

Dem Kopfschmerz vorbeugen, die Attacke behandeln

# Aktuelle Migränetherapie in der Praxis

VON H. GÖBEL

Leichte Migränekopfschmerzen sprechen gut auf Analgetika und Antiemetika an, schwere Attacken werden dagegen mit so genannten Triptanen behandelt. Zu deren Einsatz gibt es einige Regeln, die unser Autor im Folgenden schildert. So sollte z. B. die 10-Tage-pro-Monat-Grenze nicht überschritten werden. Greift der Patient nämlich an mehr als zehn Tagen zur Akutmedikation, handelt er sich womöglich „medikamenteninduzierten“ Kopfschmerz ein.

**Prof. Dr. med.  
Dipl.-Psych.  
Hartmut Göbel**  
Neurologisch-  
verhaltensmedizinische  
Schmerzambulanz  
Kiel



— Migräne zählt zu den besonders schwer behindernden Leiden. Sie geht mit starken Schmerzen, ausgeprägten Begleitsymptomen und nachhaltiger Reduktion der Lebensqualität einher. Neben dem individuellen Leid bedingt die Migräne eine große Belastung der Versicherungsgemeinschaft durch direkte und indirekte Kosten. Migräne zählt zu den teuersten neurologischen Erkrankungen. Ziel der Migränetherapie muss daher sein, möglichst schnell und initial eine effektive Behandlung der Attacken zu ermöglichen, Ausfallzeiten zu vermeiden und die migränebedingte Behinderung zu reduzieren.

### Sieben wichtige Fragen an Kopfschmerzpatienten

1 An wie vielen Tagen pro Monat treten Kopfschmerzen auf?

Kopfschmerzen an mehr als zehn Tagen pro Monat müssen an einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch denken lassen. Kopfschmerzen, die an mehr als an sieben bis zehn Tagen pro Monat auftreten, erfordern eventuell eine medikamentöse Vorbeugung. Kopfschmerzen an mehr als 15 Tagen pro Monat erfordern in der Regel eine spezialisierte Behandlung.

2 Wie viele Formen von Kopfschmerzen können Sie unterscheiden?

Bei den meisten Patienten mit mehreren Kopfschmerzformen bestehen eine Migräne und ein episodischer oder chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp. Für jede dieser einzelnen Kopfschmerzformen muss das Vorliegen der diagnostischen Kriterien geprüft werden (einzusehen im Internet unter [www.ihs-klassifikation.de](http://www.ihs-klassifikation.de)).

3 Wie lange dauern die einzelnen Kopfschmerzepisoden?

Migräneattacken dauern vier Stunden bis zu drei Tage an. Der Kopfschmerz vom Spannungstyp weist diese Zeitcharakteristik nicht auf, Clusterkopfschmerz-Attacken dauern 30 Minuten bis zu drei Stunden an.

4 Können Sie einen typischen Kopfschmerz anfall schildern?

5 Welches sind die Schmerzmerkmale?  
Migräneattacken kennzeichnen sich durch Einseitigkeit der Schmerzen, pochenden Schmerzcharakter, Verstärkung durch körperliche Aktivität und Behinderung der Tätigkeit. Von diesen vier Kriterien müssen nur zwei erfüllt sein.

6 Welche Begleitsymptome treten auf?  
Übelkeit, Erbrechen, Lärm und Lichtempfindlichkeit können auftreten. Auch von diesen vier Kriterien müssen nur zwei für die Migräne erfüllt sein.

7 An wie vielen Tagen pro Monat benötigen Sie Medikamente zur Kopfschmerzbehandlung?

Tabelle 1

### Verhaltensmedizinische Vorbeugung

- Einhalten eines regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus
- Regelmäßige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Regelmäßiges Frühstück und Mittagessen
- Kohlenhydratreiche Ernährung
- Regelmäßige sportliche Ausdauerbetätigung
- Abbau von Stress und Unregelmäßigkeit im Alltag
- Erlernen und regelmäßiges Durchführen eines Entspannungsverfahrens wie der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson insbesondere in Stressphasen (Informationen s. [www.neuro-media.de](http://www.neuro-media.de))
- Identifizierung und Meiden von individuellen Auslösefaktoren (z. B. Geschmacksverstärker, Alkohol, Stress, Lärm, Rauch etc.)

Nimmt der Patient an mehr als zehn Tagen pro Monat Akutmedikation ein, muss an einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch als Komplikation der Migräne gedacht werden. Die 10-Tage-pro-Monat-Grenze ist mittlerweile auch in die aktuellen Kopfschmerzklassifikation der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft aufgenommen worden und damit internationaler Standard.

**Diagnose**

Nach der aktuellen zweiten Auflage der internationalen Kopfschmerzklassifikation (IHS-ICHD-II) werden zwei Hauptformen der Migräne unterschieden: die Migräne ohne Aura und die Migräne mit Aura. Eine internetbasierte Version der gültigen internationalen Kopfschmerzklassifikation ist im März 2006 publiziert worden und unter [www.ihs-klassifikation.de](http://www.ihs-klassifikation.de) aufrufbar.

Bei der Migräne mit Aura finden sich zusätzlich fokale neurologische Symptome, die den Kopfschmerzen meist vorangehen oder sie begleiten. Die Aura-symptome entwickeln sich allmählich über 5–20 Minuten hinweg und halten meist weniger als 60 Minuten an. In der Regel folgen diesen Aurasymptomen Kopfschmerzen, die die Merkmale einer Migräne ohne Aura aufweisen. Seltener entsprechen die Kopfschmerzen nicht einer Migräne oder sie fehlen sogar.

Zu den neurologischen Symptomen einer typischen Aura zählen homonyme Sehstörungen, einseitige sensible Störungen und Sprachstörungen. Am häufigsten bestehen ausschließlich Sehstörungen. Treten verschiedene Symptome auf, folgen die einzelnen Symptome gewöhnlich aufeinander beginnend mit visuellen Symptomen, gefolgt von Sensibilitätsstörungen und aphasischen Störungen. Falls die Aura eine motorische Schwäche beinhaltet, liegt eine hemiplegische Migräne vor,

**Tabelle 2**

**Migränebehandlung mit Antiemetika und Analgetika**

**Antiemetikum**

- Metoclopramid (10 mg oral/i. v./rektal)
- Domperidon (10–30 mg oral)
- Dimenhydrinat (50 mg oral, 150 mg rektal, 10 ml/62 mg i. v.)
- Diphenhydramin (50 mg oral, 50 mg rektal)

**plus Analgetikum**

- Azetylsalizylsäure (1000 mg oral, 2 x 500 mg i. v.)
- Paracetamol (1000 mg oral, 1000 mg rektal)
- Ibuprofen (400–800 mg oral, 400–600 mg rektal)
- Naproxen (500–1000 mg oral, 500 mg rektal)
- Diclofenac (50–100 mg oral)
- Phenazon (1000 mg oral, 500–1000 mg rektal)
- Metamizol (1000 mg oral, 1000 mg i. v.)

**Die Effektivität von Analgetika kann durch Beachten folgender Regeln optimiert werden:**

- Einnahme einer ausreichenden Startdosis
- Einnahme möglichst früh in einer Migräneattacke
- Einnahme wenn möglich in resorptionsbeschleunigender Brauselösung, bei Erbrechen als Suppositorium
- Möglichst Kombination mit einem Antiemetikum

die familiär gehäuft als autosomal-dominant vererbte Erkrankung oder sporadisch auftreten kann.

**Therapie**

Die Migränetherapie setzt sich aus den Bausteinen Prophylaxe und Attackenbehandlung zusammen. Grundsätzlich stehen drei Strategien zur Verfügung:

- Vorbeugung durch Vermeidung von Auslösefaktoren,
- Vorbeugung durch Reduktion der Anfallsbereitschaft, durch Verhalten und/oder Medikamente,
- Behandlung der akuten Auswirkungen der Migräneattacke durch Verhalten und Medikamente.

**Verhaltensmedizinische Prophylaxe**

Die verhaltensmedizinische Vorbeugung der Migräne ist für alle Betroffenen die Basis der Behandlung. Sie zielt auf die Beseitigung von aggravierenden Faktoren und Triggerfaktoren ab (Tabelle 1). Aggravierende Faktoren, z. B. psychosozialer Stress, häufiger Alkoholkonsum oder Umweltfaktoren, führen

bei einem Patienten, der die Kriterien einer Migräne erfüllt, zu einem länger anhaltenden (üblicherweise Wochen bis Monate) Anstieg der Schwere und Häufigkeit der Attacken. Triggerfaktoren, d. h. Auslöser, erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Migräneattacke innerhalb eines kurzen Zeitraumes (üblicherweise < 48 Stunden). Obwohl einige Triggerfaktoren in epidemiologischen Erhebungen (Menstruation) oder klinischen Studien (Schokolade, Aspartam) gut untersucht wurden, ist es häufig schwierig, im individuellen Fall eine kausale Verknüpfung herzustellen.

**Attackentherapie**

Patienten sollten feste Therapieschemata an die Hand bekommen, mit denen sie Attacken in Abhängigkeit von ihrer Schwere und den Begleitsymptomen behandeln können.

Oberstes Ziel ist, es dem Patienten zu ermöglichen, seine Attacken selbstständig ohne ärztliche Hilfe in den Griff zu bekommen.

Während die überwiegende Zahl der Patienten ihre Attacken ausschließlich mit Analgetika und Antiemetika erfolgreich bekämpfen kann, also definitionsgemäß unter leichten Attacken leidet, benötigt ein kleinerer Teil der Patienten mit definitionsgemäß schweren Attacken regelmäßig Triptane. Diese Patienten weisen aber auch durchaus in unterschiedlicher Häufigkeit leichtere Attacken auf, sodass sie nicht jede Attacke mit Triptanen behandeln müssen. Daher sollten Patienten mit beiden Optionen versorgt werden.

Behandlungsverlauf und -erfolg sollten in einem diagnostischen Kopfschmerzkalender dokumentiert werden. Dies ermöglicht eine Optimierung der Attackenbehandlung und Anpassung der Therapie. Die allgemeinen Regeln für die Attackenbehandlung sind

- Rückzug in eine ruhige und abgedunkelte Umgebung,



- körperliche und psychische Ruhe,
- lokale Kälte und/oder Wärmeanwendung.

### Analgetika und Antiemetika

Sowohl im klinischen Alltag als auch in kontrollierten Studien wirksam sind Azetylsalizylsäure, Ibuprofen, Naproxen und Diclofenac. Für Paracetamol, Phenazon und Metamizol ist die Studienlage weniger umfangreich, die Wirkung ist in der Praxis jedoch ebenfalls unstrittig. Kombinationspräparate mit mehreren analgetischen Komponenten und Koffein sind nicht zu empfehlen. Ein Vorteil insbesondere von Dreierkombinationen in der Migränetherapie ist nicht belegt. Da sie darüber hinaus mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung von medikamenteninduzierten Kopfschmerzen und Nephropathien in Verbindung gebracht werden, sollten sie nicht zum Einsatz kommen. Tabelle 2 listet die Optionen einer Behandlung mit Analgetika und Antiemetika auf.

### Serotonin-Rezeptorantagonisten (Triptane)

Die wirksamsten Substanzen in der Akuttherapie der Migräne sind die 5-HT<sub>1B/1D</sub>-Rezeptorantagonisten, auch Triptane genannt. Ergotamine haben aufgrund ihrer im Vergleich zu den Triptanen schlechteren Wirksamkeit und Verträglichkeit praktisch keinen Stellenwert mehr in der Migränetherapie. Die sieben in Deutschland erhältlichen Triptane unterscheiden sich hinsichtlich Effektivität, Verträglichkeit, Wirkgeschwindigkeit und Wirkdauer. Zudem sind sie in unterschiedlichen Darreichungsformen erhältlich (Tabelle 3). Bei frühem Erbrechen in der Attacke oder ausgeprägter Übelkeit empfiehlt sich der Einsatz der Nasensprays von Sumatriptan oder Zolmitriptan bzw. von Sumatriptan rektal oder subkutan. Schmelztabletten haben den Vorteil, dass sie unterwegs ohne Wasser eingenommen werden können. Ihr Wirkeintritt ist im Vergleich zur Tablette jedoch eher verzögert.

Für die Praxis ist es ausreichend, die Triptane in drei Gruppen einzuteilen:

- Gruppe 1: Sehr schnelle und sehr star-

Tabelle 3	
Triptane im Jahr 2006 (alphabetische Reihenfolge)	
–	Almotriptan (12,5 mg Tbl.)
–	Eletriptan (20 und 40 mg Tbl., maximale Startdosis: 2 x 40 mg)
–	Frovatriptan (2,5 mg Tbl.)
–	Naratriptan* (2,5 mg Tbl.)
–	Rizatriptan (5 und 10 mg Tbl., 5 und 10 mg Schmelztablette)
–	Sumatriptan** (50 und 100 mg Tbl., 10 und 20 mg nasal, 25 mg rektal, 6 mg s. c.)
–	Zolmitriptan (2,5 und 5 mg Tbl., 2,5 mg Schmelztablette und 5 mg nasal)
* Seit April 2006 auch im Bereich der Selbstmedikation erhältlich	
** Seit 2006 auch als Generikum erhältlich	

ke Wirkung, aber kurze Wirkdauer und höheres Nebenwirkungspotenzial:

- Sumatriptan 6 mg s. c.
- Gruppe 2: Ausgeglichenes Wirkprofil zwischen Wirkung und Verträglichkeit sowie Wirkgeschwindigkeit und Wirkdauer:

- Almotriptan 12,5 mg Tbl.,
- Eletriptan 40 mg Tbl.,
- Rizatriptan 10 mg Tbl./10 mg Schmelztbl.,
- Sumatriptan 100 mg Tbl./20 mg nasal/25 mg Supp.,
- Zolmitriptan 5 mg Tbl./5 mg Nasenspray.

Die nicht aufgeführten Darreichungsformen mit niedrigerer Dosis, d. h.

- Eletriptan 20 mg Tbl.,
- Rizatriptan 5 mg Tbl./Schmelztbl.,
- Sumatriptan 50 mg Tbl.,
- Sumatriptan 10 mg nasal und
- Zolmitriptan 2,5 mg Tbl./Schmelztbl.

sind jeweils tendenziell schwächer wirksam bei weniger Nebenwirkungen als die höhere Dosis.

- Gruppe 3: Anhaltende Wirkung und sehr gute Verträglichkeit, geringe Wiederkehrkopfschmerz-Rate, aber eher langsamerer Wirkeintritt:

- Frovatriptan 2,5 mg Tbl.,
- Naratriptan 2,5 mg Tbl.

### Einnahmezeitpunkt

Triptane können auch bei bereits fortgeschrittenen Migräneattacken effektiv sein, aber auch bei den Triptanen gilt: Je früher in der Migräneattacke eingenommen, desto vollständiger und anhaltender ist der Behandlungserfolg. Die Einnahme sollte jedoch erst nach Abklingen einer eventuellen Aura mit Beginn der Kopfschmerzphase erfolgen.

### Nichtansprechen

Wirkt ein Triptan in einer Migräneattacke nicht, ist die Wiederholung der Einnahme des Triptans in der gleichen Attacke in der Regel auch nicht wirksam, sofern die Startdosis gleichzeitig die empfohlene Höchstdosis der Einnahme war (z. B. Sumatriptan 100 mg oral oder Sumatriptan 6 mg s. c.). Beginnt der Patient jedoch mit einer niedrigen Dosis, z. B. Sumatriptan 50 mg oral oder Eletriptan 20 mg oral, kann eine Wiederholung der Einnahme nach zwei Stunden in der Praxis durchaus noch eine Linderung bringen. In folgenden Attacken empfiehlt es sich dann jedoch, primär eine höhere Startdosis zu wählen.

### Triptanrotation

Ist ein Triptan auch bei wiederholter Anwendung nicht effektiv, bedeutet dies bei einem Patienten nicht eine grundsätzliche Unwirksamkeit von Triptanen. In diesem Fall sollte ein Triptan aus einer Gruppe mit höherer Wirksamkeit (s. o.) gewählt werden. Endgültig Aufschluss über die individuelle Wirksamkeit von Triptanen bringt schließlich ein Therapieversuch mit Sumatriptan s. c.

### Kontraindikationen

Die Sicherheit von Triptanen ist sehr gut, sofern die Kontraindikationen – hier insbesondere jegliche Durchblutungsstörungen – beachtet werden.

Triptane sollten aufgrund einer noch unzureichenden Datenlage zur Sicherheit in der Schwangerschaft nicht eingesetzt werden. In der Stillzeit ist nach Einnahme eines Triptans eine Stillpause von 24 Stunden erforderlich.

Tabelle 4

**Migräneprophylaktika der ersten und zweiten Wahl****Substanzen der ersten Wahl**

- Metoprolol (50–200 mg)
- Propranolol (40–240 mg)
- Bisoprolol (5–10 mg)
- Flunarizin (5–10 mg)
- Valproinsäure (500–600 mg)
- Topiramamat (25–100 mg)

**Substanzen der zweiten Wahl**

- Amitriptylin (50–150 mg)
- Gabapentin (2400 mg)
- Naproxen (500 mg)
- Pestwurz (150 mg)
- Azetylsalizylsäure (300 mg)
- Magnesiumsalz (600 mg)
- Mutterkraut (13 mg)

**Wiederkehrkopfschmerz**

Bei Auftreten von Wiederkehrkopfschmerzen ist eine nächste Dosis eines Triptans in der Regel wieder genauso effektiv wie die vorherige. Die Einnahme sollte aber nicht häufiger als zweimal in 24 Stunden und an maximal drei konsekutiven Tagen erfolgen. Berichten Patienten regelmäßig über Wiederkehrkopfschmerzen, sollte zunächst ein lang wirksames Triptan wie z. B. Naratriptan oder Frovatriptan erprobt werden. Alternativ bewährt hat sich in diesen Fällen auch die Kombination von Triptanen mit einem lang wirksamen nicht steroidalen Antiphlogistikum wie Naproxen oder Piroxicam.

**Kombination mit Antiemetikum**

Die Kombination eines Triptans mit einem Antiemetikum ist möglich, um die Resorption zu verbessern, meist jedoch nicht erforderlich.

**Höchstdosen**

Kopfschmerz-Akutmedikation und damit auch Triptane sollten insgesamt nicht häufiger als an zehn Tagen im Monat eingesetzt werden, um einer Häufung der Migräneattacken und in letzter Konsequenz der Entstehung von medikamenteninduzierten Kopfschmer-

zen entgegenzutreten. Für Patienten mit häufigen Attacken bedeutet dies, eventuell auch einmal Migräneattacken unbehandelt durchstehen zu müssen. Die Praxis zeigt jedoch, dass nach einer unbehandelten Attacke das beschwerdefreie Intervall häufig deutlich länger ist als nach einer (erfolgreich) behandelten Attacke.

**Zulassung erweitert**

Triptane waren zunächst erst ab dem 18. Lebensjahr zugelassen. Kontrollierte Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass insbesondere Sumatriptan 10 mg nasal zuverlässig wirksam und gut verträglich ist, sodass diese Darreichungsform nun offiziell ab dem 12. Lebensjahr zur Anwendung kommen kann.

**Die Migräneattacke im ärztlichen Notdienst**

In der Notfallsituation sieht sich der behandelnde Arzt zwei Problemen gegenüber. Zum einen muss er sich in einer für den Patienten zumutbaren Zeitspanne davon überzeugen, dass tatsächlich eine Migräne vorliegt. Eine weiterführende Diagnostik wird immer dann erforderlich, wenn der Patient beschreibt, dass sich der Kopfschmerz von seinen typischen Migräneattacken unterscheidet und sei es nur von der Dauer. Differenzialdiagnostische Überlegungen müssen hier insbesondere intrakranielle Blutungen (subarachnoidal/intrazerebral), eine Sinusvenenthrombose oder eine Meningitis mit einschließen.

Der zweite Punkt ist die anschließende Wahl des Notfallmedikaments möglicherweise in Unkenntnis der von den Patienten in der Attacke bereits eingenommenen Substanzen. Ergotalkaloide und Triptane eignen sich aufgrund möglicher Wechselwirkungen mit bereits eingenommenen Substanzen daher weniger für den Notdienst als intravenös zu applizierendes Lysinacetylsalicylat in Kombination mit Metoclopramid.

Nicht durch Studien belegt, aber in der Praxis bewährt hat sich im Status migränosus auch die zusätzliche Kombination mit einem Kortikosteroid (z. B. Prednisolon 100 mg i. v.).

Tabelle 5

**Gründe für stationäre Aufnahme**

- Schmerzintensität und Ausmaß der Behinderung durch die Schmerzen
- Therapieineffizienz von ambulanten Maßnahmen
- Notwendigkeit für invasive Therapieverfahren
- Schwer wiegende Nebenwirkungen und Medikamentenübergebrauch
- Mangelnde Schmerzbewältigung
- Schwer wiegende psychische Begleiterkrankungen
- Schwer wiegende körperliche Begleiterkrankungen

**Bedingungen für eine wirksame medikamentöse Prophylaxe**

Das übergeordnete Ziel der medikamentösen Migräneprophylaxe ist das Verhindern der Entstehung von medikamenteninduzierten Kopfschmerzen. Die Anzahl der Migränetage pro Monat muss möglichst niedriger als 10 sein. Dadurch ist die Notwendigkeit zur Einnahme von Akutmedikation begrenzt und die Komplikation eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch wird vermieden.

Damit eine medikamentöse Prophylaxe wirksam sein kann, sind folgende Bedingungen zu beachten:

- Um die Compliance des Patienten auch dauerhaft zu gewährleisten, sollten bei der Auswahl der jeweiligen Substanz sowohl Grunderkrankungen als auch Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden.
- Typische Nebenwirkungen, über die der Patient bereits im Vorfeld informiert wurde, werden erfahrungsgemäß eher toleriert. Die erforderlichen Dosierungen liegen häufig relativ hoch. In den meisten Fällen ist die Verträglichkeit bei ausreichend langsamer Aufdosierung jedoch gut.
- Unrealistische Erwartungen der Patienten nach Attackenfreiheit sollten bereits vor Beginn der Behandlung

korrigiert werden. Wichtig ist auch die Information, dass mit einem Wirkeintritt erst nach einer mehrwöchigen Einnahme zu rechnen ist. Im Idealfall sollte ein Kopfschmerzkalender nicht nur während der medikamentösen Prophylaxe, sondern auch bereits mindestens einen Monat vorher geführt werden, um eine objektive Einschätzung des Behandlungserfolges zu ermöglichen.

- Wirkt eine Substanz nach Erreichen und regelmäßiger Einnahme der Ziel-dosis über einen Zeitraum von drei Monaten nicht, sollte entweder die Substanz gewechselt werden oder eine Kombination mit einer anderen Substanz in Erwägung gezogen werden.
- Nach einem Zeitraum von sechs bis neun Monaten kann bei einer erfolgreichen Prophylaxe ein Auslassversuch erfolgen. Steigt die Migränehäufigkeit erneut an, kann eventuell eine niedrigere Erhaltungsdosis der gleichen Substanz versucht werden.
- Eine Migräneprophylaxe kann nur wirksam sein, wenn auch eine Migräne vorliegt. Insbesondere kann ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz nur durch eine konsequente Medikamentenpause, nicht jedoch durch prophylaktische Maßnahmen durchbrochen werden. Anschließend ist eine medikamentöse Prophylaxe aber meist erforderlich, um eine Reduktion von medikamenteninduzierten Kopfschmerzen zu vermeiden.

- Ist die Indikation Migräne aufgrund eines „Out-of-label“-Einsatzes im Beipackzettel nicht aufgeführt, sollten die Patienten im Vorfeld auf diese Tatsache hingewiesen werden (z. B. trizyklische Antidepressiva, Antikonvulsiva). Eine Aufklärung ist auch sinnvoll, wenn Patienten mit Substanzen behandelt werden sollen, die zwar für die Migränebehandlung zugelassen sind, deren primäres Anwendungsgebiet jedoch ein ganz anderes ist (z. B. Betarezeptorenblocker). Damit können Irritationen seitens der Patienten vermieden werden.

#### Auswahl der Migräneprophylaktika

Anders als für die modernen Akuttherapeutika liegt für die meisten in der Migräneprophylaxe eingesetzten Substanzen nur eine geringe Anzahl kontrollierter Studien vor. Ein Überblick zeigt eine durchschnittliche Respon-derrate von ca. 60%. Dieser Prozentsatz der Patienten wies in den Studien eine Reduktion der Migränehäufigkeit um 50% gegenüber der Vorlaufphase auf. Vermisst werden jedoch vor allem Ver-gleichsstudien zwischen den verschie-denen Substanzen.

Ein Ranking der verschiedenen Migräneprophylaktika ist damit ge-zwungenermaßen in einem beträcht-lichen Maße subjektiv, womit die Unterschiede auch in verschiedenen nationalen und internationalen The-rapieempfehlungen zu erklären sind.

Die DGN-Leitlinie 2006 unterscheidet Substanzen der ersten und zweiten Wahl (Tabelle 4).

Bewährt hat sich in der Praxis, die individuellen Bedürfnisse und Gege-benheiten des Patienten als Auswahl-kriterium heranzuziehen. Dieses Vor-gehen berücksichtigt die individuellen Wünsche des Patienten und bestehende Komorbiditäten.

#### Stationäre Behandlung

Insgesamt ist die Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung von Mig-ränpatienten niedrig. Bestehen je-doch komplexe Begleiterkrankungen, schwer wiegende Komplikationen der Migräne oder ist ein umfangreiches Behandlungsregime erforderlich, ist die Weiterführung der ambulanten Be-handlung nicht zielführend. Spezielle multimodale stationäre schmerzthe-rapeutische Maßnahmen können da-gegen in solchen Situationen zu einer nachhaltigen Besserung führen (siehe Tabelle 5).

#### Literatur beim Verfasser

##### Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Hartmut Göbel  
Neurologisch-verhaltensmedizinische  
Schmerzambulanz Kiel  
Heikendorfer Weg 9–27  
D-24149 Kiel  
E-Mail: hg@schmerzambulanz.de  
Internet: www.schmerzambulanz.de

#### Summary | MMW-Fortschr Med. Sonderheft 2/2006 May 15;148:69–74

##### Migränetherapie 2006 in der Praxis

Die Migränetherapie setzt sich aus den Bausteinen Prophylaxe und Attacken-behandlung zusammen, wobei jeweils medikamentöse und nicht medikamen-töse Strategien zur Verfügung stehen. Zur Kupierung leichter Migräneattacken werden Analgetika und Antiemetika eingesetzt, bei schweren Attacken sind Triptane erforderlich.

Die Triptane unterscheiden sich hin-sichtlich ihrer Effektivität, Verträglich-keit, Wirkgeschwindigkeit und Wirkdau-er. Es gibt verschiedene Darreichungs-

formen. Bei koronaren, zerebralen und peripheren Gefäßerkrankungen sind Triptane kontraindiziert, ebenso in der Schwangerschaft. Zur Notfallbehand-lung sind sie nicht geeignet.

**Schlüsselwörter:** Migräne – Prophylaxe – Therapie – Triptane

##### Migraine Therapy in General Practice 2006

Migraine therapy consists of two ele-ments, prophylaxis and abortive treat-ment, for each of which both drug and nondrug strategies are available. To stop

mild migraine attacks, analgesics and antiemetics are employed; for severe attacks, triptans are necessary.

Triptans differ in their efficacy, toleran-ce, speed of onset of effect and duration of effect. Moreover, there are different pharmaceutical forms. Triptans are con-traindicated for coronary, cerebral and peripheral vascular diseases and, like-wise, during pregnancy. They are not suitable for emergency treatment.

**Keywords:** Migraine – Prophylaxis – The-rapy – Triptans