© Diego Cervo / shutterstock.com

Kopfschmerzen und Depressionen – häufig treten sie gleichzeitig auf.

Daten der Women's Health Study

Frauen mit Migräne häufiger depressiv

Frauen mit Migräne leiden häufiger unter Depressionen als Frauen ohne diese Kopfschmerzen, und dies selbst wenn sie über mindestens ein Jahr lang keine akute Migräneattacke erlebt hatten. Ob die Migräne von Auren begleitet war, wirkte sich nicht auf das Depressionsrisiko aus.

Ein Zusammenhang zwischen Migräne und Depression hat sich bereits in mehreren Studien herauskristallisiert. Die Auswertung von Daten aus der Women's Health Study, einer prospektiven Kohortenstudie mit 36.154 Frauen,

erlaubt nun aber eine genauere Einschätzung des Depressionsrisikos bei Frauen mit Migräne [18].

Die Frauen ohne Depressionen in der Vorgeschichte, die zu Beginn der Studie Angaben über ihren Migränestatus ge-

macht und in der Folge auftretende Depressionen angegeben hatten, wurden in vier Gruppen eingeteilt: Aktive Migräne mit Aura; aktive Migräne ohne Aura; Migräne in der Vorgeschichte, aber keine aktive Migräne im Jahr vor Beginn der Studie; keine Migräne in der Vorgeschichte.

Risiko für eine Depression um gut ein Drittel erhöht

Von den 6.456 Frauen mit Migräne litten 1.815 (28,1 %) an aktiver Migräne mit Aura. In der im Schnitt 14,3 Jahre dauernden Nachverfolgung traten 3.971 depressive Episoden auf. Verglichen mit Frauen ohne Migräne hatten Frauen mit Migräne ein um den Faktor 1,36 erhöhtes Risiko, eine Depression zu entwickeln (95 %-Konfidenzintervall [KI]: 1,27–1,47). Die Berücksichtigung von Auren änderte an diesem Zusammenhang nichts (Relatives Risiko [RR] = 1,43, 95 %-KI: 1,26–1,62 bei Migräne mit Aura versus RR = 1,29, 95 %-KI: 1,16–1,44 bei Migräne ohne Aura). Bei Frauen mit Migräne in der Vorgeschichte aber ohne akute Migräne betrug das relative Risiko 1,41 (95 %-KI: 1,24–1,59).

Dr. Gunter Freese

Pregabalin beim Restless-Legs-Syndrom

Antikonvulsivum punktet in der RLS-Therapie

Eine auf der AAN-Jahrestagung 2012 in New Orleans vorgestellte Langzeitstudie über 52 Wochen zeigt, dass sich mit dem Antikonvulsivum Pregabalin eine neue Wirkstoffgruppe als Option zur Therapie des mittelschweren bis schweren Restless-Legs Syndroms (RLS) etablieren könnte [15].

In der Studie wurde Pramipexol als aktiver Komparator gewählt, weil Dopaminagonisten international als Mittel der ersten Wahl zur Therapie des mittelschweren bis schweren RLS empfohlen werden, wie Professor Diego Garcia-Borreguero, Madrid, ausführte. Teilnehmer waren 719 Patienten mit mittelschwerem bis schwerem RLS (61 % Frauen, Ø 54,8 Jahre, mittlere Krankheitsdauer 5 Jahre).

In der ersten direkten Vergleichsstudie dieser Art erwies sich Pregabalin 300

mg/d gegenüber Placebo hinsichtlich der Symptombesserung im IRLS-Gesamtscore ($p < 0,0001$) und dem globalen klinischen Eindruck (CGI-I-Skala; $p < 0,001$) nach zwölf Wochen als signifikant überlegen. Gegenüber Pramipexol 0,25 mg/d und 0,5 mg/d war Pregabalin nach zwölf Wochen bis Studienende numerisch, aber nicht statistisch signifikant wirksamer.

Als limitierend für eine langfristige Behandlung gelten vor allem Augmentationsphänomene. Hier klagten nach 40

beziehungsweise 52 Wochen Therapie-dauer (mit 2,1 % unter Pregabalin 300 mg/d deutlich weniger Patienten über eine Exazerbation als unter Pramipexol 0,25 mg/d (5,3 %; $p = 0,083$ versus Pregabalin) und 0,5 mg/d (7,7 %; $p = 0,0012$ versus Pregabalin). Auch hinsichtlich der sekundären Endpunkte Beinschmerzen, Lebensqualität und Schlafparameter profitierten die Studienteilnehmer stärker von Pregabalin als von Pramipexol.

Die Häufigkeit unerwünschter Effekte war in allen aktiven Therapiearmen etwa gleich groß. Das Sicherheitsprofil von Pregabalin entsprach den bisherigen Erfahrungen, allerdings war die Abbruchrate wegen intolerabler Nebenwirkungen etwas höher als unter Pramipexol.

Dr. Alexander Kretzschmar

Literatur zum allen Artikeln vom AAN-Kongress unter springermedizin.de/dnp