



PRESSEINFORMATION

Antibabypille bei Migränepatientinnen ohne Aura – kein gesteigertes Risiko für Schlaganfall oder Herzinfarkt!

DMKG relativiert Leitlinien-Empfehlungen zur oralen Empfängnisverhütung bei Migränepatientinnen

München, Hamburg, den 16. April 2012 - Neurologen, Schmerztherapeuten und Kopfschmerzambulanzen berichten in letzter Zeit zunehmend von verunsicherten Patientinnen, denen eine orale Empfängnisverhütung (Kontrazeption) mit dem Hinweis verweigert wurde, sie seien Migränikerinnen. Hintergrund sind die Leitlinien „Medical eligibility criteria for contraceptive use“ der WHO und „Empfängnisverhütung“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (momentan in Überarbeitung). Laut Leitlinien empfiehlt die WHO, kombinierte hormonelle Kontrazeptiva in jeder Applikationsform bei Patientinnen mit einer Migräne **ohne** Aura (kurzdauernde neurologische Ausfälle vor den Kopfschmerzen) ab dem 35. Lebensjahr abzusetzen oder nur in Ausnahmefällen anzusetzen. Für die Migräne **mit** Aura werden kombinierte hormonelle Kontrazeptiva in allen Altersstufen nicht empfohlen. Die deutsche Leitlinie besagt: Bei Frauen mit Migräne und bei risikobelasteten Frauen nach dem 35. Lebensjahr, insbesondere Hypertonikerinnen und Raucherinnen, sollten Alternativen (für die hormonelle Kontrazeption) bevorzugt werden. Als absolute Kontraindikation für die Verschreibung eines Ovulationshemmers wird aufgeführt: „Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen“ (**mit Aura**) und als relative Kontraindikation eine „Migräne ohne fokale neurologische Symptome“ (**ohne Aura**).

Das sieht die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) anders. „Sichtet man die Literatur und die einschlägigen Studien, so können wir davon ausgehen, dass der Löwenanteil der Patienten mit Migräne (80 % Migräniker ohne Aura) definitiv kein erhöhtes Schlaganfall- oder Herzinfarktrisiko hat. Es bestehen also keinerlei grundsätzlichen Kontraindikationen für Medikamente oder Hormonbehandlungen“, sagt Prof. Dr. Arne May, 1. Vizepräsident der DMKG und Leiter der Kopfschmerzambulanz der Universitätsklinik Hamburg. Das absolute Schlaganfall-Risiko für junge Patienten mit einer Migräne **mit** Aura sei jedoch leicht erhöht, wobei das Risiko allerdings auch von der Aktivität der Migräne abhängt. Das relative Risiko ist bei hoher Frequenz der Auren höher als bei seltenen

Präsident
Prof. Dr. med. Andreas Straube
Klinikum Großhadern
Neurologische Klinik der Universität München
Marchioninstr. 15
Telefon +49 89 7095 3900
Telefax +49 89 7095 3677
E-Mail andreas.straube@med.uni-muenchen.de

Generalsekretärin und Pressesprecherin
PD Dr. med. Stefanie Förderreuther
Neurologische Klinik der Universität München
Konsiliardienst am Standort Innenstadt
Ziemssenstr. 1
Telefon +49 89 5160 23 07
Telefax +49 89 5160 4915
E-Mail dmgk@med.uni-muenchen.de

Attacken. Kommen zur Migräne **mit** Aura weitere cardio-vaskuläre Risikofaktoren (Rauchen etc.) hinzu, steigt das Schlaganfallrisiko. Patientinnen mit einer Migräne mit Aura sollten über diese Zusammenhänge aufgeklärt werden.

Es ist auch zu bedenken, dass eine Schwangerschaft mit spezifischen Risiken einhergeht. Grundsätzlich sollten zusätzliche vermeidbare Risikofaktoren (Nikotin, erhöhte Blutfette übermäßig Alkohol etc.) vermieden bzw. behandelt werden. Sollten keine weiteren Risikofaktoren bestehen, spricht bei entsprechender Aufklärung auch bei Patientinnen mit Migräne mit Aura nichts gegen eine kombinierte hormonelle Kontrazeption. Als Ausweichmethode sollte auf die Möglichkeit der Kontrazeption mit einem reinen Gestagen-Präparat hingewiesen werden.

1997 wurde die Migräne mit Aura in einer großen epidemiologischen Studie als unabhängiger Risikofaktor für einen Schlaganfall identifiziert. Dieses Risiko besteht nicht für die Migräne ohne Aura (80% aller Migräniker) und ist signifikant geringer als andere bekannte Risikofaktoren für Schlaganfall. 2004 wurde dann erstmals gezeigt, dass Migränepatienten mit Aura eine höhere Rate von Veränderungen der weißen Substanz (sogenannte „White-matter-lesions“) im Gehirn haben und dieser Befund als stumme Hirninfarkte interpretiert. 2007 wurden beide Befunde (späte Schlaganfälle und auffällige Bildgebung des Kopfes) bei Migränepatienten repliziert und gleichzeitig festgestellt, dass das Risiko für einen Schlaganfall gering ist. Die Ursache der „white matter lesions“ im Kernspin sind bis heute unklar. Sie sind zum Teil reversibel und am ehesten nicht Ausdruck einer klassischen ischämischen Genese, wie sie typischerweise bei Schlaganfällen zu beobachten ist.

Für die DMKG

Professor Dr. Arne May
1. Vizepräsident der DMKG
Leiter der Kopfschmerzambulanz der Universitätsklinik Hamburg
a.may@uke.uni-hamburg.de

Generalsekretärin und Pressesprecherin DMKG

PD Dr. Stefanie Förderreuther
Neurologische Klinik der LMU München
Ziemssenstrasse 1, 80336 München
Tel. 089/5160 2307
E-Mail Steffi.Foerderreuther@med.uni-muenchen.de

Präsident
Prof. Dr. med. Andreas Straube
Klinikum Großhadern
Neurologische Klinik der Universität München
Marchioninstr. 15
Telefon +49 89 7095 3900
Telefax +49 89 7095 3677
E-Mail andreas.straube@med.uni-muenchen.de

Generalsekretärin und Pressesprecherin
PD Dr. med Stefanie Förderreuther
Neurologische Klinik der Universität München
Konsiliardienst am Standort Innenstadt
Ziemssenstr. 1
Telefon +49 89 5160 23 07
Telefax +49 89 5160 4915
E-Mail dmgk@med.uni-muenchen.de