

Subjektive und objektive Trigger bei Kopfschmerzen

Eine sehr umfangreiche Metaanalyse untersucht die wahrgenommene Wirkung von Triggern bei primären Kopfschmerzen.

Die Studie von Pellegrino et al. geht der Frage nach, inwieweit wahrgenommene Trigger bei Kopfschmerzen vorliegen und tatsächlich als Auslöser von Kopfschmerzen dienen. Zusätzlich stellt sie sich die Frage, ob ein oder mehrere Trigger zum Auslösen der Kopfschmerzen nötig sind. Dazu wurde eine Metaanalyse im Zeitraum 1958 bis 2015 durchgeführt. Aus 1.065 ermittelten Veröffentlichungen konnten 85 identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten. Damit konnten die Autoren auf Untersuchungen mit 27.122 Kopfschmerzpatienten zugreifen. Insgesamt wurden 420 Auslöser in 15 Kategorien benannt. Die Trigger wurden allesamt durch Selbstbericht erhoben. Zwecks Vergleichbarkeit der Studien wurden die Angaben der Teilnehmer mit der Studiengröße gewichtet. Insgesamt waren „Stress“ (inklusive Entspannung nach Stress) und „Schlaf“ (z. B. zu wenig, zu

viel, schlechter Schlaf, Änderung des Schlafrhythmus) am häufigsten genannt, sehr selten genannt wurden „Reisen“, „Allergien“ und „Medikamente“. Im Gegensatz zur Migräne wurden beim Spannungskopfschmerz weniger häufig „Alkohol“, „Hormone“, „visuelle Trigger“ und „Wetter“ genannt. Alle anderen Gruppen von Triggern wurden bei Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp gleich häufig angegeben. Das Publikationsjahr beeinflusste die Erwähnung von Triggern nicht, aber es konnte eine Zunahme von auditiven Triggern und von „Schlaf“ beobachtet werden.

Zusammenfassend kann mit der Studie aufgezeigt werden, dass bei primären Kopfschmerzen hauptsächlich ein Trigger für das Auslösen von Kopfschmerzen verantwortlich ist. Dies ist überwiegend „Stress“, dann „Schlaf“, und dann sind es Umgebungsfaktoren wie „Wetter“ und „visuelle Reize“.

Kommentar

Die Autoren haben eine sehr umfangreiche Metaanalyse zur wahrgenommenen Wirkung von Triggern bei primären Kopfschmerzen erstellt. Schwierig wird die Interpretation der Anzahl von Triggern pro Patient, weil in den Studien oft nur wenige Kategorien vorgegeben wurden und so die tatsächliche Anzahl nicht real angegeben werden kann. Nahezu jeder Kopfschmerzpatient meint, Trigger seiner Kopfschmerzen zu kennen. In diesem Zusammenhang fehlt in der Arbeit der Hinweis auf die Wirkung von Signallernen (Klassische Konditionierung nach Pawlow). Demnach entstehen ganz zufällige Verbindungen zwischen Kopfschmerz und möglichen zuvor ausgeübten Verhaltensweisen, die nur deswegen zu Auslösern geworden sind, weil sie in der zeitlichen Nähe zum Anfall vorhanden waren. Alleine dadurch kann ein neutraler Reiz zum vermeintlichen Auslöser werden. Die Frage ist dann, ob er es zukünftig trotz der zufälligen Anbahnung auch bleibt und warum.

Prof. Dr. Dr. Stefan Evers

Pellegrino ABW, Davis-Martin RE, Houle TT, Turner DP, Smitherman TA. Perceived triggers of primary headache disorders: A meta-analysis. Cephalalgia 2018; 38: 1188–98

Migräne und Lifestyle I

Raucher und Personen, die sich zu wenig bewegen, haben ein leicht erhöhtes Risiko der Migräneentstehung. Alkoholkonsum hingegen scheint in inverser Beziehung zum Migränerisiko zu stehen.



© Gina Sanders / Fotolia

Aktive oder in der Vergangenheit aktive Raucher haben ein leicht erhöhtes Risiko für eine Migräne.

Es gibt bereits mehrere Studien, die einen Zusammenhang zwischen kardiovaskulären Risikofaktoren und Migräne oder Spannungskopfschmerzen zeigen, allerdings sind die Daten nicht immer konsistent. In dieser großen norwegischen Studie wurden die Faktoren bevölkerungsbasiert noch einmal überprüft. Dazu analysierten die Autoren die Daten der Nord-Trøndelag-Gesundheitsstudie aus den Jahren 1995 bis 1997 und 2006 bis 2008 mit insgesamt 15.276 Teilnehmern, die zu Beginn des Survey keine Kopfschmerzen angaben. Die Assoziation zwischen verschiedenen Lifestyle-Faktoren und dem relativen Risiko

(RR) für Migräne und Spannungskopfschmerzen elf Jahre später wurde mithilfe eines Poisson-Regressionsmodells überprüft. Ein leicht erhöhtes Risiko für eine Migräne ergab sich für aktive oder in der Vergangenheit aktive Raucher im Vergleich zu Personen, die niemals geraucht hatten (RR: 1,30; CI: 1,11–1,52). Personen, die sich über mindestens ein bis zwei Stunden pro Woche so bewegten, dass sie schwitzten und sich ihre Atemfrequenz erhöhte („hard physical activity“), hatten ein geringeres Migränerisiko im Vergleich zu Personen, die körperlich inaktiv waren (RR: 0,71; CI: 0,54–0,94). Alkoholkonsum mit einer Häufigkeit von mindestens einmal pro Monat war dagegen im Vergleich zu Abstinenz mit einem reduzierten Migränerisiko assoziiert (RR: 0,73; CI: 0,57–0,94). Studienteilnehmer, die mehr als achtmal pro Monat Alkohol konsumierten, hatten im Vergleich zu denen, die auf Alko-