

Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne im klinischen Alltag

# Neue Empfehlungen der US-amerikanischen Kopfschmerzgesellschaft zur Migränetherapie

**Fragestellung:** Wie sollen Migräneattacken behandelt werden, und wie soll die Prophylaxe der Migräne unter Berücksichtigung der neuen Migränemittel erfolgen?

**Hintergrund:** Die US-amerikanische Kopfschmerzgesellschaft (AHS) publiziert in regelmäßigen Abständen Konsensuspapiere zur Akuttherapie und zur Prophylaxe der Migräne. Eine Aktualisierung war jetzt notwendig geworden, da in den USA die Gepante (Ubrogepant, Rimegepant) und Lasmiditan zur Behandlung akuter Migräneattacken zugelassen wurden und eine Zulassung der Gepante für die Prophylaxe der Migräne abzusehen ist.

**Methodik:** Es handelt sich um ein Konsensuspapier der US-amerikanischen Kopfschmerzgesellschaft. Dabei ist bemerkenswert, dass die Interessenkonflikte der Autoren zwei komplette Druckseiten einnehmen.

**Ergebnisse:** Für die Akuttherapie von Migräneattacken werden Triptane, Ergotaminabkömmlinge, Gepante und Lasmiditan empfohlen. Weiterhin werden

Ailani J, Burch RC, Robbins MS et al. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache* 2021; 61: 1021–39

Diclofenac, Ibuprofen und Naproxen, Acetylsalicylsäure (ASS), Celecoxib sowie die Kombination von Acetaminophen (in Deutschland Paracetamol) plus ASS plus Koffein empfohlen. Zu einer The-

rapie mit Gepanten oder Lasmiditan wird nur dann geraten, wenn es eine Kontraindikation für den Einsatz von Triptanen gibt, oder wenn zwei oder mehr orale Triptane nicht wirksam waren.

Für die Migräneprophylaxe werden in oraler Form empfohlen: Candessartan, Valproinsäure, Metoprolol, Propranolol, Timolol oder Topiramate. Bei den parenteralen Migräneprophylaktika werden die vier monoklonalen Antikörper Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab empfohlen und für die chronische Migräne OnabotulinumtoxinA. Eine mögliche Wirksamkeit wird Amitriptylin, Atenolol, Lisinopril, Memantin, Nadolol und Venlafaxin zugeordnet.

Für den Einsatz der monoklonalen Antikörper sollten bei der episodischen Migräne acht bis 14 Migränetage pro Monat vorliegen und zwei oder mehr der traditionellen Migräneprophylaktika nicht wirksam sein. Dies gilt auch für Patienten mit chronischer Migräne. Der Erfolg der Therapie mit monoklonalen Antikörpern wird entweder als eine 50%ige Reduktion der Migränetage pro Monat gemessen oder als eine Reduktion von  $\geq 5$  Punkten im MIDAS, wenn der Ausgangswert zwischen elf und 20 liegt, beziehungsweise eine Reduktion von  $\geq 30\%$ , wenn der Ausgangswert  $> 20$  Punkte liegt. Ein weiteres Erfolgskriterium ist eine Reduktion von fünf oder mehr Punkten auf HIT-6-Skala. Die Empfehlungen gehen auch davon aus, dass demnächst orale Gepante für die Migräneprophylaxe zugelassen werden.

**Schlussfolgerungen:** Die AHS gibt konkrete Empfehlungen zur Akuttherapie der Migräne sowie für die Migräneprophylaxe.

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

## Die Empfehlungen der AHS entsprechen weitgehend denen der DGN

Die Empfehlungen zur Akuttherapie der Migräneattacke entsprechen weitgehend denen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Mutterkornalkaloide werden allerdings in Deutschland nicht mehr empfohlen. Gepante und Lasmiditan sind bisher in Deutschland nicht zugelassen. Nach der Zulassung ist allerdings angesichts des hohen Preises eine Erstattung durch die Krankenkassen eher unwahrscheinlich. Bei der Prophylaxe unterscheiden sich die amerikanischen Empfehlungen von den Deutschen dadurch, dass bei uns Candessartan nicht als Therapie der ersten Wahl aufgeführt ist. Für die Verschreibung der monoklonalen Antikörper sind die Vorgaben in Deutschland deutlich restriktiver. Patienten mit episodischer Migräne müssen bei fünf Klassen von Migräneprophylaktika entweder Therapieversager sein, die Therapie nicht toleriert haben oder Kontraindikation haben. Bei Patienten mit chronischer Migräne muss zusätzlich ein Therapieversuch mit OnabotulinumtoxinA gescheitert sein. Hilfreich sind die operationalen Kriterien zur Beurteilung eines Therapieerfolges der

monoklonalen Antikörper, die eine Fortsetzung der Therapie nach drei Monaten rechtfertigen. Es ist nicht abzusehen, ob Gepante in absehbarer Zeit in Europa für die Migräneprophylaxe zugelassen werden. In indirekten Vergleichen sind sie allerdings deutlich weniger wirksam als die bisherigen Migräneprophylaktika oder die monoklonalen Antikörper.



Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Essen

Medizinische Fakultät der Universität  
Duisburg-Essen  
E-Mail: h.diener@uni-essen.de