

## Neue Perspektiven in der Migräneprophylaxe

— Weltweit sind etwa 1–2% der Bevölkerung von täglichen oder nahezu täglichen Migräneattacken betroffen. Den hohen Bedarf an wirksamen Migränetherapien bestätigt die International Burden of Migraine Study (IBMS): 23,3% der Patienten mit episodischer und 78% mit chronischer Migräne geben an, schwer oder sehr schwer in ihrer Lebensqualität eingeschränkt zu sein [Blumenfeld AM et al. *Cephalalgia* 2011;31:301–15]. Der neue Behandlungsansatz mit monoklonalen Antikörpern, die gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) gerichtet sind, eröffnet neue Perspektiven in der prophylaktischen Therapie.

„Für Betroffene, die regelmäßig unter Migräneattacken leiden und bereits mit unterschiedlichen medikamentösen Prophylaxen ohne Besserung behandelt wurden, ist die neue Behandlungsoption mit CGRP-Antikörpern aufgrund der Gabe pro Monat oder Quartal und der bisherigen guten Verträglichkeit ein vielversprechender Ansatz. Die

Adhärenz, die bei der Migränetherapie eine wichtige Rolle spielt, ist bei den bisherigen Therapiemöglichkeiten nicht zufriedenstellend und könnte durch die prophylaktische Therapie mit CGRP-Antikörpern verbessert werden“, erklärte Dr. Astrid Gendolla, niedergelassene Neurologin in Essen, bei einem Symposium des Unternehmens Teva. Die medikamentöse Therapie sollte dabei ihrer Ansicht nach durch nicht medikamentöse Therapien ergänzt werden – etwa Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren oder Ausdauersport zur Vorbeugung von Migräne. Die Kombination aus der nicht medikamentösen Therapie und medikamentösen Migräne-Prophylaxe mit CGRP-Antikörpern eröffne neue Behandlungsmöglichkeiten, sagte Gendolla.

Derzeit gibt es in dieser neuen Klasse vier Wirkstoffe (Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab), die teilweise bereits in Europa zugelassen sind oder sich noch in der Zulassungsphase be-

finden. Obschon es keine direkten Vergleichsstudien gebe, seien die Studienergebnisse der vier Kandidaten zur Wirksamkeit sehr konsistent, erläuterte Professor Stefan Evers, Chefarzt der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Lindenbrunn in Coppenbrügge. Im Vergleich zu Placebo reduzierten sie die Zahl der monatlichen Migränetage im Bereich von ungefähr 1,5 bis 2 Tagen. Laut Evers überzeugten die Antikörper vor allem durch die wenigen Nebenwirkungen, die in den Studien teilweise auf Placebo-Niveau lagen. Die Antikörper werden monatlich oder vierteljährlich (Fremanezumab) als prophylaktische Therapie injiziert. „Die Tatsache, dass die CGRP-Antikörper auch bei Patienten mit erfolglosen Vorbehandlungen wirksam sind, ist eine echte Innovation“, resümierte Evers.

*Dr. Gunter Freese*

Satellitensymposium „Chronische Kopfschmerzen: Herausforderungen und neue Perspektiven in den Behandlungsstrategien?“, Deutscher Schmerzkongress, Mannheim, 18.10.2018; Veranstalter: Teva

## Die Fallstricke bei der Cannabis-Therapie kennen

— Seit März 2017 kann Cannabis auf Kostenkosten verordnet werden. Wer das tut, muss einigen medizinischen und pharmakologischen Fallstricken ausweichen. In vielen Leitlinien wird Cannabis als Therapeutikum geführt. Dazu zählen etwa eine US-Leitlinie zur Antiemesis und mehrere Leitlinien der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGS), so Professor Sven Gottschling, Chefarzt am Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie vom Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg. In der Cannabinoid-Therapie sieht er Fertiger oder Rezepturarzneimittel – wie Nabinol oder Dronabinol – gegenüber Blüten deutlich im Vorteil: Blüten müssten erhitzt werden, damit sich die Tetrahydrocannabinol (THC)-Säure der Pflanze in das aktive THC umwandelt. Bei der Inhalation von THC sei vor allem die „Begrüßungsdosis“ im Vergleich zur oralen Einnahme sehr hoch. Das sei der Kick, den Freizeitkonsumenten wünschten. „Der Patient bekommt so 10–15 mal mehr als man ihm geben will. Ich habe starke Zweifel, ob das sinnvoll ist“, kritisierte Gottschling.

Auf einer von Bionorica ethics unterstützten Veranstaltung stellte der Palliativmediziner Studien vor, in denen Wirkung und Wirksamkeit von THC/Dronabinol beschrieben wurde. Die adjuvante Therapie mit Dronabinol führte in einer Studie bei Patienten mit chronischen Schmerzen etwa zu einer deutlich stärkeren Verringerung der Schmerzintensität als Placebo. In der zweiten Phase der Studie erfolgte eine kontinuierliche Schmerzreduktion bei gleichzeitig sinkender Nebenwirkungsrate [Narang S et al. *J Pain* 2008;9:254–64]. In einer anderen Studie mit 170 Patienten mit chronischen Schmerzen habe die Add-on-Therapie mit Dronabinol die Zahl der Ko-Analgetika von im Mittel 4,2 auf 1,0 gesenkt, ebenfalls sank die Schmerzintensität [Weber J et al. *Anesthesiol Res Pract* 2009; pii: 827290].

Dosierung und Titrierung von Cannabinoiden müssten individuell erfolgen. „Niedrig starten, langsam steigern“, riet Gottschling. Die Nebenwirkungen medizinischer Cannabinoide seien bei einschleichender individueller Dosis meist mild und klängen im Laufe der Therapie ab. „Die Suchtgefahr ist

sehr gering“, betonte er. Zudem seien die Risiken in der Regel auf inhalative Anwendungen begrenzt.

Die Webseite zum Expertenkonsens „Medizinischer Einsatz von Cannabinoiden“: [www.cannabinoid-colleg.de](http://www.cannabinoid-colleg.de) *Dr. Michael Hubert*

Lunchsymposium „Cannabinoiden in der Schmerzmedizin – von den Einsatzmöglichkeiten bis zur Antragstellung“, Deutscher Schmerzkongress, Mannheim, 18.10.2018; Veranstalter: Bionorica ethics



© Creative-Family / Getty Images / iStock

„Niedrig starten, langsam steigern“ – so lässt sich Cannabis sicher verabreichen.