



Migräne – was gibt es Neues?



1. Was ist Migräne?

In der Frühphase eines Migräneanfalls ist in der Hirnrinde unseres Gehirns eine vorübergehende, meist auf Stunden begrenzte Minderdurchblutung zu beobachten, die meist im hinteren Anteil des Gehirns beginnt und sich dann noch auf andere Teile des Gehirns ausweitet. Dies gilt für die Frühphase eines Migräneanfalls, die sich als Aura, also eine Zeit mit Vorbotenzeichen einer Migräne, äußert.

Für die Zeit, in der sich dann der Migränekopfschmerz ausbreitet, also während des Migräneanfalls, konnte man im Hirnstammgebiet und im Mittelhirn, eine besonderer Region des Gehirns, eine Region von erhöhter Durchblutung nachweisen.

Die Region mit erhöhter Durchblutung entspricht einem Art „Migränegenerator“. Die Aktivierung dieses Generators führt zu einer „Entzündung“ von Gefäßen der harten Hirnhaut, die wiederum zu Freisetzung von entzündungsfördernden Eiweißkörpern im Gehirn, sog. Neuropeptide, führt, Diese verursachen den Schmerz.

Während der Migräneattacke sind die Blutleiter im Gehirn also weitgestellt.

Wie spielt sich Migräne ab?

Migräne kann sich in Form von Vorboten wie Gesichtsfeldausfällen, Schwindel, flüchtige Sprachstörungen ankündigen – die eigentliche typische Migräne setzt dann später nach ca. eine halbe bis einer Stunde ein. Die Kopfschmerzen sind im verlauf meist von Übelkeit und Erbrechen begleitet.

Die Kopfschmerzen sind oft auf einer Seite des Kopfes mehr ausgeprägt, nicht immer. Sie werden oft von ihrem Arzt danach gefragt.

Der Kopfschmerzanfall dauert im Mittel einen halben bis einen Tag, also länger wie bei Spannungskopfschmerzen.

Die Anfallshäufigkeit kann einige wenige Kopfschmerzattacken im Jahr bis zu Zeiten mit fast täglichen Kopfschmerzanfällen sein.

2. Was ist das Besondere an der Migräne?

Eine oder einige Stunden vor Einsetzen des gefürchteten Migränekopfschmerzes können neurologische Reiz- oder Ausfallerscheinungen auftreten, die durch eine vorübergehende Engstellung von Blutleitern im Gehirn in Zusammenhang mit der Migräne, also dieser vorausgehend, erklärt werden.

Dabei ist besonders häufig die hintere Großhirnrinde des Gehirns, in der unser Sehfeld angesiedelt ist, die so genannte „Sehrinde“ betroffen. So erklärt sich, dass in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einem Migränekopfschmerzanfall Gesichtsfeldausfälle auftreten oder Flimmern vor den Augen. Die Patienten sehen vielleicht von einem Zentrum des Sehens zum seitlichen Rand unseres Gesichtsfeldes hin zackig begrenzte Figuren für ca. 5 – 15 Minuten, im Anschluss kann sogar ein vorübergehender Gesichtsfeldausfall auftreten.

Vielleicht spürt man auch Kribbel- oder Taubheitsgefühl der Hände oder im Gesicht bis hin zu flüchtigen Störungen der Sprache.

Hierbei spielen sich also Vorgänge einer Engstellung der Blutleiter in Gebieten der Hirnrinde ab.

Von einem Schlaganfall unterscheiden sich diese Vorgänge davon, dass die Gehirnblutleiter kurzfristig eng gestellt sind, sie sind aber nicht – wie bei einem Schlaganfall – verschlossen.

Man kann diese Mangel durchblutung in der Bildgebung also nur während der Zeit der Sehstörungen oder der Sprachstörungen darstellen, sie bilden sich aber nicht, wie beim Schlaganfall, dauerhaft ab.

Eine oder einige Stunden – meist aber nur 30 – 60 Minuten vor Einsetzen des gefürchteten Migränekopfschmerzes – können aber auch noch komplexere neurologische Ausfallerscheinungen auftreten, wenn sich die Engstellung der Blutleiter in einem anderen Gebiet des Gehirns abspielen, nämlich in dem so genannten Hirnstamm (die Verbindung vom Großhirn zum Rückenmark, hier sitzen wichtige Umschaltstellen, z.B. für die Regulation des Gleichgewichtsvermögens). Es kann hier zu Schwindel kommen, unter Umständen mit Lähmung der Gliedmaßen, zu Gleichgewichtsstörungen mit Gangunfähigkeit oder zu Doppelbildern oder einer Störung der Sprache.

Diese beschriebenen Phänomene dauern im Mittel 30 Minuten, gelegentlich eine Stunde. Zusammen oder danach beginnt dann der typische Migränekopfschmerz.

In selteneren Fällen können diese Vorbotensymptome auch länger als eine Stunde – ganz selten sogar eine Woche – dauern und es ist für den Arzt wichtig zu unterscheiden, ob nicht etwa doch ein Schlaganfall vorliegt, der ja dann eine ganz andere Behandlung erforderlich macht.

Alle o. g. Begleiterscheinungen einer Migräne bzw. Vorbotenzeichen, die dem Migräneanfall vorausgehen, können auch alleine auftreten, ohne dass die Kopfschmerzen einsetzen.

Wenn dies wiederholt auftritt, muss auch hier der Neurologe eingreifen und sicher klären, ob es sich nicht gar um Durchblutungsstörungen bei einem Schlaganfall handelt.

Konkret:

Bei allen Störungen des Sehens möchte der Neurologe wissen, ob es sich vielleicht doch um eine andere Störung handelt wie z.B. eine Gefäßwandveränderung eines Blutleiters im Gehirn eine so genannte Gefäßwandaussackung, Erweiterung (Gefäßwandaneurysma), die den Sehnerv oder andere Nerven drückt.

Oder liegt im Gehirn in Beziehung zum Sehnerv gar ein Hirntumor vor, der ebenfalls auf wichtige Strukturen (z. B. Sehnerv) drückt.

Eine solche Gefäßwunderweiterung oder ein Hirntumor könnte auch einmal im hinteren Bereich des Gehirns sitzen, im Hirnstammgebiet, dann würde eine solche Gefäßwandveränderung Schwindel und Erbrechen hervorrufen, man spricht dann von einem Basilarisaneurysma.

Die Vorboten einer Migräne ähneln oft Schlaganfallsymptomen bzw. so genannten Vorbotenzeichen eines Schlaganfalls.

Der Migräneerkrankte sollte einmal im Leben zum Neurologen.

Der Neurologe kann nach einem Migräneanfall noch für gewisse Zeit im EEG die Störung nachweisen.

Es sollte einmal im Leben eine Bildgebung z. B. eine Kernspintomographieaufnahme des Kopfes durchgeführt werden, um sicher zu sein, dass nicht ein anderer Krankheitsprozess vorliegt.

3. Warum können manche Menschen genau sagen, was ihnen für die Migräne nicht gut tut?

- Manchmal wirkt die Einnahme der Pille auslösend für Migräne
- Manchmal wirken Stress und emotionale Belastung (Verantwortung, Sorgen, Überforderung) auslösend für Migräne
- Manchmal wirkt Entspannung und längere Bettruhe auslösend („Sonntagsmigräne“, „Ferienmigräne“) oder
- Alkohol

4. Behandlungsmöglichkeiten

Für die Migräneaura gibt es keine medikamentöse Behandlungsmöglichkeit, wohl aber für die Migränekopfschmerzen selbst. Für den leichten Migräneanfall stehen zu Verfügung: ein Mittel gegen Übelkeit z. B. Paspertin oder Vomex, dann Einnahme von Aspirin 1000 mg oder Paracetamol ebenfalls 1000 mg (letzteres auch als Zäpfchen).

Es gibt eine neue Medikamentengruppe, die so genannten Triptane, diese sind der schweren Migräneattacke vorbehalten, ihre Namen sind Naramig, Maxalt, Imigran (Sumatriptan), Ascotop, Almogran, Allegro. Sie bieten gegenüber den herkömmlichen älteren Migränemitteln (Aspirin, Paracetamol) einige Vorteile: sie wirken besser, schneller und man darf sie auch noch nehmen, nachdem die Migränekopfschmerzen bereits eingesetzt haben, sie wirken auch dann noch gut (dies galt für die älteren herkömmlichen Migränemittel nicht).

Andererseits sollen die Triptane sogar erst in der Kopfschmerzphase eingenommen werden. Sie wirken nämlich auf die Auraphänomene nicht.

Was ist an anderen medikamentösen/nicht medikamentösen Behandlungsverfahren gesichert, was ist spekulativ?

Vorgehen bei menstrueller Migräne:

Bei der zyklusgebundenen Migräne kann eine Prophylaxe mit 2 x 500 mg Naproxen 4 Tage und 3 Tage nach der Periode versucht werden.

Wann ist eine Migräneprophylaxe angezeigt?

Eine bloße Anfallsbehandlung ist vertretbar, wenn die Anfälle nicht häufiger als 2 - 3-mal pro Monat auftreten oder wenn etwas häufiger Anfälle leicht verlaufen.

Bei mehr als 3 Migräneanfällen im Monat empfiehlt sich eine Prophylaxe z.B. mit Betablocker, (evtl. mit Topiramate).

Es gibt eine nichtmedikamentöse Therapie, welche unbewiesen ist, aber in der Praxis letztendlich doch erfolgreich. Hierbei handelt es sich um Ausdauersportarten wie Jogging, Nordic Walking, Rad fahren, Schwimmen.

Wissenschaftlich nachgewiesen ist die Wirkung des Stressbewältigungstrainings, des so genannten Muskel- und Gefäß-Feedbacks, sogenanntes Bio-Feedback-Training oder progressive Muskelrelaxation.

Ebenfalls sollen im Gespräch mit dem Arzt intrapsychische Stress- oder Belastungsfaktoren wie z.B. überzogene Einstellungs- und Verhaltensmuster identifiziert und bearbeitet werden (100% statt 150 % Leistung ist auch akzeptiert).

Hier werden verhaltensmedizinische Behandlungen (Gesprächsmedizin) angeboten.

Akupunktur:

Zum Thema Akupunktur:

Der Effekt ist eigentlich nicht nachgewiesen, in Einzelfällen wird von Patienten aber über einen Nutzen auch für Migräneleiden berichtet.

Homöopathie:

Der therapeutische Effekt homöopathischer Heilmittel ist nicht nachgewiesen.

Unwirksame Therapien:

Hormone, Beruhigungsmittel, Chiropraktik, Zähne ziehen, Frischzelltherapie, Ozontherapie, Spritzenbehandlung in der Nackenhaut, Entfernung von Amalgamfüllungen, Fußreflexzonenmassage.