

# Kopfschmerz: Von Rheuma bis Neurochirurgie

**Unter dem Titel «Kopfweg – interdisziplinär» diskutierten Experten am 10. Basler Kopfweg-Symposium Fragen zur Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzen aus dem Blickwinkel verschiedener Fachrichtungen.**

**E**s gibt eine Reihe von Augenerkrankungen, die mit Kopfschmerz einhergehen. Dass Patienten mit Kopfschmerzen einen Augenarzt aufsuchten, sei allerdings die Ausnahme, sagte Dr. Elisabeth Graeff, Oberärztin an der Universitäts-Augenklinik Basel. Dabei können anamnestisch dokumentierte Schmerzen, die vom Auge ausgehen oder zum Auge ziehen oder die im Zusammenhang mit visuellen Anstrengungen auftreten, wichtige diagnostische Hinweise liefern. Graeff nannte als ophthalmologische Kopfschmerzursachen unter anderem Benetzungstörungen der Hornhaut mit Sicca-Symptomatik, Brechungsfehler (v.a. Kurzsichtigkeit oder Fehlkorrekturen) sowie Heterotopie beziehungsweise Heterophorie. In Bezug auf latentes Schielen ist laut Dr. Graeff zu beachten, dass aufgrund der Kompensationsanstrengung Kopfschmerzen eher am Tag auftreten. Bei müden Augen am Abend folgt die Dekompensation hingegen mit Doppelbildern, wobei der Kopfschmerz nachlässt. Beim vergleichsweise selten auftretenden akuten Glaukom ist die Diagnose eigentlich einfach zu stellen – imponiert doch bei der Palpation der steinharte Bulbus im Seitenvergleich. Trotzdem, so Graeff, werde die akute Augenerkrankung zunächst oft verkannt, weil Übelkeit und Kopfschmerz als dominierende Symptome den Arzt auf die falsche Fährte führten und eine Palpation unterbleibe.

## An rheumatische Krankheiten denken

Auch rheumatologische Erkrankungen und (die häufigen) degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen (z.B. Spinalkanalstenose der HWS) können Kopfschmerz hervorrufen. Der Rheumatologe Prof. Haiko Sprott, Chefarzt der Schmerzlinik Basel, gab zu bedenken, dass entzündlich-immunologische Erkrankungen, wie etwa Vaskulitiden, Lupus erythematoses, Sjögren-Syndrom oder Morbus Behçet, eine breite Symptompalette aufweisen. Diese reicht von Allgemeinsymptomen, wie Abgeschlagenheit oder subfebrile Temperaturen, bis hin zu Myalgien, Arthralgien sowie Haut- und Schleimhautveränderungen. Es sei deshalb wichtig, auf Veränderungen an Haut, Gelenken und Augen zu achten, so der Rheumatologe.

## Orthostatische Kopfschmerzen – selten, aber therapierbar

Beim Aufrichten auftretende, sogenannte orthostatische Kopfschmerzen kommen selten vor und sind in der Regel gut behandelbar. Deshalb sollte es nicht versäumt werden, eine orthostatische Komponente zu erfragen, riet Prof. Till Sprenger, Neurologe am Universitätsspital Basel. Die wichtigste Erkrankung mit orthostatischem Kopfschmerz ist das Liquorunterdrucksyndrom. Als Postlumbalpunktionsschmerz ist es leicht zuzuordnen, als spontanes Ereignis schwerer zu fassen, da die anfängliche orthostatische Symptomatik nach einigen Monaten in den Hintergrund tritt oder verschwindet.

Typischerweise können sich die Patienten auch nach längerer Zeit noch sehr genau an die Situation erinnern, in der Kopfschmerz wie aus heiterem Himmel einsetzte und dann nicht wieder verschwand.

Für die Diagnose des Liquorunterdrucksyndroms würden in der bisherigen Klassifikation sehr detaillierte Kriterien gefordert, meinte Prof. Sprenger kritisierend. Die Kriterien werden derzeit überarbeitet und in neuer Version voraussichtlich stark vereinfacht erscheinen. Die therapeutischen Aussichten sind gut. Laut Sprenger ist zunächst ein konservativer Therapieversuch mit 500 mg Koffein per infusionem (über etwa 2 h) gerechtfertigt. Schlägt der Versuch fehl, folgt im Allgemeinen ein «blinder» epiduraler Blutpatch, bei dem patienteneigenes Blut örtlich injiziert wird, das durch Gerinnung die Hirnhautperforation verschliesst. Erst bei Erfolglosigkeit muss das Leck gesucht werden (mittels CT- oder MRT-Myelografie), um einen gezielten epiduralen Blutpatch zu ermöglichen. Fast noch im experimentellen Stadium befindet sich die (CT-gesteuerte) Fibrinkleberapplikation – als Option bei Versagen des Blutpatches. Der chirurgische Verschluss durch Naht oder einen Aneurysmaclip steht erst am Ende der Behandlungsmöglichkeiten.

## Neurochirurgie hilft

Bei sehr schweren, sonst nicht beherrschbaren Kopf- und Gesichtsschmerzen wird schon seit Jahrzehnten auch von neurochirurgischer Seite versucht, den Patienten Linderung zu verschaffen. Tatsächlich stehen eine Reihe von Verfahren zur Verfügung, die Dr. Ethan Taub, Leiter

funktionelle Neurochirurgie am Universitätsspital Basel, vorstellte. Allen Eingriffen gemein ist, dass sie im Einzelfall erfolgreich sein können, hochwertige Studien zum Wirksamkeitsnachweis aber weitgehend ausstehen – meist liegen nur Fallserien mit eingeschränkter Aussagekraft vor.

Bei der Trigeminusneuralgie kommen verschiedene semiinvasive Verfahren in Betracht, nach Meinung von Taub in erster Linie die perkutane Thermokoagulation. Bei diesem Operationsverfahren wird das Ganglion Gasseri über das Foramen ovale punktiert. Beim wachen Patienten versucht der Operateur, durch gezielte Koagulation nur die Algesie, nicht aber die Ästhesie auszuschalten. Vorteil des Verfahrens ist die meist vollständige Schmerzfremheit, der Nachteil besteht in einem partiellen Sensibilitätsausfall.

Die mikrovaskuläre Dekompression kommt allenfalls als letzte Option bei Patienten mit hohem Leidensdruck in Betracht. Nachteile sind die Invasivität und die seltenen, aber schwerwiegenden Komplikationen, die dabei auftreten können wie zum Beispiel die permanente ipsilaterale Taubheit.

Bei Cluster-Kopfschmerzen ist die Nervus-occipitalis-Stimulation (NOS) laut Taub «eine interessante Methode», die aber derzeit noch nicht ausreichend etabliert ist. Bis heute sind zwei Fallserien dokumentiert, die «reelle Effekte vermuten lassen». Eine kürzlich angelaufene randomisierte Studie soll mehr Klarheit schaffen. Eine neue Methode ist die Stimulation des Ganglion sphenopallatinum (GSP), die künftig bei therapieresistentem Cluster-Kopfschmerz eine Rolle spielen könnte. Dabei wird eine mandelgrosse Elektrode in die Fossa pterygopalatina implantiert, deren Spitze an das GSP hinter dem Wangenknochen platziert wird. Sobald sich der Cluster-Kopfschmerz anbahnt, löst der Patient über ein externes Gerät (in der Grösse eines Smartphones) die Stimulation aus, indem er es an die Wange hält – so lange, bis die Schmerzen gelindert sind. Erste Ergebnisse einer Sham-kontrollierten Studie zeigten eine deutliche Schmerzreduktion bei 25 Prozent der Patienten, bei 36 Prozent gingen die Kopfschmerzattacken zurück. Das Verfahren wird voraussichtlich im kommenden Jahr auch in der Schweiz für therapieresistente Patienten angeboten. ●

Uwe Beise

Quelle: 10. Basler Kopfweg-Symposium «Kopfweg – interdisziplinär», 24. Oktober 2013, Universitätsspital Basel.