

Soubor:MigraeneMitAura.png

Template:PGS

Klinický obraz

Jde o onemocnění charakterizované **intermitentními záchvaty** bolesti hlavy **s vegetativním doprovodem**. Projevuje se záchvatovitou často **jednostrannou** bolestí s přítomností **fotofobie** a **fonofobie**, provázena **nauzeou**, často i s **poruchami vidění**, kdy je přitom jinak neurologické vyšetření v normě, před záchvatem je často aura. Bolest trvá hodiny až dny, s maximem obvykle po 1–2 hodinách.

- Frekvence může být **několikrát týdně nebo měsíčně**, někdy jen **sporadicky**.
- Prevalence v populaci je asi **3 %**, výskyt **u žen je třikrát častější** než u mužů.

Charakteristické jsou **opakované** podobné ataky v osobní anamnéze, často též **rodinná zátěž**.

Klinický obraz:

- Po ránu tepající bolest v polovině hlavy provázená nauzeou až zvracením, světloplachostí a přecitlivělostí na zvuky.
- Příležitostně předchází dysforická či euforická prodromální fáze nebo vegetativní příznaky jako pocení, průjem, tachykardie, nebo jiné neurologické fokální příznaky.
- Ve 20 % začíná vizuálními projevy (světelné záblesky nebo třpytivé skotomy).

Etiologie migrény:

- idiopatická;
- trvalý špatně zvládaný stres, námaha, cestování (změny rytmu a bdění), strach;
- vysazení zátěže (tzv. "víkendová" migréna);
- hormonální antikoncepce, menstruace;
- čokoláda, sýry, alkohol;
- dotek spouštěcích zón.

Dělení

Migrénu rozlišujeme:

- **bez aury** (85–90 %),
- **s aurou** (10–15 %) – objevují se i neurologické příznaky jako **skotomy**, **senzorické poruchy**, **hemianopsie**, **dysfázie**, **závratě**, **ataxie**, **hemiparéza**.

CAVE: zvl. případy – tzv. **basilární migréna**, **retinální migréna**, **oftalmoplegická migréna**.

Diagnostika

- Podrobná anamnéza, pečlivé fyzikální vyšetření (neurologické výpadky),
- při nejasnostech – k neurologovi, vyšetření CT (k vyloučení intrakraniální expanze).

Diferenciální diagnostika

- Diferenciální diagnostika chronických primárních (funkčních) bolestí hlavy.

Terapie

- **Akutní terapie** – zajistit ochranu před drážděním – pobyt v temné tiché místnosti.
 - terapie **lehkých záchvatů**:
 - antiemetika:
 - **metoclopramid** 10–20 mg p.o., po 15–30 min opakovat;
 - **domperidon** 10 mg (dětmi), 20–30 mg (dospělí);
 - analgetika:
 - **kyselina acetylsalicylová** (ASA) 500 mg p.o. (šumivé tbl., event. i.v.);
 - **paracetamol** 500–1000 mg p.o. event. supp.;
 - **ibuprofen** 400–600 mg p.o. (event.),
 - terapie **středně těžkých až těžkých záchvatů**:
 - první volba:
 - **metoclopramid** supp. 10 mg (v ČR není) event. opakovat á 15–30 min,
 - **ergotamintartarát** max 3 mg na ataku, resp. 6 mg týdně,
 - při těžkých záchvatech se zvracením je potřeba parenterální terapie – za kontroly:
 - **metoclopramid** 1 amp. 10 mg i.v.,

- **kyselina acetylsalicylová** 1000 mg i.v.,
- **dihydroergotamin** (v ČR není dostupný i.v. – jen jako nosní spray nebo p.o. roztok),
- alternativně – triptany:
 - **sumatriptan** 25–100 mg p.o. event. 6mg s.c. autoinjektorem 25 mg rektálně event. 20mg nazálně – účinek jen cca 12–24 hod, NÚL závrať a únava,
 - **zolmitriptan** 2,5–5 mg p.o. nebo 2,5 sublingválně nebo 5 mg nosní spray,
 - CAVE: jsou kontraindikovány při ICHS, hypertenzi, AP, IM, Raynaudově syndromu, ischemické chorobě tepen, při těhotenství a kojení, NEPODÁVAT nikdy při migréně s neurologickými výpadky kombinaci sumatriptan s ergotaminovým derivátem,
- **terapie status migrenosus** – v nemocnici... odeslat k hospitalizaci.

Prevence

Vždy při jisté diagnóze postupně zvyšovat dávku léku až do dosažení efektu – úspěch lze posoudit teprve za 2–3 měsíce pravidelného užívání léků. Pokud dobře účinkují lze je po 6–9 měsících užívání pozvolna vysadit a následující 2–3 měsíce sledovat spontánní průběh.

Preventivně nasazujeme

- **betablokátory** (BB) – **metipranolol** 3 denně × 10–40 mg p.o. – ojediněle i vyšší dávku (kontraindikací je pokles TK a P),
- alternativně lze podat: **blokátory kalciových kanálů** (BKK), **antagonisty serotoninu** (**pizotifen** 3×0,5 mg denně p.o.) a postupně zvyšovat dávku (kontraindikací je únava, nárůst hmotnosti, deprese).

Prevence selhává obvykle při **chybné diagnóze** (např. BB neúčinkuje u tenzních cefaleí), při **nesprávném dávkování**, při příliš **vysoké úvodní dávce** (objeví se nežádoucí účinky a pacient lék vysadí), při současném **abúzu analgetik** a jiných antimigrenózních léků.

Lze i doporučení přírodní medicíny.

Úprava životního stylu

Multifaktoriální podmínění vzniku migrény (genetické faktory, zevní a vnitřní spouštěče) nutí také k terapeutickému působení ve více směrech:

- vyřadit známé **spouštěče** – např. alkohol; vést záznam – **deník bolestí hlavy** k identifikaci spouštěčů;
- pravidelná **životospráva** a **relaxační cvičení** – např. Jacobsonova svalová relaxace nebo autogenní trénink;
- při výskytu neurologických příznaků – odeslat k neurologickému vyšetření.

Prognóza

Migréna u dětí mizí v 50 % po dosažení puberty.

Migréna dospělých začíná u žen obv. v pubertě, u mužů mezi 20.–30. rokem. Průběh je variabilní. V těhotenství se u 80 % žen zlepšuje, 10 % zhoršuje a 10 % nemění.

Odkazy

Související články

- Bolest hlavy navozená léky/PGS (VPL)
- Tenzní bolest hlavy/PGS (VPL)
- Bolesti hlavy/PGS (VPL)
- Cluster headache/PGS (VPL)
- Neuralgie trigeminu/PGS (VPL)

Použitá literatura

-

Kategorie:Vložené články Kategorie:Všeobecné praktické lékařství