Ein paar Tage nach leichtem Schnupfen

Unerträgliche Kopfschmerzen

Von M. Reiß, G. Reiß

Eine 26-jährige Frau stellt sich wegen sehr starker Zephalgien in der Sprechstunde vor. Die seit mehreren Tagen bestehenden Kopfschmerzen, vorwiegend im Scheitelbereich und in der Schädelmitte, sind ständig vorhanden und nehmen beim Bücken oder Laufen zu. Die von ihr eingenommenen Schmerzmittel helfen nicht mehr. Das Allgemeinbefinden ist reduziert, die Patientin klagt über Müdigkeit, Mattigkeit und Konzentrationsstörungen. Vor ein paar Tagen hatte sie einen leichten Schnupfen.

Abb. 1 Subtotale Verschattung der rechten Keilbeinhöhle (Pfeil).

Aufgrund der Intensität der Kopfschmerzen erfolgte zum Ausschluss einer Subarachnoidal- oder intrazerebralen Blutung eine kraniale Computertomografie. Hier zeigte sich eine Verschattung der rechten Keilbeinhöhle, sodass eine HNO-ärztliche Vorstellung veranlasst wurde wegen v. a. einer Sinusitis sphenoidalis (Sphenoiditis). Dabei handelt es sich um eine akute oder chronische, selten bakterielle Entzündung einer oder beider Keilbeinhöhlen. Erreger der bakteriellen Sinusitis sind Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Anaerobier, Staphylokokken oder Streptokokken.

Symptome

- Kaum Infektzeichen.
- Gelegentlich subfebrile Temperaturen.
- Dumpfe, druckartige, teilweise starke Schmerzen im Bereich beider Schläfen und im Scheitelbereich, die in die Schädelmitte oder in das Hinterhaupt projiziert werden.
- Die Schmerzen nehmen über Tage und Wochen an Intensität zu.
- Durch Provokation (Bücken, Pressen, Hüpfen auf einem Bein) kommt es zu einer Schmerzverstärkung.
- Gelegentlich kommt es zu retro-okulären Schmerzen.
- Die Schmerzen stören den Schlaf.

Diagnose

Die Diagnostik beginnt mit der Anamnese. Bei der Palpation mit dem Handballen auf die Schädelmitte werden Schmerzen in der Tiefe des Kopfes ausgelöst. Durch die Endoskopie der Nase kann im Siebbeinbereich oder am Rachen-dach eine Eiterstraße nachgewie-

sen werden. Oft ist jedoch abgesehen von einer einseitigen Nasenmuschelhyperplasie kein pathologischer Befund nachweisbar.

Die Diagnose kann nur durch ein CT der Nasennebenhöhlen gestellt werden. Differenzialdiagnostisch müssen vor allem eine Keilbeinhöhlenmu-kozele, ein Glaukom, ein Hypophysen-tumor oder ein Keilbeinhöhlenflügel-meningeom ausgeschlossen werden.

Praktisches Vorgehen

- Regelmäßiges, am besten zweistündliches Abschnellen und Absaugen der Nasenhaupthöhle.

Kasuistik

So ging es weiter ...

Bei der Inspektion der Nasenhaupthöhle – u. a. endoskopisch – konnte keine Eiterstraße nachgewiesen werden. Diese zeigte sich erst nach abschwellenden Einlagen an der Keilbeinhöhlenvorderwand. Das CT der Nasennebenhöhlen (NNH) dokumentierte eine subtotale Verschattung der rechten Keilbeinhöhle (Abb. 1). Beachtlich war die Pneumatisation bzw. die Größe der Keilbeinhöhle. Die übrigen NNH waren nicht verschattet.

Unter stationärer Behandlung mit regelmäßigen abschwellenden Einlagen, Eryhexal® 1000 mg 2 x tgl. i. v. (wegen Penizillinallergie), Inhalationen mit Sole, Imidin®-Nasenspray, Gelomyrtol®-Kapseln und medikamentöser Analgesie kam es zu einem allmählichen Rückgang der Beschwerden. Eine operative Intervention war nicht erforderlich.

- Gezielte „hohe“ Einlagen eines mit Otriven® oder mit einer verdünnten Adrenalinlösung (1 : 200 000) befeuchteten Gazestreifens in den mittleren Nasengang und in die obere Nasenhaupthöhle.
- Gabe eines abschwellenden Nasensprays.
- Antibiotische Therapie mit Amoxicillin, Aminopenicillin + Betalactamase-Inhibitor, Cephalosporin der 2. Generation oder Erythromycin (i. v.);
- Analgetikum.
- Eine operative Therapie ist nur bei erfolgloser konservativer Therapie und bei einer Osteomyelitis indiziert.

Auf was achten?

Da es sich bei Kopfschmerzen um ein unspezifisches Symptom handelt, konsultieren die Patienten oft Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Sie werden nicht selten unter der Verdachtsdiagnose „Migräne“ oder „Trigeminusneuralgie“ lange Zeit behandelt, ohne dass eine Besserung der Beschwerden eintritt.

Wird die akute Sinusitis sphenoidalis nicht umgehend therapiert, ist eine intrakranielle Fortleitung mit Meningitis, Hirnabszess, Sinus-Cavernosus-Thrombose oder eine Thrombose der A. carotis interna möglich. Weitere Komplikationen: Osteomyelitis der Schädelbasis, eine Pyramidenspitzen-eiterung, eine Neuritis nervi optici (Erblindung) und eine Sepsis.

Für die Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. M. Reiß, Elblandkliniken Meißen Radebeul, Standort Radebeul, HNO-Abteilung, Heinrich Zille Str. 13, D-01445 Radebeul, E-Mail: michael.reiss@elblandkliniken.de