Journal für
Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Aktuelles: Positionspapier:

Triptane sicher anwenden

Zebenholzer K, Brössner G, Leis S

Riederer F, Tesar S

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2021; 22 (4), 205-208

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

Joint Meeting mit der Französischen Gesellschaft für Neurochirurgie

DGNC

2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen Forschung und Patientenversorgung

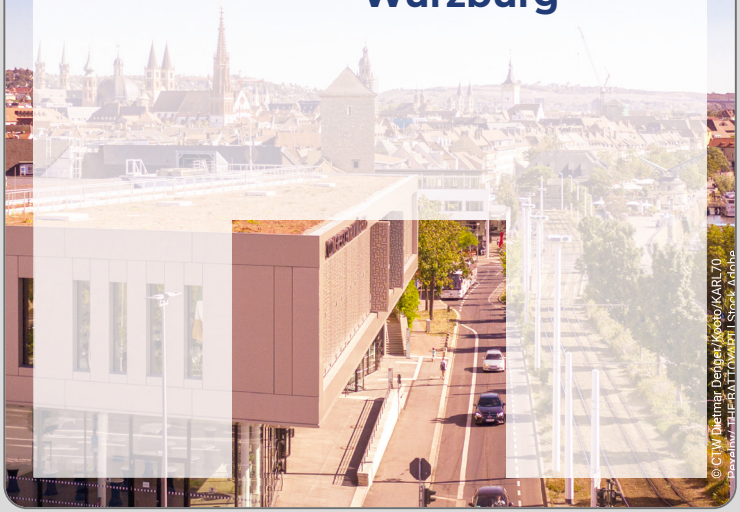
PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie

64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Positionspapier: Triptane sicher anwenden

K. Zebenholzer[1], G. Brössner[2], S. Leis[3], F. Riederer[4, 5], S. Tesar[5, 6]

Aus der [1]Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Wien; [2]Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck; [3]Universitätsklinik für Neurologie, neurologische Intensivmedizin und Neurorehabilitation der PMU, Christian-Doppler-Klinik Salzburg; [4]Neurologische Abteilung, Klinik Hietzing, Wien; [5]Universität Zürich, Medizinische Fakultät; [6]Neurologische Abteilung, Klinikum Klagenfurt

Einleitung

Bei akuten Migräneattacken sind Triptane die Substanzen mit der besten Wirksamkeit [1]. Sie sollten leitliniengemäß bei akuten Migräneattacken mit mittelstarken bis starken Kopfschmerzen eingesetzt werden, wenn frühere Attacken nicht auf Analgetika oder nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben [1]. Eine 2018 publizierte Erhebung der Verschreibung und des Gebrauchs von Triptanen in Österreich [2] lässt vermuten, dass das Potenzial der Triptane hierzulande nicht ausgeschöpft wird. Viele Migränepatienten dürften nur eine unzureichende Akuttherapie anwenden. Einem relevanten Teil von ihnen könnte durch indikationsgemäße Verordnung von Triptanen zu einer besseren Kontrolle ihrer Migräne und damit zu mehr Lebensqualität verholfen werden.

Dieses Experten-Statement soll dazu beitragen, das Management der Migräne in Österreich zu verbessern. Es bietet einen kurzen Leitfaden zur Akuttherapie der Migräne mit Triptanen unter besonderer Berücksichtigung der kardio- und zerebrovaskulären Sicherheit.

Migräneprävalenz versus Triptangebrauch

Mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 10–18 % ist Migräne eine der häufigsten Kopfschmerzformen [3–9]. Der Prävalenzgipfel liegt zwischen dem 20. und dem 50. Lebensjahr, Frauen sind bis zu dreimal häufiger betroffen als Männer [10]. Der hohen Prävalenz der Migräne steht ein nur geringer Gebrauch von Triptanen gegenüber. In verschiedenen pharmako-epidemiologischen Studien aus Dänemark, Italien und den Niederlanden lag der Anteil der Triptananwender in der Allgemeinbevölkerung bei lediglich 0,7–2,3 %. Umgekehrt fand sich bei 3,3–10,0 % der Triptananwender ein Triptanübergebrauch [11–13]. Ähnlich stellt sich die Situation in Österreich dar. Basierend auf Verschreibungsdaten österreichischer Sozialversicherungsträger und der Migräneprävalenz in Österreich erhielten 2007 etwa 6 % der Personen mit Migräne ein Triptan [2].

Welche Migränepatienten sollten mit einem Triptan behandelt werden?

Triptane sind indiziert bei Patienten mit akuten Migräneattacken mittlerer bis starker Intensität, die nicht auf Analgetika oder NSAR ansprechen [2]. Die Ersteinstellung erfolgt durch Fachärzte für Neurologie, die Weiterverordnung kann durch den Hausarzt erfolgen.

Therapieziel: Ziel der Attackentherapie ist eine rasche Schmerzbeseitigung möglichst innerhalb von zwei Stunden. Eine Wirklatenz einer NSAR-Therapie von mehreren Stunden sollte nicht akzeptiert werden. Patienten, die NSAR zur Attackentherapie einsetzen, sollten daher nicht nur nach der prinzipiellen Wirksamkeit des NSAR gegen den Schmerz gefragt werden, sondern auch nach der Geschwindigkeit des Wirkeintritts. Manche Patienten finden sich damit ab, dass die Schmerzen erst nach einigen Stunden nachlassen. Sie sollten darüber informiert werden, dass eine gute Chance besteht, mit einem Triptan anstelle eines NSAR die Dauer der Migräneattacke deutlich zu verkürzen und somit an Lebensqualität zu gewinnen.

Handlungsempfehlung: Bei der Beurteilung von NSAR und Triptanen sollten auch die Sicherheitsprofile der beiden Substanzgruppen abgewogen werden.

Fazit:

Migräneattacken, die nicht auf Analgetika oder NSAR ansprechen, sollten mit einem Triptan behandelt werden (Ersteinstellung durch einen Neurologen).
Patienten sollten nicht nur danach gefragt werden, OB – sondern auch – WIE RASCH mit der Akutmedikation Schmerzlinderung erreicht wird. Bei einer Wirklatenz von NSAR von mehreren Stunden sollte der Wechsel zu einem Triptan besprochen werden.
Bei der Therapieentscheidung sollte das Sicherheitsprofil von NSAR und das Sicherheitsprofil von Triptanen abgewogen werden.

Wie ist die Sicherheit von NSAR zu bewerten?

Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) haben ein nicht unerhebliches Nebenwirkungspotenzial. In jeder Altersgruppe sind NSAR mit einem relevanten gastrointestinalen Risiko verbunden, wobei Frauen unter NSAR-Therapie ein größeres Risiko für das Auftreten von Blutungen bzw. Perforationen im Bereich des oberen Gastrointestinaltrakts haben als Männer [14]. Schädigungen der Magen- und Darmmukosa können bereits bei kurzzeitiger Anwendung von NSAR auftreten [15].

Zu beachten ist auch das erhöhte kardiovaskuläre Risiko von NSAR, das nicht auf die Langzeiteinnahme beschränkt ist. Bereits bei kurzzeitiger Einnahme von NSAR (< 7 Tage) kann das Risiko für arterielle thrombotische Ereignisse erhöht sein [16]. Daher sollten NSAR bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen nach Möglichkeit vermieden werden [16]. Nach Einschätzung der European Medicines Agency (EMA) ist das Myokardinfarkt- und Schlaganfallrisiko unter Diclofenac höher als unter Naproxen und Ibuprofen, unter hoch dosiertem Ibuprofen vergleichbar hoch wie unter COX-2-Hemmern und unter niedrig dosiertem Ibuprofen nicht erhöht [17, 18].

Unter NSAR kann auch ein erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien nicht ausgeschlossen werden [16, 19].

Fazit:

NSAR sind in jeder Altersgruppe mit einem relevanten gastrointestinalen Risiko verbunden.
Bereits bei kurzzeitiger Einnahme von NSAR (< 7 Tage) kann das Risiko für thrombotische Ereignisse erhöht sein.
NSAR sollten bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen nach Möglichkeit vermieden werden.

Wie ist die Sicherheit von Triptanen zu bewerten?

Längere Zeit war befürchtet worden, dass Triptane aufgrund potenzieller ungünstiger vasokonstriktiver Effekte das kardio- und zerebrovaskuläre Risiko erhöhen könnten. Die mittlerweile sehr umfassende Datenlage spricht gegen ein erhöhtes kardio- und zerebrovaskuläres Risiko unter einer Therapie mit Triptanen. Mit MRT-Angiografie wurde gezeigt, dass die Vasokonstriktion unter Sumatriptan die extrazerebralen Gefäße wesentlich mehr betrifft als die intrazerebralen Gefäße [20].

Kardiovaskuläre Sicherheit: Eine retrospektive Analyse von über 130.000 Patienten mit Migräne aus den USA ergab bezüglich der Inzidenz von Myokardinfarkt, Angina pectoris oder Arrhythmien keinen Unterschied zwischen Triptanen und der Kontrollgruppe [21]. Auch in einer in den Niederlanden durchgeführten Analyse der Daten von 17.500 Patienten fand sich keine Assoziation zwischen Triptangebrauch und kardiovaskulären Ereignissen [22].

Ein damit übereinstimmendes Ergebnis erbrachte eine retrospektive Analyse aus UK mit über 63.000 Patienten mit Migräne aus dem niedergelassenen Bereich, darunter über 13.500 Triptananwender. Auch in diesem Kollektiv war das Risiko der Triptananwender für Myokardinfarkt, kardiovaskulären Tod, ischämische Herzerkrankung, Schlaganfall und Tod gegenüber den Migräne-Betroffenen ohne Triptantherapie nicht erhöht. Triptane wurden vorwiegend Patienten mit einem geringeren kardiovaskulären Risiko verordnet [23].

Und auch ein weiterer Vergleich von über 130.000 Triptanynwendern mit einer Kontrollgruppe von Migränepatienten, die keine Triptane anwendeten, nach der Propensity-Score-Matching-Methode ergab kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und kein erhöhtes Gesamtmortalitätsrisiko bei Triptangebrauch [24].

Zerebrovaskuläre Sicherheit: Patienten mit Migräne mit Aura haben *per se* ein erhöhtes Schlaganfallrisiko, dies vor allem bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren und im jüngeren Lebensalter [25]. Die Datenlage zu Schlaganfällen unter Triptantherapie ist spärlich. Nachanalysen mancher Fallberichte zu Schlaganfällen bei Patienten mit Migräne ergaben, dass die Diagnose Migräne fälschlich gestellt worden war. Publiziert sind auch Fallberichte, bei denen kein ätiologischer Zusammenhang zwischen Schlaganfall und Migräne bestand (z. B. Dissektion). Aneurysmen scheinen das Risiko für einen Schlaganfall unter Therapie mit einem Triptan nicht zu erhöhen. Die Daten zur arteriovenösen Malformation (AVM) sind nicht konsistent [26].

Triptane sind bei Patienten mit Herzinfarkt in der Vorgeschichte, bei ischämischer Herzkrankheit, koronaren Vasospasmen (Prinzmetal-Angina), peripheren vaskulären Erkrankungen, Symptomen oder Anzeichen einer ischämischen Herzkrankheit, bei Schlaganfall oder transienter ischämischer Attacke in der Anamnese sowie bei mittelschwerem bis schwerem Bluthochdruck und leichtem unkontrolliertem Bluthochdruck kontraindiziert. Bezüglich der Details zu Kontraindikationen der unterschiedlichen Triptane sind die jeweiligen Fachinformationen zu beachten.

Fazit:

Triptane sind bei verschiedenen zerebro- oder kardiovaskulären Erkrankungen (bestehend oder in der Anamnese) kontraindiziert.
Die Datenlage spricht bei Beachtung kardiovaskulärer Kontraindikationen gegen ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko unter Triptantherapie.
Bei der Entscheidung für oder gegen eine Triptantherapie sollte eine entsprechende vaskuläre Anamnese erhoben werden. Gegebenenfalls ist eine nicht invasive Abklärung vor der Verschreibung durchzuführen.
Insbesondere bei älteren Patienten mit langjähriger Triptananwendung sollte immer wieder die vaskuläre Anamnese ergänzt werden.

Kann die Attackentherapie der Migräne während einer Schwangerschaft fortgesetzt werden?

Zur Anwendung von Triptanen während der Schwangerschaft liegen keine Daten aus kontrollierten Studien vor. Registerdaten weisen auf keine Risiken einer Triptananwendung in der Schwangerschaft hin. Tierexperimentelle Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf direkte teratogene Effekte. Die mittlerweile generierte Evidenz spricht gegen ein erhöhtes Risiko durch die Einnahme von Triptanen für das ungeborene Kind. In einem 2021 publizierten Review mit Metaanalyse waren schwere Missbildungen, Geburtsgewicht < 2.500 g und Frühgeburtlichkeit bei Frauen, die während der Schwangerschaft Triptane anwendeten, nicht signifikant häufiger als in der Allgemeinbevölkerung [27]. Ein weiterer Review kommt zu einem ähnlichen Ergebnis [28].

Die breiteste Datenlage liegt zur Anwendung von Sumatriptan im 1. Trimenon vor, die Erfahrungen im 2. und 3. Trimenon sind weniger umfangreich. Es gibt keine Hinweise darauf, dass Sumatriptan mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburt, verringertes Geburtsgewicht oder Präeklampsie assoziiert wäre [29]. Auch zu Naratriptan und Rizatriptan liegen Daten aus kleineren Registern vor, die ebenfalls keine erhöhten Komplikationsraten bei Anwendung im 1. Trimenon ausweisen [30–33].

Die deutschen Migräne-Leitlinien sehen zur Therapie von Migräneattacken im 1. und 2. Trimenon Acetylsalicylsäure (bei Kontraindikationen Paracetamol) oder Ibuprofen vor. Diese Substanzen sollten im 3. Trimenon vermieden werden [1]. Gemäß Embryotox stellt die Anwendung von Acetylsalicylsäure oder Ibuprofen im 1. Trimester kein wesentliches Problem dar [29], insgesamt werden NSAR im Allgemeinen nur im 1. und 2. Trimenon empfohlen [34].

Ergotamine sind in der Schwangerschaft kontraindiziert [1].

Handlungsempfehlung: Bei Schwangeren mit schweren, ohne Triptane nicht kontrollierbaren Migräneattacken ist jeweils im Einzelfall abzuwägen, ob der erwartete Nutzen einer Therapie mit

Triptanen nicht das potenzielle Risiko übersteigt. Zu bedenken ist, dass jede schwere Attacke mit einem deutlichen Anstieg des Blutdrucks und der Herzfrequenz einhergeht, was die werdende Mutter und das ungeborene Kind belastet.

Fazit:

Registerdaten weisen auf keine Risiken einer Triptananwendung für das ungeborene Kind in der Schwangerschaft hin. Daten aus kontrollierten Studien fehlen.
Die Datenlage spricht gegen ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen bei Einnahme von Triptanen während der Schwangerschaft.
Die Belastung durch die Migräneattacken sollte gegen das potenzielle Risiko durch die Triptantherapie während der Schwangerschaft abgewogen werden.

Können Kinder und Jugendliche mit Migräne mit einem Triptan behandelt werden?

Sumatriptan 10 mg als Nasenspray (in Österreich nicht erhältlich) und Zolmitriptan 5 mg als Nasenspray sind bei Jugendlichen ab dem 12. Lebensjahr zugelassen. Die Wirksamkeit von Triptanen bei Kindern unter 12 Jahren ist nicht nachgewiesen (hohe Placebo-Response und kurze Attackendauer in den Studien) [1].

Handlungsempfehlung: Bei der Abwägung für und wider Triptane bei Kindern und Jugendlichen ist auch das Nebenwirkungspotenzial der Analgetika zu bedenken. Vor allem der unkritische Umgang mit NSAR in Form einer beispielsweise zu hoch dosierten oder zu häufigen Einnahme, als grundsätzlich in der Fachinformation empfohlen, kann zu mitunter schweren Nebenwirkungen im oberen Gastrointestinaltrakt führen [35]. Zu beachten ist auch das potenzielle Risiko eines Reye-Syndroms bei Anwendung von Acetylsalicylsäure bei Kindern im Zuge fieberhafter Infekte [36].

Im Vergleich dazu traten in einer Phase-III-Studie mit Zolmitriptan-Nasenspray bei Jugendlichen ab 12 Jahren lediglich bei wenigen Patienten Geschmacksstörungen sowie Nasenbeschwerden, Nasenverstopfung, Schwindel und pharyngolaryngealer Schmerz auf [37].

Fazit:

Für die Therapie von Kindern über 12 Jahren sind Sumatriptan 10 mg (in Österreich nicht erhältlich) und Zolmitriptan 5 mg als Nasenspray zugelassen.
Bei Anwendung von NSAR zur Attackentherapie bei Kindern sollte das Nebenwirkungspotenzial beachtet werden.

Besteht bei Komedikation eines Triptans mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder einem Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) das Risiko eines Serotoninsyndroms?

Das Risiko eines Serotoninsyndroms ist als sehr gering einzuschätzen. Für eine US-amerikanische Registeranalyse wurden die Daten von knapp 48.000 Triptan-Anwendern ausgewertet, von denen über 19.000 auch ein Antidepressivum verwendeten (Gesamtexposition 30.928 Patientenjahre). Es fanden sich lediglich 17 Patienten mit einem vermuteten Serotoninsyndrom und nur 2 Patienten mit einem definitiven Serotoninsyndrom (Inzidenzrate 2,3/10.000 Patientenjahre). Der Anteil der Patienten, denen zusätzlich zu einem Triptan ein SSRI oder ein SNRI verordnet wurde, war über den Beobachtungszeitraum mit 21–29 % relativ stabil [38].

Fazit:

Das Risiko für das Auftreten eines Serotoninsyndroms bei Kombination eines Triptans mit einem SSRI/SNRI ist gering.

Literatur:

1. Leitlinie von DGN und DMKG. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne. 2018 AWMF-Registernummer: 030/057.
2. Zebenholzer K, Gall W, Wober C. Use and overuse of triptans in Austria – a survey based on nationwide healthcare claims data. J Headache Pain 2018; 19: 34.
3. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology 2007; 68: 343–49.
4. Stovner L, Hagen K, Jensen R et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27: 193–210.
5. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. Dev Med Child Neurol 2010; 52: 1088–97.
6. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain 2010; 11: 289–99.
7. Yoon MS, Katsarava Z, Obermann M et al. Prevalence of primary headaches in Germany: results of the German Headache Consortium Study. J Headache Pain 2012; 13: 215–23.
8. Burch RC, Loder S, Loder E, Smitherman TA. The prevalence and burden of migraine and severe headache in the United States: updated statistics from government health surveillance studies. Headache 2015; 55: 21–34.
9. Lisicki M, Figuerola ML, Bonamico L, Lew D, Goicochea MT, Headache Group of the Argentinian Neurological Society. The prevalence of migraine in Argentina: a reappraisal. Cephalalgia 2021; 41: 821–6.
10. Victor TW, Hu X, Campbell JC, Buse DC, Lipton RB. Migraine prevalence by age and sex in the United States: a life-span study. Cephalalgia 2010; 30: 1065–72.
11. Braunstein D, Donnet A, Pradel V et al. Triptans use and overuse: a pharmacoepidemiology study from the French health insurance system database covering 4.1 million people. Cephalalgia 2015; 35: 1172–80.
12. Dekker F, Wiendels NJ, de Valk V et al. Triptan overuse in the Dutch general population: a nationwide pharmacoepidemiology database analysis in 6.7 million people. Cephalalgia 2011; 31: 943–52.
13. Da Cas R, Nigro A, Terrazzino S et al. Triptan use in Italy: insights from administrative databases. Cephalalgia 2015; 35: 619–26.
14. Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Arch Intern Med 2000; 160: 2093–9.
15. Bjarnason I, Scarpignato C, Takeuchi K, Rainsford KD. Determinants of the short-term gastric damage caused by NSAIDs in man. Aliment Pharmacol Ther 2007; 26: 95–106.
16. Schjerning AM, McGettigan P, Gislason G. Cardiovascular effects and safety of (non-aspirin) NSAIDs. Nat Rev Cardiol 2020; 17: 574–84.
17. European Medicines Agency. Assessment report for Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) and cardiovascular risk. EMEA/H/A-5(3)/1319 2012.
18. European Medicines Agency. Ibuprofen and dexibuprofen containing medicinal products (systemic formulations). EMEA/H/A-31/1401 2015.
19. Schmidt M, Christiansen CF, Horvath-Puho E, Glynn RJ, Rothman KJ, Sorensen HT. Non-steroidal anti-inflammatory drug use and risk of venous thromboembolism. J Thromb Haemost 2011; 9: 1326–33.
20. Amin FM, Asghar MS, Ravneberg JW et al. The effect of sumatriptan on cephalic arteries: A 3T MR-angiography study in healthy volunteers. Cephalalgia 2013; 33: 1009–16.
21. Velentgas P, Cole JA, Mo J, Sikes CR, Walker AM. Severe vascular events in migraine patients. Headache 2004; 44: 642–51.
22. Wammes-van der Heijden EA, Rahimtoola H, Leufkens HG, Tijssen CC, Egberts AC. Risk of ischemic complications related to the intensity of triptan and ergotamine use. Neurology 2006; 67: 1128–34.
23. Hall GC, Brown MM, Mo J, MacRae KD. Triptans in migraine: the risks of stroke, cardiovascular disease, and death in practice. Neurology 2004; 62: 563–8.
24. Ghanshani S, Chen C, Lin B, Duan L, Shen YA, Lee MS. Risk of acute myocardial infarction, heart failure, and death in migraine patients treated with triptans. Headache 2020; 60: 2166–75.
25. Kurth T, Chabriat H, Bousser MG. Migraine and stroke: a complex association with clinical implications. Lancet Neurol 2012; 11: 92–100.
26. Leroux E, Rothrock J. Triptans for migraine patients with vascular risks: new insights, new options. Headache 2019; 59: 1589–96.
27. Dudman DC, Tauqeer F, Kaur M, Ritchey ME, Li H, Lopez-Leon S. A systematic review and meta-analyses on the prevalence of pregnancy outcomes in migraine treated patients: a contribution from the IMI2 ConcePTION project. J Neurol 2021Apr 1. doi: 10.1007/s00415-021-10534-5 [Online ahead of print].
28. Saldanha IJ, Cao W, Bhuma MR et al. Management of primary headaches during pregnancy, postpartum, and breastfeeding: a systematic review. Headache 2021; 61: 11–43.

29. https://www.embryotox.de
30. O'Quinn S, Ephross SA, Williams V, Davis RL, Gutterman DL, Fox AW. Pregnancy and perinatal outcomes in migraineurs using sumatriptan: a prospective study. Arch Gynecol Obstet 1999; 263: 7–12.
31. Loder E. Safety of sumatriptan in pregnancy: a review of the data so far. CNS Drugs 2003; 17: 1–7.
32. Fiore M, Shields KE, Santanello N, Goldberg MR. Exposure to rizatriptan during pregnancy: post-marketing experience up to 30 June 2004. Cephalalgia 2005; 25: 685–8.
33. Evans EW, Lorber KC. Use of 5-HT1 agonists in pregnancy. Ann Pharmacother 2008; 42: 543–9.
34. Afridi SK. Current concepts in migraine and their relevance to pregnancy. Obstet Med 2018; 11: 154–9.
35. Cardile S, Martinelli M, Barabino A et al. Italian survey on non-steroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal bleeding in children. World J Gastroenterol 2016; 22: 1877–83.
36. Glasgow JF. Reye's syndrome: the case for a causal link with aspirin. Drug Saf 2006; 29: 1111–21.
37. Lewis DW, Winner P, Hershey AD, Wasiewski WW. Efficacy of zolmitriptan nasal spray in adolescent migraine. Pediatrics 2007; 120: 390–6.
38. Orlova Y, Rizzoli P, Loder E. Association of coprescription of triptan antimigraine drugs and selective serotonin reuptake inhibitor or selective norepinephrine reuptake inhibitor antidepressants with serotonin syndrome. JAMA Neurol 2018; 75: 566–72.

Kommentare

Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Gregor Brössner

Migräne beginnt häufig schon im Kindes- bzw. Jugendalter, wird aber als solche oft zu spät oder gar nicht richtig diagnostiziert. Darunter leiden nicht nur die Jugendlichen, auch die Attackenbehandlung ist oft nur insuffizient. Meist sind hier NSAR schon ausreichend, in ausgewählten Fällen ist aber auch bei Jugendlichen mit heftigen Attacken eine Behandlung mit einem Triptan nötig und indiziert.

Priv.-Droz. Dr. Stefan Leis

Auch wenn Migränepatienten eine gute Wirksamkeit ihrer eingesetzten Akutmedikation berichten, sollte dezidiert nach Therapieerfolg (Schmerzfreiheit, Begleitsymptome) und Wirkgeschwindigkeit gefragt werden. Nicht selten gibt es hier trotz subjektiver Zufriedenheit noch Spielraum für eine weitere Verbesserung.

Priv.-Doz. Dr. Franz Riederer

Nach jahrzehntelanger Erfahrung mit Triptanen ist bei Beachtung der Kontraindikationen nicht von einem erhöhten kardiovaskulären Risiko auszugehen.

Dr. Sonja-Maria Tesar

In Relation zur Situation, dass Millionen von Patienten seit über 30 Jahren Triptane einnehmen, ist die Datenlage bezüglich schwerer Nebenwirkungen dünn. Verglichen mit den NSARs, wo wir durchaus das Auftreten von gastralen Ulzera oder eines akuten Nierenversagens durch eine wahrscheinlich zu leichtfertige Einnahme kennen und bedenken sollten, ist die Verordnung der Triptane kontrollierter und daher sollte endlich die Lanze pro großzügigerer Verschreibung der spezifisch wirksamen Triptane gebrochen werden.

Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Karin Zebenholzer

Triptane sind bei richtiger Indikationsstellung sichere und gut wirksame Medikamente zur Behandlung von Migräneattacken. Trotzdem werden sie wahrscheinlich zu selten verschrieben. Bei fehlendem Ansprechen auf NSAR oder andere Analgetika sollten sie den Patienten keinesfalls vorenthalten werden. Wie bei allen Akutmedikamenten gegen Kopfschmerzen ist auf eine zu häufige Einnahme zu achten und gegebenenfalls an eine Prophylaxe zu denken.

Korrespondenzadresse:
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Karin Zebenholzer
Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: karin.zebenholzer@meduniwien.ac.at

Fachkurzinformation

Zomig 5 mg Nasenspray. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jedes Nasenspray enthält 50 mg/ml Zolmitriptan entsprechend 5 mg Zolmitriptan pro Dosis. Sonstige Bestandteile: Jedes Nasenspray enthält Citronensäure, wasserfrei Natriummonohydrogenphosphat (Dihydrat oder Dodecahydrat), Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zomig Nasenspray ist angezeigt bei Erwachsenen und Jugendlichen über 12 Jahren für die akute Behandlung von Migränekopfschmerzen mit oder ohne Aura und die akute Behandlung von Cluster-Kopfschmerz bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Mittelschwere und schwere Hypertonie oder unzureichend eingestellte leichte Hypertonie. Zolmitriptan darf daher nicht an Patienten nach einem Myokardinfarkt oder bei koronarer Herzkrankheit, Koronarspasmen (Prinzmetal Angina), peripheren Durchblutungsstörungen oder an Patienten mit Symptomen oder Zeichen einer koronaren Herzkrankheit verabreicht werden. Die gleichzeitige Verabreichung von Zolmitriptan und Ergotamin, Ergotaminderivaten (einschließlich Methysergid), Sumatriptan, Naratriptan und anderen 5HT1B/1D-Agonisten ist kontraindiziert Zolmitriptan darf nicht an Patienten mit cerebrovaskulären Ereignissen (CVA) oder transitorischen ischämischen Attacken (TIA) in der Anamnese verabreicht werden. Zolmitriptan ist kontraindiziert bei Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 15 ml/min. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Selektive Serotonin- (5HT1-) Agonisten. ATC-Code: NO2CCO3. **Inhaber der Zulassung:** Grünenthal GmbH, A-2345 Brunn am Gebirge.

Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept und apothekenpflichtig. **Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Stand der Information: August 2020.

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**