

Prevalence migrény obnáší cirká 6 % mužů a 18 % žen. Jde o chronické, paroxysmální onemocnění s častým familiárním výskytem. Migréna je v České republice poddiagnostikována a nedostatečně léčena. Předložená publikace shrnuje novou klasifikaci migrény a popisuje klinický obraz migrenózního záchvatu. Ve stručnosti jsou uvedeny základní diferenciálně diagnostické problémy a soudobé léčebné postupy.

Klíčová slova: bolesti hlavy, migréna, léčba migrény, diferenciální diagnostika bolestí hlavy.

Úvod

Pro laickou ale i lékařskou veřejnost je často překvapením, kolik různých variant bolesti hlavy obecně, a migrény speciálně, existuje. Nová mezinárodní klasifikace bolestí hlavy z roku 2003 („The International Classification of Headache Disorders“) obsahuje včetně literatury a indexu 160 stran textu formátu A4.

Migréna patří podle zmíněné klasifikace IHS (International Headache Society) do skupiny primárních bolestí hlavy. Další primární bolesti hlavy jsou:

1. Tenzní typ bolesti hlavy
2. Cluster headache a jiné trigeminální autonomní cefalgie
3. Jiné primární bolesti hlavy

Všeobecným jevem je, že migréna je nedostatečně diagnostikována, a proto nedostatečně léčena. Migréna je často považována za chorobu neurotických a neuspokojených žen, za chorobu záhadnou a neléčitelnou. Souvisí to především s nedostatečnými znalostmi lékařů i pacientů, s nejasnostmi definice migrény, s podceňováním a s obtížnou exaktní diagnózou tohoto častého onemocnění. Při diagnostice jsme výlučně odkázáni na anamnestické údaje nemocných.

Klasifikace migrény 2003

Viz tabulka 1.

Výskyt migrény

Podle větších epidemiologických studií z evropských a amerických zemí je prevalence migrény u mužů 6–8 % a u žen 18 až 23 %.

Klinický obraz migrény

Migréna je chronické, celoživotní, rekurentní, paroxysmální onemocnění, často familiárního výskytu (až 70 %).

Záchvat migrény probíhá ve čtyřech fázích:

1. prodromální fáze
2. fáze aury
3. bolesti hlavy
4. terminální fáze.

Prodromální fázi uvádí zhruba 25 % nemocných. Příznaky se vyskytují až 24 hodin před vlastní atakou. Jde o mentální příznaky jako euforie či podrážděnost, dále pak průjem,

Tabulka 1. Klasifikace migrény 2003. Podle 2. edice klasifikace bolestí hlavy z roku 2003 jsou migrény zařazeny takto:

IHS ICHD-II	WHO CD-10NA	Diagnóza
1.	G43	Migréna
1.1	G43.0	Migréna bez aury
1.2	G43.1	Migréna s aurou
1.2.1	G43.10	Typická aura a migrenózní bolesti hlavy
1.2.2	G43.10	Typická aura a nemigrenózní bolesti hlavy
1.2.3	G43.104	Typická aura bez bolesti hlavy
1.2.4	G43.105	Familiární hemiplegická migréna
1.2.5	G43.105	Sporadická hemiplegická migréna
1.2.6	G43.103	Bazilární typ migrény
1.3	G43.82	Periodické syndromy v dětství, prekurzory migrény
1.3.1	G43.82	Cyklické zvracení
1.3.2	G43.820	Abdominální migréna
1.3.3	G43.821	Benigní parox. vertigo dětí
1.4	G43.81	Retinální migréna
1.5	G43.3	Komplikace migrény
1.5.1	G43.3	Chronická migréna
1.5.2	G43.2	Status migrainosus
1.5.3	G43.3	Perzistující aura bez infarktu
1.5.4	G43.3	Migrenózní infarkt
1.5.5	G43.3	Záchvat epilepsie spouštěný migrenou
1.6	G43.83	Pravděpodobná migréna
1.6.1	G43.83	Pravděpodobná migréna bez aury
1.6.2	G43.83	Pravděpodobná migréna s aurou
1.6.5	G43.83	Pravděpodobná chronická migréna

větší diuréza, nadměrná chuť k některým jídlům, větší žízeň. Uvedené symptomy ukazují na možnost dysfunkce hypotalamu, konkrétně suprachiasmatického jádra.

Fázi aury popisuje zhruba 15 % nemocných. Jde o fokální neurologické symptomy z oblasti mozkové kůry (vizuální, sensorické, řečové poruchy) či mozkového kmene (závratě, dysartrie atd.). Většinou trvají příznaky aury méně než 60 minut. Nemocní mohou mít více typů aury. Pacienti se sensorickou aurou mají téměř vždy i vizuální projevy aury.

Nejčastější je vizuální aura. Migrenik popisuje jednoduché fenomény (skotomy, fosfény), ale i velmi komplexní projevy v zorném poli, vjemy trpytívitých útvarů, klikatých vlnovek, předměty mohou rotovat, měnit tvar a barvy, jsou ostré i neostře. Dalším typem zrakové aury jsou tzv. negativní skotomy, kdy určitá část zorného pole úplně mizí (např. při čtení vymizí část textu).

Na druhém místě je aura senzitivní, většinou ve smyslu brachiofaciálních parestézií a hemiparestézií s pozdějším šířením na dolní končetiny. Často následují hypestézie a poruchy polohocitu a pohybocitu. Asi 17–20 % migreniků popisuje poruchy řeči (dysartrie, dysfázie, afázie).

Od skončení příznaků aury do výskytu bolesti hlavy uplyne několik minut až jedna hodina. Někdy začínají bolesti hlavy současně s aurou či aura není vůbec sledována výskytem bolesti hlavy (aura bez migrény).

Fáze bolesti hlavy je nejkonstantnějším projevem záchvatu migrény. Migrenózní bolesti hlavy jsou záchvatovité a mají v typickém případě jednostrannou lokalizaci. Mezi záchvaty je nemocný zcela bez somatických potíží. Většinou jde o bolesti hlavy střední až velké intenzity pulzujícího charakteru, které se zhoršují fyzickou námahou a jsou doprovázeny světloplachostí (fotofobie), větší citlivostí ke zvukům (fonofobie), zápachům (odorofobie), nevolností a zvracením. Typický záchvat migrény trvá bez léčby několik hodin, maximálně tři dny. Záchvaty se opakují v průměru 2 až 5krát za měsíc. Oboustranné bolesti nejsou výjimkou (až 40 %) a migrénu nevylučují.

Fáze terminální („rozpouštěcí“) – nemocný je často unaven, má bolesti všech svalů a někdy uvádí zhoršenou či zlepšenou náladu, je euforický či unaven.

Diferenciální diagnóza migrény

Diferenciální diagnostika primárních bolestí hlavy mezi sebou (migrény, tenzní bolesti hlavy, cluster headache, jiné primární bolesti hlavy) je dost obtížná.

Tenzní typ bolesti hlavy je charakterizován tupými, tlakovými a méně intenzivními bolestmi hlavy difúzní lokalizace. Chybí aura a doprovodné příznaky jsou vzácné a málo intenzivní. Často pozorujeme zvýšené napětí perikraniálních svalů. Záchvaty trvají delší dobu, až sedm dnů.

Cluster headache je poměrně vzácným typem primárních bolestí hlavy (0,5%). Vyskytuje se převážně u mužů (poměr muži:ženy 8:1), jedna ataka až maximálně osm atak denně v periodách trvajících týdny až měsíce. Mezi periodami jsou remise trvající měsíce až roky. Jde o bolesti velmi intenzivní, striktně jednostranné s periorbitálním maximem a šířením do širšího okolí. Bolesti jsou nejčastěji noční, nemocný je neklidný a často chodí po místnosti. Jeden záchvat trvá maximálně tři hodiny. Charakteristické jsou vegetativní doprovodné příznaky jako stejnostranná lakrimace, hyperemie spojivek, otok nosní sliznice, parciální Hornerův syndrom, překrvení kůže.

Bolesti hlavy jsou velmi častým příznakem u intrakraniálních expanzivních procesů (nádory, metastázy, abscesy, subdurální, epidurální hematomy aj.). Bolesti hlavy nejsou většinou jediným příznakem onemocnění. Často vidíme současně epileptické záchvaty a jiné fokální příznaky. Vždy je nutné rychlé diagnostické řešení (CT, MRI, angiografie).

Obstrukční hydrocefalus je doprovázen téměř vždy intenzivními bolestmi hlavy, které se zhoršují kýcháním či námahou.

Rychle progredující bolesti hlavy pozorujeme u **benigní nitrolební hypertenze** (pseudotumor mozku). Typické jsou současné poruchy zraku, diplopie, zvracení.

Stejně příznaky vidíme často u **nemocných s trombózou intrakraniálních splavů**, které jsou doprovázeny v 75 % intenzivními bolestmi hlavy.

Bolesti hlavy podobné migréně vidíme u nemocných s **arteriovenózní malformací**. Rozhodující je současný výskyt fokálních příznaků. O diagnóze rozhoduje mozková angiografie.

Cervikogenní (vertebrogenní) bolesti hlavy jsou velmi časté ve vyšším věku. Bolesti jsou unilaterální a zhoršují se pohyby krční

páteře. V klinickém obrazu dominují funkční poruchy a omezená hybnost krční páteře. U starších nemocných vylučujeme vždy možnost temporální arteritidy (sedimentace červených krvinek!).

Sinusitidy jsou častou příčinou bolesti hlavy. Rozhodují klinické projevy a snímky dutin.

Meningitidy a encefalitidy často způsobují bolesti hlavy difúzního typu. Diagnostické jsou meningeální rigidity a hyperpyrexie. Lumbální punkce a vyšetření mozkomíšního moku rozhodují o diagnóze.

Typické explozivní bolesti hlavy poukazují na možnost **subarachnoideálního krvácení**. U 98 % nemocných rozhoduje výsledek CT vřetení o správné diagnóze. U mozkového krvácení mohou bolesti hlavy na začátku dominovat v subjektivních příznacích.

U 6–44 % nemocných s **tranzitorní ischemickou atakou** pozorujeme bolesti hlavy, které jsou mírné až střední, lokalizované většinou na straně příhody a trvající několik hodin. Asi 20–30 % nemocných s **mozkovou příhodou** má bolesti hlavy. Dalšími příčinami bolestí hlavy jsou **endarterectomie, disekce karotid (až 75 %)**. Pro disekci karotid svědčí současný Hornerův syndrom a unilaterální frontální typ bolesti hlavy.

Léčba migrény

Nemedikamentózní intervence

Prvním krokem by měla být snaha ovlivnit spouštěcí faktory migrenózních bolestí hlavy. V určitých situacích je užitečná psychoterapie, relaxační cvičení, redukce stresu, fyzioterapie (zvláště u nemocných s funkčními poruchami hybného systému).

Efekt akupunktury je nejistý a nekonstantní, chybí dosud klinicky kontrolované studie. Homeopatické metody nedoporučujeme.

Medikamentózní intervence

Akutní léčba migrény

U lehké migrény podáváme jednoduchá analgetika v dostatečné dávce a včas, nejlépe v dobře rozpustné formě (např. kys. acetylsalicylová 0,75–1 g, paracetamol 0,75–1 g) nebo nesteroidní antiflogistika (ibuprofen 800 mg, naproxen 500 mg, diclofenac 50–100 mg).

Literatura

1. Peatfield R, Dodick DW. Headaches. 2nd ed. Health Press Oxford 2002.
2. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Wolff's Headache and other Head /ain, seventh edition, Oxford University Press. 2001.
3. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition, Cehalalgia. 2004; 24, Suppl. 1: 2004.
4. Waberžinek G. Bolesti hlavy. Triton. Praha 2000.
5. Waberžinek G. Migréna – diagnostika a léčba. Triton, Praha. 2003.

Vhodná je kombinace s metoclopramidem (např. Migränerton). Kombinované formy analgetik s kofeinem, kodeinem atd. (Ataralgin, Algifen, Quarelin, Dinyl, Talvosilen forte, Spasmoveralgin aj.) podáváme jen opatrně a kontrolovaně. Preparáty s ergotaminem podáváme jen výjimečně a krátkodobě.

U střední migrény podáváme analgetika a antiflogistika parenterálně, popř. v kombinaci s metoclopramidem. Při neúspěchu jsou na místě specifická antimigrenika (triptany), která jsou léky volby u všech těžkých migrén. Velmi dobré výsledky byly zaznamenány s intravenózní aplikací kyseliny valproové.

V ČR jsou k dispozici: sumatriptan (Imigran 50 mg, 100 mg tbl., Imigran nazální spray, Imigran 6 mg. inj. sc.), zolmitriptan (Zomig tbl. 2,5 mg, 5 mg, nosní spray, rapimelt), eletriptan (Relpax tabl. 40 mg a 80 mg), naratriptan (Naramig tbl. 2,5 mg), rizatriptan (Maxalt tbl. 5 a 10 mg, Maxalt rapid 5 a 10 mg). Výběr je vždy individuální.

V poslední době se množí zprávy o výborném efektu intravenózních preparátů kyseliny valproové či valproátu při léčbě záchvatů migrény.

Profylaxe migrény

Profylaktická léčba migrény je na místě u nemocných s více než třemi záchvaty za měsíc, v případech neúspěchu akutní léčby nebo u neadekvátních vedlejších projevů akutní léčby. Profylaktická léčba je vždy dlouhodobá a má být korigována podle klinických projevů.

Dobrá odezva profylaxe je taková, která redukuje frekvenci i intenzitu bolesti hlavy o 50 %. Léky první volby profylaxe migrény jsou: kyselina valproová a valproát (Convulex, Depakine Chrono, Orfilil). Velmi účinné jsou gabapentin (Neurontin) a topiramát (Topamax). Dále jsou dobré zkušenosti s betablokatory (metoprolol, atenolol), blokátory kalciového kanálu (Flunarizin, Cinarizin, Verapamil). Léky druhé volby jsou tricyklická antidepresiva (Amitriptylin, Prothiaden), SSRI (Deprex, Seropram, Citalec, Zoloft aj.). U lehkých záchvatů je úspěšná aplikace preparátů z Ginkgo biloba (Tanakan, Tebokan, Gingium).

V poslední době se množí zprávy o vynikající účinnosti aplikace botulotoxinu do faciálních a perikraniálních svalů.