



„Cluster“-Kopfschmerz

Kleinschmidt A / Mai 2020

(auf der Grundlage früherer Versionen von M. Mumenthaler, C. Dozier, A. Gantenbein)

„Cluster“-Kopfschmerz ist mindestens eine Grössenordnung seltener als Migräne. Er betrifft häufiger das männliche Geschlecht und besonders Raucher. Der Krankheitsbeginn liegt im Allgemeinen im mittleren oder sogar fortgeschrittenen Lebensalter. Man findet nicht selten in der Familienanamnese weitere Kopfschmerzpatienten, in 7% ebenfalls Cluster-Kopfschmerz. Als Ursprung der Erkrankung wird eine hypothalamische Dysfunktion vermutet und eine genetische Veranlagung ist wahrscheinlich.

Die Attacken beginnen charakteristischerweise mit einem Schmerz im Bereich von Schläfe und Auge und betreffen also Gesichts- und Schädelbereich. Sie sind ohne Ausnahme streng einseitig, aber im Krankheitsverlauf kann selten die Seite wechseln. Die Attacken dauern zwischen 15 Minuten und 3 Stunden und treten mindestens jeden zweiten Tag und bis zu 8 Mal pro Tag auf. Es ist nicht selten, dass die Attacken sich regelhaft zu bestimmten Zeitpunkten insbesondere während der Nacht manifestieren. Während der Attacken ist der betroffene Patient agitiert und motorisch unruhig mit Umhergehen oder anderen Aktivitäten. Die Schmerzintensität nimmt rasch zu und erreicht ihr Maximum in 20 Minuten. Der Schmerz wird als unerträglich und deutlich stärker als jeder andere bekannte Schmerz beschrieben, es handelt sich um ein „suizidales“ Kopfschmerzleiden.

In der episodischen Verlaufsform, die den Namen als „Cluster“-Kopfschmerz geprägt hat, kommt es während mindestens einer Woche und höchstens einem Jahr zu Attacken, bis ein freies Intervall von mindestens drei Monaten eintritt. Der Übergang zu einer chronischen Verlaufsform, bei der kein solch freies Intervall mehr besteht, ist nicht selten und die Krankheit kann auch von Anbeginn einen chronischen Verlauf annehmen. Assoziation mit z.B. Migräne und auch Übergangsformen zwischen beiden Erkrankungen sind beschrieben.

Der Anblick eines Patienten während einer Attacke ist charakteristisch: Auf der betroffenen Seite ist das Auge gerötet und trânt, die Nase ist einseitig verstopft oder läuft, die Pupille ist verengt und wegen einer Ptose und/oder einer Lidschwellung die Augenspalte verengt.

Für die Attackenbehandlung kommen in Betracht die Gabe von 100%-igem Sauerstoff (12-15 Liter/Minute während 15-20 Minuten über eine „non-rebreather“ Maske) oder von Triptanen durch subkutane Injektion (Sumatriptan 6 mg) oder, mit geringerer Wirksamkeit, durch Nasenspray (Sumatriptan 20 mg oder Zolmitriptan 5-10 mg). Vor kurzem wurde auch nur für die episodische Verlaufsform die nicht-invasive elektrische Stimulation des ipsilateralen Halsastes des Vagusnerven als wirksam beschrieben (Silberstein et al., 2016; Goadsby et al., 2018).

Die erste Wahl in der prophylaktischen Behandlung ist Verapamil mit einer Tagesdosis von 240 bis maximal 960mg. Da die Aufdosierung langsam erfolgen muss (240 mg/d zu Beginn mit Erhöhung um 80mg/d alle 2 Wochen) und häufige EKG-Kontrollen (Verlangsamung atrioventrikulärer Übertragung) erforderlich sind, kann man „off-label“ zu Beginn eines „Clusters“ eine vorübergehende Behandlung mit Prednison oder einem Triptan langer Wirksamkeit vornehmen. Eine weitere Alternative ist eine lokale Infiltration des N. occipitalis major mit einer Mischung aus Kortison und Lokalanästhetikum (z.B. Leroux et al., 2011). Die Alternativen zweiter Wahl in der medikamentösen Prophylaxe sind Lithium, das wegen seiner engen therapeutischen Breite schwer zu steuern ist, und Antikonvulsiva wie



besonders das Topiramate (100-200 mg/j). Einige Patienten scheinen auch auf hohe Dosierungen (10-25 mg/d) von Melatonin anzusprechen. In Bezug auf neuromodulierende Verfahren gibt es Hinweise auf eine auch prophylaktische Wirkung der nicht-invasiven elektrischen Stimulation des Vagusnerven. Ein sehr wirksamer Ansatz beruht auf einer bedarfsgesteuerten Stimulation des Ganglion sphenopalatinum durch ein dauerhaftes Implantat, aber dieses Verfahren ist derzeit leider nicht mehr verfügbar. Die durchgehende elektrische Stimulation des N. occipitalis major durch ein Implantat mag für manche medikamentös refraktäre Patienten eine hilfreiche Alternative darstellen. In solchen refraktären Ausnahmefällen kann auch eine hypothalamische tiefe Hirnstimulation erwogen werden.

Zu guter Letzt sind zu erwähnen die derzeit untersuchten biologischen Ansätze mit der üblicherweise monatlichen subkutanen Injektion von monoklonalen Antikörpern, die auf die Antagonisierung des CGRP-Systems zielen und in der Behandlung der Migräne bereits sehr klare Wirksamkeit bewiesen haben. Eine erste Studie hat eine Wirksamkeit eines solchen Antikörpers (Galcanezumab) für die episodische Variante mit dem Kopfschmerz im „Cluster“-Verlauf gezeigt. Die Dosierung in dieser Studie lag allerdings über der derzeit in der Schweiz für die Migränebehandlung zugelassenen Form dieses Medikamentes.