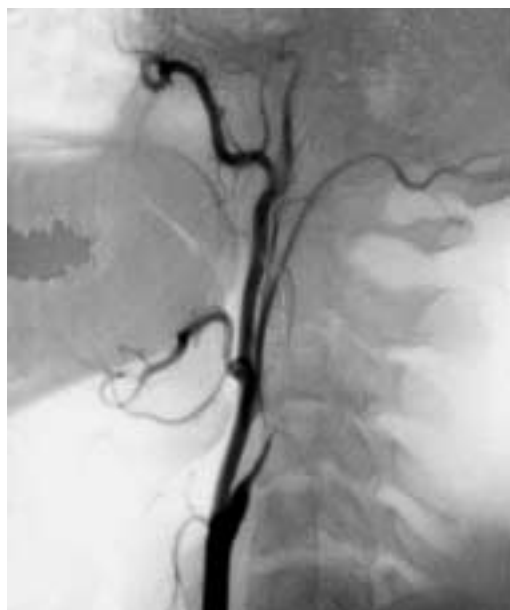
**Abbildung 3.**

Lokalisation der verschiedenen Neuralgien im Gesichtsbereich.

- 1 Trigeminus-Neuralgie im 2. Ast.
- 2 Trigeminus-Neuralgie im 3. Ast.
- 3 Auriculo-temporalis-Neuralgie.
- 4 Nasoziliaris-Neuralgie.
- 5 Sluder-Neuralgie.
- 6 Glossopharyngicus-Neuralgie.
- 7 Neuralgie des Ganglion geniculi.
- 8 Mandibulargelenk-Neuralgie (Costen-Syndrom).

**Abbildung 4.**

Karotis-Arteriogramm bei Dissektion der A. carotis interna. Man beachte das allmähliche spitze Auslaufen der Kontrastmittelsäule.



Bei der seltenen *Glossopharyngeus-Neuralgie* sind die Schmerzen einseitig im Zungenrund und im Hypopharynx lokalisiert. Schlucken kann die Attacken auslösen; auch Dauerschmerzen kommen vor. *Therapie* wie bei Trigeminus-Neuralgie.

Bei der *Auriculotemporalis-Neuralgie* ist der Schmerz in der Schläfenregion lokalisiert; bei der *Nasoziliaris-Neuralgie* im Nasenbereich und im inneren Augenwinkel. Sie kann mit einer Rötung der Konjunktiven und Tränenfluss kombiniert sein. Ähnliches findet sich bei der *Sluder-Neuralgie*, bei welcher oft auch Niesreiz auffällt. Die *Neuralgie des Ganglion geniculi* kann nach einem Zoster oticus mit peripherer Facialislähmung auftreten (Ramsay-Hunt-Syndrom). Hier sind die Schmerzen präaurikulär und im äusseren Gehörgang oder tief im Gaumendach lokalisiert.

In der Abbildung 3 ist die Schmerzlokalisierung der verschiedenen Gesichtsnervenschmerzen dargestellt.

Als *atypischer Gesichtsschmerz* wird ein stets einseitiger, nicht präzise, meist im Oberkieferbereich lokalisierter Schmerz bezeichnet [4, 8]. Er tritt meist spontan, gelegentlich nach zahnärztlichen Eingriffen erstmals auf und betrifft meist Frauen im mittleren Lebensalter. Nicht selten wird er vom Patienten auf eine Zahnaffektion bezogen, wodurch Zahnarzt und Kieferchirurg zu immer eingreifenderen Interventionen gedrängt werden. Die nach Zahnbehandlung bzw. Zahnextraktion erstmals auftretenden Formen sind wohl schwer vom «Phantom-Zahnschmerz», den atypischen Odontalgien, abgrenzbar [9]. *Therapeutisch* muss vor allem das unnütze Eskalieren operativer Massnahmen unterbunden werden. Die medikamentöse Behandlung ist meist erfolglos. Als *Glossodynie* werden Schmerzen und Missempfindungen in der Zunge und im Zungenrund bezeichnet. Sie befallen meist ältere Frauen. Ein organisches Substrat kann nicht identifiziert werden.

## Symptomatische Formen

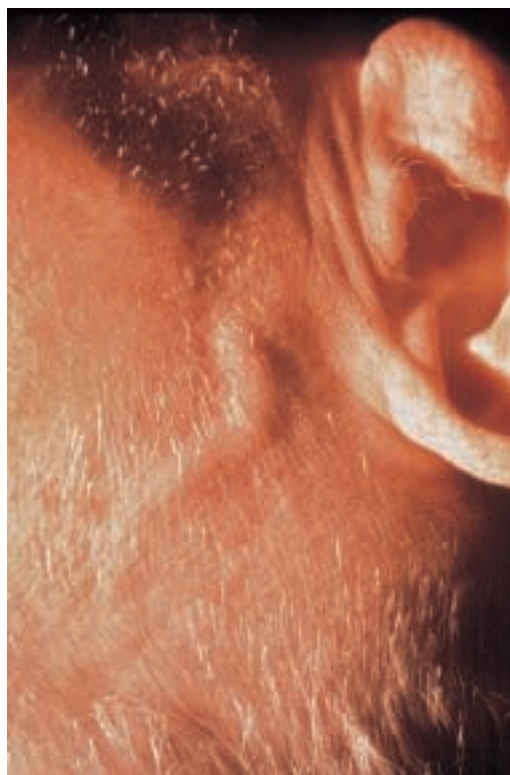
Eine Reihe eigenständiger Erkrankungen im Kopf- und Gesichtsbereich verursachen unter anderem auch Schmerzen im Gesicht. Letztere können durchaus auch einmal das Initialsymptom sein.

Hierzu gehören *pathologische Prozesse im ORL-Bereich*, zum Beispiel Sinusitiden, Granulomatosen des Epipharynx, Tumoren der Schädelbasis oder postoperative oder traumatische Läsionen [3, 10]. Ungewohnte Dauerschmerzen im Gesichtsbereich verpflichten zu entsprechenden Abklärungen.

Auch *ophthalmologische Erkrankungen* können unter anderem periorbitale Schmerzen verursachen: ein Glaukom, eine Iritis, ein Herpes oder ein Fremdkörper der Kornea, eine Myositis der Augenmuskeln etc. Sehr intensive Schmerzen können *Zahnaffektionen* verursachen: Eine Pulpitis erzeugt streng lokalisierte, temperaturabhängige Schmerzen. Bei einer Pulpitis totalis acuta erfassen die sehr intensiven, bohrenden Schmerzen eine ganze Gesichtseite. Der *Kieferchirurg* und *Kieferorthopäde* diagnostizieren oft ein *Mandibulargelenk-Syndrom* («Temporo mandibular joint»-Syndrom TMJ, temporo mandibular disorders TMD, myofasciales Syndrom oder Costen-Syndrom). Es beruht auf einer Funktionsstörung des Kiefergelenkes, selten bei primären Erkrankungen desselben. Es entsteht häufiger zum Beispiel bei vorzeitigen Zahnkontakten. Die Schmerzen sind präaurikulär lokalisiert, dumpf, hartnäckig und werden durch den Kau-

**Abbildung 5.**

Arteriitis temporalis bei 72jährigem Mann. Man beachte die verdickte und geschlängelte A. temporalis superficialis. Sie ist extrem druckdolent.

**Quintessenz**

- Gesichtsschmerzen können idiopathisch sein. Dazu gehört eine vaskuläre Gruppe, v.a. der Cluster-Kopfschmerz und das SUNCT-Syndrom.
- Unter den Neuralgien ist die Trigeminus-Neuralgie die häufigste. Die Attacken dauern wenige Sekunden, sind konstant im Gesicht lokalisiert und können durch Triggermechanismen ausgelöst werden.
- Symptomatische Gesichtsschmerzen sind die Folge pathologischer Prozesse im Gesichtsbereich.
- Eine exakte Befragung des Schmerzcharakters erlaubt in den meisten Fällen schon die Diagnose, Zusatzuntersuchungen sind allerdings nicht selten zur Präzisierung nötig. Daraus lässt sich in den meisten Fällen auch eine erfolgreiche Therapie ableiten.

akt ausgelöst oder verstärkt. Die Diagnose ist nicht immer wirklich überzeugend, und *therapeutisch* bleiben entsprechende kieferorthopädische Korrekturen allzu oft erfolglos.

Zur Gruppe der *zervikogenen Gesichtsschmerzen* gehört das sog. «*Neck-Tongue-Syndrom*». Da die Schmerzafferenzen aus den zwei kranialsten Halswirbelsegmenten in den Trigeminuskern ausstrahlen, kann eine Pathologie eines dieser Segmente beim Kopfdrehen sowohl zu Nacken- und Hinterhauptschmerzen wie auch zu Schmerzen und Einschlafgefühl einer Zungenhälfte führen.

Eine *Gefässpathologie* im Kopf-Hals-Bereich liegt zum Beispiel dem plötzlich auftretenden, äusserst intensiven Schmerz bei der *Karotis-*

*Dissektion am Hals* zugrunde. Selten spontan, meist nach einem unter Umständen nur geringfügigen Kopf- oder Halstrauma treten sehr intensive reissende Schmerzen seitlich am Hals auf. Diese strahlen in die homolaterale Gesichtsseite, in die Orbita und in den Kopf aus. Oft findet sich ein Horner-Syndrom. Andere neurologische Ausfälle können fehlen oder es kann bis zum Syndrom eines Mediaverschlusses kommen. Die Dissektion lässt sich einerseits im Doppler nachweisen, andererseits auch im MRT zeigen. Hier kann auf Spinechobildern das Wandhämatom sichtbar sein: Wenn das Gefäss nicht ganz verschlossen ist, umgibt ein halbmondförmiges, hell intensives Signal ein dunkles Flowvoid mit dem residuellen Gefässlumen. Besonders eindrücklich und charakteristisch ist das Karotis-Arteriogramm (Abb. 4).

Eine *Vertebralis-Dissektion* ist etwa viermal so selten [11]. Hier bleiben die Schmerzen auf eine Seite des Nackens beschränkt und allfällige neurologische Befunde entsprechen Ausfällen von seiten des Okzipitalpols, des Hirnstamms- und/oder des Kleinhirns.

Die *Arteriitis cranialis* kann jedes Kopfgefäss befallen, kaum je aber ein hirnversorgendes Gefäss. Sie ist allerdings besonders häufig im Bereiche der Schläfenarterie lokalisiert (Arteriitis temporalis). Dies verursacht zunächst intermittierende, später konstante Schmerzen im Schläfenbereich. Die Arterie erscheint verdickt, geschlängelt und druckdolent (Abb. 5). Nicht selten sind bei den immer 60jährigen oder älteren Patienten auch andere Symptome der Riesenzellerarteriitis vorhanden: Müdigkeit, subfebrile Temperaturen, Nachtschweiss, eine Polymyalgia rheumatica, und so gut wie immer findet sich eine sehr hohe Senkung von 60 mm oder darüber. *Therapeutisch* muss sofort eine Kortisonbehandlung eingeleitet werden, um die drohende Ischämie eines N. opticus mit Erblindung zu verhindern.

Beim *Tolosa-Hunt-Syndrom* finden sich intensive einseitige periorbitale Schmerzen zugleich mit einer Augenmotilitätsstörung und Ausfällen des 1. und 2. Trigeminusastes. Diesem liegt eine granulomatöse Entzündung des Sinus cavernosus zugrunde, die *therapeutisch* prompt auf Kortison anspricht.

Unter den *internistischen Erkrankungen* sei die *Angina pectoris* erwähnt, die anstrengungsinduzierte, einseitig am Hals und im Gesicht aufsteigende Schmerzen («anginal headache») verursachen kann.

Gesichtsschmerzen lassen sich ätiologisch, ebenso wie Kopfschmerzen, in erster Linie aufgrund einer sorgfältigen Anamnese identifizieren. Aufgrund der klinischen Untersuchung lassen sie sich dann präzisieren. Erst in dritter Linie sollten dann bildgebende oder andere Zusatzuntersuchungen zum Einsatz kommen.

## Literatur

- 1 Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain* 1997; 120:193-209.
- 2 Kruszewski P, Pareja JA, Caminero AB, Sjaastad O. Cluster Headache and SUNCT: Similarities and differences. *J Headache Pain* 2001;2: 57-66.
- 3 Madland G, Feinmann C. Chronic facial pain: A multidisciplinary problem. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:716-9.
- 4 Woda A, Pionchon P. Algies oro-faciales idiopathiques: sémiologie, causes et mécanismes. *Rev Neurol* 2001;157(3):265-83.
- 5 Mick G, Cunin G, Navez M. Le traitement de l'algie vasculaire de la face. *Douleurs* 2001;2:164-70.
- 6 Wingerchuk DM, Nyquist PA, Rodriguez M, Dodick DW. Extratrigeminal shot-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing (SUNCT): new pathophysiologic entity of variation on a theme? *Cephalalgia* 2000;20(2):127-9.
- 7 Terrence CF, Staehelin Jensen T. Trigeminal Neuralgia and Other Facial Neuralgias. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. 2nd edit. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 929-38.
- 8 Valade D, El-Amrani M. Les algies de la face idiopathiques autres que l'algie vasculaire de la face. *Rev Neurol* 2000;156(Suppl.4): 57-61.
- 9 Turp JC. Die atypische Odontalgie – ein wenig bekannter Phantomschmerz. *Schmerz* 2001;15:59-64.
- 10 Khan OA, Majumdar S, Jones NS. Facial pain following sinonasal surgery or facial trauma. *Clin Otolaryngol Allergy* 2002;27(3):171-4.
- 11 Saeed AB, Shuaib A, Al-Sulaiti G, Emery D. Vertebral artery dissection: Warning symptoms, clinical features and prognosis in 26 patients. *Can J Neurol Sci* 2000;27(4): 292-6.