

MIGRÉNA V DETSKOM VEKU

MUDr. Jaroslava Payerová

Klinika detskej neurológie LF UK a DFNSP, Bratislava

Migréna je silná epizodická alebo periodická bolesť hlavy zvyčajne spojená s príznakmi vegetatívnej dysfunkcie. Vzhľadom na pediatrickú populáciu boli Medzinárodnou spoločnosťou pre bolesti hlavy vypracované špecifické diagnostické kritériá. U detí sú bolesti hlavy často obojstranné, ich presná lokalizácia býva sporná. Aura je menej častá, zvlášť u mladších detí, zväčša má vizuálny charakter. Úlava prichádza typicky po spánku. V diferenciálnej diagnostike je nutné vždy myslieť na možnosť symptomatickej bolesti hlavy. Liečba je komplexná, zameraná na odstránenie akútnej bolesti ako i na prevenciu migrénových záchvatov.

Kľúčové slová: bolesť hlavy, aura, vegetatívna dysfunkcia, triptany, profylaxia.

MIGRAINE IN CHILDHOOD

Migraine is severe, throbbing, episodic or periodic headache often associated with autonomic dysfunction. According to International Classification of Headache Disorders diagnostic criteria have been developed and have been adapted for children and adolescents (International Headache Society 2004). In children, migraine has some specific differences – the headaches are often bilateral, localization is difficult to determine. Aura is less frequent, mostly visual. Relief is typically associated with sleep. The initial physician evaluation focuses on excluding other serious medical conditions. Treatment consists of identifying trigger factors in the environment, providing acute pain relief, and considering prophylaxis.

Key words: headache, aura, autonomic dysfunction, triptans, prophylaxis.

Pediatr. prax, 2008; 3: 143–144

Úvod

Migréna je akútna, opakujúca sa, prevažne unilaterálna bolesť hlavy charakterizovaná epizodickými alebo periodickými záchvatmi, zvyčajne sprevádzanými nauzeou, vracaním, foto- a fonofóbiou. Postihuje približne 3,5 – 5% detí v školskom veku, prevalencia stúpa až na 20% v období adolescencie.

Podkladom vzniku migrénového záchvatu je komplexná interakcia vazokonstrikcie a následnej vazodilatácie v súvislosti s uvoľnením neurotransmiterov a ich vplyvom na funkciu iónových kanálov (6).

Klasifikácia

Medzinárodná spoločnosť pre bolesti hlavy v r. 2004 publikovala všeobecné diagnostické kritériá a klasifikačné schémy (1, 2) podľa ktorých sa migréna v detskom veku zaraďuje medzi primárne bolesti hlavy. Súčasná klasifikácia rozoznáva nasledovné typy migrény:

A. Migréna bez aury

- najmenej 5 záchvatov spĺňajúcich kritériá 2 – 4
- trvanie 1 – 48 hodín
- najmenej 2 z nasledujúcich:
 - obojstranná alebo jednostranná bolesť hlavy
 - pulzujúci charakter
 - stredná alebo silná intenzita
 - zvýraznenie bolesti rutinnou fyzickou aktivitou
- počas záchvatu najmenej 1 z nasledujúcich:
 - nauzea alebo vracanie
 - fotofóbia alebo fonofóbia

B. Migréna s aurou

- k predchádzajúcim najmenej 2 ataky spĺňajúce kritériá:
- najmenej 3 z nasledujúcich:
 - 1 alebo viac úplne reverzibilných príznakov aury poukazujúcich na fokálnu kortikálnu alebo kmeňovú dysfunkciu
 - postupný vývin aury počas 4 minút, alebo 2 a viac príznakov vyvíjajúcich sa postupne
 - aura v trvaní menej ako 1 hodinu
 - nástup bolesti menej ako 1 hodinu po vzniku aury

V pediatickej praxi sa stretávame s viacerými špecifikami migrény a migrénových záchvatov (8):

- bolesti hlavy bývajú často obojstranné, presná lokalizácia je sporná,
- frekvencia záchvatov stúpa s vekom, u menších detí je nižšia,
- trvanie bolesti býva kratšie, intenzita miernejšia,
- migréna s aurou je menej frekventovaná, hlavne v mladšej populácii (deti do 8 rokov),
- aura je prevažne zraková (farebné škvrny, zrakové skotómy, deformácie tvaru obrazu), somatická aura je zriedkavejšia.

Vek začiatku ochorenia a frekvencia výskytu je závislá na pohlaví. U chlapcov ochorenie začína v skoršom veku. Do 7. roku života je pomer výskytu u oboch pohlaví rovnaký, neskôr trpia migrénou viac dievčatá. Po menarche je evidentná prevaha ženského pohlavia (9).

Záchvaty migrény sú často predchádzané zmenami v správaní, poklesom aktivity a zmenami nálady.

Bolesti hlavy sú sprevádzané bledosťou, nechutenstvom, bolesťami brucha, nauzeou, vracaním, foto- a fonofóbiou, ustupujú po spánku.

Tzv. varianty migrény sú bolesti hlavy sprevádzané prechodnými neurologickými príznakmi (9). Tieto sa objavujú pred, počas ale i po ústupe bolesti.

Hemiplegická migréna je zriedkavá forma s vyšším výskytom u detí. Je charakterizovaná náhlým vznikom hemiparézy s následnou bolesťou hlavy. Bazilárnu migrénu sprevádza vertigo, ataxia, vracanie a výrazná okcipitálna bolesť hlavy. Je častejšia u dievčat. V detskom veku sa môže vyskytnúť aj oftalmoplegická forma migrény, avšak podľa súčasnej klasifikácie je zaradená medzi neuralgie.

Typické pre detský vek sú varianty, pri ktorých nie je bolesť hlavy dominujúcim príznakom alebo vôbec chýba.

Syndróm „Alice v ríši divov“ pozostáva z bizarných zrakových ilúzií, deformácií predmetov a priestoru (mikropsia, makropsia, metamorfopsia...), sluchových halucinácií, po ktorých zväčša nasleduje bolesť hlavy.

Benígne paroxyzmálne vertigo postihuje mladšie deti, zvyčajne okolo 2. – 3. roku života. Klinickými príznakmi sú opakované epizódy vertiga a ataxie, občas sprevádzané nystagmom a vracaním, bez poruchy vedomia. Ataky sú krátke (niekoľko minút), objavujú sa za sebou počas niekoľkých dní. V staršom veku sa u mnohých detí objavujú typické migrénové záchvaty.

Paroxyzmálny torticollis sa objavuje počas prvého roku života záchvatovým úklonom hlavy sprevádzaným ataxiou, niekedy vracaním. U týchto detí býva často familiárny výskyt migrény, migréna v staršom veku nie je zriedkavosťou.

Cyklické vracanie a rekurentné bolesti brucha charakterizujú epizódy profúzneho vracania s dehydratáciou bez bolestí hlavy. Postihuje mladšie deti. Pri stanovení diagnózy je nutné vylúčiť ochorenie gastrointestinálneho traktu, prípadne metabolické poruchy.

Konfúzna migréna sa objavuje u detí v prepupertálnom veku. Pacient trpí epizódami dezorientovanosti, agitovanosťou alebo letargiou, následne vracaním. Príznaky ustupujú po spánku. V diferenciálnej diagnostike je predovšetkým nutné myslieť na rôzne typy akútnych encefalopatií (metabolické, toxické, zápalové).

Diferenciálna diagnostika

Napriek tomu, že väčšina bolestí hlavy u detí má benígny charakter, v diferenciálnej diagnostike musíme myslieť na symptomatické bolesti, ktoré môžu byť príznakom závažného ochorenia (4). Na sekundárnu bolesť hlavy myslíme ak:

- charakteristika bolestí nespĺňa diagnostické kritériá migrény,
- objaví sa náhla, silná alebo iná bolesť hlavy,
- zmení sa charakter a frekvencia bolestí,
- pri neurologickom vyšetrení nachádzame abnormálny nález,
- optimálnou liečbou nedochádza k zlepšeniu stavu.

Pri podozrení na symptomatickú bolesť hlavy sú nevyhnutné ďalšie vyšetrenia, a to predovšetkým zobrazovacie a laboratórne metódy (CT, MRI, angiografické vyšetrenie, vyšetrenie cerebrospinálneho likvoru...).

Liečba

Liečba migrény v detskom veku je komplexná. Pozostáva z úpravy životosprávy, eliminácie spúšťacích faktorov, behaviorálnej terapie. V medikamentóznej terapii akútneho záchvatu sa osvedčujú (3, 4, 7):

- **analgetiká:** acetaminofen/paracetamol (10 – 15 mg/kg),
- **nesteroidné antiflogistiká:** ibuprofen 10 – 20 mg/kg,
- **triptany:** sumatriptan deti > 12 rokov 25 – 50 mg p. o.; 0,1 mg/kg s. c.,
- **námeľové preparáty:** dihydroergotamín u detí > 6 rokov pri veľmi ťažkom, prolongovanom záchvate 0,1 – 0,5 mg pomaly i. v. v premedikácii metoclopramidom, prometazínom alebo prochlorperazínom,
- **profylaktická liečba** je indikovaná u detí s frekventovanými (> 2/týždeň), intenzívnymi a prolongovanými záchvatmi nedostatočnou odpoveďou na bežnú antimigrénovú liečbu,
- **tricyklické antidepresíva:** amitriptilín – deti < 12 rokov 1 – 10 mg, > 12 rokov 10 – 25 mg,
- **betablokatory:** propranolol 1 – 3 mg/kg/deň,

- **antikonvulzíva:** valproát 10 – 30 mg/kg/deň, topiramát 2 – 3 mg/kg/deň,
- **antihistaminiká:** cyproheptadín – deti 2 – 6-ročné: 2 mg 2 – 3 x denne, 7 – 14-ročné: 4 mg 2 – 3 x denne.

Profylaktickú liečbu začíname nízkymi dávkami a pomaly titrujeme do terapeutického efektu. Neprekračujeme maximálne povolené dávky. Dĺžka trvania liečby je individuálna, v priemere 3 – 6 mesiacov, niektorí pacienti vyžadujú dlhšiu profylaxiu. Vysadzovanie liečby musí byť postupné, aby sa zabránilo relapsu prípadne abstinenčným príznakom.

Záver

Migréna je druhou najčastejšou príčinou chronickú bolesť hlavy u detí. Charakter bolestí, ich frekvencia, sprievodná symptomatológia, diferenciálna diagnóza ako i liečba majú v pediatickej populácii svoje špecifiká, na ktoré treba prihliadať pri sledovaní detského pacienta s týmto ochorením.

MUDr. Jaroslava Payerová

Klinika detskej neurológie LF UK a DFNSP,
Limbová 1, 833 40 Bratislava
e-mail: payerova@dfnsp.sk

Literatúra

1. Analysis of the International Classification of Headache Disorders for diagnosis of migraine and tension-type headache in children. *Dev Med Child Neurol.* 2008 Apr; 50 (4): 305–10. Epub 2008 Feb 27.
2. Diener HC, Slomke MA, Limmroth V. Headache and migraine. *Nervenarzt.* 2007 Sep; 78 Suppl 1: 7–13.
3. Eiland S, Woo T, Farrington E. Anticonvulsant Use for Prophylaxis of the Pediatric Migraine. *J Pediatr Health Care* 2007; 21 (6): 392–395.
4. Gunner KB, Smith HD. Practice guideline for the diagnosis and management of migraine headaches in children and adolescents. Part One. *Journal of Pediatric Health Care* 2007; 21: 327–332.
5. Gunner KB, MS, Smith HD, MD, Ferguson LE. Practice Guideline for Diagnosis and Management of Migraine Headaches in Children and Adolescents: Part Two. *J pediatr health Care* 2008, 22 (1): 52–59.
6. Gutiérrez-Mata AP, López-Casas J, Ortez-González CI, Sempere-Pérez A, Casartelli MJ, Campistol J. Clinical characteristics and progress of patients with migrainous headaches monitored in the Headache Unit in a paediatric referral hospital. *Rev Neurol.* 2008 Mar 16–31; 46 (6): 331–6.
7. Hämäläinen ML. Migraine in children and adolescents: a guide to drug treatment. *CNS Drugs.* 2006; 20 (10): 813–20 (ISSN: 1172–7047).
8. Hershey AD, Winner P, Kabbouche MA, Gladstein J, Yonker M, Lewis D, Pearlman E, Linder SL, Rothner AD, Powers SW. Use of the ICHD-II criteria in the diagnosis of pediatric migraine. *Headache* 2005 Nov-Dec; 45 (10):1288–97.
9. Lewis DW, Pearlman E. The migraine variants. *Rev Neurol.* 2008 Mar 16–31; 46 (6): 331–336.

MEDICÍNA PRE PRAX

KONGRES LEKÁROV PRVÉHO KONTAKTU

4. ROČNÍK

City Hotel Bratislava, Bratislava

5. – 6. september 2008