


9. Dreiländertagung Kopfschmerz

25.-27. April 2024
Congress Kursaal Interlaken
Schweiz



 Schweizerische Kopfweggesellschaft
Société Suisse des Céphalées
Società Svizzera di Cefalea
Swiss Headache Society

 ÖKSG
ÖSTERREICHISCHE
KOPFSCHMERZGESELLSCHAFT

 DMKG
Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

ABSTRACTBOOK

P01

Effektivität und Verträglichkeit von Eptinezumab nach dreimonatiger prophylaktischer Behandlung - Retrospektive Real-World-Analyse aus zwei Zentren in Essen

Wenzel P¹, Scheffler A², Gendolla A³, Holle-Lee D²

¹ Essen, Deutschland; ² Westdeutsches Kopfschmerzzentrum Essen, Essen, Deutschland; ³ Praxis Dr. Astrid Gendolla, Essen, Deutschland

Hintergrund

Eptinezumab ist der zuletzt in Deutschland zugelassene Antikörper gegen das Calcitonin Gene-related Peptide (CGRP). Während sowohl die Ligandenantikörper Galcanezumab und Fremanezumab als auch der CGRP- Rezeptor Antikörper Erenumab subkutan injiziert werden, wird Eptinezumab intravenös verabreicht. Die Wirksamkeit der bisherigen Antikörper ist auch unter Real-World Bedingungen mittlerweile gut belegt, jedoch existieren für Eptinezumab bisher kaum Daten außerhalb der Zulassungsstudien. Welchen Stellenwert die Behandlung neben der bereits bestehenden CGRP-(Rezeptor)-Antikörper (CGRP- Ak) Therapie in der Praxis haben wird, bleibt daher bislang ungeklärt.

Material und Methoden

Retrospektiv wurden Daten von 56 MigränepatientInnen vor und nach dreimonatiger Behandlung mit Eptinezumab erhoben, die entweder im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum der Universitätsmedizin Essen oder in der Praxis Gendolla (Essen) behandelt wurden. Monatliche Kopfschmerz- (MHD), Migräne- (MMD) und Akutmedikationstage (AMD) vor und nach Behandlung wurden mit dem Wilcoxon-Rangsummen-Test analysiert, ebenso erfolgte eine deskriptive Analyse bezüglich Zufriedenheit und Nebenwirkungen.

Resultate

Nach drei Monaten zeigte sich bei PatientInnen mit einer episodischen Migräne (EM,n=12) eine signifikante Reduktion aller Parameter (MHD: -5,8 (Standardabweichung (SD):4,1), $p < 0,001$; MMD: -2,9 (SD:2,1), $p < 0,001$; AMD: -2,3 (SD: 1,6), $p < 0,001$). Auch bei PatientInnen mit einer chronischen Migräne (CM,n=44) war Eptinezumab wirksam (MHD: -3,9 (SD:2,7); $p < 0,001$; MMD: -3,1 (SD:2,2), $p < 0,001$; AMD: -2,4 (SD:1,7), $p < 0,001$). Die Reduktionen der MHD und MMD waren bei PatientInnen, die Eptinezumab als ersten CGRP-Ak erhielten, höher als bei PatientInnen, die bereits eine oder mehr CGRP-AK-Vortherapien (VT-CGRP) hatten (MHD: naive: -46,3% vs. VT-CGRP: -23,6%; MMD: naive: -38,9% vs. VT-CGRP: -23,5%). Sechs PatientInnen gaben milde Nebenwirkungen wie Obstipation, Heiserkeit, Schwindel oder Muskelschmerzen an. Insgesamt waren 53,6%(n=30) der PatientInnen sehr zufrieden bzw. zufrieden mit der Therapie.

Zusammenfassung

Eptinezumab scheint auch unter Real-World Bedingungen im kurzzeitigen Verlauf gut wirksam und verträglich zu sein, jedoch mit einem reduzierten Ansprechen bei PatientInnen mit einer bereits vorangegangener CGRP- Ak Therapie einherzugehen. Eine größere Kohorte über einen längeren Zeitraum ist notwendig, um den Stellenwert der Therapie in Zukunft besser einordnen zu können.

Interessenskonflikt

Keinen

P02

Attackenangst als Prädiktor für Depressivität und schmerzbedingte Beeinträchtigung bei Clusterkopfschmerz

Fox J¹, Gaul C², Slipjeppevic M³, Shiban Y¹

¹ PFH Göttingen, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; ² Kopfschmerzzentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ³ Benedictus Krankenhaus Feldafing, Feldafing, Deutschland

Hintergrund

Clusterkopfschmerz (CH) ist eine primäre Kopfschmerzerkrankung und geht mit erheblichen Alltagsbeeinträchtigungen einher. Obwohl es einen Bedarf an Interventionen gibt, die gezielt die negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Funktionsniveau reduzieren, liegen bisher kaum empirische Untersuchungen zu Risikofaktoren von schmerzbedingter Beeinträchtigung vor. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung des im Fear Avoidance-Modell postulierten Zusammenhangs zwischen Attackenangst und Depressivität bzw. funktioneller Beeinträchtigung.

Methode

Soziodemographische und klinische Merkmale sowie CHS (Cluster Headache Scales) und DASS wurden in einer Online-Querschnittsbefragung von CH-Patienten erhoben. Die Diagnosen wurden von den behandelnden Ärzten gestellt und anhand der ICH-3-Kriterien überprüft. Mittels zweier hierarchischer linearer Regressionsmodelle wurde geprüft, ob Attackenhäufigkeit und Attackenangst Prädiktoren für Depressivität und schmerzbedingte Beeinträchtigung sind.

Ergebnisse

Von 869 Teilnehmenden konnten vollständige Datensätze von 640 Patienten einbezogen werden (cCH: 44,8%; w: 41,4%, Altersspanne: 18-86 Jahre). Hierarchische Regressionsanalysen zeigten, dass Attackenhäufigkeit (erster Prädiktor) und Attackenangst (zweiter Prädiktor) signifikante Prädiktoren für Depressivität ($p < .001$, $R^2 = .204$) und schmerzbedingte Beeinträchtigung ($p < .001$, $R^2 = .244$) waren. Attackenangst klärte in beiden Modellen mehr Varianz auf als Attackenhäufigkeit (Depressivität: Änderung in $R^2 = .197$; schmerzbedingte Beeinträchtigung: Änderung in $R^2 = .218$).

Fazit

Attackenangst zeigte sich als ein positiver Prädiktor für Depressivität sowie schmerzbedingte Beeinträchtigung und trug mehr zur Erklärung und Vorhersage bei als die berichtete Attackenhäufigkeit. Übermäßige Attackenangst ist potenziell durch psychologische Interventionen modifizierbar und sollte in weiteren Untersuchungen als mögliches ergänzendes Therapieziel bei Patienten mit hoher schmerzbedingter Beeinträchtigung untersucht werden.

Die empirische Untersuchung des Fear Avoidance-Modells kann zu einem besseren Verständnis der bio-psychozialen Wechselwirkungen bei CH beitragen und somit die Entwicklung weiterer wirksamer Interventionen fördern.

Interessenskonflikt

Keinen

P03

Verlaufsdaten aus einer Kinderkopfschmerzambulanz mit zusätzlich durchgeführter täglicher Entspannungsübung

Zaraneck L¹, Richter M¹, Goßrau G²

¹ Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Dresden, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, UniversitätsSchmerzCentrum Dresden, Dresden, Deutschland; ² UniversitätsSchmerzCentrum Dresden, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund

Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter sind häufig und gehen mit einer deutlichen Einschränkung der Alltags- und Schulfähigkeit einher. Effektiv für Kinder und Jugendliche mit häufigen und einschränkenden Kopfschmerzen sind multimodal angelegte Gruppentherapieprogramme. Im Vordergrund sollten neben der medikamentösen Akuttherapie nichtmedikamentöse therapeutische Ansätze stehen.

Material/Methoden

76 Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzerkrankungen, welche unsere Kinderkopfschmerzambulanz besuchten, wurden für die Verlaufsauswertung eingeschlossen. Davon absolvierten 37 Kinder zusätzlich eine tägliche Entspannungsübung („Dicke Haut Übung“ [DH]). Die Daten wurden zum 1. Ambulanztermin sowie nach 3 Monaten erhoben.

Ergebnisse

Kopfschmerzfrequenz (DH: Wilcoxon-test: z: - 2.94; p: 0.03, n: 37; KG: Wilcoxon-test: z: -2.46; p: 0.014, n: 39) und kopfschmerzbedingte Einschränkung der Alltagsfähigkeit (PedMIDAS) (DH: Wilcoxon-test: z: -3.32; p: 0.001; n: 37; KG: Wilcoxon-test: z: -2.27; p: 0.02; n: 39) zeigte sich in beiden Gruppen signifikant verringert. Die Kopfschmerzintensität zeigte sich in der Gruppe mit zusätzlich durchgeführter tägl. Entspannungsübung signifikant verringert im Vergleich zur Kontrollgruppe (Mann-Whitney-U: 520.000; z: -2.12; p: 0.03). Auch die Einnahme von Schmerzmitteln reduzierte sich in der Gruppe mit zusätzlicher Entspannungsübung deutlicher (Mann-Whitney-U: 388.000; z: -1.89, p: 0.05).

Schlussfolgerung

Eine nicht-medikamentöse prophylaktische Therapie stellt die Basis eines langfristig guten Managements der Erkrankung im Kindes- und Jugendalter dar. Unsere Verlaufsdaten zeigen zusätzlich die Effektivität ausgewählter prophylaktischer Maßnahmen.

Interessenskonflikt

Keinen

P04

Deutsch- und englischsprachige Validierung des Cluster Headache Impact Questionnaire (CHIQ)

Kamm K¹, Straube A¹, Ruscheweyh R¹, Burish M²

¹ LMU Klinikum München, München, Deutschland; ² University of Texas, Houston, TX, USA

Einleitung

Clusterkopfschmerz geht mit einer großen Beeinträchtigung der PatientInnen einher. Bis vor kurzem gab es keinen kurzen Fragebogen, der die spezifische Beeinträchtigung durch Clusterkopfschmerz erhebt. Deshalb wurde der Cluster Headache Impact Questionnaire (CHIQ) entwickelt, der Clusterkopfschmerz-spezifische Belastungen in Bezug auf Familie, Arbeit und Freizeit, sowie besondere Belastungen durch nächtliche Attacken und selbstschädigendes Verhalten erhebt. Der Fragebogen umfasst 8 Fragen und kann einen Score zwischen 0 und 40 Punkten erreichen.

Methoden

Der Fragebogen wurde auf der Grundlage einer Literaturrecherche und Experten-Interviews entwickelt. Die deutsche Version wurde 10/2020-2/2021 mittels einer Online- und Papierumfrage in PatientInnen in unserem Kopfschmerzzentrum sowie über die deutsche Clusterkopfschmerz-Selbsthilfegruppe CSG erhoben und validiert. Die englische Übersetzung erfolgte mittels standardisierter Vor- und Rückübersetzung. Zwischen 9/2022 und 10/2023 wurde der englische CHIQ mit Unterstützung der US-amerikanischen Selbsthilfegruppe clusterbusters online erhoben und validiert.

Ergebnisse

196 aktive deutschsprachige Clusterkopfschmerz-PatientInnen (65.3% männlich, 47.21 ± 11.64 Jahre; episodisch n = 85; chronisch n = 111) und 155 aktive englischsprachige PatientInnen (m = 106; 53.3 ± 13.3 Jahre; episodisch n = 79; chronisch n = 76) wurden eingeschlossen.

In beiden Erhebungen zeigte sich eine ähnliche Attackenhäufigkeit (D: 15.2 ± 13.8; E: 12.7 ± 11.2 Kopfschmerz-Attacken/ Woche) und CHIQ-Werte (D: 24.6 ± 6.5; E: 23.9 ± 8.1). Die Konsistenz war gut (D: Cronbach's α = 0.88; E: α = 0.91) und die Faktorenanalyse erbrachte einen einzigen Faktor. Die Test-Retest Reliabilität war gut (D: ICC 0.82; E: ICC 0.93) und es zeigten sich signifikante Korrelationen mit dem HIT-6™ (D: r = 0.62, p < 0.01; E: r = 0.72, p < 0.001) und der Kopfschmerz-Attackenhäufigkeit (D: r = 0.39; p < 0.01; E: 0.29, p < 0.001).

Chronische Clusterkopfschmerz-PatientInnen zeigten signifikant höhere CHIQ-Scores (D: 25.8 ± 6.5; E: 25.2 ± 8.2, p < 0.001) im Vergleich zu aktiven episodischen PatientInnen (D: 23.3 ± 6.9; E: 21.4 ± 8.9) und PatientInnen in Remission (D: 13.6 ± 11.9; E: 14.1 ± 12.8).

Diskussion

Der CHIQ ist ein spezifischer Fragebogen um die Beeinträchtigung in aktiven PatientInnen zu erheben. Beide Untersuchungen zeigen, dass der Fragebogen

reliabel und valide ist. Der Fragebogen ist kurz und ist in Klinik und Forschung einfach anzuwenden

Interessenskonflikt

Keinen

P05

Wie groß muss der Unterschied sein? Bestimmung der minimal important difference (MID) des MIDAS aus Daten aus dem Kopfschmerzregister der DMKG

Ruscheweyh R¹, Goßrau G², Gaul C³, Dresler T⁴, Ruschil V⁴, Neeb L⁵, Kraya T⁶, Scheidt J⁷, Jürgens TP⁸

¹ Klinikum der Ludwig Maximilians Universität München, München, Deutschland; ² Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland; ³ Kopfschmerzzentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁴ Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland; ⁵ Helios Global Health, Berlin, Deutschland; ⁶ Klinikum St. Georg, Leipzig, Deutschland; ⁷ Hochschule Hof, Hof, Deutschland; ⁸ KMG Klinikum Güstrow, Güstrow, Deutschland

Hintergrund

Das Migraine Disability Assessment (MIDAS) ist eines der international am häufigsten verwendeten Instrumente zur Erhebung der migränebezogenen Beeinträchtigung. Es gibt jedoch wenig Daten dazu, welche Änderung im MIDAS-Score die minimale, für Patient:innen relevante Verbesserung, die „minimal important difference“ (MID) darstellt.

Material und Methoden

Zur Bestimmung der MID des MIDAS wurde der PGIC (patient global impression of change) als klinischer Anker herangezogen, und die Methoden der mittleren Änderung sowie ROC Kurven verwendet. Es wurden alle Migränepatient:innen eingeschlossen, für die zur 1. und 2. Visite im Kopfschmerzregister der DMKG ein MIDAS-Wert und zur 2. Visite ein PGIC-Wert vorhanden war. Wegen des weiten Wertebereichs des MIDAS wurde für Ausgangswerte > 20 die MID für die prozentuale Änderung des MIDAS bestimmt (%MIDAS), für Ausgangswerte zwischen 6 und 20 die MID der absoluten Änderung (Δ MIDAS). Es wurden Sensitivitätsanalysen für Patient:innen mit einem Visitenabstand von ca. 3 Monaten bzw. mit einer Änderung der medikamentösen Prophylaxe durchgeführt.

Ergebnisse

1013 Patient:innen standen für die Auswertung zur Verfügung. Für Patient:innen mit Baseline-MIDAS >20 war die mittlere MIDAS-Reduktion der Gruppe mit PGIC „leicht gebessert“ 27,7%, dies war signifikant unterschiedlich von der Gruppe mit PGIC „unverändert“ ($p < 0,001$). Die ROC-Kurven-Analyse ergab eine AUC von 0,63 ($p < 0,001$) und einen Cutoff von -31,9%. Insgesamt ergaben die verschiedenen Verfahren Werte zwischen -25,5% und -31,9%, so dass wir als MID des MIDAS einen Wert von -30% vorschlagen. Für Patient:innen mit Baseline-MIDAS 6 bis 20 Punkte waren die Unterschiede zwischen PGIC „leicht gebessert“ und „unverändert“ klein und nicht signifikant, so dass wir hier PGIC „deutlich gebessert“ als Anker verwendeten. Damit ergaben die verschiedenen Verfahren Werte zwischen -1,9 und -3,7 Punkten, so dass wir als MID des MIDAS für diesen Bereich einen Wert von -3 Punkten vorschlagen.

Schlussfolgerungen

Anhand der vorliegenden Auswertung schlagen wir vor, als MID des MIDAS -30% zu verwenden (für Patienten mit Baseline-MIDAS > 20) bzw. -3 Punkte (für

Baseline-MIDAS 6 bis 20 Punkte). Es ist zu beachten, dass diese Auswertung anhand einer Population von schwer betroffenen Migränapatient:innen erfolgt ist, und für leichter betroffene Patient:innen, z.B. aus der Primärversorgung, noch bestätigt werden sollte.

Interessenskonflikt

Diese Auswertung wurde von Teva unterstützt.

Welche Migränepatient:innen erhalten einen CGRP(R)-Antikörper bzw. ein klassisches orales Migräneprophylaktikum? Daten aus dem Kopfschmerzregister der DMKG

Ruscheweyh R¹, Goßrau G², Gaul C³, Dresler T⁴, Ruschil V⁴, Neeb L⁵, Kraya T⁶, Scheidt J⁷, Jürgens TP⁸

¹ Klinikum der Ludwig Maximilians Universität München, München, Deutschland; ² Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland; ³ Kopfschmerzzentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁴ Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland; ⁵ Helios Global Health, Berlin, Deutschland; ⁶ Klinikum St. Georg, Leipzig, Deutschland; ⁷ Hochschule Hof, Hof, Deutschland; ⁸ KMG Klinikum Güstrow, Güstrow, Deutschland

Hintergrund

Seit 2018 sind CGRP(R)-Antikörper als spezifische Migräneprophylaktika auf dem Markt. Aus wirtschaftlichen Gründen ist die Erstattung an das Versagen von klassischen oralen Prophylaktika gekoppelt, so dass vermutlich vor allem schwer betroffene Patient:innen einen CGRP(R)-Antikörper erhalten. Hier haben wir Daten des seit 2020 laufenden DMKG-Kopfschmerzregisters verwendet, um die Charakteristika von Patient:innen zum Zeitpunkt des Beginns eines CGRP(R)-Antikörpers bzw. eines klassischen oralen Prophylaktikums zu vergleichen.

Material und Methoden

Die Auswertung erfolgte mit Datenstand vom 01.01.2024. Zum Zeitpunkt des Beginns mit einem CGRP(R)-Antikörper oder einem klassischen oralen Prophylaktikum (Betablocker, Amitriptylin, Topiramat, Flunarizin) wurden demographische Daten, Migränediagnose, Kopfschmerzdaten, Ergebnisse von Fragebögen (zu Depression, Angst, Stress, Lebensqualität, und migränebezogener Beeinträchtigung) und Daten zur Berufstätigkeit erhoben und zwischen den Gruppen verglichen (Fisher Exact-Tests und Mann-Whitney-U-Tests).

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass Patient:innen mit einem CGRP-Antikörper (n = 547) im Vergleich zu Patient:innen mit einem oralen Prophylaktikum (n = 784) älter waren (44 ± 13 vs. 41 ± 13 Jahre, p < 0,001) und eine längere Migränedauer (25 ± 14 vs. 21 ± 14 Jahre, p < 0,001) und mehr gescheiterte Vortherapien (2,4 vs. 0,8 pro Patient, p < 0,001) hatten. Sie waren seltener in Vollzeit berufstätig (36% vs. 46%, p < 0,001) und zeigten einen Trend zu mehr komorbiden Schmerzerkrankungen (45 vs. 38%, p = 0,08) und psychischen Erkrankungen (47 vs. 39%, p = 0,05). Die Kopfschmerz- und Schmerzmittelhäufigkeit war ähnlich, aber die Ergebnisse der Fragebögen zeigten eine stärkere migränebezogene Beeinträchtigung (MIDAS 53 ± 46 vs. 44 ± 41, p = 0,03), eine niedrigere Lebensqualität (VR-12, p < 0,05) und eine schlechtere Einschätzung des Gesundheitszustands auf der VAS (45 ± 21 vs. 49 ± 21, p < 0,05) von Patient:innen vor Beginn der Behandlung mit einem CGRP(R)-Antikörper.

Schlussfolgerungen

Patient:innen, bei denen eine CGRP(R)-Antikörper-Therapie begonnen wird, haben nicht nur mehr gescheiterte Vortherapien, sondern sind auch in Bezug auf

Berufstätigkeit, Komorbiditäten, Beeinträchtigung und Lebensqualität schwerer betroffen als Patient:innen, bei denen ein klassisches orales Prophylaktikum begonnen wird.

Interessenskonflikt

Eine frühere Version dieser Auswertung wurde durch Novartis gefördert.

P07

Health-Related Quality of Life, Work Ability and Disability among Individuals with Persistent Post-Dural Puncture Headache

Kapan HA¹, Waldhör T², Schiffler T¹, Haider S¹, Beck J³, Wöber C⁴

¹ Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Österreich; ² Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Epidemiologie, Wien, Österreich; ³ Universität Freiburg, Department Neurozentrum, Klinik für Neurochirurgie, Freiburg, Deutschland; ⁴ Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Neurologie, Comprehensive Center for Clinical Neurosciences and Mental Health, Wien, Österreich

Background

Post-dural puncture headache (PDPH) is a common disorder. Persistence over more than three months, however has been poorly studied. In particular, little is known about the impact of persistent PDPH (pPDPH) on health related quality of life (HRQoL), disability and ability to work. The study aimed to provide a holistic understanding of pPDPH, encompassing medical, physical and psychological aspects.

Methods

We conducted a cross-sectional anonymous online survey in individuals aged 18 or older, diagnosed with, or suspected to have pPDPH via self-help groups on Facebook. Participants completed a structured questionnaire covering diagnosis, symptoms, and the ability to work. For assessing headache related disability, and mental health, they filled in the Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI) and the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21).

Results

A total of 179 participants (83.2% female, mean age 39.7 years) completed the survey. PPDPH had been present for one year or more in 74.3%, and 44.1% were unable to be in an upright position for more than one hour per day without having to lie down or sit down. Headaches were extremely severe or severe in 18% and 34%, respectively. According to the HDI, disability was complete in 2%, and severe in 40%. DASS-21 revealed substantial mental health challenges with depression, anxiety and stress experienced by 83%, 98%, and 88% of the respondents. The ability to work was limited considerably: 27.9% were unable to work, 59.8% worked part-time, 1.1% changed their job because of pPDPH, and only 11.2% were able to work full-time in their previous job. Despite treatment, the patients' condition had deteriorated in 32.4% and had remained unchanged in 27.9%.

Conclusion

This study stresses the burden of pPDPH in terms of substantial disability, limited quality of life, mental health concerns, and significant impact on the ability to work. The study highlights the long-term impact of pPDPH on individuals, emphasizing the need for timely diagnosis and effective treatment. It underscores the complexity of managing pPDPH and calls for further research into its long-term effects on patient health and HRQoL.

Interessenskonflikt

Keinen

P08

Diagnostic and Therapeutic Insights in Persistent Post-Dural Puncture Headache

Kapan HA¹, Waldhör T², Schiffler T¹, Haider S¹, Beck J³, Wöber C⁴

¹ Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Österreich; ² Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Epidemiologie, Wien, Österreich; ³ Universität Freiburg, Department Neurozentrum, Klinik für Neurochirurgie, Freiburg, Deutschland; ⁴ Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Neurologie, Comprehensive Center for Clinical Neurosciences and Mental Health, Wien, Österreich

Background

Post-dural puncture headache (PDPH) is a frequent complication following lumbar puncture, epidural analgesia, or neurosurgical interventions. The International Classification of Headache Disorders (ICDH) states that PDPH “remits spontaneously within two weeks, or after sealing of the leak with autologous epidural lumbar patch”. However, some patients experience a prolonged course challenging this traditional view. Therefore, this study aimed to elucidate diagnosis and treatment in individuals with persistent PDPH (pPDPH).

Methods

We conducted a cross-sectional anonymous online survey in individuals aged 18 or older, diagnosed with, or suspected to have pPDPH via self-help groups on Facebook. The survey comprised questions about diagnostic procedures, therapeutic management, and treatment outcomes.

Results

A total of 179 participants (83.2% female, mean age 39.7 years) completed the survey. All participants underwent cranial magnetic resonance imaging (MRI) and an MRI of the spine. Computed tomography (CT) myelography was performed in 63.1%. Cerebrospinal fluid (CSF) opening pressure and optic nerve sheath diameter were measured in 25.1% and 21.8%. CT cisternography and CSF scintigraphy were applied in 11.7% and 3.4%. The time lapsed since dural puncture exceeded three months in more than one third of the MRI examinations and in the vast majority of all other examinations. Diagnostic work-up revealed a CSF leak in 5%, confirmed or suggested intracranial hypotension in 39.1% and 17.9%, and showed equivocal findings or no evidence of intracranial hypotension in 5% and 31.3%. For pharmacological treatment, caffeine, analgesics, gabapentin, antidepressants and theophylline were used by 91.1%, 79.3%, 38.0%, 34.1%, and 20.7%. Overall effectiveness was very poor. All participants underwent an epidural blood patch (EBP) and less than one quarter each received a fibrin glue patch (FBP), occipital nerve block (ONB) or surgical treatment (ST). The proportion of patients experiencing marked improvement or complete resolution of symptoms with EBP, FBP, ONB, and ST was 16.8%, 24.4%, 11.9% and 40.5% in the short-term and 6.7%, 7.3%, 2.4%, and 40.4% in the long-term.

Conclusion

This study underscores the challenges of managing pDPH specifying the delay in and the limitations of diagnostic procedures, the poor effectiveness of therapeutic interventions, and the need to add “persistent postdural headache” in ICHD.

Interessenskonflikt

Keinen

P09

Kogniphobie bei Clusterkopfschmerz

Klan T¹, Kuhn H¹, Petzke T¹, Gaul C², Witthöft M¹

¹ Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ² Kopfschmerzzentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

Hintergrund

Kogniphobie ist die Angst, durch geistige Anstrengung Kopfschmerzen auszulösen oder zu verschlimmern. Kogniphobie stellt eine Komplikation von Kopfschmerzerkrankungen dar und kann mit verhaltenstherapeutischen Verfahren (z.B. Triggermanagement) behandelt werden. Mit der 15 Items umfassenden Kogniphobie-Skala für Kopfschmerz (CS-HD) steht ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen mit guten psychometrischen Eigenschaften zur Verfügung. Die deutsche Version wurde bislang nur an einer Stichprobe von Migränebetroffenen validiert, psychometrische Daten in Bezug auf Clusterkopfschmerz liegen nicht vor.

Material und Methoden

In einer Querschnittsbefragung (online via SoSci-Survey, www.soscisurvey.de) wurden die Daten von N = 106 Personen mit Clusterkopfschmerz analysiert (48% episodischer und 52% chronischer Clusterkopfschmerz; 46% männlich; Alter: M = 45.5 Jahre, SD = 11.8). Die Antwortoptionen der CS-HD reichen jeweils von 1 (starke Ablehnung) bis 4 (starke Zustimmung) Punkte.

Resultate

In der CS-HD Gesamtskala wurde ein Wert von M = 30.2 (SD = 7.2) erzielt. In einer explorativen Faktorenanalyse zeigte sich eine dreifaktorielle Struktur (i. interiktale Kogniphobie, ii. iktale Kogniphobie, iii. Gefährlichkeit von Kopfschmerz) mit einer grenzwertig akzeptablen Modellpassung (RMSEA = .11, SRMR = .05, TLI = .82) und einer Varianzaufklärung von 55.2%. Die Reliabilität der ersten Subskala (interiktale Kogniphobie) fiel sehr gut aus (McDonalds Omega ω = .93), die der beiden anderen Subskalen akzeptabel (jeweils ω = .71). Es fanden sich Hinweise auf konvergente Validität (Korrelationen Gesamtwert CS-HD mit dem Gesamtwert der Clusterkopfschmerz-Skalen, CHS: r = .27, p = .005; mit der CHS-Subskala Attackenangst: r = .30, p = .002; mit dem Fragebogen zu Auswirkungen von Clusterkopfschmerz, CHIQ: r = .35, p < .001).

Schlussfolgerungen

Das Ausmaß an Kogniphobie ist bei Clusterkopfschmerz ähnlich hoch wie bei Migränebetroffenen. In Diskrepanz zur zweifaktoriellen Struktur der Kogniphobie bei Migränebetroffenen (interiktale und iktale Kogniphobie) fand sich bei Personen mit Clusterkopfschmerz jedoch eine dreifaktorielle Struktur mit dem zusätzlichen Faktor „Gefährlichkeit von Kopfschmerz“. Die guten psychometrischen Eigenschaften der CS-HD konnten in der vorliegenden Stichprobe bestätigt werden.

Kogniphobie ist messbar, kann auch bei Personen mit Clusterkopfschmerz relevant sein und sollte daher in der Behandlung adressiert werden.

Interessenskonflikt

Keinen

P10

6-Month Real-World Effectiveness of Fremanezumab in Patients with Migraine who switched from another mAb targeting the CGRP pathway (subgroup analysis from FINESSE)

Straube A¹, Brössner G², Gaul C³, Hamann X⁴, Hipp J⁴, Kraya T⁵, Neeb L⁶

¹ Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; ² Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ³ Kopfschmerzzentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁴ Teva GmbH, Ulm, Deutschland; ⁵ Klinikum St. Georg, Leipzig, Deutschland; ⁶ Helios Global Health, Berlin, Deutschland

Background

To evaluate effectiveness and tolerability of fremanezumab administered in migraine patients who switched from a previous anti-CGRP pathway mAb (aCGRP mAb) as part of their routine disease management.

Material and Methods

FINESSE is an ongoing prospective, non-interventional study in adults with episodic or chronic migraine (EM, CM). Observation period: 24 months. Primary endpoint: proportion of patients reaching $\geq 50\%$ reduction in average number of monthly migraine days (MMD) during the 6-month period after the first dose of fremanezumab. Further measures: monthly average number of migraine days, MIDAS (Migraine Disability Assessment), HIT-6 (6-Item Headache Impact Test), acute migraine medication (AMM) use. In this subgroup analysis, 6-month-data in patients who experienced poor effectiveness or tolerability with a prior anti-CGRP pathway mAb and therefore switched to fremanezumab are presented.

Results

140 patients with prior exposure to another aCGRP mAb were included (47.6 ± 11.5 years, 84.7% female); 56.4% had EM, 43.6% CM. 126 patients had been previously treated with erenumab, 14 with galcanezumab or galcanezumab and erenumab. The main reason for discontinuation of prior aCGRP mAb therapy was lack of efficacy (LOE) in 110 patients (78.6%). MMD decreased from 13.3 ± 6.42 at baseline (B), by 6.1 ± 5.47 (month 6). 54 (38.6%) achieved a MMD reduction of $\geq 50\%$ over 6 months (EM 44.3%, CM 31.2%, in patients with LOE 40%). AMM was used on 9.5 ± 4.92 days/month at baseline and decreased to 5.0 ± 3.86 days/month (month 6). MIDAS: 71.1 ± 57.1 (B), 43.7 ± 44.4 (month 6), HIT-6: 65.8 ± 4.8 (B), 59.6 ± 7.9 (month 6).

Conclusions

In this interim analysis of the FINESSE non-interventional study, about 38.6% of anti-CGRP pathway mAb-non-responder benefit ($\geq 50\%$ response) from switching to fremanezumab. These results suggest that switching to fremanezumab may be a promising option for patients experiencing inadequate efficacy or poor tolerability with prior other anti-CGRP pathway mAb use.

Interessenskonflikt

Keinen

P11

Akuttherapie von Migräneattacken mit Lasmiditan – Real-world-Daten aus einem tertiären Kopfschmerzzentrum

Ilse B, Stößel G, Storch P

Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Hintergrund

Lasmiditan, ein selektiver 5HT_{1F}-Rezeptoragonist, ist zur Behandlung akuter Migräneattacken wirksamer als Placebo. Lasmiditan hat keine vasokonstriktiven Eigenschaften und kann bei Patienten mit Kontraindikationen gegen Triptane verwendet werden.

Lasmiditan ist seit 2022 in der EU zur Akutbehandlung von Migräneattacken mit und ohne Aura bei Erwachsenen zugelassen und seit 03/2023 in Deutschland erhältlich.

Im Zeitraum von 03/2023 – 12/2023 wurden Real-world-Daten (RWD) zum Einsatz von Lasmiditan zur Behandlung akuter Migräneattacken im Kopfschmerzzentrum der Universitätsklinik Jena (MKJ) erhoben. Hierbei sollten insbesondere folgende Fragen beantwortet werden: Warum wurden die Patienten mit Lasmiditan behandelt? Wie wirksam bzw. verträglich war Lasmiditan in der klinischen Routineversorgung? Gab es Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit und Verträglichkeit im Vergleich zu Triptanen?

Material und Methoden

Es erfolgte eine retrospektive Auswertung von RWD als Erhebung im Rahmen der Routineversorgung des MKJ. Ethik: Reg.-Nr.: 2023-2943-Daten; Ethik-Kommission der Universitätsklinik Jena

Resultate

Lasmiditan wurde bei insgesamt 27 Patienten verordnet. Davon waren 21 weiblich und 6 männlich. Das Durchschnittsalter betrug 48,3 Jahre. 18 Patienten hatten eine episodische, 9 Patienten eine chronische Migräne, 18 Patienten eine Migräne mit Aura und 9 Patienten eine Migräne ohne Aura. Bei 70% (19 Patienten) lagen Kontraindikationen gegen Triptane vor, bei 8 Patienten war die vorherige Triptan Therapie unzureichend wirksam. Insgesamt 4 Patienten setzten Lasmiditan nach der Verschreibung nicht ein. Bei 12 Patienten erfolgte die Einnahme von 100mg, bei 2 Patienten 50mg. Kopfschmerzfreiheit nach 2 Stunden bestand bei 6 Patienten. Bei 6 Patienten wurde die Wirkung im Vergleich zu Triptanen als schlechter bewertet. 9 Patienten berichteten über Nebenwirkungen. 3-mal wurden deutliche Einschränkungen durch das Fahrverbot angegeben. Eine weitere Nutzung von Lasmiditan war von 9 Patienten geplant.

Schlussfolgerungen

Lasmiditan wurde im MKJ über 9 Monate vor allem bei Patienten mit Kontraindikationen gegen Triptane verordnet. Auffällig war die hohe Anzahl an Patienten welche die Akuttherapie aus Angst vor Nebenwirkungen nicht eingesetzt haben. Überraschend war die schlechtere Wirksamkeit im Vergleich zu Triptanen und die hohe Zahl der Patienten, welche Lasmiditan weiterhin einsetzen möchten. Es ist geplant, die Erhebung für insgesamt ein Jahr fortzusetzen.

Interessenskonflikt

Keinen

P13

Design of the ContemporAry ProspecTive Understanding of Migraine Real-world Evidence (CAPTURE) Study

Gantenbein AR

ZurzachCARE, Bad Zurzach, Schweiz

Background

Insufficient longitudinal evidence is available describing the impact of migraine. This global study will assess how headache/migraine frequency, disability, and treatment patterns change over a 2-year period in individuals being treated for migraine.

Material and Methods

ContemporAry ProspecTive Understanding of Migraine Real-world Evidence Study (CAPTURE) is a 2-year, global, observational, longitudinal, prospective study that will enroll individuals ≥ 18 years of age being treated for migraine. Participants will be stratified into 3 baseline monthly headache day (MHD) cohorts: 4-7 days; 8-14 days; ≥ 15 days. Eligibility criteria include men/women diagnosed with migraine for ≥ 1 year, ≤ 50 years of age at migraine onset, taking ≥ 1 migraine medication, and a history of ≥ 4 MHDs in the 3 months prior to screening, which was confirmed prospectively with headache e-diary data in the 30-day screening period. Key study design elements and endpoints are depicted in the Figure and Table.

Results

The target enrolled sample size is approximately 2000 (cohort 1: 30% [n=600]; cohorts 2-3: 35% [n=700 each]). Patients will be enrolled from approximately 135 sites in 15 countries. The target for first patient enrollment is early 2023 and the last patient completion is anticipated to be late 2025. The study will collect clinical outcomes, patient-reported outcomes, and changes in the number of patients among the migraine cohorts. Only the methodology of this study will be described.

Conclusion

CAPTURE will provide a better understanding of headache/migraine frequency, disability, and treatment patterns in individuals being treated for migraine and will be one of the first global prospective longitudinal studies of its kind.

Interessenskonflikt

Keinen

Literatur

-

P14

Efficacy, tolerability, and safety of onabotulinumtoxin - A treatment for chronic migraine in patients with acute medication overuse: Analysis of the PREEMPT and COMPEL trials

Agosti R

Kopfwehzentrum Hirslanden AG & Neurologica GmbH, Zollikon, Schweiz

Background

To evaluate the efficacy, tolerability, and safety of onabotulinumtoxinA (onabotA) [BOTOX®] in patients treated for chronic migraine (CM) with or without acute medication overuse (MO).

Material and Methods

Data analyzed from patients with CM treated with onabotA with or without MO across COMPEL, a phase 4, single-arm trial (NCT01516892) and PREEMPT, a phase 3, placebo (PBO)-controlled trial (NCT00156910, NCT00168428). Per ICHD, MO was defined as taking acute medication ≥ 2 times per week in any week (depending on the medication category) during screening. Patients received onabotA every 12wks for 108wks (COMPEL) or 56wks (PREEMPT). In PREEMPT, PBO patients received onabotA starting at week 24. Efficacy was reported as mean headache days (MHD), 6-item Headache Impact Test (6-HIT) score, and MSQ (Role Function Restrictive) score. Tolerability and safety were reported as adverse events (AEs).

Results

MO criteria was met by 65% (n=904/1384) of patients in PREEMPT (onabotulinumtoxinA: n=445, PBO: 459) and 64% (n=456/715) of patients in COMPEL (MO: n=456, no MO: n=259). In PREEMPT, onabotA reduced MHD vs PBO at 24wks in patients with MO (mean: -8.2 vs. -6.2, $P < 0.001$) and without (-8.8 vs. -7.3, $P=0.019$). OnabotA reduced moderate/severe MHD with MO ($P < 0.001$) and without ($P=0.008$). Severe impact via HIT-6 was reported by fewer patients with MO vs PBO at 24wks ($P < 0.001$) and without MO ($P=0.027$). MSQ score was improved vs PBO at 24wks ($P < 0.001$) and without ($P < 0.001$). In COMPEL, the improvements were no different between patients with or without MO: MHD (mean: -10.6 vs -11.0, $P=0.397$), moderate/severe MHD ($P=0.573$) and HIT-6 score ($P=0.644$) at 108wks. Treatment related AEs were of similar frequencies in patients with MO (27%) or without (26%) and were consistent with onabotA safety profile for CM.

Conclusions

In this post-hoc-analysis, patients with CM and MO treated with onabotA responded in similar frequency to patients with CM without MO and displayed a similar safety profile.

Interessenskonflikt

Keinen

P15

Deciphering Metabolic Migraine

Mehli S¹, Stattmann M², Kleinsorge MT², Pohl H², Wegener S²

¹ University of Zurich, Zürich, Schweiz; ² University Hospital Zurich, University of Zurich, Zürich, Schweiz

Background

Migraine is a primary headache disorder, which affects approximately 12 percent of the population. Previous studies demonstrated that a subgroup of migraine patients experience migraine attacks triggered by metabolic stressors indicating low energy levels in the brain. Moreover, this metabolic subtype of migraine is presumed to be related to mitochondrial abnormalities. The aim of this study is to identify this subgroup of migraine patients in order to personalize patient treatment. We expect these patients to respond particularly well to targeted supplements or lifestyle interventions.

Material and Methods

We designed a questionnaire which focuses on questions unmasking metabolic migraine triggers. For this project, 100 patients with diagnosed migraine (with or without aura) and previous visits to our headache clinic will be recruited to respond to our questionnaire. So far, 14 patients completed the questionnaire. In a preliminary analysis, we here show how many patients had indicators for metabolic migraine (sensitivity to one or more metabolic triggers) and analyze their baseline characteristics. In addition, we correlate the presence of metabolic migraine with baseline characteristics as well as with response to treatment.

Results

6 of the 14 patients cited missed meals or fasting periods as triggers for their migraine attacks, supporting the fact that low energy levels in the brain may cause migraine. In addition, 4 out of these 6 patients stated a relief of their headache problems by taking supplements such as magnesium, coenzyme Q10 and/or riboflavin. In contrast, only 2 of the other 8 patients showed relief with these supplements. Since these substances are known to support the mitochondrial function, this finding suggests mitochondrial impairment without this treatment, thus indication for metabolic migraine.

Conclusion

Our first preliminary results provide evidence that metabolic triggers are present in a subgroup of migraine patients. Furthermore, there could be a correlation between sensitivity to metabolic triggers and response to treatment with supplements. However, the current sample size is too small to detect significant differences between patient groups. Further data will be collected and evaluated until the convention in April.

Interessenskonflikt

Keinen

P16

Use of Calcitonin Gene-Related Peptid monoclonal antibodies (CGRP-Abs) for preventive treatment in 4 adolescents with frequent episodic or chronic refractory migraine

Iff T, Schmitt-Mechelke T, Weber P, Tsekoura M

Zentrum für Kinderneurologie AG, Zürich, Schweiz

Background

In adolescents the prevalence of episodic migraine varies from 9-15%, for chronic migraine it is estimated to be 1-2%. Frequent episodic and chronic migraine is often associated with significant disability and treatment resistance. In the past years monoclonal antibodies targeting to CGRP are used as first drugs to specifically influence migraine pathogenesis in the preventive treatment in adult migraineurs. The results of the ongoing RCTs with CGRP-Abs in adolescents < 18 yrs with episodic and chronic migraine are expected in a few years, and real-world-data of CGRP-Abs in adolescents are scarce.

Methods

To study the efficacy and safety of the CGRP-Ab erenumab, we retrospectively collected data from four 17 years old adolescents (three female and one male) with frequent episodic (> 8 episodes/month) or chronic migraine, three of them having additional headaches of tension type. All of them received at least 3 different prophylactic medications according to international guidelines: besides nutraceuticals and additional complementary methods (acupuncture, cefaly), propranolol, flunarizine, lamotrigine, topiramate, amitriptyline were used, but showed no significant effect on migraine frequency and burden. Because of the persistent impact of the migraine on apprenticeship or school, all patients were treated “off-label” with erenumab subcutaneously (s.c.) 70 mg every month, and in two of them the monthly dose was increased to 140 mg s.c., with a follow-up of ½-2 yrs.

Results

All four patients received initially monthly 70 mg erenumab s.c. Three of them showed a significant and persistent decrease in migraine attacks, defined by a more than 50% decrease in the frequency of disabling attacks and with an increase in quality of life. One female patient with chronic migraine showed a further, significant improvement after increasing the dosage to 140 mg monthly. One male adolescent showed an increase of migraine episodes after 3 doses of 70 mg, and even after the increase of the dose to 140 mg he showed no improvement, so erenumab was discontinued after a total of 5 doses. The only adverse reaction observed in one female patient was constipation.

Conclusions

Our results in 4 patients confirm the experience from only 2 published articles with “real-world data”, that CGRP-Abs seem to be an efficient and safe prophylaxis also for adolescents < 18 yrs with high impacting, refractory migraine, without significant adverse reactions.

Interessenskonflikt

Keinen

P17

Our patients' headache narratives

Räz SM¹, Eicher E¹, Röthlin C¹, Stucki P¹, Mehli S¹, Stattmann M¹, Grossenbacher B¹, Kleinsorge M¹, Neumann E², Pohl H¹, Maatz A², Ilg Y², Wegener S¹

¹ Universitätsspital Zürich, Zürich, Schweiz; ² Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Background

Diagnosis of primary headaches is based on the International Classification of Headache Disorders. To differentiate primary headache disorders, physicians have to rely on information obtained in the interview, no additional diagnostic testing is available so far. In addition to its importance in diagnosis, communication is also crucial for management decisions in primary headache disorders (based on headache-associated disability, frequency and intensity of attacks, impact of headaches on daily functions). Despite this crucial role, there are no data on communication of pain and headache-associated disability in headache consultations in Switzerland.

Material and Methods

This study was part of ComPAIN (Communication of pain in patients with headache), a prospective, cross-sectional study undertaken at the University Hospital of Zurich, representing primarily explorative, qualitative research. We obtained audio and video tapes of headache consultations at our headache ambulatory unit. Patient-clinician conversation was transcribed according to GAT-2, using ELAN Software, therefore allowing for a word-to-word analysis.

Results

We included a total of 25 patients (18 migraine, 11 TTH). By comparing description of migrainous headaches with tension-type headaches (TTH), we could find a significant difference in the use of "pulsating" ($p=0.003$) and "unilateral" ($p=0.001$) as well as in the use of adjectives of consistency (constant, permanent, durable) ($p=0.001$), variability (various, different, changeable) ($p=0.008$), and intensity (very, much) ($p=0.008$). Disease impact was partially discussed in 70.8% of all consultations, but never completely. If disease burden was talked about, it was more often initiated by the patient (50%) than by the clinician (33.3%).

Conclusion

While migraineurs most often used adjectives of variability and of intensity to describe their pain, TTH patients most often used adjectives of consistency. These word categories also allowed for a reliable differentiation between migrainous and tension-type headaches. A good differentiation could also be made based on the words "unilateral" and "pulsating", which were characteristic of migraine pain. Additionally, we observed that not only was disability never discussed completely in headache consultations, but it was also more often initiated by the patient. This could indicate an unmet need regarding discussion about headache-associated disability in headache consultations.

Interessenskonflikt

Keinen

Kopfschmerzen und Multiple Sklerose: Charakteristika, Lebensqualität und Zusammenhang zu Depression und Angst sowie Einfluss der Krankheitsaktivität und krankheitsmodifizierenden Therapien

Schnabel N¹, Kraya T¹, Sokolowski P²

¹ Klinikum Sankt Georg Leipzig, Leipzig, Deutschland; ² Fachkrankenhaus Hubertusburg, Wernsdorf, Deutschland

Hintergrund

Kopfschmerzen (KS) werden schon länger in Zusammenhang mit Multipler Sklerose (MS) gebracht. Bisher bleibt unklar, ob diese als Komorbidität eines primären KS oder als MS-Symptom im Sinne eines sekundären KS auftreten. Die Studie untersucht die Prävalenz und Charakteristika von KS. Ziel ist es, eine möglichst genaue Einordnung vorzunehmen und die Auswirkungen auf das Leben der Patienten zu betrachten. Weiterhin wird das Auftreten von Depressionen, Angst und Fatigue im Krankheitsverlauf bei Patienten mit und ohne KS verglichen.

Methoden

Es wurden 150 MS-Patienten in die Studie eingeschlossen, davon waren 118 (78,67%) weiblich. Das durchschnittliche Alter betrug 42,5 Jahre. Die Datenerhebung erfolgte anhand von Fragebögen. Die KS-Charakteristika wurden mittels des Rostocker-Kopfschmerzfragen-Komplexes erfasst, der um studienrelevante Fragen erweitert wurde. KS-Stärke: HIT6. Angst und Depression: HADS. Lebensqualität bei MS: HAQUAMS. Fatigue: FSMC.

Ergebnisse

Die KS-Prävalenz lag bei 117/150 (78%), davon waren 98/117 (83,76%) Frauen. 75/117 (64,1%) gaben an unter anfallsartigen, 44/117 (37,61%) unter spannungsartigen KS, zu leiden. Es berichteten 66/117 (56,41%) bereits vor der MS-Diagnose regelmäßig KS gehabt zu haben. 62/117 (52,99%) erfuhren sehr starke Auswirkungen der KS auf den Alltag (HIT-6: ≥ 60 Punkte). In der KS-Gruppe wiesen 32/116 (27,59%) Symptome einer Angststörung, 4/116 (3,45%) einer depressiven Störung und 26/116 (22,41%) Symptome beider Störungen auf. In der Nicht-KS-Gruppe gaben jeweils 3/32 (9,38%) Symptome einer Angst-, depressiven bzw. beider Störungen an. In der KS-Gruppe berichteten 61/116 (52,59%) über schwere Fatigue, in der Nicht-KS-Gruppe nur 5/32 (15,63%). Bei Betrachtung der Lebensqualität erreichten KS-Patienten höhere Punktwerte (=schlechtere Lebensqualität) als Patienten ohne KS. Der Mittelwert lag bei 85,46 in der KS-Gruppe und 72,19 in der Nicht-KS-Gruppe.

Schlussfolgerung

Ein Großteil der MS-Patienten leidet an KS, wobei diese häufig schon vor der MS-Diagnose bestehen. Dies kann auf eine primäre KS-Erkrankung zurückzuführen sein oder als ein erstes Symptom der MS-Erkrankung gedeutet werden. Es zeigt sich, dass durch die KS zusätzliche Alltagseinschränkungen resultieren. Zudem haben die KS einen starken Einfluss auf das Auftreten von Depression, Angst und Fatigue. Diese psychischen Probleme treten bei KS-Patienten deutlich häufiger auf und können für eine insgesamt geringere Lebensqualität mitverantwortlich sein.

Interessenskonflikt

Keinen

P19

The presence of positive signs for functional neurological disorders is associated with pain frequency and intensity in migraine

Morel E¹, Klein A¹, Scutelnic A¹, Bühler J¹, Aybek S², Schankin C¹

¹ Inselspital, Universitätsspital Bern, Universitätsklinik für Neurologie, Bern, Schweiz; ² Université de Fribourg, Fribourg, Schweiz

Background

Positive signs (PS) are the hallmark of functional neurological disorders (FND). However, in clinical practice, PS can also be found in migraine patients without known FND. Our aim was to evaluate the role of PS among migraine patients.

Material and Methods

This study recruited patients treated at the headache consultation of the Inselspital, Bern, Switzerland. Inclusion criteria were a diagnosis of migraine according to criteria of the International Headache Society and actual complaints about headache in the three last months prior to consultation. Exclusion criterion was a diagnosis of FND. All patients underwent a single bedside examination of the following PS: give-away, co-contraction, sternocleidomastoid sign, trapezius elevation test, head flexion test, drift without pronation, Hoover I & II, spinal injury test, arm drop test, lip pulling sign, midline splitting, splitting of vibration sign and expressive behavior sign. SPSS served for statistical analyses.

Results

A total of 72 patients were included (mean age: 37.6 +/-15.1yo; 75% female). Among these, 31 patients (43.1%) presented PS, and 20 of them only had one PS. The most frequent PS was splitting of vibration (20 patients; 28% of the cohort); the other PS were present among 8% of the cohort or less. Three positive signs were not found (trapezius elevation test, spinal injury test, arm drop test). In terms of significant differences and compared to patients without PS, patients with PS were older, had more comorbidities, more headache days and exacerbation days per month, more motor deficits, higher headache intensity at the time of the consultation, and a longer history of migraine. Even after adjusting for age and comorbidities, the association between the presence of PS and the number of headache days per month remained significant (OR: 1.058; 95% CI (1.000; 1.119); p=0.049) as well as between the presence of PS and the subjective headache intensity at consultation (OR 1.277; 95% CI (1.030; 1.582); p=0.026).

Conclusions

PS are frequent among migraine patients, mostly as isolated signs. Patients with PS have more headache exacerbations per month and a longer duration of migraine, which points toward a more severe migraine condition. PS are also associated with headache frequency and intensity. Our findings highlight the complexity of the clinical spectrum of migraine.

Interessenskonflikt

Keinen

P20

Headache after surgical sealing of cerebrospinal fluid leaks in patients with spontaneous intracranial hypotension

Scutelnic A¹, Lüthi A¹, Stöckli I¹, Justus L¹, Bracher B¹, Klein A¹, Slavova N¹, Morel E¹, Riederer F¹, Dobrocky T², Piechowiak E², Jesse CM³, Ulrich T³, Schankin C¹

¹ Inselspital, Universitätsspital Bern, Universitätsklinik für Neurologie, Bern, Schweiz; ² Inselspital, Universitätsspital Bern, Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie, Bern, Schweiz; ³ Inselspital, Universitätsspital Bern, Neurochirurgie, Bern, Schweiz

Introduction

Spontaneous intracranial hypotension (SIH) is a severe cause of headache. In one out of five patients the symptoms do not disappear spontaneously and surgical treatment is required. Our aim was to assess the characteristics of patients with persistent headache after surgical sealing for SIH.

Methods

This is a cross-sectional cohort study. We assessed details on primary headache, SIH-headache and postoperative headache (PH) using a structured questionnaire during a live interview in patients with SIH treated with surgical sealing of the cerebrospinal fluid (CSF) leak. Persistent headache was defined as headache on more than 15 days per month lasting longer than 3 months.

Results

Fifty-eight patients were included in the study. The mean age was 49y (+/-12) and 58% were women. Postoperatively, 38/58 (66%) patients reported headache and 13/58 (22%) had persistent headache. Patients with persistent headache underwent surgical CSF sealing after a longer time from SIH headache onset compared to those without persistent headache (520 days [IQR 218-1097] vs 103 [68-365], P=0.016). Details on phenotype, potential mechanism of persistent headache, pathophysiology of CSF leak, surgical techniques, and other details will be presented at the Conference.

Conclusion

In our cohort, one fifth of patients suffered of persistent headache despite surgical sealing of the CSF leak.

Interessenskonflikt

Keinen

P21

Die Behandlung der Trigemini neuralgie mit Radiochirurgie im neuen ZAP-X Gerät: die Schweizer Erfahrung, 2021-2024

Taub E¹, Picardi C², Weber C², Mariani L¹, Guzman R¹, Mack A²

¹ Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz; ² Swiss Neuro Radiosurgery Center, Zürich, Schweiz

Hintergrund

Zur neurochirurgischen Behandlung der Trigemini neuralgie (TN) steht, neben der offenen mikrochirurgischen Dekompression und mehreren perkutanen Engriffarten am Ganglion Gasseri, auch die stereotaktisch präzise Strahlentherapie (Radiochirurgie) des Nervus trigeminus zur Verfügung. Im neuen ZAP-X-Gerät, eingeführt 2020, dient ein Linearbeschleuniger als Strahlenquelle. Dieser ist gyroskopisch an der Innenfläche des sphärischen Gehäuses montiert und kann somit die gewählte Zielstruktur im Kopf aus multiplen Winkeln bestrahlen. Das ZAP-X kombiniert die praktischen Vorteile von Gamma Knife und CyberKnife bei mindestens so guter stereotaktischer Präzision. Seit 2021 wird es am Swiss Neuro Radiosurgery Center in Zürich für die Behandlung der TN (u.a.) eingesetzt.

Methoden

Von September 2021 bis Januar 2024 wurden 35 Patienten mit TN im ZAP-X-Gerät behandelt. Die Strahlendosis von 70 Gy an der 80% Isodose wurde ab September 2023 zur Vermeidung von Nebenwirkungen auf 60 Gy an der 80% Isodose reduziert. Alle Patienten wurden engmaschig klinisch nachkontrolliert.

Resultate

25 der 35 Patienten hatten idiopathische TN (ITN); 10 hatten TN anderer Arten (multiple Sklerose, 7; solitäre Ponsläsion, 1; «atypische TN», 2). 19 der ITN-Patienten wurden bis August 2023 behandelt, wovon 2 eine frühere radiochirurgische Behandlung gehabt hatten und 2 nicht zur Nachkontrolle kamen. Für die hier analysierte Gruppe mit 15 ITN-Patienten gab es Nachkontrollzeiten von 2 bis 15 Monaten. Alle 15 erlebten eine Linderung ihrer TN-Schmerzen, 2 partiell und 13 vollständig, wovon 9 zur Zeit ihrer letzten Nachkontrolle keine Medikamente mehr gegen TN einnahmen. Die mittlere Latenz bis zur vollen Schmerzlinderung betrug 3.9 Monate. Diese Besserungen kamen auf Kosten von mässigen oder schweren sensorischen Defiziten bei 5 der 15 Patienten (2 mässig, 3 schwer). Alle 3 Patienten mit schweren Defiziten, und einer mit einem mässigen Defizit, beklagten zudem eine Dysästhesie. Ab September 2023 wurden weitere 6 ITN-Patienten mit der niedrigeren Dosis von 60 Gy an der 80% Isodose behandelt. Ihre präliminären Nachkontrolldaten zur Zeit der Einreichung dieses Abstracts sprechen für eine wirksame Schmerzlinderung mit weniger Gefahr von schweren Sensibilitätsausfällen und Dysästhesien.

Schlussfolgerung

Radiochirurgie mit dem ZAP-X-Gerät ist wirksam gegen die Trigemini neuralgie. Die Strahlendosis muss so gewählt werden, um die Gefahr einer Dysästhesie zu minimieren.

Interessenskonflikt

Keinen

P22

Pain Thresholds in Patients with Migraine assessed by Quantitative Sensory Testing

Ebner KA¹, Sellathurai S¹, Burguet F¹, Ryf D¹, Cerdá-Fuertes N², Sprenger T³, Gantenbein A⁴, Papadopoulou A¹

¹ Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz; ² Neurostatus AG, University Hospital Basel, Basel, Schweiz; ³ Universitätsspital Zürich, Zürich, Schweiz; ⁴ RehaClinic Bad ZURZACH Care, Bad Zurzach, Schweiz

Background

In migraine, cutaneous allodynia and hyperalgesia are described, indicating central sensitization. However, quantitative sensory testing (QST) findings vary widely among studies, stimuli and locations. Moreover, it is unclear if these symptoms might be predictors of treatment response, with conflicting evidence in previous literature.

Our aim is to characterize the somatosensory profile in migraine and its potential role in predicting response to calcitonin gene-related peptide (CGRP)-antibodies, after 6 months.

Materials and Methods

In our prospective, ongoing study, patients with migraine (according to ICHD-3) and ≥ 8 monthly headache days are included. QST was performed on the day of treatment initiation with CGRP-antibodies, according to a standardized protocol on the hand and face. Pain thresholds for: i) cold, ii) heat, iii) mechanical (pinprick-) and iv) pressure stimuli, as well as v) mechanical pain sensitivity and vi) dynamic mechanical allodynia (DMA) were measured. The 12-item Allodynia Symptom Checklist (ASC-12) was also performed.

Results

We present preliminary results from 26 patients that underwent QST at study-baseline (20 women, age 41.8 ± 14 years, 16 with chronic migraine, 5 with aura). All patients had at least one abnormal QST-finding, 21 (81%) on both face and hand, 3 (11.5%) only on the face and 2 (7.5%) only on the hand. Decreased pressure pain threshold was the most common abnormal finding (20/26=77% on the face, 13/26=50% on the hand), followed by DMA to light touch (15/26=58% on the face and 14/26=54% on the hand). 14/26 patients had allodynia according to the ASC-12. Mechanical pain threshold (MPT) was less frequently abnormal (4/26 in the hand; 1/26 in the face), but was significantly associated with Allodynia by ASC-12 score (MPT hand: Spearman's-Rho=-0.501, $p=0.015$). Currently, we have 6-month-follow-up data from 16 patients (9/16 responders); in a preliminary analysis, we did not find any associations between QST parameters and treatment-response.

Conclusion

Our data suggest that QST abnormalities are very common in patients with frequent migraine, not only in the trigeminal area, but also on the hand. Pressure hyperalgesia and allodynia to light touch are the most common abnormalities. The value of QST in predicting treatment response to CGRP-antibodies is still under investigation.

Interessenskonflikt

Keinen

P23

Förderung von Adhärenz bei Kopfschmerzpatienten

Guth A-L

Kopfschmerzzentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

Hintergrund

Die Behandlung von Kopfschmerzerkrankungen beinhaltet Interventionen, die eine engagierte Zusammenarbeit zwischen Patient und Behandler erfordern, sowie Behandlungsansätze, deren Erfolg von der aktiven, kontinuierlichen Umsetzung durch Patienten abhängt. Daher spielt die Optimierung der Adhärenz zu den Therapieverfahren eine entscheidende Rolle für den Therapieerfolg. Langfristig trägt eine bessere Adhärenz zur Reduktion des Chronifizierungsrisikos und unnötiger Behandlungen und Kosten bei.

Material und Methoden

Es erfolgte eine Online-Suche via PubMed nach Arbeiten über Adhärenz bei Kopfschmerzerkrankungen und Maßnahmen zur Adhärenzförderung bei der Therapie von Kopfschmerzerkrankungen. Maßnahmen zur Adhärenzförderung wurden strukturiert, gruppiert und zusammengefasst.

Resultate

Die meisten Arbeiten zur Adhärenzförderung bei Kopfschmerz befassen sich mit Migräne, nur eine Studie untersuchte Adhärenzfaktoren bei Clusterkopfschmerzen. Empfehlungen zur Adhärenzförderung beziehen sich vorwiegend auf die medikamentöse Behandlung, wobei hier selten zwischen Prophylaxe und Akuttherapie unterschieden wird. Wenige Arbeiten beziehen auch nichtmedikamentöse Behandlungsansätze mit ein. Empfohlene Maßnahmen und Ansätze lassen sich drei Kategorien zuordnen: Behandlerorientiert (Erhöhung der Awareness zu Adhärenzproblemen, Kommunikationsstrategien, Optimierung organisatorischer Aspekte der Behandlung), zusammenarbeitsorientiert (Verbesserung der Behandler-Patient-Beziehung, Adhärenzmonitoring, Vereinfachung und Reduktion von Barrieren), ressourcenorientiert (Edukation, Selbstwirksamkeit fördern, Selbstmanagementförderung, Unterstützung durch digitale Angebote).

Schlussfolgerungen

Die Optimierung der Adhärenz bietet großes Potential in Bezug auf die Vergrößerung des Behandlungserfolgs bei etablierten Behandlungsansätzen. Es besteht noch erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der Wirksamkeit der vorgeschlagenen Ansätze zur Adhärenzförderung bei Kopfschmerzerkrankungen, auch in Bezug auf nichtmedikamentöse Therapieansätze. Dabei sind verschiedene Formen der Non-Adhärenz (Übergebrauch, Fehlgebrauch, Abbruch, parallele Behandlung) zu berücksichtigen. Zusätzlich sollten erste Hinweise, dass krankheitsspezifisch unterschiedliche Schwerpunkte bei der Adhärenzförderung sinnvoll sein könnten, weiter untersucht werden.

Interessenskonflikt

Keinen

Interdisziplinäre multimodale Kopfschmerztherapie: Zahlen und Fakten des Kopfschmerzzentrums im Interdisziplinären Schmerzzentrum des Universitätsklinikums Freiburg aus den Jahren 2015-2023

Scheytt B, Abberger B, Funfack A, Kieselbach K

Universitätsklinik Freiburg, Freiburg, Deutschland

Hintergrund

Das Kopfschmerzzentrum im Interdisziplinären Schmerzzentrum (ISZ) wurde durch die DMKG am 21.12.2022 mit dem Level II zertifiziert. Neben einer ausgewiesenen Spezialambulanz beinhaltet das Behandlungsangebot bereits seit 2015 auch eine kopfschmerzspezifische interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (KS-IMST), in der Patient*innen mit unterschiedlichen Kopfschmerzarten teilstationär behandelt werden.

Im ISZ des Universitätsklinikums Freiburg werden pro Jahr 3 kopfschmerzspezifische multimodale Schmerztherapiegruppen durchgeführt. Seit 2015 werden pro Gruppe 7-8 Patient*innen mit meist chronischen Kopfschmerzerkrankungen für 5+1 Wochen (inkl. einer integrierten Wiederauffrischungswoche nach 6 Monaten) behandelt. Das therapeutische Konzept ist hierbei spezifisch auf die Kopfschmerzpatient*innen ausgerichtet.

Material und Methoden

Für die Jahre 2015-2023 wurde die KS-IMST statistisch ausgewertet. Bei den Patient*innen wurden das Geschlecht, das Alter, die Entfernung zwischen Wohnort und Klinik sowie die Kopfschmerzdiagnosen und komorbiden psychischen Diagnosen erfasst.

Resultate

In den neun Jahren nahmen 149 Patient*innen an einer KS-IMST teil. 76.5% der Patient*innen waren weiblich (114 Frauen). Das Durchschnittsalter betrug 42.8 Jahre (± 12.9 ; range: 19-72 Jahre). Die Patient*innen wohnten im Durchschnitt 53.8 km vom Schmerzzentrum entfernt (± 74.4 ; range: 0-474.0 km). Als Kopfschmerzdiagnose stand die chronische Migräne (G43.8) bei 1/3 der Pat. (34,2%) im Vordergrund. An zweiter Stelle standen fast gleichrangig Spannungskopfschmerzen (G44.2) mit 22,15% und Migräne ohne Aura (G43.0) mit 20,13%. Ein Medikamentenübergebrauch fand sich bei 69 Pat. (47,7%), mit der Haupt-Kopfschmerzdiagnose „chronische Migräne“ hatten nur 21,6% keinen Übergebrauch. Neben der Hauptdiagnose (ICD-GM F45.41) hatten 75.8% der Patient*innen noch eine weitere komorbide psychische Diagnose. Affektive Erkrankungen (F3x. bei 57.7% der Pat.) und Angsterkrankungen (F40./F41. bei 14.8% der Pat.) wurden hierbei am häufigsten diagnostiziert.

Schlussfolgerungen

Mit knapp 76% psychischer Komorbidität und zusätzlichem Medikamentenübergebrauch bei fast 48% waren die Patient*innen, die eine KS-IMST in Anspruch nahmen, hoch belastet. Mit durchschnittlich 54 km Entfernung zum Wohnort ist die teilstationäre Behandlung für die Patienten gut durchführbar

und es zeigt sich, dass das regionale Angebot einer spezifischen Kopfschmerztherapie gut genutzt wird.

Interessenskonflikt

Keinen

P25

Therapierefraktäre Trigemini neuralgie: Versorgungslage an einem tertiären Kopfschmerz zentrum

Zwergal R-M, Lüke P, Azad SC, Ruscheweyh R, Straube A

LMU Klinikum München, München, Deutschland

Hintergrund

Die Trigemini neuralgie ist ein sehr belastendes Kopfschmerzsyndrom, das in der Mehrzahl der Fälle auf eine medikamentöse Behandlung reagiert. Dennoch gibt es therapierefraktäre Fälle, die aufgrund einer insuffizienten Schmerzkontrolle stationär behandelt werden müssen.

Methoden

In dieser retrospektiven Studie wurden 76 Patienten (35 w, mittleres Alter 67 Jahre) erfasst, die am LMU Klinikum München im Zeitraum von 2018-2013 wegen einer Exazerbation ihrer Trigemini neuralgie auf eine neurologische (n=46) oder neurochirurgische (n=30) Station aufgenommen wurden. Erhoben wurden neben demographischen Parametern, vor allem Daten zum Behandlungsverlauf: 1) Vormedikation, Nebenwirkungen, frühere stationäre Aufnahmen/interventionelle Therapieversuche, 2) medikamentöse oder operative Akutintervention, Medikationsumstellungen auf Station, Erfolg der Behandlung, 3) Zeitintervall bis zum Schmerzrezidiv.

Resultate

Die Hälfte der Patienten hatten bereits ≥ 1 stationäre Aufnahme wegen der Trigemini neuralgie hinter sich, wobei bei 40% bereits eine operative Intervention (v.a. eine Thermokoagulation) durchgeführt wurde. 83,9% waren mit mehr als 2 Medikamenten frustriert vorbehandelt (am häufigsten mit Carbamazepin, Oxcarbazepin, Pregabalin, Gabapentin, Phenytoin, Opiaten). Neuere Substanzen wie Lacosamid spielten kaum eine Rolle. Die häufigste Komedikation waren Antihypertensiva und Antidepressiva. Bei Aufnahme waren 38,2% der Patienten mit ≥ 3 antineuralgiformen Präparaten behandelt. Nebenwirkungen wie Schwindel/Gangstörung (93,2%), Hyponatriämie (40,7%), Leberwert erhöhungen (42,4%) und Tagesmüdigkeit (20,3%) waren sehr häufig. Die neurologisch geführte Behandlung umfasste in der Regel eine Umstellung der Medikation nach i.v. Akutintervention, neurochirurgisch wurde zumeist eine Thermokoagulation durchgeführt. Nach einer passageren Besserung erlitten 90% aller Patienten innerhalb von 2 Jahren unabhängig von der Art der Behandlung ein erneutes Schmerzrezidiv.

Schlussfolgerungen

Die therapierefraktäre Trigemini neuralgie ist eine Herausforderung für Behandelnde und Patienten. Neurochirurgische Eingriffe und konservative Therapieregime führen gleichermaßen meist nur zu einer passageren Symptomkontrolle. Aufgrund des ungünstigen Wirkungs-/Nebenwirkungsverhältnisses der konventionellen Medikation, sollten neuere, besser verträgliche Medikamente wie Lacosamid oder die topische Therapie mit Botulinumtoxin früher im Behandlungsverlauf erwogen werden.

Interessenskonflikt

Keinen

P26

CASE REPORT - Pain's Clues: Precision Diagnosis by Taking a Comprehensive Medical History in Giant Cell Arteritis

Kleinsorge MT, Biciato G, Pohl H, Globas C, Weller M, Wegener S

UniversitätsSpital & Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Background

Giant cell arteritis (GCA) necessitates prompt and accurate diagnosis to prevent severe complications. It typically presents with unilateral temporal headache, jaw claudication, vision loss, and elevated inflammatory markers. The diagnosis is confirmed by temporal artery biopsy. However, atypical presentations of GCA can complicate diagnosis and delay treatment.

Case report

A 68-year-old Caucasian female presented to our emergency department with progressive visual symptoms. She experienced a brief blackout in her left eye ten days before. Clinically, she exhibited bilateral ocular movement restriction and mild left ptosis, with no other neurological deficits. Lab tests showed mildly elevated inflammatory markers and ESR, and prior brain imaging ruled out significant neurocranial conditions. As differential diagnoses myasthenia gravis, brainstem lesion and inflammatory causes were considered. Lumbar puncture and myasthenia antibody tests were normal; blood screening showed elevated anti-ANA and Anti-SS-A. A repeat cerebral MRI revealed faint contrast enhancement with slight edema in the retrobulbar adipose tissue bilaterally. After being specifically asked, the patient later reported recent bilateral temporal headaches and jaw claudication, that she had never associated with her current visual symptoms. A Doppler ultrasound examination revealed a partially positive compression test on the left superficial temporal artery, suggesting possible cranial arteritis, without any clear halo sign. Steroid therapy led to symptom stabilization after 5 days. A temporal artery biopsy on day 3 after treatment start confirmed GCA. The patient was discharged for outpatient follow-up and Tocilizumab treatment.

Discussion

Atypical presentations can complicate GCA diagnosis; thus, a comprehensive medical history is essential, illustrated by our case. Our patient's initial mild headache, preceding her visual symptoms, was overlooked, demonstrating that GCA can manifest with diverse headache intensities, locations, and types. GCA should be considered in patients with oculomotor issues, although oculomotor nerve palsies are uncommon in GCA. In our case, ESR was unremarkable as GCA can present with normal ESR and CRP levels.

Conclusion

Our case aims to raise awareness about the importance of detailed medical history and the need to suspect GCA in subtle headaches in patients over 60, to ensure prompt and appropriate diagnostic and treatment actions.

Interessenskonflikt

Keinen