



**Dr. med. Heike Künzel**

Neurologie · Psychiatrie · Rehabilitationswesen

EEG, EMG, ENG, EP,

Doppler- und Farbduplexsonografie

Emilienstrasse 13 · 70563 Stuttgart

Tel. 0711 / 61 53 331 · Fax 0711 / 73 51 051

## Hormonelle Migräne

Es gibt verschiedene Überlegungen, warum der Östrogenabfall direkt oder indirekt Migräneattacken auslösen kann (oder auf die Schmerzverarbeitung einwirkt).



Im Zeitraum kurz vor der Periodeblutung bis ca. Tag 3 der Blutung oder um den Eisprung sind diese Zyklusphasen von einem Abfall des Östrogenspiegels begleitet.

Der Östrogenabfall in der menstruellen Phase scheint mit einer Zunahme der Schmerzempfindlichkeit (im Vergleich mit der lutealen Phase) einherzugehen.

Ähnlich wie bei dem physiologischen Menstruationszyklus kommt es bei der Einnahme eines Kontrazeptivums (Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparat) über 21 Tage mit siebentägiger Pause zu einem Östrogenabfall. In dieser pillenfreien Zeit wird von manchen Frauen von einer Verstärkung des Migränekopfschmerzes und einer Verlängerung der Kopfschmerzattacken berichtet. Bei kontinuierlicher Östrogeneinnahme besser sich die Beschwerden oft.

Vermutlich moduliert Östrogen den Östrogenrezeptor-alpha vermittelten Anstieg von Stickstoffmonoxid in den Gefäßendothelzellen (Vasodilatation) etc.

Weiterhin beeinflusst Östrogen die Expression verschiedener Schmerz- und entzündungsrelevanter Gene und intrazellulärer Signalpfade in nozirezeptiven Neuronen des Ganglion trigeminale.

Progesteron scheint in der Auslösung von Migräneattacken keine so große Rolle zu spielen.

Zusätzlich zu den hormoneigenen Wirkungen können die mit der Menstruation aus dem Endometrium in den Blutkreislauf freigesetzten Prostaglandine einen „migräneartigen“ Kopfschmerz auslösen.

Bei vielen Frauen treten im gleichen Monat menstruelle gebundene, d.h. durch Östrogenabfall getriggerte und nicht Östrogenspiegel-abhängige („freilaufende“) Migräneattacken auf.

### Prophylaxe der menstruellen Migräne:

Wegen häufigem Versagen einer guten Prophylaxe der menstruellen Migräne gibt es die Möglichkeit hormoneller Maßnahmen.

Die Vorteile müssen gegen die Nachteile abgewogen werden.

Absolut kontraindiziert sind Östrogeneinnahmen bei Raucherinnen mit zusätzlicher Migräne mit Aura aufgrund des deutlich erhöhten Schlaganfallsrisikos.

## 1. Kurzzeitprophylaxe-Stufenschema

- 1.1. Prostaglandinhemmer zwei Tage bis Tag 3 der Menstruationsblutung z.B. Naproxen 500-1000mg täglich (wegen langer Wirkung).
- 1.2. 2 Tage vor der Blutung bis zum Tag 3 langwirksame Triptane wie Frovatriptan 2 x 2,5 mg oder Naramig 2 x 1 mg. (Sumatriptan oder Zolmitriptan) wirken kürzer. Hier wäre dann eher mit einem Wiederkehrkopfschmerz zu rechnen.
- 1.3. Bei Kontraindikationen oder Wirkungslosigkeit der Therapie mit NSAR oder Triptanen kann eine hormonelle Kurzzeitprophylaxe zu einer Reduktion der Häufigkeit, Schwere und Dauer der menstruellen Migräne führen: z.B. Estraderm – 100µg – Pflaster.

## 2. Langzeitprophylaxe

Schwer beeinträchtigende und langandauernde menstruell gebundene Migräneattacken lassen sich am besten durch hormonelle Maßnahmen verhindern, die eine Fluktuation oder das Absinken des Östrogenspiegels verhindern. Hierzu eignet sich zum Beispiel die kontinuierliche Einnahme einer monophasischen Kombinationspille mit mittlerer Östrogendosis (z.B. Ceracette). **Mini- oder Mikropillen und Gestagenpillen sind in der Regel nicht geeignet, da sie den Östrogenspiegel nicht beeinflussen.** Unter der neu begonnenen Einnahme eines kombinierten Kontrazeptivums kann es zwar zunächst zu einer Zunahme der Migräneattacke und Attackenintensität kommen, die sich aber unter der fortgesetzten Einnahme wieder gibt.

- 2.1. Gute Erfahrungen haben Frauen auch mit der kontinuierlichen Einnahme eines Östrogen-Gestagen Kombinationspräparats über 84-168 Tage mit einer darauf folgenden siebentägigen Pillenpause gemacht. Die Migräneattacken traten erst bei der Abbruchblutung nach Absetzen der Pille und nicht wie vorher üblich monatlich ein.

Es gibt keinen medizinischen Grund, weshalb Kontrazeptiva im Rhythmus über 21 Tage mit 7-tägiger Pillenpause eingenommen werden sollten. (Orale Kontrazeptiva wurden primär von der pharmazeutischen Industrie für die kontinuierliche Einnahme entwickelt. Nur aufgrund soziokultureller Vorstellung, dass die Frau einmal monatlich eine Menstruationsblutung haben sollte, wurde die Pille entsprechend eines 21/7 Rhythmus modifiziert um die Marktakzeptanz zu verbessern).

Nachteile einer kontinuierlichen Pilleneinnahme können Zwischenblutungen sein.

Andererseits besteht bei der Einnahme eines niedrig dosierten Kontrazeptivums, das im konventionellen 21/7 Rhythmus eingenommen wird, die Gefahr einer unzureichenden Suppression der endogenen Östrogenproduktion mit daraus resultierendem Eisprung und unzureichendem antikontrazeptivem Schutz.