

o auru prolongovanou (4). Migrenici mohou mít záchvaty aury bez bolesti hlavy. U jednotlivého pacienta se mohou objevovat záchvaty bez aury i s aurou.

Spouštěč migrény se nazývá trigger. Ty jsou individuální pro každého pacienta, někdo je zná, někdo je ani během celého života neodhalí. U žen je to často hormonální kolísání během menstruačního cyklu (ovulace, menstruace). Častým spouštěčem bývá stres, nevyspání nebo přespání. Migrénu mohou vyvolat i potraviny – plísňové sýry, ostré kořeněné pokrmy, alkohol, červené víno. Vliv má i hladovění nebo nedostatečná hydratace. K odhalení triggerů může napomoci pravidelné vedení deníků bolesti.

Migréna má kromě prožitku bolesti složku periferní a složku centrální.

Periferní složka se projevuje unilaterálními kraniálními autonomními symptomy projevujícími se během záchvatu migrény – lakrimace, zarudnutí oka, nazální kongesce, ptóza, otok víčka a pocení na čele nebo v obličejí (5). Tyto příznaky se však častěji objevují u clusterových bolestí hlavy nebo trigemonových autonomních bolestí hlavy.

Centrálním a méně známým doprovodným projevem je kožní allodynie, kterou můžeme najít až u 80 % pacientů. Projevuje se tak, že jev, který normálně nevyvolá bolest, jako kartáčování vlasů nebo dotyk na jiné části těla, vyvolá bolestivý vjem v oblasti hlavy, někdy i celé poloviny těla. Allodynie odezní po skončení vlastního záchvatu. Pacienti často nejsou schopni rozeznat, zda se již jedná o počínající migrénu nebo bolest krční páteře. Přítomnost allodynie může napovědět o chronifikaci migrény.

Podle počtu záchvatů za měsíc pak migrénu dělíme na epizodickou (EM) a chronickou (CM). Při nízkofrekvenční migréně má nemocný záchvat 4–8x do měsíce. Vysokofrekvenční/frekventní migréna postihuje pacienty více než 8x do měsíce, ale méně než 15x. Má-li nemocný bolest hlavy více než 15x za měsíc, z nichž více než 8 záchvatů splňuje diagnostická kritéria migrény a vyloučili jsme jinou příčinu bolestí hlavy, jedná se o migrénu chronickou (CM). 15 dní s bolestí hlavy ale nemusí znamenat, že každý den má pacient silnou migrénu s vegetativním doprovodem. Migrenózních

záchvatů musí být alespoň 8, v ostatní dny je bolest hlavy mírnější, spíše tlakového charakteru, často bez doprovodných příznaků a omylem jsou často považovány za samostatné tenzní bolesti místo součásti chronifikované migrény.

S narůstajícím počtem záchvatů začínají mít nemocní problémy v pracovním i osobním životě, klesá jejich produktivita práce, narůstá spotřeba analgetik, zhoršuje se nálada pacienta a narůstá depresivita. Migréna zcela ovládne život nemocného.

Chronifikace migrény a bolest hlavy z nadužívání akutní medikace

Migrenózní záchvat je u pacientů zpočátku uniformní. U žen často začíná v období menarche nebo po porodu, většinou však vzniká bez příčiny. Bolest se obvykle objevuje epizodicky nebo ve vazbě na menstruaci. Výskyt v rodinách je častý, byl prokázán 45% vliv genetiky (6). Postupem času u neléčené migrény narůstá počet záchvatů, u některých pacientů až do stadia chronické migrény. S počtem záchvatů se mění charakteristika bolesti, je tupější a tlakovější, často nemocné budí v noci. Doprovodné příznaky ustupují. Pacient sahá po dalších a dalších analgetících, ty postupem času ztrácí účinnost. Aby lék zabral, musí užít vyšší dávku nebo musí léky kombinovat. Neužije-li lék, rozbolí ho hlava. Vzniká sekundárně navozená bolest hlavy z nadužívání akutní medikace – medication overuse headache (MOH). Mnozí tito pacienti berou akutní léky již ráno po probuzení, preventivně z obavy z bolesti. Výjimkou nejsou ani lidé užívající více než 30 tablet sumatriptanu za měsíc. MOH je definována užitím běžných analgetik ve více než 15 dnech za měsíc, u triptanů a kombinovaných analgetik a opiátů a barbiturátů je to 10 dní.

Patofyziologie chronifikace migrény není zcela vysvětlena. Předpokládá se, že nárůst počtu záchvatů je dán strukturálními, fyziologickými a biochemickými změnami v mozku pacientů a dysregulací trigeminovaskulární nociceptce. Diagnostický marker migrény do dnes neexistuje. Klinickým markerem centrální senzitivace je kožní allodynie, která koreluje s množstvím a délkou záchvatů. Klíčem k chronifikaci migrény a její rezistenci může být právě centrální senzitivace (7).

Akutní a profylaktická léčba

K akutní léčbě záchvatu užíváme analgetika. Začínáme nesteroidními antiflogistiky – ibuprofenem, kyselinou acetylsalicylovou, indometacinem, diclofenakem, nimesulidem, pro jejich dobrý efekt, nebo neopioidními analgetiky jako je například paracetamol a metamizol. Efekt má i naproxen, který je na Slovensku považován za lék akutní i profylaktický. V minulosti byly dostupné ergotaminy, léky s dobrým účinkem, ale velkým rizikem vzniku bolesti hlavy ze závislosti. V dnešní době se jim snažíme zcela vyhnout, někteří pacienti zvyklí na tuto medikaci však stále ještě v populaci jsou. Od roku 1993 máme k dispozici specifická antimigrenika – triptany. Není doporučeno na migrénu podávat opioidy, které vyvolávají hyperalgezií (8).

I přes veškeré akutní i profylaktické léky stále neumíme migrénu vyléčit. Začínáme vždy výběrem jedné z pěti tříd profylaktik s prokázanou účinností pomocí evidence-based medicíny (Tab 1). První dvě skupiny tvoří protizáchvatové léky – topiramát a valproát.

Topiramát má ve studiích nejvyšší účinnost (9). Perzistence na této léčbě je bohužel relativně nízká, zvláště kvůli jeho nežádoucím účinkům. Jeho nasazení musí být pozvolné pro riziko rozvoje reverzibilního kognitivního deficitu – porucha výbavnosti slov, zpomalení psychomotorického tempa.

Tab. 1. Skupiny perorální profylaktické léčby v ČR (podle SPC)

Skupina 1	Topiramát
Skupina 2	Valproát*
Skupina 3	Betablokátory (metoprolol, propranolol [§] , bisoprolol [§])
Skupina 4	Antidepresiva (amitriptylin a venlafaxin [§])
Skupina 5	Blokátory kalciových kanálů (flunarizin [#] a cinarizin)

*kontraindikován u dívek a žen ve fertilním věku, [§]léky neregistrované k léčbě migrény, ale s prokázanou účinností, [#]dříve registrovaný v ČR pro terapii migrény