



Posttraumatische Kopfschmerzen

Palla A, Schmidt H, Schaumann-von Stosch R, Sprenger T / Mai 2020

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden nach Trauma, wobei Verkehrsunfälle (24-58%), Stürze (24-45%) und Sportverletzungen (3-18%) den grössten Anteil der Unfallereignisse ausmachen (1,2). Die internationale Kopfschmerzklassifikation sieht akute und anhaltende Kopfschmerzen nach Trauma vor (Kapitel 5 der ICDH-3). Hauptklassifikationskriterium ist der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Kopfschmerzen (innerhalb von 7 Tagen) und dem Trauma. Für anhaltende Kopfschmerzen ist die Persistenz von mehr als drei Monaten ausschlaggebend.

Gemäss einer Untersuchung durch Stovner und Kollegen (3) treten Kopfschmerzen akut in 47.4% der Fälle nach leichten Kopftraumata und in 43.2% der Fälle nach irgendeinem Trauma, welches nicht den Kopf einbezieht, auf. In einer neueren Studie von Lucas und Kollegen beklagten 54% von Patienten Kopfschmerzen unmittelbar nach einem leichten Kopftraumata, nach 3 Monaten lag die Prävalenz bei 62% und nach einem Jahr bei 58% (2). Es muss allerdings angemerkt werden, dass die Prävalenzangaben gerade beim anhaltenden Kopfschmerz stark variieren. In einer Studie aus Wien, zum Beispiel, hatten 66% akute post-traumatische Kopfschmerzen nach leichten Kopftraumata, bei keinem der Fälle wurde eine Chronifizierung beobachtet (4). In einer anderen Studie aus Dänemark hatten 10% einen anhaltenden, d.h. einen über 3 Monate andauernden, posttraumatischen Kopfschmerz nach leichtem Kopftrauma (5).

Eine eindeutige Beziehung zwischen dem Ausmass des Traumas und der Stärke der Kopfschmerzen gibt es nicht. Publierte Daten sprechen vielmehr dafür, dass es möglicherweise eine negative Korrelation zwischen anhaltenden Kopfschmerzen und dem Ausmass des Traumas gibt. So geht aus zwei grösseren Studien hervor, dass leichtere Kopfverletzungen häufiger zu einer Chronifizierung der Kopfschmerzen führen (6,7).

Kopfschmerzen nach einem Trauma sind phänomenologisch inhomogen und können verschiedene Charakteristika primärer Kopfschmerzen aufweisen. Am häufigsten kommen migräniforme und Spannungstyp Kopfschmerzen vor (8).

Der Verlauf nach einer Kopfverletzung sollte kontrolliert werden, d.h. es sollten engmaschige Kontrollen durch den Hausarzt (alle 2 bis 3 Tage) bis zum Sistieren von Symptomen stattfinden, ggf. auch eine fachärztliche Abklärung. Als flankierende Massnahmen sollten die Patienten bei leichter traumatischer Hirnverletzung über die Ungefährlichkeit der Verletzung (natürlich nach bildgebendem Ausschluss einer strukturellen Verletzung) und der Beschwerden aufgeklärt werden. Bei Persistenz der Kopfschmerzen über 2 Wochen oder Auftreten von Warnsymptomen (z.B. neurologische Ausfallssymptomatik, epileptische Anfälle etc.) sollte eine Vorstellung beim Facharzt für Neurologie erfolgen. Dieser sollte ggf. eine erweiterte Diagnostik vor allem mit MRI veranlassen und auch die psychosozialen Umstände abklären. Insbesondere müssen Komplikationen wie die Entwicklung eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch bedacht bzw. ausgeschlossen und/oder entsprechend behandelt werden (9, 10). Bei Persistenz der Kopfschmerzen und nach Ausschluss kausal behandelbarer Ursachen können medikamentöse und nicht-medikamentöse Strategien der Kopfschmerzprophylaxe erwogen werden. Da grössere kontrollierte Studien zur Therapie des posttraumatischen Kopfschmerzes nicht vorliegen, beruhen die Empfehlungen auf der klinischen Erfahrung und orientieren sich an den Leitlinien zum phänotypisch korrespondierenden primären Kopfschmerztyp. Nebst medikamentösen kommen auch immer passive und aktive physiotherapeutische, physikalische, allgemein- und



sportmedizinische sowie schmerzpsychotherapeutische Ansätze zum Einsatz. Bei chronischen Verläufen sollte zudem der Aspekt der beruflichen Wiedereingliederung berücksichtigt werden.

Literatur

1. Lucas S, Hoffman JM, Bell KR, Dikmen S. A prospective study of prevalence and characterization of headache following mild traumatic brain injury. *Cephalalgia*. 2014 Feb; 34(2):93-102.
2. Kjeldgaard D, Forchhammer H, Teasdale T, Jensen RH. Chronic post-traumatic headache after mild head injury: a descriptive study. *Cephalalgia*. 2014 Mar; 34(3):191-200.
3. Stovner LJ, Schrader H, Mickeviciene D, Surkiene D, Sand T. Headache after concussion. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2009 Jan; 16(1):112-20.
4. Lieba-Samal D, Platzer P, Seidel S, Klaschetterka P, Knopf A, Wober C. Characteristics of acute posttraumatic headache following mild head injury. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2011 Dec; 31(16):1618-26.
5. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache centre. *Cephalalgia*. 2005 Dec; 25(12):1159-67.
6. Nampiaparampil DE. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review. *JAMA*. 2008 Aug 13; 300(6):711-9.
7. Lenaerts ME. Post-traumatic headache: from classification challenges to biological underpinnings. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2008 Jul; 28 Suppl 1:12-5.
8. Ashina H, Porreca F, Anderson T, Amin FM, Ashina M, Schytz HW, Dodick DW. Post-traumatic headache: epidemiology and pathophysiological insights. *Nat Rev Neurol*. 2019 Oct; 15(10):607-617.
9. Stosch RS, Schmidt H, Sandor P. Posttraumatic headache-IHS chapter 5. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2008 Aug; 28(8):908-9.
10. Olesen J. Response to letter: comment by Schaumann et al. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2008 Aug; 28(8):909.