

Bolesti hlavy/PGS (VPL)



Tento článek je určen pro postgraduální studium Všeobecného praktického lékařství

Článek je součástí vypracovávaných atestačních otázek, jejichž seznam můžete najít na portálu Všeobecného praktického lékařství.

Podrobnější informace naleznete na stránce Bolesti hlavy/PGS.

Diagnostika

Anamnéza

- **Lokalizace bolesti hlavy** – jednostranná či oboustranná, okcipitální, frontální, směry vyzařování z týla dopředu, koncentrovaná;
- **charakter bolesti** – tupá, bodavá, svíravá (při neuralgii), náhle vzniklá, nejsilnější (arachnoidální);
- **průběh** – akutní × chronická, recidivující, zesilující, zda se vyskytla poprvé v životě;
- **provokační faktory** – endogenní (konflikty, stres, premenstruační období), exogenní (náhlé změny počasí, chlad, hluk, televize, nevhodné držení těla při práci);
- **bolest zmírňující faktory** – vyjít na čerstvý vzduch, odstranění některých podnětů, káva,...;
- **doprovodné příznaky** – nevolnost až zvracení, aura, poruchy vidění (skotomy,...), neurologické výpadky, silný hlavek, hnisavá rýma / sinusitida, horečka,...;
- **rodinná predispozice** – častá při funkčních bolestech hlavy;
- **užívané léky** – analgetika (abusus?), nežádoucí účinky některých léků (např. *analgetika, antirevmatika, nitráty, antiarytmika, gestageny, estrogeny, námelové alkaloidy, blokátory kalciových kanálů, benzodiazepiny, barbituráty, myorelaxans, kortikoidy, hypolipidemika, srdeční glykosidy, theofylin, bromokryptin, diuretika, karbamazepin, pentoxifylin, fenytoin, rifampicin, metronidazol, griseofulvin*,...);
- **dosavadní diagnostika a terapie** – zvláště u chronických bolestí hlavy mívá pacient za sebou řadu vyšetření a léčebných pokusů s různým efektem.

Fyzikální vyšetření

- Vyšetření **KREVNÍHO TLAKU**;
- vyšetření **KRČNÍ PÁTEŘE**;
 - **lokální ev. pseudoradikulární syndrom krční páteře** (s paravertebrálními spasmy svalů a/nebo postižení šlachových úponů) – zvl. při **tenzní bolesti hlavy**;
- **PALPACE**;
 - nervových výstupů v obličeji – podezření na **sinusitidu**;
 - povrchu obličeje – podezření na **neuralgii trigeminu** (n. V);
- neurologický nález při podezření na **intrakraniální expanzi**;
- **AUSKULTACE KAROTID** – podezření na **poruchu prokrvení mozku**;
- **TLAK NA OČNÍ BULBY** – podezření na **záchvat glaukomu** (ev. změřit nitrooční tlak, nebo odeslat k očnímu lékaři).



Theofylin k perorálnímu použití

Laboratorní vyšetření

Při jednoznačném podezření provedeme cíleně laboratorní vyšetření k vyloučení jiných příčin. Minimálně krevní obraz (KO), sedimentaci (FW) ev. CRP, moč diagnostickým proužkem.

Diferenciální diagnostika

Prvořadě odlišíme akutní a chronickou bolest hlavy.

- Diferenciální diagnostika **akutního záchvatu bolesti hlavy**.
 1. **Akutní subarachnoidální krvácení** - *Nesnesitelně intenzivní bolesti celé hlavy, týla nebo dohromady. Často je provázeno ztuhlostí šíje, pozitivními meningeálními příznaky – Kernigovo znamení, Laségueův příznak, s poruchou vědomí, jednostrannou symptomatikou a obrnou očních svalů. Th.: při podezření okamžité odeslání k hospitalizaci – nejlépe do neurochirurgického centra, jinak do místní nemocnice.*
 2. **Migréna** - *Viz dále v textu a v článku (vloženém) Migréna/PGS (VPL).*
 3. **Arteriitis temporalis** - *Vyskytuje se u starších pacientů. Charakteristické jsou během několika dnů postupně se zesilující jednostranné bodavé bolesti hlavy nereagující na terapii běžnými analgetiky s poruchami vidění, kdy arteria temporalis je často hmatná jako ztlustělý nepulzující provazec. Je zvýšena sedimentace (FW). Dg. a Th.: glukokortikoidy.*
 4. **Neuropatická bolest hlavových nervů** - *akutní jednostranná bolest hlavy s dvojitým viděním bez*

ztuhlosti šíje, obvykle v rámci diabetické polyneuropatie. Th.: odešleme k dalšímu vyšetření ke specialistovi - neurologie.

■ Diferenciální diagnostika **chronických primárních (funkčních) bolestí hlavy**

1. **Migréna**

- 1. **Tenzní bolest hlavy**
- 2. **Kombinovaná bolest hlavy** (migrény a tenzní cefalgie)
- 3. **Cluster headache** (Bingova-Hortonova bolest hlavy)

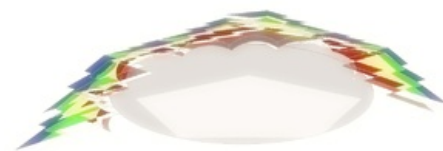
■ **Symptomatické bolesti hlavy**

1. **Extracerebrální etiologie**

- ORL onemocnění jako například při sinusitidě;
- infekce – průvodní například při chřipce, při horečnatých onemocněních;
- hypertenze nebo hypotenze;
- v souvislosti s obtížemi C-páteře (akcelerační trauma, pseudoradikulární syndrom C-páteře);
- metabolická etiologie – hypoglykemie,...;
- oční onemocnění – glaukom, vada zraku (myopie,...);
- neuralgie – neuralgie nervus trigeminus,...;
- imunologická etiologie – arteriitis temporalis,...

2. **Cerebrální etiologie**

- Farmakologicky podmíněné – nitráty, hormonální antikoncepce, jiné léky...;
- st.p. kraniocerebrálním traumatu;
- vaskulární etiologie;
 - st.p. CMP;
 - st.p. intracerebrálním krvácením;
 - st.p. trombóze žilních sinusů;
- infekce (zánět);
 - st.p. meningitidě;
 - st.p. encefalitidě;
 - st.p. mozkovém abscesu;
- intrakraniální expanze;
- pseudotumor cerebri.



Migréna s aurou

Jednotlivé jednotky

Migréna

Klinický obraz

Jde o onemocnění charakterizované **intermitentními záchvaty** bolesti hlavy **s vegetativním doprovodem**. Projevuje se záchvatovitou často **jednostrannou** bolestí s přítomností **fotofobie** a **fonofobie**, provázena **nauzeou**, často i s **poruchami vidění**, kdy je přítom jinak neurologické vyšetření v normě, před záchvatem je často aura. Bolest trvá hodiny až dny, s maximem obv. po 1-2 hodinách.

- Frekvence může být **několikrát týdně nebo měsíčně**, někdy jen **sporadicky**.
- Prevalence v populaci je asi **3 %**, výskyt **u žen je třikrát častější** než u mužů.

Charakteristické jsou **opakované** podobné ataky v osobní anamnéze, často též **rodinná zátěž**.

Klinický obraz:

- Po ránu tepající bolest v polovině hlavy provázená nauzeou až zvracením, světloplachostí a přecitlivělostí na zvuky.
- Příležitostně předchází dysforická či euforická prodromální fáze nebo vegetativní příznaky jako pocení, průjem, tachykardie, nebo jiné neurologické fokální příznaky.
- Ve 20 % začíná vizuálními projevy (světelné záblesky nebo třpytivé skotomy).

Etiologie migrény:

- idiopatická;
- trvalý špatně zvládaný stres, námaha, cestování (změny rytmu a bdění), strach;
- vysazení zátěže (tzv. "víkendová" migréna);
- hormonální antikoncepce, menstruace;
- čokoláda, sýry, alkohol;
- dotek spouštěcích zón.

Dělení

Migrénu rozlišujeme:

- **bez aury** (85-90 %),
- **s aurou** (10-15 %) – objevují se i neurologické příznaky jako **skotomy**, **senzorické poruchy**, **hemianopsie**,

dysfázie, závratě, ataxie, hemiparéza.

CAVE: zvl. případy – tzv. **basilární migréna, retinální migréna, oftalmoplegická migréna.**

Diagnostika

- Podrobná anamnéza, pečlivé fyzikální vyšetření (neurologické výpadky),
- při nejasnostech – k neurologovi, vyšetření CT (k vyloučení intrakraniální expanze).

Terapie

- **Akutní terapie** – zajistit ochranu před drážděním – pobyt v temné tiché místnosti.
 - terapie **lehkých záchvatů**:
 - antiemetika:
 - **metoclopramid** 10–20 mg p.o., po 15–30 min opakovat;
 - **domperidon** 10 mg (dětem), 20–30 mg (dospělí);
 - analgetika:
 - **kyselina acetylsalicylová** (ASA) 500 mg p.o. (šumivé tbl., event. i.v.);
 - **paracetamol** 500–1000 mg p.o. event. supp.;
 - **ibuprofen** 400–600 mg p.o. (event.),
 - terapie **středně těžkých až těžkých záchvatů**:
 - první volba:
 - **metoclopramid** supp. 10 mg (v ČR není) event. opakovat á 15–30 min,
 - **ergotamintartarát** max 3 mg na ataku, resp. 6 mg týdně,
 - při těžkých záchvatech se zvracením je potřeba parenterální terapie – za kontroly:
 - **metoclopramid** 1 amp. 10 mg i.v.,
 - **kyselina acetylsalicylová** 1000 mg i.v.,
 - **dihydroergotamin** (v ČR není dostupný i.v. – jen jako nosní spray nebo p.o. roztok),
 - alternativně – triptany:
 - **sumatriptan** 25–100 mg p.o. event. 6mg s.c. autoinjektorem 25 mg rektálně event. 20mg nazálně – účinek jen cca 12–24 hod, NÚL závratě a únava,
 - **zolmitriptan** 2,5–5 mg p.o. nebo 2,5 sublingválně nebo 5 mg nosní spray,
 - CAVE: jsou kontraindikovány při ICHS, hypertenzi, AP, IM, Raynaudově syndromu, ischemické chorobě tepen, při těhotenství a kojení, NEPODÁVAT nikdy při migréně s neurologickými výpadky kombinaci sumatriptan s ergotaminovým derivátem,
 - **terapie status migrenosus** – v nemocnici... odeslat k hospitalizaci.

Prevence

Vždy při jisté diagnóze postupně zvyšovat dávku léku až do dosažení efektu – úspěch lze posoudit teprve za 2–3 měsíce pravidelného užívání léků. Pokud dobře účinkují lze je po 6–9 měsících užívání pozvolna vysadit a následující 2–3 měsíce sledovat spontánní průběh.

Preventivně nasazujeme

- **betablokátory** (BB) – **metipranolol** 3 denně × 10–40 mg p.o. – ojediněle i vyšší dávku (kontraindikací je pokles TK a P),
- alternativně lze podat: **blokátory kalciových kanálů** (BKK), **antagonisty serotoninu** (**pizotifen** 3×0,5 mg denně p.o.) a postupně zvyšovat dávku (kontraindikací je únava, nárůst hmotnosti, deprese).

Prevence selhává obvykle při **chybné diagnóze** (např. BB neúčinkuje u tenzních cefaleí), při **nesprávném dávkování**, při příliš **vysoké úvodní dávce** (objeví se nežádoucí účinky a pacient lék vysadí), při současném **abúzu analgetik** a jiných antimigrenózních léků.

Lze i doporučení přírodní medicíny.

Úprava životního stylu

Multifaktoriální podminění vzniku migrény (genetické faktory, zevní a vnitřní spouštěče) nutí také k terapeutickému působení ve více směrech:

- vyřadit známé **spouštěče** – např. alkohol; vést záznam – **deník bolestí hlavy** k identifikaci spouštěčů;
- pravidelná **životospráva** a **relaxační cvičení** – např. Jacobsonova svalová relaxace nebo autogenní trénink;
- při výskytu neurologických příznaků – odeslat k neurologickému vyšetření.

Prognóza

Migréna u dětí mizí v 50 % po dosažení puberty.

Migréna dospělých začíná u žen obv. v pubertě, u mužů mezi 20.–30. rokem. Průběh je variabilní. V těhotenství se u 80 % žen zlepšuje, 10 % zhoršuje a 10 % nemění.

Tenzní bolest hlavy

Klinický obraz

Projevuje se difuzní tupou či bodavou oboustrannou bolestí, často vyzařující frontálně z týla – lokalizovanou okcipitálně, parietálně a frontálně, často až kruhovitě "sevržení hlavy jako ve svěráku".

- Trvá **hodiny až dny**, bývá **střední intenzity** (maximum netypické).
- Frekvence bývá **několikrát týdně nebo měsíčně**. Zřídka může být provázena vegetativním doprovodem, bez neurologických příznaků.
- Prevalence je asi **10 %**, u **žen se vyskytuje třikrát častěji** než u mužů.

Podrobná anamnéza a fyzikální vyšetření k vyloučení neurologických výpadků a interního onemocnění – při nejasnostech odeslat k neurologovi event. CT (k vyloučení **intrakraniální expanze**).

CAVE: dg. tenzní bolesti hlavy je diagnosou "per exclusionem" – proto je nutná dobrá diferenciální diagnostika (např. uvažovat i pomalu rostoucí nádory)

Diferenciální diagnostika

- jiné typy bolestí hlavy – **dif.dg. bolestí hlavy**,
- **interní onemocnění** (hypertenze, hypertyreóza, nádory ev. metastázy mozku, bolesti hlavy způsobené léky, larvovaná deprese, psychosomaticky způsobená bolest hlavy).

Terapie

- **Obecná opatření:**
 - poučení o benigní povaze onemocnění a omezenosti terapeutických možností u predisponovaných osob;
 - doporučit omezení alkoholu, nikotinu, doporučit dostatek spánku a pohybu, neužívat analgetika pravidelně (CAVE: bolesti při abusu analgetik);
 - instruktáž **relaxačních technik, teplá koupel nebo sprcha**;
 - symptomatická **fyzikální léčba** – zvl. oblasti ramen a šíje.
- **Farmakoterapie - akutní:**
 - **kyselina acetylsalicylová** 500–1000 mg – v šumivé tbl.;
 - **paracetamol** 1000 mg jednorázově p.o. event. rct. supp.;
 - **ibuprofen** 400 mg jednorázově, maximálně 800mg denně.
- **Farmakoterapie - preventivní:** aktuálně není známa.

Cluster headache

Klinický obraz

Projevuje se chronickou recidivující intenzivní bolestí většinou unilaterálně periorbitálně, ale lze i ve frontální nebo temporální oblasti, často je bolest provázena slzením, výtokem z nosu a zarudnutím očí. Často se objevuje v noci. (**CAVE:** Pacienti mohou mít až tendence k suicidii.)

- **Trvá** obvykle 1–2 hodiny (uváděno i 15 minut až 3 hodiny, ale někdy i protrahovaně), maximum bývá po 20 minutách.
- **Frekvence** bolesti obv. cca 1–3× (ev. 8×) denně až jednou týdně.
- **Prevalence** je asi 0,1%,
 - vyskytuje se pětikrát častěji u mužů než u žen.

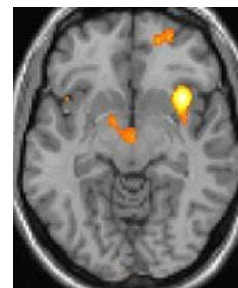
Diagnostika

Diagnózu stanovíme při **minimálně 2 z následujících příznaků:**

- ipsilaterální zarudnutí oka a slzení – pro poruchu sympatiku;
- mióza;
- ptóza;
- otok víčka;
- ucpaný nos;
- rinorea;
- pocení v obličeji nebo na čele.

Terapie

- Terapie akutního záchvatu:
 - **dihydroergotamin** 4 mg nosní spray (nebo 1 mg inj.) – inhalaci střídat s:
 - **sumatriptan** 6 mg s.c. nebo 50–100 mg tbl.
- Terapie – preventivní:
 - **verapamil** zvolna až do udržovací dávky 3×80 mg denně k terapii krátkých cyklech bolesti hlavy; nebo:
 - **lithium** – během týdnů zvyšovat na 600–900 mg denně za pravidelné kontroly sérové koncentrace lithia nebo
 - **prednison** 50–80 mg denně, pak redukce na 15–20 mg denně (teprve při neúčinnosti verapamilu a



Aktivované oblasti na mozku během záchvatu bolesti

- lithia);
- **akupunktura.**

Bolest hlavy navozená léky

</noinclude>

Klinický obraz

Trvalá bolest hlavy, která vzniká typicky po několikaletém častém užívání analgetik a antimigrenózních preparátů – často kombinovaných, obvykle na podkladě migrény event. i tenzní cefaleje.

Bolesti typicky difusní tlakové, méně často každodenní pulzující se začátkem v časných ranních hodinách.

Terapie

Možná je jediné odvykací terapie (za hospitalizace).

Neuralgie trigeminu

Klinický obraz

Opakované ataky bolesti trvající několik sekund až minut vyvolávané různými drobnými podněty – žvýkáním, dotykem, větrem, při čištění zubů. Obvykle jednostranně v oblasti inervace 2.–3. větve trigeminu (kde nutno dif.dg. odlišit bolesti zubů), méně často 1. větve trigeminu (dif.dg. migrény, neuralgie při herpes zoster, arteriitis temporalis). Záchvat bolesti je provázen kontrakcí mimických svalů (dif.dg. epileptický záchvat), pak i vegetativními projevy podráždění jako zrudnutím kůže a žlazovou sekrecí. Obvykle ve 2.polovině života. U žen se vyskytuje 2× častěji než u mužů.

Diagnostika

Odeslání k neurologovi (RTG lebky, CT s kontrastem k vyloučení nádorů baze lební, MRI k vyloučení roztroušené sklerózy, nádorů, punkce likvoru, neurofyzilogická funkční vyšetření (EP trigeminu)).

Etiologie

- **Idiopatická** (zvažuje se jako možná příčina komprese kořene nervu cévou v oblasti mozkového kmene).
- **Symptomatická** (především při oboustranném postižení, neurologických výpadcích za účasti 1. větve trigeminu).
 - **Roztroušená skleróza** (v cca 2,5 % případů neuralgie trigeminu, přitom cca 1,5 % všech pacientů s roztroušenou sklerózou neuralgii trigeminu má).
 - **Nádory** a jiné **expanzivní procesy** zvl. **v oblasti kmene, na bazi a v zadní jámě lební.**
 - **Chronické záněty** vedlejších nosních dutin, záněty v oblasti zubů, kranio-mandibulární dysfunkce.

Terapie

- **Carbamazepin** až 3 × 2 tbl á 200 mg denně (**CAVE:** pokles TK, poruchy krvetvorby, jater, ledvin)
- **Phenytoin.**
- Při neúspěchu farmakoterapie přistoupit k **operačnímu řešení** – CAVE: není indikována u neuralgie trigeminu s etiologií roztroušené sklerózy., např.:
 - **termokoagulace ganglion Gasseri;**
 - **dekomprese kořene nervus trigeminus** (tzv. *Jannettova operace*).
- Lze i doporučení přírodní léčby.
- Dobrý efekt (vč. menší spotřeby léků) byl pozorován po **akupunktuře** – zkusit ji před případnou operací.

Prognóza

Těžko odhadnutelná. **Bez potíží je po roce léčby cca 70 % pacientů** při dostatečné dávce carbamazepinu. Zbýlých 30 % má prognózu horší. **Úspěch operace** u farmakoresistentních pacientů je **cca 80 %**. Pokud pacient trpí současně roztroušenou sklerózou, ataky neuralgie **nezávisí** na atakách roztroušené sklerózy.

Neuralgie nervus glossopharyngeus

Klinický obraz

Blesková serie jednostranných nesnesitelných bolestí v hltanu vyzařujících ke stejnostrannému uchu. Spouštěčem jsou chladné nápoje, kašel, zívání, žvýkání, mluvení.

Terapie

- **Carbamazepin.**
- **Phenytoin** (alternativně).
- **Chirurgická terapie** – dekomprese, selektivní termolýze, přetěti kořene nervu.



Cluster headache

Prognóza

Odpověď na farmakoterapii je podobná jako u neuralgie trigeminu. Je **častější spontánní remise**.

Atypická bolest obličeje

Klinický obraz

- Jednostranné nebo oboustranné necharakteristické bolesti obličeje neodpovídající úsekům dle inervace oblastí hlavovými nervy – tupá, dlouhavá, často jednostranná orofaciální bolest, často trvalého charakteru (soustředěné obv. do tváře, horní čelisti nebo zubů). Jsou při nich vegetativní příznaky. Jejich příčina není organická. Ženy jsou postiženy třikrát častěji.
- Jde o diagnózu per exclusionem. Příslušnost atypické bolesti k neuralgiím je sporná.

Terapie

Komplexním terapeutickým postupem:

- psychologické postupy (psychoterapie, relaxační metody), masáže, ošetření čelisti a zubů (odeslat ke stomatologovi – kranio-mandibulární dysfunkce), analgetika, antidepressiva (amitriptylin, clomipramin).

Prognóza

Typicky různá odpověď na opakování léčby v různých stádiích. Často je přítomen abusus analgetik a nutná psychiatrická léčba. Prognóza je nejistá.

Indikace k odeslání k neurologovi

- První výskyt nezvyklé bolesti hlavy;
- dlouhodobá bolest hlavy zvl. stále častěji se objevující nebo nezvyklá konstantní bolest;
- bolesti hlavy s progredující intenzitou;
- náhle nastupující až explozivní bolest – podezření na SAK;
- přesně lokalizovaná stranově konstantní bolest hlavy;
- doprovodné příznaky – zvracení (kromě zvracení při migréně), psychická alterace ev. neurologické výpadky.

Výskyt v primární péči

Cca 10 – 20 % pacientů praktického lékaře trpí některou z chronických či recidivujících forem bolesti hlavy, ženy dvakrát častěji než muži. 90 % těchto pacientů má bolesti funkční (migréna, tenzní ceflea), 10 % bolesti symptomatické (na podkladě různých onemocnění).

Odkazy

Související články

- Bolesti hlavy – článek z neurologie pro PGS (Neurowiki)
- Bolesti hlavy
- Bolest hlavy navozená léky/PGS (VPL)
- Tenzní bolest hlavy/PGS (VPL)
- Cluster headache/PGS (VPL)
- Neuralgie trigeminu/PGS (VPL)

Použitá literatura

- GESENHUES, S a R ZIESCHÉ. *Vademecum lékaře : Všeobecné praktické lékařství*. 1. české vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-444-X.
- BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. 1. české (překlad 4. vydání) vydání. Praha : Grada, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.