**Doporučený postup u migrény pro praktické lékaře**

1. **Oddíl**
* Charakteristika předmětu doporučeného postupu (definice a vymezení chorobného stavu)

Migréna je chronické, rekurentní, benigní a paroxysmální onemocnění, často familiárního výskytu. Charakteristickým klinickým projevem jsou akutní ataky většinou jednostranných bolestí hlavy střední až velké intenzity, variabilní frekvence (průměrně 1-6 atak za jeden měsíc) a různého trvání (4 až 72 hodin). Ataky migrény jsou zpravidla doprovázeny foto- a fonofobií, nevolností a zvracením. Někdy předcházejí bolestem hlavy přechodné neurologické fokální poruchy, trvající několik minut až jednu hodinu (aura – viz klinický obraz).

* Hlavní epidemiologické charakteristiky (frekvence) dle aktuálního stavu

Epidemiologické údaje z České republiky nejsou k dispozici. Při použití kritérií klasifikace migrény podle IHS (1988) je celosvětová jednoroční prevalence migrény mezi 6% do 12% u mužů a 15% do 25% u žen. Největší prevalence migrény je u mužů i žen ve věku 30-49 let. Migréna je v ČR značně poddiagnostikovaná a nedostatečně léčena.

* Podstata strukturálních a funkčních změn (patofyziologie)

Patofyziologie migrény není do všech detailů známa. Předpokládá se, že bolesti hlavy migrenózního záchvatu jsou spuštěny aktivací „generátoru migrény“ v mozkovém kmeni různými spouštěcími faktory. Antidromním podrážděním vláken trigemino-vaskulárního systém dochází k vasodilataci, extravazaci proteinu, vývoji neurogenního vaskulárního zánětu s vylučováním neuropeptidů. Algické podněty vstupují přes vlákna trigeminu zpět do mozkového kmene a pronikají se do talamu a mozkové kůry. Důležitá je i nedostatečná činnost systému endogenní kontroly bolestí.

1. **Oddíl**
* Klinický obraz onemocnění
1. „Migréna bez aury“ Záchvat migrény se vyskytuje většinou po probuzení, kolem 80 % nemocných pozoruje nevolnost a zvracení, asi 50 % nemocných má nechutenství a netoleruje příjem jídla. Fotofobie a fonofobie patří do klinického obrazu migrény. Jednotlivá ataka trvá bez léčby několik minut až hodin, maximálně pak 3 dny. Intenzita je střední až velká a omezuje běžnou každodenní činnost. Většinou jsou bolesti jednostranné (60-70%), někdy oboustranné. Jde o bolesti pulzující, akcentované fyzickou aktivitou.

1. „Migréna s aurou“ Bolestem hlavy a doprovodným příznakům migrény předchází aura, trvajíc méně než 60 minut. Bolesti hlavy pak začínají během aury, ihned po skončení aury nebo po intervalu kratším než 60 minut. U některých nemocných předcházejí záchvatu migrény prodromy (až 24 hodin před záchvatem): únava, chuť na některá jídla, deprese, rozklady, retence vody. Po skončení záchvatu mají migreniky euforii nebo depresi, větší diurézu, únavu.
* Aura může být vizuální, senzitivní, sensorická, motorická anebo smíšená. Typická je vizuální aura: fosfény, barevné záblesky, hemianopsie, scintilační skotomy, šířící se skotomy, blikání a vlnění v zorném poli, deformace předmětů. Méně časté jsou parestézie a hemiparestézie (40 %), motorické poruchy (18 %), poruchy řeči (17-20 %). V případech, že příznaky aury trvají více než 60 minut (kompli-kovaná migréna), provedeme CT či MRI. Při trvání záchvatu delším než 72 hodin hovoříme o status migrenosus.
1. Vzácnější jsou některé varianty migrény: oftalmoplegická migréna, retinální migrená, bazilární migréna.
* Postup při péči poskytované na počátku a v průběhu onemocnění

Nemocný s bolestmi hlavy většinou hledá primárně pomoc u praktického lékaře, jehož hlavním úkolem je rozpoznat, zda se jedná o primární nebo o sekundární typ bolesti hlavy. Nemocný s typickou nekomplikovanou migrénou nebo tenzním typem bolesti hlavy může zůstat v péči praktického lékaře. Při neúspěchu léčby nebo zhoršení či změně stavu (větší počet záchvatů, atypické projevy aury, výskyt ložiskových příznaků) musí být nemocný odeslán k neurologovi popř. do poradny (centra) pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy. Při podezření na „cluster headache“ nebo jiné bolesti hlavy bez strukturální léze je nemocný vždy odeslán k neurologovi. Po podrobném neurologickém vyšetření a vyloučení sekundarity mohou být nemocní dále v péči praktického lékaře.

Nemocní s těžkou, resistentní či komplikovanou migrénou a pacienti s diagnózou „cluster headache“ jsou nadále léčeni na neurologickém pracovišti popř. v centru (poradně) pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy. Při podezření na sekundární typ bolesti hlavy je nemocný odeslán k příslušnému odborníkovi.

* Diagnostika, diferenciálně diagnostický postup

Neexistuje žádný objektivní diagnostický test, který by byl použitelný k diagnostice migrény. Rozhodující je pečlivá anamnéza popř. s použitím standardizovaného dotazníku. Diferenciální diagnóza migrény musí být zaměřena k ostatním primárním bolestem hlavy a k sekundárním (organicky podmíněným) typům bolesti hlavy.

1. *Ostatní primární bolesti hlavy*- nejčastějším typem primárních bolestí hlavy jsou tenzní bolesti hlavy (prevalence 69 % u mužů a 88 % u žen). Bolesti hlavy jsou oboustranné, většinou tlakové a tupé, mírné či střední intenzity. Chybí nausea a zvracení, vzácně jsou fotofobie či fonofo-bie. Velmi často se tento typ vykytuje současně s migrénou („mixed headache“). Mezi chronické každodenní bolesti hlavy patří transformované migrény, chronické tenzní bolestí hlavy, nové persistentní denní bolesti hlavy a hemikrania continua. Bolesti hlavy se vyskytují denně a trvají déle než 4 hodiny. Velmi často je příčinou těchto bolestí hlavy naduživání analgetik a ergotaminu.

Významné pro praxi jsou chronické sekundární bolesti hlavy po traumatech lebky a mozku, při cerebrovaskulárních onemocněních, chronické bolesti hlavy v rámci trolební hypertenze (nádory, infekce), sinusitíd, odontogenních afekcí aj.

Cluster headache je poměrně vzácným typem primárních bolestí hlavy (0,5%). Vyskytuje se převážně u mužů (poměr muži:ženy 8:1), jedná ataka až maximálně 8 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 3 hodiny. Charakteristické jsou vegetativní doprovodní příznaky jako stejnostranná lakrimace, hyperemie spojivek, otok nosní sliznice, parciální Hornerův syndrom, pře-krvení kůže.

1. *Sekundární bolesti hlavy* - sekundární bolesti hlavy vidíme často u vážnějších onemocnění.

Kdy máme myslet na tento typ bolesti hlavy? Když se intenzivní bolestí hlavy objevují poprvé v životě ve věku nad 55 let, předchází tělesná námaha, intenzita progresivně narůstá a bolesti hlavy jsou spojeny s mentálními poruchami, hemiparézou či nitrolební hypertenzí.

Které jsou hlavní příčiny? U intrakraniálních nádorů jsou bolesti hlavy progredujícího typu a velmi často zjistíme ložiskové příznaky (hemiparézy, afázie, epileptické záchvaty). Meningitidy jsou doprovázeny meningeálním drážděním a vzestupem tělesné teploty, bolesti hlavy jsou difúzní a doprovázeny nevolností a poruchami vědomí. Rozhodující je nález likvoru. U abscesů mozku se vyskytují progresivní, velmi silné a resistentní bolesti hlavy u 70-90 % nemocných.

Velmi důležitou diagnózou u starších nemocných s bolestmi hlavy (nad 50 let) je temporální ateriitída. Temporální arterie jsou palpačně bolestivá a pravidelně pozorujeme vyšší hodnoty sedimentace červených krvinek. Rozhodující je biopsie temporální arterie. Velmi důležité v diferenciální diagnostice migrény jsou funkční poruchy páteře, zvl. krční páteře, onemocnění vedlejších dutin nosních, odontogenní poruchy, glaukom, poruchy temporomandibulárního skloubení a neuralgie mozkových nervů.

* Léčebný postup

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 nekonstatntní, chybí dosud klinicky kontrolované studie. Homeopatické metody nedoporučujeme. Medikamentózní léčba.

* Akutní léčba

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 – 1g) nebo nesteroidní antiflogistika (ibuprofen 800 mg, Indometacin 100mg supp., naproxen 500 mg, diclofenac 50 – 100 mg).

Vhodná je kombinace s metoclopramidem (Migpriv, Migränerton).

Kombinované formy analgetik s kofeinem, kodeinem atd. (Ataralgin, Algifen, Quarelin, Di-nyl, Talvosilen forte, Spasmoveralgin aj.) podáváme jen opatrně a kontrolovaně.

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.

V ČR jsou k dispozici:

* Sumatriptan (Imigran 50 mg, 100 mg tbl., Imigran na-zální spray, Imigran 6 mg.inj. sc.)
* Zolmitriptan (Zomig tbl. 2,5 mg)
* Eletriptan (Relpax tabl. 40mg a 80 mg)
* Naratriptan (Naramig tbl. 2,5 mg)
* Rizatriptan (Maxalt tbl. 5 a 10 mg, Maxalt rapid 5 a10 mg)
* Profylaxe

Dobrá odezva profylaxe je taková, která redukuje frekvenci i intenzitu bolesti hlavy o 50 %. Léky první volby profylaxe migrény jsou: kyselina valproová a valproáty (Convulex, Depakine Chrono, Orfiril).

Účinný jsou gabapentin (Neurontin) a topiramát (Topamax).

Dále jsou dobré zkušenosti s beta-blokátory (metoprolol, atenolol), blokátory kalciového přetížení (Flunarizin, Cinarizin, Verapamil).

Léky druhé volby jsou tricyklická antidepresiva (Amitriptylin, Prothiaden), SSRI (Deprex, Seropra, Citalec, Zoloft aj.). Osvědčují se magnézium.

1. **Oddíl**
* Prognóza

Prognóza migrény je zpravidla při adekvátní, moderní profylaktické a akutní léčbě dobrá. Je však nutno počítat s tím, že jde většinou o celoživotní chronické onemocnění, významně snižující životní pohodu.

* Prevence

V prevenci migrény se snažíme ovlivnit či odstranit některé spouštěcí faktory migrenózních záchvatů: abusus alkoholu, kouření, nedostatek spánku, příjem některých potravin (aromatický sýr, citrusy, glutamát aj.), stres, deprese aj., funkční poruchy hybného systému. Nejúspěšnější bývá razantní změna životního stylu.

* Posudková hlediska

Velmi těžký záchvat migrény je vždy příčinou krátkodobé pracovní neschopnosti (1 – 3 dny). Pracovní neschopnost je nutná vždy po dobu trvání záchvatu. Velmi frekvenční a těžká migréna, resdistentní k léčbě, může být příčinou částečného či úplného invalidního důchodu.

**Literatura**

* Lance JW, Goadsby PJ: Mechanism and Management of Headache. 6. výd., Butterworth Heinemann Oxford, 1998
* Medová E, Kalvach P: Migréna, minimum pro praxi. Triton, Praha, 1998
* Prusinski A: Migréna. Avicenum, Praha, 1988
* Waberžinek G.: Bolesti hlavy. Triton, Praha. 2000
* Waberžinek G, Marková J: Bolesti hlavy – diagnostický a léčebný stan-dard. Česká a Slov. Neurol. Neurochir. 1998; 61/94, 90-91.
* Waberžinek G., Keller, O., Marková, J.: Bolesti hlavy. Současná klasifi-kace, diagnóza a léčba. Tématická příloha. Česká a Slov. Neurol. a Neurochir. 1988; 62/95, 5. Autor: Doc. MUDr. Gerhard Waberžinek, CSc.

*Neurologická klinika LF UK Hradec Králové a FN Hradec Králové*

Diagnostika migrény Anamnéza: bolesti hlavy u dospělých záchvatovité silné až velmi silné bolesti hlavy, chronické, tupé bolesti hlavy, převážně jednostranné, zhoršující se námahou, pulzující, často se zvracením a nevolností, postupně se zhoršující někdy s fotofobií a fonofobií, projevy ložiskové léze CNS, trvání několik hodin až několik dní neúčinnost analgetik bez dalších příznaků organického onemocnění CNS primární bolesti hlavy sekundární bolesti hlavy

1. Migréna CT, MRI, likvor, EEG

2. Tenzní bolesti hlavy vyloučení sekundarity

3. Cluster headache

4. Jiné bolesti hlavy léčba dle příčiny bez organické léze CNS.

Při změně typu bolesti hlavy, vzniku bolesti po námaze zvl. ve věku nad 50 let, při projevech ložiskové léze CNS jiných než běžná aura a podezření na sekundaritu CT, MRI, angiografie, EEG, likvor a léčba dle výsledku