

Primární bolesti hlavy

MUDr. Jiří Mastík

Neurologická klinika FN U Sv. Anny, Brno

Podle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy rozlišujeme skupinu primárních a sekundárních bolestí hlavy. U primárních bolestí nenacházíme žádnou strukturální lézi ani organické postižení mozku nebo hlavy a provedená pomocná vyšetření jsou negativní. Léčba hlavních typů primární bolesti hlavy (migréna, cluster headache a jiné trigeminové autonomní bolesti hlavy, tenzní cefalea) je specifická. Sekundární bolesti hlavy jsou příznakem strukturální léze nebo organického intra- či extraniálního onemocnění, poruchy vnitřního prostředí nebo podání či odnětí některé chemické látky. Základní diagnostická rozvaha by měla směřovat k rozlišení primární a sekundární bolesti hlavy.

Klíčová slova: primární bolesti hlavy, migréna, sekundární bolesti hlavy, léčba, diagnostika.

Primary headache

International Classification of Headache Disorders recognizes primary and secondary type of headache. Primary headache has no underlying organic or structural lesion and all the clinical investigations are normal. There are three main types of primary headache – migraine, cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias and tension-type headache and each has its specific treatment. Secondary headache has its underlying condition, either organic or structural intra-/extra-cerebral lesions or dysbalance of homeostasis or administration/withdrawal of various chemical agents. It is essential to differentiate between primary and secondary headache.

Key words: primary headache, migraine, secondary headache, treatment, diagnostics.

Interní Med. 2010; 12(3): 152–154

Seznam zkratk

AG – angiografie

CT – počítačová tomografie

EEG – elektroencefalografie

MRI – magnetická rezonance

NSA – nesteroidní antirevmatika

PBH – primární bolesti hlavy

SBH – sekundární bolesti hlavy

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

TTH – tenzní typ bolesti hlavy (tension-type headache)

Úvod

Bolesti hlavy patří mezi nejčastější potíže v ordinacích praktického lékaře, neurologa nebo internisty. Podle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (1, 2) rozlišujeme skupinu primárních a sekundárních bolestí hlavy.

- Primární bolesti hlavy
 - Migréna
 - Tenzní bolest hlavy
 - Cluster headache a jiné trigeminové autonomní bolesti hlavy
 - Jiné primární bolesti hlavy
- Sekundární bolesti hlavy
 - Bolest hlavy spojená s úrazem hlavy nebo krku
 - Bolest hlavy spojená s kraniiálním nebo cervikálním cévním onemocněním
 - Bolest hlavy spojená s nevaskulárním intrakraniálním onemocněním

- Bolest hlavy vyvolaná chemickými látkami nebo jejich vysazením
- Bolest hlavy spojená s infekcí
- Bolest hlavy spojená s poruchami homeostatických mechanismů
- Bolest hlavy nebo obličeje spojená s onemocněním lebky, krku, očí, uší, nosu, sinusu, zubů, úst nebo jiných obličejových či hlavových struktur
- Bolest hlavy při psychiatrickém onemocnění
- Kraniiální neuralgie a centrální obličejová bolest
- Jiné bolesti hlavy, kraniiální neuralgie, centrální nebo primární obličejové bolesti

U primárních bolestí nenacházíme žádnou strukturální lézi ani organické postižení mozku nebo hlavy. Sekundární bolesti hlavy mají naopak nějakou prokazatelnou příčinu. Z hlediska výskytu převažují výrazně benigní primární bolesti nad sekundárními. Z hlediska závažnosti však některé typy SBH mohou pro pacienta znamenat závažný zdravotní problém, někdy až život ohrožující stav. Je proto důležité, abychom mezi PBH nepřehlédli závažnější SBH. Základní diagnostická rozvaha by měla směřovat k rozlišení primární a sekundární bolesti hlavy (3). S věkem výskyt sekundárních bolestí hlavy stoupá, naopak primárních bolestí hlavy ubývá.

Primární a sekundární bolesti hlavy se zásadně liší i poměrem důležitosti diagnostických

postupů a nároků na způsob léčby. Primární bolesti jsou charakterizované opakovanými stereotypními epizodami bolesti, známými provokačními faktory a již zmíněnou absencí zjevné příčiny. Proto při typické anamnéze se naše snaha upírá ke správným doporučeným léčebným postupům, které jsou pro hlavní primární bolesti hlavy specifické (migréna, cluster headache a jiné trigeminové autonomní bolesti hlavy, tenzní cefalea). SBH jsou příznakem strukturální léze nebo organického intra- či extraniálního onemocnění, poruchy vnitřního prostředí nebo podání či odnětí některé chemické látky. Není pro ně typické periodické opakování a stereotypní průběh atak, které pozorujeme u primárních bolestí. Mohou být však příznakem závažných onemocnění. Správná a včasná diagnostika je nezbytná, k výběru pomocných vyšetřovacích metod nás mohou přivést alarmující příznaky, tzv. rudé praporky (red flags) (4, 5), které jsou pro řadu typů sekundárních bolestí hlavy typické. Léčba samotné sekundární bolesti bývá nespecifická a více se soustřeďujeme na kauzální léčbu příčiny, která SBH způsobila (6).

Primární bolesti hlavy

Radíme mezi ně dva nejčastější typy bolestí hlavy vůbec, migrénu a tenzní bolesti hlavy, cluster headache a jiné trigeminové autonomní bolesti hlavy a skupinu jiných primárních bolestí hlavy, které jsou nepoměrně vzácnější.

Migréna

Nejnámější typ bolesti hlavy, postihuje podle statistik 12 % populace, u žen dokonce 18 %, u mužů je 3x méně častá. V diagnostice se opíráme o typickou anamnézu (7): jde o záchvatovitě onemocnění vyznačující se záchvaty pulzující, většinou jednostranné bolesti hlavy, střední nebo silné intenzity. Záchvat neléčené migrény trvá dle literatury od 4 do 72 hodin, při včasné nasazení účinného léku pouze 2 až 4 hodiny nebo i méně. Další diagnostická kritéria jsou přítomnost alespoň dvou z doprovodných příznaků: nauzea či zvracení, fotofobie, fonofobie (přecitlivělost na světlo, na zvuky), zhoršení bolesti obvyklou fyzickou aktivitou a nepřítomnost jiného organického onemocnění. Zhruba polovina pacientů dovede popsat prodromální fázi, předcházející několik hodin až dva dny migrenózní záchvat. Většinou jde o změny nálad, podrážděnost, zvýšenou chuť k jídlu, poruchy výslovnosti, motorický neklid, někdy průjem nebo častější močení. Provokační faktory: v řadě případů lze určit příčiny, které „spustí“ migrenózní záchvat. Řadíme mezi ně vnitřní faktory, například menstruaci, a celou řadu zevních faktorů: atmosférické vlivy, stres, poruchy režimu spánku, dietní chyby, senzorické podněty.

Migréna bez aury

Nejběžnější typ, zhruba v 70 %. Vyznačuje se shora uvedenými příznaky. Ne vždy však musí mít migréna klasický „knižní“ popis. Část pacientek například udává začátek záchvatu okcipitálně, nemusí být ani plně vyjádřený pulzující charakter bolesti. Frekvence záchvatů migrény je různá, nejčastěji od 2 do 6 za měsíc.

Migréna s aurou

Vyskytuje se asi u 20 % pacientů. Před vlastní bolestivou fází záchvatu, která je shodná se záchvatem migrény bez aury, je přítomna aura (8). Aura je reverzibilní ložiskový neurologický příznak, který se rozvíjí obvykle během 5–20 minut a trvá méně než 60 minut. Může se objevit před rozvojem bolesti hlavy nebo současně se začátkem bolesti. Nejběžnější je zraková aura ve formě rozmazaného vidění, jiskření, skotomů. Méně časté jsou senzitivní příznaky typu mravenčení či brnění zejména v brachiofaciální lokalizaci, dysartrie či dysfázie, vzácně i motorické poruchy typu centrální monoparézy, hemiparézy či kvadruparézy. Může se vyskytnout jediný příznak aury nebo kombinace například zrakové a senzitivní aury (9).

Chronická migréna

Někdy se setkáme s výstižnějším názvem transformovaná migréna (10). Patří mezi komplikace migrény. Většinou se vyvíjí, „transformuje“ z běžné migrény bez aury. Přibývá záchvatů, které se vyskytují stále častěji, 15 a více dní v měsíci, mohou být až denně. Záchvaty jsou „mělčí“, s nižší intenzitou, často chybí více doprovodných příznaků (nauzea, zvracení, fotofobie, fonofobie). Také hemikranický charakter se mění na záchvaty oboustranné nebo difúzní bolesti. Příčinou bývá nedostatečná či nesprávná léčba, někdy nadužívání analgetik či triptanů s častou rekurencí záchvatů (11).

Diagnostika

Veškerá pomocná vyšetření musí být u migrény normální. Neuroradiologické zobrazovací metody (CT, MRI a mozková AG) mají především vyloučit sekundární etiologii bolesti hlavy, ložiskové či difúzní cerebrální postižení. Ani EEG nález tzv. „dysrytmické migrény“ není pro migrénu patognomický (5), někdy bývá tendence k synchronizaci rytmu zrakové kůry při fotostimulaci (fotodriving).

Léčba

Dělí se na léčbu akutní, zaměřenou na zvládnutí záchvatu, a léčbu profylaktickou, vedoucí ke snížení frekvence a často i intenzity záchvatů (12). V akutní léčbě je větší možnost uplatnění i pro praktické lékaře či internisty. V počátečních fázích nemoci nebo u slabších a středních záchvatů je možno vyzkoušet jednoduchá nebo kombinovaná analgetika (kyselina acetylsalicylová nebo paracetamol, většinou s kofeinem nebo kodeinem), kompozitní analgetika paracetamolového typu s prokinetikem (Migraeflux, Migränerton) nebo nesteroidní antirevmatika, lépe s rychlým nástupem účinku (nimesulid, preparáty Aulin, Coxtral, Nimesil), někdy je vhodnější parenterální či rektální forma podání. U záchvatů střední a silné intenzity jsou lékem volby triptany. Všechny jsou dostatečně účinné a dobře tolerované (13), přesto lze využít určitých rozdílů k tomu, aby lékař mohl migrenikovi léčbu přímo „ušít na míru“ od razantního eletriptanu (Relpax) nebo zolmitriptanu (Zomig) při těžkém záchvatu či migrenózním statu (definovaný jako záchvat trvající déle jak 72 h), přes nejrozšířenější „zlatý standard“ sumatriptan (Cinie, Imigran, Rosemig, Sumigra), až po slabší, ale bezpečnější a déle působící frovatriptan (Fromen) nebo naratriptan (Naramig) (5). Rozhodnout o nutnosti profylaxe a vybrat nejvhodnější typ profylaktika je spíše úkolem pro neurologa (14). Profylaxi nasazujeme

při frekvenci tří a více těžkých záchvatů měsíčně, prolongovaných atakách výrazně ovlivňujících kvalitu života, neúčinnosti, výskytu nežádoucích účinků či kontraindikaci akutní medikace. Mezi profylaktika I. volby řadíme betablokátory metoprolol (Betaloc, Vasocardin), v cizině propranolol, antikonvulziva topiramát (Topamax, Topiramat), valproovou kyselinu a valproáty (Convulex, Depakine, Orfiril, Valproat) (15), gabapentin (např. Apo.Gab, Gabapentin, Neurontin), tricyklická antidepresiva (amitriptylin), event. blokátor kalciových kanálů flunarizin (Sibelium) a antagonisty serotoninových receptorů pizotifen (Sandomigran) a ciproheptadin (Peritol). Léky II. volby: magnézium, SSRI, ACE inhibitor lisinopril (Diroton) (16), botulotoxin (8), různé nefarmakologické metody jako akupunktura a akupresura, biofeedback, fyzikální léčba krční páteře, klidná tmavá místnost a studený obklad.

Tenzní bolest hlavy

Dá se od migrény dobře odlišit. Je oboustranná nebo difúzní, na temeni a ve spáncích, někdy v čele. Je popisovaná jako tupá tlaková, někdy svíravá (těsnou čelenkou nebo čapkou). Bývá doprovázená pocitem přecitlivělosti až pálení na temeni, spontánně nebo při česání, někdy zvýšeným napětím šijových a perikraniálních svalů. Záchvaty trvají minuty až dny, častěji jsou postiženy ženy (17). Rozeznáváme epizodickou a chronickou TTH, u které mohou být bolesti denně.

Pomocná vyšetření vyloučí přítomnost organického kraniocerebrálního či celkového postižení. V léčbě se doporučují paracetamolová analgetika, NSA, u frekventních TTH i profylaxe (antidepresiva tricyklická i SSRI, někdy betablokátory).

Cluster headache

Vyznačuje se atakami kruté, striktně unilaterální periorbitální bolesti hlavy, doprovázené zrudnutím, zpocením tváře, překrvením spojivky, edémem víčka, serózní sekrecí z oka a nosní dírký. Ataky trvají od 15 do 180 minut, mohou se dostavit i několikrát za den, většinou ve stejnou denní dobu, častěji večer či v noci. CH na rozdíl od migrény nutí pacienta k fyzické činnosti, snaží se „bolest rozchodit“. Častěji jsou postiženi muži (18).

Neuroradiologické vyšetření je opět negativní. V léčbě se uplatňuje inhalace medicínálního kyslíku v dávce 8 l/min. po dobu zhruba 15 min., triptany (sumatriptan, eletriptan), důležitá je profylaktická léčba k přerušení záchvatové periody, která většinou do 2–3 měsíců odezní.

Známe však i chronickou formu CH. Osvědčený je verapamil (Isoptin) 240 mg/den s nárázem kortikosteroidů, nově se zdá vysoce účinný topiramát v dávce 100–200 mg/den. **Paroxysmální hemikranie** jsou chronické přísně jednostranné záchvatovité bolesti hlavy s vyšší frekvencí kratších atak, asi 10x častěji postihují ženy. Je popisován velmi dobrý efekt indometacinu.

Jiné primární bolesti hlavy. Řadí se sem především bolest hlavy vzniklá při fyzické nebo sexuální aktivitě, při kašli, velmi krátce trvající primární bodavá bolest hlavy a tzv. blesková bolest hlavy (výstižnější je původní název primary thunderclap headache) (11) s náhlým rozvojem explozivní silné bolesti, která kulminuje do 1 minuty, může přetrvávat od 1 hodiny do 10 dní. Je nutné vyloučit subarachnoidální krvácení či jinou sekundární bolest hlavy.

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): 160 s.
2. Opavský J, Keller O, Kotas R, et al. Česká verze revidované Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD – II) navržené a předložené Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. Čes Slov Neurol Neurochir, 2005; 68/101(2): 133–138.
3. Kotas R. Primární nebo sekundární bolest hlavy? Bolest 2009; 2: 73–77.
4. Marková J, Mastík J, Waberžinek G. Bolesti hlavy. Stručné zásady diagnostiky a léčby. Maxdorf, Mediforum 2003. 18 s.
5. Mastík J. Migréna. Praha: Maxdorf 2007: 104 s.
6. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Wolff's Headache and other head pain. 7th edition. Oxford University Press, New York 2001. 625 s.
7. Diener HC. Migréna (Migräne, dritte völlig). Scientia Medica, Praha 1994. 84 s.
8. Silberstein SD, Diener HC. Clinician's manual on migraine. Current Medicine Group. London, 2006: 58 s.
9. Kotas R, a kol. Migréna. Patofyziologie a léčba. Maxdorf, Praha 2001. 195 s.
10. Mathew NT. Transformed migraine. Cephalalgia 1993; 13 (Suppl 12): 78–83.
11. Géraud G, Kenwood C, Senard JM. Migraine headache recurrence: relationship to clinical, pharmacological and pharmacokinetic properties of triptans. Headache 2003; 43: 376–388.
12. Mastík J. Migréna – Nová mezinárodní klasifikace a moderní léčebné postupy. Neurol Pro Praxi 2005; 1: 28–31.
13. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a metaanalysis of 53 trials. Lancet 2001; 358: 1668–1675.
14. Diener HC. Pharmacological approaches to migraine. J Neural Transm 2003; 64(Suppl): 35–63.
15. Waberžinek G. Migréna – diagnostika a léčba. Triton, Praha 2003, 158 s.
16. Niedermayerová I, Mastík J. Lisinopril je účinný v profylaxi migrény. Practicus, 2007; 5–6: 200–203.
17. Langemark M, Olesen J, Poulsen DL, Bech P. Clinical characteristics of patients with tension-type headache. Headache 1988; 28: 590–596.
18. Torelli P, Cologno D, Cademartiri C, Manzoni GC. Application of the International headache society classification criteria in 652 cluster headache patients. Cephalalgia 2001; 21: 145–150.
19. Doležil D, Peisker T, Doležilová V, et al. Thunderclap headache. In press 2010.
20. Silberstein SD, Stiles MA, Young WB. Atlas of Migraine and other headaches. 2nd edition. Taylor and Francis, London, New York 2005.

MUDr. Jiří Mastík
Neurologická klinika FN
U Sv. Anny Brno
Pekařská 53, 656 91 Brno
jiri.mastik@fnusa.cz

