

Úvod

Migréna je podle zprávy Světové zdravotnické organizace třetím nejčastějším onemocněním na světě a současně šestou nejvíce hendikepující diagnózou vůbec. Celosvětově je první příčinou disability u lidí pod 50 let věku, tedy v produktivním věku (1).

Nejvyšší prevalence je v Evropě a Severní Americe (celkově 11,7–14,7 %), z toho u žen 17,1–18,2 % a u mužů 5,6–8 %. Nejméně se migréna vyskytuje v Africe a v Asii (2, 3).

Ataky migrény mohou začít v kterémkoliv věku, typicky v období puberty a adolescence, zřídka však po 50. roce věku. Před pubertou je prevalence migrény u chlapců a dívek podobná (přibližně 5 %). V pubertě prevalence migrény stoupá, výrazněji u dívek než u chlapců a mezi 30. a 50. rokem věku je prevalence migrény tři až čtyřikrát vyšší u žen než u mužů. Po 50. roce věku prevalence klesá u obou pohlaví (4).

Migréna se stává stále více předmětem pozornosti široké lékařské veřejnosti, zejména pak praktických lékařů a neurologů. V posledních desetiletích rozvoj poznatků o patofyziologii migrény vedl k vývinu specifických léků jak při léčbě akutní ataky, tak při léčbě profylaktické. Již zcela běžně řadu let užíváme ke zvládnutí akutních atak triptany, v profylaktické léčbě se několik posledních let s velkým úspěchem uplatňují monoklonální protilátky proti calcitonin gene-related peptidu (CGRP) nebo jeho receptoru, a v poslední době navíc nově nastupuje i léčba gepanty.

Správné užívání této vysoce specifické léčby vyžaduje úzkou spolupráci všech zainteresovaných složek léčebné péče, mezi nimiž praktičtí lékaři sehrávají důležitou roli.

Klinický obraz migrény

Migréna je typická primární bolest hlavy manifestující se atakami neboli záchvaty. Každá ataka se dělí na čtyři různé fáze, přičemž u konkrétního pacienta mohou být přítomny jen některé z nich.

Prodromální fáze zahrnuje období nejčastěji 48 hodin předcházející aurě či bolesti hlavy. Asi 80 % migreniků udává výskyt prodromálních příznaků hodiny až dny před začátkem bolesti hlavy nebo aury. Často uváděnými příznaky jsou nápadné zívání, únava, zvýšená frekvence močení, žízeň, touha po

jídle nebo po sladkém, změny nálady jako nápadná euforie nebo deprese, podrážděnost, přecitlivělost na světlo, bolest šíje nebo i kognitivní dysfunkce.

Asi u 20–30 % pacientů následuje **aura**. V případě, že je aura přítomna, hovoříme o *migréně s aurou*. V opačném případě jde o *migrénu bez aury*. Migrenózní auru tvoří ložiskové neurologické příznaky lokalizované do mozkové kůry nebo zřídka do mozkového kmene. Aura obvykle předchází bolest hlavy. Každý jednotlivý příznak trvá obvykle 5–60 minut. Během jednoho záchvatu se u pacienta může dostavit i více příznaků po sobě.

Vůbec nejčastější je **zraková aura**. Typickým prototypem zrakové aury je scintilační skotom. Skládá se ze scintilace, což je třpytící se cik-cak obrazec, a následného skotomu, tj. obloukovité oblasti zkaleného nebo zamlženého vidění uvnitř cik-cak obrazce. Zraková aura může mít ovšem podobu i tzv. fotopsií, což jsou bílé, tmavé nebo barevné skvrny, tečky, hvězdičky nebo jiskřičky a záblesky, které různě blikají, třpytí se nebo se lesknou.

Druhá nejčastější je **senzitivní aura**. Manifestuje se zpravidla paresteziemi typu brnění nebo mravenčení nejčastěji na ruce, které se pomalu stěhuje k rameni, případně na jednu polovinu tváře nebo i na větší či menší část příslušné poloviny těla a zanechává za sebou přechodnou oblast necitlivosti. Často se však senzitivní příznaky objeví na ruce, přeskočí paži a rameno a postihují ústní koutek a jednu polovinu rtů a jazyka. Mluvíme o cheiro-orálních paresteziích. Méně často tyto senzitivní příznaky začínají na chodidle a dolní končetině.

Aura může být i **řečová** v podobě afázie nebo dysartrie. Zraková, senzitivní a řečová aura představují tzv. *typickou auru*. U většiny pacientů po typické aurě následuje vždy migrenózní bolest hlavy, ale někteří pacienti mají kromě toho i ataky s aurou následované jen mírnou nemigrenózní bolestí hlavy nebo dokonce bolest hlavy po aurě vůbec nenastává. Tito pacienti trpí *typickou aurou bez bolesti hlavy*.

Méně často se aura manifestuje jinými příznaky. V případě tzv. *hemiplegické migrény* je to hemiparéza. Hemiplegická migréna může být *familiární*, jestliže alespoň jeden z příbuzných trpí stejnými příznaky, nebo *sporadická* s negativní rodinnou anamnézou. Vzácně přichází *migréna s kmenovou aurou*

s příznaky pocházejícími z mozkového kmene, jako je diplopie, dysartrie, závrať, tinitus, hypakuze a ataxie. Může být i snížená úroveň vědomí. Nevyskytují se však parézy. *Retinální migréna* se vyznačuje monokulárními zrakovými poruchami včetně scintilace a skotomu. U *vestibulární migrény* je přítomno vertigo případně s nauzeou.

Bolest hlavy následuje po aurě. Je převážně jednostranná, může se však v průběhu záchvatu rozšířit na obě strany. Nejčastěji je lokalizována za okem, v čele a ve spánku. Někdy však začíná v týle, je provázena pocitem ztuhlosti šíje na postižené straně a bývá proto často nesprávně klasifikována jako vertebrogenní. Bolest hlavy u migrény je zpravidla střední až silné intenzity, pulzujícího charakteru. Trvá většinou několik hodin až 3 dny. Je provázena nauzeou a/nebo zvracením, foto- a fonofobií, což je nesnášenlivost jasného světla nebo hluku. U některých pacientů je přítomna intolerance některých vůní nebo pachů.

Po vymizení bolesti v **pozáchvatovém období** může přetrvávat pocit vyčerpání, letargie, netečnost, u jiných pacientů je v popředí předrážděnost a porucha koncentrace (5, 6, 7).

Migrénu lze podle počtu migrenózních dnů za měsíc (MMD) dělit na *epizodickou* s počtem 1–14 MMD a *chronickou* s 15 a více MMD.

Chronická migréna podle nové klasifikace je samostatnou jednotkou. Jde o obtížně léčitelné onemocnění. U pacientů s chronickou migrénou lze zpravidla v anamnéze vystopovat klasickou epizodickou migrénu s několika atakami za měsíc s počátkem ve druhé nebo třetí dekádě. Častěji jsou takto postiženy ženy s migrénou bez aury. Během vývoje chronické migrény frekvence bolestí hlavy v průběhu měsíců až let postupně narůstá, a kromě záchvatů typických migrenózních bolestí hlavy pulzujícího charakteru se přidávají tupé, tlakové bolesti připomínající tenzní typ bolesti hlavy.

Podle mezinárodní klasifikace se u chronické migrény bolest hlavy vyskytuje alespoň 15x nebo vícekrát za měsíc po dobu déle než 3 měsíce a z toho alespoň 8x má bolest migrenózní charakter a reaguje na léčbu triptany.

Z ovlivnitelných faktorů, které mají za následek chronifikaci migrény, jde zejména o nadužívání akutní antimigrenózní medikace, jako jsou analgetika včetně kombinova-