

## Kopfweg

## Das ewig gleiche Thema oder was?

**Kopfweg in der Arztpraxis ist nicht sehr beliebt, als Arzt holt man sich dabei in der Regel keine Lorbeeren, obwohl es sich (mit Ausnahme einer kleinen Gruppe) um angenehme Patienten handelt. Oftmals wirken die verordneten Massnahmen unvollständig oder gar nicht. Dem Naturheiler geht es zwar nicht besser, aber er kann wenigstens seinen Tarif selber gestalten und die für den Patienten aufgewendete Zeit in Rechnung stellen. Die nachfolgenden 5 Punkte sollen helfen den Umgang mit Kopfwegpatienten in der Hausarztpraxis zu optimieren.**

Täglich verlangen in der Schweiz 120 Kunden pro Apotheke ein Medikament gegen Kopfweg, dies hat 1999 eine in der Schweizerischen Apothekerzeitung publizierte Untersuchung ergeben. Knapp die Hälfte der Migränepatienten weiss über die eigene Diagnose nur ungenügend Bescheid, im Verlauf ihres Lebens suchen sie immer weniger einen Arzt auf und ziehen sich auf Selbstmedikation und Naturheilverfahren zurück.

### Zur Diagnose

Das Wichtigste sind die erhöhten Anforderungen hinsichtlich des Anamnesegesprächs. Auf die Gefahr hin langweilig zu wirken muss dies halt trotzdem immer wieder gesagt werden. Nur so wird man auch das in der Allgemeinpraxis eher selten vorkommende sekundäre Kopfweg (mit fassbarem organischem Grundleiden) nicht übersehen. Mit dem heutigen Ausbau der Notfallstationen der Spitäler mit «walk in» Möglichkeit wird man im eigenen Umfeld wohl kaum noch eine Subarachnoidalblutung antreffen. Vielleicht noch eher eine Carotidisdissektion mit plötzlich auftretenden Gesichtsschmerzen und Sehstörungen oder eine Sinusthrombose mit über Wochen sich steigender Schmerzintensität und zunehmender Bewusstseinsstrübung.

Die Patienten (oft Zugewanderte, die diese Möglichkeit in ihren Herkunftsländern nicht haben,) drängen uns heute zu einer MRI-Abklärung des Gehirns, «es könnte ja sein, dass...». Ihnen zu erklären, dass nach eingehender Exploration und somatischer Untersuchung dazu keine Notwendigkeit besteht, erfordert einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand und löst trotzdem Unzufriedenheit aus. Kommt man nicht darum herum, auch bei einem primären Kopfschmerz ein MRI zu veranlassen, dann ergeben sich möglicherweise bei Migränikern Veränderungen in der weissen Substanz (hyperintense Signalaktivitäten in T2 gewichteten Aufnahmen periventriculär, subcortical und im Centrum semiovale). Die Radiologen sprechen von Mikroinfarkten («ischämisch anmutend»), Demyelinisierungsherden oder manchmal davon, was sie bei den Migränikern eben oft sind: unspezifische Gliosen. Für das Kopfweg sind sie überhaupt nicht verantwortlich. Man kennt dieses Phänomen seit über 20 Jahren und Tatsache ist, dass der patho-



Dr. med. Christian Meyer  
Baden

physiologische Hintergrund immer noch unklar ist. Man findet die Veränderungen häufiger bei Migränepatientinnen im späteren Lebensalter und es besteht auch eine erhöhte Assoziation mit einer Migräne mit Aura. Ob ein signifikantes Risiko für ischämische Schlaganfälle besteht, ist auch heute noch kontrovers, Schlaganfälle die unmittelbar aus einer Migräneattacke hervorgehen, sind jedenfalls äusserst selten.

### Umgang mit Kopfwegpatienten

Ärzte haben häufig die Auffassung, Patienten suchen eine Behandlung mit dem Ziel der Schmerzfreiheit. Die Erwartungen sind aber differenzierter:

- Erklärungen über mögliche Ursachen stehen im Vordergrund
- Informationen über die verordneten Medikamente und Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen.

Bei Erklärungen zur Pathophysiologie des Kopfwegs muss man sich stufengerecht an einfache und verständliche Bilder halten. Das Visualisieren von Beschwerden, welche man von aussen nicht erkennen kann, stellt bekanntlich Anforderungen auch an den zeitlichen Aufwand, sonst wird der Patient die Zusammenhänge nie begreifen. Bei der Migräne verwenden wir das nebenstehende Bild (Abb.1), welches aufzeigt, dass eine sterile Entzündung mit Schwellung von grossen Hirn- und Hirnhautgefässen vorliegt, welche die Schmerzen verursacht. An den in die Gefässausenwand einstrahlenden Nervenfasern des N. trigeminus werden schmerzzerzeugende Substanzen ausgeschieden, welche durch Triptane blockiert werden können. Manchmal genügt aber auch ein Entzündungshemmer aus der Gruppe der NSAR, in gewissen Fällen auch Prednison (vor allem beim Clusterkopfweg).

Das Kopfweg vom Spannungstyp (Abb. 2) kann dem Patienten verständlich gemacht werden, wenn man ihn auf die Anordnung der Kopfmuskulatur hinweist, insbesondere die suboccipital gelegenen tiefen Nackenmuskeln. Der alte Begriff des «muscle contraction headache» war didaktisch besser als die unglückliche heutige Bezeichnung «Spannungskopfweg». Man wird dann auch verstehen warum die vielen Behandlungen der Halswirbelsäule keinen nachhaltigen Effekt zeigten da die Problematik im muskulären Bereich liegt.

Die Abbildung 3, welche den N. trigeminus darstellt, zeigt auf, dass Kopfschmerzen auch hinter den Augen oder – was oft vorkommt –

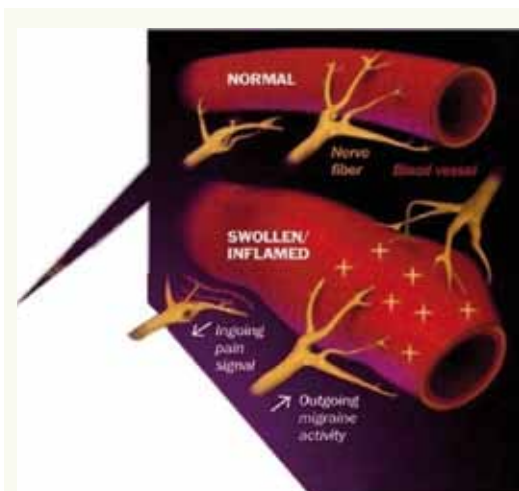


Abb. 1: Sterile Entzündung mit Schwellung der grossen Hirn- und Hirnhautgefässe

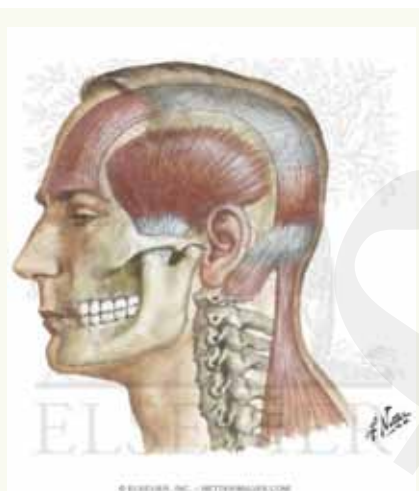


Abb. 2: Anatomie der suboccipital gelegenen tiefen Nackenmuskeln

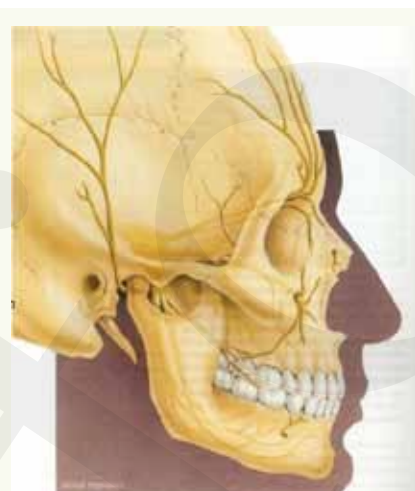


Abb. 3: Verlauf N. trigeminus im Gesichtsbereich

im Bereiche der Zähne wahrgenommen werden. Weder der Augenarzt noch der Zahnarzt finden etwas bei ihren Untersuchungen.

Auf die Wichtigkeit des Anamnesegesprächs wurde bereits hingewiesen. Die erstmalige körperliche Untersuchung darf aber trotzdem nicht vergessen werden auch bei Patienten, die in der Vergangenheit mehrfach von anderen Kollegen untersucht wurden, und auch wenn man davon ausgeht, dass man bei einem primären Kopfschmerz somatisch per definitionem keine Normabweichungen finden wird. Für den Patienten entsteht dabei das Gefühl des Neubeginns einer therapeutischen Aera (möglicherweise nach vorangegangenen frustrierenden Behandlungsversuchen).

## Therapieplan

Es geht hier vorerst um eine Definition der Behandlungsziele. Grundsätzlich gilt «weniger Kopfwehtage und eine verminderte Schmerzintensität». Der Patient sollte den Ablauf seiner Kopfschmerzepisoden genau kennen, damit er weiss, wann er eingreifen soll. Steht aufgrund der Symptomatik eine Migräneattacke an, dann soll mit den Akutmedikamenten nicht zugewartet werden. Die Einnahmeregeln für Triptane sehen folgendermassen aus:

- die 1. Tablette sofort nehmen
  - zwei Stunden warten, wenn nicht besser dann 2. Tablette
  - für das Rest-Kopfweh wenn notwendig ein übliches Analgeticum
- Beim Spannungstypkopfweh, dessen Episoden sich oft wenig genau abgrenzen lassen, bewährt sich die Weisung erst ab VAS 5–6 ein Analgeticum zu nehmen. Leider ist der Wirkungsgrad zu keiner Zeit optimal, man leistet mit dieser Regel aber wenigstens einen Beitrag zur Abwendung eines schmerzmittelinduzierten Kopfwehs.

## Take-Home Message

- ◆ Bei der Diagnosestellung gelten erhöhte Anforderungen hinsichtlich des Anamnesegesprächs
- ◆ Kopfwehpatienten wollen Erklärungen über mögliche Ursachen
- ◆ Klare Informationen über die verordneten Medikamente und den Therapieplan sind wichtig
- ◆ Die körperliche Untersuchung nicht unterlassen auch wenn «nur» ein Spannungskopfweh vorliegt
- ◆ Den Kopfwehverlauf detailliert dokumentieren, wichtig zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

## «Mail-Sprechstunde»

Früher war es die Telefonsprechstunde, die sich aber unseres Erachtens heute im Rahmen einer modernen Praxisorganisation nicht mehr bewährt. Differenzierte Leute, deren Kopfwehgeschichte man kennt, können sehr wohl via Mail sehr präzise berichten, wie es ihnen geht, ob die Medikamente wirken oder ob Nebenwirkungen auftreten, die nicht akzeptabel sind. In Einzelfällen haben wir auch schon die Handy-Nummer mitgegeben, sie wurde nie gebraucht geschweige denn missbraucht.

## Kopfweh und Arbeitsfähigkeit

Angesichts des Fehlens objektiver Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen kommt der Frage, inwiefern die geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen plausibel sind, eine entscheidende Bedeutung zu. Hinweise auf Inkonsistenzen sind wichtig (Diskrepanz zwischen den geschilderten Beeinträchtigungen und den Aktivitäten des täglichen Lebens, vage, wechselhafte und unpräzise Schilderung der Beschwerden, Angabe andauernder Kopfschmerzen, die sich zu keiner Tageszeit bessern und bei denen alle Medikamente zu keiner Entlastung führen). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist sehr schwierig und individuell, es gibt schwere Migräniker und auch Cluster-Patienten welche trotz ihren temporär sehr behindernden Episoden nur wenig Ausfallzeiten am Arbeitsplatz haben. Die Mitarbeit eines erfahrenen Neurologen (auch gegenüber den Fragen der Versicherungen) ist manchmal unumgänglich. Angaben in der Literatur zu diesem Thema sind wenig hilfreich.

Dr. med. Christian Meyer

Mellingerstrasse 1, 5400 Baden  
praxis.neuromeyer@hin.ch

➤ **Interessenkonflikt:** Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

## Literatur:

1. Diener HC. (ed.) Kopfschmerzen. Thieme, Stuttgart; 2003
2. Widder B et al. Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Med Sach 2007;103:132-7
3. Swiss Headache Society. Arbeitspapier/Empfehlungen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Kopfweh. 2015