



# Patienten-Leitlinie des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und Der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

## Behandlung der Migräne

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

mit dieser Patienten-Leitlinie möchten wir – der Berufsverband und die wissenschaftliche Fachgesellschaft der deutschen Neurologen – Sie über die Behandlungsmöglichkeiten der Migräne informieren. Die Leitlinie richtet sich an Patienten mit dieser Erkrankung, an Angehörige und Freunde von Patienten und allgemein an alle, die besser verstehen möchten, wie Ärzte diese häufige Erkrankung behandeln.

Wir haben uns mit dieser Patienten-Leitlinie an der Leitlinie „Therapie der Migräne“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) orientiert. Sie ist auf der Internetseite der DGN abrufbar ([www.dgn.org](http://www.dgn.org)). Diese Leitlinie unterstützt Ärzte bei der Behandlung der Erkrankung. Daher legt auch diese Broschüre ihren Schwerpunkt auf die Behandlung der Migräne. Sie geht sowohl auf die Behandlung der akuten Schmerzanfälle bei der Migräne (Migräneattacke) als auch auf die Möglichkeit einer Vorbeugung der Migräneattacken (Migräne-Prophylaxe) ein. Dies ist mit Hilfe von Medikamenten (siehe medikamentöse Migräne-Prophylaxe) aber auch mit Hilfe anderer Methoden (siehe nicht-medikamentöse Migräne-Prophylaxe) möglich.

Die Patienten-Leitlinie enthält auch einen kurzen Abschnitt über die Diagnose der Migräne. Die Ursachen – sie sind weitgehend unbekannt – und die genauen Krankheitsmechanismen beschreiben wir jedoch in dieser Behandlungsleitlinie nicht. Die psychologischen Behandlungsmöglichkeiten werden nur kurz benannt. Auf eine vertiefte Darstellung wird bewusst verzichtet, da diese Behandlungen nicht von Neurologen durchgeführt werden. Auch die vielen Möglichkeiten, die Auslöser des Schmerzes („Trigger“) zu vermeiden, ist nicht Gegenstand der Leitlinie. Dies würde ebenfalls den Rahmen sprengen.

Noch kurz etwas zu uns: Der Berufsverband Deutscher Neurologen ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Neurologen, die in der Klinik oder in einer niedergelassenen Praxis arbeiten. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für das Fach Neurologie.

Grundlage dieser Patientenleitlinie ist die wissenschaftliche Leitlinie Migräne der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Federführend ist Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Neurologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45147 Essen. Diese wissenschaftliche Leitlinie wurde Ende 2004 freigegeben. Sie ist einsehbar unter der Internetadresse [www.dgn.org](http://www.dgn.org) im Bereich Leitlinien.

Diese Patienten-Leitlinie wurde im April 2007 in völliger redaktioneller Unabhängigkeit erstellt.

# Inhaltsverzeichnis

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

Inhaltsverzeichnis

Wie häufig ist die Migräne?

Wie äußert sich eine Migräne?

Welche Formen der Migräne gibt es?

Welche Untersuchungen führt der Arzt bei Patienten mit Migräne durch?

Wann handelt es sich bei einem Kopfschmerz möglicherweise nicht um eine Migräne?

Welche Ziele hat die Behandlung der Migräne?

Welche Medikamente sind bei der Therapie der Migräneattacke wirksam?

Welche Vorteile bieten die Triptane?

Welche Nachteile haben die Triptane?

Welche Nebenwirkungen können unter der Behandlung der Triptane auftreten?

Welches sind die Gegenanzeigen (Kontraindikationen) der Triptane?

Welche Unterschiede gibt es zwischen den einzelnen Triptanen?

Welche Vor- und Nachteile haben Mutterkornalkaloide?

Welche Nebenwirkungen können unter einer Behandlung mit Mutterkornalkaloiden auftreten?

Wann dürfen Mutterkornalkaloide nicht eingenommen werden?

Welche Vor- und Nachteile haben Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika)?

Welche Nebenwirkungen können unter der Behandlung mit Mitteln gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika) auftreten?

Wann dürfen Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika) nicht eingenommen werden?

Wann sind Schmerzmittel (Analgetika) sinnvoll?

Welche Nebenwirkungen können unter der Behandlung mit Analgetika (NSAID) auftreten?

Wann dürfen Analgetika (NSAID) nicht eingenommen werden?

Migräneprophylaxe

Wann ist eine vorbeugende Behandlung (Migräneprophylaxe) sinnvoll?

Welche Medikamente sind zur vorbeugenden Behandlung (Migräneprophylaxe) sinnvoll?

Was ist bei der Migräneprophylaxe mit Betablockern (Metoprolol, Propranolol) zu beachten?

Was ist bei der Migräneprophylaxe mit Kalziumantagonisten (Flunarizin) zu beachten?

Welche weiteren Medikamente zur Migräneprophylaxe (Mittel der zweiten Wahl) gibt es?

Welche Bedeutung haben pflanzliche Präparate?

Welche Alternativen zur medikamentösen Migräneprophylaxe gibt es?

Welche Therapien sind umstritten oder nachweislich unwirksam?

Adressen

Literatur

## Wie häufig ist die Migräne?

Die Migräne ist eine der häufigsten Kopfschmerzformen. An ihr leiden etwa 6-8 Prozent aller Männer und 12-14 Prozent aller Frauen. Mehr als 30 Prozent aller Frauen bekommen wenigstens einmal in ihrem Leben eine Migräneattacke.

Die Migräne tritt vor allem bei Erwachsenen auf, aber auch Kinder können daran erkranken. Vor der Pubertät beträgt die Häufigkeit der Migräne 4-5 Prozent. Jungen und Mädchen sind gleich häufig betroffen. Am häufigsten ist die Migräne in der Altersgruppe zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr. In dieser Lebensphase sind Frauen dreimal häufiger betroffen als Männer.

## Wie äußert sich eine Migräne?

Die Migräne ist eine spezielle Form eines Kopfschmerzes, der in unregelmäßigen Abständen wiederkehrt. Der Schmerz tritt anfallsartig auf. Man spricht von einer Migräneattacke. Eine Migräneattacke dauert zwischen 4 und 72 Stunden und lässt danach auch ohne Behandlung wieder nach. Bei Kindern und älteren Menschen sind die Migräneattacken häufig kürzer. Die Dauer der Migräneattacke ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von anderen Kopfschmerzformen und sollte deshalb dem Arzt genau angegeben werden.

Der Schmerz ist pulsierend, pochend oder stechend. Er tritt häufig an einer Kopfhälfte auf. Er kann sich später auf die andere Kopfseite ausdehnen. Etwa jeder dritte Patient hat Kopfschmerzen auf beiden Seiten. Wenn die Kopfschmerzen einseitig sind, können sie innerhalb einer Attacke oder von Attacke zu Attacke die Seite wechseln.

Der Kopfschmerz ist quälend. Er ist so heftig, dass viele Patienten ihren normalen Tagesablauf unterbrechen müssen. Hinzu kommt, dass jede körperliche Bewegung den Schmerz verschlimmert.

Neben dem Schmerz kommt es zur Appetitlosigkeit (fast immer), zu Übelkeit (80 Prozent), Erbrechen (40-50 Prozent), Lichtscheu (60 Prozent) und Lärmempfindlichkeit (50 Prozent) sowie zur Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Gerüchen (10 Prozent).

Die Migräneattacken wiederholen sich. Manche Menschen haben nur ein oder zweimal im Jahr eine Migräne. Andere leiden mehrmals im Monat bis fast täglich darunter.

## Welche Formen der Migräne gibt es?

Man unterscheidet zwei Formen der Migräne. Die „klassische“ Migräne mit einer Aura und eine Migräne ohne Aura. Die klassische Migräne mit Aura ist selten. Etwa 10 Prozent der Patienten leiden darunter.

Als „Aura“ werden Warnzeichen bezeichnet, die dem Kopfschmerz vorausgehen. Die Aura besteht häufig aus Sehstörungen, die sehr vielfältig sein können. Manche Patienten sehen Lichtblitze oder Farben – oder es kommt zu flimmernden Zickzack-Linien im Randbereich

des Sehens. Bei anderen Patienten kommt es zu blinden Flecken im Sehfeld, die sich langsam ausbreiten. Manche Patienten berichten über Schwäche, Taubheit oder ein Kribbeln im Gesicht, an der Hand oder an den Beinen. Es kann auch zu Störungen beim Sprechen kommen.

Ein Vorwarnzeichen entwickelt sich allmählich über einen Zeitraum von mehr als vier Minuten oder aber zwei Vorwarnzeichen treten nacheinander auf. Die Vorwarnzeichen dauern nicht länger als eine Stunde oder kürzer, wenn mehrere Zeichen vorhanden sind.

Die Aura dauert typischerweise etwa 15 bis 30 Minuten. Meistens setzt der Kopfschmerz erst nach dem Ende der Aura ein. Manchmal überlappen sich Aura und Kopfschmerz jedoch. Manchmal kommt es auch nur zu einer Aura ohne nachfolgenden Schmerz.

Alle Störungen der Aura sind nur vorübergehend. Sie hinterlassen niemals bleibende Schäden.

Es gibt auch Migräne-Formen ohne Aura. Sie sind häufiger als die Formen mit Aura. Migräne-Formen ohne Aura beginnen häufig langsamer als die Migräne mit Aura, sie dauern länger und beeinträchtigen die Patienten mehr als eine Migräne mit Aura.

Auch wenn eine Aura fehlt, berichten viele Patienten über Ahnungen. Dem Schmerz gehen dann Hochstimmungen oder das Gefühl einer besonderen Leistungsfähigkeit voraus. Andere entwickeln einen besonderen Appetit auf Süßigkeiten, oder sie sind schläfrig, ungewöhnlich durstig. Manche leiden unter einer vermehrten Gereiztheit oder unter depressiven Verstimmungen.

## **Wie stellt der Arzt die Diagnose einer Migräne?**

Die Diagnose einer Migräne wird ausschließlich aufgrund Ihrer Angaben als Patient gestellt. Deshalb ist es wichtig, dass Sie die Beschwerden so genau wie möglich schildern und schriftliche Aufzeichnungen mitbringen, soweit Sie über solche verfügen.

Dabei achtet der Arzt darauf, ob Ihre Angaben mit den Kriterien übereinstimmen, welche die International Headache Society 2003 aufgestellt hat.

Weitere Untersuchungen sind nur notwendig, wenn der Verdacht besteht, dass die Kopfschmerzen nicht von einer Migräne herrühren, sondern eine andere Ursache haben könnten. Ihr Arzt wird sie deshalb nach anderen Grunderkrankungen befragen. Wenn er einen begründeten Verdacht schöpft, wird er mit ihnen darüber sprechen und Ihnen die Gründe für weitergehende Untersuchungen – zum Beispiel eine Schichtaufnahme des Gehirns und des Schädels – nennen.

## **Wann handelt es sich bei einem Kopfschmerz möglicherweise nicht um eine Migräne?**

Nicht jeder Kopfschmerz ist eine Migräne. Viele Kopfschmerzen haben andere Ursachen. Manchmal zeigen Kopfschmerzen eine lebensbedrohliche Erkrankung an. Unter den folgenden Bedingungen sollten Sie sofort einen Notarzt rufen.

- Ein plötzlich einsetzender schwerer Kopfschmerz, der wie ein Donnerschlag einsetzt
- Ein schwerer Kopfschmerz, der auf beiden Seiten des Kopfes gleichzeitig bei körperlicher Anstrengung beginnt.
- Wenn Sie neben dem Kopfschmerz unter einem der folgenden Symptomen leiden: Fieber, Nackensteifigkeit, Hautausschlag, Verwirrtheit, Krämpfen, Doppelbilder oder Sprachstörungen
- Wenn der Kopfschmerz nach einem entzündeten Hals oder einer Atemwegsinfektion auftritt
- Wenn der Kopfschmerz nach einer Kopfverletzung auftritt, vor allem aber, wenn der Kopfschmerz sich dann langsam verschlimmert
- ein chronischer Kopfschmerz, der sich nach Husten, Anstrengungen, Anspannungen oder nach einer plötzlichen Bewegung verschlimmert.
- ein neu auftretender Kopfschmerz nach dem 55. Lebensjahr. Hierbei besteht das Risiko einer seltenen Erkrankung (Arteritis temporalis), welche unbehandelt zur Erblindung führen kann.

## **Welche Ziele hat die Behandlung der Migräne?**

Die Migränebehandlung verfolgt zwei unterschiedliche Ziele, die nicht verwechselt werden dürfen.

Erstes Ziel:

Behandlung (Therapie) von Migräneattacken. Dieses Ziel wird mit Medikamenten erreicht, welche den Kopfschmerz und die Begleitsymptome lindern, wenn es zu einer Migräneattacke gekommen ist. Diese Medikamente sollten nur während einer Migräneattacke eingenommen werden, dann aber so früh wie möglich.

Zweites Ziel:

Vorbeugung (Prophylaxe) von Migräneattacken. Dieses Ziel wird mit Medikamenten erreicht, die Sie regelmäßig einnehmen müssen, wenn Sie keine Migräneattacke haben. Diese Medikamente sollen die Häufigkeit von Migräneattacken vermindern.

## **Welche Medikamente sind bei der Therapie der Migräneattacke wirksam?**

Bei leichten Migräneattacken können Medikamente helfen, die Sie in der Apotheke ohne Rezept kaufen können. Dazu gehören Medikamente mit den Wirkstoffen Paracetamol, Ibuprofen oder Acetylsalicylsäure. Sie sollten aber mit Ihrem behandelnden Arzt absprechen, welche Medikamente Sie einnehmen. Denn: Auch können die in der Apotheke frei

erhältlichen Medikamente haben Nebenwirkungen – zum Beispiel können Acetylsalicylsäure und Ibuprofen die Magenschleimhaut schädigen. Bei vielen Patienten mit einer Migräne erweisen sich diese Arzneimittel auch als zu schwach. Der Arzt kann diesen Patienten stärkere und häufig auch verträglichere Medikamente verschreiben. Im Folgenden werden die Medikamente genannt, die sich bei schweren Migräneattacken bewährt haben. Ihre Wirksamkeit wurde in klinischen Studien getestet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie bei allen Patienten gleich wirken. Im Einzelfall kann es erforderlich werden, mehrere Medikamente auszuprobieren, bis das richtige gefunden wurde. Dies sollte jedoch immer nur unter der Aufsicht eines Arztes geschehen!

Die Wahl der Medikamente richtet sich auch nach der Art Ihrer Beschwerden. Wenn die Migräne mit schwerer Übelkeit einhergeht, können andere Medikamente sinnvoll sein als bei einer Migräne, die in erster Linie zu schweren Kopfschmerzen führt.

Wir, der Berufsverband Deutscher Neurologen, empfehlen grundsätzlich drei unterschiedliche Medikamente für die Anfallsprophylaxe

Erstens: „Triptane“

Diese Substanzen erkennen Sie daran, dass sie auf die beiden Silben „-triptan“ enden. (Gemeint ist die Bezeichnung für den Wirkstoff, der auf der Packung häufig klein gedruckt unter dem Produktnamen angegeben ist). Es gibt momentan in alphabetischer Reihenfolge die folgenden Triptane: Almotriptan, Eletriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan und Zolmitriptan. Es ist damit zu rechnen, dass weitere Triptane auf den Markt kommen.

Die Triptane wurden speziell für die Behandlung der Migräne entwickelt. Sie existieren seit 1993. Die Medikamente imitieren die Eigenschaften des körpereigenen Botenstoffes Serotonin, mit dessen Hilfe die Weite der Blutgefäße reguliert wird. Triptane besetzen die Bindungsstellen von Serotonin auf den Gefäßen. Das Ergebnis ist eine Verengung der Blutgefäße in den Hirnhäuten, was den Migräneanfall unterbricht.

Zweitens: Mutterkornalkaloide, auch „Ergotamine“ genannt.

Viele dieser Substanzen erkennen Sie daran, dass sie die Silbe „ergot“ enthalten (Gemeint ist die Bezeichnung für den Wirkstoff, der auf der Packung häufig klein gedruckt unter dem Produktnamen angegeben ist). Ergotamine sind ältere Medikamente, die früher bevorzugt eingesetzt wurden. Ihre Wirksamkeit ist aber nicht so gut untersucht wie die der Triptane, was nicht bedeutet, dass sie nicht wirksam sind. Es gibt nur nicht so viele klinische Studien dazu. Dies bedeutet, dass die Ärzte weniger über die Substanzen wissen. Ergotamine wirken, indem sie Blutgefäße im Gehirn und in der Kopfhaut verengen und so die Migräneattacke unterbrechen.

Drittens: „Antiemetika“

Das sind Medikamente gegen Übelkeit (lat. emesis). Sie enthalten die Wirkstoffe Metoclopramid oder Domperidon.

Viertens: So genannte „Nicht Steroidale Antirheumatika“ und andere Schmerzmittel (Analgetika)

Die Bezeichnung „Nicht Steroidale Antirheumatika“ deutet darauf hin, dass einige dieser Mittel auch in der Behandlung von entzündlichen Gelenkerkrankungen (zum Beispiel Rheuma) eingesetzt werden. Zu dieser Gruppe gehören unter anderem Medikamente mit den Wirkstoffen Ibuprofen, Diclofenac und Acetylsalicylsäure. Weitere Schmerzmittel – die

jedoch nicht zur Gruppe der Nicht-steroidalen Antirheumatika zählen – sind Paracetamol und Metamizol.

Fünftens: Was geschieht, wenn Sie die Migräneattacke nicht behandeln?

Auch dies ist möglich. Üblicherweise klingt eine Attacke nach bis zu 72 Stunden wieder ab. Weil diese Zeit jedoch sehr quälend ist, empfehlen wir, den Anfall mit einem Medikament zu unterbrechen.

## **Die Behandlung der Migräne mit Triptanen**

### ***Welche Vorteile bieten die Triptane?***

Die Triptane sind spezielle Migränemittel, deren Wirkung durch eine Vielzahl von Studien untersucht wurde. Das bedeutet nicht automatisch, dass die Medikamente besser als andere sind. Der Arzt kann aber bei seinem Einsatz auf einen großen Erfahrungsschatz aus den Studien zurückgreifen und sie oft zielgerichteter einsetzen.

In den Studien wurde auch auf die Nebenwirkungen geachtet. Der Arzt kann Sie deshalb besser darüber beraten, welche Nachteile die Behandlung für Sie haben könnte.

Schließlich gibt es Vergleichsstudien mit anderen Medikamenten. Diese Studien haben beispielsweise gezeigt, dass das Triptan Sumatriptan etwas besser wirksam war als Acetylsalicylsäure, aber auch mehr Nebenwirkungen hatte. Diese Studien haben auch gezeigt, dass die Triptane Sumatriptan und Eletriptan besser wirken als das Mutterkornalkaloid Ergotamin, um nur einige Beispiele zu nennen.

Triptane wirken im Gegensatz zu Ergotamin zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Attacke, das heißt, sie müssen nicht notwendigerweise unmittelbar zu Beginn der Attacke genommen werden. Allerdings hat sich gezeigt, dass sie besser wirken, wenn Patienten sie zu Beginn einer Migräneattacke einnehmen, solange der Kopfschmerz noch leicht oder mittelschwer ist. Das gilt allerdings nur, wenn die Patienten gut zwischen einem beginnenden Migräneanfall und „normalen“ Spannungskopfschmerzen unterscheiden können.

Noch ein Aspekt ist wichtig: Triptane wirken anders als Mutterkornalkaloide deutlich besser auf die typischen Begleiterscheinungen der Migräne – nämlich Übelkeit und Erbrechen (1,2).

### ***Welche Nachteile haben die Triptane?***

Triptane haben eine begrenzte Wirkdauer. Bei längeren Migräneattacken kann es deshalb nach einer beschwerdefreien Zwischenzeit erneut zu Kopfschmerzen und anderen Symptomen kommen. Dies ist bei etwa 15-40 Prozent der Patienten der Fall, die Triptane in Tablettenform eingenommen haben. Dieses Problem ist bei den Triptanen ausgeprägter als bei Ergotamintartrat oder bei Acetylsalicylsäure (4).

Triptane sind nicht immer wirksam. Ist die erste Gabe eines Triptans unwirksam, sollte in dieser Attacke kein zweiter Versuch unternommen werden. Sie sollten dann Ihren Arzt aufsuchen und mit ihm über eine Behandlungsalternative reden (4).

Triptane sollten früh, aber nicht zu früh eingenommen werden. Bei einer Migräne mit Aura dürfen sie erst eingenommen werden, wenn die Aura vorüber ist und der Kopfschmerz einsetzt. Im Gegensatz hierzu dürfen die Antiemetika bereits während der Aura eingenommen werden.

Die Triptane dürfen nicht zu häufig eingenommen (oder gespritzt werden). Es kann sonst zu einer Zunahme der Häufigkeit von Migräneattacken kommen oder schlimmstenfalls zu einem Dauerkopfschmerz kommen. Die Grenze liegt bei zwölf Tagen im Monat. Häufiger sollten Triptane nicht eingesetzt werden (1).

Einige Triptane können schwere Nebenwirkungen haben. Die Gefahr ist besonders hoch, wenn Gegenanzeigen nicht beachtet werden – diese Gegenanzeigen haben wir weiter unten im Abschnitt „Wann sollten Sie keine Triptane einnehmen?“ dargestellt.

### ***Welche Nebenwirkungen können unter der Behandlung mit Triptanen auftreten?***

Triptane werden von den meisten Patienten gut vertragen. Die Medikamente können jedoch eine Reihe von Nebenwirkungen auslösen, die Sie kennen sollten, wenn Sie ein derartiges Medikament einnehmen.

Diese Nebenwirkungen sind: Engegefühl im Bereich der Brust und des Halses, Missempfindungen (Parästhesien) an den Armen oder Beinen, Kältegefühl, Müdigkeit, Schwindel, Benommenheit. Hautveränderungen an der Einstichstelle bei Spritzen unter die Haut (subkutane Injektion).

### ***Wann sollten Sie keine Triptane einnehmen?***

Aus dem speziellen Wirkmechanismus der Triptane – der Engerstellung von Gefäßen – ergibt sich, wann diese Arzneimittel nicht eingesetzt werden sollten: Konkret dürfen die Triptane bei folgenden Krankheiten nicht eingesetzt werden:

Erhöhter Blutdruck (Hypertonie), verengte Herzkranzgefäße (koronare Herzerkrankung), Herzangina (Angina Pectoris), früherer Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Weißfinger-Weißzehenkrankheit (Morbus Raynaud), arterielle Verschlusskrankheit der Beine (zum Beispiel „Raucherbein“), nach einem Schlaganfall (mit vorübergehenden oder bleibenden Schäden), schwere Leber- oder Nierenschädigung, oder wenn auf eine andere Weise die Gefahr ausgedehnter Blutgefäßschädigungen besteht.

Die Triptane dürfen während Schwangerschaft und Stillzeit nicht eingenommen werden. Auch für Kinder sind sie nicht geeignet (1,2,4).

### ***Welche Unterschiede gibt es zwischen den einzelnen Triptanen?***

Triptane werden in Form von Tabletten, als Spitze unter die Haut (subkutane Injektion), als Zäpfchen und als Nasenspray angeboten. Hieraus ergeben sich Unterschiede bezüglich des Beginns der Wirkung und der Dauer der Wirkung. Die Einzelheiten hierzu wird Ihnen der Arzt erklären. Grundsätzlich setzt die Wirkung bei Tabletten langsamer ein als bei der Spritze. Sie werden aber häufig besser vertragen.

Andererseits gibt es Unterschiede, die sich aus der Chemie der einzelnen Triptane erklären. Manche Triptane sind schwächer wirksam als andere, haben aber dafür den Vorteil weniger Nebenwirkungen auszulösen. Auch der Wirkungseintritt ist von Triptane zu Triptan unterschiedlich. Manche wirken schneller als andere. Die Vielfalt der Triptane hat den Vorteil, dass der Arzt das beste Triptan für sich auswählen kann.

Wichtig für Sie ist: Aus der Dosis können sie nicht automatisch auf die Wirkung schließen. Ein Wirkstoff in der Dosis von 2,5mg kann genauso wirksam sein wie ein anderer Wirkstoff in der Dosis von 100 mg.

## **Die Behandlung der Migräne mit Mutterkornalkaloiden**

### ***Welche Vor- und Nachteile haben Mutterkornalkaloide?***

Mutterkornalkaloide wurden vor der Einführung der Triptane häufig eingesetzt. Leider gibt es nur wenige Studien zu diesen Mitteln. Dies bedeutet aber nicht, dass Mutterkornalkaloide ohne Wirkung sind.

Mutterkornalkaloide sind wahrscheinlich weniger wirksam als Triptane. In allen hochwertigen Untersuchungen, so genannte prospektive Studien, in denen Mutterkornalkaloide mit den Triptanen verglichen wurden, waren die Triptane den Mutterkornalkaloiden überlegen (8).

Die Mutterkornalkaloide haben jedoch den Vorteil, dass sie länger wirken. Präparate mit dem Wirkstoff Ergotamintartrat können deshalb bei sehr langen Migräneattacken den Triptanen überlegen sein. Dies gilt vor allem für die Fälle, in denen es nach Einnahme von Triptanen noch während der gleichen Migräne-Attacke zu erneuten Kopfschmerzen kommt. Dies sollten Sie Ihrem Arzt unbedingt mitteilen. Er wird Ihnen dann vermutlich vorschlagen, von einem Triptan auf ein Mutterkornalkaloid zu wechseln.

Mutterkornalkaloide dürfen nicht zu häufig eingenommen werden. Sonst kann es zu einem Dauerkopfschmerz kommen, der eine mögliche Nebenwirkung der Mutterkornalkaloide ist. Diese Kopfschmerzen sind nur schwer von der Migräneattacke zu unterscheiden. Es besteht die große Gefahr der Verwechslung. Sie denken, dass Sie an einer Migräneattacke leiden, während es in Wirklichkeit eine Nebenwirkung des Medikamentes ist.

Deshalb gilt der Grundsatz: Mutterkornalkaloide dürfen höchstens 10 bis 12 Mal pro Monat eingenommen werden – keinesfalls häufiger (3,8).

Es gibt zwei unterschiedliche Mutterkornalkaloide: Ergotamintartrat und Dihydroergotamin. Dies sind die Bezeichnungen für die Wirkstoffe, die häufig kleingedruckt auf der Packung stehen. Die Zahl der Präparate ist größer. Mehrere unterschiedliche Präparate können den gleichen Wirkstoff enthalten.

Ergotamintartrat gibt es als Tablette oder als Zäpfchen. Bei der Tablette kann es stark schwanken, wie viel der Körper von dem Wirkstoff aufnimmt (8) Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie empfiehlt deshalb Ergotamintartrat als Zäpfchen anzuwenden.

Dihydroergotamin gibt es als Tablette oder als Spritze unter die Haut (subkutane Injektion). Dihydroergotamin wird vom Darm schlecht aufgenommen. Es wird daher heute vor allem im Krankenhaus als subkutane Injektion eingesetzt.

Es gibt eine Reihe von Medikamenten, die neben einem Mutterkornalkaloid noch weitere Wirkstoffe enthalten. Dies kann zum Beispiel Koffein sein. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie rät von solchen Mischpräparaten ab.

### **Welche Nebenwirkungen können unter einer Behandlung mit Mutterkornalkaloiden auftreten?**

Mutterkornalkaloide werden von den meisten Patienten gut vertragen. Die Medikamente können jedoch eine Reihe von Nebenwirkungen auslösen, die Sie kennen sollten, wenn Sie ein derartiges Medikament einnehmen. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind (8):

- Erbrechen
- Übelkeit
- Kältegefühl
- Dauerkopfschmerz bei zu häufiger Einnahme

Bei einer Überdosierung kann es zu einer Vergiftungserscheinung kommen. Sie wird Ergotismus genannt. Es gibt eine akute Vergiftung (bei einmaliger Einnahme einer sehr großen Menge) und eine chronische Vergiftung (bei regelmäßiger Einnahme zu großer Mengen)

Die akute Vergiftung ist selten: Sie führt zu Kribbeln in den Gliedmaßen, Magen- und Darmstörungen, Kopfschmerz, Verwirrtheit bis hin zur Bewusstlosigkeit. Diese Erkrankung trat im Mittelalter häufig durch Befall des Getreides mit Mutterkorn auf und wurde St.-Antonius-Feuer genannt.

Eine chronische Vergiftung mit Mutterkornalkaloiden führt zu Durchblutungsstörungen in den Gliedmaßen, aber auch in inneren Organen.

### **Wann dürfen Mutterkornalkaloide nicht eingenommen werden?**

Die Mutterkornalkaloide dürfen aufgrund ihrer verengenden Wirkung auf Blutgefäße bei folgenden Krankheiten nicht eingesetzt werden:

Verengte Herzkranzgefäße (koronare Herzerkrankung), arterielle Verschlusskrankheit der Beine (zum Beispiel „Raucherbein“), Bluthochdruck (Hypertonie), Weißfinger- oder Weißzehenkrankheit (Morbus Raynaud), Gefahr ausgedehnter Blutgefäßschädigungen (multiple vaskuläre Risikofaktoren) (8).

Die Mutterkornalkaloide dürfen nicht während der Schwangerschaft oder der Stillzeit eingenommen werden. Für Kinder unter 12 Jahren sind sie ebenfalls nicht geeignet.

## **Die Verwendung von Antiemetika in der Migränebehandlung**

### ***Welche Vor- und Nachteile haben Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika)?***

Antiemetika sind immer sinnvoll, wenn es bei einer Migräneattacke zu Magendarmbeschwerden kommt. Sie lindern vor allem die Übelkeit. Es werden zwei Wirkstoffe eingesetzt: Metoclopramid oder Domperidon. Diese Mittel haben den Vorteil, dass sie die Magentätigkeit anregen. Bei der Migräne kommt es nämlich häufig zu einem Stillstand der Magenentleerung. Dies ist nicht nur Ursache der Übelkeit, sondern kann auch dazu führen, dass Medikamente in Tablettenform schlechter vom Körper aufgenommen werden. Dies gilt insbesondere, wenn es zum Erbrechen kommt. Antiemetika dürfen bereits während der Vorwarnphase der Migräne („Aura“) eingenommen werden. Es gilt der Grundsatz: Je früher, desto besser.

Metoclopramid gibt es als Zäpfchen, als Tablette, als Tropfen oder als Spritze in den Muskel (intramuskuläre Injektion) sowie als Spritze in die Vene (intravenöse Injektion) oder als Spritze unter die Haut (subkutane Injektion). Für die Selbstbehandlung bietet sich am ehesten ein Zäpfchen an.

Metoclopramid kann zu innerer Unruhe und zu Störungen der Bewegungskoordination führen (früh-dyskinetisches Syndrom). Sie sollten sich deshalb unbedingt an Ihren Arzt wenden, wenn Sie nach der Einnahme beispielsweise Muskelzittern oder Schluckstörungen verspüren.

Domperidon gibt es als Tablette. Es hat die gleichen Nebenwirkungen. Sie treten allerdings seltener auf.

### ***Wann dürfen Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika) nicht eingenommen werden?***

Metoclopramid darf nicht eingenommen werden bei bestimmten Bewegungsstörungen (Hyperkinesien), bei echtem Krampfleiden (Epilepsie) und bei einem seltenen Tumor, dem so genannten Prolaktinom.

Kinder unter 14 Jahre und Schwangere dürfen Metoclopramid ebenfalls nicht einnehmen.

Für Domperidon gelten die gleichen Gegenanzeigen. Die Altersgrenze bei Kindern liegt bei 10 Jahren. Jüngere dürfen es nicht einnehmen.

# **Die Verwendung von allgemeinen Schmerzmitteln bei der Migränebehandlung**

## ***Wann sind Schmerzmittel (Analgetika) sinnvoll?***

Acetylsalicylsäure (Aspirin®) war eines der ersten Kopfschmerzmittel. Später kamen eine Reihe von mehr oder weniger ähnlichen Substanzen hinzu. Sie werden als Nicht Steroidale Antirheumatika (abgekürzt NSAR oder nach der englischen Bezeichnung auch NSAID) zusammengefasst.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirkung dieser NSAID sind meistens älteren Datums und lassen deshalb Fragen offen. Dennoch gilt als sicher, dass die Mittel bei leichten und mittelgradigen Migränekopfschmerzen wirksam sind.

Um eine Wirkung zu erzielen, müssen die NSAID aber in relativ hoher Dosierung eingesetzt werden. Die optimale Dosis beträgt bei Acetylsalicylsäure und Paracetamol mindestens 1000 mg, bei Ibuprofen 400-600 mg und bei Diclofenac-K 50 bis 100 mg.

Wenn neben NSAID auch ein Antiemetikum eingenommen wird, ist Folgendes zu beachten: Erst sollten Sie das Antiemetikum einnehmen. Erst danach nehmen sie das NSAID, am besten in Form einer Brausetablette oder einer Kautablette. Durch die magenanregende Wirkung des Antiemetikums wird die Aufnahme des NSAID in Magen und Darm beschleunigt. Es wirkt dann schneller und besser.

Bei Paracetamol wird das Zäpfchen empfohlen. Vor allem bei Übelkeit ist es besser wirksam als eine Tablette.

## ***Welche Nebenwirkungen können unter der Behandlung mit Analgetika (NSAID) auftreten?***

Gerade bei der hohen Einnahmemenge (Dosis) kann es unter allen NSAID zu Magenschmerzen kommen. Bei Metamizol sind außerdem allergische Reaktionen und Veränderungen in der Zahl der Blutzellen möglich. Paracetamol kann im Extremfall bei sehr hoher Dosis zu Leberschädigungen führen.

## ***Wann dürfen Analgetika (NSAID) nicht eingenommen werden?***

Acetylsalicylsäure und die anderen NSAID dürfen nicht eingenommen werden von Patienten, die unter Magenbeschwerden, Asthma oder Blutungsneigung leiden. Die Mittel sind auch in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft verboten. Metamizol darf nicht bei einem Mangel an weißen Blutzellen eingesetzt werden. Patienten mit Leber- oder Nierenschäden dürfen kein Paracetamol nehmen.

# Die Vorbeugung von Migräneanfällen

## **Wann ist eine vorbeugende Behandlung (Migräneprophylaxe) sinnvoll?**

Wenn die Migräneattacken bei Ihnen häufiger auftreten, sollten Sie sich mit Ihrem Arzt über eine vorbeugende Behandlung unterhalten. Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten die Zahl der Migräneattacken zu senken. Es besteht selbstverständlich keine Pflicht zu dieser Behandlung. Letztlich bleibt es Ihnen überlassen, eine Migräneprophylaxe durchzuführen.

Eine solche Migräneprophylaxe ist sinnvoll,

- wenn die Anfallsbehandlung bei Ihnen zu keinen befriedigenden Ergebnissen geführt hat
- wenn Sie mehr als drei Migräneattacken pro Monat haben
- wenn Sie die Medikamente zur Behandlung der Migräneattacke schlecht oder gar nicht vertragen
- wenn die Zahl der Migräneattacken bei Ihnen zunimmt.
- wenn Sie an mehr als 10 Tagen im Monat Schmerz- oder Migränemittel einnehmen.
- wenn es bei Ihnen nach einer Migräne zu neurologischen Beschwerden kommt, die länger als sieben Tage andauern.

Dies sind alles Richtwerte. Wichtig ist, wie sehr Sie durch die Migräne in Ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Wenn Sie durch die Anfälle häufig krank geschrieben sind oder Ihrer Tätigkeit im Haushalt nicht nachgehen können oder wenn die Anfälle unerträglich sind, spricht dies für einen großzügigen Einsatz der Migräneprophylaxe. Andererseits sollten Sie immer bedenken, dass die eingesetzten Medikamente auch Nebenwirkungen haben. Ihr Arzt wird mit Ihnen die Vor- und Nachteile der Migräneprophylaxe in Ihrem Fall durchsprechen.

Das Ziel der Migräneprophylaxe ist, die Häufigkeit der Migräneattacken zu senken, die Beschwerden bei der Migräneattacke zu lindern und die Dauer der Migräneattacken zu verkürzen.

Die Migräneprophylaxe wird nicht alle Migräneattacken verhindern können. Ein realistisches Ziel ist eine Senkung von Anfallshäufigkeit, -intensität und -dauer um die Hälfte oder mehr.

Hierbei ist der Arzt auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Er wird Sie bitten, ein Kopfschmerztagebuch zu führen. Dort sollten Sie über vier Wochen jede Attacke und die Attacken-Medikation eintragen. Nur so lässt sich der Erfolg oder Misserfolg der Behandlung messen. Sie können das Tagebuch auch nutzen, um Situationen zu finden, die bei Ihnen Migräneattacken auslösen, so genannte Trigger. Die Meidung von Triggern ist eine mögliche Form der Selbstbehandlung, die hier aus Platzgründen nicht weiter ausgeführt wird.

Der Arzt beginnt die Migräneprophylaxe mit einem Medikament. Wenn es erfolgreich ist und Sie es vertragen, können Sie die Behandlung fortsetzen. Wenn das Medikament nicht zu einem Erfolg führt, wird der Arzt mit Ihnen nach den möglichen Gründen suchen und dann einen weiteren Versuch mit einem anderen Medikament durchführen.

## **Welche Medikamente sind zur vorbeugenden Behandlung (Migräneprophylaxe) sinnvoll?**

Zur Vorbeugung von Migräneattacken werden eine Vielzahl von Medikamenten angeboten. Doch nicht für alle ist die Wirksamkeit durch Studien ausreichend nachgewiesen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie unterscheidet zwischen „Mitteln der ersten Wahl“ und „Mitteln der zweiten Wahl“. Für die Einteilung war maßgeblich, ob die Wirksamkeit der Mittel ausreichend belegt ist. Dies schließt nicht aus, dass ein Mittel der zweiten Wahl nicht auch wirksam ist. Die Erfahrungen mit diesen Mitteln sind jedoch geringer und Ihr Arzt wird in der Regel ein Mittel der ersten Wahl vorziehen. In Ausnahmefällen kann er aber auch auf ein Mittel der zweiten Wahl zurückgreifen. Dies ist möglich, wenn ein Mittel der ersten Wahl nicht ausreichend wirkt oder wenn Sie das Mittel der ersten Wahl nicht vertragen oder wenn Gegenanzeigen bestehen. Als Patienten sollen Sie bei der Wahl mitentscheiden. Wenn Sie aufgrund eigener Informationen ein Mittel der zweiten Wahl vorziehen möchten, sollten Sie Ihren Arzt offen darauf ansprechen!

Die Mittel der ersten Wahl zur Migräneprophylaxe enthalten die Wirkstoffe Metoprolol, Propranolol, Topiramaten, Valproinsäure oder Flunarizin. Metoprolol und Propranolol sind eigentlich Mittel gegen einen zu hohen Blutdruck. Sie gehören zur Gruppe der Betablocker. Möglicherweise sind noch weitere Mittel dieser Gruppe wirksam. Solange dies jedoch nicht eindeutig belegt ist, sollten Sie nicht eingesetzt werden. Warum diese „Herzmittel“ einer Migräne vorbeugen können, ist nicht bekannt. Topiramaten und Valproinsäure sind eigentlich Medikamente gegen Krampfleiden (Anti-Epileptika). Aber auch bei der Migräne-Prophylaxe ist ihre Wirkung belegt (5).

## **Was ist bei der Migräneprophylaxe mit Betablockern (Metoprolol, Propranolol) zu beachten?**

Betablocker werden heute am häufigsten zur Migräneprophylaxe eingesetzt. An ihrer Wirksamkeit besteht nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und anderer Experten kein Zweifel (2). Das bedeutet aber nicht, dass sie bei allen Patienten wirken und dass alle Patienten unter der Behandlung beschwerdefrei sind, dass also keine Migräneattacken mehr auftreten. Für den Betablocker Propranolol ist eine Senkung der Migränehäufigkeit um etwa 44 Prozent nachgewiesen (2).

Die häufigsten Nebenwirkungen von Betablockern sind Müdigkeit und ein Abfall des Blutdrucks. Bei Patienten mit einem erhöhten Blutdruck kann dies ein erwünschter Nebeneffekt sein. Patienten mit einem niedrigen Blutdruck vertragen Betablocker aus diesem Grund jedoch manchmal nicht. Für Menschen mit bestimmten Herzerkrankungen sind Betablocker nicht geeignet. Eine absolute Gegenanzeige besteht bei einem so genannten AV-Block und Sick-Sinus-Syndrom (beides Störungen der Erregungsleitung im Herzen, die mit dem EKG festgestellt werden). Eine relative Gegenanzeige ist eine so genannte orthostatische Dysregulation. Dabei kommt es nach dem plötzlichen Aufstehen zu einem Blutdruckabfall, der zur Benommenheit oder auch zur Ohnmacht führt. Wenn Sie diese Störung schon einmal bei sich festgestellt haben, müssen Sie dies dem Arzt mitteilen. Er verschreibt Ihnen dann möglicherweise ein anderes Mittel zur Migräneprophylaxe.

Gelegentlich kommt es unter der Behandlung mit Betablockern auch zu Schlafstörungen und Schwindel. Selten kommt es zu einem Blutzuckerabfall (deshalb kann der Einsatz bei

Zuckerpatienten gefährlich sein.) Ebenfalls selten aber möglich sind ein so genannter Bronchospasmus. Das ist eine Verkrampfung der Atemwege, die zu einem Asthmaanfall führt. Das Asthmaleiden ist daher eine absolute Gegenanzeige gegen den Einsatz von Betablockern. Weitere seltene Nebenwirkung ist eine Verlangsamung des Herzschlags, Magendarmbeschwerden und Impotenz.

Eine weitere relative Gegenanzeige ist eine Depression. Auch hier sollten Betablocker nur mit Bedacht eingesetzt werden (2).

### ***Was ist bei der Migräneprophylaxe mit Topiramamat zu beachten?***

Topiramamat ist ein Wirkstoff, mit dem Ärzte Krampfanfälle behandeln können. Es ist aber auch bei der Migräne-Prophylaxe wirksam. Daher ist es der Wirkstoff als Medikament in zwei Versionen erschienen: Topamax® zur Behandlung der Krampfanfälle und Topamax Migräne® zur Migränebehandlung. Das Medikament wirkt auf Schaltstellen im Gehirn und im Rückenmark. Neurologen setzen es ein, wenn die Prophylaxe mit Betablockern nicht zum Erfolg geführt hat, Patienten die Betablocker nicht vertragen haben oder wegen anderer Erkrankungen keine Betablocker einnehmen dürfen.

Patienten, die für Ihre Migräne-Prophylaxe auf den Wirkstoff Topiramamat setzen, beginnen mit einer kleinen Dosis, die sie unter Anleitung des Arztes langsam steigern, bis sie die wirksame Therapiedosis erreichen.

Manche Patienten verlieren stark an Gewicht, wenn sie Topiramamat einnehmen. Dies kann manchmal die Umstellung auf ein anderes Präparat erforderlich machen. Auch wenn ausgerägte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen auftreten, muss Topiramamat abgesetzt werden.

### ***Was ist bei der Migräneprophylaxe mit Valproinsäure zu beachten?***

In letzter Zeit hat sich das Epilepsiemedikament Valproinsäure in der Vorbeugung von Migräneattacken bewährt. Es muss zu diesem Zweck in einer Dosis von 500 bis 600 mg pro Tag oder mehr eingenommen werden. Mit der Dosis steigt jedoch das Risiko von Nebenwirkungen. Häufig sind Müdigkeit, Schwindel und Tremor. Gelegentlich treten Hautausschläge, Haarausfälle und eine Gewichtszunahme auf. Selten kann es auch zu Leberfunktionsstörungen kommen. Aus diesem Grund sollten Patienten mit vorgeschädigter Leber niemals Valproinsäure einnehmen. Es besteht eine absolute Gegenanzeige. Denn bei diesen Patienten muss ebenfalls mit einer vorgeschädigten Leber gerechnet werden. Valproinsäure kann bei Ungeborenen schwere Fehlbildungen auslösen. Es darf deshalb niemals in der Schwangerschaft eingenommen werden (2).

### ***Was ist bei der Migräneprophylaxe mit Kalziumantagonisten (Flunarizin) zu beachten?***

Flunarizin ist ebenfalls ein wirksames Mittel zur Vorbeugung von Migräneattacken. Die häufigsten Nebenwirkungen von Flunarizin sind Müdigkeit und Gewichtszunahme. Gelegentlich treten Magen-Darm-Beschwerden und Depressionen auf. Selten sind Hyperkinesien (eine Störung mit unkontrollierbaren Bewegungen), ein Tremor (Zittern von Händen und Körper) und ein so genanntes Parkinsonoid. Damit werden Störungen bezeichnet, die denen eines Morbus Parkinson ähneln. Die Gefahr ist vor allem bei älteren Patienten erhöht. Aus den Nebenwirkungen lassen sich die Gegenanzeigen ableiten. Flunarizin sollte niemals (absolute Gegenanzeige) eingesetzt werden bei fokaler Dystonie (eine seltene neurologische Bewegungsstörung) und bei Depressionen. Verboten ist die Substanz auch in der Schwangerschaft und während der Stillzeit.

Eine relative Gegenanzeige besteht, wenn ein Morbus Parkinson in der Familie aufgetreten ist. Wenn Ihre Eltern oder Geschwister oder entferntere Verwandte an einem Morbus Parkinson leiden, sollten Sie dies Ihrem Arzt mitteilen. Er wird dann vermutlich ein anderes Medikament zur Migräneprophylaxe für Sie auswählen.

### ***Welche weiteren Medikamente zur Migräneprophylaxe (Mittel der zweiten Wahl) gibt es?***

Die Liste der Mittel der zweiten Wahl ist lang. Sie hier alle aufzuzählen, würden den Rahmen der Patientenleitlinie sprengen. Es gibt jedoch Fälle, in denen ein Mittel der zweiten Wahl sinnvoll sein kann.

Ein Beispiel sind Patienten, die neben einer Migräne noch an einem Spannungskopfschmerz oder an einer Depression leiden. Hier könnten Migräne und Begleiterkrankung beispielsweise mit Amitriptylin einem trizyklischen Antidepressivum (Mittel gegen Depressionen) behandelt werden. Amitriptylin ist zur Migräneprophylaxe wirksam, es hat aber viele Nebenwirkungen (Mundtrockenheit, Verstopfung, Gewichtszunahme). Deshalb wird es bei Migräne seltener eingesetzt.

Ein anderes Beispiel ist die zyklusgebundene Migräne (Attacken in Verbindung mit der Monatsblutung). Hier kann eine Prophylaxe mit dem NSAID Naproxen vier Tage vor bis drei Tage nach der Periode versucht werden. Manchmal lässt sich die zyklusgebundene Migräne auch mit einem Hormonpflaster bessern, welches das Hormon Östrogen enthält.

### ***Welche Bedeutung haben pflanzliche Präparate?***

Zu den Mitteln der zweiten Wahl zählt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie auch einige pflanzliche Wirkstoffe. So hat sich Pestwurz in Studien als wirksam erwiesen. Es war dort einer Scheinbehandlung (Plazebo) überlegen. Es gibt Hinweise, dass Tanacetum (Mutterkraut) ebenfalls wirksam ist. Dies wurde vor kurzem in einer großen wissenschaftlichen Studie untersucht.

## **Welche Alternativen zur medikamentösen Migräneprophylaxe gibt es?**

Medikamente sind eine, aber nicht die einzige Möglichkeit zur Minderung der Anfallshäufigkeit bei der Migräne. Auch regelmäßiger Sport kann die Häufigkeit von Migräneattacken senken. Wissenschaftlich belegt ist dies für Ausdauersportarten wie Schwimmen, Joggen oder Fahrradfahren.

Außerdem existiert eine Reihe von psychologischen Therapien, die ebenfalls wirksam sind. Diese nicht-medikamentösen Therapien können auch ergänzend („komplementär“) zur medikamentösen Migräneprophylaxe eingesetzt werden. Es ist deshalb eigentlich nicht richtig, von einer alternativen Behandlung zu reden. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie empfiehlt eine „komplementäre“ Psycho-Therapie für alle Patienten mit mehr als drei Migräneattacken pro Monat.

Die Psycho-Therapie wird in der Regel von einem Psychologen/Psychiater durchgeführt, der am besten entscheiden kann, welche Behandlung für Sie die richtige ist. In der Regel wird dieser heute eine so genannte Verhaltenstherapie vorschlagen. Die wichtigsten Methoden der Psycho-Therapie sind heute das „thermale Finger-Biofeedback“ (tBFB) und die „Progressive Muskelrelaxation“ (PMR). Ein weiteres Verfahren ist die „Kognitive Behaviorale Therapie“ (KBT). Es würde hier zu weit führen diese Verfahren zu beschreiben. Sie fallen außerdem nicht in den Aufgabenbereich des Neurologen.

Wichtig ist aber: Einige Studien belegen, dass beide Verfahren sich verstärken. So können die tBFB und die PMR für sich die Häufigkeit von Migräneattacken um jeweils etwa ein Drittel senken. tBFB und PMR zusammen kommen auf eine Reduktion der Migränehäufigkeit um bis zu 50 Prozent. Zusammen mit einer medikamentösen Behandlung mit Propanolol (also tBFB plus PMR plus Beablocker) kann die Häufigkeit sogar um bis zu 70 Prozent gesenkt werden. Auch die KBT ist mit anderen Methoden kombinierbar. Bei allen Methoden ist jedoch zu bedenken, dass auch ein Scheinmedikament (Plazebo) die Anfallshäufigkeit bei der Migräne um 14 bis 30 Prozent senken kann. Wie häufig eine Migräne auftritt, ist in hohem Maße von psychologischen Faktoren abhängig.

Die Psycho-Therapien werden insbesondere bei Kindern eingesetzt, bei denen aus vielerlei Gründen ungern eine Dauergabe von Medikamenten durchgeführt wird.

## **Welche Therapien sind umstritten oder nachweislich unwirksam?**

Es ist verständlich, dass Menschen, die häufig unter einer Migräne leiden, verschiedene Methoden ausprobieren. Doch viele dieser Methoden sind entweder wissenschaftlich nicht untersucht oder aber sie sind nachgewiesenermaßen unwirksam. Die Deutsche Gesellschaft Neurologie rät von den folgenden Behandlungen ab, die sie für unwirksam hält:

Medikamente mit den Wirkstoffen Bromocriptin, Carbamazepin, Diphenylhydantoin Primidon, alle harntreibenden Mittel (Diuretika), Clonidin, Östrogene und Gestagene, Lithium, Neuroleptika, Proxibarbal und neue Mittel gegen Depressionen (so genannte „selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer“).

Von den nicht-medikamentösen Verfahren sind ohne Wirkung oder ohne wissenschaftlichen Beleg das autogene Training, die chiropraktische Therapie, Manualtherapie, Zahnextraktion,

Aufbissschienen, Frischzell-Therapie, lokale Injektionen in den Nacken oder die Kopfhaut, Neuraltherapie, Reizströme, Magnetströme, Psychophonie, Neuraltherapie, Ozontherapie, Tonsillektomie, Fußreflexmassage, Sanierung vermeintlicher Pilzinfektionen des Darmes, Entfernung von Amalgamfüllungen und die klassische Psychoanalyse.

Folgende bei Kindern eingesetzte Verfahren sind nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ebenfalls ohne nachgewiesene Wirkung: Akupunktur, Homöopathie, Hypnose, Sauerstofftherapie, Gebisskorrekturen und Diäten.

## Adressen

Deutsche Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft e.V.  
Generalsekretär:  
Dr. Arne May  
Neurologische Universitätsklinik  
Universitätsstr. 84  
93053 Regensburg  
Tel. 0941-941 30 70  
Fax: 0941-941 6 30 70  
<http://www.dmkg.de/>

Migräne Aura  
Dr. rer. nat. Markus A. Dahlem  
Leibniz Institut für Neurobiologie  
Brenneckestr. 6  
D-39118 Magdeburg  
Tel. 0391 6263 651  
<http://www.migraene-aura.de/>

Stiftung Kopfschmerz  
Dr. med. J. - P. Jansen  
Schönhauser Allee 172a  
10405 Berlin  
<http://www.stiftung-kopfschmerz.de>

## Literatur

1. Diener HC, editor. Drug treatment of migraine and other headaches. Basel: Karger; 2000.
2. Diener HC, Brune K, Gerber WD, Pfaffenrath V, Straube A. Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe. Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Akt Neurologie. 2000;27:273-282.
3. Diener HC, Limmroth V. Advances in pharmacological treatment of migraine. Expert Opin Invest Drugs 2001;10:1831-1845.
4. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet. 2001;358:1668-1675.

5. Goadsby PB, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine: current understanding and management. *N Engl J Med.* 2002;346:257-270.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia.* 1988;8(Suppl.7):1-93.
7. Silberstein SD, for the US Headache Consortium. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quay Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2000;55:754-763.
8. Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Dahlöf C, Pascual J, Lainez M, Henry P, Diener HC, Schoenen J, Ferrari MD, Goadsby PJ. Ergotamine in the acute treatment of migraine. A review and European consensus. *Brain.* 2000;123:9-18.