|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Priämäre Kopfschmerzerkrankungen** | **2°** |
| **Trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen (TAK)**(Trigeminal autonomic Cephalgias (TACs) | **Migräne** | **Kopfschmerz vom Spannungstyp** | **Pseudotumor****Cerebri** |
| **Trigeminus Neuralige** | **Hemicrania continua** | **SUNCT** | **Paroxysmale Hemikarnie** | **Cluster****(episodisch & chronisch)** |
| **Unterformen** |  |  | *(short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing)* | - Episodisch- Chronisch | - Episodisch- Chronisch | Migräne mit und ohne Aura |  |  |
| **F:M** | 2:1 | 2:1 | 1:1,5 | 7:1 | 1:4 | 3:1 |  | Frauen größenteils |
| **Dauer der Attacke** | Sekunden | Continuous | 5 Sek-4 Min | 2-30 bis 45 Min | 15 Min-3h | 4-72 h |  | mehrere Stunden |
| **Attacken- /Tag** | Bis 100x | Continuous | 60x | 5-30 bis 40x | 1-8x | - |  | - |
| **Akuttherapie** | Carbamazepin 200 mg als SuspensionPhenythoin 250 mg iv langsam (Cave: Bradykardie, Asystolie) | Keine wirksame akute Therapie bekannt | 1. Wahl:O2-Inhalation 100% (7-15 liter über Gesichtsmaske mit Rückatembeutel für 15 Minuten) (15 für 15 ) (KI: COPD)- Sumatriptan sc 6 mg- Zolimtriptan 5-10 mg nasal2. Wahl:Triptane:- Sumatriptan intranasal ODER Zolmitripatn 5-10 mg po- Lidocain-Nasenspray | Sieh Ende von der Datei | Analgetika: Paracetamol, MetamizolNichtsteroidale Antiphlogistika/Analgetika: ASS, Ibuprofen, Naproxen | Paracetamol, Ibuprofen,Cortisonstoß *(nur bei drohender Visusverlust, vor interventioneller Therapie)* |
| **Medikametnöse****Prophylaxe** | • Na-Kanal Blocker wie Carbamazepin Oxcarbazepin (Na, Blutbild Kontrolle) • 2. Wahl: Lamotrigin, Lacosamid,Pregabalin• N. occipitalis Blockade• Mikrovaskuläre Dekompression (Bei Versagen 3 medikam. Therapie | 1. Wahl: Indomethacin 100-200 mg/Tag (plus PPI) (Bei Hemikranie: Pomptes Ansprechen= Diagnostisch wegweisend= Diagnosis ex juvantibus) | 1. Wahl: Verpamail bis max 960 mg unter EKG-Kontrollen2. Wahl:Lithium nach SpiegelTopiramat 100-200 mgMethysergid 8-12 mgValproinsäure | Sieh Ende von der Datei | 1. Wahl: Antidepressiva: Amitriptylin, Doxepin, Clomipramin, etc.2. Wahl (falls nach 6-8 Wochen ohne Erfolg): Mianserin und Maprotilin | Siehe die DGN-Leitlinie von 2019: " Idiopathische intrakranielle Hypertension (IIH)" |
| Gabapentin 1800-2400 mg | Lidocaine IVLamotrigin 100-400 mg2. Wahl: Gabapentin 1800-2400 mgTopiramat | Blockade N. occipitalis majoris |
| **Alter** | 70-80 |  | 20-50 |  | 20-40 | 15-25 | 15-45 (F im gebärfähigen Alter) |
| **Kommentar** | NSAR wirkungslosBei <50 Jahre: MS möglichBei zoster oticus möglich | • Einseitige temporale Schm • Nächtliche Schmerzzunahme • Ansprechen auf Indometacin obligat für Diagnose | • Gesichschmerzen meist um die Auge• Carbamazepin unwirksam (im Gegensatz zur Trigeminusneuralgie) | • Periorbitale Schmerzen.• Sumatriptan, O2 unwirksam | • NSAR wirkungslos |  | • Pulsatiler Tinnitus, Sehstoerung, Abduzensparese-Doppelbilder |

* Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Trigeminal autonomic cephalgias (TACs): (1) Attackendauer ist kurz (2) Gleichzeitiges Auftreten von autonomen Symptomen: (Auge: Lakrimation und knjunktivale Injektion. Nase: Rhinorrhö und nasale Kongestion), ipsilateral auf der Schmerzenseite).

**Migräne- Akuttherapie:**

Leicht bis mittelschwer:

* MCP 20 mg p.o./ Domperidon 30 mg p.o. (Verbessert Resorbtion des Analgetikums)
* Nach 15 Minuten:
	+ ASS 1 g p.o.
	+ Ibu 400-800 mg
	+ Paracetamol 1 g p.o.
	+ Metamizol 1 g p.o.
	+ Thomapyrin (ASS 100 mg+ PCM 200 mg+ Coffein 50 mg) 1-2 Tb bis zu 3x/Tag in Abstand von 4-6 h, max 6 Tb

Mittelschwer bis schwer:

* ***TRIPTANE***
* NIE zusammen mit oder nach Ergotamin einnehmen!
* Bessere Wirkung bei frühere Einnahme
* Kontraindikationen:
	+ Keine Applikation während Aura/ bei Pat mit Hirnstammaura oder hemiplegischer Aura
	+ KHK, Koronarspasmen, zerebrovaskuläre Erreignisse, pAVK, Hypertonie unzureichend behandelt; Schwangerschaft
* Maximal 10 Tagen/Monat (Vermeidung Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch)
* Sumatriptan subkutan ist die wirksamste Therapie akuter Migräneattacken.
* 💊Sumatriptan
	+ 6 mg s.c. (Wirkunseintritt nach 10’), Wiederholung ggf nach 2-4 h, max 12 mg s.c. in 24 h
	+ 50-100 mg p.o. , max 300 mg in 24 h
* 💡Eletriptan und Rizatriptan sind die wirksamsten oralen Therapie
* 💊Eletriptan 20-40 mg p.o. , Wiederholung max nach 2 h, max 80mg/24h

**Mutterkornalkaloide**

* ! Weniger wirksam als Triptane
* + Versuch bei Triptan non Respondern/ erhöhtes CVR
* -15’ nach MCP :
* 💊Ergotamin tartrat 2 mg p.o. , nach 4-6 h Wiederholung , max 4 mg/Attacke, max 6 mg /Woche
* !!!KEINE KOMBINATION MIT TRIPTANE

**Mirgräne-Prophylaxe:**

* Bei > 3 Migräneattacken im Monat, nicht aussreichendes Ansprechen auf akut Therapie; migränöser Hirninfarkt; Medikamenteneinnahme an > 10 Tage/Monat
* Dauer bis zur Beurteilung der Therapieeffekt: 12 Wochen, wenn wirksam- Weiterführung 6 Monate, dann Ausschleichen und Reevaluation ggf Wiederbeginn
* 💡1. Wahl:
* 💊Beta Blocker:
	+ Metoprolol 50-200 mg, langsam aufdosieren; Propranolol 40-240 mg langsam aufdosieren
* 💊Kalziumantagonist
	+ Flunarizin 5-10 mg (zB 1 Woche 5 mg zur Nacht, 2.Woche 10 mg zur Nacht, im Verlauf Gabe an jedem 2. tag ausrreichend
	+ 💊Antikonvulsivum Topiramat 50-100 mg/d, langsame aufdosierung um 25 mg/Woche. Auch bei chronischer Migräne wirksam
	+ 💊Valproinsäre 500-600 mg/Tag off label; NICHT BEI SCHWANGERE; Verhütungsmethode!!!
* 💡2. Wahl:
	+ 💊Antidepressivum: Amitriptylin; Venlafaxin;
	+ 💊Botulinum Toxin A perikraniell Injektion an 31 Orten (bei chronischer Migräne moderater Effekt)
* 💡Prophylaxe bei menstrueller Migräne
* 5 Tage vor erwartete Regelblutung bis Ender der Blutung
* 💊Naproxen 500 mg,2x
* 💊kontinuierliche Kontrazeptiva Einnahme