



Migräne bei Frauen

Merki G S / Mai 2020

Das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei Migräne (3:1) und Spannungskopfschmerzen (5:4) ist allgemein bekannt. Bei Spannungskopfschmerzen ist die Prävalenz der Frauen eher auf verschiedene geschlechtsgebundene psychologische und psychosoziale Faktoren sowie auf Verhaltensunterschiede zurückzuführen. Im Fall der Migräne hingegen unterstützen viele Beobachtungen die Hypothese, dass hormonelle Einflüsse eine Rolle spielen. Häufig beginnt die Migräne bei Frauen in der Pubertät, wird im Laufe des Lebens häufiger und bessert sich dann in der Menopause. Mehr als 75% der Migräneattacken bei Frauen sind menstruationsassoziiert. Ursächlich sind hier der Hormonabfall am Ende des Zyklus und die mit der Blutung assoziierte Freisetzung an Prostaglandinen. Östrogene haben hier den größeren Einfluss, als die Gestagene. In der Schwangerschaft ist der Hormonspiegel stabil, wahrscheinlich deshalb ist die Migräne dann bei vielen Frauen besser, vor allem ab etwa der 17. Schwangerschaftswoche. Hormone werden auch therapeutisch eingesetzt, beispielsweise zur Verhütung, als Hormonersatztherapie, bei Endometriose, bei Brustkrebs, zur Regulierung des Zyklus und als Interzeption. Auch diese Hormone können eine Migräne auslösen oder den Verlauf einer bereits bestehenden Migräne verbessern oder ungünstig beeinflussen. Migräne ist oft mit dem gehäuftem Auftreten anderer Erkrankungen assoziiert, wie Endometriose oder Dysmenorrhoe. Auch Depressionen sind häufig.

Menstruelle Migräne

Man unterscheidet zwischen der menstruellen Migräne (MM) und der rein menstruellen Migräne (PMM). Beiden ist gemeinsam, dass definitionsgemäss die Migräne an den ersten drei Tagen der Monatsblutung auftritt oder 2 Tage zuvor in mindestens 2 von 3 Zyklen. Frauen mit MM haben zusätzlich Attacken auch zu anderen Zeitpunkten des Zyklus. Die PMM, also das ausschliessliche Auftreten der Migräne im oben genannten Zeitraum ist sehr selten.

Die Attacken der MM sind schmerzhafter, als andere Attacken, dauern länger an und reagieren schlechter auf die klassischen Akutmedikationen. Der Leidensdruck der Patientinnen ist deshalb oft sehr hoch.

Meistens handelt es sich um eine Migräne ohne Aura, d.h. ohne vorübergehende neurologische Symptome wie Sehstörungen, Missempfindungen, Sprachstörungen und, seltener, Lähmungen.

Die korrekte Diagnose wird durch einen entsprechenden Kopfschmerz-Blutungskalender erfasst, der über 3 Zyklen geführt werden muss.

Das prämenstruelle Syndrom (PMS)

Trotz ähnlicher Symptome sollte man versuchen, die menstruelle Migräne von Kopfschmerzen im Rahmen des prämenstruellen Syndroms zu unterscheiden. Zu den körperlichen Symptomen des prämenstruellen Syndroms (PMS) gehören unter anderem Brustspannen, Kopf- und Rückenschmerzen, Abgeschlagenheit und Aufgedunsenheit. Auf psychisch-emotionaler Ebene äußert sich das PMS unter anderem durch Reizbarkeit,



depressive Verstimmungen, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit. Der Kopfschmerz steht in der Regel nicht im Vordergrund und spricht gut auf Analgetika an.

Migräne und Schwangerschaft

In den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft kann es zu einer Verschlimmerung der Migräne kommen. Danach wird jedoch ein großer Teil der Migränikerinnen während des 2. und 3. Drittels der Schwangerschaft beschwerdefrei. Dies gilt insbesondere für Frauen, die an einer menstruellen Migräne leiden. Im Wochenbett können die Migräne-Symptome wieder vermehrt auftreten. 25% der Migränikerinnen bekunden keine Veränderung ihrer Attackenhäufigkeit während der Schwangerschaft. Bei Planung einer Schwangerschaft sollten sich Frauen mit Migräne beraten lassen, welche Schmerzmedikamente während der jeweiligen Phase der Schwangerschaft eingenommen werden müssen. Eine Umstellung auch der Migräneprophylaxe sollte vor Absetzen der Schwangerschaftsverhütung erfolgen. Die Besserung der Migräne während der Schwangerschaft soll auf den gleichmässig hohen und stabilen Spiegeln der weiblichen Hormone beruhen, die Verschlechterung nach der Geburt auf deren Abfall.

Migräne und kombinierte hormonelle Verhütungsmittel (CHC) und andere

Auch Frauen, die ein kombiniertes Verhütungsmittel einnehmen haben durch das Absetzen des Hormones vor der Blutung einen Hormonentzug. Dieser ist noch abrupter als im natürlichen Zyklus und kann zu Migränen führen, die wie andere MM sehr stark, schwer therapierbar und lang andauernd sind.

Weiterhin können diese Präparate eine Migräne initiieren, die Migränefrequenz erhöhen und bei Frauen mit Migräne ohne Aura dazu führen, dass neu Auren auftreten. In beiden Fällen sollte von CHC abgeraten werden und eine andere Verhütungsmethode eingesetzt werden. Dies, weil CHC bei Migränikerinnen das Risiko für einen cerebrovaskulären Insult erhöhen können. Mit 40 Jahren ist dieses Risiko 2.8-fach erhöht im Vergleich zu Nichtmigränikerinnen. Bei Migräne mit Aura ist es 6-fach erhöht. Die Migräne mit Aura ist deshalb eine absolute Kontraindikation für die Anwendung von CHC. Zu einer weiteren multiplikativen Risikoerhöhung kommt es bei Hypertonie, Nikotinabusus, und/oder Übergewicht. Migränikerinnen sollen ihre Verhütungsproblematik mit dem Facharzt gründlich diskutieren. Auch Hormonspiralen können einen negativen Einfluss auf den Migräneverlauf haben, dagegen sind Kupferspiralen hier neutral. Mehrere Studien der letzten Jahre belegen, dass die Anwendung des Gestagens Desogestrel zur Verhütung menstruelle und auch nichtmenstruelle Migränen verbessern kann. Auch nicht hormonelle Migränen, wie die chronische Migräne werden positiv beeinflusst. Verhütungsmittel mit nur Gestagenen erhöhen das Schlaganfallrisiko nicht, was als weiterer Benefit angesehen werden muss

Migräne in der Peri- und Postmenopause

Die Phase, in der Frauen altersbedingt unregelmäßiger den Eisprung haben und entsprechend auch unregelmäßiger bluten, nennt man Perimenopause. Hat eine Frau mindestens ein Jahr nicht mehr geblutet ist sie in der Postmenopause.

In der Perimenopause kommt es teilweise zu ausgeprägten Hormonschwankungen, die zu einem häufiger werden der Migränen führen. Hinzu kommen bei einigen Frauen Schlafstörungen und Wallungen als potentielle weitere Migränetrigger.

In der Postmenopause dagegen hört bei vielen Frauen die Migräne auf, besonders bei solchen bei denen die Menstruation ein starker Trigger war. Weil keine Follikelreifung mehr



stattfindet, bleiben die Oestrogenspiegel in diesem Lebensabschnitt auf konstant niedrigem Niveau. Sehr selten tritt eine Migräne in dieser Lebensphase neu auf.

Hormonersatztherapie HRT

Eine Hormonersatztherapie wird dann durchgeführt, wenn die Frau in der Peri-Postmenopause an ausgeprägten Hormonausfallerscheinungen leidet, wie Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Hitzewallungen. Bei dieser Behandlungsart werden Präparate, welche Oestrogene und Gestagene enthalten, als Tablette, Pflaster oder Gel angewandt. Heute wird empfohlen mit einer möglichst niedrigen Dosis zu behandeln und nur so lange, wie nötig, da das Brustkrebsrisiko bei langer Behandlung ansteigen kann. Um das Thromboserisiko niedrig zu halten sollte man die transdermale Therapie als first line Option anbieten. Die HRT hat aber auch Benefits, wie Verhinderung des Knochenabbaus (Osteoporose) und Schutz der Blutgefässe vor Arteriosklerose.

Falls eine Hormonersatztherapie wegen Migräne durchgeführt werden muss, sind kontinuierlich durch die Haut aufgenommene Hormone (Pflaster, Gel) vorzuziehen, da der Blutspiegel bei dieser Anwendungsart weniger schwankt als unter Tabletteneinnahme.

Eine in der Menopause rückläufige Migräne kann sich manchmal durch die Hormonersatztherapie wieder verschlechtern. In einem solchen Fall sind Vor- und Nachteile der Behandlung abzuwägen. Dabei sind die subjektive Ausprägung der hormonalen Ausfallerscheinungen sowie das individuelle Osteoporoserisiko gegenüber der Häufigkeit, Schwere und dem Ergebnis der bisherigen, hormonfreien Behandbarkeit der Migräneanfälle zu gewichten. Bei Frauen, die keine Hormone anwenden dürfen, wurde gezeigt, dass auch Antidepressiva erfolgreich die Symptome lindern können.