



Schweizerische Kopfwehgesellschaft
Société suisse pour l'étude des céphalées
Società svizzera per lo studio delle cefalee
Societad svizra per il studi del mal il tgau
Swiss Headache Society



Therapieempfehlungen für Kopf- und Gesichtsschmerzen

7. revidierte Auflage 2010

inkl. Kopfwehalgorithmus
für den Hausarzt

www.headache.ch

Inhalt

Einleitung	2
Der grundlegende Unterschied	4
Wie weit muss die Diagnostik gehen?	5
Ziele des Kopfwahl-Managements	6
Allgemeine Aspekte	6
Migräne	
Anfallbehandlung	8
Langzeitprophylaxe	11
Cluster-Kopfwahl	
Akutbehandlung	15
Langzeitprophylaxe	15
Episodisches Spannungstyp-Kopfwahl	
Akutbehandlung	16
Chronisches Spannungstyp-Kopfwahl	
Prophylaxe	16
Gemischte Kopfwahlformen	16
Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz	17
Schwangerschaft, Menstruation und Kontrazeption	18
Kopfwahl bei Kindern	20
Gesichtsschmerzen	22
Chirurgische Eingriffe	24
Die Schweizerische Kopfwahlgesellschaft	26
Notizen	28

Die vorliegende Broschüre der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft SKG ist eine wichtige und bei Ärzten beliebte Informationsquelle zum Thema Kopfschmerzen. Diese Therapieempfehlungen für Kopf- und Gesichtsschmerzen richten sich primär an Hausärzte und fassen kurz und übersichtlich den aktuellen Stand der evidenzbasierten Kopfweh-Therapie zusammen. Sie wurden durch die Mitglieder unserer Therapiekommission, einem interdisziplinären Fachgremium der Gesellschaft, erarbeitet.

In der revidierten Neuauflage werden die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt, aber auch Themen wie chirurgische Eingriffe und umstrittene und unwirksame Therapien in der Kopfschmerzbehandlung.

Die Empfehlungen erfolgen unabhängig von regulatorischen und administrativen Bestimmungen wie der Registrierung bei der Swissmedic, Limitationen oder der Kassenzulässigkeit.*

Um die Übersichtlichkeit und Praktikabilität der Empfehlungen zu wahren, konzentrieren sie sich auf die zentralen Aspekte der Kopfwehtherapie.

Als umfangreiche Ergänzung können die deutschsprachigen Leitlinien zur Behandlung der Kopfschmerzen, die - unter Zusammenarbeit der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft und unserer österreichischen Kollegen - von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie erstellt wurden, zur Lektüre empfohlen werden.

Unser Leitfaden unterstützt den behandelnden Arzt in seiner praktischen täglichen Arbeit mit Kopfwehpatienten – bewährterweise in einer Form, die übersichtlich ist und zeitsparend konsultiert werden kann.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Verwendung der „Therapieempfehlungen“ und bei der Arbeit mit Ihren Kopfweh-Patienten!

Zürich, April 2010
PD Dr. med. Peter Sándor
Präsident der SKG

* Die vorliegenden Empfehlungen zur Kopfwehbehandlung beruhen auf der wissenschaftlichen Evidenz und/oder auf der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Therapiekommission, implizieren aber nicht eine behördliche Zulassung oder eine Vergütung der Kosten durch die Versicherungen.

Der grundlegende Unterschied

Für die praktischen Belange unterscheiden wir zwischen primärem und sekundärem Kopfweh.

Primär (idiopathisch)

- Zugrunde liegende, andere Leiden nicht bekannt; diese Kopfwehformen haben eine ausgeprägte Eigengesetzlichkeit und folgen einem bestimmtem Zeitmuster
- Keine organische Läsion fassbar
- Die wichtigsten primären Kopfschmerzen sind Migräne, Cluster-Kopfweh, Spannungstyp-Kopfweh
- Diagnose nach den aktuellen Kriterien der International Headache Society (IHS-Klassifikation 2004; „International Classification of Headache Disorders, 2nd edition, ICHD-II“; www.i-h-s.org)

Sekundär (symptomatisch)

- Kopfschmerzen im Rahmen eines anderen Grundleidens, das gesucht und behandelt werden muss; Übergänge zu primären Kopfwehformen sind dabei immer möglich, z.B. im Sinne einer Auslösung

Wie weit muss die Diagnostik gehen?

- Ausführliche Anamnese sowie allgemeine klinische und neurologische Untersuchung
- Bei Verdacht auf Warnzeichen wie neurologische Ausfälle, systemische Zeichen (Fieber, Gewichtsverlust, Wesensveränderung), ungewöhnliche Intensität und Dauer der Schmerzen, weiterführende Diagnostik und/oder Facharzt hinzuziehen
- Diagnostik auch nach Einsetzen der Therapie überprüfen, insbesondere bei Therapieresistenz
- Die Diagnostik dient auch dem Abbau der Angst

Behandeln: Ja oder nein?

- Nicht in jedem Fall besteht eine Behandlungsnotwendigkeit; Untersuchungen und ein klärendes Gespräch können bereits genügen
- Behandlungsplan zusammen mit dem Patienten unter Berücksichtigung individueller Aspekte (Leidensdruck, Ängste, Überzeugungen) aufstellen

Ziele des Kopfweh-Managements

Lebensqualität verbessern

- Die eigenen Ressourcen der Patienten zur Verminderung des Leidensdrucks suchen und diese mobilisieren
- Das Ziel ist nicht die Heilung, sondern Besserung der Lebensqualität und Reintegration in den Alltag

Allgemeine Aspekte

- In erster Linie Behandlung durch den Hausarzt
- Bei Therapieresistenz Zuweisung an den Kopfwehspezialisten
- **Cave:** Medikamentenübergebrauch und „Ärztetourismus“

Stellenwert der Lebensumstände

... als Modulatoren der Kopfwehprobleme

- Eine Biographie mit erweitertem Stammbaum ist sehr nützlich
- Noxen erkennen, wenn möglich Elimination derselben
- „Unbeeinflussbare“ Faktoren wie Menstruation, Hormone, Wetter, unentrinnbare Nöte, festgefahrene Situationen etc. nicht als ausweglos anerkennen: Veränderungen der Lebensweise verändern auch solche Verläufe

Haltung des Patienten beachten

- Adäquates Selbstmanagement soll unterstützt werden
- **Cave:** Unkontrollierte Selbstmedikation, insbesondere mit Schmerzmitteln, ist problematisch

Darum: Vor Beginn einer Therapie

- Medikamente absetzen, die nichts nützen oder sogar schaden
- Andere Noxen eliminieren (zu viel Alkohol, Nikotin, zu viel Stress)
- Innere Ökonomie überprüfen (Leistungsbegrenzung, echte Freizeit erleben, Tagesrhythmus, Selbstbestimmung)
- Kopfwehkalender führen (möglichst schon 1 Monat vor Behandlungsbeginn)
- Festlegung der Behandlungsstrategie: Anfallbehandlung oder Intervalltherapie versus Langzeitprophylaxe oder beides

Antiemetika

Die Resorption der verabreichten Medikamente sollte gewährleistet sein. Da die Gastrokinetik oft relevant eingeschränkt ist, braucht es unter Umständen ein Antiemetikum als Komedikation. Dieses kann auch eine antimigränöse Wirkung haben.

Domperidon	Tbl., Lingualtbl., Supp.	10-60 mg
Metoclopramid	p.o., Supp., i.m., i.v.	10-20 mg
Cyclizin	Tbl. (Kinder ab 6 J.)	25-150 mg

Migräneattacken von geringer Intensität und ohne Behinderung im Alltag

Hier können NSAR und andere Analgetika genügen. Prinzipiell sind alle anwendbar, vorzugsweise als „rapid“ oder Granulatform.

Acetylsalicylat	Brausetbl., Sacht	1000 mg
ASS+Metoclopramid (Lysinacetylsalicylat)	Sacht	3 pro 24 h
Diclofenac	Dragées	100-150 mg
Ibuprofen	Tbl., Granulat	600-1200 mg
Mefenaminsäure	Tbl.	500-1500 mg
Naproxen	Tbl., Supp.	500-1000 mg
Paracetamol	Brausetbl.	1000 mg

Migräneattacken mit mittlerer und hoher Schmerzintensität und Behinderung im Alltag

Die Behandlung erfolgt mit Triptanen. Diese wirken spezifisch bei Migräne, haben die grösste Wirksamkeit und sollten früh eingesetzt werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Patient den Ablauf seiner Kopfwepisode genau kennt. In der Reihenfolge der Markteinführung sind heute folgende Triptane im Einsatz:

		Einzeldosis	Höchstdosis pro 24h
Sumatriptan	s.c.	6 mg	12 mg
	Tbl.	50 mg	200 mg
	Supp.	25 mg	50 mg
	Nasalspray	20 mg	40 mg
Naratriptan	Tbl.	2.5 mg	10 mg
Zolmitriptan	Tbl.	2.5 mg	10 mg
	Lingualtbl.	2.5 mg	10 mg
	Nasalspray	5 mg	10 mg
Rizatriptan	Tbl.	5/10 mg	30 mg
	Lingualtbl.	5/10 mg	30 mg
Eletriptan	Tbl.	40/80 mg	160 mg
Almotriptan	Tbl.	12.5 mg	25 mg
Frovatriptan	Tbl.	2.5 mg	5 mg

Die Zeit bis zum Wirkungseintritt und die Dauer der analgetischen Wirkung sind bei den verschiedenen Triptanen unterschiedlich. Falls nach 2h keine wesentliche Besserung der Migräneattacke eingetreten ist, kann das Triptan ein zweites Mal verabreicht werden. Sind der Effekt eines Präparats und die Darreichungsform ungenügend, kann auf ein anderes Präparat gewechselt werden.

Migräne

Anfallbehandlung

Bei Wiederauftreten der Migräne (Recurrence) kann eine initiale Kombination aus Triptan und langwirksamem oder einem retardierten nichtsteroidalen Antirheumatikum versucht werden.

Im Notfall

Bei Kontraindikationen und Wirkungslosigkeit von Triptanen können parallel intravenöse Schmerzmittel oder NSAR verwendet werden:

Acetylsalicylat	i.v.	1000 mg
Diclofenac	i.m.	75 mg
Metamizol	i.v.	1000 mg

Alternativ im Notfall möglich (**cave** Kontraindikationen):

Sumatriptan	s.c.	6 mg
Zolmitriptan	nasal	5 mg

Nota bene: Niedrigere Dosen wirken deutlich schlechter. **Cave:** Keine Opiate!

Speziell bei Status Migraenosus

(mehr als 72 Stunden Dauer)

Überweisung an den Kopfwehspezialisten oder Hospitalisation.

Ergotaminpräparate

Wegen der Nachteile (Nebenwirkungsprofil, schlechte Verträglichkeit) ist die Bedeutung von Ergotaminpräparaten zurückgegangen. Eingesetzt wird allenfalls das Dihydroergotamin-Nasalspray.

Zur Langzeitprophylaxe werden auch nicht-medikamentöse Massnahmen angewendet.

Nicht-medikamentöse Zusatztherapie

Psychotherapeutische Methoden für Patienten mit entsprechender Motivation:

1. Wahl: Techniken zur körperorientierten Selbstwahrnehmung (z.B. Focusing)
2. Wahl: Verhaltenstherapeutische Massnahmen

Geeignete Therapeuten sind vorderhand noch selten zu finden.

Komplementärmedizinische Methoden: Diese, ärztlich oder nicht-ärztlich durchgeführt, sind kontrovers. Die Resultate in der Praxis sind widersprüchlich. Es fehlen ausserdem Langzeitbeobachtungen. Einzig für die Akupunktur gibt es positive Evidenz.

Wann Langzeitprophylaxe?

- Mehr als 3 Anfälle im Monat
- Sehr schwere oder lang andauernde Anfälle mit Therapieresistenz
- Protrahierte oder gehäufte Auren
- Unverträglichkeit von Akuttherapeutika
- Komorbidität beachten
- Bei Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS)

Langzeitprophylaxe mit Medikamenten: Nützliche Tipps

- Bei gutem Nutzen (der sich nach spätestens 8 Wochen zeigen sollte) Langzeitprophylaxe für 6-12 Monate, allenfalls länger
- Begleitende andere Massnahmen immer wieder revidieren
- Bei längerer Therapieresistenz eventuell Kombination prophylaktischer Medikamente und sehr viel längere Behandlungsdauer
- Akutmedikamente sollen nicht zur Langzeitbehandlung verwendet werden (**cave MÜKS**)!
- Komorbidität als Selektionskriterium „**Mit Nebenwirkungen zielen**“!

Wegen häufig eintretender Gewichtszunahme werden Flunarizin, Mirtazapin, Amitriptylin und Doxepin bei übergewichtgefährdeten Konstitutionen vermieden, ebenso die Betablocker bei Asthmatikern, Psoriatikern und Diabetikern. Betablocker, Flunarizin und Topiramat können Depressionen begünstigen. Oder es werden erwünschte Nebenwirkungen gezielt eingesetzt, zum Beispiel die Gewichtsreduktion durch Topiramat, die Sedation durch Mirtazapin oder die laxative Wirkung von Magnesium.

Für folgende prophylaktischen Massnahmen besteht Evidenz:

Betablocker und andere blutdrucksenkende Medikamente

	pro Tag
Metoprolol	100-200 mg
Propranolol	80-160 mg
Bisoprolol	5-10 mg
Telmisartan	80 mg
Candesartan	16 mg
Lisinopril	20 mg

Kalziumantagonisten

	pro Tag
Verapamil (cave EKG-Veränderungen)	120-240 mg
Flunarizin	abends 5-10 mg

Antidepressiv wirkende Medikamente

Wirksamkeit nicht nur bei Kombinationen mit Spannungstypkopfweg und depressiver Komponente; wirksame Dosis meist geringer als für antidepressiven Effekt nötig (10-50 %). Während SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)-Antidepressiva bei primären Kopfschmerzen fraglich wirksam sind, zeigen neuere Antidepressiva mit dualem Wirkmechanismus (SNRI=Serotonin-Noradrenalin-RI; SARI=Serotonin-Adrenalin-RI) bei relativ guter Verträglichkeit oft eine gute Wirkung. Start: kleine Dosen (**cave** Sedation, teilweise anticholinerg); langsame Dosissteigerung; sedierende Antidepressiva (Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin) bei Schlafstörungen abends, antriebssteigernde (Clomipramin, Nortriptylin) bei Antriebsstörung und Müdigkeit morgens und mittags; genügend hohe Dosis (je nach Verträglichkeit) anstreben.

Migräne

Langzeitprophylaxe

Amitriptylin, Imipramin, Nortriptylin	10-200 mg
Clomipramin, Doxepin, Trimipramin	10-150 mg
Venlafaxin	75-225 mg
Duloxetin	30-60 mg
Mirtazapin	30-45 mg

Antikonvulsiv wirkende Medikamente

Topiramamat	25-200 mg
-------------	-----------

Cave: kognitive Nebenwirkungen

Valproat, nach Leber-Screening	500-1500 mg
--------------------------------	-------------

Cave: Schwangerschaft ausschliessen und verhüten,

Verordnung nur durch Neurologen

Lamotrigin, speziell bei Migräne mit Aura,	25-300 mg
--	-----------

Verordnung nur durch Neurologen

Natürliche Substanzen

Magnesium	25 mmol
Riboflavin (Vitamin B2)	400 mg
Coenzym Q10	3x100 mg

Sonstiges

Botulinum Toxin Typ A	155 E
-----------------------	-------

Cave: Evidenz für chronische, nicht aber episodische Migräne, mit und ohne Medikamentenübergebrauch. Diagnosestellung durch Neurologen erforderlich, um sekundäre chronische Kopfschmerzen auszuschliessen.

Cluster-Kopfweh

Akutbehandlung

Gemeinsame Betreuung des Patienten mit dem Neurologen.

Attackenbehandlung

Dihydroergotamin	Nasalspray	2 mg (bis 2x pro 24 h)
Sumatriptan	s.c.	6 mg
	Nasalspray	20 mg
Zolmitriptan	Nasalspray	5-10 mg
Inhalation von 100% Sauerstoff	10-12 l während	15 min

Episoden-Kürzung

Prednisonstoss	p.o.	(100)/75/50/25 mg pro Tag je 5 Tage, morgens
Infiltration des Nervus occipitalis major		durch den Neurologen

Cluster-Kopfweh

Langzeitprophylaxe

Gemeinsame Betreuung des Patienten mit dem Neurologen.

Verapamil	240-600 mg
Topiramate	200 mg
Valproat	nur in Absprache mit dem Neurologen
Lithium	nur in Absprache mit dem Neurologen

Episodisches Spannungstyp-Kopfw eh

Akutbehandlung

- Medikamente entweder vermeiden oder hoch genug dosieren
- Analgetika/NSAR an maximal 10 Tagen pro Monat
- Entspannungsübungen und/oder körperliche Aktivität

Chron. Spannungstyp-Kopfw eh

Prophylaxe

- Tägliche Entspannungsübungen
- Täglich leichtes Ausdauertraining
- Kopfw ehstagebuch
- Antidepressiva
- Magnesium analog der Migräneprophylaxe

Gemischte Kopfw ehformen

Bei gemischten Kopfw ehformen stellt sich die Frage, ob eine Akut- und/oder eine Langzeitbehandlung angezeigt ist. Klassifiziert werden diese als zwei Kopfw eharten, nicht als gemischtes Kopfw eh.

Prioritäten

- Sehr individuell
- Prioritäten im Verlauf neu festlegen
- Nicht vergessen: zu häufige Akutbehandlung macht Langzeitprophylaxe unwirksam

Medikamentenübergebrauchs- Kopfschmerz (MÜKS)

- **Cave:** Bei regelmässiger Einnahme von Akutmedikamenten (Analgetika und Triptane) besteht die Gefahr eines chronischen Kopfschmerzes durch Übergebrauch. Obergrenze: maximal 10 Einnahmetage pro Monat
- Wichtigste Massnahme: vollständiger Entzug der Akutmedikamente (oft nur stationär durchführbar)
- In leichteren Fällen kann der Entzug ambulant erfolgen. Eine engmaschige Betreuung durch einen Neurologen ist während des Entzugs erforderlich, sowie die Einleitung einer medikamentösen Prophylaxe
- Falls dies misslingt oder ein Scheitern voraussehbar ist: Akutes Absetzen in einer spezialisierten Klinik. Aufenthaltsdauer für den alleinigen Entzug 7-14 Tage, in schwierigen Fällen, z.B. wegen relevanter Komorbidität, kann eine spezifische rehabilitative Weiterbehandlung für 2 - 4 Wochen erforderlich sein
- Eine medikamentöse Prophylaxe ist für die Dauer vom mindestens 6 Monaten zu empfehlen. Nota bene: Eine Prophylaxe hat in der Regel nur einen geringen Effekt bei anhaltendem Medikamentenübergebrauch
- Die Weiterbetreuung nach dem Entzug durch einen Kopfweh-Spezialisten verbessert die Nachhaltigkeit der Therapie

Schwangerschaft

Grundsätzlich sollen in der Schwangerschaft weder Akut- noch Langzeitbehandlungen gegen Migräne oder verwandte Kopfwiehformen durchgeführt werden. Eine vitale Indikation besteht kaum. Zudem muss die Unschädlichkeit der gewöhnlich verwendeten neurotrophen Substanzen auch bei entlastenden Tierversuchsergebnissen in Frage gestellt werden, da alle diese Substanzen mit dem in rascher Entwicklung stehenden fötalen Nervensystem interferieren. Falls wirklich unumgänglich:

Akutbehandlung

- Paracetamol (à 1 g, max. 2-3 g pro 24 Std.), Anwendung jedoch nur kurzfristig

Prophylaxe

- Entspannungsübungen
- Magnesium

Menstruation

Die rein menstruelle Migräne tritt an den Zyklustagen -2 bis +3 auf. Sie ist durch das Fehlen einer Aura und das schlechte Ansprechen auf übliche Therapieformen gekennzeichnet. Ursächlich spielt der Östrogenabfall gegen Zyklusende eine Rolle.

Prophylaxe

- Ovulationshemmende Gestagene (Cerazette)
- Estradiol transdermal 50-100 µg ab Tag -4 bis Tag +2; dann langsam absetzen, da sonst Östrogenentzugs-Kopfwieh durch Pflaster entstehen kann

Kontrazeption bei Migräne

Migräne ohne Aura

- Rein gestagenhaltige Kontrazeptiva (z.B. Cerazette, Implanon, Depo-Provera), Intrauterin pessare
- Relativ oder absolut (bei kardiovaskulären Risikofaktoren) kontraindiziert sind ethinylöstradiolhaltige Verhütungspräparate (Pillen, Pflaster, Vaginalring)

Migräne mit Aura

- Rein gestagenhaltige Kontrazeptiva (z.B. Cerazette, Implanon, Depo-Provera), Intrauterin pessare
- Absolut kontraindiziert sind ethinylöstradiolhaltige Verhütungspräparate (Pillen, Pflaster, Vaginalring)

Menstruelle Migräne

- Desogestrel-Pille (neben Verhütung therapeutischer Effekt möglich)
- Langzeitgestagene nur bei sicherer Verträglichkeit; Intrauterin pessare erlaubt, vorzugsweise Kupfer-Intrauterin pessar
- Relativ oder absolut (bei vaskulären Risikofaktoren) kontraindiziert sind ethinylöstradiolhaltige Verhütungspräparate (Pillen, Pflaster, Vaginalring)

Auch beim Kind sind eine ausführliche Anamnese sowie eine allgemeine klinische und neurologische Untersuchung die wichtigsten Elemente der Diagnostik. Bildgebende Verfahren sind selten indiziert. Schulsituation, Freizeitgestaltung, eventuelle Überforderung durch Sport, Tanz, Musik, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten sind abzuklären. Die Angst der Eltern vor einem Hirntumor ist abzubauen.

Die Behandlung muss die verschiedenen Formen und die Unterschiede des Verlaufs der Migräne-Anfälle beim Kind berücksichtigen. Kopfwegtagebuch und Anfallskalender sollten geführt werden.

Bei adoleszenten Patientinnen sollte ein Zusammenhang der Migräne oder eine Verlaufsänderung mit Menarche und dem weiteren Zyklus durch einen Zyklus kalender abgeklärt werden.

Spannungstyp-Kopfweg

- Möglichst keine Medikamente
- Entspannungsübungen
- Schlaf

Migräne Akutbehandlung

Da Kinder bei einer Migräne-Attacke meist schnell schlafen gehen wollen und den Anfall „ausschlafen“, sind in der Regel keine Akutmedikamente indiziert.

Analgetika/NSAR:

Acetylsalicylsäure	10 mg/kg	max. alle 4 Stunden
Ibuprofen (Sirup)	5-10 mg/kg	max. alle 6 Stunden
Mefenaminsäure	5-10 mg/kg	max. alle 8 Stunden
Paracetamol	10 mg/kg	max. alle 4 Stunden

Antiemetika (selten indiziert):

Domperidon

Suspension	0.25 mg/kg	max. alle 6 Stunden
Suppositorien	1 mg/kg	max. alle 6 Stunden

Triptane:

Sumatriptan (ab 12 Jahren)

Nasalspray	20 mg	max. 40 mg/24 Stunden
------------	-------	-----------------------

Migräne Langzeitprophylaxe

Riboflavin und Magnesium sind evidenzbasiert weniger wirksam, aber besser toleriert als Flunarizin, welches für Kinder unter 12 Jahren nur selten indiziert ist.

Für Kinder und Jugendliche werden folgende Dosen empfohlen:

Flunarizin (ab 12 Jahren) 2 Tbl. à 5 mg/Tag

Cave: Überdosierung kann zu depressiver Verstimmung führen.

Magnesium 9 mg/kg/Tag
=0.37 mmol/kg/Tag in drei Dosen

Riboflavin (Vitamin B2) bis 200 mg/Tag

Migräne in der Adoleszenz

Bei adolescenten Patientinnen mit Migräne ist an die Möglichkeit einer menstruationsassoziierten Migräne (Zykluskalender führen!) zu denken, welche möglicherweise mit Hormonpräparaten beeinflusst werden kann.

Trigeminusneuralgie

1. Wahl

Carbamazepin

Initial 200-400 mg (ältere Personen 100-200 mg), tgl. steigern um 50 mg bis 800 mg/Tag, verteilt auf 3-4 Dosen/Tag

Cave: Kontrolle von Leberparameter und Serumspiegel

Oxcarbazepin

Initial 150-300 mg, alle 3-5 Tage um 150-300 mg steigern bis 900-1800 mg/Tag

Cave: Hyponatriämie

2. Wahl

Clonazepam

Initial 0.25-0.5 mg bis max. 6-8 mg/Tag

Gabapentin

Initial 100-300 mg, alle 2 Tage um 100-300 mg steigern bis zur individuell maximal verträglichen Dosis (bis 3600 mg/Tag, verteilt auf drei Dosen von je max. 1200 mg)

Lamotrigin

12.5 mg, zweiwöchentlich steigern um 25 mg bis max. 200 mg/Tag

Cave: allergische Hautreaktionen

Pregabalin

Initial 75 mg, alle 3 Tage um 75 mg steigern bis 150-600 mg/Tag, auf zwei Dosen verteilt

Valproat

Initial 300 mg, alle 2-5 Tage um 300 mg steigern bis 20-30 mg/kg/Tag

3. Wahl

Kombinationen von Antiepileptika mit Trizyklika sind beschrieben.

Trizyklische Antidepressiva, beispielsweise Clomipramin und Amitriptylin

Initial 25 mg, alle 3-5 Tage steigern bis 150 mg/Tag

4. Wahl

Chirurgische Verfahren

Die Indikation ist interdisziplinär zu stellen.

Zur Behandlung von Migräne oder Spannungstyp-Kopfschmerzen steht zur Zeit kein chirurgischer Eingriff zur Verfügung, dessen Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist. Invasive Eingriffe für diese Kopfweh-Arten gelten bestenfalls als experimentell und sind mit Komplikationsrisiken befrachtet. In diese Kategorie gehören u.a. chirurgische Eingriffe am Schädel, im Gesicht (z.B. Stirnmuskelentfernung), oder an der Nase sowie der PFO-Verschluss (d.h., der interventionelle Verschluss eines offenen Foramen ovale über einen ins Herz eingeschleusten Katheter), Neurostimulation und Lasereingriffe am Auge.

Bei atypischen Gesichts-, Kiefer- und Zahnschmerzen und bei chronischem Cluster-Kopfweh ist ein Eingriff in Spezialfällen indiziert, wenn alle nicht invasiven Behandlungsmöglichkeiten versucht worden sind und eine Therapieresistenz mit ausgeprägtem Leidensdruck dennoch weiterhin besteht. Dabei handelt es sich um eine tiefe Hirnstimulation über eine ins Hirngewebe implantierte Elektrode. Die Indikation dazu muss interdisziplinär gestellt werden, d.h. nicht durch den Neurochirurgen allein, sondern durch einen Konsens zusammen mit dem behandelnden Neurologen und Vertretern anderer beteiligter Fachdisziplinen (je nach Situation z.B. Kieferchirurgie, Zahnmedizin, Psychiatrie).

Bei sicher festgestellter idiopathischer Trigeminusneuralgie, die auf Medikamente nicht anspricht, ist ein neurochirurgischer Eingriff indiziert. Die verfügbaren, in ihrer Wirksamkeit bestätigten Methoden sind eine offene Operation am Trigeminusnerv bei seinem Ausgang vom Hirnstamm (die sog. mikrovaskuläre Dekompression nach Jannetta), verschiedene

Nadeleingriffe unter Lokalanästhesie (Thermokoagulation oder Glyzerolinjektion) und eine fokussierte Bestrahlung der Nervenaustrittszone (sog. Radiochirurgie). Die geeignete Wahl unter diesen Behandlungsmethoden für den einzelnen Patienten ist jeweils mit dem Neurochirurgen zu besprechen.

Die Schweizerische Kopfwehgesellschaft

Die Schweizerische Kopfwehgesellschaft SKG vereint seit 1995 Spezialärzte, Grundversorger und Wissenschaftler, die sich mit dem Thema Kopfschmerzen befassen. Sie verfolgt das Ziel, die Forschung, Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzen zu fördern und den neusten Wissensstand an Ärzte, Patienten und Wissenschaftler weiterzugeben. Zudem ist die administrative Geschäftsstelle der Gesellschaft oft erste Ansprechpartnerin für Patienten und Betroffene. Die SKG ist Mitglied der „European Headache Federation“ und gehört seit 1996 der „International Headache Society“ an.

Gemeinsam mit ihren rund 150 Mitgliedern, überwiegend Neurologen, aber auch Internisten und Psychiater, verfolgt die SKG folgende Ziele:

- Förderung der wissenschaftlichen Arbeit und Forschung im Bereich der Kopfschmerzen
- Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärzten und Angehörigen von Berufsgruppen, die in der Behandlung und Betreuung von Kopfwehpatienten engagiert sind oder Kopfwehforschung betreiben
- Information von Betroffenen und ihrer Angehörigen über neuste Therapiemöglichkeiten

Somit bietet die SKG nicht nur Kopfwehspezialisten und Grundversorgern, sondern auch Patienten eine vielseitige Plattform zum Umgang mit den Kopfschmerzen und deren Behandlung an.

Therapiekommission

Die Therapiekommission setzt sich aus Fachpersonen zusammen, die über eine besondere Expertise bei der Behandlung von Kopfwehpatienten verfügen. Eine ihrer Aufgaben ist die regelmässige Herausgabe von Empfehlungen über die gebräuchlichen und neusten Kopfschmerztherapien. Die aktuelle Auflage befasst sich neu mit Themen wie Kinderkopfschmerzen, sowie chirurgische Eingriffe bei Kopfschmerzen. Zudem sind Richtlinien zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit infolge Kopfschmerzen in Vorbereitung.

Kongresse

Bei den jährlichen Kongressen arbeitet die SKG eng mit anderen Gesellschaften zusammen, um die interdisziplinäre, kollegiale Kommunikation und den Wissensaustausch zu fördern, und Synergien auszubauen.

Webseite

Die dreisprachig verfasste Webseite richtet sich gleichermaßen an Fachpersonen wie auch Patienten. In einer eigenen Rubrik für Betroffene werden u.a. über 30 Fallbeispiele von Kopfwehpatienten geschildert und mit den entsprechenden Therapiemöglichkeiten untermauert. Auch Ärzten und Therapeuten, welche Kopfwehpatienten betreuen, dient die Webseite als Unterstützung in der täglichen Arbeit. Sie enthält Empfehlungen für die tägliche Praxis und Informationen über neue Trends und Möglichkeiten, teils mit kritischer Diskussion seitens unserer Spezialisten. Ausserdem sind Dokumente wie beispielsweise der Kopfwehkalender zum Download verfügbar.

Korrespondenzadresse

Schweizerische Kopfwehgesellschaft
Administrative Geschäftsstelle
c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG
Münsterberg 1
4001 Basel
Tel: 061 271 35 51
E-Mail: kopfweh@imk.ch
www.headache.ch

Wir danken folgenden SKG-Partnerfirmen für ihre
freundliche Unterstützung:

Status Gold:

AstraZeneca 

 **MSD**



Status Bronze:

 **ALLERGAN**

www.headache.ch