

Kopfschmerz

J. Sommer-Bühler, C. Dozier, H. Stalder

Einleitung

Kopfschmerz ist einer der zehn häufigsten Konsultationsgründe in der allgemeinmedizinischen Praxis. Kopfschmerzen sind die Ursache von 20% der Arbeitsausfälle (1 Krankheitstag/Jahr/Angestellter); 10–12% der Bevölkerung leiden an Migräne (6% der Männer und 15–18% der Frauen). Aufgrund ihres benignen Charakters werden primäre Kopfschmerzen zu selten diagnostiziert und vor allem unzureichend behandelt. Laut Einschätzung der WHO sind Migräne, Tetraplegie, Psychosen und Demenz die vier chronischen Erkrankungen, welche die grössten funktionellen Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Ogleich in über 95% der Kopfschmerzfälle in der allgemeinmedizinischen Praxis eine harmlose Ursache vorliegt, sind sekundäre, durch eine potentiell schwere Erkrankung bedingte Kopfschmerzen unbedingt auszuschliessen.

Die Aufgabe des Arztes besteht folglich darin, die primären Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz, Cluster-Kopfschmerz) von sekundären zu unterscheiden, den Kopfschmerztyp zu bestimmen, um die geeignete Behandlung zu verordnen und den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden, auf den sich auch harmlose Kopfschmerzen verängstigend und stark beeinträchtigend auswirken können.

Differentialdiagnose

Primäre Kopfschmerzen (Tabelle 1)

■ **Migräne:** Migräne ist in rund 15% der Fälle die Ursache primärer Kopfschmerzen. 15% der Bevölkerung sind betroffen, und zwar 3mal mehr Frauen als Männer; die Prävalenz unter 40jährigen Frauen liegt bei 25%. 80% der Migräniker haben ihre erste Migräneattacke vor dem 3. Lebensjahrzehnt. Die Häufigkeit der Attacken ist sehr unterschiedlich: Vielfach nimmt Migräne mit zunehmendem Alter ab, und in 70% der Fälle verschwindet sie während der Schwangerschaft.

Migräne wird in drei klinische Gruppen eingeteilt:

- **Migräne ohne Aura (früher einfache Migräne):** Sie umfasst die Mehrheit der Migräneattacken.
- **Migräne mit Aura (früher Migraine accompa-**

gnée): Ca. 15–20% der Migränepatienten leiden unter passageren fokal-neurologischen Defiziten (wie Störungen des Gesichtssinns, sensitive, motorische oder sprachliche Störungen); diese werden als «Aura» bezeichnet, da sie häufig die Kopfschmerzattacke ankündigen. Diese Reizphänomene und/oder neurologischen Defizite sind reversibel und zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht plötzlich auftreten, sondern sich innert weniger Minuten aufbauen und zurückgehen. Unterschieden wird zwischen *Migräne mit typischer Aura* und *Basilarismigräne*.

– Migränekomplikationen

– **Status migraenosus:** Diese Komplikation ist häufig auf eine übermässige Arzneimittelernahme zurückzuführen.

– Migränöser Infarkt

■ **Spannungskopfschmerzen:** Sie machen knapp zwei Drittel der primären Kopfschmerzen aus. Unterschieden wird dabei zwischen einer *episodischen* und einer *chronischen Form* (Kopfschmerzen über mindestens 15 Tage/Monat, die seit mindestens 6 Monaten bestehen).

■ **Cluster-Kopfschmerz (cluster headache):** Sie machen weniger als 1% der primären Kopfschmerzen aus und treten bei Männern rund 6mal häufiger auf als bei Frauen. Von einer *chronischen Form* wird gesprochen, wenn der Schmerz seit über einem Jahr ohne länger als 14 Tage dauernde beschwerdefreie Intervalle auftritt.

■ **Chronische paroxysmale Hemikranie:** Es handelt sich um eine mit dem Cluster-Kopfschmerz verwandte Form des Kopfschmerzes, die überwiegend bei Frauen auftritt und stets auf Indometacin anspricht (Therapieprobe: Indometacin 3mal 25 mg/tgl. über 48 Std., anschliessend 3mal 50 mg/tgl. bei refraktären oder partiell refraktären Schmerzen, weitere Dosiserhöhung bei partieller Wirkung; anschliessend mit der geringstmöglichen Erhaltungsdosis weiter behandeln).

Sekundärer Kopfschmerz

Ursachen für sekundären Kopfschmerz können sein:

- **Fieber:** häufigste Ursache für sekundäre Kopfschmerzen.
- **Stoffwechselstörungen (Hypoglykämie, Hyperkapnie, Hypoxie etc.).**
- **HNO-Erkrankungen:** *Sinusitiden* machen ca. 15% der Ursachen sekundärer Kopfschmerzen aus. Im Falle einer Sinusitis frontalis oder maxillaris tritt lokaler Kopfschmerz auf, tiefere

Tabelle 1. Definition der primären Kopfschmerzformen.

<p>1. Migräne</p> <p>a) Mindestens 5 Attacken, die Kriterium b) bis d) erfüllen</p> <p>b) Dauer 4 bis 72 Stunden (ohne Behandlung)</p> <p>c) Mindestens 2 der folgenden Merkmale: einseitiger Kopfschmerz, pulsierender Schmerz, mässige oder starke Intensität, Verschlimmerung durch einfache körperliche Aktivitäten (beispielsweise Treppensteigen).</p> <p>d) Während der Attacke mindestens eines der folgenden Kriterien: Übelkeit und/oder Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit (Photo- und Phonophobie).</p> <p>1a. Migräne mit typischer Aura</p> <p>Eines oder mehrere FND*</p> <p>Progrediente Entwicklung eines FND in mehr als 4 Minuten oder Aufeinanderfolgen von mindestens 2 FND</p> <p>Alle FND dauern max. 60 Minuten</p> <p>Auftreten der Kopfschmerzen vor, während oder 60 Min. nach Abklingen der FND</p> <p>Die FND bestehen aus einem oder mehreren der folgenden Phänomene: homonyme Sehstörungen, einseitige Parästhesien, Hörabfall, einseitige Paresen, Aphasie.</p> <p>NB: Wenn ein FND mehr als 60 Min. andauert, handelt es sich um eine Migräne mit verlängerter Aura; wenn es sich innert 4 Min. bis zur max. Intensität entwickelt, spricht man von Migräne mit akut einsetzender Aura. In beiden Fällen ist eine andere Erkrankung auszuschliessen.</p> <p>1b. Basilarismigräne</p> <p>Es treten dieselben Symptome wie bei der Migräne mit Aura und mindestens 2 der folgenden Symptome auf: Einengung des Gesichtsfeldes, bitemporal und binasal, Dysarthrie, Drehschwindel, Tinnitus, Hörabfall, Doppelbilder, Ataxie, bilaterale Parästhesien, bilaterale Paresen.</p> <p>Bewusstseinsverminderung</p> <p>1c. Status migraenosus</p> <p>Gesicherte Migräne und mind. 5 Migräneanfälle ohne Aura oder mind. 2 Migräneanfälle mit Aura und Anfalldauer von über 72 Stunden, Unterbrechungen durch Schlaf nicht eingerechnet.</p>	<p>2. Spannungskopfschmerz</p> <p>Schmerz weist mindestens 2 der folgenden Merkmale auf: einschnürend/drückend/nicht pulsierend, leichte bis mässige Intensität, beidseitig lokalisiert, keine Verschlimmerung durch einfache körperliche Aktivität, kein Erbrechen oder starke Übelkeit.</p> <p>Auftreten von höchstens einem der folgenden Symptome: Appetitlosigkeit, Photophobie, Phonophobie.</p> <p>3. Cluster-Kopfschmerz</p> <p>Einseitige Schmerzanfälle im Augen-Schläfen-Bereich, die nicht behandelt 15–180 Minuten andauern;</p> <p>Mindestens eines der folgenden Phänomene: Rötung des Auges, verstärkter Tränenfluss, Anschwellen der Nasenschleimhaut, vermehrte Nasensekretion (Rhinorrhoe), gesteigerte Schweißsekretion im Gesicht oder an der Stirn (Hyperhidrosis), Miosis, Ptosis, Augenlidödem.</p> <p>Die Häufigkeit variiert zwischen 1 Anfall alle 2 Tage bis zu 8 Anfällen pro Tag.</p> <p>* FND = (transitorisches) fokal-neurologisches Defizit</p>
---	--

Schmerzen mit orbitalen und/oder okzipitalen Ausstrahlungen werden bei einer Sinusitis ethmoidalis und Schmerzen in der Scheitelregion bei einer Sinusitis sphenoidalis empfunden. Häufig ist der Schmerz von pulsierender Qualität und verschlimmert sich bei Neigen des Kopfes nach vorne.

– *Temporo-mandibuläre Dysfunktion*: lokaler, häufig einseitiger Schmerz im Bereich des Kiefergelenks, also periaurikulär oder aurikulär, der sich typischerweise durch Kauen verschlimmert und zum Gesicht und zur Schläfe ausstrahlt. Häufig ist das Gelenk bei Palpation schmerzhaft; zuweilen kommt es beim Öffnen und Schliessen des Mundes zu einer Gelenkblockade sowie zu einer Bissperre.

– *Arteriitis temporalis*: tritt nach dem 50. Lebensjahr auf mit steigender Inzidenz bei zunehmendem Alter; der in 70–90% der Fälle auftretende Kopfschmerz weist zumeist die folgenden Merkmale auf: intensiver, an den Schläfen oder auf der Schädeldecke lokalisierter und oberflächlich empfundener Schmerz, tritt tagsüber und nachts auf, führt zu Schlafstörungen und spricht nicht auf Analgetika an. In 50–65% der Fälle treten be-

gleitend eine Einschränkung der Kaubewegung (Claudicatio masticatoria) sowie ein Visusverlust auf (anteriore ischämische Optikusneuropathie). Ferner sind häufig allgemeine Symptome (Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust) zu beobachten, die mit Schmerzen im Schulter- und Beckengürtel (Polymyalgie) einhergehen können. Die Arteria temporalis ist nicht pulsierend, die Schläfenregion ist schmerzhaft, zuweilen gerötet und geschwollen. C-reaktives Protein (CRP) und Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) sind erhöht. Eine Biopsie gibt in den meisten Fällen Aufschluss über das Bestehen einer Riesenzellenarteriitis.

- *Medikamente* wie Digoxin, Xanthine, Nitrate, Kalziumantagonisten. Das Absetzen eines Medikaments oder einer anderen Substanz kann Kopfschmerzen verursachen. Ebenso kann ein Medikamentenmissbrauch (Paracetamol, alle Analgetika, Koffein, Barbiturate, NSAR, Ergotalkaloide, Sumatriptan) primäre Kopfschmerzen verstärken und zu täglichen Kopfschmerzen führen.
- *Meningitis*: Die Kopfschmerzen treten zusammen mit Fieber und Nackensteifigkeit auf.
- *Meningoenzephalitis, Enzephalomeningitis*: Es treten Kopfschmerzen in Verbindung mit Fieber, Bewusstseinsstörungen und häufig persistierenden fokale-neurologischen Reiz- oder Defizitsymptomen auf.
- *Folgen von Schädeltraumen* (rund 4% der sekundären Kopfschmerzen).
- *Zervikogener/Vertebragener Schmerz*: Schädigungen und Erkrankungen der Halswirbelsäule, u.a. Skelettfehlbildungen der zerviko-okzipitalen Region.
- *Subarachnoidalblutung*: Typisches klinisches Bild einer Subarachnoidalblutung sind heftigste, plötzlich «wie ein Donnerschlag» einsetzende Kopfschmerzen, möglicherweise begleitet von Nackensteifigkeit, Schwindel und Erbrechen, Photophobie, zuweilen Bewusstseinsstörungen. Dieses typische Krankheitsbild kann in den vorausgehenden Stunden, Tagen oder Wochen durch Symptome einer kleineren Blutung angekündigt werden, wie Kopfschmerzen mit Schwindel und Erbrechen, die sehr schwer zu diagnostizieren sind. Bei kokainabhängigen Patienten können die Kopfschmerzen Hinweis auf eine Subarachnoidalblutung oder ein infolge des Kokainkonsums entstandenes intraparenchymatöses Hämatom sein.
- *Subdurales Hämatom* infolge eines Schädelhirntraumas, bei dem die Symptome nach einem Latenzintervall von einigen Stunden bis zu mehreren Tagen oder sogar Wochen auftreten: Manifestiert sich in Form von zuweilen heftigen Kopfschmerzen, die mehr oder weniger am Situs des Hämatoms lokalisiert sind. Letzteres kann sich auf der gegenüberliegenden Seite des Schädelhirntraumas, zumeist im Bereich des Stirn- und Scheitelbeins, befinden.
- *Ischämischer zerebraler Insult*: geht in 15% der Fälle mit Kopfschmerzen einher.
- *Karotidisdissektion*: tritt bei jüngeren Patienten zumeist infolge eines zervikalen Traumas oder spontan auf. Der Kopfschmerz manifestiert sich einseitig in der Stirn-Augen-Region und kann von zervikolateralen Schmerzen begleitet sein. Häufig liegt ein Horner-Syndrom vor. Die neurologischen Defizite treten möglicherweise erst nach mehreren Wochen auf. Bei einer *Dissektion der Arteria vertebralis* ist der Schmerz im allgemeinen in der Zerviko-okzipital-Region lokalisiert.
- *Sinusvenenthrombose*: Diese Diagnose ist insbesondere bei Frauen mit oraler Kontrazeption oder postpartalen Frauen abzuklären.
- *Intrakranielle raumfordernde Prozesse (Neoplasien, Abszesse)*: Die Kopfschmerzen entwickeln sich progredient infolge des zunehmenden intrakraniellen Drucks; sie verschlimmern sich durch Alkoholgenuss, Müdigkeit, Husten und im Liegen, während aufrechtes Stehen Linderung verschafft; der Schmerz ist häufig morgens besonders stark und geht im Tagesverlauf zurück; ist der Prozess in der hinteren Schädelgrube lokalisiert, setzen die Kopfschmerzen am Hinterkopf ein. Sie können von Erbrechen ohne Übelkeit begleitet sein.
- *Akuter Blutdruckanstieg*: Arterielle Hypertonie an sich verursacht keine Kopfschmerzen, kann aber eine Dekompensation primärer Kopfschmerzen nach sich ziehen; hingegen können akute Hypertonie-Episoden mit einem diastolischen Blutdruck von über 120 mm Hg oder plötzliche Blutdruckschwankungen (über 25% des diastolischen Drucks) starke Kopfschmerzen hervorrufen.
- *Akutes Glaukom*: Rapide Erhöhung des Augeninnendrucks führt zu lichtstarrer Pupille und heftigsten, pulsierenden Schmerzen im Augenbereich, raschem Visusabfall sowie Übelkeit und Erbrechen.
- *Chronische Meningitis: M. tuberculosis, Meningeosis neoplastica usw.*: Der Patient kann sehr diskrete Meningitis-Symptome aufweisen und fieberfrei sein. Im Falle ungewöhnlicher Kopfschmerzen bei HIV-positiven Patienten sollten ein zerebrales Lymphom, eine zerebrale Toxoplasmose oder seltener eine Kryptokokken-Meningitis ausgeschlossen werden.

- *Neuralgien: Trigemineuralgie* (lanzinierende Schmerzen [«elektrische Schläge»] im Versorgungsgebiet eines oder mehrerer Trigeminusäste, häufig infolge Reizung eines «Auslösers», durch Kauen oder Zähneputzen); *Glossopharyngeusneuralgie* (dieselben Symptome wie die Trigemineuralgie, wobei der Schmerz hier in der Region des Pharynx lokalisiert ist, zum Ohr ausstrahlt und durch Schlucken ausgelöst wird); *Arnold-Neuralgie* (neuralgische Schmerzen im Innervationsgebiet des Nervus suboccipitalis, die durch Palpation des Nervenaustrittspunktes ausgelöst werden); *Postzoster-Neuralgie* (kann infolge eines Herpes zoster das gesamte Versorgungsgebiet eines sensiblen Nervs betreffen).
- *Seltene Ursachen:* Unter den seltenen Ursachen sekundärer Kopfschmerzen sind der nicht kommunizierende Hydrozephalus, die benigne intrakranielle Hypertonie, das spontane Hypoliquorrhoe-Syndrom, die primäre oder sekundäre zerebrale Vaskulitis vom Typ des systemischen Lupus erythematodes usw. zu erwähnen.

der Praxis des Grundversorgers als nützliches und einfach einzusetzendes Instrument.

Klinische Untersuchung

Neben einer sorgfältigen neurologischen Untersuchung einschliesslich Augenhintergrund ist besonders auf mögliche Warnsymptome (Tabelle 3) sowie auf folgende Faktoren zu achten:

- Körpertemperatur;
- arterieller Blutdruck;
- Untersuchung und Palpation der Augen;
- Ausschluss eines meningealen Syndroms;
- Perkussion der Sinus;
- Palpation des Kiefergelenks sowie Zahnstatus;
- Halswirbelsäule;
- bilaterale Palpation der Arteria temporalis bei Patienten über 50 Jahren;
- Auskultation intrakranieller Geräusche.

Zusätzliche Untersuchungen

Im Falle primärer Kopfschmerzen oder sekundärer Kopfschmerzen mit gesicherter Diagnose sind keine weiteren Untersuchungen erforderlich. Hingegen werden folgende Zusatzuntersuchungen empfohlen:

■ *CT / MRI:* bei allen Warnsymptomen, ausgenommen bei Meningitis oder Arteriitis temporalis. Bei Verdacht auf einen Krankheitsprozess in der Fossa cranii posterior, der Zerviko-okzipital-Region oder auf eine Gefässerkrankung ist die MRI dem CT vorzuziehen. Bei starkem Verdacht auf ein Aneurysma oder eine Subarachnoidalblutung ist eine MRI mit Angiographie die Untersuchung der Wahl.

■ *Lumbalpunktion:* Im Falle von Kopfschmerz begleitet von Fieber oder Verdacht auf Meningitis oder Meningoenzephalitis sowie bei Verdacht auf eine Subarachnoidalblutung bei unauffälligem CT (in

Klinisches Vorgehen

Anamnese

Die Anamnese ist von wesentlicher Bedeutung und führt in den meisten Fällen zur Diagnose (siehe oben). Besonders wichtig ist ferner die Beurteilung der Auswirkungen der Kopfschmerzen auf die privaten und beruflichen Aktivitäten, um die Behandlung optimal einzustellen und damit die kopfschmerzbedingten Beeinträchtigungen zu verringern. In diesem Zusammenhang erweist sich der MIDAS-Fragebogen (Migraine disability assessment program: Tabelle 2) in

Tabelle 2. Der MIDAS-Fragebogen (Migraine disability assessment program): Beurteilung der Schwere der funktionellen Beeinträchtigungen durch Kopfschmerz.

An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten:	Tage
sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit oder Schule gegangen?	
war Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um >50% eingeschränkt?	
konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten?	
war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um >50% eingeschränkt?	
haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können?	
Ergebnis	

Auswertung des Fragebogens:		Punkte:	Zusätzliche Fragen zur Ermittlung der Häufigkeit und Intensität:
Grad I	wenig oder keine Beeinträchtigung	0 – 5	A) An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Kopfschmerzen?
Grad II	geringe Beeinträchtigung	6 – 10	B) Wie stark waren diese Kopfschmerzen auf einer Skala von 0–10?
Grad III	mässige Beeinträchtigung	11 – 20	
Grad IV	schwere Beeinträchtigung	> 20	

20% der Verdachtsfälle einer Subarachnoidalblutung CT ohne Befund).

■ *CRP oder BSG*: Wenn der Kopfschmerz bei Patienten über 50 Jahren erstmalig auftritt.

Betreuung und Behandlung

Ziel der Kopfschmerzbehandlung muss nicht nur die Kontrolle der Attacke sein, sondern auch die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten, mit dem

Ziel, seine sozialen, beruflichen und persönlichen Beeinträchtigungen zu reduzieren. Eine individuelle Betreuung kann eine Chronifizierung benigner Kopfschmerzen in ein chronisches somatoformes Schmerzsyndrom verhindern.

Bei allen *Kopfschmerzen mit Warnsymptomen* (siehe Tabelle 3) ist eine sofortige Hospitalisation in Betracht zu ziehen.

Nicht medikamentöse Behandlung

Grundlage der Kopfschmerzbehandlung ist die therapeutische Instruktion des Patienten. Sie soll ihn in die Lage zu versetzen, selbständig mit seiner Krankheit umzugehen und an der Anpassung seiner Therapie mitzuwirken.

Bei allen primären Kopfschmerzformen sind Ratschläge zur Lebenshygiene wichtig: geregelte Mahl- und Schlafenszeiten, regelmässige körperliche Betätigung, Vermeidung von Stress und Anspannung sowie von Polypragmasie und Überdosierung von Arzneimitteln (eine Entwöhnung ist angezeigt, wenn der Konsum mehr als 3 Tbl. täglich an mehr als zwei Tagen pro Woche beträgt), Erkennung und Vermeidung auslösender Faktoren (Lebensmittel, Alkohol usw.); Verhaltenstherapie, Entspannungstechniken, Joga usw. sind oft wirksam.

Medikamentöse Behandlung

Die Behandlung von *Migräne* ist in Tabelle 4 zusammengefasst. Dabei ist es wichtig, zusätzlich zur Schmerzbehandlung ein Prokinetikum (Domperidon) zu verabreichen.

Wenn die klassischen Analgetika keine ausreichende Wirkung haben, sind Triptane die Mittel der Wahl, sofern keine koronare Herzkrankheit vorliegt. Die therapeutische Wirkung kann je nach Patient stark variieren, und die kinetischen Vorteile eines Wirkstoffes finden sich nicht unbedingt bei jedem Patienten. Trotzdem sollten sie dem behandelnden Arzt bekannt sein: Bei Patienten, die eine rasche Kontrolle des Anfalls benötigen, ist ein Triptan zu wählen, das schnell seinen wirksamen Plasmaspiegel erreicht (Sumatriptan subkutan oder Zolmitriptan als Nasalspray; die sublingualen Darreichungsformen sind aufgrund ihrer raschen Einnahme von Vorteil, auch wenn sie nicht schneller resorbiert werden); treten Übelkeit oder Erbrechen auf, ist eine intranasale, injizierbare oder sublinguale Form zu wählen; bei Patienten mit zahlreichen Rezidiven ist es sinnvoll, ein Mittel mit langer Halbwertszeit auszuprobieren (Naratriptan).

Aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Reaktion sollte ein anderer Wirkstoff getestet werden, wenn der Patient auf das erste Mittel nicht anspricht. Dabei ist es möglich, dass ein Patient im Ver-

Tabelle 3. Warnsymptome.

Erste Kopfschmerzepisode: Insbesondere bei plötzlichem Beginn
Ungewöhnlicher oder bei üblicher Behandlung refraktärer Kopfschmerz
Migräneähnlicher Kopfschmerz, der aber stets auf derselben Seite auftritt
In den vergangenen Tagen oder Wochen progredient zunehmender Kopfschmerz
Kopfschmerz in Verbindung mit
Fieber (ohne eindeutigen Infektionsherd),
Erbrechen (mit Ausnahme eines typischen Migräneanfalls),
einer bisher unbekanntes Epilepsie,
Anomalien des neurologischen Status (Papillenödem,
persistierendes neurologisches Defizit),
allgemeinen Symptomen (Gewichtsverlust, Abgeschlagenheit, Schwitzen).
Trauma in der jüngeren Vergangenheit
Immundefekte
Auftreten der Kopfschmerzen nach dem 50. Lebensjahr

Tabelle 4. Medikamentöse Migränebehandlung.

Behandlung des Schmerzanfalls
Stufe 1
Paracetamol (1 g per os; max 4 g/d) <i>oder</i>
Acetylsalicylsäure (1 g per os; max 3 g/d) <i>oder</i>
andere nicht-steroidale Antiphlogistika
stets in Kombination mit einem Prokinetikum (z.B. Domperidon 10 mg per os,
15 Min. vorher)
Stufe 2 (1. Wahl bei mässigen bis starken Beeinträchtigungen; kontraindiziert bei Aura
oder Basilarismigräne)
Triptan*: z.B. Sumatriptan 50–100 mg per os
<i>oder</i> 10–20 mg Nasalspray
<i>oder</i> 6 mg subkutan
(bei Bedarf nach 2 Std. bis zu max. 3 Dosen wiederholen)
<i>oder</i> Ergotalkaloide (nur bei regelmässiger Kontrolle): 1 Zerstäubhub/Nasenloch
<i>oder</i> 1 mg subkutan
Basistherapie
Betablocker (z.B. Propranolol 40–320 mg/d <i>oder</i>
Kalziumantagonisten (Flunarizin 5–10 mg /d 5/7 Tage <i>oder</i> 3 Wochen/Monat) <i>oder</i>
Amitriptylin (30–75 mg/d) <i>oder</i>
Pizotifen (1,5 mg per os abends) <i>oder</i>
Valproinsäure (als letzte Möglichkeit): bis zu einem therapeutischen Plasmaspiegel
von 70–120 mmol/l dosieren
*in der Schweiz erhältliche Triptane:
Eletriptan: Dosierung 40–80 mg per os, zur Verhinderung eines Rezidivs nach
2 Std. wiederholen, max. 160 mg/24 Std.
Rizatriptan: Dosierung: 5–20 mg alle 2 Std., max. 30 mg /24 Std.
Naratriptan: Dosierung: 2,5 mg per os alle 4 Std., max. 5 mg /24 Std.
Zolmitriptan: Dosierung: 2,5–5 mg per os <i>oder</i> 2,5 mg intranasal alle 2 Std.,
max. 10 mg/24 Std.

lauf eines Anfalls auf ein Molekül reagiert, das aber bei der nächsten Attacke unwirksam bleibt.

Eine Präventionstherapie der Migräne ist angezeigt, wenn die hygienischen Massnahmen wirkungslos bleiben und wenn 3–4 schwer kontrollierbare Anfälle monatlich auftreten. Die Wirkung einer solchen Behandlung ist häufig erst nach einem Monat zu beurteilen. Diese sollte daher für eine Mindestdauer von 2–3 Monaten durchgeführt werden.

Bei *Spannungskopfschmerz* bildet die Beratung zur Lebenshygiene die wesentliche Grundlage der Behandlung. Ist jedoch eine medikamentöse Behandlung erforderlich, ist dieselbe Analgetikatherapie wie bei der Migräneattacke angezeigt (Tabelle 4). Dabei dürfen die Analgetika oder NSAR jedoch nicht häufiger als 1–2 mal pro Woche verordnet werden, da die Dauereinnahme ihrerseits zu chronischen Kopfschmerzen führen kann.

Sofern eine Basisbehandlung notwendig ist, wird ein Antidepressivum in «schmerzstillender» Dosierung empfohlen: Amitriptylin 30–50 mg per os abends (bis zu 75 mg); vergleichbare Wirkung zeigt Fluoxetin (20 mg per os tgl.).

Die Behandlung der *Arteriitis temporalis* erfolgt mittels Steroiden (beispielsweise Prednison 0,5 mg/kg, unverzüglich auch bei fehlender Bestätigung der Diagnose zu verabreichen und langsam zu reduzieren bis zur Erhaltungsdosis, bei der sich CRP und BSG im Normbereich befinden). Die Behandlung muss häufig über mehr als ein Jahr fortgeführt werden.

Die 3 wichtigsten Punkte, die man sich merken sollte

In der Praxis des Grundversorgers erfordern Kopfschmerzen selten umfangreiche Untersuchungen, da es sich in den meisten Fällen um primäre Formen oder sekundäre Formen infolge von Infektionen der oberen Luftwege handelt. Dennoch ist in jedem Fall auf Warnsymptome zu achten.

Ein benigner Kopfschmerz kann stark funktionseinschränkend sein und erfordert eine sorgfältige Beurteilung der Auswirkungen auf den Alltag sowie eine individuell angepasste Behandlung.

Bei Spannungskopfschmerz ist in erster Linie eine nicht medikamentöse Behandlung angezeigt; zu verhindern sind ein Medikamentenabusus sowie medikamentös induzierte Kopfschmerzen.

Datum der ersten Ausgabe: 5. April 2000 (J. Sommer-Bühler, R. Sztajzel, J. Le Floch-Rohr und H. Stalder)

Revisionen: 26. Januar 2001 (J. Sommer-Bühler, J. Le Floch-Rohr und H. Stalder) und 18. Dezember 2003 (J. Sommer-Bühler und H. Stalder)

Weitere Informationen, Kommentare oder Fragen an: Hans.Stalder@hcuge.ch

Referenzen

- 1 Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia* 1988; 8 (suppl 7):1–96.
- 2 Pearce JMS. Headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:134–43.
- 3 Silberstein SD. Evaluation and emergency treatment of headache. *Headache* 1992;32:396–407.
- 4 Kumar KL, Cooney TG. Headaches. *Med Clin N Am* 1995;79:261–86.
- 5 Welch KMA. Drug therapy of migraine. *N Engl J Med* 1993;329:1476–83.
- 6 Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – Current understanding and treatment. *N Engl J Med* 2002;346:257–70.
- 7 Ashkenazi A, Silberstein D. The evolving management of migraine. *Curr Opin Neurol* 2005;16:341–45.

