

Migréna – diferenciální diagnostika a léčba

MUDr. Jiří Neumann
Neurologické oddělení, Nemocnice Chomutov o. z. – KZ a. s.

Med. Pro Praxi 2010; 7(6 a 7): 295–298

MIGRÉNA
Migréna je primární záchvatovitá bolest hlavy, která nemá žádný známý nebo zjiitelný organický podklad. Jedná se o časté onemocnění, které nemocného významně omezuje v běžných denních a pracovních aktivitách. Migréna postihuje 15–20 % žen a 6 % mužů a u obou pohlaví se nejčastěji vyskytuje mezi 30 až 50 rokem věku (3).
KLASIFIKACE MIGRÉNY
Migréna se dle mezinárodní klasifikace člení na více typů – nejčastější jsou migréna bez aury (tabulka 1) a migréna s aurou (tabulka 2) (3, 5).
Tabulka 1. Kritéria migrény bez aury
A. Alespoň 5 záchvatů splňujících kritéria B až D
B. Bolest hlavy trvající bez léčby 4–72 hodin
C. Bolest hlavy, kterou lze charakterizovat alespoň 2 z těchto příznaků: jednostranná lokalizace (hemikranie), pulzující charakter, střední až silná intenzita, zhoršení bolesti fyzickou námahou
D. Bolest hlavy je provázena nejméně 1 z těchto příznaků: nauzea a/nebo zvracení, fonofobie a/nebo fotofobie
E. Jsou vyloučeny jiné příčiny bolesti hlavy
Tabulka 2. Kritéria migrény s aurou
A. Alespoň 2 záchvaty splňující kritéria B až D
B. Aura, kterou lze charakterizovat alespoň 1 z příznaků: reverzibilní zrakové vjemy (jiskření, záblesky, zářivé čáry či skvrny, skotomy nebo výpadek zorného pole), reverzibilní senzitivní vjemy (brnění, necitlivost), reverzibilní řečové poruchy
C. Nejméně 2 z dalších projevů: alespoň 1 příznak aury se rozvíjí více než 5 minut a/nebo se projevy aury vyvíjejí následně po sobě více než 5 minut, žádný příznak aury netrvá déle než 1 hodinu
D. Bolest hlavy dle charakteristiky pro migrénu bez aury, která nastupuje během aury nebo do 1 hodiny po auře
E. Jsou vyloučeny jiné příčiny aury nebo bolesti hlavy
KLINICKÝ OBRAZ MIGRÉNY
Záchvat migrény se většinou dostaví nepředvídatelně a nečekaně. Nejčastěji se jedná o narůstající, pulzující, jednostrannou bolest hlavy. Neléčený záchvat trvá několik hodin až dnů (obvykle 4–72 hodin). Z doprovodných příznaků jsou typické: nevolnost, zvracení, fonofobie a fotofobie. Migrenózní záchvat má několik fází: prodromy, aura (u migrény s aurou), bolest hlavy včetně průvodních příznaků a pozáchvatové období.
Prodromy: nemusí se objevit u každého migrenika, ale vyskytují se poměrně často. Několik hodin před záchvatem se mohou objevit podrážděnost, neklid, pokles koncentrace, poruchy nálady ve smyslu deprese i euforie nebo pocity malátnosti, únavy, změny chuti k jídlu.
Aura: vyskytuje se asi u 15–20 % migreniků. Nejobvyklejší je aura zraková – viz. kritéria migrény s aurou (tabulka 2). Relativně často se objevují i příznaky senzitivní (parestzie) či senzorické. Další formy aury včetně řečových poruch nebo paréz jsou vzácnější. Aura nejčastěji odezní s nástupem bolesti hlavy nebo při nárůstu bolesti, ojediněle se mohou vyskytovat i projevy aury bez následné bolesti hlavy.
Bolest hlavy: následuje po výše uvedených příznacích, ale může se rozvinout i náhle bez jakéhokoliv varování. Charakterem je ostrá, pulzující, unilaterální bolest hlavy (hemikranie) jejíž intenzita narůstá a v rozvinuté fázi bývá poměrně silná. Typicky zasahuje polovinu hlavy od spánku kolem ucha do záhlaví. U některých jedinců bolest může začít i v zátylku nebo v oblasti šíje a následně se přesunuje do spánku nebo poloviny hlavy. Při migrenózní bolesti hlavy pacientovi vadí hluk, světlo, někdy i pachy. Fyzická zátěž (i mírná fyzická námaha) migrénu vždy zhoršuje. Často se vyskytuje nevolnost a zvracení.
Pozáchvatové období: pacient sice cítí úlevu od bolesti hlavy, ale je unavený, vyčerpaný, neschopný vykonávat běžné aktivity.
DIAGNOSTIKA
Neexistuje žádný klinický, laboratorní či diagnostický test ani metoda, které by migrénu prokázaly nebo vyloučily (2, 3). Pro stanovení diagnózy migrény je základem důkladná anamnéza, znalost klinického obrazu a průběhu migrenózního záchvatu. V klinické praxi běžně dostupná pomocná vyšetření grafická (CT, MR) nebo elektrofyziologická (EEG) nemají u migrény žádné charakteristické rysy (3). Tato vyšetření využíváme k vyloučení jiné příčiny bolesti hlavy, zejména u prvního záchvatu migrény.

TERAPIE
Na prvním místě jsou režimová opatření se snahou vyloučit případné vyvolávající momenty, jsou-li známe. Provokujícími faktory migrény jsou např. nedostatek spánku, vynechání jídla nebo pití, káva, větší psychická zátěž, nadměrný stres, optické podněty, čokoláda, požití některých druhů sýra či užívání hormonální antikoncepce (1). Také při vlastním záchvatu jsou doporučena režimová opatření tam, kde jsou možná – jedná se o klid vsedě nebo vleže, v tichu a v dobře vyvětrané, zatemněné místnosti, vhodné jsou také studené obklady hlavy.
Farmakologickou léčbu dělíme na akutní (A) a profylaktickou (B).
A. AKUTNÍ LÉČBA
Migréna mírné intenzity: jednosložková analgetika nebo nesteroidní antiflogistika užitá včas a v dostatečné dávce (hlavními zástupci jsou kyselina acetylsalicylová, paracetamol, ibuprofen, indometacin, naproxen, diclofenac, nimesulid). Vhodná je i čípková forma těchto medikamentů či jejich kombinace s prokinetikem (metoclopramid, domperidon). Při neúspěchu léčby „běžnými“ analgetiky jsou i u mírné migrény vhodná specifická antimigrenika – triptany.
Migréna střední intenzity: jako léky prvé volby jsou u této skupiny vhodné triptany. Jedná se o agonisty serotoninových receptorů 5-HT_{1b} a 1d. Tyto léky významně tlumí bolest i nepříjemné průvodní příznaky (nevolnost, zvracení), event. dokáží i záchvat zcela zastavit. Je třeba je užít včas, tj. dříve než se záchvat plně rozvine, protože pak i tato specifická léčba může selhat nebo mít prodlouženou dobu nástupu účinku, který ale nemusí být dostatečný. Pokud je lék užít pozdě nebo na akutní záchvat neúčinkuje i z jiných důvodů, nedoporučuje se na tento záchvat užít další dávku triptanu. Mezi představitele této skupiny patří: sumatriptan, eletriptan, zolmitriptan, naratriptan, frovatriptan. Kontraindikacemi této léčby jsou zejména nedostatečně kontrolovaná hypertenze, ischemická choroba srdeční a stav po cévní mozkové příhodě.
Migréna silné intenzity (těžký migrenózní záchvat): na místě je užití triptanů ve formě nosního spreje nebo intravenózní injekce (sumatriptan), alternativně lze použít i intravenózně podaný valproát (kyselina valproová nebo soli kyseliny valproové). Pokud nejsou k dispozici, pak v běžné klinické praxi můžeme alternativně aplikovat infuzi krystaloidů s kortikoidem, analgetikem, anxiolytikem a event. i s antiemetikem.
Chyby při akutní léčbě migrény: záměna migrény za jiný typ bolesti hlavy, nesprávná volba akutní medikace, nedostatečná dávka léku, pozdní užití léku, perorální léčba při nevolnosti a zvracení, nedostatečné ovlivnění průvodních příznaků, nadužívání analgetik zejména kombinovaných.
B. PROFYLAKTICKÁ LÉČBA
Profylaktickou léčbu podáváme podle frekvence, tíže záchvatů migrény a také dle názoru a přání pacienta. Hlavním cílem profylaktické léčby je snížení frekvence a intenzity záchvatů migrény alespoň o 50 %. Profylaktické léky se zpravidla užívají denně a dostatečně dlouhou dobu (nejméně 6, případně 9–12 měsíců). Léky se podávají v postupně se zvyšující dávce, o případné změně profylaktické léčby se rozhodujeme nejdříve po 8–12 týdnech po nasazení léku. Optimální je monoterapie. Zahájení profylaktické léčby zvažujeme v případě tří a více středních či těžkých záchvatů za měsíc, při déletrvajícím jednotlivém těžkém záchvatu i při frekvenci méně než 3x za měsíc, při neúčinnosti nebo intoleranci akutní léčby (3). Lékové skupiny vhodné k profylaxi migrény: betablokátory (metoprolol, propranolol), antiepileptika (topiramát, kyselina valproová a její soli), blokátory kalciových blokátorů (flunarizin, alternativou je cinarizin, který je ale méně účinný), antidepresiva (z nich jsou prvou volbou tricyklická antidepresiva, SSRI jsou indikována zejména při psychiatrické komorbiditě), vhodným doplňkem léčby je magnézium (3, 4).
Chyby při profylaktické léčbě migrény: nezahájení profylaktické léčby, nesprávná volba léku, nevhodná kombinace léků, krátké trvání profylaxe, podcenění vazby záchvatů na menstruační cyklus nebo užívání hormonální antikoncepce, přílišná očekávání od profylaktické léčby spojená s brzkou a častou změnou profylaktika.
KOMPLIKACE MIGRÉNY
Status migrenosus: záchvat migrény trvající déle než 72 hodin, ve většině případů je nutné jej zvládnout infuzní léčbou, většinou za krátké hospitalizace.
Chronická (transformovaná) migréna: přechod záchvatovité migrenózní bolesti hlavy ke stále častějším bolestem hlavy, jejichž intenzita je podstatně nižší než u záchvatu migrény, charakterem se transformovaná migréna podobá spíše tenzní nebo každodenní bolesti hlavy s občasným výskytem ojedinělých typických záchvatů migrény.
Dalšími vzácnějšími komplikacemi migrény jsou migrenózní infarkt mozku a migrenou spouštěný epileptický záchvat (3, 5).
KOMORBIDITY MIGRÉNY
Migréna se často vyskytuje v kombinaci s jinými chorobami. Znalost těchto komorbidit má význam jak pro stanovení léčby migrény, tak z důvodu, že se projevy migrény mohou překrývat s příznaky jiných nemocí. Nejvýznamnější vztahy jsou mezi migrenou a kardiovaskulárními nemocemi (hypertenze i hypotenze, prolaps mitrální chlopně, antifosfolipidový syndrom), psychiatrickými poruchami (deprese, fobické poruchy, panické ataky), neurologickými nemocemi (epilepsie, cerebrovaskulární onemocnění, sclerosis multiplex) a astmatem nebo jinými alergii.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

- Tenzní bolest hlavy:** většinou postupně se rozvíjející tupá nebo tlaková, svíravá, difuzní bolest hlavy trvající hodiny až dny, bolest se zpravidla nezhoršuje fyzickou námahou, nevolnost spíše výjimečná, zvracení nebývá přítomné.
- Cervikogenní bolest hlavy:** objevuje se při poruše funkce krční páteře (nejčastěji se jedná o blokádu), bolest obvykle začíná v šíji nebo týle, může být tupá i vystřelující (do spánků, do čela, do temene, za oko), bolest nemívá pulzující charakter, někdy je cervikogenní bolest hlavy provázena závratí, nevolností i zvracením, z poruch vizu může být přítomno rozmazané vidění, vždy je důležité pečlivé manuální vyšetření krční páteře.
- Subarachnoidální krvácení (SAK):** náhlá, silná, krutá bolest hlavy bez zjevné příčiny a jakou pacient do té doby nezažil, bolest hlavy bývá provázena zvracením i poruchou vědomí, při podezření na SAK je nutné okamžité provedení CT mozku.
- Tranzitorní ischemická ataka (TIA):** vzniká náhle během několika vteřin, bolesti hlavy nejsou typickým a běžným příznakem TIA, ložiskovým neurologickým příznakům zpravidla nepředchází bolest hlavy a ani je nenásleduje, z příznaků typických pro TIA jsou nejčastější hemipareza, hemipar-estezie, řečová porucha (afázie, dysartrie) a monokulární prchavá slepota.

ZÁVĚR

Migréna je onemocnění, které je pro svůj typický klinický obraz dobře diagnostikovatelné a které v současné době můžeme uspokojivě léčit. Na závěr považuji za vhodné připomenout, že při vyšetření pacienta s bolestí hlavy je nejdůležitější správná anamnéza a vždy musíme myslet na případné varující projevy, které mohou znamenat riziko sekundární, organické bolesti hlavy, která má závažnější prognózu a vyžaduje specializovanou diagnostiku a léčbu. Jedná se zejména o náhle vzniklou silnou, krutou bolest hlavy, jakou pacient dosud nezažil, bolest hlavy, která se poprvé objeví u pacienta nad 50 let věku, kdy se již migréna objevuje jen zřídka, dále rychle se zhoršující bolest hlavy, která nemizí a neustupuje, bolest hlavy refrakterní na léčbu, změna charakteru bolesti hlavy nebo bolest hlavy provázená fokálními neurologickými příznaky. Také malignita v anamnéze znamená riziko sekundární etiologie bolesti hlavy.

Literatura

1. Kotas R, Záhlava J, Kastner J. Migréna – patofyziologie a léčba. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2001: 182 s.

2. Marková J. Diagnostika a léčba bolestí hlavy v České republice. Neurol. pro praxi 2009; 10(3): 172–178.

3. Marková J. Migréna. Česk Slov Neurol N, 2009; 3: 207–215.

4. Mastík J. Migréna, průvodce ošetřujícího lékaře. Maxdorf, 2007: 104 s.

5. Opavský J, Keller O, Kotas R, Mastík J, Marková J, Rejda J, et al. Česká verze revidované mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-II) navržené a předložené Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. Česk Slov Neurol N, 68/101, 2005; 2: 133–213.

MUDr. Jiří Neumann
Neurologické oddělení
Nemocnice Chomutov o. z. – KZ a. s.
Kochova 1185, 430 12 Chomutov