

Schweizerische Kopfwehgesellschaft  
Société Suisse pour l'étude des céphalées  
Società Svizzera per lo studio delle cefalee  
Societad svizra per il studi del mal il tgau

# THERAPIEEMPFEHLUNGEN FÜR KOPF- UND GESICHTSSCHMERZEN

3. revidierte Auflage 2004

## KORRESPONDENZADRESSE

Schweizerische Kopfwehgesellschaft  
c/o Dr. med. Christian Meyer  
Mellingerstr. 1  
5400 Baden  
[www.headache.ch](http://www.headache.ch)

© 2004 Schweizerische Kopfwehgesellschaft

Verlag und Gestaltung: **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG, 4001 Basel



Einleitung	2
Der grundlegende Unterschied	3
Wie weit muss die Diagnostik gehen?	4
Entscheidungsfindungen	4
Ziele des Kopfweh-Managements	5
Allgemeine Aspekte	5-6
Migräne – Anfallsbehandlung	7-9
Migräne – Langzeit-Prophylaxe	10-14
Cluster-Kopfweh – Akutbehandlung	14-15
Cluster-Kopfweh – Langzeit-Prophylaxe	15
Episodisches Spannungstyp-Kopfweh – Akutbehandlung	15
Chronisches Spannungstyp-Kopfweh – Prophylaxe	16
Gemischte Kopfwehformen	16
Schmerzmittelkopfschmerz	17
Schwangerschaft und Menstruation	18-19
Bei Kindern	19-20
Chirurgische Eingriffe	21
Liste der Medikamente	22-24

Bei den vorliegenden Empfehlungen handelt es sich um die Revision und Aktualisierung der Therapieempfehlungen der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft, welche sich in der Schweiz seit Jahren in der Praxis bewährt haben. Wissenschaftliche Erkenntnisse sowie die Summe der langjährigen Erfahrung der Mitglieder unserer Therapiekommission, einem interdisziplinären Fachgremium, bilden gleichermassen die Basis dieser Ausgabe.

Um Übersichtlichkeit und Praktikabilität der Empfehlungen zu wahren, beschränken sich die Angaben ganz bewusst auf die zentralen Aspekte der Kopfwehtherapie und sparen Details aus, welche in der täglichen Praxis kaum je zum Tragen kommen. Damit wird eine Grundlage geschaffen, welche jeder Arzt, der sich im Alltag mit Kopfwehpatienten auseinandersetzt, mit seinen eigenen, subjektiven Erfahrungen ergänzen wird.

Baden, 01. 01. 2004  
Dr. med. Christian Meyer

Für die praktischen Belange unterscheiden wir zwischen primärem und sekundärem Kopfweh.

### PRIMÄR (IDIOPATHISCH)

- Grundleiden zur Zeit nicht bekannt; diese Kopfwehformen haben eine ausgeprägte Eigengesetzlichkeit mit sehr eindrücklicher Zeit-Struktur.
- Keine organische Läsion fassbar.
- Primäre Kopfschmerzen sind Migräne, Cluster-Kopfweh, Spannungstyp-Kopfweh.
- Diagnose nach den aktuellen Kriterien der International Headache Society (IHS-Klassifikation 2003/2004, [www.i-h-s.org](http://www.i-h-s.org))

### SEKUNDÄR (SYMPTOMATISCH)

- Kopfschmerzen im Rahmen eines Grundleidens, das gesucht und behandelt werden muss. Übergänge zu primären Kopfwehformen sind dabei immer möglich.

- Ausführliche Anamnese sowie allgemeine klinische und neurologische Untersuchung.
- Bei Verdacht auf neurologische Ausfälle oder eine ungewöhnliche Form Facharzt zuziehen.
- Diagnostik auch nach Einsetzen der Therapie überprüfen, insbesondere bei Therapieresistenz.
- Die Diagnostik dient auch dem Abbau der Angst.
- Erfassung ist oft schon Therapie.

### LEBENSQUALITÄT VERBESSERN

- Nach den eigenen Ressourcen der Patienten zur Verminderung des Leidensdrucks forschen und diese mobilisieren.
- Ziel ist nicht Heilung, sondern Besserung und Reintegration in den Alltag.

### BEHANDELN: JA ODER NEIN?

- Nicht in jedem Falle besteht eine Behandlungsnotwendigkeit. Untersuchungen und klärendes Gespräch können bereits genügen.
- Behandlungsplan in Übereinstimmung mit dem Patienten unter Berücksichtigung individueller Aspekte (Leidensdruck, Ängste, Überzeugungen).
- Mit dem Patienten muss besprochen werden, dass Kopfschmerzen meist Langzeitprobleme sind.

- in erster Linie Behandlung durch den Hausarzt
- bei Therapieresistenz Zuweisung an Kopfschmerzspezialisten
- Cave: Medikamentenübergebrauch und „Ärztetourismus“

### STELLENWERT DER LEBENSUMSTÄNDE

... als Modulatoren der Kopfwehprobleme.

- Biographie mit erweitertem Stammbaum ist sehr nützlich.
- Noxen erkennen, wenn möglich Elimination.

- „Unbeeinflussbare“ Faktoren wie Menstruation, Hormone, Wetter, unentrinnbare Nöte, festgefahrene Situationen etc. nicht als ausweglos anerkennen: Veränderungen der Lebensweise verändern auch solche Verläufe.

### HALTUNG DES PATIENTEN BEACHTEN

- Adäquates Selbstmanagement soll unterstützt werden.
- Cave: Unkontrollierte Selbstmedikation ist problematisch.

### DARUM: VOR BEGINN EINER THERAPIE

- Medikamente absetzen, die nichts nützen oder schaden.
- Andere Noxen eliminieren (zuviel Alkohol, zuviel Stress).
- Innere Ökonomie überprüfen (Leistungsbegrenzung, echte Freizeit erleben, Tagesrhythmus, Selbstbestimmung).
- Kopfwehkalender führen lassen (möglichst schon 1 Monat vor Behandlungsbeginn).
- Festlegung der Behandlungsstrategie: Anfallsbehandlung oder Intervalltherapie versus Langzeitprophylaxe oder beides.

### ANTIEMETIKA

Die Resorption der verabreichten Medikamente sollte gewährleistet sein. Da die Gastrokinetik oft relevant eingeschränkt ist, braucht es unter Umständen ein Antiemetikum als Vorausmedikation. Dieses kann auch eine antimigränöse Wirkung haben.

Domperidon	Tbl., Lingualtbl., Supp.	20-60mg
Metoclopramid	p.o., Supp., i.m., i.v.	10-20mg
Cyclizin	Tbl. (Kinder ab 6 J.)	25-150mg

### MIGRÄNEATTACKEN MIT MITTLERER UND HOHER SCHMERZ-INTENSITÄT UND BEHINDERUNG IM ALLTAG

Behandlung mit Triptanen. Diese wirken spezifisch bei Migräne, haben die grösste Wirksamkeit und sollen früh eingesetzt werden. Aus diesem Grund ist auch wichtig, dass der Patient den Ablauf seiner Kopfweh-episode genau kennt. In der Reihenfolge der Markteinführung sind heute folgende Triptane im Einsatz:

		<b>Einzeldosis</b>	<b>Höchstdosis pro 24 h</b>
Sumatriptan	s.c.	6mg	12mg
	Tbl.	25, 50, 100mg	200mg
	Supp.	25mg	50mg
	Nasalspray	20mg	40mg
Naratriptan	Tbl.	2.5mg	10mg
Zolmitriptan	Tbl.	2.5mg	10mg
	Lingualtbl.	2.5mg	10mg

Rizatriptan	Tbl.	5, 10mg	30mg
	Lingualtbl.	5, 10mg	30mg
Eletriptan	Tbl.	40, 80mg	160mg

Die Zeit bis zum Wirkungseintritt und die Dauer der analgetischen Wirkung sind bei den verschiedenen Triptanen unterschiedlich. Ist der Effekt der einen Substanz ungenügend, kann man auf eine andere wechseln.

## IM NOTFALL

Bei Kontraindikationen und Wirkungslosigkeit von Triptanen können parallel NSAR verwendet werden:

Acetylsalicylat	i.v.	1000mg
Diclofenac	i.m.	75mg
Metamizol	i.v.	1000mg
Paracetamol	i.v.	1000mg

**Nota bene:** Niedrigere Dosen wirken deutlich schlechter.

**Cave:** keine Opiate

## MIGRÄNEATTACKEN VON GERINGER INTENSITÄT UND OHNE BEHINDERUNG IM ALLTAG

Hier können NSAR und andere Analgetika genügen. Prinzipiell sind alle anwendbar, vorzugsweise als „rapid“ oder Granulatform.

Acetylsalicylat	Brausetbl., Sachet	1000mg
ASS+Metoclopramid (Lysinacetylsalicylat)	Sachet	3 Beutel pro 24 h
Diclofenac	Dragées	100-150mg
Ibuprofen	Granulat	600-1200mg
Mefenaminsäure	Tbl.	500-1500mg
Naproxen	Supp., Tbl.	500mg
Nimesulid	Sachet	100mg
Paracetamol	Brausetbl.	1000mg

## SELEKTIVE AURA-BEHANDLUNG

Die Erfahrung zeigt, dass Cinnarizin die Aura verkürzen kann.

Cinnarizin	sublingual	50-75 Tropfen (75mg/ml)
------------	------------	-------------------------

## SPEZIELL BEI STATUS MIGRÄNOSUS

(mehr als 72 Stunden Dauer)

- Überweisung an den Kopfwehspezialisten oder Hospitalisation.

## ERGOTAMINPRÄPARATE

Wegen der Nachteile (Nebenwirkungsprofil, schlechte Verträglichkeit) ist die Beutung von Ergotaminpräparaten zurückgegangen. Eingesetzt wird allenfalls der Dihydroergotamin-Nasalspray.

Zur Langzeit-Prophylaxe werden auch nicht-medikamentöse Massnahmen angewendet:

## NICHT-MEDIKAMENTÖSE ZUSATZTHERAPIE

Psychotherapeutische Methoden: für Patienten mit entsprechender Motivation:

1. Wahl: Techniken zur körperorientierten Selbstwahrnehmung (z.B. Focusing)
2. Wahl: Verhaltenstherapeutische Massnahmen

Geeignete Therapeuten sind vorderhand noch selten zu finden.

Komplementärmedizinische Methoden: Diese, ärztlich oder nicht-ärztlich durchgeführt, sind kontrovers. Die Resultate in der Praxis sind widersprüchlich. Es fehlen ausserdem Langzeitbeobachtungen.

## WANN LANGZEIT-PROPHYLAXE?

- mehr als 3 Anfälle im Monat
- sehr schwere oder lang dauernde Anfälle mit Therapieresistenz
- protrahierte oder gehäufte Auren
- Unverträglichkeit von Akuttherapeutika
- Komorbidität
- Gefahr medikamentös induzierter Kopfschmerzen

## LANGZEIT-PROPHYLAXE MIT MEDIKAMENTEN: WIE LANGE WEITERFÜHREN?

Bei gutem Effekt (der sich nach spätestens 8 Wochen zeigen sollte), Langzeit-Prophylaxe für ca. 6 Monate.

Bei eindeutigem, subjektivem Erfolg, Ausschleichversuch und 3-6 Monate Pause.

Bei Rezidiv innert 6-12 Monaten längere Basisbehandlung, evtl. mit anderem Medikament; das gleiche Medikament sollte man nur dann verwenden, wenn der Patient dieser Substanz gegenüber positiv eingestellt ist; oft ist eine Dosiserhöhung nötig.

Begleitende andere Massnahmen immer wieder revidieren.

Bei längerer Therapieresistenz eventuell Kombination prophylaktischer Medikamente und sehr viel längere Behandlungsdauer.

## WELCHE MEDIKAMENTE?

Akutmedikamente sollen nicht zur Langzeitbehandlung verwendet werden! Monotherapie ist anzustreben. Bei ungenügender Wirkung kommen auch Kombinationen in Frage. Leider können wir die Wirksamkeit bestimmter Medikamente im Einzelfall nicht voraussagen.

Dennoch werden wir bei sympathikotoner Reaktionslage zunächst Betablocker und bei Kälteüberempfindlichkeit und Tendenz zu kalten Akren Kalziumantagonisten bevorzugen. Ferner müssen wir „mit den Nebenwirkungen zielen“. Wegen häufig eintretender Gewichtszunahme sollten Flunarizin, Pizotifen, Amitriptylin und Doxepin bei Übergewichtgefährdeten Konstitutionen vermieden werden, ebenso die Betablocker bei Asthmatikern, Psoriatikern und Diabetikern. Oder wir setzen erwünschte Nebenwirkungen gezielt ein, zum Beispiel die Sedation durch Amitriptylin oder die laxierende Wirkung von Magnesium.

### BETABLOCKER (Auswahl)

	pro Tag
Propranolol	80-160mg
Metoprolol	100-200mg
Nadolol	30-60mg

### KALZIUMANTAGONISTEN (Auswahl)

	pro Tag
Flunarizin abends 18 Uhr	5-10mg
Verapamil	120-240mg
Cyclandelat	1200-1600mg

### SEROTONINANTAGONISTEN

Pizotifen soll nur durch Kopfwehspezialisten eingesetzt werden.

### ANTIDEPRESSIVA

Wirksamkeit bei Migräneprophylaxe nur sehr begrenzt, v.a. indiziert bei Kombinationskopfschmerz (Migräne und Spannungstyp) und bei depressiver Komponente; wirksame Dosis meist geringer als für antidepressiven Effekt nötig (10-50%). Start: kleine Dosen (Cave: Sedation, anticholinerg); langsame Dosissteigerung; sedierende Antidepressiva (Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin) bei Schlafstörungen abends, antriebssteigernde (Fluoxetin, Clomipramin, Nortriptylin) bei Antriebsstörung und Müdigkeit morgens und mittags; genügend hohe Dosis (je nach Verträglichkeit) anstreben; Wirkungseintritt erst nach 6-8 Wochen:

#### Trizyklika:

Amitriptylin, Nortriptylin, Imipramin	10-200mg
Doxepin, Clomipramin, Trimipramin	10-150mg

#### SSRI:

(wenig Studien, weniger/fraglich wirksam; deutlich weniger NW): Fluoxetin (schmerzdistanzierend), Fluvoxamin

## ANTIKONVULSIVA

Gabapentin  
einschleichende Dosierung bis 900-2400mg

**Cave:** sedierend

Topiramate 25-200mg

Valproat, bei schwerer Therapieresistenz  
nach Leber-Screening 500-1500mg

**Cave:** Schwangerschaft ausschliessen. Verordnung nur durch Neurologen.

## VARIA

Magnesium 24 mmol

Riboflavin (Vitamin B2) kurz einschleichend 2x200mg

alternative Massnahmen je nach Erfahrung des Arztes

## EPISODEN-ABKÜRZUNG

Prednisonstoss p.o. (100), 75, 50, 25mg pro Tag  
je 5 Tage, morgens

## CLUSTER-KOPFWEH – LANGZEIT-PROPHYLAXE

Patienten gemeinsam mit Neurologen betreuen.

Verapamil 240-600mg

Lithium nur in Absprache mit dem Neurologen.

Pizotifen kurz einschleichend abends 1.5mg

## CLUSTER-KOPFWEH – AKUTBEHANDLUNG

Patienten gemeinsam mit Neurologen betreuen.

## ATTACKENBEHANDLUNG

Sumatriptan s.c. 6mg (bis 3x pro 24 h)  
Nasalspray 20mg (bis 3x pro 24 h)

Dihydroergotamin Nasalspray 2mg (bis 2x pro 24 h)

Inhalation von  
100% Sauerstoff 10-12 Liter während 15 Minuten

## EPISODISCHES SPANNUNGSTYP-KOPFWEH – AKUTBEHANDLUNG

- Medikamente möglichst vermeiden
- höchstens einfache Analgetika und NSAR an maximal 10 Tagen im Monat
- Entspannungsübungen

- tägliche Entspannungsübungen
- täglich leichtes Ausdauertraining
- Kopfwehtagebuch
- Antidepressiva
- Magnesium analog der Migräne-Prophylaxe

## GEMISCHTE KOPFWEHFORMEN

Bei gemischten Kopfwehformen stellt sich die Frage, ob eine Akut- und/oder eine Langzeitbehandlung angezeigt ist.

## PRIORITÄTEN

- Sehr individuell
- Prioritäten im Verlauf neu festlegen
- Nicht vergessen: zu häufige Akutbehandlung macht Langzeit-Prophylaxe unwirksam.

- **Cave:** Gefahr ihres Entstehens bei regelmässiger, übermässiger Einnahme von Schmerzmitteln für die Akutbehandlung. Obergrenzen nach Richtlinien der IHS (International Headache Society): für Triptane und Ergotamine maximal 10 Einnahmetage, für alle anderen maximal 15 Einnahmetage pro Monat.
- Wichtigste Massnahme: vollständiger Entzug der Analgetika (oft nur stationär durchführbar).
- Über begrenzte Zeit kann auch versucht werden, die Analgetika „sanft“, d.h. ambulant und unter Prophylaxe-Schutz, allmählich abzubauen.
- Falls dies misslingt oder ein Scheitern voraussehbar ist: akutes Absetzen in einer Klinik, unter Prophylaktika-Schutz, Aufenthaltsdauer 10 Tage. Danach Weiterführen der Prophylaxe.
- **Nota bene:** Eine Prophylaxe hat keinen Effekt bei anhaltendem Medikamentenübergebrauch.

## SCHWANGERSCHAFT

Grundsätzlich sollen in der Schwangerschaft weder Akut- noch Langzeitbehandlungen gegen Migräne oder verwandte Kopfschmerzformen durchgeführt werden. Eine vitale Indikation besteht kaum. Zudem muss die Unschädlichkeit der gewöhnlich verwendeten neurotropen Substanzen auch bei entlastenden Tierversuchsergebnissen in Frage gestellt werden, da alle diese Substanzen mit dem in rascher Entwicklung stehenden fötalen Nervensystem interferieren. Für Sumatriptan und Naratriptan führt der Hersteller seit 1996 in den USA ein Register, an welches alle Fälle von Sumatriptan/Naratriptan-Gebrauch während der Schwangerschaft gemeldet werden können; bisher gibt es keine Anhaltspunkte für eine Schädigung des Ungeborenen oder eine negative Beeinflussung der Gravidität. Falls wirklich unumgänglich:

### Akutbehandlung:

- Paracetamol, Anwendung jedoch nur kurzfristig

### Prophylaxe:

- Entspannungsübungen im Schwangerschaftsturnen können zur Bewältigung der Kopfschmerzen beitragen.
- Magnesium

## PROPHYLAXE BEI MENSTRUATIONSASSOZIIERTER MIGRÄNE

Flurbiprofen retard	Kapseln à 200mg	200mg/Tag
Naproxen	Tbl. à 550mg	1100mg/Tag
Naratriptan	Tbl. à 2.5mg	5mg/Tag
transdermale Östradiolpräparate	100µg/2x pro Woche	

## BEI KINDERN

Auch beim Kind sind ausführliche Anamnese, allgemeine klinische und neurologische Untersuchung die wichtigsten Elemente der Diagnostik. Bildgebende Verfahren sind selten indiziert. Schulsituation, Freizeitgestaltung, eventuelle Überforderung durch Sport, Tanz, Musik, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten abklären. Angst der Eltern vor Hirntumor abbauen.

Die Behandlung muss die verschiedenen Formen und die Unterschiede des Verlaufs der Migräne-Anfälle beim Kind berücksichtigen. Kopfwehtagebuch und Anfallskalender.

## SPANNUNGSTYP-KOPFWEH

- möglichst keine Medikamente
- Entspannungsübungen

## MIGRÄNE AKUTBEHANDLUNG

Da Kinder bei einer Migräne-Attacke meist schnell schlafen gehen wollen und den Anfall „ausschlafen“, sind meist keine Akutmedikamente indiziert.

### Analgetika/NSAIDs:

Paracetamol	10mg/kg	max. alle 4 Stunden
Acetylsalicylsäure	10mg/kg	max. alle 4 Stunden
Ibuprofen (Sirup)	5-10mg/kg	max. alle 6 Stunden
Mefenaminsäure	5-10mg/kg	max. alle 8 Stunden

### Antiemetikum (selten indiziert):

#### Domperidon

Suspension	0.25mg/kg	max. alle 6 Stunden
Suppositorien	1mg/kg	max. alle 6 Stunden

#### Cyclizin

Tbl.	25mg	max. alle 6 Stunden
------	------	---------------------

### Triptane (für Kinder ab 12 Jahren):

#### Sumatriptan

Nasal Spray	20mg	max. 40mg/24 Stunden
-------------	------	----------------------

Chirurgische Eingriffe zur Behandlung von Migräne und bei Spannungstyp-Kopfweh sind unbedingt zu vermeiden, solange kein einwandfreier Wirksamkeitsnachweis (unabhängig von den Chirurgen) vorliegt. Bei atypischen Gesichts-, Kiefer- und Zahnschmerzen und bei chronischem Cluster-Kopfweh ist ein Eingriff in den seltensten Spezialfällen indiziert. Bei sicher festgestellter idiopathischer Trigeminusneuralgie, die auf Medikamente nicht anspricht, ist ein neurochirurgischer Eingriff indiziert.

## MIGRÄNE LANGZEITPROPHYLAXE

- Selten indiziert, nur für Kinder ab 12 Jahren.
- Cave: Überdosierung von Flunarizin: depressive Verstimmung

## SUBSTANZNAME

## MEDIKAMENTENNAME

Acetylsalicylsäure	Aspégic, Aspirin, Aspro
Amitriptylin	Saroten Retard, Tryptizol
Cyclandelat	Cyclandelat Tripharma
Cinnarizin	Stugeron
Clomipramin	Anafranil
Cyclizin	Marzine
Diclofenac	Voltaren, Inflamac
Dihydroergotamin	Dihydergot
Domperidon	Motilium
Doxepin	Sinquan
Eletriptan	Relpax
Flunarizin	Sibelium
Fluoxetin	Fluctine, Fluctine liquid
Fluvoxamin	Floxifral
Flurbiprofen retard	Froben
Gabapentin	Neurontin
Ibuprofen	Algifor, Brufen, Dolocyl, Spedifen
Imipramin	Tofranil
Lithium	Lithiofor, Quilonorm

## SUBSTANZNAME

## MEDIKAMENTENNAME

Lysinacetylsalicylat + Metoclopramid	Migpriv
Magnesium (div. Salze)	Magnesiocard, Magnesium Diasporal, Mag2 Sachets (hohe Dosis beachten)
Mefenaminsäure	Mefenacid, Ponstan Spiralgin
Metamizol	Minalgin, Novalgin
Metoclopramid	Paspertin, Primperan
Metoprolol	Beloc Zoc, Lopresor
Nadolol	Corgard
Naproxen	Apranax
Naratriptan	Naramig
Nimesulid	Aulin, Nisulid
Nortriptylin	Nortrilen
Östradiol transdermal	Estraderm TTS
Paracetamol	Ben-u-ron, Dafalgan, Panadol, Tylenol
Pizotifen	Mosegor
Prednison	Prednison Galepharm, Prednison Streuli
Propranolol	Betaprol, Inderal
Riboflavin	Allsan Vitamin B2 (hohe Dosis beachten)

SUBSTANZNAME	MEDIKAMENTENNAME
Rizatriptan	Maxalt
Sauerstoff, O <sub>2</sub>	Medizinalsauerstoff in Gasflaschen
Sumatriptan	Imigran
Topiramat	Topamax
Trimipramin	Surmontil (Tropfen)
Valproat, Valproinsäure	Depakine, Orfiril
Verapamil	Flamon, Isoptin, Verasifar
Zolmitriptan	Zomig, Zomig oro

### MITGLIEDER DER THERAPIEKOMMISSION DER SKG

R. Agosti, D. Bärlocher, G. Barolin,  
 I. Barone-Kaganas, U.W. Buettner, F. Corbat,  
 M. Emmenegger, Ch.-A. Haenggeli, H. Isler,  
 C. Jäggi, G. Jenzer, L. Kappos, U. Kaspar,  
 J. Lütschg, J. Lutz-Burns, O. Meienberg,  
 C. Meyer, M. Mumenthaler, B. Nater, S. Palla,  
 A.M. Siegel, H.R. Stöckli, M. Sturzenegger,  
 E. Taub