

Kopfschmerz durch Übergebrauch von Schmerz-und Migränemitteln

Prof. Dr. med. Dagny Holle-Lee



Interessenskonflikte

Finanzielle Unterstützung für Forschungsarbeiten und Vortragstätigkeit von Grünenthal, Desitin, Allergan, Lilly, Teva, Amgen, Novartis, Bayer, Hormosan



Viel hilft viel?



Was ist der Unterschied zwischen

- A) einem Medikamentenübergebrauch
- B) einem Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch
- C) einem medikamenteninduzierten Kopfschmerz

?



Your turn

- 1.) $A = B = C$
- 2.) $A = B \neq C$
- 3.) $A \neq B = C$
- 4.) A ist Bedingung für B, nicht aber für C
- 5.) A ist Bedingung für C, nicht aber für B

A) Medikamentenübergebrauch
B) Kopfschmerz bei
Medikamentenübergebrauch
C) Medikamenteninduzierten Kopfschmerz



Medikamentenübergebrauch

- **> 10 Einnahmetage/Monat** für Triptane, Ergotamine, Mischanalgetika
- **>15 Einnahmetage/Monat** für einfache Analgetika



Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch (MOH)

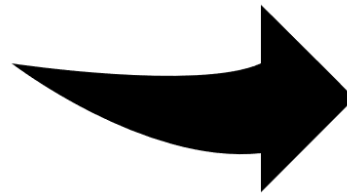
Chronischer Kopfschmerz
(d.h. > 15 Kopfschmerztage/Monat; > 3 Monate)



Medikamentenübergebrauch



Medikamenteninduzierter Kopfschmerz



ABGRENZUNG ZWISCHEN MOH UND CHRONISCHER MIGRÄNE?



Chronische Migräne

- Kopfschmerz (Migräneartig oder SKS) an mehr als 15 Tagen pro Monat für mehr als 3 Monate
- An mehr als 8 Tagen im Monat für mehr als 3 Monate wird mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:
 - 1. Migräne ohne Aura
 - 2. Migräne mit Aura
- Der Patient glaubt, dass es sich um eine Migräne handelt und der Kopfschmerz lässt sich durch ein Triptan oder Ergotamin erfolgreich behandeln



Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch

- ICHD-II
- Der Kopfschmerz verschwindet oder kehrt innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Triptaneinnahme wieder zu seinem früheren Auftretensmuster zurück
- ICHD-III
 - A. Kopfschmerz an mehr als 15 Tagen im Monat
 - B. Regelmäßiger Übergebrauch für mehr als 3 Monate von einem oder mehreren Akutmedikamenten
 - C. **Kopfschmerz hat sich entwickelt oder maßgeblich verschlechtert im Rahmen des Übergebrauches**



ICHD-III

- Diagnose von chronischer Migräne und Kopfschmerz erfolgt parallel
- Erfolgreicher Entzug ist nicht mehr die Basis für die Diagnose



Wie schnell entwickelt sich im Durchschnitt ein Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch?



Your turn

- 1.) < 1 Monat
- 2.) 1-3 Monate
- 3.) < 1 Jahr
- 4.) 1-2 Jahre
- 5.) > 2 Jahre



IST MOH HÄUFIG?



1-Jahres-Prävalenz

- 1-2% der Bevölkerung weltweit
→ 58,5 Millionen Menschen weltweit

32% der Patienten mit Chronischer Migräne haben einen MOH

- Frauen > Männer
- Komorbidität: Chronische Schmerzerkrankungen, Depression

Lu et al. Cephalalgia 2001; Colas et al. Neurology 2004; Wang et al. Neurology 2006; Aseth et al. Cephalalgia 2008; Westergaard et al. Cephalalgia 2014



WER BEKOMMT MOH?



- Grundbedingung: primärer Kopfschmerz
- Aber auch Rückenschmerzpatienten mit episodischer Migräne/SKS können MOH entwickeln



WAS SIND DIE RISIKOFAKTOREN?



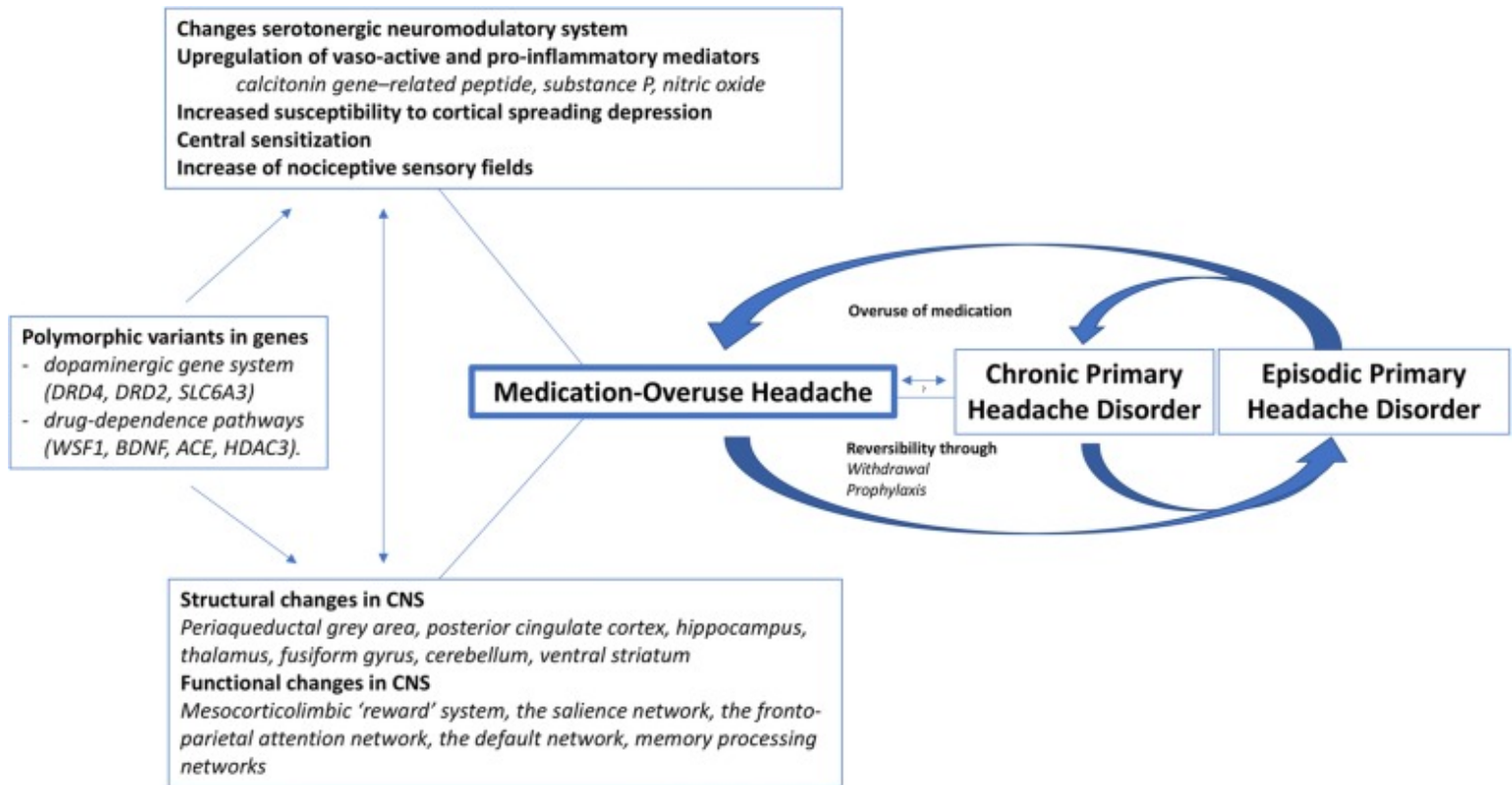
Risk Factor	Odds ratio (OR)	95% CI	Comment
Age (< 50 years)	1,8	1,3-2,4	Not modifiable
Female gender	1,9	1,4-2,6	Not modifiable
Low educational level	1,9	1,2-3,0	
Chronic musculoskeletal disease	1,9	1,4-2,7	
Gastro-intestinal disease	1,6	1,1-2,2	
Anxiety disorder or depression	4,7	2,4-9,0	Screening advised
Smoking	1,8	1,2-2,5	Can be modified
Physical inactivity	2,7	1,2-6,3	Can be modified
Metabolic syndrome	5,3	1,6-24,6	Obesity most important
Regular intake of tranquilizers	5,2	3,0-9,0	
Intake of aspirin > 15 days/month	0,5	0,3-0,9	Protective
Intake of ibuprofen > 15 days/month	0,7	0,5-1,0	Protective
Intake of opioids > 10 days/month	2,3	1,3-3,9	May lead to addiction

Diener,..Holle,.. et al. Lancet Neurol. 2019



PATHOPHYSIOLOGIE





WIE IDENTIFIZIERE ICH DIE RICHTIGEN PATIENTEN?



Kopfschmerztagebuch

Name: _____
Monat: _____ Jahr: _____

Kopfschmerz-Tagebuch



Tag	Schmerzstärke				Schmerzart	Begleitsymptome				Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität?		Anzeichen		Anamnese		Fähigkeit im		Abfall im		
	1	2	3	4		keine	leicht	mittel	schwer	keine	ja	nein	keine	ja	keine	ja	keine	ja	keine	ja
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				

(Bitte verwenden Sie folgende Zahlen für Rückfragen zum Füllen der Spalten "Auslöser" und "Trigger")

(a) Auslöser der Migräne

1. Aufregung oder Stress
2. Ernährungsfälle
3. Änderung Schlafrythmus
4. Menstruation
5. andere: _____

(b) Engpassarme Arzneimittel

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____

(Bitte Namen angeben)



Digitale Dokumentation funktioniert möglicherweise besser!

Grande et al. JNNP 2009; Lundqvist et al. Pain 2010; Lundqvist et al. Eur J Neurol 2011



Severity dependence score

1. Denke Sie , dass Ihre Einnahme von Akutmedikation jemals außer Kontrolle war ? (nie/fast nie=0, manchmal=1, oft=2, immer/fast immer=3)
2. Macht die Erwartung eine Dosis zu vermissen Ihnen Angst? (nie/fast nie=0, manchmal=1, oft=2, immer/fast immer=3)
3. Sind Sie über die Einnahme Ihrer Kopfschmerz-Medikation besorgt? (nie/fast nie=0, manchmal=1, oft=2, immer/fast immer=3)
4. Würden Sie gerne die Einnahme beenden? (nie/fast nie=0, manchmal=1, oft=2, immer/fast immer=3)
5. Wie schwierig ist es für Sie die Einnahme zu beenden? (nicht schwierig =0, etwas schwierig=1, sehr schwierig=2, unmöglich=3)



WAS IST DIE RICHTIGE THERAPIE?



3 Pfeiler der Therapie

Kein gemeinsamer Konsensus

1. Edukation
1. Medikamentenpause/Reduktion
2. Beginn einer medikamentösen Prophylaxe



Kurz-Intervention

- Wahrscheinlich wirksam
- Bis zu 80% der Patienten beenden Medikamentenübergebrauch nach Aufklärung über möglichen Zusammenhang
- Kulturelle Unterschiede
- Problematik: Rückfälle; insbesondere wenn der Kopfschmerz sich nicht bessert



Prophylaxe sofort starten?

- 175 Patienten im Dänischen Kopfschmerzzentrum 2002-2003
- Medikamentenpause ohne Prophylaxe
- 45% der Patienten Reduktion der Kopfschmerzfrequenz um 50%
- 48% keine Besserung
- 7% Zunahme der Kopfschmerzfrequenz



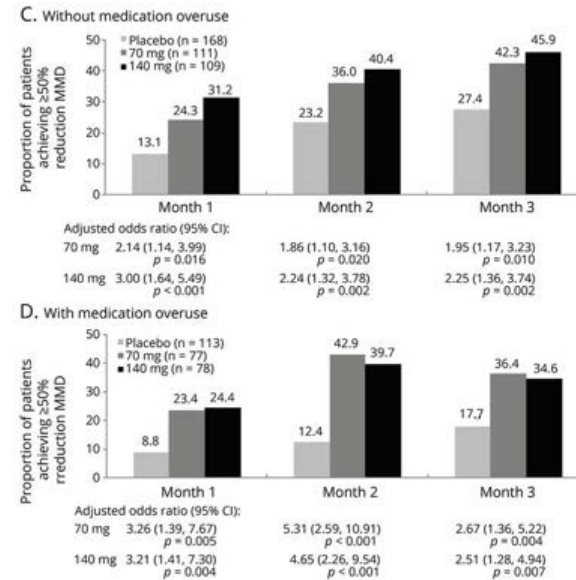
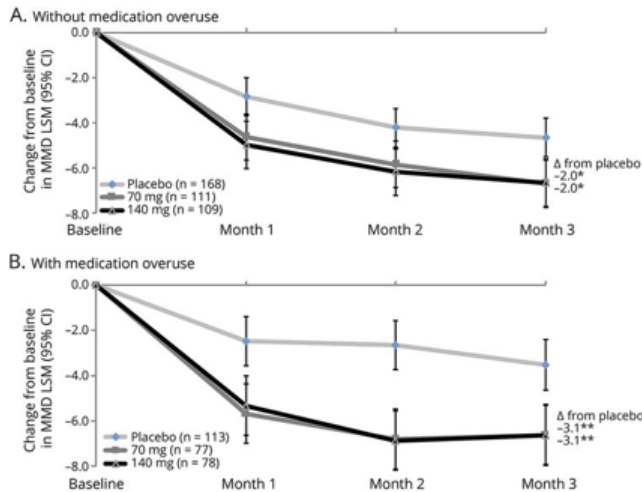
Welche Prophylaxe?

- Topiramamat
- Botulinumtoxin
- CGRP-(Rezeptor)-Antikörper:
Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab



Prophylaxe mit CGRP-(Rezeptor)-Antikörper

Änderung der monatlichen Migränetage verglichen mit der Baseline unter Erenumab als Beispiel



Copyright © 2019 The Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc. on behalf of the American Academy of Neurology.

Stewart J. Tepper et al. Neurology 2019;92:e2309-e2320



Wie Medikation stoppen?

- Kleine dänische Studie
- 2 Monate Medikamentenpause:
 - a) Programm A (n=35): Keine Medikation
 - b) Programm B (n=37): max. 2 Tage/Woche Medikation

Outcome:

Programm A: -7,2 Tage/Monat

Programm B: -3,6 Tage/Monat

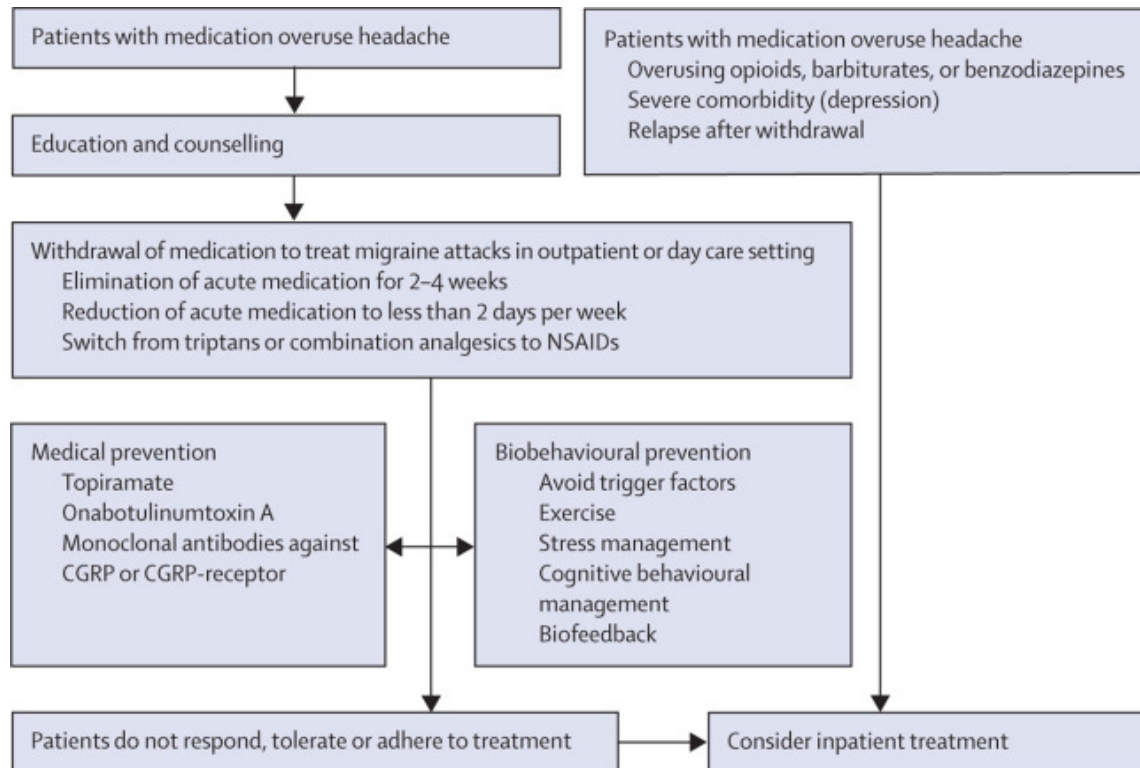
>2/3 Initierung Prophylaxe in beiden Gruppen



Behandlung der Entzugssymptome

Kortison ?





PROGNOSE?



Hohe Rückfallquoten

- Systematischer Review und Metaanalyse von 22 veröffentlichten Studien
- Nachbeobachtung 2 bis 60 Monate
- Rückfallquote: 0-45%, zumeist 25-35%
- Vor allem Patienten mit TTH



Hat jeder Patient mit chronischen Kopfschmerzen und einem Medikamentenübergebrauch auch einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch ?



Your turn

- 1.) Ja
- 2.) Nein
- 3.) Weiß ich nicht
- 4.) Möglicherweise
- 5.) Wahrscheinlich nicht



“Until the evidence is better, we should avoid dogmatism about the use of symptomatic medication. Frequent use of symptom-relieving headache medications should be viewed more neutrally, as an indicator of poorly controlled headaches, and not invariably a cause”





DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

Diese Fortbildung wird Ihnen auf cme.medlearning.de mit freundlicher Unterstützung von Novartis Pharma GmbH (8.550€) angeboten.

