



Management von PatientInnen mit chronischem Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch und multimodale Kopfschmerztherapie

Landmann G / Mai 2020

Der Entzug der akutwirksamen Schmerzmedikamente ist ein notwendiger Bestandteil der Behandlung. Prinzipiell kann der Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden. Dies gilt auch für PatientInnen mit Medikamentenübergebrauch wegen sekundären Kopfschmerzen. In komplexen Situationen kann eine anschliessende multimodale Nachbehandlung notwendig sein (Kopfschmerzprogramm/Rehabilitation).

I. Kriterien für einen ambulanten Entzug (Analgetika, NSAR/nichtsteroidale Antirheumatika und Triptane)

- Erster Entzug
- Kurze Anamnese (<2 Jahre)
- Keine relevanten psychosozialen Risikofaktoren und/oder psychisch Komorbidität
- Keine Sedativa, Opioide

Eine multimodale Weiterbehandlung kann erforderlich sein.

II. Kriterien für einen stationären Entzug (Analgetika, NSAR und Triptane)

Bei PatientInnen, die oben genannte Kriterien nicht erfüllen, ist ein stationärer Entzug notwendig. Die Hospitalisationsdauer beträgt ca. 5 Tage. Bei den meisten dieser PatientInnen ist eine stationäre Rehabilitation in einem multimodalen Kopfschmerzprogramm erforderlich.

III. Durchführung des Entzugs von Analgetika, NSAR und Triptanen

- Abruptes Absetzen der akutwirksamen Schmerzmedikation
 - Prednison 100 mg/d über 5 Tage (Pageler 2008, Rabe 2013)
 - Parallel Etablierung einer medikamentösen Prophylaxe
 - Versuch, akutwirksame Schmerzmedikamente in Reserve zu vermeiden; falls doch notwendig: Wechsel der Substanzklasse, ergänzend Antiemetika
- Kopfschmerzkalender

IV. Durchführung des Entzugs von Opioiden

Der Entzug von Opioiden unterscheidet sich von den o.g. Algorithmen und ist in der Regel nicht in einem neurologischen Setting durchführbar. Sinnvollerweise sollte bei einem Opioidzug eine nichtneurologische Abteilung mit entsprechender Spezialisierung (Schmerzabteilung, anästhesiologische bzw. psychiatrisch/psychotherapeutische oder psychosomatische Abteilung) involviert werden. In den meisten Fällen ist ein stationärer Entzug (mehrere Wochen) notwendig. Ein begleitender regelmässiger Gebrauch von Benzodiazepinen sollte gleichfalls entzogen werden. Danach können die PatientInnen in einem neurologischen Setting weiterbehandelt werden.

V. Multimodale Weiterbehandlung/Multimodale Kopfschmerztherapie

Prinzipiell sollte bei allen PatientInnen mit häufigen bzw. chronischen Kopfschmerzen eine multimodale Therapie in Betracht gezogen werden. Multimodal bedeutet nicht allein die Applikation verschiedener Therapiemodalitäten (s.u.), sondern gewinnt unter dem Konzept des biopsychosozialen Krankheitsmodells chronischer Schmerzen erst bei intensiver Zusammenarbeit aller Therapeuten an Bedeutung und beinhaltet eine ärztliche (Neurologie), psychosoziale (Psychologie/Psychosomatik/Psychiatrie) und eine physiotherapeutische



Mitbetreuung.

Eine stationäre Rehabilitation im Rahmen eines multimodalen Kopfschmerzprogrammes (Dauer ca. 3 Wochen) empfiehlt sich bei allen PatientInnen, die stationär entzogen werden müssen. Ein ambulantes Kopfschmerzprogramm (tagesklinisch 1-3 Wochen) sollte bei PatientInnen nach einem ambulanten Entzug angeschlossen werden, nicht selten ist ein solches Programm auch nach Absolvierung eines stationären Programmes zusätzlich notwendig. PatientInnen mit häufigen oder chronischen Kopfschmerzen auch ohne Medikamentenübergebrauch profitieren von multimodalen Kopfschmerzprogrammen.

VI. Indikation für multimodale Kopfschmerzprogramme

- Häufige bzw. chronische Kopfschmerzen
- Psychosoziale Belastungen
- Relevante psychische Komorbiditäten
- Status nach (mehreren) Entzügen, inklusive Status mehreren stationären Aufenthalten (Odyssee)

VII. Bestandteile multimodaler Kopfschmerzprogramme (evidenzbasiert, als Auswahl)

- Pharmakotherapie (Akuttherapie, Prophylaxe), um das primäre Kopfschmerzsyndrom zu behandeln
- Ärztliche Information wie Aufklärung über Kopfschmerzerkrankungen und Therapien
- Physiotherapeutische Inhalte wie aerobes Training/Ausdauertraining, Übungsprogramme für die Nacken- und Kiefermuskulatur, manualtherapeutische Techniken
- Psychologische Therapieinhalte wie Entspannungstechniken (z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), Biofeedback, Psychotherapie (bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität), Psychologische Edukation/Coaching (z.B. psychologische Trigger), Schmerzbewältigung, Schmerzumfang
- Komplementäre-medicinische Verfahren wie Akupunktur
- gegebenenfalls interventionelle Verfahren (z.B. N. occipitalis major, Ggl. Gasseri), TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation)