

Behandlung der Migräneattacke

# Alle Akuttherapien sind wirksamer als Placebo

**Fragestellung:** Wie wirksam sind medikamentöse und nicht medikamentöse Therapien bei akuten Migräneattacken?

**Hintergrund:** Für die Behandlung akuter Migräneattacken stehen neben Analgetika und nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) sieben Triptane zur Verfügung. Demnächst werden aus der Gruppe der Ditane Lasmiditan, und aus der Gruppe der Gepante Ubrogепant und Rimegepant hinzukommen. Zudem gibt es eine Reihe nicht medikamentöser Therapieverfahren. Die Metaanalyse analysierte die Wirksamkeit der verschiedenen Therapien im Vergleich zu Placebo oder einer Scheinbehandlung.

**Patienten und Methodik:** Ausgewertet wurden randomisierte klinische Studien und systematische Reviews, die die Wirksamkeit der Akuttherapie bei Migräneattacken untersuchten. Die Endpunkte umfassten Schmerzfremheit nach zwei Stunden, Schmerzlinderung nach zwei und 24 Stunden, anhaltende Schmerzfremheit, anhaltende Schmerzlinderung und unerwünschte Ereignisse.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse für die Triptane und die NSAR wurden aus 15 systematischen Übersichten zusammengefasst. Für andere Therapien wurden 115 randomisierte klinische Studien mit 28.803 Patienten eingeschlossen. Im Vergleich zu Placebo waren Triptane und NSAR signifikant mit einer Schmerzfremheit und -reduktion nach zwei Stunden und einem Tag assoziiert. Die Stärke der Evidenz (SOE) war moderat bis hoch. Signifikante Effekte

fanden sich für die Gepante (niedrige bis hohe SOE), den 5-HT<sub>1F</sub>-Rezeptor-Agonisten Lasmiditan (hohe SOE), Dihydroergotamin (mäßige bis hohe SOE), Ergotamin plus Koffein (mäßige SOE), Para-

Van der Pluym JH, Halker Singh RB, Urtecho M et al. Acute treatments for episodic migraine in adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA 2021; 325: 2357–69

## T1 Ausgewählte Ergebnisse der Metaanalyse

	Schmerzfremheit nach 2 Std. (RR)	N
Sumatriptan 100 mg	3,85	6.571
Sumatriptan 6 mg s. c.	3,85	2.522
Rizatriptan 10 mg	2,43	3.328
Acetylsalicylsäure (ASS)	2,08	2.027
Ibuprofen 400 mg	1,91	1.815
Paracetamol	1,89	729
Lasmiditan	1,95	7.355
Rimegepant	1,80	3.428
Ubrogепant	1,58	4.172
ASS plus Paracetamol plus Koffein*	2,2	3.306
Eletriptan 40 mg* [1]	OR 3,35	3.143

RR = relatives Risiko im Verhältnis zu Placebo; \* in der Metaanalyse nicht erwähnt

cetamol (mäßige SOE), Antiemetika (geringe SOE), Butorphanol (niedrige SOE) und Tramadol in Kombination mit Paracetamol (niedrige SOE) (►Tab. 1). Mehrere nicht pharmakologische Behandlungen waren signifikant mit einer Schmerzverbesserung assoziiert, einschließlich elektrischer Neuromodulation (moderate SOE), transkranieller Magnetstimulation (niedrige SOE), externe Stimulation des N. trigeminus (niedrige SOE) und nicht invasive Stimulation des N. vagus (moderate SOE). In Bezug auf unerwünschte Ereignisse gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den nicht pharmakologischen Verfahren und einer Scheinbehandlung.

**Schlussfolgerungen:** Fast alle Medikamente und nicht medikamentösen Verfahren zur Behandlung akuter Migräneattacken sind besser wirksam als Placebo oder eine Scheinbehandlung. Es bestehen allerdings erhebliche Unterschiede in der Wirksamkeit.

–Kommentar von Hans-Christoph Diener, Essen

## Mit zweifelhafter Kompetenz durchgeführte Metaanalyse

Diese Metaanalyse ist ein gutes Beispiel dafür, was passiert, wenn Metaanalysen von Autoren gemacht werden, die keine Erfahrung mit der Durchführung klinischer Studien haben, und selbst keine Migränapatienten behandeln. Es ergibt durchaus Sinn den Endpunkt „Schmerzfremheit nach zwei Stunden“ zu analysieren, da dies ein robuster Endpunkt ist, bei dem auch in der Beurteilung durch die Patienten in der Regel keine Unsicherheit besteht. Völlig unbrauchbar ist der Endpunkt Schmerzfremheit und Schmerzlinderung nach 24 Stunden, da dieser in allen Studien durch „Rescue Medication“ kontaminiert ist. Diese wird aus ethischen Gründen erlaubt, wenn Patienten nach zwei Stunden keine befriedigende Kopfschmerzreduktion haben. In indirekten Vergleichen zeigt sich eindeutig, dass die Triptane die wirksamsten Medikamente zur

Behandlung akuter Migräneattacken sind. Lasmiditan und Rimegepant bewegen sich bezüglich der Wirksamkeit im Bereich der Analgetika und NSAR, und Ubrogепant ist weniger wirksam. Die Autoren haben leider zwei wichtige Therapieoptionen nicht untersucht, nämlich die Kombination aus Acetylsalicylsäure plus Paracetamol und Koffein sowie Eletriptan. Diese wurden daher in die ►Tab. 1 übernommen. Von den erwähnten nicht medikamentösen Verfahren stehen in Deutschland die Stimulation des Nervus supraorbitalis und die transkutane Stimulation des Nervus vagus zur Verfügung.

Referenz

1. Cameron C et al. Headache 2015; 55: 221–35