

als bei Gesunden. Besonders stark beeinträchtigt war das Riechvermögen bei Betroffenen mit häufigen Migräneattacken und am stärksten bei Migräne mit Aura.

Laura Zaranek, USC Dresden, stellte auf dem Deutschen Schmerzkongress 2020 eine Studie vor und erhielt dafür im Rahmen des Top Young Science Symposiums den Vortragspreis der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). An der Studie nahmen 75 Kinder und Jugendliche mit Migräne und/oder Spannungskopfschmerzen teil. Das Durchschnittsalter lag bei 13 Jahren. Die Teilnehmenden der Trainingsgruppe durften sich aus einer Auswahl von Riechstiften die drei für sie angenehmsten Düfte aussuchen. Die Favoriten wa-

ren dabei Orange, Pfirsich und Zimt. Das über zwölf Wochen andauernde Training bestand darin, zu Hause jeden Morgen und jeden Abend etwa zehn Sekunden lang an den ausgewählten Stiften zu schnupfern.

Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erhielten kein Riechtraining und wurden im Rahmen der Kopfschmerzambulanz betreut, unter anderem mit psychoedukativen Elementen zum Umgang mit der Migräne. Die Riechfunktion verbesserte sich signifikant unter dem Training. Die Schmerzschwelle unter elektrischer Stimulation (TENS) war bei denen, die das Training absolviert hatten, signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Die Zahl der Kopfschmerztage und die mit dem Fragebogen Ped-

MIDAS ermittelte krankheitsbedingte Beeinträchtigung im Alltag gingen sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe gegenüber dem Ausgangswert signifikant zurück. Die subjektive Schlafqualität war in der Trainingsgruppe signifikant besser als in der Kontrollgruppe (**Abb. 1**).

Goßrau hält die Ergebnisse dieser ersten Studien zum Riechtraining als Migränetherapie für sehr vielversprechend. Weitere Studien seien notwendig, um diese gut verträgliche Therapieoption detaillierter zu erkunden.

Dr. med. Thomas M. Heim

Virtueller Deutscher Schmerzkongress 2020, Sessions: SY21 – Migräneprophylaxe nicht medikamentös bis interventionell, Top Young Science Symposium, 24.10.2020

Periorbitale Schmerzen: Schmerzdauer führt oft schon zur richtigen Diagnose

Häufig wiederkehrende Kopf- und Gesichtsschmerzen in der Periorbitalregion können neben Migräne auch auf einen Clusterkopfschmerz oder andere seltenere trigeminoautonome Kopfschmerzsyndrome hinweisen. Eine rasche diagnostische Zuordnung gelingt oft bereits auf Basis der Schmerzdauer.

Schmerzen in der Periorbitalregion sind ein interdisziplinäres Problem, das neben der Neurologie auch Ophthalmologie und HNO betreffen kann. PD Dr. Tim Jürgens, Neurologie, Universität Rostock, erkennt hinter dem im konkreten Fall zur Erstbehandlung gewählten Spezialgebiet jedoch nicht immer eine rationale Begründung. „Hier zeigen sich auch Nachteile unseres stark diversifizierten Versorgungssystems,“ gab Jürgens auf dem Schmerzkongress 2020 zu bedenken. Chronische Kopfschmerzen bedürfen nach Einschätzung des Experten primär einer neurologischen Abklärung.

Blitzartig einschließend bis ununterbrochen anhaltend

Häufige okuläre Symptome primärer Kopfschmerzerkrankungen sind neben retro- und periorbitalen Schmerzen auch visuelle Aurasymptome, Sehstörungen, autonome Symptome wie konjunktivale Injektion und Lakrimation,

Fotophobie sowie neurologische Ausfälle wie ein Horner-Syndrom oder Augenmuskelparesen. Als nützliches Werkzeug für eine diagnostische Ersteinschätzung empfahl Jürgens, das Augenmerk auf die Dauer der Schmerzattacke zu richten. Während die Trigemineuralgie durch blitzartig einschließende Schmerzen gekennzeichnet ist, halten die Attacken bei der paroxysmalen Hemikranie 2 bis 30 Minuten lang an, beim Clusterkopfschmerz wenige Stunden und bei der Migräne Stunden bis Tage.

Indometacin als Diagnostikum

Um trigeminoautonome Kopfschmerzformen voneinander zu unterscheiden, ist in Kombination mit der Schmerzdauer auch das Ansprechen auf Indometacin relevant. Bei der paroxysmalen Hemikranie und der Hemicrania continua sei, so Jürgens, diese Kombination praktisch beweisend. Spreche ein trigeminoautonomer Schmerz nicht auf Indometacin an, dafür aber auf Verapamil, dann liege wahr-

scheinlich ein Clusterkopfschmerz vor. Indometacin ist sowohl bei der paroxysmalen als auch bei der kontinuierlichen Hemikranie die medikamentöse Prophylaxe erster Wahl. Um das Ulkusrisiko zu reduzieren, sollte Jürgens zufolge immer zusätzlich ein PPI gegeben werden.

Gerötetes, tränendes Auge: SUNCT-/SUNA-Syndrom?

Eine Sonderstellung bei den trigeminoautonomen Schmerzen nimmt das sehr seltene SUNCT-/SUNA-Syndrom ein. SUNCT steht für „short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing“, SUNA für „short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms“.

Das Syndrom ist gekennzeichnet durch orbitale und temporale, teilweise auch zusätzlich nackenbetonte Schmerzen moderater bis hoher Intensität. Die Schmerzattacken halten wenige Sekunden bis 10 Minuten lang an. Zur Attackenbehandlung beim SUNCT-/SUNA-Syndrom kommt intranasales Lidocain infrage, zur Kurzzeitprophylaxe Lidocain 1–4 mg/kg KG i.v., zur Dauerprophylaxe Lamotrigin.

Dr. med. Thomas M. Heim

Virtueller Deutscher Schmerzkongress 2020, Fortbildungskurs „Periorbitale Schmerzsyndrome: Gleich und doch verschieden“, 23.10.2020