

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 9 – Wenn es hämmert und sticht – Migräne

Vorspann mit Hintergrundmusik

DR. PETER STORCH: Kopfschmerzen, die in der Regel halbseitig sind, ne? Das ist so das meiste bei der Migräne.

DR. BENJAMIN ILSE: Wenn in der Familie, also genetisch, da eine Prädisposition, also eine Veranlagung besteht, dann kann überhaupt erst eine Migräne entstehen.

DR. PETER STORCH: Dann sind Frauen ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer.

DR. BENJAMIN ILSE: Migräne ist eine chronische Erkrankung, das heißt, es wechselt von der Häufigkeit über so die Lebensspanne.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Migräne. Wenn die Migräne zuschlägt, dann ist es für die Betroffenen eine echte Qual. Der Kopf hämmert, pocht und sticht. Dazu kommen oft noch Übelkeit und Lichtempfindlichkeit. Migräne ist dabei gar nicht mal selten. Etwa zehn Prozent der Deutschen leiden an Migräne. Migräne ist damit nach dem Spannungskopfschmerz die häufigste Kopfschmerzkrankung. Wie Migräne richtig diagnostiziert wird und was Betroffenen wirklich helfen kann, darüber sprechen wir heute mit unseren Neurologen aus dem Mitteldeutschen Kopfschmerzzentrum. Dr. Peter Storch, hallo.

DR. PETER STORCH: Hallo.

MODERATORIN: Und Dr. Benjamin Ilse, hallo.

DR. BENJAMIN ILSE: Ja, hallo.

MODERATORIN: Jeder von uns kennt ja Kopfschmerzen, sei es bei einer Erkältung oder wenn der Wetterumschwung mal wieder ist. Aber was unterscheidet denn so einen normalen Kopfschmerz von einem Migräne-Kopfschmerz?

DR. PETER STORCH: Ja, normaler Kopfschmerz, damit meint man den Kopfschmerz vom Spannungstyp. Das ist typischerweise ein beidseitiger Kopfschmerz. Der hat so einen dumpf drückenden Charakter. Die Schmerzintensität kann unterschiedlich stark sein. Es gibt Patienten, die haben ganz leichten Kopfschmerz, aber auch ganz starken Kopfschmerz. Und typischerweise treten keine Begleitsymptome auf, wie Übelkeit oder Erbrechen, Lärm und Lichtscheu. Und in der Regel wird dieser Kopfschmerz dann auch nicht schlimmer beim Sport oder beim Bücken oder Kopfschütteln. Und davon kann man klinisch ganz gut die Migräne unterscheiden, Benjamin?

DR. BENJAMIN ILSE: Genau. Und neben diesen klinischen Hinweiszeichen gibt es dann auch noch so andere Hinweise, auf die man achten kann. Gibt es jetzt diesen Kopfschmerz auch schon in der Familie? Ist der Kopfschmerz begleitet von einer Aurasymptomatik, also noch zusätzlichen Symptomen, wie zum Beispiel Zackenlinien sehen oder Lichtpunkte sehen, die sich da so dynamisch bewegen? Oder ist der Kopfschmerz begleitet zur Menstruation der Frau?

MODERATORIN: Sind denn generell mehr Frauen als Männer von Migräne betroffen?

DR. PETER STORCH: Ja, bei den Kindern ist das eigentlich noch gleich verteilt. Da sind Jungs und Mädchen ungefähr gleich verteilt. Insgesamt haben schon fünf Prozent aller Kinder Migräne, Kopfschmerzen. Das sind dann häufig andere Kopfschmerzattacken, die gar nicht so lange dauern, oft nur eine Stunde. Und dann ist der Spuk wieder vorbei. Und erst zur Pubertät gibt es

dann so eine Auseinanderentwicklung. Dann sind Frauen ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer.

MODERATORIN: Wächst es bei den Kindern dann aber wieder raus oder hat man dann sein Leben lang Migräne, wenn man das als Kind schon hat?

DR. BENJAMIN ILSE: Genau. Also Migräne ist eine chronische Erkrankung. Das heißt, es wechselt von der Häufigkeit über die Lebensspanne. Es gibt dann so Phasen im Leben, wo es eben häufiger wird. Wie schon gesagt, in der Pubertät bei der Frau nimmt die Migränezfrequenz häufig zu. Dann gibt es so eine Phase der Schwangerschaft zum Beispiel, wo der Migräne so bei einem Großteil der Frauen von der Frequenz abnimmt. Ebenso dann noch in der Stillzeit. Und dann ab den Wechseljahren gleicht es sich dann auch zwischen Männern und Frauen eben meistens wieder an von der Frequenz.

MODERATORIN: Wenn ich nicht weiß, ich habe Migräne, was sind denn so Warnzeichen, weil ich dann wirklich zum Arzt gehen sollte, um es doch mal überprüfen zu lassen?

DR. PETER STORCH: Ja, ich denke, jeder Patient mit einer Kopfschmerzerkrankung sollte auf jeden Fall zum Arzt gehen, um zu klären, was es für ein Kopfschmerz ist. Ob es ein primärer Kopfschmerz ist, da ist der Kopfschmerz selber die Erkrankung. Oder ob es ein sekundärer Kopfschmerz ist, dass irgendeine andere Erkrankung dahintersteckt, die als Symptom Kopfschmerz macht. Und bei den primären Kopfschmerzerkrankungen ist das so, dass es da Diagnosekriterien gibt, klinische Diagnosekriterien. Da muss der Kopfschmerz typisch sein und dann werden diese Kriterien abgefragt. Und wenn die dann zutreffen und wenn der neurologische Untersuchungsbefund unauffällig ist, das heißt der Patient hat dann keine neurologischen Ausfallerscheinungen wie Lähmung oder Sehstörung, dann kann man die Diagnose Migräne oder Spannungskopfschmerz sicherstellen. Und wenn die Kriterien nicht zutreffen oder wenn der neurologische Untersuchungsbefund nicht unauffällig ist oder wenn sonstige Symptome dazukommen, systemische Zeichen wie Fieber oder solche Sachen, dann muss man an einen sekundären Kopfschmerz denken und dann muss man auch weitere Untersuchungen machen, wie in der Neurologie zum Beispiel eine cerebrale Bildgebung, also ein CT oder MRT vom Kopf oder weitere Untersuchungen, Laboruntersuchungen, Nervenwasseruntersuchungen, EEG-Untersuchungen. Das braucht man, wenn die Diagnosekriterien bei der Migräne oder beim Kopfschmerz vom Spannungstyp zutreffen, alles nicht. Weil dann kann man sicher sagen, dass es eine Migräne ist, wenn das stimmt, sozusagen von den Kriterien her.

MODERATORIN: Können Sie diese Kriterien mal ein bisschen erläutern?

DR. PETER STORCH: Kann ich gerne machen. Das sind so Kopfschmerzen, die in der Regel halbseitig sind. Das ist so das meiste bei der Migräne und das typische ist, dass die Seite wechseln kann. Also Migräne ist auch das Wort, kommt aus dem griechischen Hemigrania oder daran heraus hat sich dann im Laufe der Zeit dieses Wort Migräne entwickelt im Deutschen. Und genau, das typische ist, dass die Seite von Attacke zu Attacke auch wechseln kann, dass es nicht immer streng nur auf einer Seite ist, aber auch da gibt es natürlich Ausnahmen. Und es gibt auch selten allerdings Patienten, die eine Migräne haben und beidseitige Kopfschmerzen haben. Aber trotzdem ist diese Halbseitigkeit erstmal ein wesentliches Kriterium. Dann ist ein Kriterium, dass der Kopfschmerz unbehandelt mindestens mittelstark oder stark sein muss. Also wenn man fragt, das sehe ich in der Schmerztherapie immer ab, auf so einer Skala von 0 bis 10. Wie stark ist denn der Schmerz im Durchschnitt oder wenn er besonders stark ist? Und der muss bei der Migräne mindestens mittelstark sein. Beim Spannungskopfschmerz, das hatten wir ja gerade schon, da kann er auch leichtgradig sein. Und ein ganz wichtiges Kriterium auch um zu unterscheiden, ob es eine Migräne oder ein Spannungskopfschmerz ist, ist die Frage, die wir immer den Patienten stellen, wie ist ihr Kopfschmerz bei körperlicher Anstrengung, beim Kopfschütteln oder Bücken, da wird das bei der Migräne auf jeden Fall schlimmer. Und beim Spannungskopfschmerz muss das nicht unbedingt schlimmer werden, das ist eigentlich egal. Es wird auch nicht besser dadurch, aber eben auch nicht schlechter. Der Patient kann Sport machen, das lenkt ihn vielleicht ab und der Kopfschmerz wird auf jeden Fall dadurch nicht schlimmer. Dann sind bei der Migräne ganz typische Begleitsymptome vorhanden, wie Übelkeit, Erbrechen, Lärmscheu, Lichtscheu, Geruchsempfindlichkeit. Auch das hat man in der Regel beim Spannungskopfschmerz nicht.

DR. BENJAMIN ILSE: All diese Kriterien sind in einer internationalen Kopfschmerzklassifikation letztlich niedergeschrieben. Das ist wichtig, um den Kopfschmerz auch international vergleichen zu können. Wenn man jetzt Medikamentenstudien oder Häufigkeitsuntersuchungen machen möchte, ist es eben wichtig, nicht von Äpfeln und Birnen zu sprechen, sondern von der gleichen Erkrankung. Weiter ist es hilfreich für uns und für die Patienten, die das meistens schon wissen, wenn sie zu uns ins Mitteldeutsche Kopfschmerzzentrum kommen, diese Kopfschmerzen aufzuschreiben. Da gibt es verschiedene Hilfsmittel. Es gibt die Kopfschmerzkalender, ganz klassisch in Papierform. Etwas moderner oder neuer und oft auch praktischer, weil es nicht vergessen werden kann, sind die Migräne- oder Kopfschmerzkalender in digitaler Form, eben als App. Da gibt es sehr viele verschiedene Versionen, die teilweise auch noch Ratschläge geben, die teilweise auch das Wetter mit beinhalten oder eben verschiedene andere Triggerfaktoren mit auflisten, die aber insgesamt sehr hilfreich sind, um dann zu differenzieren, was ist es denn für ein Kopfschmerz. Denn genau die Sachen, die Herr Storch jetzt aufgelistet hat oder aufgezählt hat, werden dort etwas vereinfacht abgefragt, sodass man dann in der Sprechstunde mit den Patienten häufig viel einfacher schauen kann, wie war denn der Kopfschmerz jetzt über die letzten Monate, da die Patienten sich naturgemäß oft nicht erinnern, wie war denn jetzt vor drei Monaten der Kopfschmerz. Wenn man das dann einmal aufgeschrieben hat, ist es einfacher, die Diagnose zu stellen.

MODERATORIN: Und wenn die Diagnose dann steht, wie behandelt man oder wie kann man Migräne behandeln?

DR. PETER STORCH: Ja, Migräne, das muss man glaube ich als allererstes sagen, ist nicht heilbar. Das ist eine chronische Erkrankung, deren Ursachen auch bisher nur unzureichend verstanden sind. Und obwohl man es nicht heilen kann, kann man in der Regel Migräne sehr gut behandeln. Und da unterscheiden wir zum einen zwei Säulen der Therapie. Erstmal die Akuttherapie der einzelnen Migräneattacken. Das ist im Wesentlichen medikamentös mit Schmerztabletten. Und die vorbeugende Behandlung, also was kann man alles tun als Migränepatient, damit die Attacken weniger häufig auftreten, die einzelnen Attacken auch weniger lang oder die Schmerzintensität geringer ist. Zur Akuttherapie der einzelnen Migräneattacken haben die meisten Patienten ja schon sogenannte normale Schmerztabletten eingenommen, wie zum Beispiel ASS oder Ibuprofen. Bei einem Teil der Patienten sind die auch gut wirksam. Wichtig ist bei allen Schmerzmitteln ja immer, dass man da nicht zu viele von nimmt. Und da gibt es die 10-20-Regel. Das heißt, Patienten sollten in der Regel an nicht mehr als 10 Tagen pro Monat überhaupt Schmerzmittel einnehmen, weil sich sonst der Kopfschmerz die Migräne verschlechtert. Oder viel wichtiger noch zu merken ist, dass man an 20 Tagen pro Monat eben nichts einnimmt. Und wenn diese normalen Schmerzmittel aber nicht ausreichend wirken, dann werden die Patienten in der Regel mit sogenannten Triptan-Präparaten behandelt. Das sind spezifisch bei der Migräne wirksame Schmerzmedikamente, die sehr nebenwirkungsarm sind und in der Regel so nach ein bis zwei Stunden eine Kopfschmerzfreiheit bewirken. Diese vorbeugende Behandlung teilt sich dann in medikamentöse Verfahren. Das sind also in der Regel Dauermedikamente, die man über einen längeren Zeitraum einnimmt und die dann das Ziel haben, dass die Migräne besser wird. Und fast noch wichtiger, was die Basis der vorbeugenden Therapie darstellen sollte, sind nicht medikamentöse Verfahren, wie zum Beispiel regelmäßiger Ausdauersport oder das Erlernen und die regelmäßige Durchführung von Entspannungstechniken. Und bei vielen Patienten auch tatsächlich so ein bisschen eine Lebensstilumstellung, dass man sich sozusagen an die Migräne anpasst und überlegt, was sind Auslöser, was wirkt sich in meinem Leben eher ungünstig aus und was kann ich überhaupt ändern.

MODERATORIN: Was sind denn so klassische Auslöser für eine Migräneattacke?

DR. BENJAMIN ILSE: Nicht jeder kann ja Migräne bekommen, wie wir schon gesagt hatten. Das heißt, wenn in der Familie, also genetisch, da eine Prädisposition, also eine Veranlagung, besteht, dann kann überhaupt erst eine Migräne entstehen und dann kommt da häufig einiges zusammen. Wir hatten schon von hormonellen Faktoren gesprochen. Das heißt, wenn eben das Östrogen abfällt zu Beginn eben oder im Zyklus, dann kann eine Migräneattacke auftreten oder häufiger auftreten. Es gibt noch viele weitere mögliche Faktoren, für die es oft nicht gute Belege gibt. Also da berichten viele Patienten über unterschiedliche Faktoren, eben das Wetter oder Stress oder

eben auch Unregelmäßigkeiten im Leben. Das heißt, Unregelmäßigkeiten im Schlaf, Unregelmäßigkeiten des Essens, des Trinkens, des Zuckerspiegels. Da gibt es sehr viele verschiedene Triggerfaktoren, die wahrscheinlich alle etwas Einfluss haben, aber eben alle zusammen wahrscheinlich, also multifaktoriell Einfluss haben und dann auch wieder sehr individuell sind. Da gibt es jetzt noch nicht den einen Faktor, wenn man den ausschließt, dass dann sicher keine Migräne auftritt, sondern es ist immer dieses ganze Kontinuum zusammen und das berichten uns auch die Patienten, dass wenn sowieso schon etwas im Leben gerade nicht gut läuft, Stress ist eine Erkrankung, noch irgendeine andere Erkrankung, dass dann häufig noch die Migräne zusätzlich dazu kommt.

MODERATORIN: Jetzt sind wir hier im mitteldeutschen Kopfschmerzzentrum. Klingt groß. Kann hier jeder Migräne-Patient kommen, Hilfe finden, Hilfe suchen oder muss man da auch bestimmte Kriterien erfüllen?

DR. PETER STORCH: Ja, erstmal muss man sagen, jeder Kopfschmerz-Patient. Wir haben zwar die größte Gruppe der Patienten, die unter Migräne leiden, das ist so, weil es eben, Sie hatten das eingangs gesagt, es ist nicht die häufigste Kopfschmerzkrankung. Die häufigste Kopfschmerzkrankung sind Spannungskopfschmerzen, aber diese Patienten sehen wir in der Regel nicht. Die haben das auch häufig nur sehr selten und behandeln sich dann selber, gehen in die Apotheke oder besprechen das allenfalls mit dem Hausarzt. Deswegen ist die zweitgrößte Gruppe sozusagen, ist dann unsere größte Gruppe hier im Kopfschmerzzentrum. Und neben der Migräne behandeln wir eigentlich alle Formen der chronischen Kopfschmerzen, zum Beispiel Patienten mit Cluster-Kopfschmerzen oder mit Trigeminusneuralgie, aber auch Patienten mit seltenen Kopfschmerzkrankungen. Wir sind zum Beispiel Teil des Zentrums für seltene Erkrankungen hier in Jena und bieten ganz spezielle Diagnose- und Therapiemöglichkeiten für Patienten mit sehr seltenen Kopfschmerzen an. Die werden natürlich häufig im Alltag übersehen, weil sie eben so selten sind und weil man da eben so einen besonderen Blick für haben muss. Das ist tatsächlich so einer unserer Schwerpunkte hier.

DR. BENJAMIN ILSE: Ein weiteres Angebot haben wir, denke ich, für chronisch migräneerkrankte Patienten. Da haben wir schon gesagt, das ist eigentlich nicht ganz zutreffend, dieser Begriff, weil natürlich jede Migräne irgendwie chronisch ist. Aber man muss dann unterscheiden zwischen der episodischen Migräne und der chronischen Migräne als Begriff. Das führt manchmal zu Verwirrung bei den Patienten, weil es eben so im Brief steht. Eine chronische Migräne ist bezeichnend als eine Migräneerkrankung mit über 15 Kopfschmerztagen im Monat an drei Monaten am Stück, wovon mindestens acht Tage Migräne sein müssen. Das sind jetzt sehr viele Zahlen, aber für die betroffenen Patienten wird das eben aufgezeichnet. Die bringen dann eben die Kopfschmerzkalender mit und dann kann man das sehr gut nachvollziehen. Das heißt, die haben über die Hälfte des Monats Kopfschmerzen mit sehr vielen Migränetagen davon. Und diese Patienten haben meistens auch schon eine längere Odyssee hinter sich. Die Therapeuten haben schon verschiedene Medikamente zur Vorbeugung, also zur Prophylaxe, eingenommen, die die Migränefrequenz senken sollte. Das hat manchmal auch schon geklappt, manchmal aufgrund von Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten leider nicht. Und für diese Patienten kommt dann eine multimodale Behandlung oft gut in Betracht. Eine multimodale Behandlung bedeutet, dass eben nicht nur der Arzt, die Ärztin mit dem Rezeptblock dem Patienten gegenüber sitzt, sondern dass wir andere Therapeuten anderer Disziplinen mit einbeziehen in der Behandlung. Und da sind zu nennen eben die Schmerzpsychologinnen, die sehr individuell auf die Patienten eingehen können, schauen können, welche Faktoren gibt es denn jetzt gerade im Leben, die den Schmerz noch begünstigen, dazu führen, dass der Schmerz gerade aus irgendwelchen Gründen nicht besser werden kann. Zusätzlich zu der Therapie werden eben einbezogen die Ergotherapeuten, die Physiotherapeuten und Ernährungsberatung. Und das alles zusammen haben wir hier im Mitteldeutschen Kopfschmerzzentrum als so ein Angebot der Kopfschmerzwoche, dass eben Patienten eingeschlossen werden können, die stark belastet sind durch ihre Migräne-Kopfschmerzen.

DR. PETER STORCH: Genau und durch diese Kombination der medikamentösen Therapien und der nicht medikamentösen Therapieverfahren hat man eben am ehesten die Chance bei chronischen Kopfschmerzen, dass es besser wird. Und dann ist es natürlich auch ganz wichtig, die

Patienten zu motivieren, auch dabei zu bleiben, regelmäßig dann diese Entspannungstechniken durchzuführen oder regelmäßig Sport zu treiben oder so. Das heißt, da ist es ganz wichtig, die Patienten auch regelmäßig weiter zu betreuen und zu motivieren. Eine größere Gruppe von Patienten hier bei uns im Kopfschmerzzentrum hat zum Beispiel so einen Kopfschmerz beim Medikamentenübergebrauch. Das ist so eine Kopfschmerzart, die kann komischerweise nur Patienten treffen, die eine primäre Kopfschmerzerkrankung wie eine Migräne oder einen Kopfschmerz vom Spannungstyp haben. Und wenn diese Patienten regelmäßig an mehr als zehn Tagen im Monat Schmerztabletten einnehmen und die haben dann eben auch an über 15 Tagen pro Monat Kopfschmerzen, dann haben die so einen Kopfschmerz beim Medikamentenübergebrauch. Und diese Patienten, da gibt es verschiedene Therapiemöglichkeiten. Eine Therapiemöglichkeit ist eine Schmerzmittelpause, ein Schmerzmittelentzug durchzuführen. Ein großer Teil der Patienten wird danach deutlich besser. Einem Teil der Patienten reicht allein schon der Hinweis, dass es einen negativen Zusammenhang gibt zwischen zu vielen Schmerztabletten und zu häufigen Kopfschmerzen. Und dann können die schon selber sozusagen ohne unsere weitergehende Unterstützung so ein bisschen ihr Einnahmeverhalten umstellen und weniger Schmerzmittel nehmen und dann bessert sich der Kopfschmerz. Und dann gibt es eben jetzt auch seit einigen Jahren verschiedene Medikamente, die man einsetzt, wo wir wissen, dass die auch wirken, also dass die die Kopfschmerzhäufigkeit auch senken können, obwohl die Patienten so viel Schmerzmittel nehmen, was man vorher gar nicht so dachte. Und das ist auch so eine Patientengruppe, wo man nach einer erfolgreichen Schmerzmittelpause, wo man sich dann tatsächlich auch weiter darum kümmern muss, wo die Nachsorge ganz wichtig ist, die ärztliche oder auch die psychologische Nachsorge. Und je besser wir uns dann weiterhin um die Patienten auch kümmern, desto geringer ist dann auch die Rückfallquote.

MODERATORIN: Das heißt, die kommen auch wirklich dann regelmäßig hierher, haben jetzt nicht nur diese Schmerzwoche und Tschüss, sondern sind dann auch regelmäßig hier in Behandlung?

DR. BENJAMIN ILSE: Wir arbeiten natürlich mit den niedergelassenen Kollegen eng zusammen. Also es ist oft ein Wechselspiel. Das heißt, die Patienten gehen natürlich zuerst zu ihrem Hausarzt, Hausärztin werden dann teilweise weitergeschickt zu eben den ambulanten Neurologen. Und teilweise kommen dann wir mit ins Spiel, wenn eben die Migränefrequenz trotz medikamentöser Prophylaxe, also Schutztherapie, weiter zunimmt, wenn eben so ein Übergebrauchskopfschmerz vorhanden ist. Oder, und das ist auch gar nicht so selten bei den Patienten mit Migräne, dass noch eine Komorbidität hält, also eine weitere Erkrankung vorliegt, wie zum Beispiel eine Depression oder eine Angsterkrankung. Und das dazu führt, dass eben nicht nur die Migräne dann ein Problem ist, sondern dass es so eine Art Spirale ist. Das heißt, durch den Kopfschmerz wird der Schlaf schlechter, insgesamt wird die Stimmung gedrückt, eben depressive Symptome kommen dazu. Und das alles zusammen braucht dann häufig eine Behandlung eben nicht nur durch jetzt einen einzigen Neurologen, sondern hier ist das Zusammenspiel mit den Schmerzpsychologen sehr essentiell. Wo man dann oft schaut, braucht es Medikamente jetzt zum Beispiel gegen die Migräne oder vielleicht auch Medikamente oder eben auch Psychotherapie, längerfristige Psychotherapie vielleicht sogar, aufgrund eben auch der psychiatrischen Begleiterkrankung.

MODERATORIN: Gibt es denn Hoffnung, dass man eine Heilung findet, die Ursache rausfindet von Migräne und da mehr tun kann?

DR. PETER STORCH: Ja, gibt es Hoffnung auf Heilung? Da muss man sagen, das hatten wir ja auch schon besprochen, die gibt es tatsächlich nicht, da wir die Grundlagen, die genetischen Grundlagen der Migräne auch noch gar nicht kennen. Das heißt, wir können den Patienten nicht versprechen, dass sie kopfschmerzfrei werden, die Migräne-Patienten, können aber gut behandelt werden. Das Ziel ist dann eben, durch eine Optimierung der Akuttherapie der einzelnen Attacken und durch eine vernünftige vorbeugende Therapie, die Häufigkeit der Migräne auf ein Minimum zu senken von vielleicht zwei, drei Migräne-Attacken pro Monat, die die Patienten dann auch mit einer vernünftigen Akuttherapie gut behandeln können. Da können wir ja vielleicht noch ein bisschen was zu der medikamentösen Therapie sagen, die Akuttherapie. Da ist so der Goldstandard seit vielen Jahren der Einsatz von sogenannten Triptan-Präparaten. Das sind Schmerztabletten, die speziell für die Migräne entwickelt worden sind, die da die Freisetzung von einem speziellen

Schmerzprotein, CGRP heißt das, das ist so das Schmerzprotein, was bei der Migräne eine wichtige Rolle spielt, zumindest das, was wir im Moment kennen, wo so der Fokus der Therapie im Moment drauf liegt. Die Freisetzung wird dadurch blockiert. Das sind Schmerzmittel, die, wenn sie gut wirken, eigentlich nach einer Stunde zu Kopfschmerzfreiheit führen sollten. Da gibt es verschiedene Präparate, die die Patienten in der Regel mal ausprobieren und sich dann für eins entscheiden, was eben besonders gut wirkt. Und bei unseren Patienten, die chronische Kopfschmerzen in der Regel haben, da ist dann eigentlich die vorbeugende medikamentöse Therapie noch viel wichtiger. Und da kannst du ja vielleicht noch ein bisschen was zu sagen, Benjamin.

DR. BENJAMIN ILSE: Genau. Da gibt es so etablierte Therapien, würde ich das jetzt nennen, oder man liest dann vielleicht auch orale Therapien. Das sind eben Medikamente, die als Tablette, also über den Mund, aufgenommen werden und schon seit vielen Jahren im Gebrauch sind. Da gibt es so vier bekannte Substanzklassen. In vielen sind dann sicherlich die Blutdrucksenker, also die Beta-Blocker bekannt. Beta-Blocker als Herzmedikamente, die die Herzfrequenz senken, aber eben auch die Migränefrequenz recht zuverlässig senken können. Hier ist es ganz wichtig, überhaupt bei diesen Medikamenten zur Vorbeugung oder zur Prophylaxe, den Patienten zu sagen, was möchte ich erreichen. Und das Ziel, was so ausgegeben ist, ist eine Reduktion der Kopfschmerztage um die Hälfte, also um 50 Prozent nach ungefähr drei Monaten. Das ist so ein wichtiges realistisches Ziel, was man auch am Anfang kommunizieren sollte, damit man auch von dem gleichen Ziel spricht und dann auch jetzt keine falschen Erwartungen am Anfang stürzt. Und noch mal zurückzukommen auf die einzelnen Substanzen. Wie gesagt, es gibt diese Beta-Blocker als sehr etablierte medikamentöse Therapie, die in der Regel auch gut vertragen werden. Dann gibt es andere Blutdrucksenker, das Flunarizin, was eben auch ein Blutdrucksenker ist, zum Abend eingenommen wird. Und es gibt weitere Substanzgruppen, Antiepileptika, also Mittel, die eigentlich gegen epileptisches Anfallsleiden gerichtet sind, Topiramate nennt sich das. Und eine weitere Substanzgruppe, Sie merken schon, es sind ganz verschiedene Substanzgruppen, die da in der Migränetherapie helfen, das sind Antidepressiva und hier namentlich das Amitriptylin, welches bei der Migräne zugelassen ist. Grundsätzlich kommt diese Substanzen bei Patienten mit drei oder vier Migränetagen im Monat in Betracht, was wir individuell dann mit dem Patienten besprechen. Möchten Sie jetzt diese Dauertherapie mit eventuell dann eben auch Nebenwirkungen, um die Migränefrequenz zu senken? Oder ist es ein Zeitpunkt, wo Sie sagen, nein, ich möchte jetzt meine Akuttherapie noch mal optimieren oder schauen, was ich nicht medikamentös noch anders machen kann, intensivieren kann? Oder eben, ich beginne doch jetzt schon mit dieser Prophylaxe in der Hoffnung oder dann auch in der Erwartung, dass die Migränefrequenz entsprechend reduziert wird. Das sind so die etablierten Substanzen, die wir seit vielen Jahren einsetzen. Da hat sich inzwischen doch einiges noch mal gewandelt. Peter, magst du dazu noch etwas sagen?

DR. PETER STORCH: Ja, gerne. Seit einigen Jahren haben wir die Antikörpertherapien. Antikörper sind kleine Proteine, die gegen bestimmte Stoffe im Körper gerichtet sind. Da gibt es jetzt eben Antikörper gegen CGRP, Calcitonin Gene-Related Peptide. Das ist so das zentrale Schmerzprotein bei der Migräne, zumindest das, was wir kennen. Das ist so die erste medikamentöse vorbeugende Therapie, die auf der Grundlage dessen, was wir da so wissen über die Migräne, entwickelt wurde. Diese Medikamente sind sehr zielgenau und weil sie so zielgenau sind, haben sie auch extrem wenig Nebenwirkungen. Was kann man jetzt von so einer Antikörpertherapie erwarten? Da kann man so Pi mal Daumen sagen, dass so bei 50 bis 60 Prozent der Patienten, die eine solche Therapie erhalten, eine mindestens 50-prozentige Besserung der Migränehäufigkeit auftritt. Das ist in der Migränetherapie ein sehr guter Wert. Dann gibt es noch spezielle Therapieformen, vor allem bei chronischer Migräne, wie zum Beispiel die Botox-Therapie. Da wird also nach einem bestimmten Schema an insgesamt 31 Punkten im Kopf-Hals-Bereich Botox appliziert. Das ist auch migräne-prophylaktisch wirksam, allerdings nur bei chronischer Migräne. Was der Benjamin da gerade erzählt hat, dass die Patienten an über 15 Tagen pro Monat Kopfschmerzen haben müssen. Botox hilft zum Beispiel nicht, wenn die Patienten deutlich seltener unter Kopfschmerzen leiden.

MODERATORIN: Jetzt sind wir hier im Uniklinikum, da gehört die Forschung auch mit dazu. Machen wir hier Studien zur Migräne?

DR. BENJAMIN ILSE: Wir haben verschiedene Studien bei uns im Mitteldeutschen Kopfschmerzzentrum und probieren damit, den Patienten zu helfen. Diese Studien können wir zum einen in Beobachtungsstudien einteilen. Das heißt, hier schauen wir mit den Patienten gemeinsam auf die Häufigkeit der Migräne. Da gibt es zunehmend Registerstudien. Ich hatte ja schon gesagt, man probiert auch die Häufigkeit international besser zu erheben und zu schauen, was es eigentlich für Kopfschmerzen gibt. Vielleicht sind die regional unterschiedlich. In welcher Bevölkerungsgruppe sind welche Kopfschmerzen häufiger? Da nehmen wir als Kopfschmerzzentrum Teil an dem Deutschen Kopfschmerzregister von der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Die bieten unter anderem eine kostenfreie App für den Kopfschmerzkalender an, die sich jeder downloaden und nutzen kann. Und gern angehalten ist, auch die wirklich zu nutzen, die uns helfen wird, die Migränezfrequenz insgesamt besser zu verstehen. Und auch besser zu verstehen, welche Medikamente wirklich im real life oder real world, also im echten Leben, wirklich gut helfen. Und welche die Patienten auch gut vertragen und akzeptieren, weil dann einfach von vielen, vielen Menschen diese Medikamente untersucht werden können. Indem sie es eben einfach eingeben in ihrem echten Leben unter echten Bedingungen. Zusätzlich sind wir Teil der MOH-Studie. MOH, hat Peter schon angedeutet oder gesagt, ist dieser Übergebrauchskopfschmerz. Und er hatte ja auch schon gesagt, das ist etwas, was dann leider immer wieder passieren kann. Das heißt, die Patienten hatten diesen Übergebrauchskopfschmerz, haben dann vielleicht eine Schmerzmittelpause gemacht, ein wirksames Medikament bekommen. Und dann gibt es leider wieder Lebensphasen, in die die Patienten wieder da hineinrutschen können. Und um das zu verhindern, ist die Hypothese, dass das regelmäßige Eintragen in eben ein Kalender, das verhindern soll und zusätzlich dann weitere Interventionen, also zusätzliche Dinge, die mit den Patienten dann besprochen werden. Und das wird in einer MOH-Studie untersucht, die aus Essen geleitet wird und in die wir Patienten hier in unserem Zentrum auch sehr gerne einschließen können. Neben diesen Beobachtungsstudien führen wir hier auch Interventionsstudien durch, also Studien, wo neue Substanzen, neue Medikamente getestet werden. Peter, magst du dazu was sagen?

DR. PETER STORCH: Ja, neben diesen Registerstudien führen wir hier auch klassische Zulassungsstudien durch für neue Medikamente und zwar sowohl bei der Migräne als auch zum Beispiel beim Clusterkopfschmerz. Patienten, die sich für eine Studienteilnahme interessieren und neue Medikamente in der Akuttherapie oder Prophylaxe mal ausprobieren wollen im Rahmen einer Studie, können sich gerne bei uns am Kopfschmerzzentrum melden.

MODERATORIN: So, vielleicht zum Schluss noch, möchten Sie den Betroffenen, was können Sie den Betroffenen dann noch auf den Weg geben?

DR. PETER STORCH: Ja, was wir auf jeden Fall den Betroffenen mit auf den Weg geben können, ist, dass es auch gerade für chronische Kopfschmerzpatienten wieder Hoffnung gibt. Wir sehen immer wieder Patienten, die vor 10, 15 Jahren das letzte Mal beim Schmerztherapeuten oder Neurologen waren und die tatsächlich dann irgendwann die Hoffnung aufgegeben haben, dass noch irgendwas zu einer Besserung führt, dass ihnen noch irgendwas hilft. Und gerade in den letzten Jahren sind so viele neue Therapiemöglichkeiten dazugekommen, auch neue Medikamente zur Akuttherapie oder Prophylaxe von Kopfschmerzen, dass das vielleicht auch so ein Appell ist, der Mut machen sollte, dass gerade diese Patienten dann vielleicht doch noch mal sich melden bei ihrem Hausarzt oder Neurologen oder Schmerztherapeuten oder zu uns kommen und sich beraten lassen, was es jetzt mittlerweile alles für Therapieoptionen gibt zur Linderung von Kopfschmerzen.

DR. BENJAMIN ILSE: Und dass die Patienten sehr gern auch rechtzeitig sich auf den Weg machen, medizinische, ärztliche Hilfe zu suchen, dass eben solche Komplikationen, so nennt man das, wie eben dieser Übergebrauchskopfschmerz, möglichst gar nicht erst zustande kommt, sondern dass dann schon rechtzeitig eben gezielte Akutmedikamente eingesetzt werden oder eben vor allem rechtzeitig die Prophylaxe, das heißt die vorbeugende Medikation, begonnen werden kann.

MODERATORIN: Ganz herzlichen Dank für die vielen spannenden und hoffentlich auch hilfreichen Informationen und wir hören uns wieder.