

Nowa klasyfikacja Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy. Różnice i podobieństwa między ICHD-3 beta i ICHD-2

The new classification of International Headache Society. The differences and similarities between the ICHD-3 beta and the ICHD-2

Jędrzej Fliciński, Marcin Żarowski, Barbara Steinborn

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego

STRESZCZENIE

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy jest zgodnym stanowiskiem ekspertów, którego podstawą są wiarygodne dane naukowe oraz ogromne doświadczenie kliniczne. Nowe wydanie ICHD jest trzecim z kolei opracowaniem klasyfikacji bólów głowy. Klasyfikacja ICHD-3 beta jest dokumentem, w którym uaktualniono i sklasyfikowano w sposób hierarchiczny ponad 280 różnych typów bólów głowy, uwzględniając najnowsze dane naukowe na temat bólów głowy. Klasyfikacja składa się z czterech głównych części – poświęconym pierwotnym bólom głowy, wtórnym bólom głowy, neuralgiom, zawiera również dodatek. Każdy opisany w ICHD-3 beta typ bólu głowy posiada dokładne kryteria diagnostyczne. W niniejszym artykule opisano najważniejsze różnice i podobieństwa między ICHD-3 beta i ICHD-2. W rozdziale poświęconym migrenie wprowadzono wydłużenie czasu trwania migreny u dzieci do minimum 2 godzin oraz uwzględniono rozpoznanie migreny przewlekłej. Kryteria bólów głowy typu napięciowego nie uległy zmianie. W rozdziale trzecim uściślono dodatkowe objawy towarzyszące trójdzielno-autonomicznym bólom głowy oraz uwzględniono rozpoznanie hemikranii przewlekłej. W rozdziale czwartym dodano rozpoznanie – krążkowy ból głowy. W nowej klasyfikacji ICHD-3 beta usunięto pojęcie „prawdopodobny wtórny ból głowy”. W rozdziale trzynastym dokonano szczegółowego podziału na wtórne przyczyny nerwobólu nerwu trójdzielnego oraz dodano nowe rozpoznanie, tj. zespół Readera. W ostatniej części dodatku umieszczono kryteria diagnostyczne migreny przedsionkowej.

Słowa kluczowe: bóle głowy, migrena, ICHD-2, ICHD-3, międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy

ABSTRACT

The International Classification of Headache Disorders is an agreed stand point of the experts, based on reliable scientific data and vast clinical experience. The new edition of ICHD is the third edition of the headaches classification. ICHD-3 beta version is a document including over 280 different types of headache updated and classified in a hierarchy according to the latest scientific data about headaches. Classification consists of four main sections devoted to the primary headaches, secondary headaches, neuralgias and the appendix. In the ICHD – 3 beta every described type of headache has precise diagnostic criteria. This article describes the main differences and similarities between the ICHD-3 beta and ICHD-2. In the chapter on migraine the duration of migraines in children is extended to a minimum of two hours and the diagnosis of chronic migraine is included. The criteria for tension-type headaches does not change. The third chapter clarifies the additional symptoms associated with trigeminal - autonomic headaches and includes diagnosis of chronic hemicrania. In the fourth chapter the diagnosis of nummular headache is added. The new classification of ICHD-3 beta has removed the concept of probable secondary headache. In the thirteenth chapter a detailed division of the secondary causes of the trigeminal neuralgia is described and the new diagnosis of Reader's syndrome is included. The appendix gives the diagnostic criteria of vestibular migraine.

Key words: headache, migraine, ICHD-2, ICHD-3, The International Classification of Headache Disorders

WSTĘP

Bóle głowy stanowią jedną z najczęstszych dolegliwości, z jakimi zgłaszają się pacjenci do neurologa i neurologa dziecięcego. W przeglądzie systematycznym, podsumowującym 50 badań epidemiologicznych oceniających występowanie bólów głowy u dzieci i młodzieży stwierdzono, że prawie 60% dzieci zgłaszało bóle głowy w ciągu swojego życia [1]. W badaniach Barea i wsp. dotyczących występowania bólów głowy u 538 pacjentów w wieku 10-18 lat podano, że aż ponad 90% dzieci do 18. roku życia zgłaszało bóle głowy

przynajmniej raz w swoim życiu [2]. Rozpowszechnienie migreny ocenia się na 10–15% populacji ogólnej, przy czym 46% dorosłych chorujących na migrenę podaje, że pierwsze objawy wystąpiły przed 20. rokiem życia [3, 4]. Obecnie opisywanych jest ponad 280 różnych rodzajów bólów głowy i między innymi dlatego stworzenie ich ujednoliconej klasyfikacji stało się jednym z najważniejszych zadań dla lekarzy zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem pacjentów z bólami głowy.

HISTORIA KLASYFIKACJI BÓLÓW GŁOWY

W 1985 r. Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (International Headache Society's – IHS) pod przewodnictwem Jesa Olesena powołało specjalny komitet, którego zadaniem było stworzenie międzynarodowej klasyfikacji bólów głowy. Po około 3 latach intensywnej pracy w 1988 r. powstała pierwsza klasyfikacja (Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain), w której na 96 stronach opisano 65 różnych rodzajów bólów głowy [5]. Klasyfikacja ta była pierwszym tego typu opracowaniem, w którym ujednoczono kryteria rozpoznania wszystkich pierwotnych i wtórnych bólów głowy. Klasyfikacja została przyjęta z dużym uznaniem i była stosowana na całym świecie. Przetłumaczono ją na 22 języki, w tym również w 1993 r. na język polski [6]. **Drugie wydanie** Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (The International Classification of Headache Disorders 2nd edition – ICHD-2) ukazało się w 2004 r. [7] i również zostało przetłumaczone na język polski [8]. Obecnie obowiązująca klasyfikacja opisuje około 280 różnych rozpoznania bólów głowy [9]. Po kilku latach od wydania ICHD-2 zdecydowano o stworzeniu nowej klasyfikacji i po około 3,5 roku pracy w połowie 2013 r. w czasopiśmie „Cephalalgia” ukazała się nowa wersja międzynarodowej klasyfikacji bólów głowy – ICHD-3 beta [10]. Podobnie jak we wcześniejszych edycjach, tak i tym razem przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Jes Olsen. Zgodnie z intencją twórców nowe wydanie zostało dodatkowo określone jako wersja „beta”, ponieważ jednym z celów jest skoordynowanie ICHD-3 z nowym planowanym w najbliższym czasie wydaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – edycja 11 (International Classification of Diseases – ICD-11) Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO). Autorzy chcieliby, aby na całym świecie numery kodów przypisane odpowiednim jednostkom chorobowym bólów głowy były takie same zarówno w ICHD-3 beta, jak w ICD-11 [11]. **We wcześniejszych edycjach ICD występowały istotne różnice w kryteriach diagnostycznych niektórych bólów głowy w stosunku do ICHD-2.** Poza tym klasyfikacja ICHD-2 była bardziej szczegółowa niż klasyfikacja ICD-10. Nowa klasyfikacja jest dostępna w wersji elektronicznej w języku angielskim bezpłatnie na stronach www IHS (<http://www.ihs-headache.org/>), a także została opublikowana w czasopiśmie „Cephalalgia” (<http://cep.sagepub.com/content/33/9/629.full>). Polska wersja klasyfikacji ICHD-3 beta została opublikowana w „Medycynie Praktycznej – Neurologia” [12]. Planuje się, że ostateczna wersja ICHD-3 zostanie opublikowana w 2016 r. [9]. **Czas między wydaniem ostatecznej klasyfikacji ICHD-3 a opublikowaną już klasyfikacją ICHD-3 beta ma zostać wykorzystany na wprowadzenie ewentualnych poprawek i wykrycie błędów.** Należy jednak pamiętać, że zgodnie z intencją autorów rozpoznania bólów głowy powinny być ustalane już według kryteriów opisanych w nowej klasyfikacji bólów [11].

ORGANIZACJA ICHD-3

Struktura ICHD-3, podobnie jak ICHD-2, składa się z 4 głównych części. Pierwsza część obejmuje rozpoznania pierwotnych bólów głowy, druga jest poświęcona wtórnym

bólom głowy. Trzecia część głównie opisuje nerwobóle nerwów czaszkowych, ostania czwarta część to dodatek.

Wszystkie rozdziały od 1 do 13 mają podobny układ. Na początku umieszczono usystematyzowany, hierarchiczny podział na typy i podtypy bólów głowy obowiązujący w danym rozdziale. Następnie każdy rozdział jest poprzedzony krótkim wprowadzeniem, po którym prezentowane są różne typy bólów głowy, jeden po drugim w kolejności wcześniej wymienionego podziału. Dla każdej głównej jednostki chorobowej podano wcześniej używane określenia i wymieniono zaburzenia pokrewne, które są sklasyfikowane w innym miejscu, a także zaprezentowano krótki opis, starając się zdefiniować daną chorobę. Następnie przedstawione zostały wyraźne, jednoznaczne kryteria diagnostyczne. Wreszcie na końcu każdego rozdziału zamieszczono komentarz oraz wybrane piśmiennictwo.

Klasyfikacja ma hierarchiczny układ z zastosowaniem do czterech cyfr kodujących kolejne poziomy uporządkowania. Taki układ ma w znaczny sposób ułatwić posługiwanie się klasyfikacją i usprawnić szybkie odnalezienie odpowiednich kryteriów rozpoznania konkretnego rodzaju bólu głowy. Pierwsza cyfra wskazuje na podstawową kategorię rozpoznania, druga cyfra wskazuje podtyp w obrębie danej kategorii, a kolejne cyfry umożliwiają ustalenie bardziej dokładnego rozpoznania. Na przykład w rozpoznaniu 1.2.3.1 – rodzinna migrena połowiczoporażna, cyfra 1 oznacza, że ból głowy należy do rozdziału poświęconego migrenie, dodanie cyfry 2 odpowiada migrenie z aurą (1.2), a dodanie cyfry 3 klasyfikuje rozpoznanie jako migrena połowiczoporażna (1.2.3), z kolei dodanie cyfry 1 identyfikuje rozpoznanie jako rodzinną migrenę połowiczoporażną (1.2.3.1). Dodatkowo taki hierarchiczny podział pozwala użytkownikowi zdecydować, w jak szczegółowy sposób można ustalić rozpoznanie.

Dla pierwotnych bólów głowy, które spełniają wszystkie, z wyjątkiem jednego kryterium dla danego bólu głowy, można używać terminu „prawdopodobny”. Na przykład dla chorych z napadową hemikranią, którzy spełniają wszystkie kryteria, ale nie reagują na indometacynę, prawidłowa diagnoza to: prawdopodobna napadowa hemikrania (3.5.2).

Rozpoznając bóle głowy u chorego należy uwzględnić wszystkie typy bólów głowy, np. ten sam chory może mieć rozpoznaną migrenę z aurą (1.2), migrenę bez aury (1.1) oraz częste epizodyczne bóle głowy typu napięciowego (2.1). Kody diagnostyczne powinny być wymienione w kolejności od najważniejszego typu bólu głowy dla chorego.

CZĘŚĆ PIERWSZA – PIERWOTNE BÓLE GŁOWY

1. Migrena

Rozpoznanie migreny bez aury w ICHD-3 beta opiera się na tych samych kryteriach, co kryteria zawarte wcześniej w ICHD-2. Do rozpoznania migreny bez aury konieczne jest wystąpienie co najmniej 5 napadów bólu trwających od 4 do 72 godzin charakteryzujących się co najmniej 2 z 4 cech: jednostronnym umiejscowieniem, pulsującym charakterem, średnim lub znacznym natężeniem bólu, nasileniem się przy

codziennej aktywności fizycznej. Oprócz tego w trakcie bólu głowy występuje co najmniej jeden z objawów: nudności i/lub wymioty oraz fotofobia i fonofobia. W klasyfikacji ICHD-3 beta u dzieci zmieniono minimalny czas trwania epizodu bólowego z 1 godziny do 2 godzin. W przypadku dzieci ból głowy często występuje obustronnie w okolicy czołowo-skroniowej, a objawy fotofobii i fonofobii można ustalić na podstawie obserwacji zachowania dziecka. Autorzy nowej klasyfikacji podkreślają, że u dzieci lokalizacja bólu w okolicy potylicznej jest rzadka i wymaga dodatkowej ostrożności diagnostycznej.

W porównaniu z ICHD-2 w nowej klasyfikacji zmieniono podział migreny z aurą. Wśród migren z typową aurą wyróżniono migrenę z bólem lub bez bólu głowy. W porównaniu z ICHD-2 usunięto rozpoznanie typowej aury z bólem głowy innym niż migrena. Migrena siatkówkowa została zaliczona jako podtyp migreny z aurą. Dokonano również podziału rodzinnej migreny połowiczoporażnej na typ 1, 2 i 3. W kryteriach migreny z aurą dołączono komentarz, w którym stwierdzono, że jeśli występują po sobie trzy objawy aury to dopuszczalny maksymalny czas jej trwania może wynieść 3 x 60 minut, natomiast objawy ruchowe mogą trwać maksymalnie do 72 godzin.

Kolejną różnicą między ICHD-3 beta a ICHD-2 jest zmiana określenia migreny typu podstawnego na migrenę z aurą z pnia mózgu (ang. *migraine with brainstem aura*). Według ICHD-3 beta w tym typie migreny muszą wystąpić co najmniej 2 napady. W kryteriach migreny z aurą z pnia mózgu w odróżnieniu od migreny typu podstawnego aura składa się w pełni odwracalnych objawów wzrokowych, czuciowych i/lub językowych, jednak nie uwzględniono objawów ruchowych lub siatkówkowych. Ponadto muszą wystąpić co najmniej 2 objawy z pnia mózgu takie jak: dyzartria, zawroty głowy, szumy uszne, osłabienie słuchu, diplopia, ataksja, obniżenie poziomu świadomości. Z kryteriów aury, w porównaniu z migreną typu podstawnego, usunięto objawy wzrokowe oraz parestezje. Poza tym aura powinna spełniać co najmniej 2 z 4 cech: co najmniej 1 objaw aury rozwija się stopniowo w ciągu 5 minut lub powyżej 5 minut i lub 2 lub więcej objawów aury następuje kolejno po sobie; każdy występujący objaw aury trwa od 5 do 60 minut, co najmniej 1 z objawów aury powinien mieć charakter jednostronny; ból głowy pojawia się w trakcie trwania aury lub w ciągu 60 minut od ustąpienia aury. Chorzy z rozpoznaną migreną z aurą i objawami pod postacią niedowładu połowiczoporażnego powinni mieć rozpoznaną migrenę połowiczoporażną.

W nowej klasyfikacji wprowadzono podział na rodzinną migrenę połowiczoporażną, uwzględniając typy mutacji występujących u pacjenta – i tak typ 1 z mutacją w genie *CACNA1A*, typ 2 z mutacją *ATPIA2*, typ 3 z mutacją *SNA1A*, a także rodzinną migrenę połowiczoporażną w innym *loci*.

W ICHD-3 beta zmieniono kryteria rozpoznania migreny przewlekłej. Obecnie rozpoznanie migreny przewlekłej nie należy do **podtypu** powikłania migreny, a jest osobnym rodzajem migreny jako takiej. Charakteryzuje się występowaniem bólu głowy przypominającym ból głowy

typu napięciowego i/lub migrenowy ból głowy przez co najmniej 15 dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące. Przy czym migrenowy ból głowy występuje co najmniej 8 dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące i spełnia typowe kryteria dla rozpoznania migreny bez aury i/lub z aurą. Dodatkowo w kryteriach rozpoznania migreny przewlekłej umieszczono podpunkt, w którym początek bólu głowy w ocenie pacjenta może mieć charakter migreny i przechodzi po podaniu tryptanów lub alkaloidu sporyszu.

W nowej klasyfikacji zmieniono nazwę z dziecięcych zespołów okresowych, często poprzedzających migrenę na zespoły epizodyczne, które mogą się wiązać z migreną. Do zespołów epizodycznych zaliczono: nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe w tym zespół cyklicznych wymiotów i migrenę brzusznią, łagodne napadowe zawroty głowy, łagodny napadowy kręcz szyi oraz kolki niemowlęce. Wcześniej sądzono, że objawy zespołów okresowych występują tylko u dzieci, jednak obecnie uważa się, że mogą one być rozpoznawane również u dorosłych. W osobnym doniesieniu, opublikowanym w „Neurologii Dziecięcej”, omówiono aktualne wytyczne ICHD-3 beta dotyczące rozpoznawania dziecięcych zespołów epizodycznych i różnice pomiędzy obu klasyfikacjami [13].

2. Bóle głowy typu napięciowego

W ICHD-3 beta bóle głowy typu napięciowego zostały podzielone na trzy główne kategorie w zależności o częstotliwości epizodów bólowych. Rzadki, epizodyczny ból głowy typu napięciowego (2.1) charakteryzuje się występowaniem co najmniej 10 epizodów rzadziej niż jeden dzień w miesiącu, przez mniej niż 12 dni w roku. Częsty epizodyczny ból głowy typu napięciowego (2.2) cechuje co najmniej 10 epizodów bólu głowy średnio 1–14 dni na miesiąc przez ponad 3 miesiące, co najmniej 12 dni lecz nie więcej niż 180 dni w roku. Przewlekły ból głowy typu napięciowego (2.3) występuje co najmniej 15 dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące (co najmniej 180 dni w roku). Wszystkie 3 podtypy bólów głowy typu napięciowego w zależności od częstości zostały podzielone na te związane i niezwiązane ze wzmożoną tkliwością mięśni okoliczaskowych. W ICHD-3 beta w porównaniu z ICHD-2 kryteria diagnostyczne napięciowych bólów głowy nie uległy zmianie.

3. Trójdzielno-autonomiczne bóle głowy (*trigeminal autonomic cephalalgias* – TAC)

W nowej klasyfikacji rozdział 3 został nazwany – trójdzielno-autonomiczne bóle głowy i w porównaniu z ICHD-2 pominięto w nazwie rozdziału klastrowe bóle głowy. Rozdział poświęcony TACs składa się z opisu pięciu głównych rodzajów bólów głowy: klastrowy ból głowy; napadowa hemikrania, krótkotrwałe napady jednostronnego bólu głowy przypominającego nerwoból (*short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks*); hemikrania ciągła i prawdopodobny trójdzielno-autonomiczny ból głowy. Wszystkie typy bólu głowy opisane w tym rozdziale charakteryzują się krótkim czasem trwania z towarzyszącymi dodatkowymi autonomicznymi objawami takimi jak: nastrzyknięcie spojówek i/lub łzawienie, przekrwienie śluzówki nosa i/lub wyciek z nosa, obrzęk powiek, pocenie się czoła i twarzy, zaczerwienienie czoła i twarzy, uczucie pełności w uchu oraz zwężenie

żrenicy i/lub opadanie powieki. W kryteriach diagnostycznych klastrowego bólu głowy i napadowej hemikranii dokonano niewielkich zmian związanych głównie ze zwiększeniem liczby objawów towarzyszących. W porównaniu z ICHD-2 dodano dwa objawy: zaczerwienienie w obrębie czoła i twarzy oraz uczucie pełności w uchu. W ICHD-3 beta w rozdziale trzecim uwzględniono hemikranię ciągłą, która w poprzedniej edycji ICHD-2 znajdowała się w rozdziale czwartym poświęconym innym pierwotnym bólom głowy. Ból w hemikranii ciągłej jest jednostronny, trwa powyżej 3 miesięcy z towarzyszącymi zaostrzeniami o natężeniu umiarkowanym lub silnym. Poza tym pacjentom z hemikranią ciągłą może towarzyszyć uczucie niepokoju lub pobudzenie, lub nasilenie się bólu podczas ruchu, może wystąpić także tożsownie z towarzyszącym bólem co najmniej jeden z poniższych symptomów lub objawów: nastryknięcie spojówek i/lub łzawienie; przekrwienie śluzówki nosa i/lub wyciek z nosa; obrzęk powieki; pocenie się czoła i twarzy; zaczerwienienie czoła i twarzy; uczucie pełności w uchu; zwężenie źrenicy i/lub opadanie powieki. Należy wspomnieć, że w kryteriach diagnostycznych uwzględniono, że ból w napadowej hemikranii oraz hemikranii ciągłej ustępuje po podaniu indometacyny. U dorosłych pacjentów początkowa doustna dawka indometacyny powinna wynosić 150 mg na dobę, a w razie potrzeby może ona zostać podniesiona do 225 mg na dobę. Istnieje również możliwość podawania indometacyny dożylnie w dawce 100–200 mg. W kryteriach ICHD-3 beta brak jest danych na temat podawania indometacyny u dzieci, jednak w dostępnym piśmiennictwie można znaleźć doniesienia z informacjami, że u dzieci od 1. miesiąca do 18. roku życia indometecyna jest skuteczna w dawce 0,5–1,0 mg/kg 2 razy dziennie [14].

W ICHD-3 beta dokonano nowego podziału krótkotrwałych napadów jednostronnego bólu głowy przypominającego nerwoból na: z towarzyszącym przekrwieniem spojówek i łzawieniem (*short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing* – SUNCT) oraz na taki z towarzyszącymi autonomicznymi objawami w obrębie czaszki (*short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms* – SUNA). Dodatkowo w tym rodzaju bólu głowy zwiększono dopuszczalny czas trwania bólu z 5–240 sekund na 1–600 sekund.

4. Inne pierwotne bóle głowy

W rozdziale czwartym podzielono pierwotne bóle głowy na 4 główne kategorie. Do pierwszej grupy bólów głowy związanych z wysiłkiem fizycznym zaliczono: pierwotny kaszlowy ból głowy, pierwotny wysiłkowy ból głowy, pierwotny ból głowy związany z aktywnością seksualną i pierwotny piorunujący ból głowy. W drugiej grupie bólów głowy związanych z działaniem bodźca zewnętrznego uwzględniono: ból głowy wywołany zimnem; ból głowy spowodowany siłą działającą z zewnątrz i pierwotny kłujący ból głowy. Krążkowy ból głowy i pierwotny śródsenny ból głowy tworzą trzecią grupę, w której ból głowy zlokalizowany jest na skórze głowy. Ostatnią czwartą grupę stanowi nowy, uporzeczywy codzienny ból głowy (*new daily persistent headache* – NDPH). W nowej klasyfikacji ICHD-3 beta uległy zmianie kryteria diagnostyczne pierwotnego kaszlowego bólu głowy,

który obecnie charakteryzuje się wystąpieniem co najmniej 2 epizodów bólu głowy wywołanych lub występujących tylko podczas kaszlu, wysiłku i/lub podczas próby Valsavy. Poza tym ból ma nagły początek i trwa od 1 sekundy do 2 godzin. W porównaniu z kryteriami z poprzedniej klasyfikacji, w pierwotnym kaszlowym bólu głowy zwiększono maksymalny czas trwania bólu głowy z 30 minut do 2 godzin, a także w zawarto minimalną liczbę 2 epizodów bólów głowy koniecznych do ustalenia rozpoznania.

W klasyfikacji ICHD-3 beta pierwotne bóle głowy związane z aktywnością seksualną stanowią jedną jednostkę. Usunięto wcześniejszy podział na ból głowy przed orgazmem i przy orgazmie. Dodatkowo wprowadzono nowe bardziej szczegółowe kryteria diagnostyczne. W ICHD-3 beta pierwotny ból głowy związany z aktywnością seksualną charakteryzuje się wystąpieniem co najmniej 2 epizodów bólu głowy i/lub szyi występujących tylko podczas aktywności seksualnej. Poza tym ból spełnia jedną lub dwie cechy: nasila się podczas narastającego seksualnego podniecenia; gwałtownie się nasila przed lub podczas orgazmu. W ICHD-3 beta sprecyzowano czas trwania tego rodzaju bólu głowy: od 1 minuty do 24 godzin w przypadku silnego bólu głowy i/lub do 72 godzin w przypadku łagodnego bólu głowy.

W nowej klasyfikacji opisano także pierwotny piorunujący ból głowy, który charakteryzuje się silnym bólem głowy trwającym powyżej 5 minut o nagłym początku osiągającym maksymalne nasilenie w czasie krótszym niż 1 minuta. W porównaniu z poprzednią edycją usunięto zapis dotyczący maksymalnego czasu trwania do 10 dni i zmniejszono minimalny czas trwania bólu z 1 godziny do 5 minut. Do rozdziału czwartego przeniesiono, z rozdziału 13, ból głowy wywołany zimnem i ból głowy spowodowany siłą działającą z zewnątrz. Uwzględniono również krążkowy ból głowy, który we wcześniejszej klasyfikacji był opisywany w rozdziale 14. Krążkowy ból głowy jest ciągłym lub przerywanym bólem występującym wyłącznie na owłosionej skórze głowy i charakteryzuje się stałą wielkością i kształtem. Miejsce bólu jest wyraźne zlokalizowane i przypomina okrąg lub elipsę o średnicy od 1 do 6 centymetrów.

W ICHD-3 beta zmianie uległy kryteria diagnostyczne śródsennego bólu głowy. Obecnie śródsenny ból głowy charakteryzuje się występowaniem nawracającego bólu głowy powyżej 10 dni w miesiącu przez ponad 2 miesiące. Ból trwa powyżej 15 minut i do 4 godzin po wybudzeniu ze snu. Poza tym ból pojawia się tylko podczas snu i powoduje wybudzenie chorego. Dodatkowo śródsennemu bólowi głowy nie towarzyszą czaszkowe objawy autonomiczne i niepokój ruchowy. W ICHD-3 beta w porównaniu z ICHD-2 usunięto kryterium wieku, opis charakter bólu głowy oraz uwzględniono maksymalny czas trwania bólu do 4 godzin.

CZĘŚĆ DRUGA KLASYFIKACJI ICHD-3 BETA – WTORNE BÓLE GŁOWY

Część druga ICHD-3 beta składa się z ośmiu rozdziałów zawierających kryteria diagnostyczne bólów głowy przypisywanych: urazom głowy, zaburzeniom naczyniowym, zaburzeniom ciśnienia śródczaszkowego, nieinfekcyjnym

czynnikom zapalnym, nowotworom wewnątrzczaszkowych, napadom padaczkowym, nadużywaniu substancji chemicznych, infekcjom, zaburzeniom homeostazy, schorzeniom twarzoczaszki i zaburzeniom psychicznym. W wersji beta 3 edycji ICHD kryteria dotyczące związku przyczynowego wtórnych bólów głowy zostały złagodzone, co pozwala na szybsze postawienie diagnozy, nawet jeśli czynniki będące przyczyną bólu głowy nie mogą zostać usunięte lub gdy ból nie ustępuje po usunięciu przyczyny. Taka modyfikacja umożliwia ustalenie rozpoznania już przy pierwszym kontakcie z pacjentem. W poprzedniej edycji diagnoza wtórnych bólów głowy nie mogła być postawiona do czasu, kiedy chory nie został „wyleczony”, co w praktyce było bardzo mało użyteczne. Nowa klasyfikacja ICHD-3 beta wniosła pojęcie: „prawdopodobny wtórny ból głowy”.

CZĘŚĆ TRZECIA – BOLESNE NEUROPATIE NERWÓW CZASZKOWYCH, INNE BÓLE TWARZY I INNE BÓLE GŁOWY

Część trzecia składa się z dwóch rozdziałów poświęconych neuralgiom oraz innym bólom głowy.

13. Bolesne neuropatie nerwów czaszkowych i inne bóle twarzy

W rozdziale trzynastym zmieniono nazwę z wcześniej używanej: „nerwobóle czaszkowe i ośrodkowe przyczyny bólu twarzy”, na „bolesne neuropatie czaszkowe i inne bóle twarzy” (*painful cranial neuropathies and other facial pains*). W porównaniu z poprzednią klasyfikacją dokonano szczegółowego podziału na wtórne przyczyny nerwobólu nerwu trójdzielnego (n. V). Uwzględniono między innymi nerwoból n. V związany z zakażeniem wirusem opryszczki, stwardnieniem rozsianym lub urazem. W kryteriach rozpoznania klasycznego nerwobólu n. V, nerwobólu nerwu językowo-gardłowego i klasycznego nerwobólu nerwu pośredniego w porównaniu z poprzednią klasyfikacją uściślono minimalną liczbę napadów do 3. Należy dodać, że utrzymano wcześniejszy podział neuralgii na klasyczną i objawową, uwzględniając w klasycznej neuralgii ucisk naczyń mózgowych na dany nerw czaszkowy. W nowej klasyfikacji usunięto rozpoznania: nerwobólu z nerwu krtaniowego górnego, nerwobólu z nerwów nosowo-rzęskowych, nerwobólu nadoczodołowego, zespołu szyjno-językowego. W ICHD-3 beta nazwa „migrena okołoporaźna” została zmieniona na „nawracającą bolesną neuropatię z niedowładem nerwów gałkoruchowych” (*recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy*). Obecnie ten rodzaj nerwobólu charakteryzuje się wystąpieniem co najmniej 2 ataków jednostronnego bólu głowy z towarzyszącym tożstrosnym porażeniem jednego, dwóch lub wszystkich trzech nerwów czaszkowych odpowiedzialnych za ruchy gałką oczną. Dodatkowo należy wykluczyć zmiany w oczodole, w okolicy okołosiodłowej lub w tylnym dole jamy czaszki. W porównaniu z kryteriami w ICHD-2 usunięto kryterium czasu pojawienia się bólu głowy od momentu wystąpienia porażenia nerwów czaszkowych: III, IV lub VI. W rozdziale uwzględniono nowe rozpoznanie zespół Readera (zespół uszkodzenia włókien współczulnych nerwu trójdzielnego unerwiających gałkę oczną) [*paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome*], który charakteryzuje się stałym jednostronnym bólem w obrębie nerwu ocznego, czasami

mogący obejmować również nerw szczękowy. Ból rozwija się w zależności czasowej od wystąpienia choroby zasadniczej i nasila się podczas ruchu gałek ocznych. Objawy zespołu Readera mogą być spowodowane zmianami w środkowym dole czaszki lub w tętnicy szyjnej i mogą występować z tożstrosnym zespołem Hornera. W osobnym artykule, opublikowanym w „Neurologii Dziecięcej”, szczegółowo omówiono wszystkie występujące neuralgie u dzieci sklasyfikowane w ICHD-3 beta [15].

14. Inne bóle głowy

W rozdziale czternastym opisano bóle głowy, które nie odpowiadają żadnemu opisanemu wcześniej w ICHD-3 beta typowi bólu głowy albo wiedza na ich temat nie jest wystarczająco pełna. W rozdziale tym opisano ból głowy niesklasyfikowany gdzie indziej i nieokreślony ból głowy. Kryteria diagnostyczne dla tych bólów głowy w porównaniu z ICHD-2 nie uległy zmianie.

CZĘŚĆ CZWARTA – DODATEK

Dodatek został po raz pierwszy dołączony do drugiej edycji ICHD-2. Zasadniczym celem tego rozdziału jest przedstawienie nowych kryteriów diagnostycznych lub alternatywnych kryteriów dla bólów głowy, które w opinii autorów klasyfikacji nie uzyskały dość wystarczających dowodów wiarygodności i wymagają dalszych badań naukowych. Dodatek jest więc listą inspirujących tematów badawczych, które w przyszłości mogą stać się podstawą do ewentualnego włączenia nowych jednostek w następnych edycjach ICHD. W Dodatku podano także między innymi alternatywne kryteria migreny przewlekłej oraz migreny z aurą.

W ICHD-3 beta w dodatku w części poświęconej zespołom epizodycznym uwzględniono: kolkę niemowlęcą, naprzemienne dziecięce porażenie połowicze oraz migrenę przedśionkową. Kolki niemowlęce pojawiają się od urodzenia do 4. miesiąca życia i występują powyżej lub 3 dni w tygodniu przez 3 miesiące lub dłużej. Poza tym kolki charakteryzują się nawracającymi się epizodami drażliwości, rozdrażnienia lub płaczu i trwają 3 godzin lub dłużej. Dzieci chorujące na kolki niemowlęce w późniejszym życiu mają większe prawdopodobieństwo zachorowania na migrenę z aurą lub bez aury. Szczegółowy opis zmian w nazewnictwie i podziałach epizodycznych zespołów dziecięcych omówiono w innym artykule w „Neurologii Dziecięcej” [13].

Naprzemienne dziecięce porażenie połowicze (*alternating hemiplegia in childhood – AHC*) jest zaburzeniem neurodegeneracyjnym, uwarunkowanym mutacją w genie *ATP1A3* [16]. Początek dolegliwości występuje przed 18. miesiącem życia i charakteryzuje się nawracającym, napadowym porażeniem połowicznym zmiennym co do stron ciała. Dodatkowo z wystąpieniem napadu związane jest przynajmniej jedno z napadowych zaburzeń takich jak: zaburzenia autonomiczne, ruchy płasawicze, dystonie, mowa toniczna, oczopląs lub inne zaburzenia ruchu gałek ocznych. U dzieci z naprzemiennym dziecięcym porażeniem połowicznym stwierdza się zaburzenia neurologiczne i/lub poznawcze/intelektualne.

W ICHD-3 beta kryteria diagnostyczne migreny przed-sionkowej to: wystąpienie co najmniej 5 epizodów o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, trwających od 5 minut do 72 godzin. Co najmniej połowa napadów jest związana z co najmniej jednym z 3 objawów charakterystycznych dla migreny: fotofobia i fonofobia; aura wzrokowa; ból głowy spełnia co najmniej 2 z 4 cech: jednostronny, pulsujący, umiarkowany lub silny, nasilający się podczas aktywności fizycznej. Czas trwania epizodów jest bardzo zróżnicowany, u około 10% pacjentów może on wynosić zaledwie kilka sekund z tendencją do powtarzania się przy ruchach głowy, stymulacji wzrokowej lub zmianie pozycji głowy.

WNIOSKI

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy jest zgodnym stanowiskiem ekspertów, którego podstawą są wiarygodne dane naukowe oraz ogromne doświadczenie kliniczne i właśnie dzięki temu uzyskała akceptację i uznanie na całym świecie. Obecnie opisuje ona około 280 różnych typów bólów głowy. Klasyfikacja ta stała się niezbędnym narzędziem w codziennej praktyce klinicznej neurologa i neurologa dziecięcego. Stanowi również podstawy do pracy naukowo-badawczej nad bólami głowy. Nowa klasyfikacja bólów głowy została wydana 9 lat po opublikowaniu ostatniej wersji ICHD-2. Ten okres był niezbędnym czasem na uzyskanie nowych danych naukowych. Podobnie jak poprzednie wersje, tak i obecna klasyfikacja ICHD-3 beta w przyszłości będzie modyfikowana wraz z pojawianiem się nowych danych na temat bólów głowy.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Abu-Arafeh I., Razak S., Sivaraman B., et al.: Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52: 1088–1097.
- [2] Barea L.M., Tannhauser M., Rotta N.T.: An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 1996; 16: 545–549; discussion 523.
- [3] Boćkowski L., Sendrowski K., Śmigielska-Kuzia J.: Doraźne leczenie napadów migrenowych i stanu migrenowego u dzieci i młodzieży. *Neurol Dziec* 2011; 20: 81–87.
- [4] Raskin N.H.: Migraine: clinical aspects. [w:] *Headache*. 2d ed. Churchill Livingstone, New York 1988.
- [5] Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988; 8 Suppl 7: 1–96.
- [6] [Classification and diagnostic criteria for headache, cranial neuralgias and facial pain]. *Neurol Neurochir Pol* 1993; 27 Suppl 1: 5–127.
- [7] Headache Classification Subcommittee of the International Headache S.: The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 Suppl 1: 9–160.
- [8] [The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition]. *Neurol Neurochir Pol* 2006; 40: S7–41.
- [9] Levin M.: The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (ICHD III) – Changes and Challenges. *Headache* 2013; 53: 1383–1395.
- [10] Headache Classification Committee of the International Headache S.: The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629–808.
- [11] Olesen J.: ICHD-3 beta is published. Use it immediately. *Cephalalgia* 2013; 33: 627–628.
- [12] Międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy, wydanie 3. (wersja beta). *Medycyna Praktyczna Neurologia* 2014; 1 (25): 6–39.
- [13] Winczewska-Wiktor A., Piłarska E., Steinborn B.: Miejsce dziecięcych zespołów okresowych w nowej Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy. *Neurol Dziec* 2013; 45: 11–18.
- [14] Lambru G., Matharu M.: Management of trigeminal autonomic cephalalgias in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17: 323.
- [15] Fliciński J., Żarowski M., Steinborn B.: Neuralgie nerwów czaszkowych u dzieci. *Neurol Dziec* 2013; 45: 51–60.
- [16] Heinzen E.L., Swoboda K.J., Hitomi Y., et al.: De novo mutations in ATP1A3 cause alternating hemiplegia of childhood. *Nat Genet* 2012; 44: 1030–1034.

Adres do korespondencji:

Jędrzej Fliciński, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Neurologii Wieków Rozwojowego, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, e-mail: flicinski@ump.edu.pl