

Bolesti hlavy/PGS



Tento článek je určen pro postgraduální studium

Prosíme, neprovádějte věcné editace, nemáte-li potřebnou kvalifikaci. Editujte s rozvahou. Věcné změny nejprve projednejte v diskusi.

Bolest hlavy (cefelea, cefalalgie) je symptom a zejména náhle vzniklá, intenzivní bolest může signalizovat závažné onemocnění ohrožující život pacienta.

Bolesti hlavy dělíme na:

- primární (bolest je jedním z projevů život neohrožujícího, chronického, záchvatovitého onemocnění),
- sekundární (vzniká jako příznak jiného onemocnění).

Nejdůležitějším úkolem při vyšetření pacienta s bolestí hlavy je rozpoznat závažnou sekundární cefaleu, která může pacienta ohrozit na životě. **Alarmující** je vždy:

- první bolest hlavy u pacienta ve věku nad 40 let,
- náhle vzniklá, intenzivní bolest hlavy,
- postupně se rozvíjející atypická bolest hlavy nereagující na běžnou léčbu,
- bolest hlavy u pacienta s nádorovým onemocněním či HIV infekcí,
- přítomnost jakéhokoliv ložiskového neurologického nálezu či poruchy vědomí.

Jako **sekundární** příznak provázejí bolesti hlavy tato závažná onemocnění a stavy:

- subarachnoideální krvácení;
- meningitidy a meningoencefalitidy;
- nitrolební expanze;
- cévní mozkové příhody, zejména hemorragické;
- disekce arteria carotis;
- mozková žilní trombóza;
- kraniální neuralgie;
 - neuralgie trojklanného nervu;
- sinusitidy;
- glaukomový záchvat;
- hypertenze;
- arteritis temporalis;
- úraz hlavy;
- stp. režimové chyby, včetně alkoholického excessu;
- syndrom spánkové apnoe (SAS);
- cervikokraniální syndrom.

Důvodem návštěvy lékaře bývá nejčastěji náhle vzniklá a/nebo silná bolest hlavy.

Z **primárních** bolestí hlavy jsou to zejména:

- migréna,
- tenzní cefalea,
- cluster headache,
- bolest hlavy vzniká při fyzické a sexuální aktivitě.

Při diferenciální diagnóze bolestí hlavy je nejdůležitější pečlivé odebrání anamnézy a neurologické vyšetření. Zjišťujeme charakter bolesti (tupá, pulsující, šlehavá), lokalizaci bolesti (hemikranie, difúzní, za okem), její intenzitu, délku trvání (sekundy, hodiny, dny, každodenní bolest), četnost výskytu bolesti (několikrát denně, měsíčně), další doprovodné příznaky (fonofobie, fotofobie, odorofobie, lakrimace, sekrece z nosu, parézu mozkových nervů, hemiparézu, mozečkové příznaky, poruchu vědomí) a vyvolávající faktory (fyzická aktivita, defekace, předklon hlavy, stres, menstruace, léky, alkohol). Dále se dotazujeme na dosavadní léčbu a její efekt.

Osobní anamnéza

Zjišťujeme přítomnost onemocnění, která bývají provázena bolestmi hlavy (poruchy oběhového systému, onemocnění ledvin, celkové infekce, nádorová onemocnění, ORL afekce, oční onemocnění, afekce zubů a čelisti)

Diagnóza

Primární bolesti hlavy

Mají (kromě migrenózní aury) normální neurologický nález.

Migréna

Bolest může mít charakter hemicranie či bolesti celé hlavy, je střední až velké intenzity, provázena nauseou či zvracením, fotofobií a fonofobií. Bolest trvá 4–72 hodin, delší trvání označujeme jako status migrenosus. Diagnostická kritéria – viz tabulku:

Diagnostická kritéria pro migrénu bez aury

A. Nejméně 5 atak musí splňovat bod B–D
B. Bolest hlavy trvá bez léčby 4–72 hodin
C. Bolest je možno charakterisovat aspoň dvěma z následujících příznaků: <ul style="list-style-type: none">■ unilaterální lokalizace■ pulsující charakter■ střední až těžká intenzita■ zhoršování při fyzické námaze
D. Bolest je provázena nejméně jedním z těchto příznaků: <ul style="list-style-type: none">■ nauzea a/nebo vomitus■ fotofobie a/nebo fonofobie

U 20 % pacientů předchází bolesti až 1 hodinu **fáze aury**, což je jakýkoliv ložiskový příznak, který s objevením bolesti většinou mizí. Nejčastější je aura zraková – scintilující obrazce či negativní fenomény charakteru skotomů či hemianopsie. Dále může být aura senzitivní ve formě parestesí obličeje či končetin. Vzácněji se aura objevuje ve formě inkompletní expresivní fatické poruchy či parézy.

Diagnózu stanovujeme na základě typického klinického obrazu.

Diferenciálně diagnosticky odlišujeme (zejména při prvním migrenózním záchvatu) subarachnoideální krvácení – provedeme CT mozku a event. vyšetření likvoru.

Diagnózu nám potvrdí též jednoznačný terapeutický efekt agonistů 5-HT-1B/D receptorů – triptanů:

- sumatriptan (Sumigra, Rosemig, Imigran, Cinie): 50–100 mg při záchvatu
- zolmitriptan (Zomig): 2,5–5 mg při záchvatu
- eletriptan (Relpax): 40–80 mg při záchvatu
- naratriptan (Naramig): 2,5–5 mg při záchvatu
- frovatriptan (Fromen): 2,5 mg při záchvatu

Tenzní bolesti hlavy

Tenzní bolesti hlavy jsou tupé nebo svíravé, většinou bilaterální, mírné až střední intenzity a nejsou provázeny významnými doprovodnými příznaky (zvracení, poruchy vizu, fokální neurologické příznaky). Hlavní diagnostická kritéria jsou v tabulce:

Kritéria pro tenzní bolesti hlavy

A. Nemocný musí splňovat kritéria nejméně ve dvou bodech:
B. Bolesti tlakové nebo svíravé
C. Bolesti bilaterální lokalizace
D. Bolesti mírné nebo střední intenzity
E. Bolesti se nezhoršují fyzickou aktivitou, nejsou doprovázeny nauseou ani vomitem, může se objevit lehká fotofobie nebo fonofobie

Podle četnosti výskytu se tenzní bolesti dělí na epizodické (méně než 15 dnů v měsíci) a chronické (více než 15 dnů v měsíci).

Tenzní bolesti hlavy se mohou objevovat i u jedinců s jinou primární anebo sekundární cefaleou. U některých jedinců jsou tenzní bolesti spojeny se zvýšeným tonem perikraniálního a krčního svalstva.

Základem úspěšné terapie tenzních bolestí hlavy je důkladná psychoedukace (identifikace nepříznivých faktorů, nepříznivý vliv duševní nerovnováhy, umění fyzicky i duševně relaxovat, životní priority).

Při epizodických tenzních bolestech hlavy jsou lékem volby deriváty kyseliny acetylosalicylové (Aspegic plv 500 mg), periferní analgetika – paracetamol (Paralen 500 mg). Další skupinou jsou nesteroidní antiflogistika: ibuprofen (Ibalgin, Dolgit) v dávce 400–800 mg, indomethacin (Indomethacin supp) v dávce 50–100 mg, naproxen (Naproxen tbl, supp) v dávce 500 mg, diclofenac (Diclofenac tbl) v dávce 50–100 mg.

U chronických tenzních bolestí je lékem první volby amitriptylin v dávce 25–50 mg na noc, léky ze skupiny SSRI (citalopram, fluoxetin,...) bývají účinné méně.

Cluster headache

Bolesti jsou šlehavého charakteru, velmi silné intenzity, pacient nevydrží ležet a musí chodit. Často je objevují v nočních hodinách. Lokalizovány jsou **temporálně** či **periorbitálně**, jednostranně a jsou provázeny lakrimací, sekrecí z nosu a Hornerovým syndromem. Bolesti bývají nakupeny do několika dní v roce, často na jaře a na podzim. Diagnostická kritéria jsou v tabulce:

Diagnostická kritéria cluster headache
A. Alespoň 5 atak splňujících kritéria B–D
B. Intenzivní unilaterální orbitální, supraorbitální a/nebo temporální bolesti trvající 15–180 minut
C. Alespoň jeden z následujících příznaků na straně bolesti: <ul style="list-style-type: none">▪ překrvení spojivky▪ lakrimace▪ rhinorea▪ hyperhydróza čela či obličeje▪ mióza▪ ptóza▪ edém víček▪ kongesce nosní sliznice
D. Frekvence atak 1–8× denně
E. Anamnéza, neurologické vyšetření ani pomocné vyšetřovací metody nesvědčí pro sekundární bolest hlavy, nebo je sekundární bolest hlavy přítomna, ale cluster headache nevznikl poprvé v souvislosti s tímto onemocněním

- **Terapeuticky** se používá inhalace kyslíku, sumatriptan, u těžkých případů kortikoidy.
- **Diferenciálně diagnosticky** odlišujeme při prvním objevení disekci *a. carotis* event. rupturu aneurysmatu – provedeme MRI, MRI AG, angiografii, UZ.

Bolesti hlavy při sexuální a fyzické aktivitě

Bolest se objevuje v souvislosti s fyzickou aktivitou (např. cvičením) nebo při orgasmu nebo těsně před jeho začátkem, častěji u mužů. Je velmi silná, lokalizovaná occipitálně či frontálně, trvá několik minut až hodin. Částečně předcházet této bolesti lze zvýšením tělesné kondice, redukcí hmotnosti.

V léčbě se užívají běžná analgetika.

Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit zejména (zejména při prvním výskytu) subarachnoideální krvácení – provedeme CT mozku, event. vyšetření likvoru.

Sekundární bolesti hlavy

Bolest hlavy bývá spojena s dalšími neurologickými příznaky.

Subarachnoideální krvácení

Krvácení vzniká při ruptuře aneurysmatu, nejčastěji v oblasti Willisova okruhu, zejména na *a. communicans anterior* či *posterior*, často při zvýšení krevního tlaku (fyzická námaha, koitus, rozčilení, defekace atd.)

Bolest hlavy se objeví během sekund a může být velmi intenzivní. Lokalizována je oboustranně, někdy s maximem occipitálně. Iniciálně může být krátká porucha vědomí. Bolest je dále provázena nauseou, vomitem, fotofobií a fonofobií. Během minut až hodin se dále rozvíjí meningeální syndrom. Nemocní jsou často dezorientováni, zmatení, část nemocných je somnolentních až v soporu, někdy může naopak dominovat psychomotorický neklid, agresivita, negativismus. Při propagaci SAK intracerebrálně se rozvíjí ložisková symptomatika. Stav pacienta hodnotíme škálou dle Hunt a Hesse – viz cévní onemocnění mozku. **⚠ V některých případech mohou být příznaky méně intenzivně vyjádřeny a napodobují spíše cervikokraniální syndrom, proto v nejasných případech vždy indikujeme CT mozku a LP.** Diagnózu stanovíme CT vyšetřením. Asi v 5 % CT vyšetření prvních 24 hodinách SAH neprokazuje, proto pokud trvá suspence na SAH, indikujeme vyšetření likvoru. Typickým likvorovým nálezem je nález oxyhemoglobinu při spektrofotometrickém vyšetření. **⚠ Likvor musí být zpracován do 1 hod po odběru. Dále nacházíme zvýšenou bílkovinu a v cytologickém vyšetření tisíce až statisíce erytrocytů, od 3.–4. dne fagocytózu erytrocytů a při spektrofotometrii maximum bilirubinu.** Pokud je SAK prokázáno,

odesíláme pacienta na neurochirurgii k mozkové panangiografii, která by kvůli riziku vazospasmů měla být provedena do 72 hodin od začátku obtíží. Při nálezů aneuryzmatu a při skóre dle H+H do 3, je indikována operace – buď zaklipování krčku aneuryzmatu či vyplnění dutiny aneuryzmatu odpoutatelnou spirálou – coiling. Pokud se aneuryzma neprokáže, je pacient léčen konzervativně – opiáty proti bolesti, podáváním mukolytik a laxativ a po 3–6 týdnech je indikována panangiografie kontrolní.

Cervikokraniální syndrom

Cervikokraniální syndrom je spojen s bolestí hlavy okcipitálně, která se akcentuje pohybem hlavy a krční páteře. Bolesti se mohou šířit do frontální anebo retrobulbární oblasti, nejčastěji bilaterálně. Bolesti mohou být tupé, ostré i bodavé. Příčinou bolesti jsou funkční poruchy dynamiky atlantookcipitálního spojení anebo krční páteře, které mohou být podmíněny morfologickými změnami a nepřiměřenou zátěží pohybového aparátu. Bolesti se někdy kombinují s vertigem a nauseou, vomitem a nystagmem (cervik vestibulární syndrom).

Při klinicky významné intenzitě obtíží je třeba doplnit RTG krční páteře a případně lebky. V akutním stádiu jsou indikována analgetika, nesteroidní antiflogistika, krátkodobě myorelaxantia a klidový režim. V chronickém stadiu a jako prevence recidiv má zásadní význam rehabilitace.

Neuralgie trojklanného nervu

Primární neuralgie n. V

Jde o **paroxysmální bolest** v oblasti nejčastěji **2. či 3. větve** trojklanného nervu, většinou u **pacientů nad 40 let**. Bolesti jsou alespoň zpočátku lokalizovány **jednostranně**, ataky vznikají náhle, jde o velmi intenzivní „šlehy“ bolesti, trvají maximálně několik vteřin a často se opakují. Velmi často lze zjistit **spouštěcí mechanismy** jako např. žvýkání, čištění zubů, mluvení, chladový či dotekový stimul obličeje.

Neurologický nález je v normě.

Léčba

- **Konzervativně** používáme zejména karbamazepiny (iniciální dávka 100 mg, postupně zvýšit až na 800–1200 mg), amitriptylin od dávky 25 mg večer a stoupat pomalu dle tolerance až na účinnou dávku (200–300 mg), někdy též fenytoin (iniciální dávka 100 mg a vystoupat na 300 mg) a baclofen (iniciální dávka 10 mg a postupně stoupat dle tolerance až na 100 mg), účinný může být i gabapentin (iniciální dávka 100 mg, postupně zvyšovat až na 2400 mg). Účinek této léčby se může časem vyčerpat.
- Při selhání konzervativní léčby jsou indikovány **výkony neurochirurgické** (zejména: instilace glycerolu do cavum Meckeli, mikrokompresa Gasserského ganglia) či **ozáření gamanožem**.
- V případě prokázaného **neurovaskulárního konfliktu** (kontakt cévní kličky s kořenem n. V při výstupu z kmene) se provádí **mikrovaskulární dekomprese**.

Diagnostická kritéria primární neuralgie n. V (n.trigeminus)

A. Paroxysmální ataky bolesti v obličeji trvající několik sekund a méně než 2 minuty
B. Bolest má aspoň 4 z následujících charakteristik: <ul style="list-style-type: none">▪ lokalizace na některé větvi n. V▪ náhlé, intenzivní, ostré, povrchní, bodavé, pálivé bolesti▪ velká intenzita bolesti▪ bolesti mohou být vyvolány ze spouštěčových zón (trigger) nebo některými činnostmi jako čištění zubů, žvýkání...▪ mezi jednotlivými paroxysmy je nemocný asymptomatický
C. Normální neurologický nález
D. Ataky u jednotlivých pacientů se stereotypně opakují
E. Všemi dostupnými metodami byly vyloučeny jiné příčiny bolesti obličeje

Sekundární neuralgie n. V

Vzniká následkem **afekcí v ORL oblasti** (chronická sinusitis), při **afekcích zubů, temporomandibulárního kloubu**, po infekci herpes zoster v obličeji (často postihuje 1. větev, neustupující do 4 týdnů po akutním zosteru). Bolesti bývají **trvalejšího rázu** a menší intenzity než u primární neuralgie. V neurologickém nálezů nacházíme často **poruchu citlivosti** v některé větvi n. V či alteraci korneálního a masseterového reflexu.

- **Diagnóza:** ORL vyšetření (včetně RTG paranasálních dutin), stomatologické vyšetření (včetně panoramatického snímku čelisti).
- **Léčba:** odstranění příčiny pokud lze, symptomatická nebývá příliš účinná, léky a jejich dávkování jsou obdobné jako u primární neuralgie.

Venózní trombózy

Vznikají při hyperkoagulačních stavech nejrůznější etiologie (bakteriémie, sepse, nádorová onemocnění, těhotenství a šestinedělí, DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), kolagenózy, traumata,...), dále mohou navazovat na lokální infekci (sinusitis, otitis media). Nejčastěji bývají postiženy sinus sagitalis superior, sinus transversus a sinus cavernosus.

Bolest hlavy je nejčastějším příznakem, typicky se akcentuje břišním lisem. Často se rozvíjí syndrom nitrolební hypertenze a z fokální ischemie, která vzniká při poruše žilní drenáže, rezultuje řada zánikových i iritačních příznaků. Trombóza sinus cavernosus — kruté bolesti za okem a v oku, případně v jeho okolí, nastříknutí spojivky, která může vyhřezávat před bulbus, edém papily, hemorrhagie na očním pozadí. Porucha vizu až slepota. Trombóza sinus transversus — bolest má často maximum v oblasti mastoideálního výběžku. Klinicky dominuje syndrom nitrolební hypertenze, temporální symptomatika. Je riziko rozvoje temporálního konu. Trombóza sinus sagitalis superior — často se objevují fokální motorické epileptické záchvaty, později parézy a následně rozvoj nitrolební hypertenze.

Diagnóza: MRI AG, angiografie.

Závažný stav s vysokým rizikem smrti nebo trvalých následků.

Terapie: heparinizace s následnou warfarinizací. Na neurochirurgii event. lokální trombolýza cestou v. jugularis do sinus transversus a sinus sagitalis superior.

Disekce a. carotis

Disekce vzniká nejčastěji rozštěpením cévní stěny v oblasti tunica media, falešné lumen může vytvořit aneurysma nebo může trombotizovat. Trombus způsobí stenózu a může též distálně embolizovat a být tak příčinou CMP.

Disekce postihuje nejčastěji osoby mladšího a středního věku, klinicky nacházíme jednostranné bolesti hlavy, krku a orbity, Hornerův syndrom a event. parézu mozkových nervů či hemisféralní symptomatiku. Někteří nemocní slyší pulsační šelesty či mají tinnitus.

Diagnostika: UZ, angiografie, MRI AG, na klasické MRI se zobrazí nástěnný hematom.

Závažný stav s vysokým rizikem smrti nebo trvalých následků.

Terapie: trombolýza, antikoagulace, angioplastika, stenty.

Syndrom spánkové apnoe (SAS)

Bolesti hlavy se při SAS vyskytují mnohem častěji než u jiných poruch spánku; udává je cca 20 % pacientů. Typicky se objevují ráno po probuzení, jsou mírné, tupé, nepulzující, difusní a obvykle do hodiny ustoupí. Jejich intenzita nekoreluje s tíží SAS.

Chronická každodenní bolest hlavy

Je relativně častou komplikací primárních bolestí hlavy, zejména tenzní bolesti a migrény. Různě rychle (1—10 let) se v období mezi záchvaty klasické primární bolesti hlavy začnou objevovat bolesti hlavy menší intenzity, které se objevují stále častěji až se posléze stanou trvalými. Onemocnění ztrácí svůj původní paroxysmální charakter i klasické rysy. Rizikovými faktory transformace jsou zejména:

- nadužívání analgetik (zejména kombinovaných s kodeinem, za bezpečnou hranici se považuje užívání maximálně 5 tablet za měsíc),
- neurotická osobnost (sklon k anxietě, deprese),
- vnější stresující poměry (zaměstnání, rodina),
- menopauza.

Diagnóza: anamnéza, normální neurologický nález, normální nález na pomocných vyšetřovacích metodách.

Terapie: vynechání nadužívaného léku, léčení komorbidit – zejména deprese, psychoterapie.

Diferenciálně diagnostické schéma

Dif. dg. náhle vzniklé/atypické/intenzivní bolesti hlavy.

Odkazy

Použitá literatura

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia*. 2004, vol. 24, no. Supplement 1, s. 24-5, 31-2, ISSN 0333-1024.
- MARKOVÁ, J. Bolest hlavy jako akutní stav v neurologii. *Bolest*. 2005, roč. 8, no. 1, s. 15-18, ISSN 1212-0634.
- WABERŽINEK, G. *Bolesti hlavy*. 1. vydání. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-158-7.