

Triptane: Vergleich der Wirksamkeit

m -- Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB et al. Oral triptans (Serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet 2001 (17. November); 358: 1668-75

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Barbara Tettenborn

Studienziele

Bei akuter Migräne sind Triptane (Serotonin-5-HT_{1B/1D}-Agonisten) nach den einfachen Schmerzmitteln die am häufigsten verwendeten Medikamente. In dieser Metaanalyse wurden die verschiedenen Triptane miteinander verglichen; man konzentrierte sich dabei auf orale Verabreichungen, die über 80% der Verschreibungen ausmachen.

Methoden

Die Metaanalyse umfasste 53 Doppelblindstudien mit insgesamt über 24'000 Personen, in denen ein Triptan mit einer anderen Substanz oder mit Placebo verglichen worden war. Die untersuchten Triptane bzw. ihre Dosierungen waren: Sumatriptan (Imigran®, 25, 50 und 100 mg), Zolmitriptan (Zomig®, 2,5 und 5 mg), Naratriptan (Naramig®, 2,5 mg), Rizatriptan (Maxalt®, 5 und 10 mg), Eletriptan (Relpax®, 20, 40 und 80 mg) sowie die beiden in der Schweiz noch nicht erhältlichen Substanzen Almotriptan (12,5 mg) und Frovatriptan (2,5 mg). Als Referenz diente Sumatriptan in einer Dosierung von 100 mg.

Ergebnisse

Die Ansprechrates, definiert als Abnahme von mittelmässigen oder starken Kopfschmerzen zu leichten oder keinen Kopfschmerzen innerhalb von 2 Stunden, betrug unter 100 mg Sumatriptan 59%. Im indirekten Vergleich zwischen placebokontrollierten Studien waren 80 mg Eletriptan nach Abzug des Placeboeffektes signifikant wirksamer und Frovatriptan signifikant weniger wirksam. Gegenüber den anderen Triptanen bzw. Dosierungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Bei 29% der Betroffenen verschwanden die Kopfschmerzen mit 100 mg Sumatriptan vollständig; hier erwiesen sich – ebenfalls hinsichtlich Placebowirkung korrigiert – 10 mg Rizatriptan und 80 mg Eletriptan als überlegen. Die Rückfallrate, die Verschlechterung von Kopfschmerzen im Verlauf von 24 Stunden, lag mit 100 mg Sumatriptan bei 30%, was signifikant höher war als bei Eletriptan (40 und 80 mg) und signifikant tiefer als bei Rizatriptan (5 und 10 mg). Eine 24stündige Schmerzfreiheit wurde mit 100 mg Sumatriptan in 20% der Fälle erzielt, mehr als mit 20 mg Eletriptan, jedoch weniger als mit 10 mg Rizatriptan, 80 mg Eletriptan und Almotriptan. Die Häufigkeit von Nebenwirkungen im Unterschied zu Placebo betrug bei 100 mg Sumatriptan 13% (6% ZNS-Nebenwirkungen und 1,9% Brustschmerzen, Dyspnoe oder andere Thoraxbeschwerden); signifikant besser verträglich waren Naratriptan und Almotriptan. Die direkten Vergleichsstudien zeigten kleine Unterschiede zwischen den verschiedenen Triptanen. Wo eine überlegene Wirksamkeit gezeigt werden konnte (zum Beispiel 80 mg Eletriptan gegenüber 100 mg Sumatriptan), waren jeweils auch die Nebenwirkungen häufiger.

Schlussfolgerungen

Alle oral verabreichten Triptane zeichnen sich durch eine gute Wirksamkeit aus. Die beste Wirkung versprechen 10 mg Rizatriptan, 80 mg Eletriptan und das beste Nutzen-Risiko-Verhältnis scheint 12,5 mg Almotriptan zuzukommen (UM)

In dieser Arbeit wurden die Ergebnisse einer Metaanalyse von im Design vergleichbaren Doppelblindstudien zum Einsatz von oralen Triptanen bei der Migräne publiziert. Insgesamt wurden 53 Studien mit über 24'000 eingeschlossenen Personen analysiert. Angestrebt war ein Vergleich der Wirksamkeit und Verträglichkeit der verschiedenen im Handel befindlichen Triptane. Soweit ein Vergleich möglich war, zeigten alle sieben Triptane eine akzeptable und vergleichbare Wirksamkeit und Verträglichkeit. In dieser Metaanalyse ergaben 10 mg Rizatriptan, 80 mg Eletriptan und 12,5 mg Almotriptan die höchste Wahrscheinlichkeit eines länger anhaltenden Therapieerfolges. Einschränkend ist zu sagen, dass Metaanalysen verschiedener Studien in vieler Hinsicht statistische Schwierigkeiten mit sich bringen und oft doch Studien mit unterschiedlichen Designs und Krankenpopulationen gepoolt werden. Die Ergebnisse sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

Barbara Tettenborn