

e-ISSN: 2345-0592

Online issue

Indexed in *Index Copernicus*

Medical Sciences

Official website:
www.medicisciences.com



Abdominal migraine: a literature review

Urtė Stankevičiūtė¹, Matas Nasvytis²

¹*Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Medicine, Kaunas, Lithuania*

²*Vilnius University, Faculty of Medicine, Vilnius, Lithuania*

Abstract

Background. Abdominal migraine (AM) is a rare functional disorder that mainly affects children but can also manifest in adulthood. It is classified as an episodic syndrome that may be associated with migraine in the The International Classification of Headache Disorders 3rd edition and as a functional abdominal pain disorder according to Rome IV criteria. Despite the widespread understanding of migraine, AM remains understudied, underdiagnosed, and inadequately treated.

Aim. This article aims to review and summarize the present literature on AM.

Materials and methods. The method of this research is a literature review. The keyword “abdominal migraine” was used to search for relevant articles in PubMed and Google Scholar databases, with a focus on the most recent publications. All selected articles were in English.

Results. AM typically begins between ages 3 and 10 but often resolves by adulthood, affecting 1-4% of school-age children. It shares similarities with migraine in pathogenesis, triggers, associated symptoms, and relieving factors. Despite the resemblances, AM is characterised as acute paroxysmal recurrent abdominal pain episodes lasting up to 3 days without headache which is a cardinal symptom of migraine. Abdominal pain can be associated with anorexia, nausea, vomiting, and pallor. Diagnosis relies on two existing diagnostic criteria. The treatment is symptomatic and involves both non-pharmacological and pharmacological approaches.

Conclusions. There is a common misconception that AM exclusively affects children. Diagnosis is challenging due to overlapping disorders and inconsistent diagnostic criteria. Moreover, evidence-based treatment is lacking. Therefore, education and more clinical trials are of critical need.

Keywords: abdominal migraine, abdominal pain, migraine-associated episodic syndrome, functional abdominal pain disorder.

Pilvo migrena: literatūros apžvalga

Urtė Stankevičiūtė¹, Matas Nasvytis²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

²Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva

Santrauka

Įvadas. Pilvo migrena (PM) – tai retas funkcinis sutrikimas, labiausiai paplitęs tarp vaikų, tačiau pasitaikantis ir suaugus. Pagal tarptautinės galvos skausmo klasifikacijos 3 leidimą PM klasifikuojama prie epizodinių sindromų, kurie gali būti susiję su migrena, o pagal Romos IV klasifikaciją – prie funkcinio pilvo skausmo sutrikimų. Nepaisant žinių apie migreną, PM yra nepakankamai ištirta, prastai diagnozuojama ir gydoma.

Tikslas. Šiuo straipsniu siekiama apžvelgti ir apibendrinti esamą literatūrą apie PM.

Metodika. Tyrimo metodas – literatūros apžvalga. Straipsnių paieška atlikta PubMed ir Google Scholar duomenų bazėse. Naudotas angliškasis raktažodis „pilvo migrena“ (angl. abdominal migraine). Prioritetas teiktas naujesniems straipsniams, parašytiems anglų kalba.

Rezultatai. PM įprastai pradeda sirgti 3-10 metų amžiuje, o priepuoliai dažniausiai išnyksta iki pilnametystės. Serga apie 1-4% mokyklinio amžiaus vaikų. Migrena ir PM turi panašią patogenezę, provokuojančius ir simptomus lengvinančius veiksnius bei susijusius simptomus. Nepaisant panašumų, PM būdingi ūmūs paroksizminiai pasikartojantys pilvo skausmo epizodai, trunkantys iki 3 dienų, tačiau nebūdingas galvos skausmas – esminis migrenos simptomas. Pilvo skausmą gali lydėti anoreksija, pykinimas, vėmimas ir išbalimas. Diagnozuojant šią ligą naudojami dveji galimi diagnostiniai kriterijai. Gydytas – simptominis ir yra skirstomas į nefarmakologinį bei farmakologinį.

Išvados. Klaidingai manoma, kad PM – tik vaikų liga. Diagnostika yra sudėtinga dėl galimų kitų ligų persidengimo ir diagnostinių kriterijų nevienodumo. Be to, nėra įrodymais paremtas PM gydymas. Taigi, labai reikalingi papildomi klinikiniai tyrimai ir švietimas PM tematika.

Raktažodžiai: pilvo migrena, pilvo skausmas, su migrena susijęs epizodinis sindromas, funkcinis pilvo skausmo sutrikimas.

1. Įvadas

Pilvo skausmas – tai dažnas vaikų ir suaugusių skundas, kurį gali sukelti įvairiausios priežastys [1]. Pilvo migrena (PM) – tai funkcinis [2,3] idiopatinis [4] sindromas, kuriam būdingos migrenos savybės [1,3,5], tačiau esminis skirtumas – galvos skausmo nebuvimas [1,5]. PM būdingi centrinio ar blogai lokalizuoto pasikartojančio pilvo skausmo epizodai, trunkantys (panašiai kaip migrena) [1] nuo 2 iki 72 valandų [1,4] bei galintys pasikartoti nuo 2 iki 100 kartų per metus [1]. Skausmas dažnai susijęs su letargija, anoreksija [1], išbalimu, pykinimu bei kartais vėmimu [1,4]. Tarp epizodų pacientai jaučiasi gerai [1,3,4]. PM daugiausiai serga vaikai [1–5], retais atvejais liga pirmąsyk gali pasireikšti jau suaugus [1,6]. Būdinga šeiminė migrenos anamnezė [1,3,7–10] (migrena pirmos eilės giminaičiams nustatyta 34-90 % pacientų [11]). PM ir migrenai būdinga panaši patogenezė, provokuojantys ir lengvinantys veiksniai [1,7,11,12]. Nors PM terminas pirmąsyk pavartotas jau prieš gerą šimtmetį (1922 m. [8,9,11]), ši liga yra prastai ištirta [13] ir išmanoma [7,9]. Be to, nepaisant esamų specifinių diagnostinių kriterijų, PM yra nepakankamai diagnozuojama [7,10–12] ir gydoma [12]. Šiame straipsnyje aptariamos naujausios mokslinės žinios apie šią ligą.

2. Metodika

Tyrimo metodas – literatūros apžvalga. Mokslinių straipsnių paieška atlikta PubMed ir Google Scholar duomenų bazėse. Naudotas angliškas raktažodis „pilvo migrena“ (angl. *abdominal migraine*). Prioritetas teiktas naujesniems straipsniams. Atrinko publikacijos anglų kalba nuo 2014 iki 2024 m. Analizuota 21 mokslinė publikacija.

3. Rezultatai

3.1. Epidemiologija ir etiopatogenezė

Migrena – viena dažniausių pirminių galvos skausmų priežasčių [5], ją patiria apie 8–9 % [5,14]

vaikų ir paauglių, tuo tarpu pilvo skausmą – 9-15 % vaikų [10,15], o PM – nuo 1 iki 4 % mokyklinio amžiaus vaikų [9,14] (viename tyrime nustatyta net iki 9,2 % sergančiųjų PM vaikų [2,3]). PM įprastai susergama 3-10 metų amžiuje [7,11,15], didžiausias sergamumas būdingas 5-9 gyvenimo metais [14]. Dažniau serga mergaitės [1,7–11,14,15] (santykis moterų su vyrais lygus 1,6:1) [1,3,5,9,16]. Suaugusiems PM nustatoma labai retai, literatūroje yra aprašyti tik keli suaugusiųjų atvejai [2,16].

PM patogenezė nėra pilnai aiški [2,9,10,12], tačiau turi panašumų su migrena [1,7,11,16]. Literatūroje minimi patogenetiškai svarbūs žarnyno-smegenų ašies, centrinės nervų sistemos (CNS) pokyčiai, kraujagyslinė disreguliacija, genetiniai faktoriai [2,3,16] (ypač mutacijos, apimančios ląstelės membranos transportą [3,16]) bei skrandžio judrumo ir pralaidumo pokyčiai (užsienio autorių duomenimis, sergantiesiems PM rasta atitinkamai sumažėjęs skrandžio judrumas ir padidėjęs plonųjų žarnų gleivinės pralaidumas [11,16]). Enterinė nervų sistema (ENS) yra autonominės nervų sistemos dalis, gebanti pati kontroliuoti virškinimo trakto (VT) veiklą, o galvos ar nugaros smegenų įtaka yra gana nedidelė. Smegenų-žarnyno ašyje vyksta abipusiai informacijos mainai tarp smegenų ir įvairių VT sistemos dalių (mikrobiotos, gleivinės ir imuninės sistemos), kurios sąveikauja tarpusavyje. Įvairūs veiksniai kaip jutiminių neuronų impulsai, mikrobiotos elementai, žarnyno hormonai ir citokinai gali turėti įtakos smegenų funkcijai. Kita vertus, autonominių neuronų perduodami impulsai ir neuroendokrininiai veiksniai gali modifikuoti žarnyno veiklą [16]. Pakitusios žarnyno-smegenų ašies nulemti ENS ir CNS komunikacijos sutrikimai gali lemti migreninių požymių ir pilvo simptomų ryšį [2,16]. Migrenos patogenezėje labai svarbi trigeminovaskulinė sistema, kuri taip pat gali turėti įtakos PM. Nors manoma, kad mažųjų pilvo kraujagyslių vazospazmas nesukelia periumbilika-

linio skausmo, visgi regioniniai ar centriniai kraujo tėkmės pokyčiai yra svarbūs patogenezėje [16].

PM ir migrenai būdingi panašūs provokuojantys veiksniai, lydinys simptomai bei lengvinantys veiksniai pateikiami 1 lentelėje.

Provokuojantys veiksniai	Stresas [1,3,7,9,12,15–17] Nuovargis [1,3,7,9,12,16,17] Kelionės [1,3,7,9,11,12,15–17] Prastas miegas [11,12] ar miego trūkumas [9] Praleistas valgymas [3,9,14–16] ar užsitęsęs badavimas [7,11], dehidracija [7,12,15] Pokyčiai rutinoje [3,16] Ryški ar mirganti šviesa [7,11,12] Karštas klimatas [9] Stresoriai šeimoje ar mokykloje [11,12] Daug aminų turintis maistas [7,11,12], pavyzdžiui, citrusiniai vaisiai, sūris, šokoladas [7,11], kofeinas [11] Maisto dažikliai ir pridėtinės kvapniosios medžiagos [7,11]
Lydinieji simptomai	Pykinimas [1,17] Vėmimas [1,17] Anoreksija [1,17] Galvos svaigimas [1] Foto- ir fonofobija [1]
Lengvinantys veiksniai	Poilsis [1,9,14,16] (88 % [3]) Miegas [1,14,16] (64 % [3]) Pavalgymas [9] Analgetikai [1,14,16] (38 % [3])

1 lentelė. Migreną ir pilvo migreną provokuojantys, lengvinantys veiksniai ir lydinieji simptomai

3.2. Klinika ir diagnostika

PM – tai funkcinio pilvo skausmo sutrikimas [7,13], kuriam būdingi ūmiai atsiradę paroksizminiai, pasikartojantys (vidutiniškai 14 kartų per metus [7,8]), dažniausiai buko pobūdžio pilvo skausmo epizodai, trunkantys nuo 2 iki 72 valandų [7] (vidutiniškai 17 valandų [7,8,11]). 93-100 % atvejų skausmą lydi išblyškimas, 91 % – anoreksija, 73-91 % – pykinimas ir 35-50 % – vėmimas [7,8]. Priešingai migrenai, šių epizodų metu galvos skausmo nebūna [4,8,15], bet taip pat sutrikdoma kasdienė veikla [12]. Tarp priepuolių pacientas jaučiasi gerai [7,15]. Galimas nespecifinis

prodromas [7,15] kaip nuotaikos [3,7,12,15] ir elgsenos pokyčiai [7,15] (14% [8]), anoreksija [7], odos paraudimas, viduriavimas [7,12] bei aura (mirksinčios šviesos, regos pokyčiai, neaiški kalba, distalinių galūnių dilgčiojimas, apstingimas) [7,15].

PM diagnozuojama kliniškai [3,7,8,12]. Literatūroje minimi dveji PM diagnostiniai kriterijai:

1) Pagal tarptautinės galvos skausmo klasifikacijos 3 leidimą (TGSK-3) PM klasifikuojama prie epizodinių sindromų, kurie gali būti susiję su migrena (į šią skiltį, be PM, įtrauktas ir ciklinis vėmimo sindromas, gerybinis paroksizminis

pozicinis galvos svaigimas bei kreivakaklystė) [4].

TGSK-3 siūlomi diagnostiniai kriterijai pateikiami 2

lentelėje.

A.	Bent 5 pilvo skausmo priepuoliai, atitinkantys B-D kriterijus;
B.	Skausmui būdingos bent 2 iš 3 savybės: Lokalizacija: vidurio linijos, periumbilikalinė ar blogai lokalizuota Buko ar „tiesiog skaudančio“ (angl. “just sore“) pobūdžio Vidutinio-sunkaus intensyvumo
C.	Bent 2 iš 4 lydinčiųjų simptomų ar požymių: Anoreksija Pykinimas Vėmimas Išblyškimas
D.	Priepuoliai trunka 2-72 valandas (negydant ar gydant nesėkmingai);
E.	Visiškas simptomų nebuvimas tarp priepuolių;
F.	Negalima paaiškinti kitu sutrikimu ¹ .
¹ Anamnezės ir fizinis ištyrimo metu nenustatomi virškinimo trakto ar inkstų patologijos požymiai arba tokios ligos yra atmetamos atliekant atitinkamus tyrimus. <i>Pastabos:</i> PM trikdo kasdienę veiklą. Mažiems vaikams galvos skausmas dažnai lieka nepastebėtas. Būtina išsami anamnezė, ar pacientas patiria galvos skausmą. Esant galvos skausmui priepuolių metu, turėtų būti apsvarstyta migrenos be auros diagnozė. Vaikams gali būti sudėtinga atskirti anoreksiją nuo pykinimo. Išblyškimą dažnai lydi patamsėję paakiai. Keletui pacientų paraudimas gali būti dominuojantis vazomotorinis fenomenas.	

2 lentelė. Pilvo migrenos diagnostiniai kriterijai pagal tarptautinės galvos skausmo klasifikacijos 3 leidimą, 2018 m. [4]

2) Pagal Romos IV klasifikaciją, PM yra priskiriama funkciniais virškinimo trakto vaikų ir paauglių sutrikimams bei detaliau klasifikuojama prie funkcinio pilvo skausmo sutrikimų (į šią skiltį taip pat įtraukta ir funkcinė dispepsija, dirglios

žarnos sindromas bei kitur nespécifikuotas funkcinis pilvo skausmas) [17]. PM diagnostiniai kriterijai pagal naujausią Romos IV klasifikaciją pateikiami 3 lentelėje.

Turi atitikti visus žemiau minimus kriterijus bent du kartus:	
1.	Paroksizminiai stiprūs, ūmūs periumbilikalinio, vidurio linijos ar difuzinio pilvo skausmo epizodai, besitęsiantis 1 valandą ir ilgiau (tai turėtų būti stipriausias ir labiausiai varginantis simptomas);
2.	Epizodus skiria savaitės – mėnesiai;
3.	Skausmas trikdo kasdienę veiklą;
4.	Pacientui būdingas stereotipinis modelis ir simptomai;
5.	Skausmas susijęs su 2 ar daugiau lydinčių simptomų: Anoreksija

	Pykinimu Vėmimu Galvos skausmu Fotofobija Išblyškimu
6.	Po tinkamo ištirimo, simptomai negali būti paaiškinti kita medicinine būkle.
¹ turi atitikti kriterijus bent 6 mėnesius iki diagnozės.	

3 lentelė. Romos IV pilvo migrenos diagnostiniai kriterijai¹, 2016 m. [17]

Esant atipinei klinikai ar simptomams/požymiams, leidžiantiems įtarti alternatyvią diagnozę, reikalingi papildomi tyrimai. Tokiu atveju pirmiausia siūloma atlikti bendrą kraujo tyrimą, C-reaktyvinį baltymą, ištirti serumo elektrolitus, šlapalą, kreatinimą, kepenų funkcijos tyrimus, šlapimo analizę bei paselį ir pilvo ultragarsą [14].

3.3. Diferencinė diagnostika

Pasikartojančių paroksizminių epizodinių pilvo skausmų diferencinė diagnostika apima funkcinės ir organinės priežastis [1,3]. Esant įspėjamiems simptomams ir požymiams (pavyzdžiui, pakitusiam augimo modeliui [7,10] - augimo lėtėjimui, brendimo vėlavimui [1,3,8,11], savaiminiam svorio kritimui [1,7,9,11], nepaaiškinamam, pasikartojančiam karščiavimui [1,7,8,10,11],

disfagijai [1,3,7,8,10,11], odinofagijai [1,3], vėmimui krauju [3,7–9] ar tulžimi [7,8,10], persistuojančiam vėmimui [3,11], lėtiniam ir nepaaiškinamam viduriavimui [7–11], kraujui išmatose [3,7,8,10,11], perirektalinei ligai [1,3,11], artritiui, šeiminei uždegiminės žarnų ligos [1,3,8,11], celiakijos, Šeiminės Viduržemio jūros karštligės anamnezei [11], persistuojančiam dešiniojo viršutinio ar apatinio kvadrato pilvo skausmui [1,3,11], hematurijai [3,11], dizurijai [3,8,11], naktiniams simptomams [8,10,11], uveitui, gelta, esant leukocitozei, hipoalbuminemijai [11], anemijai [8,10]) reikalingi papildomi tyrimai antrinei priežasčiai nustatyti [1,7]. Be to, tiksliai diagnozei nustatyti svarbu išsiaiškinti dominuojantį simptomą [7]. PM diferencinė diagnostika pateikiama 4 lentelėje.

Sutrikimai [11]	Pavyzdžiai
Virškinimo trakto	<u>Organinės priežastys:</u> Rūgštinė pepsinė liga: ezofagitas, gastritas [11], opaligė [1,11,15] Eozinofilinė liga: ezofagitas, gastritas, enteropatija [11] Celiakija [1,3,11,15] Tulžies pūslės liga: bendrojo tulžies latako cista, tulžies akmenligė [11], cholecistitas [11,15] Gastroezofaginis refluksas [1,3,11,15] Plonųjų žarnų obstrukcija [8,11] Uždegiminė žarnų liga [1,11] Pankreatitas [1,8,11] Laktozės netoleravimas [11] Lėtinis hepatitas [11]

	Chirurginės priežastys: išvarža [11], apendicitas, žarnų invaginacija [3,11] ar užsisukimas [3] <u>Funkcinės priežastys:</u> Ciklinis vėmimo sindromas, funkcinė dispepsija [1,11], dirglios žarnos sindromas [1,3,9,11,15], atrajojimo sindromas, aerofagija, funkcinis vidurių užkietėjimas [1], kitur nenurodytas funkcinis skausmas [11]
Centrinės nervų sistemos	Užpakalinės kaukolės duobės struktūrų sutrikimai [11,15] Epilepsija [11,15] Intrakranijinė hipertenzija [8,11]
Metaboliniai	Ūmi protarpinė porfirija [1,8,11] Apsinuodijimas švinu [11] Cukrinis diabetas [8,11]
Urogenitaliniai	Šlapimo takų infekcija [3,8,11] Ureteropelvinės jungties obstrukcija [11] Inkstų akmenligė [11] Dismenoreja [1]
Hematologiniai, onkologiniai	Pjautuvinė anemija [11] Navikai [1,3,11] (žarnyno polipai [11])
Infekciniai	Parazitozės [11] Helicobacter pylori gastritas [11] Pneumonija [11]
Reumatiniai	Sisteminės jungiamojo audinio ligos [11]
Kiti	Svetimkūnis [11] Trauma [11] Šeiminė Viduržemio jūros karštligė [1] Miunhauzeno sindromas [11]

4 lentelė. Pilvo migrenos diferencinė diagnostika, modifikuota pagal J. Mani et al [11]

3.4. Gydyimas

Nėra įrodymais paremto PM gydymo [6,9]. Taikomas gydymas yra simptominis [1] ir skirstomas į nefarmakologinį bei farmakologinį [1,7,12]. Apibendrintas PM gydymas pateikiamas 5 lentelėje.

3.4.1. Nefarmakologinis gydymas

Nefarmakologinis gydymas apima diagnozės paaiškinimą pacientams ir jų tėvams [1,3,7,11], gyvenamosios keitimą [5,8,16] bei provokuojančių

veiksnių vengimą [1,3,9–11,15,16]. PM atvejais naudojama STRESS mnemonika pateikta 5 lentelėje. Priepuolių metu rekomenduojama ilsėtis tamsioje ir tylioje aplinkoje [3,7,12,16] – poilsis ir miegas palengvina simptomus daugumai vaikų [1].

3.4.2. Farmakologinis gydymas

Farmakologinis gydymas turėtų būti apsvaistytas, jei nefarmakologinis gydymas yra neefektyvus arba jei simptomai yra dažni ir sunkūs [10,11]. Farmakologinis gydymas prieuolių metu

orientuotas į simptomų mažinimą arba visišką jų panaikinimą [1]. Efektyvūs gali būti analgetikai, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, antiemetikai [6] (dėl galimų ekstrapiramidinių šalutinių poveikių prochlorperazinas ir chlorpromazinas vartojami retai; metaklopramidą nerekomenduojamas [9]) ir triptanai [6] (sumatriptanas, almotriptanas [9,11], rizatriptanas [12]). Turint omenyje, kad priepuolių metu pilvo skausmą gali lydėti pykinimas, vėmimas ar anoreksija, gali būti lengviau vartoti purškalus į nosį, žvakutes [7,15] ar injekcijas [15]. Daugiau nei 80 % pacientų simptomai išnyksta ilsintis tamsioje, ramioje aplinkoje ir pavartojus paprasčiausių analgetikų [3]. Literatūroje aprašyta, kad refrakteriniais atvejais vartotas intraveninis natrio valproatas (500 mg tris kartus dienoje) nutraukė PM priepuolius, o intraveninis dihidroergotaminas pagerino PM priepuolius keliems sergantiesiems, tačiau šie preparatai nėra pirmo pasirinkimo vaistai dėl galimo šalutinio poveikio [1,7].

Prevencinis gydymas gali būti reikalingas pacientams, kuriems PM epizodai yra dažni, linkę užsitęsti, yra varginantys bei turi prastą atsaką juos gydant ūmiai priepuolių metu [14]. Tik su vienu vaistu – pizotifenu (serotonino antagonistas [7]) –

yra atliktas placebo kontroliuotas tyrimas [1]. Tyrimo metu nustatyta, kad 70% PM sergančiųjų simptomai pagerėjo per 4 mėnesius (pacientai turėjo mažiau priepuolių, o jų metu simptomai buvo lengvesni) [7,12]. Retrospektyvios studijos duomenimis, vartojant propranololį (beta blokatorius) 75 % sergančiųjų išnyko pilvo skausmai, vartojant ciproheptadiną (antihistamininis vaistas) 33 % pacientų išnyko pilvo skausmai, o 50 % pajuto pagerėjimą. Taip pat yra duomenų, kad flunarizinas (kalcio kanalų blokatorius) 61 % pacientų sumažino PM dažnį ir 51 % – PM trukmę [3,8,11,12]. Literatūroje taip pat minimi kiti profilaktiškai vartojami vaistai: topiramatas [1,3] (suaugusiems 50 mg 2 k/d [8]), amitriptilinas [1,3] (0,5-1 mg/kg/d [8]), natrio valproatas [1]. Dažniausiai profilaktiškai vartojami vaistai yra propranololis, ciproheptadinas [11], flunarizinas, pizotifenas [11,14], amitriptilinas [14] arba valproatas [11]. Prieš vertinant vaistų efektyvumą, jie turėtų būti vartojami bent 6-8 savaites [14]. Kai kurie autoriai rekomenduoja rinktis propranololį kaip pirmo pasirinkimo vaistą, o ciproheptadiną – kaip antro pasirinkimo [10,11].

Nefarmakologinis	Farmakologinis	
STRESS mnemonika [7,12]	Priepuolių metu	Prevencinis
S: streso valdymas ± kognityvinė elgesio terapija T: kelionių (angl. travel) patarimai R: poilsis (angl. rest) ir adekvati miego higiena E: grėsmingų simptomų pastebėjimas (angl. emergency symptoms) S: žėrinčių (angl. sparkling) ir mirksinčių šviesų vengimas; ilsėjimasis tamsiame, tyliame kambaryje	Analgetikai: Ibuprofenas 10mg/kg [3,7,9,16] (kas 6 val. [9]) Paracetamolis 15mg/kg [3,7,9,16] (kas 6 val. [9]) Sumatriptanas: 10 mg į nosį [3,7], nuo 12 metų [14] Antiemetikai [7] Refrakteriniai epizodai: Natrio valproatas į veną [1,7,11] 500 mg x 3 k/d [3,8], titruojant iki 100-120 µg/dL [8]	Propranololis 10-20 mg x 2-3 k/d [3,7,8,10,11,16], kontraindikuotinas esant astmai [3,9] Ciproheptadino sirupas 0,25-0,5 mg/kg/d [3,7,10,11,16] Flunarizinas 5-7,5 mg/d [3,7,8,16] x 1 k/d [10] Pizotifeno sirupas 0,25 mg x 2 k/d [3,7,10,16]

S: užkandžiavimas (angl. snacking) – vengti ilgesnio badavimo, daug aminorų turinčio maisto. Pastebėtas teigiamas oligoantigeninės dietos poveikis.	Dihidroergotaminas į veną [1,7,8], 0,5 mg, suminė vidutinė dozė per kelias dienas lygi 7-9 mg [3,8]	
--	---	--

5 lentelė. Pilvo migrenos gydymas

3.5. Prognozė

Pasikartojantys pilvo skausmai yra varginantis simptomas [11], galintis pabloginti mokyklos lankymą ir apskritai gyvenimo kokybę [9,11,15]. Visgi PM prognozė yra gera, daugumai PM priepuoliai išnyksta [2,5,11] iki pilnametystės [6] (vienų autorių duomenimis, apie 60% pacientų jau vėlyvoje paauglystėje nebepatiria PM priepuolių [12]), o atvejai, kai PM tęsiasi suaugus, yra reti [6,11,15]. Šiai dienai, yra aprašyta tik keletas PM atvejų pilnametystėje [7]. Nuo trečdalis iki pusės [14] (kitų autorių duomenimis net iki 70% [7,8,15]) sergančiųjų PM suseraga klasikine migrena dar paauglystėje [14]. Literatūroje PM laikoma migrenos prekursoriumi [11,15].

4. Diskusija

Pagrindinis iššūkis, kylantis siekiant detaliau tyrinėti PM, yra klinikinių tyrimų su vaikais ribojimas [12]. Nors PM serga daugiausiai vaikai, vyrauja nuostata, kad tai išskirtinai vaikų liga. Vis dėlto literatūroje yra minima keletas atvejų tarp suaugusiųjų, be to, manoma, kad PM yra prastai diagnozuojama, ypač suaugusiems [16], tad atvejų skaičius galimai yra didesnis nei žinoma.

PM diagnostiką apsunkina tai, kad tiek funkciniai VT [7,12,15], tiek ir kiti sutrikimai (kaip neurologiniai, metaboliniai) gali persidengti su PM [15]. Pavyzdžiui, dirgliosios žarnos sindromas ir PM [9] arba migrena ir PM gali būti nustatoma tam pačiam pacientui [8]. Taip pat klaidina ir tai, kad PM diagnozuoti pateikti net 2 galimi diagnostiniai kriterijai: vienu atveju jie yra priskirti prie galvos

skausmų (neurologijos sritis, TGSK-3, 2018 m.), kitu – prie VT sutrikimų (gastroenterologijos sritis, Romos IV kriterijai, 2016 m.). Nors šie kriterijai turi panašumų (kaip pilvo skausmo apibūdinimas; lydinčiai simptomai – pykinimas, vėmimas, anoreksija ir išbalimas; kitų ligų atmetimas), tačiau galima pastebėti daug skirtumų. Visų pirma, Romos IV kriterijai yra taikomi vaikams, o ne suaugusiems. Romos IV kriterijams pakanka 2 PM priepuolių vertinant eigą ilgiau nei pusę metų bei kai epizodus skiria savaitės-mėnesiai, o TGSK-3 reikalingi bent 5 epizodai, tačiau neapibrėžta, kiek laiko turi sirgti pacientas ar kokiais intervalais. Romos IV kriterijai prie lydinčiųjų simptomų pamini fotofobiją ir galvos skausmą, ko nėra TGSK-3. Priešingai Romos IV kriterijams, TGSK-3 metu nustačius galvos skausmą, reiktų apsvartysi migrenos, o ne PM diagnozę. Tuo tarpu Romos IV kriterijai akcentuoja, kad pilvo skausmas yra svarbiausias ir labiausiai varginantis simptomas, kas nėra aiškiai pabrėžiama TGSK-3. Romos IV kriterijai taip pat įtraukia stereotipiškumą individualiam pacientui, ko nerandama TGSK-3. Taip pat pastebimas nežymus skirtumas tarp epizodų trukmės: TGSK-3 mini trukmę nuo 2 val., Romos IV kriterijai – nuo 1 val., be to, Romos IV kriterijai nenurodo tikslios epizodo trukmės.

Painu ir tai, kad PM pavadinime vyrauja ir pilvo, ir migrenos sąvoka. Nepaisant to, PM pagrindinis simptomas yra pilvo skausmas, o ne galvos skausmas (dauguma sergančiųjų suseraga migrena vėliau). Vis dėlto klinikinėje praktikoje galėtų kilti klausimas, į kokį specialistą turėtų kreiptis

sergantieji PM: gastroenterologą ar neurologą? Retrospektyvios studijos duomenimis (tirti vaikų duomenys 2011-2017 m.), daugiausiai (72,4 %) vaikų buvo gydyti tik vaikų gastroenterologo, 14,5% tik vaikų neurologo, kitais atvejais pirmiausia konsultuota vaikų gastroenterologo, vėliau nusiųsta vaikų neurologui ir atvirkščiai [13]. Taigi galima daryti išvadą, kad PM dažniau gydo gastroenterologai. To paties tyrimo metu nustatyta, kad gastroenterologai ir neurologai retai naudoja diagnostines gaires diagnozuojant PM, o vaikų neurologai diagnozavo keletą PM atvejų be pilvo skausmo. Be to, TGSK kriterijus dažniau vartoja neurologai [13]. Taigi, nėra aiškių ir bendrų diagnostikos gairių visoms specialybėms, o turint omenyje prieš tai minėtus diagnostinių kriterijų skirtumus bei kad skirtingi specialistai naudoja skirtingas gaires, gali kilti sunkumų ir netikslumų diagnozuojant PM.

Be to, ne tik vaikų, bet ir suaugusiųjų specialistams vertinga išmanyti PM, kadangi ši liga kartais gali užsitęsti arba prasidėti tik pacientui suaugus. Pavyzdžiui, jei atvykęs pacientas skundžiasi migreniniais galvos skausmais, buvusi PM anamnezė gali būti reikšminga [6], nes, literatūros duomenimis, nors dauguma pacientų ir išauga PM, jiems dažnai vėliau pasireiškia klasikiniai migreniniai galvos skausmai.

Kalbant apie gydymą, deja, iki šiolei nėra įrodymais pagrįsto PM gydymo ir konkrečių gairių. Galima pastebėti, kad gydymas yra kiek panašus į įprastos migrenos [6,10], tačiau labiau ribotas nei suaugusiems. Taip yra, kadangi PM pikas yra iki 10 metų, o pavyzdžiui, sumatriptano vartojamas nerekomenduojamas iki 12 metų, amitriptilino – iki 18 metų. Tuo tarpu, pavyzdžiui, profilaktiškai skiriamas propranololis galimas vartoti ir iki 12 metų. Šiuo metu trūksta tyrimų, ar PM būtų galima vartoti su kalcitonino genu-susijusio peptidų (CGRP, angl. calcitonin gene-related peptide)

receptorių monokloninius antagonistus (antikūnius) [7,12]. Akivaizdu, kad reikalingi papildomi tyrimai ir švietimas PM tematika.

5. Išvados

PM – tai retas funkcinis sutrikimas, kuriam būdingi pasikartojantys pilvo skausmo epizodai, lydimi anoreksijos, pykinimo, vėmimo ir/ar išbalimo. PM turi panašumų su migrena (panaši patogenezė, provokuojantys ir lengvinantys veiksniai, lydinys simptomai bei gydymo taktika), tačiau jai galvos skausmas yra nebūdingas. PM klaidingai priskiriama išimtinai vaikams, jos atvejų pasitaiko ir suaugus. Šiuo metu tiksli PM patogenezė nėra žinoma, vyrauja žarnyno-smegenų ašies veiklos sutrikimu, CNS pokyčiais, kraujagysline disreguliacija, genetiniais veiksniais ir skrandžio judrumo bei pralaidumo pokyčiais grindžiamos teorijos. Šis sutrikimas diagnozuojamas kliniškai remiantis TGSK-3 ir/arba Romos IV diagnostiniais kriterijais. Diagnostika yra sudėtinga dėl galimų kitų ligų persidengimo ir diagnostinių kriterijų nevienodumo, o diferencijuojant reikia atmesti kitas funkcinės ir organinės priežastis. PM dažniau diagnozuoja ir gydo gastroenterologai, rečiau – neurologai. Įrodymais paremto PM gydymo nėra, o taikomas gydymas yra simptominis. Nefarmakologinės priemonės apima diagnozės paaiškinimą, gyvenimo keitimą, provokuojančių veiksnių vengimą (STRESS mnemonika), o priepuolių metu rekomenduojama ilsėtis tamsioje ir tylioje aplinkoje. Farmakologiniam gydymui ūmiu periodu vartojami analgetikai, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, antiemetikai ir triptanai. Profilaktiškai dažniausiai vartojami propranololis, ciproheptadinas, flunarizinas, pizotifenas arba amitriptilinas. PM prognozė yra gera, didžioji dalis vaikų priepuolius išauga, tačiau daugumą pradeda varginti migreniniai galvos skausmai. Šiuo metu labai reikalingi papildomi klinikiniai tyrimai ir švietimas šia tema siekiant

pagerinti gydytojų gebėjimus diagnozuoti ir gydyti PM.

Literatūros šaltiniai

1. Cheema S, Matharu M. Abdominal migraine and cyclical vomiting syndrome [Internet]. 1st ed. Vol. 198, Handbook of Clinical Neurology. Elsevier B.V.; 2023. 209–219 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-823356-6.00006-8>
2. Ibrahim M, Elkins I, Herman M. Abdominal Migraines: A Rare Adulthood Manifestation of a Typical Childhood Disease. *Cureus*. 2023;15(3).
3. Angus-Leppan H, Saatci D, Sutcliffe A, Guiloff RJ. Abdominal migraine. *BMJ* [Internet]. 2018;360(February):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.k179>
4. (IHS) HCC of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
5. Léa LT, Caula C, Moulding T, Lyles A, Wohrer D, Titomanlio L. Brain to Belly: Abdominal variants of migraine and functional abdominal pain disorders associated with migraine. *J Neurogastroenterol Motil*. 2021;27(4):482–94.
6. Redon S. Episodic syndromes that may be associated with migraine: What adult neurologists need to know. *Rev Neurol (Paris)* [Internet]. 2021;177(7):773–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.002>
7. Azmy DJ, Qualia CM. Review of Abdominal Migraine in Children. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* [Internet]. 2020;16(12):632–9. Available from: <https://www.gastroenterologyandhepatology.net/archives/december-2020/review-of-abdominal-migraine-in-children/>
8. Irwin S, Barmherzig R, Gelfand A. Recurrent Gastrointestinal Disturbance: Abdominal Migraine and Cyclic Vomiting Syndrome. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2017;17(3).
9. Naphthali K, Koloski N, Talley NJ. Abdominal migraine. *Cephalalgia*. 2016;36(10):980–6.
10. Jaiganesh T, Scicchitano B, Humphreys G, Mitton SG. Abdominal migraine in childhood: a review. *Pediatr Heal Med Ther*. 2014;5:73–81.
11. Mani J, Madani S. Pediatric abdominal migraine: current perspectives on a lesser known entity. *Pediatr Heal Med Ther*. 2018;Volume 9:47–58.
12. Fila M, Chojnacki C, Chojnacki J, Blasiak J. The kynurenine pathway of tryptophan metabolism in abdominal migraine in children – A therapeutic potential? *Eur J Paediatr Neurol* [Internet]. 2024;48(August 2023):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2023.11.001>
13. Hawa K, Gupta S, Saps M. Abdominal migraines: Variations in diagnosis and care between pediatric gastroenterologists and neurologists. *Rev Chil Pediatr*. 2020;91(1):46–50.
14. Howells R, Abu-Arafeh I. The migraine syndrome in children. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)* [Internet]. 2022;32(10):388–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2022.07.011>
15. Winner P. Abdominal Migraine. *Semin Pediatr Neurol* [Internet]. 2016;23(1):11–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spen.2015.09.001>
16. Kizhakkayil Tency N, Roy A, Krishnakumaran N, Thomas AM. Unraveling Abdominal Migraine in Adults: A Comprehensive Narrative Review. *Cureus*. 2023;15(8).
17. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, Van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1456–1468.e2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>