

Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne

Entwicklungsstufe: S1

Federführend: Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Essen
PD. Dr. Stefanie Förderreuther, München
Prof. Dr. Peter Kropp, Rostock

Herausgegeben von der Kommission Leitlinien der Deutschen
Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der
Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)

Neues zur medikamentösen Migräneprophylaxe

Versorgungsrealität bei Migräne in Deutschland

Erste Daten aus dem DMKG Kopfschmerzregister

	ICHD-3 diagnosis	Number of patients (%)
Migraine without aura	1.1	692 (51.2%)
Chronic migraine	1.3	365 (27.0%)
Migraine with aura	1.2	363 (26.9%)
Medication overuse headache	8.2	64 (4.7%)
Chronic tension-type headache	2.3	54 (4.0%)
Episodic tension-type headache	2.1/2.2	50 (3.7%)
(Probable) new daily persistent headache	4.10	22 (1.6%)
Cluster headache	3.1	14 (1.0%)

Table 3 Headache characteristics and results of questionnaires

Headache days per month ^a	14.4 ± 8.5
- 0–3 days per month	87 (6.4%)
- 4–7 days per month	214 (17.8%)
- 8–14 days per month	413 (30.6%)
- 15 and more days per month	610 (45.2%)
Severe headache days per month ^a	7.6 ± 5.9
Acute medication days per month ^a	7.7 ± 6.1
Days lost at work per month ^a	3.1 ± 6.2
Days lost in household work per month ^a	5.9 ± 6.0
Headache intensity [0–10]	6.4 ± 1.8
Headache duration [years]	18.4 ± 14.0
MIDAS score [0–279]	47.4 ± 50.2
- Grade 1 (0–5)	136 (10.1%)
- Grade 2 (6–10)	100 (7.4%)
- Grade 3 (11–20)	252 (18.7%)
- Grade 4 (> 20)	863 (63.9%)

Nur 45% nahmen eine Prophylaxe ein

Versorgungsrealität bei Migräne in Deutschland

Niedrige Leitlinienadhärenz:

Mehr als 1/3 (34,2%, n=661 von 935) der Patienten waren nicht gemäß der DMKG/DGN-Leitlinien behandelt worden



Die Leitlinie – einige Fakten...

- **Herausgeber**
 - Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)
 - Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- **Beteiligte Fachgesellschaften**
 - Österreichische Kopfschmerzgesellschaft (ÖKSG)
 - Schweizerische Kopfwehgesellschaft (SKG)
- **Redaktionskomitee:**
 - Koordinatoren: 3
 - Autoren:
 - Deutschland: 16
 - Österreich: 2
 - Schweiz: 2
 - Juniorautoren: 8
- **Seiten:** 212
- **Zitierte Studien:** 830
- **Emails:** >100...



Akuttherapie der Migräne: Neue Substanzen erweitern die Therapiemöglichkeiten

PD Dr. Charly Gaul

Kopfschmerzzentrum Frankfurt

Kontakt: c.gaul@kopfschmerz-frankfurt.de

Medikamentöse Therapie der Migräneattacke

Schmerzmittel p.o.

Therapie mit Analgetika/NSAR

- ASS 1000 mg oder ASS 900 mg + MCP 10 mg
- Ibuprofen 200 mg/400 mg/600 mg
- Diclofenac-Kalium 50 mg/100 mg
- Naproxen 500 mg
- Phenazon 500–1000 mg
- Kombinationsanalgetika:
 - 2 Tabletten ASS 250 mg/265 mg + Paracetamol 200 mg/265 mg + Koffein 50 mg/65 mg

bei KI gegen NSAR

Paracetamol 1000 mg
oder
Metamizol 1000 mg
Oder
Phenazon 500-1000 mg

Medikamentöse Therapie der Migräneattacke

(mittel-)schwere Migräneattacken und bei (bekanntem) fehlendem Ansprechen auf Schmerzmittel		
Neu verfügbar	<p>Triptan-Therapie schneller Wirkeintritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumatriptan 3 mg/6 mg s.c. - Eletriptan 20 mg/40 mg/80 mg p.o. - Rizatriptan 5 mg/10 mg p.o. - Zolmitriptan 5 mg nasal <p>mittelschneller Wirkeintritt und länger anhaltende Wirkung:</p>	<p>falls Monotherapie mit Triptan unzureichend Triptan + NSAR</p>
OTC	<ul style="list-style-type: none"> - Sumatriptan 50 mg/100 mg p.o. 	<p>bei Wiederkehrkopfschmerz erneute Einnahme eines Triptans frühestens nach 2h oder initiale Kombinationstherapie Triptan + lang wirksames NSAR</p>
OTC	<ul style="list-style-type: none"> - Zolmitriptan 2,5 mg/5 mg p.o. - Almotriptan 12,5mg p.o. 	
OTC	<p>langsamer Wirkeintritt mit lang anhaltender Wirkdauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naratriptan 2,5 mg p.o. - Frovatriptan 2,5 mg p.o. 	

Medikamentöse Therapie der Migräneattacke

Neu

**bei KI gegen Triptane oder Unwirksamkeit von
Analgetika/NSARs/Triptanen**

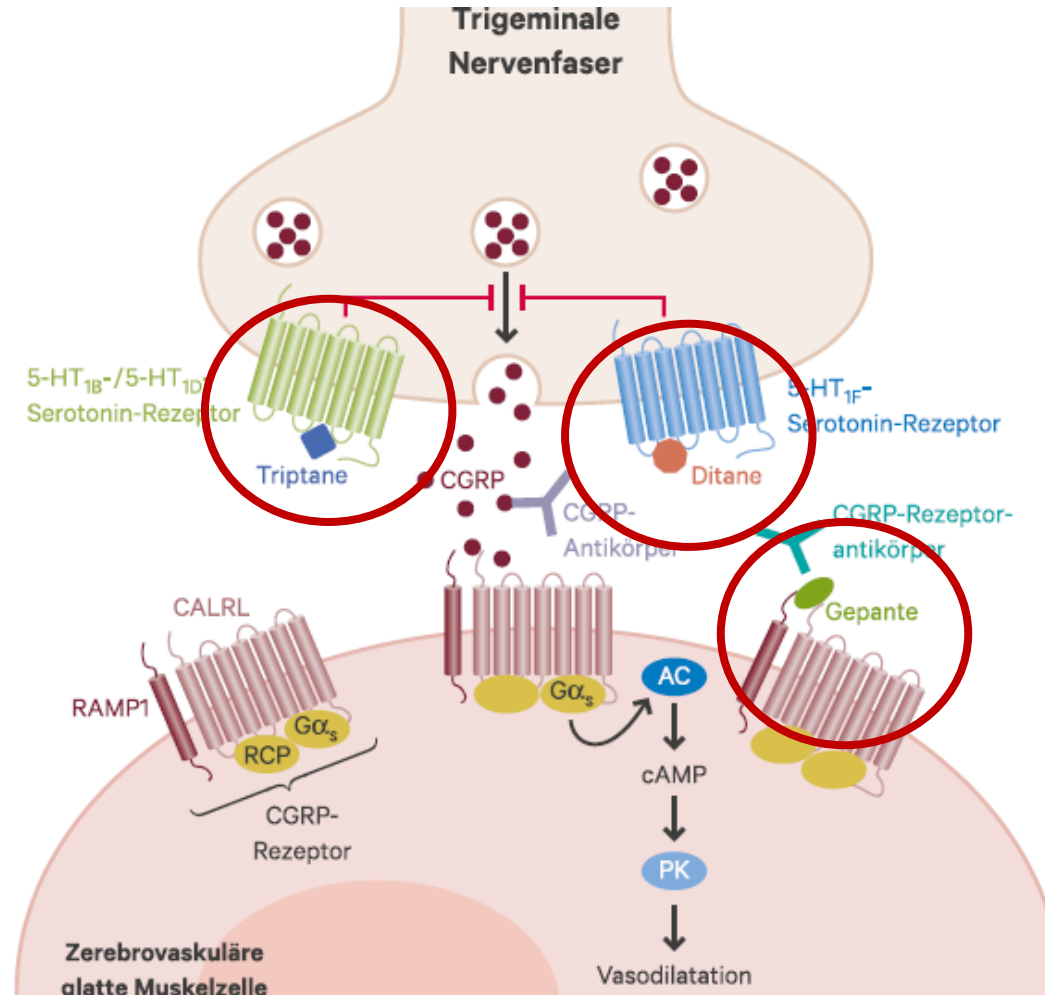
Rimegepant 75 mg p.o.* oder

Neu

Lasmiditan 50 mg/100 mg/200 mg p.o.*

* Präparate zugelassen, Herbst 2022 noch nicht verfügbar

Wirkmechanismen der Migränebehandlung



Rimegepant

- Rimegepant, ein CGRP-Rezeptorantagonist, ist bei der Behandlung akuter Migräneattacken wirksamer als Placebo. Vergleichsstudien zu den Triptanen liegen bisher nicht vor.
- Rimegepant kann eingesetzt werden bei Patienten, bei denen Analgetika oder Triptane nicht wirksam sind oder nicht vertragen werden.
- Rimegepant zeigt bei der Behandlung akuter Migräneattacken eine gute Verträglichkeit.

Lasmiditan

- Lasmiditan, ein Serotonin-1F-Rezeptoragonist ist in Dosierung von 50 mg, 100 mg und 200 mg zur Behandlung akuter Migräneattacken wirksamer als Placebo. Vergleichsstudien zu den Triptanen liegen bisher nicht vor.
- Lasmiditan hat keine vasokonstriktiven Eigenschaften und kann bei Patienten mit Kontraindikationen gegen Triptane verwendet werden.
- Lasmiditan kann zu zentralen Nebenwirkungen führen, unter anderem Müdigkeit und Schwindel. Bis 8 Stunden nach der Einnahme von Lasmiditan darf kein Kraftfahrzeug geführt und dürfen keine Maschinen bedient werden.

Wirksamkeit von Lasmiditan und Rimegepant

Tabelle 7: Vergleich der Wirksamkeit ausgewählter Triptane, Lasmiditan und Rimegepant

Substanz	Verum	Placebo	
	schmerzfrei nach 2 Std.	schmerzfrei nach 2 Std.	
Eletriptan 40 mg (188)	35 %	7 %	
Sumatriptan 100 mg (189)	32 %	11 %	
Lasmiditan 100 mg (166)	31 %	21 %	
Rimegepant 75 mg (180)	20 %	12 %	

Neues zur medikamentösen Migräneprophylaxe

PD Dr. Tim Jürgens

Klinik für Neurologie, KMG Klinikum Güstrow

Kopfschmerzzentrum Nord-Ost, Universitätsmedizin Rostock

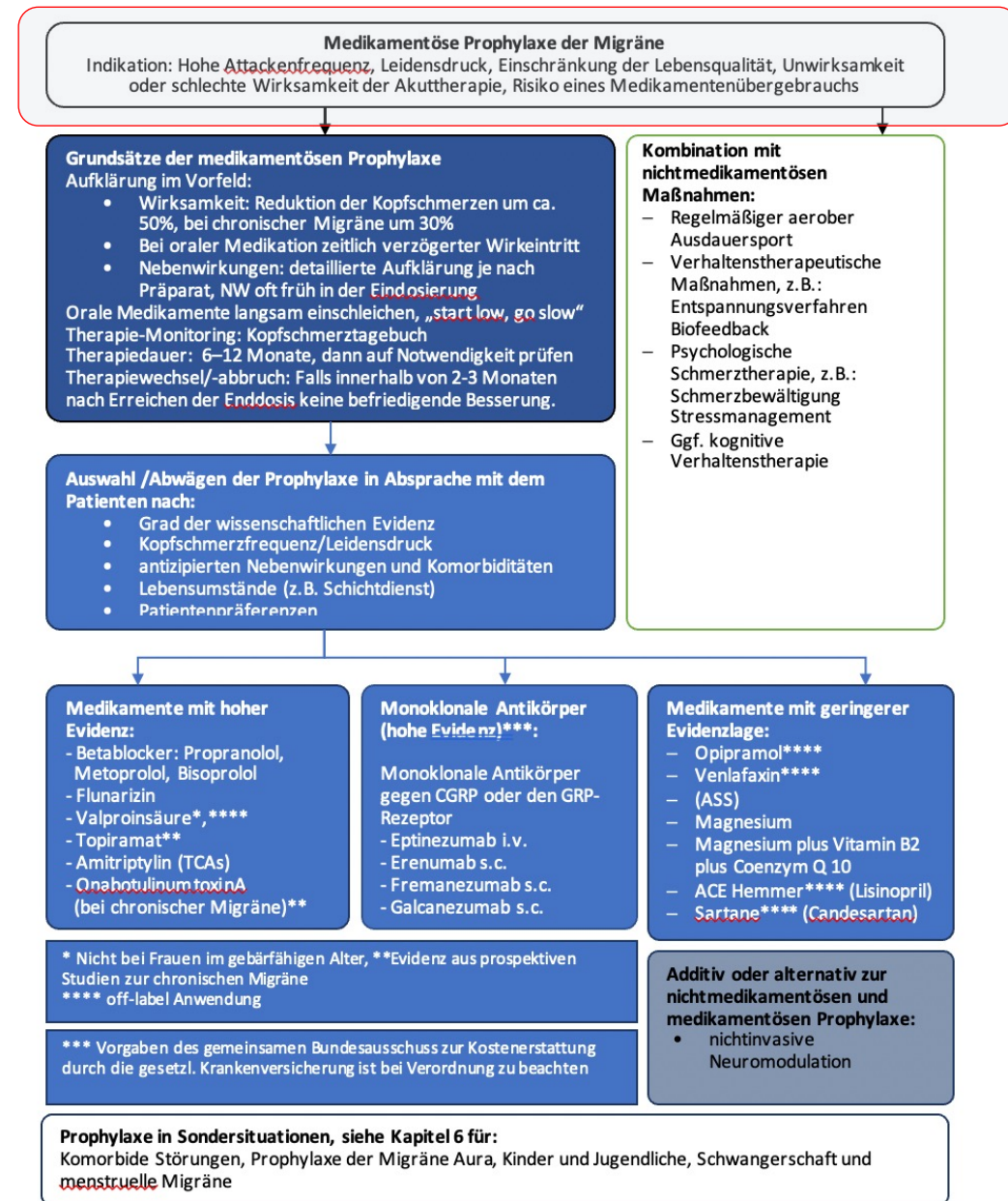
Kontakt: T.Juergens@kmg-kliniken.de



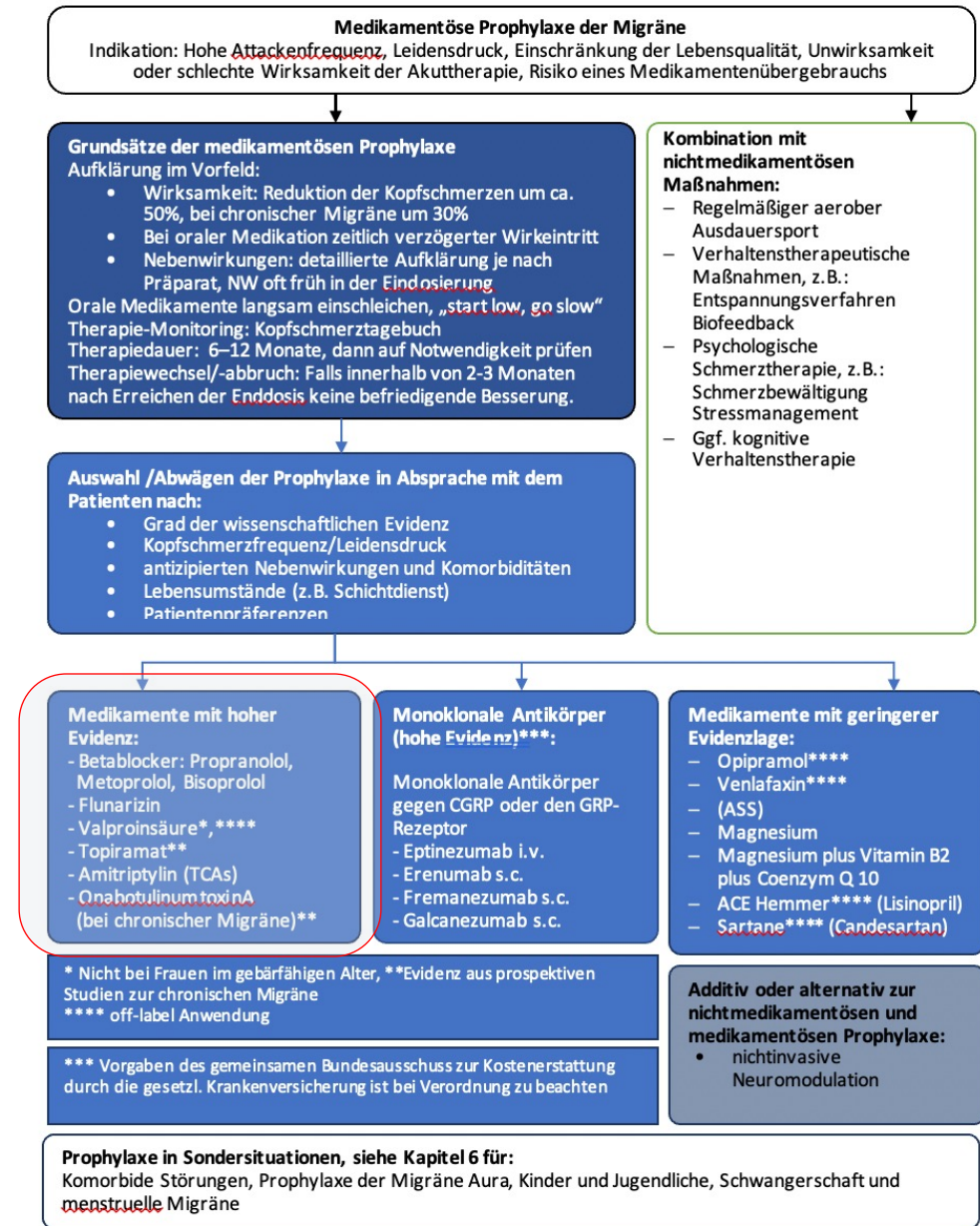
Neues zur medikamentösen Migräneprophylaxe



Neues zur Prophylaxe – die Übersicht



Neues zur Prophylaxe – die Übersicht



Herkömmliche Prophylaxen mit hoher Evidenz

Tabelle 8: Substanzen zur Migräneprophylaxe mit hoher/guter wissenschaftlicher Evidenz

Wirkstoff	Dosierung	Nebenwirkungen (Auswahl)	Kontraindikationen (Auswahl)
Propranolol	40–240 mg	H: Müdigkeit, arterielle Hypotonie	A: AV-Block, Bradykardie, Herzinsuffizienz, Sick-Sinus-Syndrom, Asthma bronchiale
Bisoprolol*	5–10 mg	G: Schlafstörungen, Schwindel	R: Diabetes mellitus, orthostatische Dysregulation, Depression
Metoprolol	50–200 mg	S: Hypoglykämie, Bronchospasmus, Bradykardie, Magen-Darm-Beschwerden, erektile Dysfunktion	
Flunarizin **	5–10 mg	H: Müdigkeit, Gewichtszunahme G: gastrointestinale Beschwerden, Depression S: Hyperkinesen, Tremor, Parkinsonoid	A: fokale Dystonie, Schwangerschaft, Stillzeit, Depression R: M. Parkinson in der Familie
Topiramate	25–100 mg	H: Müdigkeit, kognitive Störungen, Gewichtsabnahme, Parästhesien G: Geschmacksveränderungen, Psychosen, Nierensteine, Depression S: Engwinkelglaukom	A: Niereninsuffizienz, Nierensteine, Engwinkelglaukom R: Depression, Angststörung, geringes Körpergewicht, Anorexie
Valproinsäure*	500-1000 mg	H: Müdigkeit, Schwindel, Tremor G: Hautausschlag, Haarausfall, Gewichtszunahme S: Leberfunktionsstörungen	A: Leberfunktionsstörungen, Schwangerschaft (Neuralrohrdefekte), Frauen im gebärfähigen Alter, Alkoholmissbrauch
OnabotulinumtoxinA bei chronischer Migräne	155–195 U i.m.	G: muskelkaterartige Beschwerden, kosmetisch unerwünschte Effekte, Nackenmuskelschwäche	A: Myasthenia gravis R: Antikoagulation
Amitriptylin	50–75 mg	H: Müdigkeit, Mundtrockenheit, Schwindel, Gewichtszunahme	A: Herzinsuffizienz, Glaukom, Prostatahypertrophie, -adenom

Nebenwirkungen gegliedert in: H: häufig; G: gelegentlich; S: selten; Kontraindikationen gegliedert in: A: absolut, R: relativ, *off-label, ** bei Flunarizin Therapiepause nach 6 Monaten

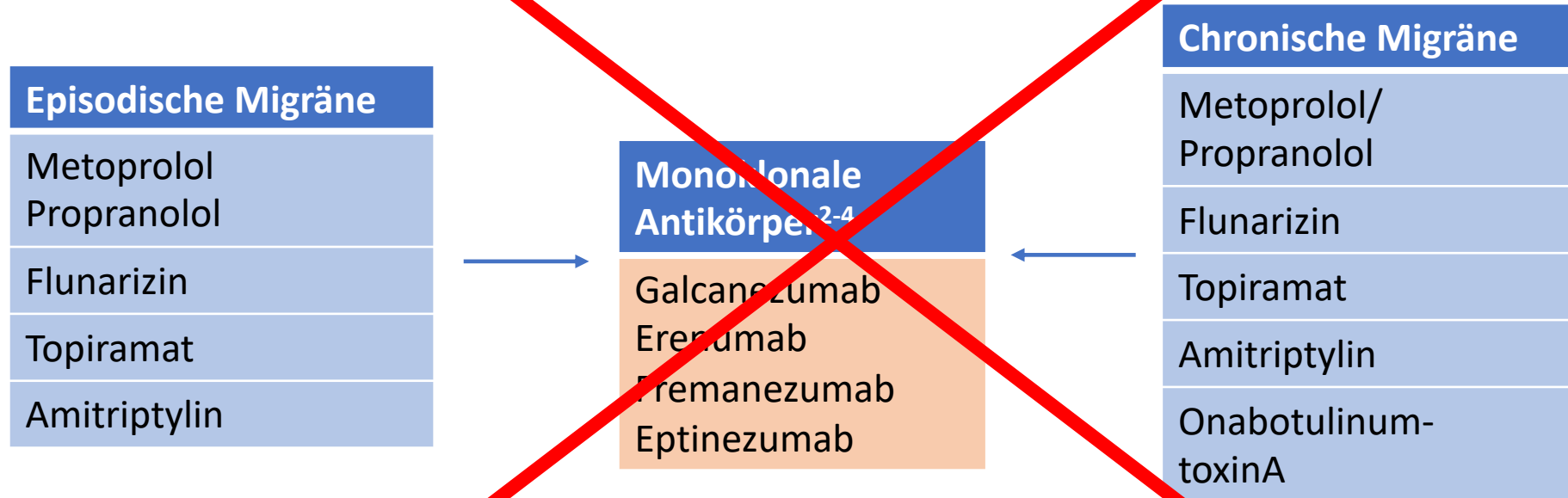
Monoklonale Antikörper gegen CGRP oder den CGRP-Rezeptor

- Alle monoklonalen Antikörper sind zugelassen zur Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens 4 Migränetagen pro Monat
- Bei der episodischen Migräne ist ein Therapieerfolg definiert als eine Reduzierung der durchschnittlichen monatlichen Migränetage um 50 % oder mehr im Vergleich zur Vorbehandlung über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten. Bei der chronischen Migräne gilt als Therapieerfolg eine Reduktion der Migränetage von 30% oder mehr. Eine Dokumentation mit einem analogen oder digitalen Kopfschmerzkalender wird empfohlen. Alternativ: 30%ige Reduzierung im MIDAS, HIT-6 um mindestens 5 Punkte.
- Bei fehlendem Ansprechen auf einen monoklonalen Antikörper kann ein Wechsel auf einen anderen monoklonalen Antikörper erwogen werden. Hierbei sind die Unterschiede in der Erstattungsfähigkeit hinsichtlich der Vortherapien zu berücksichtigen.

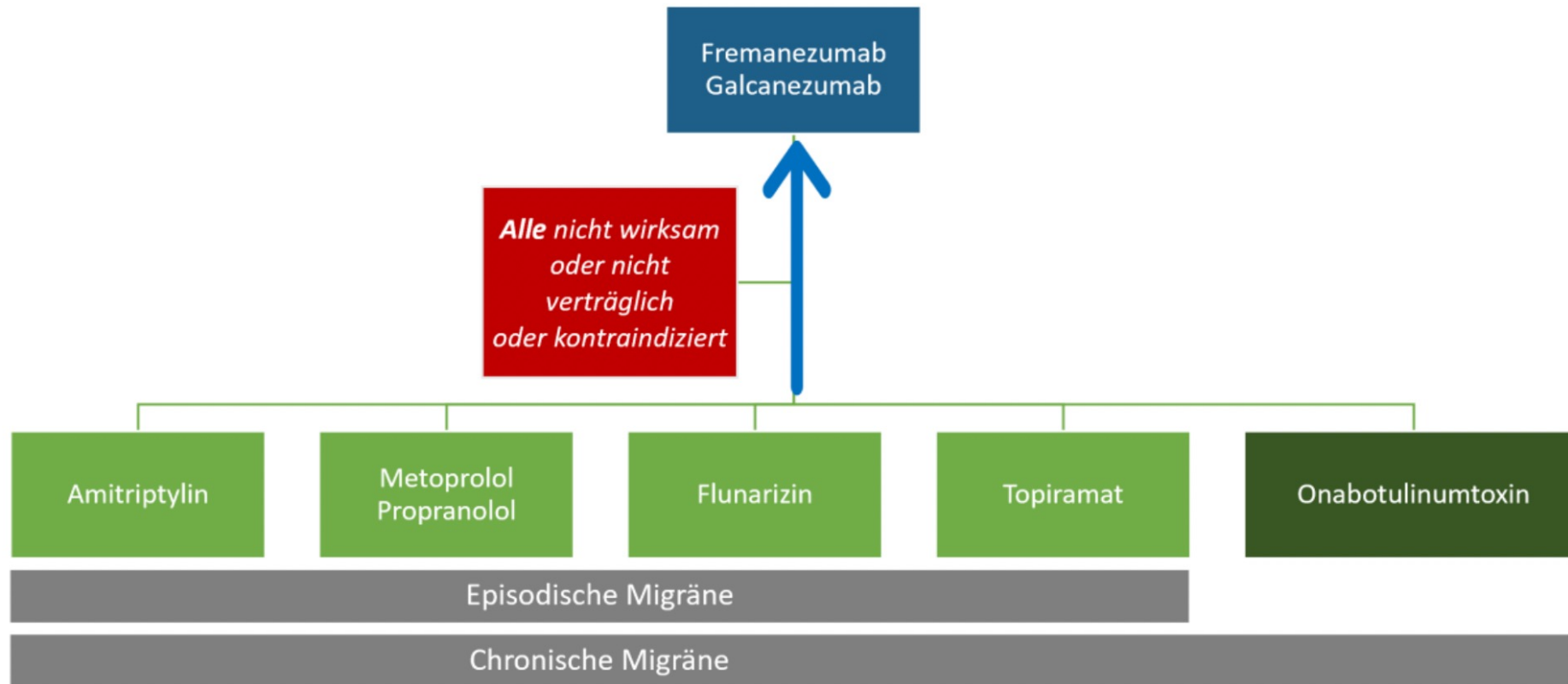
Die neue Versorgungssituation



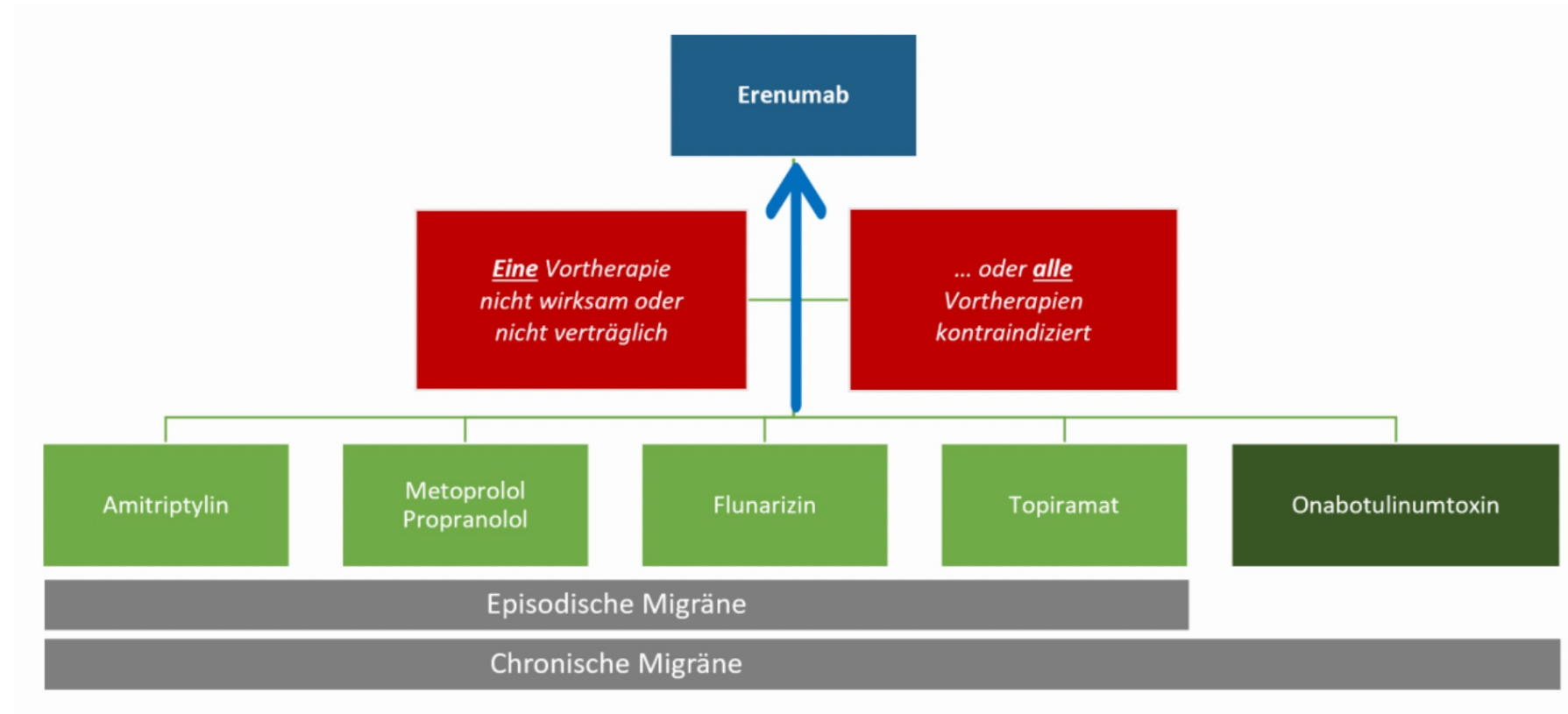
Bisheriger Verordnungsalgorithmus



Vergütung zu Lasten der GKV im Rahmen einer Praxisbesonderheit



Vergütung zu Lasten der GKV im Rahmen einer Praxisbesonderheit



Ohne Praxisbesonderheit: keine Vortherapien nötig

Bei fehlendem Ansprechen: keine Praxisbesonderheit über 3 Monate hinaus

Rimegepant in der Migräneprophylaxe

Rimegepant ist zugelassen für folgende Indikationen:

- Akuttherapie der Migräne mit und ohne Aura bei Erwachsenen
- Prophylaxe der episodischen Migräne bei Erwachsenen mit ≥ 4 Attacken/Monat

Phase 2/3 Studie bei Pat. mit EM, 75 mg Rimegepant jeden 2. Tag (n=373) v/ Placebo (n=374), Prim. Outcome: Abnahme Migränetage Baseline vs. 12 Wochen Therapie

	Rimegepant (n=348)		Placebo (n=347)		Least squares mean difference between groups (95% CI)	p value
	n	Point estimate (95% CI)	n	Point estimate (95% CI)		
Change in mean number of migraine days per month during weeks 9–12, days (primary efficacy outcome)†	348	-4.3 (-4.8 to -3.9)	347	-3.5 (-4.0 to -3.0)	-0.8 (-1.5 to -0.2)	0.0099
$\geq 50\%$ reduction in mean number of moderate or severe migraine days per month during weeks 9–12	171	49% (44 to 54)	144	41% (36 to 47)	8% (0 to 15)	0.044
Change in mean number of total migraine days per month during weeks 1–12, days†	348	-3.6 (-4.0 to -3.2)	347	-2.7 (-3.1 to -2.3)	-0.8 (-1.3 to -0.3)	0.0017

Verträglichkeit:

Abbruchrate wegen UAW: Rimegepant 2% vs Placebo 1%

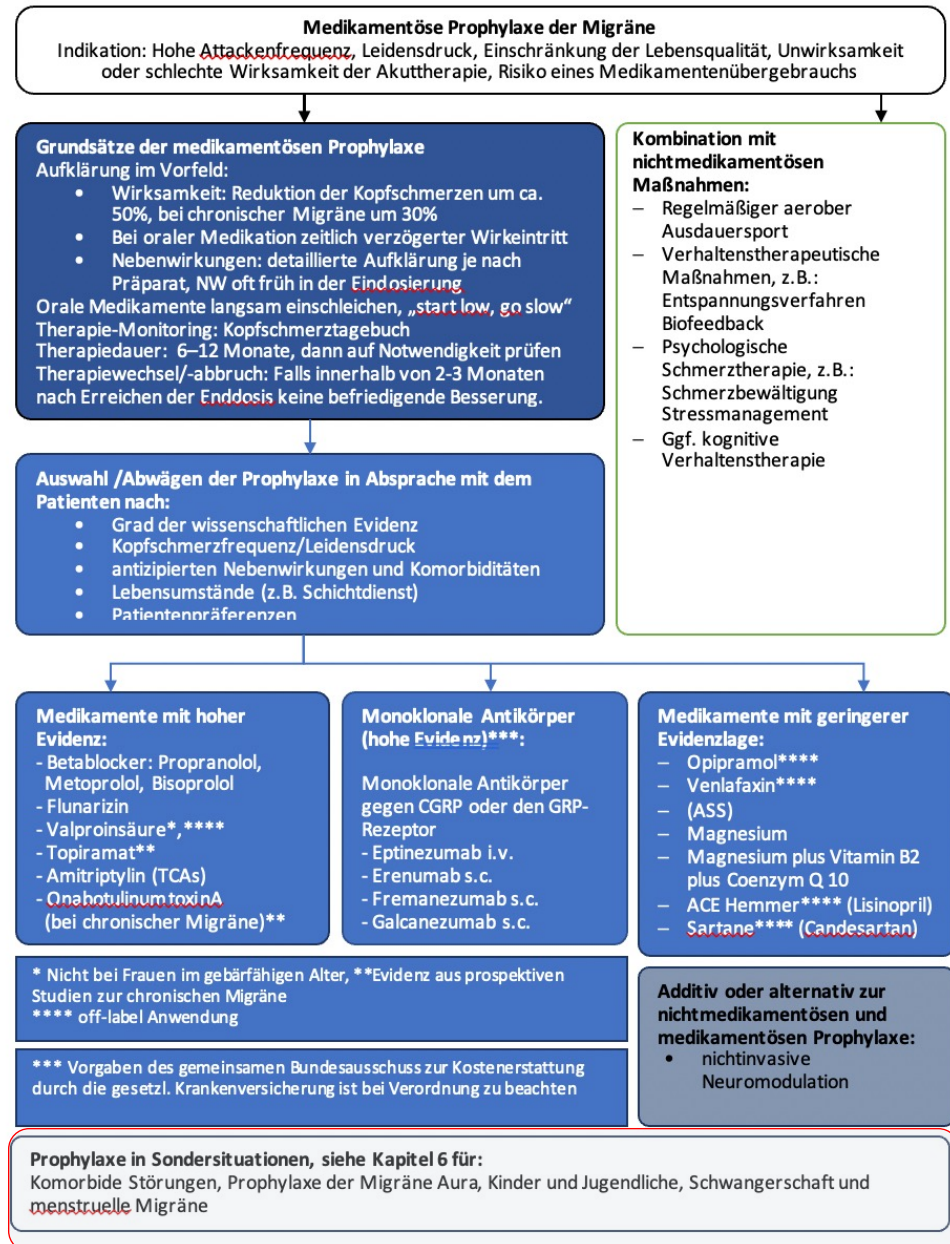
SAE: Rimegepant 3% vs Placebo 4%

Rimegepant in der Migräneprophylaxe

- Rimegepant ist wirksam in der akuten als auch prophylaktischen Migränebehandlung
- Rimegepant ist in Deutschland aber noch nicht erhältlich (Stand 01/2023)
- Rimegepant eignet sich für Patienten, bei denen die „klassischen“ Migräneprophylaktika
 - nicht wirksam sind
 - nicht vertragen wurden
 - oder wenn Kontraindikationen
- Rimegepant hat eine gute Verträglichkeit, aber Interaktionen (z.B. CYP3A4 und PGP)
- Aufweichen der Trennung zwischen Akuttherapie und Prophylaxe, Studien deuten auf ein geringes Risiko für die Entwicklung eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch hin



Neues zur Prophylaxe – die Übersicht



Spezielle Therapiesituationen in der Prophylaxe



Schwangerschaft:

- Amitriptylin
- Metoprolol, Propranolol
- Magnesium



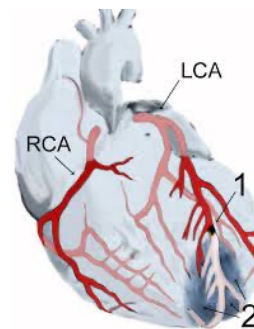
Menstruelle Migräne:

- Kurzzeitprophylaxe Tag -2 bis +3
- Naproxen und/oder Triptane (lange HWZ)
 - kontinuierliche Gabe komb. orales Kontrazeptivum (COC)
 - Desogestrel kontinuierlich



Kinder und Jugendliche:

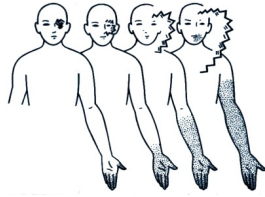
- Propranolol
- Nichtmed. Verfahren



Hemiplegische Migräne:

- Azetazolamid
- Lamotrigin

Spezielle Therapiesituationen in der Prophylaxe



Aura:

- Flunarizin
- Topiramamat
- Lamotrigin



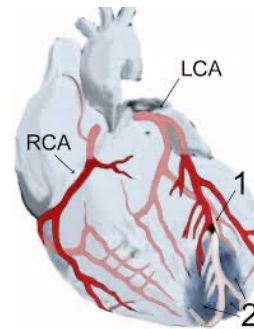
Depression, Angststörung:

- Amitriptylin
- Venlafaxin
- (Opipramol,



Epilepsie:

- Topiramamat
- Valproat
- Levetiracetam



Vaskuläre Erkrankungen:

- Candesartan, Lisinopril
- Meto-, Biso-, Propranolol

Interventionelle Verfahren

Okzipitale Nervenblockade:

- In wenigen Studien moderate Effekte in der Kurzzeitbehandlung (< 3 Monate) bei der chronischen Migräne
- Bei geringen Nebenwirkungen kann die Anwendung in Einzelfällen erwogen werden, wenngleich unklar ist, ob Lokalanästhetika, Steroide oder beides die beste Wirksamkeit haben.
- Akutwirksamkeit nicht ausreichend belegt



Vielen Dank für Ihr Interesse...



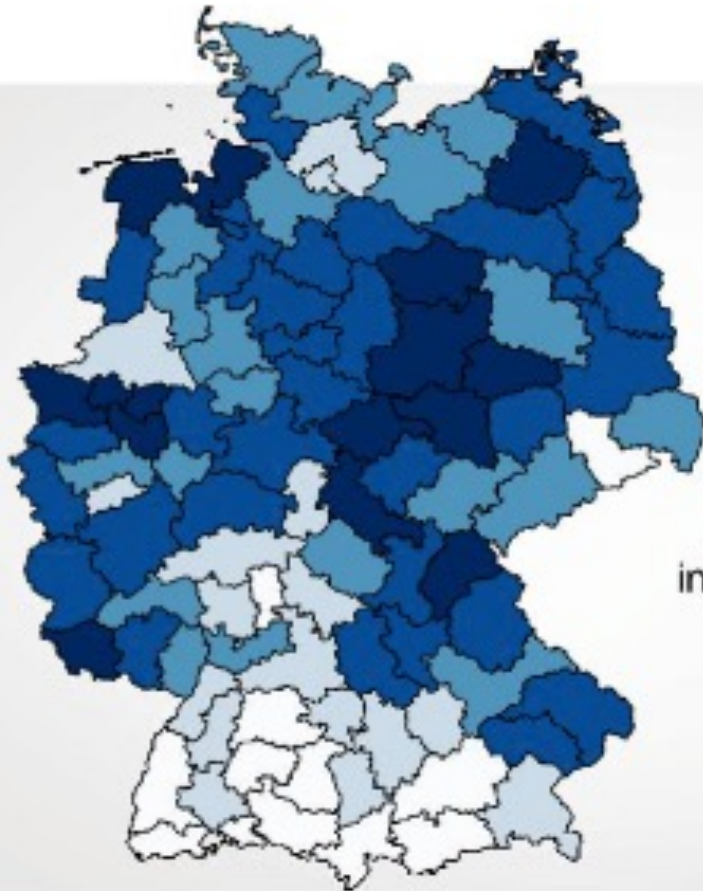
Individualisierung der medikamentösen Migräneprophylaxe

PD Dr. Gudrun Goßrau

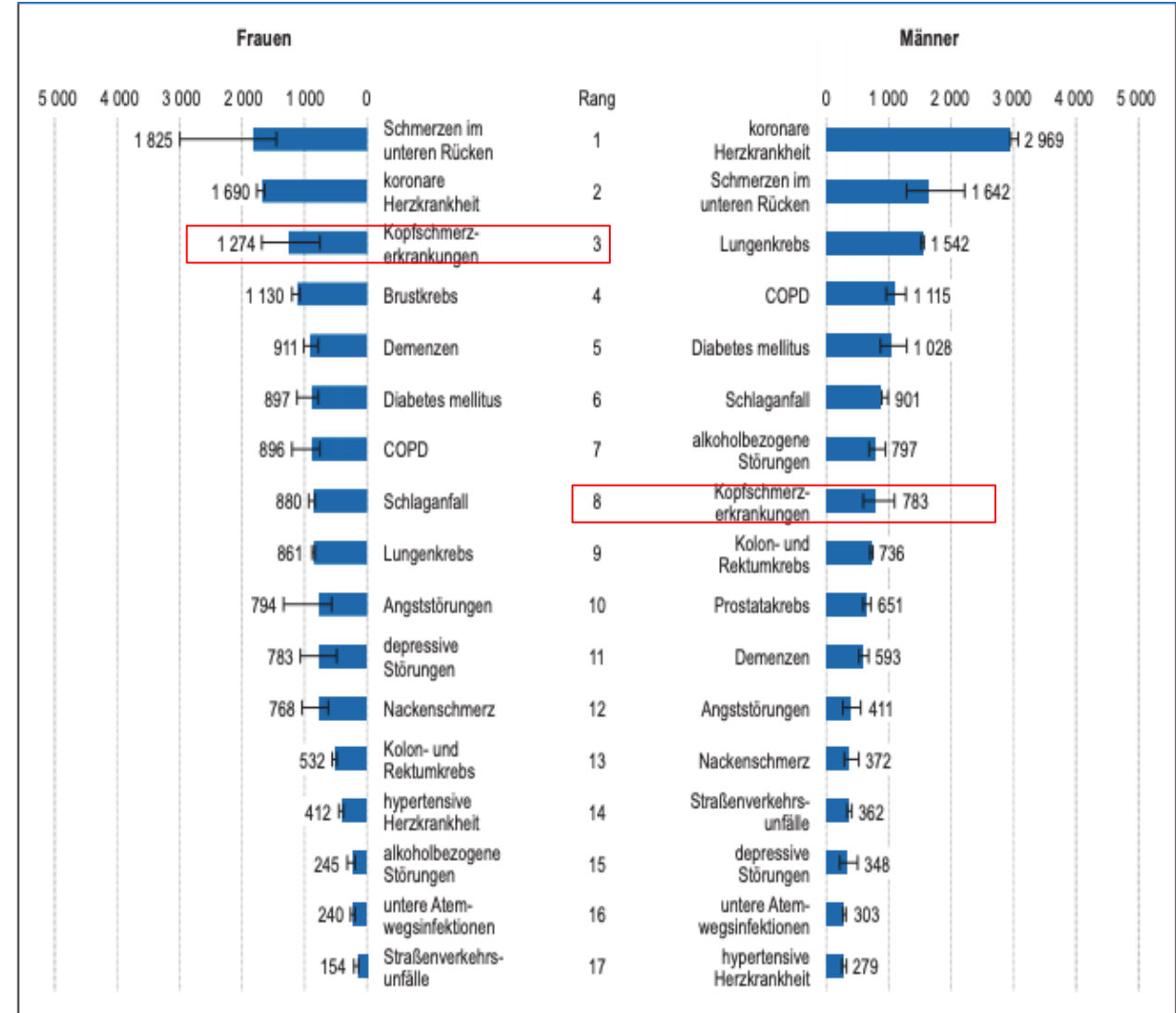
Kopfschmerzambulanz

Universitätsschmerzzentrum, Universitätsklinikum Dresden

Kontakt: gudrun.gossrau2@uniklinikum-dresden.de



**Krankheitslast
in Deutschland und
seinen Regionen**

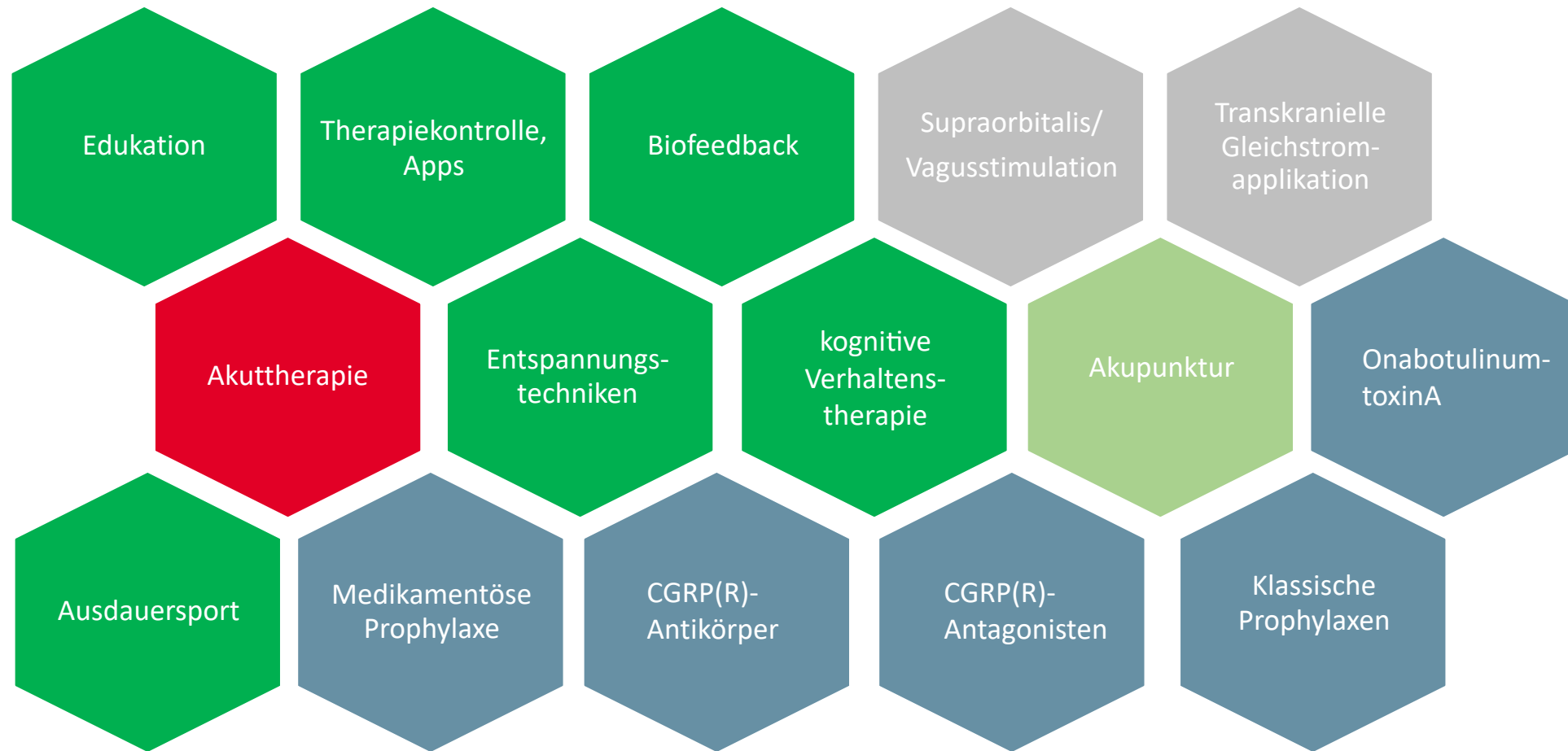


Migräne ist häufig.

10-20% der Patienten → hohe Beeinträchtigung
→ hohe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

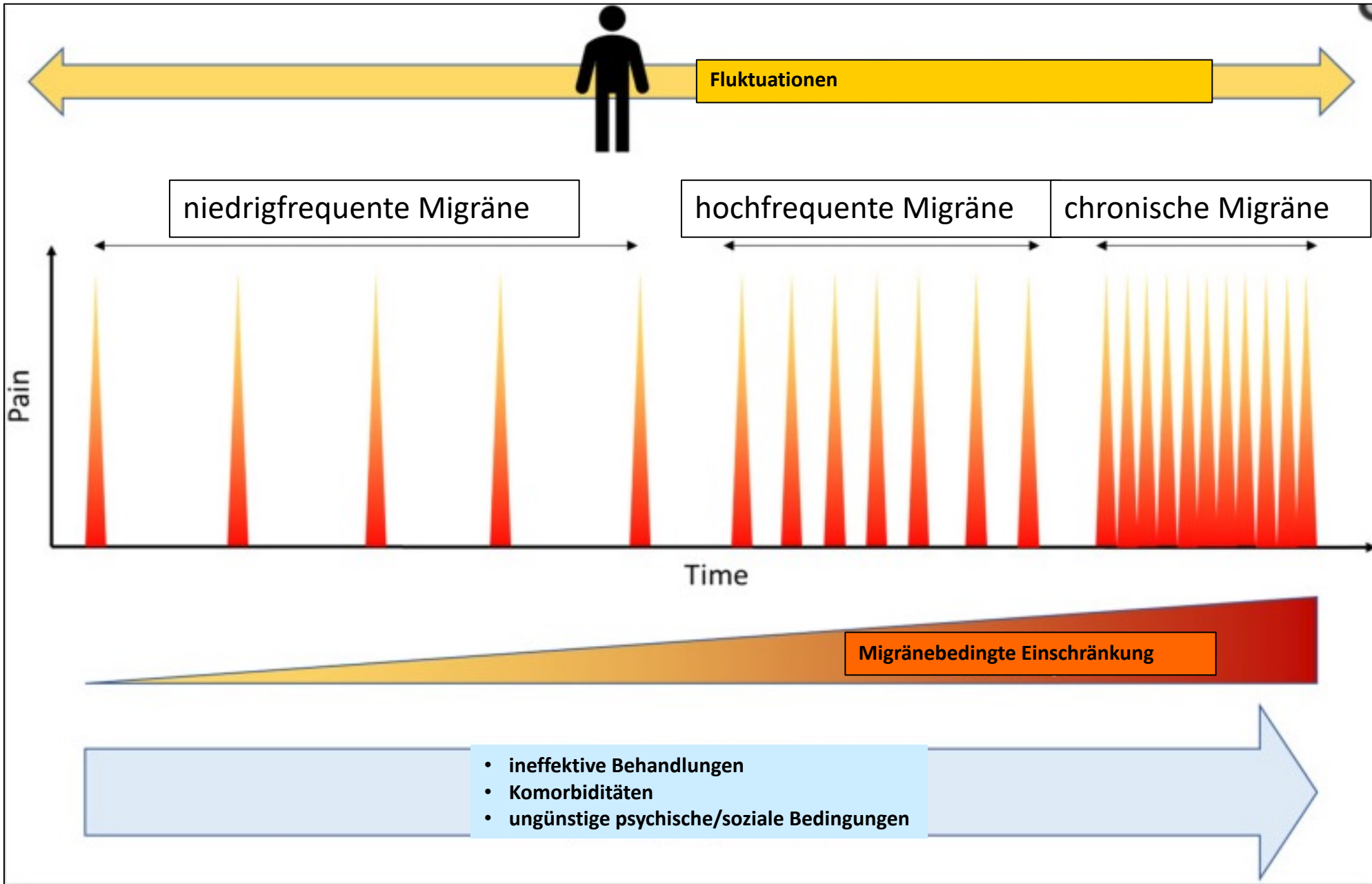
Migräne ist behandelbar.

Möglichkeiten der Migräneprophylaxe



Indikation medikamentöser Migräneprophylaxe

- hoher Leidensdruck
- mindestens 4 Migränetage pro Monat / lange / schwer behandelbare Migräneattacken
- Migräneattacken mit einschränkenden Aurasymptomen
- Migräneattacken, die auf eine Akuttherapie nicht ansprechen
- Risiko eines Medikamentenübergebrauchs



Übersichten

Schmerz

<https://doi.org/10.1007/s00482-022-00671-9>

Eingegangen: 15. Juli 2022

Überarbeitet: 19. August 2022

Angenommen: 23. August 2022

© Der/die Autor(en) 2022



Konsensusstatement der Migräne- und Kopfschmerzgesellschaften (DMKG, ÖKSG & SKG) zur Therapiedauer der medikamentösen Migräneprophylaxe

Guidrun Goßrau¹ · Stefanie Förderreuther² · Ruth Ruscheweyh^{2,3,4} · Victoria Ruschil⁵ · Till Sprenger⁶ · David Lewis⁷ · Katharina Kamm² · Tobias Freiling⁸ · Lars Neeb^{9,10} · Volker Malzacher¹¹ · Uwe Meier¹² · Klaus Gehring¹³ · Torsten Kraya^{14,15} · Thomas Dresler^{16,17} · Christoph J. Schankin^{18,19} · Andreas R. Gantenbein^{20,21} · Gregor Brössner²² · Karin Zebenholzer²³ · Hans-Christoph Diener²⁴ · Charly Gaul²⁵ · Tim P. Jürgens^{26,27}

¹Kopfschmerzambulanz, Universitätsschmerzcenter, Medizinische Fakultät der TU Dresden, Universitätsklinikum Dresden, Dresden, Deutschland; ²Neurologische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; ³Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, Frankfurt, Deutschland; ⁴Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Technische Universität München, München, Deutschland; ⁵Abteilung Neurologie mit Schwerpunkt Epileptologie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland; ⁶Deutsche Klinik für Diagnostik, DKD Helios Klinik Wiesbaden, Wiesbaden, Deutschland; ⁷LEWIS Neurologie, Stuttgart, Deutschland; ⁸Klinik für Neurologie, Klinikum Passau, Passau, Deutschland; ⁹Helios Global Health, Berlin, Deutschland; ¹⁰Neurologische Klinik und Poliklinik, Institut für Public Health, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Freie Universität Berlin und Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland; ¹¹Neurozentrum Reutlingen, Reutlingen, Deutschland; ¹²Berufsverband Deutscher Neurologen, Berlin, Deutschland; ¹³Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Berlin, Deutschland; ¹⁴Neurologische Klinik, Krankenhaus Sankt Georg Leipzig, Leipzig, Deutschland; ¹⁵Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Halle-Saale, Halle-Saale, Deutschland; ¹⁶Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen Zentrum für seelische Gesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland; ¹⁷LEAD Graduiertenschule & Forschungsnetzwerk, Tübingen, Tübingen, Deutschland; ¹⁸Neurologische Klinik, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern, Bern, Schweiz; ¹⁹Universitätsspital Bern, Universität Bern, Bern, Schweiz; ²⁰Neurologie & Schmerz, ZURZACH Care, Bad Zurzach, Schweiz; ²¹Praxis Neurologie am Untertor, Büsingen, Schweiz; ²²Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ²³Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich; ²⁴Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE), Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; ²⁵Kopfschmerzcenter Frankfurt, Frankfurt, Deutschland; ²⁶Kopfschmerzcenter Nordost, Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinik Rostock, Rostock, Deutschland; ²⁷Neurologische Klinik, KMG Krankenhaus Güstrow, Güstrow, Deutschland

in Zusammenarbeit mit ÖKSG, SKG
DGN, BDN, BVDN

Medikamentöse Migräneprophylaxe: wie lang sollte behandelt werden?

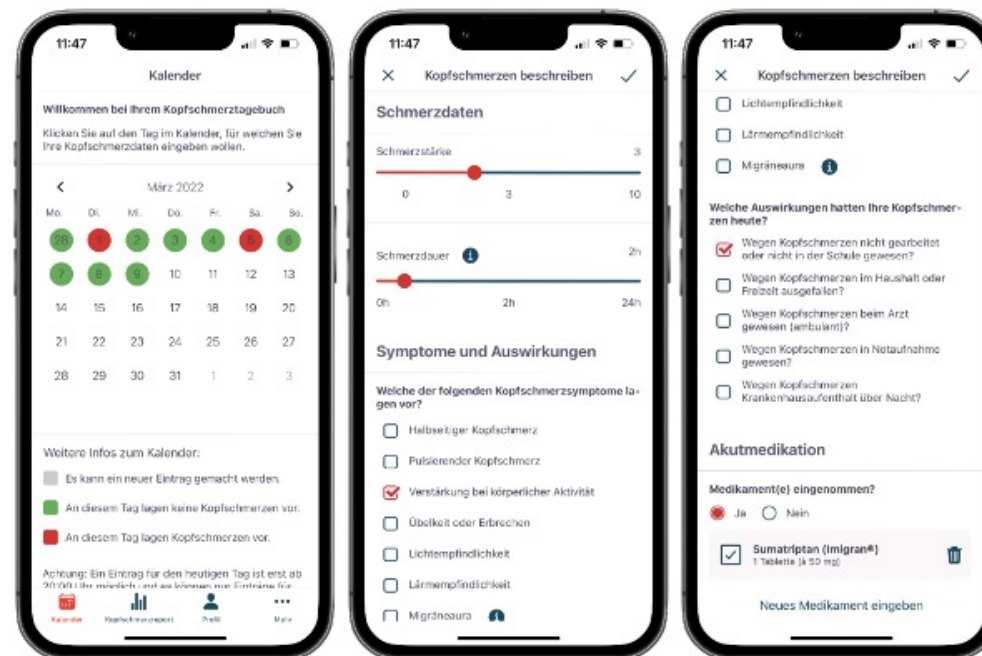
4 -12 Wochen:
Evaluation

6 Monate
(Flunarizin)

9 Monate

12 Monate

24 Monate



Experten-Konsens zur individuellen Therapiedauer

- Patienten mit < 8 monatlichen Migränetagen MMD
- kürzere Erkrankungsdauer
- keine relevante Komorbidität
- 6 bis 12 Monate Therapiedauer

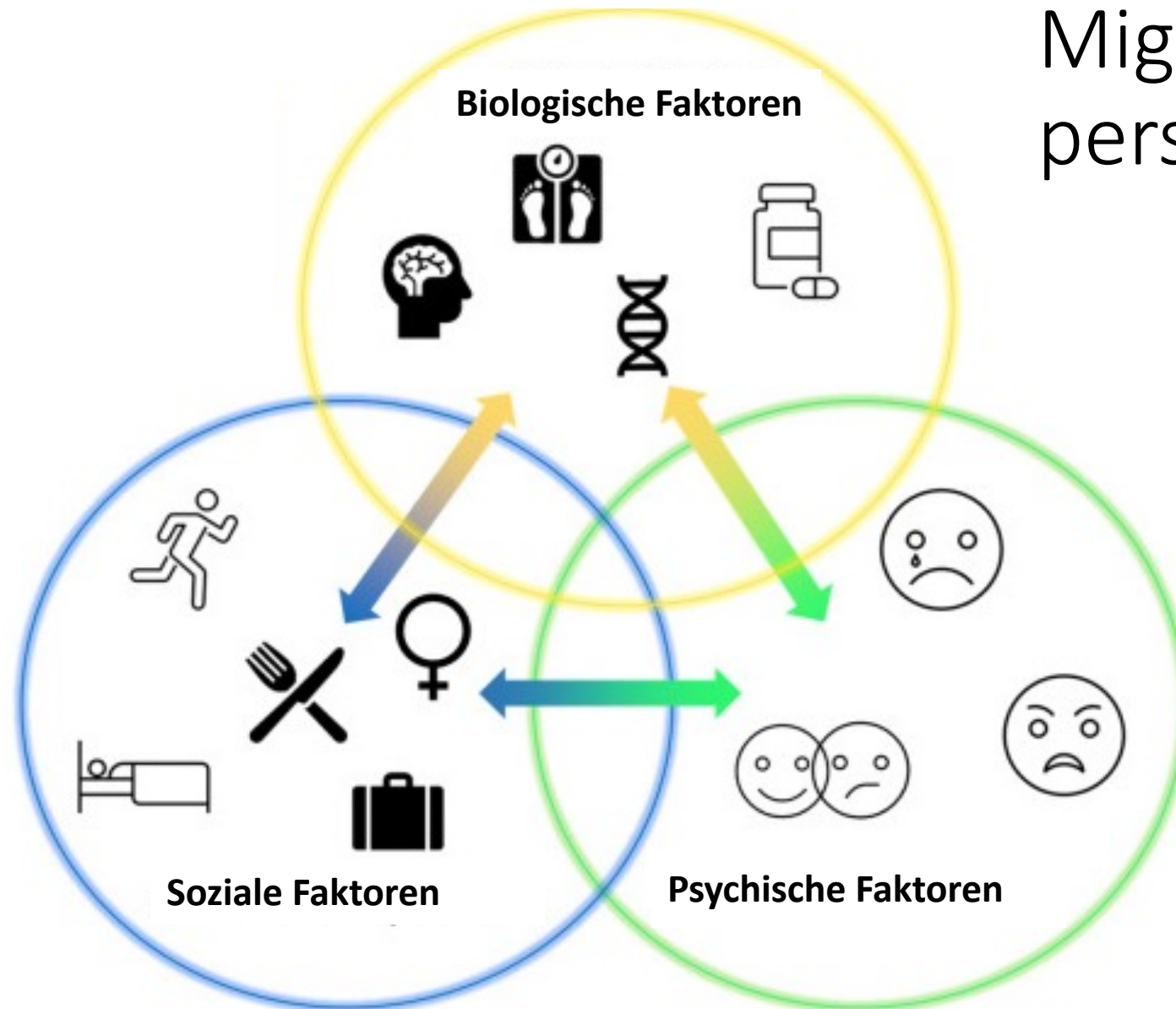
- Patienten mit längerer Migräneanamnese
- hochfrequente (≥ 8 MMDs) oder chronischer Migräne
- Begleiterkrankungen: Depression, Angststörung, chronische Schmerz Erkrankung
- mindestens 12 bis 24 Monate Therapiedauer

bei klinisch signifikanter Reduktion der Migräne

$\geq 50\%$ Reduktion MMD,
 $\geq 30\%$ Reduktion MIDAS,
 ≥ 5 Punkte Reduktion HIT-6

≥ 30 bis $\geq 50\%$ Reduktion MMD,
 $\geq 30\%$ Reduktion MIDAS,
 ≥ 5 Punkte Reduktion HIT-6

Migräneprophylaxe als personalisierte Medizin





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt:

PD Dr. med. Gudrun Goßrau

Telefon: 0351 458-2063

Telefax: 0351458-4389

E-Mail: Gudrun.Gossrau2@uniklinikum-dresden.de

Internet: <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/usc/behandlungsangebote>

Adresse:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

an der TU Dresden AÖR

Kopfschmerzambulanz

Universitätsschmerzzentrum

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Nichtmedikamentöse Therapien: Neuheiten und Wirksamkeit

PD Dr. Stefanie Förderreuther
Neurologische Klinik der LMU München
Kontakt: sfoerder@med.uni-muenchen.de

Stellenwert und Bedeutung

Nicht-medikamentöse Therapien sind die unverzichtbare zweite Säule jeder Migränetherapie!

Gründe: Nicht jeder braucht eine medikamentöse Therapie
 Nicht jeder will eine medikamentöse Therapie
 Nicht jeder spricht (ausreichend) auf eine medikamentöse Therapie an
 Die beste Wirksamkeit haben die Kombinationen aus
 medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie

Vorteile: Praktisch keine Nebenwirkungen
 Aktive Einflussnahme auf die Erkrankung durch die Betroffenen selbst
 => Autonomie und Selbstverantwortung

Psychologische Verfahren / Verhaltenstherapie: Tragende Bausteine der Prophylaxe

Edukation

- => Lifestyle Beratung
- => Sport

Achtsamkeit

Entspannung

- => PMR
- => Meditation

Trigger- Management

Biofeedback

Kogn. Verhaltens- therapie

- => Stressbewältigung
- => Umgang mit
Attackenangst



Kognitive Verhaltenstherapie: Wer und warum?

Indikation: hochfrequente / chronische Migräne
Beeinträchtigung von Lebensqualität/Arbeitsfähigkeit / Schulbesuch
Fehlschlag von unimodalen Therapieverfahren
Medikamentenfehl- oder -übergebrauch
Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung wie Depression, Angsterkrankungen
Die Schmerztherapie erschwerende somatische Begleiterkrankung

Ziel: Vermeiden oder Behandeln von sozialem Rückzug
Triggervermeidung
Depression
Attackenangst, Katastrophisieren
Überforderung durch krankhafte Durchhaltestrategien
Krankhafte Selbstbeobachtung
Falsche Selbstwahrnehmung

Elektrische Stimulation des N. supraorbitalis

- Akuttherapie der Migräne:
Randomisierte, kontrollierte Studie (n=106)
signifikante Schmerzlinderung nach 60 min.
(- 3,46 VAS vs. -1,78 VAS bei Sham)
- Prophylaxe der Migräne: tägl. Stimulation über 20 Min.
Studie: Verum: -2,06 Tage, 50% Responderrate 38,1%
 Kontrolle + 0,34 Tage, 50% Responderrate 12,1%
Registerdaten (n=2313): Zufriedenheit bei 53,4%
- Kostenpunkt: Setpreis 379.-, keine Kostenübernahme durch Krankenkassen



Abbildung: Quelle Hersteller

Akupunktur: Datenlage bei Migräne weiterhin schwach

- Unterschiedliche Designs der Studien:
 - Verum vs. Sham
 - Verum vs. Medikamentöse Prophylaxe
 - Verblindung problematisch
- Uneinheitliche Ergebnisse
- Cochrane Metaanalyse: signifikanter Rückgang der Migränetage, niedrige Effektstärke
- Empfehlung der LL: Die Überlegenheit einer klassischen Akupunktur gegenüber einer Scheinakupunktur bei der Prophylaxe der Migräne ist nach aktueller Studienlage widersprüchlich. Insgesamt zeigen sich moderate, unspezifische Effekte.



APPs und telemedizinische Angebote



APPs und telemedizinische Angebote

- Instrumente zur Unterstützung bei Diagnostik und Therapie der Migräne
- Angebot zur Verlaufsdokumentation und Erfolgskontrolle
- Informationstools zur Vermittlung von Wissen und verhaltenstherapeutischen Optionen
- Internetbasierte Angebote und Apps können bei Einschränkungen im Gesundheitssystem (z.B. Pandemie, ländliche Gegenden) unterstützen
- Für die Auswahl von Apps in der Migräne- und Kopfschmerztherapie sollten Mindestkriterien erfüllt sein
- Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien zur klinischen Effektivität bzw. Verbesserung der Versorgungsqualität liegen derzeit nicht vor

Mindestens so wichtig: Was ist nicht zur Prophylaxe zu empfehlen?

- Invasive Neurostimulation
- Corrugator Chirurgie
- Piercing
- Foramen ovale-Verschluss
- Homöopathie
- Nahrungsergänzungstoffe
- Probiotika
- Diäten zur Elimination von Allergenen
- ...



Noch wichtiger...

Ihre Fragen!

Interessenkonflikte

- PD Dr. Förderreuther
Referententätigkeit, Beratertätigkeit für:
Deutsche Stiftung Organtransplantation, Eli Lilly, Lundbeck, Hormosan, Novartis, Pharm Allergan, Sanofi, TEVA
- PD Dr. Gaul
Referentenhonorare und Advisory Boards der letzten 3 Jahre:
Abbvie, TEVA-Ratiopharm, Lilly, Novartis Pharma, Hormosan Pharma, Lundbeck, Perfood, Sanofi, Reckitt und Grünenthal
- PD Dr. Jürgens
Vortragshonorare und Beratungstätigkeit/Advisory Board-Teilnahme:
Allergan/Abbvie, Grünenthal, Hormosan, Lilly, Lundbeck, Novartis, Sanofi, TEVA
- PD Dr. Goßrau
Beratungshonorare, Vortragshonorare, Forschungsförderung innerhalb des letzten Jahres:
Novartis, TEVA, Lilly, Abbvie, Lundbeck