

SPECIFIČNOSTI DECE SA MIGRENOM

SPECIFICITIES OF CHILDREN WITH MIGRAINE

Marija Knežević Pogančev

Sažetak. U periodu od 1988. do 2005. godine u devet mesta Vojvodine, ispitano je 24.828 dece, starosti 3 do 16 godina, kako bi se utvrdila učestalost dece sa migrenskim i nemigrenskim glavoboljama i njihova specifičnost (prepoznatljive karakteristike, odnosno predisponirajući faktori migrenskog sindroma). Migrenski sindrom je dijagnostikovao kod 8,4% dece, češće kod devojčica (8,8% devojčice vs. 8,0% dečaci). Deca sa migrenskim glavoboljama su značajno ređe opisivana kao neupadljiva (27,6%) u odnosu na decu bez glavobolja (50,2%) i decu sa nemigrenskim glavoboljama (47,0%), što svakako predstavlja nedovoljno jasnu specifičnost ličnosti. Kao predisponirajuće faktore migrenskog sindroma kod dece, osim direktnog nasleđivanja, trebalo bi prihvatiti: red rađanja (drugo dete), dužinu dojenja, starost pri uvođenju u ishranu industrijski pripremljene hrane i uzrast u kome je dete uključeno u celodnevni boravak, materijalno stanje porodice i porodičnu atmosferu, prethodno postojanje paroksizmalnog tortikolisa, epizoda vrtoglavice nejasne etiologije i recidivnog abdominalnog bola, kao i nedovoljnu dominaciju hemisfere.

Cljučne riječi: Deca, Migrena

Uvod

Faktori rizika za ispoljavanje migrenskog sindroma čine specifičnosti dece sa migrenom. Oni ne uslovljavaju direktno migrenski napad i nemaju jasnu uzročnu vezu. Različite studije prepoznaju kao faktore rizika za ispoljavanje migrenskog sindroma osobine ličnosti i inteligenciju, socijalni milje, odnose u okruženju, radne aktivnosti i sposobnosti, te lični pristup bolesti.

Brojne studije o karakteristikama ličnosti dece sa migrenskim sindromom ističu sliku poremećenog ponašanja u obliku perfekcionizma ili opisuju osetljivu, aktivnu, nervoznu i od početka života prebrižnu decu, često uplašenu. Ova deca imaju visok zbir na listama za depresivnost, anksioznost i psihosomatska oboljenja [1-6].

Polna distribucija migrene sa austom i migrene bez aure je različita, sa znatno izraženijim uticajem polno zavisnih faktora na migrenu bez aure [7-9].

Sillanapaa i saradnici sugerišu kao faktor pojave migrene: nizak ekonomski status porodice, boravak

deteta u ustanovi (celodnevni boravak), velik broj školskih aktivnosti, naročito kod dece kod koje se glavobolja pojavila do starosti od 5 godina [10]. Nema jasnih podataka, ni određenih stavova u dostupnoj literaturi o dominaciji hemisfera u juvenilnoj migreni [11,12].

Cilj rada je bio da se prepoznaju specifičnosti dece sa migrenom, tj. da se otkriju predisponirajući faktori migrenskog sindroma. Želeli su da se definišu uslovi za prepoznavanje dece rizične grupe za ispoljavanje migrenskog sindroma i stvaranje uslova za najraniju prevenciju migrenskih napada.

Ispitanici i metode

U periodu od 1988. do 2005. godine u devet mesta Vojvodine, u slučajnim uzorkom odabranim predškolskim ustanovama i školama anketirano je 24.828 dece starosti od 3 do 16 godina. Ispitivane su razlike u specifičnostima dece sa migrenom, dece sa

recidivnim nemigrenskim glavoboljama i dece bez glavobolja. Dodatno su ispitivane specifičnosti dece sa migrenom po tipu migrenskog sindroma.

Korišćen je upitnik baziran na IHS (*engl., International Headache Society, IHS*) klasifikaciji i dijagnostičkim kriterijumima za glavobolje, kranijalne neuralgije i facijalni bol iz 1988. godine, koji je korigovan 2003. godine [13,14], a evaluiran je na osnovu empirijskog indeksa validnosti.

Rezultati i rasprava

Migrenski sindrom je dijagnostikovao kod 8,4% dece, češće kod devojčica (8,8% devojčice vs. 8,0% dečaci). U ispitivanoj grupi dece nije potvrđeno postojanje "migrenske ličnosti". Deca sa

migrenskim glavoboljama su značajno ređe opisivana kao neupadljiva (27,6%) u odnosu na decu bez glavobolja (50,2%) i decu sa nemigrenskim glavoboljama (47,0%), što predstavlja, za sada, nedovoljno jasnu posebnost.

Roditelji su svoju decu sa migrenskim sindromom opisali kao ambicioznu i preosetljivu, ali, ipak, kao neupadljivu (tabela 1). Decu sa migrenom sa aurom roditelji najčešće opisuju kao neupadljivu, preosetljivu, ambicioznu, a znatno ređe kao povučenu i nemirnu. Decu sa migrenom bez aure roditelji opisuju kao ambicioznu, neupadljivu, preosetljivu, nemirnu, povučenu, presavesnu. Karakteristike ponašanja dece sa migrenskim ekvivalentima roditelji definišu kao nemirnu, preosetljivu, povučenu i neupadljivu decu.

Tabela 1. Ponašanje dece bez glavobolja i sa različitim vrstama glavobolja (izraženo u %)

Glavobolja	Povučeno	Preosetljivo	Presaveso	Nemirno	Ambiciozno	Neupadljivo
Bez glavobolje	13,4	7,1	0,4	26,6	2,3	50,2
Nemigrenske glavobolje	11,6	8,8	0,3	23,7	8,6	47,0
Migrenske glavobolje	10,5	23,6	0,2	13,3	24,8	27,6
sa aurom	7,7	31,1	-	5,1	22,3	33,8
bez aure	10,0	20,3	0,3	14,1	28,4	26,8
Ostale migrenske glavobolje	24,7	28,0	-	34,0	-	13,3

Migrena bez aure je značajno prisutnija kod sve dece čiji je obrazac ponašanja definisan kao granični ili ekstremni, što ide u prilog pretpostavci o višem uticaju emotivnih i psihičkih promena na ispoljavanje migrene bez aure, kao i njenu manje jasnu genetsku determinisanost u odnosu na migrenu sa aurom.

Migrenska glavobolja se javlja značajno češće kod drugog deteta po redu rađanja u porodici (55,8%), nego kod prvog deteta (43,7%) ili kod ostale dece (0,5%).

Migrenski sindrom se javlja češće (7,4%) kod dece koja žive sa jednim roditeljem, sa lošom porodičnom atmosferom (9,1%), najčešće kao migrena bez aure (57,1%).

Deca sa migrenskim glavoboljama su značajno češće iz porodica u kojima dominira majka (61,2%) u odnosu na oca (36,8%) ili drugu ličnost (2%), kao posledica prezaštićenosti deteta ili kontinuiranog stresa, zbog neadekvatnih projekcija majke na dete. Nema statistički značajnih razlika u zastupljenosti tipova migrenskog sindroma u odnosu na dominantnost pojedinih osoba u porodici.

Migrenski sindrom je najčešće prisutan kod dece koja žive u porodicama sa osrednjim materijalnim

stanjem (55,6%), zatim kod dece iz porodica sa lošim (36,1%) i samo u 8,1% iz porodica sa dobrim materijalnim stanjem. Među migrenskim sindromima značajna je dominacija migrene bez aure u porodicama sa lošim materijalnim statusom (tabela 2).

Tabela 2. Materijalno stanje porodica dece sa migrenom (%)

Glavobolja	Loše	Srednje	Dobro
Migrenske glavobolje			
sa aurom	23	72	5
bez aure	41	50	9
Ostale migrenske glavobolje	36	52	12

Migrenske glavobolje su prisutniji kod dece koja ne pohađaju školu u mestu boravka (16,42% vs. 11,89%), što se objašnjava brojnim provocirajućim faktorima (rano jutarnje ustajanje, nedovoljno spavanje, suva hrana tokom boravka u školi, vožnja autobusom, itd) [12].

Deca sa migrenom bez aure značajno kraće su dojena od dece sa drugim migrenskim sindromom, a naročito od dece sa migrenom sa aurom. Deca sa

migrenom bez aure su dojena prosečno 4 meseca i 27 dana, deca sa drugim migrenskim sindromom 4 meseca i 5 dana, a deca sa migrenom sa aurom 5 meseci 19 dana. Dobijeni rezultat otkriva nov i rani predisponirajući faktor migrenskog sindroma "dužinu dojenja" i zahteva dalje detaljno metaboličko ispitivanje.

Analizom psihomotornog razvoja (uzrasta u kome dete samostalno sedi, stoji, hoda, vokalizuje, govori, kontroliše sfinktere danju i/ili noću) među decom sa migrenskim sindromom, decom bez glavobolja i decom sa nemigrenskim glavoboljama, metodom analize varijanse dobijene su razlike koje nisu bile statistički značajne.

Istraživanjem uticaja ranog uključivanja u celodnevni boravak predškolske ustanove obuhvaćeno je 7.881 dece, 6.412 (81,36%) bez glavobolja, 305 (3,87%) sa migrenskim glavoboljama i 1.164 (14,77%) sa nemigrenskim glavoboljama. Migrenski sindrom se javlja češće (39,4%) kod dece koja su kao mlada uključivana u celodnevni predškolski boravak. Značajna je razlika između dužine boravka u kolektivu za decu bez glavobolja (1 godina 8 meseci 24 dana), za decu sa nemigrenskim glavoboljama (2 godine 27 dana) i decu sa migrenskim glavoboljama (3 godine 1 mesec 12 dana).

Deca sa migrenskim sindromom imaju specifičnosti koje se mogu smatrati i predisponirajućim faktorima migrenskog sindroma dece:

-recidivni abdominalni bol u anamnezi u 24,6% (31,2% dece sa migrenom sa aurom i 21,9% dece sa migrenom bez aure),

-epizodične vrtoglavice nejasne etiologije, koje se ne mogu smatrati benignim paroksizmalnim vertigom u anamnezi ima 43% dece sa migrenskim i 2,6% dece sa nemigrenskim glavoboljama,

-sombulizam kod 31,4% dece sa migrenskim, 12,0% dece sa nemigrenskim glavoboljama i 4% dece bez glavobolja,

-primarni intrauterini tortikolis u 6,5% dece sa migrenskim glavoboljama.

Kinetoza je vrlo prisutna kod dece sa migrenskim sindromom. Samo 0,3% dece koja nemaju podatak o kinetozi ima migrensku glavobolju, dok se nemigrenska glavobolja javlja u 13,2% dece koja nemaju kinetozu. Kod dece koja imaju kinetozu migrenska glavobolja se javlja u 21,0%, a nemigrenska u 21,6%. Deca sa migrenskom glavoboljom imaju kinetozu u 92,8%, (kod migrene sa aurom 65%, migrene bez aure

92,7% i migrenskih ekvivalenata 96,7%), dok deca sa nemigrenskom glavoboljom imaju kinetozu u 25,1%, a deca bez glavobolje u 12,0%.

Različita, vrlo često nejasna, recidivna vegetativna simptomatologija (vrtoglavice, nesvestice, kolapsi, mučnine, promene boje kože, preznojavanja, itd.) u ličnoj anamnezi je statistički visoko značajnije prisutna kod dece sa migrenskim sindromom (43,0%) u odnosu na (2,6%) decu sa glavoboljama nemigrenske etiologije.

Ako je nasleđeni supstrat migrene metabolički poremećaj ili poremećaji koji vode do nestabilnosti i ekscesivne reakcije neurovazomotornog sistema, onda moraju postojati i druge manifestacije ovog stanja, sa jasnim kliničkim ispoljavanjem kakvo se viđa kod migrene, cikličnog povraćanja i periodičnih sindroma, te ovi poremećaji mogu biti posmatrani i kao bazalna predispozicija za kinetozu, somnambulizam, ortostatsku cirkulatornu insuficijenciju i alergiju, isto kao i migrenski sindrom.

Zaključak

Predisponirajućim faktorima migrenskog sindroma mimo direktne naslednosti mogu se smatrati:

- pol i red rađanja,
- dužina dojenja i uzrast u kome je u ishranu uvedena industrijski pripremljena hrana,
- struktura i materijalno stanje porodice,
- dominantnost majke u porodici,
- tortikolis,
- epizodne vrtoglavice nejasne etiologije,
- recidivni abdominalni bol,
- sombulizam i različita vegetativna simptomatologija u ličnoj anamnezi,
- kinetoza,
- nedovoljno jasne nespecifičnosti obrasca ponašanja.

Karakteristike dece koje bi bile prepoznatljive u periodu pre ispoljavanja migrenskog sindroma bi omogućile sprečavanje njegovog ispoljavanja adekvatnom veoma ranom prevencijom.

Literatura

1. Hockaday JM. Migraine in childhood and other non-epileptic paroxysmal disorders. Boston: Butterworths, 1988.

2. Barlow CF. Headaches and migraine in childhood (Clinics in Developmental Medicine). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 1984.
3. Diener HC, Eikermann A, Pageler L. Migraine. Fortschr Neurol Psychiatr. 2005; 73: 44-56.
4. Passchier J, Orlebeke JF. Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. Cephalalgia. 1985; 5: 167-76.
5. Lipton RB. Diagnosis and epidemiology of pediatric migraine. Curr Opin Neurol. 1997; 10: 231-6.
6. Gürkan F, Ece A, Haspolat K, Dikici B. Parental history of migraine and bronchial asthma in children. Allergol Immunopathol. 2000; 28: 15-7.
7. Silberstein SD. Migraine and women. The link between headache and hormones. Postgrad Med. 1995; 97: 147-53.
8. Millichap JG. Recurrent headaches in 100 children. Electroencephalographic abnormalities and response to phenytoin (Dilantin). Childs Brain. 1978; 4: 95-105.
9. Lidegaard O, Bygdeman M, Milsom I, Nesheim BI, Skjeldestad FE, Toivonen J. Oral contraceptives and thrombosis. From risk estimates to health impact. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78: 142-9.
10. Sillanpää M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. Cephalalgia. 1991; 11: 239-42.
11. Knežević-Pogančev M. Migrenski sindrom dece. Beograd: Todra, 2004.
12. Mitrović D. Kliničko značenje dislateralizovanosti u razvojnem dobu [doktorska disertacija]. Novi Sad: Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, 1992.
13. No authors listed. 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.
14. Evers S. The new IHS classification. Background and structure. Schmerz. 2004; 18: 351-6.

Summary. *In the period of 1988 to 2005, in nine cities of Vojvodina, there were examined 24,828 children of ages between 3 and 16, with the aim of establishing the incidence of children with migrainous and non-migrainous headaches and their specificity (recognizable characteristics, i.e. pre-disposing factors of migrainous syndrome. Migrainous syndrome was diagnosed in 8.4% children, more often at girls (8.8% girls vs. 8.0% boys). Children with migrainous headaches were significantly more rarely described as inconspicuous (27.6%) relative to the children without headaches (50.2%) and children with non-migrainous headaches (47.0%), which definitely represented an insufficiently clear specificity of the personality. The following should be accepted as the pre-disposing factors of migrainous syndrome in children: order of birth (second child), duration of breast-feeding, age at the moment of introduction of industrially prepared food into the diet and the age when a child is included into the daycare, material status of the family and family atmosphere, prior existence of paroxysmal torticollis, vertigo episodes of unclear etiology and recidive abdominal pain, as well as insufficient dominance of the hemisphere.*

Key words: *Children, Migraine*

Marija Knežević Pogančev

Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine, Novi Sad