THERAPIE MANUAL MIGRÄNE

Interaktive PDF

LIEBE KOLLEGEN*
IN DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXIS,

in Deutschland sind über 8 Millionen Menschen innerhalb eines Jahres von Migräne betroffen.[1] Kopfschmerzen sind eines der häufigsten Symptome, mit denen Hausärzte in der täglichen Praxis konfrontiert werden. Um den Patienten langfristig zu helfen, kommt es darauf an, die wichtigsten Differentialdiagnosen zu kennen, um zielführende Schritte zur Linderung der Beschwerden in die Wege zu leiten und den Patienten eine aktive Teilnahme am Leben zu ermöglichen.

In einem gemeinsamen Workshop haben wir, Migräne-Experten aus dem Fachgebiet Neurologie und erfahrene Hausärzte, im April 2019 auf Einladung der Firma Grünenthal die wichtigsten Aspekte zu Diagnose, Differentialdiagnose und Behandlung der Migräne erarbeitet.

Unser Appell: **Wir brauchen Sie als Verbündete, um die Versorgung der Patienten weiter zu verbessern. Denn rund drei Viertel der Migränepatienten sind wegen ihrer Beschwerden bei ihrem Hausarzt in Behandlung.** Damit ist der Hausarzt meist der erste Ansprechpartner und die Hausarztpraxis ein zentraler Baustein in der Versorgung dieser großen Anzahl an Patienten. Und auch die Patienten sollten mitarbeiten, indem sie ihre Symptome dokumentieren, damit wir Ärzte rasch die richtigen Schlüsse ziehen können.

In diesem Therapiemanual finden Sie eine Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse als Entscheidungshilfe im Umgang mit der Migräne inklusive nützlicher Praxistipps.

* wir möchten mit diesem Manual alle ansprechen und verzichten auf Gender-Formulierungen

Dipl.-Med. Barbara Ehm
Praktische Ärztin, Joachimsthal

Volker Espenkott
Facharzt für Allgemeinmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin und Chirotherapie, Aachen

Dr. Astrid Gendolla
Fachärztin für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie und Psychotherapie, Essen

Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Hartmut Göbel
Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie, Psychotherapie und Diplom-Psychologe, Schmerzklinik Kiel

Stefan Spieren MBA
Facharzt für Allgemeinmedizin und
Facharzt für Allgemeinchirurgie, Wenden

Für die fachlichen und wissenschaftlichen Inhalte dieser Migränebroschüre sind die Ärzte als Mitautoren verantwortlich.

WAS HABEN SIE DAVON, HIER WEITERZULESEN?

Das Therapiemanual Migräne...

... schafft Klarheit, wann ein Kopfschmerzpatient beim Hausarzt an der richtigen Adresse ist.

... vermittelt kompaktes und evidenzbasiertes Wissen.

... unterstützt bei der Abgrenzung von Migräne, Spannungs-, Cluster- und Medikamenten-Übergebrauchskopfschmerz (MÜK) im Praxisalltag.

... bietet Tipps für eine erfolgreiche Versorgung der Migränepatienten in der hausärztlichen Praxis.

mit „Klick" zur Seite

INHALT

DIAGNOSTIK DER MIGRÄNE 06

Anamnese und Differentialdiagose der Migräne 07
Bildgebung? 12
Trigger und Vorboten der Migräne 14
Dokumentation des Verlaufs 16

BEHANDLUNG DER MIGRÄNE 18

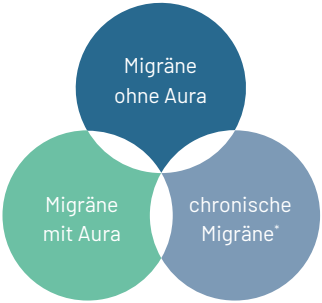
Nicht medikamentöse Therapie 19
Medikamentöse Therapie 20
Was tun, wenn die Triptan-Therapie nicht wirkt? 24
Was tun bei Wiederkehr-Kopfschmerz? 25
Was tun bei Status migraenosus? 27
Kann es ein Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz sein? 27
Migräneprophylaxe 29

Die Einjahres-Prävalenz der Migräne ist bei Frauen mit 12-14 Prozent deutlich häufiger als bei Männern (6-8 Prozent), bei Kindern und Jugendlichen beträgt sie 4-5 Prozent. Der Gipfel der Migränehäufigkeit manifestiert sich meist um das 35. bis 45. Lebensjahr, also zu einem Zeitpunkt, an dem der betroffene Patient mitten im Leben steht und häufig beruflich wie auch privat besonders eingebunden ist. Die Zahlen verdeutlichen einen enormen Handlungsbedarf, zumal es sich bei der Migräne um eine lebenslange Erkrankung handelt.[1]

DIAGNOSTIK DER MIGRÄNE

Das Symptom Kopfschmerz kann viele Ursachen haben. In 8 Prozent der Fälle liegt ein sekundärer oder symptomatischer Kopfschmerz vor, der auf eine andere Erkrankung zurückzuführen ist, 54 Prozent der Patienten leiden an einem Kopfschmerz vom Spannungstyp und 38 Prozent unter Migräne.[2]

Einteilung der Migräne



Von der Migräne abzugrenzen ist der Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz (MÜK), der vielfach eine Migräne imitiert.[3]

Die Diagnostik der Migräne fußt auf der Anamnese, der Dokumentation des Verlaufs und der klinischen Untersuchung. Eine bildgebende Diagnostik ist in aller Regel nicht erforderlich.

* mindestens 3 Monate lang mehr als 15 Kopfschmerztage im Monat, davon mehr als 8 Tage mit Migräne

ANAMNESE UND DIFFERENTIALDIAGOSE DER MIGRÄNE

Als Schnelltest in der Praxis eignen sich zur Diagnostik der Migräne und Abgrenzung von anderen Kopfschmerzformen die folgenden 3 Fragen:

3-Fragen-Test zur Abklärung einer Migräne[4]

1. Verstärkt sich der Kopfschmerz bei körperlicher Aktivität wie Treppensteigen oder Laufen an frischer Luft?
2. Verspüren Sie während der Kopfschmerzen Übelkeit?
3. Behindern die Kopfschmerzen Ihre üblichen Tätigkeiten in Beruf/Schule oder Freizeit erheblich? Werden Sie gezwungen ihre normalen Tätigkeiten zu unterbrechen und sich hinzulegen?

Werden zwei Fragen bejaht, ergibt sich daraus die Verdachtsdiagnose Migräne.

Zur Information nehmen wir auch die 3-Fragen-Tests für Spannungskopfschmerz und Cluster-Kopfschmerz im Praxismanual Migräne auf, um Ihnen die Differenzialdiagnose zu erleichtern. Den 3-Fragen-Test zum Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz (MÜK) finden Sie auf Seite 27.

3-Fragen-Test Spannungskopfschmerz[4]

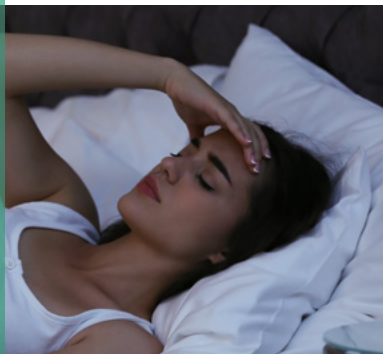
1. Können körperliche Aktivitäten wie Treppensteigen oder Laufen an frischer Luft die Kopfschmerzen unbeeinflusst lassen oder sogar verbessern?
2. Ist während der Kopfschmerzen Ihr Appetit ungestört?
3. Können Sie trotz der Kopfschmerzen Ihren üblichen Tätigkeiten (Arbeit, Schule, Freizeit) nachgehen?

3-Fragen-Test Cluster-Kopfschmerz[4]

1. Treten die Kopfschmerzen in Anfällen einseitig im Augen-/Schläfenbereich für eine Dauer von 15 Minuten bis 3 Stunden auf?
2. Werden die Kopfschmerzen auf der betroffenen Seite von Augenrötung, Augentränen, Verstopfung der Nase, Nasenlaufen, hängendem Augenlid oder körperlicher Unruhe begleitet?
3. Treten die Attacken bis zu achtmal pro Tag auf?

PRAXISTIPP
Verhalten von Migränepatienten

Anders als beim Spannungskopfschmerz neigen Migränepatienten während der Kopfschmerzanfälle dazu, motorische Aktivität zu vermeiden, sich hinzulegen, sich ruhig zu verhalten und sozial zurückzuziehen.



Die exakten diagnostischen Kriterien einer Migräne ohne Aura nach der internationalen Kopfschmerzklassifikation (http://ichd-3.org) lauten[5]:

- Mindestens fünf Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen
- Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4 bis 72 Stunden anhalten
- Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden vier Charakteristika auf:
  - einseitige Lokalisation
  - pulsierender Charakter
  - mittlere oder starke Schmerzintensität
  - Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen) oder führt zu deren Vermeidung
- Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines:
  - Übelkeit und/oder Erbrechen
  - Photophobie und Phonophobie
- Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose.

Daraus ergeben sich weitere Fragen zur Abklärung einer Migräne:

- An wie vielen Tagen im Monat treten die Kopfschmerzen auf?
- An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Akutmedikamente ein?
- Seit wann bestehen die Kopfschmerzen?
- Wie lange halten diese üblicherweise an?
- Wie verhalten Sie sich, wenn Sie Kopfschmerzen haben? (siehe Praxistipp)
- Kommt es zu Symptomen einer Aura, wie z. B. Sehstörungen, Missempfindungen? (Siehe Kriterien der Aura)
- Gibt es Begleitsymptome wie Übelkeit, Licht-, Lärm- und Geruchsempfindlichkeit?
- Bestehen Nasenlaufen, Augentränen, Ptosis?
- An wie vielen Tagen im Jahr benötigen Sie Schmerzmedikamente?

PRAXISTIPP
Schütteltest

Bei einer Migräne wird der Kopfschmerz häufig schlimmer, wenn der Betroffene in der Attacke den Kopf schüttelt oder ihn länger nach unten hält (z. B. beim Anziehen der Schuhe). Bei einem Spannungskopfschmerz ist dies in der Regel nicht der Fall. Damit bietet sich in der Praxis ein einfacher „Schütteltest" zur Abklärung der Kopfschmerzen an.

Die Beantwortung dieser Fragen kann den Verdacht auf **Migräne** verfestigen und die Abgrenzung gegenüber anderen Kopfschmerzformen wie dem Cluster-Kopfschmerz und dem MÜK erleichtern. Das Beantworten einer speziellen Frage allein reicht als Diagnosekriterium nicht aus. Dies gilt auch für die Frage nach einem ein- oder beidseitigen Kopfschmerz.

Es ist ein Mythos, dass die Migräne stets einseitig auftritt. Entscheidend ist vielmehr, wie viele Fragen Hinweise auf eine Migräne geben.

zum Inhaltsverzeichnis

Bei rund 10 Prozent der Migräneanfälle geht dem Migränekopfschmerz eine Aura voraus (wenige Minuten bis zu einer Stunde).[6]

Kriterien der Aura sind[5]:

- Sehstörungen wie Flimmerskotome, Fortifikationen oder Blitze
- Neurologisch-fokale Störungen wie Sprachstörungen, Wortfindungsstörungen, Lähmungserscheinungen
- die Symptome sind komplett reversibel

PRAXISTIPP
Aura-Symptome

Patienten verwechseln die Aura-Symptome der Migräne häufig mit den Symptomen eines Schlaganfalls. Es ist sinnvoll, Patienten über Auren aufzuklären und diese im Kopfschmerzkalender zu dokumentieren. Beispiel siehe: http://schmerzklinik.de/mit-der-migraene-app-eine-migraene-aura-live-simulieren-verstehen-gezielt-behandeln-click-tipp-von-prof-hartmut-goebel/

BILDGEBUNG?

Differentialdiagnostisch sollte der Hausarzt auch danach fragen, ob die Kopfschmerzen neu und plötzlich aufgetreten sind oder ob sich die Schmerzcharakteristik in jüngster Zeit wesentlich verändert hat. Bejaht der Patient dies, so ist das als Alarmsymptom (Red Flag) zu werten und diagnostisch weiter abzuklären, ggfs. einschließlich einer Bildgebung. Dabei sind auch die genuin hausärztlichen Differentialdiagnosen zu beachten: Sinusitis? Arterielle Hypertonie? Entgleister Diabetes? Sportunfall? etc. Ergeben sich bei der Anamnese und/oder der klinischen Untersuchung Hinweise auf Alarmsymptome oder findet der Hausarzt keine Ursache, ist eine fachneurologische Vorstellung sinnvoll. In diesen Fällen kann es sich um einen symptomatischen (sekundären) Kopfschmerz handeln, der eine weitere Diagnostik erfordert.
Die Empfehlung der S1-Leitlinie dazu lautet: „Zusatzdiagnostik und insbesondere eine Bildgebung sind notwendig bei Kopfschmerzen mit ungewöhnlicher Klinik (z. B. Ausschluss einer Subarachnoidalblutung) und bei Kopfschmerzen mit persistierenden neurologischen oder psychopathologischen Auffälligkeiten.“[3]

zum Inhaltsverzeichnis

PRAXISTIPP
Wann ist der Kopfschmerzpatient in der hausärztlichen Versorgung gut aufgehoben?

76,5 Prozent der Kopfschmerzpatienten befinden sich in der hausärztlichen Versorgung[7] und sind dort auch gut aufgehoben. Den Patienten an einen Neurologen überweisen sollte der Hausarzt bei:

- differentialdiagnostisch unklaren Kopfschmerzen
- Kopfschmerzen wie noch nie bisher
- Therapieversagen
- komplexer Komorbidität
- Vorliegen eines MÜK
- einer Kopfschmerzdauer von mehr als 10 Tagen/Monat

TRIGGER UND VORBOTEN DER MIGRÄNE

Zur besseren Erfassung der Migräne ist in der Praxis auch nach möglichen Triggern (=Auslösern) einer akuten Migräneattacke zu fragen.

Häufige beeinflussbare und nicht beeinflussbare Trigger sind[6]:

ein unregelmäßiger Schlafrhythmus

eine unregelmäßige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme

Fasten

Alkohol

zu wenig Sport

Stress oder Stressabfall (Wochenendmigräne)

Blutzuckerabfall in der Nacht

Hormonschwankungen (Menstruation)

Plötzlicher Wetterwechsel

zum Inhaltsverzeichnis

Auslöser der Migräne sind von Migränevorboten, also von Symptomen der Prodromalphase abzugrenzen.

Zu den Prodromi (=Vorboten) einer Migräne können gehören[6]:

- Heißhunger nach hochkalorischen Nahrungsmitteln (häufig Schokolade) und allgemeine Appetitsteigerung
- eine erhöhte Reizbarkeit und Nervosität
- Hyperaktivität
- Gähnen
- vermehrter Harndrang
- eine sensorische Überempfindlichkeit (Geräusche, Gerüche)
- Müdigkeit und/oder depressive Stimmung
- Konzentrationsstörungen.

Erhärtet sich der Verdacht auf eine Migräne, sind weitere Fragen zur Abklärung sinnvoll:

- Welche und wie viele Medikamente nehmen Sie ein?
- Welche Diagnostik ist bisher erfolgt?
- Fragen zur Sozial- und Berufsanamnese.

PRAXISTIPP
Trigger vs. Prodromi

Prodromalsymptome sind nicht zu verwechseln mit Triggern der Migräne und/oder mit Aurasymptomen. Die Vorboten treten meist 3 Tage bis 2 Stunden vor der Migräne auf. Patienten sollten den Symptomen der Prodromalphase ruhig nachgeben, also bei Heißhunger z. B. durchaus Schokolade essen.

DOKUMENTATION DES VERLAUFS

Zur Einschätzung der Intensität sowie des Verlaufs der Beschwerden sollte der Patient einen Kopfschmerzkalender führen. Darin sollte er die exakten Symptome und Begleitsymptome erfassen. Zur Dokumentation werden zunehmend digitale Tools genutzt. Ein Beispiel ist die in der Praxis wissenschaftlich evaluierte Migräne-App (kostenlos für iOS und Android). Dabei führt der Patient ein digitales Kopfschmerztagebuch, das via E-Mail zum Arzt geschickt und dort auf Wunsch in den Praxiscomputer eingelesen werden kann. Die Migräne-App dokumentiert den Verlauf von Migräne und Kopfschmerzen mit aktiver Dateneingabe. Sie meldet aggregierte Informationen aus dem Datensatz zurück und unterstützt so den Patienten als auch den betreuenden Arzt in der Verlaufs- und Erfolgskontrolle sowie der Therapieanpassung. Zusätzlich leisten die in der App enthaltenen Entspannungsübungen, Coachings und die Vernetzung von Betroffenen in einer bundesweiten digitalen Selbsthilfe-Community erste Hilfe bei akuten und chronischen Kopfschmerzen.

zum Inhaltsverzeichnis

© Prof. H. Göbel, Schmerzklinik Kiel

Die Migräne-App ist vom Patienten leicht zu bedienen und gibt Ihnen als Arzt einen schnellen Überblick, wo Sie und der Patient in der Kopfschmerzbehandlung stehen und wie erfolgreich die Therapie ist. Auch Trigger und Vorboten können durch eine durchgängige Dokumentation leichter identifiziert werden.

BEHANDLUNG DER MIGRÄNE

Zu den therapeutischen Basismaßnahmen bei der Behandlung der Migräne gehört die eingehende Information und Beratung des Patienten. Der Arzt sollte den Patienten das Krankheitsbild sowie die Rolle der Prodromalsymptome erläutern und gleichzeitig auf mögliche Trigger der Migräne hinweisen, die der Patient vermeiden sollte. Im Sinne einer Entstigmatisierung der Erkrankung sollte der Arzt mit dem Patienten auch über die Mythen sprechen, die sich rund um die Migräne ranken, und diese entkräften. Eine spezielle Migränepersönlichkeit gibt es beispielsweise nicht. Insgesamt sollte der Arzt den Patienten Mut machen. Denn es gibt gute therapeutische Möglichkeiten, um die Migräne zu lindern.

zum Inhaltsverzeichnis

NICHT MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Die Migräne ist eine ganzheitliche Erkrankung, bei der viele Faktoren eine Rolle spielen können. Daher können sich auch Lebensstiländerungen positiv auf die Erkrankung auswirken. Der Hausarzt sollte die Patienten also dazu motivieren, gesund zu leben und auf Regelmäßigkeit im Verhalten zu achten.

Wichtige Verhaltenstipps für Migränepatienten sind:

- alles „zu Schnelle", „zu Plötzliche" und „zu Übermäßige" vermeiden
- für einen gleichmäßigen Tag- und Nachtrhythmus sorgen
- auf eine ausreichende Versorgung mit Wasser (2 bis 3 l pro Tag), Kohlenhydraten und Sauerstoff achten
- Kaffee entweder regelmäßig oder gar nicht konsumieren.
- regelmäßig aeroben Ausdauersport treiben
- Entspannungsverfahren nutzen, z. B. progessive Muskelrelaxation, Yoga, QuiGong o. ä.

PRAXISTIPP
„Abschalten"

Patienten sollten angehalten werden, einmal am Tag 30 Minuten lang nichts zu tun.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

	nasal				
Wirkstoff	Zolmitriptan	Sumatriptan	Zolmitriptan	Sumatriptan	Rizatriptan
Empfohlene Initialdosis	5 mg	10/20 mg	2,5/5 mg	50/100 mg	10 mg
Höchstdosis pro Tag	10 mg	20/40 mg	10 mg	300 mg	20 mg
Wirkeintritt	15 Minuten	15 Minuten	1 Stunde	30 Minuten	30 Minuten
Zulassung	Migräne mit und ohne Aura, Clusterkopf-schmerz	Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura
Alter	Migräne: ab 12 Jahren, Clusterkopf-schmerz: ab 18 Jahren	ab 12 Jahren	ab 18 Jahren	18 bis 65 Jahre	ab 18 Jahren
Leitlinie	schneller Wirkeintritt		mittelschneller Wirkeintritt und länger anhaltende Wirkung	mittelschneller Wirkeintritt und länger anhaltende Wirkung	schneller Wirkeintritt
Festbetrag	nein	nein	ja	ja	ja
Einsatz empfohlen bei Übelkeit und Ebrechen	ja	ja	nein	nein	nein

Weitere Details entnehmen Sie bitte den jeweiligen Fachinformationen.

Bei der medikamentösen Therapie der Migräne werden zunächst in der Regel klassische nicht-steroidale Antirheumatika (ASS, Ibuprofen, Metamizol, Diclofenac, Paracetamol) eingesetzt, ggfs. ein Antiemetikum (Metoclopramid oder Domperidon) gegen die Übelkeit.[5] Wenn der Patient auf diese Medikamentation nicht anspricht, gelten Triptane heute als Standardtherapie in der Akutphase der Migräne.[5] Die einzelnen Wirkstoffe unterscheiden sich in ihrer Wirkpotenz,

oral				subkutan
Naratriptan	Frovatriptan	Eletriptan	Almotriptan	Sumatriptan
2,5 mg	2,5 mg	40 mg	12,5 mg	6 mg
5 mg	5 mg	80 mg	25 mg	12 mg
1 Stunde	2 bis 4 Stunden	30 Minuten	30 Minuten	10-15 Minuten
Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura	Migräne mit und ohne Aura, Clusterkopfschmerz
18 bis 65 Jahre	18 bis 65 Jahre	18 bis 65 Jahre	18 bis 65 Jahre	ab 18 Jahren
langsamer Wirkeintritt mit lang anhalternder Wirkdauer	langsamer Wirkeintritt mit lang anhalternder Wirkdauer	schneller Wirkeintritt	mittelschneller Wirkeintritt und länger anhaltende Wirkung	schneller Wirkeintritt
ja	ja	ja	ja	nein
nein	nein	nein	nein	ja

Quellen auf Seite 31

ihrer Wirkdauer und auch in der Geschwindigkeit des Wirkeintritts. Das ermöglicht eine Differentialtherapie der Migräne mit Triptanen entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Patienten.

Allerdings sprechen nicht alle Patienten auf jedes Triptan an. Bei ausbleibendem Therapieerfolg sollte der Arzt daher das Triptan wechseln, statt den Therapieversuch mit Triptanen vorschnell abzubrechen.[3] (Siehe auch Abbildung Attackentherapie auf Seite 26)

PRAXISTIPP
Möglichst keine Triptankombination

Verschiedene Triptane sollten während einer Attacke nicht miteinander kombiniert werden.

Einen besonders schnellen Wirkeintritt zeigen nasale und subkutane Darreichungsformen (vgl. Tabelle Seite 20-21).

Sie sind besonders vorteilhaft für Patienten, die unter starker Übelkeit und Erbrechen leiden und bei denen es dadurch zu einem Versagen der oralen Medikation kommt.

PRAXISTIPP
Nächtliche Migräne

Patienten, die häufig mit einer Migräne aufwachen, können mit einem oralen Triptan nicht ausreichend behandelt werden, da der Schmerz dann meist schon seinen Höhepunkt erreicht hat. Diese Patienten profitieren ebenfalls von einem nasal oder subkutan zu applizierenden Triptan mit sehr raschem Wirkeintritt.

zum Inhaltsverzeichnis

Bei der Verordnung eines Triptans sind einige Regeln zu beachten, über die der Patient aufgeklärt werden sollte.

Begleitend zur Behandlung mit einem Triptan sollten Patienten, die unter Übelkeit und/oder Erbrechen während der Migräne leiden, auch ein Antiemetikum erhalten. In Frage kommen Metoclopramid, Domperidon oder in der Selbstmedikation auch Dimenhydrinat.[3]

Das Triptan sollte auf die spezielle (Schmerz)-Situation des Patienten abgestimmt sein. Wenn der Patient mit Migräne aufwacht oder im Alltag/Beruf nicht ausfallen darf, benötigt er ein besonders schnell wirkendes Triptan. Treten Wiederkehrkopfschmerzen häufig auf, sollte ein langwirkendes Triptan gewählt werden. Wenn er unter Übelkeit und Erbrechen leidet und nichts bei sich behalten kann, eine schnelle Wirkung angestrebt wird oder er viel unterwegs ist, ist ein Nasenspray geeignet.

REGELN ZUR EINNAHME VON TRIPTANEN[5]

- Wichtig ist die frühzeitige Einnahme des Medikaments mit Beginn der Kopfschmerzen, allerdings erst nach Abklingen der Auraphase.
- Wirkt die erste Dosis eines Triptans nicht, ist es unwahrscheinlich, dass eine zweite Dosis während desselben Migräneanfalls von Nutzen ist.
- Es sollen nicht mehr als 2 Triptan-Dosen innerhalb von 24 Stunden eingenommen werden.
- Triptane sollten möglichst maximal an 3 Tagen hintereinander eingenommen werden.
- Eine Akutbehandlung sollte an weniger als 10 Tagen pro Monat eingesetzt werden.
- Bei starker Übelkeit und/oder Erbrechen stehen die nasalen und subkutanen Darreichungsformen zur Verfügung.

PRAXISTIPP
Kardiovaskuläre Begleiterkrankung

Bei Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung sollte der behandelnde Arzt vor der Verordnung eines Triptans den behandelnden Kardiologen, einen Neurologen oder Schmerztherapeuten hinzuziehen.

WAS TUN, WENN DIE TRIPTAN-THERAPIE NICHT WIRKT?

Bleibt der Therapieerfolg unter der Triptanbehandlung aus, kann der Arzt alternativ Novaminsulfon (1000 mg, 40 Tr.) als Ersatzmedikation verordnen. Allerdings muss er dann die Patienten über die potenzielle Nebenwirkung einer Agranulozytose aufklären. Eine weitere Alternative sind Diclofenac-Tropfen (50mg) oder Acetylsalicylsäure (ASS) in einer Dosierung von 1.000 mg. Opioide sind bei der Akuttherapie der Migräne nicht indiziert.

WAS TUN BEI WIEDERKEHR-KOPFSCHMERZ?

Kommt es zum Wiederkehr-Kopfschmerz, also zum Wiederauftreten der Migräne nach erfolgreicher Initialtherapie innerhalb einer Attacke (Attacke kann bis zu 3 Tage dauern!), so kann erneut mit einem Triptan behandelt werden. Kommt dies häufiger vor, kann das lang wirksame Analgetikum Naproxen zusätzlich mit dem Triptan zusammen eingesetzt werden.[3]

PRAXISTIPP
Wiederkehr-Kopfschmerz

Es ist ratsam, dem Patienten Dexamethason Tabletten als eine Art „Notfallmedikation" zur Anwendung bei Bedarf zu verordnen, damit er sich zum Beispiel bei einem Status migraensous über mehr als 3 Tage mit 100 mg selbst versorgen kann. Leitliniengerecht können ferner für eine solche Situation Diazepam 10 mg zur Nacht sowie Melperon 25-100 mg verordnet werden.

Akutmedikation zur Behandlung von Migräneattacken[3]

Therapie von Übelkeit/Erbrechen:

Metoclopramid
10 mg p.o./
ggf. supp.
oder
Domperidon
10 mg p.o.

Analgetika-Therapie:
- ASS 1000 mg (ASS 900 mg + MCP 10 mg) p.o.
- Ibuprofen 200 mg/400 mg/600 mg p.o.
- Metamizol 1000 mg p.o.
- Diclofenac-Kalium 50 mg/100 mg p.o.
- Kombinationsanalgetika: 2 Tabletten ASS 250 mg/265 mg + Paracetamol 200 mg/265 mg + Koffein 50 mg/65 mg

bei KI gegen NSAR:
Paracetamol
1000 mg
oder
Metamizol
1000 mg p.o.

Akutmedikation zur Behandlung von Migräneattacken

Triptan-Therapie:
Schneller Wirkeintritt:
- Sumatriptan 6 mg s.c.
- Eletriptan 20 mg/40 mg/80 mg p.o.
- Rizatriptan 5 mg/10 mg p.o.
- Zolmitriptan 5 mg nasal mittelschneller

Wirkeintritt & länger anhaltende Wirkung:
- Sumatriptan 50 mg/100 mg p.o.
- Zolmitriptan 2,5 mg/ 5 mg p.o.
- Almotriptan 12,5 mg p.o.

Langsamer Wirkeintritt mit lang anhaltender Wirkdauer:
- Naratriptan 2,5 mg p.o.
- Frovatriptan 2,5 mg p.o.

falls Monotherapie unzureichend:
Triptan + NSAR

Bei Wiederkehr-Kopfschmerz:
erneute Einnahme eines Triptans nach frühestens 2 Stunden oder initiale Kombinationstherapie Triptan + lang wirksame NSAR (z. B. Naproxen)

Notfall-Akutmedikation bei Migräneattacken

Metoclopramid
10 mg i.v.

Lysin-Acetylsa
licylat 1000 mg i.v.

oder

Sumatriptan 6 mg s.c.

WAS TUN BEI STATUS MIGRAENOSUS?

Beim **Status migraenosus**, also einer Migräne, die trotz Therapie länger als 3 Tage dauert, kann intravenös mit ASS 1000 mg plus einem Kortikoid (z. B. Prednisolon 100 mg oder Dexamethason 16 mg) behandelt werden.[3]

Bei vielen Betroffenen führt aber auch die selbständige Einnahme von Prednisolon 50 bis 100 mg als Tablette zu einer Besserung innerhalb einer akzeptablen Zeitspanne.

KANN ES EIN MEDIKAMENTEN-ÜBERGEBRAUCHS-KOPFSCHMERZ SEIN?

3-Fragen-Test MÜK[4]

1. Nehmen Sie an mehr als 10 Tagen pro Monat Medikamente zur Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen ein?
2. Treten Kopfschmerzen an mehr als 15 Tagen im Monat auf?
3. Nehmen die Kopfschmerzen in ihrer Häufigkeit zu?

Die „10-20-Regel" zum Vermeiden und Erkennen von Medikamenten-Übergebrauch-Kopfschmerz (MÜK)

10 Tage pro Monat maximal
Akutschmerzmittel und spezifische Migränemittel verwenden

20 Tage im Monat
sollten komplett frei von der Einnahme von Akutschmerzmitteln und spezifischen Migränemitteln sein

Um einen MÜK zu vermeiden ist die „10-20-Regel" hilfreich.

Besteht der Verdacht auf einen MÜK – und dafür sollte das Praxisteam durchaus sensibilisiert sein – sollte mit dem Patienten explizit eine Pause der Medikamenteneinnahme vereinbart werden.[8] Für diese Zeit kann der behandelnde Arzt ein Kortikoid (beginnend mit 100 mg/Tag und alle 3 Tage reduzieren um 20 mg) und/oder Amitryptilin zur Nacht verordnen.[8] Die Patienten sind in der Zeit der Medikamentenpause engmaschig zu führen und können zudem für diese Zeitspanne krankgeschrieben werden. Eine begleitende Physiotherapie kann hilfreich sein.[8] Außerdem bietet es sich an, parallel zur Medikamentenpause eine medikamentöse Migräneprophylaxe zu starten. Gegebenenfalls ist zudem die Vorstellung des Patienten bei einem Neurologen ratsam.[8] Häufig lässt sich eine Medikamentenpause nur im Rahmen einer multimodalen vollstationären Schmerztherapie erfolgreich durchführen.[8]

PRAXISTIPP
MÜK

Nutzen Sie bei Ihren Migränepatienten einen Kopfschmerzkalender um MÜK zu identifizieren.

MIGRÄNEPROPHYLAXE

Ist die Migräne mittels der Akuttherapie nicht befriedigend zu behandeln, so ist eine Migräneprophylaxe zu erwägen.

Gründe, eine medikamentöse Migräneprophylaxe zu empfehlen, sind[6]:

- **Hochfrequente Migräne:** Spätestens ab sechs Migränetagen im Monat, die zur Einnahme von Schmerzmitteln oder Triptanen führen, sollte der Patient eine Prophylaxe beginnen. Ziel ist es unter anderem durch eine Reduktion der Migränehäufigkeit zu verhindern, dass sich ein Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch entwickelt. Angestrebt wird bei einer episodischen Migräne eine Reduktion der Migränetage im Monat um 50 %, bei einer chronischen Migräne kann schon eine Reduktion der monatlichen Migränetage um 30 % als klinischer Erfolg angesehen werden.
- **Ineffektivität der Attackenmedikation:** Ziel der Prophylaxe wäre hier, nicht nur die Migränehäufigkeit zu senken, sondern insbesondere auch die Intensität der Attacken zu verringern.
- **Wiederholter Status migraenosus:** Hier zielt die Prophylaxe auf eine Verkürzung der Migräneattackendauer.
- **Ausgeprägte Migräneauren:** Da bereits aufgetretene Migräneauren anders als Migränekopfschmerzen und -begleitsymptome medikamentös kaum beeinflusst werden können, ist die Verhinderung des Auftretens die einzige Therapieoption. Dies gilt insbesondere für schwere und komplexe Auren, wie z. B. die Migräne mit Hirnstammaura.
- **Migränöser Hirninfarkt:** Ist es zu einem migränösem Hirninfarkt gekommen, ist die medikamentöse Migräneprophylaxe gleichzeitig Sekundärprophylaxe eines erneuten Hirninfarkts.

Für welche Medikation der Arzt sich bei der Prophylaxe entscheidet, hängt wesentlich von den Komorbiditäten des Patienten ab. Die medikamentösen Prophylaktika lassen sich in vier Klassen gruppieren (siehe Tabelle). Bei zwei der Klassen sind noch mögliche zusätzliche Therapieoptionen aufgeführt.

Substanzen zur medikamentösen Migräneprophylaxe

	Klasse	Option	Alternative Option
I	Freiverkäufliche Nahrungsergänzungsmittel	Magnesium Vitamin B2	Pestwurzextrakt
II	Rezeptpflichtige orale Migräneprophylaktika	Metoprolol, Propranolol Amitriptylin Flunarizin Topiramat	Bisoprolol Candesartan Opipramol Valproat Lamotrigin
III	Botulinumtoxin	Onabotulinumtoxin	-
IV	CGRP- und CGRP-Rezeptor-Antikörper	Erenumab Galcanezumab Fremanezumab	-

Für alle aufgeführten Substanzen wurde die Wirksamkeit in kontrollierten Studien nachgewiesen, wobei die Studienqualität sehr unterschiedlich ist. Generell gilt, dass die Studienlage umso aussagekräftiger ist, je jünger die Migräneprophylaktika sind. Dies gilt insbesondere für die neue Klasse der CGRP- (Calcitonin Gene-Related Peptide) und CGRP-Rezeptor-Antikörper. Dafür sind die älteren Therapieoptionen langjährig im klinischen Alltag bewährt.

REFERENZEN

1. Diener HC, Epidemiologie. In: Diener HC. Migräne Taschenatlas spezial, 2. Aflg. Georg Thieme Verlag; 2006; S. 4
2. Göbel H. Die Kopfschmerzen. Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie in der Praxis. 3. Aufl. 2012, 794 S.
3. Diener HC et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online http://dgschmerzmedizin.de/praxisleitlinien/kopfschmerz.html (Zugriff 6. Juni 2019)
4. Migräne-App der Schmerzklinik Kiel: http://schmerzklinik.de/die-migraene-app/ (Zugriff 6. Juni 2019)
5. Göbel H, Heinze A, DGS-PraxisLeitlinie, Primäre Kopfschmerzerkrankungen, 2015
6. Göbel H. Migräne: Diagnostik – Therapie – Prävention. Springer; Auflage: 2012
7. Göbel H et al., Schmerz 2019; 33:147–155
8. Infoflyer: DURCHFÜHRUNG DER MEDIKAMENTENPAUSE FÜR MIGRÄNE- UND SCHMERZMITTEL, Prof. Dr. H. Göbel, Schmerzklinik Kiel

Quellen zu Tabelle „Medikamentöse Therapie" (Seite 20/21)

Diener H.-C., Gaul C., Kropp P. et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien
Fachinformation Rizatriptan Glenmark 5 mg/10 mg Tabletten, Stand Dezember 2014
Fachinformation Almotriptan Heumann 12,5 mg Filmtabletten, Stand Oktober 2015
Fachinformation Sumatriptan-Hormosan 50 mg/100 mg Filmtabletten, Stand Februar 2018
Fachinformation Imigran® Nasal mite 10 mg Imigran® Nasal 20 mg, Stand Dezember 2014
Fachinformation Naratriptan Heumann bei Migräne 2,5 mg Filmtabletten, Stand April 2017
Fachinformation Allegro® 2,5 mg Filmtabletten, Stand Mai 2017
Fachinformation Relpax® 20 mg/40 mg Filmtabletten, Juni 2016
Fachinformation AscoTop® Nasal 5 mg /Dosis Nasenspray Lösung, Stand Oktober 2018
Fachinformation AscoTop® 2,5 mg/5 mg, Stand Oktober 2018
Fachinformation Sumatriptan-Hormosan® Inject 6 mg/0,5 ml Injektionslösung, Stand März 2018

zum Inhaltsverzeichnis

Dipl.-Med. Barbara Ehm
Volker Espenkott
Dr. Astrid Gendolla
Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Hartmut Göbel
Stefan Spieren MBA

GRÜNENTHAL

In Zusammenarbeit mit Grünenthal

66120266
M-ASC-DE-07-19-0009