

## GASTBEITRAG

## Die Zukunft der Betreuung von Patientinnen

## mit Migräne liegt in der Teamarbeit

Die Kopfschmerz-Initiativen der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin richten sich nach den Bedürfnissen der Versorger aus. Ihr erklärtes Ziel ist die Verbesserung und Unterstützung der Basisversorgung. Die Migräne als eine der häufigsten Formen des primären Kopfschmerzes betrifft etwa jeden siebten Bundesbürger innerhalb eines Jahres.

Diese „Volkskrankheit“ gehört zu den häufigsten Beratungsanlässen in der Allgemeinmedizin. Dennoch sind viele der betroffenen Menschen bezüglich Diagnostik Therapie und Prophylaxe unterversorgt.

## Weitergabe der Migräne über Generationen

Die Diagnose lässt sich durch eine gezielte Anamnese einfach stellen. Die Migräne ist eine Erkrankung mit genetischer Grundlage, es sind derzeit 44 Genvarianten bekannt auf 38 Risikogenen, die dafür sorgen, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit hoch ist. Dies ist der erste Hinweis: Hausärzte, die ihre Patientin und ihre Familie häufig über Generationen kennen, dürfen damit rechnen, dass die Migräneerkrankung insbesondere in der weiblichen Linie durch die Generationen weitergegeben wird. Daneben können sie bei Migränapatienten typische Verhaltensweisen und Denkmuster erleben.

Migränapatienten sind besonders sensibel und aufmerksam und denken sehr schnell, machen sich viele Gedanken und denken Prozesse voraus. Oft handelt es sich um Menschen, die beruflich und privat immer alles geben und zu 100 Prozent korrekt und zuverlässig sind. Bei diesen Menschen stören Migräneattacken ganz besonders, weil sie die Leistungsfähigkeit einschränken und Rollen infrage stellen.

Der typische Patient bzw. die typische Patientin und die familiäre Belastung sind das diagnostische Pfund für die Basisversorgung. Diese wird durch alle Arztgruppen garantiert, die sich als hausärztliche Ansprechpartner verstehen wie Hausärzte, Gynäkologen, Neurologen, Ärzte in der psychosomatischen Medizin und Psychiater. Nicht allen Ärztinnen und Ärzten dieser Fachgruppen ist die Diagnose einer Migräne geläufig.

Wichtige Hinweise auf eine Migräne sind bekanntlich: Schmerzen treten attackenartig für eine Dauer von vier bis 72 Stunden, meist einseitig, auf. Der Schmerzcharakter wird als pulsierend-pochend beschrieben, die Schmerzen verstärken sich bei körperlicher Aktivität. Deshalb legen sich die meisten Patienten nieder und dunkeln ab, denn auch Licht- und Lärmempfindlichkeit, sowie Übelkeit und Erbrechen können die Symptomatik begleiten.

## Warum kommt es häufig nicht zu einer Diagnose?

Viele der Betroffenen haben sich daran gewöhnt, mit ihren Kopfschmerzen allein fertig zu werden. Oft werden die Migräneattacken gar nicht im Arzt-Patientengespräch kommuniziert. Gesellschaftliche Vorbehalte („Man nimmt sich eine Migräne“) kommen hinzu. Obwohl die Migräne als chronische Schmerzerkrankung die Lebensqualität deutlich einschränkt, wird die Erkrankung oft bagatellisiert.

Die Versorgung leisten Schmerzmediziner, Hausärzte und Neurologen und auch Gynäkologen. Diese erfüllen häufig eine Hausarztfunktion für die betroffenen Frauen. Mit dieser Erkenntnis hat sich die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin vorgenommen, mithilfe der Kopfschmerz-Initiative II die Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie- und Geburtshilfe auszubauen. Es sollen gemeinsam Fortbildungen, Symposien auf Kongressen und praxisnahe Unterstützungen für Ärztinnen und Ärzte in der Gynäkologie entwickelt werden. Dazu gehört auch ein Praxis-Leitfaden, der

Mit der Kopfschmerz-Initiative II will die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin die Kooperation mit Frauenärzten intensivieren. Das Ziel: Bessere Versorgung von Migränapatientinnen im Team.

Von Johannes Horlemann

evidenzbasiert die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse herunterbricht.

## Was unterscheidet Migräne bei Frauen und Männern?

Es gibt einige seit langem bekannte Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Schmerzchronifizierung: Zentrale Schmerzschwellen liegen bei Frauen meist niedriger. Das Verhältnis von emotionalem zu sensorischem Schmerzerleben unterscheidet sich. Auch werden schmerzmedizinisch wirksame Medikamente unterschiedlich verstoffwechselt.

Der entscheidende Unterschied jedoch ist die Hormonabhängigkeit. In Schwangerschaft und Stillzeit sind wichtige Medikamente, insbesondere in der Migräneprophylaxe, kontraindiziert. Der Einsatz von freiverkäuflichen Medikamenten ist bei Frauen stärker verbreitet als bei Männern. Die bevorzugten OTC-Analgetika sind ASS, Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen, Paracetamol und Kombinationen mit Coffein.

Viele Patientinnen, die unter Migräne leiden, kämpfen mit psychischer Symptomatik: depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Unruhe, auch Überaktivität sowie Angststörungen. Das Leben im Attackenintervall ist durch ängstliche Erwartungen der nächsten Attacke, mit wenig Selbstvertrauen und vorbeugendem Medikamentengebrauch geprägt, bei Angst vor Funktionsverlust. Die hohe Inzidenz von Angst und Depression bei Migränapatientinnen ist durch zahlreiche Studien bis in den Beginn der 1990er Jahre belegt.

Beide Erkrankungen, Depression und Migräne, scheinen durch Störungen im Neurotransmittersystem getriggert zu werden. Die Beziehung zwischen Migräne und Angststörungen scheint enger zu sein als diejenige zwischen Migräne und Depressivität. In Kopfschmerzzentren zeigen etwa 50 Prozent der Patientinnen erhöhte Depressions-Scores. Die Sensibilität für subjektiven Stress ist kennzeichnend für die Migräne und geht häufig mit Unzufriedenheit einher.

## Hormonelle Kontrazeptiva bei menstrueller Migräne

In zahlreichen Abschnitten des Gehirns werden Östrogenrezeptoren exprimiert, die schmerzhafte Reize beeinflussen. Migräneattacken können in Beziehung zur Menstruation auftreten. Wenn mindestens 90 Prozent der Attacken im Zeitraum von zwei Tagen vor der Menstruation bis zum letzten Tag der Menstruation auftreten (das heißt, Tag -2 bis +3), wird von einer rein menstruellen Migräne gesprochen, ansonsten von einer menstruationsassoziierten Migräne. In beiden Fällen überwiegen die Migräneformen ohne Aura.

Über eine menstruelle Migräne berichten mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen. Das perimenstruelle Fenster zwischen Tag -2 und +3 ist durch einen Östrogenabfall gekennzeichnet, so dass sich in der vorbeugenden Behandlung der menstruellen Migräne hormonelle Kontrazeptiva anbieten, sowie Östrogensupplementierungen. Bei Verschreibung von hormonellen Kontrazeptiva sind vaskuläre Risikofaktoren zu berücksichtigen. Kombinierte orale Kontrazeptiva können das Risiko für einen Hirnschlag erhöhen.

Die Zukunft der Betreuung von Patientinnen mit Migräne liegt in der Teamarbeit. Sowohl Schmerzmediziner als auch Hausärzte und Gynäkologen sollten wegen der hohen Zahl von Betroffenen den Großteil der Behandlung selbst ausführen können. Für kompliziertere Fälle sollte eine Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen etabliert werden. Auch dies wird eine Aufgabe der Kopfschmerz-Initiative II sein, nämlich die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und die Etablierung von Informations- und Behandlungswegen voranzutreiben.



Dr. Johannes Horlemann,  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)  
© DGS/CARLUCCI