



DMKG

MIGRÄNE

WAS IST MIGRÄNE?.....	2
AN MIGRÄNE LEIDEN VIELE MENSCHEN.....	3
URSACHEN.....	4
DIAGNOSTIK.....	6
THERAPIE.....	7
VORBEUGUNG.....	10
MIGRÄNE BEI FRAUEN.....	12
MIGRÄNE BEI KINDERN.....	15
WAS SICHER NICHT HILFT.....	17
10 TIPS FÜR MIGRÄNE-PATIENTEN.....	18
ÜBER DIE DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPF- SCHMERZGESELLSCHAFT.....	19

Informationen für Patientinnen und Patienten

WAS IST MIGRÄNE?

Die Migräne ist eine komplexe neurologische Erkrankung, eine vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns. Ihr Hauptsymptom sind wiederkehrende Kopfschmerzattacken, die von neurologischen und vegetativen Störungen begleitet werden können. Bei manchen Patienten geht den Schmerzanfällen eine sogenannte Aura voraus.

SYMPTOME DER MIGRÄNE OHNE AURA

- ☞ Wiederkehrende Kopfschmerzattacken, die vier bis 72 Stunden anhalten
- ☞ Bei 60 Prozent der Patienten ist nur eine Kopfseite betroffen. Der Schmerz kann jedoch während einer Attacke und von Anfall zu Anfall die Seite wechseln. Da die Schmerzen häufig im Nacken beginnen, vermuten viele Patienten fälschlicherweise, dass die Schmerzen von der Halswirbelsäule ausgehen
- ☞ Der Schmerz hat meist einen pulsierenden, pochenden Charakter
- ☞ Der Schmerz ist von mittlerer bis hoher Intensität und wird bei körperlicher Aktivität stärker
- ☞ Typische Begleiterscheinungen sind Übelkeit und Erbrechen. Die Patienten reagieren empfindlich auf Licht, Geräusche und Gerüche und haben ein allgemeines Krankheitsgefühl

SYMPTOME DER MIGRÄNE MIT AURA

An dieser Form leiden etwa zehn bis 15 Prozent der Migräniker. Bei ihr gehen neurologische Ausfallserscheinungen und Störungen der Schmerzattacke voraus. Diese können bis zu 60 Minuten anhalten. Binnen einer Stunde setzt bei den meisten Patienten der typische Kopfschmerz ein.

- ☞ Seh- und Sprachstörungen (z.B. eingeschränktes Gesichtsfeld mit Flimmern und Blitzen vor den Augen)
- ☞ Sensibilitätsstörungen
- ☞ Lähmungserscheinungen
- ☞ Schwindel, Sehen von Doppelbildern

AN MIGRÄNE LEIDEN VIELE MENSCHEN

- ☞ Weltweit leiden zehn bis 15 Prozent der Erwachsenen an Migräne. Etwa 6 bis 8% aller Männer und 12 bis 14% aller Frauen sind betroffen. Bei Frauen sind die Attacken meist länger und intensiver.
- ☞ Alleine in Deutschland sind etwa 3,7 Millionen Frauen und rund 2 Millionen Männer betroffen. Am häufigsten ist die Migräne in der Gruppe der 35 – 45-Jährigen. Danach gehen bei beiden Geschlechtern Schwere und Häufigkeit der Attacken zurück.
- ☞ Eine Migräne beginnt zwar meistens im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt. Doch Untersuchungen belegen, dass auch etwa 4 bis 5 % aller Kinder unter den Attacken leiden. Bis zur Pubertät ist die Migräne bei Jungen und Mädchen gleich häufig.
- ☞ Die Hälfte der Patienten hat pro Monat eine Attacke, jeder zehnte Migräniker sogar vier und mehr Attacken.
- ☞ Etwa die Hälfte der Migränikerinnen und mehr als ein Drittel der betroffenen Männer können an sechs Tagen pro Jahr nicht zur Arbeit gehen, wie eine amerikanische Studie belegt. Schätzungen zufolge gehen durch Migräne in der berufstätigen Bevölkerung pro Tausend Menschen etwa 270 Arbeitstage pro Jahr verloren.
- ☞ Fast alle Patienten klagen darüber, dass die Attacken ihr tägliches Leben beeinträchtigen.
- ☞ 30 Prozent berichten, dass sie ihre Familienverpflichtungen vernachlässigen und dass es häusliche Probleme gibt. Dies zeigt die internationale ADITUS-Studie, bei der Experten aus sieben Nationen den Einfluss von Migräne auf das Leben der Patienten und ihrer Familien untersuchten.
- ☞ Etwa die Hälfte der Migräne-Patienten (49 Prozent der Frauen und 63 Prozent der Männer) befinden sich in Deutschland trotz ihrer Beschwerden nicht in ärztlicher Betreuung.

URSACHEN

Die Ursachen der Migräne und die komplizierten Prozesse, die bei einer Attacke im Gehirn ablaufen, sind noch nicht vollständig erforscht. Doch es gibt erste Theorien, die auf Experimenten oder auf Beobachtungen und Untersuchungen an Patienten beruhen.

Zwillingsstudien belegen, dass Gene und andere innere und äußere Faktoren zusammenwirken müssen, damit ein Mensch an Migräne erkrankt. Erbe und Umwelt haben in etwa einen gleich starken Einfluss. Bei einer Sonderform der Migräne, der sogenannten familiären hemiplegischen Migräne, wurde das verantwortliche Gen auf dem Chromosom 19 entdeckt.

Viele Wissenschaftler vertreten die Theorie, dass die Erbfaktoren Gehirn und Nervensystem der betroffenen Patienten auf äußere und innere Reize besonders empfindlich reagieren lässt.

Die genetische Komponente erklärt auch, warum eine Migräne ursächlich nicht heilbar ist. Es ist lediglich möglich, akute Migräne-Attacken zu behandeln und bei häufigen Attacken vorbeugende Maßnahmen (medikamentös und nicht-medikamentös) einzuleiten.

Während einer Migräneattacke ist der Blutfluss im Gehirn reduziert. Darum vermuteten einige Experten, dass eine mangelhafte Durchblutung die Anfälle und damit die Schmerzen auslösen könnte. Diese Theorie ist inzwischen widerlegt. Während einer Attacke ist nämlich neben dem Blutfluss auch der Sauerstoff-Verbrauch im Gehirngewebe reduziert, was bei einer Minderdurchblutung, einer „Ischämie-Reaktion“ des Gewebes sonst nicht der Fall ist. Allerdings könnte ein reduzierter Blutfluss in Kombination mit einem verminderten Sauerstoff-Verbrauch durch eine geringere Aktivität der Nervenzellen bei einer Attacke erklärt werden.

INNERE UND ÄUßERE TRIGGERFAKTOREN

Die sogenannten Triggerfaktoren, dabei handelt es sich um biologische Faktoren oder Umwelteinflüsse, sind nicht die Ursache einer Migräne. Sie können jedoch bei Menschen mit einer Veranlagung für Migräne eine Attacke auslösen. Häufig müssen mehrere dieser Faktoren zusammentreffen, damit ein Anfall angestoßen wird.

Etwa 90 Prozent der Migräne-Kranken berichten, dass ihre Attacken von solchen Triggerfaktoren ausgelöst werden. Welche Faktoren eine Attacke auslösen können, ist von Patient zu Patient unterschiedlich. Zu ihnen gehören beispielsweise:

☞ Hormonelle Schwankungen im Verlauf des weiblichen Monatszyklus (Periode, Eisprung) sind bei Frauen ein wesentlicher Faktor.

☞ Veränderungen des Schlaf-Wachrhythmus

☞ Stress, emotionale Belastungen, Entlastungsreaktionen nach Stress

☞ Alkohol, Nikotin und (eher selten) bestimmte Nahrungsmittel, etwa manche Käsesorten

☞ Auch Schwankungen des Coffein-Spiegels bei regelmäßigem Kaffeegenuss können zu Migräne-Attacken führen

WAS GESCHIEHT BEI EINER ANGRIFE IM GEHIRN?

Es gibt verschiedene, auf Experimenten beruhende Theorien, um die Vorgänge bei einer Attacke im Gehirn und die Schmerzen zu erklären.

Untersuchungen mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) belegen, dass bei einem Migräneanfall bestimmte Regionen im Hirnstamm und im Mittelhirn besonders aktiv sind, der sogenannte „Migränegenerator“.

Dessen Aktivität, so die Theorie zahlreicher Experten, aktiviert bestimmte Äste des Trigeminus-Nervs, die dann ihrerseits an Blutgefäßen der Hirnhaut und am Nervengewebe eine schmerzhaft Entzündung verursachen. Dabei werden verschiedene Hirnbotsstoffe (Neurotransmitter) und Entzündungs-Botsstoffe freigesetzt. Diese Zusammenhänge können erklären, warum Schmerzmittel mit entzündungshemmenden Eigenschaften oder die neue Gruppe der Triptane, die in den Stoffwechsel von Neurotransmittern eingreift, einen Anfall lindern können.

DIAGNOSTIK

Es gibt keinen Reagenzglas-Test und keine apparative Untersuchung, um eine Migräne zu diagnostizieren. Der Arzt stellt die Diagnose vielmehr aufgrund eines Gespräches mit dem Patienten (Anamnese) sowie nach einer klinischen und neurologischen Untersuchung.

Bei dem Gespräch fragt der Arzt nach den Symptomen, der Schwere und Häufigkeit der Attacken, ebenso nach begleitenden Symptomen und dem Medikamentenkonsum.

Apparative Diagnoseverfahren, etwa die Computertomographie, Kernspintomographie, Elektroenzephalogramm (EEG) oder Ultraschalluntersuchungen, sind nur dann erforderlich, wenn der Arzt einen begründeten Verdacht auf andere Kopfschmerzursachen hat.

KOPFSCHMERZTAGEBUCH ERLEICHTERT DIE DIAGNOSE

Der Arzt kann die Diagnose einer Migräne leichter stellen, wenn Patienten ein Kopfschmerztagebuch führen. Darin wird beispielsweise vermerkt, wie oft die Attacken auftreten, wie schwer sie sind und welche anderen Symptome (Übelkeit, Erbrechen) aufgetreten sind. Ebenso können darin auch die eingenommenen Medikamente und besondere Begleitumstände festgehalten werden. Diese können Hinweise auf persönliche Triggerfaktoren eines Patienten geben. Ein solches Tagebuch ist auch wichtig, um zu prüfen, ob eine Behandlung oder Prophylaxe wirksam ist.

THERAPIE

Eine Migräne ist ursächlich nicht heilbar. Doch sie kann in den meisten Fällen erfolgreich behandelt werden. Am wirksamsten ist eine Kombination von medikamentösen und nicht-medikamentösen, speziell verhaltenstherapeutischen Strategien. Denn die Lebensführung eines Patienten beeinflusst Stärke und Häufigkeit der Attacken.

Die meisten Patienten benötigen eine medikamentöse Attackenbehandlung, die sogenannte Akutbehandlung. Treten die Attacken häufiger als drei Mal pro Monat auf oder sprechen auf eine Akutbehandlung schlecht an, ist eine prophylaktische Therapie sinnvoll (siehe Vorbeugung).

ALLGEMEINE MAßNAHMEN BEI EINER ATTACKE

Wenn möglich sollten sich Patienten bei einem Anfall in einen abgedunkelten, geräuscharmen Raum zurückziehen. Vielen hilft Schlaf. Auch eine kühlende Kompresse (Eisbeutel) ist sinnvoll.

MEDIKAMENTE ZUR ATTACKENBEHANDLUNG

Leichte und mittelschwere Attacken werden mit Analgetika oder nicht-steroidalen Antirheumatika behandelt. Allerdings muss die Dosierung ausreichend hoch sein. Acetylsalicylsäure (1000 Milligramm), Ibuprofen (400 - 600 Milligramm) und Paracetamol (1000 Milligramm) sind die Schmerzmittel der ersten Wahl. Acetylsalicylsäure sollte als Brause- oder Kautablette genommen werden, da der Wirkstoff so schneller vom Körper aufgenommen wird. Paracetamol vertragen die Patienten besser als Zäpfchen.

Die meisten Patienten leiden während einer Attacke unter Übelkeit und Erbrechen. Die Bewegungen von Magen und Darm sind gestört. Darum ist es sinnvoll, dagegen zunächst ein Medikament (Antiemetikum) einzunehmen, das als Wirkstoff Metoclopramid oder Domperidon enthält. Diese verschreibungspflichtigen Medikamente bessern nicht nur die Begleitsymptome der Migräne, sondern regen auch die Magen-Darm-Bewegungen an, was die nachfolgende Aufnahme des Schmerzmittels erleichtert.

Mittelschwere und schwere Attacken müssen mit spezifischen Migränemitteln, den modernen Triptanen, behandelt werden.

Der erste Vertreter dieser Substanzklasse, das Sumatriptan, wurde in Deutschland im Jahr 1993 zugelassen. Seitdem sind weitere Triptane auf den Markt gekommen: Naratriptan, Rizatriptan und

Zolmitriptan. Der fünfte Vertreter dieser Medikamenten-gruppe, Eletriptan, dürfte in Deutschland spätestens ab der ersten Jahreshälfte 2001 verfügbar sein. Die Triptane beeinflussen einen bestimmten Rezeptor auf Nervenzellen für den Hirnbotsstoff Serotonin, den sogenannten Serotonin-5-HT-Rezeptor. Die Triptane sind die Substanzen mit der besten Wirksamkeit bei akuten Migräneattacken. Bei 70 Prozent der Patienten bessern sich die Schmerzen binnen zwei Stunden deutlich, 30 Prozent sind kopfschmerzfrei.

Alle Triptane wirken im Gegensatz zu den Mutterkornalkaloiden zu jedem Zeitpunkt innerhalb einer Attacke. Außerdem beeinflussen sie die typischen Begleitsymptome einer Migräne.

DIE MIGRÄNE-THERAPIE WIRD INDIVIDUELLER

Die Auswahl zwischen vier, bzw. demnächst fünf verschiedenen Triptanen in verschiedenen Dosierungen und Darreichungsformen ermöglichen es dem Arzt, die Therapie auf die individuellen Bedürfnisse eines Patienten zuzuschneiden. So steht Sumatriptan als Tablette, als Zäpfchen, als Nasenspray und zum Injizieren unter die Haut zur Verfügung. Rizatriptan und Zolmitriptan gibt es als Tablette und als Schmelztablette. Es gibt stärker und schwächer wirkende Triptane, was auch Einfluss auf ihr Nebenwirkungsprofil hat.

Grundsätzlich können als Nebenwirkungen bei allen Triptanen beispielsweise Engegefühle in der Brust und Empfindungsstörungen an den Extremitäten auftreten. Ebenso kehrt bei den Triptanen – häufiger als nach der Einnahme von Acetylsalicylsäure oder Mutterkornalkaloiden – bei lange dauernden Attacken der Kopfschmerz wieder. Dann ist eine zweite Dosis erforderlich.

Triptane sind kontraindiziert etwa bei schlecht behandelbarem Bluthochdruck, koronarer Herzerkrankung, Angina pectoris, nach einem Herzinfarkt, bei arterieller Verschlusskrankheit, nach einem Schlaganfall bzw. bei Risiko für einen Schlaganfall.

Da auch die neuen Triptane – wie alle Schmerz- und Migränemittel – bei Migränekranken ihrerseits Kopfschmerzen verursachen können, wenn sie zu häufig geschluckt werden, sollten diese Substanzen höchstens an zehn Tagen im Monat eingesetzt werden.

Patienten, die ihre Attacken bislang erfolgreich mit einem Mutterkornalkaloid (Ergotamin oder Dihydroergotamin) behandeln, können diese Akuttherapie beibehalten. Ansonsten gilt: In allen Studien, in denen Triptane mit diesen Migränemitteln verglichen wurden, waren die Triptane besser wirksam. Darum sollten die Mutterkornalkaloide nur noch bei sehr langen Migräneattacken eingesetzt werden oder dann, wenn die Kopfschmerzen mit Abklingen

der Arzneimittelwirkung mehrfach wiederkehren. Um einen Schmerzmittel-Kopfschmerz zu vermeiden, sollten Mutterkornalkaloide darüber hinaus nicht häufiger als zehn bis zwölf Mal pro Monat eingenommen werden. Diese Substanzen sollten nur als Monopräparate und nicht als Mischpräparate verordnet werden.

NICHT-MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGSMETHODEN

Neben den allgemeinen Maßnahmen (siehe S. 7) oder einer sanften Massage von Gesicht und Kopfhaut, die im Einzelfall einen Migräneanfall beeinflussen kann, gibt es keine nicht-medikamentösen Maßnahmen, die eine akute Attacke lindern können.

Gleichwohl sind diese Methoden sehr wichtig: Sie werden jedoch zur Vorbeugung eingesetzt, da Patienten mit diesen Verfahren Häufigkeit und Schwere der Attacken günstig beeinflussen können (siehe Kapitel „Vorbeugung S. 10)

VORBEUGUNG

Migränepatienten können selbst dazu beitragen, dass ihre Schmerzattacken seltener auftreten und schwächer ausfallen. Wenn beispielsweise die individuellen Triggerfaktoren bekannt sind, etwa Alkohol, Wechsel im Schlaf-Wachrhythmus oder Stress, sollte man versuchen, diese zu vermeiden.

Als wirksam zur Vorbeugung haben sich auch erwiesen:

- ☞ Moderate Ausdauersportarten wie Joggen, Schwimmen oder Radfahren.
- ☞ Entspannungsübungen, etwa die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, reduzieren die „Schmerzanfälligkeit“ des ganzen Organismus.
- ☞ Besonders erfolgreich sind diese Methoden, wenn sie mit psychologisch-verhaltensmedizinischen Maßnahmen, etwa einem Stress- und Schmerzbewältigungstraining, kombiniert werden.

Das Erleben von Stress hängt nicht von äußeren Bedingungen, sondern von der eigenen Einschätzung der Situation und der eigenen Handlungsfähigkeit ab. Darum lernen die Patienten in solchen Programmen, ihre persönlichen Stressfaktoren zu erkennen und diesen gezielt entgegenzuwirken. Dazu gehört auch, jene Ressourcen (wieder) zu nutzen, die Kraft und Freude schenken.

Strategien zur Schmerzbewältigung können den Betroffenen helfen, die Schmerzen ertragbarer zu machen. Die Patienten lernen etwa, ihre Aufmerksamkeit weg vom Schmerz auf angenehme Dinge zu lenken. Mitunter hilft es auch, sich vom Schmerz zu distanzieren und ihn – gleichsam wie unter dem Mikroskop – von außen zu betrachten. Die Betroffenen trainieren auch Methoden, die ihnen das Gefühl des Ausgeliefertseins nehmen können.

Erfolgreich eingesetzt werden kann auch das so genannte Vasokonstriktionstraining, eine spezifische Form der Biofeedback-Behandlung, die zumeist in Kombination mit Schmerzbewältigungstechniken eingesetzt wird.

Untersuchungen belegen, dass solche nicht-medikamentösen Strategien zu einer deutlichen Verringerung des Medikamentenkonsums beitragen, die Befindlichkeit der Patienten verbessern und die Häufigkeit von Kopfschmerzen reduzieren.

MEDIKAMENTE ZUR PROPHYLAXE

Wenn Patienten mindestens drei Attacken pro Monat haben, die auf eine Akutbehandlung nicht ausreichend reagieren, wenn sie Attacken als unerträglich empfinden oder wenn die Akutbehandlung nicht tolerable Nebenwirkungen verursacht, ist – neben den nicht-medikamentösen Strategien – eine medikamentöse Prophylaxe sinnvoll. Diese Behandlung hat das Ziel, die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Anfälle zu reduzieren. Wenn sie greift, lassen sich Anfallshäufigkeit, -intensität und -dauer um mindestens die Hälfte reduzieren.

Bei den Medikamenten, die zur Prophylaxe eingesetzt werden, handelt es sich in erster Linie nicht um Schmerz- oder Migränemittel, sondern um bestimmte Betablocker (Metoprolol; Propranolol) und die Substanz Flunarizin, die zur Gruppe der Kalzium-Antagonisten gehört. Es gibt auch noch verschiedene weitere Substanzen, die Ärzte als Mittel der zweiten Wahl verordnen können.

Allerdings brauchen Patient und Arzt mehrere Wochen Geduld, bis erkennbar ist, ob eine medikamentöse Prophylaxe wirkt. Dies kann bis zu drei Monaten dauern. In dieser Zeit kann es geschehen, dass die Migräniker zwar unter Nebenwirkungen dieser Substanzen (Müdigkeit, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden) leiden, aber noch keine positive Wirkung auf ihre Attacken verspüren, da die therapeutische Wirkung erst verzögert eintritt.

Eine erfolgreiche Prophylaxe sollte mindestens ein halbes Jahr lang erfolgen. Spätestens nach zwölf Monaten muss überprüft werden, ob die Behandlung auch weiterhin noch erforderlich ist.

WEITERE METHODEN ZUR PROPHYLAXE

Umstritten ist die Wirksamkeit der Akupunktur. Zwar gibt es Untersuchungen, die Hinweise auf eine Wirksamkeit liefern. Werden jedoch an diese die gleichen Anforderungen gestellt, wie bei einer medikamentösen Behandlung, ist die Akupunktur nicht wirksam.

Ebenso gibt es aufgrund wissenschaftlicher Studien keinen Hinweis, dass die Homöopathie wirksam ist.

Bei den pflanzlichen Wirkstoffen gibt es Hinweise, dass Fieberkraut möglicherweise wirksam ist. Dies wird derzeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie geprüft. Zum Effekt von Pestwurz gibt es bislang keine Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften, die diese Wirksamkeit belegen.

MIGRÄNE UND HORMONE

Kopfwegh gilt noch immer als typisches Frauenleiden. Richtig ist, dass Frauen häufiger als Männer über Migräne klagen. Ein Vorurteil ist hingegen die Annahme, die Betroffenen seien nur wehleidiger. Denn zu den möglichen Auslösern der Pein unter der Schädeldecke – den Triggerfaktoren – gehört das Auf und Ab von Geschlechtshormonen. Darum ist bis zur Pubertät die Migräne bei Jungen und Mädchen gleich häufig, erst danach verändert sich das Muster zu Ungunsten der Frauen: Sie sind dann dreimal häufiger betroffen als Männer. Erst nach den Wechseljahren verändert sich das Muster wieder: Frauen leiden dann „nur“ noch doppelt so häufig wie Männer unter Migräne.

Ursache von hormonell bedingten Kopfschmerzen ist der Abfall des weiblichen Geschlechtshormons Östrogen im Blut. Ebenso gibt es Hinweise, dass die weiblichen Geschlechtshormone die Verarbeitung schmerzhafter Reize im Gehirn beeinflussen. Ebenso machen hormonell bedingte psychische Veränderungen vor der Regelblutung Frauen gegenüber Stressfaktoren, die ebenfalls eine Migräne-Attacke auslösen können, empfindlicher.

OFT BESONDERS HEFTIG: DIE MENSTRUELLE MIGRÄNE

Etwa 14 Prozent aller Migränikerinnen leiden an einer sogenannten „menstruellen Migräne“. Ihre Attacken treten in den meisten Fällen kurz – etwa zwei Tage – vor der Regelblutung auf. Bei einigen Frauen setzen die Schmerzen erst während der Menstruation ein. Zwei Tage nach der Regelblutung ist der böse Spuk vorüber. Doch im Einzelfall kann eine Attacke auch bis zu sieben Tage anhalten. Zumeist handelt es sich um eine Migräne ohne Aura, also ohne vorausgehende neurologische Ausfallserscheinungen wie Sehstörungen oder Taubheitsgefühle im Gesicht.

Die Behandlung unterscheidet sich nicht wesentlich von der einer „normalen“ Migräne“. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Migräneattacken während der Menstruation oft länger und intensiver sind. Darum sind die Triptane die Mittel der ersten Wahl zur Akuttherapie bei menstrueller Migräne.

Zur Prophylaxe kann auch eine Behandlung mit dem nicht-steroidalen Antirheumatikum Naproxen in dem kritischen Zeitfenster vier Tage vor bis drei Tage nach der Periode versucht werden. Auch Hormonpflaster, zwei Tage vor Beginn und während der Menstruation getragen, werden zur Kurzzeitprophylaxe eingesetzt.

MIGRÄNE UND „DIE PILLE“

Ob eine hormonelle Schwangerschaftsverhütung, also die „Pille“ eine Migräne positiv oder negativ beeinflusst ist unklar. Einige wissenschaftliche Untersuchungen belegen eine Verschlechterung der Migräne durch die Einnahme der Antibabypille, andere zeigen eine Verbesserung. Deshalb kann man den betroffenen Frauen momentan nur empfehlen, unter fachärztlicher Anleitung genau zu testen, welchen Einfluss das Absetzen, bzw. die Einnahme der Pille – möglichst ein kontinuierliches Einphasenpräparat – auf ihre Kopfschmerzen hat. Erst wenn durch weitere klinische Untersuchungen klar ist, wie sich die verschiedenen Hormonpräparate auf Kopfschmerzen auswirken, sind allgemeingültige Aussagen möglich.

MIGRÄNIKERINNEN SOLLTEN NICHT RAUCHEN

Neuere Untersuchungen belegen, dass Migräne-Patientinnen unter 40 Jahren, die hormonelle Kontrazeptiva einnehmen und rauchen ein leicht erhöhtes Risiko haben, eine Thrombose oder einen Schlaganfall zu erleiden. Um ihr Risiko zu reduzieren, sollten Migränikerinnen vor allem nicht rauchen.

KOPFSCHMERZEN LASSEN IN DER SCHWANGERSCHAFT OFT NACH

Werden Migränikerinnen erstmals schwanger, bessern sich die Beschwerden in den meisten Fällen oder verschwinden sogar ganz. Oft kommen die Attacken aber nach der Geburt des Kindes wieder. Vorsicht ist geboten, wenn eine Migräne während der Schwangerschaft erstmals auftritt. Das kann auf mögliche Komplikationen, wie zum Beispiel eine Praeklampsie, also Schwangerschafts- Bluthochdruck, hindeuten.

Bei der Behandlung von Kopfschmerzen während der Schwangerschaft sollten zunächst alle nicht-medikamentösen Maßnahmen ausgeschöpft werden. Dazu gehören beispielsweise Akupunktur, Entspannungstechniken oder Lymphdrainage. Zur Vorbeugung von Migräneattacken kann – neben den bewährten psychologisch-verhaltensmedizinischen Methoden – Magnesium eingesetzt werden. Aber auch Beta-Blocker, können verschrieben werden. Als Medikament der ersten Wahl zur Bekämpfung akuter Kopfschmerzen, auch während der Stillzeit, gilt Paracetamol. Bei Übelkeit und Erbrechen helfen Antiemetika. Nach dem Ende des ersten Schwangerschaftsdrittels kann auch Acetylsalicylsäure eingesetzt werden. Alle anderen Medikamente sind in der Schwangerschaft kontraindiziert. Darum sollte eine medikamentöse Therapie nur unter strikter ärztlicher Anleitung erfolgen.

EINE MIGRÄNE KANN, MUSS ABER NICHT NACH DEN WECHSELJAHREN BESSER WERDEN

Die weit verbreitete Annahme, dass eine Migräne in oder nach der Menopause verschwindet, ist unzutreffend. Zwar bessert sich eine Migräne bei 60 Prozent der Frauen, doch bei den übrigen bleibt sie unverändert oder wird sogar schlimmer. Andere Untersuchungen belegen, dass vor den Wechseljahren etwa 15 Prozent aller Frauen und nach der Menopause immerhin noch etwa neun Prozent Migräne haben.

Eine operative Entfernung der Gebärmutter oder der Eierstöcke, um eine Migräne zu bekämpfen, ist keinesfalls zu empfehlen: Die Migräne ist danach eher häufiger als zuvor und verschlechtert sich sogar bei 40 bis 60 Prozent der Frauen.

MIGRÄNE BEI KINDERN

Kinder haben oftmals andere Symptome als Erwachsene (siehe Kasten). Typisch sind periodisch auftretende Beschwerden wie Übelkeit, Bauchschmerzen und Erbrechen, die in seltenen Fällen auch alleine, also ohne Kopfschmerzen, auftreten können. Mitunter wird in solchen Fällen der Blinddarm entfernt, weil Eltern und Ärzte diesen für die Ursache halten. Auch hinter einem heftigen Drehschwindel mit Erbrechen kann sich bei Kindern eine Migräne verbergen.

Wenn Kinder über Kopfweg klagen, können sie häufig den Schmerzort nicht genau angeben oder den Schmerz nicht beschreiben, was die Diagnostik zusätzlich erschwert. Wenn Kopfschmerzen oder die typischen Beschwerden bei Kindern regelmäßig zwei bis drei Mal pro Monat auftreten, sollten Eltern und Ärzte darum immer auch an eine kindliche Migräne denken. Denn nur wenn eine exakte Diagnose gestellt wird, kann die Pein im Kopf gelindert werden.

MIGRÄNE-SYMPTOME IM KINDESALTER

- ☞ Der Schmerz ist zumeist nicht nur auf eine Kopfseite beschränkt, sondern betrifft beide Seiten und die Stirn
- ☞ Die Migräne-typischen Begleiterscheinungen (Übelkeit, Erbrechen) nehmen mit dem Alter zu
- ☞ Die Attacken sind kürzer als bei Erwachsenen, dauern aber mindestens eine Stunde
- ☞ Typisch sind auch Übelkeit, Bauchschmerzen und Erbrechen. Diese Symptome können in seltenen Fällen auch ohne Kopfschmerzen auftreten. Darum müssen andere Ursachen ausgeschlossen werden.
- ☞ Bei manchen Kindern äußert sich die Migräne in Form von Schwindelattacken mit Übelkeit und Erbrechen
- ☞ Auch bei Kindern kann es vor einer Attacke zu neurologischen Ausfällen kommen. Oft berichten sie von „phantastischen Bildern“ (Alice im Wunderland-Syndrom)

Bei Kindern haben nicht-medikamentöse Therapieverfahren Vorrang. Vor allem spezielle Entspannungstechniken und Biofeedback-Methoden, die auch Kinder schon lernen können, sind in der Lage, die Häufigkeit und Schwere der Attacken zu reduzieren. Hat das Kind Beschwerden, helfen vor allem Ruhe und ein kleines Schläfchen im abgedunkelten Zimmer.

Wenn Medikamente erforderlich sind, können die Eltern – nach Rücksprache mit dem Arzt – Paracetamol oder Acetylsalizylsäure geben.

In schweren Fällen können auch Medikamente zur Migränaprophylaxe eingesetzt werden. Dabei handelt es sich jedoch nicht um Schmerzmittel. Allerdings sollten solche Arzneimittel ausschließlich von Kopfschmerz-Spezialisten nach einer gründlichen Diagnostik verordnet werden. Neben einer körperlichen Untersuchung und ausführlichen Gesprächen mit Kind und Eltern gehört dazu vor allem die Auswertung eines Kopfschmerz-Tagebuches.

WAS SICHER NICHT HILFT

Wie bei vielen anderen Leiden versuchen Patienten immer wieder auch andere Therapiemethoden, um ihre Attacken zu behandeln. Etliche sind eindeutig unwirksam. Bei anderen ist die Wirksamkeit nicht belegt.

☞ Die Homöopathie ist in wissenschaftlichen Studien nicht wirksamer als eine Scheinbehandlung mit Placebo, die bei etwa 30 Prozent der Migräniker die Erkrankung beeinflusst.

☞ Wirkungslos sind auch Medikamente gegen niedrigen Blutdruck oder Thymusextrakt

Von den nicht-medikamentösen Therapien sind ohne Wirkung oder ohne wissenschaftlichen Beleg ihrer Wirksamkeit:

☞ Autogenes Training, verschiedene Fastenkuren, Heilschlaf, Chiro- oder Manualtherapie, Injektionen in Nacken und Kopfhaut, Reizstrom- oder Magnetfeld-Behandlungen, Neural- oder Ozontherapie, Psychophonie.

☞ Die Entfernung von Mandeln, Zähnen oder Spülungen der Kieferhöhlen sind ebenso wirkungslos wie die Sanierung vermeintlicher Pilzinfektionen des Darmes.

☞ Auch eine klassische Psychoanalyse ist nur in bestimmten Einzelfällen indiziert.

ZEHN TIPS FÜR MIGRÄNE-PATIENTEN

1. BEHALTEN SIE IHREN SCHLAF-WACHRRHYTHMUS BEI.

Dies gilt vor allem auch am Wochenende. Denn Änderungen können eine Attacke auslösen.

2. MEIDEN SIE IHRE PERSÖNLICHEN MIGRÄNE-AUSLÖSER.

Vermutlich wissen Sie selbst am besten, wodurch Ihre Attacken ausgelöst werden - meiden Sie darum solche Störfaktoren, wie zu viel Käse, Schokolade, Alkohol, Nikotin. Das ist nicht nur gut für Ihren Kopf, sondern auch insgesamt besser für Ihre Gesundheit.

3. MEIDEN SIE SAUNABESUCHE.

Die starken Temperaturschwankungen können eine Attacke auslösen. Bringen Sie Ihren Kreislauf anderweitig auf Trab - siehe Punkt 4

4. TREIBEN SIE SPORT.

Joggen Sie oder gehen Sie spazieren, radeln oder schwimmen Sie. Das hilft beim Entspannen und beugt Attacken vor.

5. HETZEN SIE NICHT IN DEN URLAUB.

Warum soll man sofort am Abend des letzten Arbeitstages mit vielen anderen auf der Autobahn gleichzeitig gen Süden rasen? Gönnen Sie sich einen kleinen "Vorurlaub", in dem Sie in aller Gemütsruhe Ihre Koffer packen und alle notwendigen Vorbereitungen treffen - und im Radio den Staumeldungen lauschen. Ihr Kopf wird es Ihnen danken.

6. PLANEN SIE IHREN TAGESABLAUF.

Unverhofft kommt zwar oft - aber vor allem bei denen, die sich selbst zu viel vorgenommen haben. Planen Sie nur die Dinge ein, die Sie wirklich an einem Tag schaffen können - und das geht nur mit etwas Vorbereitung.

7. LERNEN SIE "NEIN" SAGEN.

Lassen Sie sich nicht zu Dingen drängen, die Sie nicht tun wollen. Das bringt Sie nur unnötig in Stress.

8. SEIEN SIE KEIN PRINZIPIENREITER

Prinzipien mögen zwar hin und wieder sinnvoll sein oder Ihnen helfen - aber Sie sollten öfters einmal Fünfe gerade sein lassen.

9. BITTE KEINEN 48 STUDENTAG.

Überfordern Sie sich nicht. Lassen Sie Dinge einfach liegen, wenn sie Ihnen zu viel werden. Nicht: was Du heute kannst besorgen..., sondern: Morgen ist auch noch ein Tag!

10. BITTE MEHR GENIEßEN ...

Dazu bedarf es keiner Erklärung, denn - Sie leben nur einmal!

DIE DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZGESELLSCHAFT

In der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) haben sich rund 500 Wissenschaftler und Ärzte verschiedener Disziplinen, Apotheker und Psychologen zusammengeschlossen.

Diese Kopfschmerz-Experten engagieren sich in der internationalen Kopfschmerzforschung und wollen dazu beitragen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse auf diesem Gebiet so schnell wie möglich in die tägliche ärztliche Praxis umgesetzt werden. Denn das oberste Ziel der DMKG ist es, die Behandlung der Millionen Kopfschmerzpatienten in Deutschland zu verbessern.

Darum engagiert sich die DMKG etwa in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, arbeitet mit anderen nationalen und internationalen Kopfschmerz-Organisationen zusammen, etwa der Internationalen Kopfschmerz-Gesellschaft, veranstaltet Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen für medizinische Fachberufe und veröffentlicht Therapie-Empfehlungen zu verschiedenen Kopfschmerzformen. Wenn neue wissenschaftliche Erkenntnisse dies erforderlich machen, werden die Therapie-Empfehlungen jeweils aktualisiert.

Die Therapie-Empfehlungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse sind auch die Grundlage von Informationen für betroffene Patientinnen und Patienten, die ebenfalls von der DMKG veröffentlicht werden.

Die Therapie-Empfehlungen, aktuelle Presse-Mitteilungen und andere aktuelle Informationen über Kopfschmerzen sind auf der Homepage der DMKG unter <http://www.dmkg.org> verfügbar.