

Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS)

Stellmes P. Koch J W / Mai 2020

(auf der Grundlage einer früheren Version von Jäger J)

Ein Schmerz ist immer eine unangenehme Empfindung, das gilt natürlich auch für Kopfschmerzen. Schon leichtes Kopfweg kann sehr störend sein, sehr starke Beschwerden verunmöglichen die Weiterführung der Arbeit und die Teilnahme am sozialen Leben. Was liegt einem da näher als sich Linderung zu verschaffen? Das ist schon seit mehr als zweitausend Jahren so. Rasch geschieht der Griff zu Schmerzmitteln, welche zudem oft leicht erhältlich sind.

Gegen den Einsatz von Schmerzmitteln bei Kopfschmerzen ist auch nichts einzuwenden. Nur hat die Sache einen Haken: Die Kopfwegmittel können auch selber Kopfschmerzen verursachen. Bei längerdauernder, regelmässiger Einnahme von Akutmitteln kann sich ein Dauerkopfschmerz einstellen, wobei alle Schmerzpräparate mögliche Verursacher dieser Kopfwegform sind.

Bei einfachen Schmerzmitteln, die nur einen Wirkstoff enthalten (z.B. ASS, Ibuprofen, Paracetamol), kann ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz bei Einnahme an mehr als 15 Tagen monatlich über länger als 3 Monate verursacht werden.

Bei Mischpräparaten (bei den Inhaltsangaben im Beipackzettel sind mehrere Substanzen aufgeführt, z.B. mit ASS, Paracetamol und Koffein), Opiaten oder spezifischen Migränemedikamenten (Triptane) ist die Gefahr grösser als beim Gebrauch einfacher Schmerzmittel. Hier kann ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz bereits bei Einnahme an mehr als 10 Tagen monatlich über länger als 3 Monate verursacht werden.

Wenn bei chronischen Kopfschmerzen (15 oder mehr Tage pro Monat) auch entsprechend oft Schmerzpräparate eingenommen werden und sich der Kopfschmerz über mehrere Monate verschlechtert, resp. chronifiziert hat, kann die Diagnose eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (abgekürzt MÜKS) gestellt werden.

Behandlung des Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS)

Koch J W

Die Behandlung des MÜKS erfordert in den meisten Fällen das vollständige Absetzen der Schmerzmedikamente (Medikamentenpause) sowie parallel dazu die Durchführung einer medikamentösen Prophylaxe als Basistherapie für die weitere Kopfschmerzbehandlung (z.B. mit Topiramaten oder der neuen Antikörpertherapie Erenumab, Galcanezumab oder Fremanezumab).

Ergänzend wertvoll sind zudem nicht-medikamentöse Prophylaxe-Therapien wie physikalische Behandlungen/ medizinische Massagen, regelmässiges Ausdauertraining (z.B. Nordic Walking, Schwimmen, Jogging, Velofahren), Entspannungstherapien, Biofeedbacktherapie und Cefaly-Neurostimulation. Ausserdem kann eine psychologische Unterstützung zur Erarbeitung von Strategien zur Triggervermeidung und Schmerzverarbeitung hilfreich sein.

In komplexen Fällen mit zahlreichen zusätzlichen Erkrankungen oder bei missglückten ambulanten Entzugsversuchen bedarf es dafür allenfalls einer stationären Behandlung. In



diesen Fällen hat sich auch eine anschliessende stationäre Rehabilitation über 2-3 Wochen bewährt. Eine geeignete Rehabilitation erfordert ein MÜKS-spezifisches Behandlungsprogramm unter ärztlicher Leitung eines Kopfschmerzspezialisten.

Die Therapie beinhaltet evidenzbasierte Bausteine, idealerweise wird die interdisziplinäre Behandlung von gut geschulten und erfahrenen Therapeuten durchgeführt.

Im Anschluss an die stationäre Therapie sollte die ambulante Weiterbehandlung durch einen Kopfschmerzspezialisten erfolgen. Hierdurch lassen sich das Risiko eines Rückfalls in einen erneuten Medikamentenübergebrauch vermindern und der Therapieerfolg langfristig sichern. Wird ein stationärer oder ambulanter Schmerzmittelentzug nicht toleriert oder gewünscht, kann eine ausschließliche medikamentöse und nicht-medikamentöse Prophylaxe-Therapie (s.o.) versucht werden mit optimalerweise alleine dadurch bedingtem deutlich vermindertem Schmerzmittel-Konsum.

Sowohl der stationäre als auch der ambulante Schmerzmittel-Entzug sollte ebenso wie die isolierte Prophylaxe-Therapie ohne Entzug durch einen spezialisierten Neurologen geführt und begleitet werden.

Weiterführender Link:

<https://www.dgn.org/leitlinien/3629-II-030-131-kopfschmerz-bei-uebergebrauch-von-schmerz-oder-migraenemitteln-2018>