

Seltene Differentialdiagnose bei Kopfschmerzen

¹Andreas C. Reichelt, ¹Annekatrin Coordes, ²Stefan M. Niehues, ¹Minoo Lenarz

¹Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

²Institut für Radiologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Einleitung: Kopfschmerzen können eine chronische Verlaufsform annehmen. Primärer Kopfschmerz ist von sekundärem durch anamnestische Erstmanifestation, klinischen Verlauf, Schmerzcharakter und neurologische Symptome zu differenzieren. Zusätzliche Bildgebung kann indiziert sein.

Ein CT-NNH zeigte ein ausgedünntes Os frontale mit kalzifizierten Sequestern und einen Prozess des Sinus frontalis (Abb. 1+2).



Abb. 1: Natives CT-NNH, sagittale Ebene

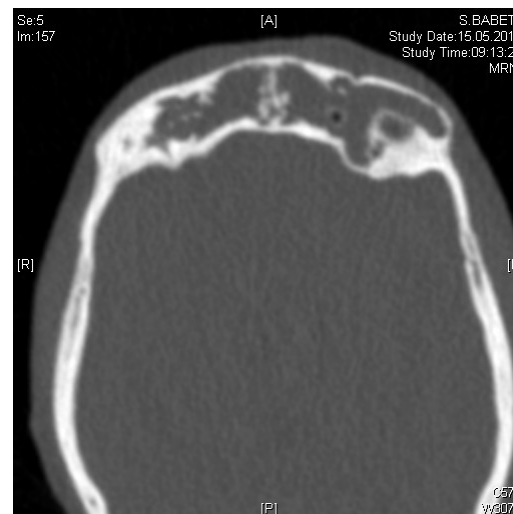


Abb. 2: Natives CT-NNH, axiale Ebene

Ein MRT zeigte eine inhomogene Kontrastmittelaufnahme und ausgedünnte Restcorticalis. Stirnhöhlen und vordere Siebbeinzellen waren verlegt mit irregulärer knöcherner Begrenzung (Abb. 3+4).



Abb. 3: cMRT mit Kontrastmittel, T2-Wichtung, sagittale Ebene

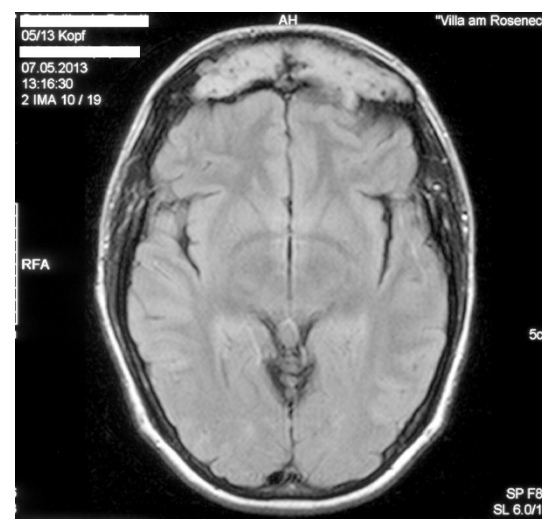


Abb 4: cMRT mit Kontrastmittel T1-Wichtung, axiale Ebene

Fall: Eine 40-jährige Patientin wurde uns mit seit einem Jahr bestehenden, progredienten frontalen Cephalgien zugewiesen (Visuelle Analogskala 8). Sonst war die Patientin gesund, der neurologische Status normal.

Differentialdiagnostisch waren Knochentumoren, M. Paget, Osteomyelitis und Pilzsinusitis abzugrenzen. Erst die molekulopathologische Aufarbeitung sicherte die Diagnose.

Durch eine endonasale Stirnhöhlenoperation war der Recessus frontalis bei ausgeprägter Ossifikation nicht zu eröffnen. Diese musste durch eine extranasale **Stirnhöhlenoperation nach Riedel** eröffnet werden.

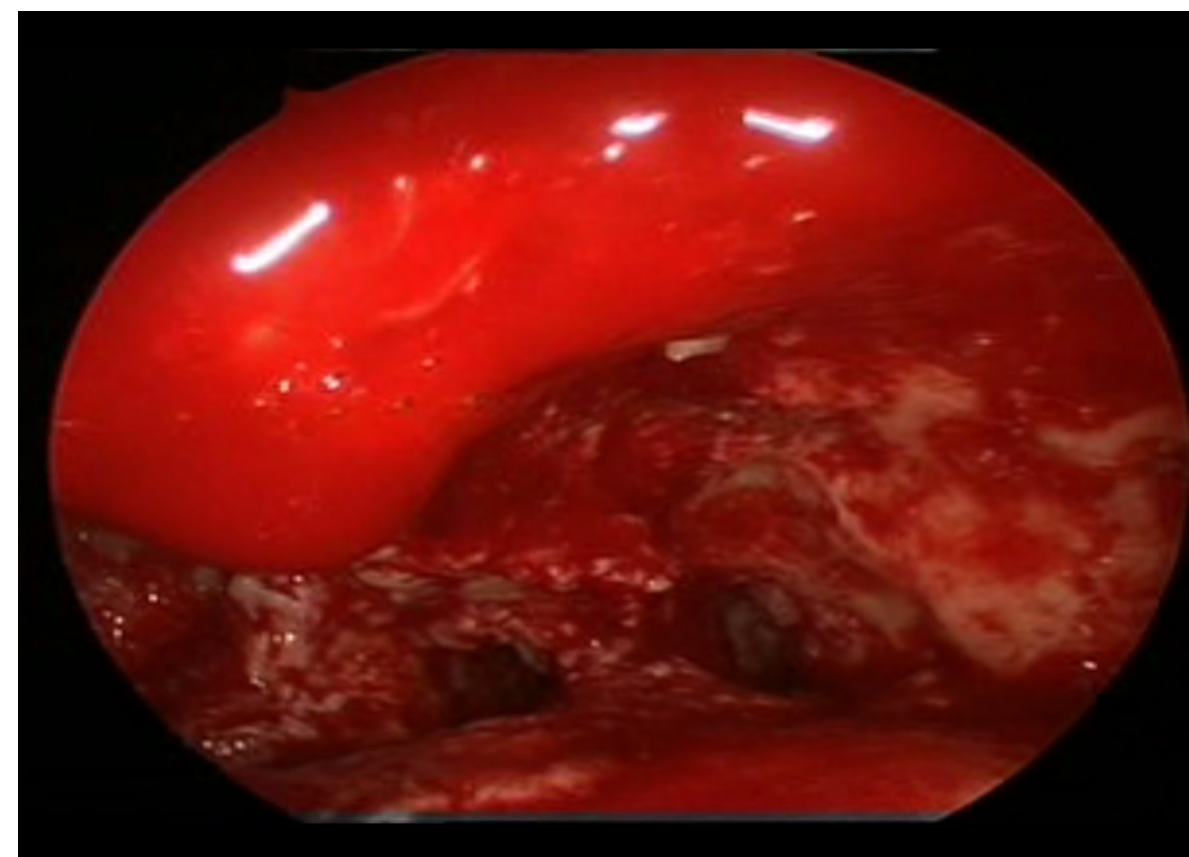


Abb. 5: Intraoperativer Situs

Intraoperativer Situs der extranasalen Stirnhöhlenoperation nach Riedel (Abb. 5). Über einen Unterberger-Schnitt wurde die Vorderwand des Sinus frontalis entfernt. Das die Stirnhöhlen verlegende Gewebe wurde inklusive des Septum interfrontale entfernt. Dargestellt sind die beiden Ostien vom Sinus frontalis zur Nasenhaupthöhle. Diese wurden mit Stents geschient.

Die Molekularpathologie zeigte eine GNAS-1 Mutation mit Assoziation zur Fibrösen Dysplasie (FD). Eine Knochenszintigraphie bestätigte eine monoostotische Form.

Diskussion:

- Die radiologische Diagnostik ist notwendig, um sekundäre von primären Cephalgien zu differenzieren.
- Fibröse Dysplasie ist eine angeborene, benigne Ossifikationsstörung. Diese Erkrankung verläuft meistens asymptomatisch, kann aber durch tumoröse Prozesse und Knochenumbau zu Deformitäten und Schmerzzuständen führen. Der Schädelknochen ist oft betroffen. So sind persistierende frontale Cephalgien als Erstmanifestation einer Fibrösen Dysplasie möglich.
- Eine rein analgetische Behandlung mit nichtsteroidalen Antiphlogistika bzw. alternativ oder begleitend mit Bisphosphonaten können erfolgen. Diese sind durch weitere Komplikationen limitiert. Ein kombiniert konservativ-chirurgisches Therapieverfahren erscheint am effizientesten.

Literatur :

Gurr, A., et al., *Therapiekonzepte bei fibröser Dysplasie*. Laryngo-Rhino-Otol, 2007. **86**(11): p. 781-784.