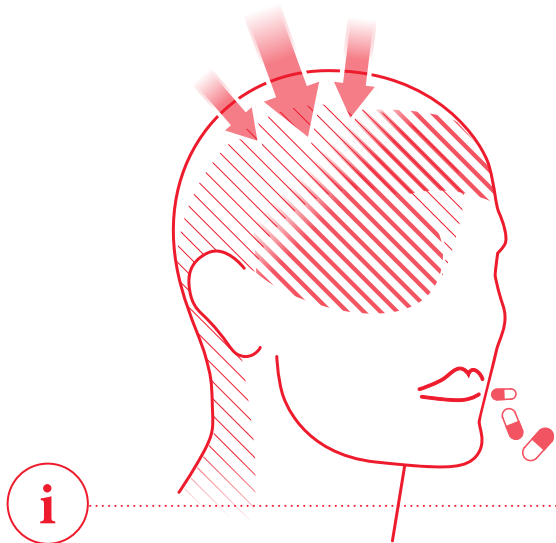


MOH in der Hausarztpraxis

Patienten, die an einer primären Kopfschmerz Erkrankung wie Migräne oder Spannungskopfschmerzen leiden, können durch die häufige Einnahme von Akutmedikation einen Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch (Medication Overuse Headache; MOH) entwickeln. Hausärzte als erste und wichtigste Anlaufstelle sollten die Patienten frühzeitig über Risiken einer zu häufigen Schmerzmitteleinnahme aufklären und über Möglichkeiten der Kopfschmerz-Prophylaxe informieren. Sie können Patienten mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung eines MOH identifizieren, auf ihrem Weg aus dem Übergebrauch unterstützen und ggf. zu einem Spezialisten überweisen.

Mit dieser Broschüre möchte die DMKG eine erste Übersicht zum Krankheitsbild geben und neue Erkenntnisse der im April 2022 aktualisierten Leitlinie zum MOH zusammenfassen.



Weitere fortlaufend aktualisierte Informationen finden Sie online unter

www.angriffe-kopfschmerzen.de/kopfschmerzwissen
und auf der Website der DMKG unter www.dmk.de

Bitte beachten Sie auch die aktuelle S1-Leitlinie zum MOH unter www.dgn.org/leitlinien

Patientenbroschüre zum MOH unter
www.angriffe-kopfschmerzen.de/infomaterial

Kopfschmerztagebuch zum Download unter
www.dmk.de/patienten

Kontakt Initiativenbüro

c/o albertZWEI media GmbH
Oettingenstr. 25
80538 München

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



Kopfschmerz durch
Medikamenten-
übergebrauch (MOH)

Aktuelle Empfehlungen
zu Diagnose und Therapie

Eine Initiative der

DMKG

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Definition und Diagnostik

Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch gilt als **sekundärer Kopfschmerz**, der definiert ist durch häufige Kopfschmerzen (≥ 15 Tage/Monat) und durch die **regelmäßige Einnahme von Akutmedikation (≥ 10 Tage/Monat)** über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten bei einer vorbestehenden primären Kopfschmerzkrankung.

Diagnostik

Die Kopfschmerzcharakteristik des MOH ist je nach vorbestehendem Kopfschmerz eher migränetypisch oder ähnlich einem Spannungskopfschmerz. Mischbilder mit leichten, anhaltenden Dauerkopfschmerzen und zusätzlichen Migräneattacken sind häufig. Teilweise nehmen die Begleitsymptome der Migräne an Intensität ab.

Diagnostisches Vorgehen beim MOH:

- Die Anamnese einer **vorbestehenden primären Kopfschmerzkrankung** und Dokumentation der Einnahme von Akutmedikation (Kopfschmerztagebuch),
 - **psychopathologische Befunderhebung** zur Erfassung komorbider psychischer Symptomatik,
 - nur bei Verdacht auf eine andere sekundäre Kopfschmerzkrankung: **apparative Zusatzdiagnostik** mittels Bildgebung und Labordiagnostik (z. B. bei Einnahme von Antikoagulanzen, bei Tumorerkrankung, älteren Patienten, Auffälligkeiten im Befund) und
 - bei Verdacht auf eine idiopathische intrakranielle Druckerhöhung und/oder bei schlechtem Ansprechen auf die Therapiemaßnahmen: **ggf. Lumbalpunktion mit Liquordruck-Messung**
- ➔ **Bessert sich die Symptomatik durch Beendigung des Übergebrauchs, ist das ein sicherer Hinweis darauf, dass ein Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch vorliegt. Bis eine Besserung der Symptomatik eintritt, kann ein Zeitraum von bis zu zwei Wochen nötig sein.**

Differenzialdiagnose und Therapie

MOH ist abzugrenzen von:

- chronischer Migräne (keine Besserung nach Beendigung des Übergebrauchs),
- idiopathischer intrakranieller Druckerhöhung,
- anderen „seltenen“ sekundären Kopfschmerzen, wie z. B. chronisches Subduralhämatom, intrakranielle Raumforderung (v. a. der hinteren Schädelgrube), chronische Meningitis.

Achtung! MOH nicht verwechseln mit Kopfschmerzen, die als direkte Nebenwirkung von anderen Medikamenten entstehen, wie z. B. Nitraten, Phosphodiesterasehemmern, Tetrazyklinen, Hormonersatztherapeutika u. a.

Therapie

Der Übergebrauch entwickelt sich häufig aus der Notwendigkeit, im Alltag zu funktionieren. Es liegt keine Abhängigkeit wie bei klassischen Suchtmitteln vor.

Die Behandlung erfolgt in mehreren Stufen:

- **Aufklärung** mit dem Ziel, die Einnahme von Akutmedikation zu reduzieren,
- **Medikamentenpause (14 Tage) mit ärztlicher Begleitung:** ambulant, tagesklinisch oder stationär (v. a. bei Übergebrauch von Opioiden oder psychischer Komorbidität),
- **Behandlung von Entzugssymptomen** während der Medikamentenpause: Gabe von Steroiden, ggf. Antiemetika und trizyklischen Antidepressiva,
- **Beginn einer medikamentösen Prophylaxe bei Migräne:** Topiramat, OnabotulinumtoxinA und die monoklonalen Antikörper gegen CGRP oder den CGRP-Rezeptor können auch bei MOH wirksam sein. Bei Spannungskopfschmerzen: Amitriptylin. Generell sollten nicht medikamentöse Maßnahmen empfohlen werden,
- **akuttherapeutische Kopfschmerz-Behandlung:** Schmerzmittel können nach Besserung der Symptomatik wieder kontrolliert (< 10 Einnahmetage/Monat) eingenommen werden.
- **Weitere engmaschige Betreuung** reduziert das Rückfallrisiko. Die größte Rückfallgefahr besteht im ersten Jahr nach der Medikamentenpause.

Die Erfolgsrate einer Stufentherapie beträgt nach 6 bis 12 Monaten etwa 50–70 %.

Epidemiologie und Praxistipps

Die Häufigkeit des MOH in Deutschland liegt zwischen 0,7 % und 1 %. Etwa 40–50 % aller Patienten mit chronischen Kopfschmerzen nehmen Schmerzmittel zu häufig ein, Frauen 3- bis 4-mal häufiger als Männer. Auch Jugendliche können betroffen sein.

Praxistipp: Darauf sollten Sie achten

1. Befragen Sie die Patienten zur Häufigkeit ihrer Schmerzmitteleinnahme. Hilfreich ist ein Kopfschmerztagebuch, in dem auch die Einnahme von Schmerzmitteln dokumentiert werden sollte.
2. Schaffen Sie eine Vertrauensbasis, damit die Patienten wagen, ihren hohen Analgetika-Konsum zu benennen.
3. Achten Sie darauf, bei gefährdeten Patienten nur kleine Mengen zu rezeptieren.
4. Klären Sie Ihre Patienten frühzeitig über die Problematik auf und informieren Sie über nicht medikamentöse Kopfschmerz-Prophylaxen (z. B. Ausdauersport, Entspannungsverfahren) und medikamentöse Kopfschmerz-Prophylaxen sowie Risikofaktoren (Stress, Angststörungen, Depression).

Überweisung zum Spezialisten, wenn ...

- ein Medikamentenentzug mehrfach gescheitert ist,
- ausgeprägte psychische Komorbiditäten vorliegen,
- Verdacht auf eine andere sekundäre Kopfschmerzkrankung besteht,
- die Therapiemaßnahmen schlecht ansprechen,
- hoher Beratungsbedarf besteht.

Patienten mit langjährigem Medikamentenübergebrauch oder einem hohen Risiko dafür sollten sowohl vom Neurologen/Schmerzmediziner als auch psychotherapeutisch betreut werden.