

Handout 2010

Kopfschmerz-Patient in der Manuellen Medizin Gefahren für den Arzt?

Struktur
Kopfschmerzformen
Gefährliche Kopfschmerzen
RED Flags in der Kopfschmerz-Diagnose

Struktur in der Anamnese

zur Einordnung in die Kopfschmerzformen => Befund => DD => Zusatz-U

Lokalisation:

Können die Kopfschmerzen einer Kopfseite, oder Regionen am/im Kopf zugeordnet werden

Art/Dauer:

Anfallsweise, sich langsam aufbauend, intensiv, aushaltbar, einschränkend, drückend, stechend, bohrend, vernichtend, pulsierend, Sekunden, Minuten, Stunde, Tage dauernd

Häufigkeit/Frequenz:

Täglich, mehrfach pro Woche/Monat +/- bei... häufig, selten, erstmals schlagartig/ plötzlich, seit Wochen, Monaten, Jahren, aktuell zunehmend

Begleitsymptome:

Aura, Prodromi

Erkennen:

Zuordnung zu bekannten Kopfschmerzformen
Gefährlicher Kopfschmerz?

Grundsätzlich:

Beim Leitsymptom Kopfschmerz beruht die klinische Diagnose auf der Anamnese- und Beschwerdeschilderung des Patienten und dem klinischen Befund. => Differenzierung zwischen einem primären / idiopathischen und einer sekundären Kopfschmerzform.

- **Primäre** Kopfschmerzform: Kopfschmerz selbst Erkrankung,
- **Sekundäre** Kopfschmerzform: Kopfschmerz ist Symptom einer zu Grunde liegenden Läsion oder eines Syndromes: Tumor, Trauma, Blutung, Entzündung, and. vask. Läsion

Migräne

häufig

Lokalisation:

Halbseitig, die Seite wechselnd, gelegentlich bds.

Art/Dauer:

Anfallsweise, bis mehrere Stunden, intensiv, pochend

Häufigkeit/

Frequenz:

1x/Woche, Monat; während Mens, Belastung vermehrt...

Begleitsymptome:

- **Aura** (Flimmerskotome, Paresen, Sprechstörungen), Übelkeit, Erbrechen, Lichtscheu, Lärmüberempfindlichkeit
- **Prodromi** ev. Stunden bis 1 Tag vorher unwohl, Schwindel, Müdigkeit, aggressiv

Charakteristika:

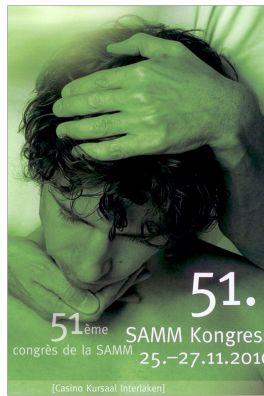
Anfallsartig auftretende Kopfschmerzepisoden. Initial nicht selten diffus, später dann halbseitig. Kopfschmerz intensiv, Dauer viele Stunden mit pulsierendem Charakter, bei körperlicher Anstrengung vermehrt. Oft begleitet von Übelkeit, Erbrechen, Licht-, Lärmempfindlichkeit
+/- Aura (10-20-30 Minuten Dauer) leitet Schmerzen ein. Von mehrmals/Monat bis xMal/Jahr.

Differentialdiagnose:

Atyp. Cluster-Kopfschmerz, atyp. Trigeminusneuralgie, Kombinationen mit Spannungstyp-KS und/ oder ausgebreiteten atyp. Gesichtschmerzen.

Zusatz-Untersuchungen:

Abhängig von Untersuchungsbefunden, die bei Migräne grundsätzlich normal sein sollten.



Kopfschmerz Spannungstyp

häufig

Lokalisation:

Diffus, helmartig, frontalbetont

Art/Dauer:

Drückend erträglich, aber auch bis „Schraubstock“

Häufigkeit/

Frequenz:

Bis mehrmals pro Woche, Ende Woche, oder Wochenende, Stunden bis Tage anhaltend

Begleitsymptome:

Meist am Morgen schon beginnend, bis tagsüber sich aufbauend, oft ab Nackenbereich

Charakteristika:

Dumpfer, drückender, reifen- oder klammerförmiger, teils helmförmiger, diffuser Kopfschmerz, der mehr oder weniger bis täglich vorhanden sein kann. Durch körperliche Anstrengung wird der Schmerz üblicherweise nicht verstärkt. Als Begleitsymptom selten leichte Übelkeit.

Chronifizierung: Durchschnittliche Kopfschmerzfrequenz > 180 Tage/Jahr (>15 Tage/Monat) seit mind. 6 Monaten

Differentialdiagnose:

Bei Persistenz oder Zunahme: Abgrenzung zu anderen primären, aber insbesondere zu sekundären Kopfschmerzen

Zusatz-Untersuchungen:

Abhängig von Untersuchungsbefunden. Üblicherweise sind im neurologischen Untersuch bei Spannungstyp-KS keine pathologischen Befunde erhebbbar.

Gefährlicher Kopfschmerz

Arteriitis cranialis

selten

Lokalisation:

Meist Schläfenbereich (Arteriitis temporalis)

Art/Dauer:

Intensiv, bohrender Dauerkopfschmerz, zunehmend

Häufigkeit/

Frequenz:

Neuartig: über Stunden, Tage, ev. Wochen zunehmend

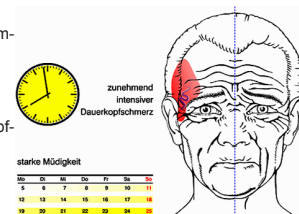
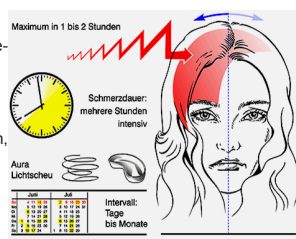
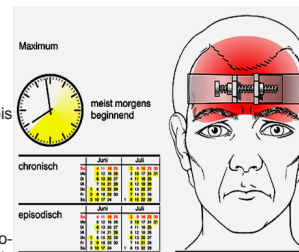
Begleitsymptome:

Ungewohnte Müdigkeit, ev. Gewichtsabnahme, Claudicatio masticatoria 30% (Kaubeschwerden)

Charakteristika:

Ungewohnte, anfänglich lokalisierte, später generalisierte Kopfschmerzen. Besonders häufig, aber nicht ausschliesslich, in der Temporalregion. Anfänglich intermittierende, später andauernde Kopfschmerzen. Begleitend sehr oft allgemeine Müdigkeit, Inappetenz, Gewichtsabnahme, Nachtschweiss, subfebrile Temperaturen. Oft geschlängelte, schmerzhaft, druckdolente Temporalarterie, dumpfer Schmerz auch im Schultergürtelbereich. 30%-70% assoziiert mit Polymyalgia rheumatica.

Klassifikationskriterien: > 50j (70j.), neuartige Kopfschmerzen, abnorme Temporalarterie, BSG > 50mm 1h



Differentialdiagnose:

Takayasu-Arteritis: Autoimmunerkrankung. Granulomatöse Entzündung Aorta+Hauptarterien (Vaskulitis)
 Panarteritis nodosa: Autoimmunerkrankung. Entzündung der kleinen + mittleren Gefäße (perlschnurartig)
 Moschowitz-Syndrom: thrombotisch-thrombozytopenische Purpura, v.a. Gehirn+Nierenkapillaren

Zusatz-Untersuchungen:

Duplexsonographie, Halozeichen (Spezifität 97%, 2005 Schmidt & Blockmans)
 MRI mit Gadolinium noch nicht standardisiert.

Gefährlicher Kopfschmerz Subarachnoidalblutung

sehr selten

Lokalisation:

Diffus

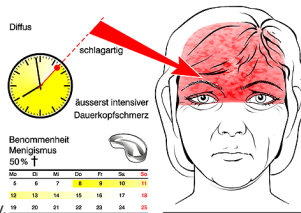
Art/Dauer:

Schlagartig, äusserst intensiv

Häufigkeit/

Frequenz:

Neuartig: über Stunden, Tage, ev. Wochen zunehmend



Gefährlicher Kopfschmerz (akutes) Hirndruck-Sy

sehr selten

Lokalisation:

Je nach Ursache initial lokalisiert => diffus

Art/Dauer:

Je nach Ursache, langsam bis rasch zunehmend, perakut bei Einklemmung äusserst intensiv

Begleitsymptome:

Übelkeit bis Erbrechen (im Schwall), Sehstörungen, Somnolenz bis Sopor => Koma



Charakteristika:

Der Hirndruck, der Druck innerhalb des Schädels, verursacht insbesondere bei rascher Änderung Symptome. Langsame Drucksteigerung durch z.B. Raumforderungen können durch die Liquorräume u/o „Hirnatrophie“ oft länger kompensiert werden.

Kopfschmerz, allenfalls intermittierend bis intensiv, v.a. am Morgen + wechselnd in der Ausprägung, ausser bei Einklemmung: Übelkeit bis Erbrechen (im Schwall), Sehstörungen, Somnolenz bis Sopor => Koma

Differentialdiagnose:

Breit => Ursachen. Pseudotumor Cerebri (DD: Venenabflussstörung, Adipositas per magna). Flottierende Kolloidzyste des 3. Ventrikels (intermittierende Abflussbehinderung aus ev nur einem Seitenventrikel CT)

Zusatz-Untersuchungen:

Je nach Klinik: Bildgebungen, Messverfahren, IPS

Begleitsymptome:

Erbrechen, Meningismus, Bewusstseinsstrübung

Charakteristika:

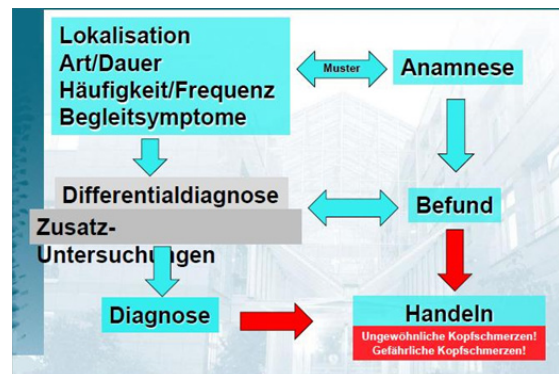
Schlagartig einsetzend, äusserst intensiver Kopfschmerz („Bombe platzt im Kopf“). In den ersten Sekunden allenfalls lokalisiert, dann diffus. Nackensteife typisch. Oft begleitet von Erbrechen, Benommenheit bis Bewusstlosigkeit.

Differentialdiagnose:

Wenn „klar: keine“. Wenn inkomplette Sy: DD: alle KS-Formen. Vorsicht: nach 4-14 Tagen Vasospasmen, weiter Hyponatriämie, Hypovolämie. Ohne Ausschaltung der Blutungsquelle 40% Reruptur

Zusatz-Untersuchungen:

CCT (Sensitivität 95%), MRI, nach 8-10h LP (Xanthochromie), zerebrale Katheter Panangiographie (Blutungsquelle, Th.?)



Gefährlicher Kopfschmerz Meningitis

sehr selten

Lokalisation:

Diffus

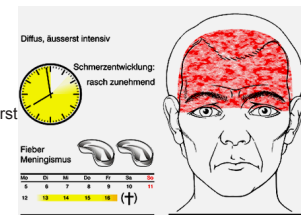
Art/Dauer:

Sehr rasch zunehmend, äusserst intensiv
 => Meningoenzephalitis

Häufigkeit/

Frequenz:

Epidemiologie: Inzidenz/100'000: viral 11?, bakteriell 3?



Begleitsymptome:

Erbrechen, Meningismus, Fieber

Charakteristika:

Viral, bakteriell, andere Mikroorganismen, Medikamente
 Je nach Erreger, innert Stunden rasch zunehmende oder über Tage und Wochen sich verstärkende diffuse Kopfschmerzen. Begleitend Übelkeit und Erbrechen, Lichtscheu, Verwirrtheit, Somnolenz, ev. Hirnnervenausfälle (u.a. Hörstörung).
 Kopfschmerz, Meningismus, Fieber, Bewusstseinsstörung

Differentialdiagnose:

Abzugrenzen gegen andere, schnell bis sehr schnell einsetzende diffuse Kopfschmerzen, insbesondere wenn Klinik inkomplett oft, schwierig. Hirnabszess

Zusatz-Untersuchungen:

Blut, Liquor (wenn Somnolenz, zuerst CT), rasch Therapie, Bildgebungen

Red Flags in der Kopfschmerzdiagnose (KS)

Red Flag	Mögliche DD!		Untersuchungen
Plötzlicher Beginn von massivsten KS	Vaskuläre Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Subarachnoidalblutung SAB • Karotis-, Vertebralis-Dissektion • Aneurysma, Thrombose, Blutung • Zerebrale Venenthrombose • Hypertensive Krise • Reversible Vasospasmen 	Nichtvaskuläre Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Spontane intrakranielle Hypotension/ Hypovolämie • Kolloid-Zyste 3.Ventrikel • Meningitis • Sinusitis (insbesondere Sphenoid) • Husten, Anstrengungs-KS (inkl. sexueller Anstrengungs-KS) • Primäre idiopathische plötzliche vernichtende KS 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT • Blutuntersuchungen • LP (nach MRI oder CT)
Kontinuierliche Verschlechterung von vorbestehenden KS	<ul style="list-style-type: none"> • Raumforderung • Subduralhämatom • Medikamenten Übergebrauch 		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT
KS, zunehmend oder neu bei: <ul style="list-style-type: none"> • Karzinom • HIV • Systemischer Krankheit (Fieber, Nackensteifheit, Hautausschlag) 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningitis • Enzephalitis • Lyme Borreliose • Systemische Infektion • Kollagenose • Arteriitis 		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT • Blutuntersuchungen • Biopsie • LP (nach MRI oder CT)
Fokale neurologische Symptome und Befunde u/o typische visuelle oder sensorische Aura	<ul style="list-style-type: none"> • Raumforderung • AVM (Art.Ven.Malf.) • Kollagenose (Vaskulär) 		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT • Blutuntersuchungen • Suche nach Kollagenose
Papillenödem	<ul style="list-style-type: none"> • Raumforderung • Hirndruck • Enzephalitis • Meningitis 		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT • Blutuntersuchungen • LP (nach MRI oder CT)
Trigger durch: <ul style="list-style-type: none"> • Husten • Anstrengung • Valsalva 	<ul style="list-style-type: none"> • Subarachnoidalblutung SAB • Raumforderung 		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT • LP (nach MRI oder CT)
KS während der Schwangerschaft oder post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Kortikale Venen- oder Sinusvenen-Thrombose • Karotis-,Vertebralis-Dissektion • Hypophysen-Infarkt 		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • MRI/ CT

Samm 2010
Modifiziert nach: Lipton et al 2008