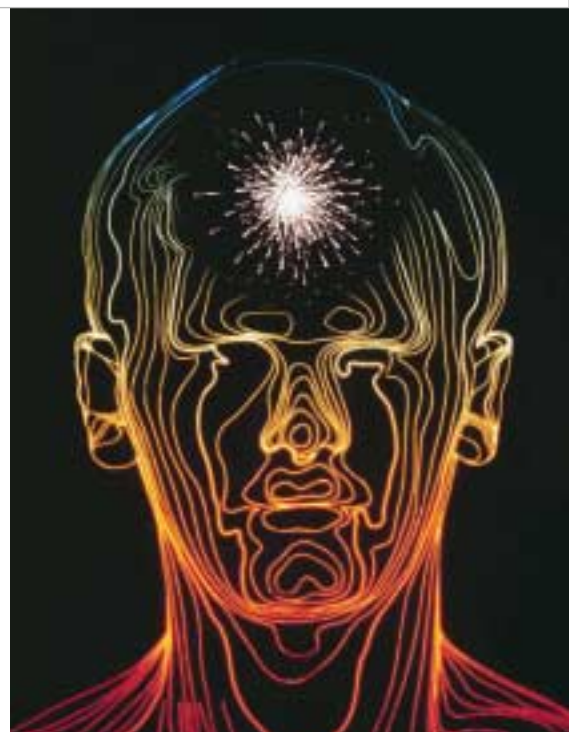


Mit den Leitlinien der DMKG zum Erfolg Kopfschmerzen in den Griff bekommen

Prof. Dr. med. G. Haag, Elztal Klinik, Elzach-Oberprechtal

Kopfschmerzen sind zweifelsohne ein häufiges Praxisproblem. In der Mehrzahl (über 90 %) aller Fälle wird eine Migräne oder ein Spannungskopfschmerz vorliegen. Auch der medikamenten-induzierte Kopfschmerz ist nicht zu unterschätzen. Einschlägige Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) helfen auch dem Praktiker weiter.



ÜBERSICHT

- Die Empfehlungen der DMKG
- Migräne
- Kopfschmerz vom Spannungstyp
- Medikamenten-induzierter Kopfschmerz

Die DMKG wurde im Jahr 1979 gegründet und ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft zum Thema Kopfschmerzen.

Zu ihren satzungsgemäßen Zielen gehören u. a.:

- die Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten für Patienten mit akuten und chronischen Kopfschmerzen,
- die Information der Öffentlichkeit über aktuelle Forschungsergebnisse und Therapiemöglichkeiten von Kopfschmerzen,
- die Verbesserung der Aus-, Fort-, Weiterbildung zum Thema Kopfschmerzen.

Um diese Ziele zu erreichen, werden von der DMKG u. a. seit Jahren Empfehlungen für die Behandlung der unterschiedlichsten Kopfschmerz-Formen herausgegeben. Derzeit liegen sieben Therapieempfehlungen vor (vgl. Kasten). Als nächstes werden Empfehlungen für die Behandlung von Kopfschmerzen im Kindesalter Mitte des Jahres erscheinen. Die Empfehlungen sowie weitere Informationen zum Thema Kopfschmerz sind unter dmkg.org auch im Internet verfügbar.

Inhaltlich stießen die verschiedenen Therapieempfehlungen auch im Bereich der Allgemeinärzte auf hohe Akzeptanz, auch wenn sie in der täglichen ärztlichen Praxis nur zum Teil umgesetzt wurden. Für die

hausärztliche Praxis von besonderer Bedeutung sind die Empfehlungen zur Migräne und zum Kopfschmerz vom Spannungstyp, da 90–95 % aller Kopfschmerz-Patienten in der allgemeinärztlichen Praxis an einer dieser beiden Kopfschmerz-Erkrankungen leiden.

Wegen der relativ raschen Entwicklung im Bereich der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten liegen die Empfehlungen zur Therapie der Migräne bereits in der 4. Fassung vor. Bei der im vergangenen Jahr veröffentlichten letzten Fassung (Diener et al., 2000) orientierten sich die Empfehlungen erstmals formal an den Kriterien der evidence-based medicine. Grundlagen der früheren Empfehlungen waren

neben validen klinischen Studien die vielfältigen klinischen Erfahrungen. Evidence-based bedeutet auch, dass *bei den aktuellen Empfehlungen Budgetaspekte (Ergotamine billiger als Triptane) nicht mehr berücksichtigt wurden.*

Migräne

Die wichtigsten Aspekte für die allgemeinärztliche Praxis bei der Diagnose und Therapie von Patienten mit Migräne sind:

- Die Diagnose einer Migräne wird fast ausschließlich aufgrund der anamnestischen Angaben der Patienten gestellt.
- Zum Ausschluss anderer Krankheitsursachen ist eine gründliche internistisch-neurologische Untersuchung unerlässlich.

AKTUELLE DMKG-PUBLIKATIONEN/-EMPFEHLUNGEN

- **Behandlung der Migräneattacke und Migräneprophylaxe:** Diener H.C. et al.; Schmerz 14 (2000) 269–281 und Nervenheilkunde 19 (2000) 335–345
- **Therapie und Prophylaxe von Gesichtsnuralgien und chronischen Gesichtschmerzen anderer Provenienz:** Soyka D. et al.; Nervenheilkunde 16 (1997) 243–249
- **Die Behandlung des Kopfschmerzes vom Spannungstyp:** Pfaffenrath V. et al.; Nervenheilkunde 17 (1998) 91–100
- **Therapie des Clusterkopfschmerzes:** Göbel H. et al.; Medizin Aktuell, Deut-

sches Ärzteblatt 95 (1998) Heft 44, A, 2760–2769

- **Selbstmedikation bei Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp:** Göbel H. et al.; Deutsche Apotheker Zeitung, 135. Jahrg. Nr. 9 (1995) 17–32
- **Therapie des posttraumatischen Kopfschmerzes nach Schädel-Hirn-Trauma und HWS-Distorsion:** Keidel M. et al.; Schmerz 12 (1998) 352–372
- **Therapie des medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes:** Haag G. et al.; Schmerz 13 (1999) 52–57

→ Nur wenn begründete Zweifel an der Diagnose Migräne bestehen, ist eine weiterführende bildgebende Diagnostik angezeigt. Dies sollte dann vor allem ein Computertomogramm sein; das teurere MRT sollte nur dann durchgeführt werden, wenn ein Verdacht auf eine Sinusvenenthrombose, eine Dissektion, Vaskulitis, ein Angiom oder eine Enzephalopathie besteht.

→ Eine Röntgen-Leerdiagnostik ist wegen ihrer geringen Trefferquote nicht angezeigt. Auch das EEG ergibt üblicherweise lediglich einen unspezifischen Befund (Dysrhythmie).

Therapie der Migräneattacke → Durch die Verbesserung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der Migräneattacke haben sich die Ansprüche an ein wirksames Medikament gesteigert. Von diesem erwarten wir, dass es für Kopfschmerzfremheit nach 2 Stunden oder zumindest für eine Besserung der Kopfschmerzen von schwer oder mittelschwer auf leicht oder keine Kopfschmerzen sorgt. Außerdem sollte eine deutliche Besserung von Übelkeit und Erbrechen sowie von Licht- und Lärmempfindlichkeit eintreten sowie die Funktionsfähigkeit im Alltag wieder hergestellt werden. Dieser Effekt sollte bei mindestens 2 von 3 behandelten Migräneattacken eintreten.

Berücksichtigt man diesen Anspruch, so ist *abweichend von dem früher propagierten Stufenschema (zuerst Antiemetikum plus Analgetikum, wenn dies nicht wirksam, dann Ergotamin oder Triptan) folgendes Vorgehen für die Praxis vorzuschlagen:*

→ *Leichte und mittelgradige Migränekopfschmerzen* können mit Analgetika behandelt werden (Tab. 1). Die Patienten sollten nicht zu niedrig dosieren. Außerdem gilt der Rat, 15 bis 20 Minuten vor dem Analgetikum entweder Metoclopramid (z. B. Paspertin®) oder Domperidon (Motilium®) zur Anregung der Magenperistaltik und damit zur Verbesserung der Resorption einzunehmen. Wegen der schnelleren Resorption sollten die Analgetika in Form von Brause- oder Kautabletten eingenommen werden.

→ *Bei schweren Migräneattacken* sind Triptane die Medikamente der ersten Wahl (Tab. 2). Sie waren in allen Studien, in denen sie mit Mutterkornalkaloiden vergli-

chen wurden, signifikant besser wirksam. Mutterkornalkaloide sollten nur noch bei sehr langen Migräneattacken oder bei Patienten, die unter Triptanen ein relativ häufiges Wiederauftreten der Kopfschmerzen beklagen, in Betracht gezogen werden.

Kontraindiziert sind Triptane bei unbehandelter oder schlecht eingestellter Hypertonie, koronarer Herzerkrankung, Angina pectoris, einem Myokardinfarkt in der Vorgeschichte, Morbus Raynaud, arterieller Verschlusskrankheit, TIA oder Schlaganfall, Schwangerschaft, Stillzeit, Kindern unter 12 Jahren, schwerer Leber- oder Niereninsuffizienz.

Diese Kontraindikationen gelten auch für die Anwendung von Ergotamin-haltigen Präparaten. Die Triptane sind im Allgemeinen sehr gut verträglich, doch können Nebenwirkungen wie Engegefühl im Brust-Hals-Bereich, Parästhesien der Extremitäten, Kältegefühle, Schwindel, Benommenheit, Müdigkeit, Mundtrockenheit und ein leichter Blutdruckanstieg im Einzelfall auftreten. Zwischen der Einnahme von Ergotamin-haltigen Präparaten und Triptanen sollten 24 Stunden liegen.

Im ärztlichen Notdienst können Migräneattacken durch die intravenöse Gabe von 10 mg Metoclopramid, gefolgt von 500 oder 1000 mg lysinierter Acetylsalicylsäure (Aspisol®), behandelt werden, alternativ mit 12 mg Dihydroergotamin s.c. oder i.m. bzw. 6 mg Sumatriptan s.c.. Weiterhin kommt, trotz fehlender Studien, auch Metamazol 1000 mg, langsam injiziert, in Frage.

Opiode machen in der Kopfschmerztherapie wegen geringer Wirksamkeit und der Nebenwirkung Übelkeit/Erbrechen wenig Sinn. Bei Schwangeren darf nur Paracetamol – und jenseits des ersten Trimesters auch Acetylsalicylsäure – eingesetzt werden.

Zur Vermeidung eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes dürfen Analgetika, Ergotamin-haltige Präparate sowie Triptane höchstens an 10 Tagen pro Monat eingenommen werden.

Migräneprophylaxe → Bei mehr als drei Attacken pro Monat, die auf eine Attackentherapie nicht ansprechen, sollte eine Migräneprophylaxe begonnen werden.

Prophylaktika der ersten Wahl sind die Betablocker Metoprolol (Beloc-Zok®) und Propranolol (Dociton®) sowie der Kalziumantagonist Flunarizin (Sibelium®).

In letzter Zeit hat sich auch das Antikonvulsivum Valproinsäure (Ergenyl® chrono) in einer Dosierung von 500–600 mg, gelegentlich auch höher, bewährt. Die Wirksamkeit des nebenwirkungsarmen Magnesiums (2 x 300 mg täglich) in der Migräneprophylaxe ist umstritten. Klassische homöopathische Therapie erwies sich gegenüber Placebo in der Kopfschmerztherapie nicht als erfolgreich.

Nicht-medikamentöse Therapien → Die medikamentöse Migränebehandlung sollte, wenn möglich, durch eine *Verhaltenstherapie* ergänzt werden. Wissenschaftlich belegt ist die Wirkung folgender Methoden:

Tab. 1: Analgetika zur Behandlung der Migräneattacke

Arzneimittel (Beispiel)	Dosierung (mg)	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Acetylsalicylsäure (Aspirin®)	500–1000	Magenschmerzen, Tinnitus, Gerinnungsstörungen	Ulkus, Asthma, Hypakusis, Blutungsneigung, Schwangerschaftsmonate 1–3 und 6–9
Naproxen (Proxen®)	500–1000	wie ASS	wie ASS
Paracetamol (ben-u-ron®)	500–1000 Supp.	Leberschäden	Leberschäden, Niereninsuffizienz
Ibuprofen (Aktren®)	400	wie ASS	wie ASS, keine Blutungskomplikationen
Metamazol (Novalgin®)	1000	sehr selten: Kreislaufstörungen	Überempfindlichkeit
Reihefolge nach dem Jahr der Zulassung			

- aerobe Ausdauersportarten (Joggen, Radfahren, Schwimmen) möglichst dreis bis fünfmal/Woche für 30 Minuten.
- Erlernen der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson,
- Stress- und Reizverarbeitungstraining,
- Schmerzbewältigungstechniken,
- pflanzliche Stoffe wie Panacetum (feverfew) sowie Pestwurz (Petadolex®) sind möglicherweise wirksam, doch liegen bisher noch keine ausreichenden Studienergebnisse vor.

Kopfschmerz vom Spannungstyp

Auch die Diagnose dieses Kopfschmerztyps erfolgt vorwiegend durch eine gründliche Anamnese und das Führen eines Kopfschmerz-Tagebuches durch den Patienten. Neben der internistisch-neurologischen Untersuchung ist eine weiterführende apparative Diagnostik nur bei eindeutigen klinischen Hinweisen angezeigt.

Medikamentöse Behandlung → Bei subjektiv unerträglichen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, die nur gelegentlich und kurzzeitig auftreten, können die in Tabelle 1 aufgeführten Analgetika an höchstens 10 Tagen/Monat eingenommen werden. Das Auftragen von Pfefferminzöl an den schmerzhaften Stellen kann eventuell Linderung verschaffen.

Schwerpunkt der medikamentösen Behandlung des chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp sind *trizyklische Antidepressiva* wie Amitriptylin (z.B. Saroten®), Amitriptylinoxid (z.B. Equilibrin®), Doxepin (Sinquan®, Aponal®) und Clomipramin (z.B. Anafranil®). Amitriptylin und Amitriptylinoxid in einer Tagesdosis zwischen 50 und 75 mg gelten als Standardmedikation. Es sollte mit niedrigen abendlichen Dosen (10–25 mg) begonnen und in Abhängigkeit von Wirkung und Nebenwirkungen bis etwa 75 mg am Ende der 4. Woche gesteigert werden, wobei die Wirkung üblicherweise etwa 14 Tage nach Behandlungsbeginn einsetzt. Empfohlen werden die Kontrolle von Blutbild, Transaminasen, Harnstoff und Kreatinin sowie die Ableitung eines EKG vor und unter Einsatz eines Antidepressivums. Kontraindikationen sind Prostatahyperplasie, Blasenentleerungsstörungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Hyperthyreose, Glaukom,

epileptische Anfälle, manifeste Psychosen, Alkoholabusus, Schwangerschaft und Stillzeit.

Von den Serotonin-Reuptake-Hemmern (SSRI) zeigte sich bisher lediglich Fluvoxamin (Fevarin®) als wirksam.

Über die häufigen Nebenwirkungen unter trizyklischen Antidepressiva muss der Patient zu Beginn der Behandlung aufgeklärt und darauf hingewiesen werden, dass die Nebenwirkungen vor den therapeutischen Wirkungen auftreten.

Führung und Betreuung → Mit den unter Spannungskopfschmerz leidenden Patienten sollten belastende Lebensereignisse herausgearbeitet und ggf. ungünstige Aspekte der Lebensführung (Termindruck, überzogene Leistungsanforderungen, irrationale Einstellungen etc.) erfasst werden. Auch bei Patienten mit

Nervenstimulation (TENS) liegen bisher keine ausreichenden Nachweise vor. Dies gilt auch für die Mehrzahl der physiotherapeutischen Maßnahmen. Lediglich Krankengymnastik und eventuell Wasseranwendungen sind sinnvoll.

Medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz

Für die allgemeinärztliche Praxis besonders bedeutsam bei der Behandlung von Kopfschmerz-Patienten ist der rechtzeitige Verdacht auf die Entwicklung eines medikamenten-induzierten Kopfschmerzes.

Klinisch sind diese Kopfschmerzen durch einen dumpf-drückenden Dauerkopfschmerz charakterisiert, der morgens bereits beim Erwachen vorhanden ist und den ganzen Tag anhält. Der Schmerz nimmt bei körperlicher Belastung zu. Vegetative Begleiterscheinungen finden sich seltener und sind geringer ausgeprägt als bei der Migräne.

Grundsätzlich können alle Schmerz- und Migränemittel bei zu häufiger Einnahme (an mehr als 10 Tagen/Monat) zu der Entwicklung eines medikamenten-induzierten Kopfschmerzes führen.

Bei begründetem Verdacht ist die ambulante oder stationäre Durchführung eines *Medikamentenentzugs* die einzig sinnvolle Therapie. Ambulant kann die Entgiftung durchgeführt werden, wenn keine gleichzeitige Einnahme von Tranquilizern vorliegt, der Patient hochmotiviert ist und durch Familie oder Freunde unterstützt wird. ■

Tab. 2: Triptane

Substanzen	Dosis
Sumatriptan (Imigran®)	50–100 mg p.o. 25 mg Supp. 10–20 mg Nasenspray 6 mg s.c. (Auto-Injektor)
Zolmitriptan (AscoTop®)	2,5 mg p.o. 2,5 mg Schmelztablette
Naratriptan (Naramig®)	2,5 mg p.o.
Rizatriptan (Maxalt®)	10 mg p.o. oder als Schmelztablette
Almotriptan (Almogran®)	12,5 mg p.o.

Spannungskopfschmerzen ist ein sportliches Ausdauertraining empfehlenswert, sowie das Erlernen der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson – und bei nicht ausreichender Wirksamkeit dieser Methoden eventuell eine weiterführende Verhaltenstherapie.

Dabei haben sich vor allem ein Stressbewältigungstraining sowie ein EMG-Biofeedback-Training (apparativ unterstütztes Erlernen einer willentlichen Kontrolle der Muskelspannung im Stirn- und Nackenbereich) bewährt. Da sich bei Patienten mit jahrelangen chronischen Kopfschmerzen sekundär eine Depression entwickeln kann, sollte in diesen Fällen auch eine kognitive Verhaltenstherapie in Betracht gezogen werden. Für die Wirksamkeit von Akupunktur und transkutaner

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die Erfahrung zeigt, dass unter Berücksichtigung der hier komprimiert zusammengefassten Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft zur Diagnose und Therapie der wichtigsten Kopfschmerz-Formen eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und somit auch eine höhere Zufriedenheit der Hausärzte erreicht werden kann.