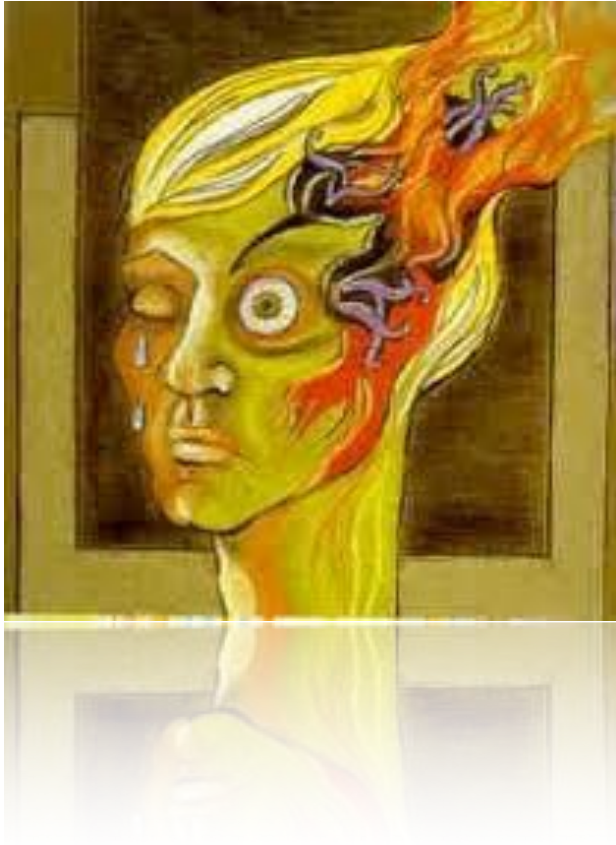


Primäre Kopfschmerzen



Dr. med. Silke Biethahn
Neurozentrum Aarau
Hirslanden Medical Center

ICHD III beta: Primäre Kopfschmerzen

1. Migräne
2. Kopfschmerz vom Spannungstyp
3. Cluster-Kopfschmerz und andere trigemino-autonome Kopfschmerzen
4. Andere primäre Kopfschmerzen

Fallbeispiel Nr. 1



Fallbeispiel Nr.1



- 34jährige Patientin: „Ich bin häufig verspannt und bekomme dann starke Kopfschmerzen.“
- seit >15 Jahren Kopfschmerzattacken, mehrfach (ca. 5x) pro Monat, >12 h anhaltend
- nuchale Muskelverspannungen, vom Nacken in Schläfe und Stirn ziehende Kopfschmerzen
- muss Schmerzmittel nehmen, um Alltag bewältigen zu können

Migräne oder Spannungstypkopfweh?



Migräne

A. ≥ 5 Attacken



B. Attackendauer 4-72 h



C. ≥ 2 der folgenden Charakteristika:



● einseitig



● pulsierend



● mittelschwer bis schwer



● Zunahme bei normaler körperlicher Aktivität



D. ≥ 1 der folgenden Begleitsymptome: ?

● Übelkeit und/oder Erbrechen ?

● Licht und

Lärmempfindlichkeit



Spannungstypkopfweh

A. ≥ 10 Episoden



B. Attackendauer 30 Min. bis 7 d



C. ≥ 2 der folgenden Charakteristika:



● beidseitige Lokalisation



● Schmerzqualität drückend oder beengend, nicht pulsierend



● leicht bis mittelschwer



● keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten ?



D. Beide folgenden Punkte: ?



● Keine Übelkeit oder Erbrechen ?



● max. eines von Photophobie oder Phonophobie



Fallbeispiel I:

Erweiterte Anamnese

- Verschwommensehen bei starkem Kopfweg, keine Aura
- Kopfwegcharakter: drückend, bei leichter körperlicher Aktivität pulsierend
- Zunahme bei körperlicher Aktivität
- selten bei starken Kopfschmerzen Übelkeit, bislang ca. 1-2x mit Erbrechen
- Fragliche Photophobie, aber eindeutige Phonophobie und Osmophobie (überempfindlich gegenüber Gerüchen), Allodynie, Rückzugsbedürfnis



Migräne oder Spannungstypkopfweh?



Migräne

A. ≥ 5 Attacken



B. Attackendauer 4-72 h



C. ≥ 2 der folgenden Charakteristika:



● einseitig



● pulsierend



● mittelschwer bis schwer



● Zunahme bei normaler körperlicher Aktivität



D. ≥ 1 der folgenden Begleitsymptome: ?

● Übelkeit und/oder Erbrechen ?

● Licht und

Lärmempfindlichkeit



Spannungstypkopfweh

A. ≥ 10 Episoden



B. Attackendauer 30 Min. bis 7 d



C. ≥ 2 der folgenden Charakteristika:



● beidseitige Lokalisation



● Schmerzqualität drückend oder beengend, nicht pulsierend



● leicht bis mittelschwer



● keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten ?



D. Beide folgenden Punkte: ?



● Keine Übelkeit oder Erbrechen ?



● max. eines von Photophobie oder Phonophobie



Migräne oder Spannungstypkopfweh?



Migräne



A. ≥ 5 Attacken



B. Attackendauer 4-72 h



C. ≥ 2 der folgenden Charakteristika:



● einseitig



● pulsierend



● mittelschwer bis schwer



● Zunahme bei normaler körperlicher Aktivität



D. ≥ 1 der folgenden Begleitsymptome:



● Übelkeit und/oder Erbrechen



● Licht und

Lärmempfindlichkeit



Spannungstypkopfweh



A. ≥ 10 Episoden



B. Attackendauer 30 Min. bis 7 d



C. ≥ 2 der folgenden Charakteristika:



● beidseitige Lokalisation



● Schmerzqualität drückend oder beengend, nicht pulsierend



● leicht bis mittelschwer



● keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten



D. Beide folgenden Punkte:



● Keine Übelkeit oder Erbrechen



● max. eines von Photophobie oder Phonophobie



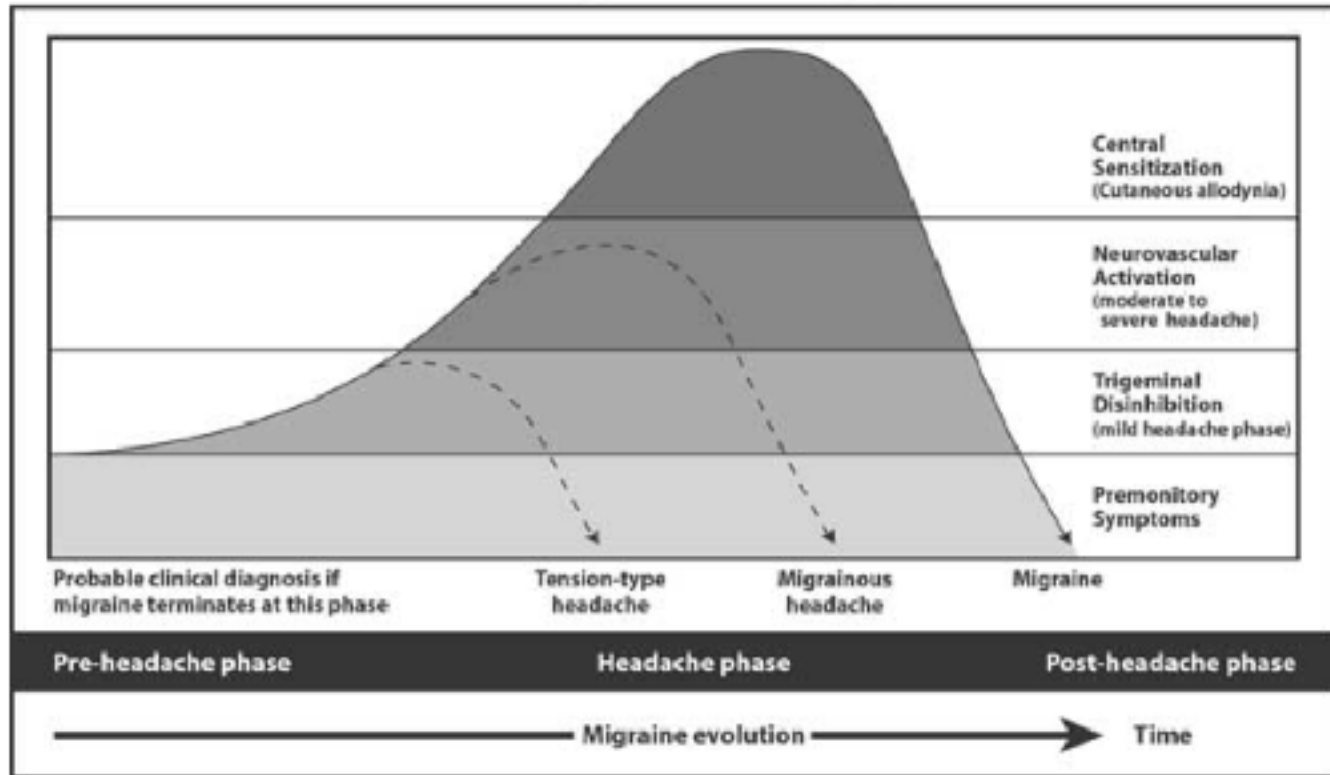
...und die Nackenschmerzen?

- Cave: Verspannung \neq Spannungskopfschmerz
- Nackenschmerzen sind bei Migräneattacken ein häufigeres Begleitsymptom als Übelkeit
- Nackenschmerzen bei
 - 89,3% der Patienten mit Migräne und Spannungstyp-kopfschmerz
 - 88.4% der Patienten mit

Calhoun AH Headache 2010
Ashina S Cephalgia 2014

Migräne und Spannungstypkopfweh?

„Spannungstypkopfweh mit migräniformer Exazerbation“



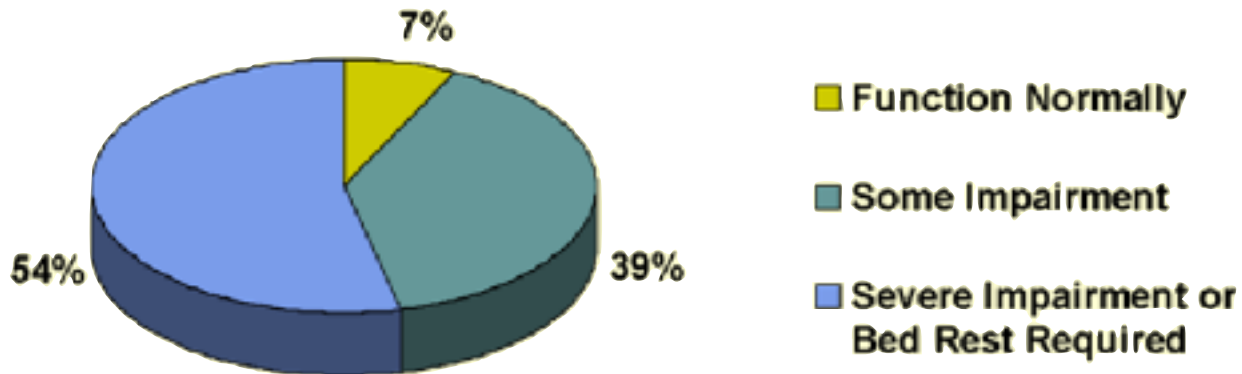
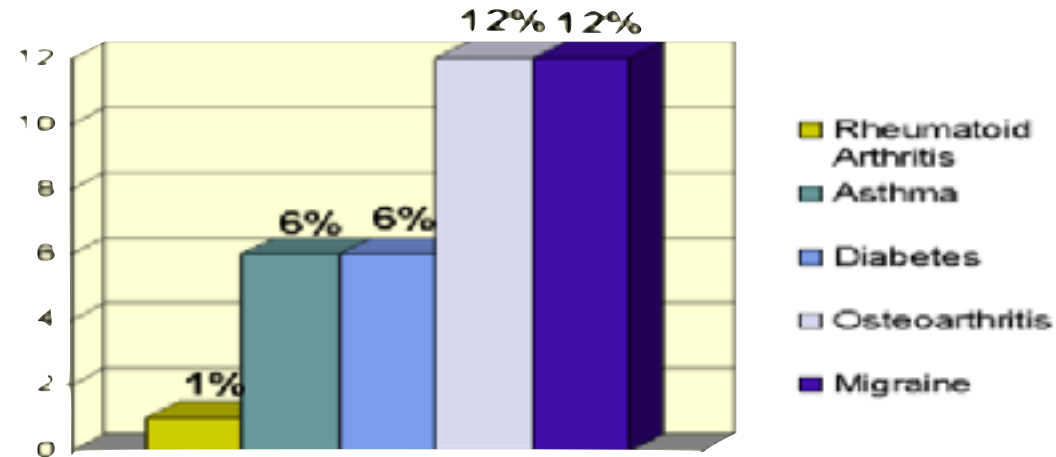
„Eminence based medicine“

„Firstly, migraine is in essence head pain with associated features whereas tension-type headache is featureless head pain. ...

Secondly, migraine has biological signatures..., namely the inherited tendency to headache when confronted with particular triggers...

In clinical practice, however, erring on the side of diagnosing migraine has few drawbacks and offers many options for management...“

Klinische Bedeutung der Migräne



Diagnostik

- typische Anamnese für Migräne
- normaler Neurostatus
- keine „red flags“
 - ➔ MRI bei 0,4-0,6 % der Pat. mit positivem (Zufalls-?) Befund
 - ➔ MRI nicht zwingend erforderlich

Therapie



... oder was?

Akuttherapie

Migräne

- Aspirin
- Paracetamol
- NSAR
- Triptane
- ggf. Antiemetika

Spannungskopfschmerz

- Aspirin
 - Paracetamol
 - NSAR
- Wenn Behandlung, dann:
- hochdosiert
 - früh im Attackenverlauf

Cave: Analgetikaüberkonsum

Prophylaxe

Migräne

- Antihypertensiva, u.a.
 - Betablocker
 - ATII-Rezeptor-Antagonisten
 - Flunarizin
- Antiepileptika, u.a.
 - Valproat
 - Topiramat
- Antidepressiva
 - TZA
 - Duloxetin/Venlafaxin
 - Fluoxetin
- weitere
 - Magnesium
 - Vitamin B2
 - Coenzym Q10
 - Petasites
 - Akupunktur
 - Botulinumtoxin

Spannungskopfschmerz

- Antidepressiva
 - TZA
 - Duloxetin/Venlafaxin
 - Magnesium

Individuelle Prophylaxe

	sinnvoll bei...	Nebenwirkungen
Betablocker	Hypertonie, Tremor,	Depression, Asthma
Flunarizin	Migräne-Auren, Hypertonie	Depression, sexuelle
Topiramamat	Adipositas	Nierensteine, kognitive Defizite
Valproat	Stimmungsschwankungen	Teratogen, Gewichtszunahme,
TZA	Stimmungsschwankungen	Gewichtszunahme, Müdigkeit
Magnesium	Schwangerschaft	Diarrhoe (mind. 25 mmol/d)
Lamotrigin	isolierten Auren	Hautausschlag
Riboflavin/ Coenzym	Add-on oder Unverträglichkeit o.g. Therapien	wird nicht von Krankenkasse bezahlt

Fallbeispiel Nr. 1 - Therapie

- junge Frau, ggf. Schwangerschaft in näherer Zukunft - Behandlungsvorschlag?
- Magnesium, Steigerung um in Schritten von 5 mmol pro Woche
- bei fehlendem Effekt/Nebenwirkungen: Betablocker (auch selektive wie Metoprolol wirksam)



Migräne mit Aura

- A. \geq Mindestens 2 Attacken, welche die Kriterien B-D erfüllen
- B. \geq 1 der folgenden Aurasymptome (keine motorische Schwäche)
- vollständig reversible visuelle Symptome
 - vollständig reversibel zusätzlich zu anderem Aurasymptom reversible **motorische Defizite:**
 - vollständig reversible hemiplegische Migräne
- C. Wenigstens 2 der folgenden Punkte sind erfüllt
- homonyme visuelle Symptom und/oder einseitige sensible Symptome
 - Entwicklung der Aurasymptome allmählich über ≥ 5 Minuten
 - Jedes Symptom hält ≥ 5 Minuten und ≤ 60 Minuten an
- D. Kopfschmerzen [migränetypisch oder nicht] beginnen noch während der Aura oder folgen der Aura innerhalb von 60 Minuten

Therapie bei Migräne mit Aura/ hemiplegischer Migräne

- Cave: östrogenhaltige Kontrazeption (OC) und Stroke
 - Frauen 25-29 Jahre 2,7/10000 Patientenjahre (py)
 - Frauen 25-29 Jahre mit OC : 4/10000 py
 - bei Migräne ohne Aura und OC 11/10000 py
 - bei Migräne mit Aura und OC 23/10000 py
 - Zunahme bei Vorliegen weiterer CvRF
- Cave: Triptane bei hemiplegischer Migräne
 - Pathophysiologie: Gefahr von Strokes durch Zunahme von Gefässspasmen durch Triptane
 - keine klare Evidenz

Artto V Eur J Neurology 2007
Becker WJ Neurology 1999

Einteilung Spannungskopfw

- seltener Spannungskopfschmerz (<1x/Monat)
- häufiger Spannungskopfschmerz (>1 <15x/Monat)
- chronischer Spannungskopfschmerz (>15x/Monat)

- mit perikranieller Empfindlichkeit
- ohne perikranielle Empfindlichkeit

Fallbeispiel Nr. II



Fallbeispiel II

- 34jähriger Mann, 120 kg, Informatiker
- keine Vorerkrankungen, Nikotinabusus (30 py)
- Kopfschmerzen unilateral links, stechend, Dauer ca. 1-3 h, mehrere Attacken pro Tag mit nächtlicher Häufung, keine Übelkeit, tränendes Auge
- Diagnose?



ICHD III beta: Cluster-Kopfschmerz

- A. \geq 5 Attacken, welche die Kriterien B-D erfüllen
- B. Starke oder sehr starke einseitig orbital, supraorbital und/oder temporal lokalisierte Schmerzattacken, die unbehandelt 15 bis 180 Minuten anhalten.
- C. \geq eines der nachfolgend angeführten Charakteristika:
 - ipsilaterale konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation
 - ipsilaterale nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe
 - ipsilaterales Lidödem
 - ipsilaterales Schwitzen im Bereich von Stirn oder Gesicht
 - ipsilaterale Miosis und/oder Ptosis
 - körperliche Unruhe oder Agitiertheit
- D. Attackenfrequenz 1 Attacke jeden 2. Tag bis 8 pro Tag

Cluster-Kopfweg: Therapie

- Akuttherapie:
 - 10 l O₂ über Gesichtsmaske
 - Sumatriptan s.c. oder nasal, Zolmitriptan nasal
- prophylaktische Therapie:
 - Verapamil hochdosiert (bis 1200 mg/d!)
 - Steroidstoss (z.B. Prednisonon 1 mg/kg KG/d für 5 d)
 - Lithium
 - Methysergid
 - Topiramamat
 - Infiltration N. occipitalis major

Fallbeispiel II

- 34jähriger Mann, 120 kg, Informatiker
- keine Vorerkrankungen, Nikotinabusus (30 py)
- Kopfschmerzen unilateral links, stechend, Dauer ca. 1-3 h, mehrere Attacken pro Tag mit nächtlicher Häufung, keine Übelkeit, tränendes Auge
- Diagnose: Cluster-Kopfschmerz



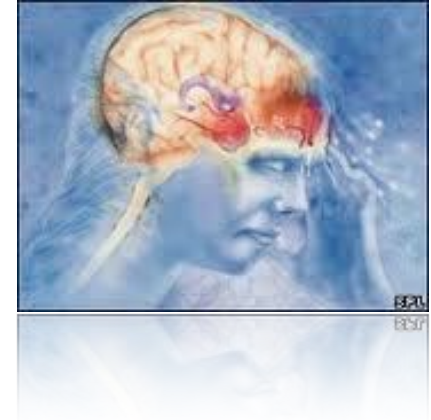
Andere primäre Kopfschmerzen

- 4.1 Primärer Hustenkopfschmerz
- 4.2 Primärer Kopfschmerz bei körperlicher Anstrengung
- 4.3 Primärer Kopfschmerz bei sexueller Aktivität
- 4.4 Primärer Donnerschlag-Kopfschmerz
- 4.5 Primärer kälteabhängiger Kopfschmerz
- 4.6 Primärer Kopfschmerz bei externem Druck
- 4.7 Primär stechender Kopfschmerz
- 4.8 Primär münzförmiger Kopfschmerz
- 4.9 Primär schlafgebundener Kopfschmerz
- 4.10 New daily persistent headache

Fallbeispiel Nr. III



Fallbeispiel Nr. III



- 27jährige Patientin
- Seit einem halben Jahr Kopfschmerzen, beginnend nach einer langen Autofahrt aus dem Urlaub aus Spanien
- seither fast täglich Kopfschmerzen
- bilateral dumpf-drückend, mässig, keine Zunahme bei körperlicher Aktivität, gelegentlich leichte Übelkeit, keine Sinnesüberempfindlichkeit
- Diagnose? Abklärungen? Therapie?

Chronisches Spannungskopfwereh?

- A. erfüllt innerhalb von 3 d nach Beginn die Kriterien B-D erfüllt
- B. täglich, keine Remission innerhalb von > 3 Monaten
- C. \geq 2 der folgenden Charakteristika:
 - beidseitige Lokalisation
 - drückend oder beengend, nicht pulsierend
 - leichte bis mittlere Schmerzintensität
 - keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivität wie Gehen oder Treppensteigen
- D. Beide folgenden Punkte sind erfüllt:
 - höchstens eines ist vorhanden: milde Übelkeit oder Photophobie oder Phonophobie
 - weder mittlere bis starke Übelkeit noch Erbrechen

ICHD III: NDPH oder chron. Spannungskopfw?

NDPH

- A. innerhalb von 3 Tagen nach Beginn die Kriterien B-D erfüllt
- B. täglich, keine Remission >3 Mon

C. \geq 2 der folgenden Charakteristika:

- beidseitig
- drückend oder beengend, nicht pulsierend
- leichte bis mittlere Schmerzintensität
- keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivität wie Gehen oder Treppensteigen

D. Beide folgenden Punkte sind erfüllt:

- höchstens eines ist vorhanden: milde Übelkeit oder Photophobie oder Phonophobie

- weder mittlere bis starke Übelkeit noch Erbrechen

chron. Spannungskopfw

- A. \geq 15 Episoden/Monat über \geq 3 Monate
- B. Attackendauer Stunden bis Tage

- keine Übelkeit oder Erbrechen

NDPH: Diagnostik

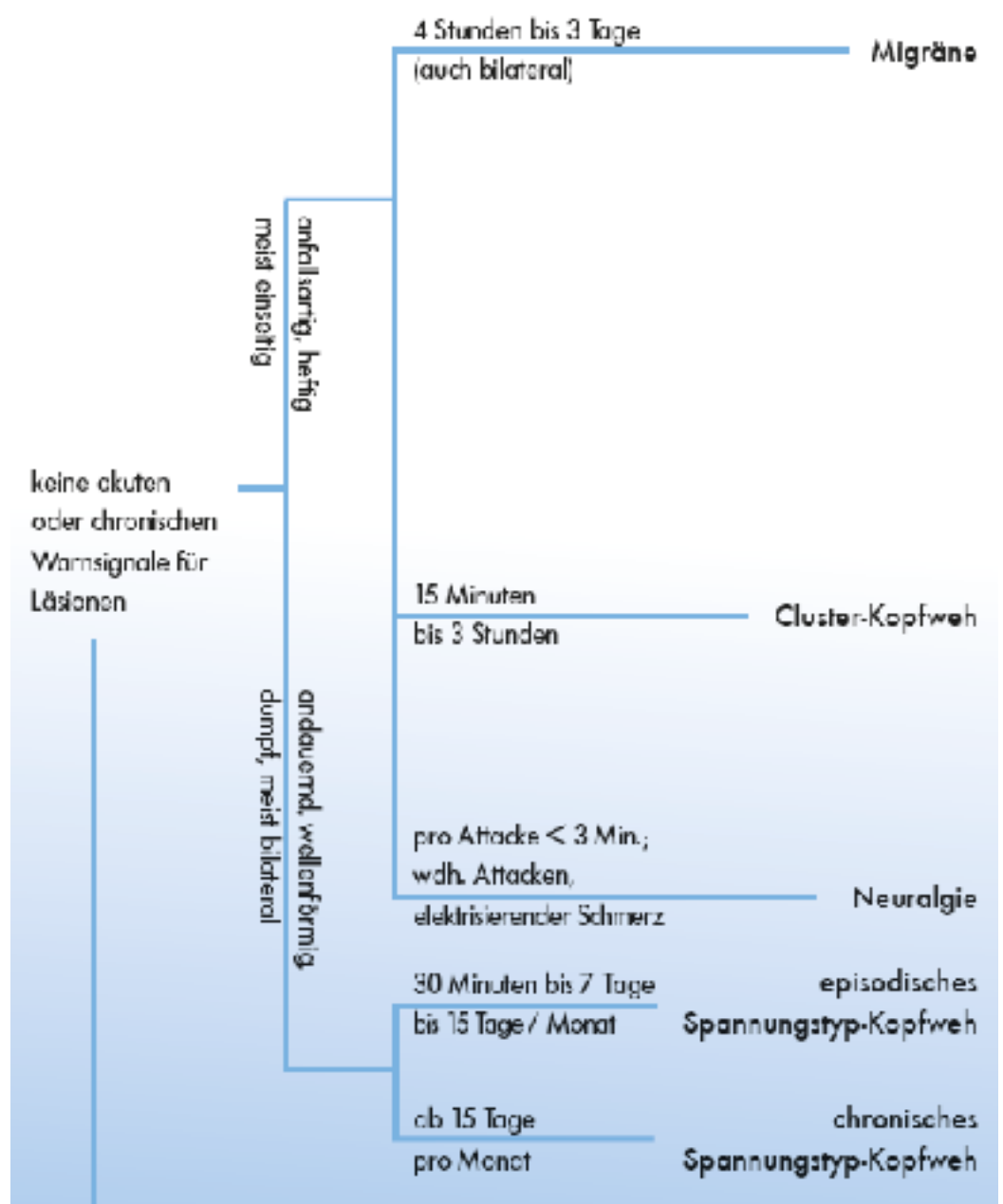


- DD sekundäre Kopfschmerzen (u.a.):
 - Liquorunterdrucksyndrom
 - Pseudotumor cerebri
 - Sinusvenenthrombose
 - Subarachnoidalblutung
- Daher: erweiterte Diagnostik mit MRI Schädel und ggf. Lumbalpunktion

NDPH: Therapie



- Keine Behandlungsrichtlinien vorhanden
- Anlehnung an Behandlung chronischer Spannungskopfschmerz und Migräne
- Behandlung von 30 Patienten, jeweils Wechsel auf das nächste Präparat bei fehlender Besserung:
Muskelrelaxantien (30 Pat) → TZA (23) → SSRI (12) → Valproat (9) → Betablocker + TZA (2)
- Resultat: sehr effektiv 27%, mässig 3% → 30%
leicht effektiv 20%, ineffektiv 50% → 70%
- insgesamt schwer behandelbar



Therapieempfehlungen
der SKG 2014

Besten Dank für die Aufmerksamkeit!

Noch Fragen?



Landmark-Study: Migräne-Diagnose

Hausarzt-Diagnose:

Patienten-Diagnose:

Prospektive open-label multi-center-Studie mit >1200 Pat.
„Kopfweg = Migräne!“

„Kopfweg = Migräne!“
→ 98 % korrekt.

→ 99.5 % korrekt.

„Kopfweg ≠ Migräne!“

→ 18% korrekt

→ 82 % trotzdem Migräne

„Kopfweg ≠ Migräne!“

→ 14% korrekt

→ 86 % trotzdem Migräne

Tepper SJ et al. *Headache*. 2004