



## Kopfschmerzen - Zusammenfassung:

### Primärkopfschmerzen:

- primären Kopfschmerzen wurden mal definiert als «kein morphologisches Korrelat in der Bildgebung oder weiteren Untersuchungen zu finden»  
→ sind auf jeden Fall gutartig, aber tun weh
- 95 – 98% der Pat. mit dem Leitsymptom Kopfschmerz sind sie gutartig
- Um die 3 primären Kopfschmerzarten zu charakterisieren helfen folgende Kriterien die wir kurz für jeden besprechen können:
  - Wer ist betroffen:
  - Lokalisation:
  - Intensität:
  - Qualität:
  - Häufigkeit und Dauer Episoden:

Link mit perfekter graphischer Zusammenfassung: <https://www.science37.com/blog/types-of-headaches/>

### Migräne:

häufigste Ursache für Kopfschmerzen in der NA

- Wer ist betroffen:
  - mehr Frauen als Männer betroffen
  - Alter: Kindheit bis Menopause
- Lokalisation:
  - einseitig (nur 60%)
- Intensität:
  - mittel-stark häufig
- Qualität:
  - Pulsierend
- Häufigkeit und Dauer der Episoden:
  - einige Male im Monat
  - Stunden bis Tage
- Patient wollen in ruhigem Zimmer stillliegen
- Übelkeit / Erbrechen sehr typisch, Lichtscheu, Geräuschempfindlichkeit

### Cluster:

- Wer ist betroffen:
  - o dtl. mehr Männer
- Lokalisation:
  - o einseitig
  - o wechselt nicht Seiten wie Migräne das kann
- Intensität:
  - o sehr stark
- Qualität:
  - o konstant – scharf – «Sticht ins Auge»
- Häufigkeit und Dauer der Episoden:
  - o Dauer 15-180min → deshalb vielleicht nicht so häufig in NA
  - o einige male am Tag
  - o in Clustern – in Episoden übers Jahr verteilt: über einige Wochen regelmässig dann wieder Ruhe
- weitere Symptome:
  - o Tränenfluss
  - o Nasenlaufen
  - o schwitzen Gesichtshälfte
- Pat. begegnen sich eher, sind unruhig (Nierenkolik ähnlich)

### **Spannungskopfschmerz:**

- Wer ist betroffen:
  - o Männer und Frauen gleich häufig
- Lokalisation:
  - o häufig beschrieben wie ein Kopfband was eng ist
  - o beidseitig
- Intensität:
  - o oft nicht so stark, leicht - mittel
- Qualität:
  - o einengend
  - o druckartig
- Häufigkeit und Dauer Episoden:
  - o Episoden 30min – Wochen
- weniger Begleitsymptome (keine Übelkeit, selten Phono- oder Photophobie)
- mit oder ohne Druckschmerzhaftigkeit am Kopf

### **Therapie:**

#### **Migräne:**

- Stufentherapie
- beginnend mit entsprechender Unterbringung des Pat. in der Notaufnahme – ruhig, dunkel ...
- NSAR. (ASS 1000mg, Ibuprofen, ...)
- MCP (gegen Übelkeit und Schmerzen)
- Metamizol auch möglich
- wenn refraktär:

- Triptane  
→ wenn es schwierig wird:
- sedierende Neuroleptika werden in manchen Regionen eingesetzt
- Prochlorperazin insbes. gegen Übelkeit (auch ein älteres Neurolept.)
- Prednisolon
  
- Rezidivprophylaxe: Viele Migränepat. gehen aus NA nach Hause und haben in nächsten Tagen wieder starke Kopfschmerzen → Dexamethason 10mg 1x senkt diese Rate

#### **Cluster:**

- ähnlich wie bei Migräne, Triptane sind hier gut anzuwenden
- Sauerstoffgabe

#### **Spannungskopfschmerz:**

- NSAR als Erstlinientherapie
- keine eindeutigen weiteren Empfehlungen

#### **Sekundäre Kopfschmerzen:**

#### **Subarachnoidalblutung:**

- Red Flags:
  - akuter Kopfschmerzbeginn (= schneller Beginn und Schmerzmaximum binnen weniger Minuten, max bis 60min erreicht), Extremvariante = Donnerschlag wo gleich das Maximum erreicht wird
  - Beginn bei Belastung
  - Red Flag die schwieriger ist: erhöhter RR bei Präsentation, formal ist das eine Red Flag, aber Kopfschmerz macht auch hohen Blutdruck... schwierig zu differenzieren
  - nochmal schwierig: Stärke des Kopfschmerzes, ist starker Kopfschmerz immer gefährlicher? → bedeutet aber für Triage hohe Dringlichkeit, weil Pat. leidet
  
- Wer jetzt denkt: Pat. ist doch in die NA gelaufen und spricht mit mir ... das kann keine Subarachnoidalblutung (SAB) sein ... falsch gedacht, das ist sehr gut möglich und diese Pat. sind besonders wichtig denn die kann man durch gute Therapie vor der zweiten SAB, die sie vielleicht immobilisiert und ins Pflegeheim bringt, bewahren
  
- Diagnostik der SAB
  - nativ CCT und das so bald wie möglich
  - KM erstmal nicht nötig
  - kein MRT
  
- Lumbalpunktion (LP) ja oder nein?
  - ein CCT kann eine SAB nicht sicher ausschliessen → LP Goldstandard
  - In bestimmten Konstellationen reicht ein CCT aus: 6h Regel + guter Scanner + guter Radiologe
  
- Weitere Therapie
  - Analgesie von Anfang an

- wenn man eine SAB gefunden hat →
  1. Ursachensuche mittels CT-Angio
  2. supportive Therapie = Analgesie, RR Einstellung, Monitoring wie Intensivsetting

### Weitere strukturelle Probleme bei Kopfschmerzen:

Einteilung ernsthafte Kopfschmerzursachen die in der NA relevant sind, weil zeitkritisch:  
Strukturell – Vaskulär – Infektiös – Toxine – andere

strukturell:

- Blutungen (Subduralblutung, Epidural, Hirnmassenblutung, SAB = Blutung in Liquorraum oft ausgehend von einem Aneurysma)
  - Hypophyseneinblutung, bei Adenom
  - Normaldruckhydrozephalus (Liquorresorptionsstörung, Demenz + Gangstörung + Harninkontinenz)
- oft gut CT erkennbar

### Präeklampsie:

- Präeklampsie
  - o kann ja «langweilig sein» aus medizinischer Sicht, wenn der RR nur ein wenig erhöht ist (140/90 ist schon interessant)
  - o kann aber auch «schwer / kritisch» sein wenn
    - RR über best. Grenze (160 / 110)
    - Endorgansymptomatik dazu kommt: Kopfschmerz. (kann auch Lungenödem, Krampfanfall = Eklampsie)
- Wenn wir bei vielen Pat. immer den hypertensiven Notfall suchen und wenig finden dann schon eher in dieser Gruppe – was ja meist junge gesunde Frauen sind → 160 allein ist bei Schwangeren mit / ohne Kopfschmerz schon eine ziemlich starke Red Flag

Wie können wir den eine Präeklampsie diagnostizieren und vor allem wie können wir dann die Mutter und das Kind schützen?

- Diagnosestellung herzlich einfach:
  - RR Messung
  - Symptome – Kopfschmerz ist hier schon als kritisches Symptom zu werden
  - unterstützend: Ödeme, Proteinurie ... Krampf, wenn es schlimm ist, HELLP, ... aber nicht zwingend nötig
- Therapie & Management:
  - RR Einstellung. (Analgesie, RR Senker) und supportive Therapie
  - frühzeitig Geburtshilfe einbeziehen für Therapie (Sektio) und Monitoring Kind mit CTG frühzeitig
  - andere Ursachen für Kopfschmerz suchen ... kann auch mal eine SAB sein, andere ICB, Sinusvenenthrombose, ...

### **Weitere vaskuläre Ursachen:**

(häufig speziellen Tests nötig (MRT, Gefäßdarstellung))

- Gefäßdissektion
- Riesenzellarteriitis / Arteriitis temporalis
- hypertensive Enzephalopathie
- akute Schlaganfall ... da sollte aber ein neurologisches Defizit dabei sein
- 

### **Meningitis:**

Red Flags:

- Fieber
- Meningismus
- «Verlangsamt» (auch dezent ausgeprägte Bewusstseinsminderung ernst nehmen)
- Hier ist ja auch an der Triage wichtig wohin der Pat. geht ... Isolationsvorkehrungen!

➤ Diagnostik und Therapie?

- wichtig ist hier:
  - o LP
  - o CT
  - o Therapie mit Antibiotika
- verschiedene Möglichkeiten der Abfolge – je nachdem wie krank der Pat. ist
- vor Antibiotika Dexamethason!

### **Weitere infektiöse Ursachen:**

- Infektion nicht im Kopf sondern ein Fokus der aussen dran sitzt und sich langsam durchfrisst, parameningealer Fokus
  - o Sinusitis
  - o Otitis
- Enzephalitis (klassisch Herpesviren)
- Männergrippe (häufig aber nicht gefährlich)

### **Weitere Ursachen für sekundäre Kopfschmerzen:**

- CO
- Glaukomanfall

### **Herangehensweise an Patienten mit Kopfschmerzen:**

Unterscheidung neurol. auffällig und nicht auffällig:

1. wenn neurologisch auffällig = Bewusstseinsminderung / verwirrt / fokales Defizit → Schockraumpatienten, eventuell Stroke Team Aktivierung bei fokalem Defizit, sonst Bewusstseinsminderung isoliert eher nicht
2. wenn neurologisch unauffällig:

- a. keine vororganisierten Tests durch Pflege (meist ist es gutartig und nix nötig)
- b. Anamnese + Untersuchung – Suche nach Red Flags
  - i. Red Flag da → Tests um Verdacht zu bestätigen (SAB) oder einfach behandeln und Spezialistenzuweisung (Arteriitis temporalis)
  - ii. keine Red Flags → Schmerztherapie und Entlassung anvisieren

**Zusammenfassung der wichtigsten Red Flags:**

Neurologisches Defizit wie Lähmung	→ Stroke
akuter Beginn – vielleicht sogar donnerschlagartig	→ DD: SAB + andere ICBs + ..., das ist eine starke Red Flag
Kopfschmerz in der Schwangerschaft	→ Präeklampsie, starke Red Flag
Lageabhängiger Kopfschmerz	→ im liegen besser (niedriger Hirndruck – Spontanleckage), im liegen schlechter (erhöhter Hirndruck)
Trauma	→ ICB, starke Red Flag
Fieber	→ infektiöse Ursache, Meningitis
hoher RR	→ hypertensive Enzephalopathie / Krise
Junger Mann mit Kopfschmerz ... und Gliederschmerz und Fieber und Erbrechen und Husten und Durchfall ...	→ Männergrippe

**Disclaimer:**

*Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir hier immer nur unsere Meinung und unsere Sicht darlegen. Die Beiträge dienen der neutralen Information und richten sich an medizinisch Vorgebildete. Der / die Texte können keinesfalls zur eigenständigen Diagnose und Beginn, Änderung oder Beendigung einer Behandlung von Krankheiten verwendet werden. Dies gilt insbesondere auch in Bezug für Angaben über Dosierungsanwendungen, Applikationsformen und möglichen Therapien. Angaben und Zitierungen erfolgen stets nach bestem Wissen und Gewissen, Fehler können gleichwohl nicht ausgeschlossen werden und können sich entsprechend auch nie auf den individuellen Einzelfall beziehen. Entsprechende Angaben müssen insoweit vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen (Herstellerinformationen, Beipackzettel etc.) auf ihre Richtigkeit überprüft werden.*