CME: Neuartige Kopfschmerzen bei Erwachsenen: evidenzbasiertes Vorgehen für die Praxis

New-Onset Headache in Adults: Evidence-Based Assessment in the Primary Care Setting

Heiko Pohl und Susanne Wegener

Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich und Universität Zürich

Zusammenfassung: Viele Menschen leiden an Kopfschmerzen. Die häufigsten primären (idiopathischen) Kopfschmerzen, wie Migräne oder der Kopfschmerz vom Spannungstyp, führen zwar oft zu Einschränkungen im beruflichen und privaten Leben, sind aber nicht gefährlich. Dem gegenüber stehen die sekundären (symptomatischen) Kopfschmerzen, die Symptome einer unter Umständen lebensbedrohlichen Erkrankung sein können. Hier kann neben der hausärztlich organisierten erweiterten Diagnostik (Bildgebung, Blutentnahme, Lumbalpunktion) auch eine notfallmässige Krankenhauseinweisung erforderlich sein. In diesem Artikel fassen wir die empfohlenen Schritte zur Abklärung neuartiger Kopfschmerzen in der hausärztlichen Praxis zusammen.

Schlüsselwörter: Primäre und sekundäre Kopfschmerzen, Migräne, Abklärung von Kopfschmerzen

Abstract: Many people suffer from headaches. Primary (idiopathic) headaches such as migraine and tension type headaches are most common. They may significantly affect occupational and social aspects of daily life, but are usually not dangerous. On the contrary, secondary (symptomatic) headaches may be a symptom for an underlying life-threatening disorder. In these cases, the primary care physician may need to organize certain diagnostic measures such as brain imaging, blood work or lumbar puncture. Sometimes, emergency hospital admission may be required. In this article we summarize the recommended steps for the assessment of new-onset headaches in patients visiting the primary care practice.

Keywords: Primary and secondary headaches, migraine, assessment of headaches

Einleitung/Definition

Kopfschmerzen sind eines der häufigsten Gesundheitsprobleme weltweit. Die Lebenszeitprävalenz von Kopfschmerzen beträgt ca. 60 %. In der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung gaben etwa 30 % der Frauen und 20 % der Männer an, innerhalb der letzten 4 Wochen an Kopfschmerzen gelitten zu haben. Glücklicherweise sind Kopfschmerzen nur selten Ausdruck einer gefährlichen Erkrankung. Immer dann, wenn Kopfschmerzen als eigene Krankheit auftreten, bezeichnen wir sie als primär (idiopathisch). Die häufigsten primären Kopfschmerztypen sind die vom Spannungstyp, gefolgt von der Migräne und den

seltenen trigeminoautonomen Kopfschmerzen. Hierzu zählen unter anderem der Cluster-Kopfschmerz, die paroxysmale Hemikranie und die Hemicrania continua. Die meisten Kopfschmerzen sind primär. Sekundäre (symptomatische) Kopfschmerzen können durch Schädel-Hirn-Trauma, Infekte (auch solche durch COVID-19), vaskuläre oder nichtvaskuläre Erkrankungen des Gehirns (wie zum Beispiel Hirnblutung, Raumforderung), Medikamente oder Elektrolytstörungen ausgelöst werden. Kopfschmerzen können anhand ihrer Symptomatik und Begleitsymptomen klassifiziert werden, was die Diagnosestellung sowie die Auswahl der am besten geeigneten diagnostischen

Die **Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM/SGIM)** anerkennt die CME der «Praxis» als Kernfortbildung AIM und vergibt pro CME AIM 1 Credit.

Im Artikel verwendete Abkürzungen

CGRP	Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP)
CT	Computertomografie
ICHD-3	3. Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzkrankungen
MRT	Magnetresonanztomografie
MÜKS	Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika

und therapeutischen Massnahmen ermöglicht. Die Schmerzanamnese ist daher essenziell. Die aktuell gültige internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen (ICHD-3) kann unter <https://ichd-3.org/de/> nachgelesen werden. Weitere hilfreiche Informationen finden Sie auch auf der Webseite der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft (www.headache.ch).

Die meisten von uns kennen vorübergehende, leichte bis mässige Kopfschmerzen, wie nach langer, anstrengender Arbeit am Schreibtisch oder bei einem Infekt. Der Schmerzcharakter ist uns vertraut, die Intensität eher gering und der Zusammenhang mit dem Auslöser ist für uns nachvollziehbar. Hingegen sind neuartige oder sehr heftige Kopfschmerzen ohne klaren Auslöser alarmierend und führen häufig zur Konsultation bei der Hausärztin/beim Hausarzt.

In diesem Artikel möchten wir beschreiben, wie man bei Konsultation für neuartige Kopfschmerzen in der Hausarztpraxis vorgehen kann, um zum einen die Ursache der Kopfschmerzen zu finden und zum anderen die Schmerzen effektiv zu behandeln.

Klinik und Komplikationen

Klinik

In einem ersten Schritt ist es wichtig, die Lokalisation, Art, Stärke und Entwicklung der Kopfschmerzen zu erfragen. Die symptomorientierte Anamnese ist der Schlüssel zur Diagnose von Kopfschmerzen. Hierfür eignen sich Fragebögen, auf denen die Betroffenen die Schmerzlokalisierung einzeichnen und den Verlauf visualisieren können. Sind die Schmerzen im ganzen Kopf (holozephal) lokalisiert, streng unilateral oder überwiegend hinter dem Auge? Sind

sie pulsierend, stechend oder drückend («Schraubstock-Charakter»)? Treten Begleiterscheinungen wie Photo- oder Phonophobie, Übelkeit, Erbrechen oder ein gerötetes, tränendes Auge auf? Führen sie eher zu Rückzug (Migräne) oder zu Bewegungsunruhe (Cluster-Kopfschmerz)? Gab es vor den Kopfschmerzen eine Aura-Symptomatik? Tabelle 1 zeigt charakteristische Befunde bei verschiedenen Kopfschmerzarten auf. Trigger, Verstärker der Schmerzen sollten erfragt werden, genauso wie die bisher von den Betroffenen ergriffenen Massnahmen zur Schmerzlinderung. Die Lageabhängigkeit der Kopfschmerzen ist ein diagnostisch wichtiger Punkt: Schmerzen, die sich bei Abliegen, Husten, Pressen (Valsalva-Manöver) verstärken, könnten durch eine intrakranielle Druckerhöhung verursacht sein. Remittieren die Schmerzen direkt nach dem Abliegen, spricht dies für ein Liquor- unterdrucksyndrom. Im Übrigen sollten Begleiterkrankungen, Medikation und Familienanamnese (auch gezielt im Hinblick auf Kopfschmerzen) erfragt werden.

Für die Abgrenzung eines potenziell gefährlichen sekundären Kopfschmerzes ist die Frage des Symptombeginns essenziell: Betroffene mit perakutem Schmerzbeginn («Donnerschlagskopfschmerz») sollten in jedem Fall noch am selben Tag zur weiteren neurologischen Abklärung in ein Krankenhaus geschickt werden. Dies gilt auch bei Hinweisen auf neurologische Ausfallerscheinungen.

Komplikationen

Die Betroffenen möchten in der ersten hausärztlichen Konsultation die Ursache ihrer Kopfschmerzen erfahren und eine wirksame Schmerzlinderung erhalten. Ziel ist es, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Tabelle 1. Charakteristika der häufigsten primären Kopfschmerzen (zu weiteren Details siehe Klassifikation von Kopfschmerzen – www.headache.ch)

	Migräne	Kopfschmerzen vom Spannungstyp	Trigeminoautonome Kopfschmerzen
Dauer	4–72 h	30 min bis 7 d	Sehr abhängig vom Schmerztyp: SUNCT-Syndrom* 5–240 sec, Clusterkopfschmerz 15–180 min, Hemicrania continua: andauernd
Lokalisation	Eher einseitig	Eher beidseitig	Einseitig, meist supraorbital, temporal
Charakter	Pulsierend In ca. 25 % mit vorhergehender Aura	Dumpf-drückend, nicht pulsierend	Stechend
Intensität	Mittlere bis starke Intensität	Leichte bis mittlere Intensität	Sehr stark
Verstärkung	Durch körperliche Aktivität Daher: Rückzugstendenz	Stress, Verspannung der Nackenmuskulatur; keine Verstärkung durch körperliche Aktivitäten	Betroffene können sich nicht in Ruhe hinlegen: Unruhe, Herum«tigern»
Begleitsymptome	Übelkeit und/oder Erbrechen Photo- und Phonophobie	Photo- oder Phonophobie kann selten vorhanden sein (nicht beides)	Parasympathische autonome Symptome auf derselben Seite: z.B. Miosis, Ptosis, Schwitzen, nasale Kongestion, Lakrimation, konjunktivale Injektion

*SUNCT = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing

1. Donnerschlagskopfschmerz (perakuter Beginn)*
2. Neurologische Ausfälle (inkl. Bewusstseinsstörung)*
3. Systemische Zeichen (Fieber)*
4. Begleitsymptome (Erbrechen, Meningismus, Sehstörungen, Schwindel, Augenschmerzen)*
5. Ausgelöst durch Husten, Schnäuzen, Sport
6. Lageabhängigkeit*
7. Alter >50 Jahre, Neoplasie oder Immunsuppression als Begleiterkrankung
8. Schwangerschaft oder Wochenbett
9. Ungewohnte Intensität, Art und Dauer von Schmerzen
10. Progrediente Schmerzen
11. Therapieresistenz

*Neuartige Kopfschmerzen in der hausärztlichen Praxis: Bei den mit * gekennzeichneten Symptomen ist eine sofortige Spitalzuweisung zur Abklärung angezeigt

Abbildung 1. «Red Flags» für symptomatische Kopfschmerzen.

Aus hausärztlicher Sicht ist das Einleiten erweiterter Diagnostik bei Verdacht auf sekundäre Kopfschmerzen wichtig. Dies ist im Fall von perakuten Kopfschmerzen, neurologischen Ausfall-Symptomen, insbesondere bei Vigilanzminderung mit/ohne Fieber, stets notfallmässig zu veranlassen. In Abbildung 1 sind sogenannte «Red Flags» aufgelistet, die auf das Vorliegen eines sekundären Kopfschmerzes hindeuten können, auch wenn die zugrundeliegende Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde. Wenn sich die Betroffenen in gutem Allgemeinzustand präsentieren und keine Hinweise auf eine akut bedrohliche Erkrankung vorliegen, kann auch ein zeitnah veranlasstes ambulant MRI mit kurzfristiger klinischer Kontrolle avisiert werden. Im Notfall-Setting wird die Bildgebungsmodalität je nach Symptomatik und Verdachtsdiagnose und in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eine Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) sein. Bei geringerem Verdacht

seitens der Hausärztin und weniger schwerer Symptomatik sollte prioritär ein MRT des Schädels mit Kontrastmittelgabe und Gefässdarstellung (MR Angiografie) veranlasst werden. Gefahr einer verschleppten Diagnostik von sekundären Kopfschmerzen ist die verspätete Entdeckung einer potenziell bedrohlichen und behandlungswürdigen Erkrankung. Auch bereits bekannte Kopfschmerzleiden, die sich deutlich verstärkt oder in ihrem Charakter verändert haben, können Ausdruck eines anderen Grundleidens sein.

Wenn sich in der Erstkonsultation eindeutig das Bild eines primären Kopfschmerzes ergibt, sollten die Erkrankten über die Art der Kopfschmerzen und deren erwarteten Verlauf informiert werden. Bei den häufigen Spannungstyp-Kopfschmerzen oder einer Migräne sollte über nicht-medikamentöse und medikamentöse Massnahmen aufgeklärt werden. Nicht jeder Kopfschmerz erfordert eine medikamentöse Prophylaxe oder Behandlung. Schon das Aufklärungsgespräch ist ein wichtiger Schritt. Die Gefahr eines Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzes (MÜKS) wird oft unterschätzt; bei Analgetika-Einnahme an mehr als neun Tagen pro Monat während mindestens drei Monaten in Folge bei Triptanen und 14 Tagen bei NSAR besteht allerdings ein relevantes Risiko. Wir empfehlen bei jeder Konsultation für Kopfschmerzen eine kurzfristige Verlaufskontrolle, zum Beispiel nach ein bis zwei Monaten, um das Therapieansprechen zu kontrollieren. Betroffene sollten die Schmerzen (Häufigkeit, Intensität und Analgetika-Gebrauch und eventuelle Begleit-Symptome) in einem Kopfwehkalender dokumentieren. Sollten die Schmerzen persistieren, ist die Zuweisung zur Kopfwehspezialistin/zum Kopfwehspezialisten sinnvoll.

Abbildung 2. Abklärungsstrategie für die Hausarztpraxis: Patientinnen und Patienten mit neuartigen Kopfschmerzen.

Differenzialdiagnose primärer und sekundärer Kopfschmerzen

Primäre
(idiopathische)

- Migräne
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp
- Clusterkopfschmerz und andere trigeminoautonome Kopfschmerzen
- Andere (Auswahl):
 - primärer Hustenkopfschmerz
 - Münnkopfschmerz
 - schlafgebundener Kopfschmerz
 - primärer Kopfschmerz bei sexueller Aktivität

Sekundäre
(symptomatische)

Kopfschmerzen zurückzuführen auf:

- ein Kopf- und/oder HWS-Trauma
- Gefäßstörungen im Bereich des Kopfes oder des Halses
- nichtvaskuläre intrakranielle Störungen
- eine Substanz oder deren Entzug
- eine Infektion
- eine Störung der Homöostase (Stoffwechselerkrankungen)
- Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen
- psychiatrische Störungen (Somatisierungsstörungen, psychotische Störungen)
- kraniale Neuralgien und zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen
- nicht klassifizierbare Kopfschmerzen

Abbildung 3. Differenzialdiagnose primärer und sekundärer Kopfschmerzen.

Abklärungsstrategie

Diagnosekriterien/Ursachen/ Differenzialdiagnose

Primäre Kopfschmerzen werden nach Schmerzbeschreibung und Begleitsymptomen klassifiziert; sekundäre Kopfschmerzen nach der Ursache (Abb. 2). Die häufigsten Differenzialdiagnosen finden Sie in Abbildung 3. Manche Differenzialdiagnosen bedürfen weiterer fachärztlicher Abklärung, wie zum Beispiel durch ORL-ärztliche Kolleg_innen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg_innen, Rheumatolog_innen, Psychosomatiker_innen. Häufig kann die Zuweisung in ein interdisziplinäres Zentrum sinnvoll sein, wo Expert_innen verschiedener Fachgebiete Kopfweh-Fälle gemeinsam diskutieren und integrierte Therapiekonzepte vorschlagen.

Therapie und Prognose

Therapie

Die Therapie der Kopfschmerzen hängt von der Ätiologie ab. Bei sekundären Kopfschmerzen muss die zugrundeliegende Ursache gefunden und wenn möglich behoben werden. Erst wenn dies nicht gelingt oder die Schmerzen dennoch persistieren, kann eine Prophylaxe verordnet werden. Primäre Kopfschmerzen werden symptomatisch und entsprechend ihrem Typ therapiert.

Bei hohem Verdacht auf Migräne oder Spannungstyp-Kopfschmerzen kann die Therapie schon in der Hausarztpraxis begonnen werden. Zusammengefasst sind die Therapieempfehlungen:

1) Migräne

Anfall-Behandlung mit NSAR und anderen Akutanalgetika sowie einem Antiemetikum, was selbst bei nur leichter Übelkeit sinnvoll sein kann, um die Resorption der Akutmedikation zu verbessern. Die Medikamente sollten möglichst früh (zu Beginn der Schmerzattacke) eingenommen werden. Bei stärkeren Attacken können Triptane eingesetzt werden. Diese liegen in verschiedenen Darreichungsformen (Schmelztablette, Nasenspray, s.c. Injektion) vor und können je nach Vorliebe der Betroffenen und Verträglichkeit verordnet werden.

Eine Langzeitprophylaxe (oder Basistherapie) kann bei mehr als drei Attacken/Monat, mehr als fünf Migränetagen/Monat, sehr schweren Attacken und Einschränkungen begonnen werden. In jedem Fall sollten Betroffene versuchen, bekannte Migräne-Trigger zu vermeiden. Nichtmedikamentöse Massnahmen sind sehr effektiv und sollten allen Betroffenen erläutert werden. Hierzu gehören aerobes Ausdauertraining (mindestens 3 × wöchentlich je 45 Minuten mit Pulsziel 120–140/min), Entspannungstechniken sowie Verhaltens- und psychotherapeutische Massnahmen. Medikamentöse Optionen sind natürliche Substanzen (Magnesium bis 30 mmol/d und Riboflavin (Vitamin B2, 400 mg/d) und Medikamente aus der Gruppe der Beta-Blocker, Antidepressiva, Antikonvulsiva und Calcium-Antagonisten. Seit einigen Jahren sind auch die sehr effizienten und gut verträglichen CGRP-Antagonisten (Calcitonin Gene-Related Peptide) zugelassen. Zur Beratung über die am besten geeignete Basistherapie und Verordnung der CGRP-Antagonisten ist es sinnvoll, Betroffene in die spezialärztliche Kopfschmerzambulanz zu überweisen.

2) Kopfschmerzen vom Spannungstyp

Stress-Reduktion und sonstige nicht-medikamentöse Massnahmen zur Förderung der Entspannung und aerobes Ausdauertraining analog zur Migräne stehen bei

Kopfschmerzen vom Spannungstyp im Vordergrund. Regelmässige Einnahme von Akutanalgetika sollte vermieden werden, wenn, dann sollte in ausreichender Dosis therapiert werden. Als Basisprophylaxe gibt es einige Evidenz für Antidepressiva. Multidisziplinäre Ansätze sind sinnvoller als medikamentöse Therapien allein.

In den meisten Fällen kann durch diese Massnahmen eine zufriedenstellende Kontrolle der Kopfschmerzen erreicht werden. Menschen mit selteneren primären Kopfschmerzen wie dem Cluster-Kopfschmerz sollten in ei-

nem Kopfschmerzzentrum evaluiert werden. Bei diesen Personen ist die mittel- und langfristige Behandlung komplex. Lässt sich der Kopfschmerz nicht einer eindeutigen Ätiologie zuordnen oder ist er therapieresistent, empfehlen wir ebenfalls eine spezialärztliche Zuweisung, auch dann, wenn sich kein Hinweis auf einen sekundären Kopfschmerz ergibt.

Prävention

Die beste Prävention von Kopfschmerzen liegt in einem gesunden, aktiven Lebensstil mit regelmässigem Sportprogramm und Reduktion von Stress. Viele Menschen haben ausserdem individuelle Trigger für ihre Kopfschmerzen. Je besser diese bekannt sind, desto besser können sie vermieden und das Auftreten von Schmerzattacken verhindert werden. Aufgrund ihrer genetischen Komponente und weiterer unbeeinflussbarer Faktoren können primäre Kopfschmerzen aber nicht gänzlich verhindert werden. Es ist daher auch wichtig, Menschen mit primären Kopfschmerzerkrankungen darüber zu informieren, dass die Schmerzen im Laufe des Lebens wiederkommen können, und sie in einem solchen Fall zu unterstützen.

Fallbericht

Anamnese

Eine 40jährige Patientin, Mutter von zwei Kindern, sucht Sie wegen Kopfschmerzen in der Praxis auf. Sie berichtet, die Schmerzen seien erstmals vor sechs Tagen aufgetreten, als sie ins Auto gestiegen sei. Sie sei aufgrund eines Todesfalls in der Familie sehr belastet. Die Schmerzen seien drückend-stechend und im ganzen Kopf lokalisiert gewesen, besonders stark aber im Nacken. Sie hätten sich über etwa 2 h aufgebaut. Sie sei lichtempfindlich gewesen und habe Übelkeit verspürt (kein Erbrechen). Auf der Numerical-Rating-Scale (NRS) erreichten die Schmerzen 9/10. Nach dem Hinlegen hätten sich die Schmerzen deutlich gebessert; im Sitzen und Stehen seien sie unerträglich gewesen. Aktuell seien die Schmerzen deutlich rückläufig. Nur ein Ziehen im Nacken sei noch vorhanden.

Weg zur Diagnose/Kommentar

Es handelt sich um einen neuartigen Kopfschmerz bei einer Patientin in schwerer sozialer Belastungssituation. Es liegt kein Donnerschlagkopfschmerz vor. Der diffus drückende, okzipital betonte Charakter könnte an einen Kopfschmerz vom Spannungstyp denken lassen, insbesondere im Zusammenhang mit der Stress-Belastung. Lichtempfindlichkeit und Übelkeit sind typische Begleitsymptome einer Migräne. Allerdings ist die fast vollständige Rückbildung der Kopfschmerzen im Liegen typisch für ein Liquorunterdrucksyndrom.

Abbildung 4. MRI der HWS und BWS mit T2-Fett-gesättigten Sequenzen zeigt eine T2-hyperintense Lamelle des Duralsacks ab HWK 6/7 (dieser reicht, wie auf den LWS-Aufnahmen ersichtlich, bis LWK 2) im Sinne einer Flüssigkeitskollektion.

Andere typische Zeichen in der zerebralen Bildgebung wie z.B. Subduralhämatome, leptomeningeales Enhancement oder abgesunkene (tiefstehende) Kleinhirntonsillen waren nicht zu erkennen.

Befunde

Status

Die Patientin hat einen Blutdruck von 155/90 mm Hg. Der sonstige internistische Status ist blande. Sie hat kein Fieber. Klinisch-neurologisch liegen keine Defizite vor. Kein Meningismus, keine Stauungspapille. Das Routinelabor war unauffällig. Zum Zeitpunkt der Notfallkonsultation lagen keine Kopfschmerzen mehr vor, nur noch ein Ziehen im Nackenbereich.

Aktuelle Therapie

Seit Beginn der Kopfschmerzen ca. zwei Tabletten Akutanalgetika (Ibuprofen oder Paracetamol) pro Tag. Keine Dauermedikation.

Weitere Befunde

MRI Schädel mit KM und MRA: unauffälliger Befund. Keine Raumforderung, keine Blutung, keine entzündlichen Veränderungen. Kein Hinweis auf Sinusvenenthrombose.

Weg zur Diagnose/Kommentar

Die Patientin war erleichtert, da man im Rahmen der Notfallkonsultation keine Auffälligkeiten gefunden hatte. Man vermutete einen Spannungstypkopfschmerz. Im Laufe der folgenden Tage kam es aber zum Wiederauftreten der Symptomatik mit der vorher geschilderten Charakteristik mit Schmerzspitzen bis 9/10 auf der NRS. Akutanalgetika brachten keine Linderung. Die Patientin sucht unsere Kopfschmerzprechstunde auf. Aufgrund der klaren Lageabhängigkeit wird ein Liquorunterdrucksyndrom vermutet und ein MRI der Wirbelsäule veranlasst (Abb. 4).

Therapie

Therapeutisch wurde die Patientin angehalten, über die nächsten Tage zu liegen. Eine Thromboseprophylaxe wurde verordnet. Für die gezielte Schmerztherapie bekam sie Koffeintabletten (0,2 g 1–1). Fünf Tage später meldet sie

sich, da die Schmerzen weiterhin nur im Liegen remittierten; sie kann ihren Alltagsaktivitäten nicht nachgehen und hat unerträgliche Schmerzen, wenn sie aufsteht.

Sie wird für einen Blutpatch aufgeboden und erhält eine Applikation von 18 ml Eigenblut in den Epiduralraum. Einige Tage später meldet sich die Patientin: Sie ist wieder komplett schmerzfrei.

In diesem Fall ist lehrreich, dass sich die Diagnosestellung und Therapie verzögerten, da die Schmerzen bei der Notfallkonsultation wieder remittiert waren und die Lageabhängigkeit nicht eindeutig zu erheben war. Das MRI Schädel war nicht wegweisend. Erst die gezielte Suche nach einem Liquorleck im spinalen MRI konnte die Diagnose sichern.

Bibliografie

1. Evers S, Frese A, Marziniak M. Differentialdiagnose von Kopfschmerzen. Dtsch Arztebl. 2006;103(45).
2. Schankin CJ, Straube A, Bassetti CL, Fischer U. [Headache in the emergency department]. Nervenarzt. 2017;88(6):597–606.
3. Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW, et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of acute treatment of migraine attacks in adults: Fourth edition. Cephalalgia. 2019;39(6):687–710.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.

Historie

Manuskript angenommen: 24.03.2021

Interessenskonflikte

Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Prof. Dr. med. Susanne Wegener

Klinik für Neurologie
Universitätsspital Zürich (USZ)
Frauenklinikstrasse 26
8091 Zürich

susanne.wegener@usz.ch

CME-Fragen

CME: Neuartige Kopfschmerzen bei Erwachsenen: evidenzbasiertes Vorgehen für die Praxis

Frage 1: Was unterscheidet primäre und sekundäre Kopfschmerzen? (Einfachauswahl)

- a) Sekundäre Kopfschmerzen sind ungefährlich.
- b) Primäre Kopfschmerzen sind Symptom eines anderen Grundleidens.

- c) Kopfschmerzen können nicht klassifiziert werden, weil man sie nicht objektivieren kann.
- d) Bei V.a. sekundäre Kopfschmerzen sind weitere Abklärungen erforderlich, um eine potenziell behandlungsbedürftige Ursache zu finden.

e) Sekundäre Kopfschmerzen entstehen als Folge von primären.

Frage 2: Was passt nicht zu einem Liquorunterdrucksyndrom? (Einfachauswahl)

- a) Occipital betonte Kopfschmerzen
- b) Kopfschmerzen, die im Liegen nachlassen
- c) Kopfschmerzen, die im Liegen zunehmen
- d) Auftreten bei Menschen im mittleren Alter
- e) Auftreten nach einer diagnostischen Lumbalpunktion

Frage 3: Was sind «Red Flags» für sekundäre Kopfschmerzen? (Mehrfachauswahl)

- a) Plötzlicher Beginn
- b) Sehr starke oder zunehmende Intensität
- c) Wiederholte Kopfschmerzen bei jungen Menschen mit Photo- und Phonophobie
- d) Auftreten neuartiger Kopfschmerzen bei älteren Menschen (>50 Jahren)
- e) Kopfschmerzen, die durch sportliche Aktivität und Entspannung abnehmen

Frage 4: Was gilt bei Kopfschmerzen vom Spannungstyp? (Einfachauswahl)

- a) Der Schmerzcharakter ist stechend, pulsierend.
- b) Charakteristisch sind eine Ptosis und gerötetes Auge auf der Seite der Kopfschmerzen.
- c) Nichtmedikamentöse Massnahmen (Entspannung/aerobes Ausdauertraining) sollten empfohlen werden.
- d) Es gibt nur eine Attackenbehandlung, keine Möglichkeit zur Langzeitprophylaxe.
- e) Kopfschmerzen vom Spannungstyp sind sehr selten und treten meist bei Menschen mit Vorerkrankungen auf.

Frage 5: Wann sollte eine Patientin/ein Patient direkt von der Hausarztpraxis ins Krankenhaus eingewiesen werden? (Mehrfachauswahl)

- a) Bei hohem Fieber
- b) Bei Bewusstseinsminderung und Verhaltensauffälligkeiten (wie z.B. Verwirrtheit)
- c) Bei neurologischen Ausfallsyndromen
- d) Bei epileptischem Anfall
- e) Wenn ein heftiger Kopfschmerz mit perakutem Beginn vorliegt (Donnerschlagskopfschmerz).

CME-Antworten

Sie können die Fragen bei unserem **Online-Fortbildungsangebot CME** unter **www.praxis.ch** bis **spätestens spätestens 6. Juni 2021** lösen. Nach korrekter Beantwortung der Fragen erhalten Sie automatisch eine Bestätigung. Sie können aber auch untenstehenden Antworttalon verwenden. Auflösung und Kommentare erscheinen in der «Praxis» Nr. 8 vom 10. Juni 2021.

Antworttalon

Um Ihre Bestätigung für das Bearbeiten der CME zu erhalten, schicken Sie uns bitte den ausgefüllten Antworttalon **bis spätestens 6. Juni 2021** mit einem **frankierten und an Sie adressierten Rückumschlag** an Hogrefe AG, Redaktion Praxis, Länggass-Strasse 76, 3012 Bern.

Ihre Antworten zum Thema «CME: Neuartige Kopfschmerzen bei Erwachsenen: evidenzbasiertes Vorgehen für die Praxis»

	1	2	3	4	5
a)	☐	☐	☐	☐	☐
b)	☐	☐	☐	☐	☐
c)	☐	☐	☐	☐	☐
d)	☐	☐	☐	☐	☐
e)	☐	☐	☐	☐	☐

Absender

Titel/FMH _____

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Bei erfolgreich abgeschlossenem Fortbildungsmodul (mind. 60% der Antworten richtig) kann gemäss Akkreditierungsentscheid der SGAIM 1 Kernfortbildungscredit AIM erworben werden. Es gelten hier die Limitationen für e-Learnings/Zeitschriften: Maximal 8 Kernfortbildungscredits pro Jahr bzw. 24 Kernfortbildungscredits pro 3-Jahres-Periode. Darüber hinausgehende Credits können unbeschränkt als erweiterte Fortbildung angerechnet werden.