

616.857:612.18

MIGRENÓZNÍ A CHRONICKÉ VAZOMOTORICKÉ BOLESTI HLAVY

Pplk. MUDr. Zdeněk PUKL
nervové oddělení vojenské nemocnice v Brně

Bolestmi hlavy trpí přibližně $\frac{2}{3}$ dospělé populace. Většinou jde o vaskulárně podmíněné bolesti. Do okruhu migrenózních cefalalgí řadíme migrénu klasickou, atypickou, hemiplegickou a cyklickou. Patofyziologicky probíhá migrenózní záchvat v několika fázích. V první, prodromální fázi dochází k vazokonstrikci v intrakraniálním, zejména kapilárním řečišti a tím k ischemii mozkové kůry a sítnice. Klinicky se projevuje zrakovou aurou a dalšími prodromy. Během druhé fáze nastává vazodilatace extrakraniálních a intrakraniálních artérií, která vede k bolesti hlavy. Rozdělení fází je ovšem do jisté míry schematické, obě fáze se mohou překrývat. Třetí fáze je provázena edémem cévní stěny a jejího okolí, perivaskulární infiltrací, zvýšenou permeabilitou a klinicky je charakterizována tupými bolestmi hlavy delšího trvání. Za vlastní příčinu migrény je považována specifická reaktivita zejména podkorových vazomotorických oblastí. V posledních letech byla prokázána významná role biogenních aminů při vzniku migrenózního záchvatu. Na začátku záchvatu je z trombocytů uvolňován serotonin, který zčásti proniká do perivasku-

lární tkáň, vyvolává zvýšení prostupnosti cévní stěny a vylučování neurokininu, polypeptidu typu plazmokininu. Serotonin i neurokinin snižují práh bolesti. Na zvýšení permeability cévní stěny se podílí i histamin uvolňovaný z plazmocytů. Relativní úbytek serotoninu v plazmě vede k hypotonii cévní stěny a vazodilataci hlavových a nitrolebních cév.

Klasická, oftalmická migréna se projevuje v prodromální fázi oční aurou, která trvá od několika minut do půl hodiny. Obvykle jde o míhavý skotom v jednom zorném poli nebo v obou homonymních zorných polích, který se rozšiřuje do fortifikačních linií až do slepé skvrny. Zrakové fenomény však mohou mít různé tvary i barvy. Oční auru sleduje bezprostředně nebo do několika minut bolest hlavy. Menší část migreniků může mít prodromy, které se projevují v emotivní sféře a předcházejí i několik dní migrenózní záchvat. Jde o stavy předrážděnosti, depresivní ladění, únavnost nebo naopak pocity neobvyklé svěžesti. Vlastní bolest hlavy je zpravidla lokalizována ve spánku, v čele a za okem. U více jak poloviny migreniků jde o hemikranie. Bolest hlavy na-

bývá na intenzitě a na svém vrcholu má typický bušivý, tepavý ráz. Dosahuje maxima do 1–2 hodin a trvá pak řadu hodin. Běžným doprovodným symptomem je nauzea až zvracení a dále přecitlivělost na fotické a akustické podněty. Při těžším záchvatu je postižený bledý v obličeji, cévy na lebce mohou viditelně pulsovát, na končetinách je akrocyanóza a hypotermie, někdy bývá suchost v ústech s pocitem žízně, oligurie s následnou polyurií, pocity mrazení, pocení. Třetí fáze provází jen těžší záchvaty, jde o tupé většinou několik dní trvající cefalgie.

Atypická migréna se liší od klasické tím, že chybějí zrakové prodromy, ostatní symptomatologie je stejná. Ostrá hranice mezi oběma formami migrény není. Přibližně polovina migreniků nemá oční auru. U části migreniků bývají jisté charakterové zvláštnosti, jako ztížená adaptabilita, introverze, preciznost. Část migreniků mívá na nativním rtg lbi malé přemostěné sedlo a jisté zvláštnosti na EEG s projevy synchronie paroxysmálního charakteru (dysrhythmická migréna).

Diagnóza migrény se opírá o tato kritéria:

1. oční aura u klasické migrény, jiné formy prodromů;
2. častá pozitivní familiární anamnéza;
3. periodický výskyt záchvatů migrény; mezi záchvaty je postižený vesměs bez obtíží;
4. bolesti hlavy zpravidla záchvatového charakteru, často jde o hemikranie. Cefalgie mají pulsující ráz a jsou provázeny nauzeou a zvracením;
5. negativní neurologický nález.

Ostatní formy migrény jsou mnohem řidší. Hemiplegická forma migrény je součástí pojmu migréna accompagnée. Na vrcholu záchvatu se objevují motorické poruchy ve smyslu monopares až hemipares a hemiplegií, ale i přechodné poruchy řeči, agrafie, popřípadě i senzitivní poruchy, jako hypestezie, hypalgezie, parestezie většinou hemi typu. Jsou známé abdominální migrény, u nichž je zvracení, průjem a břišní koliky; nejčastěji u dětí. Existují vestibulární a cerebelární migrény. Těžký migrenózní záchvat může být provázen psychickou alterací, která se projevuje úzkostmi, depresí, vzrušeností až delirantním a halucinačním syndromem (migrenózní psychózy).

Migréna je častější u žen v poměru až 4:1. Nejčastější výskyt je ve 3. deceniu. Frekvence záchvatů je různá, u těžkých migrén mohou být až 2–3 záchvaty za týden. Nakupení řady migrenózních záchvatů se označuje jako status migrenosus. Po 40. roce zpravidla záchvaty ustupují a mírní se. Při vzniku paroxysmu se uplatňují četné faktory, jako fotické (fotogenní migréna), hormonální u menstruačních migrén, specifické a nespecifické antigeny, paralogické, psychogenní a klimatické. Existují kombinace migrény a vazomotorických bolestí hlavy.

Cyklická migréna, Hortonův syndrom, má periodický průběh, kdy po různě dlouhých až

několikaletých intervalech bývají nakupeny záchvaty bolestí do několika dní až týdnů. Bolest, zpravidla bez prodromů, nastupuje paroxysmálně, rychle narůstá do maxima a netrvá většinou déle než 1–2 hodiny. Bolesti jsou obvykle noční.

Vazomotorické bolesti hlavy řadíme rovněž k vaskulárně podmíněným cefalalgím. Tento typ je daleko nejčastější, představuje až 90 % cévních bolestí hlavy. V jiných klasifikacích bývají zahrnovány do skupiny migrén nebo tenzních cefalgií. Na rozdíl od migrény nejsou prodromy, chybí nauzea a zvracení, bolest má většinou difúzní ráz, zpravidla zvolna narůstá a trvá hodiny, dny i týdny. Chybí rovněž periodický výskyt, postižení nemívají období, kdy by byli zcela bez obtíží. Familiární výskyt bývá méně častý, často jsou přítomny známky vegetativní dysregulace. Bolesti hlavy tohoto typu jsou často provokovány psychogenními a různými exogenními vlivy.

Léčbou lze ovlivnit většinu migrén. Při záchvatu podáváme ergotaminové preparáty, není-li nauzea, pak perorálně ve formě Ergo-*feinu*, při zvracení v čípcích a u těžších paroxysmů parenterálně Dihydroergotamin $\frac{1}{4}$ až $\frac{1}{2}$ amp. s. c., i. m., výjimečně i. v. nebo DH-Ergotoxin 1–2 amp. i. m., výjimečně i. v. Lehký migrenózní záchvat odstraní Acylcoffin nebo jiná analgetika. Ergotaminové preparáty působí vazokonstrikčním mechanismem, normalizují reaktivitu cévní stěny vůči katecholaminům a mají mírný antiserotoninový efekt, snižují poruchy cévní permeability. Profylakticky podáváme u migrény Dihydroergotamin nebo DH-Ergotoxin v kapkách ve vzestupné dávce po dobu 4–6 týdnů se stejně dlouhými pauzami opakovaně. Pokud jsou špatně snášeny nebo bez léčebného efektu, nasadíme Lysenyl, zejména u častých záchvatů. Podáváme ve vzestupné dávce do 4×2 mg po dobu 6 až 8 týdnů opět s intervaly opakovaně. Lysenyl ovlivňuje příznivě cévní labilitu, má antiserotoninový efekt, blokuje uvolňování histaminu z plazmocytů a potencuje vazokonstrikční vliv Noradrenalinu. Nověji se v léčbě uplatňuje Sandomigran. Léčbu doplňujeme psychofarmaky k snížení psychické tenze. U alergických migrén je indikována specifická desensibilizace prováděná ve spolupráci s alergologem. Můžeme zkusit i nespecifickou desensibilizaci Histaminem ascendens. U dysrhythmických migrén se osvědčují hydantoináty. Hormonální léčba může být účinná u migrén, u nichž hrají významnou úlohu hormonální faktory. U některých léčebně rezistentních migrén jsme s dobrým efektem použili ACTH. Jako podpůrnou léčbu používáme akupunkturu. Nutno zdůraznit význam životosprávy, ovlivnění nepříznivě působících faktorů, zejména psychogenních a alimentárních. U vazomotorických bolestí hlavy doporučujeme změnu životního režimu, podáváme vegetativní regulativa a trankvilizéry. Ergotaminové preparáty bývají méně účinné.

U chronických vazomotorických cefalgií vidáme, že postižení přecházejí od mírnějších analgetik k účinnějším, jsou nuceni zvyšovat denní dávku a nebývá výjimkou, že berou po léta i několik tablet analgetika denně, což s sebou nese všechna známá rizika včetně návyku. Od-poutat takové nemocné od analgetik je pak velmi obtížné.

Souhrn

Je uveden klinický obraz vaskulárně podmíněných bolestí hlavy, zejména migrény klasické, a méně častých forem migrenózních cefalgií a vazomotorických bolestí hlavy. Jsou uvedeny některé nové etiopatogenetické poznatky. V závěru jsou rozebrány základy léčby.

Literatura

1. Fanchamps, A., Papalexou, P.: Neue pathologische Erkenntnisse und Therapie der Migräne, Schweiz. Apoth. Ztg., 108, 1970, s. 666.
2. Friedman, A. P., von Storch, T. J. C.: Recent Advances in Treatment of Migraine J. A. M. A., 145, 1951, s. 1335 až 1329.
3. Heyck, H.: Der Kopfschmerz. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1958.
4. Lance, J. W.: The Mechanism and Management of Headache, London, Butterworths 1969.
5. Pichler, E.: Neues zur Pathogenese und Therapie des Kopfschmerzens. Wien. med. Wsch., 106, 1956, s. 1039 až 1043.
6. Sicuteri, F., Anselmi, B., del Bianco, P. L.: Clin. ther., 40, 1967, s. 117.
7. Wolff, H. G.: Headache and other Head Pain. New York, Oxford Univ. Press 1963.