Algorithmus Migränetherapie

Kopfschmerz-diagnostik

Migräne diagnostiziert

- Akuttherapie der Migräneattacke: frühzeitig medikamentös, aber nicht häufiger als 6-8x/Monat
- **Nichtmedikamentöse Therapie** 4.2.2.
  Reizabschirmung (C), Schlaf (C), ggf. Eisbeutel (C)

Leichte Migräneattacke 4.2.4.1
- Domperidon (B) 20-30mg p.o. *oder*
- Metoclopramid (A) 10-20mg p.o. oder 20mg rektal 4.2.4.1.1

10-15 Minuten warten, dann: 4.2.4.1.3

1.Wahl:
- Acetylsalicylsäure (A) 1000mg p.o. (Brause- oder Kautablette) *oder*
- Ibuprofen (A) 400-600mg p.o. oder rektal *oder*
- Paracetamol (A) 1000mg p.o. oder rektal (bessere Resorption) *oder*
- Diclofenac-K (A) 50-100mg p.o. *oder*
- Naproxen (B) 500-1000mg p.o.
- Cave: Ulcus und GI-Blutung bei NSAR und ASS!
- Behandlung der Migräne bei **Kindern** 4.2.4.1.12.

Schwere Migräneattacke 4.2.4.1
- Metoclopramid (A) 20mg p.o. oder rektal 4.2.4.1.1.

10-15 Minuten warten, dann: 4.2.4.1.5 u. 4.2.4.1.7
- Sumatriptan (A) 25-100mg p.o. oder 10-20mg Nasenspray oder 25mg Supp. (bei Erbrechen und Durchfall 6mg s.c. Autoinjektor) *oder*
- Zolmitriptan (A) 2,5-5mg Tabl. o. Schmelztabl. o. 5mg Nasenspray *oder*
- Naratriptan (A) 2,5-5mg Tabl. *oder*
- Rizatriptan (A) 5-10mg Tabl. oder Schmelztabl. *oder*
- Almotriptan (A) 12,5 mg Tabl. *oder*
- Frovatriptan (A) 2,5mg p.o. *oder*
- Eletriptan (A) 20-80mg p.o.

Behandlung im ärztlichen Notdienst 4.2.4.1.10.
- Metoclopramid (A) 10mg i.v./i.m. (oder 20mg rektal) **und**
- Lysinacetylsalicylat (A) 500-1000mg i.v. *oder*
- Sumatriptan (A) 6mg s.c. *oder* im Einzelfall Dihydergot 1-2mg s.c. o. i.m.

Migräneprophylaxe indiziert? Box1

nein → Akuttherapie (nicht häufiger als 6-8x/Monat!) 4.2.4.1

ja

Box1 **Indikationen zur Migräneprophylaxe** 4.2.1
- >3 Attacken/Monat
- Attackendauer >48 Std.
- Kein Ansprechen auf Akutmed. oder Unverträglichkeit
- Subjektiv unerträgliche Attacken
- Regelmäßige Arbeitsunfähigkeit
- Häufig komplizierte Attacken (mit neurolog. Ausfällen...)

Nichtmedikamentöse Prophylaxe 4.2.2

Beratung zu: (siehe auch Patientenleitlinie)
- auslösenden Faktoren, Symptomen, Pathophysiologie
- Migräne nicht ursächlich behandelbar,
- aber Häufigkeit und Schwere der Attacke reduzierbar

Lebensführung:
- Ausdauersportarten (B).
- Entspannungstechniken (B).
- Biofeedback (B), Verhaltenstherapie, bes. multimodale Therapien (B).

Beste Erfolge bei Komb. von med. mit nichtmed. Therapieverfahren (B).

Box2 **Erfolgreiche Migräneprophylaxe** 4.2.1
- Reduktion von Attackendauer, -häufigkeit und -intensität von mind. 50%
- Erfolgsbeurteilung frühestens nach 6-12 Wochen (Kopfschmerztagebuch!)

Medikamentöse Migräneprophylaxe: Einschleichende Dosierung

Medikamente der **1. Wahl** 4.2.4.3
- Metoprolol (A) initial 50mg p.o., innerhalb von 4 Wochen bis 3x50mg bei Frauen und 2x100mg oder 1x200mg ret. bei Männern zu steigern *oder*
- Propranolol (A) initial 40mg p.o., innerhalb von 4 Wochen bis auf 80-max. 240mg zu steigern *oder*
- Flunarizin (A) 5mg p.o. bei Frauen und 10mg p.o. bei Männern zur Nacht

Therapie **erfolgreich**? Box2

nein → Anderes Medikament der **1.Wahl** *oder* Medikamente der **2. Wahl,** z.B. 4.2.4.3
- Naproxen 2x250-500mg p.o. (B).
- Lisurid 3x0,025mg p.o. (A).
- Pizotifen 1-3mg p.o. (A).
- Amitriptylin 25-75mg p.o. (A) (bei gleichzeitigem Spannungskopfschm.)

Therapie erfolgreich? Box2

ja → Erfolgreiche Therapie mindestens 6 Monate fortsetzen
- nach 12 Monaten Indikationsprüfung durch Absetzen des Medikaments

nein

Erneute Diagnostik bei:
- Symptomwechsel

Erneute Diagnostik bei:
- Symptomwechsel
- ausbleibendem Therapieerfolg Box2. (spätestens nach 12 Monaten)

Legende:
9.0 verweist auf Kapitel im