

Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln

Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln („Medication Overuse Headache“/ MOH) gilt als eigenständige, sekundäre Kopfschmerzerkrankung, die bei chronischen Kopfschmerz- oder Migränepatientinnen und -patienten auftreten kann. Die Krankheitslast der Betroffenen ist oft sehr groß, dennoch ist das Bewusstsein für die Problematik sowohl bei den Betroffenen als auch bei Ärztinnen und Ärzten oft noch nicht ausreichend. Ein MOH kann sowohl behandelt als auch durch eine adäquate Therapie der primären Kopfschmerzerkrankung verhindert werden. Eine aktuelle Publikation [1] fasst den aktuellen Wissensstand zusammen und plädiert für eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild.

Bei Menschen, die wegen rezidivierender primärer Kopfschmerzen (z.B. Migräne oder Kopfschmerzen vom Spannungstyp) häufig Schmerzmittel einnehmen, kann sich in der Folge ein sogenannter Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MOH) entwickeln. Dabei handelt es sich um eine eigenständige, sekundäre Kopfschmerzerkrankung, deren pathophysiologischen Mechanismen nicht vollständig geklärt sind. Sie umfassen eine gestörte Schmerzmodulation, zentrale Sensibilisierung, psychologische bzw. bio-behaviorale Faktoren (Verhaltensfaktoren), aber auch genetische Faktoren werden diskutiert. Letztendlich ist aber nicht geklärt, ob die häufige Einnahme von Schmerz- und Migränemitteln zu einer Chronifizierung von Kopfschmerzen führt oder ob sich zunächst die Kopfschmerzen verschlechtern und die Patientinnen und Patienten deshalb mehr Schmerz- und Migränemittel einnehmen.

Obwohl ein MOH mit substanziellen Beeinträchtigungen und einer Reduktion der Lebensqualität assoziiert ist, wird die Diagnose zu selten gestellt - vor allem, weil die Problematik den Kopfschmerzgeplagten, aber auch vielen Ärztinnen und Ärzten nicht ausreichend bekannt ist. Eine aktuelle Publikation [1] gibt einen ausführlichen Überblick über den derzeitigen medizinischen Wissensstand des MOH. Explizites Ziel sei es, Aufmerksamkeit und Bewusstsein für den MOH zu steigern, denn obwohl die Erkrankung sowohl behandelbar als auch zu verhindern ist, ist die Prävalenz des MOH weltweit hoch, sie liegt bei Erwachsenen durchschnittlich bei 3,4% (regional zwischen 0,6% und 7%).

Für die Diagnose eines MOH muss zunächst der Zusammenhang zwischen der zu häufigen Einnahme von akuter Kopfschmerzmedikation und Chronifizierung der Kopfschmerzen aufgeklärt werden. Dies geschieht anhand von Anamnese (Betroffenen wird empfohlen, einen Kopfschmerzkalender zu führen) und neurologischer Untersuchung. Man spricht von MOH, wenn bei Betroffenen mit vorbestehendem primären Kopfschmerz an mindestens 15 Tagen pro Monat Kopfschmerzen auftreten, die mit Schmerz- oder Migränemedikamenten behandelt werden - und dies über mehr als drei Monate lang. Dabei kommt es häufiger bzw. schneller unter Triptanen zu einem MOH als unter NSARs (z.B. Ibuprofen); besonders problematisch sind opiathaltige Schmerzmittel wegen eines zusätzlichen Abhängigkeitspotenzials. Weitere Risikofaktoren für einen MOH sind weibliches Geschlecht, niedriger Bildungs- oder sozialer Status, zusätzliche psychiatrische Erkrankungen wie Depression oder Angsterkrankungen, abhängiges Verhalten, z.B. Rauchen, Einnahme von Medikamenten gegen Schlafstörungen oder Beruhigungsmittel.

„Der erste Schritt ist es, an die Möglichkeit eines MOH zu denken und die Problematik anzusprechen“, erklärt Prof. Hans-Christoph Diener, Co-Autor der Publikation und federführender Autor der entsprechenden Leitlinie der DGN [2]. „Dies kann sowohl von Behandelnden wie auch von den Betroffenen ausgehen“. Wichtig sei, dies wird auch im aktuellen Artikel betont, dass nicht den Patientinnen und Patienten die „Schuld“ an der Situation gegeben werde, denn meist liege das Problem in einem unzureichenden Kopfschmerz- oder Migräne-Management und nicht an einem Medikamenten-Missbrauch. Ein MOH trete in erster Linie bei ungenügender Prophylaxe von primären Kopfschmerzerkrankungen und folglich zu häufigem akutem Schmerzmittelbedarf auf, seltener dagegen bei anderen zugrunde liegenden Schmerzerkrankungen, wie chronischen Rückenschmerzen.

Wenn ein MOH diagnostiziert wurde, so kann eine angemessene Behandlung entsprechend den aktuellen Leitlinien [2] in der Regel effektiv die Kopfschmerz- bzw. Krankheitslast und den Schmerzmittelverbrauch reduzieren; die Erfolgsrate einer Leitlinien-gerechten Therapie beträgt nach 6-12 Monaten etwa 50-70%, bestätigt Diener. Die Behandlung des MOH besteht in der Reduktion der Einnahmehäufigkeit der übergebrauchten akuten Schmerzmittel bzw. dem kompletten Absetzen; gleichzeitig wird mit einer geeigneten Kopfschmerz-Prävention begonnen, beispielsweise mit Topiramaten, Amitriptylin, Botulinumtoxin oder einem monoklonalen Antikörper gegen das migräneauslösende CGRP („Calcitonin Gene-Related Peptide“). Je nach Situation kann dies ambulant, tagesklinisch oder stationär durchgeführt werden.

Leider sei oft die Gefahr eines Rückfalls vorhanden, so Diener, am größten sei sie im ersten Jahr nach dem Absetzen des auslösenden Schmerzmittels – insbesondere bei Opioid-Übergebrauch. Eine engmaschige Betreuung der Betroffenen reduziere dieses Risiko. Betont wird außerdem, dass für einen anhaltenden Erfolg ergänzend zur medikamentösen Prophylaxe auch nicht-medikamentöse Präventivmaßnahmen erfolgen müssen. Dazu gehören z.B. angemessene Schlaf- und Erholungszeiten, Entspannungstraining, aber auch regelmäßiger Ausdauersport und ggf. eine psychologische Betreuung.

„Kopfschmerzpatientinnen und -patienten, auch bei vermeintlich guter Einstellung einer Prophylaxe, sollten regelmäßig nach der Häufigkeit notwendiger Akutmedikationen befragt werden“, mahnt Diener. „Schon bei monatlich zehn Kopfschmerztagen sollte über eine Optimierung der Prophylaxe nachgedacht bzw. ggf. eine neurologische Mitbetreuung erwogen werden.“

Literatur

[1] Ashina S, Terwindt GM, Steiner TJ et al. Medication overuse headache. Nat Rev Dis Primers 2023 Feb 2; 9 (1): 5 doi: 10.1038/s41572-022-00415-0.

[2] Diener H.-C., Kropp P. et al., Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln (Medication Overuse Headache = MOH), S1-Leitlinie, 2022; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien<https://dgn.org/artikel/2368> oder <https://dgn.org/leitlinien/l-030-131-kopfschmerz-bei-uebergebrauch-von-schmerz-oder-migraenemitteln>