

FALL DER WOCHE

# Was hilft gegen Alberts Cluster-Kopfschmerz?

## Der Patient

„Es fängt meistens mit einer inneren Unruhe an, und oft ist mir auch ein bisschen übel“, sagt der 35-jährige Albert X. zu Ihnen. „Und dann geht es los, das ist eine Folter, ich wünsch es niemandem!“ Die Kopfschmerzen, die Herr X. dann schildert, müssen tatsächlich grauhaft sein. „Es ist alles links, da tut mir der ganze Kopf weh, der Kiefer, das Ohr, das Auge fängt zu tränen an, und es ist, als würde mir jemand ein Messer in den Schädel rammen“, schildert der Patient drastisch. Herr X. nimmt derzeit bei Schmerzattacken bis zu 10mg Zolmitriptan, zusätzlich Sumatriptan-Nasenspray. Außerdem inhaliert er bei Attacken reinen Sauerstoff. „Das hilft schon, ich werd die Attacke meistens, wenn sie zu Hause kommt, schnell wieder los; unterwegs ist es schwieriger, da hab ich halt den Sauerstoff nicht mit, aber es geht auch mit den Medikamenten alleine so halbwegs.“ Das Problem ist nur: Die Attacken kommen immer wieder. „Und ich will eigentlich nicht ständig Medikamente nehmen, zwischen den Anfällen. Was kann ich tun?“ Was raten Sie diesem Patienten? Wie lässt sich seine Lebensqualität verbessern – und welche Alternativen zu einer prophylaktischen Therapie hat er?

## „Tagsüber stehen kleine mobile Sauerstoffpatronen zur Verfügung“



**Dr. Dieter Krametter**  
Facharzt für Neurologie,  
Weiz/Steiermark

Der Wunsch nach Alternativen zur medikamentösen Vorbeugung des Cluster-Kopfschmerzes ist natürlich nachvollziehbar, wenngleich bei schwereren Formen eine Medikation mit Kortikoiden als kurzfristige Überbrückung und für lange Cluster-Episoden eine Phasenprophylaxe mit Verapamil, oder als zweite Wahl Lithium, nachgewiesenermaßen wirksam sind. Bei unzureichendem Ansprechen ist versuchsweise auch Topiramat oder Valproinsäure anzuraten. Dies wäre diesem Patienten sicherlich nochmals eindringlich zu vermitteln, bevor bei den beschriebenen wiederkehrenden Cluster-Kopfschmerzen ganz auf Medikamente als Phasenprophylaxe verzichtet wird.

Wie bei anderen Kopfschmerzformen ist die genaue Anamneseerhebung und das Herausarbeiten individueller Charakteristika in der Kopfschmerz-Krankengeschichte des Betroffenen wesentlich. Einerseits zur genauen Diagnosestellung, andererseits auch dazu, dem Patienten noch individuellere Ratschläge für ein optimales Management „seines“ Kopfschmerzes zu geben. Als prophylaktischer Ansatz könnte möglicherweise auch für diesen Patienten das Erkennen und Vermeiden von möglichen Triggerfaktoren (z.B. Alkohol, Tomaten, Zitrusfrüchte, Histamin, „Mittagschlafchen“) von Nutzen sein.

Als Maßnahmen zur nichtmedikamentösen Vorbeugung sind ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Magnesium, Vitamin-B-Präparate, Tee aus der japanischen „Kudzu“-Pflanze (enthält Isoflavonoide), Taurin (im Tierversuch entzündungshemmend) zu nennen, über die es von Patientenseite positive Berichte gibt, jedoch bisher ohne Bestätigung durch wissenschaftliche Studien.

Auch in Bezug auf die Therapie der akuten Attacke gilt es, den Patienten über alle Möglichkeiten zu informieren. Neben den größeren Heim-Sauerstoffaggregaten stehen für tagsüber, beispielsweise während der Arbeit auftretende Attacken zusätzlich kleine mobile Sauerstoffpatronen zur Ver-

fügung. Sie könnten auch bei diesem Betroffenen zum Einsatz kommen. Ein neben der Triptan-Anwendung von dem Patienten möglicherweise noch nicht genutzter Therapieansatz zur akuten Attacken-Couplung ist die lokale Anwendung von 1- bis 4%igem Lidocain (zirka 1ml Lösung in Rückenlage und Reklination in das Nasenloch der betroffenen Seite träufeln).

Wie bei anderen primären Kopfschmerzarten können selbstverständlich auch komplementärmedizinische Methoden wie Homöopathie, Akupunktur oder Neuraltherapie zur Anwendung kommen und im Einzelfall Besserung bringen. Ein Wirkungsnachweis von empirisch-wissenschaftlicher Seite wurde jedoch nicht erbracht.

Über derzeit noch experimentelle Verfahren wie Occipitalis-Nerv-Stimulation gibt es rezente positive Berichte. Die derzeit noch im experimentellen Stadium befindliche stereotaktische Stimulation im Bereich des posterioren Hirnstamms wird an wenigen Zentren (z.B. Mailand) durchgeführt und wohl nur bei frustrierten Verläufen zum Einsatz kommen.

## „Jede Therapie ist individuell verlaufsabhängig abzuwägen“



**Dr. Claudia Thaler-Wol**  
FÄ f. Neurologie, Hall/Tirol

Die Anamnese und das positive Ansprechen der Schmerzen auf O<sub>2</sub> sprechen für das Vorliegen eines Cluster-Kopfschmerzes (CK). Der neurologische Untersuchungsbefund sollte normal sein, in der Attacke könnte sich eine Miose oder ein Horner Syndrom zeigen. Ich rate zu einer strukturellen Bildgebung zum Ausschluss eines raumfordernden Prozesses (Meningeome etc.) nahe der Mittellinie bzw. Aneurysmen oder Gefäßmalformationen oder Läsionen im Hirnstamm (MS-Plaques) und der oberen Zervikalregion, da diese den idiopathischen CK imitieren können.

Die durchschnittliche Dauer von Cluster-Perioden liegt bei zirka 8 bis 9 Wochen. Interessant wäre bei diesem Patienten die Zahl der Cluster-Perioden pro Jahr. Wenn eine Cluster-Periode über ein Jahr anhält bzw. die Remissionsphasen kürzer als ein Monat sind, spricht man vom chronischen CK.

Dem Patienten würde ich zum Führen eines Kopfschmerzkaleenders raten, in dem die Attacken und die Symptome genau dokumentiert werden und der Verlauf kontrolliert werden kann. Vermeidbare Auslöser der Attacken sind: Alkohol (auch in kleinen Mengen), Aufenthalte in großer Höhe (Flugreisen!), Nitroglyzerin enthaltende Medikamente, Histamin und Glutamat, Schlafentzug (der zum vorzeitigen Einsetzen der REM-Schlafphase führt). Da überdurchschnittlich viele CK-Patienten Raucher sind, könnte ein Nikotinentzug helfen.

Prinzipiell unterscheidet man zwischen der Attackentherapie und der Prophylaxe. Wegen der Schwere und der Häufigkeit der Attacken besteht immer die Indikation zur Prophylaxe. Dies verbessert nicht nur die Lebensqualität, sondern trägt auch zur Vermeidung von analgetikainduzierten Kopfschmerzen bei.

Jede Therapie ist individuell nach Vor- und Begleiterkrankungen und Nebenwirkungsprofil abzuwägen, und es muss abhängig vom Verlauf geklärt werden, was und wie lange behandelt wird: eine Cluster-Episode (mit Substanzen für zeitlich befristete Einnahme – z.B. Prednison, Ergotamin, Naratriptan) oder ein chronischer CK.

Bei arterieller Hypertonie könnte eine Therapieumstellung auf Verapamil erfolgen. Eine Nervenblockade des N. occipitalis major könnte versucht werden, da einzelne Patienten darauf ansprechen. Lithium hat beim chronischen CK eine bessere Wirksamkeit als beim episodischen CK und kann eine chronische Verlaufsform wieder in eine episodische zurückführen. Methysergid (internationale Apotheke) ist eine empirisch gut belegte Behandlungsoption mit einem Wirkungseintritt innerhalb von Tagen. Valproinsäure wird bei therapieresistenten Verläu-

fen versucht. Baclofen, Gabapentin, Topiramat sind weitere medikamentöse Therapieoptionen der dritten Wahl.

Operative Verfahren (Ultima Ratio) wie die tiefe Hirnstimulation des posterioren, inferioren Hypothalamus könnte eine neue vielversprechende Alternative zu den bislang eingesetzten operativen Techniken darstellen.

Unwirksam sind Versuche mit chiropraktischen Manövern, Hypnose, Biofeedback und Akupunktur.

## „Attacken durchbrechen mit einer Prophylaxemedikation“



**Dr. Gregor Brössner**  
Universitätsklinik für  
Neurologie Innsbruck,  
Ambulanz für Kopf- und  
Gesichtsschmerzen

Grundsätzlich sollte der Patient eine neurologische Spezialabteilung (Kopfschmerzambulanz) zur Diagnosesicherung aufsuchen. Aus meiner Sicht kann die derzeitige Therapie des Patienten noch verbessert werden.

Erstens ist es in der Attacke nicht sinnvoll, zwei Triptane (Zolmitriptan und Sumatriptan) zu kombinieren, es erhöht sogar die Nebenwirkungsrate. Die Attackentherapie sollte auf Sumatriptan 6mg s.c. Injektionen (maximal 2x täglich) umgestellt werden, dazu eventuell Sauerstoffinhalation (z.B. auch kleine transportable O<sub>2</sub>-Flasche anschaffen). Bei Nichtansprechen oder alternativ dazu kann in manchen Fällen eine tiefe intranasale Applikation von Lidocain in das betroffene Nasenloch (Schmerzseite) die Attacken erfolgreich beenden.

Ziel der Therapie wäre jedoch, das Wiederkehren der Attacken zu durchbrechen – mit einer Prophylaxemedikation. Mittel erster Wahl ist immer noch Prednisolon 1mg/kg/KG per die, oral für die ersten drei Tage, danach langsam über zwei bis drei Wochen ausschleichen (mit Magenschutz kombinieren). Zusätzlich sollte ein orales Aufdosieren mit Topiramat (Beginn mit 25mg, wöchentlich steigern bis 100mg Tagesdosis) oder Verapamil (steigern bis 240mg TD, darunter regelmäßige EKG Kontrollen, CAVE: Leitungsblock) erfol-



Photo: Privat, Illustration: Kim Novak



INTERNATIONALE STUDIEN

# Für Sie gelesen ...

## Morbide Adipositas Magenbypass-Operation macht wieder arbeitsfähig

Die morbide Adipositas ist eine schwer behindernde Erkrankung, die häufig mit mehreren Komorbiditäten verknüpft ist. Diese Fallserie amerikanischer Chirurgen untersuchte Patienten unter 65 mit morbidem Adipositas und ging der Frage nach, wie viel Prozent von ihnen mit oder ohne Operation zur Arbeit zurückkehren. Von 54 Patienten wurden 38 operiert, 16 nicht (14 davon aus eigener Entscheidung). Die Nachbeobachtungszeit betrug für operierte Patienten 44 Monate, für nichtoperierte 32 Monate. Ergebnis: 37% der operierten Patienten kehrten zur Arbeit zurück, jedoch nur einer (6%) der nichtoperierten Patienten.

**Fazit:** Bei morbid adipösen Personen erlaubt ein Magenbypass einen stabilen Gewichtsverlust und damit auch die Rückkehr in den Job.

*Wagner AJ et al.: Return to Work After Gastric Bypass in Medicaid-Funded Morbidly Obese Patients. Arch Surg 2007;142:935-940*

## Low-dose-ASS Kein präventiver Effekt im venösen Gefäßsystem

Hier handelt es sich um eine sekundäre Analyse der „Women's Health Study“, an der fast 40.000 Ärztinnen teilnahmen. Sie erhielten jeden 2. Tag 100mg Azetylsalicylsäure (ASS) oder Placebo. Venöse Thromboembolien (VTE) traten bei 482 Teilnehmerinnen auf, eine Inzidenz, die über jener des Myokardinfarkts lag und etwa jener des Schlaganfalls entsprach. VTE traten bei 1,18/1.000 Personenjahre unter ASS und bei 1,25/1.000 Personenjahre unter Placebo auf. Somit zeigte sich kaum ein präventiver Effekt hinsichtlich VTE durch niedrig dosierte ASS, die daher für gesunde Frauen zur VTE-Prävention auch nicht empfohlen werden sollte.

**Fazit:** Es bestätigt sich die schon bekannte Tatsache, dass ASS keine präventive Wirkung im venösen Teil des Gefäßsystems ausübt.

*Glynn RJ et al.: Effect of Low-Dose Aspirin on the Occurrence of Venous Thromboembolism A Randomized Trial. Ann Intern Med 2007;147(8):525-533*

gen, abhängig von Begleiterkrankungen und Wunsch des Patienten.

Aus meiner Sicht ist eine Prophylaxemedikation dringend indiziert, da lediglich hierfür gute wissenschaftliche Daten existieren, die das Durchbrechen der wiederkehrenden Attacken belegen. Sollte der Patient jedoch keine Dauermedikation wünschen, steht in diesem Fall nur noch eine Alternative zur Verfügung: die lokale Infiltration des Nervus occipitalis major auf der betroffenen Seite (Schmerzseite) mit einem Lokalanästhetikum und Kortison.

Aus meiner Sicht ist eine Tiefenhirnstimulation (Deep Brain Stimulation) bei diesem Patienten abzulehnen, da hierfür eine ausgeprägte Therapieresistenz gefordert wird, die derzeit sicherlich nicht gegeben ist.

Zusammenfassend bin ich sicher, dass mit einer Umstellung der Attackenmedikation und Beginn einer Prophylaxemedikation die Lebensqualität des Patienten deutlich verbessert werden kann. Natürlich spielen hier auch die regelmäßigen Kontrollen und die Betreuung des Patienten eine wesentliche Rolle. ■

## Schädel-MRT Asymptomatische Hirnläsionen sind nicht selten

Im Zuge der technischen Verbesserungen und der immer breiter werdenden Anwendung der Magnetresonanztomografie (MRT) wird klarerweise auch die Zahl zufällig entdeckter, asymptomatischer Hirnläsionen immer größer. Daraus ergeben sich praktische und medizinische Fragen, besonders auch dann, wenn es sich bei den Betroffenen um gesunde Probanden handelt. In der vorliegenden Studie aus den Niederlanden wurde versucht, die Prävalenz solcher Läsionen in der Allgemeinbevölkerung zu erheben. Die Teilnehmer waren 2.000 Personen im mittleren Alter von 63,3 Jahren. Sie hatten an der bevölkerungsbasierten Rotterdam-Studie teilgenommen und sich hochauflösenden, strukturellen MRT-Untersuchungen mit einem 1,5-Tesla-Gerät nach einem Standardprotokoll unterzogen. Zwei geübte Reviewer untersuchten alle Gehirnabnormitäten inklusive asymptomatischer Hirninfarkte. Das Volumen von Läsionen der weißen Substanz wurde mit einer automatischen Nachbearbeitungstechnik quantifiziert und in Millimetern angegeben. Zwei erfahrene Neuroradiologen bewerteten alle Befunde – die jedoch immer allein

auf den MRT-Ergebnissen beruhten, da keine Biopsien für histologische Untersuchungen entnommen wurden. Ergebnisse: 7,2% der Teilnehmer hatten asymptomatische Hirninfarkte. Abgesehen davon waren die häufigsten Befunde zerebrale Aneurysmen (1,8%) und benigne Primärtumoren (1,6%), die meisten davon Meningeome. Die Prävalenz von asymptomatischen Hirninfarkten und Meningeomen stieg mit dem Alter an, so auch das Volumen von Läsionen der weißen Substanz. Im Gegensatz dazu zeigten Aneurysmen keinen altersbezogenen Häufigkeitsanstieg. Ob ein solcher Befund Konsequenzen hat, hängt vom natürlichen Verlauf der Veränderung ab.

**Fazit:** MRT-Befunde, die asymptomatische Hirnläsionen wie etwa Infarkte zeigen, finden sich bei mehr als zehn Prozent der Patienten.

*Vernooij MW et al.: Incidental findings on brain MRI in the general population. N Engl J Med 2007;357(18):1821-1828*

## Adipositas Schlafprobleme im Kleinkindesalter erhöhen die Wahrscheinlichkeit

Es gibt Hinweise, zumeist aus Querschnittsstudien, dass Schlafprobleme in der Kindheit ein Prädiktor für Adipositas im frühen Erwachsenenalter sind. Hier wurde nun eine für die Bevölkerung repräsentative Kohorte von 2.494 Kindern, die zwischen 1981 und 1983 in Brisbane, Australien, geboren worden waren, prospektiv auf die Assoziation zwischen frühen Schlafstörungen (im Alter von sechs Monaten sowie von zwei bis vier Jahren) und Adipositas (mit 21 Jahren) untersucht. Die Autoren verglichen die mittleren Body-Mass-Indices im Alter von 21 Jahren und setzten sie in Beziehung zu (von den Müttern stammenden) Berichten über Schlafstörungen im Kindesalter. Ergebnis: Es stellte sich heraus, dass bei jenen jungen Erwachsenen, die im Alter zwischen zwei und vier Jahren Schlafstörungen gehabt hatten, der mittlere BMI größer und die Prävalenz der Adipositas höher war als bei jenen ohne solche Schlafstörungen. Diese Assoziation hielt auch der Korrektur hinsichtlich einer Reihe von Variablen stand, wie z.B. Geschlecht, psychische Gesundheit der Mutter, BMI der Mutter, Essverhalten im jugendlichen Alter und TV-Konsum. *Al Mamun A et al.: Do Childhood Sleeping Problems Predict Obesity in Young Adulthood? Evidence from a Prospective Birth Cohort Study. Am J Epidemiol 2007;e-pub am 12.9. 2007; doi: 10.1093/aje/kwm224*

**Fazit:** Personen, die im Alter von 2 bis 4 Jahren Schlafprobleme hatten, sind mit 21 häufiger dick als Personen ohne solche Probleme.

## Vorzeitiger Blasensprung Antibiotikatherapie als Prophylaxe ist sinnvoll

Ein vorzeitiger Blasensprung (PROM) vor der 37. Schwangerschaftswoche macht etwa ein Viertel aller vorzeitigen Membranrupturen aus. In dieser retrospektiven US-Studie wurden Frauen mit PROM vor der 34. Woche und Einlingsschwangerschaft prophylaktisch mit intravenösen Antibiotika behandelt, bis die Kulturen auf Gruppe-B-Streptokokken (GBS) negativ waren. Alle hatten ab dem 3. Tag negative GBS-Kulturen. In dieser Kohorte traten keine Fälle von neonataler GBS-Sepsis auf.

**Fazit:** Die Eradikation von Gruppe-B-Streptokokken kann bei vorzeitigem Blasensprung neonatale Sepsisfälle verhindern.

*Alvarez JR et al.: Duration of antimicrobial prophylaxis for group B streptococcus in patients with preterm premature rupture of membranes who are not in labor. Am J Obstet Gynecol 2007;197(4):390.e1-e4*