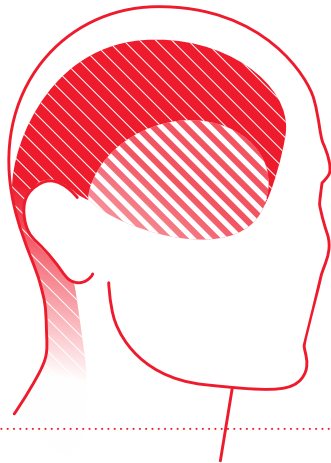


Migränepatienten in der Hausarztpraxis

Mehr als 8 Millionen Menschen in Deutschland leiden Schätzungen zufolge an Migräne. Erste und wichtigste Anlaufstelle der Patienten sind Sie als Hausarzt. Sie können bereits über die ersten Schritte in der Akuttherapie und Prophylaxe entscheiden und planen, wann eine Überweisung zum Facharzt notwendig ist. Die individuelle Beratung und die Behandlung von Migränapatienten sollten sich an der Schwere der Erkrankung ausrichten. Es ist wichtig, eine gute Basisversorgung von Migränapatienten schon in der hausärztlichen Praxis anzubieten.

In der Migräneprophylaxe und -therapie hat sich viel getan. Die DMKG will Sie mit dieser Broschüre und einer kurzen Übersicht über die aktuellen Therapieempfehlungen (Stand 9/2020) bei der Versorgung Ihrer Patienten unterstützen.



i

Weitere fortlaufend aktualisierte Informationen finden Sie online unter

www.angriff-kopfschmerzen.de/kopfschmerzwissen
und auf der Website der DMKG unter
www.dmk.de/therapie-empfehlungen/migraene
sowie in der aktuellen Migräne-Leitlinie unter
www.awmf.org.

Zusätzliche Informationsmaterialien zur Weitergabe an Ihre Patienten rund um das Thema Migräne und Kopfschmerz finden Sie unter www.angriff-kopfschmerzen.de.

Kontakt Initiativenbüro

c/o albertZWEI media GmbH
Oettingenstraße 25
80538 München

kontakt@angriff-kopfschmerzen.de
Tel. 089 461486-29
www.angriff-kopfschmerzen.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

c/o Kopfschmerzzentrum Frankfurt
Dalbergstraße 2a
65929 Frankfurt am Main

info@dmkg.de
www.dmk.de

DMKG

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie

NOVARTIS

teva



**Aktuelle Empfehlungen
für Akuttherapie
und Prophylaxe
bei Erwachsenen**

Eine Initiative der

DMKG

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Akuttherapie von Migräneattacken

Substanzen der 1. Wahl in der **unspezifischen Basistherapie** sind:

Prokinetikum		Analgetikum/NSAR	Besonderheit
Metoclopramid 10 mg p.o./Supp oder Domperidon 10 mg p.o./Supp	kombiniert mit	Acetylsalicylsäure 1000 mg	nicht bei Antikoagulation
		Ibuprofen 600–800 mg	bei Hypertonus und Niereninsuffizienz vermeiden
		Naproxen 500–1000 mg p.o.	lange Halbwertszeit
		Metamizol 1000 mg p.o.	keine gastrointestinalen Nebenwirkungen, bei Niereninsuffizienz möglich
		Diclofenac 50–75 mg p.o.	bei Niereninsuffizienz und Hypertonus vermeiden
		Paracetamol 1000 mg p.o./Supp	auch in der Schwangerschaft, auf kumulative Gesamtdosis achten

Empfehlung: verbesserte Wirkung durch Kombination mit Prokinetikum! Dosierungen beachten!

Bei unzureichendem Ansprechen auf die genannten Substanzen ist die **spezifische Therapie** mit einem Triptan evtl. in Kombination mit einem Prokinetikum angezeigt.

Als besonders schnell wirksam gelten	Als eher langsam wirksam, aber besonders gut verträglich gelten	Gut wirksam und hinsichtlich Wirkbeginn und Wirkdauer ausgewogen sind
Sumatriptan 3 mg oder 6 mg s.c.	Naratriptan 2,5 mg p.o.	Sumatriptan 50 oder 100 mg p.o.
Sumatriptan 20 mg nasal	Frovatriptan 2,5 mg p.o.	Eletriptan 20, 40 oder 80 mg p.o.
Zolmitriptan 5 mg nasal		Almotriptan 12,5 mg p.o.
Rizatriptan 10 mg p.o. (bei Co-Medikation Propranolol nur 5 mg)		

- Praxistipps**
- Bei besonders lang anhaltenden Attacken und Wiederkehrkopfschmerzen bei zunächst gutem Ansprechen auf die Akutmedikation: Kombination eines Triptans mit 250 oder 500 mg Naproxen.
 - Beginn der Akuttherapie: früh, gleich zu Beginn der Attacke
 - Akutmedikation an weniger als 10 d/Monat, maximal 3 aufeinanderfolgende Tage, sonst Gefahr der Kopfschmerzchronifizierung

Prophylaxe der Migräne

Nichtmedikamentöse Prophylaxe

Basis: Informationsvermittlung, Einüben von Entspannungstechniken (z. B. Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training nach Schultz, Atementspannung)

Bei höherer psychosozialer Belastung: Stressbewältigungstraining, psychologische Schmerztherapie, kognitive Verhaltenstherapie

Regelmäßiger Ausdauersport (z. B. 3×/Woche ≥30 min) wird empfohlen.

Medikamentöse Prophylaxe

Indikationen

- ☑ häufige Attacken, die die Lebensqualität einschränken
- ☑ schwer behandelbare Attacken
- ☑ regelhaft lang anhaltende Attacken
- ☑ schwere, lang anhaltende Auren
- ☑ Risiko eines Medikamentenübergebrauchs besteht bei der Einnahme von Akutmedikation ≥10 d/Monat

Die Auswahl des Migräneprophylaktikums richtet sich nach dem Migräneverlauf, den Begleiterkrankungen und individuellen Bedürfnissen des Patienten.

Substanzen zur Migräneprophylaxe mit unspezifischem Wirkmechanismus

	besonders geeignet	ungünstig/Achtung
Betablocker (Zieldosis Metoprolol 100 mg/d, im Einzelfall höher, Zieldosis Propranolol 3×40 mg/d, im Einzelfall höher)	vor allem bei Hypertonie, Tachykardie, Tremor	cave bei Bradykardie, Asthma bronchiale
Flunarizin 5–10 mg/d	bei Anorexie, gewünschter Einmalgabe/Tag	kontraindiziert bei vorbestehender Depression, M. Parkinson, cave bei Adipositas
Topiramat 25–100 mg/d	vor allem bei hochfrequenten episod./chron. Migräne	cave bei Anorexie, Depression, vorbestehenden kognitiven Störungen; bei Nierensteinen kontraindiziert
Amitriptylin 50–75 mg/d	bei begleitenden Depressionen, Ängsten, Schlafstörungen	cave bei Adipositas, Glaukom, kognitiven Störungen
Onabotulinumtoxin (nur chron. Migräne) 155–195 Units	nur chron. Migräne (≥15 Kopfschmerztag/Monat, davon 8 Migränetage) Besonderheit: Erfahrung in der Anwendung von Botox erforderlich	kontraindiziert bei Myasthenie, Myopathie

Praxistipps zur Verbesserung der Compliance

- Begründung der Prophylaxe:
 - Verbesserung der Lebensqualität
 - Vermeiden eines Analgetika-Übergebrauchs
 - verbessertes Ansprechen auf Akutmedikation
- Aufklärung über
 - Wirkeintritt abhängig vom Präparat, 6–8 Wochen bei vorgenannten Prophylaxen
 - potenzielle Nebenwirkungen
 - zeitlich begrenzte Therapiedauer von zunächst 6–12 Monaten (Flunarizin 6 Monate)
- Beurteilung der Wirksamkeit 8–12 Wochen nach Erreichen der Zieldosis
- Mitbehandlung von Komorbiditäten bei geschickter Auswahl der Substanz

Substanzen zur Migräneprophylaxe mit spezifischem Wirkmechanismus durch Einfluss auf das CGRP-System

CGRP-Rezeptor-/Liganden-Antikörper

Substanzen	Dosierung
Erenumab	70 oder 140 mg alle 4 Wochen
Fremanezumab	225 mg 1×/Monat oder 3×225 mg alle 3 Monate
Galcanezumab	Anfangsdosis 2×120 mg, dann 120 mg 1×/Monat
Eptinezumab	100 mg (in Einzelfällen 3×100 mg) alle 3 Monate i.v.

Besonderheiten

- Zulassung ab 4 Migränetagen/Monat bei episodischer und chronischer Migräne
- migränespezifischer Wirkeffekt durch Einfluss auf das CGRP-System
- Wirkeintritt ab Woche 1
- geringe Nebenwirkungsrate
- hohe Therapiekosten. Kostenerstattung durch GKV unter bestimmten Bedingungen möglich

Überweisung zum Facharzt bei

- Erstdiagnose einer hochfrequenten Migräne (≥8 Kopfschmerztag/Monat)
- chronischer Migräne über mindestens 3 Monate ≥15 Kopfschmerztag/Monat, davon ≥8 Migränetage (hier ist immer eine multimodale Therapie sinnvoll)
- Versagen von Akuttherapie und/oder Prophylaxe
- relevanten psychischen Komorbiditäten
- Medikamentenübergebrauch