

Miejsce dziecięcych zespołów okresowych w nowej Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy

The place of childhood periodic syndromes in the new International Classification of Headache Disorders

Anna Winczewska-Wiktor¹, Ewa Pilarska², Barbara Steinborn¹

¹Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

²Klinika Neurologii Rozwojowej Katedry Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

W wydaniu drugim Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy zespoły okresowe, będące ekwiwalentem migreny, nazywane były dziecięcymi zespołami okresowymi. W nowej propozycji Klasyfikacji Bólów Głowy z 2013 roku, wydaniu III, wersji beta, zmianie uległa nazwa grupy. Zrezygnowano z określenia „dziecięce”, dopuszczając w ten sposób stosowanie tego rozpoznania w populacji pacjentów dorosłych. Wśród zespołów epizodycznych znalazły się kolki niemowlęce, poszerzając grupę potencjalnych pacjentów o noworodki. Inne nowe zespoły epizodyczne uwzględnione w klasyfikacji to nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz przedstawiona w tzw. Dodatku migrena przedsionkowa. Wątpliwości budzi umieszczenie tzw. złośliwej postaci naprzemiennego dziecięcego porażenia połowicznego wśród zespołów epizodycznych opisanych w Dodatku klasyfikacji.

Słowa kluczowe: dziecięce zespoły okresowe, zespoły epizodyczne, migrena

ABSTRACT

In the II edition of the International Classification of Headache Disorders periodic syndromes, that are the equivalent of a migraine, were called childhood periodic syndromes. In the latest proposals for the International Classification of Headache Disorders with 2013 release III edition, beta version, the name was changed to episodic syndromes. The term “childhood” was abandoned allowing diagnosis of this condition in the adult population. Placing the infantile colic among the episodic syndromes expanded the group of potential patients to newborns. Vestibular migraine and the group of recurrent gastrointestinal disorders were added to the new classification. The paper presents changes in the diagnosis, definition and division of episodic syndromes. Doubts are expressed regarding the inclusion of so-called malignant form of alternating hemiplegia of children in the classification of episodic syndromes.

Key words: childhood periodic syndromes, episodic syndromes, migraine

WSTĘP

Pierwszy raz pojęcie „okresowych zaburzeń dziecięcych” wprowadzili w 1933 roku Wyllie i Schlesinger. Zastosowano je do opisu występujących w dzieciństwie epizodów gorączki, wymiotów lub bólów brzucha u pacjentów z migreną [1]. W 1963 roku Cullen zauważył i podkreślił występowanie wśród członków rodzin dzieci z zespołami okresowymi, migreny. W 1984 roku Barlow wprowadza określenie „prekursor” migreny i od tego czasu zespoły okresowe definiowane są jako objawy prodromalne, poprzedzające występowanie napadów migreny [1,2]. Znaczenie zespołów okresowych nie tylko jako objawów poprzedzających, ale również jako jednej z form, ekwiwalentu czy wariantu migreny podkreślali w 1997 roku Lanzil i 2005 roku Winner [3,4]. Po osiemdziesięciu latach istnienia pojęcia „dziecięce zespoły okresowe”, w nowej Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy wydanie III (wersja beta), zmieniły nazwę na zespoły epizodyczne, które mogą być związane z migreną. Zmiana nie ma wyłącznie charakteru nomenklatury. Zmieniła się definicja zespołów epizo-

dycznych, pojawiły się nowe schorzenia wchodzące w skład grupy, część zespołów klinicznych została przesunięta do głównej grupy oraz częściowo zmieniono kryteria rozpoznania poszczególnych zespołów.

W pracy przedstawiono proponowane definicje dla całej grupy i poszczególnych zespołów klinicznych oraz podziały zespołów epizodycznych umieszczonych w wydaniu III Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (wersja beta) [5], oraz różnice w klasyfikacji zespołów okresowych w wydaniu drugim i trzecim Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy z 2004 i 2013 roku.

W II Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy, z 2004 roku, zaburzenia okresowe umieszczone zostały w części pierwszej dotyczącej migreny (symbol 1). Razem z migreną bez aury (1.1), migreną z aurą (1.2), migreną siatkówkową (1.4), powikłaniami migreny (1.5), migreną prawdopodobną (1.6) wymienione na trzeciej pozycji w grupie z numerem 1.3 [6].

W nowej klasyfikacji zespoły okresowe umieszczono w części pierwszej dotyczącej migreny (tak jak to było dotychczas) wśród migreny bez aury (1.1), migreny z aurą (1.2), przewlekłej migreny (1.3), powikłań migreny (1.4), prawdopodobnej migreny (1.5). Aktualnie zespoły okresowe, nazywane zespołami epizodycznymi, które mogą być związane z migreną, zajmują ostatnią pozycję w grupie z numerem 1.6 (tab. I) [5].

W klasyfikacji z 2004 roku do dziecięcych zespołów okresowych zaliczano: cykliczne wymioty (1.3.1), migrenę brzuszną (1.3.2) i łagodne napadowe zawroty głowy wieku dziecięcego (1.3.3). W nowej klasyfikacji do zespołów epizodycznych zaliczono: nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe (1.6.1), a wśród nich zespół cyklicznych wymiotów (1.6.1.1) oraz migrenę brzuszną (1.6.1.2), poza tym do zespołów epizodycznych zaliczono łagodne napadowe zawroty głowy (1.6.2) i łagodny napadowy kręczy szyi (1.6.3).

Łagodny napadowy kręczy szyi w klasyfikacji z 2004 roku umieszczono w tzw. Dodatku, razem z naprzemiennym dziecięcym porażeniem połowicznym (odpowiednio A1.3.5 i A 1.3.4). Obecnie w Dodatku pozostało naprzemiennie dziecięce porażenie połowiczne (A1.6.5) oraz umieszczono w nim dwie nowe jednostki: kolki niemowlęce (A 1.6.4) i migrenę przedsionkową (A 1.6.6) (tab. II).

ZESPOŁY EPIZODYCZNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ ZWIĄZANE Z MIGRENĄ – DEFINICJA

Zespoły epizodyczne to nowa nazwa dla dziecięcych zespołów okresowych. Obecnie definiowane są jako zaburzenia występujące u pacjentów z już rozpoznaną migreną bez aury (1.1) lub z aurą (1.2) albo u osób, zwłaszcza dzieci, z większym prawdopodobieństwem wystąpienia migreny. Warto podkreślić, że nie są one objawem prodromalnym czy prekursorem, ale ekwiwalentem migreny. Nowa klasyfikacja podkreśla fakt, iż mimo tego, że większość opisów dotyczy pacjentów w wieku dziecięcym, to mogą one występować również w wieku dorosłym. Jest to istotna zmiana, w ostatnich osiemdziesięciu latach to rozpoznanie było zarezerwowane dla populacji dziecięcej. Nowością jest zaliczenie do zespołów epizodycznych kolek niemowlęcych, co daje możliwość rozpoznania zespołów epizodycznych już w wieku niemowlęcym. Takie podejście podkreśla wrodzony charakter choroby, choroby całego życia, która na różnych jego etapach może mieć odmienny obraz kliniczny warunkowany genetycznie. Równocześnie takie rozumienie zespołów epizodycznych nie kwestionuje dotychczasowych opisów występujących w literaturze, a raczej poszerza definicję pojęcia, równocześnie akceptując wcześniejsze poglądy na jego temat. Zwrócono uwagę na występowanie u pacjentów z zespołami epizodycznymi objawów, które nie są ujęte w obecnej klasyfikacji, ale mogą współwystępować z zespołami epizodycznymi, tj. choroba lokomocyjna, okresowe zaburzenia snu, tj. sennowłóctwo, mówienie przez sen, lęki nocne czy bruksizm. Nie można wykluczyć, że część z nich w przyszłości może również zostać ujęta w klasyfikacji bólów głowy w ramach zespołów epizodycznych.

NOWE I ZMIENIONE DEFINICJE I KRYTERIA ROZPOZNANIA POSZCZEGÓLNYCH ZESPOŁÓW EPIZODYCZNYCH

Nowością jest wyodrębnienie grupy nawracających zaburzeń żołądkowo-jelitowych, w skład których wchodzi zespół cyklicznych wymiotów i migrena brzuszną. Określenie nawracających zaburzeń żołądkowo-jelitowych zastępuje wcześniej stosowane określenia, tj. przewlekły ból brzucha, czynnościowy ból brzucha, czynnościowa dyspepsja, zespół jelita drażliwego, zespół czynnościowego bólu brzucha. Zgodnie z propozycją Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (wersja beta) nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe definiowane są jako nawracające epizodyczne ataki bólu brzucha i/lub dyskomfortu, nudności i/lub wymiotów, występujące rzadko, przewlekłe lub w przewidywalnych odstępach czasu, okresach, które mogą być związane z migreną [5]. Kryteria rozpoznania nawracających zaburzeń żołądkowo-jelitowych przedstawiono w tabeli III.

ZESPÓŁ CYKLICZNYCH WYMIOTÓW

Zespół cyklicznych wymiotów określany jest jako zespół nawracających intensywnych epizodów nudności i wymiotów, stereotypowych dla danego pacjenta i o przewidywalnym czasie trwania. Podczas ataku może występować błądliwość i senność. Pomiedzy atakami objawy ustępują całkowicie. Zaproponowane kryteria rozpoznania zespołu cyklicznych wymiotów mają wydłużony możliwy czas trwania pojedynczej serii wymiotów z 5 dni do 10 i określony minimalny czas przerwy pomiędzy klasterami, który określony jest na 1 tydzień (tab. IV).

MIGRENA BRZUSZNA

Idiopatyczne zaburzenie obserwowane głównie u dzieci jako nawracające ataki umiarkowanego lub silnego bólu brzucha, zlokalizowanego w linii środkowej, z towarzyszącymi objawami wazomotorycznymi, nudnościami, wymiotami, trwającymi od 2 do 72 godzin i ustępującymi pomiędzy poszczególnymi epizodami. Bóle głowy nie towarzyszą atakom. Różnica w stosunku do kryteriów rozpoznania z 2004 roku sprowadza się do czasu trwania pojedynczego epizodu, który został wydłużony z 1 godziny do 2 godzin (tab. V).

ŁAGODNE NAPADOWE ZAWROTY GŁOWY

Schorzenie charakteryzujące się występowaniem krótkich nawracających epizodów zawrotów głowy, pojawiających się bez ostrzeżenia i spontanicznie ustępujących, obserwowanych u poza tym zupełnie zdrowych dzieci. Według nowej klasyfikacji nie jest wymagane wykonanie i uzyskanie prawidłowego wyniku badania elektroencefalograficznego. Nowym kryterium rozpoznania umieszczonym w wydaniu trzecim Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy jest konieczność występowania w trakcie epizodu przynajmniej jednego z poniższych objawów towarzyszących: oczopląsu, ataksji, wymiotów, zblednięcia lub lęku (tab. VI).

ŁAGODNY NAPADOWY KRĘCZ SZYI

Łagodny napadowy kręcz szyi definiowany jest jako nawracające epizody pochylenia głowy w jedną stronę, zwykle z niewielką rotacją, samoistnie ustępujące. Objawy występują u niemowląt i małych dzieci, z pierwszymi objawami pojawiającymi się w pierwszym roku życia dziecka. Podczas ataków można odprowadzić głowę dziecka do położenia prawidłowego (czasem z oporem). Najistotniejszą różnicą jest umieszczenie łagodnego napadowego kręczy szyi w części głównej, a nie w Dodatku jak miało to miejsce w klasyfikacji z 2004 roku. Usunięto z kryteriów określenie dotyczące częstości występowania epizodów, wcześniej opisywanych jako występujące z tendencją do nawracania co miesiąc (tab. VII).

KOLKI NIEMOWLĘCE

Kolki niemowlęce pojawiają się po raz pierwszy w klasyfikacji bólów głowy. Dotyczą one najmłodszej grupy pacjentów, u których w przyszłości może klinicznie wystąpić migrena, objawy pojawiają się w pierwszych 4 miesiącach życia. Zgodnie z zaproponowaną definicją objawiają się jako: nadmiernie lub często płaczące dziecko, które poza tym jest zdrowe i ma dobry apetyt. Aby rozpoznać kolki niemowlęce epizody muszą występować przynajmniej przez 3 godziny dziennie, przynajmniej przez 3 dni w tygodniu, przez okres minimum 3 tygodni. Kolki niemowlęce występują u co piątego niemowlęcia. Częściej obserwuje się je wśród dzieci rodziców chorujących na migrenę. U dziecka matki chorującej na migrenę kolki niemowlęce wystąpią 2,5 razy częściej niż w populacji ogólnej, jeżeli choruje ojciec kolki występują 2 razy częściej (tab. VIII).

MIGRENA PRZEDSIONKOWA

Migrena przedsionkowa pojawia się w Międzynarodowej Klasyfikacji podobnie jak kolki niemowlęce po raz pierwszy. Określenie migrena przedsionkowa ma zastąpić wcześniej używane określenia takie jak: zawroty głowy zależne od migreny, migrenozależna przedsionkopatia czy migrenowe zawroty głowy. Kryteria rozpoznania migreny przedsionkowej jako pierwsza podała Hannelore Neuhauser [7]. Migrena przedsionkowa może występować w każdym wieku, jednak znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn (5:1), można również stwierdzić jej rodzinne występowanie. Zwykle na początku występują tylko napady migrenowe, a incydenty zawrotów dołączają się później nawet po kilku latach. Najczęściej są to zawroty układowe, którym towarzyszą nudności lub wymioty i zaburzenia równowagi w czasie chodzenia. U niektórych pacjentów w czasie incydentu można stwierdzić przejściowy oczopląs. Czas trwania jest bardzo różny, od minut do godzin, a nawet dni.

Warunkiem rozpoznania migreny przedsionkowej jest równoczesne rozpoznanie u pacjenta migreny bez lub z aurą, aktualnie albo w przeszłości. Szczegółowe kryteria rozpoznania zamieszczono w tabeli IX.

NAPRZEMIENNE DZIECIĘCE PORAZENIE POŁOWICZE

Zarówno w aktualnie obowiązującej klasyfikacji, jak i w nowo proponowanej, naprzemienne dziecięce porażenie połowicze (*alternating hemiplegia in childhood* – AHC) umieszczono w tzw. Dodatku. AHC jest chorobą neurodegeneracyjną spowodowaną mutacją ATP1A3. Kryteria rozpoznania AHC nie uległy istotnej zmianie. Jednak przebieg AHC odbiega od typowego przebiegu zespołu epizodycznego. Właściwsze, według opinii autorów tego podsumowania, wydaje się umieszczenie w tym miejscu zespołu nazywanego łagodnym nocnym naprzemiennym dziecięcym porażeniem połowicznym (*benign nocturnal alternating hemiplegia in childhood* – BNAHC). Proponowane kryteria rozpoznania BNAHC to: początek choroby przed 18. miesiącem życia, powtarzające się naprzemienne porażenie połowicze zmienne co do stron, możliwe objawy porażenia obustronnego, objawy występujące wyłącznie we śnie oraz brak, poza okresowymi porażeniami kończyn, innych deficytów neurologicznych u poza tym zdrowego i prawidłowo rozwijającego się dziecka [8–10]. Aktualnie obowiązujące kryteria zamieszczono w tabeli X.

PODSUMOWANIE

W nowej klasyfikacji – obok zmiany nazwy grupy schorzeń, z dziecięcych zespołów okresowych na zespoły epizodyczne, które mogą być związane z migreną – poszerzono grupę pacjentów o dorosłych, jak również bardzo małych, w tym o noworodki (kolki niemowlęce). Zwiększeniu uległa liczba zespołów klinicznych, które mogą współwystępować lub poprzedzać wystąpienie migreny. Istotniejszy staje się charakter występowania zespołu i kondycja pacjenta pomiędzy atakami, a mniejsze znaczenie ma sama morfologia napadu. Wspólnym mianownikiem jest występowanie napadowych, nawracających, stereotypowych objawów, u pacjentów poza tym zdrowych, które mogą być dokuczliwe, ale nie zagrażają życiu pacjenta. Wśród opisanych zespołów chorobowych jeden, tj. nawracające dziecięce porażenie połowicze (AHC), w obecnej definicji i przy obowiązujących kryteriach wyraźnie nie pasuje do pozostałych. Łagodne naprzemienne nocne dziecięce porażenie połowicze wydaje się bardziej odpowiednie w tym miejscu. Ciekawe jest również podkreślenie w proponowanej klasyfikacji występowania szeregu objawów, które mogą występować u pacjentów z zespołami epizodycznymi, tj. np. zaburzenia snu czy bruksizm. Mimo że zespoły epizodyczne są rzadkie (lub tylko rzadko rozpoznawane) należy o nich pamiętać. Dokładnie zebrany wywiad, dobry stan pacjenta i prawidłowy wynik badania neurologicznego i pediatrycznego pomiędzy napadami są istotnym kryterium rozpoznania, które właściwie ustalone może zapobiec eskalacji często inwazyjnej diagnostyki, a poprzez zrozumienie charakteru choroby uspokoić rodziców i pacjenta.

Tabela I. Porównanie klasyfikacji zespołów okresowych/zespołów epizodycznych w Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy z 2004 roku i 2013 roku *Comparison of the classification of periodic syndromes/episodic syndromes in the International Classification of Headache Disorders in 2004 and 2013 [5,6]*

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy Wydanie II, 2004 <i>The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition, 2004</i>	Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy Wydanie III, 2013 (wersja beta) <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version), 2013</i>
1. Migrena	1. Migrena
1.1. Migrena bez aury	1.1. Migrena bez aury
1.2. Migrena z aurą	1.2. Migrena z aurą
1.3. Dziecięce zespoły okresowe	1.3. Migrena przewlekła
1.4. Migrena siatkówkowa	1.4. Powikłania migreny
1.5. Powikłania migreny	1.5. Migrena prawdopodobna
1.6. Migrena prawdopodobna	1.6. Zespoły epizodyczne, które mogą być związane z migreną

Tabela II. Podział zespołów okresowych i zespołów epizodycznych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy z 2004 i 2013 roku *The division of periodic and episodic syndromes according to the International Classification of Headache Disorders in 2004 and 2013 [5,6]*

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie II, 2004 <i>The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition, 2004</i>	Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III, 2013 (wersja beta) <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version), 2013</i>
1.3. Dziecięce zespoły okresowe	1.6. Zespoły epizodyczne, które mogą być związane z migreną
1.3.1. Cykliczne wymioty	1.6.1. Nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe
1.3.2. Migrena brzuszna	1.6.1.1. Zespół cyklicznych wymiotów
1.3.3. Łagodne napadowe zawroty głowy wieku dziecięcego	1.6.1.2. Migrena brzuszna
	1.6.2. Łagodne napadowe zawroty głowy
	1.6.3. Łagodny napadowy kręcz szyi
Dodatek	
A 1.3.4. Naprzemienne dziecięce porażenie połowicze	A 1.6.4. Kolki niemowlęce
A 1.3.5. Łagodny napadowy kręcz szyi	A 1.6.5. Naprzemienne dziecięce porażenie połowicze
	A 1.6.6. Migrena przedsionkowa

Tabela III. Kryteria rozpoznania nawracających zaburzeń żołądkowo-jelitowych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy wydanie trzecie (wersja beta) *Criteria for diagnosis of recurrent gastrointestinal disorders according to the International Classification of Headache Disorders Third Edition (beta) [5]*

Nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe <i>Recurrent gastrointestinal disturbance</i>
A. Przynajmniej pięć niezależnych ataków bólu brzucha i/lub dyskomfortu i/lub nudności i/lub wymiotów
B. Prawidłowy wynik badania i ocena układu żołądkowo-jelitowego
C. Nieprzypisywanie innemu zaburzeniu obserwowanych objawów

Tabela IV. Kryteria rozpoznania zespołu cyklicznych wymiotów *The diagnostic criteria of cyclic vomiting [5,6]*

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie II, 2004 <i>The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition, 2004</i>		Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III , 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A	Co najmniej pięć napadów spełniających kryteria B i C	A	Co najmniej pięć napadów intensywnych nudności i wymiotów spełniających kryteria B i C
B	Epizodyczne napady intensywnych nudności i wymiotów trwające od 1 godziny do 5 dni, stereotypowe dla poszczególnych pacjentów	B	Stereotypowe dla poszczególnych pacjentów, nawracające o przewidywalnym czasie trwania
C	Wymioty podczas napadów występujące co najmniej 4 razy na godzinę przez co najmniej godzinę	C	Wszystkie z poniższych: 1. Wymioty i nudności występujące przynajmniej 4 x na godzinę 2. Atak trwający przynajmniej godzinę do aż 10 dni 3. Przerwa między atakami trwa minimum tydzień
D	Brak objawów między atakami	D	Całkowite ustąpienie objawów między atakami
E	Nieprzypisywanie innemu zaburzeniu	E	Nieprzypisywanie innemu zaburzeniu

Tabela V. Kryteria rozpoznania migreny brzusznej *The diagnostic criteria of abdominal migraine [5,6]*

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie II 2004 <i>The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition, 2004</i>		Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A	Co najmniej pięć napadów spełniających kryteria B–D	A	Co najmniej pięć napadów spełniających kryteria B–D
B	Napady bólu trwające od 1 do 72 godzin	B	Ból ma 2 z 3 poniższych cech: 1. Zlokalizowany w linii pośrodkowej, okolicy okołopępkowej lub słabo zlokalizowany 2. Ból tępy lub nieswoisty 3. Umiarkowany lub ciężki
C	Ból brzucha ma wszystkie poniższe cechy: 1. Umiejscowiony w linii pośrodkowej, w okolicy pępkowej lub ból słabo zlokalizowany 2. Opisywany jako ból tępy lub ogólnie przykry 3. Nasilenie średnie lub ciężkie	C	Podczas epizodu występuję minimum 2 z poniżej podanych objawów towarzyszących: 1. Brak łaknienia 2. Nudności 3. Wymioty 4. Bładość
D	Podczas epizodu występuję minimum 2 z poniżej podanych objawów towarzyszących: 1. Brak łaknienia 2. Nudności 3. Wymioty 4. Bładość	D	Atak trwa od 2 do 72 godzin, kiedy epizod jest nieleczony lub leczony nieskutecznie
E	Nieprzypisywana innemu zaburzeniu	E	Całkowite ustąpienie objawów między atakami
		F	Nieprzypisywana innemu zaburzeniu

Tabela VI. Kryteria rozpoznania łagodnych napadowych zawrotów głowy *The diagnostic criteria of benign paroxysmal vertigo [5,6]*

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie II 2004 <i>The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition, 2004</i>		Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A	Co najmniej 5 ataków spełniających kryterium B	A	Co najmniej 5 napadów spełniających kryteria B i C
B	Wielokrotne epizody silnych zawrotów głowy, pojawiających się bez ostrzeżenia i samoistnie ustępujących po kilku minutach lub kilku godzinach	B	Zawroty głowy występują bez ostrzeżenia, najbardziej nasilone na początku epizodu, ustępujące spontanicznie po kilku minutach lub godzinach i niepowodujące zaburzeń świadomości
C	Pomiędzy epizodami prawidłowe badanie neurologiczne i audiometryczne oraz funkcje przedsionkowe	C	Przynajmniej jeden z poniższych objawów towarzyszących: 1. Oczopląs 2. Ataksja 3. Wymioty 4. Bładość 5. Strach
D	Prawidłowy zapis elektroencefalograficzny	D	Pomiędzy epizodami prawidłowe badanie neurologiczne i audiometryczne oraz funkcje przedsionkowe

Tabela VII. Kryteria rozpoznania łagodnego napadowego kręczu szyi *The Criteria for diagnosis of benign paroxysmal torticollis [5,6]*

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie II 2004 <i>The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition, 2004</i>		Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A.	Epizodyczne napady występujące u małych dzieci, mające wszystkie z poniższych cech: 1. Przechylenie głowy na jedną stronę (różną podczas kolejnych epizodów), z niewielką rotacją lub bez 2. Trwające od kilku minut do kilku dni 3. samoistnie ustępujące, ale z tendencją do nawracania co miesiąc	A	Nawracające epizody występujących u małych dzieci i spełniające kryteria B i C
B	Podczas napadu występuje co najmniej 1 objaw spośród poniżej przedstawionych: 1. Bładość 2. Rozdrażnienie 3. Apatia 4. Wymioty 5. Niezborność	B	Przechylenie głowy w jedną stronę, z lub bez niewielkiej rotacji, ustępujące samoistnie po kilku minutach lub dniach
C	Pomiędzy napadami nie stwierdza się odchylenia od normy w badaniu neurologicznym	C	Podczas napadu występuje co najmniej 1 objaw spośród poniżej przedstawionych: 1. Bładość 2. Rozdrażnienie 3. Apatia 4. Wymioty 5. Niezborność
D	Niezwiązane z innym zaburzeniem	D	Pomiędzy napadami nie stwierdza się odchylenia od normy w badaniu neurologicznym
		E	Niezwiązane z innym zaburzeniem

Tabela VIII. Kryteria rozpoznania kolek niemowlęcych *The criteria of Infantile colic* [5]

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A	Nawracające epizody rozdrażnienia, wrzasku lub płaczu obserwowane od urodzenia do 4. miesiąca życia i spełniające kryteria B
B	Występowanie obu z poniższych: 1. Epizody trwają przynajmniej 3 godziny dziennie 2. Epizody występują co najmniej 3 razy w tygodniu przez okres powyżej 3 tygodni
C	Niezwiązane z innym zaburzeniem

Tabela IX. Kryteria rozpoznania migreny przedsionkowej *The criteria of Vestibular migraine* [5]

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A	Co najmniej 5 epizodów spełniających kryteria C i D
B	Rozpoznanie aktualnie lub w przeszłości migreny bez lub z aurą
C	Objawy przedsionkowe umiarkowane lub ciężkie trwające od 5 minut do 72 godzin
D	Przynajmniej 50% epizodom towarzyszy minimum jeden z poniższych objawów: 1. Bóle głowy spełniające 2 z 3 podanych poniżej objawów: a. Jednostronny b. Pulsujący c. Umiarkowany lub ciężki d. Narastający pod wpływem codziennej aktywności 2. Fotofobia i fonofobia 3. Aura wzrokowa
E	Brak lepszego rozpoznania

Tabela X. Kryteria rozpoznania nawracającego dziecięcego porażenia połowiczego *The diagnostic criteria of Alternating hemiplegia of childhood* [5]

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy wydanie III 2013 <i>The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013</i>	
A	Nawracające ataki porażenia połowiczego obejmujące zmiennie obie strony i spełniające kryteria B i C
B	Początek przed 18. miesiącem życia
C	Przynajmniej jeden inny objaw napadowy towarzyszący porażeniu połowiczemu
D	Obecność deficytów intelektualnych i/lub neurologicznych
E	Niezwiązany z innym schorzeniem

PIŚMIENNICTWO

- [1] Cuvellier J.C., Lepine A.: Childhood periodic syndromes. *Pediatr Neurol.* 2010; 42: 1–11.
- [2] Cullen K.J., Ma Donald W.B.: The periodic syndrome: its nature and prevalence. *Med J Aust* 1963; 50: 167–173.
- [3] Winner P.: Childhood periodic syndromes and migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 197–201.
- [4] Lanzi, G., Zambrino CA., Balottin U., et al.: Periodic syndrome and migraine in children and adolescents. *Ital J Neurol Sci* 1997; 18: 283–288.
- [5] The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629–808.
- [6] The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*, 2004; 24 Suppl 1: 9–160.
- [7] Nauhauser H.K., Leopold M., von Brevern M. et al.: The interrelations of migraine, vertigo and migrainous vertigo. *Neurology* 2001; 56: 430–441.
- [8] Andermann E., Andermann F., Silver K. et al.: Benign familial nocturnal alternating hemiplegia of childhood. *Neurology* 1994; 44: 1812–1814.
- [9] Villega F., Picard F., Espil-Taris C., et al.: Benign nocturnal alternating hemiplegia of childhood: two cases with positive evolution. *Brain Dev.* 2011; 33: 525–529.
- [10] Mikati M.A., Kramer U., Zupanc ML.: et al.: Alternating hemiplegia of childhood: clinical manifestations and long-term outcome. *Pediatr Neurol* 2000; 23: 134–141.

Adres do korespondencji:

Anna Winczewska-Wiktor, Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, e-mail: awwiktor@ump.edu.pl