

Diagnostika a léčba bolestí hlavy v České republice

MUDr. Jolana Marková

Neurologická klinika FTN/IPVZ Praha

Autorka v úvodu popisuje historii Sekce ČNS pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, která se zasloužila o rozvoj znalostí o bolestech hlavy v České republice. Dále je v krátkosti uveden princip klasifikace bolestí hlavy dle IHS a přehledově popsány nejčastěji se vyskytující jednotlivé primární i sekundární bolesti hlavy – migréna, tenzní bolest hlavy, syndrom nakupených bolestí hlavy (cluster headache), bolesti hlavy v souvislosti s úrazem hlavy a/nebo krku, bolesti hlavy v souvislosti s cévním onemocněním mozku, bolesti hlavy v souvislosti s nitrolebním postižením jiné než cévní etiologie, bolesti hlavy v souvislosti s užitím farmakologicky účinné látky nebo s jejím vysazením a cervikogenní bolesti hlavy. U každého typu bolesti hlavy je popsán klinický obraz a terapie.

Klíčová slova: bolesti hlavy, migréna, tenzní bolesti hlavy, cluster headache, sekundární bolesti hlavy.

Headache diagnosis and treatment in the Czech Republic

In the introduction, the author describes the history of the Czech Headache Society which has played an important role in developing the knowledge of headaches in the Czech Republic. Next, the IHS headache classification is briefly mentioned and an overview is given of the most commonly occurring primary as well as secondary headaches – migraine, tension headache, cluster headache syndrome, headaches related to head and/or neck injury, headaches related to cerebrovascular disease, headaches related to intracranial involvement of other than vascular aetiology, headaches related to the use or discontinuation of a pharmacologically active substance, and cervicogenic headaches. For each type of headache, the clinical presentation and therapy are described.

Key words: headache, migraine, tension headaches, cluster headache, secondary headaches.

Interní Med. 2009; 11(9): 410–413

Seznam zkratk

CT – počítačová tomografie

ČNS – Česká neurologická společnost

ICHD-II – Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy

IHS – International Headache Society

MR – magnetická rezonance

ICHs – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

CMP – cévní mozková příhoda

SSRI – antidepresiva III. generace

CH – cluster headache

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

SAK – subarachnoidální krvácení

CHS – Czech Headache Society

Úvod

Úvodem je třeba připomenout situaci vedoucí ke vzniku sekce České neurologické společnosti, která se věnuje problematice bolestí hlavy. V září 1994 během sympozia o bolestech hlavy, které se konalo v Hradci Králové, byla založena Sekce pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy při ČNS. Prvním předsedou sekce byl zvolen doc. Gerhard Waberžinek, CSc., který byl předsedou i po další volební období. Od roku 2005 je předsedkyní sekce Jolana Marková. Podařilo se navázat vztahy se zahraničím, sekce se stala během roku členem International Headache Society (IHS) a pro styk za zahraničím užívá název Czech Headache Society (CHS). V ČR do doby vzniku sekce neexistovala jednotná organizace

zabývající se bolestmi hlavy, neexistovaly ani specializované ambulance či centra zaměřená na tuto problematiku. V praxi se neužívala a v českém jazyce ani k dispozici nebyla klasifikační ani diagnostická kritéria. Během následujících let se podařilo situaci výrazně zlepšit. V současné době pracuje v ČR akreditovaná síť specializovaných poraden pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, vedených erudovanými odborníky. Od roku 2001 každým druhým rokem sekce pořádá v Brně ve spolupráci s algeziologi úspěšný kongres Bolest. Sekce organizuje školicí akce pro zájemce o problematiku z řad neurologů a praktických lékařů. Člen výboru sekce prof. Opavský vedl skupinu, která přeložila do češtiny revidovanou verzi Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-II). Před dvěma roky byly ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP vypracovány doporučené postupy v léčbě a diagnostice bolestí hlavy pro praktické lékaře (Marková, 2007). Sekce má svoji webovou stránku, kde jsou informace pro odbornou i laickou veřejnost. Na posledním sjezdu IHS ve Stockholmu v roce 2007 získala naše sekce pro Prahu pořadatelsství mezinárodního sjezdu IHS v roce 2013.

Klasifikace bolestí hlavy

Standardem pro určení typu bolesti hlavy je inovovaný klasifikační systém IHS z roku 2004 (Headache Classification Subcommittee of the

International Headache Society 2004, Opavský et al., 2005). Systém dělí bolesti hlavy do třech hlavních skupin. V první části (skupina 1–4) jsou zařazeny primární bolesti hlavy, ve druhé části pak do skupiny 5–12 patří sekundární bolesti hlavy, a poslední malou skupinu tvoří kranální neuralgie, skupina 13–14. Primární bolesti hlavy nemají známý organický podklad, neprokážeme je užitím CT či MR zobrazení ani je neumíme detekovat jinou metodou. Samotným problémem je zde právě bolest. Proto primární bolesti hlavy klasifikuje systém popisně, podle jejich projevů. Etiologický princip zde dosud není možné uplatnit, protože poznání mechanismu jejich vzniku dosud zůstává na úrovni jen částečně ověřených a stále se vyvíjejících teorií. Ve skupině sekundárních bolestí hlavy je bolest projevem určitého organického onemocnění. Proto tuto skupinu lze klasifikovat podle etiologie, zařazení jednotlivých typů bolestí hlavy je založeno na znalosti příčiny vzniku obtíží. V této souvislosti připomínám projevy, které budí obavy, že se jedná o sekundární nebezpečnou bolest. Alarmujícím příznakem je náhlý začátek silné bolesti hlavy, jakou pacient dosud nezažil, progresivně se zhoršující bolest, která nemizí a neustupuje, dále bolest hlavy, která se objeví náhle nebo bolest, která se objeví při fyzické námaze či sexu. Riziková je i bolest hlavy, která se poprvé objeví u pacienta ve věku nad 50 let, kdy se již primární bolest hlavy objevuje jen zřídka. Nepříznivá z tohoto pohledu je i bolest

hlavy doprovázená jakoukoliv neurologickou ložiskovou symptomatologií. Rovněž malignita v anamnéze či HIV pozitivita znamená riziko sekundarity.

Migréna

Migrenózní záchvat není jen bolest, je to komplexní děj, který má několik fází. Jedná se o prodromální fázi (několik hodin až den před záchvatem mohou být například poruchy nálady, poruchy chuti k jídlu, podrážděnost, pokles koncentrace, častější močení a další). Další fází je aura, kterou pozoruje pouze 15–20 % nemocných. Jde o různé přechodné příznaky korové či kmenové dysfunkce, které se vyvíjejí postupně během 5 až 20 minut a trvají v typických případech méně než 60 minut. Bolesti hlavy pak následují obvykle do jedné hodiny. Aura může být zraková (fosfény, hemianopsie, skotomy, blikání a vlnění v zorném poli), senzitivní, sensorická, motorická anebo smíšená. Následuje fáze bolesti. Bolest hlavy je většinou střední až těžké intenzity, převážně jednostranná, někdy i oboustranná a občas se strany střídají. Jde o bolesti pulzující, ostré, nepříjemné, které se akcentují tělesnou námahou. Z doprovodných příznaků jsou nejčastější nevolnost a zvracení, nechutenství, fonofobie, fotofobie, osmofobie. Neléčená migréna trvá 4–72 hodin a pak spontánně odezní. Následuje postdromální fáze, kdy je nemocný unaven a necítí se ještě po záchvatu dobře. Neexistuje žádný test ani vyšetření, které by migrénu prokázalo. Pomocná vyšetření elektrofyziologická i zobrazovací jsou normální nebo necharakteristická. Základem správné diagnózy je důkladná anamnéza a ználost klinického obrazu.

Terapie

V prvé řadě se doporučují režimová opatření, snaha vyvarovat se vyvolávajících momentů tam, kde jsou známé. Migrénu může vyvolat stres, požití určitých potravin nebo nápojů, ale také hladovění nebo žíznění (Kotas, 2001). V určitých situacích je užitečná i psychoterapie, relaxační cvičení, redukce stresu, fyzioterapie.

U lehké migrény jsou pro léčbu akutního záchvatu doporučena jednoduchá analgetika v dostatečné dávce a včas, nejlépe v dobře rozpuštěné formě (např. kys. acetylsalicylová 1 g, paracetamol 1 g) nebo nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, naproxen, diclofenac, nimesulid). U středně těžké migrény je doporučeno podání analgetik a antirevmatika v kombinaci s prokinetiky. Při neúspěchu této léčby a u těžké migrény je na místě užít specifická antimigrenika, triptany.

Jsou to agonisté serotoninových receptorů 5-HT_{1B} a 1/D, které nejen tlumí bolest i doprovodné příznaky migrény, ale dovedou záchvat zastavit. Do této skupiny patří sumatriptan (tableta 50 mg, 100 mg, nazální sprej nebo injekce), zolmitriptan (tableta 2,5 mg a 5 mg), eletriptan (tableta 40 a 80 mg), naratriptan (tableta 2,5 mg) a frovatriptan (tableta 2,5 mg). Při léčbě triptany je nutné respektovat kontraindikace léčby, jimiž jsou zejména dekompenzovaná hypertenze, ICHS, ICHDK, stav po IM, stav po CMP. Dále je vhodné poučit pacienta o častých vedlejších účincích léčby, což bývají nepříjemně snášené „hrudní příznaky“ (chest symptoms). Začátek účinku léku se totiž u některých pacientů může projevit pocitem tepla či tlaku na krku a v obličeji nebo na hlavě, parestéziemi v této oblasti, což neinformovaného pacienta může vystrašit. Někdy pacienti popisují i pocity malátnosti po užití dávky triptanu.

Hlavním cílem profylaktické léčby migrény je redukce počtu a intenzity jednotlivých záchvatů alespoň o 50 %. Profylaktickou léčbu ordinujeme při výskytu většího počtu záchvatů migrény za měsíc, uvádí se více než 5 dnů s migrenou měsíčně, dále při neúměrných vedlejších projevech akutní léčby, její kontraindikaci či její nedostatečné efektivitě. Vždy je rozhodující názor pacienta. Základním pravidlem profylaxe je postupné zvyšování dávky a dostatečně dlouhá doba užívání (minimálně 2–3 měsíce po nasazení léku), než je možné zhodnotit efekt terapie. Při dobrém efektu se doporučuje pokračování v léčbě nejméně 6 měsíců a individuálně i delší dobu. Léky užívané k profylaxi migrény jsou z různých lékových skupin. Patří sem antiepiletika resp. neuromodulátory (kyselina valproová a její sole, topiramát), betablokátory (propranolol, metoprolol), blokátory kalciových kanálků (cinarizin, flunarizin), tricyklická antidepresiva (amitriptylin) a léky ze skupiny SSRI. Vhodným doplňkem léčby je i magnezium (Mastík, 2007).

Tenzní bolest hlavy

Bolest je většinou tupá, tlaková, difúzní, jen výjimečně lokalizovaná okcipitálně nebo frontálně. Bývá trvalá, lehce kolísající v intenzitě. Nástup je obvykle postupný. Trvá hodiny až dny, často se objeví až během dne a navečer, nebudí pacienta ze spaní. Tato bolest neznemožní běžnou denní aktivitu, zásadně pacienta neomezí, ale obtěžuje svým opakováním a délkou trvání. Pacienti si často stěžují na pocit tlaku, přecitlivělosti ve vlasové části, nepříjemný pocit při česání, ztuhlost šíjových svalů až k trapézovým svalům. Často líčí obtíže jako pocit svíravého pásu okolo

hlavy, někdy pocit otoku, jakoby se mozek nevešel do lebky. Zvracení není přítomné, nauzea zcela výjimečně.

Spouštěcím mechanismem může být nejen sám stres, ale i opakované konflikty a dokonce i očekávání konfliktů. Bývá přítomna deprese a anxiety, zejména u chronických stavů, časté jsou poruchy spánku. Subjektivní obtíže se nezhoršují fyzickou aktivitou ani alkoholem.

Smyslem objektivního vyšetření u tenzní bolesti hlavy je vyloučit jiné možné příčiny. V objektivním nálezu zjišťujeme přecitlivělost svalů na pohmat. Nejčastěji ji nalezneme v m. trapezius, okcipitálních svalech, v m. temporalis, rhomboideus a masseter. Je nutné vyloučit příčiny možné sekundární bolesti hlavy i nadužívání léků.

Terapie

Terapie akutní tenzní bolesti hlavy není problémem, většinou zabírají běžná analgetika. Nesteroidní antirevmatika pomohou často lépe než kyselina acetylsalicylová nebo paracetamol. Někdy je vhodná kombinace s myorelaxancií. V každém případě se snažíme o krátkodobou léčbu. Podstatně obtížnější je léčení chronické tenzní 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. Využíváme kombinace psychologické, fyziologické 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 kombinovanou analgetika. Jakmile se podaří bolest zvládnout, je nutno rychle léky vysadit. Profylakticky je vhodné podávat tricyklická antidepresiva, SSRI a nebo betablokátory.

Cluster headache

Cluster headache (CH) patří k nepříliš častým typům primární bolesti hlavy. Termín se někdy překládá jako syndrom nakupených bolestí hlavy, někdy se uvádí bez překladu. Postižení jsou podstatně častěji muži než ženy, obtíže se objevují poprvé nejčastěji ve věku kolem 30 let. Slovo cluster znamená hnízdo nebo nakupení. Může to odpovídat lokalizaci bolesti, nakupené vždy kolem jednoho oka, nebo nakupení záchvatů bolesti v čase, které označujeme jako perioda. Perioda se objevuje nejčastěji jedenkrát za rok, většinou v předjaří nebo na jaře nebo na podzim. Perioda trvá různě u různých pacientů, nejčastěji od 4 do 8 týdnů, pak bolesti mizí, stav se zklidní a pacient je zcela bez obtíží, co se týká bolestí

hlavy. Asi u 10 % pacientů se objevuje chronický typ CH, kde nedochází k žádným remisím.

Tento typ primární bolesti hlavy je charakterizován konstantně jednostrannými záchvaty velmi silné, šlehavé bolesti, často palčivého charakteru. Bolest je lokalizována striktně orbitálně či periorbitálně, typické jsou doprovodné příznaky, kromě bolesti se objevuje i slzení oka, začervenání spojivky, kongesce nosní sliznice na příslušné straně, kde může být přítomen i inkompletní Hornerův syndrom s miózou a ptózou. Bolesti jsou v záchvatu tak silné, že pacient nevydrží sedět ani ležet, většinou období bolesti prochodí. Pacienti, kteří zažili migrenózní záchvat nebo renální koliku a mohou srovnat intenzitu bolesti, hodnotí bolest při atace CH jako nejsilnější z uvedených možností. Ataka trvá od 30 minut do 2 hodin, často se u jednoho pacienta objevuje ve stejnou denní či spíše noční dobu. Typicky má záchvatovitá bolest predilekci v první REM fázi spánku, takže pacienta budí 60–90 minut po usnutí. Během 24 hodin může proběhnout i několik atak. V období periody záchvat spolehlivě vyprovokuje i požití alkoholu. Provokačním faktorem může být i pobyt ve vyšší nadmořské výšce.

Terapie

Léčbu, stejně jako u migrény, dělíme na akutní a profylaktickou. Lékem bolesti první volby jsou triptany ve formě tablet nebo nosního spreje. Efekt má i dihydroergotamin, který však není v současnosti na trhu ani ve formě nosního spreje ani ve formě injekcí. Zcela specificky při záchvatu CH pomáhá inhalace 100 % kyslíku 7–10 l/minutu po dobu přibližně 15 minut. V ČR je nově dostupný i kyslík v tlakových lahvích – stejně jako pro léčbu CHOPN od firmy Linde. Někdy od bolesti pomůže aplikace lokálního anestetika do příslušné nosní dírky (lidocain). Jako profylaxe nejrychleji zaberou kortikoidy (metylprednisolon 60 mg na den, po dosažení úlevy postupně klesat), pomalejší nástup účinku a obdobný efekt má léčba kyselinou valproovou a jejími solemi. Profylaktickou léčbu zahajujeme hned v začátku periody (nebo dalších period), v léčbě pokračujeme do doby, kdy bolest odezní, léčbu vysazujeme postupně po dvou týdnech, kdy je již pacient bez bolesti.

Bolesti hlavy v souvislosti s úrazem hlavy a/nebo krku

Jde o rozsáhlou a co do povahy vyvolávajících příčin značně různorodou skupinu. Na vzrůstu úrazů hlavy a krční páteře se podílejí civilizační faktory: 45 % úrazů připadá na do-

pravní nehody, 30 % na pády a 20 % na pracovní a sportovní úrazy.

Charakter bolesti může být velmi rozmanitý. Bolest je někdy pouze symptomem posttraumatického syndromu spolu s dalšími příznaky jako nevolnost, závratě, rozmazané nebo dvojité vidění, světloplachost, tinitus, poruchy sluchu, přecitlivělost, úzkost, změny osobnosti či deprese, zvýšená únavnost, poruchy spánku, snížené libido. Značně úporné mohou být bolesti hlavy spojené s poraněním krční páteře při dopravních nehodách (whiplash injury) při zadopředním nárazu. Bolest může provázet banální úrazy hlavy bez otřesu mozku, ale i závažnou skupinu kraniocerebrálních traumat s rozvíjejícím se obrazem nitrolební hypertenze i ložiskovými neurologickými příznaky.

Terapie

U kraniocerebrálních traumat je na místě observace na chirurgickém lůžku a klidový režim. Léčba je symptomatická. Krční páteř se často fixuje krčním límcem, podávají se analgetika, včetně slabých opioidů, nesteroidní antirevmatika a myorelaxancia, později se přistupuje k rehabilitační léčbě. Posudkově se někdy obtížně řeší vleklý posttraumatický pseudoneurastenický syndrom nebo účelové „rentové“ tendence postižených.

Bolesti hlavy v souvislosti s cévním onemocněním

Z nebezpečných cévních onemocnění mozku je nejrizikovější **subarachnoidální krvácení** (SAK). Typicky se SAK projeví náhlou krutou bolestí hlavy, lokalizovanou nejčastěji do zátylku. Bolest se vyvíjí v časovém intervalu vteřin až minut. Bolest bývá provázena zvracením, může se objevit i porucha vědomí. SAK může být provázeno i jakoukoliv neurologickou ložiskovou symptomatologií, podle oblasti, která je krvácením postižena. Typicky se manifestuje meningeálním syndromem, který se vyvine během hodin. Vznik SAK je relativně častý při zvýšené fyzické námaze (zvednutí těžšího břemene, namáhavá práce v předklonu, sexuální aktivita).

Při podezření na SAK je nutná akutní hospitalizace a provedení CT vyšetření mozku. Na CT je někdy prokazatelné i aneurysma, ale důkazem SAK je krev vylitá v subarachnoidálním prostoru. Po uplynutí několika dnů nebo při malém množství krve může být CT falešně negativní, proto při klinickém podezření na SAK je nutné i vyšetření likvoru provedením lumbální punkce. Zde prokážeme patologickou

přítomnost krve v mozkomíšním moku a pomocí spektrofotometrie můžeme určit i stáří krvácení, případně zda se jednalo o první či již opakované krvácení. Nutné je provedení mozkové angiografie k průkazu aneurysmatu. Pokud je angiografie negativní, je doporučeno ji s odstupem zopakovat, protože riziko opakování krvácení z již jednou prasklého aneurysmatu je značné.

Terapie volby je při prokázaném aneurysmatu neurochirurgická intervence, ať již operačně nebo za pomoci neuroradiologa. Dnes je trend operovat co nejdříve, aby se předešlo riziku cévních spazmů, které mohou pacienta ohrozit stejně jako původní příhoda.

Dalšími typy cévních onemocnění mozku jsou **cévní příhody mozkové (CMP), ischemické a hemoragické**. Klinicky probíhají oba typy obdobně, nejčastěji pod obrazem náhle vzniklého neurologického deficitu. Pro hemoragii svědčí častěji přítomné zvracení, bolest hlavy a porucha vědomí, ale klinicky lze odlišit ischemii od hemoragie jen pomocí CT vyšetření. Krvácení je na CT snímku prokazatelné ihned jako hyperdenzní ložisko. Pokud se jedná o čerstvou ischemickou CMP, může být i při velkém neurologickém deficitu CT nálezu zpočátku negativní. Rozvinutá malacie se pak s časovým odstupem 24–48 hodin prokáže na CT jako ložisko hypodenzie. Bolest hlavy může provázet jak ischemickou, tak i hemoragickou CMP a nemá specifický charakter. Bolest hlavy při CMP je sekundární bolestí hlavy, proto se léčí CMP, léčba bolesti hlavy je symptomatická.

Bolesti hlavy v souvislosti s nitrolebním postižením jiné než cévní etiologie

Nejzávažnější z této skupiny jsou bolesti hlavy provázející **nádory mozku**. U intrakraniálních nádorů se vyskytují asi v 60 % případů. Často bývají prvním příznakem zejména nádorů hypofýzy a mostomozečkového koutu. Málo vyjádřená bývá bolest u pomalu rostoucích nádorů a nádorů lokalizovaných v asymptomatických zónách (zejména čelní laloky). Zejména meningeomy mohou být dlouhou dobu klinicky němé. V 77 % jsou bolesti hlavy při mozkovém nádoru tenzního charakteru, v 9 % imitují migrénu. U frontálně lokalizovaných nádorů spíše pozorujeme plíživě narůstající změny osobnosti a chování. Někdy může být prvním příznakem epileptický záchvat. Podle lokalizace a vzdálených tlakových vlivů pozorujeme nejružnější ložiskové neurologické příznaky a/nebo narůstající známky nitrolební hypertenze. Ve všech podezřelých případech

je na místě včasná radiodiagnostika (CT nebo MRI mozku).

Terapie v časném stadiu je většinou doménou neurochirurga, radikální nebo alespoň parciální odstranění tumoru, v nepřístupných místech se může u menších nádorových ložisek použít ozáření Leksellovým gama nožem. V pokročilejším stadiu se někdy provádí parciální resekce tumoru a následná cílená radioterapie, vzácněji kombinovaná s chemoterapií cytostatiky. Onkologická léčba je doprovázena symptomatickou léčbou analgetiky i ze skupiny opioidů, možné jsou i kombinace s antidepresivy (SSRI či tricyklika). Při syndromu nitrolební hypertenze se podává antiedematózní terapie, někdy je nutné trvalé řešení shuntovou operací.

Bolesti hlavy v souvislosti s užitím farmakologicky účinné látky nebo s jejím vysazením

Pacienti s chronickými bolestmi hlavy často užívají proti bolesti mnoho léků i po delší dobu. Lék zpočátku působí úlevu, ale pokud se bolesti vrací a lék je užíván často, snižuje se jeho efekt a dochází ke zvyšování dávek. Je prokázáno, že i nadměrně užívaný lék proti bolesti může sám o sobě bolest hlavy vyvolat. Pak vzniká začarovaný kruh, kdy analgetikum samotné bolest hlavy vyvolává. Nadužívání se nejčastěji týká kombinovaných přípravků s kodeinem, kofeinem nebo barbituráty. Může se objevit i u ergotaminových přípravků i nesteroidních antirevmatik i v dalších skupinách. U pacientů, užívajících tato léčiva, se objevuje tolerance na jejich léčebné účinky, zvyšují se dávky léků i četnost jejich užití a může vzniknout psychická i fyzická závislost. Bolest hlavy při nadužívání analgetik má charakter tupé bolesti v celé hlavě či tlakové bolesti s maximem v čele nad očima. Bolest nepulzuje, nemá charakter hemikranie. Intenzita bolesti je většinou střední, není záchvatovitá jako migréna, trvá většinu dne, objevuje se denně nebo téměř denně. Často je spojena s pocitem nevykonnosti, nesoustředění, zvýšeného zapomínání, často se objevují rovněž poruchy spánku. Bolest hlavy při nadužívání ergotaminových přípravků nebo triptanů má charakter silné až velmi silné pulzující bolesti celé hlavy, vlastně imituje migrénu.

Bolest z nadužívání se objevuje po nadužívání medikace po dobu 3 měsíců a déle, vznik je individuální. Pokud se podaří nadužívání ukončit, bolest postupně do měsíce vymizí. Diagnóza je možná jen na základě anamnézy, pomocná vyšetření i klinický neurologický nález jsou u bolesti hlavy z nadužívání normální. Nyní bylo v ČR v několika centrech (Praha, Brno, Opava, Plzeň, Most) provedeno sledování nadužívané medikace. Nejčastějším nadužívaným preparátem byl sumatriptan, pak ibuprofen, eletriptan a ergotaminové preparáty a kombinovaná analgetika. Podrobné výsledky studie byly prezentovány v Brně na Sympoziu o bolesti a následně publikovány.

Terapie

Léčba je úspěšná jen tehdy, pokud pacient má zájem o léčení a chce se sám nadužívání zbavit. V první řadě je nutné ukončit nadužívání analgetika. Bez tohoto opatření nelze očekávat efekt. Je nutné tlumit abstinенční příznaky a v období vysazování zasáhnout proti bolesti léky z jiné než nadužívané skupiny. Rovněž možno užívat symptomaticky antiemetika, sedativa, hypnotika či antipsychotika (Tiapridal, Risperen). Při zvracení je důležitá rehydratace parenterálně. Po zvládnutí abstinенčních příznaků je třeba doporučit vhodnou preventivní léčbu, pokud je indikovaná (například pokud se původně jednalo o migrénu, která přešla do chronické migrény, je vhodné nasadit některý z preventivních léků migrény a doporučit i vhodnou léčbu akutní bolesti). Pacienta je v každém případě nutné dlouhodobě sledovat, poskytnout podporu a radu.

Cervikogenní bolesti hlavy

Jsou největší skupinou sekundárních bolestí hlavy nebo obličeje, spojených s onemocněním lebky, krku, obličejových či hlavových struktur. Odhaduje se, že asi 10–15 % populace trpí bolestmi hlavy, jejichž příčinou bývá porucha funkce krční páteře, nejčastěji blokáda. Způsobuje ji dlouhodobé statické přetížení u řady sedavých profesí nebo některé pohyby krční páteře. Tento typ bolesti hlavy nazýváme obvykle cervikokraniální syndrom. Bolest obvykle začíná v šíji nebo

týle a může vystřelovat či bodat do čela, za oko či do temene. Bývá obdobně jako migréna často jednostranná, doprovází ji někdy nevolnost, zvracení spíše výjimečně, závratě, parestázie obličeje, rozmazané vidění na straně bolesti a slzení. Bývá i zvýšené napětí šíjových svalů a trapézů a bolestivosti výstupů okcipitálních nervů při palpaci.

V diagnostice je důležité pečlivé manuální funkční vyšetření krční páteře, dále některá ze zobrazovacích metod dle klinického obrazu, Terapie má být komplexní. V úvodu hraje důležitou roli farmakoterapie, většinou nesteroidní antirevmatika v kombinaci s myorelaxancií. V akutní fázi i analgetika včetně slabých opioidů. Po zmírnění bolesti je vhodné navázat adekvátní rehabilitační technikou (reflexní metody včetně obstrukcí, mobilizace a manipulace, masáže, elektroléčba, vodoléčebné procedury, cvičení). Jako doplňkovou léčbu podáváme i sedativa nebo antidepresiva, zejména amitriptylin nebo antidepresiva ze skupiny SSRI. Důležitá jsou dlouhodobá režimová opatření s úpravou pohybových stereotypů a životního stylu a pravidelné cvičení.

*Převzato z Neurol. pro praxi
2009; 10(3): 172–178.*

Literatura

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification and diagnostic criteria of headache disorders. 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24(Suppl.1): 1–160.
2. Kotas R, Záhlava J, Kastner J. Migréna – patofyziologie a léčba. 1. vydání, Praha: Maxdorf 2001: 182 s.
3. Marková J, Skála B, Keller O, Mastík J, Konštacký S, Waberžinek G. Bolesti hlavy, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Centrum doporučených postupů pro PL (CDP-PL), 2007, SVL ČLS JEP.
4. Mastík J. Migréna, průvodce ošetřujícího lékaře. Maxdorf 2007: 104 s.
5. Opavský J, Keller O, Kotas R, Mastík J, Marková J, Rejda J, et al. Česká verze revidované mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-II) navržené a předložené Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. Čes. a slov. Neurol. Neurochir., 68/101, 2005; 2: 133–213.

MUDr. Jolana Marková

Neurologická klinika FTN/IPVZ
Václavská 800, 140 00 Praha 4
jolana.markova@ftn.cz
