



## Chronische Kopfschmerzen

Joachim W. Koch, Peter Sandor

### Chronische Kopfschmerzen sind nicht selten

Weltweit leiden 3 – 5 % der Bevölkerung unter chronischen Kopfschmerzen<sup>1</sup>. Die internationale Kopfschmerzgesellschaft (IHS) klassifiziert Kopfschmerzen als chronisch, wenn diese an mind. 15 Tagen pro Monat und für mind. 4 h täglich über einen Zeitraum von mind. 3 Monaten auftreten<sup>2</sup>. Die primären chronischen Kopfschmerzen werden unterteilt in den chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp, die chronische Migräne, die Hemicrania continua und den so genannten neu aufgetretenen täglichen Kopfschmerz<sup>1</sup>. Die wichtigste und häufigste Form des symptomatischen Kopfschmerzes ist der Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch (MÜKS). Andere Ursachen sind die Arteriitis temporalis, die Sinusvenenthrombose, die intrakranielle Hyper- oder

Hypotension, Hirntumoren, Gefäßdissektionen oder das Schlafapnoe-Syndrom.

In dieser Übersicht werden nur die genannten primären chronischen Kopfschmerzen und der MÜKS vorgestellt. Die Diagnose stützt sich hier auf die Anamnese in Verbindung mit einem unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefund. Zum Ausschluss einer symptomatischen Ursache ist bei chronischen Kopfschmerzen aber häufiger eine weiterführende Diagnostik (kraniale MRT, Liquorpunktion) als bei episodischen Formen erforderlich.

#### Chronische Migräne

Eine chronische Migräne entwickelt sich meist aus einer episodischen Migräne ohne Aura, im Unterschied zu dieser sind die

### Editorial

*Liebe Leserinnen und Leser*

*Chronische, täglich auftretende Kopfschmerzen werden nach den IHS-Kriterien in 4 primäre Kopfschmerzformen unterteilt: Chronische Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp, Hemicrania continua und neu aufgetretener täglicher Kopfschmerz. Hier von abzugrenzen ist als symptomatische, aber behandelbare Form der Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS), welcher meist auf dem Boden einer Migräne oder eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp entsteht.*

*Die Therapie chronischer Kopfschmerzen besteht überwiegend in der Prophylaxe, der MÜKS erfordert einen Schmerzmittelentzug. Häufig ist die Kombination mit nichtpharmakologischen Therapien indiziert.*

*Dr. Joachim W. Koch  
PD Dr. Peter Sandor*

### Inhalt

Schwerpunktthema: Chronische Kopfschmerzen	
Chronische Kopfschmerzen sind nicht selten.....	1
Allgemeines zu nichtpharmakologischen Therapien .....	3
Therapieempfehlung für die Praxis.....	3
Pharmanews .....	4

Autoren dieser Ausgabe:

Dr. med. Joachim W. Koch, Leitender Facharzt für Neurologie / Neurorehabilitation, Bad Schinznach AG;  
PD Dr. med. Peter Sandor, Leitender Arzt Neurologie, Leiter Akutnahe Neurorehabilitation, Kantonsspital Baden / RehaClinic Zurzach

vegetativen Symptome geringer ausgeprägt. Typisch ist ein basaler Dauerkopfschmerz mit zeitweiser Überlagerung durch pulsierende Kopfschmerzen. Frauen sind etwa neunmal häufiger als Männer betroffen. Ein Medikamentenübergebrauch soll bei 70-80 % dieser Patienten Mitauslöser sein<sup>3,4</sup>. Eine chronische Migräne geht häufig mit einer psychiatrischen Komorbidität einher, meist in Form einer Depression<sup>5,6</sup>. Die Ursache der Chronifizierung der Migräne ist nicht geklärt bzw. umstritten.

### Therapie

Nebst der Behandlung eines eventuellen Medikamentenübergebrauchs besteht generell die Indikation zu einer medikamentösen Migräneprophylaxe. Laut Empfehlungen mehrerer Kopfschmerzgesellschaften sind Valproinsäure und Topiramamat geeignete Medikamente zur Prophylaxe der chronischen Migräne<sup>1</sup>. Topiramamat war in zwei kontrollierten Studien in Dosen von 100 mg pro Tag wirksam<sup>7</sup>. Für andere Migräneprophylaktika (Betablocker oder Antidepressiva) ist die Wirksamkeit bei chronischer Migräne unzureichend untersucht. Dies gilt auch für die meisten nichtmedikamentösen Therapiemassnahmen. Eine aktuelle kontrollierte Studie zeigte eine positive Wirkung von Botulinum-Toxin (zur Übersicht<sup>8</sup>).

### Chron. Kopfschmerz vom Spannungstyp

Die klinischen Symptome unterscheiden sich nicht für die episodische oder chronische Form. Beim chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp findet sich bei bis zu zwei Drittel der Fälle eine psychiatrische Komorbidität (Depression oder Angststörung) sowie häufig ein Medikamentenübergebrauch<sup>9</sup>. Auch bei dieser chronischen Kopfschmerzform ist die Pathophysiologie ungeklärt. Vermutlich sind periphere Mechanismen insbesondere im Bereich der perikraniellen Muskulatur wirksam in Verbindung mit einer zentralen Sensibilisierung.

### Therapie

Eine Akutbehandlung kann analog der episodischen Form mit nicht-steroidalen Analgetika erfolgen. Die Zahl der Einnahmetage beträgt maximal 10 Tage pro Monat, um einen Medikamentenübergebrauch zu vermeiden. Die wirksame medikamentöse Behandlung besteht in der Prophylaxe. Mittel 1. Wahl sind trizyklische Antidepressiva wie z.B. Amitriptylin. Optional kann das Muskelrelaxans Tizanidin gegeben werden. Als Medikamente 2. Wahl werden Mirtazapin, Valproinsäure, Moclobemid, Fluoxetin oder Sulpirid empfohlen. Auch Gabapentin oder Topiramamat können eingesetzt werden. Die tägliche Verabreichung von Opiaten ist kontraindiziert<sup>1,8</sup>.

Sinnvoll ist die Kombination mit nichtmedikamentösen Massnahmen. Positive Studienergebnisse liegen für die kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungstherapien und Biofeedback vor. Ein zusätzlicher Nutzen ergibt sich vermutlich durch Kombination mit physiotherapeutischen Massnahmen und Trainingstherapie<sup>10,11</sup>.

### Hemicrania continua

Charakteristisch und namensgebend ist der kontinuierlich vorhandene, streng halbseitige Schmerz, welcher von zusätzlichen Schmerzattacken unterschiedlicher Länge überlagert wird. Die Mehrzahl der Patienten leidet von Beginn an unter einem primär chronischen Verlauf, Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Es ist ein seltener Kopfschmerz, welcher wahrscheinlich unterdiagnostiziert ist<sup>12</sup>. Entscheidendes diagnostisches und klassifikatorisches Kriterium ist das Ansprechen auf Indometacin<sup>13</sup>, die einzig sicher wirksame Therapie. Dieser Umstand wird immer wieder als berechtigter Kritikpunkt und im Sinne eines Zweifels an dieser Kopfschmerzformulierung formuliert. Die Pathophysiologie sowie die besondere Rolle von Indometacin in der Behandlung sind nicht geklärt, die häufig vorhandenen, leichten au-

tonomen Symptome sowie fMRT-Untersuchungen zeigen eine Verwandtschaft mit dem Clusterkopfschmerz<sup>14</sup>.

### Therapie

Typisch und diagnostisch entscheidend – wie oben dargelegt – ist das rasche Ansprechen auf Indometacin. Die erforderliche Dosis kann individuell stark schwanken (50 mg bis 225 mg pro Tag), wird aber bis zur Beschwerdefreiheit – immer unter Magenschutz – gesteigert und anschliessend langsam auf eine Dauererhaltungsdosis reduziert.

Für andere Medikamente oder nichtpharmakologische Massnahmen ist die Datenlage unzureichend.

### Neu aufgetretener täglicher Kopfschmerz („new daily persistent headache“)

Diese seltene Kopfschmerzform wurde neu in die IHS-Klassifikation aufgenommen. Die Abgrenzung vom chronischen Spannungskopfschmerz ist schwierig und auch umstritten. Innerhalb von maximal 3 Tagen kommt es zu einem erstmals auftretenden Kopfschmerz ähnlich dem Spannungstypkopfschmerz, der ab diesem Zeitpunkt konstant (d.h. täglich) vorhanden ist und nicht remittiert. Ein bestehender Medikamentenübergebrauch schliesst diese Diagnose aus. Die Pathophysiologie ist unklar, beschrieben wurden symptomatische Fälle bei Infektionen. Eine weiterführende Ausschlussdiagnostik ist hier generell indiziert.

### Therapie

Aktuell fehlen entsprechende Studien und evidenzbasierte Therapievorschläge. Dieser Kopfschmerztyp wird in der Regel als therapierefraktär beurteilt<sup>15,16</sup>. Die Behandlung erfolgt mit den gleichen Medikamenten, die zur Behandlung von chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp eingesetzt werden. Ist der Charak-

ter eher migräneartig, können die entsprechenden Basistherapeutika der Migräne versucht werden.

### Medikamentenübergebrauchskopfschmerz

Patienten mit MÜKS leiden in der Regel an einem primären Kopfschmerz<sup>17</sup> (meist Migräne, weniger häufig ein Kopfschmerz vom Spannungstyp) und haben als Folge der dauerhaften Einnahme von Akutmedikamenten einen zusätzlichen MÜKS entwickelt. Im Einzelfall kann es schwierig sein, einen MÜKS von anderen chronischen Kopfschmerzformen zu unterscheiden<sup>18,19</sup>. Es ist davon auszugehen, dass mind. 1 % der Bevölkerung davon betroffen ist<sup>1,17,20,21</sup>. Bei Frauen soll dieser Kopfschmerz deutlich häufiger als bei Männern auftreten<sup>22</sup>.

Nach den IHS-Kriterien ist ein MÜKS wahrscheinlich, wenn die Schmerzen an monatlich mind. 15 Tagen vorherrschen und nach

regelmässiger Einnahme von Analgetika, Triptanen oder Ergotaminen erstmals auftreten oder sich verschlechtern. Gefordert wird, unabhängig von der Tagesdosis, eine monatliche Medikamenteneinnahme an mind. 10 (Triptane, Mischpräparate) bzw. 15 Tagen (Analgetika) über die Dauer von mehr als 3 Monaten.

Die Pathogenese eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch ist ungeklärt. Auch bei dieser Kopfschmerzart besteht eine hohe psychiatrische Komorbidität, meist in Form von Angstkrankungen und depressiven Verstimmungen<sup>23</sup>.

#### Therapie

Die einzige evidenzbasierte Therapie mit klinisch signifikantem Effekt ist der Schmerzmittelentzug. Unterstützend sollte eine medikamentöse Prophylaxe eingeleitet werden, die sich gegen den vorbestehenden Kopfschmerz

richtet. Der erste Schritt vor einem Schmerzmittelentzug ist die Aufklärung des Patienten über die Entstehung des Kopfschmerzes und die Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie. In seltenen Fällen kann die Aufklärung des Patienten bereits ausreichend sein<sup>24</sup>.

Zur Dokumentation der Medikamenteneinnahme registrieren die Patienten in einem Kopfschmerztagebuch sämtliche eingenommenen Medikamente zur Behandlung der Kopfschmerzen. Der Schmerzmittelentzug kann stationär oder ambulant erfolgen. Der stationäre Entzug sollte unter neurologischer Führung in einer Klinik durchgeführt werden. Besteht der Verdacht auf eine signifikante Suchterkrankung (Opioid- oder Benzodiazepinabhängigkeit), ist die Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung oftmals erforderlich.

## Allgemeines zu nichtpharmakologischen Therapien

Insgesamt ist die Studienlage für die nichtpharmakologischen Therapien unzureichend. Eine kritische Cochrane-Analyse nicht-invasiver physikalischer Behandlungsmassnahmen kam zu keinem abschliessenden Ergebnis, weil die Studien zu heterogen waren, häufig methodische Mängel aufwiesen und verschiedene Formen

von Kopfschmerzen umfassten<sup>25</sup>. Verhaltenstherapeutische Massnahmen zeigten insbesondere beim chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp Wirksamkeit. Häufig wurden diese Therapien mit Entspannungs- und/oder Biofeedbackverfahren kombiniert<sup>1</sup>. In dieser Übersicht können die verschiedenen Therapieansätze

nicht umfassend dargestellt werden. Die in zwei Studien nachgewiesene Wirksamkeit von Botulinum-Toxin bei chronischer Migräne bietet eine neue Therapieoption, für den chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp wurde jedoch keine Wirksamkeit nachgewiesen<sup>8</sup>.

## Therapieempfehlung für die Praxis

Aufgrund der hohen psychiatrischen Komorbidität von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und der hohen Rückfallquote bei Patienten mit MÜKS wird eine Kombination von pharmakologischen und nichtpharmakologischen Massnahmen empfohlen (s. Tabelle 1).

Für schwer betroffene Patienten mit MÜKS haben die Autoren ein stationäres Rehabilitationsprogramm

Tabelle 1: Pharmakologische und nichtpharmakologische Massnahmen

1	Medizinische und psychologische Aufklärung / Coaching
2	Medikamentöse Prophylaxe des primären Kopfschmerzes
3	Physiotherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapie, medizinische Massage</li> <li>• Medizinische Trainingstherapie (Ausdauertraining)</li> </ul>
4	Psychologische Therapie / Kognitive Verhaltenstherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannungstherapie (progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)</li> <li>• Biofeedback-Therapie</li> <li>• Stressmanagement</li> <li>• Behandlung einer psychiatrischen Komorbidität</li> </ul>

Tabelle 2: Ziele des Kopfschmerzkalenders

1	Kontrolle der Akutmedikation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziel nach Klassifikation: &lt; 10 Einnahmetage / Monat</li> <li>• Arbeits-Ziel für Patienten: max. 2 Einnahmetage / Woche und max. 3 Tage hintereinander</li> </ul>
2	Überprüfung der Wirksamkeit einer medikamentösen Prophylaxe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirklatenz bis 6–8 Wochen</li> </ul>
3	„Objektive“ Beurteilungsgrundlage bei den regelmässigen Kontrollen (alle 3 Monate) im ersten Jahr nach Entzug

unter neurologischer Führung in Form einer strukturierten Therapie entwickelt<sup>26,27</sup>. Dieses Behandlungsprogramm wird in den Kliniken der Autoren angeboten. Für weitere Auskünfte können sich interessierte Leserinnen und Leser direkt mit den Autoren in Verbindung setzen.

Die Punkte 1 und 2 sind bei chronischen Kopfschmerzen generell zu empfehlen, die Indikation für psychologische und Physiotherapien sollte individuell gestellt werden. Dazu gehören auch die kritische Überprüfung der Wirk-

samkeit am einzelnen Patienten und die Beendigung unwirksamer Therapien.

Der im Rahmen der Nachsorge über mind. 1 Jahr geführte Kopfschmerzkalender verfolgt die in Tabelle 2 aufgeführten Ziele.

Die Kontrolle der Akutmedikation ist bei allen chronischen Kopfschmerzen erforderlich, um die Entstehung eines MÜKS zu vermeiden. Besondere Fälle wie die Hemicrania continua oder die „new daily persistent headache“ sollten von einem Kopfweh-Spezialisten behandelt werden.

## Wichtige Literatur:

1. Straube A, May A, Kropp P et al. Therapie primärer chronischer Kopfschmerzen: Chronische Migräne, chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp und andere chronische, tägliche Kopfschmerzen. Evidenzbasierte Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft und der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft. Schmerz 2008, 22: 531-543

5. Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. Cephalalgia 2005; 25: 165-178

18. Dodick DW. Chronic daily headache. N Engl J Med 2006, 354: 158-165

24. Rossi P, Di Lorenzo C, Faroni J et al. Advice alone vs. structured detoxification programmes for medication overuse headache: a prospective, randomized, open-label trial in transformed migraine patients with low medical needs. Cephalalgia 2006, 26: 1097-1105

27. Koch JW, Sandor PS. Stratifizierte Behandlung bei Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS). dolor 08.3 [www.dolor.ch]

Weitere Referenzen unter [www.neurology.ch](http://www.neurology.ch)

## Pharmanews

**UCB-Pharma AG****Neu - Kassenzulassung von Keppra® ohne Limitation**

Keppra® wird durch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und einem Schweizer Experten als Monotherapie 1. Wahl bei der Behandlung von partiellen Anfällen empfohlen<sup>1</sup>. Seit Mai 2010 wird eine initiale Monotherapie mit Keppra® Filmtabletten und Sirup neu ohne Einschränkungen durch die Krankenkassen rückvergütet<sup>2</sup>. Gleichzeitig sind auch die Preise von Keppra® Filmtabletten und Sirup um bis zu 6.8 % gesenkt worden.

Literatur und Fachinformationen auf [www.neurology.ch](http://www.neurology.ch)

**Biogen-Dompé AG**

Nebst innovativen Therapieoptionen im Bereich MS hat Biogen-Dompé die Initiativen msyoga und msrun lanciert. **msyoga** ist ein massgeschneidertes Yoga-Programm, das gemeinsam mit führenden Fachpersonen entwickelt wurde ([www.msyoga.ch](http://www.msyoga.ch), DVD bestellbar). Mit dem Projekt **msrun** ist Biogen-Dompé inzwischen Partner des Lucerne Marathon. Am 31.10.2010 wird Claudia Lässer mit einem Team von Ärzten, Mitarbeitenden der MS-Gesellschaft und der Firma Biogen-Dompé für einen guten Zweck laufen. Sichern auch Sie sich Ihren Startplatz ([info@biogen-dompe.ch](mailto:info@biogen-dompe.ch) oder [www.biogen-dompe.ch](http://www.biogen-dompe.ch)).

Alle Texte unter Pharmanews nach Selbstangaben der Industrie.

## Impressum

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft. Redaktionsbeirat: Prof. Dr. C. Bassetti, Prof. Dr. Ch. Hess, Prof. Dr. L. Kappos, Dr. P. Myers, Prof. Dr. A. Schnider, Dr. M. Wiederkehr; Redaktion: D. Prisi

Verlag: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel, [neuro@imk.ch](mailto:neuro@imk.ch)

Erscheinungsweise: fünfmal pro Jahr

ISSN 1661-4852 © IMK

Markennamen können warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein entsprechender Hinweis fehlen sollte. Für die Angaben zu Dosierung und Verabreichung von Medikamenten wird keine Gewähr übernommen.

Mit freundlicher Unterstützung durch Biogen-Dompé AG, Merck Serono (Division von Merck (Schweiz) AG), Pfizer AG, UCB-Pharma AG.

Die Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt der Publikation. Sie können kurze Mitteilungen unter Pharmanews publizieren.

Ausgabe Nr. 4, Vol 5, September 2010