

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Aktuelles:

**Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz
und Migräne – Vorbeugung, Vorgehen
und Tipps für den Umgang mit einer
komplexen Erkrankung**

Vigl M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2018; 19 (4), 158-160

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70
Bavaria_HFB/Alto/Warri | Stock Adobe

Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz und Migräne – Vorbeugung, Vorgehen und Tipps für den Umgang mit einer komplexen Erkrankung

M. Vigl

■ Klinische Charakteristika

Bei Patienten mit einem primären Kopfschmerz und häufiger Einnahme von Schmerzmedikamenten kann sich komplizierend ein „Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz“ (Medication-Overuse Headache = MOH) entwickeln, denn diese Medikamente können bei regelmäßigem Gebrauch selbst Kopfschmerzen verursachen.

Definitionsgemäß spricht man laut der aktuellen IHS- (International Headache Society-) Klassifikation [1] von einem MOH, wenn:

- bei einem vorbestehenden primären Kopfschmerzsyndrom an mindestens 15 Tagen pro Monat ein Kopfschmerz besteht und
- für mindestens drei Monate regelmäßig Schmerzmittel eingenommen werden,
 - bei Monoanalgetika an mindestens 15 Tagen pro Monat,
 - bei Einnahme von Triptanen, Ergotaminen, Opioiden oder Mischanalgetika an mindestens 10 Tagen pro Monat.

Meist berichten die Patienten von einer Änderung der Kopfschmerzqualität, einer nachlassenden Wirksamkeit bzw. Wirkdauer der Schmerzmedikation und zusätzlichen Symptomen wie Konzentrations- und Schlafstörungen. Häufig entwickelt sich auch ein Dauerkopfschmerz zwischen den einzelnen Attacken.

Am häufigsten kann sich ein MOH bei Migräne entwickeln, gefolgt vom Kopfschmerz vom Spannungstyp. Etwa die Hälfte der Patienten, auf die die Diagnose einer chronischen Migräne zutrifft, leiden auch unter einem MOH. Clusterkopfschmerz-Patienten entwickeln einen MOH nur, wenn sie zusätzlich an einer Migräne leiden oder eine positive Familienanamnese dafür haben. Bei Patienten, die regelmäßig Schmerzmittel aufgrund von anderen Indikationen

einnehmen (z. B. rheumatologische Erkrankungen), entwickelt sich kein MOH, außer sie leiden auch noch zusätzlich an einem primären Kopfschmerz.

■ Prävalenz und Risikofaktoren

Die Prävalenz des MOH liegt bei 1–2 % in der Allgemeinbevölkerung (Werte einzelner Studien reichen von 0,5 bis 7,2 %) [2], wobei Frauen dreimal häufiger betroffen sind als Männer. Weltweit leiden geschätzte 63 Millionen unter einem MOH [3]. Laut einer Studie an acht österreichischen Kopfschmerzzentren sind 15,6 % der dort behandelten Patienten von einem MOH betroffen [4]. Häufig ist der MOH mit psychiatrischen Komorbiditäten wie Depression und Angststörung assoziiert [5].

Zu den Risikofaktoren, einen MOH zu entwickeln, gehören primäre Kopfschmerzen, wie Migräne und Spannungskopfschmerzen, weibliches Geschlecht, > 10 Kopfschmerztage pro Monat, niedriger sozialer Status, andere chronische Schmerzerkrankungen, Stress, körperliche Inaktivität, Übergewicht, Rauchen, abhängiges Verhalten und andere psychiatrische Erkrankungen wie Depression oder Angsterkrankungen [6, 7].

■ Pathogenese

Die Pathogenese des MOH ist noch nicht zur Gänze geklärt, er dürfte das Ergebnis einer Interaktion zwischen exzessivem Medikamentengebrauch und empfänglichen Patienten mit genetischer Disposition sein. Rezente Imaging-Studien haben strukturelle und funktionelle Veränderungen bei Patienten mit MOH beschrieben, wie z. B. ein vermehrtes Volumen im periaquäduktalen Grau, welches nach erfolgreichem Entzug reversibel war [8]. Durch die stetige Zufuhr von Schmerzmedikamenten kommt es zu einem Gewöhnungsprozess im Gehirn, die langsam entstehende Erschöpfung der zentralen Schmerzabwehrsysteme

führt zu einer Hypersensitivierung der Schmerzwahrnehmung, welche wiederum zu einem erhöhten Analgetikabedarf führt, der wiederum die zentrale Hyperexzitabilität verstärkt und somit den *Circulus vitiosus* aufrecht erhält.

■ Prävention und Therapie des MOH

Erstaunlicherweise wissen sehr wenige Betroffene um ihr Krankheitsbild – die Aufklärung über den Zusammenhang zwischen exzessivem Medikamentengebrauch und Verschlechterung der Kopfschmerzen sollte daher am Beginn jeder Behandlung stehen.

An dieser Stelle möchte ich die Wichtigkeit der Anamneseerhebung durch die betreuenden Ärzte in Bezug auf Kopfschmerztage und Tage mit Analgetika-Einnahme betonen, wobei für die Diagnose eines MOH lediglich die Einnahmetage gerechnet werden; die Menge der an diesen Tagen verwendeten Analgetika ist hierfür irrelevant. Hier kommt insbesondere den praktischen Ärzten, die meist die erste Anlaufstelle von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen sind, eine entscheidende und wegweisende Rolle in der Prävention und Erstbehandlung des MOH zu. In Ländern, wo medienübergreifende Aufklärungskampagnen durchgeführt wurden [9], konnte ein positiver präventiver Effekt nachgewiesen werden.

Als Richtlinie für die Patienten wurde die sogenannte „10–20 Regel“ definiert, das heißt, es sollten an maximal 10 Tagen pro Monat Medikamente eingenommen werden (dies sollte aber in adäquater und ausreichender Menge erfolgen) und mindestens 20 Tage sollten komplett medikamentenfrei sein [10]. Zur Kontrolle bieten sich Kopfschmerztagebücher an.

In randomisierten Studien ist bei Patienten mit MOH die Wirksamkeit von Topiramat [11] oder Onabotulinumtoxin A [12] wissenschaftlich bewiesen.

Diese beiden Therapieoptionen können somit vor einer Medikamentenpause angeboten werden, da sie bei manchen Patienten zu einer so deutlichen Frequenzreduktion der Kopfschmerztag führen, dass kein Medikamentenübergebrauch mehr besteht.

Wenn auch zum Teil kontroversiell diskutiert, besteht doch weitgehender Konsens darin, dass die Therapie der Wahl beim MOH die Medikamentenpause ist [13]. Diese kann im ambulanten, stationären oder tagesklinischen Setting angeboten werden, letzteres steht in Österreich bis dato leider noch nicht zur Verfügung. Laut Literatur sind beide Methoden ähnlich erfolgreich. Ob eine ambulante oder stationäre Medikamentenpause angeboten wird, hängt neben der Motivation der Patienten von vielen Faktoren ab: Ein stationäres Setting ist erfahrungsgemäß zu bevorzugen bei:

- langjährigem Abusus,
- bereits erfolgten Entzügen,
- psychiatrischen Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen und
- ungünstigen familiären Bedingungen.

In beiden Fällen ist eine engmaschige und motivationsunterstützende Betreuung wichtig. In der zweiten Ausgabe der IHS-Klassifikation war noch eine 2-monatige Pause als Diagnosebestätigung gefordert, die klinische Erfahrung zeigt allerdings, dass eine 4-wöchige Pause bereits ausreichend ist. Meist stellt sich unter stationären Bedingungen bereits nach 8–12 Tagen Schmerzfreiheit ein [14, 15].

Den berufstätigen Patienten rate ich meist zu einem mindestens zweiwöchigen Krankenstand bzw. Beurlaubung, da eine Medikamentenpause im üblichen Berufs- und Alltagsleben meines Erachtens von Beginn an zum Scheitern verurteilt ist und gerade die persönliche Auszeit ein wichtiger Reduktionsfaktor im negativen Stressmanagement sein kann. In einer norwegische Studie [16] konnte gezeigt werden, dass für einen Teil der Betroffenen mit unkomplizierten Verläufen nur eine kurze ärztliche Intervention bzw. Edukation bereits ausreichend war, um den Medikamentenübergebrauch zu unterbrechen.

Der Entzug wird weltweit unterschiedlich durchgeführt [17], auch in Ös-

terreich gibt es keine standardisierten therapeutischen Protokolle. Einheitlich wird empfohlen, die Schmerzmedikamente abrupt abzusetzen, außer beim Gebrauch von Barbituraten, Benzodiazepinen oder Opioiden, wo eine schrittweise Reduktion erforderlich ist.

Das Entzugssyndrom mit Verschlimmerung der Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hypotension, Tachykardie, Schwindel, Unruhe und Schlafstörungen ist zwischen dem 2. und 10. Tag zu erwarten. Hierfür stehen verschiedene symptomatische Therapien zur Verfügung wie intravenöse Flüssigkeitssubstitution, Antiemetika (wie Domperidon oder Metoclopramid), Clonidin oder Benzodiazepine [18].

Kontroversiell wird in Fachkreisen diskutiert, ob man beim Durchbruch von Entzugskopfschmerzen Schmerzmittel wie zum Beispiel ASS i.v. oder Naproxen anbieten sollte. Als Gegenargument kann man hier anführen, dass dadurch der Pathomechanismus des MOH weiter unterhalten wird. Alternativ können hier zur Schmerzdistanzierung trizyklische Antidepressiva, schwach- und mittelpotente Neuroleptika und Antiepileptika eingesetzt werden [10]. Für eine begleitende Kortisonstoßtherapie zur Unterdrückung der Entzugskopfschmerzen gibt es wenig wissenschaftliche Evidenz, sie hat sich aber in der klinischen Praxis bei fehlenden Kontraindikationen als sehr hilfreich erwiesen (z. B. über 5 Tage je 100 mg Aprednisolon unter Magenschutz) [19, 20].

Wichtig erscheint ein multidisziplinäres, multimodales Programm [21]. Eine Ergänzung durch psychologisch-verhaltenstherapeutische und physiotherapeutische Therapieangebote erscheint sinnvoll. Hier sollten Entspannungstechniken, Biofeedback, Stressmanagement, kognitive Verhaltenstherapie und Bewegungstherapie angeboten werden, besonders für die Zeit nach dem erfolgreichen Entzug. Eine Konsolidierung der medikamentenfreien Phase kann in einem anschließenden Rehabilitationsaufenthalt erreicht werden.

■ Prophylaxe und Prognose

Um einen Rückfall nach einer erfolgreichen Pause zu vermeiden, sind engmaschige klinische Kontrollen (anfänglich

alle 4–6 Wochen) sowie die Einleitung einer medikamentösen und verhaltenstherapeutischen Prophylaxe notwendig. Wann nach einer Medikamentenpause mit einer Prophylaxe begonnen werden soll, wird ebenfalls sehr unterschiedlich gehandhabt. Bei unkomplizierten Verläufen kann auch erst nach 2–3 Monaten damit begonnen werden, für die meisten Betroffenen empfiehlt sich allerdings ein früher Beginn [22]. In einer rezenten Metaanalyse konnte eine vergleichbare Wirksamkeit der gängigen Prophylaktika aufgezeigt werden [23]. Welchen Stellenwert der erst kürzlich zugelassenen CGRP-Antikörper Erenumab (Aimovig®) in der Migräneprophylaxe erreichen wird, werden entsprechende Studien und die klinische Praxis zeigen.

50–70 % der Patienten mit einem behandelten MOH betreiben nach 1 Jahr keinen Medikamentenabusus mehr, bei einem längeren Beobachtungszeitraum von 6 Jahren zeigt sich leider eine Rückfallquote von 40–50 %, wobei sich hier vor allem ein höheres Risiko für Patienten mit Spannungskopfschmerz und langjährigem Medikamentenübergebrauch zeigt [24, 25].

Take home-message

Besonders wichtig beim Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz ist eine umfassende Aufklärung der Patienten sowie eine persönliche, positiv-motivierende Betreuung und ein multimodales Therapiekonzept.

Literatur:

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders ICHD-3, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1–211.
2. Westergaard ML, Hansen EH, Glümer C, et al. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. Cephalalgia 2014; 34: 409–25.
3. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015; 386: 743–800.
4. Zeberholzer et al. Prevalence, management and burden of episodic and chronic headaches – a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. J Headache Pain 2015; 16: 46.
5. Lampl C, Thomas H, Tassorelli C, et al. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. J Headache Pain 2016; 17: 59.
6. Sarchielli P, Corbelli I, Messina P, Cupini LM, Bernardi G, Bono G, et al. Psychopathological comorbidities in medication-overuse headache: a multicentre clinical study. Eur J Neurol 2016; 23: 85–91.
7. Westergaard ML, Glümer C, Hansen EH, Jensen RH. Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: Results from a population-based representative survey. Cephalalgia 2016; 36: 15–28.

8. Riederer F, Gantenbein AR, Marti M, Luechinger R, Kollias S, Sandor PS. Decrease of gray matter volume in the midbrain is associated with treatment response in medication-overuse headache: Possible influence of orbitofrontal cortex. *J Neuroscience* 2013; 33: 15343–9.
9. Carlsen LN, Westergaard ML, Bisgaard M, et al. National awareness campaign to prevent medication-overuse headache in Denmark. *Cephalalgia* 2018; 38: 1316–25.
10. Göbel H. *Die Kopfschmerzen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, 2012.
11. Diener HC, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwalen S, Goadsby PJ. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2007; 27: 814–23.
12. Aurora SK, Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, Silberstein SD, Lipton RB, et al. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. *Cephalalgia* 2010; 30: 793–803.
13. Carlsen LN, Munksgaard SB, Jensen RH, Bendtsen L. Complete detoxification is the most effective treatment of medication-overuse headache: a randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia* 2018; 38: 225–36.
14. Louter MA, Robbins MS, Terwindt GM. Medication overuse headache: an ongoing debate. *Neurology* 2017; 89: 1206–7.
15. Olesen J. Detoxification for medication overuse headache is the primary task. *Cephalalgia* 2012; 32: 420–2.
16. Kristoffersen ES, Straand J, Vetvik KG, Benth JS, Russell MB, Lundqvist C. Brief intervention for medication-overuse headache in primary care. The BIMOH study: a double-blind pragmatic cluster randomised parallel controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86: 505–12.
17. Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, Lloyd J, et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *J Headache Pain* 2018; 19: 50.
18. Chiang CC, Schwedt TJ, Wang SJ, Dodick DW. Treatment of medication-overuse headache: A systematic review. *Cephalalgia* 2016; 36: 371–86.
19. Boe MG, Mygland A, Salvesen R. Prednisolone does not reduce withdrawal headache: a randomized, double-blind study. *Neurology* 2007; 69: 26–31.
20. Paolucci M, Altamura C, Brunelli N, Rizzo AC, Assenza F, Pasqualetti P, et al. Methylprednisolone plus diazepam i.v. as bridge therapy for medication overuse headache. *Neurol Sci* 2017; 38: 2025–9.
21. Kropp P, Meyer B, Dresler T, Fritsche G, Gaul C, Niederberger U, et al. Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung der Migräne. Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. *Der Schmerz* 2017; 35: 14.
22. Rossi P, Jensen R, Nappi G, Allena M. A narrative review on the management of medication overuse headache: the steep road from experience to evidence. *J Headache Pain* 2009; 10: 407–17.
23. De Goffau MJ, Klaver ARE, Willemsen MG, et al. The effectiveness of treatments for patients with medication overuse headache; a systematic review and meta-analysis. *J Pain* 2016; 18: 615–27.
24. Raggi A, Giovannetti AM, Leonardi M, Sansone E, et al. Predictors of 12-months relapse after withdrawal treatment in hospitalized patients with chronic migraine associated with medication overuse: a longitudinal observational study. *Headache* 2017; 57: 60–70.
25. Tribl GG, Schnider P, Wöber C, et al. Are there predictive factors for long-term outcome after withdrawal in drug-induced chronic daily headache? *Cephalalgia* 2001; 21: 691–6.

Korrespondenzadresse:

OÄ Dr. Marion Vigl
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Abteilung für Neurologie, Neurologische
Rehabilitation und Akutgeriatrie
A-1020 Wien, Johannes von Gott-Platz 1
E-mail: ordination@marionvigl.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)