

Vernichtende Kopfsc

„Frau K. hat starke Kopfschmerzen und sieht gar nicht gut aus, daher bring ich sie gleich zu Ihnen“, erklärt Ihnen Ihre Ordinationshilfe, als sie mit der nächsten Patientin im Zimmer erscheint. Die junge Frau (22 J.) ist sichtlich schmerzgeplagt und sehr blass: „Ich hab seit zwei Tagen schon Kopfschmerzen, die trotz Schmerzmittel einfach nicht vergehen, und seit heute Früh ist es viel schlechter. Ich kann die Augen kaum öffnen, weil das Licht so schmerzt. Migräne hab ich öfter, aber die Schmerzen sind diesmal anders. Wenn ich den Kopf nur bewege, wobei das kaum mehr möglich ist, verschlimmern sich die Schmerzen und werden richtig vernichtend.“ Starke Übelkeit ohne Erbrechen besteht auch seit zwei Tagen. Außer der Pille nimmt die Patientin keine Dauermedikation. Allergien sind keine bekannt. RR 130/72, P 86, Temp.: 38,8°C. Was ist jetzt zu tun, und woran leidet Ihre Patientin am ehesten?



„Die Patientin muss umgehend an eine neurologische Abteilung!“



Prim. Dr. Josef Großmann
Neurologische Abteilung
BK Lienz, Osttirol

Starke therapierefraktäre Kopfschmerzen mit Fieber und Nackensteifigkeit stellen immer einen neurologischen Notfall dar. Die wichtigste Differenzialdiagnose ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems. Die Patientin muss deshalb umgehend an eine neurologische Abteilung zur Durchführung einer strukturellen Untersuchung des Gehirnschädels mittels CT oder vorzugsweise MRT cerebri mit KM und einer

Liquor-Untersuchung zugewiesen werden. Zu diesem Vorgehen gibt es keine Alternative. Die wahrscheinlichste Differenzialdiagnose ist wohl eine Meningitis! Weitere weniger wahrscheinliche Differenzialdiagnosen wie eine Subarachnoidalblutung oder eine Sinusthrombose können mit den genannten diagnostischen Maßnahmen weitgehend ausgeschlossen werden.

Nicht zu falschen Schlussfolgerungen oder gar Verharmlosungen sollte man sich durch die positive Migräneanamnese verleiten lassen. Migräniker kennen ihren Kopfschmerz nur allzu gut.

Änderungen des Schmerzcharakters, der Schmerzintensität und -qualität, der Triggerbarkeit und der Begleitsymptome, wie im konkreten Fall von der Patientin anamnestic beschrieben, müssen ernst genommen werden und sollten immer Anlass

Kopfschmerzen – was tun?

zu einer erweiterten bildgebenden und liquoranalytischen differenzialdiagnostischen Abklärung geben.

„Der bewegungsabhängige Nackenschmerz spricht für eine Meningitis“



Dr. Claudia Thaler-Wolf
FA für Neurologie,
Hall in Tirol

Die 22-jährige Patientin kommt in einem sichtlich schmerzgeplagten und reduzierten Allgemeinzustand mit

Temperatur 38,8°C und beklagt Kopfschmerzen, die nun komplett anders sind als die bekannten Migräneschmerzen. Weiters besteht ein bewegungsabhängiger Nackenschmerz, der für einen Meningismus sprechen könnte. Die Patientin ist kreislaufstabil und zeigt zum Untersuchungszeitpunkt bei Blutdruck 130/72 und Puls 86 noch keine Hinweise für eine Sepsis.

Erste Verdachtsdiagnose: Meningitis. Wir bringen die Patientin in unseren Notfallbereich, dort untersuche ich die Patientin neurologisch, überprüfe, ob ein Meningismus vorliegt, überprüfe die Vigilanz und untersuche sie, ob ein neurologischer Herd und ob Hautveränderungen vorliegen. Die Patientin wird beruhigt und ihr wird erklärt, dass sie rasch in eine neurologische Spezialeinheit zur weiteren Abklärung eingewiesen wird. Der Notarzt wird verständigt, da bei dieser Befundkonstellation eine rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes jederzeit möglich ist.

Hier zählt jede Minute – ich lege eine Leitung, sie erhält vorerst Flüssigkeit mit Schmerzmittel (Diclofenac) sowie Metoclopramid, ich mache einen Rachenabstrich, dieser wird beschriftet mitgegeben, um möglicherweise, wenn doch noch eine rasche Antibiotikagabe notwendig ist, Pneumokokken verifizieren zu können.

Ich vergewissere mich, wie der genaue Verlauf der Kopfschmerzen war, ob der Kopfschmerzbeginn plötzlich und peitschenhiebartig war, dann ist differenzialdiagnostisch eine abgelaufene Subarachnoidalblutung zu überlegen, zur weiteren Abklärung ist definitiv ein Labor sowie cerebrale CT +/- KM mit und eine nachfolgende Lumbalpunktion essenziell.

Wenn der Kopfschmerzbeginn eher langsam war und dieser innerhalb von zwei Tagen dann deutlich zugenommen hat, ist DD wohl am ehesten eine virale

Meningitis oder ein Abszess oder auch eine Sinusvenenthrombose zu diskutieren. Bakterielle Meningitiden wie die Pneumokokken – oder die Meningokokkenmeningitis sind meistens foudroyanter verlaufend.

Kommt es noch bei uns in der Praxis zu einer Verschlechterung der Vitalparameter, so erhält sie 2mg Ceftriaxon IV (vorrätig) und Sauerstoff 5ml über eine Nasenonde, bis der Notarzt eintrifft, und wir sind in Beatmungsbereitschaft.

„Das Gesamtbild steht für Verdachtsdiagnose Meningitis“



Prof. Dr. Alexander Meng
FA f. Neurologie/Psychiatrie,
Wien

Als Erstes ist eine genaue Anamnese durchzuführen – was sind die bekannten Vorerkrankungen? Wurde die

Diagnose Migräne fachärztlich genau abgeklärt? Es ist zu erfragen, ob die Patientin ein solches Krankheitsbild bereits schon einmal hatte, um einen kausalen Zusammenhang zu finden. Sind Erkrankungen der Augen-, HNO-, Zahnbereiche bekannt?

Aus dem neurologischen Status sehe ich, ob es suspektere Zeichen für eine Beteiligung des ZNS, wie Halbseitenzeichen, Meningismus etc., gibt, welche eine dringende Indikation zur Hospitalisierung darstellen.

Die Temperatur von 38,8°C zusammen mit der Übelkeit, dem vernichtenden Kopfschmerz, der Lichtempfindlichkeit und der sehr blassen Gesichtsfarbe stellen, wenn Auffälligkeiten im neurologischen Status noch vorliegen, das Gesamtbild für eine Verdachtsdiagnose Meningitis dar. Ich werde also veranlassen, die Patientin über die Rettungszentrale an eine Fachabteilung zu transportieren. Zuvor werde ich mit der RZ sprechen, denn die Bettensituation in den Fachabteilungen ist immer sehr angespannt.

Im Krankenhaus werden in kurzer Zeit viele Informationen wie Laborbefunde, EKG, Bildgebung (MRT Schädel, Herz-Lunge-Rö), internistische Begutachtung evtl. vorliegen. Die Patientin wird über die Notwendigkeit einer Lumbalpunktion genau aufgeklärt, um im Liquorbefund eine mögliche bakterielle Meningitis auszuschließen bzw. im Falle den Erreger zu diagnostizieren.

Fieber und Kopfschmerzen können aber auch virale Ursachen haben, z.B. einen grippalen Infekt mit Kopfschmerzen. ■