

Leitsymptom mit vielfältigen Ursachen

Der Kopfschmerzpatient in der Hausarztpraxis

Niklaus Meier^a, Peter Duner^b, Mathias Sturzenegger^a

^a Ambulantes Universitäres Neurozentrum, Kopfschmerzsprechstunde, Neurologische Universitätsklinik, Inselspital Bern; ^b Praxis für Allgemeinmedizin, Eggwil

Quintessenz

- Anamnese und klinische Untersuchung bei Kopfschmerzpatienten brauchen Zeit, bleiben aber das weitaus wichtigste diagnostische Hilfsmittel.
- Dauer, Frequenz, Intensität und Lokalisation der Kopfschmerzen sowie das Vorhandensein von Begleitsymptomen (vegetativ, trigemino-autonom) sind zentrale anamnestische Angaben.
- Plötzliche stärkste Schmerzen, epileptische Anfälle, neurologische Ausfälle, Fieber, hypertensive Entgleisung oder Erbrechen deuten auf eine sekundäre Ursache hin.
- Aktuelle Kopfschmerzklassifikation: ICHD III-beta (www.ihs-classification.org).
- Informationen zu Kopfschmerzerkrankungen und -therapie inkl. Kopfschmerzkalender: Schweizerische Kopfwehgesellschaft (www.headache.ch).
- Sollte eine Bildgebung indiziert sein, ist das MRI dem CT in der Regel vorzuziehen.



© Maya0851601054 | Dreamstime.com

Einleitung

Kopfschmerzen sind in der Hausarztpraxis ein häufiges Leitsymptom, hinter dem sich vielfältige Ursachen verbergen können. Eine genaue, sorgfältige Evaluation von Kopfschmerzpatienten ist unter anderem aus zwei Gründen sehr wichtig: einerseits für die Unterscheidung, ob es sich um sekundäre (d.h. potentiell gefährliche) oder primäre (ungefährliche) Kopfschmerzen handelt, andererseits für die korrekte Diagnosestellung und die entsprechende Behandlung. Im folgenden Artikel machen wir den Versuch, eine praxisbezogene Herangehensweise an den Patienten mit Kopfschmerzen aufzuzeigen: Was muss im Rahmen einer Kopfschmerzanamnese erfragt werden? Worauf sollte sich die körperliche Untersuchung fokussieren? Was sind die «red flags» für gefährliche Kopfschmerzen? Wie werden die Kopfschmerzen aktuell diagnostiziert bzw. klassifiziert? Wann ist eine Bildgebung indiziert, und welche? Und was gilt es bei der Therapie zu beachten? Ergänzend sei ein Artikel empfohlen, der 2012 im *Swiss Medical Forum* zum Thema Kopfschmerzen erschienen ist [1].



Niklaus Meier

Anamnese und klinische Untersuchung

Bei Kopfschmerzen sind eine genaue Anamnese und klinische Untersuchung von ausserordentlicher Wichtigkeit, was zeitaufwendig ist: Der Kopfschmerzpatient lässt sich nicht in 15 Minuten «abhandeln» – in einer universitären Spezialsprechstunde planen wir eine Konsultationsdauer von 60 Minuten ein. Die detaillierte Konsultation ist dabei nicht nur zur Diagnosestellung notwendig, sie ist auch die Basis für die zukünftige Betreuung des Patienten, dessen Kopfschmerzen häufig einem chronischen (bzw. chronisch rezidivierenden) Leiden entsprechen, das die psychische Situation beeinflusst (und umgekehrt). Sehr häufig hat eine Konsultation, in der der Arzt detaillierte und fokussierte Fragen stellt und auch den Kopf/Nacken des Patienten beim Untersuchen anfasst, bereits eine therapeutische Wirkung – der Patient fühlt sich und sein Problem im wahrsten Sinne des Wortes «begriffen». Dies ist die Voraussetzung für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung, die gerade bei chronischen (Kopf-)Schmerzpatienten auf Dauer von grosser Bedeutung ist, will man ein für beide Seiten

frustrierendes «Doctor Shopping» vermeiden. Tabelle 1 zeigt, was bei einem Kopfschmerzpatienten erfragt bzw. untersucht werden muss. Folgendes sei ergänzend angemerkt:

- Die Charakteristika müssen für jede einzelne Kopfschmerzart gezielt erfragt werden.
- Klinisch viel relevanter als die Anzahl von Schmerztabletten, die in einem Monat eingenommen werden, ist die Anzahl der Tage pro Monat, an denen Schmerzmittel (unabhängig von der Tagesdosis!) eingenommen werden. Die Anzahl der Schmerzmitteltage pro Monat ist zur Diagnose von Schmerzmittel-induzierten Kopfschmerzen unabdingbar. Die Schmerzmittelanamnese muss oft mit Geduld und wiederholt erhoben werden, bis man die «Wahrheit» erfährt. Die Prävalenz von Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzen (MÜKS) beträgt 1–2% [2] und ist nicht selten der Grund für die Ineffizienz sämtlicher Therapiebemühungen.
- Fragen Sie den Patienten, ob eine spezifische Angst vor etwas besteht (z.B. Hirntumor). Häufig haben

sich die Patienten bereits informiert und kommen mit klaren Wünschen / diagnostischen Vorstellungen (z.B. Bildgebung), was aber häufig nicht spontan geäußert wird.

Tabelle 2 zeigt Warnsignale, sogenannte «red flags», die an eine gefährliche Kopfschmerzursache denken lassen sollen. Liegen sie vor, sind Zusatzuntersuchungen (Bildgebung, Laboruntersuchungen, andere spezialärztliche Beurteilungen etc.) indiziert. Eine Schwierigkeit besteht darin, bei Patienten mit bekannten primären Kopfschmerzen (z.B. Migräne) einen neu aufgetretenen Kopfschmerz auch in diesem Rahmen zu interpretieren. Im Zweifelsfall («so hatte ich die Migräne noch nie») muss bei Vorhandensein von «red flags» auch bei diesen Patienten der sekundäre Kopfschmerz gesucht werden. Bei einer Migräneprävalenz von ca. 6% (Männer) resp. 12% (Frauen) und dem typischen Manifestationsbeginn in der Pubertät ist die Chance, dass ein Migränepatient im Laufe seines Lebens eine andere Kopfschmerzform erleidet, recht gross!

Tabelle 1: Anamnese und klinische Untersuchung.

Kopfschmerzen	
Wo?	Lokalisation: fokal/diffus; konstant/wechselnd
Wie?	Schmerzcharakter: neuartig/bekannt; pulsierend, einschiessend, drückend, brennend, ziehend ...
Wie stark?	NRS 0–10/10.
Wann?	Auslöser, Umstände des Auftretens, z.B. nachts, frühmorgens, bei Stress, bei Berührung
Seit wann?	
Wie lange?	Dauer der Kopfschmerzen/einer Attacke
Wie häufig?	episodisch/chronisch; Episodenfrequenz; Anzahl Kopfschmerztage pro Monat
Verlauf?	Verlauf seit Beginn; Verlauf einer Episode; Dauer bis Schmerzmaximum
Begleitsymptome?	Aura (Flimmerskotome, Sensibilitätsstörungen, Dysphasie); vegetative (Übelkeit, Erbrechen)/ autonome (vgl. Text) Symptome; andere neurologische Symptome (z.B. Paresen, Schwindel); systemische Symptome (Fieber)
Verstärkende und lindernde Faktoren?	Menstruation, bestimmte Bewegungen, Liegen/Stehen, Kauen, Essen, Schlucken. Einfluss von Licht, Lärm, Alkohol, körperliche/psychische Belastung, Ruhe
Resultierende Behinderung?	Arbeit, Aktivitäten des täglichen Lebens (Freizeit, Sport ...)
Erweiterte Anamnese	
Persönliche Anamnese	Schädel-Hirn-Traumata, HNO/Ophthalmologie, Medikamente, Noxen, Immunsuppression
Systemanamnese	psychiatrisch, kardiovaskuläre Risikofaktoren, internistisch, rheumatologisch. Schlaf, B-Symptome (Gewicht, Nachtschweiss, Fieber), Lymphknotenschwellung, Schwangerschaft
Sozialanamnese	Konflikte, Ehe, Arbeitsplatz
Familienanamnese	
Fremdanamnese	Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsveränderung
Bisherige Therapie	medikamentös und nicht-medikamentös; akut und prophylaktisch; Wirkung und unerwünschte Wirkungen
Bisherige Zusatzuntersuchungen	Bildgebung? Labor? Spezialärzte?
Aktuelle Therapie	Welche Analgetika? Welches Analgetikum an wie vielen Tagen pro Monat? Welche Basistherapie?
Klinische Untersuchung	neurologischer Status. Immer auch: Blutdruck, Visus, Fundoskopie, Nackenmuskulatur, Temporalarterien, Kiefergelenk, zervikale Lymphknoten, Mundinspektion, Zahnstatus

NRS: Numerical Rating Scale

Tabelle 2: «Red flags» aus Anamnese und klinischer Untersuchung.

Anamnese
Neue Art von Kopfschmerzen (Qualität, Intensität)
Plötzliches Auftreten, sofortige maximale Intensität
Trauma
Bewusstseinsstörung
Neurologische/neuropsychologische Ausfälle, Wesensveränderung
Epileptische Anfälle
Erbrechen
Veränderung vorbestehender Kopfschmerzen
Erstmanifestation >50. Lebensjahr
Immunsuppression
Schwangerschaft
Klinische Untersuchung
Fieber
Meningismus
Vigilanzminderung
Neurologische/neuropsychologische Ausfälle (z.B. Paresen, Sensibilitätsstörungen, Ataxie; Aphasie, psychomotorische Verlangsamung)
Deutlich reduzierter Allgemeinzustand, Malaise
Hypertensive Entgleisung (>180/120 mm Hg)

Klassifikation der Kopfschmerzen

Die *International Headache Society* (IHS) hat Mitte 2013 die neueste Kopfschmerzklassifikation publiziert (*International Classification of Headache Disorders III-beta*, unter www.ihs-classification.org frei einsehbar) [3]. Wir sind der Meinung, dass diese Klassifikation im klinischen Alltag sehr hilfreich ist: Es können nicht nur die Diagnosekriterien nachgeschlagen werden, sondern die Klassifikation enthält auch viele hilfreiche Bemerkungen bzw. Anleitungen zu Problemen, die sich bei der Diagnose von Kopfschmerzen ergeben können. Wie auch in der Vergangenheit ist die Klassifikation in primäre Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerzen, trigemino-autonome Kopfschmerzen und andere primäre Kopfschmerzen), sekundäre Kopfschmerzen und kraniale Neuralgien aufgeteilt.

Diagnose der Kopfschmerzen

Dauer und Frequenz

Zentrale Punkte für die Diagnose von Kopfschmerz-erkrankungen sind Dauer, Frequenz, Intensität und Lokalisation. «Dauer» bedeutet Dauer einer Episode, wenn sie nicht behandelt wird oder nur ungenügend behandelt werden kann. Geht ein Patient mit Kopfschmerzen schlafen und wacht ohne Kopfschmerzen wieder auf, so wird die Schlafenszeit gemäss Konvention in die Schmerzdauer miteingerechnet. Abbildung 1 zeigt die typische Dauer verschiedener Kopfschmerzarten.

Abbildung 2 zeigt die Frequenz verschiedener Kopfschmerzarten, wobei sich im Vergleich zur Dauer in Abbildung 1 ein ähnliches Bild zeigt. Als Faustregel gilt: Neuralgien sind kurz und treten häufig auf, trigemino-autonome Schmerzen dauern etwas länger, treten dafür etwas weniger häufig auf. Migräne und Spannungskopfschmerzen sind bezüglich Dauer und Frequenz sehr variabel.

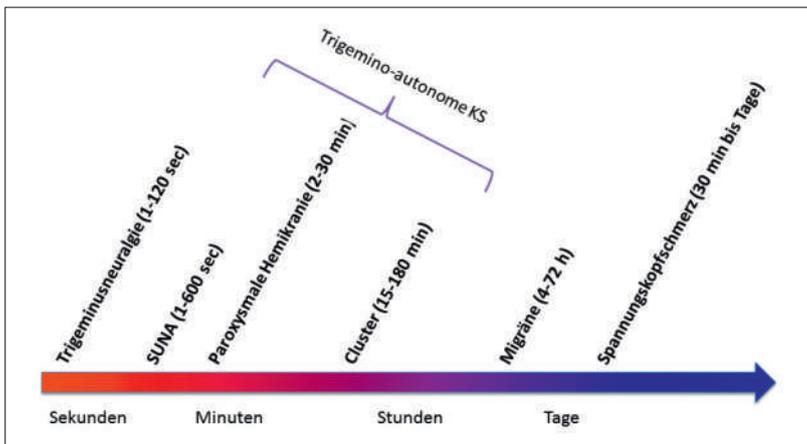


Abbildung 1: Dauer verschiedener Kopfschmerzen. SUNA = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms.

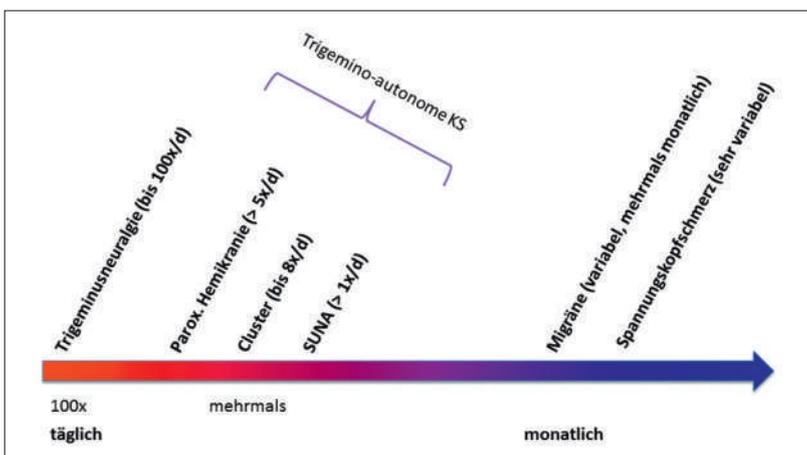


Abbildung 2: Frequenz verschiedener Kopfschmerzen. SUNA = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms.

Intensität

Die empfundene Schmerzintensität (auf einer Skala von 0 bis 10) ist natürlich sehr subjektiv. Trigemino-autonome Kopfschmerzen und Neuralgien erreichen in der Regel die höchste Intensität. Der Cluster-Kopfschmerz wird deswegen im englischen Sprachraum auch «suicide headache» genannt. Allgemein geht die Kopfschmerzintensität nicht parallel mit der Gefährlichkeit der Ursache.

Lokalisation

Die Schmerzlokalisierung ist bei Neuralgien bzw. neuropathischen Schmerzen ein essentielles Diagnosekri-

terium, da die Schmerzen im Versorgungsgebiet eines sensiblen Nervs, also streng umschrieben, auftreten. Beim Cluster-Kopfschmerz treten die Schmerzen strikt einseitig temporal-periorbital und in der Regel immer auf derselben Seite auf. Im Gegensatz dazu tritt die Migräne (die ja das Wort «Hemikranie» enthält) in ca. 30% der Fälle bilateral auf und kann die Seite von Attacke zu Attacke wechseln.

Begleitsymptome

Ein weiterer zentraler Punkt ist das Auftreten von Begleitsymptomen: Vegetative Begleitsymptome wie Übelkeit oder Erbrechen sprechen für eine Migräne (oder auch für einen sekundären Kopfschmerz!). Das Vorhandensein von sogenannten trigemino-autonomen Zeichen (Rhinorrhoe, nasale Kongestion, Larmation, konjunktivale Injektion, Ptose, Miose, Gesicht-Flushing oder Lidödem, jeweils auf der Seite des Kopfschmerzes) definiert die trigemino-autonomen Kopfschmerzen, z.B. Cluster-Kopfschmerzen, paroxysmale Hemikranie, SUNA, Hemicrania continua – alles Kopf-/Gesichtsschmerzen von unterschiedlicher Frequenz und Dauer (vgl. Abb. 1 und 2), die in der Regel strikt unilateral auftreten. Auraphänomene und «Überempfindlichkeiten» (Phono-/Photophobie, Rückzugstendenz) treten im Rahmen einer Migräne auf. Bezüglich der Aurasymptomatik ist zu beachten, dass verschiedene Aurasymptome sukzessive auftreten können. Typische Aurasymptome sind Flimmerskotome, Kribbelparästhesien und Sprachstörungen. Jedes Aurasymptom darf definitionsgemäss bis zu 60 Minuten andauern; zusätzlich darf zwischen Ende der Aura und Auftreten der Kopfschmerzen noch eine bis zu 60-minütige Phase von Beschwerdefreiheit bestehen. Das Auftreten entweder von Photophobie oder Phonophobie oder milder Nausea ist auch mit der Diagnose von Spannungskopfschmerzen vereinbar. Erbrechen schliesst die Diagnose eines Spannungskopfschmerzes hingegen aus.

Probleme bei der Diagnosestellung

In unserer Erfahrung gibt es bei der Diagnose von Kopfschmerzen häufig folgende Probleme:

- Der Patient kann sich nicht erinnern, an wie vielen Tagen pro Monat er Kopfschmerzen hat oder Schmerzmittel einnimmt. Die Lösung dieses Problems liegt im Führen eines Kopfschmerztagebuchs, das in elektronischer Form als App oder in Papierform zum Beispiel auf der Internetseite der *Schweizerischen Kopfwehgesellschaft* (www.headache.ch) zu finden ist. Gelegentlich kann eine Diagnose erst gestellt werden, wenn über mindestens einige Wochen ein Kopfschmerzkalender geführt worden

ist. Bei genauer Kalenderführung (auch mit Eintrag von Begleitumständen) lässt sich gelegentlich ein korrigierbarer Triggerfaktor erkennen, und der Patient gibt sich auch Rechenschaft über den Medikamentenkonsument.

- Der Migräne-Patient berichtet über «Lähmungen». Hiermit sind aber oft Sensibilitätsstörungen gemeint. Es muss explizit nachgefragt werden, ob wirklich eine motorische Schwäche vorlag, oder ob es allenfalls zu einer Ungeschicklichkeit aufgrund von Sensibilitätsstörungen kam. Die Differenzierung ist wichtig, weil bei Vorhandensein einer echten motorischen Schwäche die Diagnose einer «hemiplegischen Migräne» (auch wenn keine Plegie, sondern nur eine Schwäche vorlag) gestellt wird, was therapeutisch relevant ist. So ist der Gebrauch von Triptanen bei hemiplegischer Migräne formal kontraindiziert.
- Der Begriff «chronisch» ist in der Kopfschmerzmedizin nicht dem Begriff «akut» gegenübergestellt, sondern dem Begriff «episodisch». Er bezeichnet daher primär eine Häufigkeit und nicht eine Dauer. Chronische Spannungskopfschmerzen oder auch chronische Migräne bezeichnen nicht Spannungskopfschmerzen/Migräne, die schon lange bestehen, sondern Spannungskopfschmerzen/Migräne, die an mindestens 15 Tagen/Monat vorhanden sind, und das während mehr als drei Monaten.
- Es ist wichtig zu wissen, dass bei ca. 80% solcher chronischer Kopfschmerzen ein Medikamentenübergebrauch vorliegt.

Wann Zusatzuntersuchungen? Und welche?

Liegen «red flags» vor, sind weitere Abklärungen indiziert. Besteht eine Notfallsituation (z.B. Trauma, Verdacht auf akute intrakranielle Blutung, Koma) oder steht die Beurteilung knöcherner Strukturen im Vordergrund, so soll ein Schädel-CT durchgeführt werden. In allen anderen Situationen ist das MRI dem CT vorzuziehen. Das MRI ist sensitiver in der Detektion von Tumoren, vaskulären – arteriellen wie venösen – Läsionen, intrakraniell Über- und Unterdruck, bei der Beurteilung der Hypophyse oder von Läsionen in der hinteren Schädelgrube sowie von meningealen Pathologien. Zudem bringt es keine Belastung durch ionisierende Strahlen mit sich. Ein MRI ist auch bei Neuralgien (z.B. Trigeminusneuralgie) oder bei Cluster-Kopfschmerzen immer indiziert, um strukturelle Läsionen darstellen zu können, also um eine «symptomatische» Neuralgie von der «idiopathischen» Neuralgie abzugrenzen, die spezifische thera-

peutische Konsequenzen haben. Bei nachdrücklichem Patientenwunsch oder spezifischer (Tumor-)Angst führen wir gegebenenfalls einmalig auch ein MRI durch, das dann häufig auch therapeutisch wirksam ist. Dabei besteht aber auch das Risiko, klinisch irrelevante Zufallsbefunde (Inzidentalome wie z.B. eine Arachnoidalzyste) zu entdecken, die zu Verunsicherung führen können. Daher muss der Patient informiert werden, was das Ziel und das Risiko einer solchen Bildgebung sind. Ein allfälliges Inzidentalom ist mit ihm gezielt zu besprechen. Bei einem stabilen Kopfschmerz vom Spannungstyp oder einer stabilen Migräne, die sich im Verlauf der Jahre nicht geändert haben, ist keine Bildgebung indiziert. Keine Bildgebung vermag das Gespräch und die Führung/Begleitung eines Kopfschmerzpatienten zu ersetzen. Liegen klinisch Hinweise auf infektiöse oder autoimmun-entzündlich bedingte Kopfschmerzen vor, so sind Laboruntersuchungen (Hämatogramm, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, Glukose und CRP) indiziert. Der Nachweis erhöhter Entzündungswerte ist zur Diagnose gewisser Krankheiten wie zum Beispiel der Riesenzellerteritis (Arteriitis cranialis bzw. temporalis) wichtig, wobei hier das CRP sensitiver als die Blutsenkungsgeschwindigkeit ist [4]. Bei Verdacht auf eine Meningitis oder Enzephalitis, eine zerebrale Vaskulitis oder auf eine intrakranielle Hypertension ist eine Lumbalpunktion indiziert. Falls differentialdiagnostisch ophthalmologische Gründe (z.B. Refraktionsanomalie, Glaukom) oder eine HNO-Ursache in Frage kommen, sind entsprechende spezialärztliche Abklärungen gegebenenfalls sinnvoll.

Therapie und Arbeitsunfähigkeit

Grundsätzlich sind bei allen primären Kopfschmerz-erkrankungen allgemeine Verhaltensmassnahmen wie regelmässige körperliche Betätigung (zwei bis drei Stunden/Woche leichtes Ausdauertraining), regelmässige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, regelmässige (Entspannungs-)Pausen, Entspannungsübungen (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und regelmässiger und genügend Schlaf hilfreich und bei gewissen Kopfschmerzformen der medikamentösen Therapie sogar überlegen (z.B. Spannungskopfschmerzen). Die medikamentöse Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung. Medikamente, die spezifisch gegen gewisse Kopfschmerzarten entwickelt worden sind, sollten auch eingesetzt werden. Es sind hier insbesondere die Triptane zur Therapie der

Migräneattacken zu erwähnen, die eingesetzt werden sollten, falls einfache Analgetika nicht zu einer Beschwerdefreiheit innert zwei Stunden führen. Triptane sind sehr sichere Medikamente. In der ambulanten Kopfschmerzmedizin ist der Einsatz von Opioiden hingegen unbedingt zu vermeiden: Sie führen sehr rasch zu Abhängigkeit und zu medikamentös induzierten Kopfschmerzen. Das Führen eines Kopfschmerztagebuches ist eine Voraussetzung für eine effiziente langfristige Therapie, gerade bei «schwierigen Fällen», und auch Ausdruck der Patient compliance.

Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AUF) wegen Migräne oder Spannungskopfschmerzen bescheinigen wir nur sehr selten und dann für höchstens ein bis zwei Wochen. Besteht ein erheblicher Leidensdruck, attestieren wir eine AUF in der Grössenordnung von 20% mit der Idee, dass an diesem zusätzlichen Tag die Patienten Entspannungsübungen und Sport betreiben können. In floriden Cluster-Episoden oder bei «Schüben» einer Trigeminusneuralgie ist die Arbeitsfähigkeit hingegen oft längere Zeit, je nach Therapieeffizienz, nicht gegeben. Bei Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzen ist ein Entzug (ambulant oder stationär) angezeigt; in dieser Zeit ist die volle Arbeitsfähigkeit nicht gegeben.

Bei Attestieren einer längeren AUF (auch Teilzeit) ist eine engmaschige Patientenbetreuung, eventuell auch Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, angezeigt.

Finanzierung / Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Sturzenegger M, Gantenbein AR, Sandor PS. Sogenannt primäre Kopfschmerzen. *Schweiz Med Forum* 2012;12:72–77.
- 2 Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010;9:391–401.
- 3 The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629–808.
- 4 Kermani TA, Schmidt J, Crowson CS, Ytterberg SR, Hunder GG, Matteson EL, et al. Utility of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein for the diagnosis of giant cell arteritis. *Semin Arthritis Rheum* 2012;41:866–871.

Abkürzungen

IHS: International Headache Society
 ICHD: International Classification of Headache Disorders
 NRS: Numerical Rating Scale
 CT: Computertomographie
 MRI: Magnetic Resonance Imaging
 CRP: C-reaktives Protein
 SUNA: Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms

Korrespondenz:
 Dr. med. Niklaus Meier
 Leiter a.i.
 Neurologische Poliklinik
 Inselspital
 Universitätsspital Bern
 Freiburgstrasse 4
 CH-3010 Bern
 Niklaus.Meier[at]insel.ch
 www.neuro-bern.ch