

Migräne – Akuttherapie und Prophylaxe

C. Meyer

Vor Beginn einer Migränetherapie braucht es ein *eingehendes Gespräch* nebst der obligaten physischen Untersuchung – auch am Kopf! Ein besonderes Augenmerk gilt der Frage, was bisher (auch von anderer Seite) verschrieben wurde oder welche Schmerzmedikamente sich die Patienten selber besorgt haben. Unnütze Medikamente sind abzusetzen! Ein Verlaufsprotokoll (Kopfwehkalender) ist immer nützlich; im Rahmen einer solchen *Einzelfallanalyse* können stets wichtige konkrete Hinweise über Ablauf der Kopfwehepisoden und die getroffenen Massnahmen gewonnen werden.

Das Ziel des *Kopfwehmanagements* ist nicht eine «Heilung», sondern eine Besserung und Integration des Kopfwehs in den normalen Alltag. Konkret heisst dies: weniger Kopfwehrtage pro Monat und geringere Schmerzintensität.

Therapie der akuten Migräneattacke

Für den Patienten gibt es nicht zwingend leichte, mittlere oder schwere Attacken. *Von Anfang an sollen Substanzen mit der grössten Wirkungserwartung verwendet werden.* Der Einsatz der Medikamente soll möglichst früh erfolgen, bevor die Gastrokinetik relevant eingeschränkt ist.

Es gibt Situationen, in denen *nichtsteroidale Antirheumatica NSAR* (gleich welcher Art) durchaus genügen. Der Migränepatient hat dies bestimmt schon selber ausprobiert und wird bei erfolgreicher Wirkung kaum den Arzt aufsuchen. Bringen die NSAR aber nicht den erwarteten Effekt, dann ist der nächste Schritt die Verordnung der *Triptane*. Gibt es Gründe dagegen, so ist an die Kombination Metoclopramid + Acetylsalicylat (*Migpriv*) zu denken

Folgende Triptane sind zurzeit auf dem Markt: Sumatriptan (*Imigran*), Naratriptan (*Naramig*) und Zolmitriptan (*Zomig*). Alle wirken spezifisch auf den Migränemechanismus ein, sie hemmen die sterile Entzündung an den Strukturen der basalen Hirngefässe und blockieren den Schmerzreiz am Übergang der Endungen des N. trigeminus auf die Gefässwand. Kontraindiziert sind die Triptane bei koronarer Herzkrankheit, Myokardinfarkt, Angina pectoris und unkontrollierter Hypertonie.

Korrespondenz:
Dr. med. Christian Meyer
Mellingerstrasse 1
CH-5400 Baden

Sumatriptan (Imigran)

- Positiver Einfluss nicht nur auf den Kopfschmerz, sondern auch auf Nausea, Erbrechen, Photophobie.
- Wirkungseintritt der Injektion 6 mg s.c. nach 10 Min., des Nasalsprays 20 mg nach 15 Min. und der Tablette 50 mg sowie Supp. 25 mg nach 30–60 Min.
- Wenn zu geringe Wirkung der Tablette: Dosis auf 100 mg erhöhen.
- Höchstdosis pro Attacke: oral 200 mg, s.c. 12 mg, nasal 20 mg, Supp. 50 mg,
- und/oder Kombination mit einem Antiemeticum;
- als Nebenwirkung Druck-, Wärme- und Schweregefühle, «chest pain» v.a. nach der Injektion.

Zolmitriptan (Zomig)

- Hat zusätzlich eine Affinität zum kaudalen Trigemuskern im Hirnstamm.
- Niedrigere Dosis als Sumatriptan, weil höhere Bioverfügbarkeit.
- Initiale Dosis 2,5 mg, wenn ungenügend 5 mg. Höchstdosis pro Attacke 10 mg.
- Wenig Nebenwirkungen.

Naratriptan (Naramig)

- Ebenfalls zentrale Affinität zum Nucleus caudalis n. trigemini.
- Initiale Dosis 2,5 mg, wenn ungenügend 5 mg. Höchstdosis pro Attacke 10 mg.
- Wirkungseintritt braucht etwas mehr Zeit, dafür längere Wirksamkeit. Der Einsatz in der Prodromalphase der Migräne wird diskutiert, einige Fakten sprechen dafür.
- Praktisch keine Nebenwirkungen.

Bei den *Ergotaminen* gibt es Gründe dafür und dagegen. Als positiv kann man die geringen Kosten erwähnen und die Tatsache, dass diese Substanz seit 80 Jahren in Gebrauch ist (früher auch mangels Alternativen). Auf der negativen Seite liegen die oft unangenehmen Nebenwirkungen, welche viel intensiver sind als bei den Triptanen (v.a. Nausea und Benommenheit) und die sehr viel stärkere Gefässaktivität (damit also auch das grössere Risiko). Ob es tatsächlich einen spezifischen Ergotamin-Kopfschmerz gibt, wie in der Literatur angegeben wird, konnte nie belegt werden.

Die Migräneattacke im ärztlichen Notfalldienst

Es kann sich dabei um Patienten handeln, die man erstmals sieht und deren Risikoprofil nicht bekannt ist; selbstverständlich müssen dabei die Kriterien eines gefährlichen Kopfwehs immer zuerst beachtet werden. Folgendes Schema lässt sich im Falle einer Migräne anwenden: zuerst Metoclopramid 10 mg i.v., dann Acetylsalicylat 1000 mg i.v. Bei ungenügendem Erfolg und eindeutiger Diagnose: Sumatriptan 6 mg s.c.

Prophylaxe der Migräne

Zur Langzeitprophylaxe sind immer auch nicht medikamentöse Massnahmen zu beachten (Schlaf-Wach-Rhythmus regulieren, tägliches leichtes Konditionstraining absolvieren, die Kriterien einer Angstproblematik erkennen und thematisieren).

Eine *medikamentöse* Prophylaxe wird etabliert bei mehr als 2 bis 3 Anfällen oder Episoden im Monat oder sehr schweren Attacken, die lange andauern. Beginn immer mit einschleichenden Dosen, der Behandlungserfolg ist oft erst nach 2 bis 3 Monaten beurteilbar. Bei Rezidiv innert 6 Monaten evtl. umstellen auf eine andere Substanz.

Die folgende (unvollständige) Aufzählung zeigt die in der Praxis am meisten gebrauchten Medikamente auf:

Beta-Rezeptorenblocker

- Ihre Wirkung in der Migräneprävention wurde zufällig entdeckt. Besonders geeignet sind sie bei ängstlichen und nervösen Menschen.
- *Propranolol* zu Beginn 20–40 mg, Enddosis 120–160 mg.
- *Metoprolol* 25–50 mg, Enddosis 150 mg.
- *Nadolol* 30–60 mg als Einmaldosis.

Flunarizin

- Vergleichbare Wirksamkeit wie die Betablocker.
- Nebenwirkungen (Gewichtszunahme!).
- 5 mg jeden 2. Abend können auch schon gut wirksam sein.

Verapamil

- Initial 40 mg, langsame Steigerung bis 360 mg.
- Beim Cluster-Kopfweg fast spezifisch: 360–720 mg.

Valproat

- Entscheid und Überwachung am besten durch den Neurologen.
- Nebenwirkungen beachten.
- Initial 300 mg, Endosen 600–1000 mg täglich.
- Andere Antikonvulsiva wie Gabapentin oder Lamotrigin sind in Diskussion.

Antidepressiva

- Wirkung begrenzt.
- Einschleichend und genügend hoch dosieren.
- Die «alten» Antidepressiva sind durchaus tauglich wie z.B. Nortriptylin oder Amitriptylin bis 150 mg täglich oder Clomipramin bis 150 mg.
- Über SSRI bei Migräne gibt es erst wenig Studien, weniger/fraglich wirksam (?).

Magnesium

- Bisher vorliegende Studienresultate sind kontrovers.
- Es braucht sicher hohe Tagesdosen von 600 mg.
- Dosis einschleichend erhöhen wegen Nebenwirkung (Durchfall).

Bei wem wirkt was?

Bei 30% der Patienten wirkt alles, egal was es ist (auch Plazebo). *Die Wirkungsdauer ist aber beschränkt.* Bei 60% wirken die wissenschaftlich erprobten Substanzen auch während langer Zeit, und bei 10% wirkt überhaupt nichts (die sogenannten «non-responder»).

Wovor sich Migränepatienten fürchten?

Es sei «etwas kaputt im Kopf», oder sie würden nächsten einen Hirnschlag erleiden. Es treten Zweifel an der Diagnose auf, «da der Heiler doch genau sagen konnte, woher alles kommt». Die ärztliche Kompetenz wird also in Frage gestellt.

Was Sie als Hausarzt immer tun müssen

Entlastung durch klare Information des Patienten über die Migräne als Krankheit. Schon eine optimale Akuttherapie beeinflusst den Gesamtverlauf des Leidens günstig. Behandlungsplan immer in Übereinstimmung mit den individuellen Aspekten (Leidensdruck, Ängste, Überzeugungen).