

Kopfschmerzen und Schwindel in der Hausarztpraxis

Marcos Ortega

Praxis Neuromed

30.6.2022

**"The function of a physician
is to cure a few, help many
and comfort all"**

**Prof. Percival Bailey
(1892-1973, US-amerikanischer Neurologe, Chirurg,
Neurochirurg und Psychiater)**



Dr. Percival Bailey

Prof. Percival Bailey

-
- Leitsymptom Kopfschmerzen
 - Was ist häufig? Was darf man nicht verpassen?
 - Wichtige Punkte der Anamnese
 - Untersuchung / Diagnostik
 - Therapie

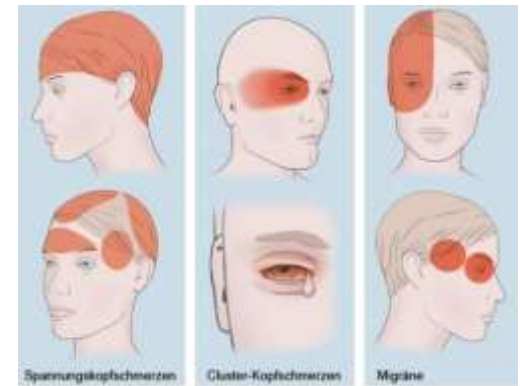
 - Leitsymptom Schwindel
 - Was ist häufig? Was darf man nicht verpassen?
 - wichtige Punkte der Anamnese
 - Untersuchung / Diagnostik
 - Therapie

Anamnese Kopfschmerzen

- Wie oft?
 - Rezidivierende Attacken vs. Erstereignis, Frequenz, Häufung?
- Wie lange?
 - Zeitangaben: Dauer? (+ Beginn)
- Wo?
 - Einseitig? Hals? Gesicht?
- Was noch?
 - Begleitsymptome?

Anamnese Kopfschmerzen

- **Häufig**: Spannungskopfschmerzen > Migräne > Cluster (primäre Kopfschmerzen) > Trigeminusneuralgie
- **Weniger häufig**: andere trigemino-autonome Kopfschmerzen (paroxysmale Hemikranie, hemicrania continua, SUNCT);
Analgetika-induzierte Kopfschmerzen (primäre Kopfschmerzen)
- **Selten und wichtig**: Arteriitis temporalis, SAB, Subduralhämatom, Sinusvenenthrombose, Dissektion, posteriorer Infarkt, pseudotumor cerebri (idiop intrakr Hypert)



Anamnese Kopfschmerzen

- **Häufig:** Spannungskopfschmerzen > Migräne > Cluster > Trigeminusneuralgie

- **Spannungskopfschmerzen:** 30min-7d, beidseits, eher drückend als pulsierend, ev .occipital betont, Treppensteigen/Arbeiten noch möglich

- **Migräne** mit oder ohne Aura: am ehesten 4-72h, einseitig oder beidseitig, eher pulsierend, Treppensteigen unangenehm; Übelkeit u/o Photo- und Phonophobie; + Rückzugstendenz; Familienanamnese? Perimenstruelle Häufung?

(CAVE diagnostische Kriterien)

Anamnese Kopfschmerzen

- **Häufig**: Spannungskopfschmerzen > Migräne > Cluster > Trigeminusneuralgie

- **Cluster**: 15-180min, streng einseitig/peri-orbital,
Augenrötung, Rhinorrhoe, Lidödem, Miosis, Ptosis,
Unruhe + nachts, (nach Alkohol)



- **Trigeminusneuralgie**: Sekunden, einseitig, einschliessend/blitzartig beim
Kauen, Lachen etc (bei jungen Patienten DD MS; bei älteren Patienten DD
neurovaskulärer Konflikt)

Anamnese Kopfschmerzen

- **Weniger häufig:**
 - **paroxysmale Hemikranie:** wie Cluster, aber kürzer (<60min) und häufiger (>5x/d)
 - **Hemicrania continua:** wie Cluster, aber schwächer und länger (>3 Monate)
 - **SUNCT:** wie Cluster, aber sehr kurz (<1min)
 - **Analgetika-induzierte Kopfschmerzen:** seit Monaten/Jahren, in der Regel Migräne in der Vorgeschichte, Analgetika/Triptane an >15/10d pro Monat



Anamnese Kopfschmerzen

- **Selten und wichtig:**
 - **Arteriitis temporalis:** seit Tagen, einseitig, ev. Visusverlust, >60jährig
 - **SAB:** seit h-d, plötzlich, i.d.R. sehr stark, einseitig oder holozephal
 - **Subduralhämatom:** seit Tagen, einseitig oder holozephal, (Bagatell-)Trauma im Vorfeld
 - **Sinusvenenthrombose:** seit h-d, einseitig oder holozephal, ev. plötzlich, ev. lageabhängig; schwanger?
 - **Dissektion:** seit h-d, plötzlich spontan oder nach Trauma, einseitig
 - **posteriorer Infarkt:** seit h-d, einseitig oder holozephal, plötzlich, ev. Gesichtsfelddefekt
 - **pseudotumor cerebri:** holozephal, lageabhängig, seit Monaten, ev. Visusstörung, adipöse junge Frau?

Untersuchung / Diagnostik

- Neurostatus selten richtungsweisend (Horner-Syndrom? Stauungspapille? Palpable A. temporalis?)
- BSR > 50mm/h bei > 50jährigen?
- Bei lang bestehenden Kopfschmerzen: diagnostische Einordnung klinisch häufig möglich, keine weiteren Abklärungen (*falls Therapie erfolgreich*)
- Bei neuen Kopfschmerzen: schwieriger, entweder „klare“ Zuordnung zu **Migräne oder Spannungskopfschmerzen** möglich, oder MRI Schädel (+ ev. MR-Angio, + LP)

Therapie Spannungskopfsz

- **Häufig:** Spannungskopfschmerzen > Migräne > *Cluster* > *Trigeminusneuralgie*

Spannungskopfschmerzen:

Akuttherapie: Analgetika, so wenig wie möglich

Prophylaxe:

- * *Magnesium (z.B. 1-2x täglich)*
- * *Saroten (z.B. 10-20mg zur Nacht)*
- * *Surmontil (z.B. 10-15 Tropfen zur Nacht)*
- * *Mirtazapin, Topiramamat (off-label), Sirdalud, Physiotherapie/Ausdauersport*

Therapie Migräne

Migräne:

Akuttherapie: Triptane nach der Aura, zu Beginn der Kopfschmerzen, nicht bei KHK, ab 18. LJ

- zB
- * Rizatriptan oro (10mg, falls + Propranolol 5mg)
 - * Sumatriptan 50mg
 - * Eletriptan 40mg
 - * Zolmitriptan 2.5mg

Therapie Migräne

Migräne:

- Prophylaxe: Testphase ca. 4 Wochen, während 6-12 Monaten, individuelles Ziel festlegen
 - Magnesium (20-30mmol/d) + Riboflavin (200-400mg/d); Propranolol (bis 160mg/d); Topiramamat (bis 50-100mg/d); Sibelium (3-6 Monate); Saroten/Surmontil/Efexor; Lamotrigin; Valproat; Candesartan (bis 16mg/d)
 - Cefaly, Akupunktur
 - Botox
 - Seit 2018: CGRP-Antikörper



Mögliches Vorgehen in der Hausarztpraxis

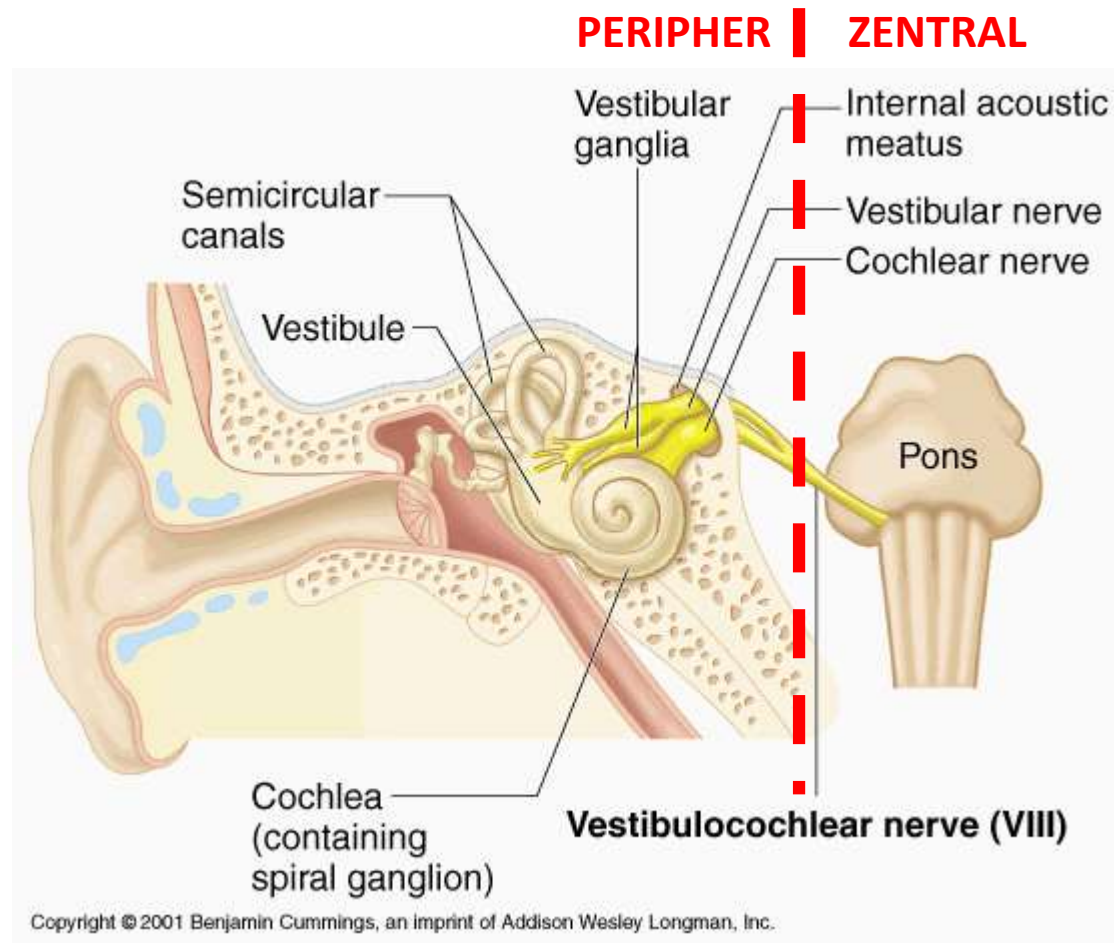
1. Einschätzung in der hausärztlichen Sprechstunde: Migräne vs. Spannungskopfschmerzen vs. etwas Selteneres (**wie oft, wie lange, wo und was noch?**)
2. Vd. auf **Migräne**: Akuttherapie verbessern (Triptan, nach der Aura, zu Beginn der Kopfschmerzen, auch in diagnostischer Absicht)
3. Vd. auf **Migräne**: „4-Wochen-Versuch“ mit
 - Magnesium und Riboflavin 200-400mg/d (NW: Verfärbung des Urins)
 - ODER Propranolol bis ca. 80mg/d
 - ODER Topiramate 25mg 1-0-1 (Kontraindikation: St.n. Nephrolithiasis, Untergewicht; NW: ZNS)
4. Vd. auf **Spannungskopfschmerzen**: *Magnesium/Sirdalud/Physiotherapie während ca. 4 Wochen*
5. Problem nicht gelöst: Ad Neurologie (z.B. *CGRP-Antikörper bei ≥ 8 Migränetagen/Monat, Migränetagebuch der letzten 3 Monate*)

Diskussion

Leitsymptom Kopfschmerzen

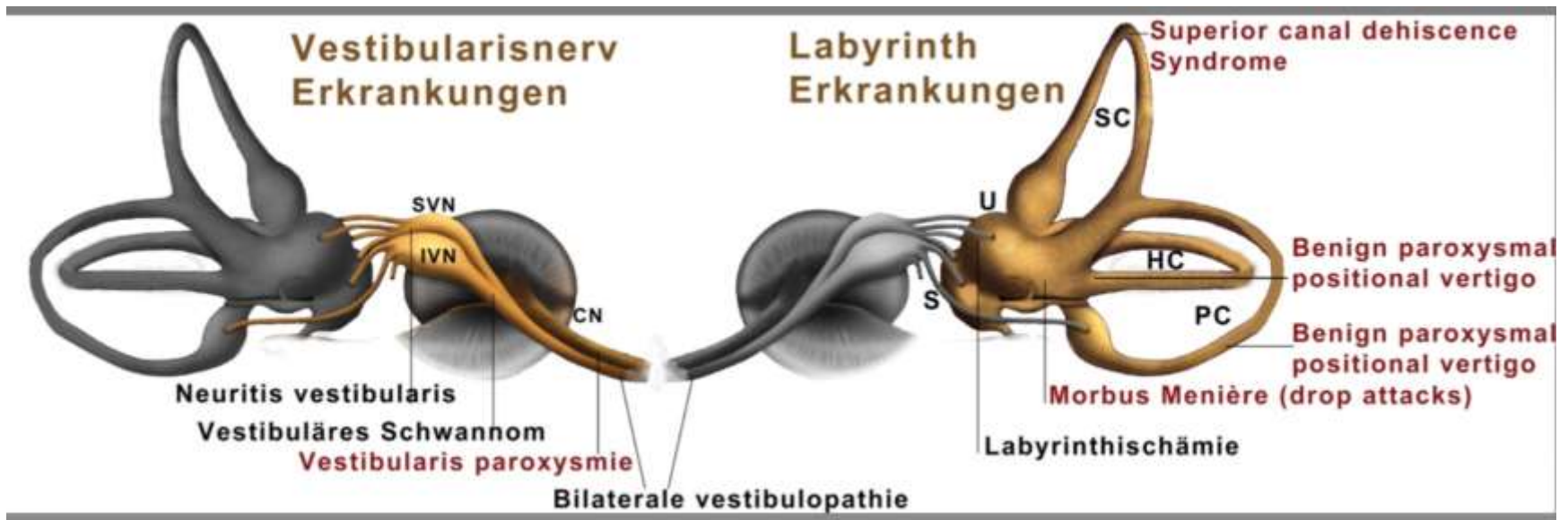
- Was ist häufig? Was darf man nicht verpassen?
- Wichtige Punkte der Anamnese
- Untersuchung / Diagnostik
- Therapie

Schwindel



Schwindel

PERIPHER



Anamnese Schwindel

- Was?
 - Wirklich „Schwindel“? Oder eher Stand- und Gangunsicherheit, Unwohlsein, Benommenheitsgefühl, holozepales Druckgefühl, Orthostase?
- Wie oft?
 - Rezidivierende Attacken vs. Erstereignis, Frequenz, Häufung?
- Wie lange?
 - Zeitangaben: Dauer?
- Was noch?
 - Begleitsymptome wie Kopfschmerzen oder Ohrsymptome?

Schwindel

- Häufig, weniger häufig

★ PERIPHER

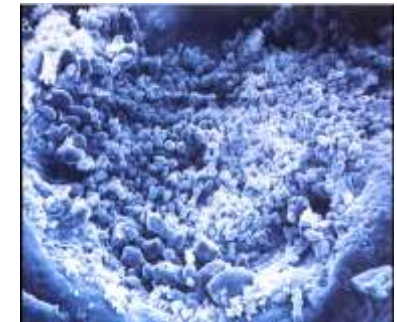
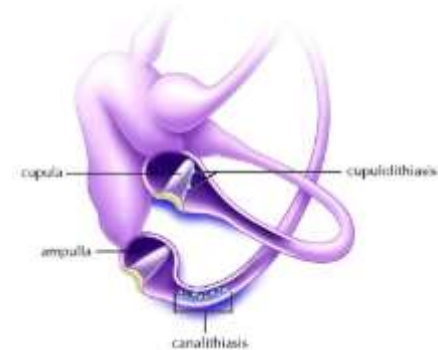
Häufigkeiten verschiedener Schwindelsyndrome bei 17 718 Patienten einer interdisziplinären Spezialambulanz*¹

Schwindelsyndrome	Häufigkeit N	%
★ benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel	3 036	17,1
somatoformer phobischer Schwankschwindel	2 661	15,0
zentrale vestibuläre Syndrome	2 178	12,3
vestibuläre Migräne	2 017	11,4
★ Morbus Menière	1 795	10,1
★ Neuritis vestibularis	1 462	8,3
★ bilaterale Vestibulopathie	1 263	7,1
★ Vestibularisparoxysmie	655	3,7
psychogener Schwindel (andere)	515	2,9
★ Perilymphfistel	93	0,5
unklare Schwindelsyndrome	480	2,7
andere* ²	1 563	8,8
Gesamtzahl	17 718	100,00

Anamnese Schwindel

Häufig:

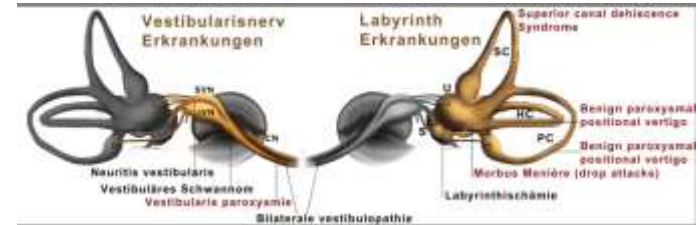
- **Lagerungsschwindel:** sekundenlange Attacken, nach/bei Bewegung, häufig erstmals frühmorgens oder nachts
- **Neuritis vestibularis:** seit Stunden/Tagen, schleichender Beginn, praktisch konstant, schlimmer nach Bewegung
- **Vestibuläre Migräne:** extrem variable Dauer (5min bis 72h); autonome Begleitsymptomatik? Migräne oder isolierte Migräne-Aura in der Vorgeschichte?
- **Phobisch:** seit Monaten, v.a. ausser Haus, Angst vor Stürzen – Vorgeschichte? Persönlichkeitsstruktur?



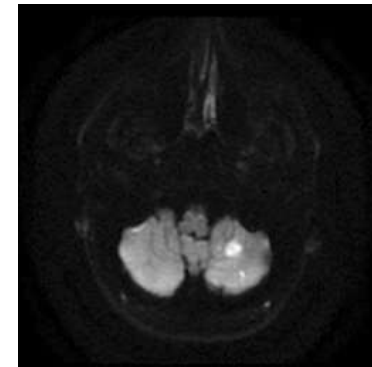
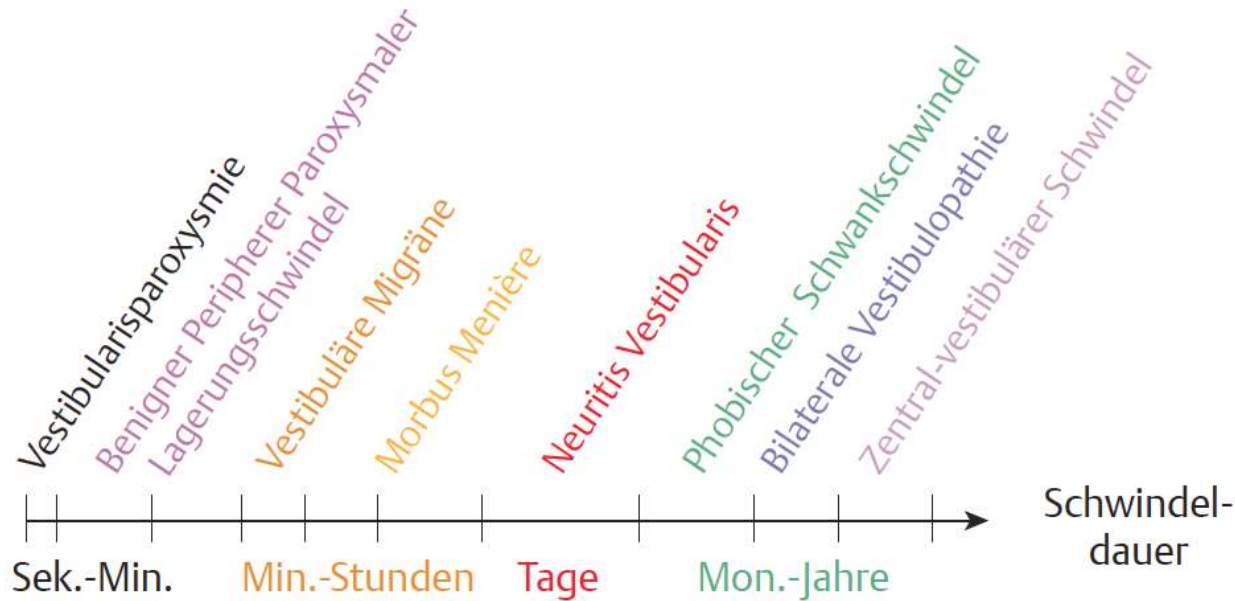
Anamnese Schwindel

Weniger häufig:

- **Zervikogen:** *sekundenlang bei raschen Kopfbewegungen, nicht im Liegen, zervikales Syndrom*
- **Vestibularisparoxysmie:** *Sekunden, spontan, mehrmals pro Tag*
- **Perilymphfistel/Dehiszenz:** *Sekunden, Schwindel und Nystagmus bei Valsalva*
- **M. Menière:** *>20min, Ohrsymptome während Attacke, progrediente Hörminderung*
- **Multifaktoriell:** *seit Monaten, Visus, Gelenke, spinal, PNP, Medikamente*



Anamnese Schwindel



- **PROBLEM:** oft schwierige Unterscheidung peripher vs. zentral („ist ein MRI notwendig?“)

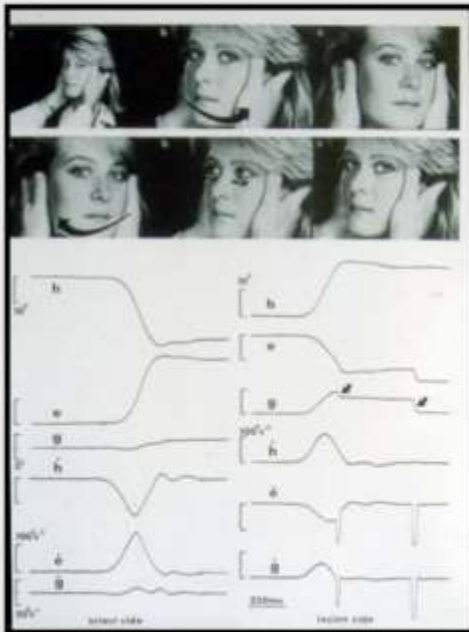
Untersuchung / Diagnostik

- Okulomotorik (Nystagmus, Blickpareesen, skew deviation)
+ Kopfimpulstest (91% spezifisch für peripher)
= **HINTS** (head impulse, nystagmus, test of skew)
- Lagerungsmanöver
- Stand und Gang,
Strichgang,
Unterberger-Tretversuch

Untersuchung / Diagnostik

HINTS (head impulse, nystagmus, test of skew)

HIT



Nystagmus



Skew



Untersuchung / Diagnostik

Kopfpulstest (HInts)

Rasche Kopfdrehungen zur Läsionsseite zeigen ein dynamisches Defizit des horizontalen VOR

Der Patient ist nicht in der Lage, rasche kontraversive kompensatorische Augenbewegungen auszuführen und muss daher Catch-up Sakkaden machen.

Pathologischer HIT:

- Periphere Läsion in 91%,
- **Zentrale Läsion in 9%.**

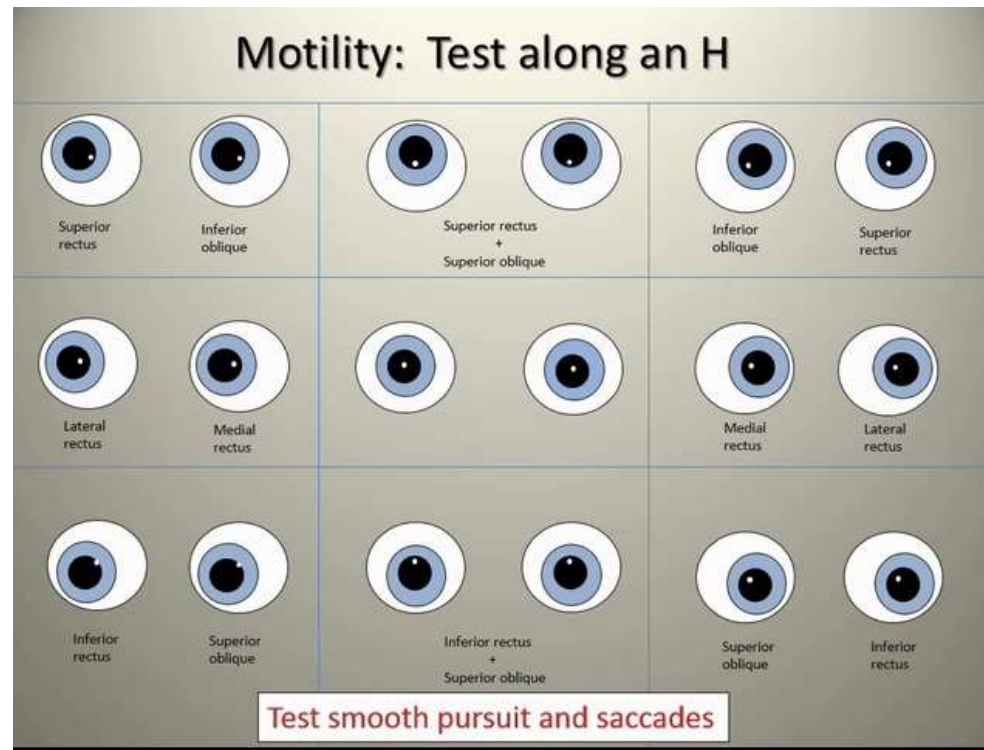


Neuritis vestibularis (peripheres AVS)

(Halmagy & Curthoys 1988; Newman-Toker et al. 2008)

Untersuchung / Diagnostik

Nystagmus (hiNts)



Nystagmus: horizontal, mit Zunahme in Blickrichtung, ohne Richtungswechsel = eher peripher (Neuritis vestibularis)

Untersuchung / Diagnostik

Test of skew (hin**TS**)



Untersuchung / Diagnostik

HINTS (head impulse, nystagmus, test of skew)

HIT pathologisch

und horizontaler SPN zu einer Seite
horizontaler BRN zur selben Seite

→ einseitiges peripher vestibuläres Defizit
z.B. Neuritis

} no
stroke

Red flag (!)

HIT normal/pathologisch

und horizontaler SPN zu einer Seite
horizontaler BRN zu **beiden** Seiten
oder **vertikaler** BRN

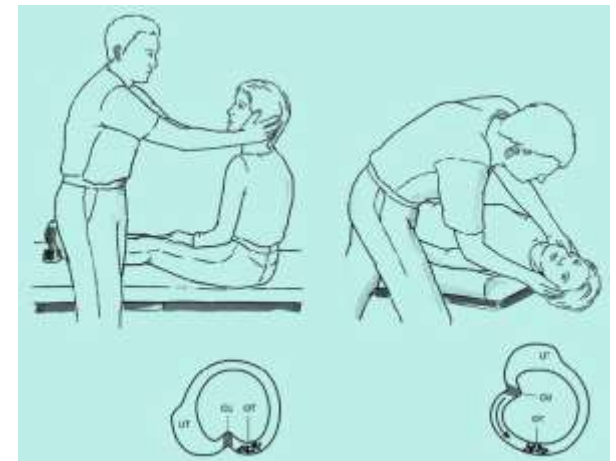
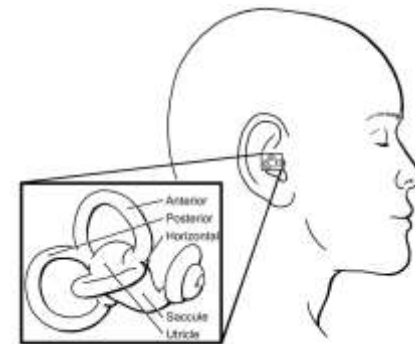
oder **skew deviation** (vertikale Divergenz)
oder horizontale/vertikale **Sakkadenstörung**
oder **horizontale Blickfolgestörung**

→ **zentral vestibuläres Defizit**

HIT: head impulse test
SPN: Spontannystagmus
BRN: Blickrichtungsnyst.

Untersuchung / Diagnostik

Hallpike-Lagerungsmanöver (für posterior = 90% der Fälle)



Untersuchung / Diagnostik

Stand und Gang (+ Strich-Gang; ev. Unterberger-Tretversuch)

- Hilfreich bei der Unterscheidung somatoform vs. somatisch
- Weniger hilfreich bei der Unterscheidung zentral – peripher

Gangbild:

- breitbasig?
- Schrittlänge?
- Falltendenz?
- Walking on ice?

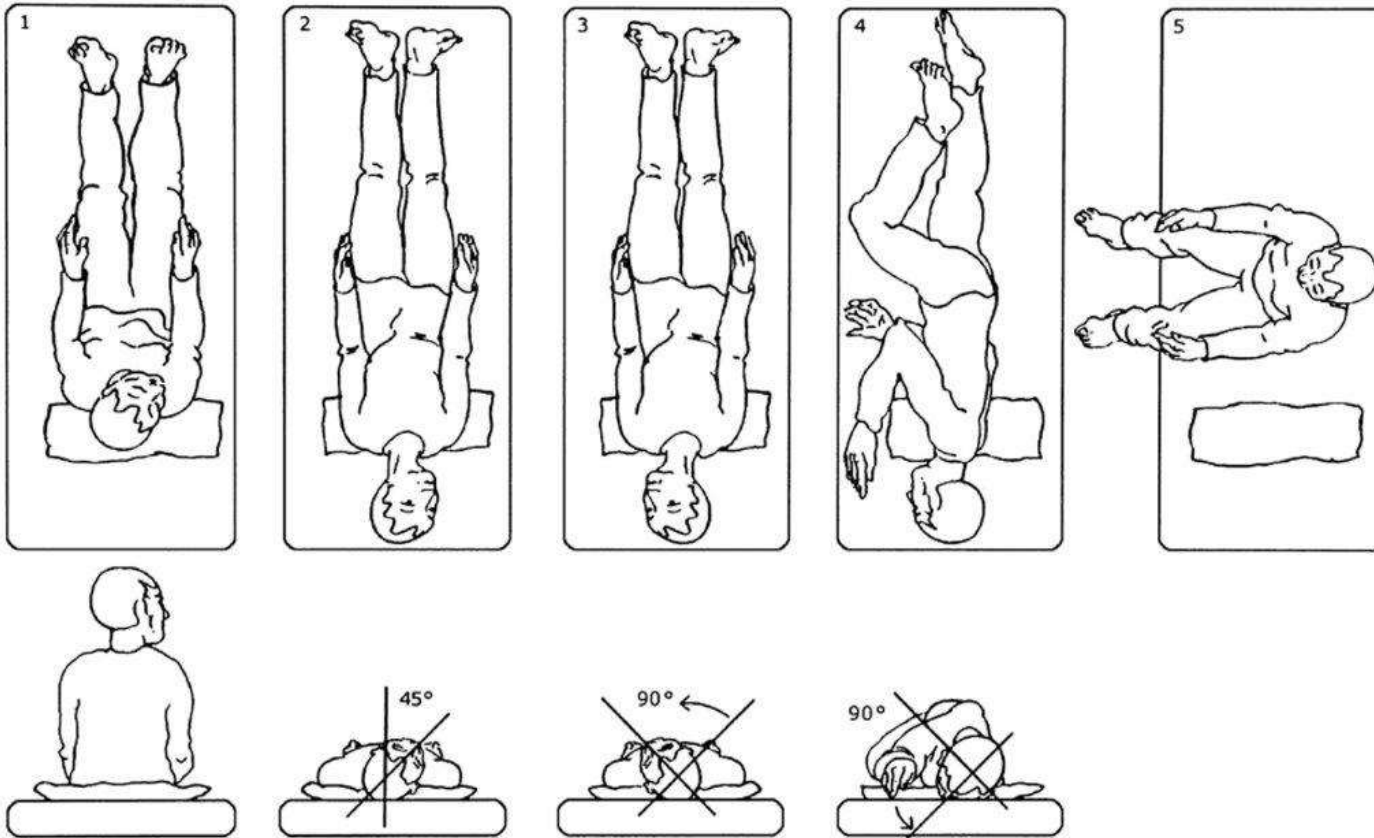
Therapie Schwindel

Häufig:

- **Lagerungsschwindel:** z.B. Epley-Manöver
- **Neuritis vestibularis:** Steroide, Physiotherapie
- **Vestibuläre Migräne:** Prophylaxe (ev Triptan)
- **Phobisch:** Gleichgewichts-Physiotherapie, ev. Psychotherapie

Therapie Schwindel

„Epley-Manöver für rechts“



Therapie Schwindel

Weniger häufig:

- **Zervikogen:** *Behandlung des zervikalen Syndromes*
- **Vestibularisparoxysmie:** *Na-Kanal-Blocker (Carbamazepin 1. Wahl)*
- **Perilymphfistel:** *HNO*
- **M. Menière:** *HNO*
- **Multifaktoriell:** *Physiotherapie?*

Schwindel

- Häufig, weniger häufig, (in der Praxis) selten und wichtig

★ PERIPHER

Häufigkeiten verschiedener Schwindelsyndrome bei 17 718 Patienten einer interdisziplinären Spezialambulanz*¹

Schwindelsyndrome	Häufigkeit N	%
★ benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel	3 036	17,1
somatoformer phobischer Schwankschwindel	2 661	15,0
zentrale vestibuläre Syndrome	2 178	12,3
vestibuläre Migräne	2 017	11,4
★ Morbus Menière	1 795	10,1
★ Neuritis vestibularis	1 462	8,3
★ bilaterale Vestibulopathie	1 263	7,1
★ Vestibularisparoxysmie	655	3,7
psychogener Schwindel (andere)	515	2,9
★ Perilymphfistel	93	0,5
unklare Schwindelsyndrome	480	2,7
andere* ²	1 563	8,8
Gesamtzahl	17 718	100,00

Diskussion

Leitsymptom Schwindel

- Was ist häufig? Was darf man nicht verpassen?
- Wichtige Punkte der Anamnese
- Untersuchung / Diagnostik
- Therapie