

44-Jähriger mit seltenem Kopfschmerzsyndrom

Cluster-Tic schliesslich mit Nervenblock gebändigt

HAMBURG – Auch wenn Clusterkopfschmerz und Trigeminusneuralgie beim Cluster-Tic-Syndrom zeitversetzt auftreten können, muss die Therapie beide Schmerzarten erfassen. Und genau das gestaltet sich nicht immer einfach. Hamburger Kollegen bekamen es kürzlich mit einem Patienten zu tun, bei dem alle Standardmedikamente kontraindiziert waren.

Stärkste, attackenartige Kopfschmerzen plagten den 44-jährigen Mann bereits seit vier Jahren, als er sich in der Ambulanz vorstellte. Dieser streng rechtsseitige retroorbitale Clusterkopfschmerz trat zunächst nur nachts, später auch tagsüber auf und war mit ipsilateralem Tränenfluss, Rhinorrhö und Ptosis sowie mit Bewegungsunruhe verbunden, schreiben **Dr. Katrin Giesen** vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und ihr Kollege.

Zusätzlich litt der Patient seit zwei Jahren unter kurz einschliessenden Schmerzen im Umfeld aller Trigeminusäste der rechten Gesichtshälfte (spontan oder durch Essen, Zähneputzen sowie kalten Wind getriggert). Die Attacken kamen mal parallel zu den Cluster-Cephalgien, mal zeitlich verschoben.

Kontraindikationen wegen schwerer KHK

Genau dieses Nebeneinander von Clusterkopfschmerz und Trigeminusneuralgie definiert das Cluster-Tic-Syndrom. Ob es sich dabei wirklich um ein eigenständiges Syndrom handelt, ist derzeit noch offen, erklären die Autoren. Laut Kopfschmerzklassifikation verspricht nur eine differenzierte Therapie beider Arten Beschwerdefreiheit. Andere Experten ordnen die Trigeminusneuralgie dem Cluster-Spektrum zu und sehen keinen Anlass für eine eigenständige Behandlung.

Die Hamburger Kollegen standen bei dem 44-Jährigen vor einer ganz anderen Herausforderung: Wegen einer KHK mit Z.n. Myokardinfarkt und einem AV-Block zweiten Grades kamen viele Medikamente erst gar nicht infrage. Die bei Clusterkopfschmerz in der Regel erfolgreichen Präparate Verapamil oder Lithium sowie Triptane zur Akuttherapie waren allesamt kontraindiziert. Auch Carbamazepin gegen die Neuralgie konnten die Ärzte nicht einsetzen. Topiramat wiederum wirkt nicht als Monotherapie, und eine Sauerstoffgabe würde allenfalls die Cluster-, jedoch nicht die Trigeminussymptome lindern.

Periphere Nervenblockade einfach und sicher

Abhilfe brachte schliesslich eine Blockade des N. occipitalis major (GON*-Block) durch subokzipitale Injektion eines Kortikosteroids (Dexamethason 4 mg) und eines Lokalanästhetikums (Lidocain 40 mg).

Für beide Attacken-Typen liess sich die Wirksamkeit dieses Verfahrens bereits nachweisen, wenn auch nicht immer durch kontrollierte Studien.

Die Autoren bezeichnen die periphere Nervenblockade in der Praxis als einfach und sicher und sehen sie als brauchbare Alternative bei bestimmten Schmerzsyndromen – allein schon

aufgrund der geringen Nebenwirkungsquote. Dem Patienten hat das Vorgehen geholfen: Beide Schmerzarten verschwanden zwei Tage nach der Injektion und die Beschwerdefreiheit hielt zwölf Wochen an. *rdf*

* Greater Occipital Nerve

Giesen K, May A.
Hamburger Ärzteblatt 2016; 70: 32–33.