

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA MIGRÉNY

3 základní skupiny bolestí hlavy

Primární bolesti hlavy 1	Sekundární bolesti hlavy 2	Bolestivé kraniální neuropatie 3
migréna, tenzní bolesti hlavy, clusterové bolesti hlavy, hemicrania continua, nové denní perzistující bolesti hlavy	příčinou je jiné onemocnění – cerebrovaskulární onemocnění, cévní poruchy, nádory, infekce, intrakraniální hypertenze/ hypotenze, SMART syndrom, epilepsie, glaukom, bolesti hlavy z nadužívání medikace	neuralgie trigeminu, perzistentní idiopatická bolest obličeje

Odlišení jiných primárních bolestí hlavy

Migréna
Recidivující epizody středně závažné až závažné bolesti hlavy spojené s nauzeou, zvracením a přecitlivělostí na světlo, hluk, případně i pachy přetrvávající obvykle 4–72 hodin. Bolest je unilaterální anebo pulzující a zhoršuje ji fyzická aktivita, nemocný vyhledává temné prostředí a klid. Mezi epizodami je bez příznaků. U 1/3 migreniků bolesti předchází nebo ji provází aura – neurologické příznaky – zrakové (skotomy), unilaterální parestezie (končetinové nebo obličejové), někdy vertigo, tinnitus, diplopie, ataxie nebo motorická slabost. Častější je u žen.
Tenzní bolesti hlavy
Mírné až středně závažné, obvykle generalizované (ale může být i unilaterální), bez dalších příznaků typických pro migrénu, s různorodou frekvencí výskytu i délkou trvání. Častější u žen, mohou se vyskytovat i u pacientů s migrénou. Bolest připomíná sevření páskem kolem hlavy, často se šíří na šíji.
Clusterové bolesti hlavy
Krátkodobá nesnesitelná bolest hlavy, striktně unilaterální nebo lokalizovaná (orbitálně, supraorbitálně, temporálně), provázená autonomními příznaky (červené slzíci oko nebo výtok z jedné nosní dírky nebo její obliterace, ptóza) a také agitovaností (pacient nevydrží ležet na lůžku, chodí po místnosti nebo i ven). Je častější u mužů, trvá 15–180 minut, několikrát za den ve shlucích (clusterech) trvajících 6–12 týdnů objevujících se 1–2x za rok s odstupem ≥ 3 měsíce. U 10–15 % pacientů remise chybí.
Hemicrania continua
Mírná až střední unilaterální bolest hlavy s nasedajícími epizodami silné bolesti trvajících 20 minut až několik dní. V 75 % provázena různými autonomními příznaky (červené slzíci oko, výtok z nosní dírky, ptóza) na stejné straně hlavy, někdy nauzeou, zvracením, přecitlivělostí na hluk. Častější je u žen, spouštěčem je stres, alkohol, nepravidelný spánek, ostré světlo. Jednoznačným kritériem je absolutní odpověď na indometacin.
Nové denní perzistující bolesti hlavy (NDPH)
Vzácný typ, náhle vzniklá bolest temporální lokalizace s rysy migrény nebo tenzních bolestí hlavy trvajících jeden den bez remisí. Tento typ bolestí je často diagnostikován jako chronická migréna. 20 % pacientů má v anamnéze migrénu.

Odlišení sekundárních bolestí hlavy

Sekundární bolesti hlavy jsou způsobeny jiným onemocněním, vyskytují se v časové souvislosti s ním a spolu s ním se zhoršují nebo zmírňují.

Varovné známky svědčící pro sekundární bolesti hlavy SNOOP

- S** systémové projevy a onemocnění,
- N** neurologické příznaky,
- O** opožděný vznik – po 50. roce věku,
- O** ostrý nástup bolesti – náhle vzniklá prudká bolest,
- P** edém papily zřetelného nervu, pulzatilní tinnitus, provokace bolesti polohou, provokace bolesti fyzickou zátěží.

Diferenciálně diagnostické známky svědčící pro sekundární bolesti hlavy

Známka v anamnéze	Suspektní příčina
Intenzivní bolest s explodujícím nebo náhlým začátkem	Subarachnoid. krvácení
Bolest hlavy s atypickou aurou trvající > 1 hodinu a zahrnující motorickou slabost	CMP nebo TIA
Nově vzniklá bolest hlavy do tří měsíců po traumatu hlavy	Subdurální hematom
Bolest hlavy zhoršující se v průběhu týdnů–měsíců nebo při poloze/manévrech zvyšujících intrakraniální tlak nebo vyvolaná kašlem, pohybovou aktivitou	Intrakraniální expandující léze
Mírná až střední bolest hlavy provázená podrážděností, závratěmi, nauzeou, únavou a zmateností	Otrava CO
Bolest hlavy provázená nevysvětlitelnými neurologickými příznaky, epileptickými záchvaty, poruchami paměti, změnou osobnosti, váhovým úbytkem	Infekce HIV, malignita, temporální arteritida
Nově vzniklá bolest hlavy u osoby starších 50 let	Temporální arteritida nebo intrakraniální tumor
Nově vzniklá bolest u pacienta s onkologickým onemocněním nebo imuno-deficiencí	Suspektní sekundární bolesti hlavy
Nově vzniklá bolest u pacienta s polymyalgia rheumatica	Temporální arteritida
Nově vzniklá bolest hlavy u pacienta s glaukomem v rodinné anamnéze	Glaukom
Známka v objektivním nálezů	Suspektní příčina
Zvýšená teplota, horečka	Infekce, meningitida
Ztuhnutí šíje	Meningitida, subarachnoid. krvácení
Zvýšený krevní tlak	PRES syndrom, KV onemocnění
Tachykardie	Ortostatická hypotenze
Bradykardie	Hypotyreóza
Edém papily	Intrakraniální hypertenze
Hornerův příznak (blefaroptóza, mióza a enoftalmus)	Disekce a. carotis
Paréza n. abducens	Intrakraniální hypertenze/fokální léze
Paréza n. oculomotorius	Intrakraniální aneuryzma/fokální léze
Vypadávání vlasů, suchá kůže	Hypotyreóza
Mydriáza, neklidné nohy tremor, pocení	Odnětí opioidů
Asymetrický pulz, aortální regurgitace, bolest temporálně	Temporální arteritida
Omezená pohyblivost v temporomandibulárním kloubu	Syndrom temporomandib. skloubení
Omezená krční rotace	Facetová artropatie C2/3
Vezikuly v oblasti ucha	Herpes zoster

DIAGNOSTIKA A LÉČBA MIGRÉNY

Diagnostika migrény

Diagnóza migrény se stanoví výhradně na základě anamnézy

Lze využít deník bolestí hlavy vedený pacientem několik týdnů

Laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické metody slouží pouze k vyloučení sekundárních bolestí hlavy

Vhodná fyzikální vyšetření

teplota, krevní tlak, pulz, kompletní klinické neurologické vyšetření (musí být zcela v normě, především je nutné se zaměřit na mozkové nervy a vyloučit Hornerův syndrom), vyšetření krční páteře (popř. vyšetření rehabilitačním lékařem), oftalmologické vyšetření (vyloučit nutnost korekce vizu, vyšetřit oční pozadí a nitrooční tlak)

Možná laboratorní vyšetření

při suspektní sekundární bolesti hlavy: hematologické a biochemické vyšetření krve, morfologické vyšetření hlavy pomocí CT nebo lépe MR a MR angiografie mozku (musí být negativní), funkční vyšetření EEG (možná je lehká nespecifická abnormalita) a SPECT mozku (možná je porucha perfuze při záchvatu migrény)

Otázky vhodné při odebírání anamnézy

Časové souvislosti:

Proč přicházíte s problémem bolestí hlavy nyní?
Kdy u vás bolesti hlavy začaly?
Jak jsou časté? Jsou epizodické, každodenní nebo chronické?
Jak dlouho epizoda bolestí hlavy trvá?

Charakter bolestí:

Jak rychle bolest nastupuje (náhle, postupně, během minut/hodin/dnů/déle)?
Jaká je intenzita bolesti?
Jakou má bolest povahu?
Jakou má bolest lokalizaci? Šíří se?
Jaké máte průvodní příznaky?

Příčina:

Má bolest nějaké spouštěcí faktory?
Co bolest zhoršuje a co ji zmírňuje?
Měl/má někdo z příbuzných podobné bolesti hlavy?

Reakce:

Co během bolestí hlavy děláte?
Do jaké míry bolest hlavy omezuje vaše aktivity?
Jaké léky na bolest hlavy užíváte? Jak často?

Stav mezi epizodami:

Mezi epizodami bolestí hlavy jste zcela v pořádku nebo máte nějaké příznaky?

Léčba migrény

Edukace včetně vysvětlení rizika zhoršení bolestí hlavy při nadužívání medikace

Sledování pomocí deníku bolestí hlavy a užití medikace

U migrény s aurou není vhodná kombinovaná hormonální antikoncepce

Z nefarmakologické léčby chladivé obklady, v prevenci prokázaly částečný efekt **POUZE** pravidelná fyzická aktivita, koenzym Q, magnezium, riboflavin, biofeedback, relaxační terapie

Farmakologická léčba

Akutní farmakologická léčba migrény

Farmakologická léčba akutních epizod migrény je nutná téměř u všech pacientů

1. KROK: neopioidní analgetika

- ASA 900–1 000 mg
- ibuprofen 400–800 mg
- diclofenac 50–100 mg
- paracetamol 1000 mg
- kombinace paracetamolu s ASA nebo ibuprofenem
- u dětí ibuprofen 200–400 mg

+ v případě potřeby antiemetika

- domperidon 10 mg p. o. (nejvýše 3x denně) popř. 30 mg v rektálním čípku
- metoclopramid 10 mg (nejvýše 3x denně)

Medikaci je třeba podat:

- co nejdříve v průběhu epizody
- v dostatečné dávce
- lépe v rozpustné lékové formě
- při zvracení lze využít rektální čípky

K dalšímu kroku se přistupuje až po třech epizodách bez terapeutického přínosu tohoto postupu.

3. KROK: gepanty (k dispozici je rimegepant 75 mg)

- podání 1x denně při bolesti hlavy
- odlišný mechanismus účinku než u triptanů – antagonisté CGRP receptoru
- vhodné při intoleranci nebo neefektivitě triptanů
- nezpůsobují bolesti hlavy z nadužívání medikace
- zcela ojediněle nevolnost nebo hypersenzitivní příznaky
- použití se nedoporučuje:
 - u pacientů s těžkou poruchou funkce jater, ledvin nebo souběžně se silnými inhibitory nebo induktory CYP3A4
 - s podáváním v těhotenství nejsou zkušenosti
 - nevýhodou je vyšší cena

2. KROK: specifická léčba triptany

- podat co nejdříve během epizody, ale ne během aury
- iniciační dávka je jedna tableta, druhou dávku podat nejdříve za dvě hodiny
- vzhledem k individuální odpovědi lze vyzkoušet více účinných látek
- užívání triptanů ≥ 10 dnů v měsíci je spojeno s rizikem vzniku bolestí hlavy z nadužívání medikace
- u pacientů s nauzeou lze přidat domperidon, při zvracení je možné využít triptany v nosním spreji nebo s. c. injekci
- kontraindikace triptanů obecně – nekompenzovaná hypertenze, ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění, periferní aterosklerotické onemocnění
- **v těhotenství** podávat pouze s opatrností a pod dohledem odborníka
- **u dětí do 12 let** neprokázalo účinnost žádné specifické antimigrenikum
- **u dospívajících** ve věku 12–17 let lze použít některé triptany v nosním spreji

Selhání akutní léčby u dětí i dospělých ukazuje na potřebu profylaxe.

Profylaktická farmakologická léčba migrény

Předpoklady podávání

- epizody migrény jsou důvodem ≥ 2 dnů absence v práci/škole za měsíc, akutní léčba byla optimalizována, hrozí riziko vzniku bolestí hlavy z nadužívání medikace a pacient je ochoten užívat každodenní léčbu

Dávkování a doba podávání

- začíná se nízkou dávkou, která se zvyšuje, pokud nejsou přítomny vedlejší účinky
- minimální doba dosažení terapeutického účinku je 2–3 měsíce – nevysazovat lék příliš brzy
- očekávaný přínos je 50% snížení výskytu epizod migrény u 50 % léčených pacientů po třech měsících terapie
- selhání jednoho z léků není prediktorem neúspěchu přípravku z jiné lékové třídy
- vysazování léčby musí být postupné a lze ho zvážit nejdříve po šesti měsících dobré kompenzace, nejpozději po jednom roce

Adherence k léčbě

- je třeba kontrolovat
- je vyšší při dávkování 1x denně

Přípravky

- β -blokátory: atenolol 25–100 mg 2x denně, bisoprolol 5–10 mg 1x denně, metoprolol 50–100 mg 2x denně nebo metoprolol s řízeným uvolňováním 200 mg 1x denně, propranolol LA 80–160 mg 1–2x denně
- amitriptylin 10–100 mg na noc
- topiramát 50 mg 2x denně
- candesartan 16 mg 1x denně
- valproát sodný 600–1 500 mg denně
- flunarizin 5–10 mg 1x denně
- monoklonální protilátky proti CGPR
- gepanty (k dispozici je rimegepant 75 mg obden, v současnosti bez schválené úhrady)

Děti

- profylaktickou léčbu migrény by měl vést vždy specialista

Těhotenství

- raději nepodávat
- absolutně je kontraindikován valproát sodný, kontraindikován je topiramát a candesartan
- nejlepší důkazy o bezpečnosti jsou u propranololu a amitriptylinu, léčbu by však měl vést specialista
- lze vyzkoušet riboflavin 200 mg 2x denně, ovšem nástup účinku je mnohdy až za měsíce

Selhávání léčby

- zkontrolovat, zda je předepsána v dostatečné dávce a po dostatečně dlouhou dobu
- ověřit správnost diagnózy, zkontrolovat adherenci k léčbě a posoudit průvodní farmakoterapii, zejména nadužívání medikace v léčbě akutních bolestí hlavy
- jestliže není profylaxe účinná ani po vyloučení těchto příčin, je třeba ji vysadit

Další terapeutické možnosti patří do rukou specialisty.