



Schweizerische Kopfwehrgesellschaft
Société Suisse pour l'étude des céphalées
Società Svizzera per lo studio delle cefalee
Societad svizra per il studi del mal il tgau



6. revidierte und erweiterte Auflage 2008

THERAPIEEMPFEHLUNGEN FÜR KOPF- UND GESICHTSSCHMERZEN

inkl. Kopfwehralgorithmus
für den Hausarzt

www.headache.ch



INHALT

Einleitung	2
Der grundlegende Unterschied	3
Wie weit muss die Diagnostik gehen?	4
Entscheidungsfindungen	4
Ziele des Kopfwahl-Managements	5
Allgemeine Aspekte	5
Migräne	
– Anfallbehandlung	7
– Langzeitprophylaxe	10
Cluster-Kopfwahl	
– Akutbehandlung	14
– Langzeitprophylaxe	15
Episodisches Spannungstyp-Kopfwahl	
– Akutbehandlung	15
Chronisches Spannungstyp-Kopfwahl	
– Prophylaxe	16
Gemischte Kopfwahlformen	16
Schmerzmittel-Kopfwahl	17
Schwangerschaft, Menstruation und Kontrazeption	18
Kopfwahl bei Kindern	20
Gesichtsschmerzen	22
Chirurgische Eingriffe	24
Liste der Medikamente	25

Bei der vorliegenden Broschüre handelt es sich um die wesentlich überarbeitete Neuauflage der Therapieempfehlungen der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft, welche sich in der Schweiz seit Jahren in der Praxis bewährt haben. Neben diversen inhaltlichen Anpassungen wurde neu der Faltprospekt mit dem Überblick von der Schmerzklassifikation bis zur medikamentösen Behandlung in die Broschüre integriert. Zudem wurden die Empfehlungen um ein neues ausführliches Kapitel zum Thema „Gesichtsschmerzen“ erweitert. Wissenschaftliche Erkenntnisse nach evidenzbasierten Kriterien sowie die langjährigen, persönlichen Erfahrungen der Mitglieder unserer Therapiekommission, einem interdisziplinären Fachgremium, bilden gleichermassen die Basis dieser Ausgabe. Die Empfehlungen erfolgen unabhängig von administrativen Vorgaben wie Registrierung bei Swissmedic, Limitationen oder Kassenzulässigkeit.

Um Übersichtlichkeit und Praktikabilität der Empfehlungen zu wahren, beschränken sich die Angaben ganz bewusst auf die zentralen Aspekte der Kopfwehtherapie und sparen irrelevante Details aus. Damit wird eine Grundlage geschaffen, welche jeder Arzt, der Kopfwehpatienten betreut und behandelt, mit seinen eigenen, subjektiven Erfahrungen ergänzen wird.

Baden, April 2008
Dr. med. Christian Meyer
Präsident der SKG

Für die praktischen Belange unterscheiden wir zwischen primärem und sekundärem Kopfweh.

PRIMÄR (IDIOPATHISCH)

- Grundleiden zurzeit nicht bekannt; diese Kopfwehformen haben eine ausgeprägte Eigengesetzlichkeit mit sehr eindrücklicher Zeitstruktur
- Keine organische Läsion fassbar
- Primäre Kopfschmerzen sind Migräne, Cluster-Kopfweh, Spannungstyp-Kopfweh
- Diagnose nach den aktuellen Kriterien der International Headache Society (IHS-Klassifikation 2003/2004, www.i-h-s.org)

SEKUNDÄR (SYMPTOMATISCH)

- Kopfschmerzen im Rahmen eines Grundleidens, das gesucht und behandelt werden muss; Übergänge zu primären Kopfwehformen sind dabei immer möglich

WIE WEIT MUSS DIE DIAGNOSTIK GEHEN?

- Ausführliche Anamnese sowie allgemeine klinische und neurologische Untersuchung
- Bei Verdacht auf neurologische Ausfälle oder eine ungewöhnliche Form Facharzt hinzuziehen
- Diagnostik auch nach Einsetzen der Therapie überprüfen, insbesondere bei Therapieresistenz
- Die Diagnostik dient auch dem Abbau der Angst
- Erfassung ist oft schon Therapie

ENTSCHEIDUNGSFINDUNGEN

BEHANDELN: JA ODER NEIN?

- Nicht in jedem Fall besteht eine Behandlungsnotwendigkeit; Untersuchungen und ein klärendes Gespräch können bereits genügen
- Behandlungsplan in Übereinstimmung mit dem Patienten unter Berücksichtigung individueller Aspekte (Leidensdruck, Ängste, Überzeugungen) aufstellen
- Mit dem Patienten muss besprochen werden, dass Kopfschmerzen meist Langzeitprobleme sind

LEBENSQUALITÄT VERBESSERN

- Die eigenen Ressourcen der Patienten zur Verminderung des Leidensdrucks suchen und diese mobilisieren
- Das Ziel ist nicht die Heilung, sondern Besserung und Reintegration in den Alltag

ALLGEMEINE ASPEKTE

- In erster Linie Behandlung durch den Hausarzt
- Bei Therapieresistenz Zuweisung an den Kopfwespezialisten
- Cave: Medikamentenübergebrauch und „Ärztetourismus“

STELLENWERT DER LEBENSUMSTÄNDE

... als Modulatoren der Kopfwehprobleme

- Eine Biographie mit erweitertem Stammbaum ist sehr nützlich
- Noxen erkennen, wenn möglich Elimination derselben

- „Unbeeinflussbare“ Faktoren wie Menstruation, Hormone, Wetter, unentrinnbare Nöte, festgefahrene Situationen etc. nicht als ausweglos anerkennen: Veränderungen der Lebensweise verändern auch solche Verläufe

HALTUNG DES PATIENTEN BEACHTEN

- Adäquates Selbstmanagement soll unterstützt werden
- Cave: Unkontrollierte Selbstmedikation ist problematisch

DARUM: VOR BEGINN EINER THERAPIE

- Medikamente absetzen, die nichts nützen oder schaden
- Andere Noxen eliminieren (zu viel Alkohol, zu viel Stress)
- Innere Ökonomie überprüfen (Leistungsbegrenzung, echte Freizeit erleben, Tagesrhythmus, Selbstbestimmung)
- Kopfwehkalender führen (möglichst schon 1 Monat vor Behandlungsbeginn)
- Festlegung der Behandlungsstrategie: Anfallbehandlung oder Intervalltherapie versus Langzeitprophylaxe oder beides

MIGRÄNE ANFALLBEHANDLUNG

ANTIEMETIKA

Die Resorption der verabreichten Medikamente sollte gewährleistet sein. Da die Gastrokinetik oft relevant eingeschränkt ist, braucht es unter Umständen ein Antiemetikum als Vorausmedikation. Dieses kann auch eine antimigränöse Wirkung haben.

Cyclizin	Tbl. (Kinder ab 6 J.)	25-150mg
Domperidon	Tbl., Lingualtbl., Supp.	20-60mg
Metoclopramid	p.o., Supp., i.m., i.v.	10-20mg

MIGRÄNEATTACKEN VON GERINGER INTENSITÄT UND OHNE BEHINDERUNG IM ALLTAG

Hier können NSAR und andere Analgetika genügen. Prinzipiell sind alle anwendbar, vorzugsweise als „rapid“ oder Granulatform.

Acetylsalicylat	Brausetbl., Sachet	1000mg
ASS+Metoclopramid (Lysinacetylsalicylat)	Sachet	3 pro 24h
Diclofenac	Dragées	100-150mg
Ibuprofen	Granulat	600-1200mg
Mefenaminsäure	Tbl.	500-1500mg
Naproxen	Supp., Tbl.	500mg
Paracetamol	Brausetbl.	1000mg

MIGRÄNE ANFALLBEHANDLUNG

MIGRÄNEATTACKEN MIT MITTLERER UND HOHER SCHMERZINTENSITÄT UND BEHINDERUNG IM ALLTAG

Die Behandlung erfolgt mit Triptanen. Diese wirken spezifisch bei Migräne, haben die grösste Wirksamkeit und sollten früh eingesetzt werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Patient den Ablauf seiner Kopfweh-episode genau kennt. In der Reihenfolge der Markteinführung sind heute folgende Triptane im Einsatz:

		Einzeldosis	Höchstdosis pro 24h
Sumatriptan	s.c.	6mg	12mg
	Tbl.	50mg	200mg
	Supp.	25mg	50mg
	Nasalspray	20mg	40mg
Naratriptan	Tbl.	2.5mg	10mg
Zolmitriptan	Tbl.	2.5mg	10mg
	Lingualtbl.	2.5mg	10mg
	Nasalspray	5mg	10mg
Rizatriptan	Tbl.	5/10mg	30mg
	Lingualtbl.	5/10mg	30mg
Eletriptan	Tbl.	40/80mg	160mg
Almotriptan	Tbl.	12.5mg	25mg
Frovatriptan	Tbl.	2.5mg	5mg

Die Zeit bis zum Wirkungseintritt und die Dauer der analgetischen Wirkung sind bei den verschiedenen Triptanen unterschiedlich. Sind der Effekt eines Präparats und die Darreichungsform ungenügend, kann auf ein anderes Präparat gewechselt werden.

ANFALLBEHANDLUNG

IM NOTFALL

Bei Kontraindikationen und Wirkungslosigkeit von Triptanen können parallel NSAR verwendet werden:

Acetylsalicylat	i.v.	1000mg
Diclofenac	i.m.	75mg
Metamizol	i.v.	1000mg
Paracetamol	i.v.	1000mg

Nota bene: Niedrigere Dosen wirken deutlich schlechter.

Cave: Keine Opiate

SELEKTIVE AURA-BEHANDLUNG

Cinnarizin sublingual 50-75 Tropfen (75mg/ml)

Die Erfahrung zeigt, dass Cinnarizin die Aura verkürzen kann.

Lamotrigin 25-300mg

SPEZIELL BEI STATUS MIGRAENOSUS

(mehr als 72 Stunden Dauer)

Überweisung an den Kopfwehspezialisten oder Hospitalisation.

ERGOTAMINPRÄPARATE

Wegen der Nachteile (Nebenwirkungsprofil, schlechte Verträglichkeit) ist die Bedeutung von Ergotaminpräparaten zurückgegangen. Eingesetzt wird allenfalls das Dihydroergotamin-Nasalspray.

Zur Langzeitprophylaxe werden auch nicht-medikamentöse Massnahmen angewendet.

NICHT-MEDIKAMENTÖSE ZUSATZTHERAPIE

Psychotherapeutische Methoden für Patienten mit entsprechender Motivation:

1. Wahl: Techniken zur körperorientierten Selbstwahrnehmung (z.B. Focusing)
2. Wahl: Verhaltenstherapeutische Massnahmen

Geeignete Therapeuten sind vorderhand noch selten zu finden.

Komplementärmedizinische Methoden: Diese, ärztlich oder nicht-ärztlich durchgeführt, sind kontrovers. Die Resultate in der Praxis sind widersprüchlich. Es fehlen ausserdem Langzeitbeobachtungen.

WANN LANGZEITPROPHYLAXE?

- Mehr als 3 Anfälle im Monat
- Sehr schwere oder lang andauernde Anfälle mit Therapieresistenz
- Protrahierte oder gehäufte Auren
- Unverträglichkeit von Akuttherapeutika
- Komorbidität beachten
- Gefahr medikamentös induzierter Kopfschmerzen

LANGZEITPROPHYLAXE

LANGZEITPROPHYLAXE MIT MEDIKAMENTEN: WIE LANGE WEITERFÜHREN?

- Bei gutem Effekt (der sich nach spätestens 8 Wochen zeigen sollte), Langzeitprophylaxe für 6-12 Monate
- Bei eindeutigem, subjektivem Erfolg, Ausschleichversuch und 3-6 Monate Pause
- Bei Rezidiv innerhalb von 6-12 Monaten, längere Basisbehandlung, evtl. mit anderem Medikament; das gleiche Medikament sollte man nur dann verwenden, wenn der Patient dieser Substanz gegenüber positiv eingestellt ist; oft ist eine Dosiserhöhung nötig
- Begleitende andere Massnahmen immer wieder revidieren
- Bei längerer Therapieresistenz eventuell Kombination prophylaktischer Medikamente und sehr viel längere Behandlungsdauer

WELCHE MEDIKAMENTE?

Akutmedikamente sollen nicht zur Langzeitbehandlung verwendet werden! Eine Monotherapie ist anzustreben. Bei ungenügender Wirkung kommen auch Kombinationen in Frage. Leider kann die Wirksamkeit bestimmter Medikamente im Einzelfall nicht vorausgesagt werden.

MIGRÄNE

LANGZEITPROPHYLAXE

Dennoch werden bei sympathikotoner Reaktionslage zunächst Betablocker und bei Kälteüberempfindlichkeit und Tendenz zu kalten Akren Kalziumantagonisten bevorzugt. Ferner muss „mit den Nebenwirkungen gezielt werden“. Wegen häufig eintretender Gewichtszunahme werden Flunarizin, Pizotifen, Amitriptylin und Doxepin bei Übergewichtgefährdeten Konstitutionen vermieden, ebenso die Betablocker bei Asthmatikern, Psoriatikern und Diabetikern. Oder es werden erwünschte Nebenwirkungen gezielt eingesetzt, zum Beispiel die Sedation durch Amitriptylin oder die laxative Wirkung von Magnesium.

BETABLOCKER (Auswahl)

	pro Tag
Metoprolol	100-200mg
Propranolol	80-160mg

KALZIUMANTAGONISTEN (Auswahl)

	pro Tag
Cyclandelat	1200-1600mg
Flunarizin abends 18 Uhr	5-10mg
Verapamil	120-240mg

ANTIDEPRESSIVA

Wirksamkeit bei Migräneprophylaxe nur sehr begrenzt, v.a. indiziert bei Kombinationskopfweg (Migräne und Spannungstyp) und bei depressiver Komponente; wirksame Dosis meist geringer als für antidepressiven Effekt nötig (10-50%). Start: kleine Dosen (Cave: Sedation, anticholinerg); langsame Dosissteigerung; sedierende Antidepressiva (Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin) bei Schlafstörungen abends, antriebssteigernde (Fluoxetin, Clomipramin, Nortriptylin) bei Antriebsstörung und Müdigkeit morgens und mittags; genügend hohe Dosis (je nach Verträglichkeit) anstreben; Wirkungseintritt erst nach 6-8 Wochen.

Trizyklika:

Amitriptylin, Imipramin, Nortriptylin	10-200mg
Clomipramin, Doxepin, Trimipramin	10-150mg

SSRI:

Wirksamkeit fraglich; deutlich weniger Nebenwirkungen (wenig Studien vorhanden):

Fluoxetin (schmerzdistanzierend)

Fluvoxamin

MIGRÄNE LANGZEITPROPHYLAXE

ANTIKONVULSIVA

Gabapentin

einschleichende Dosierung bis 900-2400mg

Cave: sedierend

Lamotrigine, speziell bei Migräne mit Aura,

Verordnung nur durch Neurologen 25-300mg

Topiramät 25-200mg

Valproat, bei schwerer Therapieresistenz,

nach Leber-Screening 500-1500mg

Cave: Schwangerschaft ausschliessen und verhüten,

Verordnung nur durch Neurologen

VARIA

Magnesium 24mmol

Riboflavin (Vitamin B2) kurz einschleichend 2x200mg

komplementärmedizinische je nach

Massnahmen Erfahrung des Arztes

CLUSTER-KOPFWEH AKUTBEHANDLUNG

Gemeinsame Betreuung des Patienten mit dem Neurologen.

ATTACKENBEHANDLUNG

Dihydroergotamin Nasalspray 2mg (bis 2x pro 24h)

Sumatriptan s.c. 6mg (bis 3x pro 24h)

Nasalspray 20mg (bis 3x pro 24h)

Inhalation von

100% Sauerstoff 10-12l während 15min

CLUSTER-KOPFWEH AKUTBEHANDLUNG

EPISODEN-KÜRZUNG

Prednisonstoss p.o. (100)/75/50/25mg pro Tag
je 5 Tage, morgens

Infiltration des Nervus
occipitalis major

durch den Neurologen

CLUSTER-KOPFWEH LANGZEITPROPHYLAXE

Gemeinsame Betreuung des Patienten mit dem
Neurologen.

Verapamil 240-600mg

Lithium nur in Absprache mit dem Neurologen

EPISODISCHES SPANNUNGSTYP-KOPFWEH AKUTBEHANDLUNG

- Medikamente möglichst vermeiden
- Höchstens einfache Analgetika und NSAR
an maximal 10 Tagen pro Monat
- Entspannungsübungen

CHRON. SPANNUNGSTYP-KOPFWEH PROPHYLAXE

- Tägliche Entspannungsübungen
- Täglich leichtes Ausdauertraining
- Kopfwehtagebuch
- Antidepressiva
- Magnesium analog der Migräneprophylaxe

GEMISCHTE KOPFWEHFORMEN

Bei gemischten Kopfwehformen stellt sich die Frage, ob eine Akut- und/oder eine Langzeitbehandlung angezeigt ist.

PRIORITÄTEN

- Sehr individuell
- Prioritäten im Verlauf neu festlegen
- Nicht vergessen: zu häufige Akutbehandlung macht Langzeitprophylaxe unwirksam

- Cave: Bei regelmässiger Einnahme von Analgetika besteht die Gefahr von Schmerzmittel-Kopfweh; Obergrenzen nach Richtlinien der IHS (International Headache Society): maximal 10 Einnahmetage pro Monat
- Wichtigste Massnahme: vollständiger Entzug der Analgetika (oft nur stationär durchführbar)
- Über begrenzte Zeit kann versucht werden, die Analgetika „sanft“, d.h. ambulant und unter Prophylaxe-Schutz, allmählich abzubauen
- Falls dies misslingt oder ein Scheitern voraussehbar ist: Akutes Absetzen in einer Klinik, unter Prophylaktika-Schutz, Aufenthaltsdauer 10 Tage; danach Weiterführung der Prophylaxe
- Nota bene: Eine Prophylaxe hat keinen Effekt bei anhaltendem Medikamentenübergebrauch

SCHWANGERSCHAFT

Grundsätzlich sollen in der Schwangerschaft weder Akut- noch Langzeitbehandlungen gegen Migräne oder verwandte Kopfwiehformen durchgeführt werden. Eine vitale Indikation besteht kaum. Zudem muss die Unschädlichkeit der gewöhnlich verwendeten neurotrophen Substanzen auch bei entlastenden Tierversuchsergebnissen in Frage gestellt werden, da alle diese Substanzen mit dem in rascher Entwicklung stehenden fötalen Nervensystem interferieren. Falls wirklich unumgänglich:

Akutbehandlung

- Acetylsalicylsäure im 1. und 2. Trimenon
- Paracetamol, Anwendung jedoch nur kurzfristig

Prophylaxe

- Entspannungsübungen
- Magnesium

MENSTRUATION

Die rein menstruelle Migräne tritt an den Zyklustagen -2 bis +3 auf. Sie ist durch das Fehlen einer Aura und das schlechte Ansprechen auf übliche Therapieformen gekennzeichnet. Ursächlich spielt der Östrogenabfall gegen Zyklusende eine Rolle.

Prophylaxe

- Ovulationshemmende Gestagene (Cerazette)
- Estradiol transdermal 50-100µg ab Tag -4 bis Tag 2; dann langsam absetzen, da sonst Östrogenentzugs-Kopfweh durch Pflaster entstehen kann

KONTRAZEPTION BEI MIGRÄNE

Migräne ohne Aura

- Cerazette, Implanon, Depo-Provera, IUPs
- Relativ oder absolut (bei kardiovaskulären Risikofaktoren) kontraindiziert sind ethinyl-östradiolhaltige Verhütungspräparate (Pillen, Pflaster, Vaginalring)

Migräne mit Aura

- Cerazette, Implanon, Depo-Provera, IUPs
- Absolut kontraindiziert sind ethinylöstradiolhaltige Verhütungspräparate (Pillen, Pflaster, Vaginalring)

Menstruelle Migräne

- Cerazette (neben Verhütung therapeutischer Effekt möglich)
- Langzeitgestagene nur bei sicherer Verträglichkeit; IUPs erlaubt, vorzugsweise Kupfer-IUP
- Relativ oder absolut (bei kardiovaskulären Risikofaktoren) kontraindiziert sind ethinyl-östradiolhaltige Verhütungspräparate (Pillen, Pflaster, Vaginalring)

Auch beim Kind sind eine ausführliche Anamnese sowie eine allgemeine klinische und neurologische Untersuchung die wichtigsten Elemente der Diagnostik. Bildgebende Verfahren sind selten indiziert. Schulsituation, Freizeitgestaltung, eventuelle Überforderung durch Sport, Tanz, Musik, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten sind abzuklären. Die Angst der Eltern vor einem Hirntumor ist abzubauen.

Die Behandlung muss die verschiedenen Formen und die Unterschiede des Verlaufs der Migräne-Anfälle beim Kind berücksichtigen. Kopfwehrtagebuch und Anfallskalender sollten geführt werden.

SPANNUNGSTYP-KOPFWEH

- Möglichst keine Medikamente
- Entspannungsübungen

MIGRÄNE AKUTBEHANDLUNG

Da Kinder bei einer Migräne-Attacke meist schnell schlafen gehen wollen und den Anfall „ausschlafen“, sind in der Regel keine Akutmedikamente indiziert.

Analgetika/NSAIDs:

Acetylsalicylsäure	10mg/kg	max. alle 4 Stunden
Ibuprofen (Sirup)	5-10mg/kg	max. alle 6 Stunden
Mefenaminsäure	5-10mg/kg	max. alle 8 Stunden
Paracetamol	10mg/kg	max. alle 4 Stunden

Antiemetika (selten indiziert):

Cyclizin (Tbl.)	25mg	max. alle 6 Stunden
Domperidon		
Suspension	0.25mg/kg	max. alle 6 Stunden
Suppositorien	1 mg/kg	max. alle 6 Stunden

Triptane:

Sumatriptan (ab 12 Jahren)

Nasalspray	20mg	max. 40mg/24 Stunden
------------	------	----------------------

MIGRÄNE LANGZEITPROPHYLAXE

Die Erfahrung zeigt, dass Riboflavin und Magnesium besser toleriert werden als Flunarizin, welches für Kinder unter 12 Jahren nur selten indiziert ist. Für Kinder und Jugendliche werden folgende Dosen empfohlen:

Flunarizin (ab 12 Jahren) 2 Tbl. à 5mg/Tag

Cave: Überdosierung kann zu depressiver Verstimmung führen.

Magnesium 9mg/kg/Tag
=0.37mmol/kg/Tag in drei Dosen

Riboflavin (Vitamin B2) bis 200mg/Tag

TRIGEMINUSNEURALGIE

1. Wahl

Carbamazepin

Initial 200-400mg (ältere Personen 100-200mg), tgl. steigern um 50mg bis 800mg/Tag, verteilt auf 3-4 Dosen/Tag

Cave: Kontrolle von Leberparameter und Serumspiegel

Oxcarbazepin

Initial 150-300mg, alle 3-5 Tage um 150-300mg steigern bis 900-1800mg/Tag

Cave: Hyponatriämie

2. Wahl

Clonazepam

Initial 0.25-0.5mg bis max. 6-8mg/Tag

Gabapentin

Initial 100-300mg, alle 2 Tage um 100-300mg steigern bis zur individuell maximal verträglichen Dosis (bis 3600mg/Tag, verteilt auf drei Dosen von je max. 1200mg)

Lamotrigin

12.5mg, zweiwöchentlich steigern um 25mg bis max. 200mg/Tag

Cave: allergische Hautreaktionen

Pregabalin

Initial 75mg, alle 3 Tage um 75mg steigern bis 150-600mg/Tag, auf zwei Dosen verteilt

Valproat

Initial 300mg, alle 2-5 Tage um 300mg steigern bis 20-30mg/kg/Tag

3. Wahl

Kombinationen von Antiepileptika mit Trizyklika sind beschrieben.

Trizyklische Antidepressiva, beispielsweise Clomipramin und Amitriptylin

Initial 25mg, alle 3-5 Tage steigern bis 150mg/Tag

4. Wahl

Chirurgische Verfahren

Die Indikation ist interdisziplinär zu stellen.

Chirurgische Eingriffe zur Behandlung von Migräne und bei Spannungstyp-Kopfweh sind unbedingt zu vermeiden, solange kein einwandfreier Wirksamkeitsnachweis (unabhängig von den Chirurgen) vorliegt.

Bei atypischen Gesichts-, Kiefer- und Zahnschmerzen und bei chronischem Cluster-Kopfweh ist ein Eingriff in Spezialfällen indiziert.

Bei sicher festgestellter idiopathischer Trigeminusneuralgie, die auf Medikamente nicht anspricht, ist ein neurochirurgischer Eingriff indiziert.

LISTE DER MEDIKAMENTE

PRÄPARATENNAME

MEDIKAMENTENNAME

Acetylsalicylsäure

Aspégic, Aspirin, Aspro

Almotriptan

Almogran

Amitriptylin

Saroten Retard, Tryptizol

Cyclandelat

Cyclandelat Tripharma

Cinnarizin

Stugeron

Clomipramin

Anafranil

Cyclizin

Marzine

Diclofenac

Voltaren, Inflamac

Dihydroergotamin

Dihydergot

Domperidon

Motilium

Doxepin

Sinquan

Eletriptan

Relpax

Flunarizin

Sibelium

Fluoxetin

Fluctine, Fluctine liquid

Fluvoxamin

Floxyfral

Flurbiprofen retard

Froben

Frovatriptan

Menamig

Gabapentin

Neurontin

Ibuprofen

Algifor, Brufen, Dolocyl, Spedifen

Imipramin

Tofranil

LISTE DER MEDIKAMENTE

PRÄPARATENNAME	MEDIKAMENTENNAME
Lamotrigin	Lamictal
Lithium	Lithiofor, Quilonorm
Lysinacetylsalicylat + Metoclopramid	Migpriv
Magnesium (div. Salze)	Magnesiocard, Magnesium Diasporal, Mag2 Sachets (hohe Dosis beachten)
Mefenaminsäure	Mefenacid, Ponstan, Spiralgin
Metamizol	Minalgin, Novalgin
Metoclopramid	Paspertin, Primperan
Metoprolol	Beloc Zoc, Lopresor
Naproxen	Apranax
Naratriptan	Naramig
Nortriptylin	Nortrilen
Östradiol transdermal	Estraderm TTS
Paracetamol	Ben-u-ron, Dafalgan, Panadol, Tylenol, Perfalgan i. v.
Pizotifen	Mosegor
Prednison	Prednison Galepharm, Prednison Streuli
Propranolol	Betaprol, Inderal
Riboflavin	Allsan Vitamin B2 (hohe Dosis beachten)

PRÄPARATENNAME

MEDIKAMENTENNAME

Rizatriptan	Maxalt
Sauerstoff, O ₂	Medizinisauerstoff in Gasflaschen
Sumatriptan	Imigran T, Imigran
Topiramate	Topamax
Trimipramin	Surmontil (Tropfen)
Valproat, Valproinsäure	Depakine, Orfiril
Verapamil	Flamon, Isoptin, Verasifar
Zolmitriptan	Zomig, Zomig oro, Zomig nasal

Die Liste gibt einen Überblick über die in der Schweiz gegen Kopfschmerzen verwendeten Medikamente. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Selbstverständlich können jeweils auch die entsprechenden Generika verwendet werden.



Wir danken unseren Partnerfirmen für ihre freundliche Unterstützung:

AstraZeneca 

 **MSD**

 **Pfizer**

KORRESPONDENZADRESSE

Schweizerische Kopfwehgesellschaft

c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG

Münsterberg 1

4001 Basel

www.headache.ch