Akuttherapie und Prophylaxe der menstruellen Migräne

Was ist wirksam?

Fragestellung: Was ist in der Akuttherapie und Prävention der menstruellen Migräne wirksam?

Hintergrund: Migräneattacken die vor, während und nach der Menstruation auftreten, gelten als besonders intensiv, langdauernd und schwer zu behandeln. Mit dieser Behauptung ist allerdings ein Selektionsbias verbunden, da üblicherweise nur Frauen mit sehr langen und schweren Migräneattacken während der Menstruation einen Neurologen aufsuchen.

Patienten und Methodik: Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche wurden elf Artikel zur Akuttherapie der menstruellen Migräne und 25 zur präventiven Therapie der menstruellen Migräne identifiziert.

Ergebnisse: Die Akuttherapie wurde in sieben randomisierten Studien mit Triptanen (Frovatriptan, Naratriptan, Almotriptan, Sumatriptan und Zolmitriptan) untersucht. In allen Studien war das Triptan Placebo überlegen. In einem direkten Vergleich war Frovatriptan 2,5 mg genauso wirksam wie Almotriptan 2,5 mg. Zwischen Sumatriptan 50 und 100 mg bestand kein Unterschied. In einer Studie wurde Rizatriptan 10 mg als Monotherapie, Dexamethason 4 mg und die Kombination verglichen. Hier war Rizatriptan wirksamer als Dexamethason und die Kombinationstherapie wirksamer als die Monotherapie mit Rizatriptan.

In acht Studien wurde die Kopfschmerzprophylaxe mit Triptanen untersucht, wobei in den meisten Studien die Prophylaxe ein bis zwei Tage vor dem zu erwartenden Beginn der Periode einsetzte und über vier bis sechs Tage erfolgte. Dabei war Frovatriptan 2,5 mg ein- oder zweimal täglich besser wirksam als Placebo. Dies galt auch für Zolmitriptan 2,5 mg zwei- oder dreimal täglich sowie für Naratriptan 1 mg zweimal täglich.

Die Studien zur Östrogensubstitution sind fast alle unbrauchbar, da sie methodisch schlecht waren oder nur sehr geringe Patientenzahlen hatten. Die einzig vernünftige Studie aus England zeigte, dass ein Östradiol-Gel verglichen mit Placebo zwar die Häufigkeit von Migräneattacken während der Periode verringert, aber ein Rebound-Phänomen auslöst. Die Datenlage zum Einsatz nicht steroidaler Antirheumatika ist ebenfalls sehr schlecht, da die Studien eine insuffiziente Methodik und geringe Patientenzahlen aufwiesen. Eine Studie zur Akupunktur war negativ.

Nierenburg Hdel C, Ailani J, Malloy M et al. Systematic review of preventive and acute treatment of menstrual migraine. Headache 2015; 55: 1052–71

Schlussfolgerungen: Triptane wirken bei menstruellen Migräneattacken signifikant besser als Placebo. Zur Prophylaxe können niedrig dosierte Triptane über vier bis sechs Tage eingesetzt werden, alle anderen Methoden zur Kopfschmerzprophylaxe sind wahrscheinlich unwirksam.

– **Kommentar** von Hans-Christoph Diener, Essen

Evidenz gibt es nur für die Triptane

Diese Literaturübersicht zeigt, dass eigentlich nur die Wirksamkeit von Triptanen in der Behandlung der akuten Migräneattacke und die Kopfschmerzprophylaxe mit der Gabe von Triptanen über vier bis sechs Tage belegt sind. Zweifelsfrei besteht ein erheblicher Forschungsbedarf zum Einsatz der in den Leitlinien empfohlenen nicht steroidalen Antirheumatika sowie zum Kurz- oder Langzeiteinsatz einer Hormonsubstitutionstherapie. Hier sollten in Zukunft noch größere randomisierte placebokontrollierte Studien durchgeführt werden.

Hier steht eine Anzeige.

Springer