Kopfschmerzen

Therapiemöglichkeiten in der Hausarztpraxis

In der Kopfschmerztherapie gibt es verschiedene pharmakologische und nicht pharmakologische Möglichkeiten zur Linderung der Symptomatik. Ein Einbezug der Persönlichkeitsstruktur kann unterstützend wirken. Welche Optionen zur Verfügung stehen, berichtete Dr. Isabelle Rittmeyer vom Zürcher Rehazentrum Davos am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) in Basel.

Foto: vh

Dr. Isabelle Rittmeyer

Kopfschmerz ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen, 1,2 Millionen Patienten leiden in der Schweiz daran, 60 Prozent genetisch und 40 Prozent stress- oder umweltbedingt. Oft werden Kopfschmerzen als Migräne bezeichnet, doch es gibt 363 verschiedene Kopfschmerzarten. Zu den häufigsten Kopfschmerzen gehören zweifellos Migräne, Spannungs- und Clusterkopfschmerz sowie Kopfschmerzen posttraumatischer oder dissoziativer Natur und infolge Medikamentenübergebrauchs.

Was wirkt?

Die Behandlungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen seien eigentlich sehr beschränkt, beklagte Rittmeyer. Triptane und Schmerzmittel sind gute Optionen, die in den meisten Fällen helfen. Doch haben sie Nebenwirkungen, und durch beide Medikamentenklassen können bei häufigem Gebrauch auch sogenannte medikamenteninduzierte Kopfschmerzen (MÜKS) auftreten. An MÜKS sollte man denken, wenn Kopfschmerzen täglich auftreten.

Prophylaktika wie Coenzym Q10, Magnesium, Riboflavin (Vitamin B_2) bringen gemäss Rittmeyer etwa bei der Hälfte der Patienten eine Schmerzlinderung und einen Anfallsrückgang. Sie müssen jedoch mindestens drei Monate lang eingenommen werden, bis die Prophylaxe Wirkung zeigt. Auch Topiramat kann zur Migräneprophylaxe eingenommen werden, doch muss an mögliche Nebenwirkungen wie Depressivität oder Gewichtsverlust gedacht werden.

Eine weitere Möglichkeit ist die Infiltration von Botulinumtoxin. Die kopfschmerzlindernde und attackenreduzierende Eigenschaft zeigte sich als Nebenwirkung bei neurologischen, ophthalmologischen und kosmetischen Infiltrationen. Bei chronischer Migräne kann Botulinumtoxin Linderung bringen. Eine Metaanalyse kommt zum Schluss, dass Botulinumtoxin A bei chronischer Migräne einen signifikanten therapeutischen Effekt hat. Bei episodischer Migräne oder bei Spannungskopfschmerzen wirkt diese Massnahme dagegen nicht (1).

Bei Clusterkopfschmerzen kann auch die Inhalation von reinem Sauerstoff einen Versuch wert sein. Die anfallartigen Attacken mit Schmerzen hinter dem Auge, der Schläfe oder in der Stirn verschwanden in einer Studie mit Sauerstoffmaske bei 78 Prozent der Patienten nach 15 Minuten, während eine Maskenbehandlung mit Luft die Symptome lediglich bei 20 Prozent der Patienten nach 15 Minuten stoppte (2). Der Vorteil dieser Therapie sei im Gegensatz zu Triptanen ihre Nebenwirkungsfreiheit, wie Rittmeyer betonte.
Eine weitere Option bei Migränesymptomen ist die Behandlung via transkutaner elektrischer Stimulation (TENS). Beispielsweise mit einem Neurostimulator (Cefaly®), der über eine Klebeelektrode auf die Stirn geklebt wird, können beidseitig die obersten Äste des Trigeminusnervs stimuliert werden. Dabei solle täglich 20 Minuten in liegender Position stimuliert werden, so Rittmeyer. Bei akuten Migränesymptomen ist die Ansprechrate, definiert durch ≥ 50 Prozent Schmerzrückgang nach einer Stunde, mit dem externen eTENS-Gerät doppelt so hoch wie unter Plazebo und bei präventiver Anwendung über dreimal grösser (3, 4). Auch diese Methode besticht durch ihre Nebenwirkungsfreiheit und hilft laut der Referentin Respondern, Migränemedikamente zu sparen.

Neue Antikörpertherapie verfügbar

Seit Kurzem steht für die Migräneprophylaxe eine neue Substanzklasse mit CGRP-Antikörpern zur Verfügung. CGRP (calcitonin gene-related peptide) ist ein körpereigenes Neuropeptid, bestehend aus 37 Aminosäuren, das im zentralen und peripheren Nervensystem verbreitet ist und in der Migräneentstehung eine bedeutende Rolle spielt. Während Migräne- und Clusterkopfschmerzattacken sind erhöhte CGRP-Konzentrationen im Jugularvenenblut messbar. CGRP ist ein starker Vasodilatator. Weil die Schmerzattacken nach heutiger Auffassung durch eine Vasodilatation im Kopfbereich ausgelöst werden, ist eine Blockade von CGRP ein präventiv vielversprechender Ansatz. Das war der Grund, warum eigens humanisierte monoklonale CGRP-Antikörper zur Migräneprophylaxe entwickelt wurden. Ihre Wirkung erfolgt ohne Vasokonstriktion. Bisher wurden vier Vertreter dieser neuen Klasse untersucht: Eptinezumab, Fremanezumab, Galcanezumab und Erenezumab, alle i.v. oder s.c. zu applizieren. Letztere zwei sind in der Schweiz mittlerweile zugelassen. Die Verträglichkeit der untersuchten CGRP-Antikörper bewegt sich nahezu auf Plazeboniveau, und es kommt im Gegensatz zu den früher untersuchten CGRP-Rezeptor-Antagonisten zu keiner Hepatotoxizität; Langzeitdaten gibt es jedoch noch nicht. Die Wirksamkeit liegt mit Ansprechraten von etwa 50 Prozent auf dem Niveau der herkömmlichen Migräneprophylaktika wie beispielsweise Topiramat 100 mg. Mit ihrer langen Halbwertszeit müssen CGRP-Antikörper jedoch nur alle 1 bis 3 Monate gespritzt werden, und sie wirken sofort. Für therapierefraktäre Patienten, wenn sie zu den Respondern gehören, bieten diese CGRP-Inhibitoren eine Chance. Hindernis für einen breiten Einsatz ist zurzeit der hohe Preis (5), entsprechend gibt es für den rückerstatteten Einsatz Limitationen.

Trigger ausschalten

Kopfschmerzen können durch verschiedene Faktoren getriggert werden, die zu korrigieren sich lohnt. Dazu zählen Fehlverhalten wie ein Medikamentenübergebrauch, Zähneknirschen, ein veränderter Tag-Nacht-Rhythmus oder ein zu hoher Leistungsanspruch. Aber auch Stress, beispielsweise durch eine chronische Erkrankung oder durch die Angst vor den Kopfschmerzen, wie auch negative Emotionen können die Kopfschmerzen auslösen oder verstärken.
Häufig haben Kopfschmerzpatienten einen Trainingsmangel, weil sie schmerz- und stressbedingt ihren sportlichen Aktivitäten nicht mehr nachgehen. In der Folge entsteht oft eine muskuläre Dysbalance mit fehlender Rumpfstabilität im Schulter- und Nackenbereich. Fehlhaltungen wie ein Schulterhochstand mit nach vorne gerichteter Kopfhaltung führten zu einer Verspannung und seien bei diesen Patienten häufig zu sehen, so Rittmeyer. Diese verspannte Haltung kann die Kopfschmerzproblematik verstärken. Die Korrektur einer allfälligen Fehlhaltung am Arbeitsplatz, wie beispielweise die steife Kopfhaltung von Gleitsichtbrillenträgern vor dem Computer, kann zur Entspannung der Muskulatur beitragen. Mit Haltungsübungen oder einem Nackenwärmekissen lässt sich überdies die Muskulatur kräftigen beziehungsweise entspannen.
Kopfschmerzpatienten seien häufig sehr pflicht- und verantwortungsbewusste Menschen, die sich «durchbeissen», sich keine Schwäche erlauben und trotz grosser Schmerzen arbeiten gehen, berichtet die Referentin. Eine Abklärung und Korrektur dieser haltungsbedingten Faktoren gibt ihnen ein zusätzliches Instrument zur Selbstkontrolle in die Hand, was ihrer Persönlichkeitsstruktur entgegenkommt. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Das Management von chronischen Kopfschmerzen in der allgemeininternistischen Praxis», Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, 5. bis 7. Juni 2019 in Basel.

KURZ & BÜNDIG

- Bei täglichem Kopfschmerz auch an Übermedikation denken.
- Natürliche Prophylaktika sollten mindestens drei Monate eingenommen werden.
- CGRP-Hemmer können ohne Vasokonstriktion die Migränesymptome reduzieren.
- Bei Kopfschmerzpatienten Trainingsmangel und Persönlichkeitsstruktur einbeziehen.

Referenzen:
1. Jackson JL et al.: Botulinumtoxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a metaanalysis. JAMA 2012; 307: 1736–1745.
2. Cohen AS: High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. JAMA 2009; 30: 2451–2457.
3. Chou DE et al.: Acute migraine therapy with external trigeminal neurostimulation (ACME): a randomized controlled trial. Cephalgia 2019; 39: 3–14.
4. Schoenen J et al.: Migraine prevention with a supraorbital transcutaneous stimulator: a randomized controlled trial. Neurology 2013; 80: 697–704.
5. Sandor PS et al.: CGRP-MoAbs – «game changer» in der Migräneprophylaxe? Swiss Medical Forum 2019; 19: 24–25.