

Allgemein – Was ist Migräne mit Hirnstammaura?

Die Migräne mit Hirnstammaura (früher Migräne vom Basilaristyp oder Basilarismigräne genannt) ist eine besonders schwere, relativ seltene Sonderform der Migräne mit Aura. In der Kodierung der International Headache Society (ICDH-3) wird die Migräne mit Hirnstammaura als eigenständige Migräneform geführt und detailliert beschrieben (ICHD-3: 1.2.2)- In der aktuell in Deutschland gültigen Fassung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10 GM 2020) wird sie zusammen mit anderen Migräneformen unter G43.1 gefasst.

Sie wird beschrieben als Migräne mit Aura, bei der die Aurasymptome eindeutig dem Hirnstamm und/oder beiden Hemisphären gleichzeitig zuzuordnen sind und keine motorische Schwäche vorhanden ist.

Früher ging man von einer Beteiligung des Versorgungsgebietes der Arteria basilaris aus, die für die Blut- und Sauerstoffversorgung des Hirnstammes zuständig ist. Da dies nicht gesichert nachzuweisen war, wird die Bezeichnung Basilarismigräne nicht mehr verwendet.

Sie tritt gehäuft bei jungen Erwachsenen auf, kann aber auch später vorkommen. Viele Patienten haben zusätzlich zu den Hirnstammauren auch Attacken mit typischer Migräne-Aura (Schwindel, Sehstörungen usw.) und „normale“ Migräneattacken mit den typischen Kopfschmerzen.

Symptome – Wie äußert sich die Migräne mit Hirnstammaura?

Während eines Anfalls treten mitunter extreme neurologische Symptome auf, wobei jeder Betroffene seine eigenen „Mischformen“ erlebt. Auch von Anfall zu Anfall kann es graduelle und quantitative Unterschiede geben. Die Symptome ähneln dabei einerseits weitaus gefährlicheren Krankheitsbildern, wie z. B. Schlaganfall oder Hirntumor, können aber auch in Verbindung mit Angst und Hyperventilation auftreten.

Aufgrund der existentiell bedrohlich wirkenden Symptome, erleiden Betroffene häufig zusätzlich Panikattacken, die jedoch nicht Auslöser der Hirnstammaura sind. Durch sorgfältige Anamnese und (ggf. stationär durchgeführte) gründliche Diagnostik ist eine Abgrenzung gut möglich.

Charakteristische neurologische Symptome, von denen meist mehrere, nicht aber immer alle auftreten, sind:

- extremer (Dreh-)Schwindel (spezieller Vertigo, der im Vergleich zum Schwindel bei der „normalen“ Migräne deutlich stärker auftritt) - auch bis mehrere Tage nach dem Anfall anhaltend
- Übelkeit und Erbrechen
- Sprachstörungen (Dysarthrie /Aphasie) - auch tagelang anhaltend
- Gleichgewichtsstörungen
- Ohrgeräusche, Tinnitus u. Hörminderung
- Sehstörungen: Doppelbilder (Diplopie), Lichtblitze (Photopsie), Gesichtsfeldausfälle (Skotome) oder vorübergehende Blindheit auf beiden Augen (Amaurosis fugax)
- unwillkürliche Augenbewegungen (Nystagmus)
- Störungen der Bewegungsabläufe (Ataxie / zerebelläre ataktische Störungen), Zittern in den Beinen, unwillkürliche Bewegungen oder anormale Reflexe (Pyramidenbahnzeichen)
- Bewusstseinsstörung, Verwirrtheit und Desorientiertheit, vorübergehender Gedächtnisverlust (Amnesie)
- (Körper-)Wahrnehmungsstörungen (z.B. Metamorphosie: Gegenstände werden anders wahrgenommen als sie real sind – z.B. größer oder in Bewegung; auch „Alice-im-Wunderland-Syndrom“)
- gleichzeitige beidseitige Missempfindungen, Taubheitsgefühle, Kribbeln (Parästhesien und Sensibilitätsstörungen) [Lähmungserscheinungen oder Schwächegefühle (unvollständige Paresen) werden heute als Diagnosekriterien für andere Migräneformen (hemiplegische Migräne) aufgeführt, werden aber von manchen Betroffenen geschildert, möglicherweise, weil die Unterscheidung zwischen einer muskulären Schwäche und einem Sensibilitätsverlust schwerfällt.]



Weitere Symptome

Weitere Symptome, die vor, während oder nach einem Anfall auftreten können sind: Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, Blässe und Todesangst (Angor Animi). Alle Symptome bilden sich jedoch vollständig wieder zurück, d.h. sie sind vollständig reversibel und hinterlassen keine bleibenden Schäden.

Die in über 90 Prozent auftretenden, schweren Kopfschmerzen (häufig am Ende des akuten Anfalls als starker Druck empfunden), sind im Hinterkopf lokalisiert. Die Aurasymptome und die ggf. auftretenden Schmerzen nehmen (anders als bei anderen Migräneformen) Betroffene beidseitig wahr.

Diagnose – Wie wird die Migräne mit Hirnstammaura diagnostiziert?

Die Migräne mit Hirnstammaura kann nicht mit bildgebenden oder labortechnischen Verfahren diagnostiziert werden. Auch für Fachärzte ist das Beschwerdebild nicht immer leicht erkennbar. So wird die Diagnose meist als Ausschlussdiagnose und in Zusammenhang mit einer umfassenden Anamnese gestellt. Diagnose und Therapie sollten von Migränespezialisten übernommen werden. Eine Kopfschmerzexperten-Suche im Internet gibt es z.B. hier: www.dmkg.de

Komplikationen – Welche Komplikationen sind möglich?

Sehr seltene Komplikationen der Hirnstammaura sind:

- Das sogenannte Locked-in-Syndrom (ca. 2 bis 30 Minuten andauernde, vollständige Bewegungslosigkeit und Unfähigkeit, mit der Außenwelt zu kommunizieren bei gleichzeitig wachem Bewusstsein. Nur vertikale Augenbewegungen sind gelegentlich noch möglich).

- Ein längeres Koma oder Schlaganfall. Das Risiko hierfür steigt mit dem Vorliegen weiterer Faktoren (z.B. Rauchen, Einnahme der „Pille“ - v.a. Kombinationspräparate - bei Frauen).

Therapie – Wie behandelt man die Migräne mit Hirnstammaura?

Bisher gibt es kaum Möglichkeiten, effektiv in das akute Hirnstammaura-Geschehen einzugreifen. Betroffene sollten sich im Akutfall in einem ruhigen, abgedunkelten Raum hinlegen bis die Symptome abklingen.

Die bei der „normalen“ Migräne ohne Aura hochwirksamen Triptane, gelten bei Hirnstammauren (bzw. Basilarismigräne) laut Fachinformation noch als

kontraindiziert, werden aber vereinzelt von Fachärzten empfohlen. In Einzelfällen kann die Einnahme von Magnesium in einer schnell wirkenden Form (z.B. Magnesiumcitrat als „Direkt-Pulver“) zu Anfang eines Anfalls und Dimenhydrinat gegen Schwindel und Erbrechen (z.B. Vomex®) Anfallsspitzen abmildern.

Prophylaktisch orientiert man sich an der "normalen" Migräne-Therapie und versucht u.a. mit Kalziumkanal- oder Betablockern, Antidepressiva und Antiepileptika die Anfallsstärke und -häufigkeit zu reduzieren.

Aufgrund von Unkenntnis oder „unsauberer“ Diagnostik werden Betroffene immer noch häufig als Psychosomatiker eingestuft. Das ist fachmedizinisch falsch und nicht zielführend. Psychische Faktoren als Einflussgröße („Trigger“) sollten jedoch immer therapeutisch mitberücksichtigt werden. So können z.B. regelmäßig angewendete Entspannungstechniken, viel Bewegung und individuelle Trigger-Vermeidung die Anfallsbereitschaft reduzieren.

Social Media:

facebook-Gruppe „Basilarismigräne / Hirnstammauren - Austausch, Hilfe & Informationen“: <https://www.facebook.com/groups/209664639604519>

Tipp

Notfallausweis:

Betroffene sollten einen Notfallausweis mitführen, in dem Diagnose und Symptomatik eines Anfalls und Handlungsoptionen für Helfer beschrieben werden.

Vorlage zum Ausdrucken unter: www.daueraua.de/infothek

Literatur:

Tanja Götten: Migräne mit Hirnstammaura – Leben mit einer seltenen, schweren Art der Migräne – auch bekannt als “Basilarismigräne” -- ISBN 978-3754919941

Quellen:

Hartmut Göbel: Migräne: Diagnostik, Therapie, Prävention. Springer (2012) - ISBN-10: 3642255574 und www.schmerzlinik.de

www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-g40-g47.htm

www.doctorhelp.de/migraene/migraene-top6.html?krankheit=Basilaris-Migr%E4ne

<https://ichd-3.org/de/1-migrane/1-2-migraene-mit-aura/1-2-2-migraene-mit-hirnstammaura/>

