

Migréna

Migréna je označení pro bolest hlavy (primární), která je rekurentní, zpravidla jednostranná, trvající několik hodin a v některých případech bývá provázena vizuálními nebo sensorickými symptomy známými jako "aura". Migréna je v populaci velmi častá, více u žen a je silně geneticky vázaná. Až 70 % pacientů s migrénou má příbuzného prvního stupně s anamnézou migrény. ^[1]

Spouštěcí mechanismy migrény

Stimuly, které vedou k vyvolání záchvatu migrény nazýváme trigger. Mezi ty hlavní patří:

- **hormonální vlivy** – migrény jsou často spojeny s menstruačním cyklem u žen, častěji se vyskytují při nástupu krvácení, kdy dochází k velkému výkyvu hladiny estrogenů; podobné problémy se objevují i v těhotenství nebo v přechodu;
- **jídlo** – čokoláda, alkohol (víno a pivo), glutamát (častá složka asijského jídla), apod.;
- **stres a nedostatek spánku** – velké vypětí sil (pracovní, fyzické i psychické); nedostatek nebo naopak nadbytek spánku;
- **změny prostředí** – zejména náhlé změny tlaku a počasí;
- **stálá medikace** – mezi léky zhoršující migrény patří orální antikoncepce a látky s vazodilatačním působením. ^[2]

Patofyziologie

Nynější teorie patofyziologického procesu vzniku migrenozního záchvatu se přiklání k tvrzení, že se jedná o neurogenní paroxysmální děj vznikající u osoby s genetickou predispozicí.

- aktivace struktur mozkového kmene (nuclei raphe, locus coeruleus) – generátor migrénového záchvatu
- deprese elektrické aktivity kortikálních neuronů
- patologická aktivita trigeminovaskulárního komplexu
- extravazace substance P a CGRP – zodpovědné za vyvolání bolesti ^[3]

Klinický obraz a diagnostika

Diagnózu stanovujeme na základě typického klinického obrazu. ^{[4][5][6]}

Diagnostická kritéria pro migrénu bez aury ^{[4][5][6]}

A. Nejméně 5 atak musí splňovat bod B-D
B. Bolest hlavy trvá bez léčby 4–72 hodin
C. Bolest je možno charakterizovat aspoň dvěma z následujících příznaků: <ul style="list-style-type: none">▪ unilaterální lokalizace▪ pulzující charakter▪ střední až těžká intenzita▪ zhoršování při fyzické námaze
D. Bolest je provázena nejméně jedním z těchto příznaků: <ul style="list-style-type: none">▪ nauzea a/nebo vomitus▪ fotofobie a/nebo fonofobie



Migréna

U 20 % pacientů předchází bolesti až 1 hodinu **fáze aury**, což je jakýkoliv ložiskový příznak, který s objevením bolesti většinou mizí. Nejčastější je aura zraková – scintilující obrazce či negativní fenomény charakteru *skotomů* či *hemianopsie*. Dále může být aura senzitivní ve formě parestesií obličeje či končetin. Vzácněji se aura objevuje ve formě inkompletní expresivní fatické poruchy či parézy. ^{[4][5][6]}

Diagnózu nám potvrdí též jednoznačný terapeutický efekt agonistů 5-HT-1B/D receptorů – triptanů. ^{[4][5][6]}

Diferenciální diagnostika

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit:

- cluster headache;
- tenzní bolest hlavy;
- cervikální spondylózu;
- arteriální hypertenzi;
- sinusitis/ otitis media;
- zubní kaz;
- intrakraniální patologie ^[7] (ischemický/ hemoragický iktus, expanzivní procesy).

Léčba

Pacient s migrénou by se měl **vyvarovat spouštěcím faktorům**.^[1] (viz výše ↑)

Vlastní terapie migrény má dvě hlavní složky, **terapii abortivní** (akutní) a **terapii profylaktickou**.^[1]

Terapie abortivní

U mírných forem se proti bolesti používá **paracetamol** nebo **NSAIDs**.^[1]

U těžších bolestí hlavy jsou účinné 5-hydroxytryptaminové agonisté (**triptany**), popř. **opioidní analgetika** nebo **antagonisté dopaminu** (prochlorperazin).^[1]

Triptany – příklady a dávkování ^{[4][5][6]}

Sumatriptan (např. Sumigra®, Rosemig®, Imigran®, Cinie®): 50–100 mg při záchvatu;
zolmitriptan (např. Zomig®): 2,5–5 mg při záchvatu;
eletriptan (např. Relpax®): 40–80 mg při záchvatu;
naratriptan (např. Naramig®): 2,5–5 mg při záchvatu;
frovatriptan (např. Fromen®): 2,5 mg při záchvatu.

Pokud terapie nezabírá a bolest přetrvává více jak 72 hodin, jedná se o **status migrenosus**, stav, při kterém by měl pacient navštívit lékaře a modifikovat léčbu. **Vzácně může vést až k hospitalizaci** nemocného a intravenózní léčbě **valproátem** nebo **dihydroergotaminem**.^[1]

Terapie profylaktická

K této terapii se přistupuje, pokud se ataky migrény objevují více jak dvakrát do měsíce, trvající déle jak 24 hodin, omezující běžnou fyzickou aktivitu alespoň 3 dny a je nadužívána abortivní terapie. Cílem je snížit frekvenci, závažnost a trvání bolestí. V prevenci se užívají:

- **inhibitory 5-HT₂ receptorů (methysergid);**
- **blokátory Ca-kanálů;**
- modulátory neurotransmitterů:
 - **β-blokátory;**
 - **tricyklická antidepressiva;**
 - enhancery GABAergní inhibice: **valproát, gabapentin**.^[1]

Odkazy

Související články

- Bolesti hlavy
- Migréna (patofyziologie)
- Antimigrenika

Externí odkazy

-  Primární a sekundární bolesti hlavy (<http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=221>)

Literatura

Část článku převzata z článku Bolesti hlavy/PGS (wikiskripta.eu) (zdroj 3, 4 a 5)

- CHAWLA, Jasvinder. *Migraine Headache* [online]. Poslední revize mar28, 2013, [cit. 2013-05-03]. <<https://emedicine.medscape.com/article/1142556-overview>>.
- Mayo clinic. *Mayo Clinic : Migraine* [online]. [cit. 2012-10-18]. <<http://www.mayoclinic.com/health/migraine-headache/DS00120>>.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. s. 157. ISBN 80-7262-160-2.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia*. 2004, vol. 24, no. Supplement 1, s. 24-5, 31-2, ISSN 0333-1024.
- MARKOVÁ, J. Bolest hlavy jako akutní stav v neurologii. *Bolest*. 2005, roč. 8, no. 1, s. 15-18, ISSN 1212-0634.
- WABERŽINEK, G. *Bolesti hlavy*. 1. vydání. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-158-7.
- LONGMORE, J. M. (J. Murray). *Oxford handbook of clinical medicine*. 8. vydání. Oxford : Oxford university press, 2010. 0 s. ISBN 9780199232178.

