

Kindliche Migräne

Ein Kapitel aus den «EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin», ausgewählt von der «PrimaryCare»-Redaktion

Die heute 10jährige Patientin hat vor ca. 2 Jahren im Rahmen der Behandlung einer Angina über «Kopfschmerzen» am Morgen und z.T. nachts berichtet. Die Brille «stimme». Es fand sich ein Hohlrücken sowie Verspannungen in der Höhe der HWS, BWS und LWS.

Die verordnete Physiotherapie wurde nicht ganz regelmässig besucht, eine weitere Kontrolle fand nicht statt.

Bei einer Kontrolle wegen von der Mutter vermuteten Nahrungsmittelallergie mit Übelkeit, Bauchschmerzen und Kopfweh ergab die vertiefte Anamnese eindeutige Hinweise auf eine kindliche Migräne. Auch die Familienanamnese passte.

Da einige Zeit seit der letzten von mir behandelten kindlichen Migräne verstrichen ist, verordnete ich Ibuprofen zur Anfallsbehandlung und gab ein Kopfwehtagebuch ab.

Um mich schlau zu machen, gab ich «Kinder Migräne» in Google ein und erhielt innert 0,33 Sekunden 918 000 Einträge von naturgemäss sehr unterschiedlicher Qualität (ich habe allerdings nicht alle gelesen ...).

Da fiel mir ein, dass ich seit kurzem stolzer Besitzer des Buches «EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin» bin.

Im alphabetischen Verzeichnis fand ich (in etwas mehr als 0,33 Sekunden) drei Seitenangaben für Migräne. Schon die zweite war ein Volltreffer: Ich kam ins Kapitel 29.1 «Kopfschmerz bei Kindern». Auf knapp 3 Seiten fand ich alles, was ich wissen wollte – und vor allem nicht mehr, als ich wissen wollte.

Fazit: bei meinem nächsten Update-Bedürfnis werde ich direkt in den EBM-Guidelines nachsehen.

Markus B. Denger

Cette patiente de 10 ans a signalé il y a env. 2 ans des «maux de tête» matinaux et parfois nocturnes lors d'un traitement d'une angine. Ses lunettes «vont bien». Elle avait une lordose lombaire et des contractures paravertébrales diffuses. Elle n'a pas suivi régulièrement la physiothérapie prescrite et il n'y a pas eu de contrôle.

Lors d'un contrôle récent en raison d'une allergie alimentaire suspectée par la mère, avec nausée, maux de ventre et maux de tête, l'anamnèse approfondie a donné des indices évidents de migraine infantile. L'anamnèse familiale de même. Comme il y a quelque temps déjà que j'ai traité ma dernière migraine infantile, je lui ai prescrit de l'ibuprofène comme traitement d'attaque et lui ai remis un agenda des céphalées. Pour être malin, j'ai entré «migraine enfants» dans Google et reçu en 0,33 secondes 918 000 réponses de qualité naturellement très variable (je n'ai cependant pas tout lu ...).

Puis j'ai pensé que j'étais depuis peu fier possesseur du livre «EBM-Guidelines Allgemeinmedizin».

Dans l'index alphabétique j'ai trouvé (en un peu plus de 0,33 secondes) trois pages sur la migraine. La seconde déjà fut un coup au but: au chapitre 29.1, je tombe sur céphalées chez l'enfant. En moins de 3 pages j'ai trouvé tout ce que je voulais savoir, et surtout pas plus que ce que je voulais savoir.

Conclusion: la prochaine fois que j'aurai besoin d'un update, j'ouvrirai directement mon EBM-Guidelines.

Markus B. Denger

* Das «medics labor» hat ein artikelunabhängiges Sponsoring für die Rubrik «EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin» übernommen. Die Beiträge in dieser Rubrik entstehen vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring und durchlaufen den normalen redaktionellen Reviewprozess. Durch die direkte Beteiligung an den Produktionskosten ermöglicht das Rubrik-Sponsoring die kostenlose Zustellung von «PrimaryCare» an alle Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz. Die Herausgebergesellschaften und die Redaktion danken dem «medics labor» (www.medics-labor.ch) herzlich für diese Unterstützung.

29.1 Kopfschmerz bei Kindern

Grundregeln

■ Die Therapie des kindlichen Kopfschmerzes stützt sich auf eine genaue Anamnese, die *klinische Untersuchung*, die Auswahl geeigneter Medikamente und entsprechende Nachuntersuchungen.

■ Neuroradiologische Untersuchungen sind bei Kleinkindern, Kindern, die an neu aufgetretenen Kopfschmerzen leiden, sowie bei Erbrechen oder klinischen Auffälligkeiten angezeigt.

Erste Untersuchungen

- Genaue Anamnese:
 - Schule und Freunde. Die Häufigkeit von Kopfschmerzen steigt mit dem Schuleintritt¹.
 - Hobbies
 - Ess- und Schlafgewohnheiten
 - Wie reagiert das Kind üblicherweise auf Stress?
 - Kopfschmerzen in der Familienanamnese
 - Andere Erkrankungen und Medikation
- Sorgfältige somatische und neurologische Untersuchung:
 - Blutdruckmessung
 - Visus und Fundus
 - Beurteilung der Körpergröße anhand der Wachstumstabelle
 - Bei kleinen Kindern Beurteilung des Schädelumfangs anhand der Wachstumstabelle
- Untersuchung der Kieferhöhlen (Ultraschall oder Röntgen), vor allem, wenn das Kind Symptome einer Allergie der Atemwege zeigt oder häufig an Infektionen leidet.
- Serum-CRP (und ESR) bei Kindern mit Symptomen einer Infektion.

Weitere Untersuchungen

Die meisten Kinder mit Kopfschmerzen können unter entsprechender Berücksichtigung ihres Allgemeinzustandes in der Allgemeinpraxis behandelt werden.

- Wenn die Kopfschmerzen erst in jüngster Zeit aufgetreten sind, ist der Patient einige Monate lang zu beobachten, um festzustellen, ob es zu einer Verschlechterung der Symptome kommt.
- Zu den Indikationen für CT- oder MRI-Untersuchungen zählen:
 - nächtlicher und morgendlicher Kopfschmerz in Verbindung mit Erbrechen; *Letzteres kann auch ohne Kopfschmerz auftreten!*
 - Bewusstseinsstrübung in Verbindung mit Kopfschmerz
 - (im Laufe von Wochen oder Monaten) zunehmende Kopfschmerzen
 - Verhaltens- oder Stimmungsänderung
 - Verzögerung der normalen Entwicklung und des Wachstums
 - klinische Auffälligkeiten (Strabismus, verminderte Sehschärfe, Gesichtsfelddefekte, Diplopie, Trübung der Sehnervpapille, Schluckbeschwerden, Gleichgewichts- oder Koordinationsstörungen, auffällige Sehnenreflexe)

¹© = Evidenzstufe C (niedrig)

- Bildgebende Verfahren sollten auch in folgenden Fällen zum Einsatz kommen:
 - Alter des Kindes unter 5 Jahren
 - die Kopfschmerzen werden bei körperlicher Aktivität oder Husten stärker
- Die Konsultation eines Augenarztes:
 - zur Erkennung von latentem Strabismus und Refraktionsanomalien
- Untersuchung durch einen Zahnarzt:
 - Zahn- oder Kieferinfektionen, Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen
- EEG:
 - bei Verdacht auf Epilepsie angezeigt

Migräne

- Tritt häufig erstmalig bei Eintritt in die Vorschule oder Schule auf ©. Vom Schuleintrittsalter an steigt die Prävalenz von Migräne und Kopfschmerz stetig bis zum Eintritt der Pubertät.
- Es besteht eine starke erbliche Prädisposition.
- Im typischen Fall ist das Kind während des Anfalls eindeutig krank, bleibt gern in einem ruhigen, abgedunkelten Raum und will nicht spielen. Nach Abklingen des Anfalls zeigt das Kind wieder vollkommen normales Verhalten.
- Migräne kann beim Kind mit Seh- und Sprechstörungen, Parästhesien und Lähmungserscheinungen einhergehen. Wenn mit einem Anfall neurologische Zeichen oder eine Aura vergesellschaftet sind, so gehen sie der Schmerzattacke voraus und verschwinden, nachdem der Schmerz einsetzt. Bei Epilepsie und Hirntumoren treten die neurologischen Symptome gleichzeitig mit dem Kopfschmerz auf.
- Die Anfälle können auch in der Nacht auftreten. In solchen Fällen ist es angezeigt, die Möglichkeit eines erhöhten Hirndrucks durch bildgebende Verfahren auszuschließen.
- Meist kommt es zu nicht mehr als zwei Anfällen in einer Woche. Tägliche Anfälle sind nicht für Migräne typisch.
- Die Diagnosestellung beruht auf Ausschluss anderer Erkrankungen und sorgfältiger Verlaufskontrolle.

Spannungskopfschmerz

- Spannungskopfschmerz entsteht durch eine dauernde Verkrampfung der Nackenmuskulatur und steht meist mit psychischem oder körperlichem Stress in Zusammenhang. Der Anfang ist meist schleichend, der Kopfschmerz tritt meist nach der Schule, nachmittags oder abends auf. Spannungskopfschmerz wird durch Ruhe gemildert.
- Spannungskopfschmerz kann auch bei Kindern mit typischen Migräneattacken auftreten, und es ist

manchmal nicht möglich, zwischen Migräne und Spannungskopfschmerz eindeutig zu unterscheiden.

■ Die Anfälle treten nur selten am Wochenende oder während der Ferien auf.

■ Ruhe und Entspannung wirken meist besser als Medikamente.

Andere Arten von Kopfschmerz

Psychogene Kopfschmerzen

■ Dauern über Tage an, werden meist nur vage beschrieben und beeinträchtigen die normalen Tätigkeiten weniger als Migräne oder Spannungskopfschmerz.

■ Schwere psychische Probleme wie Schulphobien, Depressionen und Schlaflosigkeit gehen häufig mit Kopfschmerzen einher.

■ In vielen Fällen ist eine langfristige Betreuung durch einen Facharzt erforderlich.

Durch Augen- oder Zahnprobleme verursachte Kopfschmerzen

■ Latenter Strabismus und Refraktionsanomalien können für Kopfschmerzen in der Stirn- und Schläfenregion verantwortlich sein; sobald das Kind eine Brille trägt, verschwinden diese Beschwerden.

■ Kieferorthopädische Apparate können tägliche Kopfschmerzen verursachen, die nach Entfernung der Apparatur sofort aufhören.

■ Patienten mit Zähneknirschen oder Okklusionsstörungen, die täglich oder häufig an auch nur leichten Kopfschmerzen leiden, sind an einen Zahnarzt zu überweisen.

Sinusitis

■ Die Kopfschmerzen sind häufig auf die Stirn- und Wangenregion beschränkt, können aber auch generalisiert auftreten.

■ Andere Anzeichen einer Infektion können geringfügig sein oder fehlen.

Hirntumoren und Obstruktion der Liquorzirkulation

■ Kopfschmerz im Zusammenhang mit bösartigen intrakraniellen Tumoren verstärkt sich meist sehr rasch und bietet keine diagnostischen Schwierigkeiten.

■ Gutartige Hirntumoren (oft in der Fossa cranialis posterior oder an der Mittellinie gelegen) können durch Erhöhung des Hirndrucks bereits 1–2 Jahre vor Diagnosestellung Symptome verursachen.

■ Ein langsam entstehender, durch Obstruktion des Aquaeductus cerebri verursachter Hydrocephalus kann nach dem zweiten oder dritten Lebensjahr Kopfschmerz verursachen.

■ Zu den Symptomen eines erhöhten Hirndrucks zählen:

– Kopfschmerz während des Morgens oder vormittags mit morgendlichem Erbrechen.

– Strabismus, Gleichgewichtsstörungen.

■ Ein Tumor in der Sellaregion kann zu einer Wachstumsverzögerung führen.

Schlafapnoe

■ Dauerndes Schnarchen weist auf eine Obstruktion des Pharynx und der Atemwege hin.

■ Eine nächtliche Hypoxämie kann Kopfschmerzen untermittags, morgendliche Abgeschlagenheit und Konzentrationsschwierigkeiten verursachen.

■ In solchen Fällen sind eine Adenoidektomie und möglicherweise auch eine Tonsillektomie angezeigt.

Idiopathischer erhöhter intrakranieller Druck (Pseudotumor cerebri)

■ Der intrakranielle Druck ist ohne Zirkulationsstörungen der cerebrospinalen Flüssigkeit oder Raumforderungen erhöht.

■ Die Ventrikel sind normal gross, bei der Lumbalpunktion wird ein erhöhter Liquordruck gemessen.

■ Papillenödem

■ Bekannte mögliche Ursachen sind Übergewicht, Tetrazyklinmedikation und verschiedenen hormonelle Störungen. Häufig bleibt die Ursache unbekannt.

■ Bei bekannter Ursache erfolgt eine spezifische Behandlung. Medikamentöse Behandlung: Acetazolamid, Glycerol und Furosemid.

Nichtmedikamentöse Behandlung

■ Allein die Aufklärung des Kindes und der Eltern, dass es sich um keine ernstliche Erkrankung handelt, kann bereits eine wichtige Erleichterung bringen.

■ Stress, «leerer Magen», Müdigkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Schädeltraumen, z.B. im Verlauf von Ballspielen, können Migräneanfälle auslösen.

■ Die Eltern sollten sich über das Auftreten von Kopfschmerzen Aufzeichnungen machen und über mögliche Ursachen nachdenken.

■ Regelmässige körperliche Betätigung kann günstige Auswirkungen haben.

■ In manchen Fällen sind die von dem Kind selbst oder von seinen Eltern gestellten Leistungsanforderungen zu hoch bzw. ist die Fähigkeit, mit Enttäuschungen fertig zu werden, zu wenig entwickelt. In solchen Fällen ist unter Umständen eine fachliche Beratung erforderlich, um der Familie zu helfen, hinsichtlich Schule und Freizeitbeschäftigungen eine realistischere Haltung einzunehmen.

■ Ausreichender Schlaf, regelmässige Mahlzeiten und die Vermeidung unnötiger Hast stellen wichtige Elemente der Therapie dar.

Tabelle 1
Behandlung kindlicher Migräneanfälle.

	Medikament	Einzeldosis in mg/kg	Höchstdosis in mg/kg/Tag	Anwendungsform
Analgetika	Paracetamol	10–15	60	Mixtur, gelöste Tablette, Tablette, Zäpfchen
	Ibuprofen	10–20	40	Mixtur, gelöste Tablette, Tablette, Zäpfchen
	Ketoprofen	2,5	5	Tablette/Kapsel, Zäpfchen
	Naproxen	5–7	10–15	Granulat für Mixtur, Mixtur, Tablette, Zäpfchen
Medikamente gegen Übelkeit und Erbrechen	Metoclopramid	0,15–0,30	0,5–1,0	Mixtur, Tablette, Zäpfchen

Medikamentöse Behandlung

- Wenn die Symptome das Alltagsleben dauernd beeinträchtigen, ist eine medikamentöse Therapie angezeigt.
- Das häufigste Problem dabei ist, dass das Medikament zu spät oder in nicht ausreichend hoher Dosierung verabreicht wird.

Behandlung des Migräneanfalls

- Eine ausreichende Dosis des Medikaments und, falls erforderlich, nach einer Stunde eine weitere Dosis verabreichen.
- Gelöste Tabletten und Mixturen werden rascher resorbiert als normale Tabletten.
- Bei Erbrechen stellen Zäpfchen eine Alternative dar.
- Durch Medikamente gegen Übelkeit und Erbrechen kann die Resorption des Analgetikums verbessert werden. Zu ihren seltenen Nebenwirkungen zählen extrapyramidale und dystonische Reaktionen, die nach Absetzen des Mittels abklingen.
- Die neuen hochspezifischen Migränemittel sind bei Kindern noch nicht einzusetzen.

Migräneprophylaxe

- Bei schweren oder mehrmals im Monat auftretenden Anfällen angezeigt.
- Propranolol in einer Dosierung von 2 bis 4 mg/kg/Tag [ⓑ]2 und Carbamazepin oder Valproat in der bei Epilepsie üblichen Dosierung.
- Die medikamentöse Migräneprophylaxe sollte jeweils nicht länger als 6 Monate lang angewendet werden.

Literatur

- 1 Bille B. Migraine in childhood: a 30 years follow-up. In: Headache in children and adolescents. 19–26. Lanzi G, Balotini U, Cernibori, eds. Int Cong Ser 853. Amsterdam: Excerpta Medica; 1989.
- 2 Hockaday JM. Management of migraine. Arch Dis Child. 1990;65:1174–6.
- 3 Igarashi M, May W, Golden G. Pharmacologic treatment of childhood migraine. J Pediatr. 1992;120:653–7.
- 4 McGrath M, Masek B. Biobehavioral treatment of headache. In: Pain in infants, children, and adolescents. First edition, 555–60. In Schechter NL, Berde C, Yaster C eds. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
- 5 Sillanpää M, Aro H. Epidemiology of headache in childhood and adolescence. In: Juvenile headache. Etiopathogenesis, clinical diagnosis and therapy. 99–104. In Gallai V, Guidetti V, eds. Int Cong Ser 969. Amsterdam: Excerpta Medica; 1991.
- 6 Anttila P, Metsähonka L, Sillanpää M. School start and occurrence of headache. Pediatrics. 1999;103:e80.
- 7 Hermann C, Kirn M, Blanchard EB. Behavioural and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: an exploratory metaanalysis. Pain. 1995;60:239–56.
- 8 The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE 950740. In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software; 1999.

Text aus: Erwin Rebhandl, Susanne Rabady, Frank Mader (Hrsg.). EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2005. Alle deutschsprachigen Rechte® Verlagshaus der Ärzte. Nachdruck in PrimaryCare mit freundlicher Genehmigung. Schweizer Lizenzausgabe des Buches: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Bestellmöglichkeit unter www.emh.ch.

2 [ⓑ]= Evidenzstufe B (mässig hoch)