



# Der Schädel brummt



Es werden circa 200 verschiedene **Kopfschmerzarten** unterschieden. Etwa 90 Prozent aller Betroffenen leiden an Migräne oder Kopfschmerzen vom Spannungstyp oder aus einer Kombination von beidem.

**D**abei sind nicht nur Erwachsene betroffen, auch Kinder und Jugendliche kennen die Schmerzen im Kopf und sind dadurch in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt. Um die quälenden Schmerzen adäquat zu behandeln, existieren evidenzbasierte Leitlinien, die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen und somit bestmögliche Therapieoptionen empfehlen.

von Medikamenten, eine Gefäß-erkrankung oder ein Hirntumor sein. Ist der Schmerz eindeutig auf eine Ursache zurückzuführen, spricht man vom sekundären (organischen) Kopfschmerz. Viel häufiger lässt sich aber kein ursächlicher Zusammenhang herstellen. Die meisten Betroffenen leiden an primären (ideopathischen) Kopfschmerzen, bei denen die Schmerzen nicht auf eine Erkrankung zurückzuführen sind, sondern die ein eigenes Krank-

Schmerz nur gelegentlich an ein bis zwei Tagen im Monat liegt ein episodischer Spannungskopfschmerz vor. Vom chronischen Spannungskopfschmerz spricht man, wenn die Beschwerden an mehr als 15 Tagen pro Monat oder an mehr als 180 Tagen pro Jahr vorkommen. Die Dauer reicht von 30 Minuten bis zu sieben Tagen. Im Unterschied zur Migräne tritt jedoch der Spannungskopfschmerz meist beidseitig auf und hat einen dumpfen, drü-

pochenden Kopfschmerz. Die Migränegeplagten fühlen sich wie vom Blitz getroffen, der Schmerz hämmert rhythmisch, oft mit schnell zunehmender Intensität. Die Prävalenz liegt zwischen zehn und 15 Prozent. Die meisten Migränepatienten sind zwischen 35 und 45 Jahre alt. In dieser Lebensphase leiden Frauen dreimal häufiger an Migräne als Männer. Aber auch Kinder und Jugendliche können bereits betroffen sein, wobei die Migräne bei circa 40 bis 50 Prozent im Erwachsenenalter weiterbesteht.

Bei der Migräne lassen sich grundsätzlich zwei Haupttypen unterscheiden. Die häufigere Form ist die Migräne ohne Aura (85 bis 90 Prozent), also Kopfschmerzen ohne neurologische Symptome. Es kommt zu wiederholten Kopfschmerzattacken, die in der Regel vier bis 72 Stunden andauern. Typischerweise ist nur eine Schädelhälfte betroffen, allerdings kann der Schmerz auf die andere Seite wechseln. Der Charakter der Schmerzen ist eher stechend oder pulsierend mit einer mittleren bis hohen Intensität. Der Schmerz wird bei körperlicher Aktivität wie Treppensteigen oder Bücken üblicherweise verstärkt. Charakteristischerweise kommt es während der Kopfschmerzphase zu Begleiterscheinungen wie Übelkeit und/oder Erbrechen sowie zu einer Geräusch-, Licht- und Geruchsempfindlichkeit.

Bei der selteneren Migräne mit Aura (10 bis 15 Prozent) sind vor der eigentlichen Kopfschmerzattacke neurologische Symptome vorgeschaltet. Es können Reiz- und Ausfallerscheinungen wie Gesichtsfelddefekten, Wahrnehmung gezackter Figuren (Flimmerskotom), halbseitige Sensibilitätsstörungen, Lähmungs-

### ARZTBESUCH ERFORDERLICH

Grundsätzlich können die primären Kopfschmerzerkrankungen Migräne mit und ohne Aura und der episodische Kopfschmerz vom Spannungstyp in Eigenregie behandelt werden. Im Zweifelsfall ist allerdings immer ein Arztbesuch anzuraten. Unbedingt angezeigt ist der Gang zum Arzt, wenn

- Kopfschmerzen an mehr als zehn Tagen pro Monat auftreten
- Kopfschmerzen mit weiteren Symptomen wie Lähmungen, Gefühls-, Seh-, Gleichgewichtsstörungen, Augentränen oder starkem Schwindel einhergehen. Auch solche Kopfschmerzen sind im Allgemeinen durchaus harmlos, doch sollte eine genaue ärztliche Abklärung erfolgen
- Kopfschmerzen mit psychischen Veränderungen wie Störungen des Kurzzeitgedächtnisses oder Störungen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person einhergehen
- Kopfschmerzen erstmals im Alter von über 40 Jahren auftreten
- Kopfschmerzen in ihrer Intensität, Dauer und/oder Lokalisation unüblich sind
- Kopfschmerzen erstmals während oder nach körperlicher Anstrengung auftreten und/oder sehr stark sind und in den Nacken ausstrahlen
- Kopfschmerzen von hohem Fieber begleitet sind
- Kopfschmerzen nach einer Kopfverletzung, zum Beispiel einem Sturz, auftreten
- Kopfschmerzen trotz Behandlung an Häufigkeit, Stärke und Dauer zunehmen
- Kopfschmerzen zusammen mit einem epileptischen Anfall und Bewusstlosigkeit auftreten
- Kopfschmerzen nicht mehr auf die bisher wirksamen Medikamente ansprechen.

(Quelle: Leitlinie „Selbstmedikation bei Migräne und beim Kopfschmerz vom Spannungstyp“)

**Die Nr. 1 unter den Schmerzen** Kopfschmerzen stellen die häufigste Schmerzform dar. Ungefähr 54 Millionen Menschen leiden in Deutschland zumindest zeitweise an ihnen. In nur zehn Prozent der Fälle werden sie durch eine erkennbare Gesundheitsstörung ausgelöst, die ursächlich behandelt werden muss. Ursache kann eine Infektion, eine Verletzung, der unsachgemäße Gebrauch

heitsbild darstellen. Von den circa 200 verschiedenen Kopfschmerzformen tritt mit 69 Prozent am häufigsten der Kopfschmerz vom Spannungstyp und mit 16 Prozent die Migräne auf.

**Spannungstyp: im Schraubstock eingepresst** Dieser Schmerztyp lässt sich in die episodische und chronische Form unterteilen. Zeigt sich der

ckenden Charakter. Die Intensität ist lediglich leicht bis mäßig, wobei es nicht zur Verstärkung des Schmerzes durch körperliche Aktivität kommt. Übelkeit, Geräusch- und Lichtempfindlichkeit können in seltenen Fällen Begleiter sein, neurologische Symptome fehlen.

**Migräne: Gewitter im Kopf** Hierbei handelt es sich um einen einseitigen pulsierend-

# Schonend abführen. Ganz nach dem persönlichen Bedarf.



- Tropfen für Tropfen dosierbar<sup>1</sup>
- Auch für die Stillzeit geeignet<sup>2</sup>
- Wirksam, sicher und gut verträglich<sup>3</sup>



<sup>1</sup> 10–18 Tropfen (Erwachsene)

<sup>2</sup> Die aktive Wirkform BHPM und deren Abbauprodukte gehen nicht in die Muttermilch über. Friedrich et al.: Absence of excretion of the active moiety of bisacodyl and sodium picosulfate into human breast milk: an open-label, parallel-group, multiple-dose study in healthy lactating women. *Drug Metab Pharmacokinet.* 2011;26(5):458-64.

<sup>3</sup> Mueller-Lissner et al.: Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2010 Apr;105(4):897-903

<sup>4</sup> Bisacodyl, Natriumpicosulfat, Macrogole; Obstipation ohne Entleerungsstörung; Andresen et al. (2013): S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie; Gemeinsame Leitlinie der DGNN und DGVS; AMWF-Registrierungsnummer: 021/019

Laxoberal® Abführ-Tropfen. Wirkstoff: 7,78 mg Natriumpicosulfat-Monohydrat/1 ml. Sonst. Bestandteile: Natriumbenzoat, Sorbitol-Lösung 70 %, Natriumcitrat-Dihydrat, Citronensäure-Monohydrat, gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete: Zur Anwendung bei Obstipation sowie bei Erkrankungen, die eine erleichterte Defäkation erfordern. Wie andere Abführmittel sollte Laxoberal® ohne differentialdiagnostische Abklärung der Verstopfungsursache nicht täglich oder über einen längeren Zeitraum eingenommen werden. Gegenanzeigen: Ileus, Darmobstruktion, akute Bauchbeschwerden wie Appendizitis, akut entzündliche Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, starke Bauchschmerzen in Verbindung mit Übelkeit und Erbrechen, schwere Dehydratation, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere Triarylmethane oder einen der sonstigen Bestandteile, Unverträglichkeit gegenüber Sorbitol bzw. Fructose. Nicht anwenden bei Kindern unter 4 Jahren. Nebenwirkungen: Abdominale Beschwerden, Bauchschmerzen u. -krämpfe, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktionen, Schwindel und Synkope. Warnhinweis: Enthält Sorbitol. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, 55216 Ingelheim am Rhein. 0714 H1/15

► scheinungen, Sprech- und Sprachstörungen auftreten. So eine Aura entwickelt sich allmählich über fünf bis 20 Minuten und dauert üblicherweise nicht länger als eine Stunde. In einigen Fällen kann die sich normalerweise anschließende Kopfschmerzphase völlig fehlen. Für die Auslösung von Migräneattacken können zahlreiche Triggerfaktoren verantwortlich ge-

auch bestimmte Nahrungsmittel wie Rotwein, Käse oder Schokolade diskutiert.

**Bereits Kinder und Jugendliche betroffen** Vor der Pubertät beträgt die Häufigkeit der Migräne vier Prozent, wobei Jungen und Mädchen gleich häufig betroffen sind. Bei den Jugendlichen leiden bereits elf Prozent an Migräne und es zeigt sich eine höhere Prävalenz

defrei wieder aufwachen. Zudem können Migräneattacken bei Kindern auch ohne Kopfschmerzen und nur mit starker Übelkeit, Erbrechen und Schwindel verlaufen.

Noch häufiger treten bei Kindern und Jugendlichen Kopfschmerzen vom Spannungstyp auf. Ungefähr zehn Prozent der Kinder und mit zunehmendem Alter bis zu circa 24 Prozent der Jugendlichen leiden darunter.

nen. Zudem scheinen Migräne und Kopfschmerzen vom Spannungstyp bei Kindern und Jugendlichen häufiger als bei Erwachsenen gleichzeitig aufzutreten.

**Leitliniengerechte Therapie** Im Folgenden werden Behandlungsoptionen vorgestellt, denen verschiedene Leitlinien zugrunde liegen. Dabei handelt es sich um die evidenz-

### »Triptane dürfen in der Selbstmedikation nur zum Einsatz kommen, wenn der Arzt bereits die Diagnose Migräne gestellt hat.«

macht werden: Neben hormonellen Schwankungen, Veränderungen des Schlaf- und Wachrhythmus, Stress beziehungsweise Entlastungssituationen nach Stress kommen auch Umweltfaktoren wie Flackerlicht oder Lärm ursächlich in Frage. Daneben werden

beim weiblichen Geschlecht. Bei Kindern dauern die Attacken meist nicht so lange. Mit vier bis sechs Stunden ist die Leidenszeit viel kürzer als bei den Erwachsenen. Typisch ist auch, dass Kinder im Verlauf einer Migräneattacke einschlafen und weitgehend beschwer-

Dieser Kopfschmerztyp unterscheidet sich im Kindes- und Jugendalter nicht grundsätzlich von dem im Erwachsenenalter, wobei sich allerdings episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp bei Kindern mit kürzeren Attackendauern von unter 30 Minuten darstellen kön-

basierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) für die Akutbehandlung von Migräneattacken mit und ohne Aura, in die Leitlinien und Empfehlungen deutscher (Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)), DGN, Arzneimittel-

NEU

# Klasse statt Masse

Einfach besser abnehmen

#### Produktvorteile:

- Jetzt neu mit Premium-Rezeptur
- Schnell spürbar und effektiv abnehmen bei optimaler Vitalstoffversorgung
- Wissenschaftlich belegt



Premium-Edition  
mit Trinkhalmöffel

kommission der Deutschen Ärzteschaft), europäischer (European Federation of Neurological Societies (EFNS)) und amerikanischer Gesellschaften (Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society) eingeflossen sind. Sie entsprechen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und berücksichtigen sowohl verschreibungspflichtige als auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente und richten sich vor allem an Ärzte. In der Leitlinie zur „Selbstmedikation bei Migräne und beim Kopfschmerz vom Spannungstyp“, die von den vier deutschsprachigen Fachgesellschaften DMKG, DGN, Österreichische Kopfschmerzgesellschaft (ÖKSG) und Schweizerische Kopfwehgesellschaft (SKG) veröffentlicht worden ist, werden hingegen nur rezeptfreie Arzneimittel empfohlen. Diese Leitlinie wendet sich im Gegensatz zu der vorher beschriebenen Leitlinie nicht nur an Ärzte, sondern explizit auch an Apothe-

ker und Patienten. Beide Leitlinien berücksichtigen vor allem erwachsene Kopfschmerzpatienten. Ein kleiner Abschnitt der Leitlinie der DGN beschreibt auch Therapieempfehlungen für die Behandlung und Prophylaxe der Migräne bei Kindern. Allerdings existiert für diese Altersgruppe zur Behandlung der Migräne die gesonderte ausführliche Leitlinie der DMKG und der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) zur „Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter“, deren Empfehlungen separat vorgestellt werden.

**Medikamentenübergebrauch** Als besonders bedeutsam erachten die Fachgesellschaften die Einhaltung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs der angewandten Arzneimittel. Hintergrund dafür ist, dass inzwischen in der Wissenschaft allgemein anerkannt wird, dass die Einnahme von Kopfschmerz- und Migränemedikamenten über einen längeren Zeitraum in überhö-

ten Dosierungen ein gesteigertes Risiko für die Entwicklung eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes beinhaltet. Daher sollten alle Kopfschmerz- und Migränemedikamente – unabhängig davon, ob es sich um Mono- oder Kombinationspräparate handelt – nicht länger als drei Tage hintereinander und nicht häufiger als an zehn Tagen pro Monat eingenommen werden.

**Migräneattacken in Eigenregie behandeln** Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffkombinationen werden in der Leitlinie für die Selbstmedikation als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung akuter Migräneattacken mit und ohne Aura empfohlen: Zwei Tabletten der fixen Kombination ASS (250 bis 265 Milligramm) plus Paracetamol (200 bis 265 Milligramm) plus Koffein (50 bis 65 Milligramm), ASS (900 bis 1000 Milligramm), Ibuprofen (400 Milligramm), Naratriptan (2,5 Milligramm), Paracetamol (1000 Milligramm) sowie Phenazon (1000 Milligramm).

Die fixe Wirkstoffkombination hat auf Basis der analysierten Vergleichsstudien eine hervor gehobene Empfehlung erhalten. Auch die DGN-Leitlinie bescheinigt der Wirkstoffkombination mit Koffein eine überlegene Wirksamkeit gegenüber den Monosubstanzen. Sie soll auch wirksamer als 400 Milligramm Ibuprofen und 50 Milligramm Sumatriptan sein. Bei der Einnahme von ASS werden Brausetabletten an geraten, mit denen der Wirkstoff schneller resorbiert wird. Die Substanzen Naproxen und Diclofenac werden bei der Migräne nicht für die Selbstmedikation angeraten, da ihre Wirksamkeit in rezeptfreien Dosierungen nicht wissenschaftlich belegt werden konnte. Beide Wirkstoffe wurden hingegen in den Empfehlungen der DGN aufgenommen, allerdings in höheren und damit rezeptpflichtigen Dosierungen (Naproxen 500 oder 825 Milligramm sowie Diclofenac-Kalium 50 und 100 Milligramm), in denen sie ihre Wirksamkeit in Studien gezeigt haben. ▶

Anzeige

# Große formoline-Aktion

formoline eiweiß-diät in limitierter Premium-Edition mit exklusivem Trinkhalmlöffel

Ihre  
Prämienchance\*



Für höheren Umsatz und zufriedene Kunden:

- Premium-Konditionen
- Exklusives Gratis-Verkaufsförderungspaket zur optimalen Aktionsplatzierung

**Teilnehmen und Prämienchance sichern!**

Einfach unter 06021 / 15 09 3 - 370

**kostenlosen Aktionsfolder anfordern und Aktions-Paket zu Premium-Konditionen bestellen!**

\*Abbildung kann vom Original abweichen.



► **Effektive Triptane** Von den Serotonin-5-HT-1B/1D-Rezeptorantagonisten (Triptane genannt) führt die Leitlinie für die Selbstmedikation nur Naratriptan als wirksame Option auf, obwohl inzwischen weitere Triptane teilweise aus der Verschreibungspflicht entlassen worden sind (z. B. Zolmitriptan, Almotriptan, Sumatriptan). Genauere Angaben macht hingegen die DNG-Leitlinie. Grundsätzlich bezeichnet

tane angestellt wird, wird keiner Substanz ein allgemeiner Vorzug gegeben.

Serotonin-5-HT-1B/1D-Rezeptorantagonisten wirken zwar zu jedem Zeitpunkt innerhalb einer Migräneattacke, doch wird betont, dass sie umso besser wirken, je früher sie eingenommen werden. Patienten, die unter einer Migräne mit Aura leiden, sollten leitliniengemäß aus Sicherheitsgründen die Triptane al-

Triptans mit einem lang wirkenden NSAR vor (z. B. Naproxen). Diese Kombination wirkt besser als die Einzelsubstanzen und kann ein Wiederauftreten der Migräneattacke verhindern. Da Triptane wie alle anderen Analgetika auch bei zu häufiger Einnahme zu einem Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch führen können, wird angeraten, ihren Einsatz auf maximal zehn Tage pro Monat zu beschränken.

**Mit Arzneimitteln vorbeugen** Besteht ein besonders hoher Leidensdruck oder kommt es durch die Migräneattacken zur Einschränkung der Lebensqualität, kann eine medikamentöse Prophylaxe erwogen werden. Ihr Ziel ist es, die Häufigkeit, Schwere und Dauer der Migräneattacken zu reduzieren. Von einer Wirksamkeit der Migräneprophylaxe wird gesprochen, wenn eine Reduktion der Anfallshäufigkeit von

### WICHTIGES ZU ANALGETIKA UND NSAR

Die Wahl der verschiedenen Wirkstoffe hängt nicht nur von ihrer Wirksamkeit bei den entsprechenden Indikationen ab. Individuelle Gegebenheiten des Anwenders sowie die Nebenwirkungen einer Substanz bestimmen ebenso die Entscheidung für oder gegen ihren Einsatz. Nachfolgend daher eine kurze Übersicht über das Nebenwirkungsspektrum der bei Migräne und Spannungskopfschmerzen eingesetzten Analgetika und NSAR. Traditionelle NSAR wie ASS, Ibuprofen, Diclofenac und Naproxen hemmen alle sowohl die Cyclooxygenase (COX) 1 als auch die COX-2, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Prinzipiell ist die analgetische Wirksamkeit umso größer, je stärker die Affinität der Substanz zur COX-2 ist. Je geringer die COX-1 blockiert wird, desto besser ist die Verträglichkeit. Während ASS, Naproxen und Ibuprofen eine ausgesprochene Affinität zur COX-1 besitzen, weist Diclofenac eine leichte Präferenz für COX-2 auf. Das Risiko für gastrointestinale Beschwerden ist substanzabhängig und steigt vor allem bei längerer Anwendung und hoher Dosierung. Ibuprofen scheint unter den NSAR das geringste Blutungsrisiko aufzuweisen. Allerdings ist es ebenso wie ASS bei Asthma kontraindiziert. ASS darf auch nicht zusätzlich zu Präparaten zur Blutverdünnung eingenommen werden. Bei Langzeittherapie steigt bei den NSAR das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall (Ausnahme: Naproxen), wobei Diclofenac unter den NSAR das höchste kardiovaskuläre Risiko besitzt. Deshalb sollten Menschen, die an einer Herz- oder Gefäßkrankheit erkrankt sind, möglichst kein Diclofenac einnehmen. Auch Personen, die Risikofaktoren für die Bildung von Blutgerinnseln aufweisen, sollten vorsichtig sein. Paracetamol ist oftmals eine Alternative bei Patienten mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko und bei Asthmapatienten. Paracetamol ist auch Mittel der ersten Wahl in Schwangerschaft und Stillzeit.

sie die Triptane Almotriptan, Eletriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan und Zolmitriptan (in alphabetischer Reihenfolge) als die Substanzen mit der besten Wirksamkeit bei einer akuten Migräneattacke. Sie sind die Therapie erster Wahl bei mittelschweren und schweren Migräneattacken, die nicht oder nicht ausreichend auf eine Therapie mit Analgetika oder nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) ansprechen. Betont wird auch, dass Triptane beim Kopfschmerz vom Spannungstyp unwirksam sind. Obwohl in den Therapieempfehlungen ein Vergleich der Tript-

lerdings erst nach Abklingen der Aura mit Beginn der Kopfschmerzen applizieren. Zudem wird angenommen, dass die Substanzen wahrscheinlich nicht wirksam sind, wenn sie während einer Aura zur Anwendung kommen. Da es bei lange andauernden Attacken nach Beendigung der Triptanwirkung zu einem Wiederkehrkopfschmerz kommen kann, wird eine zweite Einnahme eines Triptans mit längerer Halbwertszeit empfohlen. Dabei darf die zweite Dosis eines Triptans nach frühestens sechs Stunden erfolgen. Alternativ schlägt die Leitlinie die initiale Kombination eines

**Antiemetika kombinieren** Migränepatienten profitieren oftmals von der zusätzlichen Einnahme antiemetisch wirkender Substanzen wie Metoclopramid oder Domperidon. Sie lindern nicht nur Übelkeit und Erbrechen, die eine Migräneattacke begleiten können, sondern regen auch die Magenperistaltik an, die während eines Anfalls gestört ist. Daher ist es in der Regel eine gute Empfehlung, Migränepatienten an den Arzt zu verweisen. Dieser kann eine der Substanzen verordnen, um eine bessere Resorption und Wirkung der Schmerz- und Migränemittel zu erzielen.

mindestens 50 Prozent erreicht wird. Allerdings stufen die Experten keine der rezeptfreien Substanzen als wissenschaftlich eindeutig belegt ein und empfehlen dementsprechend keinen Wirkstoff für die Selbstmedikation. Die beiden Substanzen Pestwurz und Cyclandelat werden lediglich in Einzelfällen angeraten. Daher muss für bei der Empfehlung von Substanzen zur Prophylaxe von Migräneattacken auf die Leitlinie der DGN verwiesen werden. Hier werden Wirkstoffe mit guter Evidenzlage aufgeführt. Allerdings sind sie alle verschreibungspflichtig, sodass der Betroffene an den ►

© Alexandr Ozerov / fotolia.com



**WERDEN SIE FAN  
UND MIT UNS **AKTIV**  
AUF FACEBOOK.**



[www.facebook.com/ptainderapotheke](http://www.facebook.com/ptainderapotheke)

► Arzt weitergeleitet werden muss.

Die DGN-Empfehlungen im Einzelnen: Zur medikamentösen Prophylaxe der Migräne werden als Substanzen der ersten Wahl die Betablocker Propranolol (40 bis 240 Milligramm) und Metoprolol (50 bis 200 Milligramm), der Kalziumantagonist Flunarizin (5 bis 10 Milligramm) sowie die Antikonvulsiva Valproin-

**Nicht-medikamentöse Prophylaxe** Die DNG-Leitlinie schlägt vor, die medikamentöse Therapie durch nicht-medikamentöse Verfahren der Verhaltenstherapie zu ergänzen oder alternativ als Vorbeugung durchzuführen. Neben Akupunktur und regelmäßigem aeroben Ausdauersport wird eine psychologische Therapie (Verfahren der Verhaltenstherapie) aufgeführt, die

ligramm) plus Paracetamol (200 bis 265 Milligramm) plus Koffein (50 bis 65 Milligramm), ASS (1000 Milligramm), Ibuprofen (400 Milligramm), Diclofenac 12,5 Milligramm, Diclofenac 25 Milligramm und zwei Tabletten der fixen Kombination Paracetamol (500 Milligramm) plus Koffein (65 Milligramm). Paracetamol (1000 Milligramm) ist lediglich Mittel der zweiten Wahl.

den sie als Jugendliche bezeichnet. Die Klassifikation von Kopfschmerzen im Kindesalter erfolgt genauso wie im Erwachsenenalter nach den Kriterien der International Headache Society (IHS). Zu beachten ist, dass die Empfehlungen der Fachgesellschaften unabhängig von dem Zulassungsstatus der empfohlenen Medikamente für das Kindesalter ausgesprochen werden.

### VERNICHTENDER CLUSTERKOPFSCHMERZ

Ungefähr 0,2 bis 0,3 Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen. Sie zählen zu den schwersten Kopfschmerzformen. Männer leiden dreimal häufiger als Frauen darunter, vor allem zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Clusterkopfschmerzen sind durch schwere, anfallsartige Schmerzattacken gekennzeichnet, die immer einseitig auftreten – und zwar im Bereich der Augen, der Stirn oder der Schläfe. Die Schmerzattacken können zwischen 15 Minuten und drei Stunden anhalten. Die Schmerzen werden durch mindestens eines der folgenden Symptome begleitet, die auf der gleichen Seite auftreten: Augenrötung, Augentränen, Verstopfung der Nase, Nasenlaufen, vermehrtes Schwitzen im Bereich von Stirn und Gesicht, Verengung der Pupille, Hängen des Augenlides, Schwellung der Augenlider und körperliche Unruhe mit Bewegungsdrang. Die Schmerzen sind so stark und verursachen einen derartigen Leidensdruck, dass viele der Betroffenen Selbstmordgedanken entwickeln. Die Attacken können sehr häufig auftreten, bis zu achtmal am Tag. Da sie periodisch gehäuft vorkommen, spricht man von einem Cluster (englisch = Haufen).

säure (500 bis 600 Milligramm) und Topiramal (25 bis 100 Milligramm) empfohlen. Zu den Substanzen der zweiten Wahl zählen Amitriptylin (50 bis 150 Milligramm), Gabapentin (2400 Milligramm), Naproxen zweimal 50 oder 500 Milligramm, Acetylsalicylsäure (ASS, 300 Milligramm), Magnesium (zweimal 300 Milligramm) sowie Vitamin B<sub>2</sub> (400 Milligramm) plus Magnesium (zweimal 300 Milligramm).

Ein Tipp zur Beratung: Um die Compliance nicht zu gefährden, sollte der Kunde bei der Abgabe der verschiedenen Medikamente zur Migräneprophylaxe darüber informiert werden, dass im Beipackzettel andere Indikationen zu finden sind.

als Interventionen Entspannungstraining, Biofeedback-Training oder die kognitive Verhaltenstherapie verwendet. In besonders schweren Fällen (z. B. sehr häufige Attacken, erhebliche Einschränkung der Lebensqualität) werden Verfahren zur psychologischen Schmerztherapie (Schmerzbewältigung, Stressmanagement, Entspannungsverfahren) empfohlen.

**Spannungskopfschmerz in der Selbstmedikation** Die Empfehlung von Wirkstoffen für die Selbstmedikation von Kopfschmerzen vom Spannungstyp differiert von der für die Migränebehandlung. Hier sind Mittel der ersten Wahl zwei Tabletten der fixen Kombination ASS (250 bis 265 Mil-

### Bei Kindern etwas anderes

Für die Behandlung kindlicher Kopfschmerzen liegt die eigenständige Leitlinie zur „Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter“ vor, die von der DMKG und der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) veröffentlicht wurde. Auch diese Therapieempfehlung orientiert sich an der Evidence Based Medicine. Da aber für das Kindesalter kaum altersspezifische placebokontrollierte Studien vorliegen, die modernen Anforderungen an kontrollierte Studien genügen, sind auch pragmatische Expertenempfehlungen mit in die Leitlinie eingeflossen. Die Empfehlungen sprechen von Kindern, wenn das Alter der Betroffenen unter zwölf Jahren liegt, danach wer-

### Attacken in den Griff kriegen

Die Behandlung von akuten Migräneattacken im Kindes- und Jugendalter erfolgt nach einem abgestuften Schema, wobei je nach Stärke der Attacken gleich Substanzen einer höheren Stufe ausgewählt werden können (stratifizierte Vorgehensweise). Zunächst wird bei leichten Verlaufsformen mit seltenen Anfällen zu einem abwartenden Verhalten geraten, wobei reizabschirmende Maßnahmen wie Hinlegen in einem abgedunkelten und akustisch gedämpften Raum und ein kalter Lappen auf der Stirn aufgeführt werden. Für die medikamentöse Akuttherapie sieht die Leitlinie als Mittel der ersten Wahl Ibuprofen (10 Milligramm/Kilogramm Körpergewicht) und als Mittel der zweiten Wahl für alle Altersstufen Paracetamol (15 m Milligramm/Kilogramm Körpergewicht) vor. ■

*Gode Meyer-Chlond,  
Apothekerin*



Lesen Sie  
online weiter!  
Webcode: F0242

## FORTBILDUNG

### Mitmachen und punkten!

	A	B	C
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einsendeschluss ist der  
29. Februar 2016.

DIE PTA IN DER APOTHEKE  
Stichwort: »Kopfschmerzen«  
Postfach 57 09  
65047 Wiesbaden

Oder klicken Sie sich bei  
[www.pta-aktuell.de](http://www.pta-aktuell.de)  
in die Rubrik Fortbildung.  
Die Auflösung finden Sie dort  
im nächsten Monat.

Unleserlich, uneindeutig oder unvollständig ausgefüllte Fragebögen können leider nicht in die Bewertung einfließen, ebenso Einsendungen ohne frankierten/adressierten Rückumschlag.



## KOPFSCHMERZEN

In dieser Ausgabe von DIE PTA IN DER APOTHEKE 02/2016 sind zum Thema zehn Fragen zu beantworten. Lesen Sie den Artikel, kreuzen Sie die Buchstaben der richtigen Antworten vom Fragebogen im nebenstehenden Kasten an und schicken Sie diesen Antwortbogen zusammen mit einem adressierten und frankierten Rückumschlag an unten stehende Adresse. Oder Sie klicken sich bei [www.pta-aktuell.de](http://www.pta-aktuell.de) in die Rubrik Fortbildung und beantworten den Fragebogen online. Wer mindestens acht Fragen richtig beantwortet hat, erhält in der Kategorie 7 (Bearbeitung von Lektionen) einen Fortbildungspunkt. Die Fortbildung ist durch die Bundesapothekerkammer unter BAK 2015/348 akkreditiert und gilt für die Ausgabe 02/2016.

Ihr PTA  
Fortbildungs-  
punkt

Ihr Fortbildungspunkt zum Thema

Datum

Stempel der Redaktion

### Absender

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Ort

Ich versichere, alle Fragen selbstständig und ohne die Hilfe Dritter beantwortet zu haben.

Datum/Unterschrift