

Autor: Michael Brendler [mich/51-16380411] **Ausgabe:** Hauptausgabe
Seite: 10 bis 10 **Jahrgang:** 2016
Ressort: Sonstiges

Kopfschmerzen

Hoffnungsträger in Sicht? Pharmaunternehmen wetteifern derzeit um ein neues Medikament gegen Migräne / Von Michael Brendler

Um die Höhen und Tiefen in ihrem Leben zu kennzeichnen, hat Karen Lohmann die Farbe Gelb gewählt. Mal ist die ganze Woche ein einziger grell leuchtender Strich, mal sind es Blöcke von mehreren Tagen, die fast untergehen in der Menge der vielen einzelnen Schmerztage, die den Kalender übersäen. Im Schnitt zwölf Mal pro Monat hat die Migräne bei ihr zugeschlagen. Kopfschmerzen, die sich manchmal anfühlen, als würde das Gehirn zusammengequetscht. Ein sich über Auge und die Nebenhöhlen zu den Zähnen vorarbeitendes Pochen, dazu noch Übelkeit. "Wenn mir jemand anbieten würde, mir den Kopf aufzuschneiden und die Migräne raus zu operieren, ich würde es sofort machen", sagt die 44-Jährige.

Es gibt wenig, was Karen Lohmann in den 30 Jahren ihrer Krankheit noch nicht ausprobiert hat. Beta-Blocker, Antidepressiva, Epilepsie-Mittel, Botox und Akupunktur - entweder hat es nicht wirklich geholfen, oder die Nebenwirkungen waren heftig. Wenn man den Versprechungen mancher Pharmafirmen Glauben schenken möchte, könnte sich das bald ändern. Gleich vier von ihnen wetteifern derzeit darum, als Erstes ein neues Medikament auf den Markt zu bringen. Der Wirkstoff soll den Betroffenen zu mehr schmerzfreien Tagen verhelfen. Es ist ein Antikörper, der das Calcitonin Gene-Related Peptid (CGRP) blockiert. Dabei handelt es sich um den "einzigen Botenstoff, von dem wir wissen, dass er während eines Anfalls messbar erhöht ist", sagt Uwe Reuter. Und das macht nicht nur dem Leiter der Kopfschmerzambulanz der Berliner Charité Hoffnung.

Jeder siebte Erwachsene in Deutschland, fast sieben Millionen, leidet unter Migräne. Und ein Drittel von ihnen kriegt seine Anfälle nicht in den Griff. Im Gegenteil: "Für uns gilt es schon als erfolgreiche Therapie", so Reuter, "wenn wir die Zahl der Kopfschmerztage halbieren können."

Schon die Ägypter verzweifelten vor 5500 Jahren an der Krankheit und versuchten, ihr mit feuchten Lehmmuschlägen Herr zu werden. Der griechische Arzt Hippokrates beschrieb 2000 Jahre später nicht nur die Symptome im Detail, er lieferte auch eine erste Erklärung. Seiner Meinung nach war eine unglückliche Mischung der Körpersäfte für die Migräne verantwortlich. 1938 demonstrierten deutsche Ärzte endlich, dass sich die Leiden durch die Gabe des Getreidepilzgiftes Ergotamin lindern ließen. Weil zu den Hauptwirkungen des Mutterkornwirkstoffs zählt, dass er Adern verengt, entwickelte sich bald die These, dass erweiterte Gefäße in Hirn- und Hirnhäuten die Ursache der Schmerzen sind. Das passte auch gut zu ihrem pulsierenden Auf und Ab.

Inzwischen haben Kernspintomographie-Aufnahmen allerdings gezeigt, dass die Gefäße während der Attacke nicht erweitert sein müssen. 1990 prüfte der Schwede Lars Edvinsson im Blutabfluss des Gehirns, der Vena jugularis, welche Substanzen eigentlich während eines Anfalls im Kopf neu gebildet werden. Er fand nur eine einzige, das CGRP. Wenig später wurde gezeigt, dass bei Migränikern schon eine Spritze dieses CGRP schwere Attacken auslösen kann - einen gesunden Patienten lässt sie dagegen völlig kalt.

Inzwischen weiß man auch, warum der Botenstoff eine so große Macht hat: Er spielt wahrscheinlich gleich an zwei Schlüsselstellen der Migräneentstehung eine Rolle. Weil das Gehirn selbst keine Schmerzen empfinden kann, muss jedes Kopfschmerzsignal den Weg über den Trigemini-Nerv nehmen, der die Hirnhäute hochsensibel macht und auch zu Gesicht und Stirn führt. Bevor dessen Signal im Zwischenhirn, im Thalamus, in ein Gefühl übersetzt wird, wird es auf dem Weg mehrfach verschaltet. Und in einigen dieser Trigemini-Relaisstationen ist der Botenstoff CGRP an der Schmerzverarbeitung beteiligt, erklärt

Hans-Christoph Diener, der Leiter des Kopfschmerzzentrums der Uniklinik Essen. Auch am anderen Ende der Migränekaskade, in den Hirnhäuten selbst, bereitet das CGRP dem Schmerz den Weg. Dort wird es gemeinsam mit anderen Botenstoffen von Trigemini-Fasern ausgeschüttet, erweitert die Blutgefäße, reizt die Abwehrzellen bis zur Entzündung und macht die Hirnhäute so empfindlich, dass schon das Pulsieren des Blutes ausreicht, um die Patienten fast an die Decke gehen zu lassen.

Die derzeit getesteten Medikamente neutralisieren den Botenstoff durch Antikörper - ein Prinzip, das sich schon bei der Therapie von Rheuma und Schuppenflechte bewährt hat. Im akuten Anfall wirken die CGRP-Antikörper zu langsam, sie könnten aber neue Anfälle verhindern. Ende 2016, Anfang 2017, so der Berliner Reuter, sollen die Ergebnisse vorliegen. Die Vorgängerstudien stimmen ihn optimistisch. Auch deshalb, weil jeder siebte Patient als sogenannter Super-Responder sogar die gesamten sechs Monate Studiendauer schmerzfrei erlebte. "Das konnten wir bisher von keinem anderen Medikament."

Sein Essener Kollege bleibt dagegen vorsichtig. "Gerade seltene Nebenwirkungen fallen oft erst bei Untersuchung größerer Patientengruppen auf", sagt Diener. Genauer könne man deshalb erst nach Abschluss der Zulassungsstudien sagen, an denen er ebenfalls beteiligt ist. Bislang hätten die Patienten die Mittel jedoch sehr gut vertragen. Allerdings deutet sich an, dass nicht jeder Patient im gleichen Maße von den Medikamenten profitiert. "Es scheint Patienten zu geben, bei denen das CGRP für 80 bis 95 Prozent des Migräneschmerzes verantwortlich ist", sagt Uwe Reuter. Bei anderen spielten dagegen wohl andere Botenstoffe und Signalwege eine größere Rolle, sodass sie kaum von den Mitteln profitierten. Im Schnitt liege der Effekt der CGRP-

Antikörper laut Diener bei ein bis zwei Migränetagen weniger pro Monat. "Das schaffen die meisten anderen Prophylaxemittel auch", so der Neurologe. Allerdings meist unter Inkaufnahme "sehr unpopulärer Nebenwirkungen" - da dürften die neue Medikamente für Erleichterung sorgen. Hinzu kommen die Kosten: Das Medikament, schätzen Experten, dürfte so teuer werden, dass es wohl nur als Mittel der letzten Wahl und nur in speziellen Migränezentren zum Einsatz kommt. Zudem können Antikörper nur gespritzt werden.

Die Geschichte der Migränemedizin ist voll von gescheiterten Hoffnungsträgern, das hat Veteranen wie Diener vor-sichtig gemacht: "Medikamente sind bei der Migräne nie die Lösung", sagt Uwe Reuter, "sondern eher ein Krückstock für die Zeit, bis der Patient gelernt hat, seine Krankheit anders in den Griff zu bekommen."

Bei allen Migränepatienten ist eine erhöhte Erregbarkeit des Gehirns zu beobachten. Das schein vor allem genetisch bedingt zu sein, meint Peter Behrens, Leiter der Kopfschmerzambu-

lanz am Schmerzzentrum der [Uniklinik Freiburg](#). Die Erregungsschwelle verändere sich unter dem Einfluss von Umwelt und Hormonen. Die gute Nachricht: Diese Überempfindlichkeit lässt sich abmildern, etwa durch Ausdauer-sport und Entspannungstechniken. Auch Karen Lohmann konnte auf diese Weise die Zahl ihrer Anfallstage halbieren. Ihre große Hoffnung: Ab Mitte 50 verschwindet die Migräne bei vielen ganz von alleine.

Fotograf: Colourbox.de
Abbildung: FOTOS: rinder (fotolia/colourbox)
Fotograf: Fotolia

Autor: [bz]
Seite: 10 bis 10
Ressort: Sonstiges

Ausgabe: Hauptausgabe
Jahrgang: 2016

BZ-Veranstaltung

Was tun bei Kopfschmerz und Migräne? **Freiburg**, die Psychotherapeutin Marianne Lueking sowie Dr. Jörg Schweigler vom Regionalen Schmerzzentrum
Darüber diskutieren im Rahmen der Reihe "BZ hautnah" Dr. Peter Behrens vom Schmerzzentrum der **Uniklinik Freiburg**. Termin: **Sonntag, 10. April, 11.30 Uhr**, auf der Gesundheitsmesse, Halle 2, **Messe Freiburg**. BZ