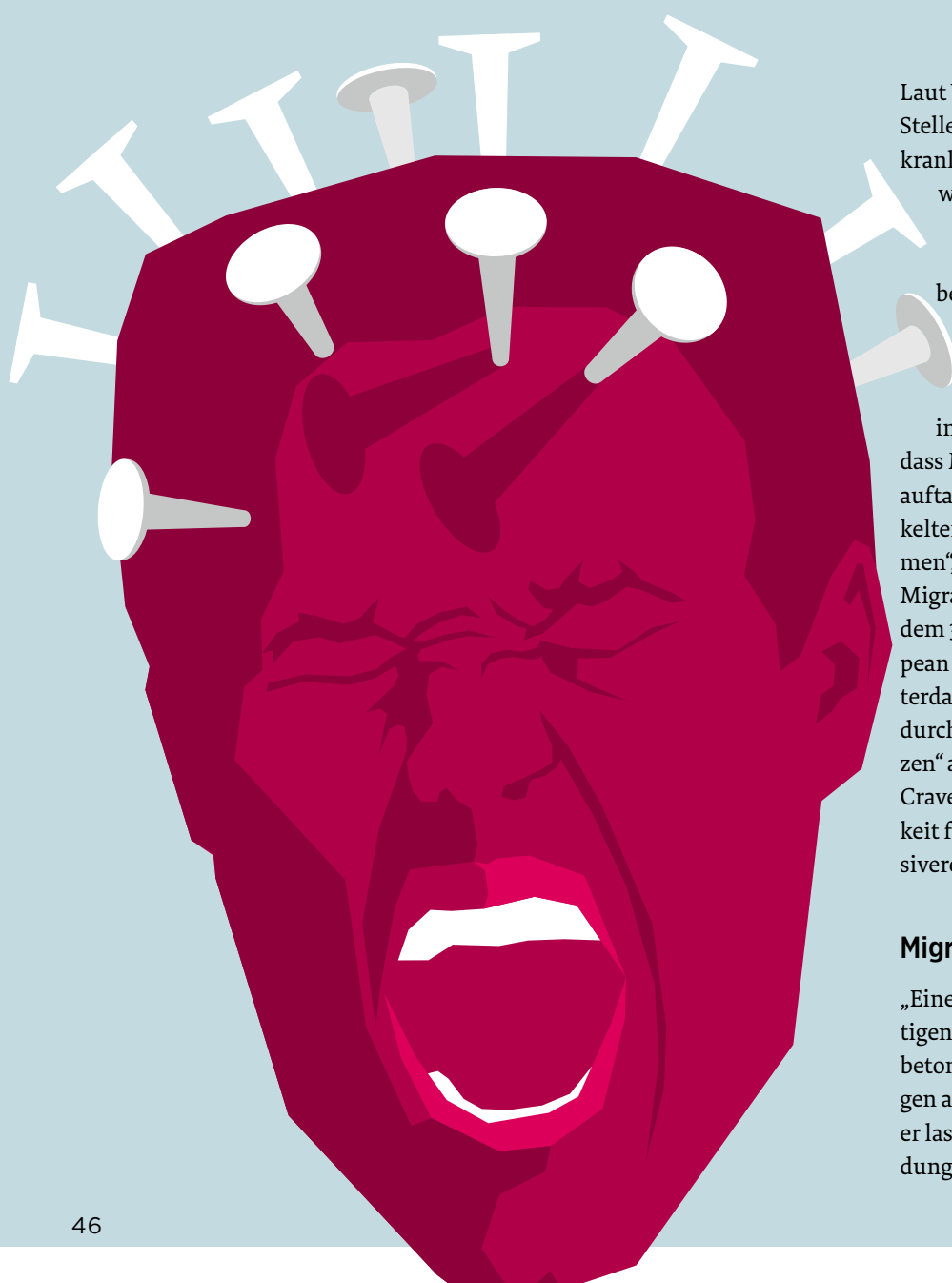


Neue Therapieoption für Migränepatienten

Migräne zählt zu den häufigen Diagnosen in der Hausarztpraxis. Besonders schwierig gestaltet sich die **prophylaktische Therapie** der Migräne-Attacken. Dafür könnte bald eine neue Substanzklasse zur Verfügung stehen: monoklonale Antikörper gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP). In Studien konnten sie die Migränetage erfolgreich reduzieren.



Laut WHO steht die Migräne an sechster Stelle der am stärksten behindernden Erkrankungen und erreicht sogar Platz drei, wenn man die Migräne aufgrund von Medikamenten-Übergebrauch mitrechnet. Betroffene und ihre Verbände beklagen jedoch, dass dieser sehr belastenden Erkrankung nur geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird – sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Medizinbetrieb. „Ein Grund dafür ist, dass Migräne-Patienten in den Praxen nicht auftauchen, sie liegen zuhause im abgedunkelten Raum und werden nicht wahrgenommen“, verdeutlichte Audrey Craven von der Migraine Association of Ireland, Dublin, auf dem 3. internationalen Kongress der European Academy of Neurology (EAN) in Amsterdam. Dazu komme eine Stigmatisierung durch die Mitmenschen, die „Kopfschmerzen“ als Krankheit nicht ernst nehmen. Craven forderte daher mehr Aufmerksamkeit für das Thema Migräne und eine intensivere Wissensvermittlung im Studium.

Migräne sicher erkennen

„Eine probate Therapie beginnt mit der richtigen Klassifizierung des Kopfschmerzes“, betonte Prof. Messoud Ashina aus Kopenhagen auf dem EAN. Anhand der Schmerzdauer lasse sich eine einfache erste Unterscheidung treffen: Bei der Trigeminusneuralgie

währt der Schmerz im Gesicht nur wenige Sekunden, der oft hinter den Augen befindliche Cluster-Kopfschmerz hält 0,5 bis 3 Stunden an, während sich Migräne-Schmerzen über 4 bis 72 Stunden hinziehen. Chronische Migräne zeichnet sich durch anhaltende Hintergrundscherzen mit zusätzlichen Migräne-Attacken aus. Können die Patienten ihre Schmerzen nicht gut beschreiben, rät Ashina zu einem Schmerztagbuch. Die Diagnose ‚Migräne‘ liegt zudem nahe, wenn zwei der drei folgenden Fragen positiv beantwortet werden: Geht der Kopfschmerz mit Lichtsensitivität einher? Tritt in dieser Zeit Übelkeit auf? Besteht eine verminderte Leistungsfähigkeit?



Therapiealgorithmus akuter Attacken

Die symptomatische Therapie einer Migräneattacke beginnt man laut Ashina am besten mit Antiemetika und einfachen Analgetika. Bei mangelndem Erfolg bzw. heftigeren Schmerzen sollte man auf Antiemetika plus NSAID steigern. Reicht diese Maßnahme nicht aus, stellen Triptane das Mittel der Wahl dar. „Triptane dienen nur der akuten Medikation, sie dürfen nicht länger als drei Tage pro Woche eingenommen werden. Darauf sollte man die Patienten unbedingt hinweisen, damit keine Migräne aufgrund von Medikamenten-Übergebrauch entsteht“, betonte Ashina. Da die Patienten sehr unterschiedlich auf die einzelnen Triptane reagieren, empfahl der Neurologe bei Therapieversagen auf ein anderes zu wechseln.

Prophylaktische Therapie

Laut aktueller Leitlinie ist bei häufigen Migräneattacken bzw. Migräneattacken mit ausgeprägten Beschwerden oder anhaltenden neurologischen Ausfällen

eine Migräneprophylaxe angeraten. Als Migräneprophylaktika der ersten Wahl gelten die Betablocker Metoprolol und Propranolol, der Kalziumantagonist Flunarizin sowie die Antikonvulsiva Topiramamat und Valproinsäure. Mittel der zweiten Wahl sind der Betablocker Bisoprolol, das Trizyklikum Amitriptylin, Naproxen und Acetylsalicylsäure.

Bei chronischer Migräne mit oder ohne Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln empfiehlt die Leitlinie Topiramamat oder OnabotulinumtoxinA.

Wie Ashina betonte, sollte man die Therapie generell mit einer niedrigen Dosis beginnen und diese langsam steigern, um einen Therapieabbruch aufgrund von Nebenwirkungen zu minimieren. Gerade die Nebenwirkungen stellen einen Hauptgrund für die geringe Adhärenz von Migräne-Patienten dar. Einer Studie zufolge leiden bis zur Hälfte der Patienten unter den Nebenwirkungen der Prophylaktika, fast ebenso viele beklagen eine mangelnde Wirksamkeit. Erschwerend kommt hinzu, dass die Wirkung häufig erst nach mehreren Wochen eintritt. „Diese Ergebnisse zeigen, wie notwendig wir neue, alternative Medikamente zur Prophylaxe brauchen“, folgerte Ashina.

Prophylaxe mit CGRP-Antikörpern

In den letzten Jahren wurde deutlich, dass das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Migräne eine maßgebliche Rolle spielt. Folglich rückte CGRP als neue Therapieoption in den Focus der Forschung. Mittlerweile werden vier monoklonale Antikörper in klinischen Studienprogrammen getestet. Drei Antikörper binden direkt an CGRP – Eptinezumab,

Fremanezumab und Galcanezumab – während Erenumab den CGRP-Rezeptor blockiert. „Die Effektivität der Antikörper konnte bei episodischer und chronischer Migräne gezeigt werden“, berichtete Ashina.

Beispielsweise reduzierte die einmal monatliche Gabe von Erenumab (subkutan) die monatlichen Migränetage (MMDs) um etwa vier Tage ausgehend von durchschnittlich 8,4 MMDs bei Patienten mit episodischer Migräne. Die Verbesserung hielt über ein Jahr an. Zugleich waren weniger Akut-Medikamente gegen Migräne erforderlich, die Zahl der Tage mit Migräne-spezifischer Medikation (MSMD) verminderte sich um zwei Tage. Gut ein Viertel der Patienten (26 Prozent) zeigte ein 100-prozentiges Ansprechen und hatte zwischen Woche 60 und 64 keine Migräne-Attacke, 42 Prozent wiesen eine Ansprechrate von ≥ 75 Prozent auf.

Die Verträglichkeit war sehr gut, es traten keine ZNS-assozierten unerwünschten Ereignisse auf; Nasopharyngitis, Influenza und Infektionen der oberen Atemwege waren die häufigsten Nebenwirkungen.

Die gute Verträglichkeit spiegelte sich in geringen Abbruchraten wider.

Besonders bemerkenswert ist der frühe Wirkbeginn der monoklonalen Antikörper. Für Fremanezumab konnte bereits ab Woche zwei ein signifikanter Unterschied zu Placebo belegt werden. Laut Ashina wurden bisher keine Unterschiede zwischen den Antikörpern festgestellt – weder hinsichtlich der Effektivität oder der Wirkdauer noch bei den Nebenwirkungen.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus,
Fürstenfeldbruck

Etwa die Hälfte aller Migräne-Patienten leidet unter den Nebenwirkungen der Prophylaktika.

