

# DER ARZNEIMITTELBRIEF

Schriftleitung  
Dietrich von Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,  
Wolfgang Oelkers, Thomas Schneider,  
Jochen Schuler  
Mitarbeiterinnen  
Josefa Lehmknecht, Gisela Schott

Jahrgang 51  
Nr. 11  
Berlin  
November 2017



www.der-arzneimittelbrief.de

## Pharmakotherapie der Migräne bei Erwachsenen [CME]

**Zusammenfassung:** Kopfschmerz sollte nach den Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) differentialdiagnostisch abgeklärt werden. Migräne ist nach Spannungskopfschmerzen die häufigste Kopfschmerzdiagnose und auch ihr häufigstes neurologisches Symptom. Der Verlauf ist in der Regel episodisch, seltener chronisch. Bei der akuten Migräneattacke wirken nichtsteroidale Antirheumatika manchmal unzureichend, so dass ein Triptan erforderlich wird. Zur medikamentösen Prophylaxe der Migräne stehen mehrere Stoffe mit gleichwertiger Evidenz für ihre Wirksamkeit zur Verfügung (s. Tab. 1 und 2). Aus einer Migräne oder einem Spannungskopfschmerz kann sich ein Kopfschmerz durch zu häufigen Gebrauch von Medikamenten entwickeln, der durch Analgetikaentzug behandelt werden sollte.

**Einleitung:** Die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen (ICHD) teilt Kopfschmerzen in die großen Gruppen der primären und sekundären Kopfschmerzen ein und listet mehrere Dutzend verschiedener Kopfschmerzsyndrome auf (1). Mit Abstand am häufigsten sind zwei Diagnosen aus der Gruppe der primären Kopfschmerzen: Spannungskopfschmerz (Prävalenz: 60%) und Migräne (Prävalenz: etwa 15%; 2). Aus diesen beiden Kopfschmerzsyndromen kann sich (zusätzlich) ein Kopfschmerz durch zu häufigen Gebrauch von Medikamenten entwickeln. Eine zerebrale Bildgebung sollte bei atypischer Symptomatik und bei Auffälligkeiten in der neurologischen Untersuchung erfolgen. Zur Behandlung und Prophylaxe der Migräne können neben der Pharmakotherapie auch diverse nicht-medikamentöse Verfahren sinnvoll sein, zum Beispiel Entspannungstechniken, Ausdauertraining, Verhaltenstherapie, Umstellung der Ernährung und regelmäßige, ausreichende Schlafphasen (vgl. 31).

Die Pathomechanismen der Migräne sind nicht abschließend geklärt. Mehrere Neurotransmitter und Neuromodulatoren werden bei Attacken vermehrt ausgeschüttet und können auch nach Applikation Attacken auslösen (32), darunter Calcitonin gen-related peptide (CGRP; 33) und Pituitary adenylate cyclase-activating peptide (PACAP; 34).

**Diagnose der Migräne:** Die Diagnose stützt sich auf die Anamnese häufig halbseitiger und pulsierender Kopfschmerzen, die bei körperlicher Belastung zunehmen und typischerweise mit Übelkeit, Licht- und Geräuschempfindlichkeit assoziiert sind (1). Die Dauer der Episoden beträgt meist 4-72 Stunden. Bei etwa einem Drittel der Migränepatienten lässt sich eine Aura eruieren, die meist die Kopfschmerzphase einleitet. Die häufigste Aura ist das Flimmerskotom; es breitet sich langsam über das Gesichtsfeld aus und dauert

## Inhalt

Pharmakotherapie der Migräne bei Erwachsenen . . . . .	81
Ist bei Typ-2-Diabetikern ohne Insulintherapie die regelmäßige Selbstmessung des Blutzuckers hilfreich? . . . . .	84
Vorhofflimmern: Dauerhafte Antikoagulation nicht immer indiziert . . . . .	85
Vermutlich weniger hepatozelluläre Karzinome bei Patienten mit chronischer Hepatitis C nach erfolgreicher Behandlung mit direkt antiviralen Wirkstoffen . . . . .	86
Neue onkologische Arzneimittel: Verlängerung des Überlebens oder Verbesserung der Lebensqualität bei Zulassung in Europa häufig nicht belegt . . . . .	86
Leserbrief: Therapie mit oralen Antikoagulanzen bei Patienten mit Niereninsuffizienz . . . . .	87

Dosisangaben ohne Gewähr.

5-60 Minuten. Die *chronische Migräne* ist eine besonders schwere Variante mit Kopfschmerzen an mindestens 15 Tagen pro Monat über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten. An mindestens 8 Tagen muss der Kopfschmerz die Kriterien einer Migräne erfüllen oder auf eine Therapie mit Triptanen ansprechen (1). Die chronische Migräne entwickelt sich meist langsam aus einem episodischen Verlaufstyp; ein wichtiger Risikofaktor hierfür ist ein zu häufiger Gebrauch von Schmerzmitteln. Spannungskopfschmerz kann von Migräne abgegrenzt werden durch dumpf-drückende und bifrontale oder holozepale Kopfschmerzen meist geringerer Intensität sowie allenfalls sehr gering ausgeprägte Begleitsymptome (Übelkeit, Licht- und Geräuschempfindlichkeit).

**Medikamentöse Akuttherapie:** Prinzipiell gilt: Je früher ein Medikament bei einer Migräneattacke eingenommen wird, umso besser wirkt es.

**Analgetika und nichtsteroidale Antirheumatika:** Attacken leichter bis mäßiger Intensität können mit Azetylsalicylsäure (1.000 mg als Brausetablette), Paracetamol (1.000 mg als Tablette oder Suppositorium) oder einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAID; z.B. Ibuprofen 400 bis 600 mg als Tablette oder Suppositorium) behandelt werden. Analgetika, die zusätzlich Coffein enthalten, sind wirksamer als Monopräparate. Sie erhöhen aber vermutlich das Risiko eines sekundären Kopfschmerzes durch zu häufigen Gebrauch und sollten daher vermieden werden, wenn ein Monopräparat ausreichend wirkt. Die Zugabe von Metoclopramid zu einem Analgetikum bzw. NSAID ist wirksam gegen Übelkeit und Erbrechen (3). Häufige Fehler sind eine unzureichende Dosierung der Analgetika sowie eine orale Applikation bei Übelkeit und Erbrechen. Bei Erbrechen sollten Analgetika als Suppositorien eingenommen werden.

**Ergotamine:** Vor der Einführung der Triptane waren Ergotamine und Dihydroergotamin Mittel der Wahl bei starken