

Chronische Migräne in der Hausarztpraxis

Mehr als 8 Millionen Menschen in Deutschland leiden Schätzungen zufolge an Migräne. Bei 2–5% der Betroffenen kann die episodische in eine chronische Migräne übergehen. Dieser Übergang kann spontan auftreten oder im Zusammenhang mit einem Übergebrauch von Akutmedikation. Die chronische Migräne führt zu einer besonders hohen Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen und ist oft mit Komorbiditäten wie anderen chronischen Schmerzen, Depression oder Angststörungen verbunden. Da die chronische Migräne häufig mit geänderten Kopfschmerzsymptomen einhergeht, die von typischen Migränesymptomen abweichen können, besteht oftmals eine Unsicherheit bzgl. Diagnosestellung und therapeutischen Optionen.

Die DMKG möchte Hausärztinnen und Hausärzte für das Thema sensibilisieren und sie in dieser Broschüre mit aktuellen Empfehlungen und Erkenntnissen (Stand 11/2023) unterstützen.



i

Weitere Informationen finden Sie hier:

- eine Arztbroschüre zur „Migränetherapie und Prophylaxe“ und eine Patientenbroschüre zur Migräne, die Sie kostenlos bestellen können: www.angriff-kopfschmerzen.de
- Fachinformationen und Lehrvideos im Migräne- und Kopfschmerz-Guide: www.mk-guide.org
- ein Kopfschmerztagebuch zum Download: www.dmkg.de
- die DMKG-Kopfschmerz-App: ein kostenfreier elektronischer Kopfschmerzkalender (www.dmkg.de/patienten/dmkg-app)
- die aktuelle S1-Leitlinie „Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne“ (Dez. 2022): www.dgn.org/leitlinien

Die inhaltlich unabhängige Broschüre wird produziert und distribuiert mit freundlicher Unterstützung von Abbvie und Lundbeck.

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.

Kopfschmerzambulanz
UniversitätsSchmerzCentrum
Universitätsklinikum Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

info@dmkg.de
www.dmkg.de

DMKG

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie



Aktuelle Empfehlungen zu Diagnose und Therapie

Eine Initiative der

DMKG

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Chronische Migräne

Definition

Die **chronische Migräne** ist eine **schwere Verlaufsform der Migräne**, die sich meist aus der episodischen Migräne entwickelt. Nach Klassifikation der *International Headache Society (IHS)* ist sie gekennzeichnet durch Kopfschmerzen, die **über mindestens drei Monate an mindestens 15 Tagen im Monat auftreten**. An **mindestens 8 Tagen davon erfüllt der Kopfschmerz die Kriterien für eine Migräne (mit oder ohne Aura)**, d.h., es besteht begleitend eine Photo-/Phonophobie, Übelkeit/Erbrechen, einseitige Lokalisation, ein pulsierender oder mittelstarker Schmerz oder eine Verstärkung bei normaler körperlicher Belastung. Ein Medikamentenübergebrauch von Schmerzmitteln kann eine Chronifizierung begünstigen.

Diagnostik und Abgrenzung

Wichtig für eine erfolgreiche Behandlung sind die richtige Diagnosestellung und der **Ausschluss anderer ursächlicher Erkrankungen sowie die Abgrenzung von anderen chronischen Kopfschmerzen** wie z. B. chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Diese sind nicht migränetypisch, weisen kaum Begleitsymptome auf und sprechen typischerweise nicht auf Triptane an.

Das **wichtigste Instrument zur Migränediagnose ist das ärztliche Gespräch** mit einer ausführlichen Anamnese. Besonders wichtig ist ein **Kopfschmerztagebuch oder eine Kopfschmerz-App wie z. B. die DMKG-Kopfschmerz-App (kostenfrei unter www.dmkg.de/patienten/dmkg-app)**, um die **Häufigkeit der Kopfschmerzen und den aktuellen Medikamentengebrauch zu erfassen**. Viele Patienten haben Komorbiditäten wie andere Schmerzerkrankungen oder Schlafstörungen, Depression, eine Angststörung, arterielle Hypertonie oder Medikamentenübergebrauch.

Bei einer chronischen Migräne sollte aufgrund der komplexen Symptome ein Kopfschmerzzentrum hinzugezogen werden, um **möglichst schnell eine effektive Behandlung einzuleiten und ein Fortschreiten der Erkrankung sowie längere Arbeitsunfähigkeit zu verhindern**.

Therapie der chronischen Migräne

Die Behandlung der chronischen Migräne sollte multimodal erfolgen. Neben der Pharmakotherapie ist die **Durchführung von regelmäßigem Ausdauersport, Entspannungstechniken und ggf. Verhaltenstherapie** relevant.

Medikamentöse Akutbehandlung

Die Akuttherapie entspricht der Therapie der episodischen Migräne. Um einen **Übergebrauch zu vermeiden**, sollten Schmerzmittel generell an ≤ 9 Tagen/Monat eingenommen werden.

Migräneprophylaktika mit guter Evidenz können auch bei chronischer Migräne eingesetzt werden (Tab. 1):

Medikament	Besonders geeignet bei ...	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Betablocker (Metoprolol 100 mg/d, Propranolol* 3x40 mg/d)	Hypertonie, Tachykardie, Tremor	Bradykardie, Müdigkeit	Asthma bronchiale, Herzrhythmusstörungen
Flunarizin 5–10 mg/d	Anorexie, gewünschter Einmalgabe/Tag	Müdigkeit, Appetitsteigerung, Gewichtszunahme	Depression, M. Parkinson
Amitriptylin 50–75 mg/d	Depression, Ängste, Schlafstörungen	Mundtrockenheit, Schwindel, Müdigkeit, Obstipation, Gewichtszunahme	Herzrhythmusstörungen, Glaukom
Topiramat** 25–100 mg/d	hochfrequenter episod./chron. Migräne	kognitive Störungen, Müdigkeit, Gewichtsabnahme, Schwindel, Nierensteine	Depression, Anorexie, Frau im gebärfähigen Alter ohne hocheffiziente Empfängnisverhütung

* Es liegt mindestens eine kontrollierte Studie für die Wirksamkeit in der Behandlung der chronischen Migräne vor.

** Topiramat ist zur Migräneprophylaxe in der Schwangerschaft und bei Frauen im gebärfähigen Alter, die keine hochwirksame Empfängnisverhütung anwenden, aufgrund der Embryotoxizität kontraindiziert.

Onabotulinumtoxin A

Wenn die genannten Medikamente nicht wirksam oder verträglich sind, ist Onabotulinumtoxin A eine wichtige Therapiemöglichkeit. Es ist **ausschließlich zur Behandlung der chronischen Migräne zugelassen**.

Onabotulinumtoxin A (155–195 Units) wird eingesetzt, wenn auf 2 migräneprophylaktische Medikamente nicht ausreichend angesprochen oder diese nicht vertragen wurden (**vgl. Tab. 1**).

In Studien war Onabotulinumtoxin A bei Patienten mit und ohne gleichzeitig bestehenden Medikamentenübergebrauch gut wirksam und meist sehr gut verträglich. Komplikationen sind selten und passager.

CGRP-(Rezeptor-)Antikörper

Alternativ kann eine **Therapie mit CGRP-Antikörpern** erwogen werden. Hierfür stehen drei CGRP-Antikörper (Eptinezumab, Fremanezumab, Galcanezumab) und ein CGRP-(Rezeptor-)Antikörper (Erenumab) zur Verfügung.

Substanz	Dosierung
Erenumab	70 oder 140 mg s. c. alle 4 Wochen
Fremanezumab	225 mg 1x/Monat oder 3x225 mg s. c. alle 3 Monate
Galcanezumab	Anfangsdosis 2x120 mg, dann 120 mg s. c. 1x/Monat
Eptinezumab	100 mg (in Einzelfällen 300 mg) alle 3 Monate i. v.

Neuromodulation

Nichtinvasive elektrische Stimulationsverfahren können angesichts der guten Verträglichkeit bei Patienten zum Einsatz kommen, die eine medikamentöse Migräneprophylaxe ablehnen. Zum jetzigen Zeitpunkt kommt in der Migränetherapie nur der elektrischen Stimulation des *N. supraorbitalis* eine praktische Bedeutung zu.

Praxistipp: Darauf sollten Sie achten

Viele Patienten mit Migräne können durch eine gute Basistherapie beim Hausarzt versorgt werden. Wenn sich ein komplizierter Verlauf mit schlechtem Ansprechen auf die Therapiemaßnahmen abzeichnet, ist eine Vorstellung beim Neurologen sinnvoll. Liegen bei der chronischen Migräne erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität vor und bestehen weitere Schmerzerkrankungen oder psychische Komorbiditäten, dann ist ein multimodales Gruppentherapiekonzept indiziert.

Überweisung zum Spezialisten, wenn ...

- eine hohe Attackenfrequenz oder bereits eine chronische Migräne besteht,
- Betroffene unzureichend auf Akutmedikation ansprechen,
- ein Verdacht auf Übergebrauch von Akutmedikation vorliegt,
- Begleitfaktoren oder Komorbiditäten eine besonders intensive Beratung und Therapie erfordern.