

# Kopfschmerz in der Notaufnahme

**W. Müllges**

**Divi 2016**



- eines der häufigsten Symptome in einer NA
- es gibt arg viele Arten von Kopfschmerzen
  - 113 ICD-Dx KS + 242 Dx mit KS als Nebensymptom
- die häufigsten KS sind harmlos (aber behandlungsbedürftig)
  - Spannungskopfschmerz, Migräne
- es gibt keinen brauchbaren einfachen Algorithmus, der besorgniserregende von ungefährlichen KS sensitiv und spezifisch trennt
  
- immer folgende Fragen:
  - wie intensiv/differenziert muss ich klinisch-neurologisch untersuchen?
  - brauche ich ein Foto?
  - muss ich noch weiteres veranlassen?
  
- die Sache kann nur einfach werden mit Anamnese
- die richtigen Fragen stellt nur der, der die (wesentlichen) Krankheiten kennt

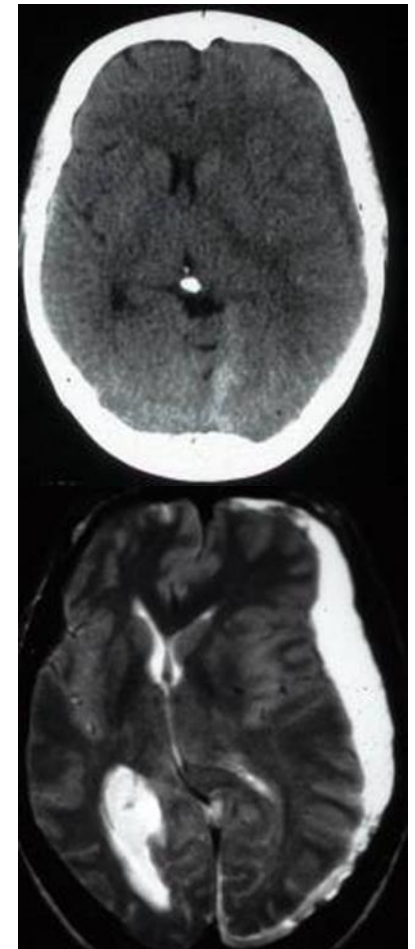
- **fast immer** pathologischer Bild-Befund
  - progressiver KS
  - perakuter KS
  - KS mit Krampfanfall
- **zur Hälfte** pathologischer Bild-Befund
  - KS mit auffälligem neurologischem Befund
- **2,4 %**
  - SpannungskS ohne auffälligen neurologischen Befund
  - MRT insgesamt (ohne und mit behandlungswürdigem Befund) 14 %
- **0,2 %** pathologischer (nicht zwingend behandlungsbedürftiger) MR-Befund
  - klassische Migräne (= Bevölkerung)
- **eigener Algorithmus:** SHT I°

## Etablierte Algorithmen für Bildgebung

New Orleans	Kanada
<b>Spannungskopfschmerz</b>	GCS < 15 nach 2h
Erbrechen	2x Erbrechen
> 60 Jahre	> 65 J
Intoxikation	Monokelhämatom
Amnesie	Retro Amnesie > 30 min
Verletzung über Klavikel	Sturz > 1,80 m
Epileptischer Anfall	Offene / Impressions-#

(jeweils nur 1 Kriterium muss erfüllt sein)

- New Orleans erfasst auch ältere Schädelprellungen (Anamnese!)

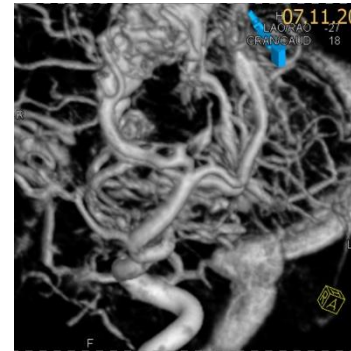


- spontan und traumatisch (unübersehbar und minor)
- ziehender Schmerz im Kieferwinkel
  - beachte ipsilaterales Horner-Syndrom
- oder dumpf-ziehender Ischämieschmerz im Nacken
- Duplex / CTA / MRA



## Klassisch

- mehrstündige Attacke, dumpf -> pochend, meist halbseitig
  - prodromal Aura (Skotome u.a.)
  - ausgeprägte vegetative Störung (Erbrechen, Blässe, ...) und Rückzug
  - wenn 5x gleichartig: eindeutige Dx
  - Bildgebung dann akut nicht notwendig
  - falls so klassisch: 1x im Leben MR
  
  - falls Attacke anders als gewöhnlich: CT
- Akut-Tx
- Antiemetikum + Triptan
  - ASS nur wenn sehr sicher



## Kompliziert

- = Herdsymptom oder -befund
- Bildgebung & Schlaganfall-DD

## am häufigsten: **Bing-Horton**

- heftigste (Suizid-motivierende) einseitige retroorbitale Schmerzcluster
- mit rotem Auge / Nasenlaufen
- akut-Tx
  - O2 + Triptan
  - intranasal Lidocain
  - stat. Aufnahme, Lithium

## **Nicht verwechseln mit Gesichtsschmerz: Trigeminalneuralgie**

- klassisch: 1 Ast & getriggert (Kälte, Kauen, Sprechen)
  - II oder III: Zahnarzt
  - I oder II: HNO
  - 2 Äste: immer symptomatisch = stationär, MRT (und weiteres)
- Tx: Antiepileptika

- selbstverständlich wird jeder Patient umfassend neurologisch untersucht....
- faktisch: „grob-neurologisch“ = forensische Falle
  - Nackensteife
  - HWS-Beweglichkeit, Nackenmuskeln
  - Sehstörung
  - Pupillenstörung, konjunktivale Injektion
  - Arteria temporalis (Ältere)
  - temporale Muskeln und Kiefergelenk
  - RR
  - wer kann der kann: Fundus (Spasmen, Papille....)



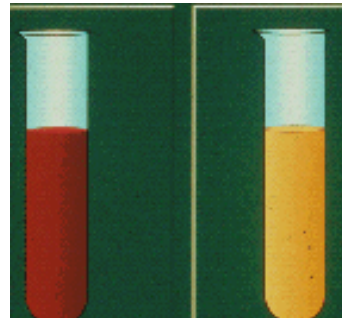
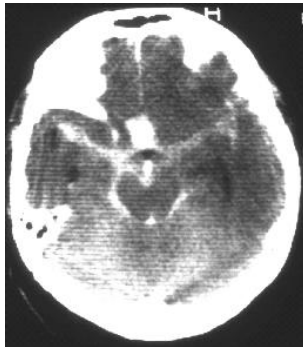


# Donnerschlag-Kopfschmerz

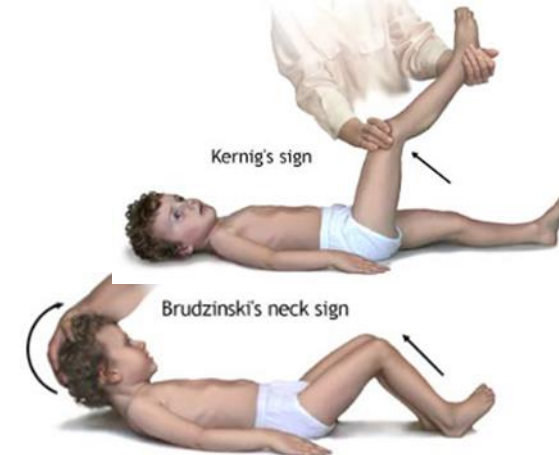
- perakut Kopfschmerz wie noch nie  
= bis zum Beweis des Gegenteils **Subarachnoidalblutung**
- Leitbefund Nackensteife (kann auch mal fehlen)
- dann Bewusstseintrübung (oft ohne Herdsymptome) führend



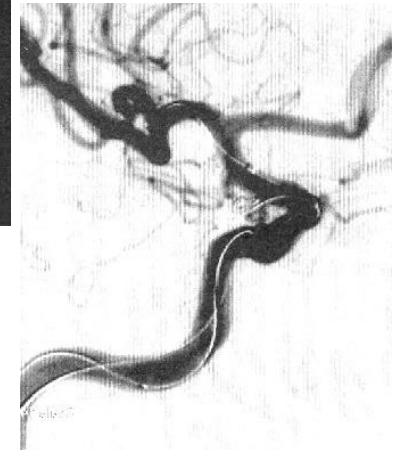
- CT
- Liquor



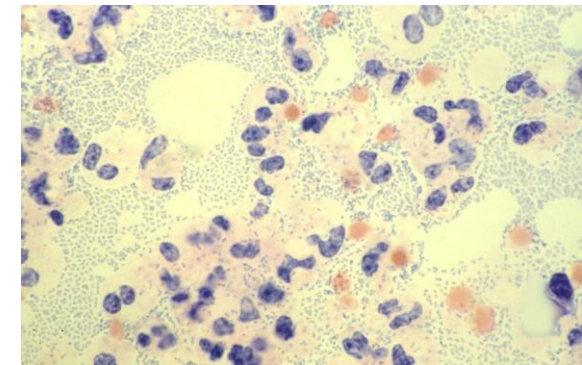
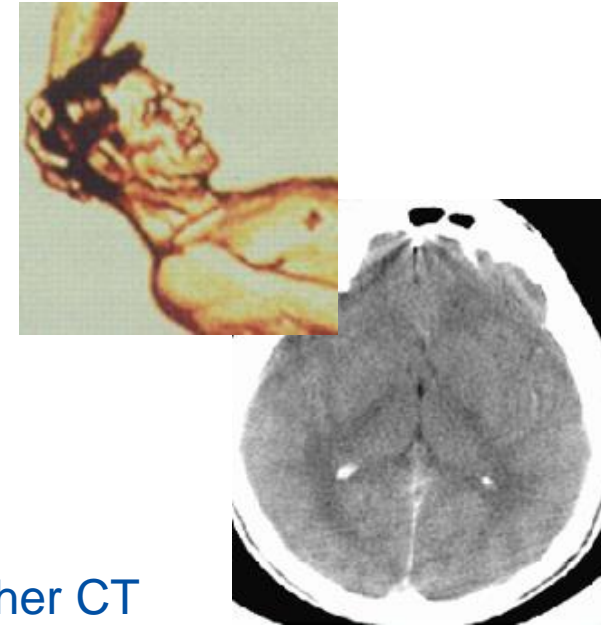
- CTA/MRA -> Angio



- als Zufallsbefund bei KS-Diagnostik
- hintere Zirkulation : immer versorgen
- vordere Zirkulation: ab ca. 4mm
  - < 50. LJ
  - völlig gesunder Patient
  - FA positiv für SAB
  - mehrere Aneurysmen
  - Wachstum



- progredient innerhalb von Stunden : Somnolenz 50%
  - **eitrige Meningitis**
  - Kopfschmerzen 95%
  - Photo/Phonophobie 80%
  - Fieber > 38,5°C. **nur** 80%
  - Meningismus **nur** 85%
  - Übelkeit 60%
- 
- immer **BK, LP**, bei Eintrübung oder Herdsymptom vorher CT
  - frühestmöglich (30 Minuten!) Antibiotika (+ Dexa)



## NB Nicheitrige (Meningo-)Encephalitis

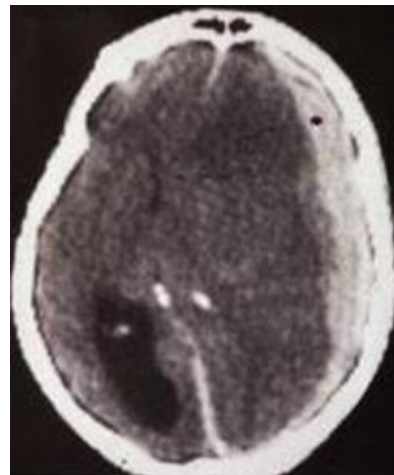
- Leit-S Wesensänderung, Anfall & **SpannungskS**

## episodisch (Minuten bis Tage)

- holozephal
- dumpf-drückend, nicht pulsierend
- keine prominenten vegetativen Zeichen
- keine Zunahme bei körperlicher Belastung
  
- ggf. Stress, Depression
- ggf. muskuläre Verspannung
- Tx: ASS, Ibuprofen, Metamizol et al.

## Falls nicht episodisch oder gar progressiv

- immer Büchse der Pandora
  - z.B. Enzephalitis
- immer Foto



1. > 220 mmHg, jetzt meist > 160 mmHg (oder niedriger falls ohne EA)

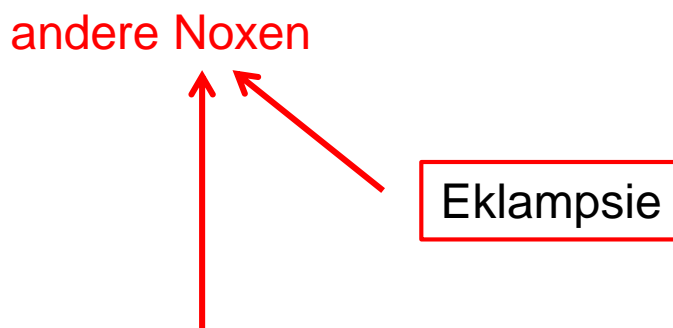
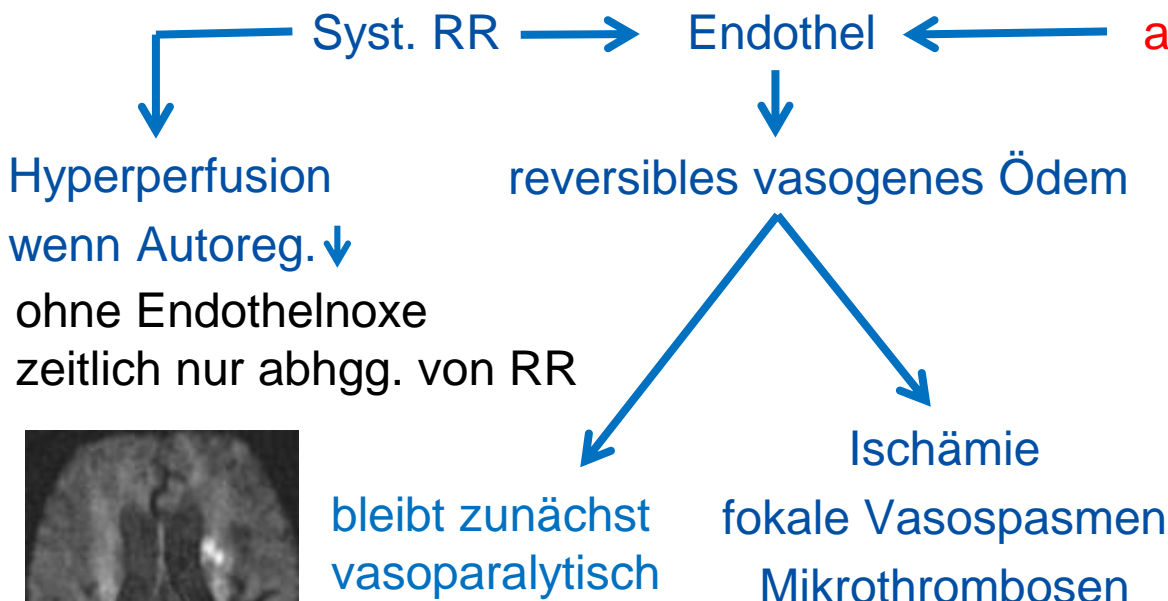
2. + „irgendetwas Zentralnervöses“

- Schwindel/dizziness, Obskurationen und **Kopfschmerz/-druck**
- fokales neurologisches Sy (lakunärer Insult? TIA?)
- epileptische Anfälle (heute?)
- und/oder Bewusstseinsstörung

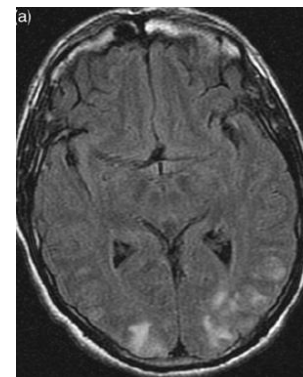
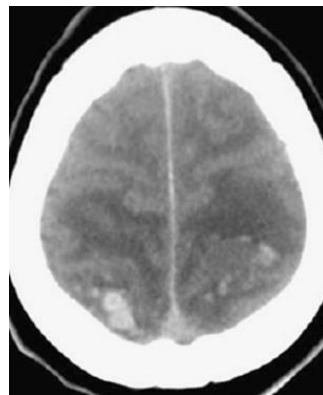
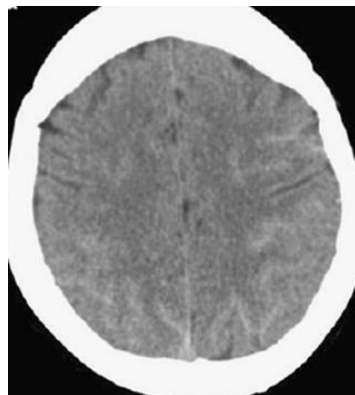
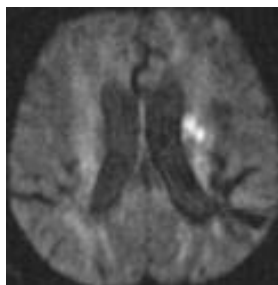
} = PRES-Sy.

3. bilden sich bei RR-Senkung in < 1 Tag zurück (*heute*; 1928: Tage)

# Hypertensive Krise vs. PRES



PRES: 8% der alloKMT-Pat.  
 \* Calcineurininhibitoren (CYA/Tacrolimus)  
 - Endotheldysfunktion,  
 - Sympathikusaktivierung,  
 - Thromboxan +

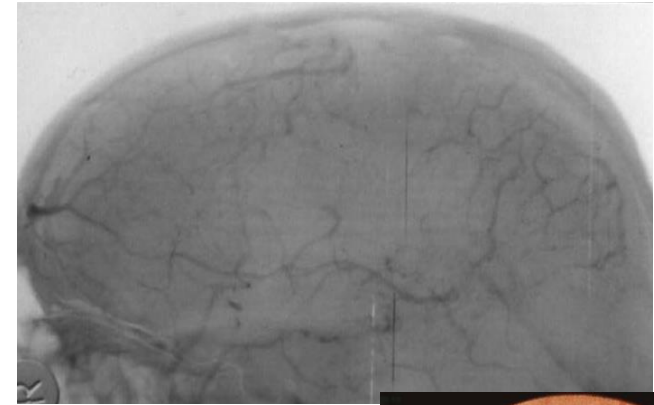
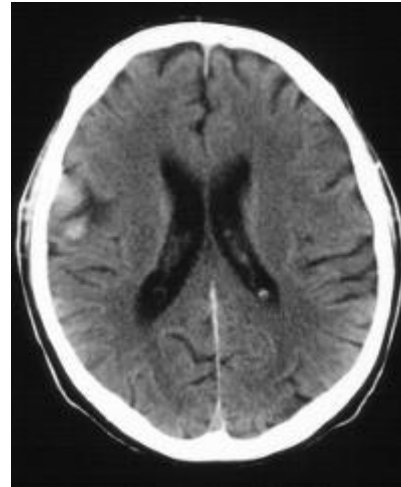
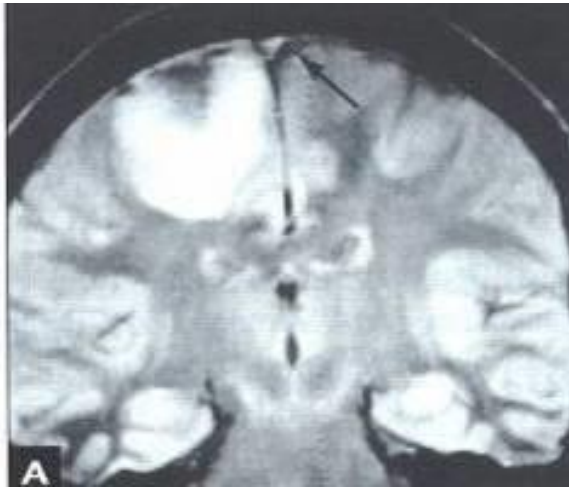


## Tx

- **A:** RR irgendwie senken und entlassen
- **B:** ITS, IV-Titration von Adalat, Nitro plus Mg<sup>++</sup>

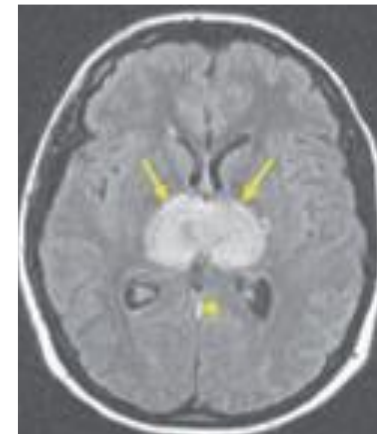


Es sind nicht nur dicke rauchende junge Frauen, die die Pille nehmen

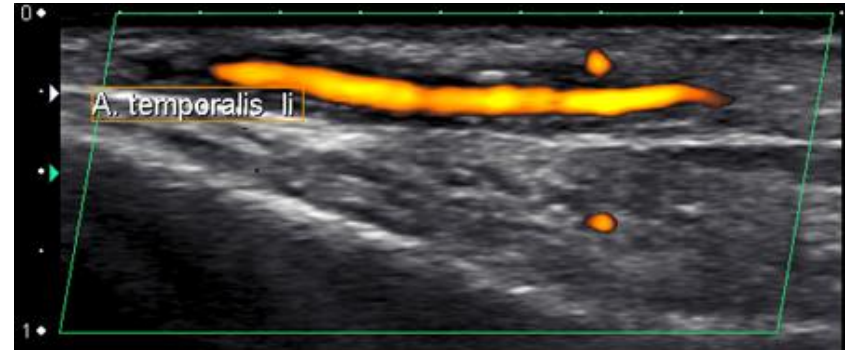


„Chamäleon“ Symptomatik

- a) Spannungskopfschmerz
- b) fokal-regional Stauungsödem / -blutung:  
Herdsymptome und epileptische Anfälle
- c) globale Hirnschwellung:  
Bewusstseinsstrübung
- d) Liquorresorption (ohne Hydrozephalus):  
Papillenödem
- e) Koma



- lokal dumpfer Schläfenschmerz
  - bei Ausbreitung Retinaischämie, Claudicatio masticatoria etc.
  - oft Kombi Polymyalgia rheumatica
- 
- BSG, Duplex
  - Kortison
  - ggf. systemische Vaskulitis abklären





- es gibt zwar arg viele Arten von Kopfschmerzen
  - 113 ICD-Dx KS + 242 Dx mit KS als Nebensymptom
- aber die mit Abstand häufigsten
  - sind harmlos
  - bedürfen keiner Zusatzdiagnostik
  - brauchen geringe Untersuchungszeit
- das Herausfiltern der (ärztlich) besorgniserregenden gelingt rasch und sicher
  - in Kenntnis der häufigen Syndrome (Anamnese) &
  - mit der banalen klinisch-neurologischen Untersuchung, wie man sie im Studium gelernt hat
- alles weitere macht der Neurologe