

Kopfweg – interdisziplinär

Ist Kopfweg Rheuma?

Der sogenannte primäre Kopfschmerz nach der aktuellen Klassifikation¹ ist sicher kein „Rheuma“. Wir sprechen von „rheumatisch bedingten Kopfschmerzen“ am ehesten im Rahmen des sogenannten „sekundären Kopfschmerzes“.



H. Sprott, Basel

Neben den osteologischen Entitäten unterscheidet der Rheumatologe im Wesentlichen entzündliche (autoimmune und postinfektiöse) von mechanischen Erkrankungen (Arthrosen/periartikuläre Pathologien), die über unterschiedliche pathophysiologische Wege in der Lage sind, als Folge- oder Begleiterscheinung Kopfschmerzen auszulösen.

Autoimmun bedingter Kopfschmerz

Aus dem Formenkreis der rheumatologischen Erkrankungen spielen hier die Kollagenosen und Vaskulitiden die grösste Rolle – insgesamt sind diese Erkrankungen jedoch sehr selten. Dazu gehören insbesondere der systemische Lupus erythematodes, die systemische Sklerose, die Myositis, das Sjögren-Syndrom, die Polymyalgia rheumatica und das Behçet-Syndrom. Diese systemisch entzündlichen Erkrankungen verursachen neben den Kopfschmerzen nicht selten auch Allgemeinsymptome

wie allgemeine Schwäche, Müdigkeit, erhöhte Körpertemperatur, aber auch Myalgien, Arthralgien sowie Haut- und Schleimhautveränderungen. Der erstbehandelnde Arzt ist gut beraten, den Kopfschmerzpatienten nach diesen Symptomen zu befragen und eine klinische Ganzkörperuntersuchung durchzuführen. Bei Verdacht auf eine rheumatologische Autoimmunerkrankung ist es sinnvoll, den Rheumatologen beizuziehen und eine diesbezügliche Abklärung (häufig ergänzend laborchemisch und bildgebend) einzuleiten.

(Post-)infektiöse Grunderkrankungen

Infektionen oder Zustände nach abgelaufenen Infektionen sind in der Lage, Kopfschmerzen auszulösen. Falls der Erreger nachweisbar sein sollte, ist es ratsam, eine kausale, meist antibiotische (oder auch antivirale) Therapie einzuleiten. Nicht immer ist jedoch der Erreger nachweisbar (z.B. abgelaufene Neuroborreliose). Die therapeutischen

Möglichkeiten sind damit limitiert. Häufig wird eine symptomatische oder auch eine multimodale Therapie die einzige Option bleiben.

Mechanisch bedingter Kopfschmerz

Hier handelt es sich entweder um Engesynndrome (z.B. zervikale Spinalkanalstenose) und/oder degenerative Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule oder auch der Kiefergelenke, die über Irritationen neuronaler Strukturen oder die Freisetzung proinflammatorischer Substanzen (z.B. proinflammatorischer Zytokine) zu Kopfschmerzen führen können. Ein fortgeleiteter Kopfschmerz kann seinen Ursprung aber auch in Weichteilstrukturen (Muskulatur, Sehnen, Sehnenansätze) haben. Dabei unterscheiden wir:

- Kompressionen (strukturell),
- Affektionen (lokal entzündlich) und
- Reaktionen (muskulär/enthesiopathisch) (siehe auch Abb. 1).

KeyPoints

- Bei der Differenzialdiagnose des sekundären Kopfschmerzes aus rheumatologischer Sicht ist zu achten auf Symptome ausserhalb des Kopfes, z.B. Triggerpunkte (Abb. 2), Verspannungen der Muskulatur, Haut- und Schleimhautveränderungen, Myalgien, Arthralgien/Arthritiden.
- Bei der Diagnostik einer peripheren Nozizeption und/oder einer kausalen Genese eines bestehenden Kopfschmerzes ist immer in erster Linie die Grunderkrankung zu behandeln.
- Kopfschmerzen, insbesondere sekundäre Formen, gehören in ein interdisziplinäres Konzept. Der Rheumatologe spielt hier eine wichtige Rolle.

Kompressionen sind strukturell nachweisbare Einengungen (z.B. des Foramen intervertebrale oder des Spinalkanals).

Unter Affektionen versteht man die Freisetzung von proinflammatorischen nozizeptiven Substanzen (z.B. Zytokinen), die zur neuronalen Reizung führen können (z.B. durch Degeneration oder Verletzung des Diskus intervertebralis).

Reaktionen sind insbesondere (sekundäre) muskuläre Befunde, die über



Abb. 1: Kategorisierung rheumatologischer Ursachen sekundärer Kopfschmerzen. a) Die Pfeile zeigen die Einengung des Foramen intervertebrale und des Spinalkanals durch osteophytäre Wucherungen. b) Schematische Darstellung von Irritationen aus dem Bereich der Disci intervertebrales und der kleinen Wirbelgelenke. c) Typische Kopfschmerz auslösende Nacken-Schulter-Muskulatur

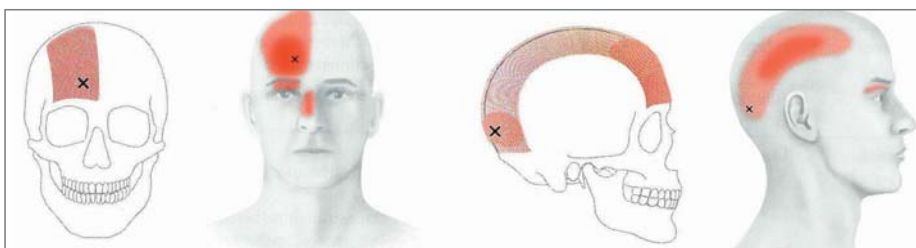


Abb. 2: Triggerpunkt (X) im M. occipitofrontalis (auch M. epicranii) mit typischer hemikranieller Schmerzausstrahlung (aus: Gautschi R [ed]: Manuelle Triggerpunkt-Therapie. Stuttgart, Thieme Verlag, 2010. Mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags)

einen muskulären Hypertonus mit resultierenden Enthesiopathien und/oder Triggerpunkten aus der Umgebungsmuskulatur einen Kopfschmerz auslösen können, der in seiner Phänomenologie einer Migräne zum Verwechseln ähnlich sein kann (Abb. 2).

Behandlung

Die therapeutischen Interventionen sind nach Möglichkeit kausal zu präferieren (z.B. Dekompression bei einer

entsprechenden auslösenden Stenose). Die Festlegung einer genauen Ursache einer Nozizeption aus dem Bereich des Diskus intervertebralis und des Spinalkanals ist dabei nicht immer einfach (Abb. 3). Die Bildgebung gibt in einem hohen Prozentsatz eine falsche Sicherheit.^{2, 3} Hier helfen prognostisch-diagnostische Tests in Form von Infiltrationen weiter. Dabei wird ein Lokalanästhetikum (in Kombination mit einem Steroid) mit einer bekannten biologischen Halbwertszeit in kleins-

ten Volumina an die entsprechenden Strukturen appliziert, was im positiven Fall zu einer mehrstündigen Schmerzreduktion (entsprechend der Wirkdauer des Medikamentes) führen sollte. Bei positiven Tests schliesst sich eine Therapie an, z.B. eine Serie von Infiltrationen, eine Neuraltherapie, eine Botulinumtoxininjektion und/oder die Applikation von Radiofrequenzenergie an die Nervenstruktur. Okzipitale Neurostimulatoren können bei Nachweis der entsprechenden Nozizeption eine sinnvolle Massnahme zur Behandlung des Kopfschmerzes darstellen.

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kopfschmerzen aus rheumatologischer Sicht unterschiedliche Ursachen haben können, die unterschiedliche therapeutische Konsequenzen erfordern. Insgesamt steht immer der Patient mit seiner Symptomatik und seinem psychosozialen Umfeld im Vordergrund der Therapiefindung. Nicht selten ist eine multimodale Schmerztherapie erforderlich. In diesem Rahmen werden medikamentöse und nicht medikamentöse Massnahmen und Therapieverfahren individuell dem Patienten angepasst und appliziert. ■

Literatur:

¹ Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629-808

² Creamer P et al: Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. J Rheumatol 1999; 26: 1785-1792

³ Davis MA et al: Correlates of knee pain among US adults with and without radiographic knee osteoarthritis. J Rheumatol 1992; 19: 1943-1949

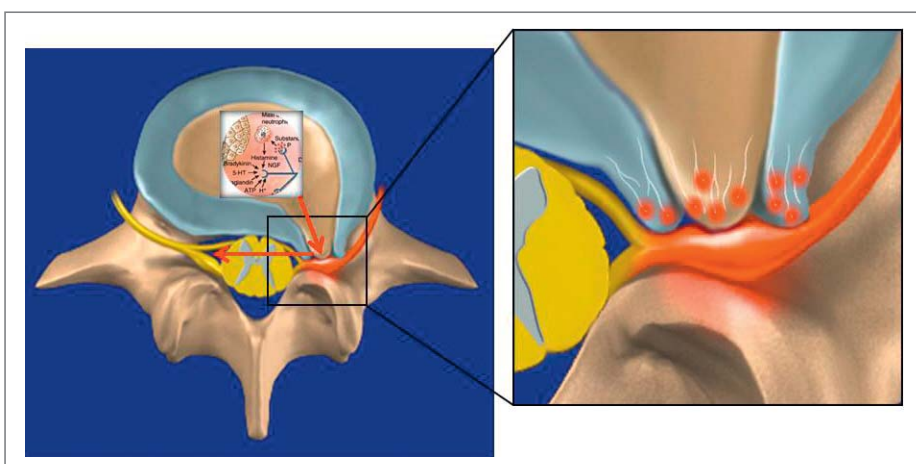


Abb. 3: Schematische Darstellung einer lateralen Diskushernie (vergrößerter Ausschnitt rechts) mit Druck auf die Nervenwurzel, Ruptur des Discus intervertebralis und damit Freisetzung pronozizeptiver Substanzen sowie Migration von Entzündungszellen an die Nervenwurzel. Proinflammatorische Zytokine werden lokal freigesetzt und gelangen ebenfalls auf die kontralaterale Seite. Die klinische Symptomatik muss damit nicht zwingend (nur) die Seite der Nervenwurzelkompression betreffen

Autor:
Prof. Dr. med. Haiko Sprott
Chefarzt, Schmerzklinik Basel

Quelle:
Vortrag im Rahmen des
10. Basler Kopfwehsymposiums,
24. Oktober 2013, Basel