

Clusterkopfschmerz

und andere trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen (TAK)

Der Clusterkopfschmerz (CK) oder das Clusterkopfschmerz-Syndrom (CKS) und die anderen trigemino-autonomen Kopfschmerzerkrankungen – dazu gehören die paroxysmalen Hemikranien (PH) und das SUNCT-Syndrom (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing; leider existiert keine eigene deutschsprachige Bezeichnung) – sind gekennzeichnet durch schwerste Schmerzattacken, die immer im Augen-/Schläfenbereich auftreten.

Das typische Alter, in dem die Erkrankung auftritt, liegt um das 30. Lebensjahr. Jedoch sind auch schon Kinder und Jugendliche sowie alte Menschen betroffen. Männer sind etwa drei- bis viermal häufiger betroffen als Frauen.

Erscheinungsformen

Unterscheidung der trigemino-autonomen Kopfschmerzerkrankungen (TAK):

Kopfschmerz	Attackenhäufigkeit	Attackendauer	Häufigkeit
Clusterkopfschmerz	Zwischen einer Attacke jeden 2. Tag und 8 Attacken am Tag	15–180 Minuten	ca. 100.000 Betroffene
Paroxysmale Hemikranie	Mehr als 5 Attacken am Tag über mindestens die Hälfte der Zeit hinweg, auch wenn Perioden mit einer niedrigeren Frequenz vorkommen können	2–30 Minuten	ca. 10.000 Betroffene
SUNCT-Syndrom	3–200 Attacken am Tag	1–600 Sekunden	ca. 1.000 Betroffene

Die Schmerzattacken werden von typischen vegetativen Symptomen begleitet. Dies können sein: tränendes und/oder gerötetes Auge, herabhängendes und/oder geschwollenes Augenlid, Tränenfluss, verstopfte oder laufende Nase. Ebenso können Gesichtsrötung oder Schwitzen auftreten. Alle diese Symptome erscheinen lediglich auf der einen, der schmerzenden Seite. Zusätzlich überfällt den Patienten eine unbändige Unruhe: Er muss herumlaufen oder mit dem Oberkörper schaukeln. Vielfach treten die Attacken nachts aus dem Schlaf heraus auf.

In der häufigeren „episodischen“ Form treten solche Schmerzattacken in Zeiträumen von wenigen Tagen bis hin zu einem Jahr auf und verschwinden dann wieder. Wenn die Anfälle länger als ein Jahr auftreten, ohne dass Pausen von wenigstens einem Monat Dauer eingeschoben sind, spricht man von der „chronischen“ Form. Auch nach dem Abklingen der Schmerzen ebenso wie nach dem Ende der Episoden berichten die Betroffenen von weiterhin bestehenden Einschränkungen wie Konzentrationsstörungen, Wortfindungsstörungen, Niedergeschlagenheit (bis hin zur Depression), Erschöpfungszuständen usw.

Ursache/Diagnose/Prognose

Die genaue Ursache ist nicht bekannt. Eine Entzündung einer anatomischen Struktur hinter dem Auge gilt als Auslöser der Erkrankung, doch woher diese Entzündung kommt, was sie auslöst, was sie aufflammen und wieder abklingen lässt, war bislang nicht zu ermitteln.

Für die Diagnose benötigt der Neurologe eine genaue Beschreibung der Schmerzen, der Lokalisation, der Dauer und des Auftretensmusters. Hilfreich ist dabei ein Schmerztagebuch, in dem der Patient die Uhrzeit des Beginns einer Attacke, ihre Dauer und Stärke festhält. Leider sind nicht alle Mediziner (nicht einmal alle Neurologen) imstande, diese Erkrankung ad hoc zu diagnostizieren – vor allem dann nicht, wenn z. B. ein atypisches Auftretensalter vorliegt.

Die Erkrankung ist unheilbar und der Betroffene muss bis ins hohe Lebensalter mit den Schmerzattacken rechnen.

Behandlung

Zur Behandlung werden zwei Vorgehensweisen parallel verfolgt: Zum einen gilt es, die akute Attacke schnellstmöglich zu beenden, zum anderen werden prophylaktisch Medikamente verabreicht, die Dauer, Stärke und Häufigkeit der Attacken minimieren sollen.

Bei der Akuttherapie ist die erste Wahl die Inhalation von reinem Sauerstoff über eine dichtsitzende, Mund und Nase umschließende Gesichtsmaske. Dazu ist eine Druckgasflasche mit medizinisch reinem Sauerstoff erforderlich. Über einen Regler muss ein Durchfluss von 12–15 Litern pro Minute eingestellt werden. Nach einer Inhalationsdauer von etwa 10–15 Minuten sind etwa 70 Prozent der Attacken befriedigend behandelt, d. h., der Schmerzangriff ist beendet. Bei der Anwendung von Sauerstoff mittels einer Druckgasflasche sind besondere Sicherheitshinweise zu beachten!

In den Fällen, in denen der Sauerstoff nicht hilft, ist ein spezielles Medikament (ein sog. „Triptan“) entweder per Injektion oder mittels eines Nasensprays zu verabreichen. Eine Gabe von Tabletten ist unwirksam, da die Wirkung über den Magen-Darm-Trakt meist erst nach dem Abklingen der akuten Attacke einsetzt.

In der prophylaktischen Therapie kommen Medikamente zum Einsatz, die allesamt nicht explizit für die Kopfschmerztherapie entwickelt wurden und nur „zufällig“ einen positiven Einfluss auf die Attacken nehmen.

Es handelt sich dabei um

- ein Herz-Kreislauf Medikament (Wirkstoff: Verapamil),
- ein Antidepressivum (Lithium),
- ein Antiepileptikum (Topiramate),

- Kortison als Übergangstherapie, bis die vorgenannten Medikamente (die langsam aufdosiert werden müssen) Wirkung zeigen.

Schulungsinformation:

Beim Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen e. V. (CSG) kann eine Video-DVD bestellt werden, auf der die korrekte Handhabung des Sauerstoffs, der Injektoren und der Nasensprays dargestellt wird.

Hinweise für Lehrkräfte

Das Wohlbefinden der Betroffenen und die adäquate Behandlung der Attacken haben äußerste Priorität.

Lehrkräfte sollten über die typischen Symptome (s. o.) bzw. die individuelle Problematik des Kindes mit CKS genau Bescheid wissen. Spezielle Fragen zur Betreuung des Kindes sollten mit den Erziehungsberechtigten abgeklärt sein und es sollte eine entsprechende schriftliche Vereinbarung vorliegen.

Der Klassenverband sollte mit Einverständnis der Betroffenen und ihrer Erziehungsberechtigten über die Krankheit informiert werden, um Symptome einer Attacke richtig zuzuordnen und Hilfe leisten zu können. Die Mitschülerinnen und Mitschüler sollten auch darüber aufgeklärt werden, wie sich die Schmerzattacken auf das tägliche Leben der Erkrankten auswirken, um sie möglichst effektiv unterstützen zu können.

Mit der Erkrankung sollte so offen wie möglich umgegangen werden, ggf. könnte sie auch im Biologieunterricht thematisiert werden. Wichtig ist es, Mitschülerinnen und Mitschüler genau zu informieren und (unbegründete) Ängste (z. B. vor Ansteckung), vor allem aber auch den Verdacht der „Drückbergerei“ auszuräumen, um ein angstfreies und harmonisches Verhältnis zu ermöglichen und auch um das soziale Umfeld nicht zu zerstören (Gefahr der Vereinsamung).

Eine Übermüdung nach nächtlichen Attacken sollte respektiert werden und nicht zu Benachteiligungen bei der Leistungsbewertung führen (Nachteilsausgleich).

Lehrkräfte sollten sich über ihre Rechte und Pflichten Klarheit verschaffen, um eventuell auftretende Konflikte zu vermeiden. Dies erleichtert den Umgang und gibt Sicherheit für die verantwortungsvolle Aufgabe, ein betroffenes Kind zu beaufsichtigen.

Materialien für Lehrkräfte

Zur vertiefenden Information stellt die Geschäftsstelle des Bundesverbandes der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen e. V. (CSG) gerne weitere Informationsmaterialien zur Verfügung. Diese reichen von einschlägiger Fachliteratur über Erfahrungsberichte anderer Betroffener bis hin zu individueller Beratung, wie mit den betroffenen Personen leidensgerecht umgegangen werden kann.

Weitere Internetadressen

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V. (DMKG): www.dmkg.de

Selbsthilfe/Patientenorganisation

Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen e. V. (CSG) – Bundesverband
www.clusterkopf.de

