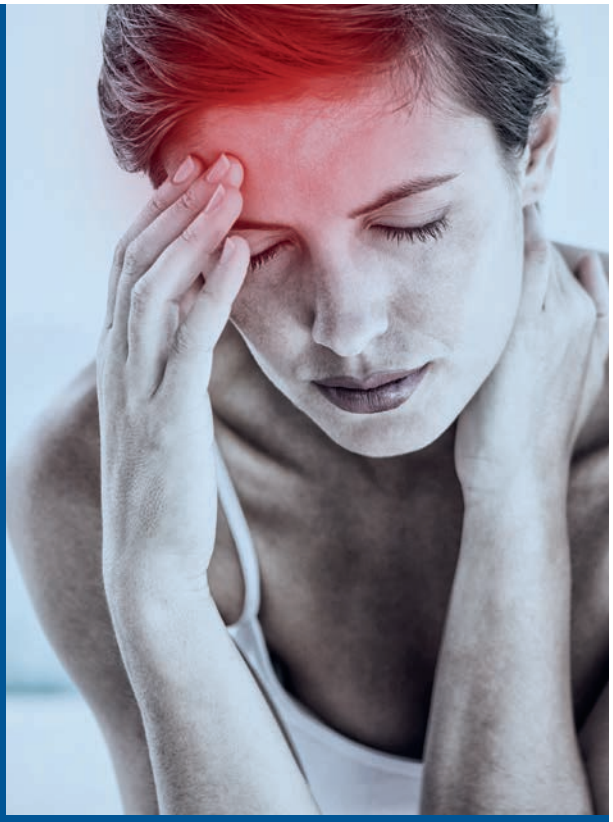
Der besondere Fall

Schwierige Differenzialdiagnose

Der episodische Kopfschmerz einer jungen Frau erfüllt die diagnostischen Kriterien einer Migräne ohne Aura. Nach 20 Jahren wird der Kopfschmerz nun anders behandelt – mit Erfolg!

Von Dr. Kathrin Hanke-Arning

Migräne oder Migräne-Mimic?



Eine 40-jährige Frau leidet seit dem 19. Lebensjahr unter episodisch auftretenden Kopfschmerzen, die typischerweise in Erholungsphasen nach körperlicher oder psychischer Anspannung auftreten, dies in unregelmäßigen Abständen und in wechselnder Häufigkeit, bis zu einmal wöchentlich, mindestens einmal in zwei Monaten, nicht an den Zyklus gebunden. Die holozephalen Schmerzen stechend-pulsierenden Charakters erreichen die Stärke von 8/10 auf der numerischen Rating-Skala, sie nehmen unter körperlicher Aktivität deutlich zu, zwingen zu körperlicher Ruhe und gehen mit Übelkeit und Erbrechen sowie Photo- und Phonophobie einher.

Durch die Einnahme von Ibuprofen 400 mg wird Schmerzfreiheit erreicht, unbehandelt dauert die Episode etwa 8 Stunden.

Diagnostik

Die ausführliche klinisch-neurologische Untersuchung bleibt ohne Nachweis einer Störung am Nervensystem. Damit erfüllt die Symptomatik gemäß Internationaler Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen ICHD-3 der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft IHS die Kriterien einer Migräne ohne Aura (1). Auf weitere apparative Diagnostik wird bei eindeutiger Migräne-Diagnose gemäß Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verzichtet (2). Die medikamentöse Therapie mit NSAR ist leitliniengerecht und suffizient, Triptane wurden bei ausreichender Wirksamkeit von NSAR nicht eingesetzt (2). Nebenbefundlich wird ein ausgeprägter muskulärer Hartspann im Bereich der Schulter- und Nackenmuskulatur beidseits mit linksseitiger Betonung nachgewiesen, dessen Palpation eine Schmerzprovokation hervorruft. Muskuloskelettale Dysfunktionen haben bei Migränepatienten ja eine hohe Prävalenz (3) und sind signifikant häufiger als bei kopfschmerzfreien Kontrollpersonen (4). Bei unserer Patientin fällt außerdem eine Fehlhaltung in Form hängender Schultern auf. Zur Anamnese ist noch erwähnenswert, dass die Patientin neben Studium und Beruf intensiv Querflöte spielte, die Kopfschmerzen hätten in zeitlichem Zusammenhang mit Intensivierung des Musizierens, täglich mehrstündigem Üben und zahlreichen Auftritten begonnen, sie seien im Verlauf in der oben beschriebenen Form immer wieder episodisch aufgetreten.

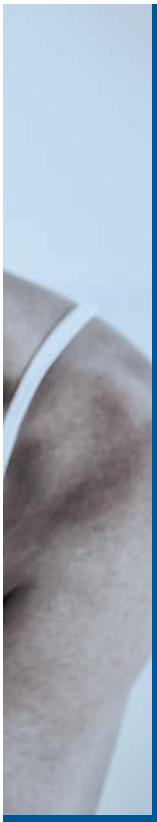
Die Patientin beschreibt einen periodischen Ablauf von muskulären Problemen und Kopfschmerz mit zunächst zunehmender Ausprägung des Hartspanns abhängig von körperlicher Belastung durch das Üben und zusätzlich durch die Anspannung bei Auftritten, die Verspannung habe sich je nach Anspannung schneller oder weniger rasch aufgebaut, die Patientin habe das nicht kontrollieren können. In der Phase der Anspannung habe sie noch keinen Kopfschmerz bemerkt, die Kopfschmerzen hätten sich erst in der nachfolgenden Erholungsphase eingestellt, parallel zur Lösung der Verspannung. Dieser Verlauf mit episodischem Auftreten von Kopfschmerzen in der Entspannungsphase nach starker Anspannung ist mit einer Migräne gut vereinbar, zumal auch die übrigen diagnostischen Kriterien für eine Migräne ohne Aura hier voll erfüllt sind (Tab.).

Wegen des engen Zusammenhangs zwischen Muskelhartspann und Kopfschmerzepisoden wird nun das muskuläre Problem intensiv behandelt, zum einen mit Wärmeanwendungen und Physiotherapie zur Rückbildung der Verspannung und Korrektur der Fehlhaltung, zum anderen mit progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson; die Patientin erlernt die Methode und wendet sie regelmäßig an. Darunter werden die Schmerzen durch den Löseprozess des Muskelhartspanns vorübergehend häufiger, die Patientin hat initial sogar täglich Schmerzen, ehe es zu einer Besserung kommt; inzwischen ist sie aber frei von Kopfschmerz-Episoden, solange sie es schafft, die verankerten Muster der Fehlhaltung erfolgreich zu korrigieren.

Diskussion

Auch in Kenntnis des Therapieerfolgs durch Physiotherapie und Jacobson-Entspannung liegt nach der ICHD-3-Klassifikation formal eine Migräne ohne Aura vor. Selbst das Kriterium E „Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose“ (s. Tabelle) ist erfüllt, denn ein Kopfschmerz durch zerviko-myofasziale Schmerzen ist in der Klassifikation nicht als Diagnose aufgeführt. In der Einleitung zu Abschnitt 11 der Klassifikation „Kopf- oder Gesichtsschmerzen zurückzuführen auf Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund und anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen“ heißt es

© AdobeStock – vectorfusionart



Tab.: Diagnostische Kriterien der Migräne ohne Aura. Nach (1)

A. Mindestens fünf Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen

B. Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4 bis 72 Stunden anhalten

C. Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden vier Charakteristika auf:
   1. einseitige Lokalisation
   2. pulsierender Charakter
   3. mittlere oder starke Schmerzintensität
   4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen) oder führt zu deren Vermeidung

D. Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines:
   1. Übelkeit und/oder Erbrechen
   2. Photophobie und Phonophobie

E. Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose

zwar: „Erkrankungen der Halswirbelsäule und anderer Strukturen des Halses und des Kopfes wurden nicht selten als die häufigste Ursache von Kopfschmerzen überhaupt angesehen, da viele Kopfschmerzen ihren Ursprung in der Hals-, Nacken- oder Okzipitalregion haben oder dort lokalisiert sind.“ Allerdings sei es aufgrund der Vielfalt der in diesem Kapitel dargelegten ursächlichen Grunderkrankungen schwer, feste allgemeine Kriterien für auf sie zurückgeführte Kopfschmerzen zu definieren. Im Unterabschnitt 11.2.1 „Zervikogener Kopfschmerz“ wird das zerviko-myofasziale Schmerzsyndrom zwar erwähnt, aber nicht als eigenständige Diagnose: „Wenn dies die Kopfschmerzursache ist, sollte der Kopfschmerz wahrscheinlich als Kopfschmerz vom Spannungstyp kodiert werden.“

Der Kopfschmerz dieser Patientin erfüllt keines der Kriterien eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp. Weiter wird hier auf den Anhang zur Klassifikation verwiesen, der Kopfschmerzentitäten enthält, die bisher durch wissenschaftliche Studien nicht ausreichend validiert sind. In diesem Anhang ist ein „Kopfschmerz, zurückzuführen auf ein zervikales myofasziales Schmerzsyndrom“ erwähnt; das myofasziale Schmerzsyndrom und seine Beziehung zu sogenannten „Triggerpunkten“ sei aber umstritten, so ein Kommentar zu diesem Syndrom im Anhang der Klassifikation.

Zusammengefasst wird das myofasziale Schmerzsyndrom zwar als eine mögliche Ursache von Kopfschmerzen erwähnt, es ist in der ICHD-3-Klassifikation aber nicht als Kopfschmerz-Diagnose aufgeführt, da diagnostische Kriterien bisher nicht durch wissenschaftliche Daten validiert sind.

Schmerzanalyse

Wie ist nun der Kopfschmerz unserer Patientin einzuordnen? Die Differenzierung zwischen Migräne und zervikogenem Kopfschmerz ist oft schwierig (5). Die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen ICHD-3 ist die Basis für die Diagnose. Wie aus dem Anhang der Klassifikation aber schon erkennbar wird, gibt es Kopfschmerzarten, die in der Klassifikation noch nicht aufgelistet sind, weil für deren Definition keine ausreichende Evaluation vorliegt. Und es gibt Patienten, bei denen verschiedenartige Kopfschmerzen parallel auftreten.

Deshalb ist es Aufgabe der Neurologie, durch sorgfältige Schmerzanalyse die Kopfschmerzart (oder -arten) zu erkennen und ein geeignetes Therapiekonzept zu entwickeln. In diesem Fall besteht jedenfalls ein enger Zusammenhang zwischen Muskelverspannungen und Kopfschmerz. Möglicherweise setzen Triggerpunkte der Kopf-, Nacken- und Schultermuskulatur einen peripheren nozizeptiven Mechanismus in Gang, der zu Veränderungen im zentralen Nervensystem führen und Kopfschmerzen auslösen kann, die eine Migräne imitieren. Betroffen ist in diesem Fall die Schultermuskulatur, insbesondere der M. trapezius, beteiligt sind auch die kleinen Nackenmuskeln sowie die Gesichts- und Kaumuskulatur; die Patientin berichtet vom Auftreten der Kopfschmerzen auch nach länger dauerndem Kaugummi-Kauen oder nach langer Anspannung der Gesichtsmuskulatur.

Der Blick ins „Kleingedruckte“ der ICHD-3-Klassifikation führt schließlich zur möglichen Klärung dieses besonderen Falls, bei dem die Behandlung eines muskulären Problems Migränesymptome beseitigen konnte: In Anmerkung 5 zum zervikogenen Kopfschmerz (ICHD-3 Nr. 11.2.1) findet sich der Satz: „Bei einem zervikogenen Kopfschmerz können migränöse Charakteristika wie Übelkeit, Erbrechen und Photo-/Phonophobie vorliegen, wenngleich generell in geringerem Umfang als bei Migräne.“

Besonders erwähnenswert erscheint in diesem Fall der periodische Verlauf mit Aufbau von Muskelverspannungen in der Stresssituation, in dieser Phase noch ohne Kopfschmerzen, und das Auftreten der Schmerzen erst mit Lösen der Anspannung. Eindrucksvoll ist auch, dass die Patientin mit Entspannungsübungen nach Jacobson direkt Einfluss auf die Anspannung der Muskulatur nehmen kann und gleichsam mithilfe dieses Verfahrens eine gewisse Kontrolle über den Spannungszustand der Muskulatur erlernt hat. So ist es ihr möglich geworden, durch die Anwendung der Muskelrelaxation auch in Phasen mit viel Stress die Entwicklung muskulärer Verspannungen zu vermeiden.

Kausale Therapie

Vielleicht ist das hier beschriebene Kopfschmerz-Syndrom gar kein „besonderer Fall“, sondern kommt häufiger vor als angenommen; allein die zunehmende Smartphone-Nutzung in ungünstiger Haltung von Kopf und Schultern begünstigt muskuläre Dysbalancen, die bei einem Teil der Betroffenen ähnliche Kopfschmerzen entstehen lassen könnten. Das Wissen um diese Pathophysiologie ermöglicht eine zielgerichtete, sogar kausale Behandlung der Kopfschmerzen und die Vermeidung häufiger Schmerzmitteleinnahmen, die ja außer den Nebenwirkungen der einzelnen Substanzen bekanntermaßen zum „Kopfschmerz, zurückzuführen auf einen Medikamentenübergebrauch“ (ICHD-3 Nr. 8.2) führen können (6).

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Interessenkonflikte: keine

Dr. Kathrin Hanke-Arning
Fachärztin für Neurologie
Spezielle Schmerztherapie
Moorhof 2 d, 22399 Hamburg
E-Mail: *arning@neuro-ultraschall.de*