

Kopfschmerz fibel

Information für Patienten

in Zusammenarbeit mit Christian Lampl, Leiter der Ambulanz
für Kopf- und Gesichtsschmerzen am AKH Linz



Inhaltsverzeichnis

——	Migräne	4
1.	Von den Beschwerden zur richtigen Diagnose	5
2.	Wie und warum entsteht eine Migräne?	8
3.	Therapie der Migräne	9
3.1	Akuttherapie	10
3.2	Therapie der Attacke bei Kindern	13
3.3	Was kann der Patient tun?	14
3.3.1	Kurzzeitprophylaxe	14
3.3.2	Langzeitprophylaxe	15
3.3.3	Wie kann der Patient seine Therapie unterstützen?	16
3.3.4	Langzeitprophylaxe bei Kindern	17
——	Spannungskopfschmerz	18
4.	Von den Beschwerden zur richtigen Diagnose	19
5.	Wie und warum entsteht ein Spannungskopfschmerz?	20
6.	Therapie	21
6.1	Therapie des chronischen Spannungskopfschmerzes	21
——	Cluster-Kopfschmerz	23
7.	Von den Beschwerden zur richtigen Diagnose	24
7.1	Akuttherapie – Clusterkopfschmerz	26
7.2	Prophylaxe	27
——	Medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz	28
8.	Therapie	31

Migräne

Migräne ist eine Erkrankung des Gehirns bzw. der Gehirngefäße, die nicht heilbar, jedoch gut behandelbar ist.

Laut einer Studie des Linzer AKH aus dem Jahr 2003 leiden ca. 10,2% der Österreicher an Migräne. Aufgrund der Dauer und Häufigkeit der Migräneattacken empfinden die Patienten ein Drittel ihrer Migräneanfälle als besonders beeinträchtigend für ihren Alltag. Die Migräne kann prinzipiell in jedem Alter auftreten, gehäuft jedoch zwischen der Pubertät und dem 50. Lebensjahr. Die Geschlechterverteilung liegt im Verhältnis 1:2 (Männer zu Frauen). Im Verlauf der Jahre kann die Migränehäufigkeit und Intensität unterschiedlich ausgeprägt sein.

1. Von den Beschwerden zur richtigen Diagnose

Der Ablauf einer Migräneattacke unterscheidet vier Phasen:

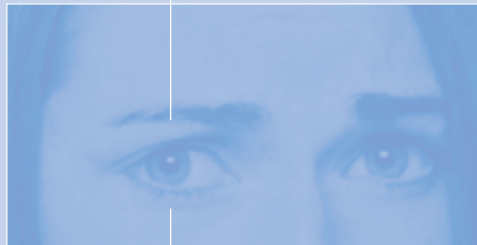
- die **Vorphase** (Prodromalphase)
- die so genannte **Aura** (nicht immer vorhanden)
- den **Migränekopfschmerz** und
- die **Abklingphase** oder Besserungsphase (Postdromalphase)

Die **Vorphase** kann dem Kopfschmerz Stunden bis Tage vorausgehen und wird von den Patienten in sehr unterschiedlichem Umfang wahrgenommen. Sie kann sehr ausgeprägt sein oder kaum wahrnehmbar verlaufen. Die unterschiedlichen Symptome, wie etwa Reizbarkeit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Heißhunger, Appetitlosigkeit, gehobene oder gedrückte Stimmung, erschwerte Sprache, „Flüssigkeitsstau“ (Ödeme), werden beschrieben. Je deutlicher diese Phase verläuft, desto besser kann sie zur Vorbeugung oder frühen Behandlung der Migräneattacke herangezogen werden.

—— Die **Aura** dagegen lässt sich klar abgrenzen. Sie entwickelt sich innerhalb von wenigen Minuten und dauert in der Regel 15 bis 20 Minuten. Die Aura ist die Folge einer umschriebenen Funktionsstörung in bestimmten Gehirnabschnitten - nur drei von zehn Personen mit Migräne erleben Aura-Symptome. Diese äußern sich für gewöhnlich in visuellen Eindrücken wie etwa Lichtblitze, Zick-Zack-Linien oder Gesichtsfeldeinschränkungen. Es kann auch zu Gehör- und Sprechproblemen kommen sowie Desorientiertheit, Verwirrung oder Kribbeln in bestimmten Bereichen des Körpers bzw. des Gesichtes.

Tritt nach Beendigung dieser für den Patienten häufig sehr unangenehmen und mitunter (vor allem bei der ersten Attacke) beängstigenden Symptome der typische Migränekopfschmerz innerhalb einer Stunde auf, bezeichnet man diese Form als **Migräne mit Aura**.

Bei erstmaligem Auftreten derartiger Störungen ist es jedenfalls ratsam, einen Neurologen aufzusuchen, um andere, schwerer wiegende Erkrankungen (Schlaganfall, Epilepsie) auszuschließen.



—— Die **Kopfschmerzphase** wird vom Patienten als der schlimmste Teil der Migräneattacke erlebt. Sie lässt einige typische Charakteristika erkennen: meist einseitiger, pochender, klopfender oder stechender Schmerz, welcher durch körperliche Aktivitäten wie Treppensteigen oder auch nur durch das Vorbeugen des Kopfes verstärkt wird. Oft gehen die Schmerzen mit Übelkeit, Erbrechen sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit einher. Daher ziehen sich Patienten sehr häufig in einen dunklen, lärmabgeschirmten Raum zurück.

Die Dauer der Kopfschmerzen ist sehr unterschiedlich und kann mit vier bis 72 Stunden angegeben werden.

—— Die **Abklingphase** oder **Besserungsphase** (Postdromalphase), wird durch Müdigkeit, Abgeschlagenheit, depressive Verstimmung, verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit charakterisiert.

Für die **Diagnose** der Migräne gibt es keine spezifischen Untersuchungsmethoden. Allein das ausführliche Gespräch mit dem Patienten sowie die exakte Beobachtung und Beschreibung der Kopfschmerzen durch den Patienten selbst (eventuell auch aufgrund eines Kopfschmerztagebuches) führen den Arzt zur richtigen Diagnose.

Von der Migräne zu unterscheiden sind der Spannungskopfschmerz sowie der Cluster-Kopfschmerz (siehe weiter hinten).

2. Wie und warum entsteht eine Migräne?

Über die Vorgänge im Gehirn, die während einer Migräneattacke passieren, ist bereits vieles bekannt. Der **Starter**, der das Ganze zum Ablauf bringt, ist unbekannt.

Man vermutet ihn aber im Hirnstamm. Über Nervenfunktionsstörungen, Erweiterung und Entzündung der großen Hirngefäße wird der Prozess in Gang gesetzt.

Die Frage nach dem „**Warum**“ einer Migräne ist noch schwieriger zu beantworten. Es konnte bereits bei bestimmten Formen der Migräne eine genetische Störung gefunden werden.

Es ist auch bekannt, dass gewisse Faktoren (Trigger) Migräne auslösen können wie z.B. bestimmte Speisen, Käse, Alkohol (Rotwein), aber auch Stress etc. Die Auslöser sind jedoch nicht mit der Ursache zu verwechseln.

3. Therapie der Migräne

Vor jeder Therapie muss eine entsprechende Aufklärung und Beratung über die Erkrankung erfolgen. Die Gespräche müssen so lange geführt werden, bis der Patient gelernt hat, sein Leiden zu verstehen und damit auch umzugehen. Dazu gehören primär das frühzeitige Erkennen eines drohenden Anfalls, das Herausfinden von Auslösern bzw. Verhaltensmaßnahmen (Schlaf, Spaziergang u. a.), die eine Attacke verhindern können. Oftmals ist es notwendig, dass Arzt und Patient mehrmals und über einen längeren Zeitraum über die Zusammenhänge und die zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten sprechen. Unter solchen Bedingungen und eventuell auch unter Einschaltung von Spezialambulanzen und Kliniken wird heute nahezu für jeden Migränepatienten eine zufrieden stellende Behandlung gefunden.

In der Therapie der Migräne unterscheidet man grundsätzlich:

1. die Behandlung der einzelnen Attacke
(**Akuttherapie**)

2. die vorbeugende Behandlung von Attacken
(**Intervalltherapie oder Prophylaxe**)

3.1 Akuttherapie



Nachdem der Schweregrad der einzelnen Attacken sich nicht von vornherein abschätzen lässt, sollte auch auf die Erfahrung des Patienten eingegangen werden.

Eine der ersten Maßnahmen in der Akutbehandlung wäre die Reiabschirmung: Rückzug in ein dunkles Zimmer, wenn möglich schlafen. Das Auflegen eines Kältekissens oder kalte Umschläge auf Stirn und/oder Nacken haben meist einen angenehmen, schmerzlindernden Effekt. Auch eine Tasse Kaffee oder Tee kann manchmal schon ganz hilfreich sein.

Die Selbstmedikation von Seiten des Patienten beginnt sehr häufig mit den frei erhältlichen „Kopfwepulvern“, so genannten Mischpräparaten, die mehrere Wirkstoffe enthalten. Diese können zwar zu Beginn durchaus wirksam sein, auf Dauer eingenommen zeigen sie jedoch einen Wirkverlust. Damit verbunden ist zwangsläufig eine Dosissteigerung bzw. Steigerung der Anzahl der Tabletten, Zäpfchen oder Pulver. Organische Folgeschäden und zunehmende Kopfschmerzen sind vorprogrammiert.

Geschätzte sieben bis zehn Prozent der Patienten mit einem Schmerzmittelmissbrauch werden dialysepflichtig (künstliche Niere)! Daher sollten ausschließlich Präparate mit nur einem Wirkstoff verwendet werden.

Darüber hinaus verursachen diese Schmerzmittel auch selber Kopfschmerzen, sodass über Monate, aber auch Jahre sich allmählich ein täglicher, medikamentenabhängiger Kopfschmerz entwickelt – wodurch die Unterscheidung der Migräne zu anderen Kopfschmerzen wieder erschwert wird.

Daher ist es notwendig, eine Migränetherapie mit dem Arzt ihres Vertrauens zu besprechen. Es gibt unterschiedlichste Möglichkeiten einen Migräneanfall medikamentös zu behandeln. Von herkömmlichen Schmerzmitteln bis zu selektiven Migränemitteln reicht die mögliche Palette.

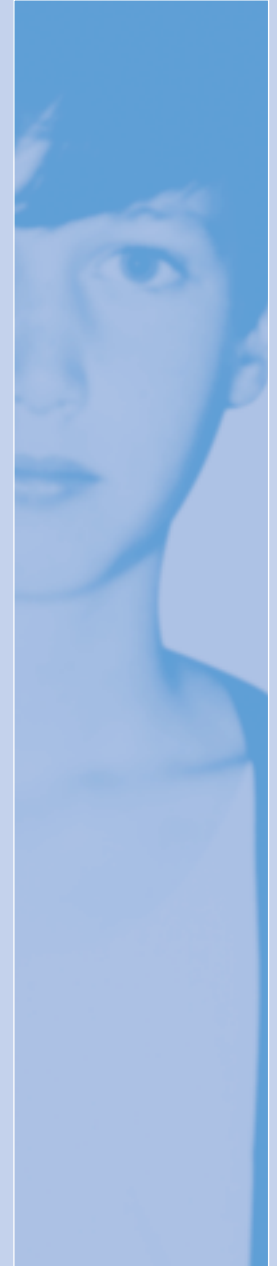
Diese sollten nach Absprache mit ihrem Arzt auf den für Sie typischen Ablauf ihres Migränekopfschmerzes abgestimmt werden.

Trotz einer Vielzahl von sehr guten medikamentösen Angeboten können einzelne Attacken allerdings so stark ausfallen, dass eine Behandlung durch den Notarzt oder in einer Akutambulanz unumgänglich wird.

3.2 Therapie der Attacke bei Kindern

Bei Kindern gelten grundsätzlich die gleichen Grundregeln wie bei Erwachsenen.

Selektive Migränemittel können ab dem 12. Lebensjahr unbedenklich verabreicht werden.



3.3 Was kann der Patient tun?

Prophylaxe

Man unterscheidet Kurzzeit- und Langzeitprohylaxe

3.3.1 Kurzzeitprophylaxe

Hier ist es wichtig, die Migräneattacke in der Vorphase (Prodromalphase) abzufangen bzw. zu verhindern.

Vor allem: Wochenendattacken
Menstruationsbezogene Migräne
Vorhersehbare nächtliche Migräneattacke

WIE: Ganz einfach – schon ein Kaffee, ein Aspirin oder Ähnliches abends, unmittelbar vor dem Einschlafen, können eine nächtliche Attacke verhindern bzw. Wochenendattacken vorbeugen.

VORSICHT: Durch unkontrollierte Selbstmedikation kann man leicht in einen Medikamentenmissbrauch abgleiten.



3.3.2 Langzeitprophylaxe

WANN: Die langzeitige Prophylaxe setzt folgende Bedingungen voraus:

- Die Frequenz der Migräneattacken ist höher als zweimal pro Woche
- oder die Migräneattacken dauern länger als 48 Stunden
- oder die Intensität ist für den Betroffenen unerträglich
- oder die Akutmedikation wird schlecht vertragen
- oder die Migräne wird von einer lang anhaltenden Aura bestimmt
- oder es kommt zu Komplikationen während der Migräneattacke

Die Prophylaxe kann mit Medikamenten oder auch kombiniert mit Verhaltenstraining stattfinden.

Wie kann der Patient seine Therapie unterstützen?

Lebensstil hinterfragen:

- bekannte Auslöser vermeiden
- Ausdauertraining
(Rad fahren – auch am Heimtrainer)

Entspannungstechniken:

- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Biofeedbacktraining
- Stressbewältigungsstrategien und andere psychotherapeutische Maßnahmen

Akupunktur:

- kann durchaus sehr hilfreich sein

3.3.3 Medikamentöse Therapie

Da es immer zu Weiterentwicklungen am Medikamentensektor kommt, sind Gewichtszunahme (Valproat, Kalziumkanalblocker), niedriger Blutdruck (Beta-Blocker) und dadurch bedingte Müdigkeit etc. mit einer entsprechenden Medikation vermeidbar wie z.B. Gewichtsneutralität – Verlust (Topiramate).

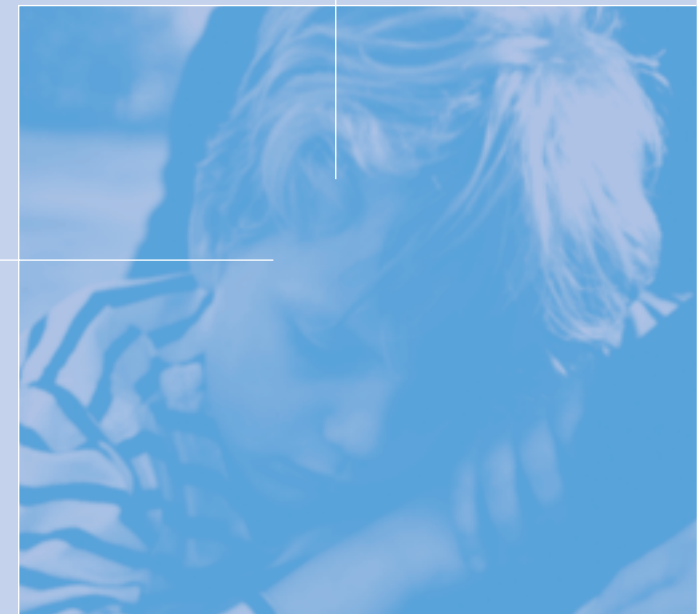
Komorbidität	β-Blocker	Calziumkanalblocker*	Tricyklische Antidepressiva	Valproat	Topiramate
Asthma	Red				
Diabetes	Orange			Orange	Green
Arrhythmien	Red	Orange	Red	Green	Green
Depression	Orange	Red	Green	Green	
Epilepsie			Red	Green	Green
Übergewicht	Orange	Red	Red	Red	Green
signifikante Interaktionen mit anderen Medikamenten		Red	Red	Red	

3.3.4 Langzeitprophylaxe bei Kindern

Natürlich wird bei Kindern versucht, nach genauer Abklärung der Ursache der Migräne eine nichtmedikamentöse Therapie durchzuführen.

- z.B. Reduktion der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- regelmäßige Ruhepausen
 - Vermeidung von Hungerphasen
 - Ausdauersport (keine kurzfristigen Anstrengungen)

Tritt keine Besserung ein und wird medikamentös behandelt, gibt es keinen Unterschied zum Erwachsenen – außer in der Dosierung.



Spannungskopfschmerz

Der Spannungskopfschmerz ist sicherlich eine der häufigsten Kopfschmerzformen.

4. Von den Beschwerden zur richtigen Diagnose

Symptome:

- dumpf drückender Kopfschmerz - vorwiegend beidseitig helmartig oder stirnbandförmiger Schmerz (von Genick und Hinterkopf in die Stirnregion ausstrahlend)
- Der Kopfschmerz ist weder pochend noch verstärkt er sich durch körperlicher Anstrengung.
Übelkeit und Erbrechen können im Einzelfall vorhanden sein

Die Kopfschmerzstärke wird mit leicht bis mittelschwer angegeben.
Episodischer Spannungskopfschmerz liegt bei einer Häufigkeit unter 15 Tagen im Monat - bei mehr als 15 Tagen im Monat spricht man von chronischem Spannungskopfschmerz.

5. Wie und warum entsteht ein Spannungskopfschmerz?

Die Halswirbelsäule dürfte, entgegen der Meinung vieler, eine untergeordnete Rolle in der Entstehung von Spannungskopfschmerzen spielen.

Untersuchungen der Gesichts- und Kopfmuskulatur führten zur Unterteilung zweier Untertypen des Spannungskopfschmerzes:

—— **Typ A** mit einer Verspannung der Gesichts- und Kopfmuskulatur

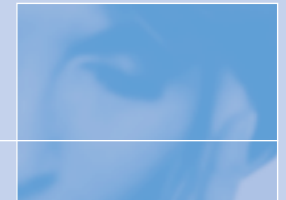
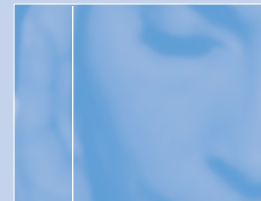
—— **Typ B** ohne Verspannung der Gesichts- und Kopfmuskulatur

Weil keine typischen Veränderungen im Körper gemessen werden können, entsteht die Diagnose ausschließlich durch das Gespräch mit dem Patienten. Untersuchungen wie EEG, Computertomographie etc. dienen lediglich zum Ausschluss von anderen neurologischen Erkrankungen.

6. Therapie

Bei individuellem Auftreten des Spannungskopfschmerzes sollten **keine** Kombinationspräparate (sind in Apotheken frei erhältlich) eingenommen werden, da diese Dauerkopfschmerzen verursachen können. Auch von Koffein ist abzuraten.

Aspirin®, Novalgin®, Mexalen®, Parkemed® und eventuell auch Antirheumatika sind vorzuziehen.

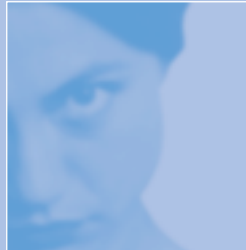


6.1 Therapie des chronischen Spannungskopfschmerzes

Diese Therapie muss mit einem Neurologen besprochen werden. Hier kommen vor allem Antidepressiva zur Stimulierung der körpereigenen Schmerzabwehr zum Einsatz.

Die Behandlung sollte mindestens vier bis sechs Monate erfolgen, da ein positiver Effekt nicht vor ein bis zwei Monaten zu erwarten ist.

Beim Spannungskopfschmerz können auch Muskelentspannungstraining, Biofeedback, Akupunktur sowie verhaltens- und/oder physiotherapeutische Maßnahmen sehr effektiv sein.



Cluster- Kopfschmerz

Der Cluster-Kopfschmerz ist relativ selten. Nur einer von 1.000 Menschen leidet unter dieser Art von Kopfschmerz, wobei Männer mit 1:5 häufiger darunter leiden, vor allem zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr.

7. Von den Beschwerden zur richtigen Diagnose

Symptome:

- heftigste Art des Kopfschmerzes
- einzelne Attacken sind streng einseitig - immer auf derselben Seite
- bohrender stechender Schmerz im Bereich des Auges
- dauert zwischen 30 und 180 Minuten
- mehrere einzelne Attacken am gleichen Tag (Cluster)

Begleitsymptome:

Nasenlaufen, herabhängendes Augenlid, Verengung einer Pupille, Rötung des Auges und gelegentlich eine halbseitige Gesichtsrötung

Im Gegensatz zum Migränepatienten (der Ruhe sucht) **muss** der Clusterpatient herumlaufen und kann nicht stillsitzen oder sich hinlegen.

Die Episoden von diesen meist unerträglichen Schmerzen dauern oft einige Monate - meist Frühjahr und Herbst.

Man unterscheidet **episodischen** und **chronischen Clusterkopfschmerz**.

Beim episodischen Clusterkopfschmerz gibt es anfallsfreie Intervalle (Wochen, Monate, sogar Jahre). Beim chronischen Clusterkopfschmerz folgt ein Anfall dem nächsten (sofortige Einweisung in ein Krankenhaus).





7.1 Akuttherapie - Clusterkopfschmerz

Mittel der Wahl sind Triptane, die man sich selbst unter die Haut spritzen kann.

Alle anderen Medikamente (Aspirin oder andere Schmerzmittel), auch Triptane in Tabletten- oder Zäpfchenform sind unwirksam. In Einzelfällen zeigen Opioide Wirkung.

Manche Cluster-Attacken sprechen gut auf 100% Sauerstoff an. Dieser wird in einer Dosierung von 7 l/Min sitzend, in vornüber geneigter Haltung verabreicht. Die dazu erforderlichen Sauerstoffgeräte sind auf Kosten der Krankenkassen im Handel erhältlich.

Mit Kortison können Cluster-Perioden gut durchbrochen werden – es ist jedoch aufgrund seiner Nebenwirkungen nicht als Dauermedikation geeignet.

7.2. Prophylaxe

Die Prophylaxe bei Cluster-Kopfschmerz muss mit dem Facharzt abgeklärt werden, da die Medikamente, die eine Linderung versprechen, aufgrund von möglichen Nebenwirkungen sehr vorsichtig zu dosieren sind (wie z.B. Isoptin oder auch Lithium).



Medikamenten- induzierter Dauerkopfschmerz

Aus der unkontrollierten, häufigen Einnahme von frei im Handel befindlichen „Kopfwepulvern“ kann sich ein eigenständiger Kopfschmerz entwickeln.

Dieser kann migräneähnlich sein, aber auch dem Spannungskopfschmerz gleichen, der einzige Unterschied ist das nahezu völlige Fehlen von Begleitsymptomen – wenn diese dennoch auftreten, sind sie weit weniger ausgeprägt.

Vorsicht: Beim Absinken des Medikamentenspiegels im Blut können Entzugssymptome auftreten!

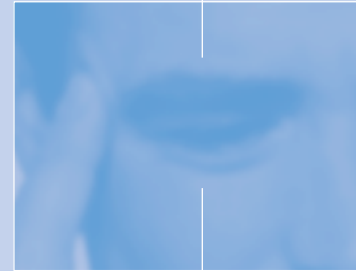
Symptome:

- dumpf drückend – besonders im Bereich des Schädeldaches, der Stirn, Schläfe und des Hinterkopfes
- Häufig besteht der Schmerz bereits beim Aufwachen und hält den ganzen Tag an.

Die Gründe, die zu medikamenten-induziertem Kopfschmerz führen, sind sehr unterschiedlich:

- Häufig Wirkverlust vom „ersten“ Medikament – man versucht durch Aufdosieren Wirkung zu erzielen.
- Oft will man auch die Wirkung „erzwingen“ und probiert ein Medikament immer wieder.
- Das Einnahmeverhalten ändert sich aufgrund von Versagensängsten durch zu häufigen Krankenstand etc.
- Angst vor der neuerlichen Migräneattacke – vorbeugend wird das Medikament zu oft eingenommen.

Durch all diese Maßnahmen kommt es zum Teufelskreis – und zu medikamenten-induziertem Kopfschmerz.



8. Therapie

Primär erfolgt die Behandlung über Aufklärung und Bereitschaft zum Entzug. Diesem braucht der Betroffene nicht ängstlich gegenüberzustehen, da er mit einem Drogen- oder Alkoholentzug nicht zu vergleichen ist. Wichtig ist die Motivation des Patienten und die Unterstützung durch Familie und Freunde. Oft muss der Patient zwischen 7 und 21 Tage stationär im Spital verbringen, um den Rückfall zu vermeiden.

Anschließend erfolgt eine exakte Behandlung des ursprünglichen Kopfschmerzes unter ärztlicher Kontrolle.

