

KOPFSCHMERZ BEI MEDIKAMENTEN-ÜBERGEBRAUCH

Dr. Lehner Christian

KOPFSCHMERZ BEI MEDIKAMENTEN-ÜBERGEBRAUCH

- 0,2 – 1 % der Bevölkerung (*Katsarava u. Diener 2008, Straube et al. 2010*)
- Frauen : Männer = 3,5 : 1
- Dritthäufigste Kopfschmerzursache
- Sekundäre Kopfschmerzform
- Pat., die unter einem sog. „chronic daily headache“ leiden, haben in 25-75 % einen Medikamenteninduzierten Kopfschmerz (*Heinz et al., 1999*).

1. Stelle: Migräne
2. Stelle: Spannungskopfschmerz
3. Stelle: Cluster-KS wenn zusätzlich eine Migräne vorliegt

- Durchschnittliches Alter: **40 Jahre**
- Patienten weisen im Durchschnitt eine **15jährige** primäre Kopfschmerzanamnese auf (*Fritsche et al. 2000*).
- Patienten haben ein **5jährigen** Medikamenteninduzierten Kopfschmerz bis sie ein entsprechendes Zentrum aufweisen (*Fritsche et al., 2000*).
- **1-3 %** in der Bevölkerung weisen einen täglichen Gebrauch von Schmerzmitteln auf. Damit ist der Missbrauch von Schmerzmitteln häufiger als von Tranquilizern (*Fritsche et al., 2000*).
- **85 %** des Schmerzmittelgebrauches erfolgt wegen Kopfschmerzen.
- Ca. 10 – 21 % der Kopfschmerzpatienten weisen eine zu häufige Einnahme von Schmerz- u./od. Migränemittel auf (*Fritsche et al., 2000*).

- In der EU verursachen Kopfschmerzen jährliche Ausgaben durch direkte und indirekte Kosten in Höhe von **20 Mrd. Euro**.
- Die meisten Menschen, die einen Schmerzmittelmissbrauch treiben, waren wegen ihrer Kopfschmerzen nie beim Neurologen und sind nicht adäquat beraten worden. Sie haben meist nie eine vorbeugende Behandlung für das Grundleiden erhalten.
- Es werden **30 % der dialysepflichtigen Nierenschäden** auf eine inadäquate Schmerzmitteltherapie zurückgeführt.
- In den USA gilt Paracetamol als der Hauptgrund für akutes Leberversagen.

RISIKOFAKTOREN

- Depression, Angststörung
- Niedriger sozialer Status
- Übergewicht
- Nikotinabusus
- Sonstige Medikamentenabhängigkeit (Tranquilizer, ...)
- Chron. muskuloskeletale oder gastrointestinale Beschwerden
- Rezeptfreie Medikamente
- Medikamentenerwerb über Internet

ÜBERGEBRAUCH

- Einnahme an ≥ 10 Tagen: Ergotamine, Triptane, Opiate, Mischanalgetika
- Einnahme an ≥ 15 Tagen: Analgetika (Monopräparate)

KRITERIEN DER IHS

- A) Kopfschmerz an \geq **15 Tagen/Monat**, der Kriterien C und D erfüllt.
 - bilateral
 - drückende/beengende (nicht pulsierende) Qualität
 - leichte oder mittlere Intensität

- B) Übergebrauch während \geq **3 Monate** von einem oder mehreren Medikamenten, die zur akuten und/oder symptomatischen Behandlung von Kopfschmerzen eingenommen werden können.

- C) Der Kopfschmerz hat sich entwickelt oder deutlich verschlechtert während des Medikamentenübergebrauchs.

- D) Der Kopfschmerz klingt ab oder kehrt zu seinem früheren Muster zurück innerhalb von 2 Monaten nach Absetzen der übergebrauchten Medikamente.

ABGRENZUNG ZU CHRON. KOPFSCHMERZ

- Chronischer Kopfschmerz:
 - ≥ 15 Tage pro Monat über mind. 3 Monate
- Der kausale Zusammenhang zw. Medikamenteneinnahme und Verschlechterung der Kopfschmerzen kann nur belegt werden, wenn sich die Kopfschmerzen nach Entzug bessern!

SYMPTOMATIK DES SCHMERZMITTELINDUZIERTEN KOPFSCHMERZES

- Sogenannter „vermischter“ Kopfschmerz
- Die Symptomatik lässt sich nicht mehr eindeutig einer Migräne oder einem Spannungskopfschmerz zuordnen.
- Schmerz wird zu einem fast ständigen Begleiter.
- Meist handelt es sich um einen dumpf-drückenden Dauerkopfschmerz, der bereits morgens vorhanden ist und den ganzen Tag anhält (*Haag et al., 1999*).

TRIPTAN-ÜBERGEBRAUCH

- Einnahme an ≥ 10 **Tagen pro Monat** über ≥ 3 **Monate**
- Entwicklung nach durchschnittlich **1,7 Jahren**
- Chronischer migräneähnlicher Kopfschmerz (≥ 15 Tage/Monat)
vornehmlich einseitige Lokalisation, pulsierende Qualität,
mittlere oder starke Schmerzintensität
Wird durch körperliche Aktivität verstärkt.
Während des Kopfschmerzes besteht mind. eines:
 - Übelkeit und/oder Erbrechen
 - Photophobie und Phonophobie

ERGOTAMIN-ÜBERGEBRAUCH

- Einnahme an ≥ 10 **Tagen pro Monat** über ≥ 3 **Monate**
- Entwicklung nach ca. **2,7 Jahren**
- Meist bilateral, drücken-einengender, leichter bis mittelschwerer Kopfschmerz, tlw. pulsierend-klopfender Kopfschmerz, oft fehlende Migräne-Begleitsymptome.
- Ergotaminabusus macht nicht nur vermehrt depressiv und beeinträchtigt die Lebensqualität, er produziert auch eindeutig Defizite in Wahrnehmungen und Gedächtnis.

ANALGETIKA-ÜBERGEBRAUCH

- Einnahme an \geq **15 Tagen pro Monat** über \geq **3 Monate**
- Mind. 5 g Aspirin pro Monat oder das Äquivalent eines anderen vergleichbaren Analgetikums
- Mind. 100 Tbl. eines Kombinationspräparates pro Monat
- Entwicklung nach ca. **4,8 Jahren**
- Holozephal-diffuser, dumpf-drückender, leicht bis mittelschwerer Kopfschmerz

OPIAT-ÜBERGEBRAUCH

- Einnahme an ≥ 10 **Tagen pro Monat** über ≥ 3 **Monate**
- Entwicklung nach ca. **4,8 Jahren**
- Holozephaler-diffuser, dumpf-drückender, leicht bis mittelschwerer Kopfschmerz

PROBLEMATISCHE MITTEL

- Analgetische Mischpräparate
- Mutterkornalkaloide
- Migränemittel, die Tranquilizer oder Codein enthalten

PATHOMECHANISMUS

- Nicht völlig gesichert.
- Hinweise, dass manche Kopfschmerzmittel stimmungsaufhellende Wirkungen haben.
- Hypothesen, dass die chron. Schmerzmitteleinnahme zu einer Aktivierung hemmender serotonerger Autorezeptoren und zu einem intrasynaptischen Serotoninmangel führt (*Heinz et al., 1999*).

THERAPIE

- Medikamentenentzug = Medikamentenpause !
- Motivierung des Patienten
- Aufklärung über Möglichkeit, Verlauf und Ergebnisse einer Entzugsbehandlung
- Sinnvolle Alternativen anbieten
- Kopfschmerzkalender!
- Multidisziplinäre Behandlung (Neurologe, Verhaltenspsychologe, Schmerztherapeut)
- Regelmäßige Nachbetreuung (mind. 1 Jahr) nach Entzugsbehandlung

AMBULANTER MEDIKAMENTENENTZUG

- Bei Substanzeinnahme ohne gleichzeitigen Tranquilizer- oder Opioid-Abusus
- Hohe Eigenmotivation
- Gute Unterstützung durch soziales Umfeld
- Gute Aufklärung

TAGESKLINISCHER MEDIKAMENTENENTZUG

- Bei nicht schwerer begleitender Depression, Angststörung
- Bei zusätzlich anderen chronischen Schmerzen

STATIONÄRER MEDIKAMENTENENTZUG

- Bei langjährigem Medikamentenübergebrauch
- Bei gleichzeitigem Übergebrauch von Tranquilizern und Opioiden
- Nach erfolgloser „Selbst“-Entzugsbehandlung
- Bei Angst, am Arbeitsplatz auszufallen
- Bei ungünstigen familiären Begleitumständen
- Bei ausgeprägter psychischer oder somatischer Komorbiditäten
- Bei anderen chronischen Beschwerden

MEDIKAMENTENENTZUG

- Abruptes Absetzen aller Kopfschmerzmedikamente
- Opiate und Tranquilizer müssen ausschleichend reduziert werden
- Entzugssymptome:
 - Verstärkter Kopfschmerz in den ersten 2-6 Tagen
 - Übelkeit, arterielle Hypotonie, Tachykardie, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Nervosität

- Bei Übelkeit/Erbrechen:
 - Metoclopramid (3x 1 Tbl./d), Domperidon (3x 1 Tbl./d), Flüssigkeitssubstitution
- Bei „Entzugskopfschmerzen“:
 - Schmerzdistanzierung mit Trizyklika (Amitriptylin)
 - Bei mittelstarken KS: Ibuprofen (2x 200-400 mg/d) oder Naproxen (2x 500 mg/d) über wenige Tage
 - Bei starken KS: ASS 500-1000 mg i.v.
 - Prednisolon 100 mg/d über 5 Tage (Datenlage widersprüchlich, Placebo-Niveau?)

KOPFSCHMERZVERLAUF WÄHREND DES ENTZUGES

- Dauer meist 2-6 Tage
- Meist Intensitätssteigerung der Kopfschmerzsymptomatik
- Triptanpause relativ kurz (ca. 4 Tage bei 80 %) mit meist geringerer Begleitsymptomatik
- Bei Opiat-, Ergotamin oder Mischanalgetika-Entzug meist deutlich längere und schwerere Kopfschmerzen

PROPHYLAXE

- Beginn parallel zum Entzug
- Pat. mit chron. Migräne und Medikamentenübergebrauch:
 - **Topiramate**
 - **Onabotulinumtoxin A**

Beide Möglichkeiten gleich gut wirksam bei Patienten ohne als auch mit Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemittel (*Diener et al. 2007, Dodick et al 2010*).

- Begleitende **Verhaltenstherapie**

VERHALTENSTHERAPIE

- Übergebrauch ist keine Abhängigkeit im engeren Sinn, sondern ein Fehlgebrauch:
 - Angst vor Kopfschmerz, Angst nicht zu funktionieren, Angst vor Versagen
 - → antizipatorische Schmerzmitteleinnahme
- Die klinische Transformation von episodischen zu chron. KS mit Schmerzmittelübergebrauch passiert nicht spontan und ist in der Regel reversibel.
- Kritische Lebensereignisse werden mit Chronifizierung der Migräne in Zusammenhang gebracht.

INDIKATION FÜR PSYCHOTHERAPIE:

- Langzeitiger Übergebrauch (> 1 Jahr)
- Mehr als 3 Schmerzmitteldosen pro Einnahmetag
- Nachweis einer klinisch bedeutsamen Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung
- Positive Suchtgenese
- Positive Entzugsvergangenheit

INTERVENTIONSBAUSTEINE:

- Edukation zum Thema „Medikamentabusus und Dauerkopfschmerz“
- Festlegung individueller Ziele bezüglich des Medikamenten-Einnahmeverhaltens
- Anleitung zur Medikamenten-Selbstkontrolle
- Bewusstmachung äußerer Einflüsse für den Übergebrauch (z.B. Verfügbarkeit von Schmerzmitteln)
- Bewusstmachung innerer Einflüsse für den Übergebrauch (z.B. gelernte Unbedenklichkeit der Schmerzmitteleinnahme)
- Bewusstmachung iatrogenen Risikofaktoren (z.B. doctor-shopping)
- Nutzbarmachung von „social support“ (z.B. durch Partner/in)

WEITERE BAUSTEINE

- **Stressbewältigungsstrategien**
- **Schmerzbewältigungsstrategien**
- **Entspannungstechniken** (z.B.: progressive Muskelentspannung nach Jakobson, ...)

RÜCKFALLQUOTE

- Im 1. Jahr: 30 %
→ 70 % sind frei von Dauerkopfschmerzen!
- Nach 4 Jahren: 40 %
- Nach intensiver Schulung und engmaschiger Nachbetreuung kann die Rückfallrate nach 18 Monate auf 9 % gesenkt werden.
- Selbstkontrolle durch Kopfschmerztagebuch!

ERHÖHTES RÜCKFALLRISIKO:

- Langjähriger Kopfschmerz (tägliches Kopfschmerz mehr als 5 Jahre)
- Chronischer Spannungskopfschmerz
- Übergebrauch von Ergotaminen, Opiaten oder Mischanalgetika
- Vorangegangene multiplen Prophylaxe-Versuchen
- Mehrfache erfolglosen Selbstentzüge
- Psychiatrische Co-Erkrankungen
- Mangelnde Unterstützung durch die Familie
- Mangelnde Einsichtsfähigkeit
- Sekundärer Krankheitsgewinn
- Nicht abgeschlossenen Renten- oder Versicherungsverfahren bei posttraumatischen Kopfschmerzen

STRATEGIEN GEGEN MEDIKAMENTEN-MISSBRAUCH

- Koffein Konsum einschränken
 - 1 Tasse Kaffee pro Tag
- Begrenzung des Gebrauchs von Schmerzmitteln, Opiaten und Opiatabkömmlingen
 - ausführliche Patienten-Aufklärungen
- Wenn möglich Monosubstanzen
 - Mischarzneimittel werden häufiger missbraucht
- Frühzeitig an eine medikamentöse Prophylaxe denken
 - ab 2x wöchentlich Schmerzmittelbedarf