

# Migränetherapie

## Zum Beitrag

Diener HC, Limmroth V (2005) Migränetherapie. Internist 46: 1087–1095

## Leserbrief

**H. Schrader, J. Stovner, E. Tronvik**

Department of Neurology and Clinical Neurophysiology,  
 University Hospital Trondheim, Norwegen

In ihrem umfangreichen Übersichtsartikel über die Migränetherapie [1] empfehlen Diener u. Limmroth in der Liste der Substanzen zur Migräneprophylaxe der 2. Wahl u. a. Mutterkraut (*Tanacetum parthenium*), für das eine Cochrane-Analyse randomisierter, doppelblinder, placebokontrollierter Studien keine eindeutige Überlegenheit gegenüber Placebo gezeigt hat [3]. Eine später von Diener et al. durchgeführte Studie zeigt zwar einen signifikanten, aber insgesamt moderaten Effekt [2]. Es ist aus diesem Grunde erstaunlich, dass die Autoren es gänzlich unterlassen, Medikamente zu nennen, die das Angiotensinsystem beeinflussen. Für einen ACE-Hemmer (Lisinopril) und einen Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten (Candesartan) liegen kontrollierte Studien vor, die einen klinisch relevanten vorbeugenden Effekt dokumentieren [4, 5]. In der Candesartanstudie wurde eine Wirksamkeit dokumentiert, die vergleichbar ist mit der Wirksamkeit der von Diener u. Limmroth in der Liste der Substanzen zur Migräneprophylaxe der ersten Wahl genannten Medikamente wie  $\beta$ -Blocker, Flunarizin, Valproinsäure und Topiramid. In der

Candesartanstudie traten Nebenwirkungen nicht signifikant häufiger auf als bei Placebo in Übereinstimmung mit dem für Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten bekannten günstigen Nebenwirkungsprofil. Es ist anzunehmen, dass die Nebenwirkungen geringer sind als bei den meisten der von Diener u. Limmroth empfohlenen Prophylaktika.

Gerade für Internisten, die diese Medikamente oft in der Behandlung des Bluthochdrucks einsetzen, wäre eine Erwähnung dieses neuen Therapiekonzepts sicherlich von Interesse gewesen, auch wenn Resultate weiterer randomisierter placebokontrollierter Studien noch nicht vorliegen.

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. H. Schrader**

Department of Neurology and Clinical Neurophysiology,  
 University Hospital in Trondheim, Norwegen  
 E-Mail: harald.schrader@ntnu.no

## Literatur

1. Diener HC, Limmroth V (2005) Migränetherapie. Internist 46: 1087–1095
2. Diener H, Pfaffenrath V, Schnitker J, Friede M, Henneicke-von Zepelin HH; the Investigators (2005) Efficacy and safety of 6.25 mg t.i.d. feverfew CO-extract (MIG-99) in migraine prevention – a randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 25: 1031–1041
2. Pittler MH, Ernst E (2004) Feverfew for preventing migraine. *Cochrane Database Syst Rev* CD002286
4. Schrader H, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G (2001) Prophylactic treatment of migraine with angiotensin converting enzyme inhibitor (lisinopril): randomized, placebo controlled, crossover study. *BMJ* 322: 19–22
5. Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G (2003) Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. *JAMA* 289: 65–69

## Stellungnahme

**H.-C. Diener**

Neurologische Universitätsklinik Essen

Unsere Übersicht orientiert sich an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft. Aus Gründen der Begrenzung haben wir nur die Ausschnitte aus den Leitlinien referiert, die sich auf mindestens 2 doppelblinde placebokontrollierte Studien beziehen. Dies ist sowohl für Mutterkraut als auch für Pestwurz der Fall. Die Studien zu Lisinopril und Candesartan sind interessant, bisher aber nicht in einer 2. Parallelgruppenstudie repliziert. Dies ist der Grund, warum wir sie noch nicht in die Leitlinien aufgenommen haben.

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. H.-C. Diener**

Neurologische Universitätsklinik Essen,  
 Hufelandstraße 55, 45122 Essen  
 E-Mail: h.diener@uni-essen.de