

Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch

1. Definition

Die aktuelle IHS-Klassifikation (Kopfschmerzklassifikationskomitee der International Headache Society, 2003) unterscheidet unter dem Oberbegriff „Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch“ folgende Untergruppen:

Kopfschmerz bei

- Ergotaminübergebrauch
- Triptanübergebrauch
- Analgetikaübergebrauch
- Opioidübergebrauch sowie
- Übergebrauch von Schmerzmittelmischpräparaten

Dies macht deutlich, dass grundsätzlich alle Analgetika und spezifischen Migränemedikamente bei Übergebrauch zu einem medikamenteninduzierten Kopfschmerz führen können.

Allen Unterformen gemeinsam ist ein Kopfschmerz an > 15 Tagen pro Monat als Folge eines Übergebrauchs spezifischer Migränetherapeutika und/oder Analgetika. Dabei wird ein Medikamentenübergebrauch in Einnahmetagen pro Monat definiert. Entscheidend ist, dass die Einnahme sowohl häufig als auch regelmäßig, also an mehreren Tagen pro Woche erfolgt. Folgen auf eine Häufung von Einnahmetagen längere Perioden ohne Medikation, ist das Entstehen eines Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch weniger wahrscheinlich.

2. Epidemiologie

Wirklich zuverlässige Daten zu Häufigkeit des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch liegen bisher leider nicht vor. Studien in verschiedenen Ländern machen jedoch deutlich, dass es sich offensichtlich um ein weit verbreitetes Phänomen handelt und wahrscheinlich zwischen 1 und 3% der Bevölkerung davon betroffen sind. Der medikamenteninduzierte Kopfschmerz wird bei Frauen dreimal häufiger als bei Männern beobachtet. Mehr als die Hälfte der Patienten entwickelt den Kopfschmerz auf dem Boden einer Migräne, etwa ein knappes Drittel haben ursprünglich Kopfschmerzen vom Spannungstyp und knapp zehn Prozent einen Kombinationskopfschmerz aus Migräne und Spannungskopfschmerz. Bei einem geringen Anteil von Patienten entwickelt er sich auf dem Boden eines posttraumatischen Kopfschmerzes. Bei Patienten mit Cluster-Kopfschmerzen wird ein Medikamenten-Kopfschmerz extrem selten beobachtet.

3. Klinik

Entscheidendes Kriterium für den Verdacht auf einen Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch ist eine häufige oder regelmäßige Einnahme entsprechender Medikamente und die Entwicklung oder deutliche Verschlechterung der Kopfschmerzen während des Übergebrauchs. Die kritische Einnahmefrequenz liegt für Ergotamine, Triptane und Schmerzmittelmischpräparate bei einer

Medikamenteneinnahme an mindestens 10 Tagen pro Monat über mindestens 3 Monate. Bei reinen Analgetika gehen die Experten der IHS davon aus, dass die Einnahme an mindestens 15 Tagen pro Monat über mindestens 3 Monate notwendig ist, auch wenn dies wissenschaftlich nicht belegt ist. Die Dauer bis zur Entwicklung eines Kopfschmerzes durch übermäßige Einnahme von Medikamenten ist offensichtlich Substanzabhängig. So hatte sich beispielsweise bei Patienten der Neurologischen Universitätsklinik Essen ein Medikamentenkopfschmerz nach der Einnahme von Analgetika im Durchschnitt nach 4,8 Jahren, unter Ergotaminen nach 2,7 Jahren und unter Triptanen im Mittel bereits nach 1,7 Jahren entwickelt.

Frühsymptom des Arzneimittelkopfschmerzes aufgrund übermäßiger Triptaneinnahme ist eine Zunahme der Anfallshäufigkeit und danach die Entwicklung eines migräneartigen Dauerkopfschmerzes (vorwiegend einseitig, pulsierende Qualität, Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten und mindestens ein Begleitsymptom wie Übelkeit, Erbrechen, Photophobie oder Phonophobie). Übermäßiger Gebrauch von Analgetika, Ergotaminen oder Schmerzmittelmischpräparaten führt dagegen zu einem drückend/beengenden (nicht pulsierenden) beidseitigen Kopfschmerz. Die Intensität ist bei Übergebrauch von Triptanen eher mittel oder stark, bei Übergebrauch der anderen Medikamente ist der Schmerz von leichter oder mittlerer Intensität.

Bei allen genannten Kopfschmerzformen verschwindet der Kopfschmerz spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Medikamenteneinnahme oder kehrt wieder zu dem Auftretensmuster zurück, das vor der übermäßigen Medikamenteneinnahme bestand.

4. Pathogenese

Die Pathogenese des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch ist weitgehend unbekannt. Er ist offensichtlich das Ergebnis einer Interaktion zwischen exzessiv gebrauchten Medikamenten und empfänglichen Patienten, wobei eine genetische Disposition eine Rolle zu spielen scheint. Es könnte sein, dass durch die stetige Einnahme dieser Substanzen im Gehirn ein Gewöhnungsprozess in Gang gesetzt wird, der dazu führt, dass manche Rezeptoren ihre Reaktionsbereitschaft und damit auch die Wirkung der Substanz mindern, gleichzeitig jedoch Schmerzreize ungefiltert weitergeleitet werden, so dass die natürliche Schmerzregulation gestört ist. Es werden immer höhere Arzneimittelkonzentrationen benötigt um den immer stärker empfundenen Schmerz zu bekämpfen - ein Teufelskreis entwickelt sich. Diskutiert werden medikamentös induzierte Störungen der monoaminergen, insbesondere der serotonergen Neurotransmission, wodurch eventuell affektive Störungen verstärkt werden. Es gibt Hinweise darauf, dass Ergotamine und Triptane auf neurologische Systeme einwirken, denen eine entscheidende Rolle bei der Pathogenese der Abhängigkeitserkrankungen zugeschrieben wird. Einzelne Studien legen nahe, dass Patienten mit Kopfschmerz nach Medikamentenübergebrauch signifikant häufiger an Angsterkrankungen und Depressionen leiden und auch zum Zeitpunkt der Entzugstherapie Symptome dieser psychiatrischen Erkrankungen häufiger vorhanden sind als bei Kontrollpersonen. Auf der psychologischen Seite scheinen eine hohe Leistungsorientierung mit einer damit verknüpften Neigung zur prophylaktischen Einnahme von Medikamenten vor wichtigen Terminen sowie eine geringe Schmerztoleranz mit eher hilflos-depressiver

Verarbeitung von Schmerzen Risikofaktoren für die Entwicklung eines Medikamenteninduzierten Kopfschmerzes zu sein.

Widersprüchlich diskutiert wird die Frage, ob Schmerzmittelmischpräparate (üblicherweise Analgetika oder Ergotamin plus Codein oder Coffein) häufiger zu einem Übergebrauch und den dadurch bedingten Kopfschmerzen führen. Manche Autoren argumentieren, dass beispielsweise die Zugabe von Koffein zu einer häufigeren Medikamenteneinnahme im Sinne einer Abhängigkeit führen könne. Allerdings müsste dieser Effekt dann auch bei gleichzeitiger Einnahme von Analgetika und dem Trinken von etwa zwei Tassen Kaffee auftreten. Wirkliche Belege für ein höheres Risiko bei Einnahme von Kombinationsanalgetika fehlen.

Nach neuern Erkenntnissen kann sich ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz auch bei Patienten entwickeln, die zwar an Migräne leiden, die Medikamente aber zur Behandlung anderer Schmerzen, z.B. von Gelenkschmerzen einnehmen.

Ein weiterer Faktor für die Aufrechterhaltung eines übermäßigen Medikamentengebrauchs ist die Erfahrung, dass eine Weglassen von Kopfschmerzmedikamenten bei Patienten, die einen Kopfschmerz durch Übergebrauch entwickelt haben, zunächst zu einer Verstärkung der Kopfschmerzen, dem sogenannten Rebound-Kopfschmerz führt, was ohne entsprechende therapeutische Begleitung den Patienten wieder zur Medikamenteneinnahme veranlasst.

5. Differentialdiagnostik

Die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber der Entwicklung eines Kombinationskopfschmerzes aus Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp oder einer chronischen Migräne ist nicht immer einfach. Entscheidendes Kriterium ist die Entwicklung unter gleichzeitiger übermäßiger Einnahme von Schmerz- und/oder Migränemedikamenten.

6. Diagnostik

Die Diagnostik erfolgt allein durch eine sorgfältige Anamnese und ist zunächst immer nur eine Verdachtsdiagnose. Die Verifizierung erfolgt durch ein Verschwinden des durch Übergebrauch von Medikamenten bedingten Kopfschmerzes im Laufe der Entzugsbehandlung.

7. Therapie

Beim Vorliegen des begründeten Verdachts auf einen Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch ist eine Entgiftung, also ein Entzug der entsprechenden Medikamente die einzig sinnvolle Therapie. Jeder andere Therapieansatz, wie beispielsweise Wechsel des Kopfschmerzmedikamentes oder Einleitung einer medikamentösen Prophylaxe wird erfahrungsgemäß erfolglos bleiben.

Ablauf des Medikamentenentzugs:

1. Aufklärung über die Entstehung des Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch und dessen Behandlung
2. Führen eines Kopfschmerztagebuches und Registrierung aller eingenommenen Medikamente, einschließlich frei verkäuflicher Präparate
3. Entscheidung über ambulanten oder stationären Entzug
4. Analgetika, Ergotamine und Triptane abrupt absetzen
5. Tranquilizer langsam ausschleichen
6. Eventuell Überbrückung mit 2x500mg Naproxen täglich
7. Bei Bedarf Antiemetika (Metoclopramid, Domperidon), eventuell auch 500-1000 mg Acetylsäurelysinat langsam i.v.
8. Begleitende oder folgende Verhaltenstherapie
9. Einleitung einer prophylaktischen Therapie

Eine ambulante Entgiftung kann versucht werden, wenn folgende Voraussetzungen Vorliegen:

- Einnahme von Analgetika, Ergotaminen oder Triptanen ohne gleichzeitige Einnahme von Tranquilizern oder Opiaten
- Hohe Motivation des Patienten
- Unterstützung durch Familie oder Freunde
-

Bei einer ambulanten Entgiftung muss dem Patienten eine Telefonnummer mitgeteilt werden, unter der er jederzeit während des Entzuges Kontakt mit einem verantwortlichen Arzt aufnehmen kann!

Ein stationärer Entzug ist indiziert bei

- langjährigem Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch
- zusätzlicher Einnahme psychotroper Substanzen (Codein, Schlafmittel, Tranquilizer, Anxiolytika)
- mehreren erfolglosen Selbstentzügen
- Angst des Patienten vor ambulantem Entzug
- hohem Leistungsanspruch des Patienten
- ungünstigen familiären Umständen
- ausgeprägter Begleitdepression

Ein stationärer Entzug sollte in einer hierauf spezialisierten Klinik, und nicht in einem Krankenhaus der Grundversorgung ohne die entsprechende Erfahrung oder in einer Kopfschmerzpatienten unnötig verunsichernden psychiatrischen Klinik durchgeführt werden.

Die möglichen Vorteile eines stationären Entzugs liegen in der Angstreduktion durch eine kontinuierliche ärztliche und psychologische Betreuung , wodurch eine Begleitmedikation erfahrungsgemäß nur in Ausnahmefällen notwendig wird. Gleichzeitig kann die meist dringend notwendige Verhaltenstherapie bereits eingeleitet werden. Hilfreich beim stationären Entzug ist für viele Patienten auch die Erfahrung dass der Zustand des sich Fallenlassens und des nicht Funktionierensmüssens durchaus positive Seiten haben kann. Hierdurch kann eventuell eine Motivation zu langfristiger Verhaltensänderung gebahnt werden, die für eine Verhinderung von Rückfällen dringend notwendig ist.

Eine begleitende Therapie mit Amitryptilin oder Cortison kann in Einzelfällen sinnvoll sein. Wenn Symptome einer Angsterkrankung oder Depression vorliegen, müssen diese unbedingt medikamentös und/oder psychotherapeutisch mitbehandelt werden.

Erfahrungen einzelner Expertengruppen sprechen dafür, dass der Entzug von Triptanen kürzer und leichter ist als bei Analgetika oder Ergotaminen und die Patienten scheinen etwas weniger rückfallgefährdet zu sein.

Der Verlauf einer Entgiftung ist üblicherweise sehr viel weniger dramatisch als viele Patienten es befürchten. Lediglich in den ersten Tagen des Entzuges treten Entzugssymptome wie verstärkte Kopfschmerzen, Übelkeit, Tachycardie, Schlafstörungen, Unruhe- und Angstzustände etc. auf, die üblicherweise nach spätestens 6 bis 8 Tagen deutlich abklingen.

Die Rückfallquoten nach einem Entzug liegen in verschiedenen Studien zwischen 20 und 50%, wobei die meisten Rückfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Entzug erfolgen. Leider gibt es bisher keine klaren Prädiktoren für einen Rückfall und auch keine Daten darüber, ob die Prognose nach einem stationären Entzug günstiger ist, da die dafür notwendigen prospektiven Studien fehlen.

Nach der Entgiftung kann es durchaus notwendig sein wieder die Medikamente, z.B. Triptane, zu verordnen, die zum Kopfschmerz geführt hatten. Allerdings ist durch konsequente Betreuung des Patienten und eventuell durch die Einleitung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen darauf zu achten, dass ein übermäßiger Gebrauch vermieden wird

Zur Vermeidung eines Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch und eines Rückfalls nach Entgiftung ist folgende Faustregel unbedingt einzuhalten:

Kopfschmerzbetroffene dürfen Schmerz- und/oder Migränemedikamente höchstens an 10 Tagen pro Monat und höchstens drei Tage hintereinander einnehmen!

Literatur:

Haag, G., Baar, H., Pfaffenrath, V., Ribbat M.-J. & Diener, H.-C.: Prophylaxe und Therapie des medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes- Therapieempfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft Schmerz, 13:52-57, 1999

Katsarava Z. & Diener, H.-C.: Medikamenteninduzierter Kopfschmerz. In: H.-C. Diener (Hrsg.): Kopfschmerzen. Stuttgart: Thieme, 2003, 67-73