

**Aus der Sicht eines Patienten: Bewährte  
Verfahren für die gemeinsame  
Entscheidungsfindung bei der Prävention  
und Behandlung von Migräne**

# Haftungsausschluss

- *Nicht zugelassene Produkte oder nicht zugelassene Verwendungen von zugelassenen Produkten können von der Fakultät diskutiert werden; diese Situationen können den Zulassungsstatus in einer oder mehreren Rechtsordnung(en) widerspiegeln*
- *Die präsentierende Fakultät wurde von touchIME beraten, um sicherzustellen, dass sie alle Hinweise auf eine nicht gekennzeichnete oder nicht zugelassene Verwendung offenlegt*
- *Die Billigung nicht zugelassener Produkte oder nicht zugelassener Verwendungen durch touchIME wird durch die Erwähnung dieser Produkte oder Verwendungen in touchIME-Aktivitäten weder gemacht noch impliziert*
- *touchIME übernimmt keine Verantwortung für Fehler oder Auslassungen*

# Ein Gespräch zwischen:



Patricia Pozo-Rosich,  
Dr. med., Dr. rer. nat.  
Vall d'Hebron Universitätskrankenhaus,  
Barcelona, Spanien



Audrey Craven  
Migraine Association of Ireland  
Dublin, Irland

# Verständnis für migränebedingte Behinderungen

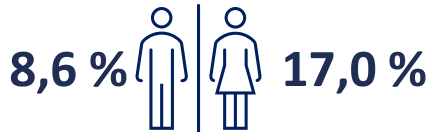
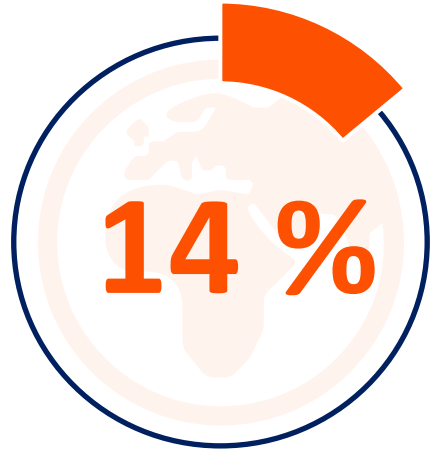
**Patricia Pozo-Rosich,  
Dr. med., Dr. rer. nat.**

Vall d'Hebron Universitätskrankenhaus  
Barcelona, Spanien



# Die Belastung durch Migräne

## Globale Prävalenz<sup>1</sup>



## Diagnose



Durchschnittliche  
Verzögerung:<sup>2,3</sup>  
**8 bis 12 Jahre**

% der Patienten mit korrekter  
Diagnose von Migräne:<sup>4</sup>

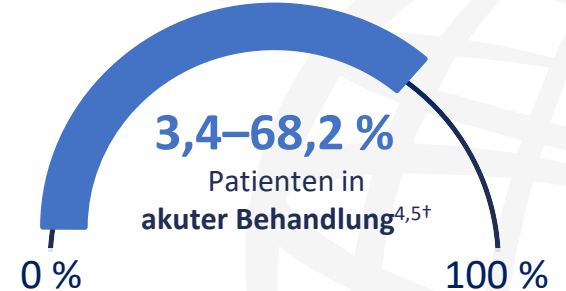


**Durch Allgemein-  
mediziner: 28 %**



**Durch Fachärzte\* : 35 %**

## Behandlung



\*51 % waren Neurologen und/oder Kopfschmerzspezialisten; †Große prozentuale Spanne für die akute und präventive Behandlung aufgrund der länderspezifischen Unterschiede bei der Medikamentennutzung und der unterschiedlichen Populationen und Designs der Studien.

1. Stovner et al. *J Headache Pain*. 2022;23:34; 2. Al-Hashel JY, et al. *J Headache Pain*. 2013;14:97; 3. Puvvadi P, et al. *Neurology*. 2018;90(Suppl. 15):P3.135; 4. Viana M, et al. *Eur J Neurol*. 2020;27:536–41; 5. Katsarava Z, et al. *J Headache Pain*. 2018;19:10; 6. Ertas M, et al. *J Headache Pain*. 2012;13:147–57; 7. Koch M, et al. *J Headache Pain*. 2021;22:106.

# Entwicklung patientenzentrierter Behandlungsziele

**Patricia Pozo-Rosich,  
Dr. med., Dr. rer. nat.**

Vall d'Hebron Universitätskrankenhaus  
Barcelona, Spanien



# Klinische Studienergebnisse und verwendete Endpunkte

## Akute Migränebehandlung<sup>1</sup>

### Schmerzbezogen:

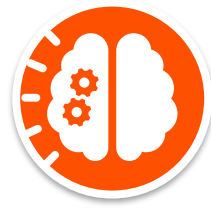
- Schmerzlinderung
- Schmerzfreiheit
- Verwendung von Notfallmedikamenten
- Wiederauftretende Kopfschmerzen
- Schmerzen allgemein
- Bedeutende Erleichterung

### Damit verbundene Symptome:

- Übelkeit, Erbrechen, Photophobie, Phonophobie usw.
- Das störendste Symptom
- Behinderung/Beeinträchtigung

### PROMs:

- Nicht-kopfschmerzbedingte PROMs\*
- Kopfschmerzbedingte PROMs<sup>†</sup>



## Vorbeugende Migränebehandlung<sup>2</sup>

### Mit Bezug auf Migräne:

- Anfälle
- Tage mit Kopfschmerzen/Migräne
- Schmerzintensität/Schweregrad
- Dauer, z. B. durchschnittliche Dauer der Attacke
- Stunden, z. B. Gesamtdauer der Kopfschmerzen in einem Zeitraum von 4 Wochen
- Verwendung von Bedarfsmedikation oder Notfallmedikation (Tage/Anzahl der Dosen)

### PROMs:

- Nicht-kopfschmerzbedingte PROMs z. B. PGIC, SF-36, BDI, Behandlungszufriedenheit, Wirksamkeit der Behandlung
- Kopfschmerzbedingte PROMs z. B. MIDAS, MSQ, HIT-6, Behinderung/Beeinträchtigung

\*Z. B. die Zufriedenheit mit der Behandlung, die Wirksamkeit der Behandlung und die Behandlungspräferenz; †Z. B. der 24-Stunden-Fragebogen zur migränespezifischen Lebensqualität und der Fragebogen zur Patientenwahrnehmung von Migräne – überarbeitet.

BDI, Beck Depression Inventory; HIT-6, 6-item Headache Impact Test short form; MIDAS, Migraine Disability Assessment Test; MSQ, Migraine-specific Quality of Life; PGIC, Patient Global Impression of Change; PROM, patient-reported outcome measure; SF-36, Short Form 36 Health Survey Questionnaire.

1. Houts CR, et al. *Headache*. 2021;61:263–75; 2. McGinley JS, et al. *Headache*. 2021;61:253–62.

# Praktische Ratschläge zur Erarbeitung eines Konzepts zur gemeinsamen Entscheidungsfindung

**Patricia Pozo-Rosich,  
Dr. med., Dr. rer. nat.**

Vall d'Hebron Universitätskrankenhaus  
Barcelona, Spanien





# Episodische Migräne: Akute Behandlungen


## Erstlinie<sup>1,2</sup>

- NSAR\*
- Paracetamol<sup>†</sup>

  
*Analgetika oder  
NSAR bieten nur  
unzureichende Linderung<sup>1</sup>*

## Zweitlinie<sup>1,2</sup>

- Triptane  
(Verfügbarkeit  
und Zugang  
variiert von Land  
zu Land)<sup>‡</sup>

  
*Unzureichendes  
Ansprechen bei  $\geq 3$   
aufeinanderfolgenden  
Anfällen oder Verwendung  
kontraindiziert<sup>1</sup>*

## Drittlinie<sup>1</sup>

- Lasmiditan
- Ubrogepant
- Rimegepant

**+** **Zusatztherapie:** Neuromodulatorische Geräte, biologische Verhaltenstherapie und Akupunktur; bei Übelkeit und/oder Erbrechen während der Attacken prokinetische Antiemetika, z. B. Domperidon und Metoclopramid<sup>1</sup>

**!** **Vermeiden:** Orale Mutterkornalkaloide, Opioiden und Barbiturate<sup>1,2</sup>

\*Die stärkste Evidenz unterstützt Acetylsalicylsäure, Ibuprofen und Diclofenac-Kalium; †Paracetamol ist weniger wirksam und sollte nur bei einer Unverträglichkeit von NSAR verwendet werden; ‡Wenn ein Triptan unwirksam ist, können andere noch Linderung verschaffen. Die Kombination von Triptanen mit schnell wirkenden NSAR kann in Betracht gezogen werden, um einen erneuten Rückfall zu verhindern.  
NSAR, nichtsteroidales Antirheumatikum.

1. Eigenbrodt AK, et al. *Nat Rev Neurol.* 2021;17:501–14; 2. Steiner TJ, et al. *J Headache Pain.* 2019;20:57.

# Episodische Migräne: Vorbeugende Behandlungen

## Erstlinie

- **Betablocker** ohne intrinsische sympathomimetische Aktivität<sup>1,2</sup>
- **Topiramat**<sup>1,2</sup>
- **Candesartan**<sup>1,2</sup>
- **CGRP mAbs** z. B. Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab<sup>3\*</sup>

*Versagen der  
Erstlinienbehandlung<sup>1</sup>*

## Zweitlinie

- **Flunarizin**<sup>1,2</sup>
- **Amitriptylin**<sup>1,2</sup>
- **Natriumvalproat**<sup>1,2†</sup>

+ **Zusatztherapie:** Neuromodulatorische Geräte, biologisch-verhaltenstherapeutische Behandlung und Akupunktur<sup>1</sup>

\*Bei Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf einen monoklonalen Antikörper, der auf den CGRP-Signalweg abzielt, gibt es keine ausreichenden Belege für den potenziellen Nutzen eines Antikörperwechsels, aber ein Wechsel kann eine Option sein; †Kontraindiziert bei Frauen im gebärfähigen Alter.

CGRP, Calcitonin Gene-Related Peptide; mAb, monoklonaler Antikörper.

1. Eigenbrodt AK, et al. *Nat Rev Neurol.* 2021;17:501–14; 2. Steiner TJ, et al. *J Headache Pain.* 2019;20:57; 3. Sacco S, et al. *J Headache Pain.* 2022;23:67.

# Einbeziehung der Patienten in die Migränebehandlung

## Entscheidungen zur Patientenbehandlung

92 %

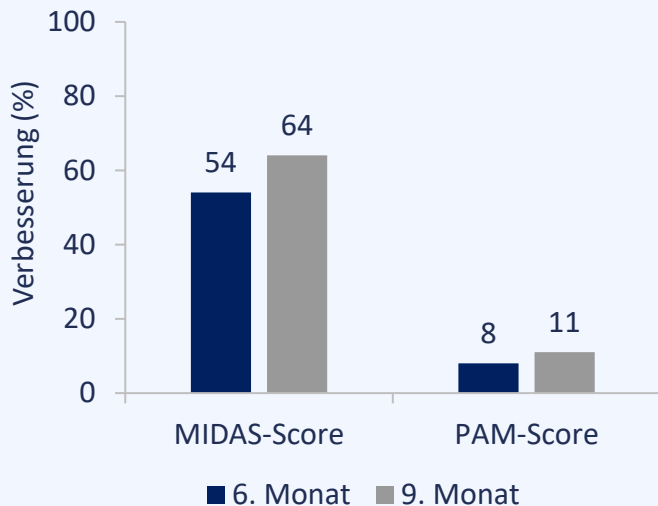
bevorzugen einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsansatz<sup>1\*</sup>

55 %

berichten, dass HCP, die alleinigen Entscheidungsträger sind<sup>1\*</sup>

## Patientenaufklärung

### Auswirkungen von individualisiertem Tele-Coaching und Aufklärung<sup>2</sup>



## Patientenaktivierung<sup>†</sup>

Ein höherer Aktivierungsgrad der Patienten steht im Zusammenhang mit:<sup>3</sup>



Verbesserung der Lebensqualität



Reduzierung von Krankheitstagen

\*In Bezug auf die medizinische Entscheidungsfindung bei der Verschreibung von Triptanen; †Aktivierte Patienten haben die Motivation, das Wissen, die Fähigkeiten und das Selbstvertrauen, um wirksame Entscheidungen zum Management ihrer Gesundheit zu treffen.

HCP, Gesundheitsdienstleister; MIDAS, Migraine Disability Assessment; PAM, Patient Activation Measure.

1. Matthew PG, et al. *Headache*. 2014;54:698–708; 2. Schaetz L, et al. *Headache*. 2020;60:1947–60; 3. Benhaddi H, et al. *Value in Health*. 2020;23(Suppl. 1):S276.