



CME
2014 • 11 (3): 53–60
DOI 10.1007/s11298-014-0009-y
© Springer-Verlag 2014



FIN: CJ1403Yh
gültig bis 13.04.2014

Unter Verwendung der Fortbildungs-Identifikations-Nummer (FIN) können Sie für einen begrenzten Zeitraum die Fortbildung kostenfrei nutzen.

Gehen Sie hierzu auf springermedizin.de/eAkademie und geben Sie die FIN in die Suchmaske ein. Sie gelangen direkt zum gewünschten e.CME-Beitrag.

Dieser Beitrag ist eine aktualisierte und neu bearbeitete Fassung des Beitrags: Wilhelm H, Mythos Migräne, Ophthalmologie 2012, 109:297–307; DOI 10.1007/s00347-012-2553-8.

H. Wilhelm

Department für Augenheilkunde, Bereich Neuroophthalmologie, Augenklinik, Universität Tübingen, Tübingen

Migräne-Mythen aufgedeckt!

22 häufig kursierende Irrtümer und Halbwahrheiten

Zusammenfassung

Die Migräne ist eine sehr häufige Erkrankung, der Leidensdruck der Betroffenen wird oft unterschätzt. Die Diagnose lässt sich mit einer gezielten Anamnese und klinischen Untersuchung stellen. Entscheidend ist die Abgrenzung von anderen Kopfschmerzformen. In der Praxis wird die Migräne zum einen häufig nicht erkannt, zum anderen werden viele unnötige apparative Untersuchungen angefordert. Die Therapieplanung muss gemeinsam mit dem Patienten erfolgen. Eine Heilung ist zwar nicht möglich, aber die Beschwerden können durch Verhaltensmaßnahmen und Medikamente deutlich gelindert werden. Besonders problematisch sind die unzähligen Mythen und Halbwahrheiten zur Migräne, die unter Patienten und Ärzten kursieren.

Schlüsselwörter

Kopfschmerz – Migräne – Aura – Triptane – Analgetika – Anfallsprophylaxe

Lernziele

Nach der Lektüre dieses CME-Artikels

- kennen Sie die häufigsten Mythen zur Migräne.
- können Sie Migränepatienten besser beraten.
- können Sie eine gezieltere Migränediagnose und -therapie durchführen.

Einleitung

Migräne ist eine Volkskrankheit. Mehr als die Hälfte der von Migräne Betroffenen leidet nur unter gelegentlichen Attacken, hier konzentriert sich die Behandlung auf die Akuttherapie. Bei einem kleineren Teil der Betroffenen treten die leidet Kopfschmerzen jedoch sehr häufig, z. T. chronisch (d. h. mehr als 15 Tage pro Monat) auf. Diese Patienten sind in ihrer Lebensqualität deutlich eingeschränkt, bei ihnen verursachen migränebedingte Arbeitsausfälle hohe Kosten.

Sowohl Außenstehende als auch Ärzte unterschätzen die Erkrankung oft.

Viele Patienten bleiben ohne korrekte Diagnose und ohne adäquate Therapie. Zudem kursieren zahlreiche Mythen über die Migräne, u. a. diese:

- Migräne ist eine Frauenkrankheit.
- Migräne ist selten, meist sind Nackenverspannungen das Problem.
- Migränepatienten gehen zum Neurologen.
- Migräneanfälle dauern 1–2 h.
- Migräneanfälle dauern Tage.
- Migräne ist immer halbseitig.
- Migräneanfälle kommen aus heiterem Himmel.
- Migräneanfälle kündigen sich durch die Aura an.
- Aura ist immer halbseitig.
- Eine MRT ist bei Aura ohne Migräne unverzichtbar.
- Eine MRT ist bei Migräne unverzichtbar.
- Migräne wird eindeutig diagnostiziert.
- Migräne wird vom Neurologen behandelt.
- Bei Migräneattacken sollte mit der Therapie abgewartet werden.
- Bei Migräne helfen nur Tabletten.
- Bei Migräne gibt es keine sicheren Medikamente für Kinder und Schwangere.
- Triptane haben zu viele Nebenwirkungen.
- Triptane sind immer rezeptpflichtig.
- Migräneprophylaxe brauchen nur wenige.
- Die ophthalmoplegische Migräne ist eine Form der Basilarismigräne.
- Der Pathomechanismus der Migräne ist genau bekannt/völlig unbekannt.
- Migränepatienten sind nicht kränker als der Durchschnitt.

Mythos 1: Migräne ist eine Frauenkrankheit

Es stimmt, dass Migräne häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert wird. Zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr haben dreimal mehr Frauen als Männer Migräneattacken. Vor der Pubertät sind Jungen und Mädchen allerdings noch gleich häufig betroffen. In jedem Fall leiden aber auch viele Männer an

Migräne, da die Prävalenz mit 10–15 % sehr hoch ist. Migräne ist eine Volkskrankheit, keine Frauenkrankheit.

Mythos 2: Migräne ist selten, meist sind Nackenverspannungen das Problem

Mehr als jeder Zehnte, der diesen Artikel liest, leidet an Migräne. Vermutlich sind es sogar mehr, da die Dunkelziffer hoch sein könnte. Viele Patienten halten Kopfschmerzen für zu trivial, um einen Arzt aufzusuchen. Andererseits wird selbst bei einem Arztbesuch nicht immer die richtige Diagnose gestellt.

Kopfschmerzen werden insgesamt häufig bagatellisiert und als „Befindlichkeitsstörung“ abgetan. Als Ursache der Beschwerden wird fast reflexartig ein verspannter Nacken oder ein Halswirbelsyndrom vermutet. Zervikogene Kopfschmerzen sind jedoch eher selten. Umgekehrt schmerzt während einer Migräneattacke häufig auch der Nackenbereich.

Mythos 3: Migränepatienten gehen zum Neurologen

Die meisten Patienten mit Kopfschmerzen wenden sich primär an den Hausarzt. Viele suchen aber auch Vertreter anderer Fachrichtungen auf, wie z. B. Neurologen, Orthopäden oder Augenärzte. Nach einer Umfrage haben Augenärzte monatlich etwa 50 Patienten, die wegen Kopfschmerzen kommen [1]. Häufig werden Refraktionsfehler beschuldigt, die Kopfschmerzen zu verursachen. Die Beschwerden verbessern sich aber nur selten durch eine neue Brille. Selbst die wenigen Erfolgsfälle könnten auf einem Placeboeffekt beruhen.

Mythos 4: Migräneanfälle dauern 1–2 h

Migräneanfälle dauern unbehandelt in der Regel 4–72 h [2]. Wenn die Kopfschmerzen schneller vorbei sind, sollte die Diagnose kritisch überdacht werden. Clusterkopfschmerzen dauern typischerweise 15 min bis 3 h. Sie sind meist heftiger als Migränekopfschmerzen und treten streng einseitig auf. Häufig ist das Auge gerötet und tränt, die Nase läuft [3]. Männer sind häufiger als Frauen betroffen.

Mythos 5: Migräneanfälle dauern Tage

Wenn ein stark beeinträchtigender Migräneanfall länger als 3 Tage andauert, gilt er als Status migranosus. Häufig ist er Folge einer unzureichenden Akuttherapie und einer fehlenden Prophylaxe.

Bei leichteren Dauerkopfschmerzen sollte differenzialdiagnostisch ein chronischer Spannungskopfschmerz ausgeschlossen werden. Noch nicht geklärt ist, ob die chronische arterielle Hypertonie mit Werten > 180/110 mmHg zur Chronifizierung einer vorbestehenden Kopfschmerzkrankung beitragen kann.

Mythos 6: Migräne ist immer halbseitig

Die Migräne tritt in etwa zwei Drittel der Fälle einseitig auf – was gleichzeitig bedeutet, dass sie in ei-

Viele Migränepatienten bleiben ohne korrekte Diagnose und ohne adäquate Therapie

Dauert ein stark beeinträchtigender Migräneanfall länger als 3 Tage, gilt er als Status migranosus

nem Drittel der Fälle generalisiert ist. Die Schmerzen sind typischerweise frontotemporal und periorbital lokalisiert. Der Schmerzcharakter selbst ist ganz unterschiedlich. Die typischen pulsierenden, pochenden und hämmernden Kopfschmerzen treten meist nur bei starker Migräne auf. Häufig sind die Schmerzen eher dumpf und drückend.

Im Gegensatz zum Spannungskopfschmerz bessern sich die Schmerzen nicht bei körperlicher Belastung, sondern nehmen sogar zu.

Während des Anfalls sind die Betroffenen meist licht- und lärmempfindlich. Fast alle Patienten leiden unter Übelkeit, viele müssen sich erbrechen.

Mythos 7: Migräneanfälle kommen aus heiterem Himmel

Migräneanfälle kündigen sich bei vielen Patienten durch Vorboten bzw. typische Symptome an. Die ersten Hinweise können sich schon 2 Tage vor der Attacke bemerkbar machen, andere treten erst 1–2 h davor auf.

Die Liste der möglichen Vorboten ist lang. Manche Patienten fühlen sich kreativ, angetrieben bis rastlos, teils auch in Hochstimmung. Andere sind müde, gereizt und depressiv. Zu den häufigsten Symptomen gehört eine generelle Überempfindlichkeit, gefolgt von Nackenverspannungen und Konzentrationsproblemen. Ein typisches Vorsymptom ist auch heftiges Gähnen. Sowohl Appetitlosigkeit als auch Heißhunger kommen vor. Diese Vorboten dürfen nicht mit der Aura verwechselt werden.

Mythos 8: Migräneanfälle kündigen sich durch die Aura an

Es gibt 2 Hauptformen der Migräne: Migräne mit Aura und Migräne ohne Aura (Tab. 1). Die Migräne mit Aura wird u. a. auch klassische Migräne, ophthalmische Migräne oder Migraine accompagnée genannt. Diese Begriffe sind allerdings überholt. Nur etwa ein Drittel der Patienten hat diese Form der Migräne, bei den meisten tritt keine Aura auf.

Der Begriff Aura beschreibt eine Reihe neurologischer Symptome, die dem Kopfschmerz unmittelbar vorausgehen. Dazu gehören Seh-, Sprach- und Sensibilitätsstörungen. In einigen Fällen können auch motorische Störungen auftreten. Die Symptome entstehen meist innerhalb weniger Minuten, verändern sich aber in den folgenden 10–60 min.

Am häufigsten treten visuelle Auren auf, in der Regel in Form eines Flimmerskotoms Abb. 1. Auf die Patienten wirkt die Sehstörung zunächst wie nach einem Blick in die Sonne oder in grelles Licht. Es beginnt in der Mitte, neben dem Fixationsort. Von dort breitet sich eine gebogene Zickzackfigur aus, die nach außen wandert. Diese Wanderung wird nach peripher hin immer schneller. Im Zentrum entsteht gleichzeitig ein Skotom. Das zentrale Skotom wiederum bildet sich zurück, wenn das Flimmern das periphere Gesichtsfeld erreicht. Ursache des Flimmerskotoms ist eine Störung, die

Tab. 1 Definition der Migräne. International Headache Society (IHS) 2013 (Nach [4])

Migräne ohne Aura

A	Mindestens 5 Attacken, die B–D erfüllen
B	Kopfschmerzattacken dauern (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4–72 h
C	Mindestens 2 der folgenden Charakteristika: 1. Einseitige Lokalisation 2. Pulsierender Charakter 3. Mäßige bis schwere Intensität 4. Verstärkung durch körperliche Routinetätigkeit
D	Mindestens 1 der folgenden Begleitsymptome: 1. Übelkeit und/oder Erbrechen 2. Licht- und Lärmempfindlichkeit
E	Nicht auf andere Erkrankung zurückzuführen

Nicht auf andere Erkrankung zurückzuführen

A	Mindestens 2 Attacken, die B erfüllen
B	Mindestens 1 der folgenden vollständig reversiblen Aurasymptome: 1. Visuell 2. Sensorisch 3. Sprache 4. Motorisch 5. Hirnstamm 6. Retinal
C	Mindestens 2 der folgenden Charakteristika: 1. Mindestens 1 Aurasymptom entwickelt sich über ≥ 5 min und/oder mindestens 2 Symptome treten nacheinander auf 2. Jedes Aurasymptom dauert 5–60 min 3. Mindestens 1 Aurasymptom ist einseitig 4. Die Aura wird begleitet oder gefolgt von Kopfschmerzen innerhalb 60 min
D	Nicht auf andere Erkrankung zurückzuführen

mit gleichbleibender Geschwindigkeit von hinten nach vorne über den Okzipitallappen wandert. Da fast 50 % der Sehrinde die inneren 10° des Gesichtsfelds repräsentieren, erklärt sich dadurch die Beschleunigung der Wanderbewegung.

Typisch ist die langsame Ausbreitung der Aurasymptome, das Zunehmen des Flimmerskotoms oder des Gesichtsfelddefekts. Diese Ausbreitung der Symptome lässt die Unterscheidung zum Schlaganfall oder zur Amaurosis fugax zu, hier wirken die Symptome wie „ein- oder ausgeschaltet“.

Mythos 9: Aura ist immer halbseitig

Aura ist meistens, aber nicht immer halbseitig. Beidseitig tritt sie bei der Basilarismigräne auf. Die Symptome erinnern an einen Infarkt im Stromgebiet der A. basilaris: starker Schwindel, Ataxie, beidseitige Paresen, Parästhesien, Sprach-, Hör- und Sehstörungen sowie Bewusstseinsstörungen. Im schlimmsten Fall entwickelt sich ein Locked-in-Syndrom, bei dem nur noch vertikale Blickbewegungen möglich sind. Nach spätestens 60 min geht die Symptomatik vorbei. Die Patienten sind meist jung. Eine Basilarismigräne ist selbst bei detaillierter Anamnese und strenger Anwendung der Diagnosekriterien nur selten zu diagnostizieren. Schwindel als alleiniges Symptom reicht nicht für die Diagnose einer Basilarismigräne aus. In der neuen Klassifikation der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (ICHD III) wird die Basilarismigräne als Migräne mit Hirnstamm-Aurasymptomen bezeichnet.

Am häufigsten treten visuelle Auren in Form von Flimmerskotomen auf



1 Aura mit Flimmerskotom.

Mythos 10: Eine MRT ist bei Aura ohne Migräne unverzichtbar

In den meisten Fällen ist keine bildgebende Diagnostik nötig. Gerade bei Patienten > 50 Jahre kommt es vor, dass die typischen Migränekopfschmerzen abnehmen, während die Aura bleibt. Aber auch Jüngere können eine Aura ohne nachfolgende Kopfschmerzen erleben.

Wenn allerdings die Aura erstmalig bei einem Patienten > 40 Jahre auftritt, ist eine bildgebende Diagnostik indiziert. Empfohlen wird in erster Linie eine kraniale Magnetresonanztomographie (cMRT).

Mythos 11: Eine MRT ist bei Migräne unverzichtbar

Generell gilt, dass beim Leitsymptom Kopfschmerz die Anamnese und klinische Untersuchung im Vordergrund stehen.

Typisch für Migräne ist der pochende Kopfschmerz mit Übelkeit, bei dem sich der Betroffene am liebsten zurückziehen und hinlegen würde. Körperliche Anstrengung verschlimmert die Beschwerden. Diese Symptome schildern die Patienten häufig nicht von selbst, zumindest nicht vollständig. Daher muss der Arzt aktiv nachfragen.

Die klinische Untersuchung sollte sich an den Leitlinien zur Diagnostik bei Kopfschmerzen orientieren. Sie umfasst [5]

- den neurologischen Status,
- Trigeminus-Austrittspunkte, Bulbusdruck- und Bewegungsschmerz,
- HWS-Beweglichkeit, Druckschmerz der perikraniellen Muskulatur,
- Klopf- und Druckschmerz der Kalotte,
- Schmerzen bei Kieferöffnung,
- Beurteilung der Schleimhäute, Zahnstatus, Kieferokklusion,
- Tasten der A. temporalis superficialis sowie
- Blutdruckmessung.

Die verschiedenen Kopfschmerzformen sollten spezifisch diagnostiziert werden

Typisch für Migräne ist der pochende Kopfschmerz mit Übelkeit

Mit der medikamentösen Therapie sollte so früh wie möglich begonnen werden

Tab. 2 Indikationen zur Magnetresonananztherapie bei Migräne

erstmaliges Auftreten nach dem 40. Lebensjahr
Attackenhäufung
begleitendes Fieber ohne grippalen Infekt
neurologische Auffälligkeiten
Krampfanfälle
Persönlichkeitsveränderungen
strenge Einseitigkeit
persistierende Ausfälle

Eine weiterführende Diagnostik ist nur dann indiziert, wenn anamnestisch oder klinisch der Verdacht auf einen sekundären Kopfschmerz besteht. Dies gilt aber auch, wenn die Migräne erstmalig bei einem Patienten > 40 Jahre auftritt (Tab. 2).

Mythos 12: Migräne wird eindeutig diagnostiziert

Die Diagnose ist besonders schwierig, wenn die Patienten mehrere Kopfschmerzformen gleichzeitig haben, z. B. Migräne und Spannungskopfschmerz. Dies kommt sehr häufig vor. Oft können die Patienten ihre Beschwerden auch nicht eindeutig schildern. Hilfreich ist hier ein Kopfschmerzkalender.

Die verschiedenen Formen sollten spezifisch diagnostiziert werden, da sonst keine spezifische (und wirksame) Therapie möglich ist (Tab. 3, Tab. 4).

Die meisten primären Kopfschmerzkrankungen können bereits durch eine strukturierte Anamnese eingeordnet werden. Der relativ häufige Clusterkopfschmerz ist z. B. durch heftige Schmerzattacken charakterisiert, bei denen der Patient teilweise mit dem Kopf gegen die Wände schlägt und ziellos durch die Wohnung läuft. Im Gegensatz dazu vermeiden Migränepatienten jede körperliche Anstrengung.

Mythos 13: Migräne sollte nur vom Neurologen behandelt werden

Migränepatienten wenden sich an Ärzte fast aller Fachrichtungen, am häufigsten an den Hausarzt. Auch der Augenarzt kann zum ersten Ansprechpartner werden, vor allem wenn Sehstörungen im Vordergrund stehen. Deshalb sollte jeder Arzt über die Migränebehandlung Bescheid wissen und zumindest in der Lage sein, eine typische Attacke zu behandeln.

In jedem Fall muss die Therapie zusammen mit dem Patienten geplant werden. Die Fokussierung auf Medikamente greift zu kurz. Stattdessen sind in der Regel auch Verhaltensänderungen nötig. Dazu muss der Patient eingehend aufgeklärt und beraten werden.

Mythos 14: Bei Migräneattacken sollte mit der Therapie abgewartet werden

Dies ist in jedem Fall falsch. Mit der medikamentösen Therapie sollte so früh wie möglich begonnen werden. Triptane sollten bereits dann eingenommen werden, wenn die Kopfschmerzen noch leicht sind [6]. Bei Migräne mit Aura können die Medikamente

Tab. 3 Differenzialdiagnose: anfallsartige primäre Kopfschmerzen

	Migräne	Clusterkopfschmerz	Paroxysmale Hemikranie	SUNCT-Syndrom	Trigeminusneuralgie
Typisches Alter (Beginn)	10–20 Jahre	30–40 Jahre	Etwa 30 Jahre	Etwa 50 Jahre	> 65 Jahre
Geschlechtspräferenz	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Prävalenz	> 10%	etwa 0,1%	< 0,1%	< 0,01%	< 0,05%
Schmerzintensität	stark	extrem stark	sehr stark	extrem stark	extrem stark
Attackendauer	1–3 Tage	15–180 min	10–20 min	15–120 s	wenige Sekunden
Lateralität	wechselt	in der Regel einseitig	streng einseitig	einseitig	meist 2. oder 3. Trigeminusast
Attacken	1/Tag	1–8/Tag	5–40/Tag	Bis 200/Tag	bis 100/Tag
Augentränen, Augenrötung	kaum	typisch	kommt vor	typisch	selten
Verhalten	Ruhe	unruhig	Ruhe	–	–
Typische Therapie	Triptan p.o. NSAR	Triptan s.c. O ₂	Indometacin	Lamotrigin Gabapentin	Carbamazepin

SUNCT „short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing“, **NSAR** Nichtsteroidale Antirheumatika.

auch schon beim Einsetzen der Aura genommen werden. Die Dosis muss dabei von Beginn an ausreichend sein, ein Titrieren ist sinnlos.

Bei einer akuten Migräneattacke können zunächst Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Ibuprofen oder Diclofenac eingenommen werden. Falls diese Analgetika nicht ausreichend wirken, sind Triptane das Mittel der ersten Wahl. Das Triptan kann zusammen mit einem lang wirksamen Analgetikum gegeben werden, diese Kombination ist der jeweiligen Monotherapie überlegen [2].

Allerdings sollte initial die Übelkeit behandelt werden. Viele Patienten erbrechen sonst nach der Einnahme des Analgetikums, sodass die Wirksubstanzen nicht aufgenommen werden (Tab. 5). Mittel der Wahl sind Metoclopramid und Domperidon [7] [8]. Nach etwa 10 min kann dann das Schmerzmittel eingenommen werden. Falls der Patient dennoch erbricht, kann auf Suppositorien oder ggf. auch i.v.-Präparate ausgewichen werden.

Analgetikakombinationen sind zu vermeiden, wobei ein Coffeinzusatz offenbar wirksam ist. Opioide sollten bei Migräne nicht gegeben werden.

Mythos 15: Bei Migräne helfen nur Tabletten

Medikamente sind nur ein Teil des Behandlungskonzepts. Der Patient muss lernen, Auslöser zu vermeiden, die Anfallsbereitschaft zu senken und Migräneattacken adäquat zu behandeln. Viele Patienten kennen die Konstellationen, die einem Migräneanfall vorausgehen. Häufig treten die Attacken z. B. bei nachlassendem Stress am Wochenende auf.

Daher werden allen Patienten vor allem ein möglichst gleichmäßiger Tagesablauf und ausreichend Schlaf empfohlen. Auch regelmäßige Mahlzeiten und ausreichende Flüssigkeitszufuhr sind sinnvoll, ebenso körperliche Bewegung und Ausdauersport.

Medikamente helfen, allerdings gibt es bei den klinischen Studien ein systematisches Problem: Die Erfolgsrate von Placebo ist hoch [9]. Oft ist die Schmerzlinderung bei > 30 % der Probanden in der Placebogruppe ebenso gut wie die in der Interventionsgruppe.

Tab. 4 Differenzialdiagnose: Migräne/Spannungskopfschmerz

	Migräne	Spannungskopfschmerz
Übelkeit	ja	nein
Licht-, Lärmempfindlichkeit	ja	nein
Schmerzlokalisierung	2 Drittel halbseitig	holozephal
Schmerzcharakter	stechend, hämmernd, bohrend	drückend
Körperliche Anstrengung	verschlechtert	bessert
Triptane	helfen (fast immer)	wirkungslos

Einen Placeboeffekt gibt es sicher auch bei den unzähligen alternativen Therapieangeboten. Für keines davon konnte bisher eine eindeutige, bedeutsame Wirkung nachgewiesen werden. Dies gilt auch für die sog. Migränechirurgie, bei der z. B. der M. corrugator durchtrennt wird. Die Akupunktur wirkt zur Anfallsprophylaxe, allerdings nicht besser als die Scheinakupunktur. Die Leistung wird daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Lindernd wirken im Anfall oft kühlende Umschläge, Pfefferminzöl und vor allem Entspannungsübungen. Dennoch gilt weiterhin, dass möglichst frühzeitig Medikamente eingenommen werden sollten [2][8].

Mythos 16: Bei Migräne gibt es keine sicheren Medikamente für Kinder und Schwangere

Es stimmt, dass die medikamentöse Behandlung während der Schwangerschaft so weit wie möglich vermieden werden sollte. Allerdings treten Anfälle während dieser Zeit oft deutlich seltener und schwächer auf.

Paracetamol ist in allen Phasen der Schwangerschaft und Stillzeit das Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der akuten Migräneattacke. Die Risiken von Paracetamol werden immer wieder untersucht. Zuletzt wies eine Studie aus Kanada und Norwegen darauf hin, dass die längere Einnahme während der Schwangerschaft die Kindesentwicklung beeinflussen könnte [10]. Allerdings können auch andere Faktoren dafür verantwortlich sein.

Acetylsalicylsäure (ASS), Ibuprofen, Diclofenac und Naproxen sind im 2. Trimenon ebenfalls zuläs-

Wichtig sind ein möglichst gleichmäßiger Tagesablauf und ausreichend Schlaf

Für die Akutbehandlung bei Kindern empfiehlt die Leitlinie Ibuprofen oder Paracetamol

Tab. 5 Akuttherapie der Migräne

Nichtmedikamentöse Maßnahmen	
– Auslöser identifizieren und vermeiden	
– regelmäßiger Lebensablauf	
– Eisbeutel und Ruhe im Anfall	
– Pfefferminzöl	
– Entspannungstechniken	
– Ausdauersport	
Akuttherapie 1. Wahl	
Antiemetikum	
– Metoclopramid 10–20 mg p.o. (20 mg Supp., 10 mg parenteral)	
– Domperidon 20–30 mg, 10 min danach	
Analgetikum	
– ASS 1000 mg	
– ASS-Lysinat 1000 mg i.v.	
– Ibuprofen 200–600 mg	
– Naproxen 500–1000 mg	
– Diclofenac 50–100 mg	
– Metamizol 500–1000 mg	
– Paracetamol 1000 mg	
– ASS + Paracetamol + Coffein 500 + 200 + 50 mg	
Akuttherapie 2. Wahl	
Triptan	
– Sumatriptan 50–100 mg p.o., 6 mg s.c., 25 mg rektal, 20 mg als Nasenspray	
– Zolmitriptan 2,5 mg p.o.	
– Eletriptan 20–40 mg p.o.	
– Almotriptan 12,5 mg p.o. (rezeptfrei in Deutschland)	
– Naratriptan 2,5 mg p.o. (rezeptfrei in Deutschland)	
– Rizatriptan 5–10 mg	
– Frovatriptan 2,5 mg (längste Plasmahalbwertszeit)	
ASS Acetylsalicylsäure.	

Triptane sind die wirksamsten Substanzen in der Akuttherapie

sig. Im 1. Trimenon sind sie nur als Mittel der zweiten Wahl zur gelegentlichen Anwendung, z. B. bei Versagen von Paracetamol, ebenfalls vertretbar. Naproxen sollte nur beim Versagen von Paracetamol und den anderen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) zur Anwendung kommen. Im 3. Trimenon sollte auf die Einnahme von NSAR möglichst verzichtet werden.

In der Stillzeit ist Ibuprofen (neben Paracetamol) Mittel der ersten Wahl.

Die Einnahme von Sumatriptan ist im 2. und 3. Trimenon unter strenger Indikationsstellung (d. h. anders nicht behandelbare Attacken mit starken Schmerzen und Begleitsymptomen) vertretbar. In der Stillzeit wird eine 8-stündige Stillpause nach der Einnahme empfohlen.

Dimenhydrinat ist das Antiemetikum der ersten Wahl zur Behandlung von migräneassoziiertes Übelkeit in der Schwangerschaft und Stillzeit. Metoclopramid ist als Reservemittel (zweite Wahl) ebenfalls in beiden Phasen akzeptabel.

Niedrigpotente Opioide, die aufgrund der mangelnden Evidenzlage zur Wirksamkeit üblicherweise keinen Stellenwert in der Behandlung der Migräne haben, stellen ein sicheres Reservemedikament der dritten Wahl in der Schwangerschaft dar [11].

Schmerzmittel und Triptane können durch einen Übergebrauch selbst Kopfschmerzen verursachen

Für die Akutbehandlung bei Kindern empfiehlt die Leitlinie Ibuprofen oder Paracetamol. Kinder > 12 Jahre können auch ASS einnehmen.

Mythos 17: Triptane haben zu viele Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen der Triptane sind überschaubar, wenn die Kontraindikationen beachtet werden. Bei Patienten mit schweren koronaren Durchblutungsstörungen und unbehandelter Hypertonie dürfen sie nicht eingesetzt werden [8][12]. Vorsicht ist auch geboten, wenn gleichzeitig selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eingenommen werden. Die Wirkungsverstärkung kann eine Serotonin-Intoxikation auslösen. Tatsächlich kommt aber ein Serotoninsyndrom in der klinischen Praxis durch die Einnahme von Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und Triptanen in üblichen Dosierungen so gut wie nicht vor.

Die Triptane haben sich in der klinischen Anwendung sehr gut bewährt.

Es sind die wirksamsten Substanzen in der Akuttherapie. Wenn einfache Analgetika nicht helfen, sollten zügig Triptane verordnet werden.

Vermutlich werden die Triptane vielen Patienten hierzulande unnötigerweise vorenthalten, möglicherweise auch aus Kostengründen. Mittlerweile stehen aber zahlreiche Triptane als Generika zur Verfügung und sind im Preis erheblich gesunken. Ein – allerdings von der Pharmaindustrie finanziertes – Gutachten besagt, dass nur 30 % der Kassenpatienten mit Migräne leitlinienkonform behandelt werden [13].

Mythos 18: Triptane sind immer rezeptpflichtig

Falsch, die Triptane Naratriptan und Almotriptan sind rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Die geplante Änderung der Rezeptpflicht für Sumatriptan und Zolmitriptan wurde dagegen im November 2013 vom Bundesrat abgelehnt.

Mythos 19: Migräneprophylaxe brauchen nur wenige

Über die Migräneprophylaxe muss individuell entschieden werden. Dabei wird berücksichtigt, wie schwer die Anfälle sind, wie gut die Medikamente vertragen werden, wie groß der Bedarf an Analgetika ist und welche Begleitkrankheiten vorliegen [2][7][8]. Es ist z. B. sinnvoll, bei gleichzeitiger Hypertonie einen geeigneten β -Blocker zu verordnen, da dieser sich auch für die Migräneprophylaxe eignet. Propranolol und Metoprolol sind ohnehin die Mittel der ersten Wahl, neben Flunarizin, Valproinsäure und Topiramaten. Auch Botulinumtoxin ist prophylaktisch wirksam, der Einsatz ist auf die chronische Migräne (mehr als 15 Kopfschmerztagen im Monat) beschränkt.

Schmerzmittel und Triptane müssen vermieden werden, da sie selbst durch einen Übergebrauch Kopfschmerzen verursachen können.

Empfohlen wird die Migräneprophylaxe üblicherweise bei [2]

- besonderem Leidensdruck und eingeschränkter Lebensqualität,
- ≥ 3 stark beeinträchtigenden Migräneattacken pro Monat,
- regelmäßig > 72 h dauernden Migräneattacken,
- therapieresistenten Migräneattacken,
- Kontraindikationen für Triptane und/oder intolerablen Nebenwirkungen der Akuttherapie,
- zunehmender Frequenz der Migräneattacken,
- Einnahme von Analgetika oder Migränemedikamenten an > 10 Tagen pro Monat,
- komplizierten Migräneattacken mit beeinträchtigenden und/oder lang anhaltenden Auren,
- Zustand nach migränösem Infarkt bei Ausschluss anderer Infarkttursachen.

Mythos 20: Die ophthalmoplegische Migräne ist eine Form der Basilarismigräne

Dies ist falsch. Es ist sogar unklar, ob die ophthalmoplegische Migräne überhaupt eine Form der Migräne ist [14]. Die Patienten haben migräneartige, lang anhaltende Kopfschmerzen. Gleichzeitig sind Augenmuskeln gelähmt. In der Regel ist der N. oculomotorius betroffen, gelegentlich der N. abducens, selten der N. trochlearis. Die Ursache ist noch unklar, diskutiert werden u. a. eine granulomatöse Entzündung oder eine demyelinisierende Neuropathie.

Mythos 21: Der Pathomechanismus der Migräne ist genau bekannt/völlig unbekannt

Die Wahrheit liegt dazwischen. Es gibt verschiedene Theorien zur Pathophysiologie und teils widersprüchliche Forschungsergebnisse. Eine genetische Komponente gilt als sehr wahrscheinlich. Eher überholt ist die Theorie der primär vaskulären Genese. Dagegen wird vermutet, dass die Übererregbarkeit und neurogene Entzündung eine wichtige Rolle spielen.

Mythos 22: Migränepatienten sind nicht kränker als der Durchschnitt

Bei Migränepatienten mit Aura ist das Risiko für einen Schlaganfall erhöht [15]. Sie haben auch häufiger ein offenes Foramen ovale und einen Mitralklappenprolaps [16]. Warum das so ist, bleibt unklar. In jedem Fall sollten die Patienten weitere Risikofaktoren vermeiden, vor allem sollten sie nicht rauchen.

Häufiger als im Durchschnitt treten auch Depressionen, Angststörungen, Colon irritabile, Asthma bronchiale und Übergewicht auf [7][12]. Ob es eine Assoziation zwischen Offenwinkelglaukom und Migräne gibt, ist unklar [14][17][18]. Sicher ist, dass das Glaukomrisiko allenfalls gering erhöht ist.

Eine meist im höheren Alter bei Migränepatienten auftretende Variante ist die vestibuläre Migräne, die sich in sehr unangenehmen lange anhaltenden Schwindelzuständen äußert, die zeitweilig von Migräneanfällen begleitet werden. Die Behandlung ist symptomatisch.

Fazit für die Praxis

- Die Migräne ist eine Volkskrankheit. Die Lebensqualität der Betroffenen ist oft erheblich beeinträchtigt. Die Erkrankung wird sowohl von Außenstehenden als auch von Ärzten oft unterschätzt.
- Die meisten Patienten mit Kopfschmerzen wenden sich primär an den Hausarzt, allerdings werden auch Ärzte fast aller anderen Fachrichtungen aufgesucht. In jedem Fall muss der Patient nach der Diagnosestellung gründlich aufgeklärt und beraten werden. Er sollte wissen, was er bei einem akuten Anfall tun kann, wie er vorbeugen kann, welche Verhaltensänderungen nötig sind.
- Migräneanfälle dauern unbehandelt in der Regel 4–72 h. Länger anhaltende Attacken gelten als Status migraenosus. Die Migräne tritt meist einseitig auf, kann aber auch beidseitig sein. Während des Anfalls sind die Betroffenen meist licht- und lärmempfindlich, sie leiden unter Übelkeit und vermeiden körperliche Anstrengung. Es gibt 2 Hauptformen der Migräne: Migräne mit Aura und Migräne ohne Aura. Bei der Aura dominieren meist Sehstörungen in Form eines Flimmerskotoms.
- Mit der Therapie sollte so früh wie möglich begonnen werden. Bei einem Anfall können zunächst Analgetika eingenommen werden. Falls diese nicht ausreichend wirken, sind Triptane das Mittel der Wahl. Gleichzeitig muss die Übelkeit behandelt werden. Neben der medikamentösen Therapie sind ein gleichmäßiger Tagesablauf und ausreichend Schlaf wichtig, Ausdauersport wird dringend empfohlen. Über eine Migräneprophylaxe muss individuell entschieden werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Helmut Wilhelm
Department für Augenheilkunde,
Augenklinik,
Universität Tübingen
Schleichstr. 12-16,
72076 Tübingen
wilhelm288@googlemail.com



Herausgeber der
Rubrik CME Zertifizierte
Fortbildung:
Prof. Dr. med.
H.S. Fießl, Haar

Interessenkonflikt

H. Wilhelm weist auf folgende Beziehungen hin:
Honorierte Vorträge mit Sponsoring von folgenden
Firmen: MSD, Allergan, Bayer, Santen, Novartis.

Redaktionell
bearbeitet von
cognomedic GmbH

CME-Fragebogen

FIN CJ1403Yh

gültig bis 13.04.2014

Migräne-Mythen aufgedeckt!

Migräneanfälle können lange dauern. Ab wann spricht man von einem Status migraenosus?

- Migräneanfall > 12 h
- Migräneanfall > 24 h
- Migräneanfall > 36 h
- Migräneanfall > 48 h
- Migräneanfall > 72 h

Was ist eine häufige Ursache für einen Status migraenosus?

- Arterielle Hypertonie
- Unzureichende Akuttherapie
- Stress
- Schlafmangel
- Körperliche Anstrengung

Eine 33-jährige Patientin berichtet über sehr starke Kopfschmerzen, die etwa eine Viertelstunde andauern. Betroffen ist immer nur eine Kopfseite, manchmal ist das Auge gerötet und tränt. Am besten helfen Ruhe und Indometacin. Die Patientin hat bis zu 40 Schmerzattacken pro Tag und leidet sehr darunter. Was ist die wahrscheinlichste Diagnose?

- Migräne
- Clusterkopfschmerz
- Paroxysmale Hemikranie
- Spannungskopfschmerz
- SUNCT-Syndrom

Ein 41-jähriger Patient berichtet über extreme, linksseitige Kopfschmerzattacken. Sie dauern durchschnittlich etwa 1 h, manchmal auch länger. Das linke Auge ist gerötet und tränt. Die Schmerzen werden als vernichtend empfunden. Der Patient läuft während der Anfälle meist ziellos umher und schlägt seinen Kopf gegen die Wand. Was ist die wahrscheinlichste

Diagnose?

- Ophthalmoplegische Migräne
- Clusterkopfschmerz
- Paroxysmale Hemikranie
- Spannungskopfschmerz
- Cervikogener Kopfschmerz

Eine 20-jährige Patientin berichtet über Kopfschmerzattacken, die seit einiger Zeit immer wieder auftreten. Sie dauern oft den ganzen Tag. Mal ist die eine Seite, mal die andere betroffen. Gleichzeitig ist ihr meist übel, sie muss manchmal mehrfach erbrechen. Helligkeit und Geräusche empfindet sie als schwer erträglich. Es hilft, wenn sie sich ins Bett legt und möglichst wenig bewegt. Was ist die wahrscheinlichste Diagnose?

- Migräne
- Clusterkopfschmerz
- Paroxysmale Hemikranie
- Spannungskopfschmerz
- Trigeminusneuralgie

Eine 23-jährige Patientin berichtet über Kopfschmerzen, die seit ihrer Jugend immer wieder auftreten. Sie sind dumpf und drückend, der ganze Kopf tut weh. Es tut gut, wenn sie sich dann bewegt und körperlich anstrengt. Übelkeit verneint die Patientin. Ihr Hausarzt hatte ihr vor Längerem einmal Triptane verordnet, diese haben jedoch nicht geholfen. Was ist die wahrscheinlichste Diagnose?

- Migräne mit Aura
- Clusterkopfschmerz
- Paroxysmale Hemikranie
- Spannungskopfschmerz
- Trigeminusneuralgie

Welches Antiemetikum gilt derzeit als Mittel der 1. Wahl zur Behandlung der migräneassoziierten Übelkeit in der Schwangerschaft?

- Dimenhydrinat
- Metoclopramid
- Aprepitant
- Domperidon
- Granisetron

Welches Medikament gilt derzeit als Mittel der 1. Wahl zur Behandlung der akuten Migräneattacke in der Schwangerschaft?

- Sumatriptan
- Naratriptan
- Magnesium
- Paracetamol
- Ibuprofen

Wann ist eine MRT bei Migräne indiziert?

- Bei beidseitigen Kopfschmerzen
- Bei Kopfschmerzen, die manchmal rechts, manchmal links auftreten
- Bei vorangehenden Flimmerskotomen
- Bei erstmaligem Auftreten nach dem 40. Lebensjahr
- Bei sehr starken Kopfschmerzattacken

Was ist das häufigste Erscheinungsbild einer Aura bei Migräne?

- Visuelle Symptome
- Sensorische Symptome
- Motorische Symptome
- Sprachliche Symptome
- Olfaktorische Symptome

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Nach Ablauf des Zertifizierungszeitraums können Sie diese Fortbildung und den Fragebogen weitere 24 Monate nutzen.

Mehr Infos online!

Das Literaturverzeichnis finden Sie in der PDF-Version unter:
springermedizin.de/kurse-cme

Literatur

- [1] Wilhelm H, Heinze A (2004) Der Kopfschmerzpatient beim Augenarzt. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 221:247–252
- [2] Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2013) Leitlinie Therapie der Migräne. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0571_S1_Migräne_Therapie_2012_1.pdf
- [3] Gaul C, Diener HC, Müller OM (2011) Cluster headache-clinical features and therapeutic options. *Dtsch Arztebl Int* 108(33):543–549
- [4] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2013) *The international classification of headache disorders, 3rd edn (beta version)*. *Cephalalgia* 33:629–808
- [5] Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012) S1-Leitlinie Diagnostik und apparative Zusatzuntersuchungen bei Kopfschmerzen. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-1101_S1_Diagnostik_Zusatzuntersuchungen_bei_Kopfschmerzen_2012.pdf
- [6] Lantéri-Minet M et al (2012) Early dosing and efficacy of triptans in acute migraine treatment: the TEMPO study. *Cephalalgia* 32:226–235
- [7] Diener HC, Katsarava Z, Limmroth V (2008) Aktuelle Diagnostik und Therapie der Migräne. *Ophthalmologie* 105:501–508 (quiz 509–510)
- [8] Evers S, May A, Fritsche G et al (2008) Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne. Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. *Nervenheilkunde* 10:933–949
- [9] Diener HC, Schorn CF, Bingel U, Dodick DW (2008) The importance of placebo in headache research. *Cephalalgia* 28(10):1003–1011
- [10] Brandlistuen R et al (2013) Prenatal paracetamol exposure and child neurodevelopment: a sibling-controlled cohort study. *Int J Epidemiol* 42(6):1702–1713
- [11] Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (2009) S2-Leitlinie Behandlung der Migräne und idiopathischer Kopfschmerzsyndrome in der Schwangerschaft und Stillzeit. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/062-0051_S2k_Behandlung_Migraene_und_idiopathische_Kopfschmerzsyndrome_in_Schwangerschaft_und_Stillzeit_01.pdf
- [12] Diener HC, Kuper M, Kurth T (2008) Migraine-associated risks and comorbidity. *J Neurol* 255:1290–1301
- [13] Fricke u. Pirk (2004) Gutachten „Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland“. <http://www.vfa.de/download/gutachten-fricke-pirk.pdf>
- [14] Klein BE, Klein R, Meuer SM, Goetz LA (1993) Migraine headache and its association with open-angle glaucoma: the Beaver Dam Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 34:3024–3027
- [15] Schürks M, Rist PM, Bigal ME et al (2009) Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 339
- [16] Katsarava Z, Rabe K, Diener HC (2008) From migraine to stroke. *Intern Emerg Med* 3(Suppl 1):S9–S16
- [17] Pradalier A, Hamard P, Sellem E, Bringer L (1998) Migraine and glaucoma: an epidemiologic survey of French ophthalmologists. *Cephalalgia* 18:74–76
- [18] Wang JJ, Mitchell P, Smith W (1997) Is there an association between migraine headache and open-angle glaucoma? Findings from the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology* 104:1714–1719