

Daniel Eschle, Edy Riesen

Kopfschmerzen als Notfall

ELPS Das Erkennen gefährlicher Ursachen beim akuten Kopfschmerz bleibt eine Herausforderung für den Hausarzt. Im engen zeitlichen Rahmen der Sprechstunde gilt es, die wenigen wichtigen und richtigen Fragen zu stellen und gezielte Untersuchungen durchzuführen.

Fragen aus der Praxis

Lieber Herr Kollege Eschle

Zuerst ein Fall: Ein gesunder Mann Mitte fünfzig, ich nenne ihn R., kommt in die Sprechstunde und klagt über mässig starke frontale Kopfschmerzen. Der Patient und sein langjähriger Hausarzt erinnern sich natürlich daran, dass Herr R. 1992 mit massivsten Kopfschmerzen notfallmässig wegen eines Hirnabszesses operiert werden musste. Doch nicht noch einmal dasselbe? Gemeinsam wird beschlossen, vorläufig abzuwarten. Am nächsten Tag berichtet er, das verordnete Ibuprofen habe nur mässig geholfen. Ich lasse das CRP bestimmen und mahne ihn, weiter in Tuchfühlung zu bleiben. Wegen der hektischen Sprechstunde sehe ich erst um sieben Uhr abends, dass das CRP 132 beträgt und versuche den Patienten sofort telefonisch zu erreichen. Zu diesem Zeitpunkt ist er – wie ich erst nachher erfahre – bereits in der Ambulanz. Er erlitt einen schweren Grand-mal-Anfall! Diagnose: Hirnabszess, wahrscheinlich ohne Zusammenhang mit dem Ereignis von 1992. Es wird versucht, konservativ zu therapieren, doch schliesslich wird offensichtlich, dass eine Operation nicht verhindert werden kann. Glücklicherweise erholt sich Herr R. vollständig.

Im vergangenen Jahr habe ich wiederholt Patienten mit ähnlicher Symptomatik gesehen. Bei allen war der Verlauf harmlos. Wie kann ich differenzieren? Welche Fragen stelle ich als Hausarzt dem Patienten? Welche Untersuchungen können in der Praxis durchgeführt werden? Gibt es Laboruntersuchungen, die relevant sind? Können Sie vielleicht sogar einen Algorithmus empfehlen?

Antworten des Neurologen

Sehr geehrter Herr Kollege Riesen

Der von Ihnen geschilderte Fall ist wirklich eine Knacknuss, da es sich um eine ungewöhnliche Präsentation eines sehr seltenen Krankheitsbildes handelt. Unter den «zerebralen Raumforderungen» liegen Hirnabszesse weit hinter den hirneigenen Tumoren und Hirnmetastasen an Häufigkeit zurück. Dass ein Patient gleich zweimal einen Hirnabszess erleidet, ist so häufig, wie zweimal vom Blitz getroffen zu werden. Für einen abgekapselten Prozess ist es auch nicht unbedingt typisch, dass das CRP dermassen erhöht ist.

Bei gutem AZ hätte ich auch nicht notfallmässig eine Bildgebung veranlasst (sondern innerhalb drei Tagen). Das hohe CRP hätte mich in erster Linie zur Annahme einer Arteriitis temporalis/cranialis verleitet. So wirksam eine Steroidgabe bei der Arteriitis temporalis/cranialis sein kann, um so gefährlicher wäre Prednison bei diesem Patienten gewesen.

Zeitbedarf im Notfall

Da Kopfschmerzen als Notfall wie auch in den regulären Konsultationen häufig ein Thema sind, ist eine Vertrautheit mit den häufigsten Kopfwesyndromen wichtig.

Tabelle 1

Warnhinweise für gefährliche Kopfschmerzen.

– Fieber
– Meningismus
– Papillenödem
– akuter Beginn
– Antikoagulation
– Tumoranamnese
– kognitive Defizite
– Immunsuppression
– kurze Anamnese (<1 Monat)
– fokale neurologische Ausfälle
– komplett andere Semilogie als bisheriges Kopfwes
– Auftreten bei anhin kopfwesfreien Personen (v.a. über 50-jährig)
– Kopfwes/Hypertonie während Schwangerschaft oder Wochenbett

Auch unter Zeitdruck ist es möglich, schnell zwischen «gefährlich» und «ungefährlich» zu unterscheiden. Ich hoffe, meine Übersicht trägt dazu bei. Tabelle 1 bietet ein grobes Raster im Hinblick auf Gefährlichkeit, mehr Informationen erhalten Sie auf der Homepage von PrimaryCare (www.primary-care.ch).

Entscheidet man sich, *nicht* abzuklären oder einzuweisen, braucht man allerdings *viel mehr Zeit*, um das Krankheitsbild (z.B. Migräne) und die Therapiemöglichkeiten dem besorgten Patienten zu erläutern.

Differentialdiagnostischer Algorithmus

Die hausärztliche Sprechstunde ist ein guter «Trainingsplatz» für Kopfwes als Notfall. Man lernt die Facetten der verschiedenen Kopfwesformen kennen und kann dann gezielter im Notfall die richtigen Fragen stellen und Entscheidungen treffen. Bezüglich Anamnese ist im Notfall unverzichtbar zu erfahren, ob der Patient allgemein kopfwesfällig ist oder nicht und wie sich sein aktuelles Kopfwes vom bisherigen Verlauf unterscheidet. Ist es ein neues Kopfwes? Ist der Unterschied «lediglich» quantitativ oder effektiv qualitativ? Abbildung 1 zeigt einen Algorithmus zur Differentialdiagnose von Kopf- und Gesichtsschmerzen.

Symptomatische Therapie

Man darf immer symptomatisch behandeln, falls es Zeit und Material erlauben. Aber eine Therapie sollte nicht zu einer Verzögerung der Entscheidungsfindung bezüglich Diagnose und Procedere führen. Ein Ansprechen auf eine symptomatische Therapie stützt bestimmte Diagnosen nur bedingt, d.h. auch gefährliche Kopfschmerzen können unter Umständen auf eine symptomatische Therapie ansprechen (zumindest kurzfristig). Bis auf einige Ausnahmen kann auch nicht a priori von der Schmerzintensität automatisch auf eine bestimmte Diagnose rückgeschlossen werden. Da jedes Schmerzsyndrom – egal ob Kopf oder Bauch – eine potentiell chirurgische Erkrankung ist, würde ich dafür plädieren, möglichst auf Plättchenhemmer wie Aspégic® zu verzichten (ausser es liegt klar eine Migräneattacke vor).

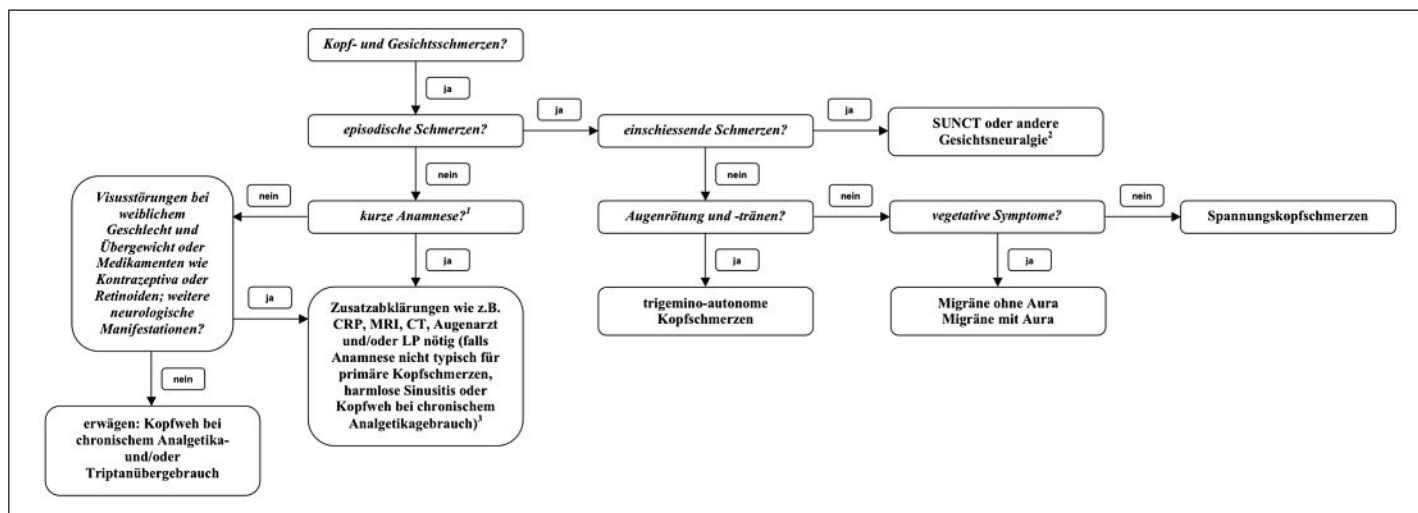


Abbildung 1

Algorithmus zur Differentialdiagnose von Kopf- und Gesichtsschmerzen.

1) Neben einer kurzen Anamnese (<1 Monat) gehören noch die weiteren in Tabelle 1 genannten Kriterien dazu.

2) Gesichtsnuralgien benötigen meistens eine geeignete Bildgebung zum Ausschluss symptomatischer Formen.

3) Die sich daraus ergebenden Krankheitsbilder sowie Literaturangaben sind im Haupttext beschrieben.

SUNCT = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing. CRP = Entzündungsparameter. MRI = magnetic resonance imaging. CT = Computertomographie. LP = Lumbalpunktion.

Wichtige Untersuchungsschritte

Niemand würde auf die Idee kommen, Bauchschmerzen ohne Abdomenpalpation zu beurteilen. Der analoge Untersuchungsschritt, die Palpation der Kopf-, Kau- und Nackenmuskulatur, geht bei Kopfwegpatienten oft unter. Dabei erhalten Sie dadurch wichtige Informationen: Liegt die Ursache der Schmerzen gar nicht erst *im* Kopf? Druckschmerzhaftigkeit und Verhärtung der Temporalarterien? Und: Im gleichen Untersuchungsschritt lassen sich zervikospindylogene Beschwerden und ein allfälliger Meningismus beurteilen. Ich weite die Palpation bei Kopfwegpatienten auf die typischen Fibromyalgiepunkte aus. Das gibt mir Informationen, ob das Kopfweg nicht eher eine Facette einer viel weiter zu fassenden psychosomatischen Problematik ist.

Labor im Notfall

An Laborbestimmungen helfen nur wenige Parameter weiter. Das Kreatinin ist wichtig im Hinblick auf eine KM-Applikation bei der Bildgebung. Das CRP oder die BSG sind hilfreich bei Verdacht auf Arteriitis temporalis/cranialis. Meningitiden, Enzephalitiden und auch Hirnabszesse lassen sich in der Regel schlecht durch systemische Entzündungsparameter diagnostizieren (zumindest nicht spezifisch genug).

Sensitivität und Spezifität der Kopfwegklassifikation im Notfall

Das Dogma in Neurologenkreisen, dass perakut einsetzende Kopfschmerzen quasi beweisend sind für eine Subarachnoidalblutung (SAB), wird durch eine Arbeit aus einer norwegischen Notfallstation in Frage gestellt. Untersucht wurden 433 Patienten mit Kopfschmerzen, die als «the first or worst headache ever» charakterisiert wurden. Ausgeschlossen wurden Patienten, die a priori klinische Hinweise – wie z.B. fokale neurologische Defizite – für eine gefährliche Kopfwegätiologie zeigten. Obwohl der perakute Kopfweg-

beginn sensitiv für die Diagnose einer SAB war, war diese Eigenschaft nicht spezifisch und wurde erstaunlicherweise auch von vielen Patienten mit primären (ungefährlichen) Kopfschmerzen beklagt. Fazit der Autoren war – aus Gründen der Morbidität und Mortalität – bei «the first or worst headache ever» *immer* von einem gefährlichen Kopfweg auszugehen, wenn es auch glücklicherweise nicht immer gefährlich ist. Die Studie zeigt, man wird sich auch in Zukunft irren (müssen), d.h. man wird nicht darum herum kommen, dass retrospektiv zu viele Schädel-CTs oder Spitaleinweisungen veranlasst wurden. Aber das ist der Preis für ein ausgewogenes Verhältnis von Sensitivität zu Spezifität.

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Eschle

Facharzt FMH für Neurologie

RehaClinic Zurzach, Quellenstrasse 34

5330 Bad Zurzach

d.eschle@rehaclinic.ch



ELPS: Electronic Long – Paper Short

Eine ausführlichere Version dieser Publikation sowie weiterführende Literaturhinweise finden Sie auf der Website von PrimaryCare (www.primary-care.ch).