

Therapieempfehlungen Medizinalcannabis

MIGRÄNE



Autorin: Dr. sc. Greta Lamers

Peer reviewed durch: Vorstand SGCM-SSCM

Zur Information/Kenntnisnahme an: Schweizerische Neurologische Gesellschaft; Swiss Pain Society

Version 1.0, 12.11.2024

Wrap-up

Medizinalcannabis bei Migräne

Wissenschaftliche Evidenz und Praxis

Studienlage: Es gibt vielversprechende Hinweise darauf, dass Cannabis eine positive Wirkung auf das Auftreten und die Schwere von Migräneattacken haben könnte, indem es die Frequenz der Anfälle reduziert und Symptome wie Angst und Schlafstörungen verbessert. Qualitativ hochwertige, randomisierte, placebokontrollierte Studien sind allerdings dringend erforderlich, um den therapeutischen Nutzen von Medizinalcannabis bei der Behandlung von Migräne zu bestätigen und die potenziellen Nebenwirkungen besser zu verstehen.

Praxis: THC-haltige Cannabisarzneimittel (mit/ohne CBD) wurden in den letzten Jahren bzw. werden aktuell in der Praxis bei Migränepatienten/-innen eingesetzt. Oral eingenommene Präparate können dabei präventiv Kopfschmerzattacken vorbeugen, sowie Symptome wie Übelkeit mindern. Für reine CBD-Präparate (THC-frei) sind die Praxiserfahrungen begrenzt.

SGCM-SSCM Empfehlung

Bei fehlender oder ungenügender Wirksamkeit konventioneller medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlungen oder damit verbundenen, nicht-tolerierbaren Nebenwirkungen kann eine Cannabistherapie eine valable, individuelle Therapieoption (mit oder ohne konventionelle Begleittherapie) bei Migräne-Patienten über 18 Jahren ohne Kontraindikationen sein.

Empfohlene Präparate

Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage und der bisherigen Praxis sind orale Kombinationspräparate mit THC und CBD zu bevorzugen.

Dosierungen bei Migräne (vgl. *allgemeine Informationen für Fachpersonen*)

Da es keine wissenschaftlich begründeten Angaben zur Dosierung oder zur Wahl der Präparate gibt, ist eine individuelle Dosiseinstellung unter strenger Kontrolle der Verträglichkeit und der Wirksamkeit erforderlich. Ob eine regelmässige oder bedarfsorientierte Einnahme während der Migräneattacke einen besseren Effekt zeigt, muss individuell evaluiert werden.

Mögliches Dosierungsschema

- THC:** Start mit tiefer Dosis. Initial 1- bis 3-mal täglich 1–2.5 mg THC p.o., langsame Steigerung alle 2–3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, max. 30–50 mg THC/Tag (Aufgeteilt in mehrere Gaben).
- CBD:** Initial 1- bis 3-mal täglich 5–10 mg CBD p.o., Steigerung alle 2–3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, Therapieevaluation bei fehlender Wirkung mit Tagesdosen > 100–150 mg.

Was gibt es sonst noch zu bedenken?

Zu beachten sind mögliche Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Interaktionen und Informationen zur Verkehrsteilnahme (siehe *allgemeine Informationen für Fachpersonen*).

Empfohlener Behandlungsalgorithmus

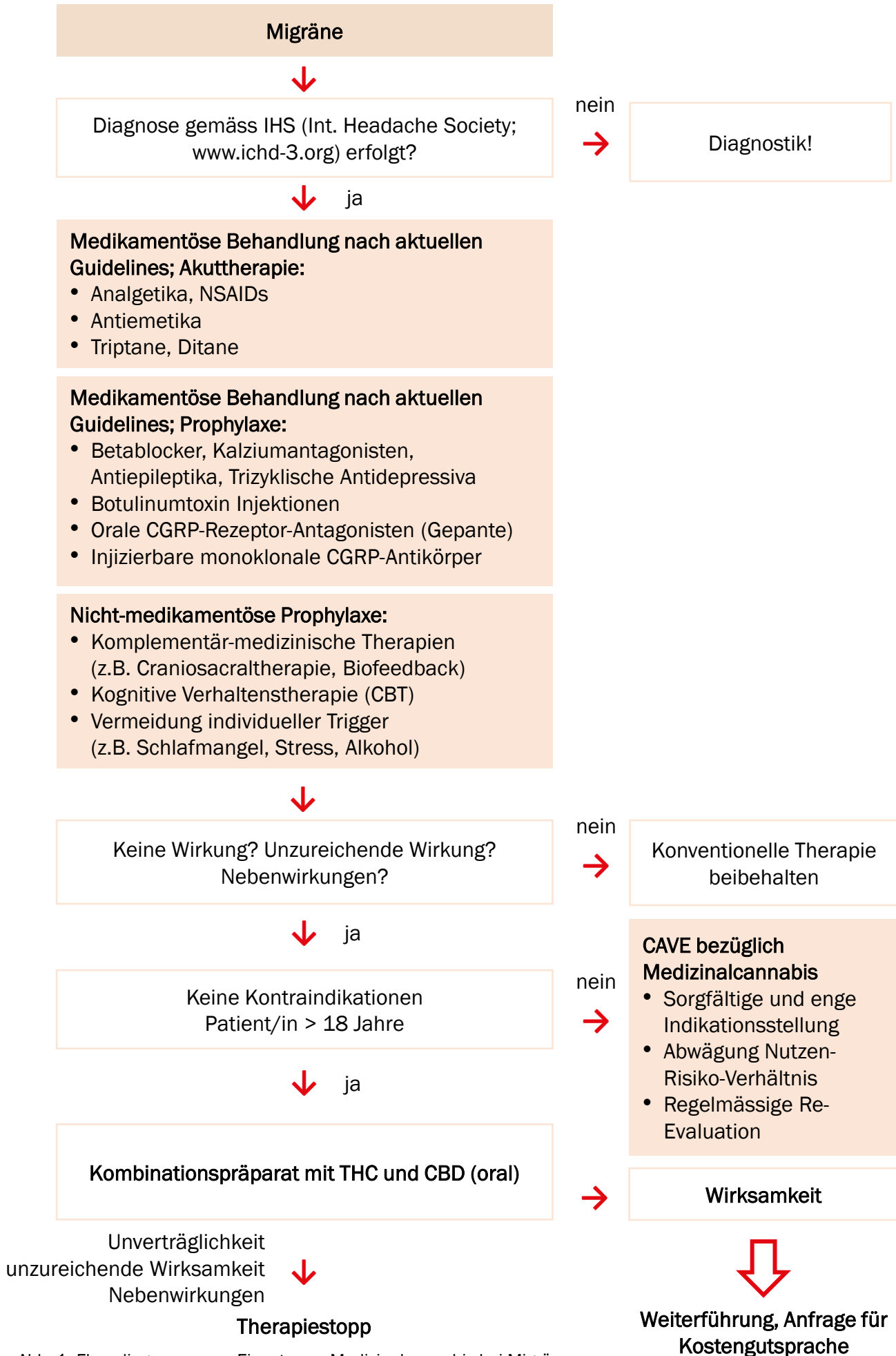


Abb. 1: Flussdiagramm zum Einsatz von Medizinalcannabis bei Migräne

Migräne ICD 10-G43

Grundsätzliches zum Krankheitsbild

- Migräne ist eine neurologische Erkrankung, die sich primär durch wiederkehrende, oft einseitige Kopfschmerzattacken äussert. Diese Attacken sind typischerweise von mittlerer bis starker Intensität und werden häufig von neurovegetativen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen und Überempfindlichkeit gegenüber Licht (Photophobie), Geräuschen (Phonophobie) und Gerüchen sowie Intoleranz gegenüber körperlicher Aktivität begleitet. Einige Patienten erleben eine Aura – eine Phase vorübergehende fokaler neurologischer Symptome, wie visuelle Störungen, Sprachschwierigkeiten oder Taubheitsgefühle – die in der Regel dem Kopfschmerz vorausgehen oder manchmal damit einhergehen (ICHD-3). Migräne unterscheidet sich von anderen Kopfschmerzarten vor allem durch spezifische Symptome wie Aura und neurovegetative Begleiterscheinungen.
- Weltweit sind Frauen häufiger von Migräne betroffen als Männer (Verhältnis 3:1). Migräne steht global an 2. Stelle der Beeinträchtigungsursachen im Alltag, v.a. ausgeprägt in beruflichen Umgebungen, wobei Personen < 50 Jahren die höchste Prävalenz aufweisen.
- Migräne wird hauptsächlich anhand der Krankengeschichte und der Symptome diagnostiziert. Bildgebende Verfahren können zum Ausschluss anderer Kopfschmerzursachen eingesetzt werden. Die Diagnose wird klinisch anhand der Klassifikation der International Headache Society (ICHD-3) gestellt, welche Migräne als eine primäre Kopfschmerzkrankung charakterisiert, die rezidivierend oder chronisch sein kann. Sie ist definiert durch das Auftreten von mindestens 5 Kopfschmerzattacken mit einer Dauer von je 4 bis 72 Stunden. Zudem müssen die Kopfschmerzen mind. 2 der folgenden 4 Eigenschaften aufweisen: einseitige Lokalisation, pulsierender Charakter, Schmerzintensität von mässig bis stark und eine Verschlimmerung durch routinemässige körperliche Aktivität.
- Die Pathophysiologie der Migräne umfasst komplexe Interaktionen im peripheren und zentralen Nervensystem. Schlüsselmechanismen wie die Aktivierung des trigeminovaskulären Systems, neurogene Entzündungen und kortikale Streudepolarisierung tragen zu Migräneanfällen bei und lösen eine Kaskade von Ereignissen aus, die neuronale Erregbarkeit, Neurotransmitterfreisetzung und vaskuläre Reaktionen beeinflussen.
- Die Behandlung der Migräne kann verschiedene Kombinationen pharmakologischer Therapien, Neuromodulation, sowie komplementär-medizinische Therapien umfassen. Die medikamentöse Therapie beinhaltet akute und präventive Ansätze, darunter Paracetamol, NSAIDs, Antiemetika sowie Serotonin-Rezeptor-Agonisten wie Triptane und Ditane. In jüngster Zeit können Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP)-Antagonisten, inkl. injizierbarer monoklonaler Antikörper und orale Präparate (Gepante), therapeutische Linderung bieten, indem sie die CGRP-Schmerzsignalisierung hemmen. Eine Alternative bietet zudem die Injektion von Botulinumtoxin an 31 definierten Stellen im Kopf- und Schulterbereich nach dem sogenannten PREEMPT-Schema. Komplementäre nicht-medikamentöse Interventionen wie Craniosacraltherapie, Entspannungsverfahren, Biofeedback, sowie kognitive Verhaltenstherapie und Vermeidung individueller Trigger (z.B. Schlafmangel, Stress, Alkohol) bieten zusätzliche prophylaktische Unterstützung.
- Klinische und experimentelle Studien deuten darauf hin, dass eine Fehlregulation des Endocannabinoidsystems oder ein Mangel an Endocannabinoiden mit Migräne assoziiert ist. Dies lässt auf einen möglichen Nutzen von Cannabinoiden bei Migräne vermuten.

Wissenschaftliche Evidenz

Medizinalcannabis bei Migräne

Studienlage (siehe Literaturübersicht)

Die steigende Verwendung von Cannabis zur Behandlung von Migräne hat zu einem verstärkten Interesse an der Erforschung seiner Wirksamkeit bei dieser Indikation geführt. So ergab eine Umfrage (Sexton 2016), dass ca. 1/3 der befragten Patienten, die medizinisches Cannabis konsumierten, es zur Behandlung ihrer Migräne einsetzten. In der Studie von Nicolodi et al. zeigte sich, dass eine Dosierung von 200 mg Cannabisblüten (19% THC, 9% CBD) die Schmerzintensität bei Migränepatienten signifikant reduzieren kann (prophylaktisch und zur akuten Schmerzlinderung). Weitere Untersuchungen (Mechtler 2019) zeigten, dass nach rund 22 Wochen Cannabisgebrauch 88.3% der Patienten eine Verringerung der Migränefrequenz um 42.1% erlebten, dabei verbesserten sich zudem der Schlaf (38.3%), Angstzustände (30.7%) und Stimmung (24.7%), während bei 50% der Patienten, die Opioide einnahmen, eine Reduktion dieser festgestellt wurde. Weiter unterstreicht eine Studie (Schuster 2024), dass der Einsatz von vaporisiertem Cannabis (6% THC, 11% CBD) eine überlegene Wirksamkeit gegenüber Placebo bei der Behandlung akuter Migräneanfälle aufweist, v.a. in Bezug auf Schmerzlinderung und Reduzierung von Photophobie/Phonophobie.

Fazit aus den Studien

Es gibt vielversprechende Hinweise darauf, dass Cannabis eine positive Wirkung auf das Auftreten und die Schwere von Migräneattacken haben könnte, indem es die Anfallsfrequenz reduziert und Begleitsymptome wie Angst und Schlafstörungen verbessert. Allerdings basieren die meisten vorhandenen Forschungsarbeiten auf retrospektiven oder beobachtungsbezogenen Studien. Qualitativ hochwertige RCTs sind dringend erforderlich, um den therapeutischen Nutzen von Cannabinoiden bei der Behandlung von Migräne zu bestätigen.

Studien bei anderen Kopfschmerzformen

Es gibt auch Hinweise für den Einsatz von Cannabis bei Patienten mit Clusterkopfschmerzen, Spannungskopfschmerzen und Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch. Bei Clusterkopfschmerzen zeigte Cannabis nur minimalen Nutzen in der Prophylaxe, kann aber effektiv für die akute Schmerzlinderung bei Patienten mit einer Migräne-Vorgeschichte sein. Bei Kopfschmerzen durch Medikamentenabusus kann Cannabis Abhängigkeit und Schmerzintensität mindern, während sein Nutzen bei Spannungskopfschmerzen weniger klar definiert ist.

Bisherige Praxis

Medizinalcannabis bei Migräne in der Schweiz

THC-haltige Cannabisarzneimittel wurden in den letzten Jahren bzw. werden aktuell in der Praxis bei Migräne eingesetzt. Oral eingenommene Präparate können dabei präventiv Kopfschmerzattacken vorbeugen, sowie Begleitsymptome wie Übelkeit mindern. Für reine CBD-Präparate (THC-frei) sind die Praxiserfahrungen begrenzt.

Für die Praxis

Empfehlungen der SGCM-SSCM

Grundsätzliche Empfehlung

Cannabispräparate können bei fehlender oder ungenügender Wirksamkeit konventioneller medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungen oder damit verbundenen, nicht-tolerierbaren Nebenwirkungen eine valable, individuelle Therapieoption (mit oder ohne konventionelle Begleittherapie) bei Migräne-Betroffenen über 18 Jahren ohne Kontraindikationen darstellen. Auch wenn der Evidenzgrad aus klinischen Studien aktuell gering ist, so ist eine Therapie möglich aufgrund des hohen Leidensdrucks bei diesen Patienten sowie der oft hohen Nicht-Ansprechraten auf konventionelle Medikamente. Neben der Verringerung der Schmerzwahrnehmung bei akuten Kopfschmerzattacken, kann Medizinalcannabis die Entspannung und den Schlaf fördern und hat bei Migrärepatienten eine antiemetische Wirkung.

Bei Patienten < 18 Jahren ist eine besonders strenge Indikationsstellung angebracht bzw. sollte das Nutzen-Risiko-Verhältnis im Einzelfall abgewogen werden. Eine regelmässige Re-Evaluation ist unerlässlich.

Empfohlene Präparate

Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage und der bisherigen Praxis sind eher orale Kombinationspräparate mit THC und CBD zu bevorzugen. Für reine CBD-Präparate sind die Praxiserfahrungen begrenzt und wissenschaftliche Studien fehlen. Ein Therapieversuch mit CBD kann aufgrund der guten Verträglichkeit trotzdem erwogen werden und bei individuell gutem Ansprechen fortgesetzt oder auch mit anderen Präparaten kombiniert werden.

Was gibt es sonst noch zu bedenken?

Zu beachten sind mögliche Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Interaktionen und Informationen zur Verkehrsteilnahme (siehe [allgemeine Informationen für Fachpersonen](#)).

Dosierungen bei Migräne

(vgl. [allg. Informationen für Fachpersonen](#))

Bei oraler Einnahme von Cannabis-Präparaten ist aufgrund des verzögerten Wirkungseintritts eine regelmässige Einnahme zur prophylaktischen Behandlung der Migräne zu empfehlen. Im Gegensatz dazu könnte sich die inhalative Anwendung wegen des schnellen Wirkungseintritts besonders für die sofortige Linderung bei akuten Kopfschmerzattacken eignen. Ob eine regelmässige oder punktuelle Einnahme einen besseren Effekt zeigt, muss jedoch individuell für jeden Patienten evaluiert werden. Wenn eine kontinuierliche orale Medikation getestet werden soll, wird empfohlen, das unten aufgeführte Schema zur Bewertung der Verträglichkeit und des Auftretens von Nebenwirkungen zu verwenden. Bei rein symptomatischer Anwendung während eines Anfalls ist wahrscheinlich eine höhere Einzeldosis erforderlich im Vergleich zur regelmässigen Basismedikation.

Mögliches Dosierungsschema

THC: Start mit tiefer Dosis. Initial 1- bis 3-mal täglich 1–2.5 mg THC p.o., langsame Steigerung alle 2–3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, max. 30–50 mg THC/Tag (in mehreren Gaben).

CBD: Initial 1- bis 3-mal täglich 5–10 mg CBD p.o., Steigerung alle 2–3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, Therapieevaluation bei fehlender Wirkung mit Tagesdosen > 100–150 mg.

Referenzen

Literaturübersicht

Agosti, R. (2018). Migraine burden of disease: from the patient's experience to a socio-economic view. *Headache*. 58 Suppl 1, 17-32. <https://doi.org/10.1111/head.13301>

Agosti, R., Kupferberg, A., Czell, D., Lamers, G., & Gertsch, J. (2023). Cannabis in der akuten und prophylaktischen Behandlung der Migräne? Eine komplexe Herausforderung. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 05/2023. <https://doi.org/10.0000/0000>

Arnold, M. (2018). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed. Volume 38. Sage Publications; Southend Oaks, CA, USA: 2018. pp. 1–211. Cephalalgia

Aviram, J., Vysotski, Y., Berman, P., Lewitus, G. M., Eisenberg, E., & Meiri, D. (2020). Migraine Frequency Decrease Following Prolonged Medical Cannabis Treatment: A Cross-Sectional Study. *Brain Sci*. 10(6), 360. <https://doi.org/10.3390/brainsci10060360>

Baraldi, C., Lo Castro, F., Negro, A., et al. (2022). Oral Cannabinoid Preparations for the Treatment of Chronic Migraine: A Retrospective Study. *Pain Med Malden Mass*. 23(2), 396-402. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab245>

Baron, E. P., Lucas, P., Eades, J., & Hogue, O. (2018). Patterns of medicinal cannabis use, strain analysis, and substitution effect among patients with migraine, headache, arthritis, and chronic pain in a medicinal cannabis cohort. *The journal of headache and pain*, 19(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0862-2>

Cuttler, C., Spradlin, A., Cleveland, M. J., & Craft, R. M. (2020). Short- and Long-Term Effects of Cannabis on Headache and Migraine. *J Pain*. 21(5-6), 722-730. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.11.001>

Ferrari, M. D., Goadsby, P. J., Burstein, R., et al. (2022). Migraine. *Nat Rev Dis Primers* 8, 2. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00328-4>

Gaul, C., Meßlinger, K., Holle-Lee, D., & Neeb, L. (2017). Pathophysiologie von Kopfschmerzerkrankungen. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(06), 402–408. doi:10.1055/s-0042-111694

Greco R, Demartini C, Zanaboni AM, Piomelli D, Tassorelli C. Endocannabinoid System and Migraine Pain: An Update. *Front Neurosci*. 2018;12:172. Published 2018 Mar 19. doi:10.3389/fnins.2018.00172

Lo Castro, F., Baraldi, C., Pellesi, L., & Guerzoni, S. (2022). Clinical Evidence of Cannabinoids in Migraine: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*. 11(6), 1479. <https://doi.org/10.3390/jcm11061479>

Mechtler, L., Bargnes, V., Hart, P., McVige, J., & Saikali, N. (2019). Medical Cannabis for Chronic Migraine: A Retrospective Review (P3.10-015). *Neurology*. 92(15 Supplement). Retrieved from https://n.neurology.org/content/92/15_Supplement/P3.10-015

Mechtler, L. L., Gengo, F. M., & Bargnes, V. H. (2021). Cannabis and Migraine: It's Complicated. *Curr Pain Headache Rep*, 25, 16. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00931-2>

Nicolodi M, Sandoval V, Terrine A. Therapeutic use of cannabinoids - dose finding, effects, and pilot data of effects in chronic migraine and cluster headache. Abstract presentation at 3rd congress of the European Academy of Neurology (EAN), Amsterdam. 2017.

Nosedá, R., et al. (2013). Migraine pathophysiology: anatomy of the trigeminovascular pathway and associated neurological symptoms, cortical spreading depression, sensitization, and modulation of pain. *Pain*. 154 Suppl 1, S44-53. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.021>

Okusanya, B. O., Lott, B. E., Ehiri, J., McClelland, J., & Rosales, C. (2022). Medical Cannabis for the Treatment of Migraine in Adults: A Review of the Evidence. *Frontiers in neurology*, 13, 871187. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.871187>

Rhyne, D. N., Anderson, S. L., Gedde, M., & Borgelt, L. M. (2016). Effects of Medical Marijuana on Migraine Headache Frequency in an Adult Population. *Pharmacotherapy*. 36(5), 505-510. <https://doi.org/10.1002/phar.1673>

Sexton M., Cuttler C., Finnell J.S., Mischley L.K. A cross-sectional survey of medical cannabis users: Patterns of use and perceived efficacy. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2016;1:131–138. doi: 10.1089/can.2016.0007.

Silvestro, M., Orologio, I., Siciliano, M., Trojsi, F., Tessitore, A., Tedeschi, G., & Russo, A. (2023). Emerging drugs for the preventive treatment of migraine: A review of CGRP monoclonal antibodies and gepants trials. *Expert Opin. Emerg. Drugs*. 28, 79–96. <https://doi.org/10.1080/14728214.2023.2207819>

Steiner, T. J., et al. (2018). Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *J Headache Pain*. 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0846-2>

Stith, S. S., Diviant, J. P., Brockelman, F., et al. (2020). Alleviative effects of Cannabis flower on migraine and headache. *J Integr Med*. 18(5), 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2020.07.004>



SGCM-SSCM

Schweizerische Gesellschaft für Cannabis in der Medizin
Swiss Society of Cannabis in Medicine
Société Suisse du Cannabis en Médecine
Società Svizzera di Cannabis nella Medicina

Informationen:

Schweizerische Gesellschaft für Cannabis in der Medizin

Journal: Medical Cannabis and Cannabinoids

PC Konto: 15-517638-1



www.sgcm-sscm.ch



info@sgcm-sscm.ch

In Zusammenarbeit mit:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità