
Neurologia i Neurochirurgia Polska

**Klasyfikacja i kryteria diagnostyczne bólów głowy, nerwobólów
czaszkowych i bólu twarzy**

1 / 1993

Neurologia i Neurochirurgia Polska Organ Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i
Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów Supl. 1 11993T. 27 (XLIII) Redaktor Naczelny
i Redaktor Działu Neurologicznego
Prof. dr med. Jerzy Kulczycki

Zastępca Redaktora Naczelnego i Redaktor Działu Neurochirurgii
Prof. dr med. Juliusz Wocjan

Zastępca Redaktora Naczelnego d/s organizacyjno-technicznych
Dr.med. Witold Świdorski

Redaktor Działu Kroniki i Informacji (neurologia)
Prof. dr med. Jerzy Dymecki

Sekretarz Redakcji:
Dr. med. Wanda Lipczyńska-Łojkowska

Komitet Redakcyjny Działu Neurologii
Prof. dr med. Irena Hausmanowa-Petrusewicz,
Prof. dr med. Teofan Domżał,
Prof. dr med. Jacek Zaremba,
Prof. dr med. Piotr Kozłowski Komitet

Redakcyjny Dział Neurochirurgii:

Prof. dr med. Zbigniew Jagodziński,
Prof. Dr. med. Stanisław Rudnicki

Kolegium Redakcyjne Działu Neurologii .

Prof. dr med. Anna Członkowska,
Prof. dr med. Jagna Czochańska,
Prof. dr med. Cezary Fryze,
Prof. dr med. Wanda Horyd,
Prof. dr med. Eleonora Jankowicz,
Prof. dr med. Hanna Jędrzejowska,
Prof. dr med. Wiesław Kawiak,
Prof. dr psych. Danuta Kądziaława,
Prof. dr med. Mirosław Mossakowski,
Prof. dr med. Antoni Prusiński,
Prof. dr med. Mieczysław Wender

Kolegium Redakcyjne Działu Neurochirurgii .

Prof. dr med. Jerzy Brzeziński,
Doc.dr med. Zbigniew Czernicki,
Prof. dr med. Jan Haftek,
Prof. dr med. Stefan Żarski

Teksty angielskie:

Dr med. Przemysław Słomski

Adiustator:

Dr med. Danuta Milewska

Sekretarz Techniczny Redakcji:

Zofia Kołodziej

Adres Redakcji:

02-957 Warszawa,

ul. Sobieskiego 1/9

Instytut Psychiatrii i Neurologii,

tel 642-66-11

Nr konta: PTN, PKO BP VI O. W-wa, 1560-49416-132-0

Skład komputerowy:

Elżbieta Styczek,

Włodzimierz Macewicz

Druk:

„EFEKT” s. c. Warszawa ul. Lubelska 30/32

Komitet Klasyfikacyjny Bólów Głowy Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy
(Headache Classification Committee of the International Headache Society)

Klasyfikacja i kryteria diagnostyczne bólów głowy , nerwobólów czaszkowych i bólu twarzy

Wydanie pierwsze Adres dla korespondencji oraz propozycji zmian lub uzupełnień :

Jes Olesen Chairman of the Classification Committee Professor of neurology University of Copenhagen Department of Neurology Gentofte Hospital 2900 Hellerup, Copenhagen Denmark

Tytuł oryginalny:

Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain, Norwegian University Press,

Wydano jako suplement 7, tomu 8, czasopisma Cephalalgia
(An International Journal of Headache), 1988.

Przekład z języka angielskiego pod redakcją :

Prof. dr med. Antoniego Prusińskiego

Tłumaczyli:

Prof. dr med. hab. Teofan Domżał ,
Dr hab. nauk med. Wojciech Kozubski
Prof. dr med. hab. Antoni Prusiński ,
Dr hab. nauk med. Andrzej Szczudlik
Dr nauk med. Bożena Zaleska .

Tłumaczenie na język polski zostało podjęte w ramach działalności :
Sekcji Badań Migreny Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Dokonanie przekładu zostało umożliwione przez grant edukacyjny firmy :
Bayer AG, Niemcy
(This translation into Polish was made possible by an educational grant from Bayer AG,
Germany)

Adres dla korespondencji krajowej:
Prof. dr med. hab. Antoni Prusiński
Klinika Neurologii AM w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22,
90-153 Łódź

Komitet Klasyfikacji Bólów Głowy:

André Bes, Francja
Robert Kunkel, USA
James W. Lance, Australia
Giuseppe Nappi, Włochy
Jes Olesen, Dania (Przewodniczący)
Volker Pfaffenrath, Niemcy
Frank Clifford Rose, Anglia
Bruce S. Schoenberg, USA (zmarł)
Dieter Soyka, Niemcy
Peer Tfelt-Hansen, Dania (sekretarz)
K. Michael A. Welch, USA
Marcia Wilkinson, Anglia

Członkowie Podkomitetów:

Podkomitet migreny:

J. Nathan Blau, Anglia,
George Bruyn, Holandia,
Marie-Germaine Bousser, Francja,
Judith Hockaday, Anglia,
Eero Hokkanen, Finlandia,
Hans Rudi Isler, Szawajcaria,
Robert Kun-keł, USA,
James W. Lance, Australia,
Gian Camillo Manzoni, Włochy,
Giovanni Nattero, Włochy,
Jes Olesen, Dania (przewodniczący),
Antoni Prusiński, Polska,
Seymour Solomon, USA,
Dewey Ziegler, USA.

Podkomitet napięciowego bólu głowy:

Alessandro Agnoli, Włochy,
J. Nathan Blau, Anglia,
Gunnar Carlsson, Szwecja,
Endre Csanda, Węgry,
Wolf-Dieter Gerber, Niemcy,
Hans Rudi Isler, Szwajcaria,
Michael Langemark Dania,
Ninan Mathew, USA,
Harold Merskey, Kanada,
Jes Olesen, Dania (przewodniczący),
Teresa Paiva, Portugalia,
Harrison Graham Pope Jr., USA,
Joel Saper, USA,
Jean Schoenen, Belgia.

Podkomitet klastrowego bólu głowy i przewlekłej napadowej hemikranii:

Otto Appenzeller, USA,
Karl Ekblom, Szwecja,
Lee Kudrow, USA,
Gian Camillo Manzoni, Włochy,
Michael Moskowitz, USA,
Giuseppe Nappi, Włochy (przewodniczący),
Jes Olesen, Dania,
Edgar Raffaelli, Brazylia,
Federigo Sicuteri, Włochy,
Ottar Sjaastad, Norwegia.

Podkomitet różnych bólów głowy niezwiązanych ze zmianami strukturalnymi:

Otto Appenzeller, USA,
Seymour Diamond, USA,
James W. Lance (przewodniczący), Australia,
Jes Olesen, Dania,
Neil Raskin, USA,
Peer Tfelt-Hansen, Dania.

Podkomitet bólów głowy związanych z urazami głowy:

Brian Jennett, Anglia,
Tryggve Lundar, Norwegia,
J.M. Minderhoud, Holandia,
Knut Nestvold, Norwegia,
Jes Olesen, Dania,
William Speed, USA,
Marcia Wilkinson, Anglia (przewodnicząca).

Podkomitet bólów głowy związanych ze zmianami naczyniowymi:

Otto Appenzeller, USA,
André Bes, Francja (przewodniczący),
Marie Germaine Bousser, Francja,
Donald J. Dalessio, USA,
John Ed-meads, Kanada,
Jes Olesen, Dania,
Seymour Solomon, USA,
Nazhiyath Vijayan, USA.

Podkomitet bólów głowy związanych ze zmianami śródczaszkowymi nie naczyniowymi:

Jes Olesen, Dania,
Frank Clifford Rose, Anglia, (przewodniczący),
Per Soelberg Sorensen, Dania,
Steinar Vilming, Norwegia,
K. Michael A. Welch, USA.

Podkomitet bólów głowy związanych z substancjami toksycznymi lub ich odstawieniem:

Patrick Henry, Francja,
Eero Hokkanen, Finlandia,
Hans Rudi Isler, Szwajcaria,
Robert Kunkel, USA, (przewodniczący),
Jes Olesen, Dania,
Neil Raskin, USA,
Marcia Wilkinson, Anglia.

Podkomitet bólów głowy związanych z ogólnymi infekcjami i Podkomitet bólów głowy związanych z zaburzeniami metabolicznymi:

Arthur Elkind, USA,
Jos'e Espadaler, Hiszpania,
John Graham, USA,
Robert Kunkel, USA (przewodniczący),
Giovanni Nattero, Włochy,
Jes Olesen, Dania,
K. Michael A. Welch, USA.

Podkomitet bólów głowy lub twarzy związanych ze zmianami w obrębie czaszki, szyi, oczu, uszu, nosa, zatok obocznych, zębów, jamy ustnej i innymi strukturami czaszki:

Gunnar Carlsson, Szwecja,
Donald J. Dalessio, USA,
James W. Lance, Australia,
Michael Moskowitz, USA,
Jes Olesen, Dania,
Volker Pfaffenrath, Niemcy,
Dieter Soyka, Niemcy (przewodniczący).

Podkomitet nerwobólów czaszkowych oraz bólu spowodowanego uszkodzeniem pni nerwowych i bólu deafferentacyjnego:

George Bruyn, Holandia,
Gunnar Carlsson, Szwecja,
Donald J. Dalessio, USA,
Karl Ekbohm, Szwecja,
James W. Lance, Australia (przewodniczący),
Jes Olesen, Dania.

Podziękowanie Prace Komitetu Klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy (International He-adache Society) były wspierane przez następujące firmy:

Glaxo,
Imperial Chemical Industries - ICI ,
Janssen ,
Pharmaceutica ,
Sandoz

Wyrażamy również podziękowanie za wsparcie finansowe uzyskane od firm :

Bayer AG
Hässle – Astra Group.

Komitet i Podkomitety otrzymały wiele ważnych sugestii i krytycznych opinii od licznych Kolegów z całego świata. Nie sposób podziękować każdemu z Nich indywidualnie, ale Ich trud został właściwie doceniony. Pragniemy wyrazić szczególne podziękowanie :

Panu Harrisonowi Grahamowi Pope Jr., który uczestniczył w pierwszym spotkaniu Komitetu jako doradca. Pan Pope był łaskaw podzielić się z nami swym rozległym doświadczeniem w zakresie klasyfikacji chorób psychicznych i dopomógł nam w formowaniu modelu niniejszej klasyfikacji.

Marcello Fanciullaci,

Seymour Solomon,

Frank Clifford

Rose i Giorgio Bono

zechcą przyjąć podziękowanie za organizację naszych spotkań. Pani Sheila Marr Westh była sekretarką naszego Komitetu od chwili jego powstania i wykonywała to zadanie niezależnie od

codziennych obowiązków. Jej entuzjastyczna postawa i perfekcyjność zasługują na szczególne uznanie. Sekcja Badań Migreny Polskiego Towarzystwa Neurologicznego wyraża szczególne podziękowanie firmie Bayer AG za wsparcie polskiego tłumaczenia Klasyfikacji.

Spis treści :

Zasady ogólne

Kryteria diagnostyczne

Literatura

Rozdział 3

Zasady ogólne

- A.** Jeśli pacjent cierpi z powodu więcej niż jednej formy bólów głowy, wszystkie one powinny być uwidocznione w rozpoznaniu w kolejności ich znaczenia wskazanego przez samego chorego.
- B.** Dla ustalenia rozpoznania wszystkie punkty (litery) układu kryteriów diagnostycznych winny być wypełnione.
- C.** Przy każdym rozpoznaniu należy dodać w nawiasie ustaloną liczbę dni z bólami głowy w ciągu roku.
- D.** Kryteria diagnostyczne na poziomie jedno- lub dwucyfrowym muszą być zasadniczo spełnione również dla podgrup, zarazem wyjątki i/lub bardziej swoiste kryteria są wymienione w odniesieniu do tych podgrup.
- E.** Pacjentów, którzy doznali po raz pierwszy bólu głowy w ścisłym związku czasowym z chorobami wymienionymi w grupach od 5 do 11 należy kodować w tych grupach używając czwartej cyfry dla określenia typu bólu głowy. Związek przyczynowy nie musi być koniecznie wykazany. Przypadki, w których istniejąca uprzednio migrena, ból głowy typu napięciowego lub klasterowy doznają pogorszenia w związku czasowym z jedną z chorób wymienionych w grupach 5 – 11 należy kodować jako migrenę, napięciowy ból głowy lub ból klasterowy (grupy 1–3). Jeśli liczba dni z bólami głowy nasila się o 100% lub więcej, czynnik pogarszający powinien być wspomniany w nawiasie, ale nie jest kodowany.
- F.** Należy kodować do stopnia (liczba cyfr), który odpowiada odnośnym celom.
- G.** Jeśli dany typ bólu głowy pasuje do kryteriów różnych kategorii, należy kodować go według pierwszej z kategorii, której kryteria spełnia. (1.7, 1.3 i 3.3 nie są brane pod uwagę jako diagnozy jeśli ból głowy odpowiada także innemu rozpoznaniu).
- H.** Jeśli pacjent cierpi na ból głowy spełniający jeden zestaw kryteriów diagnostycznych, zwykle doznaje też epizodów bólowych, które niezupełnie odpowiadają tym kryteriom. Może to być wynikiem leczenia, utrudnieniem dokładnego zapamiętania objawów i innymi czynnikami. W tych przypadkach należy prosić o opisanie typowego nieleczzonego napadu bólowego albo ataku leczonego bezskutecznie. Można się wtedy upewnić, czy była dostateczna liczba ataków dla ustalenia diagnozy. Dla oceny liczby dni w roku należy wówczas brać pod uwagę wszystkie ataki, a więc także leczone i mniej typowe.
- I.** Główna przeszkoda w ustaleniu prawidłowej diagnozy wiąże się z zaufaniem do wywiadu uzyskanego od pacjenta. W przypadkach niejasnych zaleca się przed ustaleniem diagnozy prosić pacjenta o rejestrowanie objawów napadu w odpowiednim dzienniku.
- J.** Jeśli zamierza się użyć czwartej cyfry w diagnozie na poziomie dwucyfrowym, należy wprowadzić jako cyfrę trzecią.

Klasterowy ból głowy i przewlekła napadowa hemikrania (cluster headache and chronic paroxysmal hemicrania)

4.3.1. Klasterowy ból głowy (cluster headache)

4.3.1.1. Klasterowy ból głowy o nieokreślonej periodyczności (cluster headache periodicity undetermined)

4.3.1.2. Epizodyczny klasterowy ból głowy (episodic cluster headache)

4.3.1.3. Przewlekły klasterowy ból głowy (chronic cluster headache)

4.3.1.3.1. Przewlekły klasterowy ból głowy bez remisji od początku choroby (cluster headache unremitting from onset)

4.3.1.3.2. Przewlekły klasterowy ból głowy rozwinięty z postaci epizodycznej (chronic cluster headache evolved from episodic)

4.3.2. Przewlekła napadowa hemikrania (chronic paroxysmal hemicrania)

4.3.3. Klastero-podobne bóle głowy, nie spełniające powyższych kryteriów (cluster headache-like disorder not fulfilling above criteria)

4.3. Klasterowy ból głowy i przewlekła napadowa hemikrania (cluster headache and chronic paroxysmal hemicrania)

Komentarz:

W przypadkach, w których klasterowy ból głowy lub przewlekła napadowa hemikrania pojawia się po raz pierwszy w bliskim związku czasowym z jedną z chorób wymienionych w grupach 5 – 11, należy je zaliczyć do jednej z tych chorób. Jeżeli ból klasterowy lub przewlekła napadowa hemikrania ulega nasileniu co najmniej dwukrotnie (ilość dni z bólami głowy) w ścisłym związku czasowym z jedną z chorób wymienionych w grupach 5 – 11 może to być zaznaczone w nawiasie, lecz ból głowy powinien być zaliczony do grupy

3. W danym okresie pacjent cierpieć może tylko na jeden typ klasterowego bólu głowy. Oczywiście inny typ występować mógł u chorego uprzednio. Omówione tu bóle głowy posiadają następujące cechy wspólne:

- A. jednostronność bólu,**
- B. jego znaczne nasilenie,**
- C. umiejscowienie bólu,**
- D. towarzyszące objawy autonomiczne,**
- E. specyficzny wzorzec czasowy. Podobieństwa obejmują także przebieg choroby**

(charakter epizodyczny lub przewlekły) oraz zmiany charakterystyczne dla uszkodzenia układu autonomicznego.

Odmienności dotyczą:

- **predominacji płciowej,**
 - **częstości i czasu trwania napadów,**
 - **częstości występowania w nocy,**
 - **wpływu leków (profilaktyczny lub doraźny).**Tzw. warianty klasterowego bólu głowy i formy złożone nie znalazły się w niniejszej klasyfikacji jako niepewne. Istnienie ich nie jest w pełni udokumentowane. Bóle klasteropodobne opisano sporadycznie u pacjentów, u których wykryto zmiany naczyniowe lub nowotworowe w ośrodkowym układzie nerwowym. Współzależność pomiędzy bólem klasterowym a tymi zmianami nie jest w chwili obecnej jasna.
-

4.3.1. Klasterowy ból głowy (cluster headache)

Poprzednio używane nazwy:

**Erytroprosopalgia Binga,
nerwoból (neuralgia) rzęskowy lub migrenowy(Harris),
erytromelalgia głowy,
ból głowy Hortona,
histaminowy ból głowy,
nerwoból nerwu skalistego(Gardner),
nerwoból zwoju
klinowo-podniebiennego,
nerwoból Vidiana i Sludera,
okresowa hemikranianeuralgiczna.**

Opis:

Napady (ataki) bardzo silnego bólu, jednostronnego, obejmującego oczodół i jego okolice oraz skroń, trwające od 15 do 180 minut, występujące z częstością od 1 do 8 dziennie. Z bólem współistniejąco najmniej jeden z następujących objawów: przekrwienie spojówek, łzawienie, uczucie , zatkanie nosa, wyciek z przewodu nosowego, pocenie okolicy czołowej lub połowy twarzy, zwięźnienie źrenicy, opadnięcie powieki, obrzęk powieki. Napady występują w grupach (klaster) trwających tygodnie lub miesiące, oddzielonych okresami remisji, trwającymi miesiące lub lata. Około 10% pacjentów cierpi na postać przewlekłą choroby.

Kryteria diagnostyczne:

- A. Co najmniej 5 napadów spełniających kryteria B-D,**
 - B. Silny jednostronny ból głowy obejmujący okolicę oczodołu, nadoczodołową i/lub skroń, trwający bez leczenia od 15 do 180 minut,**
 - C. Bólowi towarzyszy po stronie bólu co najmniej jeden z następujących objawów:**
 - 1. Przekrwienie spojówek,**
 - 2. Łzawienie,**
 - 3. Uczucie zatkania przewodu nosowego,**
 - 4. Wyciek z przewodu nosowego,**
 - 5. Wzmożenie potliwości czoła i twarzy,**
 - 6. Zwężenie źrenicy,**
 - 7. Zwężenie szpary powiekowej,**
 - 8. Obrzęk powieki.**
 - D. Częstość napadów waha się od 1 co drugi dzień do 8 dziennie,**
 - E. Co najmniej jedna z następujących cech:**
 - 1. Wywiad, badanie fizyczne i neurologiczne nie nasuwają podejrzenia żadnej z chorób wymienionych w grupach 5 – 11.**
 - 2. Wywiad i/lub badanie fizyczne i/lub badanie neurologiczne nasuwają podejrzenie takiej choroby, ale zostaje ona wykluczona na podstawie odpowiednich badań laboratoryjnych.**
 - 3. Choroba taka istnieje u danego pacjenta ale klasterowy ból głowy nie pojawił się po raz pierwszy w żadnym związku czasowym z tą chorobą.**
-

4.3.1.1. Klasterowy ból głowy o nieokreślonej periodyczności (cluster headache periodicity undetermined)

- A. Spełnia kryteria dla punktu 4.3.1,**
 - B. Zbyt wcześnie na klasyfikację jako jednostki 4.3.1.2 lub 4.3.1.3**
-

4.3.1.2. Epizodyczny klasterowy ból głowy (episodic cluster headache)

Opis:

Bóle występują w okresach trwających od 7 dni do 1 roku, oddzielonych okresami bezbólowymi (remisjami) trwającymi co najmniej 14 dni.

Kryteria diagnostyczne:

A. Spełnia wszystkie kryteria zakodowane w punkcie 4.3.1, B. Pacjent miał co najmniej dwa okresy bólowe (klastery) trwające (bez leczenia) od 7 dni do 1 roku, oddzielone okresami remisji trwającymi co najmniej 14 dni. Komentarz: Okresy bólu trwają zwykle od 2 tygodni do 3 miesięcy.

4.3.1.3. Przewlekły klasterowy ból głowy (chronic cluster headache)

Opis:

Napady występują przez okres dłuższy niż 1 rok bez remisji, lub z remisjami trwającymi krócej niż 14 dni.

Kryteria diagnostyczne:

A. Wszystkie kryteria punktu 4.3.1,
B. Nieobecność remisji przez okres co najmniej roku, lub remisje trwające krócej, niż 14 dni.

4.3.1.3.1. Przewlekły klasterowy ból głowy bez remisji od początku choroby (cluster headache unremitting from onset)

Poprzednio używane nazwa:
pierwotnie przewlekły.

Kryteria diagnostyczne:

A. Wszystkie kryteria punktu 4.3.1,
B. Brak od początku choroby – okresów remisji trwających dłużej, niż 14 dni.

4.3.1.3.2. Przewlekły klastrerowy ból głowy rozwinięty z postaci epizodycznej (chronic cluster headache evolved from episodic)

Poprzednio używane nazwa:
wtórnie przewlekły.

Kryteria diagnostyczne:

A. Wszystkie kryteria punktu 4.3.1,

B. Co najmniej 1 okres remisji trwający 14 dni lub dłużej w ciągu 1 roku, od początku choroby z następnym okresem bólowym trwającym dłużej niż 1 rok.

Komentarz:

Podczas okresu bólowego (klastrer) oraz u pacjentów z formą przewlekłą napady występują regularnie i mogą być prowokowane przez alkohol, histaminę, lub nitroglicerynę. Maksymalne nasilenie bólu dotyczy okolicy oczodołu, nadoczodołowej i/lub skroniowej; ból może promieniować do innych okolic głowy. W badanym okresie bólowym dolegliwości występują zwykle po jednej stronie głowy. Podczas najcięższych napadów ból ma charakter rozdzierający. Pacjenci nie są w stanie położyć się; znamienny jest przymus chodzenia. Typowy wiek zachorowania waha się od 20 do 40 r.ż. Z nieznanymi przyczynami mężczyźni chorują 5 – 6 razy częściej, niż kobiety. Mechanizm bólu nie jest znany, pomimo odchyłań stwierdzanych w badaniach pulsacji i temperatury rogówki, mimo tak ewidentnych objawów jak potliwość czoła, łzawienie i wyciek z przewodu nosowego, niezależnie od zmian pupilometrycznych i termowizyjnych oraz ultrasonograficznych zaburzeń naczyń wewnątrz- i zewnątrz-czaszkowych.

4.3.2. Przewlekła napadowa hemikrania (chronic paroxysmal hemikrania) Poprzednio używana nazwa: zespół Sjaastada.

Opis:

Napady o cechach charakterystycznych podobnych do klastrerowego bólu głowy, jednakże krótsze i częstsze, głównie u kobiet, całkowicie ustępujące pod wpływem indometacyny.

Kryteria diagnostyczne:

A. Co najmniej 50 napadów spełniających kryteria punktów B-E.

B. Napady ostrego, jednostronnego bólu umiejscowionego w okolicy oczodołowej, adoczodołowej/lub skroniowej. Ból występuje zawsze po tej samej stronie, trwa od 2 do 45 minut.

C. Częstość napadów przewyższa 5 dziennie przynajmniej w połowie czasu trwania choroby (mogą występować okresy z mniejszą częstością).

D. Napad połączony jest z co najmniej jednym z następujących objawów po stronie bólu:

- 1. Przekrwienie spojówek,**
- 2. Łzawienie,**
- 3. Uczucie zatkania przewodu nosowego,**
- 4. Zwężenie szpary powiekowej,**
- 5. Obrzęk powieki.**

E. Całkowita skuteczność indometacyny (w dawce 150 mg dziennie lub mniej).

F. Co najmniej jedno z następujących:

1. Wywiad, badania fizyczne i neurologiczne nie nasuwają podejrzenia żadnej z chorób wy-mienionych w grupach 5 – 11.

2. Wywiad i/lub badanie fizyczne i/lub badanie neurologiczne nasuwają podejrzenie takiej choroby, ale zostaje ona wykluczona na podstawie odpowiednich badań laboratoryjnych.

3. Choroba taka istnieje u danego pacjenta, ale przewlekła napadowa hemikrania nie pojawiła się po raz pierwszy w żadnym związku czasowym z tą chorobą. Komentarz: Większość ataków trwa od 5 do 20 minut, a częstość może sięgać 30 na dobę. Pomimo, że dłużej trwające remisje nie są obserwowane, to jednak czas trwania i natężenie napadów mogą się zmieniać w różnych okresach trwania choroby. Mdłości i wymioty rzadko towarzyszą napadom. Wśród chorych występuje znaczna przewaga kobiet. Choroba rozpoczyna się w wieku dorosłym. Przewlekły okres może być prawdopodobnie poprzedzony okresem epizodycznym, o cechach podobnych do epizodycznego klastrowego bólu głowy, co nie jest jednakże wystarczająco udokumentowane.

4.3.3. Klastero-podobne bóle głowy, nie spełniające powyższych kryteriów (cluster headache-like disorder not fulfilling above criteria)

Opis:

Napady bólowe uważane za formę klasterowego bólu głowy lub przewlekłej napadowej hemi-kranii, które jednak nie spełniają całkowicie kryteriów rozpoznawczych tych chorób.

Kryteria diagnostyczne:

A. Spełniają wszystkie – oprócz jednego – kryteria zawarte w punktach 4.3.1 lub 4.3.2.

Komentarz:

Do grupy tej zalicza się pacjentów, którzy nie doznali wymaganej liczby typowych napadów, a także chorych z wystarczającą liczbą typowych napadów, które jednocześnie nie spełniają wszystkich kryteriów klasterowego bólu głowy lub przewlekłej napadowej hemikranii. Zespoły „migrena klasterowa” (cluster migraine) i „klaster-tik” (cluster-tic) nie są należycie udo-kumentowane.

Literatura

4.3.1. Klasterowy ból głowy

- [1] Ekbom K. A clinical comparison of cluster headache and migraine. *Acta Neurol Scand* 1970; 46Suppl 41: 1–48.
- [2] Ekbom K. Some observations on pain in cluster headache. *Headache* 1975; 14: 219–225.
- [3] Ekbom K. Chronic migrainous neuralgia. W: Rose FC red. *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4 (48): 247–255.
- [4] Ekbom K., Olivarius B de Fine. Chronic migrainous neuralgia diagnostic and therapeutic aspects. *Headache* 1971; 11: 97–101.
- [5] Friedman AP., Mikropoulos HE. Cluster Headaches. *Neurology* 1958; 8: 653–663.
- [6] Graham JR., Rogado AZ., Rahman M., Cramer IV. Some physical, physiological and psycho-logical characteristics of patients with cluster headache. W: Cochrane AI red. *Background tomigraine*. Londyn: Heinemann 1970: 38–51.
- [7] Harris W. *Neuritis and Neuralgia*. Londyn: Oxford University Press 1926.
- [8] Horton BT., MacLean AR., Craig WM. A new syndrome of vascular headache: results of treatment with histamine: preliminary report. *Mayo Clin Proc* 1939; 14: 257–260.
- [9] Kudrow L. *Cluster headache. Mechanisms and management*. Nowy Jork: Oxford University Press 1980.
- [10] Kudrow L. Natural history of cluster headache – Part I: outcome of drop-out patients. *Headache* 1982; 22: 203–206.
- [11] Kunkle EC., Anderson WB. Dual mechanism of eye signs of headache in cluster pattern. *Trans Am Neurol Assoc* 1960; 85: 75–79.
- [12] Kunkle EC., Pfeiffer JB. Jr, Wilhoit WM., Hamrick LW. Jr. Recurrent brief headache in „cluster” pattern. *Trans Am Neurol Assoc* 1952; 77: 240–243.
- [13] Lance JW., Anthony M. Migrainous neuralgia or cluster headache? *J Neurol Sci* 1971; 13: 401–414.
- [14] Manzoni GC., Terzano MG., Bono G., Micieli G., Martucci N., Nappi G. Cluster headache –clinical findings in 180 patients. *Cephalalgia* 1983; 3: 21–30.
- [15] Mathew N. red. *Cluster headache*. Lancaster: MTP Press Limited 1984.
- [16] Nappi G., Savoldi F. *Headache. Diagnostic system and taxonomic criteria*. Londyn-Paryż: JohnLibbey Eurotext 1985: 64–81.
- [17] Russel D. Cluster headache: severity and temporal profiles of attacks and patient activity prior to and during attacks. *Cephalalgia* 1981; 1: 209–216.
- [18] Sjaastad O. Cluster headache. W: Rose FC red. *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4 (48): 257–266

4.3.2. Przewlekła napadowa hemikrania

- [1] Sjaastad O., Dale I. A new (?) clinical headache entity: „chronic paroxysmal hemicrania”. *Acta Neurol Scand* 1976; 54: 140–159.
 - [2] Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania (CPH). W: Rose FC red. *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4 (48): 257–266.
-