

TENZNÍ BOLESTI HLAVY

doc. MUDr. Otakar Keller, CSc.

Neurologická klinika FTNsp – IPVZ, Praha

Tenzní bolest hlavy je nejčastější bolest hlavy a setkává se s ní téměř každý člověk alespoň jednou v životě. Pokud bolesti hlavy přicházejí ve větší frekvenci, nazýváme tento stav epizodická nebo chronická tenzní bolest hlavy. V některých případech je bolest provázena zvýšeným napětím v perikraniálních svaích. Bývá způsobena fyzickou a zejména psychickou zátěží a často nevhodnou pracovní pozicí. Na této bolesti hlavy se podílí zvýšená neuronální dráždivost. K léčeni využíváme fyzioterapii, farmaka i psychoterapii. Obzvláštní pozornost je třeba klást na to, aby bylo zabráněno nadměrnému užívání léků.

Klíčová slova: bolest hlavy, epizodická tenzní bolest hlavy, chronická tenzní bolest hlavy, svalové kontraktury, fyzioterapie.

TENSION-TYPE HEADACHE

Tension-type headache is the most common headache which affects almost all population at least ones in life. Episodic tension-type headache and chronic tension-type headache are disorders characterised by high frequency of attacks. In some cases is attended by contractions of pericranial muscles. It can be brought on physical and psychological stress and improper working positions. Abnormal neuronal sensitivities are proposed as another cause. The approach to the treatment of tension-type headache consists of physical, pharmaco- and psychotherapy. Specific care has to be given to prevent of drug overuse.

Key words: headache, episodic tension-type headache, chronic tension-type headache, muscle contracture, physical therapy.

Interní Med. 2008; 10(11): 520–521

Tenzní bolest hlavy je nejčastější typ cefalgie. Lze ji charakterizovat jako tupou bolest, která je spojená s únavou a které často předchází stres. Vyskytuje se v jakémkoli věku, obvykle se objevuje v době dospívání a maximální výskyt je mezi 20. a 50. rokem.

Patogeneze

Patogeneze tenzní bolesti hlavy není zcela objasněna. Nesporně lze mezi příčiny počítat psychosociální napětí, každodenní stresy, nefyziologické pracovní pozice, anxieta, deprese a různé emoční vlivy. Dědičná dispozice nebyla prokázána, stejně tak nepředpokládáme hormonální závislost. Název tenzní je dáván do souvislosti se skutečností, že bývají u nemocných zjištěny *svalové kontraktury* nejčastěji v oblasti šíjových a perikraniálních svalů. Ty však nalézáme pouze asi u poloviny lidí trpících tenzní bolestí hlavy. Korelace svalové aktivity šíjových svalů s intenzitou bolesti však nikdy nebyla jednoznačně prokázána. Na druhé straně se ukázalo, že práh pro bolest v temporálních, frontálních a okcipitálních svaích byl u migreniků a kontrol stejný jako u pacientů s tenzní bolestí. U pacientek s chronickou tenzní bolestí hlavy je prokázána kontrakce antagonistů při volní aktivitě šíjových svalů (1). Napětí svalové může být tedy příčinou bolesti z důvodu přetížení svalů nebo je jen zvláštní motorickou reakcí na bolest. V kontrahovaných svaích je snížený průtok krve s následnou ischemií, která vede k lokální acidóze.

Pokud dochází ke zvýšení svalového napětí, mohou být postiženy svaly epikraniální, temporomandibulární a krční svaly. Zejména v oblasti přímých a šikmých hlavových svalů nacházíme velmi často spouštěcí zóny (trigger points).

V patogenezi tenzní bolesti hlavy hrají roli i jiné faktory. Sledovány byly nejružnější *biochemické změny*. Koncentrace serotoninu v destičkách u pacientů s tenzní bolestí hlavy může být snížena stejně jako u migrény. Plazmatický serotonin je vyšší u pacientů v období bolestí ve srovnání s obdobím klidu. Je patrně narušena také vazba serotoninu na povrchovou membránu lymfocytů a monocytů. Poruchou vazebných míst se vysvětluje i přecitlivělost svalů, protože také v oblasti svalových fascií se nacházejí vazebná místa pro serotonin.

Hladina GABA v destičkách je u pacientů s tenzními bolestmi vyšší než u kontrol. Vysvětlení jsou různá. Může jít o stav hyperexcitability neuronů, anebo je toto zvýšení v souvislosti s emočními faktory, s depresí.

Interiktálně je hladina Mg^{++} v séru a slinách snížena a při záchvatu se toto snížení ještě zvýrazní (5).

Trvalá sympatická hypofunkce u chronických bolestí hlavy bývá spojena se snížením aktivity dopamin-beta-hydroxylázy.

Specifické biochemické a imunologické změny u tenzní bolesti hlavy však nelze jednoznačně prokázat.

Údaje o *cévních* změnách u tenzní cefalgie jsou kontroverzní. Zvýšený průtok v ACI pomocí Dopplerova ultrazvuku uvádějí Wallasch (11) a spolupracovníci až v 75 % případů, v krčních žilách v 50 % a ve vertebrálních arteriích ve 25 % případů. Byl pozorován i snížený pulsační index v ACM a ACP. Všechny tyto změny byly zjištěny v období mimo záchvat. Autoři proto usuzují, že jde o vaskulární abnormality, které sekundárně vedou k bolestem hlavy.

Na druhé straně byla zjištěna hyperperfuze ve svaích (splenius capitis a temporalis).

Diagnostika

Diagnostika je založená převážně na *anamnestických* údajích. Bolest je u tenzní cefalgie většinou bilaterální, difuzní, jen výjimečně lokalizovaná okcipitálně nebo frontálně. Bývá tupá, trvalá, lehce kolísající v intenzitě. Nástup je obvykle postupný. Trvá hodiny až dny (30 min. – 7 dní), často se objeví v noci nebo odpoledne.

Pacienti si často stěžují na pocit zvětšeného tlaku v hlavě nebo pocit svíravého pásu okolo hlavy, někdy pocit otoku, pocit jako by hlava měla explodovat. Stěžují si také na poruchy spánku – zhoršené usínání a časté probouzení, trvalou únavu, předrážděnost a neschopnost koncentrace.

Spouštěcím mechanismem může být nejen sám stres, ale i opakované konflikty, a dokonce i očekávání konfliktů. Mezi příznaky může být i lehká fofobie a fonofobie, jsou však výjimkou. Zvracení není, nauzea zcela výjimečně (7). Bývá deprese a anxieta, zejména u chronických stavů, časté jsou poruchy spánku. Subjektivní obtíže se nezhoršují fyzickou aktivitou ani po požití alkoholu.

Pokud jsou bolesti častější, jde o epizodickou nebo chronickou tenzní cefalgii. Podle mezinárodní klasifikace bolestí hlavy musí být splněna tato kritéria: Epizodická tenzní cefalgie (ETTH) jsou opakované epizody bolesti hlavy, které trvají minuty až dny, jsou mírné nebo středně velké, bilaterální a nevětšují se tělesnou aktivitou. Není nauzea, může však být fonofobie nebo fofobie. Je jich méně než 180 za rok nebo méně než 15 za měsíc. Jde o nejčastější primární bolest hlavy (4, 9). Chronická tenzní cefalgie (CTTH) naopak počtem převyšuje tento limit (8).

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ukazuje, že pacienti s TTH jsou v rozsahu

typickém pro „pain“ profil, který je charakterizován depresí, anxiétou, interakcí mezi somatickými a psychologickými problémy (6).

Smyslem *objektivního vyšetření* u tenzní cefalgie je vyloučit jiné možné příčiny. V objektivním nálezů můžeme zjistit pouze palpační citlivost některých svalů, nejčastěji m. trapezius a okcipitální svaly.

Pro *diferenciální diagnózu* je opět nejdůležitější anamnéza. Ptáme se na prodělaná poranění, práce v dlouhodobě neměnné poloze. Nutno vyloučit záněty v oblasti očníce nebo dutin, refrakční vady, glaukom. V oblasti temporomandibulárního kloubu bývají myofasciální dysfunkce. Při těchto afekcích zjišťujeme palpační citlivost tohoto kloubu, někdy i krepitace při pohybu slyšitelné fonendoskopem (2). Spondylóza krční páteře je příčinou cervikokraniálního syndromu. Zubní afekce zejména horní čelisti se mohou svou bolestí promítat i do hlavy.

Nutno vyloučit i abúzus farmak. Příčinou bývají zejména kombinovaná analgetika, kofein, acetylsalicylová kyselina, ibuprofen, hypnotika, barbiturany. Hypotyreóza může způsobit bolesti svalů i chronickou bolest hlavy.

Vždy je nutno opakovat diferenciálně diagnostickou úvahu, pokud se změní charakter bolesti.

Terapie

Terapie akutní a sporadické bolesti hlavy tenzního charakteru nebývají problémem, většinou zabírají běžná analgetika, klid a odstranění stresu. Nesteroidní antiflogistika (ibuprofen, naproxen) mohou být lepší než kyselina acetylsalicylová. Někdy je vhodná kombinace s myorelaxancií. U depresivních je vhodný amitriptylin. V každém případě se snažíme o krátkodobou léčbu. Poměrně málo účinné jsou i opiáty, kodein, barbiturany, neuroleptika.

Podstatně obtížnější je léčení chronické bolesti. Je vždy nutno vycházet z pečlivého vyšetření, pokračujeme rozhovorem s pacientem, pokoušíme se

odhalit vyvolávající příčiny a snažíme se podrobně vysvětlit stav a další postup (3, 10).

Využíváme kombinace psychologické, fyzioterapeutické i farmakologické relaxace. Vhodná jsou relaxační cvičení, autorelaxace, autogenní trénink a aplikace tepla.

Při farmakoterapii je třeba mít na paměti, že velmi snadno vzniká návyk na analgetika. Jakmile se podaří bolest zvládnout, je nutno rychle vysadit léky. Kofein často podporuje závislost na analgetiku.

Pro léčbu lze použít následující schéma:

1. jednoduchá analgetika – acetylsalicylová kyselina, paracetamol
2. nesteroidní antiflogistika – ibuprofen, často i v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou, indometacin
3. myorelaxancia
4. Mg⁺⁺, antihistaminika, sympatolytika
5. symptomatická terapie – antiemetika, neuroleptika, hypnotika, anxiolytika (benzodiazepiny, meprobamat)

Profylakticky je vhodné podávat tricyklická anti-depresiva a betablokátory. Amitriptylin 100–200 mg/d + propranolol 60 mg/d. Je třeba začít s velmi nízkými dávkami amitriptylinu (10–25 mg), už proto, že i tato dávka může být dostatečná. Pokud tato profylaxe není účinná, lze stoupat s dávkou do efektu či tolerance pacienta. Pokud není úspěch, lze zkusit valproát. Přidávat lze i nesteroidní antiflogistika.

Lokálně lze provádět obstrukce bolestivých bodů, doporučuje se lokální aplikace mátového oleje pro jeho svalové i mentálně relaxační účinek.

Významná může být změna životního stylu – pravidelný režim s dodržováním pravidelného času pro spánek a stravování. Užitečné je pravidelné cvičení, plavání nebo procházky. Všechna preventivní opatření je nutno dodržovat po několik měsíců.

doc. MUDr. Otakar Keller, CSc.
Neurologická klinika FTNsp – IPVZ
Videňská 800, 140 00 Praha 4
e-mail: otakar.keller@ftn.cz

Literatura

1. Fernandez-de-las-Peñas C, Falla D, Arendt-Nielsen L, Faina D. Cervical muscle co-activation in isometric contraction is enhanced in chronic tension-type headache patients. *Cephalalgia* 2008; 28: 744–755.
2. Jensen R, Rasmussen BK, Olesen J. Cephalic muscle tenderness and pressure pain threshold in headache. *Pain* 1993(52): 193–199.
3. Keller O. Bolesti hlavy. *Forum Medicinæ* 2001; 3: 2–6.
4. Lavados PM, Tenhamm E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. *Cephalalgia* 1998; 18: 552–558.
5. Mauskop A, Artura BT, Fracchi RQ. Serum ionized magnesium levels in patients with tension-type headache. In *Tension-type headache: Classification, Mechanism, and Treatment*. (1993) Raven Press, New York, 137–140.
6. Pfaffenrath V, Hummelsberger J, Pollman W. MMPI personality profiles in patients with primary headache syndromes. *Cephalalgia* 1991(11): 263–268.
7. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11: 129–134.
8. Schoenen J. Central mechanism in tension-type headache: Assessment by neurophysiologic methods, in particular exteroceptive suppression of temporalis muscle activity. In *Tension-type headache: Classification, Mechanism, and Treatment*. (1993) Raven Press, New York, 147–160.
9. Schwarz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998; 279: 381–383.
10. Waberžinek G, Keller O, Marková J. Bolesti hlavy. Současná klasifikace, diagnóza a léčba. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie. Září 1999, Tematická příloha.
11. Wallasch TM. Transcranial Doppler ultrasonic findings in episodic and chronic tension-type headache. In *Tension-type headache: Classification, Mechanism, and Treatment*. (1993) Raven Press, New York, 127–130.