

Migréna nebo epilepsie – dilemma ambulantního dětského neurologa

doc. MUDr. Radomír Šlapal, CSc.

Ambulance dětské neurologie, Blansko

Autor se zamýšlí nad úskalími diferenciální diagnostiky mezi migrénami, především pak s aurou, a epilepsiemi ložiskovými (fokálními, parciálními) idiopatickými, zejména potom věkově vázanými benigními. Tyto diagnózy patří v ambulantní praxi dětského neurologa k nejčastějším. Poukazuje na podobnost obou jednotek z pohledu anamnestických údajů, klinických obrazů i normálních výsledků pomocných vyšetření včetně strukturálních zobrazení mozku, upozorňuje rovněž na obdobné terapeutické postupy a prognostické aspekty. Rozhodujícím rozlišujícím vyšetřením zůstává EEG, přičemž správná interpretace nálezů ve smyslu elektro-klinické korelace nemusí být mnohdy vůbec jednoznačná. Autor rovněž zdůrazňuje, že diagnostické rozvahy mohou být značně komplikovány jejich současným výskytem nebo vzájemnými přechody v čase u téhož pacienta či případnými kombinacemi s dalšími neepileptickými záchvaty, což v dětském věku určitě není ničím neobvyklým. Uvedené se týká nejen klinických obrazů, které především v nejnižších věkových kategoriích jsou mnohdy atypické a děti navíc často nedokáží své potíže relevantně popsat, ale také EEG vzorců.

Klíčová slova: migréna, epilepsie, diferenciální diagnostika, dětský věk.

Migraine or epilepsy – an outpatient paediatric neurologist's dilemma

The author discusses the pitfalls of differential diagnosis between migraines, particularly those with aura, and idiopathic focal (partial) epilepsies, particularly benign, age-related ones. These diagnoses are among the most common in the outpatient practice of a paediatric neurologist. The author points out to the similarity of both entities in terms of medical history data, clinical presentations, and normal results of auxiliary examinations, including structural brain imaging, and highlights the similar therapeutic strategies and prognostic aspects. EEG remains a decisive examination tool for distinction; nevertheless, correct interpretation of findings in terms of electroclinical correlation may not always be unequivocal. The author also emphasizes that diagnostic considerations may be greatly complicated by their concurrent presence or mutual transitions over time in the same patient, or by possible combinations with other non-epileptic seizures, which is not an uncommon occurrence in paediatric age. The above applies not only to clinical presentations that, particularly in the lowest age groups, are often atypical, with children being frequently unable to describe their complaints in a relevant way, but also to EEG patterns.

Key words: migraine, epilepsy, differential diagnosis, paediatric age.

Neurol. praxi 2012; 13(4): 219–220

Seznam zkratek

BECT – benigní epilepsie s centroparoxysmálními hroty

BEOS – benigní epilepsie s okcipitálními paroxysmy

BERS – benigní rolandická epilepsie

EEG – elektroencefalografie

PSD – periodické syndromy dětského věku

O složitostech diferenciální diagnostiky mezi migrénami a epilepsiemi toho už bylo řečeno a napsáno mnoho (Andermann, 1987; Panayiotopoulos, 1999). Je to určitě dáno tím, že patří mezi poměrně časté dva prototypy záchvatového onemocnění mozku a jejich klinické obrazy v mnohém splývají, někdy se prolíná také terminologie. Postupem času přibývají nové klasifikační podjednotky (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989; Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2004) a navíc se objevuje stále více styčných momentů v jejich etiopatogenezi, terapii

i prognóze. Obě jednotky pak představují ode dávna závažný medicínský i socioekonomický problém civilizovaného světa (Mastík, 2004).

U dětí je přitom situace ještě komplikovanější než u dospělých (DeRomanis et al., 1991). Zvláště malé děti nedokáží adekvátně vylíčit své potíže z pohledu jejich charakteru, lokalizace i délky trvání a mnohdy přiliš nepomohou ani jejich rodiče. Zejména v nižších věkových kategoriích nejsou klinické obrazy migrén typické, což dokumentují především **periodické syndromy dětského věku (PSD)** jako periodické zvracení, abdominální migréna či benigní paroxysmální vertigo. Mezi migrény s aurou dnes řadíme migrénu hemiplegickou familiární či sporadickou, migrénu bazilární, migrénu se stavem zmatenosti a syndrom „Alenka v říši divů“ (Golden, 1979; Hooking, 1998; Muchová, 2007), od dříve používaných termínů ekvivalenty nebo varianty migrény se upouští. **Spektrum epilepsií i jejich EEG korelátů je v dětském věku mnohem rozmanitější díky obohacení o případy s věkovou vazbou,** kam patří rovněž časté epilepsie ložiskové (fokál-

ní, parciální) idiopatické, z nichž některé jsou tzv. benigní (mají zatím blíže nedefinovaný genetický podklad a příznivou prognózu), především s centroparoxysmálními hroty (BECT či BERS = rolandická epilepsie), která je nejčastější ložiskovou epilepsií u dětí a ve školním věku pak představuje až 20 % případů, nebo s okcipitálními paroxysmy (BEOS). Zatímco do 3 let věku se manifestují hlavně epilepsie symptomatické, od předškolního věku až po adolescenci výrazně přibývá epilepsií idiopatických samozřejmě i generalizovaných (Hadač, 2009).

V ambulantní praxi dětského neurologa patří záchvatová onemocnění včetně migrén jednoduše k nejčastějším diagnózám (40,8 %), následují neurovývojové poruchy (29,7 %) a bolesti hlavy včetně nejčastějších migrenózních (27,6 %). V rámci celého diagnostického spektra představují **epilepsie 16,2 % a migrény 11,3 %,** v součtu pak tvoří více jak 2/3 případů záchvatových onemocnění. Z těchto procentuálních údajů vyplývá, že každý čtvrtý dětský neurologický pacient přichází do ordinace s jednou z těchto dvou diagnóz.

Uvedená procenta jsou výsledkem zpracování vlastního souboru 1 044 dětí, které navštívily ambulanci dětské neurologie v Blansku během prvních 5 let její činnosti v letech 2005–2010.

Nejdůležitějším krokem je správná diagnóza. Při řešení záchvatů je iniciálně zásadním diferenciálně diagnostickým rozhodnutím, zda se jedná o záchvaty neepileptické či epileptické (Ošlejšková, 2009; Paolicchi, 2002). Migrenózní ataky jsou poměrně častou formou neepileptických záchvatů i u dětí, přičemž ani případy s aurou nejsou vzácností, dominují symptomy vizuální a senzitivní, mohou se ovšem objevit i jiné senzorké nebo motorické deficity, vzácností pak nejsou fatické poruchy a můžeme zaznamenat také kvalitativní alterace vědomí. Největší dilema přináší odlišení migrén s aurou vizuální od BEOS (zvláště v tomto případě není chybná diagnóza vzácností) a s aurou senzitivní od BERS. Diferenciálně diagnostické problémy mohou ovšem rovněž způsobit migrény bez aury a jiné ložiskové idiopatické epilepsie, zvláště pak parciální komplexní nebo parciální elementární s pouhými vegetativními příznaky. Svízelné může být posouzení pouhé aury bez bolesti hlavy. Zcela jinou samostatnou kapitolou z tohoto pohledu představují epilepsie lezionální a symptomatické stejně jako idiopatické generalizované.

Anamnesticky u migrén i epilepsií ložiskových idiopatických zjišťujeme většinou pouze heredo-familiární zátěž zpravidla již u přímých příbuzných, vzácností nejsou ovšem případy, kdy je pozitivní z pohledu obou jednotek. Případná současná genetická dispozice z pohledu alergie či kinetózy umocňuje dle zkušeností autora možnou migrénu. V ostatním je anamnéza zpravidla němá.

Klinické obrazy obou jednotek symptomaticky značně splývají, přičemž jejich vyličení bývá často velmi chudé. V největší míře je to patrné u migrén s nejčastější vizuální aurou (skotomy scintilační či negativní, fotopsie a další poruchy zrakového pole) a BEOS nebo u migrény se senzitivní aurou (jednostranné parestzie nebo naopak necitlivost) a BERS. Podobné obrazy pak vidíme rovněž u mnohem méně častých migrén retinálních, bazilárních či hemiplegických familiárních nebo sporadických i některých jiných ložiskových idiopatických epilepsií. Zde je nutné zdůraznit, že cefalea v případě migrény zdaleka nemusí být dominantním příznakem nebo dokonce nemusí být přítomna vůbec. Běžně je tomu již u výše zmíněných PSD nebo typické aury s nemigrenózní bolestí hlavy či dokonce bez bolesti hlavy. Přesto cefalea, zejména déletrvající a intenzivní, zvláště pak charakteru hemikranií, je patognomickéjší pro migrénu. Jako příznak může ovšem být i součástí epileptického záchvatu, často se objevuje postparoxysmálně, migréna může na

epileptický záchvat bezprostředně navázat. Někdy se naopak může vyskytnout epileptický záchvat během ataky migrény nebo ji následovat do 1 hod. Pak uvedený stav hodnotíme jako epileptický záchvat spuštěný migrénou. Bezvědomí, ke kterému dochází v případě sekundární generalizace ložiskových epileptických záchvatů, naopak není příznakem migrény, i když její ataka se někdy může kombinovat se synkopou. Poněkud složitější je situace v případě pouhé kvalitativní alterace vědomí, kdy se mohou podobat případy migrény se stavem zmatenosti a epileptických paroxysmů parciálních komplexních. U parciálních elementárních potom žádná porucha vědomí přítomna není. Spouštěcí provokační momenty migrenózních atak či epileptických záchvatů jsou potom rovněž identické. Situaci navíc komplikuje možný současný výskyt migrény a epilepsie, stejně jako jejich dynamické přechody v čase u téhož pacienta.

Neurologické nálezy a výsledky zobrazovacích vyšetření mozku i dalších pomocných vyšetření jsou normální. V ambulantní praxi je z pohledu diferenciálně diagnostického alfoa a omegoa případná registrace epileptiformní abnormality v EEG. Její záchyt ve skalpovém 20 min. záznamu ovšem není zdaleka 100% ani u epilepsií. Naopak její zaznamenání nás může mnohdy zaskočit u pouhé monosymptomatické prosté cefaley. Asymptomatické epileptiformní výboje se vyskytují u 2–4% dětí, rolandické hroty pak u 1–2% dětí (Brožová, 2009). Je otázkou, zda je zachytíme v každém EEG záznamu, nebo jestli je možný jejich tranzitorní výskyt. U migrén se pak běžně vyskytují různé nespecifické ložiskové abnormality. Vzácností není současná přítomnost epileptiformní i nespecifické abnormality v jednom záznamu, je možné rovněž jejich střídání v čase. Je nutné zdůraznit, že správná interpretace EEG abnormality nemusí být v konkrétních případech vůbec jednoznačná.

Jistě není náhodou, že obě jednotky splývají také **terapeuticky**. Základem jejich léčby je dodržování velmi podobných režimových opatření (vyvarovat se především nevyspání či větší fyzické zátěži v závislosti na klimatických okolnostech nebo požití alkoholu). Některá antiepileptika např. valproát, topiramát a gabapentin se úspěšně používají rovněž v profylaxi migrény. Je nutné zdůraznit, že u benigních ložiskových idiopatických epilepsií s věkovou vazbou není farmakoterapie nezbytná a někdy může být dokonce nežádoucí ve smyslu negativního kongnitivně behaviorálního dopadu. Liší se tudíž pouze léčba vlastní ataky migrény a epileptického záchvatu, pokud je ovšem vůbec nutná.

Jejich **prognóza** je také velmi podobná. Ve své podstatě jsou zřejmě nevyléčitelné díky

jejich genetickému základu. Za absolutně platné zřejmě nelze považovat ani tvrzení, že benigní ložiskové idiopatické epilepsie po pubertě vždy vymizí. Ovlivnění kvality života dětských pacientů se u obou jednotek zásadně neliší.

Závěrem je nutné zdůraznit, že ambulantní dětský neurolog řeší diferenciální diagnostiku migrény a epilepsie poměrně často, přičemž vzácností není jejich vzájemná kombinace u téhož pacienta, stejně jako současná registrace nespecifické i epileptiformní abnormality v EEG. Navíc ničím neobvyklým nejsou ani jejich dynamické přechody v čase i jejich současný výskyt s dalšími mnohými neepileptickými záchvatovými projevy u téhož dítěte.

Literatura

1. Andermann F. Migraine and epilepsy: an overview. In: Andermann F, Lugaresi E (eds.). *Migraine and Epilepsy*. Boston: Butterworths, 1987; 405–421.
2. Brožová K. Význam EEG v diagnostice záchvatů a epileptických syndromů. In: Ošlejšková H, a kol. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*, Adela, 2009; 73–81.
3. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389–399.
4. DeRomanis F, Buzzi MG, Cerbo R, Feliciani M, Assenza S, Agnoli A. Migraine and epilepsy with infantile onset and electroencephalographic findings of occipital spike-wave complexes. *Headache* 1991; 31: 378–383.
5. Golden GS. The Alice in Wonderland syndrome in juvenile migraine. *Pediatrics* 1979; 63(4): 517–519.
6. Hadač J. Epileptické syndromy v dětském věku. In: Ošlejšková H, a kol. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*, Adela, 2009; 53–71.
7. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; Suppl 1: 1–160.
8. Hooking G. Special forms: variants of migraine in childhood. In: Hockaday JM (ed.). *Migraine in childhood*. Boston: Butterworths, 1998; 35–53.
9. Mastík M. Migréna – nová mezinárodní klasifikace a moderní léčebné postupy. *Neurol. praxi* 2004; 2: 79–83.
10. Muchová M, Ošlejšková H. Migréna v dětském věku. *Neurol. praxi*, 2007; 3: 163–167.
11. Ošlejšková H. Neepileptické příhody imitující epilepsii u dětí od 3 let věku a v adolescenci. In: Ošlejšková H, a kol. *Epileptické a neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci*, Adela, 2009; 175–199.
12. Panayiotopoulos CP. Differentiating occipital epilepsies from migraine with aura, acephalgic migraine and basilar migraine. In: Panayiotopoulos CP (ed.). *Benign Childhood Partial Seizures and Related Epileptic Syndromes*. London: John Libbey and Company Ltd., 1999; 281–302.
13. Paolicchi JM. The spectrum of nonepileptic events in children. *Epilepsia* 2002; 43(Suppl 3): 60–64.

Článek doručen redakci: 22. 10. 2011

Článek přijat k publikaci: 6. 12. 2011

doc. MUDr. Radomír Šlapal, CSc.
Ambulance dětské neurologie, Blansko
Nádražní 10, 678 01 Blansko
slapalr@seznam.cz

