

Migräne ist ein bislang ungelöstes Problem

Dr. Thomas Muehlberger, Leiter des Migräne-Chirurgie-Zentrum (MCZ) am DRK Klinikum Westend, und Wolfgang Brittner, Neurologe am MCZ und niedergelassener Schmerzspezialist, im Gespräch mit Beatrice Hamberger über die Migräne-Operation und deren Grenzen und Möglichkeiten.

Die Migräne-Operation wurde in den USA mehr oder weniger zufällig von dem Plastischen Chirurgen Guyuron entdeckt. Bei einigen Frauen, die sich aus ästhetischen Gründen den Zornesmuskel entfernen ließen, verschwanden nach dem Eingriff die chronischen Migräne-Attacken. Seither operiert Guyuron Menschen mit schwerer Migräne. Sie, Herr Dr. Muehlberger, operieren die Migräne als einziger Arzt in Deutschland. Vielen Schulmedizinern ist diese Methode aber ein Dorn im Auge. Warum ist das so?

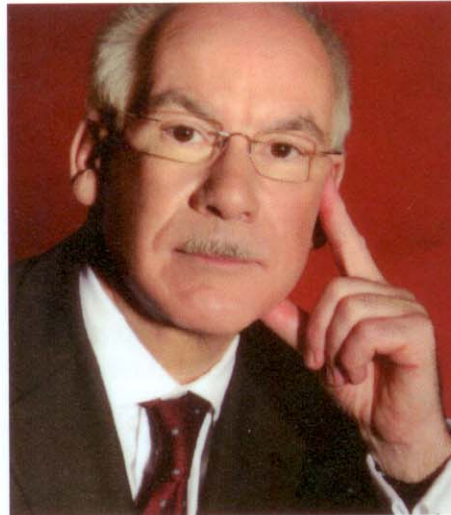


Dr. Thomas Muehlberger

Muehlberger: In Deutschland haben es neue Verfahren oft schwer, die Amerikaner sind da viel offener. An der Universität in Cleveland, eine der Top-Unis in den USA, gibt es neuerdings Kurse für Ärzte, um diese OP-Technik zu erlernen. Es ist also nur eine Frage der Zeit, bis sich auch bei uns mehr Ärzte dafür interessieren werden. Weltweit wurden bislang ca. 1.500 Patienten operiert, ich selbst habe knapp 300 Patienten operiert. Wenn Sie etwas Neues in der Medizin anfangen, dann geht es darum, gewisse Patientenzahlen zu sammeln, um dann in Studien zu belegen, dass man bei einem großen Patientenkollektiv nachweisbare Veränderungen herbeiführt. Und da sind wir gerade dabei.

Welche Möglichkeiten bietet denn die schulmedizinische Standardtherapie?

Brittner: Nach Diagnose und Optimierung der Akutbehandlung der Kopfschmerzen zum Beispiel mit Triptanen stehen Harmonisierung des Tagesrhythmus und ggf. verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Verfügung. Die schmerztherapeutische Prophylaxe umfasst Betablocker, Antidepressiva, Calciumantagonisten, Topiramate. Als Off-Label-Präparate stehen ACE-Hemmer, Valproat, Pregabalin und Phytotherapeutika, z. B. Pestwurz, zur Verfügung. Diese und sicher noch eine



Wolfgang Brittner

Reihe anderer Medikamente leisten gute Dienste in der Hand der Migränetherapeuten. Gleichzeitig existieren Kontraindikationen, bei Betablockern z. B. sind es Schuppenflechte und Asthma. Manch medikamentöse Einstellung muss nach wenigen Monaten wegen Unverträglichkeit oder nachlassender Wirkung geändert werden. Das erzeugt Unsicherheiten und Ängste bei den Patienten. Nicht wenige lehnen wegen möglicher nachteiliger Langzeitnebenwirkungen die Dauereinnahme der vorbeugenden Medikation ab. Die Tendenz geht dahin, dass sich zwar weniger Patienten wegen Migräne krank melden, dafür verzichten sie dann auf viele Freizeitaktivitäten. Nach meinen Erfahrungen sollten wir offen sein, auch andere Therapiestrategien zu prüfen.

Ist die Operation nun der Durchbruch für die Millionen Migräne-Patienten?

Muehlberger: Nein, auf gar keinen Fall. Auch die Migräne-Operation ist kein Allheilmittel. Von den schätzungsweise acht Millionen Migränepatienten in Deutschland kommt nur eine sehr kleine Auswahl für den operativen Eingriff in Frage. Die Patienten, die unser Migräne-Chirurgie-Zentrum aufsuchen, kommen, weil ihnen bislang keine andere Therapie geholfen hat oder weil sie es Leid sind, permanent Medikamente einzunehmen. Ihr Leidensdruck ist enorm groß. Ob sie dann für eine Operation in Frage kommen, entscheidet ein mehrstufiges, sorgfältiges Auswahlverfahren.

Brittner: Kopfschmerzpatienten stellen die größte Klientel der Schmerzkranken und chronisch Schmerzkranken dar. Auch bei Migräne steht der Schmerz im Vordergrund, ist aber nur ein Teil einer komplexen genetisch fixierten Erkrankung, die weiter erforscht werden muss.

Wer kommt denn für eine Migräne-Operation in Frage?

Muehlberger: Der erste Schritt unseres Auswahlverfahrens ist die Diagnostik. Zunächst wird in einer Untersuchung geklärt, ob bei dem Patienten überhaupt eine Migräne vorliegt. Ist dies der Fall, dann lokalisieren Arzt und Patient den oder die Triggerpunkte. Kann der Patient diese eindeutig benennen, dann wird mit einem Botox-Test das Operationsergebnis simuliert. In einem Schmerztagebuch führen die Patienten acht Wochen lang Protokoll: Treten Migräne-Attacken in dieser Zeit nicht mehr oder deutlich seltener und weniger intensiv auf, dann ist die Erfolgchance der Operation sehr hoch.

Eine Botoxbehandlung gehört in jedem Fall dazu?

Muehlberger: Der Botox-Test ist deshalb so wichtig, weil die Behandlung mit Botox ebenso wie die Operation auf der Annahme basieren, dass bei einer bestimmten Patientengruppe die Migräne von Triggerpunkten

ausgelöst wird. An diesen Punkten verlaufen Nerven durch die Muskeln, bei Anspannen des Muskels wird der Nerv zusammengedrückt und gereizt. Ein klassischer Triggerpunkt ist der für die Zornesfalte verantwortliche Corrugator-Muskel. Das Botox wird in den betreffenden Muskel gespritzt und hemmt dort die Erregungsübertragung zu den Nervenzellen, wodurch die Kontraktion des Muskels je nach Dosierung schwächer wird oder ganz ausfällt. Funktionell passiert dabei dasselbe wie bei der Operation. Aber auch hierbei gilt: Bei manchen Patienten wirkt es, bei anderen wirkt es nicht, auch wenn sie scheinbar die gleichen Symptome aufweisen. Deshalb können wir keinem Patienten vor der Behandlung mit Botox eine Besserung garantieren.

In welchen Fällen wird der Schmerz auslösende Muskel entfernt?

Muehlberger: Wenn der Botox-Test keine nennenswerte Besserung gebracht hat, dann kommt für diesen Patienten auch keine Operation in Frage. Tritt in den acht Wochen nach der Botox-Spritze eine Verbesserung von mindestens 50 Prozent hinsichtlich der Häufigkeit und der Schmerzintensität ein, findet ein weiteres Beratungsgespräch statt. Die meisten Patienten entscheiden sich dann für die Operation. Bei der etwa ein-

stündigen ambulanten Operation wird nur ein Teil des Schmerz auslösenden Muskels entfernt, nicht der ganze Muskel. Bei den meisten Patienten betrifft das den bereits erwähnten Corrugator-Muskel an der Stirn, wir operieren aber auch Patienten am Semispinalis im Nacken und am Temporalis an den Schläfen.

Wie hoch ist die Erfolgswahrscheinlichkeit der Operation?

Muehlberger: Da wir die Patienten sehr sorgfältig auswählen, ist die Erfolgsquote sehr hoch. Daten von mehreren Hundert Patienten zeigen, dass 35% der Patienten nach einem Jahr völlig frei von Migränesymptomen waren, bei 55% hatten sich die Häufigkeit der Attacken und die Schmerzintensität mehr als halbiert. Für diese 90% bedeutet die Operation einen immensen Zugewinn an Lebensqualität, den ihnen zuvor keine andere Therapie geben konnte. Ich weiß, dass einige Kollegen diesen Erfolg gerne als Placebo-Effekt abtun, aber ein Placebo-Effekt nach einem so langen Zeitraum ist schier unmöglich. Die ambulante Migräne-Operation ist das einzige Verfahren, das nicht bei den Symptomen, sondern bei den Auslösern der Migräne ansetzt. Insofern bietet sie den Betroffenen eine reale Chance, ihre Migräne ganz loszuwerden

oder zumindest ihre Beschwerden drastisch zu reduzieren.

Und wie hoch ist das Risiko, dass bei der Operation etwas schief geht?

Muehlberger: Das Risiko besteht darin, dass es zu einer Schädigung der Nerven und in der Folge zu einem Taubheitsgefühl auf der Stirn kommt. Dieser Fall ist aber noch nie eingetreten. Die einzige bleibende sichtbare Veränderung ist, dass der Patient nach der Operation keine Zornesfalte mehr bilden kann. Die Narbe in der Lidfalte verschwindet nach einigen Wochen.

Zur letzten Frage: Was kostet denn so eine Migräne-Operation?

Muehlberger: Die Operation kostet mit dem zwingend erforderlichen Botox-Text zusammen knapp 4.000 Euro. Sechs Krankenkassen, darunter fünf gesetzliche, übernehmen derzeit in Deutschland die Kosten dafür. Wir rechnen damit, dass sich weitere Kassen anschließen werden. Denn verglichen mit einer medikamentösen Therapie – eine einzige Triptan-Tablette kostet im Durchschnitt 11 Euro – sind die einmaligen Kosten für die Operation ziemlich gering.

Vielen Dank für das Gespräch!

Charité gründet Schule für Public Health

Zwei neue Masterstudiengänge in Gesundheitswissenschaften

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin setzt mit der Gründung der Berlin School of Public Health jetzt einen neuen Schwerpunkt im Bereich der Gesundheitswissenschaften: In enger Partnerschaft mit der Freien Universität Berlin, der Humboldt-Universität zu Berlin und der Technischen Universität Berlin übernimmt die Charité die ehemaligen Public Health-Angebote der TU. Ein besonderer Vorteil ist dabei die direkte Anbindung an die medizinische Fakultät. Ziel ist es, die Schnittstellen zwischen Public Health und Medizin weiter zu entwickeln. In Anlehnung an das angloamerikanische Modell soll mit der Berlin School of Public Health eine Forschungs- und Ausbildungseinrichtung aufgebaut werden, die medizinische, ökonomische und sozialwissenschaftliche Ansätze in Theorie und Praxis umfasst.

Mit der Berlin School of Public Health entstehen ab dem Sommersemester die beiden weiterbildenden Studiengänge „Master of Public Health“ und „Master of Science of Epidemiology“, die sich nicht nur an Mediziner richten. Für den Zugang ist ein Bachelorabschluss notwendig. Die Fachrichtung spielt dabei

keine Rolle. Die Absolventen und Absolventinnen werden innerhalb eines Jahres für Leitungspositionen im Gesundheitswesen und in der Forschung qualifiziert. Möglich ist auch ein zweijähriges Studium in Teilzeit, so dass man halbtags einer Beschäftigung nachgehen kann. Darüber hinaus können auch einzelne Module belegt und somit spezielle Zertifikate erworben werden. Die Gesundheitswissenschaft ist als eigenständige Disziplin zu betrachten, die nach der besten gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung fragt. Konkret heißt das zum Beispiel, dass Risikofaktoren in einer Bevölkerung identifiziert und Versorgungsstrukturen wie Prävention, Rehabilitation und Pflege evaluiert werden. „Ein hochaktuelles Beispiel für den Bereich Public Health ist die Einschätzung und Beurteilung der Gesundheitsreform“, erklärt Gründungsdirektor Prof. Ralph Brennecke. In die Lehre sind Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen der Charité, der Berliner Universitäten und Forschungseinrichtungen aus Berlin und aus dem Ausland eingebunden. Auch für Praxisbezug ist gesorgt: Es bestehen zahlreiche Kooperationen mit Organisationen im Gesundheitswesen, bei denen Studierende Praktika und Masterarbeiten durchführen können.