



Informationen zu Ihrer Behandlung

DURCHFÜHRUNG DER MEDIKAMENTENPAUSE FÜR MIGRÄNE- UND SCHMERZMITTEL

Jedes Medikament, das erfolgreich gegen primäre Kopfschmerzen eingesetzt wird, kann bei zu häufigem Gebrauch selbst Kopfschmerzen auslösen. Am häufigsten finden sich dabei koffeinhaltige Schmerzmittelmischpräparate und an zweiter Stelle Triptane. Selten entsteht ein Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch durch alleinige Einnahme von Schmerzmitteln wie Ibuprofen, Paracetamol oder Acetylsalicylsäure. Der sogenannte Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜK) entwickelt sich in der überwiegenden Zahl der Fälle als Komplikation einer Fehlbehandlung einer Migräne oder eines Spannungskopfschmerzes.

Nicht die eingesetzte Dosis sondern die Häufigkeit der Einnahme ist für die Entstehung des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch entscheidend. Generell ist jede Einnahme von Kopfschmerz- oder Migränemitteln an insgesamt mehr als zehn Tagen im Monat mit der Gefahr der Kopfschmerzhäufung und der Entstehung verbunden. Warnzeichen sind neben einer Steigerung der Einnahmehäufigkeit eines eigentlich bewährten Medikamentes auch dessen Wirkverlust oder eine Abnahme der Wirkdauer. Typisch sind neben einer Zunahme der Migränehäufigkeit auch die Entwicklung eines Dauerkopfschmerzes zwischen den Migräneattacken.

Wichtig: Es kommt nicht auf die Anzahl der Tabletten an (also nicht zehn Tabletten pro Monat), sondern auf die Einnahmetage pro Monat. So ist es z.B. möglich an sieben Tage pro Monat jeweils zwei Tabletten einzunehmen (diese bleiben dann immer noch sieben Einnahmetage). Halbiert man jedoch sieben Tabletten und nimmt jeweils eine halbe Tablette an 14 Tagen ein, entsteht ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz. Es zählt auch jede Einnahme verschiedener Medikamente mit: Nimmt man z.B. an sechs Tagen Thomapyrin und an weiteren fünf Tagen Imigran, zählt dies als elf Einnahmetage und die Grenze von zehn Tagen ist bereits überschritten.

Die wichtigste Regel für Ihre zukünftige Behandlung lautet daher:

Akutmedikamente maximal an zehn Tagen pro Monat verwenden, d.h. 20 Tage pro Monat ohne!

Damit Sie diese Regel einhalten können, müssen vorbeugende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden. Ziel ist, dass Kopfschmerzen an weniger als zehn Tagen pro Monat auftreten. Diese Maßnahmen sind Schwerpunkt der Behandlung in der Zeit nach der Medikamentenpause.

Besteht ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, kann die vorbeugende Migränetherapie nicht wirken! Die entscheidende Behandlung für die Besserung des Kopfschmerzleidens ist daher die Medikamentenpause. Erst dann können wieder vorbeugende Behandlungsmaßnahmen effektiv sein. Medikamentenpause heißt:

Während eines Zeitraumes von bis zu acht (!) Wochen muss in der Regel konsequent auf alle Schmerz- oder Migränemittel verzichtet werden.

Mit den heutigen Behandlungsmethoden unserer Klinik reichen jedoch in der Regel zehn bis zwölf Tage aus. Der zu erwartenden Entzugssymptomatik wird mit verschiedenen Maßnahmen entgegen gewirkt, ohne dass jedoch auf Schmerz- oder Migränemittel in dieser Phase zurückgegriffen werden darf. Zum Einsatz kommen in erster Linie Verhaltensmedizinische Therapie wie Schmerzbewältigungstraining, Ruhe, körperliche Schonung und Reizabschirmung. Zusätzlich werden Medikamente gegen Übelkeit, zur Schmerzdistanzierung und entzündungshemmendes Kortison eingesetzt. Übelkeit, Erbrechen, Wasserverlust und Störungen des

Mineralhaushalt können mit Infusionen entgegengewirkt werden. U.a. müssen Herz- und Kreislauffunktionen sowie der Elektrolythaushalt überwacht werden.

Kortison wird bei Migränepatienten eingesetzt, da der Migränekopfschmerz nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durch eine Entzündungsreaktion im zentralen Nervensystem entsteht. Am Tag nach der Aufnahme werden alle bisherigen Migräne- und Schmerzmittel abgesetzt. Besonders nach zwei bis vier Tagen ist mit ausgeprägten Umstellungskopfschmerzen zu rechnen. Diese Entzündungsreaktion kann in den meisten Fällen durch die Gabe von Kortison unterdrückt werden, so dass es in der Regel zu keinem ausgeprägten Schmerz in den Tagen der Kortisoneinnahme kommt. Meist wird Kortison für eine Zeitspanne von acht Tagen eingesetzt. In den Tagen nach dem Absetzen des Kortisons ist man für eine neue Migräneattacke besonders empfindlich, da nunmehr kein Schutz mehr besteht. Sie sollten sich an diesen Tagen (meist achter bis zwölfter Aufenthaltstag) nicht zu viel vornehmen, Ruhe und Entspannung einplanen und ausreichend (zwei bis drei Liter/Tag) trinken.

Kortison ist ein körpereigener Stoff, welcher täglich aus den Nebennierenrinden ausgeschüttet wird und unter anderem zur Unterdrückung von Autoimmunreaktionen führt. Unter langfristiger Kortisoneinnahme können Nebenwirkungen auftreten, wie z. B. Osteoporose, Gewichtszunahme oder Hautveränderungen. Diese sind bei einer kurzfristigen Stoßtherapie nicht zu erwarten.

In der acht- bis zehntägigen Stoßtherapie beginnen wir mit einer Dosis von 100 mg Prednisolonäquivalent für zwei Tage über eine Infusion und reduzieren diese Dosierung dann schrittweise und geben sie als Tabletten weiter.

Kortison ist u.a. ein Stresshormon. Als häufigere aber harmlose unerwünschte Begleitwirkungen können eine innere Unruhe sowie Schlafstörungen auftreten. Sollten diese sehr beeinträchtigend sein, kann Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt vorübergehend ein ausgleichendes Medikament verordnen. Kortison kann dazu führen, dass mehr Wasser im Körper aufgenommen wird. Es kann daher zu einer Gewichtszunahme kommen, diese bildet sich nach Absetzen wieder zurück. Während der Einnahme des Kortisons ist das Risiko einer Magenschleimhautentzündung erhöht, aus diesem Grund erhalten Sie zusätzlich zum Kortison eine Magenschutztablette die nach Beendigung der Kortisontherapie wieder abgesetzt wird.

Während der Medikamentenpause kann es besonders in den ersten Tagen zu Schwäche und Abgeschlagenheit kommen, nutzen Sie Ihre Zeit zur Entspannung und ruhen sich aus.

Kortison kann zu einem Anstieg des Blutdrucks und zu Blutzuckererhöhungen führen. Bluthochdruckpatienten sollten daher während der Therapie regelmäßig den Blutdruck messen. Bei Anstieg der Blutdruckwerte muss gegebenenfalls Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt die Blutdruckmedikation vorübergehend anpassen oder das Kortison schneller reduzieren. Bei Diabetikern muss in der Kortisonphase der Blutzucker strenger kontrolliert werden. Bei insulinpflichtigen Diabetikern sollte, je nach Blutzuckerwert die Insulindosis mit Hilfe Ihrer Ärztin/Ihres Arztes angepasst werden.

Patienten mit grippalen Infekten oder anderen viralen oder bakteriellen Erkrankungen sollten kein Kortison erhalten oder die schon laufende Therapie muss abgebrochen werden, da der Infektschutz reduziert ist.

Sie sollten außerdem darauf achten, dass Sie ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen und sich regelmäßig bewegen, um einer Thrombose vorzubeugen. Bei starken Schlafstörungen oder zunehmender innerer Unruhe halten Sie bitte mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Rücksprache.

Kortison ist eine symptomatische Behandlung, die sehr zur Linderung der Umstellungskopfschmerzen während der Medikamentenpause beitragen kann. Wir empfehlen daher diesen Schutz für eine schnelle Besserung. Selbstverständlich kann die Medikamentenpause auch ohne diese Begleittherapie durchgeführt werden. Es können dann jedoch erhebliche Umstellungssymptome (Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost etc.) auftreten.

Weitere individuelle Fragen beantworten wir gerne. Zögern Sie nicht, alle Fragen zu stellen.

Über die Behandlung nach der Medikamentenpause erhalten Sie und Ihr Arzt gesonderte ausführliche Information. Dazu gehören auch regelmäßige ambulante Verlaufskontrollen und Beratungen über 12 Monate.