

## Oltrogge JH, Brockmann S, Scherer M. Kopfschmerz in der hausärztlichen Praxis. Z Allg Med 2018; 94: 306–312

### Leserbrief von Dr. Stefan Graafen

In ihrem Artikel schreiben Sie, dass eine Migräne-Anfallsprophylaxe indiziert sei, wenn 6–8 Anfälle pro Monat auftreten. Diese Aussage ist aber so nicht korrekt.

Wie Sie auch in der aktuellen Leitlinie (und dies wurde meines Wissens auch bisher in der Vergangenheit nicht anders gehandhabt) „Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne“ (AWMF-Registriernummer: 030/057) sehen können, besteht die Indikation u.a. bei drei und mehr Migräneattacken pro Monat (in den letzten drei Monaten), die die Lebensqualität beeinträchtigen.

Ich bitte um Stellungnahme Ihrerseits und Richtigstellung in der kommenden ZFA-Ausgabe.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Graafen  
Quellenstraße 8  
65439 Flörsheim am Main  
praxisgraafen@gmail.com

### Antwort von Dr. Jan Hendrik Oltrogge, Dr. Silke Brockmann, Prof. Dr. Martin Scherer

Vielen Dank dem Leserbrief-Schreiber für seine Stellungnahme zu dem CME-

Artikel Kopfschmerzen in ZFA 7/8–2018. Die Autoren möchten ihre Antwort wie folgt gliedern:

1. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“ bei der Indikationsstellung für eine präventive Therapie von Migräne

Vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung – insbesondere einer prophylaktischen Migränebehandlung, die mit einer täglichen Medikamenteneinnahme einhergehen würde – sollte immer eine Abwägung des Nutzens und des Risikos stehen. Im Fall der Migräneprophylaxe ist hier als Risiko vor allem die Entwicklung eines *medication overuse headache (MOH)* zu

nennen, auf den unser Artikel im Besonderen aufmerksam machen will. Die Schwelle für den Beginn einer täglichen Medikamenteneinnahme sollte daher nach unserer Meinung nicht zu niedrig sein. Auch reicht es nicht, nur die Anzahl von Migräne-Episoden zu zählen. Vielmehr sollte der Schweregrad sowie die individuelle Beeinträchtigung der Patienten besonders berücksichtigt werden.

Seit Jahrzehnten gibt es diesbezüglich in der Fachwelt Debatten, wobei die Perspektive der primärärztlich Tätigen meistens eine andere ist als die der Spezialisten, die uns für Deutschland (wie im Leserbrief zitiert) in Form einer S1-Handlungsempfehlung der neurologischen Fachgesellschaft vorliegt. S1-Handlungsempfehlungen sind im Übrigen *per definitionem* meinungsbasiert und geben mehr den Konsens einer federführenden Fachgesellschaft wieder, als dass sie auf systematisch-aggregierter Evidenz oder den Konsensverfahren verschiedener Fachgesellschaften beruhen.

Die von uns formulierte Empfehlung, eine präventive Therapie in Erwägung zu ziehen, wenn 6–8 Episoden pro Monat aufgetreten sind, ist hingegen primärmedizinisch begründet und basiert in erster Linie auf Angaben in Kaniecki 2003 [1]: „*Pharmacological migraine-preventive agents are indicated in situations of headache frequency more than twice per week; (...)*“ (S. 1433).

## 2. Es gibt einen fort dauernden Diskussionsprozess um die präventive Migränetherapie

Lipton RB et al. haben 2007 beschrieben, wie sich in Vorbereitung auf eine klinische Studie der Diskussionsprozess bezüglich der Kriterien für eine präventive Migränetherapie abspielte [2]:

„*Candidates for migraine prevention. An expert panel of 12 physicians (neurologists and primary care doctors) as well as epidemiologists, psychologists, and statisticians with experience in headache research conducted several meetings in 2004 to develop guidelines for the use of preventive medication that could be operationalized in an epidemiologic study. Guidelines of the US Headache Consortium Guidelines were reviewed. The panel based its recommendations on headache*

*days per month experienced by migraineurs, as well as the level of attack-related impairment caused by the headaches. Impairment during a headache attack was categorized as severe impairment (unable to function or requiring bed rest), some impairment (able to function, but with reduced performance), or no impairment (able to function normally). Based on expert consensus and the evidence, three groups were defined.*

1. *Prevention should be offered: migraine subjects reporting either 6 or more headache days per month, 4 or more headache days with at least some impairment, or 3 or more headache days with severe impairment or requiring bed rest.*
2. *Prevention should be considered: migraineurs with 4 or 5 migraine days per month with normal functioning, 3 migraine days with some impairment, or 2 migraine days with severe impairment.*
3. *Prevention is not indicated: migraineurs with less than 4 headache days per month and no impairment, or subjects with no more than 1 headache day per month regardless of the impairment.“*

Kürzlich (2016) wurden in der Zeitschrift *Neurology Reviews* erneut die Kriterien für eine präventive Therapie diskutiert [3]:

„*Migraine prevention therapy is underutilized. Thirty-eight percent of patients could benefit from migraine prevention therapy, but only 3 % to 13 % are actually receiving it, according to 2012 guidelines from the AAN and the American Headache Society. Frequency of headaches and functional disability are the main criteria for deciding which patients need preventive treatment. According to the 2012 US Headache Consortium Guidelines, migraineurs with six or more headache days per month, four or more headache days with functional disability, or three or more headache days per month resulting in disability requiring bed rest, should be offered migraine preventive medication. The Canadian Prophylactic Guidelines Development Group 2012 recommended that prophylactic therapy be considered for patients whose migraine attacks have a significant impact on their lives, despite appropriate use of acute medications, trigger management, and lifestyle modification strategies.“*

Silberstein spricht 2015 von vier und mehr Episoden von Migräne pro Monat, also nicht von drei pro Monat [4]:

„*Recent US, Canadian, and European guidelines [...] have established the circumstances under which migraine preventive treatment should be considered. (Refer to Appendix A and Appendix B for summaries of the American Academy of Neurology's evidence-based guidelines for clinicians). These guidelines include:*

- *Recurring migraine attacks that significantly interfere with a patient's quality of life and daily routine despite trigger management, appropriate use of acute medications, and lifestyle modification strategies*
- *Frequent headaches (four or more attacks per month or eight or more headache days per month) because of the risk of chronic migraine*
- *Failure of, contraindication to, overuse of, or troublesome side effects from acute medications*
- *Patient preference, that is, the desire to have as few acute attacks as possible*
- *Presence of certain migraine conditions: hemiplegic migraine; basilar migraine (now called migraine with brainstem aura); frequent, prolonged, or uncomfortable aura symptoms; or migrainous infarction“*

An diesen Beispielen soll deutlich werden, dass man zur Indikationsstellung einer medikamentösen Migräneprophylaxe gut begründet unterschiedlich Stellung beziehen kann.

Zusammengefasst wird von uns – den Autoren des CME-Artikels – unterstützt, was in der aktuellen SIGN Guideline „*Pharmacological management of migraine*“ vom Februar 2018 wie folgt zum Ausdruck gebracht wird [5]:

„*The decision about when to start migraine prophylaxis is best guided by establishing the impact of migraine on each patient, rather than just focusing on the absolute number of headaches or migraines per month. For example, a few severe incapacitating migraines per month may warrant prophylactic treatment whereas more frequent but milder migraines that have little impact on daily function may not warrant treatment. Overusing acute medication can limit the effectiveness of preventative medication and medication overuse should also be assessed and addressed. Prophylactic treatment should be used for at least three months at the maximum tolerated dose before deciding if it is effective or not. In many patients, prophylactic medication can be successfully pha-*

*sed out again and the need for ongoing prophylaxis should be considered after six to 12 months“.*

**Korrespondenzadresse**

Dr. med. Jan Hendrik Oltrogge  
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
j.oltrogge@uke.de

**Literatur**

1. Kaniecki R. Headache assessment and management. JAMA 2003; 289: 1430–1433
2. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology 2007; 68: 343–349
3. NN. Conference coverage. What is the best migraine prevention therapy? Neurol Rev 2016; 24: 8–11. [www.mdedge.com/neurologyreviews/arti](http://www.mdedge.com/neurologyreviews/article/109192/headache-migraine/what-best-migraine-prevention-therapy)  
[cle/109192/headache-migraine/what-best-migraine-prevention-therapy](http://www.mdedge.com/neurologyreviews/article/109192/headache-migraine/what-best-migraine-prevention-therapy) (letzter Zugriff am 12.08.2018)
4. Silberstein SD. Preventive migraine treatment. Contin Minneap Minn 2015; 21: 973–989
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Pharmacological management of migraine: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2018. [www.sign.ac.uk/assets/sign155.pdf](http://www.sign.ac.uk/assets/sign155.pdf) (letzter Zugriff am 12.08.2018)