

## Neue Leitlinien zur Migräneprophylaxe

Im letzten Quartal 2005 wurden neue Leitlinien zur Therapie der Migräne veröffentlicht (Diener et al.: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Thieme Verlag, 2005). Diese Konsensusleitlinien wurden unter Federführung von Prof. Diener (Essen) erstmals gemeinsam von Experten der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) erstellt. Im Folgenden werden die wichtigsten Empfehlungen zur prophylaktischen Therapie der Migräne kurz vorgestellt.

Die Indikation zu einer medikamentösen oder nichtmedikamentösen Prophylaxe ergibt sich bei besonderem Leidensdruck und deutlicher Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen. Dies ist meist der Fall, wenn die Patienten unter 3 und mehr Attacken pro Monat leiden oder wenn die Attacken regelmäßig länger als 72 Stunden dauern und auf eine Therapie entsprechend den Empfehlungen zur Akuttherapie nicht ansprechen und/oder wenn Nebenwirkungen der Akuttherapie nicht toleriert werden.

Auch bei Zunahme der Attackenfrequenz und Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln an mehr als 10 Tagen im Monat sowie bei komplizierten Migräneattacken mit lang anhaltenden Auren ist eine Prophylaxe indiziert.

Ziel der Prophylaxe ist eine Reduktion der Häufigkeit, Schwere und Dauer der Attacken, eine Vorbeugung gegen die Entwicklung eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch, das Verhindern einer möglichen Krankheitsprogredienz sowie eine Verminderung der mit Migräne verbundenen Beeinträchtigungen und somit eine Verbesserung der Lebensqualität sowie ein Erhalt der Leistungsfähigkeit.

Durch eine optimale Prophylaxe kann bei 30-70% der Patienten eine Reduktion der Attackenfrequenz um mindestens 50% erreicht werden.

Die Beurteilung der prophylaktisch wirksamen erfolgte nach folgenden Kategorien:

- ↑↑ Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews. Positive Aussage gut belegt.
- ↑ Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie. Positive Aussage belegt.
- ↓↓ Negative Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien, durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews. Negative Aussage gut belegt.
- ↔ Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder ungünstige Wirkung belegen.

Bei Anlegung dieses Maßstabes kam die Kommission zu folgendem Konsens über die als 1. Wahl empfohlenen Medikamente zur Migräneprophylaxe:

Substanzen	Evidenzklasse	Dosis
Metoprolol	↑↑	50-200 mg
Propranolol	↑↑	40-240 mg
Flunarizin	↑↑	5-10 mg
Valproinsäure (Off-label-use)	↑↑	500-600 mg
Topiramate	↑↑	25-100 mg

Tab.1: Substanzen 1.Wahl zur Migräneprophylaxe

Gegenüber früheren Empfehlungen neu ist die Wirksamkeit der Behandlung mit Topiramate (↑↑) und dass Pizotifen, Methysergid und Lisurid in Deutschland nicht mehr zur Migräneprophylaxe zur Verfügung stehen.

Als Medikamente 2.Wahl wurden folgende Präparate eingestuft:

Substanzen	Evidenz- klasse	Dosis
Amitriptylin	↑↑	50-150 mg
Bisoprolol	↑	5-10 mg
Gabapentin (off-label-use)	↔	2400 mg
Naproxen	↑	2x250 mg 2x500 mg
Pestwurz	↑	2x75 mg
Acetylsalicylsäure	↔	300 mg
Magnesium	↔	2x300 mg
Mutterkraut	↑	3 x 6,25 mg
Botulinumtoxin	↓↓	

Tab.2: Substanzen 2.Wahl zur Migräneprophylaxe

Neu ist hier, dass Pestwurz (↑) und Mutterkraut (↑) in der Migräneprophylaxe möglicherweise wirksam sind, Cyclandelat (↔) jedoch wahrscheinlich nicht wirksam ist.

Bei Kindern und Jugendlichen wird Propranolol in einer Dosis von 10mg/kg Körpergewicht oder Flunarizin in einer Dosis von 5mg empfohlen.

Alternativ oder in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung werden folgende psychologisch-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen empfohlen:

- progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- thermales Finger-Biofeedback
- kognitiv-behaviorale Therapie

Im Bereich der alternativen Therapien werden folgende Aussagen getroffen:

- die Wirkung aerober Ausdauersportarten ist belegt ↑
- Physiotherapie alleine ist nicht wirksam, verbessert aber die Rate derer, die auf Verhaltenstherapie ansprechen
- Homöopathie ist nicht wirksam ↓↓
- Akupunktur reduziert die Häufigkeit von Migräneattacken, wobei Scheinakupunktur dieselbe Wirksamkeit hat wie klassische Akupunktur.

Leider wird bisher die prophylaktische Behandlung der Migräne im Praxisalltag noch viel zu wenig berücksichtigt. Es ist daher zu wünschen, dass diese aktuellen Leitlinien zur Migräneprophylaxe möglichst breit umgesetzt werden und so die Lebensqualität der betroffenen Migränepatienten verbessert wird.

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. G. Haag  
Michael-Balint-Klinik  
Königsfeld/Schwarzwald