

Spannungskopfschmerz

Stellmes P / April 2020

(auf der Grundlage einer früheren Version Nater B, Sprenger T, Sandor P)

Der so genannte Spannungskopfschmerz gehört wie die Migräne zu den primären Kopfschmerzen, d.h. er hat keine identifizierbare Ursache. Obwohl er häufiger ist als die Migräne, gibt es weniger Studien über ihn.

Gemäss der internationalen Kopfschmerz-Klassifikation ICDH 3 Beta unterscheiden wir den sporadischen (< 12 d/ Jahr) sowie den häufig auftretenden (1-14d/ Monat) episodischen Spannungskopfschmerz vom chronischen Spannungskopfschmerz (>15d/ Monat). Häufige oder chronische Spannungskopfschmerzen vermindern entsprechend bereits durch die hohe Frequenz die Lebensqualität.

Der Schmerz ist meistens nicht pulsierend. Er wird beschrieben als eine Schwere oder ein Druck, und ist meistens beidseitig. Er ist weniger stark als der Kopfschmerz der Migräne und wird im Prinzip durch physische Aktivität nicht verstärkt. Übelkeit und Erbrechen sind nicht typisch. Diese charakteristischen Unterschiede erlauben es, Migräne und Spannungskopfschmerz zu unterscheiden, wobei Migränepatienten meist auch spannungskopfwegartige Episoden erleiden.

Besonders bei chronischem Spannungskopfschmerz ist es nötig, nach anderen Ursachen für die Kopfschmerzen zu suchen. Die Entstehungsmechanismen des Spannungskopfschmerzes sind nur wenig verstanden. Studien haben gezeigt, dass teilweise erhöhte Muskelspannung vorhanden ist, und in der chronischen Form besteht eine Sensibilisierung im zentralen Nervensystem. Im Gegensatz zur Migräne existieren wenig neue Medikamente.

Behandlung des episodischen Spannungskopfschmerzes (eSK)

Die Therapie des eSK besteht vor allem in der Behandlung von Schmerzspitzen einzelner Kopfschmerzattacken mit einfachen Analgetika, die nur einen Wirkstoff enthalten wie z.B. Paracetamol, ASS oder Ibuprofen. Sofern diese die Attacken nicht ausreichend durchbrechen können, kann auch ein Mischpräparat z.B. Paracetamol in Kombination mit Koffein eingesetzt werden. Es ist unbedingt auf einen restriktiven Schmerzmittel-Einsatz ausschliesslich bei starken Schmerzspitzen zu achten, um nicht einen zusätzlichen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS) zu provozieren.

Bei häufig auftretenden eSK an der Grenze zum cKS können unterstützend auch nicht-medikamentöse Prophylaxe-Therapien wie physikalische Behandlungen/ medizinische Massagen, regelmässiges Ausdauertraining (z.B. Nordic Walking, Schwimmen, Jogging, Velofahren), Entspannungstherapien und Biofeedbacktherapie eingesetzt werden.

Behandlung des chronischen Spannungskopfschmerzes (cSK)

Ähnlich wie beim häufigen episodischen Spannungskopfschmerz (eKS) unterscheiden wir beim chronischen Spannungskopfschmerz (cKS) zwischen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemassnahmen.



Bei der medikamentösen Therapie sollte einerseits auf einen möglichst zurückhaltenden und gezielten Schmerzmittelgebrauch zur Vermeidung eines MÜKS geachtet werden (siehe Behandlung eKS). Andererseits ist der Einsatz einer Prophylaxe-Therapie zu empfehlen. Hierbei handelt es sich um schmerzmodulierende Antidepressiva, die bei guter Verträglichkeit und gewünschter Wirkung (Reduktion der Schmerzintensität und -frequenz um mind. 50%, konsekutive Reduktion des Analgetika-Konsums) über mind. 6 Monate eingenommen werden sollten. Die Wirksamkeit kann wegen der empfohlenen langsamen Ein- und Aufdosierung (mögliche Nebenwirkungen u.a. Müdigkeit, Mundtrockenheit und Gewichtszunahme) frühestens nach 4-6 Wochen beurteilt werden. Die beste Evidenz liegt für die trizyklischen Antidepressiva und hier v.a. für das Amitriptylin vor (Cave Kontraindikation bei Glaukom, Prostatahypertrophie mit Restharnbildung, AV-Block II und III, Herzinsuffizienz, Demenz vom Alzheimer-Typ).

Bei Unverträglichkeit oder vorliegender Kontraindikation kann alternativ ein schmerzmodulierendes Antidepressivum der neueren Generation wie z.B. Venlafaxin oder Mirtazapin eingesetzt werden, wobei hier die Datenlage deutlich schlechter ist. Ebenso gibt es positive Erfahrungen mit dem zur Migräneprophylaxe eingesetzten Topiramaten (Wirkung i.d.R. erst ab dem 3. Monat) und mit dem Muskelrelaxans Tizanidin.

Eine Kombination der medikamentösen Prophylaxe mit nicht-medikamentösen Massnahmen erhöht die Wahrscheinlichkeit der gewünschten Schmerzreduktion im Vergleich zu einer isolierten medikamentösen Therapie.

An nicht-medikamentösen Therapien empfehlen sich Entspannungstherapien (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und Biofeedback. Auch manuelle Therapien und medizinische Massagen können hilfreich sein, ebenso wie regelmässiges Ausdauertraining (z.B. Nordic Walking, Schwimmen, Jogging, Velofahren) und ein begleitendes kognitiv verhaltenstherapeutisches Stressmanagement.

Weiterführender link:

<https://www.dgn.org/leitlinien/3019-II-56-II-therapie-des-episodischen-und-chronischen-kopfschmerzes-vom-spannungstyp>