

Cervicocephalgie aus schmerztherapeutischer Sicht - Diagnostik

M. Laufer
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
- Schmerztherapie -

Kopfschmerzdiagnosen

52 Primäre Kopfschmerzdiagnosen

124 Sekundäre Kopfschmerzdiagnosen

29 Diagnosen aus dem Abschnitt Neuralgien und Gesichtsschmerzen

Kopfschmerzklassifikation n. IHS (ohne Untergliederung)

1. Migräne
2. Kopfschmerz vom Spannungstyp
3. Clusterkopfschmerz und andere trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen
4. Andere primäre Kopfschmerzen

5. Kopfschmerz durch ein Kopf- und/oder HWS-Trauma
6. Kopfschmerz durch Gefäßstörungen im Bereich des Kopfes oder des Halses
7. Kopfschmerz durch nichtvaskuläre intrakraniale Störungen
8. Kopfschmerz durch eine Substanz oder deren Entzug

Kopfschmerzklassifikation n. IHS (ohne Untergliederung)

9. Kopfschmerz durch eine Infektion
10. Kopfschmerz durch eine Störung der Homöostase
11. *Kopf- oder Gesichtsschmerz durch Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund, oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen*
12. Kopfschmerz durch psychiatrische Störungen
13. Kraniale Neuralgien und zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen
14. Andere Kopfschmerzen, kraniale Neuralgien, zentrale oder primäre Gesichtsschmerzen

11. Kopf- oder Gesichtsschmerz durch Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund, oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen
 - 11.1. KS zurückzuführen auf Erkrankungen der Schädelknochen
 - 11.2. KS zurückzuführen auf Erkrankungen des Halses
 - 11.2.1 Cervicogener KS (G44.841)
 - 11.2.2 KS zurückzuführen auf retropharyngeale Tendinitis
 - 11.2.3. KS zurückzuführen auf Craniocervicale Dystonie
 - 11.3. KS zurückzuführen auf Erkrankungen der Augen
 - 11.4. KS zurückzuführen auf Erkrankungen der Ohren
 - 11.5. KS zurückzuführen auf eine Rhinosinusitis
 - 11.6. KS zurückzuführen auf Erkrankungen der Zähne, Kiefer und benachbarter Strukturen
 - 11.7. KS zurückzuführen auf Erkrankungen des Kiefergelenkes
 - 11.8. KS zurückzuführen auf Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nasennebenhöhlen, Zähnen, Mund und anderen Gesichts- und Schädelstrukturen

Aufbau der diagnostischen Kriterien für sekundäre KS

- A** KS, der wenigstens eines (oder mehr) der nachfolgenden Charakteristika^(*) aufweist und die Kriterien C und D erfüllt
- B** Eine andere Erkrankung, von der bekannt ist, dass sie KS verursachen kann, konnte nachgewiesen werden
- C** Der KS tritt in enger zeitlicher Beziehung zu dieser anderen Erkrankung auf und/oder es besteht eine andere Evidenz für einen kausalen Zusammenhang
- D** Der KS wird deutlich abgeschwächt oder er verschwindet innerhalb von 3 Monaten (für einige Erkrankungen auch kürzer) nach erfolgreicher Behandlung bzw. Spontanremission der ursächlichen Erkrankung

(*) siehe nächste Abb.

Warnsymptome ausgewählter sekundärer Kopfschmerzerkrankungen

Symptom	Verdachtsdiagnose
Zeitl. Zusammenhang zu Kopftrauma oder einer Kraniotomie	Posttraumatischer Kopfschmerz
Meningismus, Fieber	Meningitis, intrakraniale o. systemische Infektion
Donnerschlagkopfschmerz (erstmals, akut)	Gefäßstörung (Blutung, Infarkt, Thrombose, Dissektion)
Neuer nach 60. Lj. aufgetretener KS	Riesenzellarteriitis, Arteriitis temporalis
Hirndruckzeichen (Übelkeit, Erbrechen, Bewußtseinsstörung, Stauungspapille ...)	Liquordrucksteigerung, intrakraniale Raumforderung
Neu aufgetretene KS in Verbindung mit neurologischen Störungen	Intrakraniale Pathologie
Veränderung von Form und Häufigkeit lange bekannter KS	KS bei Medikamentenübergebrauch

Diagnostischer Algorithmus

1. Prüfung auf Warnsymptome potenziell bedrohlicher sekundärer KS bzw. auf offensichtliche Ursachen sekundärer KS
2. Bei negativem Ergebnis: Prüfung auf Vorliegen des charakteristischen KS-Phänotyps einer der primären KS-Erkrankungen oder Neuralgien
3. Bei negativem Ergebnis: (weniger als 5% der KS-Patienten): Intensive Ursachenforschung unter Einsatz aller erforderlichen Zusatzuntersuchungen

Schmerztherapeutische Diagnostik

- 1. Auswertung vorhandener Befunde**
- 2. Anamneseerhebung**
 - standardisierte Schmerzanamnese (Pain detect)
 - „sprechende“ Anamnese
- 3. Klinische Untersuchung**
 - Inspektion
 - Palpation
 - segmentale Funktionsprüfungen
 - neurologische Untersuchung
 - (Bildgebung)
- 4. Anforderung evtl. noch fehlender fachspezifischer Untersuchungen**

Cervicogener KS – Diagnostische Kriterien

Hauptsymptome und Zeichen

- einseitiger KS
- eingeschränkte HWS-Beweglichkeit
- obligat triggerbar durch mechanischen Druck auf Triggerpunkte cervical (z.B. C2) oder durch Kopfüberstreckung
- nicht radikulärer einseitiger Nacken-/Schulter-/Armschmerz
- obligat pathologisches Substrat nachweisbar

Schmerzcharakteristika

- mittlere Schmerzintensität (nicht pochend, pulsierend)
- Schmerzepisoden variabler Dauer und/oder fluktuierender Dauerschmerz
- Schmerzausstrahlung von okzipital nach okulofrontotemporal

Busch V, u.a. (2004) Der trigeminozervikale Komplex. Schmerz 18: 404-410

Schöps P, Hildebrandt J (2001) Schmerzsyndrome des Halsbereichs In: Zenz M, Jurna I (Hrsg.) Lehrbuch der Schmerztherapie, 2. Aufl. WVG, Stuttgart

Tilscher H (2007) Die Kopfgelenke und ihre besondere Bedeutung beim Kopfschmerz. Manuelle Medizin 4: 242-246

Cervicogener KS – Diagnostische Kriterien

Sonstige wichtige Kriterien

- diagnostische Blockade des N. occipitalis major u./o. Nervenwurzeln C2-4 führt zu Schmerzreduktion
- Frauen häufiger betroffen als Männer

Seltene und nicht obligate Symptome

- Übelkeit, Brechreiz, ipsilaterales periokuläres Ödem
- Benommenheitsgefühl
- Phono- u./o. Photophobie
- „Verschwommensehen“
- Schluckbeschwerden

Radiologische Untersuchungen selten hilfreich!

Busch V, u.a. (2004) Der trigeminozervikale Komplex. Schmerz 18: 404-410

Schöps P, Hildebrandt J (2001) Schmerzsyndrome des Halsbereichs In:Zenz M, Jurna I (Hrsg.) Lehrbuch der Schmerztherapie, 2.Aufl. WVG, Stuttgart

Tilscher H (2007) Die Kopfgelenke und ihre besondere Bedeutung beim Kopfschmerz. Manuelle Medizin 4: 242-246

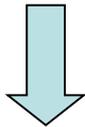
Einteilung cervicogener KS

- Blockierungs-KS (durch reversible segmentale Bewegungseinschränkungen)
- Hypermobilitäts-KS (Schmerzreize aus überbeweglichen Bewegungssegmenten – besonders C1 und C2)
- Muskulogener KS (*pseudoradikulär*) infolge:
 - nozizeptiven Reizen
 - Fehlhaltungen
 - Fehlbewegungen
 - inneren („**psychischen**“) Anspannungen **!!**

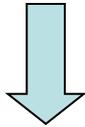
Ätiologie des cervicogenen KS

Beweglichkeitseinschränkungen

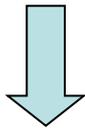
- degenerative Veränderungen
- Bandscheibenvorfälle



Verkürzung und Straffung der Muskulatur



Entstehung myofascialer Triggerpunkte



als Nozizeptoren fungieren: Anulus fibrosus, Gelenkkapseln, Dura mater, spinale Nervenwurzeln, Ganglien, Muskeln, Bänder, Gefäße

enge anatomische Beziehung zwischen den Afferenzen der 3 oberen Cervical-segmente und den spinalen Anteilen des Trigemuskerngebietes

Differentialdiagnosen zum cervicogenen KS

- Cluster-KS
- Hemicranie
- Migräne ohne Aura
- (Spannungs-KS)

Danke
für die
Aufmerksamkeit!