

Migräne

Was bei Kindern, Schwangeren und Alten zu beachten ist

POSTGRADUATE MEDICINE

Die Diagnose und Therapie von Migräne stellt bei bestimmten Patientengruppen eine grosse Herausforderung dar. Hierzu gehören Kinder und Jugendliche, alte Menschen und Schwangere. Eine Autorengruppe um Jonathan P. Gladstone zeigt in «Postgraduate Medicine» auf, was bei diesen Migränikern zu beachten ist. Der Neurologe John Edmeads fragt zudem nach einem einfachen Weg, eine Migräne in der Allgemeinarztpraxis zu diagnostizieren.

Migräne ist in schweren Fällen eine Erkrankung, die eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung bedeutet und die Betroffenen während des Anfalls zur Arbeitsunfähigkeit verdammt. Nach dem

Grad der Beeinträchtigung ist die Migräne, nach einem Bericht der WHO, mit einer Psychose oder Demenz vergleichbar. Epidemiologischen Untersuchungen zufolge beträgt die Migräneprävalenz bis zu 10 Prozent bei Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 15 Jahren; sie steigt dann auf 18 Prozent zwischen 18 und 49 Jahren, um zum Alter hin deutlich seltener zu werden.

Trotz dieser Häufigkeit wird die Migräne nicht immer (richtig) diagnostiziert. Ein Grund hierfür besteht nach Auffassung des amerikanischen Neurologen John Edmeads in der mangelhaften Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiet. Die Migräne spiele im Studium eine völlig untergeordnete Rolle: «Viele Hausärzte müssen sich die Kenntnisse im Selbststudium und durch praktische Erfahrung aneignen.»

Seiner Meinung nach werden drei Irrtümer relativ häufig begangen:

1. Fehlannahme: «Wenn keine Aura vorhanden ist, handelt es sich nicht um eine Migräne.» In Wirklichkeit haben nur 15 Prozent jemals eine Aura.
2. Fehlannahme: «Migräne ist eine Erkrankung von Frauen. Männer haben keine Migräne.» Diese Ansicht ist falsch, auch wenn ganz überwiegend Frauen betroffen sind.
3. Fehlannahme: «Wenn die Patienten nervös sind, dann muss es sich um einen Spannungskopfschmerz handeln und nicht um Migräne.» Die Komorbiditäten einer Migräne sind Depression, Angst, Panikattacken.

Edmeads hält den Hausärzten zugute, dass man von ihnen nicht das Rüstzeug verlangen könne, das den Spezialisten zur Verfügung stünde, deren Bibel die «International Classification of Headache Disorders» ist – ein Werk, das in 2. Auflage

Merksätze

- Migräne ist bei Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit, in schweren Fällen kann die schulische (und soziale) Entwicklung beeinträchtigt werden. Nichtmedikamentöse Massnahmen sind wichtig. Medikamentös sind Paracetamol und NSAR erste Wahl in der Akuttherapie. Triptane sollen auch gut wirken, sind aber für Kinder noch nicht zugelassen.
- Frauen mit Migräne können in der Schwangerschaft auf eine Besserung ihres Kopfwehleidens hoffen. Ein erstmals in der Schwangerschaft auftretender Migräneanfall sollte Anlass für eine genaue Abklärung auf eine sekundäre Ursache sein. Bei der Pharmakotherapie ist in der Schwangerschaft Zurückhaltung angesagt, nichtmedikamentöse Massnahmen stehen zumeist im Vordergrund.
- Die Migräne verschwindet typischerweise mit dem Alter. Es gibt aber Ausnahmen. Die medikamentöse Akut- und die prophylaktische Therapie erweisen sich nicht selten als schwierig angesichts oft bestehender und interferierender Komedikation.

allein 160 Seiten umfasst, 10 Seiten davon handeln von der Diagnose.

Migräne

Eine Migräne ist gekennzeichnet durch folgende Charakteristika:

- Wiederholter Kopfschmerz, der wenige Stunden bis wenige Tage dauert.
- Kopfschmerz mit wenigstens zwei der folgenden Charakteristika:
 - Einseitigkeit
 - mittlerer bis starker Schmerz von pochend-hämmernder Qualität, der sich während Aktivitäten verschlechtert.
 - Aversion gegen Lärm und Licht und/oder Auftreten von Übelkeit und Erbrechen.
 - Fehlen von Hinweisen auf eine (andere) Organerkrankung.

Wenn diese Kriterien erfüllt sind, ist eine Migräne gesichert.

Mit Hilfe von drei Fragen an den Patienten kann sich der Hausarzt recht gut orientieren:

- Sind Sie von Ihren Kopfschmerzen stark beeinträchtigt?
- Leiden Sie während der Attacke unter Übelkeit?
- Sind Sie bei einem Anfall lichtempfindlich?

Werden alle Fragen bejaht, liegt wahrscheinlich eine Migräne vor. Die entsprechende Sensitivität beträgt, einer Studie zufolge, 0,81, die Spezifität 0,75 und der positive prädiktive Wert 0,93.

Das seien beeindruckende Zahlen, meint Edmeads. Allerdings müsse bedacht werden, dass bei bis zu 10 Prozent der vermeintlichen Migräniker eine andere Ursache hinter den geklagten Kopfschmerzen stehe, weshalb grundsätzlich eine vollständige und ausführliche Anamnese und Diagnostik nötig sei, um Menschen etwa mit Aneurysma und Tumor zu erkennen. Denn ihnen sei nicht damit gedient, ein Triptan verschrieben zu bekommen.

Kinder und Jugendliche

Migräne ist eine häufige Ursache von primärem Kopfschmerz bei Kindern, und: Migränepatienten haben ihren ersten Anfall oft am Ende der Adoleszenz. Jugendliche Migräniker erleiden oft mehrere Attacken pro Woche, und die Anfälle er-

Tabelle 1: Migränetherapie in der Schwangerschaft

Akuttherapie

Erstlinienmedikament

Paracetamol

Zusatzmedikation

Prochlorperazin

Promethazin

Zweitlinienmedikamente

NSAR*

Acetylsalicylsäure*

Koffeinhaltige Analgetika**

Kodein**

Andere Opiate**

Prophylaktische Therapie

Erste Wahl

Regulierung der Tagesaktivitäten (Mahlzeiten, Schlaf)

Vermeidung von Triggern

Verhaltenstechniken

– Entspannung

– Biofeedback

– Stressmanagement

– Verhaltenstherapie

Zweite Wahl

Propranolol ‡

Amitriptylin ‡

Verapamil ‡

Topiramate ‡

* Nicht nach der 32. SSW

** Mit grosser Vorsicht einzusetzen

‡ Nur wenn Nutzen höher als das Risiko für Mutter und Fetus

eignen sich häufiger als bei Erwachsenen zur Tageszeit. Oft ist es ihnen nicht möglich, die Schule zu besuchen, mit den absehbaren Folgen. Ansonsten läuft die Migräne bei den jungen Patienten im Prinzip ähnlich ab wie bei Erwachsenen, der Schmerz betrifft aber öfter beide Kopfhälften und ist zumeist von etwas kürzerer Dauer.

Akuttherapie

Bislang ist kein spezifisches Schmerzmittel speziell für die Migränetherapie im Kin-

des- und Jugendalter zugelassen. Allerdings haben verschiedene Substanzen ihre Wirksamkeit in klinischen Studien unter Beweis gestellt. Zur Akuttherapie werden zumeist Paracetamol (z.B. Benuron®, Dafalgan®) oder NSAR (z.B. Diclofenac, Voltaren®; Ibuprofen, Algifor®) eingesetzt. Bei Übelkeit kann ein Antiemetikum (z.B. Metoclopramid, Paspertin®) hilfreich sein, die Schweizerische Kopfweggesellschaft (SKG) empfiehlt Domperidon (Motilium®) als Suspension oder als Suppositorien. Die Therapieevidenz für Triptane ist bei Kindern und Jugendlichen noch begrenzt, «aber durchaus viel versprechend», meinen die Autoren. Sumatriptan ist die am besten untersuchte Substanz. Die SKG führt in ihren aktuellen Empfehlungen Imigran® Nasalspray (max. 40 mg/24 Stunden) als einziges Triptan bei Kindern ab zwölf Jahren an.

Migräneprophylaxe

Kinder und die Eltern sollten darüber informiert werden, Migräne-Trigger herauszufinden und die Auslöser nach Möglichkeit zu vermeiden. Wichtig ist es, den Schlaf zu normalisieren und regelmässige körperliche Betätigung zu üben. Die Rolle von Nahrungsauslösern wird nach Meinung der Autoren überschätzt. Es gibt deshalb keine Migränediät, gleichwohl ist es ratsam, zum Beispiel den Kaffeekonsum einzuschränken. Biofeedback und Entspannungstherapien sind bei Jugendlichen besonders wirksam. Auch mögliche psychische Probleme sollten erörtert und gegebenenfalls behandelt werden.

Die medikamentöse Prophylaxe ist nicht unproblematisch, da Daten zur Verträglichkeit und Sicherheit der bei Erwachsenen zum Einsatz kommenden Medikamente begrenzt sind. Die Autoren empfehlen am ehesten Betablocker (z.B. Metoprolol, Beloc Zoc®) und Amitriptylin (z.B. Saroten®), besonders bei Kindern mit Angst- oder Schlafstörungen. Wenn Sedierung ein Problem ist, kann Nortriptylin (Nortrilen®) eine Alternative sein. Nach Auffassung der SKG ist die medikamentöse Langzeitprophylaxe nur selten indiziert und auch nur bei Kindern über zwölf Jahre.

Migräne

Tabelle 2: Unterschiedliche Symptomatik zwischen Migräne (aura) und transitorisch ischämischer Attacke (TIA) bei alten Menschen

Migräneaura	TIA
Visuelle Symptome (Flimmerskotom)	«Negative» Symptomatik (Visusverlust)
Langsame Ausbildung	Plötzlicher Beginn
Sequenzielle Progression von einer Modalität zur nächsten (Visus, Sensorik, Sprache)	Simultane Erscheinungsweise
Repetitive Attacken gleicher Natur	Variable Symptomatik
Dauer etwa 20–30 min	Dauer unter 15 min
Geringer Kopfschmerz nach der Aura bei 50% der Patienten	Kopfschmerz weniger wahrscheinlich

Schwangere

Die Migräne verbessert sich bei 50 bis 80 Prozent der Frauen in der Schwangerschaft zum Ende des ersten Trimesters. Diese Entwicklung ist mit dem Östrogenabfall erklärbar. Wenn Kopfschmerz erstmals in der Schwangerschaft auftritt, ist der Verdacht auf eine andere Ursache gegeben, und es sollten Schlaganfall und zerebrale venöse Sinusthrombose bedacht werden, die gelegentlich während der Schwangerschaft auftreten können. Auch ein Hypophysentumor oder ein Meningeom können sich während der Schwangerschaft vergrößern. Eine Eklampsie kündigt sich oft mit Kopfschmerz an.

Migräne bedeutet im Übrigen keine unmittelbare Gefährdung der Schwangerschaft und hat keine Auswirkungen auf die Gesundheit des Nachkommens.

Therapie

Risiken und Nutzen der Therapie müssen in der Schwangerschaft besonders kritisch abgewogen werden. Nichtpharmakologischen Massnahmen kommt die entscheidende Bedeutung zu. Weil Migräniker allgemein eine hohe Sensitivität gegen Umweltveränderungen haben, ist die Regulierung der Tagesaktivitäten wichtig, neben den oben genannten nichtpharmakologischen Massnahmen gehört auch die kognitive Verhaltenstherapie zu den therapeutisch fruchtbaren Mitteln. Phar-

makologisch ist eine Behandlung dennoch des Öfteren gerechtfertigt, meinen die Autoren, während die SKG in ihren aktuellen Richtlinien zurückhaltend ist: «Eine vitale Indikation besteht kaum. Zudem muss die Unschädlichkeit der gewöhnlich verwendeten neurotrophen Substanzen auch bei entlastenden Tierversuchen in Frage gestellt werden, da alle diese Substanzen mit dem in rascher Entwicklung befindlichen fötalen Nervensystem interferieren.» Die SKG empfiehlt allenfalls die kurzfristige Anwendung von Paracetamol. Die Medikamente sind in *Tabelle 1* aufgelistet.

Alte Menschen

Menschen über 65 Jahre klagen seltener über Kopfschmerz als junge Menschen. Dennoch haben 2 bis 4 Prozent von ihnen täglich oder fast täglich Kopfweh. Die Prävalenz von Migräne beträgt etwa 3 bis 11 Prozent, und Frauen sind auch im Alter deutlich häufiger betroffen als Männer. Für all jene, die auch im Alter ihre Migräne behalten, mag zumindest ein wenig tröstlich sein, dass die Attacken in der Regel seltener werden, weniger schwer verlaufen und kaum mehr mit Übelkeit einhergehen.

Im Alter können wiederholte Anfälle von schmerzfreier Aura auftreten. Diese ist Ausdruck einer reversiblen fokalen kortikalen Dysfunktion und kann als rekur-

rente Parästhesie oder Flimmerskotom in Erscheinung treten. Zuweilen ist eine Verwechslung mit einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA) möglich. Eine sorgfältige Evaluation ist deshalb auch bei älteren Menschen notwendig. Die Unterschiede zwischen TIA und Migräne sind in *Tabelle 2* zusammengefasst. Eine Migräne, die erst im Alter beginnt, kommt sehr selten vor. Oft handelt es sich um sekundären Kopfschmerz (*Tabelle 3*).

Akuttherapie

Da alte Menschen oft mehrere Medikamente einnehmen und zudem einen veränderten Metabolismus aufweisen, bedeutet die Pharmakotherapie eine Herausforderung. Im Prinzip sind aber, unter Beachtung der altersspezifischen Besonderheiten, die meisten der sonst üblichen Medikamente und Verfahren einsetzbar. Für die Akuttherapie empfehlen die Autoren Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin®) als

Tabelle 3: Häufige Kopfschmerzursachen im Alter

Primärer Kopfschmerz (2/3 aller Kopfschmerzformen)
Spannungskopfweh
Migräne
Cluster-Kopfschmerz
Trigeminusneuralgie

Sekundärer Kopfschmerz (1/3 aller Kopfschmerztypen)
Temporalarteriitis
Analgetikaabusus
Arzneimittelnebenwirkung
Schlaganfall
Subdurales Hämatom
Tumor
Zervikogener Kopfschmerz
Meningitis/Enzephalitis
Kardiale Ischämie
Postherpetische Neuralgie
Erkrankungen an Auge, Nebenhöhlen, Zähnen und Ohren
Paroxysmale Hypertension
Metabolische Erkrankungen:
Anämie, Polyzythämie, Nierenversagen, Hypothyreoidismus

Migräne

Erstlinienmedikament. Daneben kommen auch Paracetamol und NSAR zum Einsatz. Antiemetika sind ihrer Ansicht nach oft notwendig und auch gut wirksam, allerdings sind alte Menschen für Nebenwirkungen wie Sedierung und Parkinsonismus besonders anfällig.

In Studien mit Dihydroergotamin und Triptanen wurden alte Menschen zumeist ausgeschlossen. Zudem sind Menschen mit kardiovaskulären und zerebrovaskulären Erkrankungen von der Behandlung mit Triptanen ausgeschlossen. Patienten, die mit Triptanen seit langem gute Erfahrungen gemacht haben, müssen diese im Alter aber keinesfalls absetzen, solange keine entsprechenden Kontraindikationen sich einstellen. Die klinische Erfahrung

zeigt nach Auffassung der Autoren, dass Triptane wohl nicht weniger sicher und nicht weniger wirksam sind als bei jüngeren Menschen. Deshalb werden sie «bei Abwesenheit von Kontraindikationen mit beachtlichem Erfolg eingesetzt», schreiben sie.

Opiate sollten nur mit grosser Zurückhaltung eingesetzt werden, sie können aber bei sehr schweren Attacken in Einzelfällen notwendig werden.

Zu beachten ist, dass diverse Medikamente eine Migräne verschlechtern können, wie etwa bestimmte Antihypertensiva (Nifedepin) oder Methyldopa.

Die prophylaktische Langzeittherapie ist besonders problematisch wegen oft bestehender Kontraindikationen respektive

medikamentöser Interaktionen. Die Devise «start low and go slow» gilt bei Alten ganz besonders. ●

Jonathan P. Gladstone et al.: Migraine in special populations. Treatment strategies for children and adolescents, pregnant women, and the elderly. Postgraduate Medicine 2004; 115: 39–50.

John Edmeads: Is there an easy way to diagnose migraine? Postgraduate Medicine 2004; 115: 55–58.

Uwe Beise

Interessenkonflikte: keine