



Differentialdiagnose Kopfschmerz

Praktisches für den Alltag

2017

Dr. Thomas Günnewig





➤ Formen

- Akut, neu
- Akut, rezidivierend
- Chronisch
- Primär / sekundär





➤ Anamnese

- Schmerzbeginn
- Schmerzdauer
- Schmerzcharakter
- Schmerzepisoden
- Begleitsymptome, vegetativ
- Begleitsymptome, neurologisch
- Verhalten im Schmerz



Untersuchung Kopfschmerz



- **Neurologischer Status, insbesondere Hirnnerven**

- **Messung Blutdruck**



- **Trigemurale NAP**

- **Bulbusdruck- und Bewegungsschmerz**



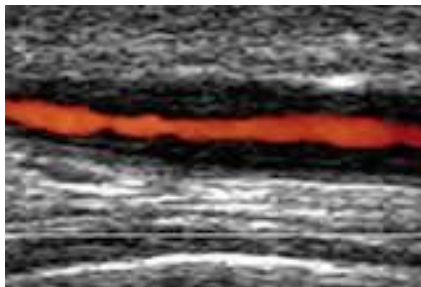
- **HWS – Beweglichkeit und Druckschmerz**

- **Klopf- und Druckschmerz Kalotte**

Untersuchung Kopfschmerz



- **Schmerzen/Knacken bei Kieferöffnung**
- **Mundschleimhaut, Zahnstatus, Kieferokklusion**
- **DS Tragus u. Mastoid, Ohrinspektion, Kopftieflage**
- **Ertasten A. temporalis superfizialis (M. Horton)**
 - **Strangförmig, druckschmerzhaft**
 - **Evtl. gerötet**



Fall 1 - m., 70 J.

➤ Klinik

- Seit 4 Tagen kompletter Visusverlust re. Auge
- Gewichtsabnahme wegen Kieferschmerzen beim Kauen
 - Beendigung der Mahlzeit nach 2 bis 3 Bissen
- Sx occipital bei Kopfauflage im Bett u. Beklopfen der Kalotte

➤ Labor

- BSG 80, CRP 118mg/dl

➤ Biopsie?

➤ Therapie

- Unter Cortison
 - Visus idem, Kauen rasch gebessert, (Interpretation?)
 - Claudicatio masticatoria

Biopsie: Arteriitis bestätigt

Fall 2 - w., 77 J.

➤ Klinik

- Schmerz re. Schläfe
- Bek. Glaukom re., nach Drucksenkung Schläfenschmerz idem
- Zentralarterienverschluss RA vor 3 J. mit Visusverlust
- Bek. rheum. Arthritis, Prednison 5 mg / d, MTX 10 mg / Woche
- Massive Dysäthesie re. Schläfe bei leichter Berührung

➤ Labor

- BSG 45, CRP normal

➤ Biopsie?

Biopsie: Arteriitis bestätigt

➤ Therapie

- Unter Cortison Schläfenschmerz abgeklungen

➤ Diagnose?



Fall 3 - w., 77 J.

➤ Klinik

- **Seit 5 Monaten Visusstörung, rechts Schleiersehen, links erblindet**
- **Zuvor HWS-Syndrom, damals holocephaler / occipitaler KS**
- **Aktuell schmerzfrei**
- **Gewichtsverlust, Nachtschweiß, Müdigkeit**
- **ANA-Titer 1:320 erhöht**
- **Bek. Arthrosen und Spinalkanalstenose und**
- **Diabetische Polyneuropathie mit**
- **Multifaktorieller Gangstörung**

- **Im Vorfeld stat. Malignomausschluss**
 - **CT von Schädel, Thorax, Abdomen**
 - **MRT Kopf**
 - **ÖGD, Abdomensonos**
 - **Chron. Cystitis mit E. coli, therapiert**

Fall 3 - w., 77 J.



- **Aufnahmebefunde**
 - Allgemeinmed. red. AZ, Unterschenkelödeme
 - Neurologisch Optikusatrophy bds.
 - Psychischer Bef. unauffällig
 - BSG 58, CRP 27,4 mg/dl (Norm < 6), ANA-Titer 1:40
 - Leukos 9,6-11,4, BZ 248 mg/dl, U-Status Nitrit 2+

- **Biopsie?**

- **Therapie**
 - Unter Cortison keine Verbesserung

- **Diagnose?**

Biopsie: Arteriitis bestätigt

Fazit Arteriitis temporalis



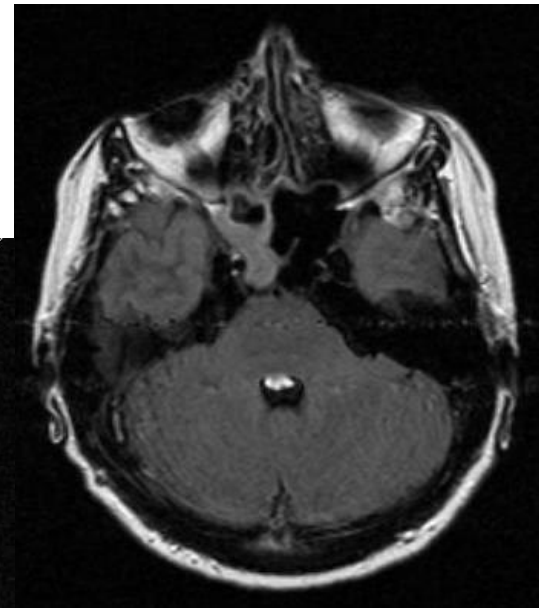
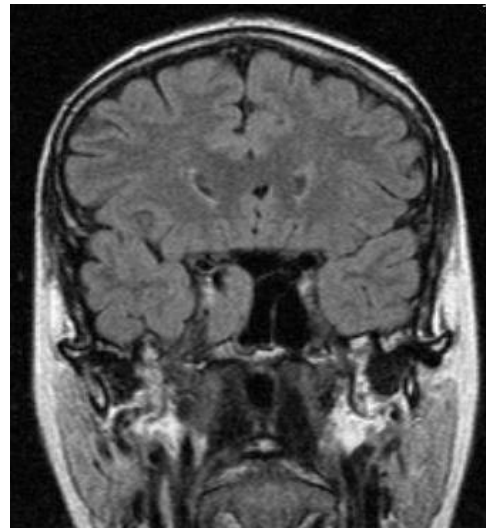
- **Diagnose anfangs mitunter schwierig**
- **Symptome nicht immer typisch**
- **Schmerzfreiheit spricht nicht gegen die Diagnose A. temp.**
- **Schneller Therapiebeginn**
- **Rasche Biopsie**
- **Immunsuppression ist kein absoluter Schutz**

Akuter Kopfschmerz



- 40 J., w.
- Entbindung vor 9 Monaten, stillt, Fuß OP vor 4 Wochen
- Seit 2 Tagen stechender Schläfen KS, NRS 8/10
- Neurostatus o.B., HNO o.B.
- Was nun?
- CRP 26,4 mg/dl, Leukos 12000, D-Dimer 536

- Sinusitis sphenoidalis



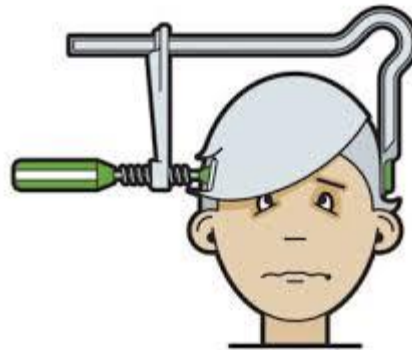
Diagnostik Kopfschmerz (Evidenzklasse)



- **Zerebrale Bildgebung erforderlich, wenn**
 - **Erstmanifestation (A)**
 - **Kopfschmerz mit untypischem Charakter (B)**
 - **Atypischer klinischer Verlauf (A)**
 - **Zunehmender Schmerz oder sich ändernder Schmerzcharakter (B)**
 - **Auftreten neurologischer Symptome/Ausfälle (A)**
 - **Patientenangst vor schwerwiegender Erkrankung, z. B. Tumor (B)**

Chron. Spannungskopfschmerz

- **Kopfschmerz > 15 Tage im Monat, über mind. 3 Monate**
- **Beidseitige Lokalisation, drückend, beengend, nicht pulsierend**
- **Keine Verstärkung durch Körperbelastung**
- **Milde Übelkeit oder Licht- oder Geräuschempfindlichkeit (monosympt.)**
- **Keine andere Ursache**



- **Therapie - Erfolg nach Wochen abschätzen (EK = Evidenzklasse)**
 - **1. Wahl - Amitriptylin 10-150 mg z. N. (EK I)**
 - **2. Wahl - Mirtazapin 15-60 mg z. N. (EK IIa)**
 - **2. Wahl - Venlafaxin 150 mg (EK IIa)**
 - **2. Wahl - Tizanidin 2-10 (18) mg (EK IIa)**
 - **Sonstige: Clomipramin, Imipramin, Sulpirid (jeweils EK IIb)**

S1-Leitlinie DGN, Stand 01/2015

- **Geriatric erfahrungsbasiert**
 - **Trimipramin 3-20 gtt, Aufdosierung je 2-3-5 gtt**
 - **Kraniosakrale Therapie (Osteopathie)**

➤ Nicht medikamentöse Therapien

Evidenz in absteigender Reihenfolge (EK = Evidenzklasse)

- **EMG-basierte Biofeedback-Therapie ist wirksam (EK I)**
- **Entspannungstechniken (PMR) ist sehr wahrscheinlich wirksam**
- **Verhaltenstherapie ist sehr wahrscheinlich wirksam**
- **Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie und möglicherweise auch Manualtherapie sind wahrscheinlich wirksam (EK IIb)**
- **Klassische Akupunktur mit geringer Evidenz für Wirksamkeit (EK IIa)**

S1-Leitlinie DGN, Stand 10/2015

Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerzmitteln

- **Kopfschmerz > 15 Tage im Monat**
- **Übergebrauch von Analgetika über mind. 3 Monate**
- **Schmerzzunahme unter Analgetikaeinnahme**
- **Analgetika an > 10 Tagen im Monat**
- **Opioide, Triptane, Ergotamine, Mischpräparate, Benzos**
- **Besserung nach Entzug innerhalb von 2 Monaten**

S1-Leitlinie DGN, Stand 10/2015

Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerzmitteln



➤ Therapie

- Entzug abrupt für Analgetika u. Triptane
- Entzug ausschleichend für Opioide, Tranquilizer
- Ggf. Ibuprofen bis 800 mg tägl.
- Ggf. ASS iv. 500-1000mg tägl. bei schwerem Schmerz
- Glucokorticoide vermutlich auf Placeboniveau wirksam
- Topiramamat und Botulinumtoxin wirksam bei Pat. mit chron. Migräne und Übergebrauchskopfschmerz

S1-Leitlinie DGN, Stand 10/2015

➤ Geriatrie erfahrungsbasiert

- Ursachenklärung, physikalische Therapie, Trimipramin Trpf.

Migräne



- **Einseitiger Kopfschmerz, akut bis schleichend**

- **Schmerz pulsierend-pochend**
 - **Bei 1/3 holocraniell**

- **Vegetative Begleitsymptome**
 - **Appetitlosigkeit (fast immer),**
 - **Übelkeit (80 %),**
 - **Erbrechen (40–50 %),**
 - **Lichtscheu (60 %),**
 - **Lärmempfindlichkeit (50 %) und**
 - **Überempfindlichkeit bei Gerüchen (10 %).**

Migräne



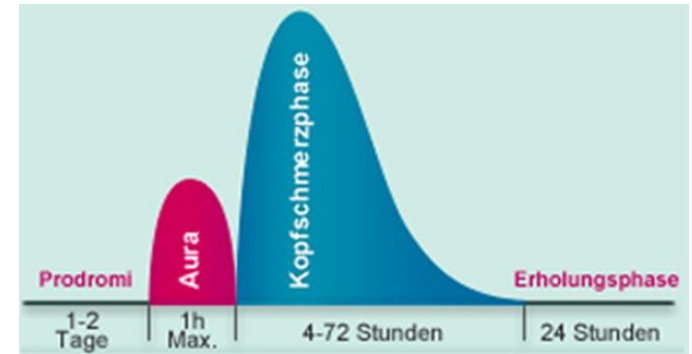
- **Aura vor Schmerzbeginn**
 - Dauer 20 min. bis Std.

- **Im Alter**

- Schwindel als Aura
- KS fehlt in ca. 30% → schwierige Diagnose
- Anamnese: nach Migräne in der Jugend fragen!!!
- Zweitanamnese

- **Cave**

- Migräne Patient und neuer Kopfschmerzerkrankung



Migränetherapie akut



1. Wahl

- ASS-PCM-Coffein Kombipräparat am besten
- 1000 mg ASS oral oder i.v.
- Ibuprofen 400 mg (200-800 mg)

2. Wahl

- Diclofenac 50 bis 100 mg
- Novaminsulfon 1000mg

Triptane wirksamer als 1. und 2. Wahl

- Kürzester Wirkungseintritt Sumatriptan sc.10 Minuten
- Rizatriptan und Eletriptan oral nach 30 Minuten
- Orales Sumatriptan, Almotriptan und Zolmitriptan wirken nach 45–60 Minuten
- Naratriptan und Frovatriptan bis zu 4 Std. bis Wirkungseintritt
- Kombination Triptan / Ibuprofen wirkt besser als die einzelnen Komponenten

Migränetherapie akut



Fallstricke

- Einnahme zu spät
- Dosis zu niedrig
- Magenstase, Prokinetikum erforderlich
 - MCP 10 bis 20 mg
 - Domperidon 20 bis 30 mg
- Orale Gabe frustran
 - rectal
 - parenteral (nasal, sc.)

Migränetherapie prophylaktisch



Indikation

- 3 und mehr relevante Migräneattacken pro Monat
- Migräneattacken länger als 72 Stunden
- Attacken, die auf Therapie inkl. Triptanen nicht ansprechen
- Kontraindikationen für die Einnahme von Triptanen
- Nebenwirkungen der Akuttherapie
- Zunahme der Attackenfrequenz und Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln an mehr als 10 Tagen im Monat
- Komplizierten Migräneattacken mit beeinträchtigenden (z.B. hemiplegischen) und/oder lang anhaltenden Auren

Migränetherapie prophylaktisch



Mittel der ersten Wahl und Procedere

- Propranolol 40 bis 240 mg
- Metoprolol 50 bis 200 mg
- Bisoprolol 5 bis 10 mg
- Flunarizin 5 bis 10mg
- Valproinsäure 500 bis 600mg
- Topiramamat 25 bis 100 mg
- Botulinumtoxin bei chron. Migräne
- Medikamente einschleichend dosieren
- Evaluation der Wirksamkeit = Reduktion der Migränetage um mind. 30–50 % ca. 2 Monate nach Erreichen der tolerierten Höchstdosis



Was für wen?

Migränetherapie prophylaktisch



Nicht medikamentöse Strategien

- Entspannungstraining
- Biofeedback-Training
- kognitive Verhaltenstherapie bzw. Stressmanagement
- Kombination von medizinischen und VT-Maßnahmen

- Ausdauersport empfohlen, Wirkung nicht belegt

- Akkupunktur wirkt, Scheinakupunktur ebenso

Migränetherapie prophylaktisch



Fallstricke

- Einnahme zu kurz, Abbruch vor Wirkeintritt
- Dosis zu niedrig
- Falsche Erwartung bezügl. Attackenreduktion

Migränetherapie prophylaktisch



Unwirksame Therapien

- alimentäre Diäten
- Augen-Laser-Akupunktur
- chiropraktische Therapie
- Kolonhydrotherapie
- Darmspülungen
- Entfernung von Amalgamfüllungen
- Frischzell-Therapie
- Fußreflexmassage
- Gebisskorrektur
- Hypnose
- hyperbare Sauerstofftherapie
- Hysterektomie
- lokale Injektionen Nacken / Kopfhaut
- Magnetfeldbehandlung
- Neuraltherapie
- Ozontherapie
- Psychoanalyse
- Psychophonie
- Sanierung Pilzinfektion Darm,
- Tonsillektomie
- **PFO Verschluss**
- **M. corrugator Ligatur**
- **Homöopathie**

Kopfschmerz als Notfall



- plötzlicher Beginn mit Vernichtungskopfschmerz

- Verdachtsdiagnose
 - SAB
 - Donnerschlagkopfschmerz
 - Vasokonstriktionssyndrom



- kombiniert mit Bewußtseinsstörung
Fieber
Neurologische Symptome

- Verdachtsdiagnose
 - Meningitis
 - Encephalitis
 - Hirnblutung
 - Ischämie



Reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom



- Unklarer Inzidenz, typ. Frauen mittleren Alters
- Spontan, postpartum oder im Zusammenhang mit adrenergen oder serotonergen Substanzen
- Klinik
 - Donnerschlagkopfschmerz isoliert oder mit
 - Neurologischen Defiziten und/oder
 - Fokalen epileptischen Anfällen
- Diagnostik
 - MRT polytope vasculäre Herde / fokale corticale SAB
 - Angiographie multiple Vasospasmen
- DD: Vasculitis, Angiitis, Sinusitis, Meningitis, Drogen
- Therapie
 - ASS???
 - Cortison???
 - Verzicht auf provozierende Substanzen!!!

Schlaganfall – FAST-Test



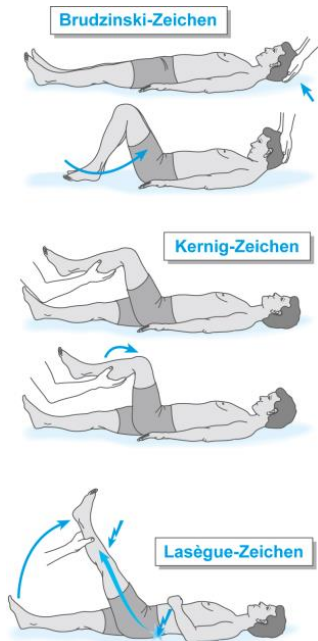
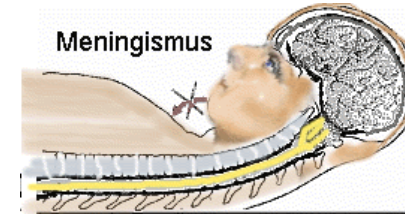
- **F**ace - bitten Sie um ein Lächeln. Das Gesicht wird bei einer Lähmung einseitig verzogen
- **A**rms - Arme nach vorne heben, Handflächen nach oben drehen. Bei einer Lähmung kann der Arm nicht gehoben werden, sinkt nach unten oder die Handfläche dreht nach innen weg
- **S**peech - Der Kranke soll einen einfachen Satz nachsprechen. Bei verwaschener und undeutlicher Sprache oder fehlenden Wörtern oder gestörtem Sprachverständnis, ist das Sprachzentrum erkrankt oder es liegt eine Sprachlähmung vor
- **T**ime – 112 wählen





Klinische Testung - Meningitisverdacht

- Nackensteifigkeit = Meningismus
- Kernig Zeichen – Kniestreckung bei Hüftbeugung unmöglich
- Brudzinski Zeichen - reflektorische Beugung des Kniegelenks bei Nackenbeugung
- Lasegue - Hüftbeugung bei gestrecktem Bein unmöglich
- NAP und Bulbi druckschmerzhaft
- Leitsymptome „Kopfschmerz, Meningismus und Fieber“ nur in etwa 50% erfüllt
- DD akutes HWS-Syndrom



Akute Cephalgie – Meningitis?



- 74 J., m., akuter Kopfschmerz, Emesis
- Guter AZ, Temp. 38,5°C
- Meningismus und Lhermitte leicht ausgeprägt
- DOAK Einnahme
- CRP und Procalcitonin normal
- CCT o.B.

- Lumbalpunktion?
- Therapie?

- Antibiose in der Nacht begonnen
- Am nächsten Morgen leichter Bulbus DS RA, sonst nil
- Procedere?

- Liquorpleozytose 2138/ul, b. Kontrolle nach 7 Tagen 107/ul
- Erregernachweis negativ

Hypnic Headache



- **Diagnostische Kriterien:**
- A. **Dumpfer** Kopfschmerz, der die Kriterien B – D erfüllt.
- B. Kopfschmerz beginnt ausschließlich **im Schlaf** und erweckt den Patienten. Eher kurz andauernd, **mehrfach** in der Nacht
- C. Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden Charakteristika auf:
 - 1. Er tritt wenigstens 15-mal pro Monat auf
 - 2. Er hält mindestens 15 min nach dem Aufwachen an
 - 3. Kopfschmerzbeginn nach dem 50. Lebensjahr
- D. Keine autonomen Symptome und nicht mehr als eines der Begleitsymptome Übelkeit, Photophobie und Phonophobie.
- E. Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.
- **Therapie**
- Abendlicher Kaffeekonsum, Coffein Tbl. Z. N.
- Lithium, cave im Alter

Fazit Kopfschmerz



- **Primäre Cephalgie schmerzt**
- **Secundärer Kopfschmerz gefährdet**
- **Warnzeichen bei Meningitis im Alter nicht verlässlich**
- **Arteriitis temporalis mit „bunter Klinik“**
- **Wiederholte Anamnese z. T. hilfreich**
- **Bei Neumanifestation großzügige Diagnostik**
- **Typische Medikationsfehler bei Migräne**
- **Realistische Therapieziele setzen**

- **Selbsterfahrung gewünscht???**



Oberärzte



Fr. Fluchs



Dr. Mönter



Dr. Thöne