



**Rzadko występujące bóle głowy mylnie rozpoznawane
i leczone jako migrena**

Anna Przeklasa-Muszyńska

***Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii
i Intensywnej Terapii UJ CM***

Bóle głowy

Jedna z częstszych dolegliwości dotycząca blisko 45% ogólnej populacji

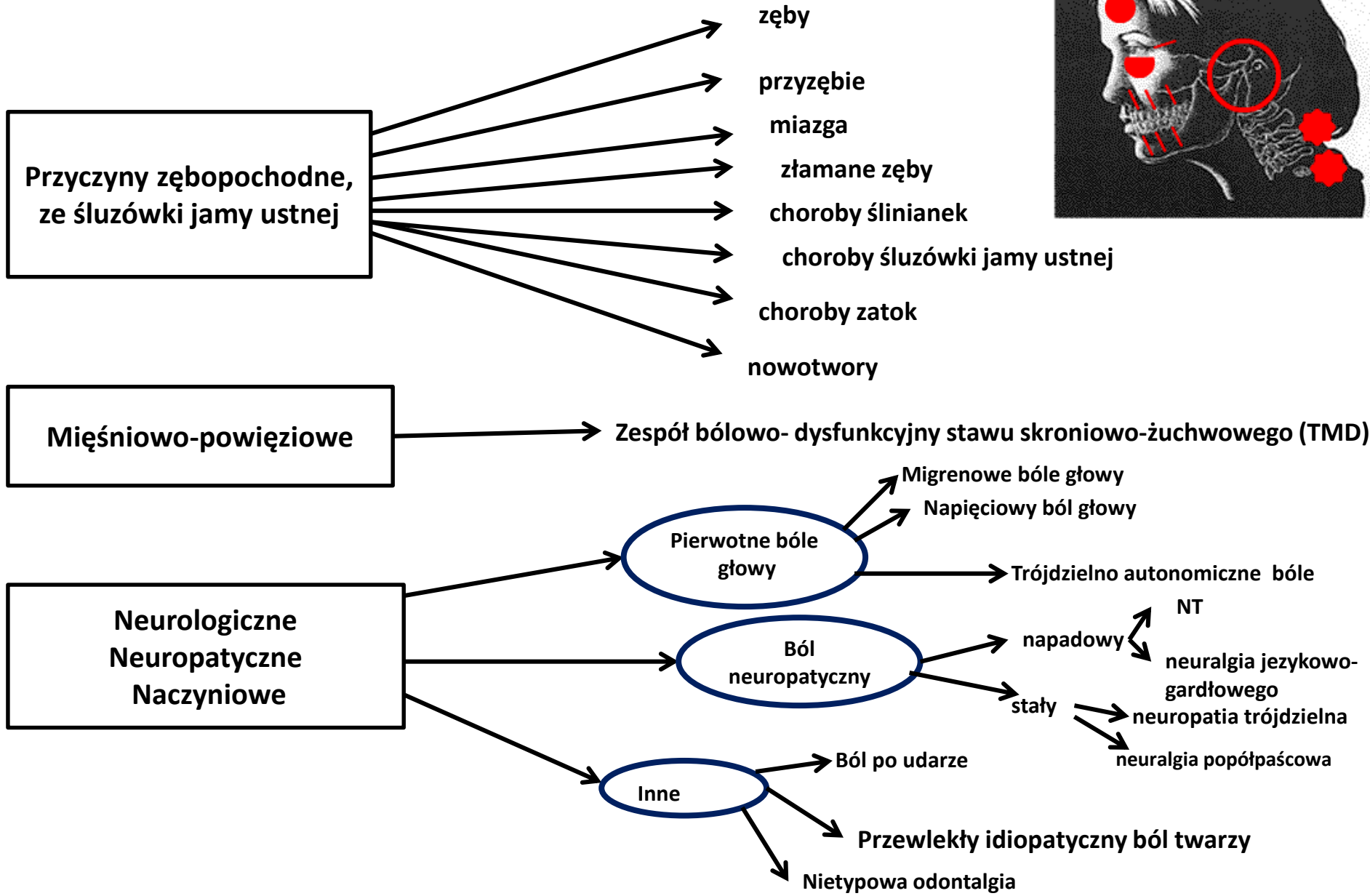
Opisano około 200 zespołów bólowych w obrębie głowy i twarzy

Bóle głowy występujące codziennie, lub prawie codziennie dotyczą 1,4–2,2% populacji

Migrenowe bóle głowy - 7-18%

Buse DC, Manack AN, Fanning KM et al. Chronic migraine prevalence, disability, and socio demographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. Headache (2012)

Przyczyny bólu w obrębie głowy i twarzy



Evidence-Based Chronic Pain Management Edited by Catherine F. Stannard, Eija Kalso, Jane Ballantyne. BMJ books 2010.

ICHD-3 code Diagnosis

1. Migraine
 - 1.1 Migraine without aura
 - 1.2 Migraine with aura
 - 1.2.1 Migraine with typical aura
 - 1.2.1.1 Typical aura with headache
 - 1.2.1.2 Typical aura without headache
 - 1.2.2 Migraine with brainstem aura
 - 1.2.3 Hemiplegic migraine
 - 1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)
 - 1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)
 - 1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)
 - 1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)
 - 1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci
 - 1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine
 - 1.2.4 Retinal migraine
 - 1.3 Chronic migraine
 - 1.4 Complications of migraine
 - 1.4.1 Status migrainosus
 - 1.4.2 Persistent aura without infarction
 - 1.4.3 Migrainous infarction
 - 1.4.4 Migraine aura-triggered seizure
 - 1.5 Probable migraine
 - 1.5.1 Probable migraine without aura
 - 1.5.2 Probable migraine with aura
 - 1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine
 - 1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance
 - 1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome
 - 1.6.1.2 Abdominal migraine
 - 1.6.2 Benign paroxysmal vertigo
 - 1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

29 rodzajów migreny

Cephalalgia

33(9) 629–808

© International Headache Society 2013

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0333102413485658

cep.sagepub.com





Przypadek 1

Kobieta J.M I. 54

Ból głowy po stronie prawej od 1,5 roku

Ból zlokalizowany w okolicy skroniowej, promieniuje do ucha, do oka, w kierunku żuchwy, czasem do czoła

Stały NRS 2-3

Nasilenie bólu do 6-8 NRS kilka razy w tygodniu, narasta w ciągu dnia

Ból o charakterze rozlanym, czasem kłujący, epizody zaostrzenia bólu trwające do 2 godzin, czasem nudności

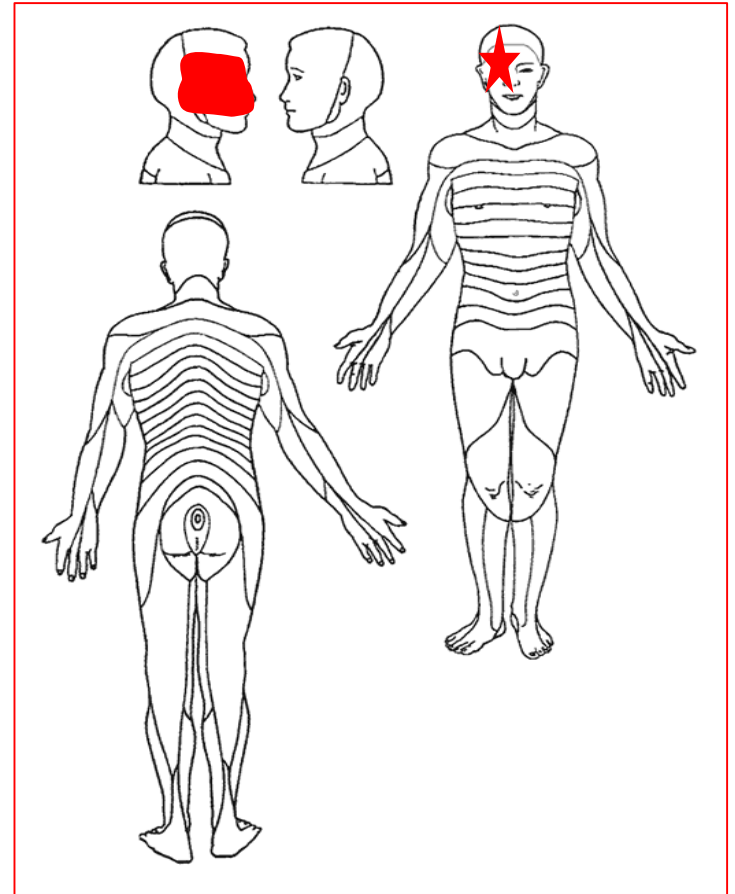
Czynniki nasilające ból- wysiłek, poruszanie głową

Czynniki przynoszące ulgę- inhalacje ziołami

Wpływ na sen- często ból wybudza w nocy

Wpływ na nastrój- znacznie zaburza

Dzienna aktywność- znaczne ograniczenie



Inne dolegliwości:

Od wielu lat

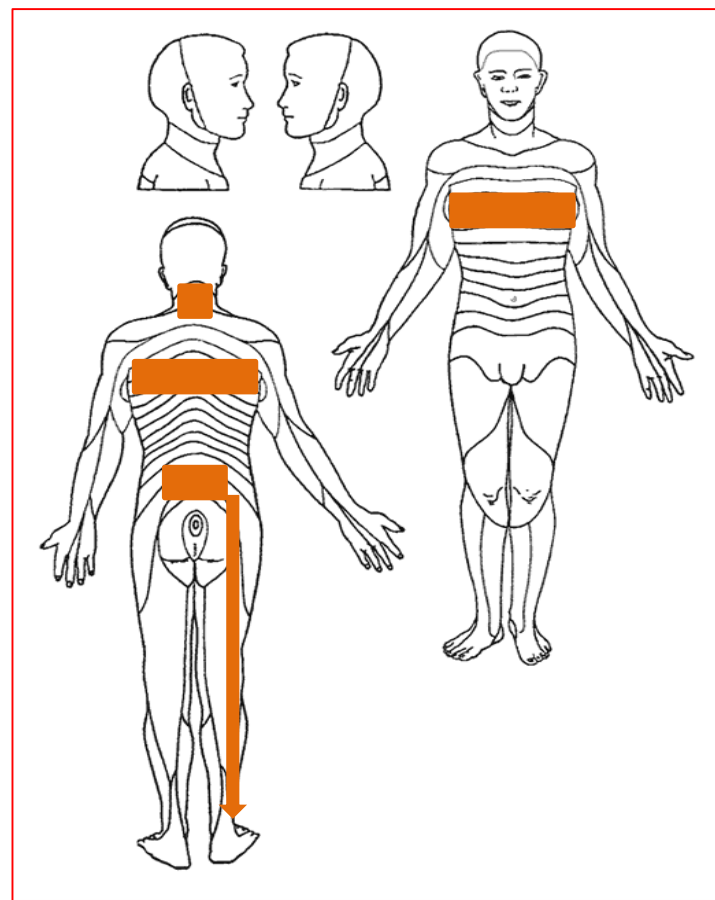
Bóle odcinka szyjnego kręgosłupa (NRS 2-4)(stan po dyscektomii C5-C6-2008)

Bóle w odcinku lędźwiowym kręgosłupa z promieniowaniem do kończyny prawej (NRS 2-4)
(stan po dyscektomii L4-L5-2010)

Bóle w odcinku piersiowym kręgosłupa
(Stan po dyscektomii Th7-Th8, Th8-Th9-2012,2014)

Przepuklina rozworu przełykowego

Dodatkowe informacje
podatność na stresy, skłonność do płaczu, bezsenność
1,5 roku temu śmierć bliskiej osoby



Badanie kliniczne

Zaburzenia czucia w obrębie klatki piersiowej

Obj. Lasequa 60° po prawej

Ograniczenia zgięcia do przodu

Ograniczenie zakresu ruchomości w odcinku szyjnym kręgosłupa

Bolesność uciskowa okolicy skroniowej po stronie prawej

Ograniczenie rozwarcia jamy ustnej

Bolesność uciskowa mięśni żwaczy po stronie prawej

Badania dodatkowe:

KT kręgosłupa- zmiany po zabiegach operacyjnych

MR głowy- bez istotnych patologii (wykluczony konflikt naczyniowo- nerwowy)

RTG zatok- polipowata zmiana w prawej zatoce szczękowej

RTG panoramiczne zębów- ubytki uzębienia

Dotychczasowe rozpoznania i leczenie:

Migrenowe bóle głowy

Neuralgia trójdzielna

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa

FBSS

Aktualnie:

Paracetamol do 2g/dobę

Diklofenak 75 mg

Poprzednio:

Tramadol z paracetamolem- złe samopoczucie, nadmierna potliwość , nudności

Karbamazepina 3x400mg- zaburzenia równowagi, złe samopoczucie

Pyralgina- osłabienie, zawroty głowy

Tryptany- przejściwa ulga, ale złe samopoczucie- uczucie drętwienia rąk, kołatania serca

Systematycznie zabiegi rehabilitacyjne na kręgosłup

Rozpoznanie	Za	Przeciw
Neuralgia trójdzielna (13)	Ból kłujący, w zakresie unerwienia V nerwu	MR- wykluczony konflikt naczyniowo nerwowy Zaostrzenia bólu niecharakterystyczne dla TN
Migrenowe bóle głowy (1)	Płeć, ból jednostronny, nawracający, o znacznym nasileniu, częściowa ulga po tryptanach	Początek po 50 r.ż. Ból o charakterze rozlanym
Ból w przebiegu przewlekłego zapalenia zatok (11.5.2)	stały charakter bólu, zlokalizowany po stronie prawej, gdzie w RTG zmiana polipowata w zatoce szczękowej, inhalacje przynoszą ulgę	Charakter i nasilenie bólu nieadekwatne do zmian w zatoce
Polekowe bóle głowy (8.2)	stały ból, nie ustępujący po prostych analgetykach	Pacjentka nie miała innego bólu głowy, którego charakter zmienił się pod wpływem przyjmowanych analgetyków
Bóle głowy związane z patologia stawu skroniowo-żuchwowego (TMD) (11.7)	Płeć lokalizacja bólu, ograniczenie rozwarcia, ubytki w uzębieniu, wybudzanie, bolesność przy palpacji	Brak zmian radiologicznych w stawie skroniowo-żuchwowym

Zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchowego (TMD)

Jednostronny stały, tępy ból twarzy promieniujący do kąta żuchwy, skroni, wokół małżowiny usznej nasilający się podczas gryzienia lub żucia

U 50% pacjentów ból ucha

Tkliwość podczas palpacji mięśni żwaczy, karku i mostkowo-obojczykowo-sutkowego

Ograniczenie w otwieraniu ust (otwarcie do ok. 40 mm), zmniejszenie ostrości słuchu

bóle głowy, zmniejszenie siły zgryzu

Częściej u kobiet

Brak efektów osłuchowych znad powierzchni stawowych, zmian w RTG stawów skroniowo-żuchwowych

Patogeneza: istotna rola czynników emocjonalnych

(lęk, depresja, stres- wzmożone napięcie mięśni żwaczy (zaciskanie zębów, bruksizm),

utrzymywanie żuchwy w pozycji doprzedniej

(obgryzanie paznokci, ołówków)

inne zachowania prowadzące do wzrostu napięcia mięśniowego

Ból w innych lokalizacjach



TMD-leczenie

Leczenie wielokierunkowe

Nakładki zgryzowe- redukcja bólu

Leczenie fizykalne: krioterapia, ultradźwięki, laseroterapia, TENS, jonoforeza, akupunktura

Leczenie farmakologiczne -leki przeciwdepresyjne w połączeniu z NLPZ

Ostrzykiwanie punktów spustowych- środki znieczulenia miejscowego, steroidy

Toksyna botulinowa

Wiele badań potwierdza skuteczność **terapii poznawczo- behawioralnej**

Przydatne są także biofeedback, autorelaksacja, hipnoterapia ćwiczenia aerobowe

Leczenie wielokierunkowe jest zwykle skuteczne i u 70-80% chorych prowadzi do długotrwałej remisji lub całkowitego wyleczenia

Zaproponowane leczenie

Blokada okolicy stawu skroniowo-żuchwowego 1% lidokaina z dodatkiem metyloprednizolonu

Konsultacja psychologiczna- terapia poznawczo-behawioralna

NLPZ – miejscowo

Wenlafaksyna w dawce do 150 mg/dobę

Konsultacja protetyczna

Jonoforeza, laseroterapia okolicy stawu skroniowo-żuchwowego

Po 2 miesiącach leczenia – pacjentka lepiej śpi, dolegliwości nie tak często, tolerowana dawka wenlafaksyny 75mg/dobę

Nosi nakładkę zgryzową, która na początku powodowała nasilenie bólu, aktualnie ból mniejszy, maksymalnie NRS do 4

Kontynuuje psychoterapię

Leczenie stomatologiczne

Przypadek 2



Kobieta A.B I. 50.

Bóle głowy od młodości najczęściej po stronie prawej, okolica potyliczna, promieniują do skroni, oka prawego

Napady bólu poprzedzane przez aurę wzrokową

Często (choć nie przy każdym bólu głowy) nudności i wymioty

Ból ma charakter nawracający- nawet do 15-16x w miesiącu

Od około 6 miesięcy ból właściwie stały, cała głowa NRS 3-4, w zaostrzeniach NRS 8-10

Ból tępy, czasem kłujący, epizody zaostrzenia bólu trwające do 3-10 godzin, czasem nudności

Czynniki nasilające ból- wysiłek, przemęczenie, zbyt krótki sen,

Czynniki przynoszące ulgę- tylko leki, aktualnie nic nie pomaga

Wpływ na sen- budzi się z bólem

Wpływ na nastrój- znacznie zaburza

Dzienna aktywność- znaczne ograniczenie, jeśli jest ból

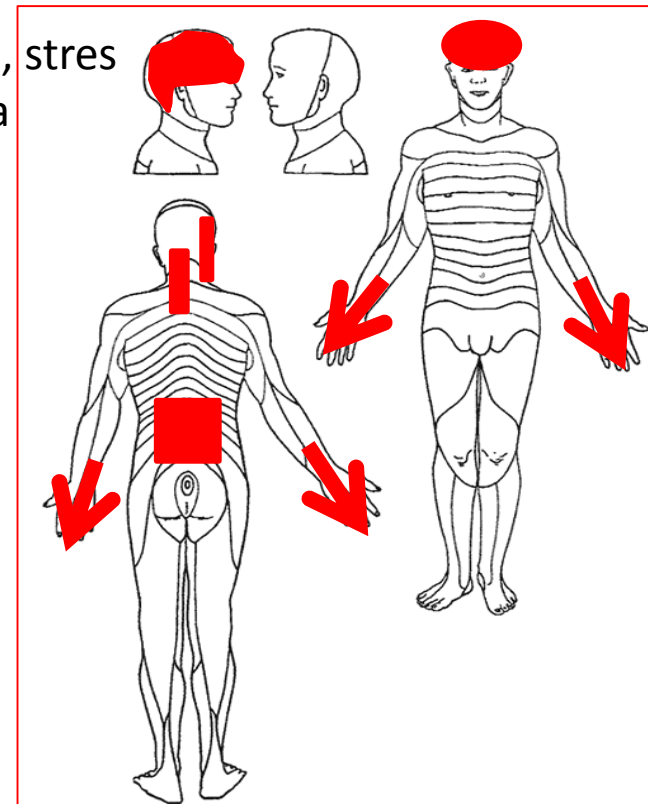
Inne dolegliwości:

Ból w odcinku szyjnym kręgosłupa od wielu lat

Bóle w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – po przeciążeniu

Objaw Reunaud'a w obu dłoniach od ok 6 miesięcy

Matka- migrena



Badanie kliniczne

Obj. Lasequa ujemny

Ograniczenie zakresu ruchomości w odcinku szyjnym kręgosłupa

Bolesność uciskowa okolicy skroniowej po stronie prawej

Bolesność uciskowa punktów wyjścia nerwów potylicznych po obu stronach

Zaczerwienienie dłoni

Badania dodatkowe:

KT kręgosłupa szyjnego - zmiany dyskopatyczne wielopoziomowe, zniesienie fizjologicznej lordozy

KT kręgosłupa lędźwiowego- niewielkie zmiany zwyrodnieniowe wielopoziomowe

MR głowy- bez istotnych patologii

Dotychczasowe rozpoznania i leczenie

Migrena z aurą

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa

Aktualnie:

Tryptany do 17x w miesiącu, a czasem częściej

Paracetamol doraźnie do 4g/dobę

NLPZ- kilka razy w ciągu tygodnia

Poprzednio:

Pyralgina

Tramadol

Depakina

Propranolol

Rozpoznanie	Za	Przeciw
Neuralgia nerwu potylicznego większego (13.4)	ból okolicy potylicznej, bolesność uciskowa punktów wyjścia nerwów potylicznych, zmiany w odcinku szyjnym kręgosłupa	Lokalizacja bólu przekracza zakres unerwienia nerwu potylicznego większego
Migrenowe bóle głowy (1)	Płeć, początek dolegliwości w młodości, ból jednostronny, napadowy charakter, aura, nudności i wymioty, ulga po tryptanach, wywiad rodzinny	Ból o charakterze stałym, leki nie przynoszą ulgi
Pierwotne bóle głowy związane z aktywnością fizyczną (4.2)	Ból nasila się po wysiłku	Powysiłkowy ból głowy występuje po aktywności fizycznej i ustępuje do 48 godzin
Polekowe bóle głowy (8.2) Bóle głowy po nadużywaniu tryptanów (8.2.2)	stały ból, nadużywanie leków przeciwbólowych, stosowanie tryptanów 1 lub więcej dawek tryptanów przez więcej niż 10 dni w miesiącu, przez więcej niż 3 miesiące	Także nadużywanie innych leków

Polekowe bóle głowy

Polekowe bóle głowy obserwowane są u pacjentów z występującymi wcześniej pierwotnymi bólami głowy, u których doszło w związku z przyjmowanymi lekami wystąpienia nowych dolegliwości bólowych w obrębie głowy, lub nastąpiło pogorszenie dotychczasowych dolegliwości

Bóle występują przez więcej niż 15 dni w ciągu miesiąca , które rozwijają się jako konsekwencje regularnego nadużywania leków przeciwbólowych (10 lub więcej przez 15 lub więcej dni przez więcej niż 3 miesiące

Istnieją kody podtypów bólu głowy

8.2.2 bóle głowy związane z nadużywaniem tryptanów

8.2.3 z nadużywaniem prostych analgetyków

8.2.5 bóle głowy związane z nadużywaniem kombinacji leków przeciwbólowych

Właściwe monitorowanie pacjentów z bólem głowy może zapobiegać wystąpieniu polekowych bólów głowy (np.polecic prowadzenie dzienniczka , w którym odnotowane są rodzaj i dawki leków

Zaproponowane leczenie

Wycofanie tryptanów

Odstawienie innych analgetyków

Obustronna blokada nerwu potylicznego większego 1% lidokaina + metyloprednizolon

Konsultacja psychologiczna- psychoterapia

Zalecono prowadzenie dzienniczka bólu

Zalecono badanie kapilaroskopowe

Włączono do leczenia:

Amitryptylina od 25-75 mg/dobę

Zaproponowano akupunkturę, przezskórną elektrostymulację nerwu nadoczodołowego i nadbłoczkowego

Wizyta kontrolna

Po 3 miesiącach

Początkowo po blokadach ulga w dolegliwościach

Po odstawieniu leków przeciwbólowych znaczne nasilenie bólu przez kilka dni

Tolerowana dawka Amitryptyliny-50 mg/dobę, dawka wyższa-kołatania serca

Zastąpiono Amitryptylinę Wenlafaksyną w dawce 75 mg/ dobę

Pacjentka kontynuuje psychoterapię

Rozpoczęła zabiegi akupunktury

Kontynuuje leczenie kwasem walproinowym

Bóle głowy w ciągu ostatniego miesiąca 3x

Ustąpił objaw Reynaud'a, w badaniu kapilaroskopowym bez patologii
(objaw był prawdopodobnie efektem nadużywania tryptanów)

Przypadek 3



Ból głowy po stronie lewej, okolica ciemieniowa, promieniuje do skroni lewej

Ból jednostronny, wcześniej 2-3 razy w miesiącu o znacznym nasileniu NRS 6-8

Aktualnie bólowi towarzyszą nudności, czasem wymioty, zaburzenia widzenia- zamazany obraz, pływający obraz- objawów tych wcześniej nie było przy bólu głowy

Ból od więcej niż pięciu lat, aktualnie od około 3 miesięcy znaczne nasilenie dolegliwości , „omdlenia”, ból występuje znacznie częściej niż dotychczas, nawet codziennie budzi się z bólem

Czynniki nasilające ból- wysiłek, przemęczenie

Czynniki przynoszące ulgę- pozycja siedząca, spacer

Wpływ na sen- budzi się z powodu narastającego bólu głowy

Wpływ na nastrój- w nieznaczny sposób

Dzienna aktywność- nieznaczne ograniczenie, jeśli jest ból to trudności z wykonywaniem pracy

Inne dolegliwości:

Od kilku tygodni kilkakrotnie podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, ale ból głowy jest od wysokości ciśnienia niezależny

Inne informacje:

Matka- migrena

Często pacjent budzi się z powodu bólu głowy

Badanie kliniczne

W badaniu klinicznym – dyskretne osłabienie odruchu skokowego po stronie prawej

Bolesność uciskowa okolicy skroniowej po stronie lewej, wzmożone napięcie mięśni okolicy okołooocznej po stronie lewej

Bolesność uciskowa wyjścia nerwu potylicznego po stronie lewej

Badania dodatkowe:

KT głowy- wykonane 5 lat temu, kiedy pojawił się ból- bez istotnych patologii

Dotychczasowe rozpoznanie i leczenie
Migrenowe bóle głowy
Napięciowe bóle głowy

Aktualnie:

Paracetamol doraźnie
NLPZ- kilka w ciągu tygodnia

Wcześniej:

Jak obecnie proste analgetyki zmniejszały ból i pozwalały funkcjonować

Rozpoznanie	Za	Przeciw
Neuralgia nerwu potylicznego większego (13.4)	ból okolicy potylicznej, bolesność uciskowa nerwu potylicznego po stronie lewej	Lokalizacja bólu przekracza zakres unerwienia nerwu potylicznego większego
Migrenowe bóle głowy (1)	Ból wiele lat, jednostronny, napadowy charakter, aura, nudności i wymioty, wywiad rodzinny	Zmienił się charakter dotychczasowych dolegliwości
Ból w przebiegu nadciśnienia tętniczego 10.3	Ból nasila się po wysiłku Od kilku miesięcy podwyższone ciśnienie tętnicze	Nawet jeśli ciśnienie normalizuje się , to ból jest
Bóle głowy związane z nowotworami wewnątrzczaszkowymi (7.4.1)	Zmiana charakteru dotychczasowego bólu, ból narasta w nocy, omdlenia, które mogą być napadami padaczkowymi	Nadciśnienie tętnicze, badania KT bez patologii

Zaproponowane leczenie

Wykonania pilnego badania MR

Włączono do leczenia kwas walproinowy 2x300mg

Kontynuowano leczenie prostymi analgetykami
(deksketoprofen do 3x25 mg w zaostrzeniach bólu)

NLPZ miejscowo okolica potyliczna i skroniowa

Zaproponowano elewację głowy w czasie snu

Wynik MR

Po stronie lewej w płacie skroniowym lito- torbielowata zmiana o wymiarze 26x20x23 mm W części litej silnie wzmacniająca się po podaniu kontrastu. Guz uciska od dołu komorę boczną lewą i powoduje odcinkowe zmniejszenie jej światła ze znacznym upośledzeniem komunikacji i najpewniej upośledzeniem przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego w rogu potylicznym i skroniowym.

Elewacja głowy przynosi zmniejszenie częstości epizodów bólu i ich nasilenie - NRS do5
Nie było epizodów „omdlenia”

Kontynuacja leczenia kwasem walproinowym, proste analgetyki doraźnie

Wykonano blokadę okolicy skroniowej 1% lidokaina

Skierowano chorego do neurochirurga z propozycją rozważenia leczenia przyczynowego

Przypadek 4



Kobieta M. K I.38

Od około 3 lat ból głowy po stronie lewej, okolica oka i okołoczojna, promieniujące do skroni, niekiedy w kierunku czoła

Ból ma charakter napadowy, napady 3-5 min

Charakter bólu "jak przebicie nożem"

Nasilenie bólu NRS 8-10

Częstość napadów początkowo kilka w ciągu doby, aktualnie nawet do 30/dobę

Ból najczęściej w dzień, ale ostatnio wybudza pacjentkę kilka razy w ciągu nocy

Czynniki nasilające ból- ból występuje samoistnie

Czynniki przynoszące ulgę- nie potrafi określić

Wpływ na sen- budzi się z powodu bólu

Wpływ na nastrój- lęk przed kolejnym bólem

Dzienna aktywność- ograniczenie, aktualnie trudno się skupić na pracy

Inne dolegliwości:

Bólowi towarzyszy łzawienie oka , zaczerwienienie spojówki , wzmożona potliwość czoła po stronie występowania dolegliwości, a także wyciek surowiczego płynu z nosa w czasie trwania napadu bólu

Nie choruje przewlekłe na inne schorzenia

Badanie kliniczne

Bolesność uciskowa okolicy skroniowej po stronie lewej

Bolesność uciskowa punktów wyjścia nerwów nadoczodołowego, nadbłoczkowego po stronie lewej

Badania dodatkowe:

KT kręgosłupa szyjnego – bez istotnych zmian

MR głowy- bez zmian ogniskowych, nie można wykluczyć konfliktu naczyniowo nerwowego po stronie lewej

KT zatok obocznych nosa- dyskretne pogrubienie śluzówki zatok szczękowych po obu stronach

Dotychczasowe rozpoznania i leczenie:

Migrenowe bóle głowy

Neuralgia trójdzielna

Zapalenie spojówek

Przewlekłe zapalenie zatok

Klasterowe bóle głowy

Aktualnie:

Pacjentka doraźnie przyjmuje:

Paracetamol do 2g/dobę

Paracetamol+tramadol 3x/dobę

Poprzednio:

Karbamazepina 3x400mg przez 3 tygodnie- bez efektu

Gabapentyna-1800 mg/dobę przez 8 tygodni -bez efektu- objawy niepożądane

Antybiotykoterapia 3x- bez efektu, bez wpływu na wydzielinę z nosa

Werapamil 360 mg/dobę 4 tygodnie – bez efektu

Dexamethazon krople do oczu prze 3 tygodnie- bez efektu

Metypred od 2x4mg do 2x 32 mg przez 2 miesiące- odstawiano ze względu na nieskuteczność (początkowo nieznaczna ulga)

Tryptany- bez efektu

(13)	unerwienia gałęzi V nerwu MR- niewykluczony konflikt naczyniowo nerwowy po stronie lewej	NT Brak efektu po karbamazepinie I gałąź n V
Migrenowe bóle głowy (1)	Płeć, ból jednostronny, nawracający, o znacznym nasileniu, Napadowy charakter bólu	Ból pojawił się u dojrzałej kobiety Napady krótkotrwałego bólu
Ból w przebiegu przewlekłego zapalenia zatok (11.5.2)	stały charakter bólu, zlokalizowany po stronie lewej, TK zatok zmiany zapalne śluzówek w zatokach szczękowych	Bez efektu po antybiotykoterapii stosowanej przez laryngologa Charakter i nasilenie bólu nieadekwatne do zmian w zatoce
Klasterowe bóle głowy (8.2)	Epizodyczne bóle głowy, jednostronne , nasilające się okresowo	Płeć, brak skuteczności werapamilu Ataki bólu trwają krócej niż w klasterowych bólach głowy
Hemikrania napadowa (3.2)	Płeć lokalizacja bólu, charakter bólu, objawy autonomiczne	Nie było skutecznego leczenia

3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

3.1 Cluster headache

3.1.1 Episodic cluster headache

3.1.2 Chronic cluster headache

3.2 Paroxysmal hemicrania

3.2.1 Episodic paroxysmal hemicrania

3.2.2 Chronic paroxysmal hemicrania

3.3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

3.3.1 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)

3.3.1.1 Episodic SUNCT ?

3.3.1.2 Chronic SUNCT

3.3.2 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)

3.3.2.1 Episodic SUNA ?

3.3.2.2 Chronic SUNA

3.4 Hemicrania continua

3.5 Probable trigeminal autonomic cephalalgia

3.5.1 Probable cluster headache

3.5.2 Probable paroxysmal hemicrania

3.5.3 Probable short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

3.5.4 Probable hemicrania continua

Cephalalgia

33(9) 629–808

© International Headache Society 2013

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0333102413485658

cep.sagepub.com



Trójdzielno – autonomiczne bóle głowy - hemikrania napadowa

Charakteryzuje się napadowym bólem umiejscowionym w okolicy oczodołowej, nadoczodołowej lub skroniowej (albo w różnych połączeniach tych okolic), zawsze po tej samej stronie

Częstość napadów wynosi od kilku do kilkudziesięciu na dobę (w okresie początkowym mogą być pojedyncze)

Napady trwają 2–30 minut, zwykle od 2 do 5 minut

Ból ma duże natężenie

Mogą towarzyszyć mu jednostronne, umiejscowione po tej samej stronie objawy autonomiczne: przekrwienie spojówek, łzawienie, uczucia zatkania przewodu nosowego, surowiczego wycieku z przewodu nosowego, wzmożonej potliwości czoła i twarzy, zwężenia źrenicy, opadnięcia powieki i/lub obrzęku powieki

Hemikrania napadowa (3.2) ma dwie postacie kliniczne:

3.2.1 Epizodyczna hemikrania napadowa- okresowe występowanie napadów bólu głowy z naturalnymi okresami remisji

3.2.2 Przewlekła hemikrania napadowa- ból głowy występuje stale, bez okresów remisji

Leczenie

Charakterystyczną cechą hemikranii napadowej jest całkowite ustąpienie wszystkich objawów po zastosowaniu indometacyny

Dawka terapeutyczna indometacyny podawanej doustnie wynosi co najmniej 150 mg/dobę w początkowym okresie leczenia

W leczeniu przewlekłym, w celu podtrzymania efektu terapeutycznego

W razie potrzeby można ją zwiększyć do 225 mg/dobę

Postać kliniczna decyduje o sposobie przyjmowania leku:

w postaci przewlekłej w celu zapobiegania napadom bólu indometacyna powinna być przyjmowana stale

w postaci epizodycznej lek stosuje się tylko przez kilka tygodni lub miesięcy (w okresie naturalnej remisji można go bezpiecznie odstawić)

Zaproponowane leczenie

Zaproponowano indometacynę w dawce 2x75mg/ dobę

Po 3 dniach pacjentka zadzwoniła z wiadomością , że ból ustąpił

Czego nas uczą pacjenci, czyli jak omijać pułapki

Właściwe leczenie zależy od prawidłowo postawionej diagnozy

Nie wszystkie bóle głowy to migrena

Dobrze przeprowadzona diagnostyka różnicowa pozwala skutecznie leczyć bóle głowy

Pacjenci znają lepiej swój ból i widzą zmiany w objawach

Konieczność monitorowania leczenia i jego skuteczności

Bóle głowy- wielokierunkowe postępowanie terapeutyczne

Dziękuję za uwagę

