

Kopfschmerz in der hausärztlichen Praxis

Headache in Family Practice

Jan Hendrik Oltrogge¹, Silke Brockmann², Martin Scherer¹

Hintergrund: Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Gesundheitsstörungen. Die Herausforderung für den konsultierten Hausarzt besteht – neben einer rationalen Diagnostik zum Erkennen von abwendbar gefährlichen Verläufen – in der Aufklärung des Patienten und dem patientenzentrierten Einsatz nicht-medikamentöser und medikamentöser Behandlungsstrategien.

Suchmethodik: Der Artikel basiert zu großen Teilen auf dem Kapitel 2 „Kopfschmerz“ des Lehrbuchs „Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (5. Auflage, 2017). Zusätzlich wurden gültige nationale und ausländische Leitlinien konsultiert und eine pragmatische Suche unter dem Stichwort (*medical subject heading*) „headache“ in der Datenbank Pubmed durchgeführt.

Wichtigste Botschaften: An der Systematik der 2018 aktualisierten *International Classification of Headache Disorders (3rd edition, ICHD-III)* für primäre und sekundäre Kopfschmerzformen kann sich ein pragmatisches diagnostisches Vorgehen des Hausarztes gut orientieren. Anamnese und klinische Befunderhebung sind häufig ausreichend, eine diagnostische Bildgebung ist in den meisten Fällen nicht notwendig. Ein Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz (an dem schätzungsweise 1–2 % aller Menschen mit chronischen Kopfschmerzen leiden) wird vermutet, wenn Patienten mit einer diagnostizierten Kopfschmerz-erkrankung an □ 15 Tagen pro Monat über mindestens drei Monate Kopfschmerzmittel einnehmen.

Schlussfolgerungen: Bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen sollte trotz anderer primärer Beratungsanlässe eine sorgfältige Anamnese erhoben werden. Die Anwendung der Diagnosekriterien der ICHD-III ermöglicht eine evidenzbasierte Behandlung der häufigsten akuten und chronischen Kopfschmerzformen und vermindert das Risiko für einen schädlichen Medikamentenübergebrauch.

Schlüsselwörter: Kopfschmerz; Allgemeinmedizin; Migräne; Spannungskopfschmerz; Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz

Background: Headache is among the most common medical complaints. The challenge for the consulted family practitioner (FP) consists – in addition to rational diagnostic procedures for the detection of avoidable dangerous conditions – in an adequate patient education and the patient-centered use of non-drug and drug treatment strategies.

Search method: This article is mainly based on chapter 2 “Kopfschmerz” (“Headache”) of the German textbook “*Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*”, (5th edition, 2017). In addition, current national and foreign guidelines were consulted and a pragmatic search was performed in the data bank Pubmed under the medical subject heading “headache”.

Main messages: Pragmatic diagnostic procedures for the FP can be based on the systematics of the updated *International Classification of Headache Disorders (3rd edition, ICHD-III)*. Medical history and clinical findings are often sufficient, and imaging is usually not necessary. Medication-Overuse Headache (MOH; estimated 1–2 % of all patients with a chronic form of headache) is suspected if there is a headache occurring on 15 or more days/month in a patient with a pre-existing headache disorder.

Conclusions: In patients with frequent headache, a careful medical history should be taken by their family practitioner despite other primary reasons for encounter. The use of the ICHD-III allows an effective, evidence-based treatment of the most common acute and chronic forms of headache and reduces the risk of harmful medication overuse.

Keywords: headache; family medicine; migraine; tension-type headache; medication-overuse headache

¹ Institut für Poliklinik und Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut, Bern

DOI 10.3238/zfa.2018.0306-0312

Fallbeispiel

Ein 67-jähriger Patient, ehemaliger Bergmann, stellt sich erstmals bei einer Allgemeinmedizinerin vor, da sein bisheriger Hausarzt in den Ruhestand gegangen ist: „Ich habe seit 22 Jahren Migräne. Jetzt wieder seit drei Tagen – durchgehend rechte Gesichtsseite mit Übelkeit und Erbrechen.“ Bei akuten Kopfschmerzen kombiniere er immer ein Kombinationspräparat aus Ergotamin und Ibuprofen 600. Zur Prophylaxe nehme er seit Langem täglich 300 mg ASS und ein homöopathisches Kombinationspräparat ein. Er bittet um Rezeptierung aller genannten Präparate. Bei Durchsicht der mitgebrachten Patientenunterlagen fällt ein erhöhtes Kreatinin von 1,34 mg/dl aus dem Vorjahr auf. Die Ärztin verordnet zunächst Paracetamol in Kombination mit MCP (Metoclopramid)-Tropfen zur Akuttherapie und kontrolliert die Nierenfunktion. Der Kreatinin-Wert zeigt sich weiterhin erhöht und auch das Kalium ist mit 5,1 mmol/l grenzwertig hoch. Die Ärztin überweist zum Nephrologen zur Mitbeurteilung. Nach vier Wochen trifft ein Kurzbefund des Nephrologen ein: „Niereninsuffizienz im Stadium der voll kompensierten Retention. Verdacht auf Fanconi-Syndrom bei tubulo-interstitieller Nierenschädigung durch jahrelangen Analgetikagebrauch.“ Bei der Befundbesprechung berichtet der Patient, dass die neuen Migränemedikamente – nach anfänglicher Verschlimmerung der Schmerzen – gut geholfen hätten. Er habe „nur zwei bis drei Mal“ (!) in den letzten vier Wochen Migräneanfälle gehabt.

Handelt es sich bei diesen Beschwerden wirklich um eine Migräne oder vielleicht doch um einen Spannungskopfschmerz? Von vielen Patienten wird der Begriff „Migräne“ oft synonym mit „Kopfschmerzen“ genutzt. In diesem Fallbeispiel besteht der dringende Verdacht auf einen Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz (engl.: *Medication-Overuse Headache*, MOH). Als hinweisgebend ist auch das Vorliegen einer Niereninsuffizienz aufgrund eines jahrelangen Schmerzmittelkonsums anzusehen. In der aktuellen *International Classification of Headache Disorders (3rd edition, ICHD-III)* wurden für den MOH neue Diagnosekriterien definiert [1]. Diese sind A: Kopfschmerzen an ≥ 15 Tagen pro Monat bei einem Patienten mit einer vorbekannten Kopfschmerzkrankung. B: Regelmäßiger Überge-

brauch (über drei Monate Dauer) eines oder mehrerer Medikamente, die für eine akute und/oder symptomatische Behandlung von Kopfschmerzen eingenommen werden können (Schmerzmittel, Triptane, Ergotamin). C: Der Kopfschmerz kann durch eine andere Diagnose nach ICHD-III nicht besser begründet werden.

Als weitere Hinweise auf einen MOH werden genannt: die bevorzugte Einnahme von Mischpräparaten (meist ASS plus Paracetamol mit oder ohne Koffein) sowie die vorübergehende Zunahme der Schmerzstärke und -häufigkeit nach Absetzen der Medikamente, die sich nach Beendigung des Übergebrauchs (in der Regel innerhalb von zwei bis zehn Tagen) vollständig zurückbilden. Der MOH wird mittlerweile als eine sehr relevante Differenzialdiagnose bei chronischen Kopfschmerzen angesehen. Es wird geschätzt, dass 1–2 % aller Patienten mit chronischen Kopfschmerzen an einem MOH leiden [2]. Die Therapievorschlüsse zum MOH variieren in Abhängigkeit vom jeweiligen Setting und sind noch nicht ausreichend durch kontrollierte Studien gesichert. Über das Ziel der Beendigung des jeweiligen Medikamentenübergebrauchs hinaus gibt es bis heute keinen internationalen Konsens über das therapeutische Vorgehen bei MOH [3]. Das Absetzen oder Ausschleichen der Medikamente kann unter Verwendung eines Reserve-Analgetikums mit anderem Wirkstoff erfolgen und durch edukative Maßnahmen begleitet werden. Hausärzten wird dabei eine wichtige Rolle sowohl in der Prävention als auch in der Rezidivprophylaxe zugeschrieben. Das Erkennen und Ansprechen eines Risikos für einen MOH bei Patienten mit häufigen Kopfschmerzen und die Fokussierung auf nicht-medikamentöse Strategien zur Bewältigung der Schmerzen als typische primärmedizinische Strategien stehen hier im Vordergrund.

Hintergrund

Kopfschmerzen stellen in Deutschland mit einer Prävalenzrate von 50–90 % die häufigste aller Gesundheitsstörungen dar. In einer aktuellen Befragung unter deutschsprachigen Bundesbürgern gaben 56 % der Befragten an, mindestens

einmal pro Monat an Kopfschmerzen zu leiden [4]. Die meisten Betroffenen konsultieren keinen Arzt und behandeln ihre Kopfschmerzen selbst. In der CONTENT-Studie mit 104.065 Patienten aus 31 Hausarztpraxen stellten Kopfschmerzen dementsprechend nur 1,7 % aller Beratungsanlässe dar [5]. Gründe für den Arztbesuch sind bei älteren Patienten häufig mit dem Kopfschmerz verbundene Komorbiditäten und bei jüngeren Patienten häufig die Angst vor einer lebensbedrohlichen organischen Ursache der Beschwerden – im Besonderen die Angst vor einem Hirntumor. Der Leidensdruck der Patienten und die Artikulation der Befürchtungen und Ängste in Bezug auf lebensbedrohliche Ursachen der Kopfschmerzen kann dabei das Verhalten der behandelnden Hausärzte beeinflussen und zu einem diagnostischen Aktivismus führen [6]. Die Indikation für eine Bildgebung wird bei Kopfschmerzen häufiger gestellt als rein medizinisch notwendig wäre.

Suchmethodik

Der Artikel basiert zu großen Teilen auf dem Kapitel 2 „Kopfschmerz“ des Lehrbuchs „Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ [7]. Zusätzlich wurden gültige nationale und ausländische Leitlinien konsultiert und eine pragmatische Suche unter dem Stichwort (*medical subject heading*) „headache“ in der Datenbank Pubmed durchgeführt.

Antworten auf häufige Fragen

1. Wie werden Kopfschmerzen klassifiziert?

Seit 1988 gibt es eine weltweit einheitliche Klassifizierung von Kopfschmerzen, die mittlerweile in ihrer dritten Version vorliegt: die *International Classification of Headache Disorders (3rd edition, ICHD-III)* der International Headache Society (IHS). Grundsätzlich wird **zwischen primären Kopfschmerzen** (fehlende organische Ursachen/Begründungen) und **sekundären Kopfschmerzen** (nachgewiesene/postulierte organische Ursachen/Begründungen) **unterschieden**. Zusätzlich werden noch primäre und sekundäre Formen des Gesichts-

I. Primäre Kopfschmerzen	II. Sekundäre Kopfschmerzursachen (potenziell gefährlich)	III. kraniale Neuropathien, andere Gesichtsschmerzformen
<p>Migräne</p> <p>Spannungskopfschmerzen</p> <p>Trigeminoautonome Kopfschmerzen (TAK) (u.a. Clusterkopfschmerzen)</p> <p>Andere primäre Kopfschmerzarten (z.B. bei physischer Anstrengung, „cold-stimulus“-headache)</p>	<p>Trauma von Kopf-/Nackenregion (Schleudertrauma, Schädel-Hirn-Trauma usw.)</p> <p>Vaskuläre kraniale Erkrankungen (intrazerebrale Blutungen/Ischämien, Aneurysmata, Arteriitis temporalis, Vertebralarteriendissektion usw.)</p> <p>Nicht-vaskuläre kraniale Erkrankungen (Neoplasien, Epilepsie, Normaldruckhydrozephalus usw.)</p> <p>Medikamenten- oder substanzbedingt (Intoxikationen, Medikamentenübergebrauch – MOH, Entzug usw.)</p> <p>Infektbedingt (Grippe, Sinusitis, Meningitis, Herpes zoster usw.)</p> <p>Homöostasebedingt/metabolisch (art. Hypertonie, Schlafapnoe, Hypothyreose, Fasten, Flugreisen usw.)</p> <p>Nicht-traumatische Erkrankungen der Kopf-/Nackenregion (zervikogener Kopfschmerz, Glaukom, Zahnerkrankungen usw.)</p> <p>Psychische Erkrankungen (Somatisierungsstörungen, Psychosen)</p>	<p>Kraniale Nervenläsionen und anderer Gesichtsschmerz (Trigeminusneuralgie, multiple Sklerose, idiopathischer Gesichtsschmerz usw.)</p> <p>Andere Kopfschmerzkrankungen</p>

Tabelle 1 Einteilung der Kopfschmerzarten mit Hervorhebung der hier besprochenen Formen (modifiziert nach der *International Classification of Headache Disorders* (3rd edition, ICHD-III [1]))

schmerzes in einer dritten Kategorie differenziert (Tab. 1).

Der gesicherte Nachweis einer organischen Ursache oder Begründung ist im (haus-)ärztlichen Alltag natürlich nicht immer umsetzbar. Die Klassifikation erscheint aber klinisch-pragmatisch sinnvoll, da sie hilft, zwischen harmlosen und potenziell gefährlichen Kopfschmerzen zu unterscheiden. Dies hat im hausärztlichen Alltag eine große Bedeutung. Weiterhin gibt die Klassifikation einen guten Gesamtüberblick über die bekannten Ursachen von Kopfschmerz.

Erst seit Erscheinen einer international anerkannten Klassifikation durch die IHS können anhand vereinheitlichter Diagnosekriterien vergleichbare Daten zur Häufigkeit der verschiedenen Kopfschmerzformen erhoben werden. Ältere Angaben zu den Häufigkeiten von beispielsweise Migräne (angeblich bis zu 27 % der deutschen Bevölkerung) oder episodischem Spannungskopfschmerz (angeblich bis zu 38 % der deutschen Bevölkerung) sind nicht gut belegbar. Bei der Migräne wird daher – abhängig von den jeweiligen Autoren – sowohl Überdiagnostik als auch Unterdiagnostik vermutet. Für Europa wird eine Prävalenz

von chronischen täglichen Kopfschmerzen in der Bevölkerung von 4 % angegeben [2].

2. Gibt es einen Unterschied zwischen Spannungskopfschmerz und zervikogenen Kopfschmerzen?

Die These, dass auch sog. zervikogene Kopfschmerzen unterdiagnostiziert seien, da sie häufig mit anderen Kopfschmerzformen – insbesondere den Spannungskopfschmerzen – verwechselt würden, ist nicht sicher belegbar. Manche Autoren gehen so weit, den zervikogenen Kopfschmerzen jegliche Berechtigung abzuspochen. Die ICHD-III führt den Begriff „*cervicogenic headache*“ in der Oberkategorie II.11: sekundäre Kopfschmerzen durch „nicht-traumatische Erkrankungen der Kopf-/Nackenregion“ (Tab. 1). **Für die Diagnose zervikogener Kopfschmerzen wird ein klinischer oder laborchemischer oder durch Bildgebung geführter Nachweis einer Erkrankung der Kopf- oder Nackenregion gefordert.** Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule sind jedoch mit steigendem Lebensalter bei fast allen Menschen nachweis-

bar und große kontrollierte Studien haben gezeigt, dass degenerative Veränderungen der HWS bei Menschen mit und ohne Kopfschmerzen gleich häufig vorkommen. In der aktuellen Langfassung der ICHD-III wird an mehreren Stellen darauf hingewiesen, dass die aufgeführten Diagnosekriterien hinsichtlich der reinen Schmerzcharakteristika nicht ausreichend spezifisch seien. Für eine sichere Unterscheidung von (sekundären) zervikogenen Kopfschmerzen (ICHD-III II.11) und (primären) Spannungskopfschmerzen (ICHD-III I.2) (mit oder ohne tastbare myofasziale Triggerpunkte) liegt derzeit keine ausreichende Evidenz vor. Dementsprechend unterscheiden sich die Empfehlungen zur symptomatischen Therapie von Spannungskopfschmerzen und sekundären zervikogenen Kopfschmerzen nicht.

3. Wie ist das diagnostische Vorgehen, um die potenziell gefährlichen sekundären Kopfschmerzformen zu erkennen?

Die wichtigsten Warnsymptome (sog. *red flags*), die auf abwendbar gefährliche Verläufe bei Patienten mit Kopfschmerzen

Diagnostisches Vorgehen – Suche nach Hinweisen für sekundäre Kopfschmerzformen		
1. In der Anamnese ist zu fragen nach:	2. Klinische Untersuchungen (symptomorientierte allgemeine körperliche Untersuchung und Neurostatus)	3. Beachtung von <i>red flags</i> und typischen Befunden bei sekundären Kopfschmerzformen
<ul style="list-style-type: none"> – Beginn – Dauer – Häufigkeit – Lokalisation – Charakter – Intensität – Begleiterscheinungen – Auslösern der Kopfschmerzen – einem vorangegangenen Trauma – Vorerkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeiner körperlicher Status mit Puls- und Blutdruckmessung – Pupillenweite und -reaktion – Hirnnervenstatus – Reflexstatus – Armvorhalte- und Finger-Nase-Versuch – Unterberger-Tretversuch – Orientierung (zeitlich, örtlich, zur Person) – Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule – Augenhintergrund 	<ul style="list-style-type: none"> – Auffälligkeiten bei Erhebung des Neurostatus (neurologische Ausfälle) – Deutlich verschlechterte Kopfschmerzen und/oder neu aufgetretene Kopfschmerzen bei Patienten < 5 Jahren oder > 50 Jahren – neu aufgetretene Kopfschmerzen bei Schwangeren, Patienten mit maligner Grunderkrankung und/oder immunsuppressiver Therapie – Veränderung des Schmerzmusters – plötzlich einsetzende Attacken (z.B. aus dem Schlaf heraus?) – Auslösung der Kopfschmerzen durch Anstrengung/sexuelle Aktivität/Valsalva-Manöver
4. Falls nach Bewertung von 1. bis 3. für nötig gehalten:		
<ul style="list-style-type: none"> – Labor: Blutbild, Elektrolyte, TSH, Nieren- und Leberwerte (bei Medikamentengebrauch), BSG (bei V.a. Arteriitis temporalis) – Schädel-MRT <ul style="list-style-type: none"> – Vorteile: gute Weichteilauflösung, keine Strahlenbelastung, sagittale Schnitte – Nachteile: große Schichtdicke, knöcherne Strukturen schlechter beurteilbar – Schädel-CT <ul style="list-style-type: none"> – Vorteile: kleine Schichtdicke, knöcherne Strukturen besser beurteilbar – Nachteile: Strahlenbelastung, schlechte Weichteilauflösung – EEG: nur bei V.a. Anfallsleiden, nicht als Routinediagnostikum 		

Tabelle 2 Diagnostisches Vorgehen im Falle des Beratungsanlasses Kopfschmerz (modifiziert nach [7], TSH = thyreoidstimulierendes Hormon, BSG = Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit)

hindeuten, sind in der Regel durch eine Anamnese und nicht-apparative Untersuchungen erkennbar. Ein diagnostisches Vorgehen ist in Tabelle 2 aufgeführt.

4. Wie werden die primären Kopfschmerzformen eingeteilt?

Gemäß der ICHD-III werden die primären Kopfschmerzformen in vier Kategorien eingeteilt: 1. Migräne, 2. Spannungskopfschmerzen, 3. Trigeminoautonome Kopfschmerzen (TAK) (mit Clusterkopfschmerzen als häufigste Form), 4. andere primäre Kopfschmerzformen (als Sammelkategorie). Sämtliche primäre Kopfschmerzformen können einen episodischen und chronischen Verlauf haben. Chronische Verlaufsformen sind definiert als Kopfschmerzattacken, die an mehr als 15 Tagen im Monat über eine Dauer von mindestens drei Monaten bestehen (engl. *chronic daily headache*, CDH). Chronische Kopfschmerzen entwickeln sich bei 92 % der Patienten aus einer primären episodischen Kopfschmerzform (bei 72 % aus einer Migräne und bei 20 % aus einem episodischen

Spannungskopfschmerz) [8]. Im Vergleich zu den episodischen Verlaufsformen erfordern die chronischen Verlaufsformen ein anderes therapeutisches Vorgehen. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Merkmale der häufigen primären Kopfschmerzformen.

5. Wie werden akute Spannungskopfschmerzen therapiert?

Gesicherte Wirksamkeit für akute Spannungskopfschmerzen:

- Acetylsalicylsäure (ASS) 500–1000 mg p.o., Paracetamol 500–1000 mg p.o., Ibuprofen 200–600 mg p.o.

Nicht wirksam:

- Muskelrelaxanzien und Benzodiazepine
- Einschränkungen bestehen für ASS bei Kindern unter 16 Jahren (orale Gabe) und unter 18 (parenterale Gabe) wegen der Gefahr eines Reye-Syndroms und für Ibuprofen und Diclofenac bei Kindern unter sechs Monaten aufgrund der eingeschränkten Nierenfunktion. Bei Diclofenac ist besonders von einer Dauereinnahme wegen des unter allen NSAR (nichtsteroidalen Antirheumatika) ungünstigsten

kardiovaskulären Risikoprofils abzuraten.

Für eine Behandlung von akuten Kopfschmerzen mit Opiaten gibt es keine überzeugende Evidenz. Von ihrem Gebrauch ist auf Grund des Nebenwirkungsprofils und insbesondere wegen des Abhängigkeitspotenzials abzusehen [9].

6. Wie sind chronische Spannungskopfschmerzen definiert und was gibt es bei der Therapie zu beachten?

Chronische Spannungskopfschmerzen sind Kopfschmerzen vom Spannungstyp, die an mindestens 15 Tagen pro Monat und an mindestens 180 Tagen im Jahr auftreten. Die Therapie ist mit jener von akuten Spannungskopfschmerzen identisch. Ziel ist eine Einnahme von Schmerzmitteln an nicht mehr als zehn Tagen pro Monat. Wird dieses Ziel nicht erreicht, sind Maßnahmen zur Prophylaxe indiziert:

Nicht-medikamentöse Prophylaxe der chronischen Spannungskopfschmerzen:

- Empfohlen, aber kaum Evidenz: Entspannungsübungen nach Jacobson,

	Migräne	Spannungskopfschmerzen	Clusterkopfschmerzen (häufigste Form der TAK)
Als Behandlungsanlass in der Primärmedizin	Keine einheitlichen Daten	Am häufigsten	Selten
Lokalisation	Meist einseitig, selten beidseits	Stirn, ganzer Kopf, beidseits, auch einseitig bei zervikogener Genese	Periorbital, Orbita und Stirn, immer einseitig
Dauer der Schmerzattacken	4 – 72 Stunden	Stunden bis Tage	Sekunden bis Stunden
Häufigkeit	1 – 6 Episoden/Monat	Gelegentlich bis täglich	Täglich
Schmerzintensität	Mittel bis Schwer	Leicht bis mittel	Schwer
Schmerzcharakter	Pochend, hämmernd, pulsierend	Dumpf drückend, ziehend, konstant mit überlagernden Attacken	Heftigste paroxysmale Schmerzen
Begleitsymptome	Bei ca. 45 % autonome Begleitreaktionen (Auge, Nase), Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit	Keine vegetativen Begleitreaktionen (insbes. kein Erbrechen!), eventuell Flexion/Extension der HWS gestört	Häufig autonome Begleitreaktionen (Augentränen, Nasenlaufen, Ptosis, Miosis, Gesichtsrötung)
Provokation/Auslöser	Nahrungsmittel, Stress, Hormonschwankungen, Wetterwechsel	Stress, Wetterwechsel, Kopfdrehen, Husten	Alkohol (kleine Mengen), Wetter
Sonstiges	Aufsuchen dunkler, ruhiger Räume	Bei Einschränkung der HWS-Beweglichkeit/Myogelosen overlap mit zervikogenen sekundären Kopfschmerzen	Fast nur Männer, nächtliche Attacken, dabei Bewegungsdrang

Tabelle 3 Merkmale der häufigsten primären Kopfschmerzformen (modifiziert nach [7]; TAK = Trigeminoautonome Kopfschmerzen)

regelmäßiges Ausdauertraining und Stressbewältigungstraining.

- Nicht-gesicherte Wirksamkeit: Physiotherapie mit Training der HWS- und Schultermuskulatur, manuelle Therapie, verschiedene Formen der Biofeedbacktherapie in Kombination mit Entspannungstechniken.

- Für die Akupunktur bei akuten und chronischen Spannungskopfschmerzen sieht ein Cochrane-Review aus 2016 einen Effektivitätsnachweis bei moderater Evidenzqualität [10].

Medikamentöse Prophylaxe der chronischen Spannungskopfschmerzen:

- Gesicherte Wirksamkeit: Nachweis einer kurzfristigen Besserung der Dauer und Häufigkeit von Attacken durch Amitriptylin 25–150 mg p.o. (langsam einschleichen, maximal 10–15 mg pro Woche, eine Wirkung ist erst nach 4–8 Wochen abschätzbar).
- Multidisziplinäre Behandlungsprogramme, die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie mit einer wirksamen Pharmakotherapie kombinieren, wirken effektiver als Einzelmaßnahmen [11].
- Nicht gesicherte Wirksamkeit: Therapiestudien mit Fluoxetin, Venlafaxin,

Valproinsäure, Moclobemid, Topiram, Mirtazapin, Sulpirid, Gabapentin zeigten zum Teil widersprüchliche Ergebnisse.

- Nicht wirksam: Paroxetin (selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI), Muskelrelaxanzien, Botulinumtoxin-Injektion.

7. Wie wird eine akute Migräneattacke therapiert?

Grundsätzlich erfolgt die Beurteilung des Ansprechens auf therapeutische Maßnahmen anhand von drei Parametern [12]:

1. Besserung der Schmerzen innerhalb von zwei Stunden
2. Sistieren der Schmerzen innerhalb von zwei Stunden
3. Andauern der Schmerzen > 24 Stunden

Notfall-Akutmedikation bei sehr schwerer Attacke:

- Lysin-Acetylsalicylsäure 1000 mg i.v. oder Sumatriptan 6 mg s.c. + MCP (Metoclopramid) 10 mg i.v.
- Die Gabe von Metoclopramid i.v. vermindert vegetative Begleitsymptome wie Übelkeit und Erbrechen.

(**Cave:** MCP ist kontraindiziert bei Kindern (< 18 Jahre), Schwangeren, Epilepsiepatienten, Prolaktinompatienten.)

Leichte bis schwere Migräneattacke:

- ASS 1000 mg p.o. oder Ibuprofen 400–600 mg p.o. oder Paracetamol (PCM) 1000 mg p.o. Die Wirksamkeit aller drei Wirkstoffe ist gut belegt [13, 14, 15]. In aktuellen nationalen und ausländischen Leitlinien wird allerdings mittlerweile die Evidenz zur Effektivität von PCM im Vergleich zu ASS und Ibuprofen als schwächer eingeschätzt [12, 16].

- Die zusätzliche Gabe von MCP 10 mg p.o./rektal oder Domperidon 10 mg p.o. (ggf. 15–20 Min. vorher verabreicht) vermindert Übelkeit und kann in diesem Fall die Resorption und Wirkung der Analgetika verbessern. Eine routinemäßige Gabe von MCP ist jedoch nicht indiziert [17].

Keine ausreichende Evidenz und keine Zulassung für die Migränetherapie bestehen für Celecoxib, Ketoprofen, Dexketoprofen, Kombinationspräparate.

Vom Gebrauch von Kombinationspräparaten (ASS+PCM+Koffein) wird aufgrund von Hinweisen für ein erhöh-

tes Risiko für Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz abgeraten.

Bei wiederholten schweren oder sehr schweren akuten Attacken oder bei Therapieresistenz mit den vorher genannten Mitteln:

- Sumatriptan ist am besten untersucht: 6 mg s.c./20 mg nasal/25 mg rektal (schneller Wirkungseintritt) oder 50–100 mg p.o. (späterer Wirkungseintritt, dafür länger anhaltend).
- Falls die Monotherapie mit Triptanen nicht ausreicht (keine Besserung der Schmerzen nach zwei Stunden), können Triptane mit den o.g. NSAR kombiniert werden. Triptane wirken besser, je früher sie bei einer Attacke eingenommen werden. Sie sind aber zu jedem Zeitpunkt bei einer Attacke noch wirksam [12]. Für Kinder ab 12 Jahren ist einzig Sumatriptan-Nasenspray 10 mg in Deutschland zugelassen.

Ergotamine haben in der akuten Migräneattacke aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils und der häufigen Assoziation mit einem Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz keinen Stellenwert mehr.

Metamizol ist aufgrund des unklaren Risikos für schwere Nebenwirkungen (Agranulozytose) nur als absolute Reserve anzusehen.

Opioide sollten nicht zur Therapie der akuten Migräne verwendet werden. In Studien zeigten sich keine klinischen Vorteile gegenüber NSAR und Triptanen sowie ein höheres Risiko für Rezidivattacken [18].

8. Wann ist eine Migräneprophylaxe indiziert und welche Therapieoptionen stehen zur Verfügung?

Eine Anfallsprophylaxe ist indiziert, wenn Anfälle häufiger als 6–8 Mal pro Monat vorkommen und/oder kein Ansprechen auf die Akuttherapie oder sonstige komplizierende Faktoren vorliegen. Die Einleitung prophylaktischer Maßnahmen muss in besonderem Maße dem Risiko für die Entwicklung eines Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerzes (MOH) bei Patienten mit häufigen Migräneattacken Rechnung tragen. **Cave:** Im Fall der Triptane gilt für die Entstehung eines MOH bereits eine Schwelle \geq zehn Einnahmetagen pro Monat (über drei Monate) [12].

Nicht-medikamentöse Maßnahmen (eventuell in Kombination mit medikamentöser Therapie):

Dr. med. Jan Hendrik Oltrogge ...



... arbeitet seit 2015 als Allgemeinmediziner und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Medizinstudium und Promotion an der Georg-August-Universität Göttingen 2009, Facharzt für Allgemeinmedizin 2017.

- Vermeidung auslösender Faktoren
- Ausdauersport
- Entspannungsübungen, Hypnose, Biofeedback
- kognitive Verhaltenstherapie
- Coping-skills-Training
- Anwendung von Akupunktur

Sowohl die Scheinakupunktur mit beliebigen Nadelstichen als auch die echte Akupunktur sind wirksam. Für die echte Akupunktur werden mittlerweile leichte klinische Vorteile gesehen [10].

Medikamentöse Maßnahmen zur Migräneprophylaxe:

1. Wahl ist Propranolol in steigender Dosierung (Beginn mit 40 mg p.o.) oder Metoprolol in steigender Dosierung (Beginn mit 50 mg p.o.).
 2. Wahl ist Flunarizin (5–10 mg zur Nacht) oder Amitriptylin (25–75 mg p.o.).
- Wenn eine Behandlung mit anderen Arzneimitteln nicht vertragen wurde oder nicht erfolgreich war: Topiramate in steigender Dosierung (Beginn mit 25 mg p.o. bis 100 mg p.o.).

Die medikamentöse Prophylaxe sollte immer einschleichend vorgenommen werden. Die Wirksamkeit (Reduktion der Migränetage \geq 50 %) kann nach zwei Monaten evaluiert werden. Valproinsäure, Timolol und Triptane haben in Deutschland für die Migräneprophylaxe keine Zulassung. Valproinsäure sollte auch aufgrund der teratogenen Wirkung nicht angewendet werden.

9. Wie werden Clusterkopfschmerzen (aus dem Formenkreis der trigeminoautonomen Kopfschmerzen) therapiert?

Akute Attacken:

- Sauerstoff 100 % 7–12 l/min für 15 Minuten.
- Mittel der 1. Wahl sind auch Sumatriptan 6 mg s.c. und Zolmitriptan 5–10 mg nasal.

- Lidocain nasal ist in Deutschland nicht für diese Indikation zugelassen. Zur Prophylaxe ist Lithiumkarbonat geeignet und in Deutschland zugelassen.

10. Was ist die Rolle des Hausarztes in der Behandlung von Kopfschmerzen?

Kann ein Patient bei einer ersten ärztlichen Konsultation sein Kopfschmerzproblem offen darlegen, gibt er nach sechs Wochen häufiger einen besseren Umgang mit seiner Symptomatik an. Nach einem Jahr kann er dann mit höherer Wahrscheinlichkeit berichten, dass die Kopfschmerzen kein Problem mehr darstellen [19]. Hier wird deutlich, dass einer verständnisvollen Begleitung von Patienten mit Kopfschmerzen durch den Hausarzt eine große Bedeutung zukommt. Wenn nach der häufig ergebnislosen Diagnostik die Beschwerden weiter bestehen und eine primäre Kopfschmerzform vorliegt, ist der Hausarzt als „Experte des Niedrigprävalenzbereichs“ gefragt. Durch eine patientenzentrierte Therapie, beruhend auf nicht-medikamentösen und adäquaten medikamentösen Maßnahmen, kann insbesondere dem Risiko für die Entstehung eines Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerzes vorgebeugt werden.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jan Hendrik Oltrogge
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
j.oltrogge@uke.de

Literatur

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211
2. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* 2010; 11: 289
3. Kristoffersen ES, Lundqvist C. Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. *Ther Adv Drug Saf* 2014; 5: 87–99
4. Kopfschmerzen – Häufigkeit in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppe im Jahr 2017. Statista-Umfrage. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/282330/umfrage/haeufigkeit-von-kopfschmerzen-in-deutschland-nach-geschlecht-und-altersgruppe/> (letzter Zugriff am 20.05.2018)
5. Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg.). *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis: Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009*. München: Urban & Vogel, 2010
6. Wilm S, Brockmann S, Spannaus-Sakic C, et al. Machen Hausärzte Unterschiede, wenn sie mit Kopfschmerzpatienten umgehen? Eine Querschnittsstudie mit ängstlich oder neutral gespielten standardisierten Patienten. *Z Allg Med* 2008; 84: 273–279
7. Brockmann S, Scherer M. Kopfschmerzen. In: Kochen MM (Hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2017: 303–312
8. Láinez MJ, Monzón MJ. Chronic daily headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2001; 1: 118–124
9. Therapie des episodischen und chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen – AWMF S1-Handlungsempfehlung; gültig bis 10/2019. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-077.html (letzter Zugriff am 20.05.2018)
10. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 6: CD001218
11. Wallasch T-M, Kropp P. Multidisciplinary integrated headache care: a prospective 12-month follow-up observational study. *J Headache Pain* 2012; 13: 521–529
12. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne – AWMF S1-Handlungsempfehlung; gültig bis 01/2021. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-057.html (letzter Zugriff am 20.05.2018)
13. Kirthi V, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 4: CD008041
14. Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD008041
15. Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD008040
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Pharmacological management of migraine: a national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN, 2018
17. Tfelt-Hansen PC. Delayed absorption of many (paracetamol, aspirin, other NSAIDs and zolmitriptan) but not all (sumatriptan, rizatriptan) drugs during migraine attacks and most likely normal gastric emptying outside attacks. A review. *Cephalalgia* 2017; 37: 892–901
18. Totzeck A, Gaul C. Stellenwert von Opioiden in der Therapie von primären Kopfschmerzerkrankungen. *Schmerz* 2014; 28: 135–140
19. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423–1433



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den
„Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de