



## #13 Migräne: Medikamentöse Therapieoptionen

mit Dr. Sonja Maria Tesar

ET: 18.04.2025

### Intro

00:00:00

**Silvana Strieder:**

Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Landesbank ist an Ihrer Seite.

Pulsierender Schmerz, Übelkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit – Migräne ist weit mehr als nur Kopfschmerzen und betrifft etwa 1 Million Menschen in Österreich. In Episode 13 von ÖAZ im Ohr beleuchten wir aktuelle Therapieoptionen von CGRP-Antikörpern, Gepante bis hin zu bewährten Triptanen und NSAR. Erfahren Sie, wie Sie in der Apotheke zwischen Spannungskopfschmerz und Migräne unterscheiden können und welche Beratungshinweise für Betroffene besonders wertvoll sind.

### Begrüßung

00:01:03

**Irene Senn:** Herzlich Willkommen zu einer neuen Ausgabe von ÖAZ im Ohr. Mein Name ist Irene Senn, ich bin leitende Redakteurin der Österreichischen Apothekerzeitung und heute begrüße ich Frau Dr. Sonja Tesar, Präsidentin der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft und Leiterin der Kopfschmerzambulanz am Klinikum Klagenfurt. Frau Dr. Tesar, danke, dass Sie sich heute die Zeit für unser Gespräch nehmen.

**Sonja Tesar:** Vielen Dank für die Einladung und ein schönes Hallo auch von mir an alle, die uns hören.

### Migräne als belastende neurologische Erkrankung

00:01:33

**Irene Senn:** Frau Dr. Tesar, Migräne ist ja auch heute noch eine unheilbare neurologische Erkrankung und laut WHO steht sie auf Platz 2 der Erkrankungen, die die Lebensqualität am stärksten beeinträchtigen. Warum ist die Migräne eine solch belastende Erkrankung?

**Sonja Tesar:** Es ist einmal schon prinzipiell eine unheilbare Erkrankung, das belastet. Und es ist eine Erkrankung, die durch Attacken gekennzeichnet ist. Das heißt, wir werden teilweise von diesen Attacken überfallen und können dann nur reagieren und uns nicht immer ausreichend schützen, obwohl neue Medikamente das durchaus möglich machen.

Dann ist es so, dass diese Erkrankung zwar als Kopfschmerzerkrankung bezeichnet wird, aber eine Vielfalt an Symptomen leider mit sich bringt, die schon vor den Kopfschmerzen beginnen mit Gähnen, Konzentrationsstörungen, Nackenschmerzen, Heißhunger. Dann kann die Aura kommen, die viele beängstigt, wenn sie es das erste Mal erleben. Und dann diese Kopfschmerzen, die mit Licht- und Lärmempfindlichkeit einhergehen können. Manche erbrechen, anderen ist unter Anführungszeichen „nur übel“. Die Kopfschmerzen verstärken sich bei geringsten körperlichen Belastungen wie Husten oder Kopfschütteln. Das heißt, man ist in dieser Phase wirklich sehr ruhebedürftig, muss sich hinlegen. Ich rede jetzt immer von einer unbehandelten Attacke.

Dann klingen noch sogenannte kater-ähnliche Symptome nach. Die gesamte Phase kann eine Woche dauern. Die Patient:innen sind massivst betroffen und eingeschränkt, Alltagsaktivitäten müssen gestoppt werden, man kann Dinge nicht wahrnehmen, die einem lieb sind, man muss Verabredungen absagen. Das ist schon massiv belastend.

Zusätzlich wissen wir, dass Migräne-Patient:innen ein bis zu zehnfach erhöhtes Risiko haben, zusätzlich an einer Depression oder Angststörung zu erkranken. Das erlebe ich auch nicht selten, und dann kann man sich vorstellen, dass hier eine massive Einschränkung verbunden ist.

**Irene Senn:** Also weit mehr als nur eine Kopfschmerzerkrankung.

**Sonja Tesar:** Würde ich meinen, ja.

## Differenzierung zwischen Spannungskopfschmerz und Migräne

00:03:47

**Irene Senn:** Das führt uns zur nächsten Frage: Wie kann man in der Apotheke am besten differenzieren zwischen einem klassischen Spannungskopfschmerz und einer Migräne? Gibt es Fragen, mit denen man das sehr schnell einordnen kann?

**Sonja Tesar:** Eigentlich sind es für mich zwei bezeichnende Fragen:

1. **Die Ablenkbarkeit:** Spannungskopfschmerz-Patienten können sich oftmals vom Kopfschmerz ablenken. Man kann fragen, ob zum Beispiel das oft geratene Spaziergehen eine Verbesserung bringt oder einfach das Nicht-darauf-Fokussieren.
2. Der massivste Unterschied ist die **Verstärkung bei körperlicher Anstrengung** – und das muss kein richtiger Sport sein, sondern bereits Kopfschütteln, Husten oder Treppensteigen. Der Spannungskopfschmerz-Patient kann das meistens noch machen, den stört das nicht, der macht oft sogar extra Sport, weil es ihm gut tut. Die Migräne-Patientin oder der Migräne-Patient kann das gar nicht, es verstärkt die Schmerzen.

Diese Ablenkbarkeit und die Verstärkung bei körperlicher Belastung sind für mich die entscheidenden Unterscheidungskriterien.

## „Red Flags“ bei Kopfschmerzen

00:04:55

**Irene Senn:** Gibt es in den Beschreibungen der Patienten oder in gewissen Formulierungen Hinweise, bei denen Apotheker aufhorchen und unbedingt zum Arzt verweisen sollten?

**Sonja Tesar:** Kopfschmerzen sind immer beängstigend, weil man Angst hat, dass ein Tumor oder eine Blutung dahintersteckt, was oft auch gut so ist. Generell ist eine Migräne dann diagnostiziert, wenn diese Attacken, wie geschildert, fünfmal so abgelaufen sind – das erste Mal ist noch keine fixe Diagnose einer Migräne.

Immer dann, wenn Kopfschmerzen in Zusammenhang stehen mit:

- Traumata, wie Stürzen
- Fieber
- Krebserkrankungen in der Anamnese
- Schwangerschaft (etwas heikler zu betrachten)

Alles, was im Zuge dieser Faktoren mit Kopfschmerzen verbunden ist, gilt für uns als "Red Flag" und sollte abgeklärt werden.

Auch das Alter spielt eine Rolle: Neu aufgetretene Kopfschmerzen unter dem 5. Lebensjahr oder über dem 50. Lebensjahr sollten immer abgeklärt werden – lieber einmal mehr hinschauen als zu wenig.

## Unterschiede zwischen Akuttherapie und Prophylaxe

00:06:23

**Irene Senn:** In der Pharmakotherapie der Migräne unterscheiden wir zwischen der Akuttherapie und der prophylaktischen Therapie. Können Sie uns zu Beginn kurz den Unterschied erläutern und wann welcher Therapieansatz zum Einsatz kommt?

**Sonja Tesar:** Die Migräne ist eine attackenförmig ablaufende Erkrankung. Hauptsächlich beschäftigen wir uns mit der Linderung der Symptome während einer Attacke – das ist die sogenannte *Akuttherapie*. Da gilt es, so schnell wie möglich das richtige Medikament einzunehmen. "Richtig" ist ein Medikament dann, wenn es innerhalb von 2 Stunden die am meisten belastenden Symptome lindert – das kann der Schmerz sein, aber auch die Übelkeit oder die Reizüberempfindlichkeit.

Die *Prophylaxe* dient dazu, die Anzahl der Migränetage zu reduzieren beziehungsweise die Intensität zu lindern. Wir zählen nicht Attacken, die können ja auch 3 Tage andauern, sondern Tage. Dazu gehört zunächst immer die nicht-medikamentöse Therapiesäule mit Lebensstilmaßnahmen und allem, was man selbst beitragen kann. Ich sage immer meinen Patientinnen, sie müssen Expertinnen ihrer Erkrankung werden. Und dann gibt es mittlerweile viele medikamentöse Optionen. Ab 3 oder mehr Migränetagen pro Monat sprechen wir über medikamentöse Therapieoptionen zur Prophylaxe.

## CGRP-Antikörper in der Migräneprophylaxe

00:07:53

**Irene Senn:** In der Migräneprophylaxe hat sich in den vergangenen 5 bis 7 Jahren sehr viel getan. Es sind unter anderem die CGRP-Antikörper auf dem Markt – inzwischen sind es 4 Substanzen. Wie unterscheiden sich diese in ihrer Anwendung und Wirksamkeit?

**Sonja Tesar:** Generell ist damit ein Meilenstein in der Migräneprophylaxe erreicht worden. Die Entdeckung, dass das *Calcitonin Gene-Related Peptide* (CGRP), dieses Eiweißmolekül, ein Schlüssel­molekül in der Entstehung einer Migräne­attacke ist, gab es schon Ende der 80er Jahre. Man hat festgestellt, dass im Jugularvenen-Blut (*Anmerkung: Blutgefäße im Halbereich*) der Patient:innen CGRP während einer Attacke massiv ansteigt. Seit damals be­forscht man dieses Molekül als therapeutisches Target. Es gab bereits Gepante, die jedoch nicht über die Phase-3-Studie hinaus­kamen. Dann endlich 2018 (für Österreich geltend) kam der erste monoklonale CGRP-Antikörper, Erenumab, gefolgt von Fremanezumab und Galcanezumab im Frühjahr 2019. Im Januar 2023 kam dann noch Eptinezumab dazu.

Die ersten drei genannten sind in einer subkutanen Version verfügbar:

- Erenumab: einmal alle 28 Tage
- Galcanezumab: monatlich
- Fremanezumab: monatlich oder in der Dreifachdosis quartalsweise subkutan

Eptinezumab wird quartalsweise über die Vene verabreicht.

Es gibt keine direkten "Head-to-Head-Studien", die einen Antikörper gegen den anderen vergleichen, nur indirekte Hinweise. Mittlerweile gehen wir davon aus, dass sie alle auf Augenhöhe sind. Es gibt keine klare Indikation, welcher Antikörper für welchen Patienten optimal ist.

Es gibt einige Feinheiten zu beachten. Erenumab verursacht z.B. eher eine Obstipationsneigung als Nebenwirkung. Wenn ein Patient bereits zu Verstopfungen neigt, wird man eher einen anderen Antikörper wählen. Dann gibt es gewisse individuelle Vorlieben der Patient:innen. Manche bevorzugen die Selbstinjektion mit einem Pen, andere gehen lieber zum Hausarzt. Und natürlich auch der zeitliche Unterschiede: monatlich versus quartalsweise Gabe.

Der grundlegende Wirkmechanismus unterscheidet sich nur darin, dass Erenumab den Rezeptor blockiert, während die anderen drei das CGRP-Molekül selbst unwirksam machen.

In Wirksamkeit und Verträglichkeit gibt es keine groben Unterschiede. Wir haben mittlerweile international etwa 10 Jahre Erfahrung mit diesen Antikörpern und können bestätigen, dass ein hervorragendes Nutzen-Risiko-Profil besteht. Bis heute haben sich keine schweren Nebenwirkungen gezeigt. Es gibt keine Kontraindikationen außer gegen Bestandteile des Antikörpers selbst. Vorsicht ist geboten bei:

- Morbus Raynaud (Gefäßkrämpfe mit Verfärbungen der Finger bei Kälte)
- Frischem Schlaganfall oder Herzinfarkt (kein gleichzeitiger Beginn, nach einer gewissen Zeit kann aber wieder damit gestartet werden)

Das heißt wir haben nach wie vor ein sehr gutes Sicherheitsprofil und sind sehr froh, dass wir eine spezifische Wirkung haben mit raschem Wirkerfolg. Die Wirkung tritt bei der Infusion am schnellsten ein, aber auch bei den subkutanen Versionen kann ein Wirkungseintritt in den ersten 3-5 Tagen erfolgen, wie Real-World-Daten bestätigen.

## Dauer der CGRP-Antikörper-Therapie

00:12:27

**Irene Senn:** Wie lange wird so eine Therapie fortgeführt?

**Sonja Tesar:** Das ist eine wichtige Frage. Bei einer unheilbaren Erkrankung wie Migräne haben wir nie einen kurativen Effekt – es ist nie vollständig vorbei. Von herkömmlichen Substanzklassen wie Betablockern wissen wir, dass sie nach dem Absetzen einen Nachwirkeffekt haben können. Bei den Antikörpern haben wir bisher noch keine krankheitsmodifizierenden Effekte nachgewiesen.

Die DGN-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) von Dezember 2022, die von Deutschland, Schweiz und Österreich gemeinsam entwickelt wurden, und an denen auch ich mitwirken durfte, legen den Therapiezeitraum wie folgt fest:

- Patienten mit unter 8 Migränetagen pro Monat: 9–12 Monate
- Patienten mit über 8 Tagen oder chronischer Migräne (15+ Kopfschmerztage/Monat): 12–24 Monate

Danach sollte eine Therapiepause erwogen werden, um zu sehen, ob es auch ohne Antikörper geht. Wenn nicht, beginnt man wieder.

Wichtig ist zu wissen, dass diese CGRP-Antikörper einem Regeltext unterliegen. Obwohl die Europäische Gesellschaft für Kopfschmerzen und auch amerikanische Experten in ihrem Positionspapier die CGRP-Antikörper als erste Wahl in der Migräneprophylaxe empfehlen, gibt es gewisse Voraussetzungen für ihre Verordnung, die ökonomisch bedingt sind. Diese sind:

- 4 oder mehr Migränetage oder chronische Formen
- 3 Vortherapien mit herkömmlichen Substanzklassen ODER
- Kontraindikationen gegen diese ODER
- Abbruch wegen Nebenwirkungen

Erst dann kann ein Antikörper für die besagte Therapiedauer verordnet werden.

## Erfahrungen nach dem Absetzen der Antikörper

00:15:30

**Irene Senn:** Haben Sie Real-World-Erfahrungen dazu, ob nach dem Absetzen die Wirkung bestehen bleibt?

**Sonja Tesar:** Die haben wir zahlreich, aus Studien und Real-World-Erlebnissen. Es ist sehr unterschiedlich, aber meistens kehren die Symptome zwischen dem zweiten und dritten Monat der Pause zurück. Den erwähnten krankheitsmodifizierenden Effekt haben wir bisher nicht gesehen.

International wird diskutiert, dass wir mit diesen Antikörpern eigentlich einen langen Akuteffekt erzeugen, der ein großartiges Nutzen-Risiko-Profil hat, aber nichts Langfristig-Modifizierendes bewirkt. Sobald der Antikörper ausgeschieden ist, kann es wieder losgehen.

Ich persönlich merke aber, dass Patient:innen, die vorher eine sehr schlechte Lebensqualität hatten und durch den Antikörper wieder Energie bekommen, soziale Isolation überwinden und wieder Sport treiben, durchaus indirekt krankheitsmodifizierende Effekte erfahren können. Die verbesserte Lebensqualität kann dazu beitragen, dass manche Patienten monatelang auch ohne Antikörper gut auskommen.

## Reduktion der Migränetage durch CGRP-Antikörper

00:17:09

**Irene Senn:** Wie stark reduziert sich die Anzahl der Migränetage? Geht es tatsächlich Richtung Null oder was bewerten Sie als Erfolg?

**Sonja Tesar:** Grundsätzlich sollte bei episodischer Migräne eine Reduktion um 50% erreicht werden, bei chronischer um 30%. Etwa 40% der Migränepatienten erreichen eine 50-prozentige oder stärkere Reduktion.

Es gibt tatsächlich Monate, die wir als migränefrei verbuchen können. Fast noch wichtiger: Patienten berichten oft von Tagen, wo sie nur einen Hauch von Ansatz spüren, der nicht zu einer vollen Migräneattacke durchbricht. Wenn dieser leichte Ansatz zu keinerlei Beeinträchtigung führt, ist das ein großartiger Erfolg. Die Patienten brauchen keine Akutmedikamente und können ihren Alltag normal fortsetzen.

## Gepante in der Migräneprophylaxe

00:18:16

**Irene Senn:** Wenn wir noch kurz bei der Prophylaxe bleiben – neben den CGRP-Antikörpern gibt es mittlerweile auch die Gepante, konkret die Substanz Rimegepant in Österreich. Welche Rolle spielen diese?

**Sonja Tesar:** In Österreich bzw. durch die EMA (Europäische Arzneimittelkommission) sind zwei Gepante zugelassen:

1. Rimegepant (75 mg) – für akut und prophylaktisch zugelassen als Tablette
2. Atogepant – als Tablette zugelassen, aber noch ohne Erstattungsfähigkeit

Für Rimegepant 75 mg haben wir gehört, dass es wahrscheinlich ab September 2025 erstattungsfähig werden soll (grüne Box), vermutlich mit gewissen Vorgaben für die Verordnung.

## Gepante vs. CGRP-Antikörper

00:19:20

**Irene Senn:** Für welche Patienten raten Sie eher zu einem Gepant statt zu einem CGRP-Antikörper?

**Sonja Tesar:** Ein wichtiges Argument ist die Steuerbarkeit der Therapie. Das ist ein entscheidender Unterschied zwischen diesen beiden Wirkstoffgruppen. Wenn der Antikörper einmal injiziert wurde – sei es subkutan oder intravenös – zirkuliert er im Körper und kann nicht mehr entfernt werden. Der Körper baut ihn langsam ab, was mehrere Monate dauern kann. Bei

den Gepanten hingegen, die als Tabletten eingenommen werden, endet die Wirkung, sobald man die Einnahme stoppt. Der Wirkstoff wird rasch metabolisiert und ausgeschieden.

Diese bessere Steuerbarkeit der Therapie ist besonders relevant in Situationen, wo man die Therapie möglicherweise schnell beenden möchte oder muss – insbesondere bei Kinderwunsch und Schwangerschaft. Hier zeigt sich ein klarer Vorteil der Gepante.

Ein vollständiger Washout eines CGRP-Antikörpers dauert bis zu 5 Monate. Deshalb gibt es einen internationalen Konsens unter Experten, dass man mindestens 3 Monate vor einer geplanten Schwangerschaft den Antikörper absetzen sollte. Obwohl es mittlerweile ermutigende Daten gibt – die WHO führt eine Datenbank mit etwa 270 dokumentierten Schwangerschaften, bei denen CGRP-Antikörper verwendet wurden und keine Probleme auftraten – sind wir noch weit davon entfernt, diese Medikamente in der Schwangerschaft als unbedenklich einzustufen. Die Datenlage ist einfach noch nicht ausreichend für eine Entwarnung.

Rimegepant als orales Gepant wird in der prophylaktischen Anwendung typischerweise jeden zweiten Tag eingenommen. Die orale Gabe bietet hier einen praktischen Vorteil gegenüber Injektionen. Sobald man die Einnahme stoppt, ist der Wirkstoff innerhalb weniger Tage vollständig aus dem Körper ausgeschieden. Diese schnelle Eliminierung gibt deutlich mehr Flexibilität im Therapiemanagement.

Ein weiterer Anwendungsbereich, bei dem Gepante besondere Vorteile bieten können, ist die *menstruelle Migräne*. Bei dieser speziellen Form leiden Frauen meist in einem vorhersehbaren Zeitfenster – typischerweise 2 Tage vor bis 3 Tage nach Beginn der Menstruation – unter besonders starken Attacken. Da man diesen Zeitraum gut kennt, kann man eine Kurzzeitprophylaxe gezielt für diese Tage durchführen. Hierzu eignen sich Gepante besonders gut, da sie schnell wirken und nicht dauerhaft gegeben werden müssen.

Zudem bieten Gepante eine wichtige Alternative für Patienten, bei denen CGRP-Antikörper nicht ausreichend wirksam sind. Obwohl beide Wirkstoffklassen im CGRP-System angreifen, tun sie dies auf unterschiedliche Weise: Während Gepante das CGRP-Molekül oder dessen Rezeptor blockieren, neutralisieren Antikörper das Molekül im Blutkreislauf. Dieser leicht unterschiedliche Angriffspunkt kann bedeuten, dass Patienten, die auf die eine Substanzklasse nicht ausreichend ansprechen, möglicherweise von der anderen profitieren können.

Nicht zuletzt spielt auch die Anwendungspräferenz eine Rolle: Manche Patienten bevorzugen einfach die orale Einnahme einer Tablette gegenüber regelmäßigen Injektionen, selbst wenn diese nur monatlich oder quartalsweise erfolgen müssen.

## Rolle herkömmlicher Prophylaxe-Medikamente

00:21:26

**Irene Senn:** Welche Rolle spielen die herkömmlichen Wirkstoffklassen noch in der Migräneprophylaxe, seit diese neuen Wirkstoffgruppen verfügbar sind? Ich denke an Calciumantagonisten, Antikonvulsiva und ähnliche Substanzklassen.

**Sonja Tesar:** Sie sind nach wie vor wichtig:

- Der Regeltext schreibt vor, dass wir zuerst diese herkömmlichen Substanzen ausprobieren müssen, bevor CGRP-Medikamente verordnet werden können

- Bei Frauen im gebärfähigen Alter können manche Substanzen kontraindiziert sein
- Bei begleitenden Problemen können bestimmte ältere Wirkstoffe vorteilhaft sein:
  - *Amitriptylin* bei zusätzlichen Schlafstörungen (Win-Win-Situation)
  - *Betablocker* bei nervösen, impulsiven Patienten, die davon profitieren, etwas "gechillter" zu werden

Diese Medikamente haben durchaus ihr Standing und sind wirksam. *Topiramate* beispielsweise ist zwar nebenwirkungsreich, aber von der Wirkung her mit den Antikörpern vergleichbar. Für Frauen im gebärfähigen Alter ist es allerdings wegen des Risikos von Fruchtschäden kaum noch zu verantworten.

Ich würde niemanden mit langer Therapiedauer mit diesen älteren Substanzen quälen, wenn sie nicht ausreichend wirksam sind – nicht mehr, wo wir bessere Alternativen haben.

## Akuttherapie mit NSAR und Triptanen

00:23:12

**Irene Senn:** Kommen wir noch kurz zur Akuttherapie. Da spielen natürlich NSAR und Triptane eine sehr wichtige Rolle. Worauf sollten Apotheker und Apothekerinnen bei der Beratung besonders achten?

**Sonja Tesar:** Generell sehen wir NSAR immer als erste Wahl, gefolgt von Triptanen. NSAR sind leichter erhältlich, aber man sollte beachten:

Frauen haben ein erhöhtes Risiko für Magengeschwüre, besonders bei Naproxen-Einnahme. Da sollte man vielleicht ein bisschen auf die Geschlechterunterschiede und Geschlechtersensibilität achten.

Ansonsten vielleicht auf die Wirksamkeit im Sinne von: Wie viele Tabletten pro Attacke brauche ich tatsächlich? Reicht es denn aus, eine Tablette zu nehmen? Das wäre das Ziel.

Und eben dann schon auch, wenn ich merke, es kommt jemand andauernd, um Packungen mit 50 Stück zu holen, nicht nur an die Prophylaxe zu denken, sondern vielleicht tatsächlich auch einmal die Triptane ins Spiel zu bringen.

Was die Triptane betrifft: Diese kennen wir seit 30 Jahren, und sie sind in verschiedenen Applikationsformen verfügbar. Das ist besonders wichtig, wenn Patienten unter Erbrechen leiden. Triptane sind hochspezifische Wirkstoffe für die Migränebehandlung und sehr sicher. Die anfängliche Scheu vor Triptanen, die uns leider beigebracht wurde, auch aufgrund möglicher preislicher Überlegungen, sollten wir unbedingt ablegen. Für Triptane muss eine Lanze gebrochen werden – sie gehören unbedingt mehr zum Einsatz gebracht, weil sie oftmals auch die Wiederkehr des Kopfschmerzes verhindern und nach 2 Stunden tatsächlich Beschwerdefreiheit herbeiführen können.

Letztlich muss jeder sein persönlich bestes Medikament herausfinden.



## Kardiovaskuläres Risiko von Triptanen

00:24:58

**Irene Senn:** Wie sehen Sie das kardiovaskuläre Risiko von Triptanen?

**Sonja Tesar:** Durch zahlreiche Anwendungen gibt es mittlerweile gute Studien und Meta-Analysen, die gezeigt haben, dass es kaum nennenswerte kardiovaskuläre Ereignisse gab. Die anfänglich befürchtete gefäßverengende Wirkung hat sich in der Langzeitbeobachtung als weniger problematisch erwiesen.

Natürlich können Nebenwirkungen auftreten, aber wir brauchen uns nicht zu fürchten vor diesen Substanzen. Bei labilen Blutdruckwerten oder Hochrisikopatienten wäre ich vorsichtiger, aber wir müssen bedenken: Das Risiko einer unbehandelten Migräneattacke für einen Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risikoprofil könnte größer sein als das Risiko durch ein Triptan. Außerdem ist Diclofenac bei kardiovaskulären Risikopatienten auch nicht unproblematisch.

Für Hochrisikopatienten gibt es seit August 2022 in Österreich ein Ditan zugelassen – eine Weiterentwicklung des Triptans, selektiv auf den 5-HT<sub>1F</sub>-Rezeptor der Serotoninrezeptoren, das definitiv keine Gefäßverengung verursacht. Das wäre hier die ideale Alternative.

## Kombination von Prophylaxe und Akuttherapie

00:26:38

**Irene Senn:** Es gibt ja Patienten, die unter Prophylaxe weiterhin Attacken haben und dann eine Akuttherapie benötigen. Gibt es Daten zu Wechselwirkungen oder wie diese am besten kombiniert werden können?

**Sonja Tesar:** Die monoklonalen CGRP-Antikörper haben keine Wechselwirkungen mit Akuttherapien. Auch für Betablocker, Amitriptylin oder Topiramamat sind keine relevanten Wechselwirkungen mit NSAR oder Triptanen bekannt.

Das theoretisch mögliche Serotonin-Syndrom existiert praktisch nicht in der Praxis. Man braucht sich nicht zu fürchten – Prophylaxe und Akuttherapie können gut kombiniert werden.

## Ausblick: Zukünftige Entwicklungen in der Migränetherapie

00:27:28

**Irene Senn:** Können wir zum Abschluss noch einen Blick in die Zukunft werfen? Was tut sich in der Pipeline, und was ist in den nächsten Jahren in der Migränetherapie zu erwarten?

**Sonja Tesar:** Die Forschung steht nicht still. Trotz des guten Nutzen-Risiko-Profiles der CGRP-Antikörper gibt es Patienten, die nicht darauf ansprechen. CGRP ist nicht der einzige mögliche Angriffspunkt.

Vielversprechende Entwicklungen:

- *PACAP-Rezeptor* (positive Signale nach anfänglich negativen Studienergebnissen)
- *Amylin* (noch in früheren Forschungsstadien)

Für PACAP erwarten wir relevante Ergebnisse etwa 2028.

Nicht zu vergessen ist *Botulinumtoxin* für die chronische Migräne, das ebenfalls verfügbar ist. Die Gepante werden hoffentlich bald breiter verfügbar (Rimegepant ab September, Atogepant hoffentlich später).

Auch im nicht-medikamentösen Sektor gibt es Fortschritte:

- *Externe Trigemulusstimulation* (Gerät für die Stirn – akut und prophylaktisch)
- *Magnetstimulation* (mit Armbändern – in Deutschland)
- In Deutschland bereits in der Erstattung, in Österreich leider noch nicht

Wichtig bleibt auch die Selbstverantwortung des Patienten – Aufklärung ist hier entscheidend:

- *Kognitive Verhaltenstherapie*
- *Ausdauersport*
- *Regelmäßige Ernährung* (nicht Sonderformen, sondern Regelmäßigkeit)
- *Regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus*
- Behandlung psychischer Belastungen

Wichtig zu erwähnen: Migräne ist nicht wegoperierbar. Die sogenannte Migränechirurgie hat nach 30 Jahren immer noch keinen Wirksamkeitsnachweis erbracht und wird von uns nicht empfohlen.

## Fazit

00:31:17

**Irene Senn:** Danke für diesen tollen Überblick. Gibt's abschließend etwas, das Sie unseren Hörerinnen und Hörern noch für ihre Arbeit an der Tara in der Apotheke mitgeben wollen?

**Sonja Tesar:** Ich möchte mich bedanken, weil wir zusammenarbeiten, und ich glaube, unsere Apothekerinnen und Apotheker sind "Gatekeeper" – sie sehen die Patienten, die nicht gut versorgt sind, durch die Apotheken aber sehr gut versorgt werden können. An dieser Stelle ein großes Dankeschön.

Es wäre schön, wenn wir noch enger zusammenarbeiten könnten. Patienten, die resigniert haben und sich lieber selbst behandeln (Stichwort OTC-Drugs, Medikamenten-Übergebrauchskopfschmerz), sollten zu uns geschickt werden. Es gibt Möglichkeiten, wir können helfen.

Migräne muss man nicht einfach hinnehmen – man kann etwas tun, man kann sie hervorragend managen. Gemeinsam können wir das heute und in Zukunft besser als je zuvor.

**Irene Senn:** Vielen Dank für diese positiven Schlussworte und vielen Dank für das ausführliche und informative Gespräch.

**Sonja Tesar:** Sehr gerne.

**Irene Senn:** Ihnen, liebe Hörerinnen, vielen Dank fürs Zuhören. Bis zum nächsten Mal bei ÖAZ im Ohr.

## Outro

00:32:39

**Silvana Strieder:** Das war Episode 13 von ÖAZ im Ohr zum Thema medikamentöse Migränetherapien. Wir hoffen, dass die Informationen in Ihrem Apothekenalltag hilfreich sind. Ihre Rückmeldung und Themenwünsche sind uns wichtig. Schreiben sie uns gerne an [redaktion@apoverlag.at](mailto:redaktion@apoverlag.at).

Ergänzend zum heutigen Thema finden Sie in der aktuellen ÖAZ einen Beitrag zum Thema Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen (MOH): Wie er entsteht, wie er verhindert werden kann und wie Entzug gelingen kann. Außerdem behandeln wir eine weitere wichtige neurologische Indikation, die Epilepsie, und thematisieren, was bei der Abgabe von gängigen Antikonvulsiva zu beachten ist. Vielen Dank fürs Zuhören von dieser Episode und bis in 2 Wochen mit einer neuen Ausgabe von ÖAZ im Ohr bis. Dahin bleiben Sie neugierig, gut informiert und denken Sie daran. Ihr Wissen ist die beste Medizin.

*Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben, die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Apothekerin, einem Apotheker.*