MIGRÉNA V DĚTSKÉM VĚKU

MUDr. Miroslava Muchová, MUDr. Hana Ošlejšková
Klinika dětské neurologie Fakultní nemocnice Brno

Migrény jsou u dětských pacientů poměrně častou diagnózou, která výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života dětí. Článek shrnuje epidemiologii, specifika a užívaná diagnostická schémata dětských migrén. Dále jsou zde popsány varianty migrény typické pro dětský věk a periodické syndromy v dětství, které obvykle předcházejí rozvoji migrény.
Klíčová slova: migréna, varianty migrény, dětský věk.

Neurol. pro praxi, 2007; 3: 163–167

Seznam zkratek

ICHD-II – The International Classification of Headache Disorders 2nd edition, revidovaná Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (2. vydání)
CVS – cyclic vomiting syndrome, cyklické zvracení
BPV – benigní paroxysmální vertigo v dětství
BPT – benigní paroxysmální torticollis
FHM – familiární hemiplegická migréna
AIWS – Alice in Wonderland syndrome, syndrom „Alenky v říši divů"

Úvod

Primární bolesti hlavy jsou u dětí častou diagnózou. Ve věku 6–15 let trpí bolestmi hlavy až 78% dětí (14). Nějčastěji jsou v dětském věku diagnostikovány tenzní bolesti hlavy, ale i migrény, ať už čisté nebo kombinované s tenzní cefaleou. Dětské migrény mají svá specifika, zejména co se týče lokalizace a intenzity bolestí, doprovodných příznaků a provokačních faktorů. Diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (The International Classification of Headache Disorders, ICHD), stanovená Mezinárodní společností pro bolest hlavy (The International Headache society, IHS), z r. 1988 (ICHD-I) ani nová revidovaná verze z r. 2003 (ICHD-II) nejsou pro dětský věk zcela vhodná a užívají se upravená dignostická schémata.

Epidemiologie

První záchvaty migrény se objevují většinou v dětství nebo v době dospívání, u 20 % pacientů již před 10. rokem a u 45 % před 20. rokem věku. První záchvaty migrény se vyskytují dříve u chlapců než u dívek (průměrný věk začátku migrény je u chlapců 7,2 let, zatímco u dívek 10,9 let), přičemž první záchvat migrény s aurou prodělávají jedinci obou pohlaví dříve než záchvat migrény bez aury. Prevalence migrény je před pubertou vyšší u chlapců než u dívek. Kolem puberty se poměr vyrovnává a již ve věku 20 let trpí ženy více než 2× častěji migrénou než muži, v pozdější věku je to až trojnásobná převaha žen (10, 14).

Specifika dětských migrén

Týkají se především lokalizace, bolesti hlavy, jsou častěji oboustranné, lokalizované frontálně nebo temporálně, méně často unilaterální (pouze 35 % bolestí oproti 60 % u dospělých pacientů). Migrenózní záchvat má rovněž kratší dobu trvání, kolem 1–48 hodin (oproti 4–72 hodin u dospělých pacientů). U dětí bývají víc vyjádřeny doprovodné příznaky, nevolnost a zvracení jsou intenzivnější a bolesti hlavy často po masivním zvracení vymizí, je častější výskyt fotofobie a fonofobie samostatně, častá bývá bolest břicha, pocit závratí, bledost, pocení, změny nálady, někdy mají děti během záchvatu migrény zvýšenou tělesnou teplotu (12, 14). Začátek rozvoje ataky během dne je rovněž odlišný, posouvá se v průběhu dětství a dospívání. U mladších dětí je nejčastější odpoledne, po škole, u mladších adolescentů začíná bolest hlavy kolem poledne, v době oběda, často je vyprovokovaná pobytem ve školní jídelně. Starší adolescenti získávají podobný vzorec jako u dospělých a nejčastější jsou ranní ataky (8). Z provokačních faktorů je u dětí časté blikavé světlo (televize, počítač), psychické podněty (rozrušení, stres, konflikty v rodině atd.). Důležitým provokačním faktorem je nedostatek spánku, únava a stravovací návyky. Zejména nepravidelnost v jídle, vynechání dávky může zprovokovat ataku migérny. Často mohou být vystopovatelné potravinové triggery, nejčastější jsou sýry, čokoláda, citrusy, ale může se jednat také o maso, jogurt, smažená jídla, glutamát, aspartát, u adolescentů alkohol.

Zejména u menších dětí, event. dětí s mentálním deficitem, jsou bolesti hlavy nepřesně definovány, většinou lokalizovány uprostřed frontální krajiny, příznaky aury nemusejí umět děti vůbec popsat, často neumí udat přesně frekvenci. Fotofobii a fonofobii můžeme spíše odhadnout z chování dítěte během ataky bolestí hlavy (sociální stažení, ústup do tmavé a tiché místnosti, odmítání televize). V důsledku toho může být zejména u dětí s výraznými doprovodnými příznaky (zvracení) dignóza migrény stanovena s latencí a děti jsou vyšetřovány pro jinou organickou příčinu.

Tabulka 1. Vrchol incidence migrény (8)

	migréna bez aury	migréna s aurou
chlapci	10,5 roku	5 let
dívky	14,5 roku	12,5 let

Tabulka 2. Prevalence migrény během dětství (8)

	3–7 let	7–15 let	> 15 let
prevalence	1, 2–3, 2 %	4–11 %	8–23 %
poměr pohlaví	chlapci > dívky	dívky = chlapci	dívky > chlapci

Klasifikace

Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy z roku 1988, ICHD-I, ani revidovaná ICHD-II z r. 2003 nejsou pro dětský věk optimální, proto se užívá jiných klasifikací (některé varianty migrény typické pro dětský věk, nejsou v oficiální klasifikaci zahrnuty) nebo upravených diagnostických kritérií, zejména pro migrénu bez aury. Migrény dětského věku lze rozdělit na migrény s aurou, migrény bez aury, varianty migrény typické pro dětský věk (někdy rovněž označované jako komplikované migrény) a periodické syndromy v dětství, které obvykle předcházejí rozvoji migrény.

Migréna s aurou

Diagnostická kritéria migrény s aurou jsou stejná jako u dospělých pacientů, podrobně je zde proto neuvádíme. Nějčastějším typem je migréna se zrakovou aurou. Příznaky aury jsou však dětmi velmi nepřesně udávány, nejčastěji je popisují jen jako poruchy vidění, někdy mohou i nepřesně udávat časovou souvislost s bolestí hlavy. Většinou nepomohou ani anamnestické údaje udávané rodiči. Při pátrání po příznacích aury u dětí je proto nutné dávat velmi

cílené otázky, nápomocné může být pokud necháme děti jejich příznaky nakreslit.

Migréna bez aury

Migréna bez aury je v dětském věku nejčastějším typem, představuje 60–85 % migrenózních bolestí hlavy. (8) Vlastní fázi bolesti hlavy často předcházejí o několik hodin až dní prodromální příznaky, nejčastější je změna chování a omezení aktivit, dále mohou být změny nálady (deprese nebo euforie), podrážděnost, ospalost, zívání, zvýšená chuť k jídlu a žízeň, častější močení nebo naopak zadržování tekutin. Bolest hlavy se rozvíjí postupně a nejčastěji frontálně nebo temporálně, je oboustranná a narušuje běžné denní aktivity. Bolesti hlavy trvají 1–48 (72) hodin, frekvence nebývá častější než 6–8× za měsíc. Více než 8–10 atak za měsíc je suspektní z jiné diagnózy, chronické bolesti hlavy jiného typu či organické příčiny (8).

Diagnostická kritéria revidovaná pro dětskou migrénu bez aury

(pacienti pod 15 let) (5, 10):

A. Minimálně 5 záchvatů migrény splňující kritéria B–D.
B. Trvání jednotlivého záchvatu 1–72 hodin.
C. Bolest hlavy splňuje alespoň 2 z následujících podmínek:
   1. bilaterální lokalizace (frontální nebo temporální) nebo unilaterální
   2. pulsující charakter
   3. střední až velká intenzita
   4. akcentace běžnou fyzickou aktivitou.
D. Přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků:
   1. nevolnost anebo zvracení
   2. fotofobie anebo fonofobie, které mohou být odvozené z chování dítěte.
E. Vyloučení sekundární etiologie.

Periodické syndromy v dětství, které obvykle předcházejí rozvoj migrény

V původní klasifikaci ICHD-I byly do této skupiny řazeny dvě jednotky: benigní paroxysmální vertigo a alternující hemiplegie dětského věku. V revidované verzi ICHD-II byla z klasifikace vyřazena alternujcí hemiplegie dětského věku, u které je předpokládaný jiný patofyziologický mechanizmus (zvažováno metabolické onemocnění nebo kanálopatie), a přiřazeny nové jednotky cyklické zvracení a abdominální migréna. Rovněž je do této skupiny přiřazována benigní paroxysmální torticollis, která zatím není zavzata do oficiální klasifikace ICHD-II, ale i zde je předpokládán vztah k migréně. U těchto syndromů nejsou bolesti hlavy v popředí klinických potíží, je u nich ale předpokládaný obdobný patofyziologický mechanizmus jako u migrény, což podporuje vysoké procento výskytu migrény v rodinné anamneze u příbuzných prvního stupně, pozitivní odpověď na antimigrenózní léčbu a vysoká pravděpodobnost výskytu některého z typů migrenózní bolesti hlavy v pozdějším věku.

Cyklické zvracení (cyclic vomiting syndrome, CVS)

Jedná se o rekurentní náhlé epizodické ataky prudkého zvracení a silné nauzei, sdružené s bledostí a apatií. Mezi atakami je zcela asymptomatické období. Průběh ataky je stereotypní u jednotlivého pacienta (frekvence, začátek a doba trvání ataky, intenzita zvracení, provokační faktory, přidružené symptomy), trvání asymptomatického období může být měnlivé (asi polovina pacientů má stabilní periodicitu). Průměrný věk počátku onemocnění je kolem 5 let, chlapci a dívky jsou postiženi stejně. Průměrný věk stanovení diagnózy je až kolem 8 let (9). Příznaky většinou vymizí spontánně kolem 10. roku, ale část pacientů má příznaky i v adolescenci a rané dospělosti, nebo v pozdějším věku může CVS přecházet v abdominální migrénu a dále v typickou formu migrény v dospělosti.

Provokačními faktory jsou nejčastěji infekce, zvláště chronická sinusitida, psychický stres, včetně pozitivních emocí (narozeniny, svátky, dovolená), které spouštějí ataky častěji než stres negativní, fyzické přetížení, potraviny (čokoláda, sýr, glutamát), nedostatek spánku, menstruace. Začátek ataky bývá typicky v časných ranních hodinách (2–4 hodina ranní) nebo po probuzení. Jako prodromy mohou předcházet nauzea a bledost. Zvracení je prudké, často projektilové, většinou obsahuje žluč, hlen, případně i krev, vrcholí v první hodině a potom začíná frekvence klesat. Trvání ataky je od několika hodin po několik dní, průměrně kolem 24–40 hodin. Doba zotavení (od skončení zvracení do doby, kdy jsou si děti schopny hrát a jíst) je pouze 5 hodin. Frekvence atak je přibližně jednou za 2–4 týdny. Mimo zvracení mohou mít pacienti i další příznaky ze stran gastrointestinálního traktu: bolesti břicha, které mohou být zpočátku i silné, takže mohou imitovat náhlou příhodu břišní, bolest břicha však může být i sekundární v důsledku poranění jícnu žaludečními šťávami. Časté je říhání, nausea, která je setrvalá, není mírněna zvracením a mizí pouze ve spánku nebo skončením ataky, průjem, který rovněž ztěžuje diagnostiku, a CVS je mylně zaměňováno za gastroenteritidu. Z přidružených symptomů se vyskytují bledost, méně často zčervenání, horečka, apatie a únava, která může být i velmi výrazná, takže pacienti mohou být neschopní chůze, dále nadměrná salivace, změny chování. Mohou být přítomny i bolesti hlavy, fotofobie, fonofobie a vertigo.

Cyklické zvracení – diagnostické kritéria dle ICHD-II:

A. Nejméně 5 atak splňující kritéria B a C.
B. Epizodické ataky, stereotypní u jednotlivého pacienta, intenzivní nauzei a zvracení trvající od 1 hodiny do 5 dnů.
C. Zvracení v průběhu ataky nastává alespoň 4krát za hodinu a to nejméně po dobu 1 hodiny.
D. Mezi atakami asymptomatické období.
E. Bez přítomnosti dalšího onemocnění, které by mohlo vyvolat zvracení.

Diferenciálně diagnosticky je nutno především vyloučit zvracení z gastrointestinálních (GIT) a hepatobiliárních příčin (zejm. gastroesofageální reflux). Děti s CVS mají vysokou intenzitu a frekvenci zvracení za hodinu během ataky, ale nízkou frekvenci za měsíc, na rozdíl od dětí s chronickým zvracením z GIT příčin, kde je vysoká frekvence během měsíce (někdy denní zvracení), ale nízká během dne. Z extraintestinálních příčin je nutno vyloučit intrakraniální hypertenzi, metabolické onemocnění (zejména organická acidurie a poruchy cyklu močoviny/hyperamonemické syndromy, také poruchy oxidace mastných kyselin, porfyrie, glaktosémie, intolerance fruktózy) (6), endokrinní onemocnění, infekce (zejména uroinfekty), u adolescentů rovněž nutno vyloučit poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie). V dif. diagnostice může pomoci pozitivní odpověď na antimigrenózní léčbu a pozitivní rodinná anamnéza stran migrény.

V léčbě akutní ataky je nutná zejména rehydratace, která je často nutná i. v., dále se podávají antiemetika, často nutné i podání sedativ (benzodiazepiny). Ve studiích je udávaný dobrý efekt sumatriptanu aplikovaného nasálně nebo subkutánně, ale užití triptanů je limitováno věkovou hranicí, která je v ČR 17 let. Pokud jsou ataky četnější, podáváme profylaktika, nejčastěji cyproheptadine, účinná mohou být i tricyklická antidepresiva (amitriptyline), antiepileptika (valproát, topiramát), beta-blokátory (propranolol), blokátory Ca-kanálů (verapamil) (9).

Abdominální migréna

Idiopatické recidivující onemocnění převážně dětského věku, charakterizované epizodickou bolestí břicha v oblasti střední čáry, nebo kolem pupku, manifestující se v atakách. Mezi atakami je pacient zcela asymptomatický. Bolest je silné intenzity, takové, že ovlivňuje běžnou denní činnost (diagnostické kritérium) a je spojená s vasomotorickými příznaky (zblednutí, provázené tmavými kruhy pod očima nebo méně často zčervenání), nauzeou a zvracením. Děti mohou mít obtíže odlišit nechutenství a nauseu. Ataka trvá 1–72 hodin, nejčastěji kolem 1–2 hodin. U některých pacientů lze najít triggery vyvolávající

ataku, nejčastěji čokoláda, kofein, aminy, nepravidelnost v jídle a porucha spánkového režimu. Výskyt je nejčastější u dětí ve školním věku (6–10 let), ale může se objevovat již kolem 3 roku věku, postihuje stejně chlapce a dívky. Častá je pozitivní rodinná anamnéza stran migrén (až v 90 % u příbuzného prvního stupně) (9). U většiny dětí s abdominální migrénou v dětství se projeví migréna později v životě.

Abdominální migréna – diagnostická kritéria dle ICHD-II:

A. Nejméně 5 atak splňující kritéria B–D.
B. Ataka abdominální bolesti trvající 1–72 hodin (neléčené nebo neúspešně léčené).
C. Bolest břicha má všechny následující charakteristiky:
   1. lokalizace: v oblasti střední čáry, kolem pupku nebo špatně lokalizovatelná
   2. kvalita: tupá nebo „jen citlivost“
   3. intenzita: střední nebo velká.
D. Během bolesti břicha přinejmenším 2 z následujících:
   1. nechutenství
   2. nausea
   3. vomitus
   4. zblednutí.
E. Nepřítomnost jiné vyvolávající příčiny.

Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit bolesti břicha při onemocnění GIT, ledvin, metabolických onemocněních (porfyrie nebo jako symptom současné pankreatitidy, která se objevuje u mnoha metabolických onemocnění: organická acidurie, poruchy metabolizmu lipidů a mastných kyselin a u poruchy oxidativní fosforylace (6)). Abdominální migréna je vyloučena, pokud jsou symptomy mírné intenzity, neovlivňující běžné denní aktivity, bolest je lokalizována mimo střední čáru, symptomy jsou spojené s jídlovou alergií nebo GIT onemocněním, ataka trvá méně než 1 hodinu a perzistují-li příznaky i mimo ataku.

O léčbě není mnoho informací, v léčbě akutní ataky se může uplatnit intavenozní podání valproátu (13), profylakticky může být účinný cyproheptadine, pizotifen, propranolol (9). Vždy je nutné vyloučit triggery (zejména úprava jídla).

Benigní paroxysmální vertigo v dětství (BPV)

Onemocnění je charakterizováno rekurentními krátkými epizodickými atakami vertiga vyskytujícími se náhle a spontánně odeznívajícími u jinak zdravých dětí. Postihuje nejčastěji děti ve věku 2–4 let. První projevy mohou být již před 18. měsícem věku. V dalších letech pak vídáme u těchto dětí často typické migrenózní záchvaty, často bazilární typ migrény (9). Záchvaty se vyskytují v clusteru a typicky odeznívají po spánku. Vertigo může být doprovázeno, nauzeou, nystagmem, bledostí, anxietou. Zejména batolata nejsou schopna popsat potíže, jeví se jako ustrašené a „lepí se“ k rodiči. Starší děti často charakterizují pocit závratí jako že „se pohybují nebo posunují“. Bolest hlavy nebývá častá.

BPV – diagnostická kritéria dle ICHD-II:

A. Nejméně 5 atak splňující kritérium B.
B. Mnohočetné epizody těžkých závratí (často spojené s nystagmem nebo zvracením, v některých případech i jednostrannou pulsující bolestí hlavy), které se objevují náhle, bez varování a spontánně mizí po několika minutách až hodinách.
C. Normální neurologický a audiometrický nález a normální vestibulární funkce mezi atakami.
D. Normální EEG.

Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit především epileptické paroxysmy, afekce středního a vnitřního ucha a léze zadní jámy lební.

Léčba většinou není nutná, protože spánek u většiny pacientů přeruší ataku. U pacientů s četnými atakami podáváme profylakticky cyproheptadine na noc v několikatýdenní kúře, léčba ataky je symptomatická, podáváme antiemetika.

Benigní paroxysmální torticollis (BPT)

Vzácná paroxysmální dyskinéza charakterizována atakami torticollis, která s vyskytuje samostatně nebo společně se zvracením, ataxií, bledostí a apatií. První manifestace bývá již v kojeneckém věku, mezi 2.–8. měsícem a mizí kolem 5. roku. V patofyziologii je předpokládaný vztah k migréně i když zatím není BPT zařazené do ICHD-II. Podporuje to často pozitivní rodinná anamneza migrén, u několika pacientů byla prokázána mutace CACNA1A genu. BPT může být považováno za ekvivalent migrény s aurou (3). Pravděpodobně se jedná o časný začátek varianty bazilární migrény, která je sama o sobě variantou BPV. Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit: gastro-esophageální reflux, idiopatickou torzní dystonii, komplexní parciální záchvaty, léze zadní jámy a cervikokraniálního přechodu, léze kývače (následkem porodního traumatu). Léčba není popsána, v případě, že jsou epizody časté a s výraznou klinikou, může být účinný cyproheptadine (9).

Varianty migrény

Jedná se o klinické jednotky vlastní pro dětský věk, jsou charakteristické začátkem ve fokálním neurologickém deficitu, následovaném bolestí hlavy, která většinou nebývá v popředí obtíží. Diagnóza je stanovena vždy per exclusionem. Mezi varianty migrény lze zařadit hemiplegickou migrénu (familiární hemiplegická migréna, sporadická hemiplegická migréna), hemianestetickou migrénu, bazilární migrénu, aury bez bolesti hlavy, migrénu se stavem zmatenosti, syndrom „Alenka v říši divů“. Některé z těchto jednotek jsou dle oficiální klasifikace řazeny mezi migrény s aurou, některé nejsou do klasifikace vůbec zavzaty, nicméně i u nich se předpokládá patofyziologický vztah k migréně.

Familiární hemiplegická migréna (FHM)

Typ migrény s aurou. Jde o autozomálně dominantní hereditární onemocnění, asi u 50 % rodin byla prokázána mutace v genu pro kalciový kanál (CACNA1A) na chromozomu 19p13 (9). První záchvaty pozorujeme většinou v dětství. Hlavním symptomem aury je různě těžká hemiparéza až hemiplegie, provázená další symptomatologií: poruchy cítivosti, řeči, zraku, časté jsou současné alterace vědomí. Aura má „stroke-like“ průběh, příznaky aury trvají od několika minut (minimálně 5) až po několik hodin (maximálně 24), často přesahují samotnou bolest hlavy. Bolesti hlavy mohou být typické, někdy předcházejí hemiplegii a občas chybí. Lokalizace bolesti hlavy je často (ne pravidelně) kontralaterálně k fokálnímu deficitu. Alespoň jeden z přímých příbuzných má podobné ataky. Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit jiné příčiny fokálního neurologického defictu (intrakraniální hemoragie, ischemie, tumor, cévní malformace), rovněž vyloučit komplexní parciální záchvaty a intoxikace sympatomimetiky (9). V terapii nejsou popsány účinné léčebné postupy.

Sporadická hemiplegická migréna

Nově přidaná jednotka do ICHD-II. Diagnostická kritéria jsou shodná s FHM, s výjimkou požadavku na postižení příbuzného prvního nebo druhého stupně.

Bazilární migréna

Tento typ migrény s aurou je nejčastější u dospívajících dívek, vyskytuje se však u obou pohlaví a ve všech věkových skupinách. Začátek bývá v raném dětství, kolem 7. roku. Příznaky aury jsou způsobeny dysfunkcí mozkového kmene či obou týlních laloků. Nejčastější příznaky aury bazilární migrény u dětí jsou: vertigo 73 %, nausea nebo zvracení 30–50 %, ataxie 43–50 %, výpadky zorného pole 43 %, diplopie 30 %, tinnitus 13 %, poruchy vědomí včetně déletrvajících stavů zmatenosti a neklidu 20 %, parézy (hemiparéza, diparéza, kvadruparéza) 20 % (9). Jednotlivé příznaky aury se vyskytují v různé intenzitě a kombinaci, často sukcesivně následují za sebou. Aura, která trvá několik minut až 1 hodinu, je následována fází bolesti hlavy, na rozdíl od většiny migrén, může být bolest lokalizována v okcipitální oblasti.

Syndrom „Alenky v říši divů" (Alice in Wonderland syndrome, AIWS)

Nyní je nahlížena jako typ migrény s aurou. Aura je naprosto netypická zahrnuje bizarní živé zrakové iluze, obvykle je následována bolestí hlavy. Vizuální iluze mohou mít podobu mikropsií nebo makropsií (objekty se jeví menší nebo větší), metamorphopsií (deformace tvaru, zejména obličeje), teleopsií (objekty se jeví vzdálené, někdy naopak extrémně blízké, pohybující se směrem k pacientovi), chromatopsií (iluzivní barvy), achromatopsií (vymizení barvy), polyopií (jeden objekt působí jako dva či více objektů), palinopsií (porucha uchovávání zrakových obrazů), rovněž je porušena perspektiva, typické bývají poruchy vnímání tělesného schématu (macro- nebo microsomatognopsie), které mohou být nejvíc negativně vnímány, nejčastěji se jedná o poruchu vnímání velikosti a tvaru rukou a hlavy, někdy i celého těla. Ostatní příznaky zahrnují deformované vnímání času, zvuku, poruchu dotykového vnímání. Nejběžnější denní doba ataky AIWS je v čase před usnutím. Pacient nevyloučí symptomy zavřením očí, na rozdíl od pseudohalucinací, které se mohou vyskytnout za šera. Ataka může být provázena, anxietou, vertigem, nauzeou. Děti často nebývají vystrašené vizuální aurou a popisují ji s velkými detaily. AIWS se často vyskytuje u dětí, ale může se vyskytovat i v pozdějším věku.

Obdobné poruchy vizuální percepce (zejména mikropsie) se mohou vyskytnout i z jiných příčin, diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit: infekční mononukleózu (první příznaky nebo v průběhu onemocnění), komplexní parciální záchvaty (benigní occipitální epilepsie), akutní febrilní stav, schizofrenii, halucinogenní drogy, užití léků – zejm. dextromethorphan, centrální antitusikum obsažené v řadě kompozitních přípravků proti nachlazení (v ČR např. Paralen Plus, Coldrex Nite, Humex sirup, Robitussin sirup) (7).

Migréna se stavem zmatenosti

Další z variant migrény dětského věku, která není zavzata do ICHD-II. Postihuje častěji chlapce, zejména v období adolescence. Ataka je nejčastěji spouštěna malým úrazem hlavy jako je např. „hlavička" při fotbalovémzápase, proto je často nazývaná jako „migréna fotbalistů". Je charakterizovaná akutním stavem zmatenosti, agitovanosti, někdy až bojovnosti a agresivity. Kvalitativní porucha vědomí může být spojená s dalšími příznaky jako afázie, poruchy vizu, parastézie, hemiparézy (příznaky se překrývají s hemiplegickou a bazilární migrénou), je následována nebo provázena bolestí hlavy. Ataka trvá kolem 4–24 hodin. Častá bývá následná amnézie, zejména na fázi bolesti hlavy, což ztěžuje diagnostiku. Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit poúrazové intrakraniální komplikace, intoxikace drogami, cévní onemocnění mozku (vaskulitida), encefalitidu, rozvrat vnitřního prostředí, parciální komplexní záchvaty nebo postiktální stav.

Prognóza

23 % pacientů je bez migrény před dosažením věku 25 let, chlapci signifikantně častěji než dívky. Nicméně více jako polovina pacientů má migrenózní ataky i ve věku 50 let. U pacientů, kteří mají v dospělosti děti, je 52% výskyt recidivujících bolestí hlavy, pravděpodobně migrenózního typu u jednoho či více potomků (1).

Závěr

V dětském věku je diagnostika migrén ztížena někdy ne zcela typickým průběhem a zejména chudou anamnézou, zejména u menších dětí. Stanovení diagnózy může být proto zpožděno a děti jsou zdlouhavě vyšetřovány pro jiné organické onemocnění. Vždy je nutné myslet i na možnost migrény, jako benigního záchvatového onemocnění, stanovit včasnou diagnózu, která umožní cílenou léčbu a zlepší tak kvalitu života postižených dětí.

MUDr. Miroslava Muchová
Klinika dětské neurologie, FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: muchova.m@seznam.cz

Literatura

1. Bille B. A 40-year follow-up of scholl children with migraine. Cephalalgia 1997; 17: 488–491.
2. Dignan F, Symon DNK, AbuArafeh I., Russell G. The prognosis of cyclical vomiting syndrome. Archives of Disease in Childhood, 2001; 84, 1: 55–57.
3. Giffin NJ, Benton S, Goadsby PJ. Benign paroxysmal torticollis of infancy: four new cases and linkage to CACNA1A mutation. Developmental Medicine and Child Neurology 2002; 44: 490–493.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7): 1–96.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1): 1–160.
6. Hoffmann GF, Nyhan WL, Zschocke J, Kahler SG, Mayatepek E. Dědičné metabolické poruchy. Praha: Grada 2006: 225–228.
7. Lahat E, Berkovitch M, Barr J, Paret G, Barzilai A. Abnormal visual evoked potentials in children with „Alice in Wonderland" syndrome due to infectious mononucleosis. Journal of Child Neurology 1999; 14, 11: 732–736.
8. Lewis DW. Migraine Headaches in the adolescent. Adolescent Medicine 2002; 13, 3: 413–432.
9. Lewis DW, Pearlman E. The migraine variants. Pediatric Annals 2005; 34, 6: 486–497.
10. Lewis DW, Yonker M, Winner P, Sowell M. The treatment of pediatric migraine. Pediatric Annals 2005; 34, 6: 449–460.
11. Opavský J, Keller O, Kotas R, Mastík J, Marková J, Rejda J, Waberžinek G. Česká verze revidované Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-II) navržené a předložené Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. Čes Slov Neurol Neurochir 2005; 2: 133–138.
12. Rossi LN, Cortinovis I, Menegazzo L, Brunelli G, Bossi A, Macchi M, Classification kriteria and distinction between migraine and tension-type headache in children. Developmental Medicine and Child Neurology 2001; 43: 45–51.
13. Tan V, Sahami AC, Peebles R, Shaw RJ. Abdominal migraine and treatment with intravenous valproic acid. Psychosomatics 2006; 47, 4: 353–355.
14. Waberžinek G. Bolesti hlavy, Praha: Triton 2000: 25–26, 85–91.