

## Leitsymptom Kopfschmerz

Dr. Maria Brunner-Hantsch  
 FA für Psychiatrie, Neurologie  
 und psychotherapeutische Medizin,  
 Lehrpsychotherapeutin, Supervisorin  
 Hans Sachsgasse 12  
 8010 Graz  
 www.brunner-hantsch.at

## Leitsymptom Kopfschmerz



- ⊠ Kopfschmerzen sind eine zunehmende Volkskrankheit
- ⊠ Zur ein kleiner Teil konsultiert diesbezüglich einen Arzt
- ⊠ 0,4% chron. Migräne
- ⊠ 1,3% chron. Spannungskopfschmerz
- ⊠ 1-3% Medication overuse headache MOH (steigender Trend)
- ⊠ 3-5% CDH chronic daily headache (mind. 15 Tage i. Monat f. 4 Stunden)
- ⊠ Pat. haben 25-75% eine MOH

## Leitsymptom Kopfschmerz

- ⊠ Missbrauch von Analgetika höher als jener von Tranquillizern
- ⊠ 10-21% aller Kopfschmerzpatienten  
 ↑Schmerz- und Migränemittel

## 1. Migräne

- ⊠ Migräne  
 Prävalenz: 3-35% (in Österreich – 800.000 )  
 ♀)♂  
 3-4: 1
- ⊠ Erkrankungsbeginn:  
 1. dez 25%  
 2.-3.4↑  
 ab 40 ↓
- ⊠ Prodromi: veg. Störungen, Reizbarkeit, Licht- u. Lärmempfindlichkeit

## 1. Migräne

- ⊠ Migräne ohne Aura:  
*Pulsierender 60% einseitig* betont  
 halbseitiger **mittelstark bis stark pulsierender**  
 Kopfschmerz, unbehandelt 4-72 Stunden,  
 (Augen, Schläfe, Stirn, Nacken)  
**Verstärkung** durch körperliche Aktivität +  
 autonome Symptome (ab dann Status migr.):  
 gastrointestinal (**Übelkeit, Erbrechen, Licht-, Lärm-  
 Photo und phonophobie** und Geruchsempfindlichkeit)  
 Schwindel, Ödemneigung, Durchfall,  
 Konzentrationsstörung, Dysphorie

## 1. Migräne

- ⊠ Migräne mit Aura:  
 15-20% der Migräniker; fokal neurolog. Störungen –  
 Seh-, Sprach, oder Gleichgewichtsstörungen  
 Blendungsgefühl, Flimmern vor Augen, Skotome,  
 Kribbeln in Armen und Beinen, Dysästhesien,  
 Hypästhesien, brachiofaziale Dysphorie,  
 Koordinationsstörungen,  
 Photo- und Phonosensibilitätsstörung

## 1. Migräne

- ⊠ **Prädisposition**  
genetisch fixiert, biolog. Zyklen, zirkadiane Rhythmen
- Trigger →
  - a) endogene (Stress, Emotion, Jahreszeit, Menses, Schlaf/Wach)
  - b) Nahrungskonservierungsmittel (Alk., Käse, Südfrüchte, Nitrite, Glutamat, Nikotin)
  - c) physikal. Faktoren (Wetter, Höhe, Föhn, Flackerlicht, HWS, Rauch, Lärm, Dialyse)
  - d) Medika: Nitroglycerin, Östrogen, Pille, Entzug
- ⊠ **Pathophysiologie**  
vaskuläre Theorie (Vasokonstriktion und Dilatation),  
neuronale Theorie: Dilatation d. meningealen Gefäße,  
neurogene Entzündung, ↑ cerebrale Erregbarkeit,  
Serotonin wird aktiviert 5 HT ↑

## 1. Migräne

- ⊠ **Synopsis**  
gen. Disposition → Änderung der cerebralen Reaktionsbereitschaft → Trigger → Migräne (Depolarisierung der neuronalen Aktivität, Extravasation und lokale Gefäßwandentzündung i. Trig. Gebiet)

## 4 Phasen der Migräne

1. **Prodromalphase:** Lichtempfindlichkeit, Dysphorie, Müdigkeit,
2. **Aura:**  
2 von 10 Pat., Mangel durchblutung bestimmter Hirnareale, kann alle neurolog. und psychiatrischen Symptome vortäuschen, 15 min. bis 1 Stunde, halbseitige Blindheit, Lähmungen, Sprachstörungen, Halluzinationen, Sprachstörungen
3. **Angriff:**  
pulsierend, Besserung in der Dunkelheit, 4 St. bis 3 Tage
4. **Postdromalphase:** Abklingphase, Abgeschlagenheit, depr. ZB
5. **Phase:** gesundes Intervall: oft empfindlich

- ⊠ Schmerzart: pulsierend, pochend, stechend
- ⊠ Dauer: wenige Stunden bis Tage
- ⊠ Lokalisation: einseitig, Stirn, Augenregion
- ⊠ Begleitbeschwerden – Übelkeit, Erbrechen
- ⊠ Vorboten, Auslösefaktoren
- ⊠ Persönliche Angaben- 95 % so geklärt,
- ⊠ 5% weitere Untersuchungen: Schädelrö, EEG, CT und Internist. Untersuchungen

## Migränearten

- ⊠ **Migräne ohne Aura**, häufigste Form
- ⊠ **Migräne mit Aura**, Sehstörungen, Gefühlsempfindungsstörungen,  
*Migräne mit verlängerter Aura* – bis zu einer Woche,  
*Migräne mit Aura ohne Kopfschmerz*  
*familiäre hemiplegische Migräne* – motorische Symptome  
*sporadische hemiplegische Migräne* – keine Verwandtschaft  
*Basilarismigräne* – tritt beidseitig auf, Sehstörungen, Missempfindungen, Vertigo, Doppelbilder, Hypacusis, Bewußtseinsstörungen

- ⊠ Dämonen im Kopf
- ⊠ Seit mehr als 1000 Jahren bekannt (früher Bluteigel, Abführmittel, Schädelbohrungen..)
- ⊠ Hippocrates 400 vor Chr. Aura beschrieben
- ⊠ 1. Jahrhundert nach Christus Aretäus von Kappadokien
- ⊠ 100 Jahre später Galenus von Pergamon : „Hemikranie“ (Halbkopf) – Migräne, übermäßige aggressive Galle
- ⊠ 1664 Thomas Willis zentralnervöse Ursache – Erweiterung cerebraler Arterien (Kaliumcyanid, Brechnuss, Tollkirsche, Quecksilber)
- ⊠ 1884 Mutterkorn – Ergotamin – Stimulation der Serotoninrezeptoren 5-HT<sub>1B/1d</sub>
- ⊠ 1980 Triptane

- ⊠ Heute: Ursache nicht vollständig geklärt, Kombination aus erblich bedingten Faktoren, Veränderungen der Reaktionen von Gefäßwänden und der Durchblutung des Gehirns, Entzündungen der Cerebralgefäße und Störungen des Serotoningleichgewichts
- ⊠ Schlüsselursache Störung des Serotoningleichgewichts
  - Serotonin verengt Blutgefäße im Gehirn - Migräneanfall: Nervenerregung im Hirnstamm – Freisetzung vasoaktiver Neuropeptide – max. Erweiterung der Hirngefäße
- ⊠ Triptane wirken an der Gefäßwand ähnlich wie Serotonin, gleichen Mangel aus und normalisieren Gefäßdurchmesser

- Migräne und Frau:**
- ⊠ Migräne ist KEIN psychisches, frauentypisches oder psychosomatisches Leiden
  - ⊠ Rein menstruelle Migräne abnorme Reaktion der Neurotransmitter auf cyclusbedingten Abfall des Östrogenspiegels
  - ⊠ Bei Raucherinnen und Migräne mit Aura keine Pille – Risiko für Durchblutungsstörungen

- Migräne bei Kindern**
- ⊠ Kleine Köpfe –große Schmerzen
  - ⊠ Im Vorschulalter ¼ aller Kinder Kopfschmerzen
  - ⊠ 60 % Spannungskopfschmerzen – 12% Migräne
  - ⊠ Negative Umwelteinflüsse, Reizüberflutung, Ruhelosigkeit der Mutter
  - ⊠ Symptome: Übelkeit, unklare Bauchbeschwerden, Erbrechen, Schwindel,
  - ⊠ Schlafrythmusstörungen, Stress, soziale Konflikte
  - ⊠ Kind hört auf zu spielen, blass, will sich hinlegen, Kind schläft während Attacke ein und wacht beschwerdefrei auf, Übelkeit, Erbrechen, phantastische Bilder

- Migräne bei Kindern**
- ⊠ Kopfschmerzen:
    - Infektionskrankheiten,
    - HNO-Bereich,
    - Sehfehler,
    - Kreislauf und Gefäßerkrankungen,
    - orthopädische Probleme,
    - Zahnfehlstellungen,
    - ungünstige Umwelteinflüsse,
  - ⊠ **Therapie:**
    - Reizabschirmung, schlafen, beruhigende Atmosphäre, Paracetamol, Ibuprofen, ab 14.Lj. Triptane

- 1. Migräne**
- ⊠ Therapie der Migräneattacke
    - Reizabschirmung,
    - ASS, Paracetamol
  - Triptane:
    - Zomig,
    - Relpax,
    - Maxalt,
    - Eumitan,
    - Sumatriptan (imigran)
  - Intervallprophylaxe: Betablocker, Kalziumkanalblocker, Antikonvulsiva (Topamax), tricyclische AD

- Migränetherapie**
- ⊠ Vermeidung von Triggerfaktoren
  - ⊠ Akute Schmerz und Symptomkontrolle
  - ⊠ Medikamentöse Intervalltherapie

### Migränetherapie

- ⌘ **Grundsätze der medikamentösen Therapie**
- ⌘ Triptane beste Wirksamkeit  
**Zomig,  
Relpax,  
Maxalt,  
Eumitan,  
Sumatriptan** (Imigran)
- ⌘ Triptan und NSAR wirksamer
- ⌘ Je früher desto besser
- ⌘ Max. 2 x/Woche Schmerzmittel

### Migränetherapie

- ⌘ **Grundsätze der medikamentösen Therapie**
- ⌘ **Migräneprophylaktika**
  1. Wahl – Betablocker,
  2. Kalziumantagonist – Flunarizin - Sibelium,
  3. Antiepileptika  
(Topiramat und Valproinsäure, Lamotrigin)  
Saroten
- ⌘ Ziel:  
Abklingen der Attacke innerhalb von 2 Stunden

### Akuttherapie:

- ⌘ NSAR – Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Ibuprophen
- ⌘ Triptane – unerwünschte vasokonstriktorische Wirkung, bei vasc. Risikofaktoren kontraindiziert
- ⌘ Therapieerfolg nicht nur Schmerzfreiheit, sondern auch die Reduktion der Kopfschmerzintensität
- ⌘ **Neuer Therapieansatz: CGRP**  
(Calcitonin Gene-Related Peptide) Antagonisten, verengt nicht die Gefäße, Nebenwirkungen fallen weg, Geplante – Telcagepant und Olcegepant

### Nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden

- ⌘ Akupunktur – Urdisziplin ist die Schmerzbekämpfung, Auslöser wie Wetterfühligkeit können beeinflusst werden
- ⌘ Manuelle Medizin
- ⌘ Neuraltherapie – Schmerzbehandlung
- ⌘ Biofeedback – Kontrolle über eigenen Körper wieder erhalten
- ⌘ Progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen

### 10 goldene Regeln für Migränebetroffene

1. vermeiden sie regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln weniger –verzichten
2. Triggeranalyse: Lebensumstände, Nahrungsmittel, Wetterverhältnisse
3. Ernährung: Vermeidung von Zuviel an Fett, Süßigkeiten, Zitrusfrüchten, Kaffee, Alk und Nikotin
4. Entspannung, Sport
5. Cave übermäßiger Lärm, keine starke Licht und Sonneneinwirkung
6. Keine zu hohen Erwartungen – Mut zur Unschärferelation
7. Nein – sagen lernen , keine Überforderung
8. Vermeidungen von starken Gefühlsregungen – Gespräche, Lektüre und fernsehen
9. Signale des Körpers beachten
10. Geduld - Behandlungserfolge brauchen Zeit - Schmerztagebuch

### 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

#### a) Spannungskopfschmerz

I. **Sporadisch auftretender** < 1 Tag/ Monat episodischer KS vom Spannungstyp

II. **gehäuft auftretender** episodischer KS vom Spannungstyp

#### III. chronischer Spannungskopfschmerz

>15 Tage/Monat für mind.3 Monate  
>180 Tage/Jahr, KS dauert Stunden bis Tage

1. drückend, ziehend, (nicht pulsierend)
2. bilateral lokalisiert (frontal oder okzipital),
3. leicht-mäßige Intensität,
4. keine Verstärkung durch körperliche Aktivität, kein Erbrechen u. Übelkeit, keine Licht und Lärmempfindlichkeit, muskuläre Faktoren, Analgetikagebrauch an < als 10Tage /Monat

## 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

### a) Spannungskopfschmerz

Therapie:  
 Analgetika (ASS, Paracetamol, Ibuprofen),  
 Myotonalytika

chron. Spannungskopfschmerz  
 > Antidepressiva  
 (Amitriptylin + SSRI, SNRI)

- ⊠ Gipfel 2. bis 3. Dekade
- ⊠ 16 % 1x praktische Arzt Konsultation
- ⊠ 4% 1x zum Neurologen
- ⊠ Sozioökonomische Auswirkungen 12% 1x Arbeit abwesend

### Therapie

- ⊠ Prävention, Akuttherapie, Prophylaxe
- ⊠ **Prävention:** physiologische Arbeitsbedingungen, Verbesserung der Körperhaltung, ausreichender Schlaf, Stressbewältigung, Regelmäßigkeit im Lebensrhythmus, Exploration und Behandlung psychischer Faktoren

Medikamentöse Prophylaxe: Amitriptylin, andere Tri und Tetracyclika, Mirtazapin

Nichtmedikamentöse Therapie: Akupunktur gleich wirksam wie Scheinakupunktur, Entspannungstechniken, Stressbewältigung

## 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

### b) Clusterkopfschmerz

15-18 min.  
 einseitig, sehr stark fronto-orbito-temporal  
 konjunktivale Rötung, Lacrimation, Rhinorrhoe, Miosis,  
 Ptase  
 0,07-0,09%

Auslöser: Alkohol, Histamin

Therapie: O<sub>2</sub>-Inhalation, Triptane

## 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

### c) Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (Medication overuse headache = MOH) **schmerzmittelinduzierter Dauerkopfschmerz**

- ⊠ Missbrauch von Analgetika = Aufrechterhaltung und Verstärkung chron. Schmerzen
- ⊠ 1/3 chron. Schmerzpatienten → Abusus, Abhängigkeit
- ⊠ MOH – reine Analgetika (114 Einzeldosen/Monat), Triptane (führt schnell zu Dauerkopfschmerz), 18 Einzeldosen/Monat + Opioide

## 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

### ⊠ Diagnostische Kriterien des MOH

- a) Der Kopfschmerz findet sich an  $\geq 15$  Tagen pro Monat und erfüllt die Kriterien C und D.
- b) Regelmäßiger Übergebrauch eines oder mehrerer Medikamente zur akuten symptomatischen Kopfschmerzbehandlung über  $\geq 3$  Monate.
- c) Der Kopfschmerz hat sich während des Medikamentenübergebrauchs entwickelt oder deutlich verschlechtert.
- d) Innerhalb von 2 Monaten nach Unterbrechung des Medikamentenübergebrauchs verschwindet der Kopfschmerz bzw. kehrt er auf sein Ausgangsniveau zurück.

**2. andere Kopfschmerzklassifikationen**

- ⊞ Akuter Medikamentenübergebrauch → bedeutendster Risikofaktor für Progression einer Migräne
- ⊞ MOH mehr Komorbidität (Angst, affektive Erkrankungen und Zwangsstörungen, PSST)
- ⊞ MOH = schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz  
= vermischter Kopfschmerz (nicht mehr eindeutig Migräne oder Spannungscephalea)  
= Schmerz der fast ständiger Begleiter ist, dumpf, drückend
- triptaninduziert = täglich migräneartige und Migräneanfälle
- ⊞ MOH organische Schäden = Ergotismus, Nierenschäden, Magen/ Darm Ulcera
- ⊞ Schmerzmittel drückt Schmerzsystem → aufrechterhaltender Faktor

**2. andere Kopfschmerzklassifikationen**

- ⊞ Auslöser: Stress, hilflos-depressive Verarbeitung von Schmerzen, Angst + Depressio → Somatisierung
- ⊞ Somatisierung: psychosozialer Stress wird als körperliche Symptomatik wahrgenommen (ohne pathologisches Substrat) → Medizin, Behandlung wird in Anspruch genommen
- Belastungs- und Stresssituation → Kopfschmerzen  
Einnahme von Medika → 1. Somatisierungsschritt (Entspannung und körperliche Aktivität wird aber unterlassen)
- wenn jemand auf medizinische Maßnahmen allein fixiert ist → Schmerzmittelmissbrauch  
→ schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz

**2. andere Kopfschmerzklassifikationen**

- ⊞ Entzug: Opiode, Benzos → 10-20%  
Dosisreduktion alle 1-2 Wochen
- ⊞ Rebound Kopfschmerz!
- Psychotherapeutische + pharmakolog. Therapie  
(Stressbewältigung) B-Blocker, Topiramid  
Entspannung) Kalzium- Antagonisten  
Antidepressiva, Antipsychotika  
start low, Kopfschmerztagebuch  
Kontrolle 14 täglich,
- Psychoedukation:  
Vermeidung v. MOH → an weniger als 10 Tagen/Monat,  
höchstens 3 d. hintereinander Kopfschmerzmittel oder  
Migränemittleinnahme

**2. andere Kopfschmerzklassifikationen**

**d) Weitere Kopfschmerzformen**

**I. Kopfschmerz ohne strukturelle Läsion**

1. *Benigner Hustenkopfschmerz:* wenige Minuten und Sekunden
2. *Benigner Kopfschmerz* durch körperliche Anstrengung: heißes Wetter, große Höhe, bilateral, packend, 5-24 Stunden
3. *Kopfschmerz bei sexueller Aktivität:*  
- dumpfer Typus (Kopf- u. Nackenbereich – Muskelverspannung)  
- explosiver Typus (vor, während, unmittelbar nach Orgasmus)  
Aneurysma  
- Haltungsabhängig ⚠

**2. andere Kopfschmerzklassifikationen**

**II. Traumatisch verursachte Kopfschmerzen**

1. *Contusio und Commotio*  
Umschriebener Schmerz, chronischer posttraumatischer Kopfschmerz, postcommotionelles Syndrom (Cephalaea, Übelkeit, Erbrechen, Vertigo, Schlafstörung, Alk.intoleranz)
2. *Chron. Subduralhämatom*  
meist nach SHT, permanenter Schmerz und Hirnleistungsstörung
3. *Schleudertrauma HWS*  
Schmerzen HWS-Bereich und Ausstrahlung in der Kopf, Vertigo, Dysthymie, Schlafstörungen, Begehrungstendenzen

**2. andere Kopfschmerzklassifikationen**

**III. Kopfschmerzen bei cerebrovasculären Erkrankungen**

1. *Spontane Subarachnoidalblutung*  
Aneurysmaruptur → Cephalaea, Nackensteifigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bewusstseinsstörung  
bis zu 50% davor Warnsymptome (diffuse Kopfschmerzen)  
Dauerschlag,  
Peitschenschlag, Vernichtungskopfschmerz → sofort CT → Klinik
2. *Sinus- und Hirnvenenthrombose*  
Cephalaea, cerebr. Anfälle, Erbrechen, neurolog. Herdzeichen, Irritation 1. Trigeminusast

## 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

### IV. Kopfschmerzen bei arterieller Hypertonie

1. *Akute hypertone Krise:*  
Cephalaea, Übelkeit, Erbrechen, cerebr. Anfälle
2. *Maligne Hypertonie:*  
Morgencephalea, fundus Hypertonicus

### V. Kopfschmerzen bei entzündlichen Erkrankungen d. Gehirns und der Meningen

*Meningoencephalitis:*  
Cephalaea, Übelkeit, Erbrechen, Nackensteifigkeit

## 2. andere Kopfschmerzklassifikationen

### VI. Kopfschmerzen im Zusammenhang mit Tumoren

*intrakranielle Tumore:* Dauer-Cephalaea, Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen, Vertigo, organ. Psychosyndrom (Hirnleistungsstörung, Persönlichkeitsveränderung)

### VII. Zervikogene Kopfschmerzen

- Schmerzen sind occipital und strahlen aus
  - Bei HWS Bewegungen kommen Schmerzen
  - Einschränkung der Kopf- und Nackenbeweglichkeit (rheumatische Arthritis, Prolaps, HWS, Blockwirbel, Peitschenschlagtrauma)
- ⊠ Therapie: Analgetika, Muskelrelaxantien, Antidepressiva, physikal. Maßnahmen

## 3. PSY-Cephalaea

1. Kopfschmerzen bei Depressionen  
diffus, Druck über Augen, Nacken und Hinterkopf  
Helmkopfschmerz
  2. Somatoforme Schmerzstörung  
subjektiv empfunden, mindestens 6 Monate dauernd,  
kein physiologisches Geschehen, Schmerzsyndrome  
ohne ausreichendes organisches Korrelat, ausgeprägte  
subjektive Beeinträchtigung
- pain disability → pain intensity  
wandernde Schmerzlokalisierung
- + Familienanamnese  
ausgeprägtes Krankheitsverhalten (doctor shopping)  
20% d. Bevölkerung

## 3. PSY-Cephalaea

- ⊠ Ätiologie:  
Persönlichkeit (PSST, Angststörung)  
Einstellung zu Gesundheit und Krankheit  
Aufmerksamkeitsfokussierung  
Copingstrategien
- ⊠ Therapie:  
Antidepressiva  
Informationsvermittlung – Psychoedukation  
Selbst- und Stressmanagement (Entspannungsverfahren)  
Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten
- ⊠ Patientenmanagement:  
Regelmäßige Kontakttermine, Vermeidung von eingeforderten  
Gefälligkeitsuntersuchungen, Vermeidung von Arztwechsel