

# Buikpijn als migraine-symptoom bij kinderen

DOOR H. VAN OSCH, HUISARTS TE DEN DUNGEN

*Navelkolieken.* Navelkolieken bestaan niet, maar de naam is ingeburgerd omdat het syndroom er zo treffend mee wordt getekend. Het zijn aanvallen van buikpijn bij kinderen, van korte duur maar frequent terugkerend. Meestal verklaart de moeder dat het kind „wit wegtrekt” en met opgetrokken knieën op een bank gaat liggen. Volgens *Kempton* zou tien procent van de kinderen, die de kinderarts bezoeken, aan dit syndroom lijden. Locale processen, zoals nieraandoeningen, of algemene ziekten kunnen onder dit beeld schuilgaan. Als na nauwkeurig onderzoek geen oorzaak is gevonden, spreekt men wel van darmkrampjes of navelkolieken. Sommige artsen adviseren spasmolytica, anderen zien meer heil in milieu-verbeterende maatregelen. De eersten zoeken de verklaring voor het syndroom in een te prikkelbare darm, de laatsten in psychische spanningen bij kinderen met een bepaalde persoonlijkheidsstructuur. De buik wordt, zoals *Oliemans* het formuleert, gezien als het klankbord der emoties. De therapie is het wegnemen van de spanningstoestand.

Waarschijnlijk overdekt het beeld der navelkolieken een heterogene groep van ziektebeelden. Een hiervan is de zogenaamde buikmigraine. Het is niet moeilijk deze diagnose te vermoeden. Dit vermoeden is daarom zo belangrijk, omdat deze buikmigraine zeer fraai reageert op een gerichte therapie en omdat men het kind hierdoor nutteloos onderzoek en overbodige operaties kan besparen. Voor de medicus zelf is het ook belangrijk als hij weer een stukje uit de legpuzzel der navelkolieken weet te plaatsen. Hij zal het probleem met meer belangstelling benaderen en bewust zoeken naar een therapeutisch te beïnvloeden wortel: lokaal proces, algemene ziekte of intoxicatie, te prikkelbare darm, epilepsie, migraine of milieufactoren. Niets is verlammerender dan de verwachting toch weer niets concreets te zullen vinden met alle therapeutische machteloosheid daaraan verbonden. Noch de geruststellende diagnose „darmkrampjes” noch de verwijskaart is hierop een adequate reactie.

Jetje is een blozend, fors gebouwd meisje van negen jaar. Zij is het achtste kind uit een gezin met elf kinderen. Geneeskundige hulp wordt door dit gezin zelden gevraagd. Zij heeft sinds een maand in toenemende mate last van hoofdpijn, voornamelijk 's middags als zij uit school komt. Zij is dan erg stil en blijft aan tafel zitten dromen. De hoofdpijn wordt beschreven als een druk boven op het hoofd. Bij algemeen lichamenlijk en neurologisch onderzoek worden geen bijzonderheden gevonden. Visus en gehoor zijn goed. Er is een normale accommodatie. Er is geen otitis of sinusitis. De laboratoriumuitslagen zijn als volgt: urine: reductie negatief, albumen negatief, sediment geen bijzonderheden; bezinkingssnelheid

der erythrocyten 4/10; hemoglobinegehalte 91 procent; Pirquet negatief.

Omdat er vaak strubbelingen waren met het kind dat naast haar in de klas zat, adviseerde ik haar een andere plaats te geven. Het meisje was hiermee erg in haar schik. Na een week is er geen verbetering. Ik geef voor vier dagen APC-tabletten, driemaal daags een halve tablet. Na vier dagen is de hoofdpijn heviger geworden. Terwijl ik al een brief aan het schrijven ben om de neuroloog te consulteren, vertelt de moeder, dat het kind de laatste twee maanden over buikpijn klaagt, die vaak tegelijkertijd met de hoofdpijn optreedt. Braken doet het kind niet. Tussen het vijfde en zevende jaar heeft zij ook dikwijls over buikpijn geklaagd. Bij navraag blijkt, dat de moeder, die ik meende goed te kennen, lijdt aan typische migraine-aanvallen. Zij heeft deze periodieke klachten als onvermijdelijk geaccepteerd, omdat zowel haar moeder als haar drie zusters aan deze familiekwaaal leden. Als kind heeft de moeder erg veel geleden aan buikpijn, soms met braken.

Het kind krijgt dihydroergotamin druppels, driemaal daags vijf druppels. (R/Dihydroergotamin methanumsulfonic 2 mg per ml; Acidum methanumsulfas 0,15 mg per ml).. Na vier dagen is er een duidelijke verbetering. Ik laat haar doorgaan met driemaal daags zeven druppels. Na zeven dagen heeft het kind weinig klachten meer, zij is veel levenslustiger geworden. Er wordt nog vier weken doorgegaan met driemaal daags acht druppels. Tevens wordt geadviseerd het kind een langere nachtrust te geven en het de drie dagen, waarop zij niet naar school hoeft, ook 's middags een uur te laten slapen. Ik zag het kind niet meer terug.

Arna is een meisje van elf jaar. Zij leert goed, maar zij is uiterst nerveus, stottert ernstig en is sterk geremd. Al eerder had ik de ouders in contact gebracht met het Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.). Op een namiddag om ongeveer vier uur, kreeg zij hevige pijn rond de navel. Het kind lag met opgetrokken knieën in bed. Zij braakte herhaaldelijk. De pijn duurde tot ongeveer negen uur. Bij onderzoek werden geen bijzonderheden gevonden. Toen dit zich een week lang elke dag had herhaald, werd zij opgenomen. Na een uitvoerig klinisch onderzoek werd zij ontslagen, hoewel zij ook in het ziekenhuis dagelijks pijn had. De kinderarts besluit zijn brief aldus: „maar je weet dus, dat wij de oorzaak hier psychogeen zien, al is het niet direct duidelijk waar de knoop zit. Nauw contact houden met het M.O.B. lijkt dus wel erg nuttig”.

Enkele dagen na het ontslag komt de moeder in wanhoop op het spreekuur, omdat de pijn in alle hevigheid dagelijks terugkeert. Omdat ik het gezin nauwelijks ken en niet goed raad weet met het probleem informeer ik naar de familieanamnese. Het blijkt dat de moeder lijdt aan een typische migraine. Ook de grootmoeder leed hieraan. Het kind krijgt Dihydroergot (Sandoz), driemaal daags zeven druppels en fenobarbital (Luminal) driemaal daags vijftien mg. Het resultaat is indrukwekkend. De pijn vermindert direct en na twee dagen is het kind geheel zonder klachten. Bij navraag twee jaren later vertelt de moeder, dat het kind deze hevige buikpijn nooit meer terug heeft gehad. Wel klaagt zij soms, als zij uit school komt, over buikpijn, vaak samen met hoofdpijn. De pijn duurt maar kort. Behandeling vindt de moeder niet nodig.

Gerard, vier jaar, krijgt sinds zeven maanden aanvallen van buikpijn, die toenemen in hevigheid en frequentie. De aanvallen treden steeds op in de namiddag. De pijn wordt aangegeven rond de navel. Het kind wordt bleek en gaat met

opgetrokken knieën op de bank liggen. Als de pijn op zijn hevigst is braakt hij. Hoofdpijn heeft hij nooit. Typische migraine komt in de familie van de moeder frequent voor: bij de grootmoeder, bij een zuster, een broer en bij de moeder zelf. Het kind krijgt Dihydergot, driemaal daags vijf druppels. Het was direct zonder klachten. Na een jaar hoor ik, dat het kind na het staken van de therapie nog ongeveer eenmaal per maand klachten over buikpijn heeft gehad. De pijn was echter nooit meer zo hevig en hij heeft nooit meer gebraakt.

Vera is een zusje van Gerard, bijna drie jaar en erg tenger. Zij krijgt sinds twee maanden in toenemende mate aanvallen van buikpijn, hoofdpijn en braken. Nu zelfs ongeveer vier maal per week en altijd in de namiddag. Als zij daarna een uurtje heeft geslapen voelt zij zich weer goed. De buikpijn wordt aangegeven rond de navel, de hoofdpijn boven het rechter oog. Zij kreeg driemaal daags vier druppels van de vermelde dihydroergotamine-oplossing. Ook dit kind was direct geheel klachtenvrij. Bij controle, zeven maanden later, bleek het dat zij na het staken der medicatie nog sporadisch aanvallen van hoofdpijn had gehad, echter zonder buikpijn of braken. De moeder vindt dat er geen behoefte bestaat aan enige therapie.

Janine is een rustig meisje uit een harmonisch gezin. Toen zij vijf jaar oud was liet ik haar opnemen onder verdenking van een appendicitis. In het ziekenhuis verdwenen de buikklachten. Op advies van de kinderarts werd nog tonsillectomie en adenotomie gedaan, omdat de grote wat rode tonsillen mogelijk in verband zouden staan met haar buikpijnaanvallen. Later zag ik het kind nog herhaaldelijk wegens moeilijk te duiden buikpijn, koliekachtig van aard. Deze pijn kwam altijd in de namiddag. Het meisje „trok wit weg”. Soms was er neiging tot braken. De familie-anamnese leverde geen bijzonderheden op.

Drie jaar na deze opname kwam het meisje, nu negen jaar oud, met klachten over hoofdpijn boven beide ogen. De pijn kwam vrijwel dagelijks en duurde ongeveer een half uur. Bij navraag bleek deze hoofdpijn soms tegelijkertijd met buikpijn op te treden. Inmiddels had ik een zuster van de moeder leren kennen die aan migraine leed. Het meisje kreeg dihydroergotamine, driemaal daags zeven druppels. Twee weken later zijn de klachten verdwenen. Zij heeft nog eenmaal een aanval van hoofd- en buikpijn gehad, maar toen had zij vergeten de druppels in te nemen. Na twee maanden zonder medicamenten heeft zij vrijwel geen klachten meer, soms terloops een opmerking over hoofd- of buikpijn.

*Vergelijking met literatuurgegevens.* Het complete syndroom bestaat uit hoofdpijn, buikpijn, braken en bleek worden. De verschijnselen komen in wisselende combinatie voor. Bij de drie oudere meisjes is er in de vroege jeugd slechts buikpijn, later komt de hoofdpijn sterker naar voren. *Farquhar*, die een groep van 112 kinderen beschrijft, concludeert dat hoe jonger het kind is des te frequenter de buikklachten op de voorgrond staan, vooral het braken. Er waren onder mijn patiënten vier meisjes en één jongen. Dit zou de indruk kunnen wekken, dat er ook bij kinderen een voorkeur bestaat voor het vrouwelijke geslacht. In de literatuur vindt men juist, dat er meer jongens dan meisjes lijden aan migraine (*Friedman, Glaser*).

De familie-anamnese van mijn patiëntjes vermeldt steeds migraine, viermaal de bij de moeder en eenmaal bij een tante. Erfelijke belasting vond *Schlack* in 96 procent, *Moebius* in 90 procent, *Schiff* in 80 procent en *Friedman* in 65 procent. Door zijn bekendheid met gezin en familie bevindt de huisarts zich in een gunstige positie om aan migraine te denken.

Opvallend is dat de klachten bij allen in de namiddag optreden. Ook *Schlack* vermeldt dit. Hij denkt aan hypoglykemie als oorzakelijk moment. Het lijkt mij waarschijnlijker dat vermoeidheid een rol speelt. In alle vijf gevallen krijgt men de indruk dat de klachten in korte tijd snel in frequentie en intensiteit toenemen. Het is alsof er „Bahnung” optreedt, alsof het doorbreken van de pijn elke keer de weerstand ertegen vermindert waardoor een circulus vitiosus ontstaat. In de literatuur vond ik nergens steun voor deze hypothese. Toch pleit voor deze zienswijze ook het feit dat de klachten niet op dezelfde wijze terugkeren na het staken der therapie.

Zeer opvallend is het uitstekende resultaat der therapie: vier maal een zeer goede, eenmaal een redelijke verbetering. *Groh* en *Zenker* hadden met Dihydergot ook goede resultaten: van 27 kinderen met migraine genazen er vijf (een jaar zonder klachten), zestien verbeterden en bij zes bleef de toestand onveranderd.

*Diagnose.* Evenmin als bij volwassenen is het bestaan van migraine bij kinderen door een of andere methode van onderzoek te bewijzen. Het elektroencefalogram kan soms een aanwijzing geven; het laat vaak een geïrriteerd beeld met langzame activiteit zien, maar dit is niet pathognomonisch. Het ziektebeeld is goed omlind: terugkerende aanvallen van buikpijn, al dan niet vergezeld van hoofdpijn, die soms van het specifieke migrainetype is. Vaak is er braken. De gelaatskleur wordt bleek. Meestal staat de hoofdpijn of de buikpijn op de voorgrond en moet men gericht vragen naar andere klachten, die ook geheel kunnen ontbreken. Meestal zijn het intelligente kinderen met een prikkelbaar vegetatief zenuwstelsel. De aanvallen treden in de regel in de namiddag op. Het voorkomen van migraine in de familie geeft steun aan het vermoeden, maar een blanco familieregister sluit in het speciale geval de mogelijkheid allerm minst uit. Men vrage ook naar het voorkomen van epilepsie. Bij het onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Vermoedt men migraine, dan is het aan te bevelen een hierop gerichte therapie voor te schrijven. Hierdoor kan ex juvantibus alsnog steun voor de diagnose worden verkregen.

*Therapie.* De klachten bij migraine zijn, zoals trouwens alle klachten, multiconditioneel bepaald. Men zal hen daarom op een zo breed mogelijk front moeten bestrijden. Men geve Dihydergot of het galenische dihydroergotamine volgens het reeds vermelde recept. Als men uitgaat van een dosis voor volwassenen van driemaal daags twintig druppels, kan men met behulp van de doseringsschaal voor kinderen (samengesteld door *Denekamp* en aangeboden door de redactie van huisarts en wetenschap) gemakkelijk de dosering voor het betreffende kind vaststellen. Men vindt adviezen voor een iets hogere dosering namelijk vijftientig tot vijftig druppels. Bij nerveuze, gespannen kinderen heeft een

combinatie met driemaal daags tien tot vijftien mg fenobarbital (Luminal) een gunstig effect. Er moet worden gezorgd voor een gezond dagritme met voldoende rust, zo mogelijk 's middags een uur bedrust. Oorzaken van psychische spanningen moet men trachten op te sporen en te elimineren.

Farquhar adviseert bij buikpijn en braken een vetarm dieet zonder chocolade. Hij beroept zich op Woringer, die de buikmigraine een „dyshepatie lipidogène” noemt. Ik schreef dit dieet nooit voor. Bij onze wijndrinkende zuiderburen mag de leverfunctie zich nu eenmaal in een grotere belangstelling verheugen dan bij ons, zondagsdrinkers.

Het is altijd moeilijk de suggestieve invloed te schatten van een medicament waarin de medicus gelooft, zeker bij een syndroom met functionele componenten. De resultaten zijn echter zo goed, dat men naar mijn mening hier toch van een specifieke therapie mag spreken .

*Oorzaak van de buikpijn bij migraine.* Een communis opinio hierover bestaat niet. Soms wordt een atonische galblaas in staat van beschuldiging gesteld, soms spiervezels of bloedvaten van de darmen. *Biemond* zoekt de oorzaak van de migraine bij volwassenen in instabiliteit van het vegetatieve zenuwstelsel, waardoor de sympathische vezels van de cerebrale arteriën te sterk worden geprikkeld. Deze opvatting scheen steun te vinden in het feit, dat ergotamine een sympathicolytisch effect heeft. Merkwaardig is wel, dat stoffen met een sterker sympathicolytisch effect, zoals bijvoorbeeld hydergine, toch veel minder invloed op migraine hebben. Als de oorzaak inderdaad in vegetatieve labiliteit zou zijn gelegen, behoeft het niet te verwonderen, dat de ingewanden hiervan de gevolgen ondervinden: zij zijn immers zeer rijk aan vegetatieve zenuwbanen.

*Wolff* isoleerde tijdens migraine-aanvallen het Neurokinin. Dit polypeptide zou ter plaatse ontstaan door inwerking van een proteolytisch ferment. Bij de mens ingespoten gaf het een intensieve vaatverwijding en een verhoogde permeabiliteit der capillairen. Hij besluit tot een humorale genese der migraine. Onder normale omstandigheden zou dit Neurokinin een functionele vasodilatatie in het centrale zenuwstelsel veroorzaken. Bij migraine zou er een overproductie optreden. Over de vraag in hoeverre dit Neurokinin een rol speelt bij de buikmigraine laat *Wolff* zich niet uit. Wel vond hij, dat

deze stof een verslapping geeft van het geïsoleerde duodenum van de rat.

Wij weten dat een kind allerlei pijnen en ongemakken graag lokaliseert rond de navel. Niet alleen bij een nierkoliek of bij een appendicitis, maar ook bij een pneumonie of angina zien wij het vingerdje aarzelend de navelstreek opzoeken om de pijn nader aan te duiden. Men dient zich daarom te realiseren, dat achter de navelstreek niet per se de lokalisatie van de pijn behoeft te zijn gelegen. Het zou interessant zijn te weten hoe het kind zich ruimtelijk ervaart.

Het is heel goed mogelijk dat de hoofdpijn en de buikpijn bij migraine een geheel verschillende pathogenese hebben. Zij vinden dan beide hun wortel in eenzelfde vegetatieve instabiliteit. Men bedenke dat deze instabiliteit geen ziekte is maar een dispositie.

*Samenvatting.* Hoofdpijn, buikpijn, braken en bleek worden kunnen bij het kind symptomen zijn van migraine. De verschijnselen komen alleen of in wisselende combinatie voor. De huisarts bevindt zich voor het stellen van de diagnose in de meest gunstige positie, aangezien hij gezin en familie kent. Hierdoor kan hij het kind veelal overbodig onderzoek, hospitalisatie en zelfs operatie besparen. De therapeutische maatregelen worden besproken; de resultaten hiervan zijn goed. Over de etiologie van de buikpijn bij migraine heerst nog geen eenstemmigheid.

*Summary.* *Abdominal pain as a symptom of migraine in children.* In children, headaches, abdominal pain, vomiting and pallor can be symptoms of migraine. The symptoms can occur isolated or in various combination. The family doctor is in the most favourable position to make a diagnosis because he knows the family. This enables him to protect the child from unnecessary examinations, hospitalization and even operation. The therapeutic measures are discussed with reference to the results, which are good. The aetiology of abdominal pain in migraine is still a controversial subject.

- Balen, G. F. van (1958) *Geneesk. Gids* 36, 125.  
Bärtschi-Rochaise, W. (1954) *Schweiz. med. Wschr.* 84, 1139.  
Biemond, A. (1961) *Hersenziekten, diagnostiek en therapie.*  
De Erven F. Bohn, n.v., Haarlem.  
Farquhar, H. G. (1956) *Brit. med. J.* I, 1082.  
Friedman, A. P. (1955) *Schweiz. med. Wschr.* 85, 13.  
Glaser, J. (1954) *Amer. J. Dis. Child.* 88, 92.  
Groh, Ch. en Ch. Zenker (1958) *Neue öst. Z. Kinderheilk.* 3, 211.  
Kempton, J. J. (1956) *Brit. med. J.* I, 83.  
Oliemans, A. P. (1961) *huisarts en wetenschap* 4, 381.  
Schiff, (1951) *Dtsch. med. Wschr.* 76, 1003.  
Schlack, H. (1957) *Dtsch. med. Wschr.* 82, 1605.  
Waser, E. (1954) *Schweiz. med. Wschr.* 84, 1175.  
Wolff, H. G. e.a. *Arch. Neurol. (Chic.)* Vol 3, 15/233 - 21/229.  
Woringer, P. (1953) *Arch. franç. Pédiat.* 10, 770.