

## Ohne Änderung des Lebensstils keine Migräneprophylaxe

„Migräne ist eine oszillierende Erkrankung“, hob Professor Zaza Katsarava, Chefarzt der Neurologie am Evangelischen Krankenhaus in Unna, auf einem von Teva veranstalteten Symposium anlässlich des

Deutschen Schmerz- und Palliativtags in Frankfurt am Main hervor. Demzufolge seien die Übergänge zwischen einer episodischen und einer chronischen Migräne fließend. Als Prädiktoren dafür, dass die Migräne chronifiziert, nannte der Neurologe Stress, bestehende Schmerzen wie Fibromyalgie oder Rückenschmerzen sowie vor allem den Medikamentenübergebrauch [Katsarava Z et al. *Neurology* 2004;62(5):788-90]. Leiden Patienten daher unter einer hochfrequenten episodischen Migräne, rät Katsarava, „die Medikamentenzufuhr zu stoppen oder zu reduzieren und die Patienten prophylaktisch zu behandeln, um eine Chronifizierung zu vermeiden“.

Zur Prophylaxe stehen Therapeuten nun immer mehr Optionen zur Verfügung. „Wir haben neue Akutmedikationen, wir haben neue Prophylaktika – es passiert etwas in dem Feld“, betonte PD Dr. Charly Gaul, Chefarzt der Migräne- und Kopfschmerzambulanz, Königstein. Für die Migräneprophylaxe empfiehlt er eine Kombination aus medikamentösen und nicht medikamentösen Verfahren. „Ohne eine Lebensstiländerung geht

es nicht“, stellte der Neurologe klar. Ärzte sollten mit ihren Patienten besprechen, welche Verfahren sinnvollerweise angewendet werden können – Sport etwa taugt nicht als Empfehlung für jemanden, der sich nur ungerne körperlich betätigt.

Medikamentös stehen monoklonale Antikörper gegen das Calcitonin-Gene-Related-Peptid (CGRP) oder dessen Rezeptor im Vordergrund. Einer von ihnen ist Fremanezumab (AJOVY™), der seit Anfang April erhältlich ist. In Zulassungsstudien reduzierte Fremanezumab die monatlichen Kopfschmerztag bei episodischer Migräne von durchschnittlich 11,5 Tagen auf etwa 5 Tage [Bigal ME et al. *Lancet Neurol* 2015;14(11):1081-90]. Dieser Wert war signifikant gegenüber Placebo ( $p < 0,0001$ ). Verabreicht wird der Antikörper subkutan entweder alle 3 Monate in einer Dosis von 675 mg oder monatlich in einer Dosis von 225 mg.

Dr. Lamia Özgör



© goodtuz / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)

**Medikamentenübergebrauch kann ein Faktor sein, der zu Chronifizierung der Migräne beiträgt.**

Symposium „Herausforderung und Chancen in der Versorgung von chronischen Kopfschmerzen“, Deutscher Schmerz- und Palliativtag, Frankfurt am Main, 8.3.2019; Veranstalter: Teva

## Neurostimulation bei chronischen Schmerzen im künstlichen Kniegelenk

Jährlich erhalten rund 150.000 Patienten ein künstliches Kniegelenk (Knielendo-Totalendoprothese, Knie-TEP). Doch nicht immer erfüllt sich dadurch der Wunsch nach Schmerzfreiheit: So leidet bis zu jeder dritte Patient auch weiterhin unter chronischen Schmerzen [Beswick AD et al. *BMJ Open* 2012;2:e000435].

Als ersten Schritt gelte es dann, die Ursache chronischer Knieschmerzen nach Gelenkersatz zu ermitteln, erinnerte Dr. Thomas Randau, Universitätsklinikum Bonn, auf einem von Abbott veranstalteten Symposiums anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin. So sollten zunächst die Lockerung des Implantats sowie auch eine Infektion ausgeschlossen werden. Doch auch wenn keiner dieser Faktoren vorliegt und die Prothese optimal implantiert wurde, können Schmerzen etwa in Form des komple-

xen regionalen Schmerzsyndroms („complex regional pain syndrome“, CRPS) auftreten. Das CRPS kann dabei durch verletzte oder funktionsgestörte Nerven verursacht werden. Nach Eingriffen wie der Knie-TEP, aber auch nach Arthroskopie oder Knorpeltransplantation treten neuropathische Schmerzen besonders häufig auf, da der Nervus infrapatellaris praktisch immer im Zugangsgebiet liege, erklärte Dr. Björn Carsten Schultheis vom Krankenhaus Neuwirk in Mönchengladbach.

Die Neurostimulation des Spinalganglions („dorsal root ganglion stimulation“, DRGS) mit dem Neurostimulationssystem Proclaim™ DRG bietet hier einen neuen Therapieansatz, der seit einigen Jahren in Europa bei chronischen Schmerzen in klar umschriebenen Regionen (z. B. Knie, Fuß, Hüfte, Leiste) verfolgt wird. Die DRGS unterbricht das Schmerzsignal aus dem Bereich der

Nervenläsion gezielt an der Nervenwurzel. Bei Patienten, die nach einer Knie-TEP weiterhin Schmerzen hatten, habe sich die Neurostimulation als besonders wirksam erwiesen, berichtete Schultheis. Vor der endgültigen Implantation der Stimulationssonden, kann durch eine Testbehandlung die Wirksamkeit des Verfahrens beim einzelnen Patienten vorab ermittelt werden. In der aktuellen Literatur [Morgalla MH et al. *Pain Physician* 2018;21:E377-87] werden selbst nach 36 Monaten noch stabile Stimulationsverhältnisse bei der Behandlung neuropathischer Schmerzen beschrieben und die Patienten profitierten von einer Schmerzreduktion um 60–70% sowie einem entsprechenden Zugewinn an Lebensqualität, resümierte Schultheis.

Susanne Pickl

Symposium „Knieschmerzen – Neue Therapieoptionen“, Berlin, Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), 25.10.2018; Veranstalter: Abbott Medical