

13 Schmerzsyndrome im Kopf- und Gesichtsbereich

13.1 Vorbemerkungen

Oft sind Schmerzen das einzige Symptom, zumindest das Leitsymptom. Der Arzt muss vielfach aus der exakten Schilderung des Schmerzbildes allein seine ätiologisch-diagnostischen Schlüsse ziehen und wird sich im Besonderen auf dieses allein stützen müssen, wenn der objektive Untersuchungsbefund normal ist. In besonderem Maße ist dies bei Kopfschmerzen der Fall.

Die Analyse eines Schmerzsyndroms geschieht in erster Linie nach seiner Lokalisation, im Weiteren nach seinem zeitlichen Ablauf, seiner Qualität, den auslösenden oder lindernden Faktoren, dann nach etwaigen Begleiterscheinungen und Auswirkungen und schließlich nach objektiven Untersuchungsbefunden.

Kopf- und Gesichtsschmerzen sind in der Regel nicht von objektiven pathologischen Untersuchungsbefunden oder von Anomalien in den Hilfsuntersuchungen begleitet. Ihre Differenzialdiagnose muss sich deshalb in besonderem Maße auf eine exakte Anamnese stützen. Selbstverständlich müssen dann auch eine genaue körperliche Untersuchung und die Erforschung der Lebenssituation und der psychologischen Aspekte erfolgen.

Für eine kurze Orientierung sei auf die Tab. 13.1 verwiesen, bei welcher von der Lokalisation und der Phänomenologie ausgegangen wird. Im Einzelnen wird man dann zunächst aufgrund der Schmerzlokalisierung differenzieren, im Weiteren aufgrund der zeitlichen Elemente.

13.2 Schmerz im Bereich der Kalotte, Schläfe und Hinterhauptsregion

13.2.1 Diffuser beidseitiger Schmerz

Bei dem Schmerz ist vielleicht eine Zone bevorzugt, aber der Schmerz ist nicht eigentlich lokalisiert.

■ Diffuse Schmerzen seit einem Jahr oder mehreren Jahren

Diffuse Schmerzen ohne neurologische Symptome bestehen seit einem Jahr oder mehreren Jahren. Sie können zwar u. U. zeitweilig an Intensität zunehmen, aber alles in allem finden sich keine dramatische Intensivierung und keine zusätzlichen Phänomene oder Anfälle. Es kann sich handeln um:

Schmerzepisoden. Diese können Stunden oder Tage dauern und mit beschwerdefreien Perioden abwechseln. Der Neurostatus ist definitionsgemäß bei dieser Gruppe normal. Fast immer wird es sich um einen Spannungstyp-Kopfschmerz handeln (Abb. 13.1).

Diffuses Dauerkopfweg. Ein diffuses Dauerkopfweg, seit Jahren bestehend, kommt selten auch vor. Man denke an eine Cephalaea continua, die in diagnostisch verwertbarer

Weise auf Indometazin anspricht. Dies kann zwar einer harmlosen vasomotorischen Form entsprechen, verpflichtet aber zu besonders sorgfältiger Suche nach anderen Ursachen (auch beim Fehlen zusätzlicher Phänomene und Ausfälle). Im Besonderen sollen eine chronische Hirndrucksteigerung und ebenso eine chronische Meningopathie ausgeschlossen werden. Des Weiteren gibt es ein tägliches Kopfweg in Zusammenhang mit einer Infektion, im Besonderen einer Epstein-Barr-Infektion, das etwa während eines Jahres bestehen kann und bei welchem das Virus aus dem Rachen gewonnen werden kann. Auch ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz kommt infrage.

■ Diffuse Schmerzen seit Jahren, Zunahme an Intensität oder Häufigkeit

Diffuse Schmerzen bestehen seit Jahren, haben aber an Intensität oder an Häufigkeit zugenommen, weisen aber keine zusätzlichen Phänomene oder Ausfälle auf:

Spannungstyp-Kopfschmerz. Es kann sich dennoch um einen Spannungstyp-Kopfschmerz (s. o.) handeln (episodisch oder als Dauerkopfschmerz), wobei exogene Momente oder patientenspezifische Faktoren zur Verschlechterung ge-

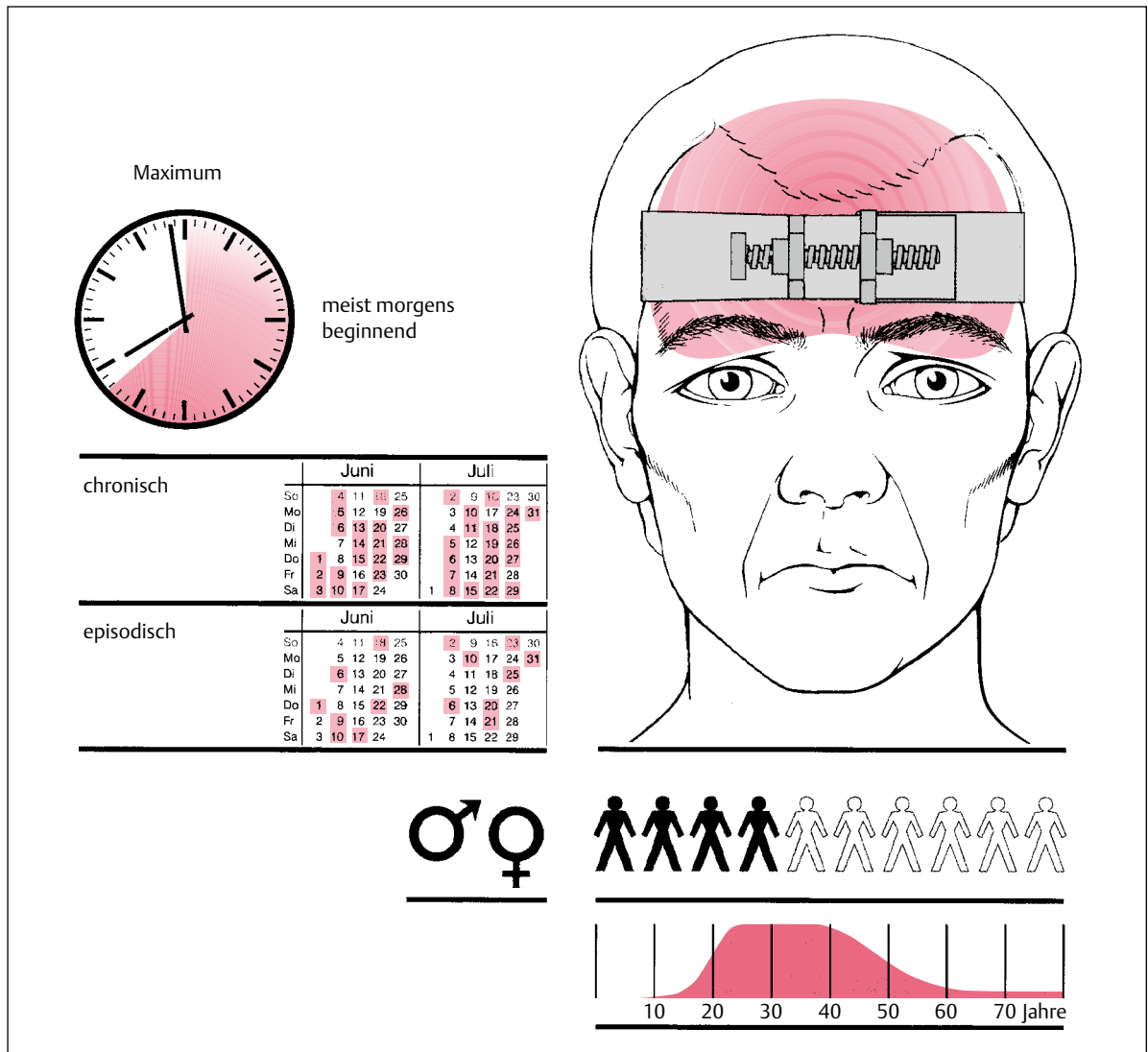


Abb. 13.1 Spannungstypkopfschmerz. Synoptische Darstellung (Quelle: Mumenthaler M, Daetwyler Ch. Kopfschmerz interaktiv. Abteilung für Unterrichtsmedizin [AUM-IAWF] der Medizinischen Fakultät der Universität Bern 2001).

führt haben. Diesen Elementen ist dann besondere Beachtung zu schenken.

Intrakranieller Prozess. Es kann andererseits ein progredienter organischer intrakranieller Prozess vorliegen. Er wird wohl gutartig sein, da er sonst nicht seit Jahren Symptome machen würde. Vor allem kommt eine chronische Steigerung des intrakraniellen Druckes infrage, z.B. ein Hydrozephalus bei progredienter oder intermittierender Störung des Liquorabflusses.

Folge von Intoxikationen. Gewisse symptomatische Kopfschmerzen kommen bei Intoxikationen vor (z.B. Blei) oder Medikamentenmissbrauch (Brom, Lithium, Dihydroergotamin und andere Analgetika, dann als analgetika- bzw. medikamenteninduzierter Kopfschmerz).

■ Diffuse Schmerzen seit Jahren mit zusätzlichen Phänomenen

Diffuse Schmerzen bestehen seit Jahren und sind von zusätzlichen Phänomenen oder Ausfällen begleitet. In erster Linie wird die Natur dieser Letzteren bei der weiteren Differenzierung helfen:

Echte Migräne. Die Kopfschmerzepisoden sind zwar diffus, aber von Übelkeit und/oder Erbrechen, selten von Flimmerskotomen oder evtl. von vorübergehenden neurologischen Ausfällen begleitet. Dies spricht für eine echte Migräne, die durchaus auch einmal diffuse und nicht halbseitige Kopfschmerzen verursachen kann.

Tabelle 13.1 Differenzialdiagnostik der Kopf- und Gesichtsschmerzen, ausgehend von Lokalisation und Phänomenologie.

Lokalisation	Zeitlicher Rahmen		Qualität	Auslösung	Begleitscheinungen	Befunde	Diagnose	Bemerkungen	
	Beginn	Dauer							
± diffus Kopf (ohne Gesicht, aber inkl. Augen-Schläfen-Region)	„schlag“artig, innerhalb Sekunden	Episode(n) tagelang, abklingend	unerträglich intensiv	evtl. Pressen	Erbrechen, Benommenheit	Meningismus	Subarachnoidalblutung	Lumbalpunktion	
		Minuten bis Stunden	stechend, sehr intensiv	bei Husten, Pressen	-	normal	Hustenkopfwöh	geleg. Raumforderung, hintere Schädelgrube	
		Minuten	sehr intensiv, frontotemporal	intensiver Kältereiz (Eis)	-	normal	Ice-Cream-Headache		
	sehr rasch (innerhalb weniger Minuten)	Stunden bis Tage	sehr intensiv	Koitus	-	leichter Meningismus	Koitus-Kopfwöh – Migraine méningée	DD zu Subarachnoidalblutung	
		Minuten bis Stunden	sehr intensiv	evtl. Lagewechsel, Pressen	evtl. Erbrechen	evtl. Hirndruck	Liquorabflussbehind. intermitt.	evtl. halbseitig	
		meist weniger als 15 Minuten	sehr intensiv	evtl. tyraminhaltige Speisen	Übelkeit, evtl. Gesichtsrötung	Blutdruckanstieg	anfallsartige Blutdruckerhöhung (Phäochromozytom, Hot-Dog-Head, Chinarestaurant-Syndrom)	DD hypertensive Krise	
	rasch (Minuten bis etwa ½ Stunde)	Stunden bis Tage	zunehmende Intensität	sehr intensiv	-	Erbrechen, Krampfanfälle	Fundusveränderungen, hoher Blutdruck	hypertensive Krise	
		Tage	zunehmende Intensität	sehr intensiv	-	oft Erbrechen, evtl. Krampfanfall	Herdsymptome, oft Blutdruckerhöhung	intrazerebrales Hämatom oder intrazerebell. Hämatom	evtl. halbseitig
		Tage	zunehmende Intensität	sehr intensiv	Wochenbett, Ovulationshemmer, Infekte	Erbrechen, Benommenheit, Epilepsieanfälle	Herdbefunde, Xanthochrom. in Lumbalpunktion	Venenthrombose, zerebrale	
		Stunden bis Tage	konstant intensiv	intensiv	Orthostase, Aufsitzen	akute neurologische Ausfälle	Herdbefund	Verschluss großer (intra-)kraneller Arterien	evtl. lokalisiert

Fortsetzung Tabelle 13.1

Lokalisation	Zeitlicher Rahmen			Qualität	Auslösung	Begleitscheinungen	Befunde	Diagnose	Bemerkungen
	Beginn	Dauer	Besonderh.						
Kopf (ohne Gesicht, aber inkl. Augen-Schläfen-Region)		je nach Körperstellung	im Sitzen oder besonders im Stehen auf-tretend bzw. zunehmend	zunehmend intensiv	-	Übelkeit	Liquordruck niedrig bei LP	Liquorunterdrucksyndrom	Verschwinden beim Abliegen und bei Druck auf Jugularvene
	allmählich (im Verlauf von Stunden bis Tagen)	Stunden bis Tage	oft wiederkehrend	dumpf, tiefsitzend, quälend,	Alkohol, Stress	-	normal	vasomotorisches Kopfwesch	seit Jugend, evtl. post-traumatisch, meist ältere Patienten
		Stunden bis Tage	am Morgen, abnehmend am Tag	dumpf, tiefsitzend, oft okzipital betont	-	-	Blutdruck erhöht	Kopfwesch bei Hypertonie	
		zunehmend bis schließlich Dauerkopfwesch	-	dumpf, quälend	-	Allgemeinkrankheit	Meningismus, Fieber	Meningitis, Meningosis neoplastica	Lumbalpunktion pathologisch
		zunehmend bis schließlich Dauerkopfwesch	-	dumpf, quälend	durchgemachte Infektionskrankheit	-	kein Meningismus, kein Fieber	postinfektiöses Kopfwesch	Lumbalpunktion normal
		zunehmend bis schließlich Dauerkopfwesch	-	dumpf, tiefsitzend	zunehmend beim Pressen	evtl. Erbrechen, psychisches Syndrom	Hirdbefund, Hirndruckzeiten	Raumforderung, intrakranielle	
		mehr oder weniger Dauerkopfwesch	-	dumpf, tiefsitzend	Schädeltrauma	-	normal	posttraumatisches Kopfwesch	zunehmend bei Sonnenbestrahlung + Alkoholgenuss
		zunehmend bis schließlich Dauerkopfwesch	-	dumpf	exogen-toxisch	je nach Ätiologie	je nach Ätiologie	toxisch, z. B. CO, Blei, Brom, Ovulationshemmer	
		tagelang (abklingend)	einmalig	sehr intensiv	-	evtl. Benommenheit	evtl. Herdsymptome	vaskulärer intrazerebr. Prozess, z. B. Angiom, Aneurysma	vgl. Subarachnoidalblutung
	lokalisiert: hemikraniell								

Tabelle 13.1 Fortsetzung

Lokalisation	Zeitlicher Rahmen		Qualität	Auslösung	Begleitscheinungen	Befunde	Diagnose	Bemerkungen
	Beginn	Dauer						
Gesicht und Hals	sehr rasch (innerhalb weniger Minuten)	Minuten bis Stunden	sehr intensiv	evtl. Lagewechsel, Pressen	evtl. Erbrechen	evtl. Hirndruck	Liquorabflussbehinderung aus einem Seitenventrikel	
	rasch (Minuten bis etwa 1/3 Stunde)	Tage	sehr intensiv	-	oft Erbrechen, evtl. Krampfanfall	Hertsymptome, oft erhöhter Blutdruck	intrazerebrales Hämatom	
	temporal-retroorbita stets gleiche Seite I	1/3-2 Stunden	unertürlich intensiv, temporal und retroorbital	-	Auge tränt, Nase fließt oder verstopft	Rötung von Auge und Gesicht	Cluster-Kopfschmerz (Erythropsopalgie, Horton-Neuralgie)	Fahrplan, stets gleiche Seite
	Auge und Schläfe, führt zu Hemikranie	Stunden	meist einmalig dumpf	evtl. Mydriatika	Erbrechen, trübes Sehen, einseitig	weite Pupille, harter Bulbus	Glaukomanfall	
	Schläfe, führt zu Hemikranie (Seite wechselt)	Stunden, selten Tage	sehr intensiv, z. T. scharf	Menses, Stress, Wetterwechsel, Ovulationshemmer	Erbrechen, evtl. Flimmerskotom	normal, außer bei Migraine accompagnée	echte Migräne	seit Jugend, Seite wechselt
	Nacken und okzipital, führt zu Hemikranie	Stunden bis Tage	immer wieder dumpf bohrend	evtl. Schleudertrauma, evtl. lange gleiche Kopfhaltung	evtl. Tortikollis, evtl. Brachialgie	Dolenz Nacken, verminderte Beweglichkeit	Kopfweg bei Zervikalspondylose; Migraine cervicale	Röntgen nicht überschätzen
	diffus halbseitig	Stunden bis Dauerschmerz	dumpf, bohrend, tief	oft nach Gewalteinwirkung, Zahnextraktion	-	normal	atypische Gesichtsnervalgie	oft Frauen, DD Karotidodynie
	lokalisiert Schläfe bis hemikraniell	zunehmend häufig bis Dauerschmerz	dumpf, intensiv	-	schlechter Allgemeinzustand, Krankheitsgefühl	dolente A. temporalis	Arteritis temporalis (cranialis)	hohe Blutsenkung, schlechter Allgemeinzustand, immer ältere Pat.
	Gesicht	zunehmend häufig bis Dauerschmerz	dumpf, Druckgefühl, evtl. intensiv	je nach Ätiologie	je nach Ätiologie	je nach Ätiologie	otorhinologische und dentogene Schmerzen	Grundaffektion suchen

Tabelle 13.1 Fortsetzung

Lokalisation	Zeitlicher Rahmen		Qualität	Auslösung	Begleiterscheinungen	Befunde	Diagnose	Bemerkungen
	Beginn	Dauer						
Gesicht und Hals	allmählich	zunehmend häufig bis Dauerschmerz	dumpf, stechend	–	–	Sensibilitätsausfall	symptomatische Gesichtsnervalgien, z. B. Trigeminus	
	schlagartig	Dauerschmerz	reißend	–	Horner-Syndrom evtl. Hemiparese Gegenseite	Strömungsgeräusch Hals	dissezierendes Aneurysma carotis interna	–
	allmählich (Stunden bis Tage)	Stunden	dumpf, bohrend	Kauen, evtl. nach Zahnextraktion	evtl. Schwindel	Okklusionsanomalie Gebiss	Costen-Syndrom	meist ältere Patienten DD: Aurikulotemporalneuralgie
	sehr rasch (innerhalb Minuten)	Minuten	brennend	Kauen, saure Speisen, nach Parotisaffektion	Rötung und Schwitzen präaurikulär	normal	Aurikulotemporalneuralgie	DD gegenüber Costen-Syndrom
	schlagartig (innerhalb Sekunden)	Sekunden	reißend, unerträglich intensiv	Kauen, Reden, Triggerpunkte	Verziehen des Gesichtes („tic douloureux“)	normal	Trigeminusneuralgie	DD zum hemifazialen Spasmus
	innerer Augenwinkel und Augapfel	Sekunden	häufige Attacken, evtl. Dauerschmerz	Kauen, lokaler Druck	Rötung von Auge und Stirn, Nasenfluss	normal	Nasoziellneuralgie	
	innerer Augenwinkel und Augapfel	Sekunden	häufige Attacken, evtl. Dauerschmerz	Kauen, lokaler Druck	Rötung von Auge und Stirn, Nasenfluss	evtl. Entzündung eines Sinus	Sluder-Neuralgie	von Niesreiz begleitet
	Rachen und Zungengrund	Sekunden	häufige Attacken, evtl. Dauerschmerz	Schlucken, besonders kalte Speisen	–	normal	Glossopharyngealneuralgie	

Liquorabflussbehinderung. Die diffusen Kopfschmerzen sind zunehmend intensiv und von Hirndruckzeichen begleitet (wie z.B. Erbrechen ohne eigentliche Übelkeit, Bradykardie, evtl. Stauungspapillen). Man suche nach einer Liquorabflussbehinderung mit Hydrozephalus (z.B. Aquäduktverschluss, malresorptiver Hydrozephalus).

Begleitet von psychoorganischem Syndrom. Die zunehmenden diffusen Kopfschmerzen sind von einem psychoorganischen Syndrom mit oder ohne fokale neurologische Symptome (epileptische Anfälle, Halbseitensymptome, zerebelläre Symptome, Hirnnervenausfälle) begleitet. Man suche vor allem nach einer langsam wachsenden intrakraniellen Raumforderung.

■ Diffuse Schmerzen seit kürzerer Zeit

Diffuse Kopfschmerzen bestehen erst seit kürzerer Zeit, seit Wochen oder Monaten (schlagartiges akutes Kopfweh s. u.): Wie jedes erstmals aufgetretene Kopfweh erfordert es eine besonders aufmerksame Abklärung:

Auslösende Momente fehlen. Es fehlen auslösende Momente, pathologische Begleiterscheinungen oder abnorme Befunde. Es kann sich dann um die erste Manifestation eines banalen Spannungstyp-Kopfschmerzes um ein sog. „New daily Headache“, um spondylogene Kopfschmerzen oder Migräne handeln. Immer muss aber auch an die Frühphase einer der nachfolgenden Formen gedacht werden, deren Charakteristika u.U. erst später eindeutig fassbar werden. Eine intrakranielle Druckerhöhung kommt ohne andere neurologische Symptome vor, z.B. bei einer A-Hypervitaminose oder bei einer intrakraniellen a.-v. Fistel. Auch an einen sogenannten Pseudotumor cerebri muss man denken (meist adipöse jüngere Frauen, evtl. ausgelöst durch die Einnahme von Ovulationshemmern, Tetrazyklinen oder Steroidentzug).

Auslösendes Ereignis. Es besteht ein auslösendes Ereignis, mit welchem die Kopfschmerzen begannen. Hierzu gehören z.B. posttraumatische Kopfschmerzen nach Schädel-Hirn-Trauma (inklusive das chronische Subduralhämatom ohne wesentliche neurologische Ausfälle), das Kopfweh nach einer Infektionskrankheit (auch ohne eigentliche Meningitis), das Kopfweh nach einer Sinusitis, das Kopfweh bei der Einnahme gewisser Medikamente (z.B. bromhaltige Sedativa), das postpartale Kopfweh bei zerebraler Venenthrombose, das Kopfweh nach Steroidentzug (Pseudotumor cerebri s.o.) etc.

Abhängig von äußeren Umständen. Es sind Abhängigkeiten der Kopfschmerzen von äußeren Umständen vorhanden, z.B. treten sie nur in Orthostase auf, um beim Abliegen bald zu verschwinden, oder sie verschwinden beim Pressen (Hypoliquorrhösyndrom; Abb. 23.3). Man frage nach einer durchgeführten Liquorpunktion und man denke an einen Tumor der Schädelbasis. Gelegentlich tritt dies aber auch

spontan auf. Treten die Kopfschmerzen erst gegen Nachmittag auf und bleiben sie an freien Tagen aus, so denke man z.B. an eine dekompensierte Heterophorie. Wenn Husten das Kopfweh auslöst, so ist dieser Hustenkopfschmerz entweder banal oder selten einmal auch Ausdruck einer Raumforderung in der hinteren Schädelgrube.

Weitere pathologische Phänomene. Die seit Kurzem aufgetretenen, diffusen Kopfschmerzen sind von anderen pathologischen Phänomenen und/oder neurologischen Ausfällen begleitet. Epileptische Anfälle sind auf einen Hirntumor, evtl. eine Enzephalitis oder Vaskulitis (entzündliche Vaskulopathie) verdächtig. Neurologische Ausfälle weisen auf einen organischen intrakraniellen Prozess hin, der im Einzelnen zu präzisieren ist.

Zeichen einer allgemeininternistischen Affektion. Die diffusen, seit kurzem bestehenden Kopfschmerzen sind von Zeichen einer allgemein-internistischen Affektion begleitet. Infrage kommen eine Urämie, Hepatopathien, schwere Hypertonie, Polycythaemia vera etc.

■ Diffuse intensive akute oder neu aufgetretene Schmerzen

Diffuse intensive Kopfschmerzen sind seit Stunden oder Tagen akut oder gar schlagartig neu aufgetreten. Der Patient konsultiert den Arzt wegen dieser Beschwerden, oft als Notfall:

Subarachnoidalblutung. Ein wirklich schlagartiges, intensives Kopfweh, wie eine „Explosion“ im Kopf, ist praktisch immer Ausdruck einer Subarachnoidalblutung (evtl. kurzer Bewusstseinsverlust, Meningismus, in 10% präretinale flächige Blutungen (Terson-Syndrom; Abb. 13.2), evtl. beidseitige Pyramidenzeichen). In einem Drittel der Fälle tritt dies nach Anstrengung (Lastheben, Koitus) auf. Meist handelt es sich um ein geplatzttes basales Aneurysma (das Kopfweh ist fast immer diffus, unabhängig von der Lokalisation des Aneurysmas), seltener um ein a.-v. Angiom (darauf weisen frühere epileptische Anfälle und fokale neurologische Ausfälle hin). Sofortiges CT angezeigt, evtl. Lumbalpunktion.

Thunderclap-Headache. Als Thunderclap-Headache wird ein ebenfalls schlagartig aufgetretenes, meist okzipital oder frontal beidseitig lokalisiertes Kopfweh bezeichnet. Es wird gelegentlich von Nausea begleitet, der Liquor ist nicht blutig. Es dauert nur Sekunden oder Bruchteile von Minuten. Es ist nur in der Minderheit der Fälle Ausdruck einer imminenden Subarachnoidalblutung (Warning Leak), hat gelegentlich auslösende Ursachen wie einen Koitus (s. u.), meist aber keine weiteren Folgen. Gelegentlich stellen sich später Migräneepisoden ein.

Stabbing-Headache. Ein nur Sekunden dauernder, unterschiedlich lokalisierter, in großen Abständen sich wie-

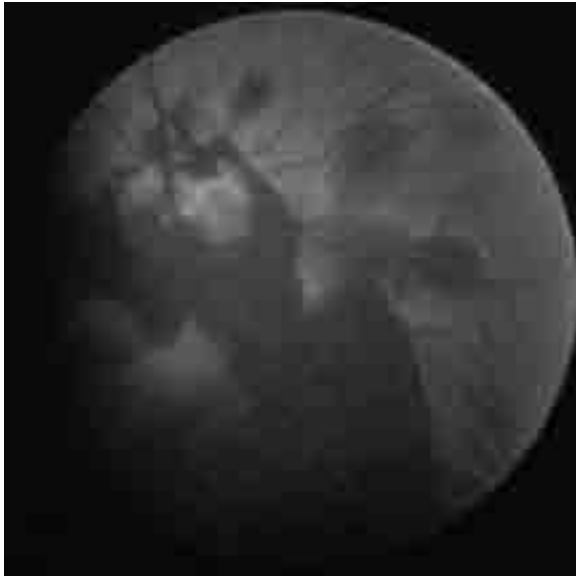


Abb. 13.2 Terson-Syndrom nach einer Subarachnoidalblutung. An der Retina ist eine präretinal gelegene, flächige Blutung sichtbar.

derholender intensiver Schmerz wurde früher als Icepick-Headache bezeichnet und ist harmlos.

Alarm-Clock-Headache. Das Kopfweh tritt bei einem Patienten, der älter als 65 ist, und nur in der Nacht auf. Es weckt ihn aus dem Schlaf: Hypnic- oder Alarm-Clock-Headache.

Postkoitales Kopfweh. Das akute diffuse Kopfweh ist beim Koitus aufgetreten. Dies kann einerseits zum Platzen eines basalen Aneurysmas geführt haben (Charakteristika s.o.). Viel häufiger allerdings besteht ein initial ähnliches Beschwerdebild bei dem wahrscheinlich vasomotorisch bedingten postkoitalen Kopfweh, das nach Stunden vergeht und nicht von Meningismus oder anderen neurologischen Ausfällen begleitet ist.

Durch Husten ausgelöst. Bei den durch Husten ausgelösten Fällen sind u. U. Anomalien der hinteren Schädelgrube, z. B. eine Arnold-Chiari-Missbildung vorhanden.

Begleitet von neurologischen Ausfällen. Das nicht schlagartige, aber doch akute Kopfweh ist von neurologischen Ausfällen begleitet. Hierzu gehört z. B. die akute Meningitis, eine intrakranielle Venenthrombose (z. B. postpartal), das intrakranielle und insbesondere das zerebelläre Hämatom.

Begleitet von stark erhöhtem Blutdruck. Das akute diffuse Kopfweh geht mit einem sehr stark erhöhten arteriellen Blutdruck einher, was auf eine hypertensive Krise hinweist (Blutdruckmessung, Augenfundus, Herzbefund) oder auf ein Phäochromozytom (zeitweise erhöhter Blutdruck, erhöhte Homovanillinmandelsäure).

Zeichen von Karzinoidsyndrom. Der anfallsartige akute Kopfschmerz ist ein typisches Zeichen bei einem Karzinoidsyndrom (Angstgefühl, Atemnot, anfallsweise rotzyanotische Verfärbung des Gesichts, Durchfälle).

Exploding-Head-Syndrom. Als Exploding-Head-Syndrom bezeichnet man eine sensorische Parasomnie des Einschlafens, bei der ein schlagartig auftretendes, diffuses Geräusch im Innern des Kopfes empfunden wird. In ca. 20% der Fälle klagen hierbei die Patienten auch über Kopfschmerzen.

13.2.2 Kopfschmerzen im begrenzten Teil der Kalotte

Diese Kopfschmerzen sind nicht diffus bzw. beidseitig, sondern sie sind auf einen bestimmten Teil des Schädels beschränkt. Sie können im Weiteren anfallsartig auftreten oder als lokalisierter Dauerschmerz imponieren.

■ Rezidivierender, anfallsweise auftretender lokalisierter Schmerz

Beim rezidivierenden, anfallsweise auftretenden lokalisierten Kopfschmerz werden die Lokalisation, der Schmerzcharakter und die Begleiterscheinungen in der ätiologischen Diagnostik weiterhelfen:

■ Anfallsweise halbseitiger Schmerz

Echte Migräne. Der anfallsweise halbseitige Kopfschmerz wird meist einer echten Migräne entsprechen (Übelkeit, Lichtscheuheit, Flimmerskotome (Abb. 13.3), hereditäre Belastung, seit Jugend bestehend). Er ist oft im Schläfenbereich akzentuiert. Die Abb. 13.4 schildert schematisch die charakteristischen Symptome der Migräne. Differenzialdiagnose gegenüber dem im Schläfen-Gesichts-Bereich lokalisierten Cluster-Kopfschmerz s. u.

Symptomatische Migräne-Attacken. Symptomatische Migräne-Attacken wurden bei den verschiedensten Affektionen beschrieben, so z. B. bei einer Moya-Moya-Erkrankung. Die pathogenetische Rolle der nachgewiesenen Anomalien bleibt oft fraglich.

Paroxysmale bzw. episodische Hemikranie. Als paroxysmale bzw. episodische Hemikranie wird ein anfallsartiger, kurz dauernder, halbseitiger Kopfschmerz bezeichnet, der nicht von den üblichen Migränecharakteristika begleitet wird und obligat auf Indometacin anspricht.

Migraine cervicale. Bei der Migraine cervicale strahlen die Schmerzen von okzipital nach frontal aus, oft einseitig, sind nicht selten von anderen Symptomen der Zervikalpathologie begleitet und treten gelegentlich erstmals im Anschluss an ein Trauma der Halswirbelsäule auf.



Abb. 13.3 Darstellung des Ablaufs eines Flimmerskotoms durch einen Migrärepatienten. Die Lichterscheinungen mit gezackten Rändern wandern innerhalb von etwa 20 Minuten vom Zentrum in die Peripherie des Gesichtsfelds.

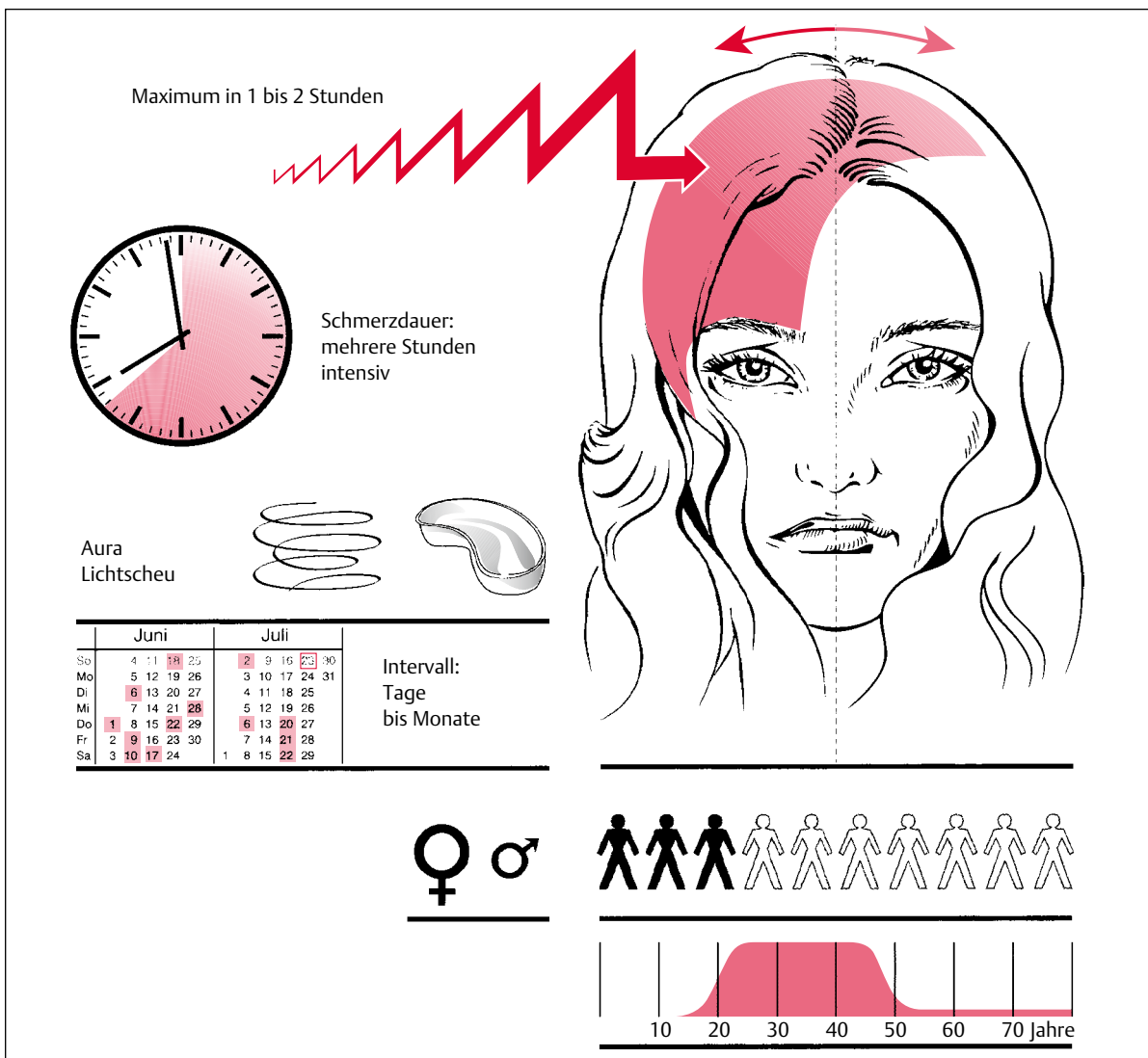


Abb. 13.4 Migräneanfall. Synoptische Darstellung (Quelle: Mumenthaler M, Daetwyler Ch. Kopfschmerz interaktiv. Abteilung für Unterrichtsmedizin [AUM-IAWF] der Medizinischen Fakultät der Universität Bern 2001).

Liquorabflussbehinderung. Bei der intermittierenden Liquorabflussbehinderung aus dem Seitenventrikel (z.B. Kolloidzyste des III. Ventrikels, Plexuspapillom oder Meningeom im Seitenventrikel) sind die halbseitigen Kopfwepisoden von Erbrechen, evtl. Benommenheit begleitet und können manchmal durch Lagewechsel ausgelöst bzw. behoben werden. Nicht immer finden sich auch neurologische Ausfälle.

■ Anfallsweiser nicht halbseitiger Schmerz

Ein nicht eigentlich halbseitiger, sondern umschriebener anfallsweiser Kopfschmerz kann eine frühe Phase eines später konstant bestehenden lokalen Schmerzes (s. u.) sein.

Die Schmerzepisoden sind vor allem okzipital lokalisiert.

- Wenn sie mit Tortikollis, evtl. mit Brachialgien einhergehen, lässt dies einen spondylogenen Kopfschmerz vermuten.
- Wenn die Episoden von Parästhesien der Mundregion und evtl. symmetrischen Missempfindungen an den Extremitäten begleitet werden, wenn gelegentliche Dysarthrie vorliegt, wenn es sich um junge Frauen handelt und gelegentlich eine Bewusstseinsveränderung hinzutritt, denke man an eine Basilarismigräne.

■ Lokalisierter Dauerschmerz

Ein lokalisierter Dauerschmerz ist praktisch immer Ausdruck einer organischen Affektion im Kopfbereich. Je kürzer die Anamnese, desto „gefährlicher“ ist er (Tab. 13.2):

Halbseitiger Dauerkopfschmerz bei chronifizierter Migräne. Einen Grenzfall stellt ein halbseitiger Dauerkopfschmerz bei einer chronifizierten Migräne dar, bei welchem eine anamnestisch typische Migräne im Laufe der Jahre zu einem generalisierten oder selten auch lokalisierten Dauerkopfschmerz wird.

Hemicrania continua. Die Hemicrania continua ist ein halbseitiger Dauerkopfschmerz, der wie der oben beschriebene paroxysmale Typ selektiv auf Indometacin anspricht.

Omohyoid-Syndrom. Mit Schluck- und Sprechstörungen geht das den Bruchteil einer Stunde bis zu wenige Stunden dauernde Omohyoid-Syndrom einher.

Ausdruck eines Tumors oder entzündlichen Prozesses. Ein lokalisierter Dauerschmerz irgendwo im Kalottenbereich (halbseitig oder auch enger lokalisiert) kann z. B. Ausdruck eines Tumors sein, eines chronischen Subduralhämatoms oder eines lokalisierten entzündlichen Prozesses (z. B. Sinusitis, Mastoiditis, Osteomyelitis), einer Knochenmetastase oder eines arteriitischen Prozesses (s. u.).

Tabelle 13.2 Besonderheiten der „gefährlichen“ Kopfwepformen, welche zu einer besonders sorgfältigen Abklärung verpflichten.

Kopfwep bei Individuen, die früher nie unter Kopfschmerzen litten
<ul style="list-style-type: none"> • besonders erstmaliges Kopfwep bei Kindern und • im höheren Lebensalter
schlagartig (!) einsetzendes Kopfwep
Kopfwep, das an
<ul style="list-style-type: none"> • Intensität und/oder • Häufigkeit rasch zunimmt
konstant lokalisiertes Kopfwep (mit Ausnahme jener Kopfwepformen, die in typischer Weise konstant lokalisiert sind)
Kopfwep, das begleitet ist von
<ul style="list-style-type: none"> • psychischen Alterationen, • Stauungspapillen oder anderen Hirndruckzeichen, • neurologischen Ausfällen, • epileptischen Anfällen
Kopfwep spricht auf keine Therapie an



Abb. 13.5 Geschlängelte, geschwollene und dolente A. temporalis superficialis im Rahmen einer Riesenzellarteriitis (Arteriitis temporalis).

Schläfenbereich: Verdacht auf Arteriitis temporalis. Ein im Schläfenbereich lokalisierter Dauerkopfschmerz ist bei jedem älteren Patienten auf eine Arteriitis temporalis (Arteriitis cranialis, Riesenzellarteriitis) verdächtig (Abb. 13.5): Patienten über 50, Temporalarterien geschlängelt, verdickt, dolent, später nicht mehr pulsierend; evtl. Allgemeinsymptome wie Müdigkeit, Gewichtsabnahme, Inappetenz, subfebrile Temperaturen oder Polymyalgia rheumatica (s. S. 166). Immer hohe Senkung von 50 oder darüber mit ganz seltenen Ausnahmen; die Arteriitis cranialis kann auch andere extrakranielle Arterien als die A. temporalis befallen.

Blutung oder Nekrose einer Hypophyse. Selten ist eine Blutung oder eine Nekrose einer Hypophyse, mit oder ohne Hypophysenadenom. Sie kann mit einer Liquor-Pleozytose und mit einem perakuten Befall des Sehnervs einhergehen.

Spontane Karotidisdissektion. Bei der spontanen oder traumatischen Karotidisdissektion wird der akute Schmerz nicht nur Kopf (und Gesicht) betreffen, sondern auch die

Halsregion und ist u.U. mit einem homolateralen Horner-Syndrom kombiniert.

Anstrengungsabhängiger aufsteigender Schmerz. Ein seitlich links am Hals lokalisierter und dann aufsteigender, anstrengungsabhängiger Gesichts- und Kopfschmerz kann pektanginösen Ursprungs sein (Anginal Headache).

Vertebraldissektion. Eine Vertebraldissektion kann sich durch okzipitales Kopfweh ankündigen und ist oft auch von neurologischen Ausfällen im Hirnstammbereich begleitet, evtl. von Sehstörungen.

Geplatztes Aneurysma. Der schlagartig aufgetretene lokale, länger dauernde Kopfschmerz kann Ausdruck eines geplatzten Aneurysmas mit bestimmter Lokalisation sein (meist dann mit fokalen neurologischen Symptomen).

Zoster. Wir sahen akut aufgetretene lokale Kalottenschmerzen bei einem Zoster hoher zervikaler Dermatome.

13.3 Schmerzen im Gesicht oder im Halsbereich

In dieser Kategorie finden sich keine diffusen bzw. beidseitigen Schmerzen, sondern immer einseitige, in umschriebenen Zonen lokalisierte Schmerzsyndrome. Bei der weiteren Analyse geht man zunächst von der Dauer und Art der Schmerzen, dann von der Lokalisation aus.

13.3.1 Rezidivierende, vereinzelte Attacken

■ Bruchteile von Minuten, einschließend

Die nur Bruchteile von Minuten dauernden Schmerzen sind von einschließendem, reißendem Charakter. Dies kennzeichnet sogenannte Neuralgien, die zusätzlich oft durch die große Häufigkeit (Dutzende pro Tag) und die Auslösbarkeit der Anfälle durch Berührung oder Bewegung (Trigger-Mechanismen) gekennzeichnet sind. Die weitere Einteilung erfolgt nach dem Ort des Schmerzes (Abb. 13.6 und Abb. 13.7):

Trigeminusneuralgie. Im Ober- oder Unterkieferbereich ist die Trigeminusneuralgie lokalisiert, selten spielt sie sich im Stirnast ab. Bei der häufigsten, der idiopathischen Form, handelt es sich immer um ältere Patienten (über 50), und der Neurostatus ist normal. Sind jüngere Patienten betroffen, besteht auch ein Dauerschmerz und/oder finden sich neurologische Ausfälle, dann liegt eine symptomatische Form vor, deren Ursache zu suchen ist.

Aurikulotemporalisneuralgie. In der Präaurikularregion ist die Aurikulotemporalisneuralgie lokalisiert (oft mit

Latenz nach Parotiserkrankungen, von brennendem Charakter, mit lokaler Rötung und Schwitzen einhergehend).

Nasoziliarisneuralgie, Sluder-Neuralgie. Im inneren Augwinkel und Augapfelbereich ist die Nasoziliarisneuralgie lokalisiert. Die gleiche Lokalisation hat aber auch die Sluder-Neuralgie, die auch von anfallsartigem Niesen begleitet ist.

Glossopharyngeusneuralgie. Im Bereich von Zungenrund- und Tonsillarnische ist die Glossopharyngeusneuralgie lokalisiert, die gelegentlich auch gegen das Ohr ausstrahlt.

Neuralgie des Ganglion geniculi. Im Bereich des äußeren Gehörgangs, gelegentlich aber auch ausstrahlend präaurikulär und tief im Gaumendachbereich, ist der Schmerz bei der Neuralgie des Ganglion geniculi lokalisiert (evtl. nach Zoster, manchmal mit Fazialisparese einhergehend sowie mit abnormen Geschmacksempfindungen kombiniert).

Nacken-Zungen-Syndrom. Eine Seltenheit ist das Nacken-Zungen-Syndrom (Neck-Tongue Syndrome). Bei einer Pathologie eines der 2 obersten Wirbel treten anfallsartig kurze Schmerzattacken der Zunge auf.

■ Attacken dauern bis zu Stunden

Diese Attacken sind niemals blitzartig und von lanzinierendem Charakter wie bei den oben beschriebenen Neuralgien. Exaktes Befragen ist hier besonders wichtig:

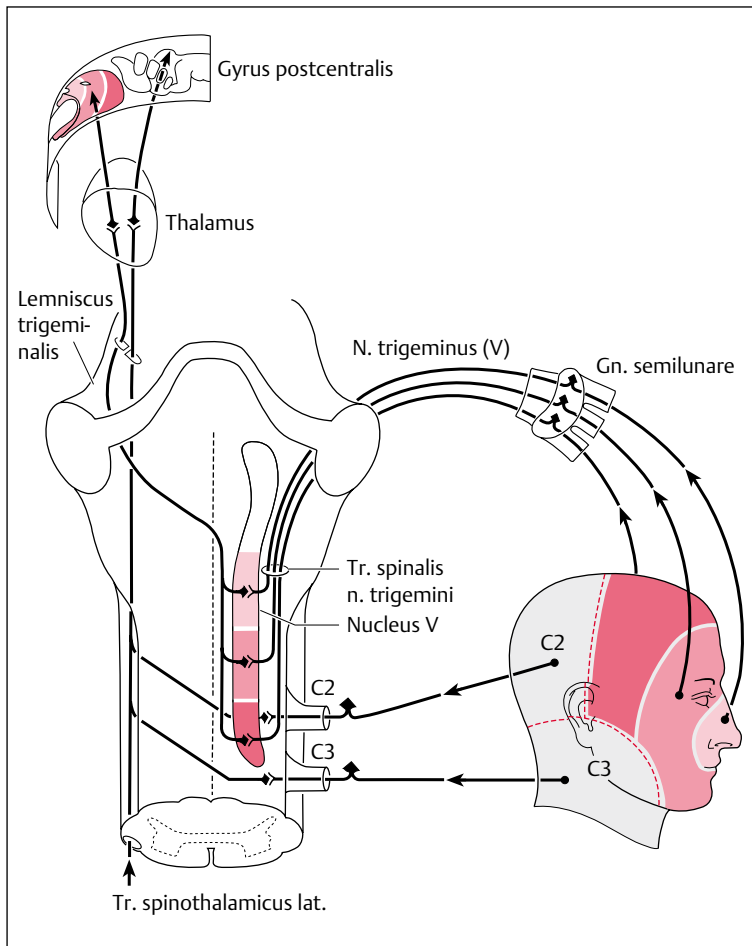


Abb. 13.6 Anatomisches Substrat der (dissoziierten) Sensibilitätsstörung im Gesicht.

Orbital- und Temporalregion. Der Orbital- und Temporalregion sind verschiedene Schmerzen zuzuordnen:

- Beim sogenannten Cluster-Kopfschmerz (Horton-Neuralgie, Bing-Horton-Syndrom, Erythroprosopalgie) handelt es sich um Anfälle von einer halben bis 2 Stunden Dauer, die rasch ihr Maximum erreichen, stets auf der gleichen Seite lokalisiert sind, evtl. in den Oberkiefer und die Ohrregion, manchmal auch hemikraniell ausstrahlen. Nicht selten sind sie von Augenrötung und homolateraler Gesichtsrötung begleitet, evtl. von einem Horner-Syndrom. Oft findet sich ein Nasenfluss oder Tränenfluss. Die Anfälle treten oft fahrplanmäßig zur gleichen Zeit und besonders auch nachts auf, wobei mehrwöchige Phasen mit gehäuften, täglichen Attacken von monatelangen beschwerdefreien Perioden abgelöst werden („Cluster“).
- Ein in der Symptomatologie dem Cluster-Kopfschmerz (s.o.) entsprechendes Bild kann selten auch als symptomatischer Schmerz bei intrakraniellen (u.a. paratrigeminalen) Prozessen auftreten. Es wurde auch als Ausdruck eines Subclavian-Steel-Syndroms oder einer einseitigen Halsmarkischämie beschrieben.
- Beim SUNCT-Syndrom (Short lasting unilateral neuralgiform Headache with conjunctival Injection and Tea-

ring) sind die halbseitigen Schmerzen, welche ebenfalls von Tränenfluss begleitet sind, kürzer (5–250 Sekunden) und weniger intensiv als beim Cluster-Kopfschmerz, dafür viel häufiger (bis 30 Episoden pro Stunde).

- Der Glaukomanfall geht mit Nebel- oder Farbringsehen, Übelkeit und Erbrechen einher. Die Pupille ist weit und lichtstarr, die Konjunktiva injiziert, die Kornea etwas trüb, der Bulbus tastbar hart (Abb. 13.11). Allerdings ist eine echte Migräne bei Patienten mit Glaukom – auch bei einem solchen mit niedrigem Augendruck – etwa doppelt so häufig wie bei einer Vergleichsgruppe.

Präaurikularregion. In der Präaurikularregion können folgende Schmerzen lokalisiert sein:

- einerseits der soeben beschriebene Cluster-Kopfschmerz,
- dann aber auch das Costen-Syndrom (Mandibulargelenkneuralgie, myofaszialer Schmerz, Myoarthropathien des Kausystems); dies ist eine Dysfunktion des Kiefergelenks bei fehlerhafter Gebissokklusion (Ausstrahlung auch in den Unterkiefer, nach temporal oder okzipital, Auslösung durch den Kauakt, Druckdolenz des Gelenks),

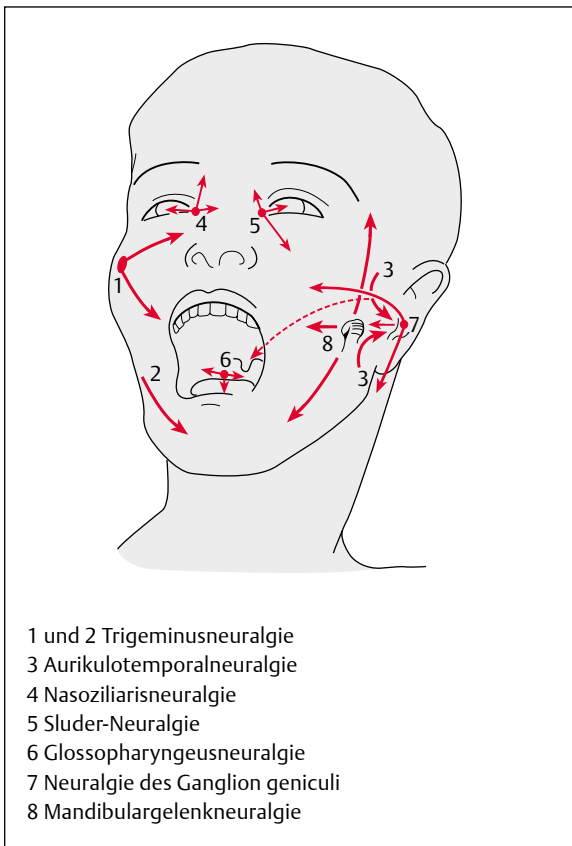


Abb. 13.7 Schmerzlokalisation bei Gesichtsneuralgien.

- schließlich präaurikuläre Schmerzen, die zunächst episodisch, später dann konstant auch bei einem homolateralen Lungentumor auftreten können und diesem um Monate bis Jahre vorausgehen. Sie werden wahrscheinlich durch eine Vagusreizung bewirkt.

Oberkieferbereich. Im Oberkieferbereich lokalisiert sind:

- vor allem die sogenannte atypische Gesichtsneuralgie, die allerdings bald den anfallsartigen Charakter verliert und zu einem Dauerschmerz wird; fast immer handelt es sich bei den Patienten um Frauen in mittleren Jahren, der Schmerz ist von dumpfem, brennendem Charakter, ist oft durch eine Zahnbehandlung eingeleitet worden, meist gefolgt von einer Eskalation zahnärztlicher und kieferchirurgischer Eingriffe,
- ein Barosinus, bei Auslösung durch Höhendifferenz (Flug, Bergbahn).

Hals- und Kieferbereich. Schmerzlokalisationen im Hals- und Kieferbereich:

- Die Karotidodynie, die vorwiegend bei Frauen und immer auf der gleichen Seite auftritt. Auf einen diffusen Dauerschmerz pflücken sich Schmerzattacken auf, die Minuten bis Stunden dauern. Während derselben ist die Karotis druckdolent. Möglicherweise ist dies eine Abart der Migräne.

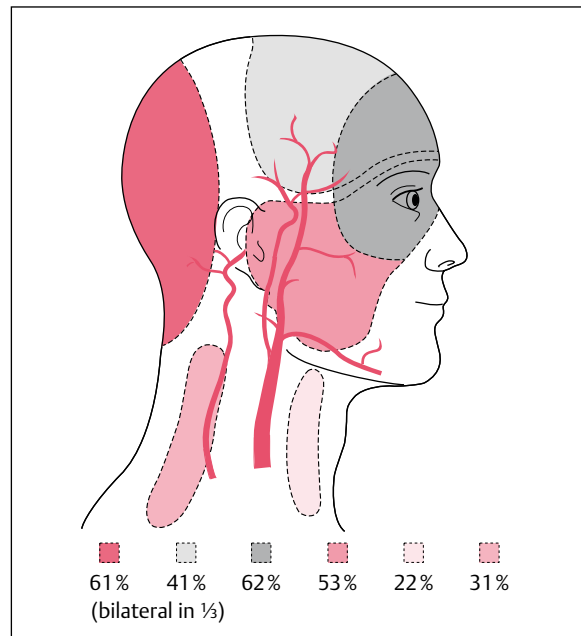


Abb. 13.8 Schmerzlokalisation bei einer Dissektion der A. carotis interna.



Abb. 13.9 Karotisarteriografie rechts bei Dissektion der A. carotis interna. Typisch ist die allmähliche Einengung des Gefäßlumens nach distal zu („string sign“).

- Der Schmerz bei einer Karotidisdissektion (Abb. 13.8, Abb. 13.9, Abb. 13.10 a, b, c) beginnt am Hals, strahlt aber in der Regel zum Gesicht aus. Bei der Vertebralisdissektion bleibt der Schmerz meist auf die laterale Nackenregion begrenzt.
- Mit Schluck- und Sprechstörungen geht das den Bruchteil einer Stunde bis zu wenige Stunden dauernde Omohyoid-Syndrom einher.



Abb. 13.10 50-jährige Patientin mit Karotidisdissektion.
 a Horner-Syndrom links und Halbseitenlähmung rechts
 b Karotidisdissektion rechts im Angio-MRT
 c Karotidisdissektion rechts im MRT

13.3.2 Lokalisierter, konstanter oder zumindest sehr lang dauernder Gesichtsschmerz

Es kommen als Ursache vor allem lokale Affektionen aus dem otolaryngologischen oder zahnärztlichen und ophthalmologischen Bereich infrage. Daneben gibt es auch einige spezifisch-neurologische Formen.

Stirnbereich. Schmerzen im Stirnbereich kommen bei Sinusitis frontalis vor.

Schläfenbereich. Schmerzen im Schläfenbereich wurden unter den Kopfschmerzen schon erwähnt. Es sei nochmals an die wegen der therapeutischen Konsequenzen wichtige Arteriitis temporalis (s. S. 153) erinnert.

Augenbereich. Schmerzen im Augenbereich weisen auf eine Bulbusaffektion, z.B. ein Glaukom (Abb. 13.11) oder eine Orbitopathie hin (dann auch mit Sehstörungen, Augenmotilitätsstörungen und evtl. Exophthalmus einhergehend). Infrage kommen aber z.B. auch Affektionen des Sphenoids.

Oberkiefer. Schmerzen im Oberkiefer finden sich bei Sinusitis maxillaris (Abb. 13.12 und Abb. 13.13), bei einem Barosinus (s.o.), dann aber auch bei tumorösen oder entzündlichen Prozessen der Schädelbasis oder bei Zahnaffektionen im Oberkieferbereich. Sie können bei einer Pulpitis temperaturabhängig und streng lokalisiert sein. Bei einer Pulpitis totalis acuta bestehen sehr intensive, die ganze homolaterale Gesichtseite betreffende bohrende Schmerzen, die tagelang andauern können.

Läsion des N. trigeminus. Der symptomatische Schmerz bei einer Läsion des N. trigeminus kann Folge einer Raumforderung oder auch einer Sarkoidose sein und ist dann von objektiven Ausfällen bzw. von Anomalien bei der neurophysiologischen Untersuchung begleitet.

Hals- und Kieferbereich. Schmerzen im Hals- und Kieferbereich von oft großer Intensität finden sich mit akutem Beginn zugleich mit einer kontralateralen Hemiparese und oft einem Horner-Syndrom bei der Dissektion der A. carotis interna am Hals, im Nacken und Okzipitalbereich bei einer Vertebraldissektion (Abb. 13.8).

Bereich der Zunge. Schmerzen im Bereich der Zunge – die Glossodynie – sind besonders häufig bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter. Symptomatische Formen bei Cheilitis, Eisenmangel oder Vitamin-B₁₂-Mangel sind selten. Die meisten Patienten sind depressiv oder haben emotionale Probleme.