

Primäre Kopfschmerz-Erkrankungen

- **Migräne**
- **Spannungskopfschmerz**
- **Cluster-Kopfschmerz**
- **Andere seltene Kopfschmerzformen**

Symptomatische Kopfschmerzsursachen

- **Hirndruck (Hirntumoren, Hydrozephalus, Sinusthrombose, benigne Hirndruckerhöhung)**
- **Liquorunterdruck (Punktion, spontan)**
- **Gefäßentzündung (Arteriitis temporalis)**
- **Reizung der Meningen (Meningitis, SAB)**
- **Andere Prozesse im Bereich des Schädels (Sinusitis)**
- **Allgemeinerkrankungen**
- **Analgetika-Abusus**
- **Depression**

Migräne: Klassifikation

Migräne ohne Aura

wiederholte Attacken (4 - 72 h) von meist einseitigem Kopfschmerz mit Übelkeit, Erbrechen und Photophobie

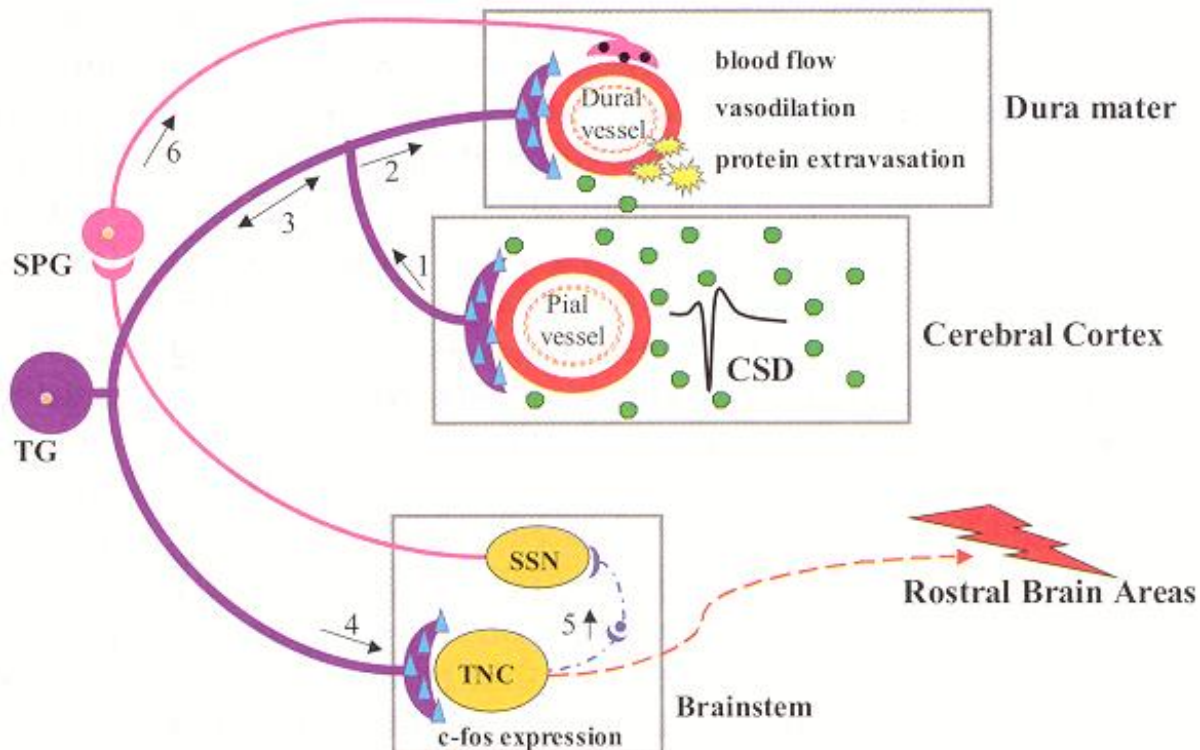
Migräne mit Aura

vorangehende neurologische Symptomatik (Flimmersehen, Skotom, Sens.-störung, Parese, Aphasie; Sonderformen: *vertebrobasiläre M.* mit kortikaler Blindheit, Synkope, Schwindel, Koma, Psychose; *ophthalmoplegische M.* mit 3. HN-Parese; *hemiplegische M.*); *konfusionelle* Migräne mit Verwirrheitszustand

Komplizierte Migräne

Dauer der neurologischen Symptomatik mehr als 7 d

Migräne: Pathophysiologie



1. Genetisch bedingte erhöhte neuronale Erregbarkeit

2. Kortikale *spreading depression* mit Freisetzung von K^+ und Transmittern

3. Sensitivierung trigeminaler Afferenzen mit Impulsleitung zum Trigenimus-Kern und Freisetzung Gefäß-aktiver Substanzen, Plasmaextravasation und Vasodilatation

4. Entstehung einer sterilen perivaskulären Entzündung mit konsekutiver verstärkter Trigenimus-Aktivierung

5. Impulse vom Trigenimus-Kern werden über den Thalamus zum Kortex weitergeleitet

6. Efferente Trigenimus-Fasern verstärken die Vasodilatation

Migräne: Behandlung

Attackenkupierung

20 mg Metoclopramid oder Domperidon
500 - 1000 mg ASS oder Paracetamol
alternativ: Triptan (5-HT_{1B/D}-Agonist)

Prophylaxe

Indikation: > 3/Monat, > 48 h, kompliziert
Substanzen: Beta-Blocker, Flunarizin, Cyclandelat,
Valproinsäure, ASS?, perimenstruell Naproxen

Spannungskopfschmerz

Kopfschmerzcharakteristik

beidseitig, drückend, keine Übelkeit, keine Photophobie

episodisch: 1 - 15 Tage/pro Monat, Dauer: 30 min - 7 Tage

chronisch: > 15 Tage/Monat

Behandlung

Analgetika (Ibuprofen u.a.) bei episodischem SK

Amitryptilin bei chron. SK

nicht-medikamentöse Verfahren

Medikamenten-induzierter Kopfschmerz

- Entstehen nach regelmäßiger Einnahme von Kopfschmerz-Medikamenten (> 15 Tage/Monat)
- Analgetika, Opioide, Triptane
- Unterschiedliche Kopfschmerzcharakteristik (meist beidseitig, dumpf, jedoch auch pulsierend und einseitig)
- Besserung nach Entzug

Behandlung

Vollständiger Entzug (nur Antiemetika, Analgetika in Ausnahmefällen), anschließen ggf. Prophylaxe)

Cluster-Kopfschmerz

- **Kopfschmerzcharakteristik**

Attacken eines streng einseitigen, vorwiegend orbitalen Kopfschmerzes (15 - 180 Minuten; 1 - 8 Attacken pro Tag) verbunden mit Tränen- oder Nasensekretion (episodisch oder chronisch)

Unruhe der Patienten
vermehrt bei Männern

- **Behandlung**

Attackenbehandlung mit Inhalation von Sauerstoff,
Triptan

Prophylaxe mit Decortin oder Verapamil

Arteriitis temporalis



Arteriitis temporalis

Klinisches Bild

Auftreten bei älteren Menschen (90% > 60 J.), allgemeines Krankheitsgefühl, subfebrile Temperaturen, heftiger Kopfschmerz, Visusstörungen, Augenmuskelparesen; Assoziation mit Polymyalgia rheumatica

Labor

BSG > 50 mm; CRP erhöht; nekrotisierende Arteriitis mit mononukleären Infiltraten oder granulomatöse Entzündung mit mehrkernigen Riesenzellen in Temporalis-Biopsie

Therapie

Oral Steroide

Benigne Hirndruckerhöhung

Ältere Bezeichnung: Pseudotumor cerebri

**Benigne Erhöhung des Hirndrucks unklarer Genese;
am ehesten chronisch-venöse Abflussstörung**

**Inzidenz von 1 : 100.000; bei jungen übergewichtigen
Frauen um das 10 - 20 fache häufiger**

**Kopfschmerzen, evtl. mit Übelkeit und Erbrechen, Seh-
störungen (Visusminderung, Gesichtsfeldausfälle**

**Therapie: Wiederholte LP's, Gewichtsreduktion, Diuretika,
lumbo-peritonealer Shunt, bei drohender Erblindung
Optikusscheidenfensterung**