

# Migräne im Alter: Besonderheiten und Therapie

H. Kaube, Freiburg

**M**igräne betrifft 10–15% der Bevölkerung. Jenseits des 50. Lebensjahres nimmt die Prävalenz langsam, die Inzidenz steil ab. Das heißt, in der Regel nimmt die Migränebelastung im höheren Alter meist ab, eine Ersterkrankung ist sehr unwahrscheinlich.

## Differentialdiagnostik

Treten attackenweise Kopfschmerzen jenseits des 50. Lebensjahres neu auf, so nimmt die Wahrscheinlichkeit, dass es sich hierbei um sekundäre Kopfschmerzformen handelt, zu (Tab.).

Sekundäre KS bei Älteren: 40 %	Sekundäre KS bei Jüngeren: 5 %
subduralen Hämatom	Tumor
intrazerebrale Blutung	Trauma
TIA	Subarachnoidalblutung
Schlaganfall	Meningitis
Metastasen	Dissektion
Meningeosis	
Neuropathien	
Neuralgien	
HWS-Syndrome	
Schlafapnoe	
Vaskulitis	
metabolische Störungen	
Medikation	
Arteriitis temporalis	

Im Gegensatz dazu treten sekundäre Kopfschmerzformen im jüngeren Lebensalter nur bei rund 5% der Patienten auf. Die häufigere Diagnose in der jüngeren Altersgruppe sind primäre Kopfschmerzformen: 95% der jüngeren Patienten leiden unter Spannungskopfschmerz, Migräne oder Clusterkopfschmerz, im Alter sind es dagegen etwa 60%.

## Ist es eine (Migräne-)Aura?

Bei einem Teil der Patienten, die in den ersten Lebensdekaden an Migräne mit Aura gelitten haben, treten nach langer migränefreier Zeit im höheren Alter isolierte visuelle Auren auf, die von Sehstörungen bei zerebralen und okulären Ischämien unterschied-

den werden müssen. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn derartige Visusstörungen plötzlich auftreten oder erst über dem 50. Lebensjahr manifest werden, denn hier handelt es sich häufig nicht um visuelle Störungen im Rahmen einer Migräne. Im Gegensatz dazu werden Migränesymptome wie Mouches volantes, entoptische Phänomene, transiente orthostatische Dysregulation oder (ipsi-/) unilaterales Verschwommensehen proportional zur Kopfschmerzintensität oft als visuelle Aura überdiagnostiziert.

## Klinik

Klinisch präsentiert sich die Migräne als ein- oder beidseitig beeinträchtigender Kopfschmerz mit pochendem bzw. pulsierendem Charakter. Photo-, Phono- und Osmophobie können dabei ebenso auftreten wie Übelkeit, Erbrechen oder Appetitlosigkeit. Viele Patienten klagten zudem über eine Schmerzverstärkung bei körperlicher Anstrengung oder Kopfbewegung.

## Migräneakuttherapie und Prophylaxe – wann und wie?

In der Migräneakuttherapie müssen vor allem altersbedingte Begleitkrankheiten beachtet werden: Triptane sind bei V. a. zerebralen, koronaren Durchblutungsstörungen und pAVK kontraindiziert. Als Optionen mit dem günstigsten Nebenwirkungsprofil in dieser Substanzklasse gelten Naratriptan und Frovatriptan. Triptane sollten jenseits des 65. Lebensjahres allerdings nicht mehr neu indiziert werden. Bei nicht steroidalen Antirheumatika müssen eingeschränkte Nierenfunktion, erhöhtes KHK-Risiko und gastrointestinale Toxizität beachtet werden. Bei Unverträglichkeit ist unter Umständen die zusätzliche Gabe von Domperidon zu erwägen.

Da Zulassungsstudien zur Migräneprophylaxe Menschen jenseits des 65. Lebensjahres nicht berücksichtigen, gibt es keine evidenzbasierten

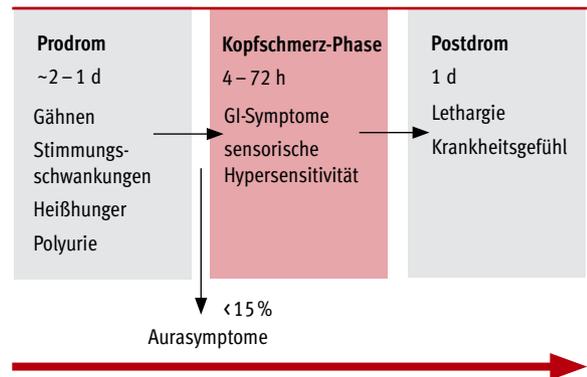


Abb. 1: Chronologie der Migräneattacke

Daten zur Migräneprophylaxe im Alter. Die Anwendung von Betablockern wie Metoprolol ist bei begleitendem Diabetes mellitus eingeschränkt. Als Off-label-Anwendung können alternativ Sartane in Erwägung gezogen werden. Auch eine Therapie mit trizyklischen Antidepressiva eignet sich prophylaktisch. Gegen störende isolierte Migräneauraen kann Flunarizin versucht werden. Der Einsatz von Antiepileptika führt zusätzlich zu einem Rückgang der Frequenz von Migräneattacken. Am besten ist die migräneprophylaktische Wirkung in dieser Substanzklasse für Topiramate und Valproinsäure dokumentiert. In Deutschland ist für diese Indikation das valproinsäurehaltige Präparat Ergenyl zugelassen.

Wichtig sind substanzbedingte Provokationen einer vorbekannten Migräne, die insbesondere bei Nitraten, Kalziumantagonisten zur Blutdruckbehandlung und bei Dipyridamol zu erwarten sind.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Holger Kaube  
Direktor d. Interdisziplinären Schmerzzentrums im Neurozentrum  
Universität Freiburg  
Breisacher Straße 64  
79106 Freiburg  
E-Mail: holger.kaube@uniklinik-freiburg.de