

Strokovni članek / Original article

MIGRENA – PRIMARNI GLAVOBOL PRI OTROCIH**MIGRAINE – PRIMARY HEADACHE IN CHILDREN**

J. Kolenc

*Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

Glavobol je ena najpogostejših bolečin, s katero se srečuje človek. Z migreno pa se ne spopada samo otrok, ampak tudi njegova družina in okolica. Dobro poznavanje sprožilnih dejavnikov in načina ukrepanja ob akutnem migrenskem napadu ter pravočasno terapevtsko ukrepanje in vodenje dnevnika zmanjšujejo pogostost in jakost migrenskih napadov. Tvrno sodelovanje med zdravstvenim timom in družino ter jasno zastavljeni cilji omogočajo uspešno obravnavo otroka z migreno. V prispevku obravnavamo migreno pri otrocih. Predstavljamo epidemiologijo bolezni, klinično sliko in ukrepanje. Obravnavamo tudi raziskave na tem področju in opredeljujemo razširjenost bolezni pri nas.

Ključne besede: migrena, bolečina, otrok, mladostnik, glavobol.

ABSTRACT

Headache is one of the most frequent pains that people experience. Not only is the child affected by migraine, but also the whole family and his or her environment. The frequency and potency of migraine attacks can be lessened by a good knowledge of trigger factors, the course of action at the onset of an acute migraine attack, quick therapeutic intervention and keeping a diary. A good relationship between the healthcare team and the families of affected children and clear therapeutic aims lead to success in treating the child with migraine. This article presents migraine in children, epidemiology, signs and symptoms, intervention, research and migraine prevalence in our country.

Key words: migraine, pain, child, adolescent, headache.

UVOD

Bolečina je neprijetna zaznava, povezana z neugodjem in strahom, in pogosto omejuje vsakodnevno delovanje. Če je prisotna pri otroku ali mladostniku, jo starši sprejemajo z nezaupanjem in z zaskrbljenostjo, kar vodi v stisko celotne družine. Pričakovanja

do zdravstvenega osebja so velika. Boljše poznavanje migrenskih glavobolov in timski pristop omogočata, da je obravnava bolnika kar se da ustrezna.

Glavobol je ena najpogostejših bolečin, ki jih doživlja človek. Omenjajo ga že v obdobju pred našim štetjem v starih egipčanskih in asirsko-babilonskih

spisih. Kot posebno obliko bolezni je glavobol opisoval že Hipokrat, in sicer prav obliko glavobola, ki jo danes imenujemo migrena (1). Prvi opis migrene izvira iz sumerskih časov, 3000 let pred našim štehtjem. V drugi polovici 1. stoletja je Areteus iz Kapadokije uporabil izraz »heterocronaia«, s katerim je opisoval bolečine v glavi. Z migreno so se ukvarjali različni zdravniki, prvi pa jo je natančno opisal zdravnik Galen v 2. stoletju (2).

Migrena je prehodna in ponavljajoča se živčno-žilna motnja, ki se pojavlja v obliki migrenskih napadov, za katere je značilen zmeren ali intenziven glavobol, običajno umeščen na eni strani glave. Spremljajo ga slabost, bruhanje ter preobčutljivost na svetlobo (fotofobija) in zvok (fonofobija) (3). Pri otrocih se migrena kaže podobno kot pri odraslih, a z nekaj bistvenimi razlikami.

Migrena je pogost vzrok akutnega ponavljajočega se glavobola pri otroku. Pojavlja se epizodično pri sicer povsem zdravem otroku. Ima svoje klinične značilnosti in se razlikuje od migrene pri odraslem. Naravni potek bolezni je različen: lahko izzveni ali se nadaljuje v puberteto in odraslost, včasih pa se celo stopnjuje (4, 5).

EPIDEMIOLOGIJA

Glavobol je ena najpogostejših motenj v otroštvu, saj o izrazitem glavobolu poroča kar 75 % otrok, mlajših od 15 let (6).

Pogostost migrene se s starostjo spreminja in znaša:

- 3 % pri predšolskih otrocih;
- 4–11 % pri otrocih, starih 7–11 let;
- 8–23 % pri otrocih, starih 11–15 let;
- do 28 % pri starejših mladostnikih (6).

V povprečju se pojavi pri starosti 7,2 leta pri dečkih in 10,9 leta pri deklicah. Pred petim letom utrpi prvi migrenski napad 20 % otrok (4).

V predpubertetnem obdobju je migrena pogostejša

pri dečkih, v starostnem obdobju 7–11 let je pogostost med spoloma enaka, v adolescenci pa je do trikrat pogostejša pri dekletih (5).

Izsledki raziskave o razširjenosti glavobola med osnovnošolci, ki je potekala leta 1994 v Ljubljani na vzorcu 904 šolarjev (starih 7, 11 in 14 let), je pokazala, da se je z glavobolom že srečalo kar 88 % otrok, skoraj 20 % otrok trpi za ponavljajočimi se glavoboli, 4,6 % šolarjev pa se sooča z migreno. Med 14-letniki je imelo migreno brez avre 4 % deklet in 3,4 % dečkov (4, 5).

KLINIČNA SLIKA

Faze migrenskega napada

1. Prodromalno obdobje

Pojavi se pri približno 40 % bolnikov do 48 ur pred nastopom glavobola. Najpogostejši simptomi so spremembe razpoloženja, razdražljivost, utrujenost, čezmerno zehanje, zaspanost in motnje koncentracije. Simptomi so nespecifični in neizraziti, zato jih bolnik pogosto ne zazna in pri opisovanju migrene ne omenja (3, 5).

2. Avra

Avra traja 5–60 minut in se pojavi pred glavobolom. Lahko izzveni pred glavobolom ali pa je prisotna ob začetku glavobola (3, 5). Pojavijo se vidne motnje, parestezije po polovici telesa, hemipareza ali disfazija oziroma kombinacija naštetih znakov. Najpogostejše so vidne motnje, ki so različnih oblik: iskreči skotomi, bleščeča svetloba, trepetajoče cikcak črte in izpad vidnega polja (2, 3). Pojavi in širi se počasi, po čemer se tudi razlikuje od druge patologije (4). Napadi so vedno prehodni in normalna funkcija se navadno povrne že v nekaj urah oziroma v 24 urah, izjemoma šele v 72 urah. Senzorični fenomeni vedno sledijo vidnim simptomom in ne obratno. Migrena brez avre je pogostejša; ima jo približno 80 % otrok in jo ob prvi epizodi težko prepoznamo (5).

3. Glavobol

Glavobol traja od ene ure do 74 ur. Pri bolniku, ki med glavobolom zaspi in se zbudi brez njega, velja čas spanja za trajanje glavobola (Tabela 1). S premikanjem oziroma telesno dejavnostjo se bolečine stopnjujejo, zato bolniki v tem obdobju večinoma počivajo. Praviloma spremljajo glavobol simptomi zaradi motenj avtonomnega živčevja, npr. zmanjšan tek, preobčutljivost na različne vonjave, slabost in bruhanje, lahko tudi zaprtje ali driska. Pri otrocih sta lahko edina simptoma bolečina v trebuhu in bruhanje. Med glavobolom bolnike pogosto mrazi, navajajo občutek hladnih rok in nog, kar se lahko nadaljuje, ko glavobol že preneha. Pogosto je hkrati prisotna tudi preobčutljivost na svetlobo in zvok. Glavobol lahko spremljajo tudi razdražljivost, utrujenost, bolečine v vratu, nestabilnost in omedlevica pri vstajanju (2, 4).

Migrena pri otrocih je navadno obojestranska, frontalna in temporalna, pri odraslih pa enostranska (35 % oz. 60 % pri odraslih). Obdobje glavobola je pri otrocih pogosto mnogo krajše in traja nekaj manj kot 30 minut z mnogo pogostejšo občutljivostjo na svetlobo ali zvok (6). Pri otrocih z migreno je pogostejša in značilna tudi preobčutljivost na vonjave. Pojavljajo se tudi mikropsija (predmete vidimo manjše, kot so v resnici) in vidne halucinacije; če so povezane z izgubo občutka za čas in telesno podobo, jih imenujemo sindrom Alice v čudežni deželi (5).

Glavobol doseže največjo jakost navadno v 30–60 minutah. Bolečina je utripajoča. Otrok je nerazpoložen, utrujen in želi počivati, motita ga hrup in svetloba. Že z opazovanjem otroka lahko sklepamo na jakost bolečine, sicer pa se poslužujemo analognih ali številčnih bolečinskih lestvic. Bruhanje in slabost nista prisotna v vsakem primeru, omotica pa je pogostejša pri starejših otrocih.

4. Faza umiritve

Ko glavobol poneha, je bolnik izčrpan, utrujen in slabo razpoložen. Če zaspi, večinoma ob prebujanju glavobola nima več.

Mednarodna zveza za glavobol je izdala prenovljena merila klasifikacije ICDH II, ki vključujejo Predlagana diagnostična merila za migreno brez avre v pediatričnem obdobju in diagnostična merila za migreno z avro.

Tabela 1. Predlagana diagnostična merila za migreno brez avre v pediatričnem obdobju (2, 4, 5).

Table 1. Proposed diagnostic criteria for migraine without aura in the pediatric age group (2, 4, 5).

A	Vsaj 5 napadov, ki ustrezajo merilom B–D.
B	Glavobol, ki traja 1–72 ur (nezdravljen ali neuspešno zdravljen).
Pri bolniku, ki med napadom zaspi in se prebudi brez glavobola, velja čas spanja za trajanje glavobola.	
C	Glavobol, ki ima vsaj dve izmed naslednjih značilnosti:
- bifrontalna/bitemporalna ali enostranska umeščenost;	
- je utripajoč oz. pulzirajoč;	
- je zmerno ali zelo hud (ovira vsakodnevne dejavnosti);	
- se stopnjuje ob običajni telesni dejavnosti, kar vodi v mirovanje (na to sklepamo z opazovanjem otroka).	
D	Med glavobolom se pojavi vsaj eno izmed naslednjih dogajanj:
- slabost ali bruhanje ali oboje;	
- dva od petih simptomov: občutljivost na svetlobo oz. zvok ali oboje, težave pri razmišljanju, občutek prazne glave ali utrujenost.	

Tabela 2. Diagnostična merila za migreno z avro (2, 4, 5).

Table 2. Diagnostic criteria for migraine with aura (2, 4, 5).

A	Vsaj dva napada, ki ustrezata merilom B–D.
B	Avra z vsaj enim merilom izmed naštetih, toda brez izgube grobe mišične moči:
- popolnoma popravljivi vidni simptomi s pozitivnimi fenomeni (npr. utripajoče lučke, točke, pike, črte) ali z negativnimi fenomeni (izguba vida) ali z obojim;	
- popolnoma popravljivi senzorični simptomi s pozitivnimi fenomeni (npr. ostri, zbadajoči občutki) ali z negativnimi fenomeni (npr. izguba občutka za dotik) ali z obojim;	
- popolnoma popravljive disfazične motnje govora (tj. oslABLJENA zmožnost govora zaradi možganskih okvar).	
C	Vsaj dve izmed naslednjih meril:
- homonimni (istostranski) vidni simptomi ali enostranski senzorični simptomi ali oboje;	
- izmed simptomov avre se vsaj eden postopno razvije v 5 ali več minutah ali različni simptomi zaporedoma v 5 ali več minutah;	
- vsak simptom avre traja 5 ali več minut in največ 60 minut.	
D	Glavobol, ki izpolnjuje merila B–D za migreno brez avre, se pojavi med avro ali ji sledi v obdobju 60 minut.
E	Ni organskega vzroka.

Merila so preverili pri 260 otrocih in mladostnikih z že postavljeno diagnozo migrena in ugotovili 88,4-odstotno občutljivost (5).

Klinična slika migrene se pri nekaterih bolnikih z leti spreminja. Pri otrocih so napadi krajši in imajo posebne značilnosti. Ob prehodu iz otroštva v odraslost se znaki migrene navadno omilijo. Tudi pogostost migrene je pri starejših manjša. Pri približno četrtini bolnikov migrena preide v tenzijski glavobol. Remisija je pogostejša pri moških, medtem ko zgodnje razvojne nepravilnosti napovedujejo vztrajanje migrene. S staranjem so nekatere spremenljivke migrenskih napadov vse manj pomembne, npr. stres kot sprožitelj, značilnosti bolečine in pridruženi znaki (6).

UKREPANJE IN ZDRAVLJENJE

Pri obravnavi bolnika z migreno je pomembno sodelovanje širšega zdravstvenega tima. Ob že postavljeni diagnozi migrena bolnika in starše seznanimo z naravo bolezni, jih opozorimo na sprožilne dejavnike ter jim razložimo ukrepanje ob akutnem migrenskem napadu. Posredujemo jim dnevnik vodenja migrenskih napadov in skupaj z družino oblikujemo načrt vodenja migrene, ki vključuje čim redkejšo izostajanje od pouka in kakovostno vsakodnevno življenje. V proces po potrebi vključimo kliničnega psihologa, ki otroka uči sprostitev tehnik in vaj za zmanjševanje stresa, ter tudi učitelje ali vzgojitelje.

V primeru akutnega migrenskega napada otroku zagotovimo primerno miren in zatemnjen prostor. Izogibamo se hrupu in vidnim dražljajem. Bolnik naj počiva. Zdravila prve izbire pri otrocih so nesteroidni antirevmatiki (ibuprofen) ali analgetiki kot (paracetamol) (4, 5). Če zdravilo vzame dovolj zgodaj (čim prej oziroma v prvih 30 minutah), je najučinkovitejše zdravilo ibuprofen. Zdravila morajo biti dosegljiva vedno in povsod (šola, obšolske dejavnosti, izleti ipd.), saj z zdravljenjem akutnega migrenskega napada želimo čim prej prekiniti bolečino in ublažiti spremljajoče težave. Če paracetamol

in nesteroidni antirevmatiki niso učinkoviti, predpišemo triptane (samo otrokom, starejšim od 12 let) (4, 5) v obliki tablet, nosnega razpršila ali podkožnih injekcij.

Migrenski napad lahko spremljajo bruhanje, slabost in slabo počutje. Ob peroralnem jemanju tako bolnik lahko zdravilo izbruha, zato priporočamo dajanje v obliki svečk (tudi pri starejših otrocih).

Pogovorimo se o profilaktičnem zdravljenju. Če je potrebno (tj. če se migrenski napadi pojavljajo več kot tri- do štirikrat na mesec in/ali so tako hudi, da vplivajo na šolski uspeh in močno ovirajo normalno dnevno udejstvovanje), se pogovorimo o profilaktičnem zdravljenju (4, 5). Z zdravljenjem želimo zmanjšati pogostost migrenskih glavobolov in z njimi povezane bolečine ter telesne in duševne omejitve. V ta namen uporabljamo protiepileptična zdravila, antihistaminike, blokatorje beta, antidepressive in blokatorje kalcijevih kanalčkov. Preventivno zdravljenje traja 4–6 mesecev in postane učinkovito po nekaj tednih; zdravilo moramo titrirati (8).

Izsledki raziskav kažejo, da ustrezen odmerek ibuprofena prejme le 30 % šolskih otrok in le 26 % tudi dovolj zgodaj. Seznanjenja z drugimi ukrepi za zmanjševanje migrenskih napadov je deležnih manj kot 15 % preiskovancev (5).

Nekateri najpogostejši sprožilni dejavniki migrene (2):

- hormoni: menstruacija, ovulacija, puberteta, menopavza, kontracepcija;
- prehrana: alkohol, čokolada, sir, glutamat, aspartat, kofein, oreški, mesni izdelki;
- spremembe: zračni tlak, vlaga, letni čas, zemljepisni položaj, nadmorska višina, ritem spanja, prehranjevanje;
- senzorični dražljaji: močna svetloba, utripajoča luč, vonjave, hrup;
- stres: naporna dejavnost, po sprostitvi, smrt, selitev, izguba službe, prepir.

Sprožilni dejavniki so povsem individualni in jih včasih težko ugotovimo. V veliko pomoč pri njih-

vem prepoznavanju je vodenje dnevnika migrenskih napadov.

Šolski uspeh, zunajšolske dejavnosti, higiena spanja (kakovostno, redno in dovolj dolgo spanje) ter socialne in družinske razmere so dejavniki, ki pomembno vplivajo na pogostost pojavljanja migrenskih napadov in na njihovo trajanje. Migrenski napad lahko sproži tudi dehidriranost. Otroci pogosto premalo pijejo, predvsem v vročih poletnih mesecih.

Zaradi enostavnejše obravnave starši že pred prvim pregledom na dom prejmejo vprašalnik, ki vsebuje vprašanja za opredelitev vrste, jakosti, trajanja in pogostosti pojavljanja glavobola ter možnih sprožilnih dejavnikov. Pomembni vprašanji sta tudi, ali za glavobolom trpi še kdo v družini in kaj po njihovem mnenju povzroča glavobol. Nekateri starši se bojijo, da je glavobol simptom tumorja.

Jakost glavobola opredelimo s številčno bolečinsko lestvico z ocenami od 1 do 10. Migreno bolniki navadno opredelijo z oceno 7–8.

MIGRENA PRI OTROCIH

V raziskavi, ki so jo objavili leta 2013, so zajeli 185 otrok in mladostnikov, ki so bili od 3. januarja do 30. decembra 2011 zaradi glavobola pregledani v nevrološki ambulantni Pediatrične klinike Ljubljana z opredeljeno diagnozo migrena ali verjetna migrena. Vključitvena merila po ICDH II je izpolnjevalo 148 otrok (4).

Z raziskavo so potrdili, da je klasifikacija ICDH II ustrezno diagnostično orodje pri dveh tretjinah pediatričnih bolnikov z migreno.

Pogostost migrene pri deklicah s starostjo narašča. Do 7. leta je migrena pogostejša pri dečkih. Migrena brez avre je pogostejša pri dečkih, migrena z avro pa pri deklicah.

Vsi starši so bili seznanjeni z naravo glavobola. Te-

rapevtski ukrepi so bili učinkoviti pri več kot polovici bolnikov. Največ bolnikom je pomagal spanec. Z uporabo profilaktičnih sredstev lahko učinkovito zmanjšamo pogostost in jakost migrene, a jih ne uporabljamo pogosto. Kar 80 % otrok migrena obremenjuje blago ali sploh ne.

Obojestransko umeščenost migrenskega glavobola so prepoznali pri 44,4 %. V povprečju je glavobol trajal 6,2 ure (najmanj 0,25 ure, najdlje 72 ur). Preobčutljivost za vonjave je spremljajoč pojav pri četrtini pediatričnih bolnikov z migreno.

Glavoboli so se od začetka pojavljanja migrenskih napadov zmanjševali, z večkrat mesečno na samo enkrat mesečno.

ZAKLJUČEK

Migrena se lahko pojavi že v predšolskem obdobju. S starostjo se potek bolezni spreminja ter na različne načine zaznamuje posameznika in njegovo družino. Strokovna obravnava ob dobrem sodelovanju bolnika in njegovih staršev pomembno pripomore k zmanjšanju pogostosti migrenskih glavobolov in bolečin ter z njimi povezanih telesnih in duševnih omejitev.

LITERATURA

1. Župančič N. Glavobol. Obz Zdrav Nege 1984; 5: 274-9.
2. Pogačnik T. Migrenski napad. V: Akutni glavobol, Ljubljana. Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, 2009: 17-25.
3. Pogačnik T, Zaletel M, Žvan B. Slovenske smernice za obravnavo migrene 2006. Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni: Ljubljana, 2006; 4-32.
4. Rener Primec Z. Migrena pri šolarju, mladostniku. V: Obravnava glavobola pri otroku in mladostniku, Ljubljana. Sekcija za otroško nevrologijo SZD, 2011: 29-37.

5. Krvavica K, Legiša S. Migrena pri otrocih. Klinične značilnosti in ovrednotenje diagnostičnih meril mednarodne klasifikacije ICHD II. Univerza v Ljubljani, Medicinska Fakulteta: Ljubljana 2013.
6. Antonaci F, Voiticovski-Losob C, Di Stefano AL, Galli F, Ozge A, Balottin U. The evolution of headache from childhood to adulthood: a review of the literature. *J Headache Pain*. 2014 Mar 18;15:15.
7. Guner KB, Smith HD, Ferguson LE. Practice guideline for diagnosis and management of migraine headaches in children and adolescents: Part two. *J Pediatr Health Care* 2008; 22: 52-9.
8. Craddock L, Ray LD. Pediatric migraine teaching for families. *J Spec Pediatr Nurs* 2012: 98-107.

Kontaktna oseba / Contact person

Judita Kolenc, dipl. m. s.

Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo

Pediatrična klinika

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Bohoričeva 20

SI-1000 Ljubljana

Slovenija

Email: judita.kolenc@kclj.si

Prispelo / Received: 26. 4. 2014

Sprejeto / Accepted: 12. 5. 2014