

Medikamenteninduzierter Kopfschmerz: Zuerst den Trigger entfernen

So werden langfristig neun von zehn Patienten schmerzfrei

Der medikamenteninduzierte Kopfschmerz (Medication-overuse headache, MOH) ist ein Zustandsbild, das im schmerztherapeutischen Alltag häufig angetroffen wird. Die Therapie liegt in einem Medikamentenentzug.

Typisch für den MOH sei, so Prof. Rigmor Højland Jensen vom Dänischen Kopfschmerzzentrum der Universität Kopenhagen, «ein Teufelskreis aus chronischem Kopfschmerz, intensivierter Einnahme von Schmerzmedikamenten, schlechterem Ansprechen auf diese Medikamente und zunehmender Einschränkung durch die Beschwerden». Unter den chronischen Kopfschmerzpatienten sind bis zu 50 Prozent von MOH betroffen.

Doch es gibt auch eine gute Nachricht: Laut International Classification of Headache Disorders ist die Prognose gut, wenn es gelingt, die Einnahme der verursachenden Substanz zu beenden (1). Højland Jensen: «MOH ist behandelbar, die Therapie besteht im Absetzen der Medikation, und die Prognose ist relativ erfreulich mit einer Erfolgsrate von mehr als 60 Prozent im ersten Jahr. Im Vergleich zu anderen chronischen Schmerzerkrankungen ist das sehr gut. Langfristig ist mit Erfolgen bei mehr als 90 Prozent der Betroffenen zu rechnen.»

Mindestens 15 Schmerztagen im Monat

Voraussetzungen für die Diagnose eines MOH sind laut International Headache Society (IHS) Kopfschmerzen an mindestens 15 Tagen im Monat, wenn für mindestens 3 Monate eines oder mehrere Medikamente mit zu hoher Frequenz und/oder Dosierung eingenommen werden und keine anderen Kopfschmerzursachen gefunden werden. Zusätzlich muss noch ein weiteres Kriterium erfüllt sein, nämlich die Einnahme eines einfachen Analgetikums an mehr als 15 Tagen im Monat über mindestens 3 Monate oder die Einnahme von Ergotamin, Triptanen, Opioiden oder Kombinationspräparaten an mehr als 10 Tagen pro Mo-

nat über mindestens 3 Monate. Zu beachten ist, dass nicht nur klassische Schmerzmittel MOH verursachen können, sondern beispielsweise auch Tranquilizer, Barbiturate oder sogar Koffein. Die pathophysiologischen Hintergründe sind zum Teil unklar. Ein Verlust inhibitorischer Schmerzkontrolle in Verbindung mit einer Übererregbarkeit des Trigeminiussystems wird vermutet.

Europaweit leiden mehr als 12 Millionen Menschen an medikamenteninduziertem Kopfschmerz, der als besonders belastend empfunden wird (2, 3). Er wird von den Patienten als dumpfer Schmerz von höchstens moderater Intensität beschrieben. «Die Betroffenen wachen bereits mit Schmerzen auf – und das täglich oder fast täglich. Der Kopfschmerz wird nicht von anderen Symptomen begleitet», sagt Højland Jensen. Allerdings kann die Grundkrankheit – zum Beispiel eine Migräne – die Symptomatik verfälschen. In solchen Fällen kommen die diversen Migränesymptome zum MOH hinzu.

Gute Prognose bei adäquater Therapie

MOH-Patienten müssen zunächst über ihren Zustand und den Zusammenhang mit dem Medikamentengebrauch informiert werden. Højland Jensen: «Viele Betroffene wissen überhaupt nicht, dass es problematisch sein kann, regelmässig ein OTC-Schmerzmittel einzunehmen.» Einen Leitfaden für das evidenzbasierte Vorgehen bei medikamenteninduziertem Kopfschmerz lieferte die kürzlich in die EAN fusionierte European Federation of Neurological Societies (EFNS) in Form einer Guideline (4). Darin wird die Diagnosestellung anhand eines Schmerztagebuchs in Verbindung mit dem Ausschluss anderer Schmerzursachen empfohlen. Danach sollte unverzüglich mit der Beratung und wenn möglich dem Entzug des Schmerzmittels begonnen werden.

Ob dieser abrupt oder schrittweise durchgeführt werden kann, hängt von der konsumierten Substanzgruppe ab: Analgetika, Triptane und Ergotaminderivate können sofort abgesetzt werden.

Schwieriger ist der Fall bei Opioiden, Barbituraten oder Benzodiazepinen. Hier sollten bei Bedarf Suchtexperten hinzugezogen werden, und bei vielen Patienten ist ein stationärer Entzug notwendig. Die Patienten müssen auf einen langwierigen Prozess vorbereitet werden, denn selbst bei banalen Analgetika kann die Normalisierung von Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung mehrere Monate dauern. Eine medikamentöse Unterstützung mit Topiramaten ist möglich. Allerdings wird dieses, so Højland Jensen, von den meisten Patienten wegen seiner Nebenwirkungen abgelehnt.

Behandlung der Grundkrankheit

Das Entfernen des Triggers stellt zwar den unbedingt erforderlichen ersten Schritt in der Behandlung des MOH dar, langfristig muss die Therapie jedoch darüber hinausgehen. In einem nächsten Schritt muss die intensive, multimodale Behandlung der Grundkrankheit (also z.B. Migräne oder Spannungskopfschmerz) erfolgen. Medikamentöse Prophylaxe oder Physiotherapie sind geeignete Mittel. Regelmässiges Follow-up über längere Zeit ist erforderlich, um den langfristigen Therapieerfolg sicherzustellen und bei Bedarf auf Rezidive reagieren zu können.

Die Wirksamkeit dieses Vorgehens konnte mittlerweile in mehreren Studien dokumentiert werden. Sie zeigen ausnahmslos eine signifikante Reduktion der monatlichen Schmerztagen. In der ComoEstas-Studie beendeten zwei Drittel der Patienten innerhalb von 6 Monaten erfolgreich ihren Medikamentenmissbrauch. Einen Rückgang von beinahe täglichen zu episodischen Kopfschmerzen erreichte fast die Hälfte der Studienpopulation. Depression, Angst sowie Schmerzintensität und Schmerzdauer gingen zurück, zudem wurde eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht (5).

Reno Barth

Quelle: Focused Workshop «Neurological complications of iatrogenesis in modern era» am EAN-Kongress, 21. Juni 2015 in Berlin.

Referenzen:

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629–808.
2. Westergaard ML et al.: Prescription pain medications and chronic headache in Denmark: implications for preventing medication overuse. *Eur J Clin Pharmacol* 2015; 71(7): 851–860.
3. Steiner TJ et al.: The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain* 2014; 15: 31.
4. Evers S u. Jensen R: Treatment of medication overuse headache—guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol* 2011; 18(9): 1115–1121.
5. Tassorelli C et al.: A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalgia* 2014; 34(9): 645–655.