

Sekundární bolesti hlavy

MUDr. Jiří Mastík

I. neurologická klinika MU a FN u sv. Anny v Brně

Podle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy rozlišujeme skupinu primárních a sekundárních bolestí hlavy. Sekundární bolesti hlavy mají na rozdíl od primárních prokazatelnou příčinu, některé z nich mohou být příznakem závažného až život ohrožujícího onemocnění. Jedná se o cévní onemocnění mozku, zejména subarachnoidální či intracerebrální krvácení, disekci krkavice a žilní trombózu, mozkové nádory, neuroinfekce a závažná kraniocerebrální traumata. Ke správné a včasné diagnostice nás mohou přivést varovné příznaky, tzv. rudé praporky.

Klíčová slova: sekundární bolesti hlavy, diagnostika, rudé praporky, léčba.

Secondary type of headache

International Classification of Headache Disorders recognizes primary and secondary type of headache. The attention turns to the problematics of secondary headache in this chapter. Secondary type of headache has its obvious causation. It can be one of the symptoms of major life threatening conditions as cerebrovascular disease, especially subarachnoidal and intracerebral haemorrhage, carotid dissection and venous thrombosis, brain tumours, neuroinfections and major craniocerebral trauma. It is important to follow "red flags" that will lead us to the early and correct diagnosis.

Key words: secondary headache, diagnostics, red flags, treatment.

Interní Med. 2010; 12(4): 209–211

Seznam zkratk

AG – angiografie

CT – počítačová tomografie

HIV/AIDS – syndrom získané imunodeficiency

KO + dif. – diferenciální krevní obraz

LP – lumbální punkce

MRI – magnetická rezonance

NSA – nesteroidní antirevmatika

O-C přechod – okcipitocervikální přechod

PBH – primární bolesti hlavy

Úvod

Sekundární bolesti hlavy mohou provázet i závažné až život ohrožující stavy. Jedná se o cévní onemocnění mozku, zejména subarachnoidální či intracerebrální krvácení, disekci krkavice a žilní trombózu, dále mozkové nádory, neuroinfekce a závažná kraniocerebrální traumata, spojená se syndromem nitrolební hypertenze (1). Jsou charakterizovány určitými atypickými projevy, varovnými příznaky, v anglosaské literatuře zvanými červené praporky (**red flags**). Za varovné příznaky se považuje (2, 3): náhle vzniklá velmi silná bolest hlavy, zejména vzniklá při fyzické či sexuální aktivitě, bolest navazující na úraz hlavy, výskyt nového typu bolesti hlavy, přetrvávající přes analgetickou léčbu, nové bolesti hlavy ve věku nad 50 roků nebo u pacientů s nádorovou anamnézou, progresivně narůstající intenzita bolesti. Dále bolesti hlavy sdružené s ložiskovými příznaky, psychickými poruchami a změnami osobnosti, s příznaky nitrolební

hypertenze (městnání na očním pozadí, ranní zvracení), meningeálním drážděním, febriliemi či onkologickou anamnézou.

Ve všech těchto případech musí následovat urychlená diagnostická vyšetření: laboratorní (KO+ dif., sedimentace, zánětlivé markery), oční pozadí, vyšetření mozkomíšního moku a zejména neuroradiologická vyšetření (CT, případně MRI a AG mozku) (4).

Mezi sekundární bolesti hlavy řadíme dle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (5, 6) skupiny 5 až 14:

5. Bolest hlavy způsobená úrazem hlavy nebo krční páteře

Je to co do povahy vyvolávajících příčin značně různorodá skupina. Na vzrůstu úrazů hlavy a krční páteře se podílí civilizační vlivy: 45 % úrazů připadá na dopravní nehody, 30 % na pády, 20 % na pracovní a sportovní úrazy (7). Charakter bolesti může být velmi rozmanitý. Nejčastější je chronická denní bolest hlavy tenzního typu (37 %). Může doprovázet banální úrazy hlavy bez otřesu mozku nebo spojené s otřesem mozku. Akutní potraumatická cefalea bývá součástí postkomočního syndromu, bolest doprovází další příznaky: nevolnost, závrať, tinitus, poruchy sluchu, rozmazané nebo dvojité vidění, světloplachost, přecitlivělost, úzkost, změny osobnosti či deprese, zvýšená únavnost, poruchy spánku a snížené libido. Odezní většinou během několika dní, může však trvat i několik měsíců, při spoluúčasti rentových tendencí i déle (8). V léčbě

se doporučují analgetika, NSA a tricyklická antidepresiva. Dalším typem je bolest hlavy spojená s poraněním krční páteře mechanismem „švihnutí bičem“, typickým při zadopředním nárazu v autě (9). Tyto bolesti mohou být značně úporné a obtížně se zvládají. Nejzávažnější skupinu porázových bolestí hlavy tvoří narůstající bolest hlavy s rozvíjejícím se obrazem nitrolební hypertenze (zvracení, spavost, zhoršený visus a poruchy osobnosti) a ložiskovými neurologickými příznaky či meningeálním drážděním, nastupující zpravidla po tzv. volném intervalu a přechodném dobrém stavu pacienta. Jsou projevem útlaku mozku subdurálním nebo epidurálním krvácením, u traumat spojených s pohmožděním až dilacerací mozkové tkáně jsou ložiskové příznaky přítomny od počátku. Řešením je obvykle urgentní neurochirurgický zákrok.

6. Bolest hlavy způsobená poškozením mozkových nebo krčních cév

Cévní onemocnění mozku jsou řazena mezi civilizační onemocnění. Různé faktory jako psychický stres, nikotinismus, nesprávné stravovací návyky a nedodržování životosprávy a duševní hygieny mohou vyústit až v manifestaci cévní mozkové příhody (3). Bolest hlavy provází častěji mozkové **krvácení** než mozkový ischemický infarkt, a to v 55–60 %, bývá unilaterální s hematomem, mírné až střední intenzity, provázené nauzeou (1). Mozečkové krvácení bývá provázeno náhlou bolestí hlavy okcipitálně a ztuhlostí

šije, takže imituje subarachnoidální krvácení. Dále bývá zvracení, závrať, homolaterální neocerebelární symptomatologie, ale typický je paleocerebelární syndrom s neschopností stoje. Expanzivně se chovající mozečkové krvácení s kompresí mozkového kmene je indikací k operační resekci (1). **Ischemický infarkt** bývá provázen bolestí hlavy v 17–34 % a ložiskovými příznaky. Silné bolesti hlavy mohou být vyvolány také náhlým vzestupem krevního tlaku. Při maligní hypertenzi hovoříme o **hypertenzní encefalopatii**, kde kromě difúzní pulzující bolesti hlavy, horšící se fyzickou aktivitou, nacházíme nauzeu, zvracení, zhoršení zraku, agitovanost, někdy až poruchu vědomí a křeče, může být edém papil.

U **subarachnoidálního krvácení** je bolest hlavy prakticky vždy přítomna. Vzniká akutně, je explozivní, velmi silná, nejčastěji lokalizovaná do záhlaví, provázená zvracením, schváceností, někdy lehčí poruchou vědomí a meningeálním drážděním. Příčinou je nejčastěji ruptura vaskulárního aneurysmatu zejm. na Willisově okruhu nebo arteriovenózní malformace. Rupturu může navodit činnost vedoucí ke zvýšení nitrolebního tlaku, krvácivé poruchy, vaskulitidy a dekompenzovaná hypertenze. Před rupturou aneurysmatu se někdy dny až týdny vyskytuje sentinelová bolest hlavy (sentinel headache (10)), u nás také „plačící aneurysma“), která je mírnějšího stupně. Bývá mylně diagnostikována jako migréna, když při negativním CT není dokončen diagnostický proces (LP, AG). Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit crush migraine, typ migrény s překotným rozvojem, thunderclap headache (11, 12), což je benigní bleskově nastupující bolest hlavy, patřící mezi PBH, nebo primární bolest hlavy při fyzické aktivitě nebo při orgazmu. K potvrzení diagnózy slouží až v 95 % průkaz krvácení na CT mozku, případně MRI nebo vyšetření mozkomíšního moku, k průkazu zdroje pak mozková panangiografie.

7. Bolest hlavy způsobená nevaskulárním intrakraniálním poškozením.

Nejzávažnější z této skupiny jsou bolesti hlavy provázející **nádory** mozku. U intrakraniálních nádorů se bolesti hlavy vyskytují asi v 60 % případů (13). Často bývají prvním příznakem zejména nádorů hypofýzy, kraniofaryngeomu a nádorů mostomozečkového koutu. Nejčastěji jsou tenzního charakteru, ale v 9 % mají bolesti hlavy migrenózní charakter. Vážný stav může nastat při krvácení do tumoru, buď primárního, nejčastěji glioblastomu, nebo do metastázy, nejčastěji melanomu. Klinicky se stav manifestuje náhlou iktiformní příhodou s akutní cefaleou.

Málo vyjádřená bývá bolest hlavy u pomalu rostoucích nádorů a nádorů lokalizovaných v asymptomatických zónách (zejména čelní laloky). Zde pozorujeme nejdříve neurčitě pomalu narůstající změny osobnosti a chování. Zejména meningeomy mohou být dlouhou dobu klinicky němé. Někdy bývá prvním příznakem nádoru epileptický záchvat, edém papily se vyskytuje ve 40 %. Ve všech podezřelých případech je na místě včasná radiodiagnostika (CT nebo MRI mozku). Diferenciálně diagnosticky trvalé bolesti hlavy, narůstající v horizontu týdnů až měsíců, hovoří spíše pro mozkový nádor, bolesti hlavy střední až silné intenzity, trvající hodiny až dny, budí podezření na mozkové nebo subarachnoidální krvácení. Traumatické kraniocerebrální komplikace nastupují většinou v odstupu hodin až několika dní od úrazu s výjimkou chronického subdurálního hematomu.

Postpunkční bolest hlavy je běžnou komplikací u 15 až 30 % pacientů po lumbální punkci s trváním bolesti do 1 týdne. Typický je ortostatický charakter bolesti. V terapii je popisován dobrý efekt kofeinu, infuze solných roztoků a kortikosteroidy. Bolest hlavy může být přítomna rovněž v průběhu **epileptických záchvatů** nebo v pozáchvatovém období.

8. Bolest hlavy způsobená chemickými látkami nebo jejich vynecháním.

Do této skupiny se řadí bolesti hlavy způsobené buď jednorázovou expozicí chemických látek nebo léků, nebo častěji jejich chronickým užíváním. Jde zejména o alkohol a další návykové látky (drogy), oxid uhelnatý, nitrity a nitráty (nitroglycerinová kardiotonika, „hot dog headache“), glutamát sodný („syndrom čínské restaurace“).

Velkým problémem se stávají bolesti hlavy **z nadužívání léků**. Jde o časté, někdy až denní nadužívání kombinovaných analgetik s kodeinem a zejména ergotaminu, vedoucí k difúzní tupé chronické denní bolesti hlavy. Odvykací léčba závisí na spolupráci pacienta. V odvykací kúře se používá gabapentin a antidepresiva. Také těchto bolestí v posledních desetiletích přibývá se zvýšenou konzumací léků (14) a různých látek.

Naopak i vysazení některých látek je přechodně provázeno abstinencií příznaky včetně bolestí hlavy. Nejčastěji jde o kofein, opioidy a estrogeny.

9. Bolest hlavy způsobená infekcí.

Může jít o neuroinfekci – lokalizované poškození mozkových blan, mozku nebo míchy, o sys-

témovou infekci, infekci HIV/AIDS a chronické postinfekční bolesti hlavy. Nejčastěji jde o serózní nebo purulentní meningitidu a klíšťovou encefalitidu. Projevují se meningeálním drážděním (fotofobie, opozice šije, Kernigův příznak), náhlým vzestupem tělesné teploty a bolestmi hlavy nejčastěji difúzního charakteru. Bývá přítomna nevolnost či zvracení a mohou se připojit i poruchy vědomí nebo epileptický záchvat. Typický je progresivní průběh. Lumbální punkce je diagnostickým a zároveň i terapeutickým výkonem. U abscesu mozku bývají bolesti hlavy velmi silné a rezistentní u 70 až 90 % pacientů, zjišťujeme zřetelné ložiskové příznaky. Systémové infekce a febrilní stavy mívají jako nespecifický příznak rovněž bolesti hlavy. Vysvětlují se cirkulací bakteriálních a virových toxinů v oběhovém systému a vyvoláním dilatace mozkových cév. Většinou dosahují jen mírnější intenzity a nacházíme ještě další celkové zánětlivé projevy.

Bolesti hlavy jsou typické i pro Lymfskou boreliózu. Během akutního stadia je bolest hlavy přítomna v 38 až 54 % (15). Je typicky oboustranná s postupným rozvojem. Tepavým charakterem a nauzeou může imitovat migrénu. V chronickém stadiu má spíše chronický tenzní charakter.

10. Bolest hlavy způsobená poruchou vnitřního prostředí.

Nejrůznější **metabolické** poruchy bývají provázeny bolestmi hlavy, které většinou dobře reagují na úpravu vnitřního prostředí. Bolesti se dají vysvětlit zásahem do metabolismu mozku. S těmito pacienty se setkáváme při kardiálním selhávání, při hypertenzní encefalopatii, u dekompenzované cukrovky, při hypotyreóze, v průběhu dialýzy nebo při mozkové hypoxii či hyperkapnii, sem řadíme i bolesti hlavy z vysoké nadmořské výšky, bolesti hlavy potápěčů a bolesti hlavy při spánkové apnoe.

11. Další skupinu tvoří nejrůznější sekundární bolesti hlavy, obličej a krku.

Asi 10–15 % populace trpí bolestí hlavy **cervikogenního** původu (16). Jde o epizodickou unilaterální bolest hlavy, střední intenzity, trvající od 3 hod. do 1 týdne. Začíná v šíji nebo týle a může vystřelovat do čela, za oko nebo do temene. Doprovází ji někdy nevolnost až zvracení, závrať typu „nejistoty“, rozmazané vidění na straně bolesti a slzení nebo parestzie obličeje. Tento typ bolesti hlavy se nazývá obvykle cervikokraniální syndrom a patří spolu s tenzní bolestí hlavy a migrénou mezi nejčastější bolesti hlavy vůbec. Příčinou bývá porucha funkce krčního

úseku páteře, nejčastěji blokáda. Způsobuje ji dlouhodobé statické přetížení u řady sedavých profesí. Mohou ji vyvolat rovněž určité pohyby krční páteře. Diferenciálně diagnosticky se může zaměnit za migrénu, diagnózu stanovíme na podkladě anamnézy, pečlivého manuálního vyšetření páteře, dynamických rentgenových snímků krční páteře a O-C přechodu, případně MRI mozku a krční páteře (17). Léčba bývá komplexní. V akutní fázi hraje důležitou roli farmakoterapie, v léčbě podáváme nesteroidní antirevmatika v kombinaci s myorelaxancií a analgetika včetně opioidů. S výhodou můžeme použít parenterální aplikace léků, při chronických potížích spíše perorální retardované formy NSA. Současně je nutné zavést klidový režim, efekt má i suché teplo. Pro zmírnění bolesti je vhodné použít adekvátní rehabilitační techniky (reflexní metody včetně obstrukcí, mobilizace a manipulace, masáže, elektroléčba, vodoléčebné procedury, cvičení). Jako doplňkovou léčbu podáváme i sedativa nebo antidepresiva. Důležitá jsou dlouhodobá režimová opatření s úpravou pohybových stereotypů a životního stylu.

Do této skupiny řadíme dále nejružnější afekce lebky, krku, očí, uší, nosu a vedlejších dutin, zubů a dutiny ústní, které mohou být provázeny úpornými bolestmi hlavy, jako např. akutní glaukom, akutní záněty paranazálních dutin či maligní nádory. Řešení vyžaduje správné diferenciálně diagnostické postupy a kauzální léčbu příslušným specialistou.

Akutní glaukom se obvykle manifestuje náhlou frontoorbitální bolestí silné intenzity, nauzeou a zvracením, fotofobií a poruchou vizu, v úvodu bývají typické duhové kontury kolem světla. Oko bývá zarudlé, při očním vyšetření je mydriáza a výrazně zvýšená nitrooční tenze. **Akutní sinusitida** je provázena podobným typem bolesti, jsou přítomny febrilie, známky zánětu, purulentní sekrece z nosu a ložiskové příznaky podle lokalizace dutiny. Nejzávažnějším postižením je pansinusitida, při pozdě nasazené antibiotické léčbě se mohou přidružit život ohrožující komplikace (meningitis, mozkový absces, subdurální absces a trombóza sinus cavernosus).

12. Bolest hlavy při psychiatrickém onemocnění je v civilizovaných zemích 10× častější u žen, u přírodních národů se tento rozdíl stírá. S bolestmi hlavy se setkáváme u somatizačních a panických poruch, u sociálních fobií, v rámci potraumatické stresové poruchy, u anxiózních syndromů i u psychotických onemocnění, tzv. velkých depresí. Jde o necharakteristické bolesti,

často však velmi sugestivně a barvitě líčené. Léčba je ovšem zaměřená na vyvolávající neurotické nebo psychotické onemocnění, léčba bolesti je nespecifická.

13. Velmi úpornou skupinu tvoří obličejové neuralgie a centrální obličejová bolest. Nejznámější z této skupiny je **neuralgie trojklanného nervu. Pro klasickou** (primární) neuralgii jsou typické záchvatovitě prudké šlehavé či pálivé bolesti, trvající od několika sekund do 2 minut v oblasti oka, tváře nebo dolní čelisti. Nacházíme „spouštěcí zónu“, bolest může být generována běžnými aktivitami, jako je žvýkání, mluvení a mytí. Obvykle není známa příčina, MRI někdy prokáže „neurovaskulární konflikt“, útlak trojklanného nervu atypicky probíhající či aberantní cévou v mozkovém kmeni. Jannetta (18) na souboru 100 pacientů prokázal v 88 případech vaskulární kompresi, 6× nádor, ve 4 případech demyelinizační plaky a 2× atrofii nervu. **Symptomatická** neuralgie mívá mezi záchvaty šlehavé bolesti dlouhodobou mírnou bolestivost, provází např. nádory zadní jámy, aneuryzmata bazilární tepny, roztroušenou sklerózu a oční, nosní či zubní afekce. Lékem I. volby je carbamazepin a zejména gabapentin v denních dávkách 1200–3600 mg nebo nověji pregabalin v kombinaci s tramadolem či antidepresivy. V rezistentních případech lokálně obstrukce anestetik či alkoholu nebo termokoagulace ganglia. V některých případech se s dobrým efektem zkouší Leksellův gama nůž, u neurovaskulárního konfliktu mikrochirurgický výkon. **Glosafaryngeální neuralgie** je 100× méně častá než neuralgie trigeminu. Projevuje se vystřelujícími bolestmi v oblasti ucha, kořene jazyka, mandle nebo pod úhlem mandibuly. Ostatní obličejové neuralgie patří mezi vzácné typy bolestí hlavy. Do této skupiny se řadí i bolesti velmi rozmanité etiologie jako bolesti hlavy na zevní nebo vnitřní chladové podněty (expozice velmi chladnému počasí nebo potápění v chladné vodě, nebo požití ledové potravy: ice-cream headache), ze zevní komprese hlavy, při zánětu zrakového nervu a okulární diabetické neuropatii. Zvláště svízelná je léčba **postherpetických neuralgií**. Herpes zoster (pásový opar) se až v 80 % vyskytuje v oblasti oční, kde může být sdružen s obrnou okohybných nervů a dvojítm viděním. Může způsobit i parézu lícního nervu a poruchy sluchu. Vyskytuje se častěji na oslabeném terénu, napadá 10 % pacientů s lymfomem a 25 % pacientů s Hodgkinovou nemocí. Mezi obličejové bolesti z centrálních příčin řadíme anaesthesia

dolorosa (perzistující a bolestivou anestezii nebo hypestezii v distribuci trojklanného nervu nebo okcipitálních nervů), centrální „post-stroke“ bolest (svým původem „thalamickou bolest“), bolest u roztroušené sklerózy a další.

Ve 14. skupině se nacházejí bolesti, které se zatím nepodařilo klasifikovat nebo jsou nespecifické a je nutno je dále sledovat.

Literatura

1. Kotas R. Primární nebo sekundární bolest hlavy? Bolest 2009; 2: 73–77.
2. Marková J, Skála B, Keller O, et al. Bolesti hlavy. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Nadační fond Praktik 2007.
3. Mastík J. Bolesti hlavy. In: Dolina J, et al. Civilizace a nemoc. Futura, Praha 2009: 228–234.
4. Lance JW, Goadsby PJ. Mechanism and Management of Headache. 6th edition. Butterworth-Heinemann, Oxford 1998; 317 s.
5. 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.
6. 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.
7. Jennett B, Frankowski RF. The epidemiology of head injury. In: Braakman R (ed). Handbook of clinical neurology. New York: Elsevier 1990: 116.
8. Medina JL. Efficacy of an individualized outpatient program in the treatment of chronic post-traumatic headache. Headache 1992; 32: 180–183.
9. Mastík J. Sekundární bolesti hlavy. Neurol pro praxi 2004, 5: 274–277.
10. Polmear A. Sentinel headaches in aneurismal subarachnoid haemorrhage: what is the true incidence? Cephalalgia 2003; 23: 935–941.
11. Doležil D, Peisker T, Doležilová V, et al. Thunderclap headache. Čes Slov Neurol Neurochir 2010; v tisku.
12. Evans RW, Mathew NT. Handbook of headache. Second edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
13. Forsyth PA, Posner JB. Headaches in patients with brain tumors. A study of 111 patients. Neurology 1993; 43: 1678–1683.
14. Marková J, Mastík J, Dočekal P, et al. Drug overuse in headache patients in Czech Republic. Abstract in Cephalalgia 2009; 29 (Suppl 1): 35.
15. Scelsa SN, Lipton RB, Sander H, Herskovitz S. Headache characteristics in hospitalized patients with Lyme disease. Headache 1995; 35: 125–130.
16. Antonaci F, Fredriksen TA, Sjaastad O. Cervicogenic headache: clinical presentation, diagnostic criteria and differential diagnosis. Curr Pain Headache Rep 2001; 5: 387–392.
17. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache 1990; 30: 725–726.
18. Jannetta PJ. Microsurgical approach to the trigeminal nerve for tic douloureux. Progr Neurol Surg 1976; 7: 180–200.

MUDr. Jiří Mastík

I. neurologická klinika MU a FN
u sv. Anny v Brně
Výstavní 34, 603 00 Brno
mastik@fnusa.cz

