



Bolesti hlavy

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2007

Autoři:

Jolana Marková
Bohumil Skála
Otakar Keller
Jiří Mastík
Stanislav Konštický
Gerhard Waberžinek

Oponenti:

Petr Herle
Rudolf Červený
Jaroslav Opavský



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

BOLESTI HLAVY

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2007

Autoři:

MUDr. Jolana Marková, Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy
České neurologické společnosti ČLS JEP
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Doc. MUDr. Otakar Keller, CSc., Česká neurologická společnost ČLS JEP
MUDr. Jiří Mastík, Česká neurologická společnost ČLS JEP
MUDr. Stanislav Konštický, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Doc. MUDr. Gerhard Waberžinek, CSc., Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy
České neurologické společnosti ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Petr Herle, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Rudolf Červený, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc., Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP,
Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy České neurologické společnosti ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. PRIMÁRNÍ BOLESTI HLAVY	1
2.1. Migréna (G. Waberžinek)	1
2.2. Tenzní bolest hlavy (O. Keller)	2
3. SEKUNDÁRNÍ BOLESTI HLAVY	2
3.1. Bolesti hlavy v souvislosti s úrazem hlavy a/nebo krku (J. Mastík)	2
3.2. Bolesti hlavy v souvislosti s cévním onemocněním (J. Marková)	3
3.2.1. Subarachnoidální krvácení	3
3.2.2. Cévní mozkové příhody (CMP), ischemické a hemoragické	3
3.3. Bolesti hlavy v souvislosti s nitrolebním postižením jiné než cévní etiologie (J. Mastík) ..	4
3.4. Bolesti hlavy v souvislosti s užitím farmakologicky účinné látky nebo s jejím vysazením (J. Marková)	4
3.5. Cervikogenní bolesti hlavy (J. Mastík)	5
5. PŘÍLOHY	5

1. ÚVOD

Prvním nutným krokem k úspěšnému zvládnutí stavu bolesti hlavy je včasné a správné stanovení diagnózy a léčba. Je velmi důležité odlišit primární bolest hlavy, jako je například migréna nebo tenzní typ bolesti hlavy, od sekundární bolesti hlavy, která je způsobena organickým postižením mozku jako je například cévní onemocnění mozku, nitrolební nádor, absces nebo meningoencefalitida nebo jinou celkovou příčinou (infekční onemocnění, hypertenze, změny vnitřního prostředí a jiné).

Standardem pro určení typu bolesti hlavy je inovovaný klasifikační systém IHS (1, 2). Systém dělí bolesti hlavy do dvou hlavních skupin – na primární bolesti hlavy, kategorie 1 – 4 a na sekundární bolesti hlavy, kategorie 5 – 14. Primární bolesti hlavy nemají známý organický podklad, který by šel zobrazit pomocí CT či MRI či detekovat jinou metodou. Samotným problémem je zde právě bolest. Proto primární bolesti hlavy klasifikujeme podle jejich projevů. Etiologický princip zde není dosud možné uplatnit, protože mechanismus jejich vzniku dosud zůstává na úrovni jen částečně ověřených teorií. Ve skupině sekundárních bolestí hlavy je bolest projevem organického onemocnění. Proto lze v těchto skupinách klasifikovat podle etiologie, zařazení jednotlivých typů bolestí hlavy je založeno na znalosti příčiny vzniku obtíží.

Bolest hlavy může být příznakem nebezpečného a akutního onemocnění zvláště v následujících případech:

- náhlá velmi silná bolest hlavy, jakou pacient ještě nezažil
- silná bolest hlavy, která narůstá, případně je provázena zvracením
- silná bolest hlavy, která se objeví po tělesné námaze
- bolesti hlavy, doprovázené horečkou nebo zvracením
- bolest hlavy, doprovázená jakoukoliv neurologickou ložiskovou symptomatologií (paréza, poruchy řeči, obrna pohledu, porucha vědomí, poruchy rovnováhy, epileptický záchvat a další)
- bolesti hlavy u pacientů s malignitou v anamnéze či HIV pozitivitou

Ve všech těchto případech je nutné urychlené odeslání pacienta ke specialistovi nebo do nemocnice, kde budou provedena nezbytná vyšetření (CT, MRI, likvor, angiografie a další).

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), p. 1 – 160*
2. Opavský J., Keller O. et al.: Česká verze revidované mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD – II) navržené a předložené Mezinárodní společnosti pro bolesti hlavy. *Čes. a slov. Neurol. Neurochir., 68/101, 2005, 2, 133 – 138*

2. PRIMÁRNÍ BOLESTI HLAVY

2.1. MIGRÉNA (G. Waberžinek)

KLINICKÝ OBRAZ

Migrenózní záchvat není jen bolest, záchvat má několik fází. Jedná se o prodromální fázi (několik hodin až dnů před záchvatem poruchy nálady, poruchy chuti k jídlu, podrážděnost, pokles koncentrace, častější močení). 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. Parestázie se vyskytují relativně často, hemiparézy a poruchy řeči již méně. Pak následuje fáze bolesti. Bolest hlavy je většinou střední až vysoké intenzity, převážně jednostranná, někdy však 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, fobofobie, fotofobie, osmofobie. Neléčená migréna trvá 4 – 72 hodin a pak spontánně odezní. Následuje postdromální fáze, kdy po odeznění bolesti je nemocný často unaven, má nechutenství a poruchy koncentrace (1). Vyvolávajícím faktorem může být u některých pacientů stres, změna počasí, změna hormonální situace u žen, nedostatek či přemíra spánku či některý druh potravy či nápoje. Fyzická aktivita bolest při migréně zhoršuje.

DIAGNOSTIKA

Neexistuje žádný test ani vyšetření, které by migrénu prokázalo. Pomocná vyšetření elektrofyziologická i zobrazovací jsou normální (2). Základem je důkladná anamnéza a znalost klinického obrazu.

TERAPIE

Doporučená medikace pro akutní záchvat migrény závisí na tom, jak intenzivní má pacient záchvaty. U lehké migrény podáváme pro léčbu akutního

záchvatu jednoduchá analgetika v dostatečné dávce a včas, nejlépe v dobře rozpustné formě (např. kys. acetylsalicylová 0,75 – 1 g, paracetamol 0,75 – 1 g) nebo nesteroidní antirevmatika (NSA), případně v kombinaci s metoclopramidem či domperidonem. U středně těžké a těžké migrény jsou na místě specifická antimigrenika (triptany): sumatriptan 50 mg, popř. 100 mg tbl., nasální spray, 6 mg. sc. inj., zolmitriptan 2,5 mg a 5 mg, rapimelt, nosní sprej, eletriptan tbl. 40 event. 80 mg, naratriptan tbl. 2,5 mg., frovatriptan tbl. V určitých situacích je užitečná psychoterapie, relaxační cvičení, redukce stresu, fyzioterapie. Migrénu lze léčit i preventivně. Hlavním cílem preventivní léčby migrény je redukce počtu a intenzity jednotlivých záchvatů alespoň o 50%. Preventivní léčbu ordinujeme při nedostatečném efektu akutní léčby, při výskytu více než 3 záchvatů migrény za měsíc, při neúměrných vedlejších projevech akutní léčby. Základní pravidla chronické preventivní léčby jsou postupné zvyšování dávky, minimálně 3 – 8 týdnů užívání jednoho léku, při dobrém efektu pokračování léčby 6 měsíců a individuálně i delší dobu. Léky k profylaxi migrény:

- kyselina valproová a valproáty,
- topiramát,
- beta-blokátory,
- blokátory kalciového přetížení,
- tricyklická antidepresiva, SSRI.

LITERATURA

1. Waberžinek G. *Migréna – diagnostika a léčba*. Triton, Praha 2003
2. Waberžinek G. *Krajčková D. a kol. Základy speciální neurologie*. Karolinum, Praha 2006, str.357 – 375

2.2. TENZNÍ BOLEST HLAVY (O. Keller)

Tenzní bolest hlavy je nejčastější typ cefalgie. Přesto není její definice snadná. Lze ji charakterizovat jako tupou bolest, která je spojená s únavou a které často předchází stres.

KLINICKÝ OBRAZ

Bolest je u tenzní cefalgie většinou bilaterální, difúzní, jen výjimečně lokalizovaná okcipitálně nebo frontálně. Bývá tupá, trvalá, lehce kolísající v intenzitě. Nástup je obvykle postupný. Trvá hodiny až dny, často se objeví v noci nebo odpoledne. Pacienti si často stěžují na pocit tlaku, hyperestésie skalpu, nepříjemný pocit při česání, ztuhlost šíjových svalů až k trapézovým svalům, pocit svíravého pásu okolo hlavy, někdy pocit otoku a tlaku v hlavě, jako by ji někdo stahoval. Spouštěcím mechanismem může být nejen sám stres, ale i opakované konflikty a dokonce i očekávání konfliktů. Mezi příznaky může být i lehká fotofobie a fonofobie, jsou však výjimkou. Zvracení není, nauzea zcela výjimečně. Bývá deprese a anxieta, zejména u chronických stavů, časté jsou poruchy spánku. Subjektivní obtíže se nezhoršují fyzickou aktivitou ani alkoholem.

DIAGNOSTIKA

Smyslem objektivního vyšetření u tenzní cefalgie je vyloučit jiné možné příčiny. V objektivním nálezu zjišťujeme přeci tlivělost svalů na pohmat. Nejčastěji ji nalezneme v m. trapezius, okcipitálních svalech, v m. temporalis, rhomboideus a masseter. Nutno vyloučit příčiny možné sekundární bolesti hlavy i abusus farmak. Vždy je nutno opakovat diferenci-

álně diagnostickou úvahu, pokud se změní charakter bolesti.

TERAPIE

Terapie akutní a sporadické bolesti hlavy tenzního charakteru nebývají problémem, většinou zabírají běžná analgetika, klid a odstranění stresu. NSA mohou být lepší než kyselina acetylsalicylová. Někdy je vhodná kombinace s myorelaxancii. U depresivních pacientů je vhodný amitriptylin. V každém případě se snažíme o krátkodobou léčbu. Poměrně málo účinné jsou opiáty, spasmolytika, kodein, barbiturany, neuroleptika. Podstatně obtížnější je léčení chronické 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 (1, 2). Využíváme kombinace psychologické, fyziologické i farmakologické relaxace. Vhodná jsou relaxační cvičení, autorelaxace, autogenní trénink a aplikace tepla. Doporučena je také lehká aerobní aktivita. Při farmakoterapii je třeba mít na paměti, že velmi snadno vzniká návyk na analgetika. Jakmile se podaří bolest zvládnout, je nutno rychle vysadit léky. Kofein často podporuje závislost na analgetiku. Lze použít následující terapeutické schéma:

- jednoduchá analgetika – acetylsalicylová kyselina, paracetamol
- kombinovaná analgetika
- nesteroidní antirevmatika
- myorelaxancia.

Profylakticky je vhodné podávat tricyklická antidepresiva a betablokátory. Amitriptylin 100 – 200 mg/d a nebo propranolol 60 mg/d. Je třeba začít s velmi nízkými dávkami amitriptylinu (10 – 25 mg), už proto, že i tato dávka může být dostatečná. Pokud tato profylaxe není účinná, lze zkusit valproát. Přidávat lze i nesteroidní antirevmatika. Lokálně lze provádět obšťihy bolestivých bodů, doporučuje se lokální aplikace mátového oleje pro jeho svalové i mentálně relaxační účinek.

LITERATURA

1. Waberžinek, G., Keller, O., Marková, J.: *Bolesti hlavy. Současná klasifikace, diagnóza a léčba*. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie. Zář 1999, Tematická příloha.
2. Keller, O.: *Bolesti hlavy*. Forum Medicinæ. 3, 2001, 2 – 6.

3. SEKUNDÁRNÍ BOLESTI HLAVY

3.1. BOLESTI HLAVY V SOUVISLOSTI S ÚRAZEM HLAVY A/NEBO KRKU (J. Mastík)

Jde o rozsáhlou a co do povahy vyvolávajících příčin značně různorodou skupinu. Na vzrůstu počtu úrazů hlavy a krční páteře se podílejí civilizační faktory: 45 % úrazů připadá na dopravní nehody, 30 % na pády a 20 % na pracovní a sportovní úrazy (1).

KLINICKÝ OBRAZ

Charakter bolesti může být velmi rozmanitý (2). Bolest je 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. Nejčastěji pozorujeme chronickou denní bolest hlavy tenzního typu (3). Značně úporné mohou být bolesti hlavy spojené s poraněním krční páteře při dopravních nehodách mechanismem „švihnutí bičem“ při zadopředním nárazu. Může provázet banální úrazy hlavy bez otřesu mozku, ale i závažnou skupinu kraniocerebrálních traumat s rozvíjejícím se obrazem nitrolební hypertenze (zvracení, poruchy vidění, poruchy osobnosti, spavost) i ložiskovými neurologickými příznaky. Tyto jsou o to závažnější, že nastupují často po tzv. volném intervalu a přechodně stabilizovaném stavu pacienta. Jsou projevem útlaku mozku subdurálním či epidurálním krevním výronem, spojeným někdy s pohmožděním až dilacerací mozkové tkáně. Pokud jde o pohmoždění mozku, mohou být hned od počátku přítomny ložiskové příznaky či porucha vědomí, někdy i generalizovaný tonicko-klonický epileptický záchvat.

DIAGNOSTIKA

Je nezbytná k správnému zvládnutí kraniocerebrálních traumat. Standardně se provádí RTG lebky a krční páteře. Pomocí CT mozku nebo krční páteře při závažnějších poraněních můžeme ihned odlišit fraktury baze nebo klenby lebeční, hematoma či větší pohmoždění mozku.

TERAPIE

U kraniocerebrálních traumat je na místě observace na chirurgickém lůžku a klidový režim. Rozsáhlá či diagnosticky zřejmá kraniocerebrální poranění je výhodnější přímo z terénu transportovat do traumacentra nebo na neurochirurgii i do dohody se ZZS. Podle dynamiky subjektivních potíží i objektivního neurologického nálezu indikujeme případně kontrolní CT vyšetření, které může po volném intervalu odhalit narůstající útlak mozku subdurálním či epidurálním hematoma, pak indikujeme neurochirurgické řešení – evakuaci hematoma. U rozsáhlého pohmoždění či dilacerace mozkové tkáně se provádí parciální resekce. Vzácný pouřazový hydrocefalus se řeší většinou zavedením shuntu. Podávají se symptomaticky analgetika, tlumí se další doprovodné příznaky. Krční páteř se často fixuje krčním límcem (vždy při transportu z místa nehody při podezření na poranění páteře), podávají se analgetika, včetně slabých opioidů, nesteroidní antirevmatika a myorelaxancia, později se přidává rehabilitační léčba. Posudkově se někdy obtížně řeší vleklý potraumatický pseudoneurastenický syndrom nebo účelové „rentové“ tendence postižených.

LITERATURA

- Jennett B., Frankowski R. F. *The epidemiology of head injury*. In: Braakman R. (ed). *Handbook of clinical neurology*. New York: Elsevier 1990;116.
- Mandel S.: *Minor head injury may not be minor*. *Postgrad.Med. J.* 85, 1989; 213 – 215.
- Silberstein S. D., Lipton R. B., Dalessio D. J.: *Wolff's Headache and other head pain*. Oxford University Press, New York 2001; 1 – 625.

3.2. BOLESTI HLAVY V SOUVISLOSTI S CÉVNÍM ONEMOCNĚNÍM MOZKU (J. Marková)

Z nebezpečných cévních onemocnění mozku je nejrizikovější **subarachnoidální krvácení (SAK)**. Jedná se o krvácení z aneurysmatu některé z mozkových

tepen, kdy se krev vylije do likvorových prostor.

3.2.1. SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ KLINICKÝ OBRAZ

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 (1). 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).

DIAGNOSTIKA

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. Pak je nutné doplnit mozkovou angiografii 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

Každý pacient se SAK je indikován k přijetí na jednotku intenzivní péče (2). Při prokázání aneurysmatu je nutná neurochirurgická intervence, ať již operačně nebo za pomoci neuroradiologa, který zavede sondu k aneurysmatu a vyplní jej speciálním materiálem (spirálkami), což umožní trombózu výdutě. Toto je možné jen u některých typů výdutí, někdy je nutný otevřený přístup a podvázání aneurysmatu nebo jeho obložení, aby nedošlo k dalšímu prasknutí. Někdy mohou být aneurysmata mnohočetná. Dnes je trend operovat co nejdříve, aby se předešlo riziku cévních spasmů, které mohou pacienta ohrozit stejně jako původní příhoda.

3.2.2. CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY (CMP), ISCHEMICKÉ A HEMORAGICKÉ

KLINICKÝ OBRAZ

Klinicky probíhají obdobně, nejčastěji pod obrazem náhle vzniklého neurologického deficitu, jako je hemiparéza, parézy mozkových nervů, mozečkové příznaky a další. Pro krvácivou příhodu svědčí častěji přítomné zvracení, bolest hlavy a porucha vědomí, ale klinicky se nelze odlišit, všechny tyto příznaky se mohou objevit i u ischemie (3). Zda se jedná o ischemii nebo hemoragii lze určit provedením dalších vyšetření. Bolest hlavy může provázet jak ischemickou, tak i hemoragickou CMP a nemá specifický charakter.

DIAGNOSTIKA

Je nutné provedení CT vyšetření mozku. 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 nález zpočátku negativní. Rozvinutá malacie se pak s časovým odstupem 24 – 48 hodin prokáže na CT jako ložisko hypodenzie. Negativní CT ihned po příhodě tedy spolehlivě vyloučí krvácení, nikoliv ischemii.

TERAPIE

Bolest hlavy při CMP je sekundární bolestí hlavy, proto se léčí CMP, léčba bolesti hlavy je symptomatická (4).

LITERATURA

1. Silberstein, S. D., Lipton, R. B., Dalessio, D. J.: *Wolff's Headache*. 7. vydání Oxford University Press, 2001, 625s.
2. Kalina M.: *Akutní neurologie, intenzivní péče v neurologii*. Triton 2000. 197 s.
3. Marková J.: *Bolest hlavy jako akutní stav v neurologii*. Bolest, 1, 2005, s.15 – 18
4. Lance, J. W., Goadsby P. J.: *Mechanism and management of headache*. 6. vydání, Oxford 1998, 317s.

3.3. BOLESTI HLAVY V SOUVISLOSTI S NITROLEBNÍM POSTIŽENÍM JINÉ NEŽ CÉVNÍ ETIOLOGIE (J. Mastík)

Nejzávažnější z této skupiny jsou bolesti hlavy provázející **nádory mozku**. U intrakraniálních nádorů se vyskytují asi v 60 % případů (1). Často bývají prvním příznakem zejména nádorů hypofýzy a mosto-mozečkového koutku. 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.

KLINICKÝ OBRAZ

Ve většině případů jsou tenzního charakteru, v menším počtu imitují migrénu (2). 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.

DIAGNOSTIKA

Ve všech podezřelých případech je na místě včasná radiodiagnostika (CT nebo MR mozku). Za tzv. **varovné příznaky** se považují: výskyt nového typu bolesti hlavy, která neustupuje i přes léčbu analgetiky a naopak se její intenzita zvyšuje, nově vzniklé bolesti hlavy ve věku nad 50 roků, bolesti hlavy u pacientů s onkologickou anamnézou a zejména narůstající intenzitou bolesti. Dále bolesti hlavy sdružené s psychickými poruchami a změnami osobnosti, s příznaky nitrolební hypertenze (městnání na očním pozadí, ranní explozivní zvracení) nebo narůstající ložiskovou neurologickou symptomatikou.

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. A traumatické kranio-cerebrální komplikace (sub – či epidurální

hematom) nastupují většinou v odstupu hodin až několika dní od úrazu s výjimkou chronického subdurálního hematomu.

TERAPIE

V časném stadiu je většinou doménou neurochirurga, radikální nebo alespoň parciální odstranění tumoru, v nepřístupných místech se může do velikosti 25 mm v průměru použít ozáření Leksellovým gama nožem. V pokročilejším stadiu se někdy provádí parciální resekcce tumoru a následná cílená radioterapie, vzácněji kombinovaná s chemoterapií cytostatiky. Onkologická léčba je doprovázena symptomatickou léčbou analgetiky případně i ze skupiny opiátů, možno je kombinovat s antidepresivy ze skupiny SSRI či tricyklickými. Při syndromu nitrolební hypertenze se podává antiedémová terapie, někdy je nutné trvalé řešení shuntovou operací. **Je nutné zdůraznit, že při podezření na mozkový nádor je nutné včasné odeslání pacienta k dovyšetření.**

LITERATURA

1. Jaekle K. A.: *Causes and management of headaches in cancer patients*. *Oncology* 7, 1993: 27 – 31.
2. Forsyth P. A., Posner J. B.: *Headaches in patients with brain tumors. A study of 111 patients*. *Neurology* 1993; 43: 1678 – 1683.

3.4. BOLESTI HLAVY V SOUVISLOSTI S UŽITÍM FARMAKOLOGICKY ÚČINNÉ LÁTKY NEBO S JEJÍM VYSAZENÍM (J. Marková)

Z této skupiny se budeme zabývat z praktického hlediska nejdůležitější podskupinou, a to jsou bolesti hlavy při nadužívání, event. při vysazení analgetik.

KLINICKÝ OBRAZ

Pacienti s chronickými nebo se opakujícími bolestmi hlavy často užívají proti bolesti mnoho léků i po delší dobu. Lék zpočátku působí úlevu, ale pokud se bolesti vracejí 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 analgetik se nejčastěji týká kombinovaných přípravků s kodeinem, kofeinem nebo barbituráty. Kromě analgetik se nadužívání může objevit i u ergotaminu a derivátů námelových alkaloidů i u častého užití 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 při nadužívání ergotaminu a derivátů námelových alkaloidů má naopak tepavý, pulzující charakter, imitující migrénu. Bolest z nadužívání se objevuje po pravidelném každodenním užívání medikace po dobu 3 měsíců a déle, vznik je individuální. Pokud se podaří nadužívání ukončit, bolest postupně do měsíce vymizí.

DIAGNOSTIKA

Diagnóza je možná jen na základě anamnézy, pomocná zobrazovací vyšetření i klinický neurologický nález jsou u bolestí hlavy z nadužívání normální. Podle typu a délky nadužívání medikace mohou být změny v laboratorních testech při vyšetření krve, zvýšení hodnot jaterních enzymů, zvýšení hodnot urey či kreatininu.

TERAPIE

Léčba je úspěšná jen tehdy, pokud pacient má zájem o léčení a chce se sám nadužívání zbavit. V prvé řadě je nutné ukončit nadužívání analgetika. Bez tohoto opatření nelze očekávat efekt. Je nutné tlumit abstinenční příznaky a v období vysazování zasáhnout proti bolesti léky z jiné než nadužívané skupiny (1). Rovněž možno užít symptomaticky antiemetika, anxiolytika (apaurin, alprazolam, medazepam), hypnotika či antipsychotika (tiaprid, risperidon). Při zvracení je důležitá rehydratace parenterálně. Po zvládnutí abstinenčních příznaků je třeba doporučit vhodnou preventivní léčbu (2), 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.

LITERATURA

1. Rejla G., Granato A. et al.: Outcome of medication overuse headache after abrupt in – patient withdrawal. *Cephalalgia* 2006, 26, 589 – 595
2. Carter G. T., Sullivan M. D.: Antidepressants in pain management. *Curr Opin Investig Drugs* 2002, 3: 454 – 458

3.5. CERVIKOGENNÍ BOLESTI HLAVY (J.Mastík)

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.

KLINICKÝ OBRAZ

Bolest obvykle začíná v šíji nebo týle a může vystře-

lovat či bodat do čela, za oko či do temene (1). Bývá obdobně jako migréna často jednostranná, doprovází ji někdy nevolnost až zvracení, závratě, parestázie obličeje, rozmazané vidění na straně bolesti a slzení. Všímáme si zvýšeného napětí trapézových a šíjových svalů a bolestivosti výstupů okcipitálních nervů při palpaci.

DIAGNOSTIKA

Důležité je pečlivé manuální funkční vyšetření krční páteře, dále se opíráme o RTG ve standardních polohách, případně speciální projekce na okcipito – cervikální přechod (Sandbergova projekce), dynamické funkční snímky v předklonu a záklonu, případně šikmé snímky (2).

TERAPIE

Bývá komplexní. V úvodu hraje důležitou roli farmakoterapie: nesteroidní antirevmatika v kombinaci s myorelaxancii. V akutní fázi i analgetika včetně slabých opioidů (tramadol má většinou dobrou toleranci a možno ho podat i u warfarinizovaných pacientů nebo u pacientů s gastropatií) dle aktuálního hodnocení bolesti (měřeného například vizuální algickou škálou VAS). S výhodou lze použít parenterální aplikace léků, při chronických potížích spíše perorální retardované formy. Po zmírnění bolestí je vhodné navázat adekvátní rehabilitační technikou (reflexní metody včetně intradermálních či infiltračních obstríků, mobilizace a manipulace, masáže, elektroléčba, vodoléčebné procedury, cvičení). Jako doplňkovou léčbu podáváme i sedativa nebo antidepressiva, zejména skupiny SSRI. Důležitá jsou dlouhodobá režimová opatření s úpravou pohybových stereotypů a životního stylu a pravidelné cvičení. Chirurgické řešení je zvažováno velmi kriticky (3) jen v případech s prokázanou spinální stenózou a ložiskovými neurologickými příznaky.

LITERATURA

1. Sjaastad O, Saunte C, Hovdal H et al.: Cervicogenic Headache: An hypothesis. *Cephalalgia* 1983, 3, 249-256.
2. Pfaffenrath V., Dandekar R., Pöllmann W.: Cervicogenic headache – the clinical picture, radiological findings and hypotheses on its pathophysiology. *Headache* 1987; 27: 495 – 499.
3. Pöllmann W., Keidel M., Pfaffenrath V.: Headache and the cervical spine – a critical review. *Cephalalgia* 1997; 17: 801 – 816.

5. PŘÍLOHY

Tab. č. 1: Red flags – červené praporky pro rizikovou bolest hlavy

• náhlá velmi silná bolest hlavy, jakou ještě pacient nezažil
• vznik silné bolesti u pacienta nad 50 let
• silná bolest, která dále narůstá, případně je provázena zvracením
• silná bolest hlavy, která se objeví po těžší tělesné námaze
• silná bolest hlavy, pokud je provázena horečkou nebo výraznou spavostí
• přítomnost jakékoliv neurologické ložiskové symptomatologie (paréza, epileptický záchvat, závratě)
• malignita v anamnéze

Tab. č. 2: Charakteristika jednotlivých typů bolesti hlavy

Typ BH	Lokalizace	Trvání BH	Věk začátku BH	Frekvence záchvatů	Intenzita BH	Kvalita BH	Přidružené příznaky
Migréna	hemikranie	hodiny až dny max. 3	dětství puberta	prům. 1-5 / měsíc	silná	pulzující	nauzea, zvracení, fotofobie
Tenzní bolest hlavy	difuzní, symetrická	hodiny až dny	od 20 let	různá	kolísavá, lehká až střední	tlaková, tupá	většinou ne
Cluster headache	periorbit., jednostr.	30-180 minut	od 15 let, více muži	1-5 atak za den (noc)	velmi silná	pulzující, řezavá	slzení, nosní kongesce
Expense nitrolební	různá	různé	každý věk	nejčastěji stálá	střední	tupá	zvracení, ložisková sympt mening. iritace
Subarachn. krvácení	okcipitálně či difuzní	různé	dospělost	náhlý začátek	velmi silná	explozivní	mening. iritace, zvracení, porucha vědomí
Sinusitis	maxil. či frontální	při zánětu dutin	každý věk	stálá bolest	silná	tupá, akcent. při předklonu	rhinitis, výtok z nosu, teplota
Arteritis temp.	temporálně	intermit., pak trvalá	nad 55 let	stálá, horší v noci	silná	různá	palp. citlivá a. temp., zánět. parametry přít.
Cervikogen-ní bolest	jednostran-ná	různé	dospělost	různé	střední až silná	tupá, vyzařující za oči	porucha statiky či dynamiky Cp
Neuralgie n.V	inervační oblast n.V.	minuty	dospělost	záchvatov.	velmi silná	šlehavá	spouštěcí zony

Upraveno podle: Silberstein, S. D., Lipton, R. B., Goadsby P. J.: Headache in Clinical Practise. 1. vydání Oxford: ISIS Medical Media, 1998, 219s.

Schéma č. 1: Algoritmus diagnózy bolesti hlavy

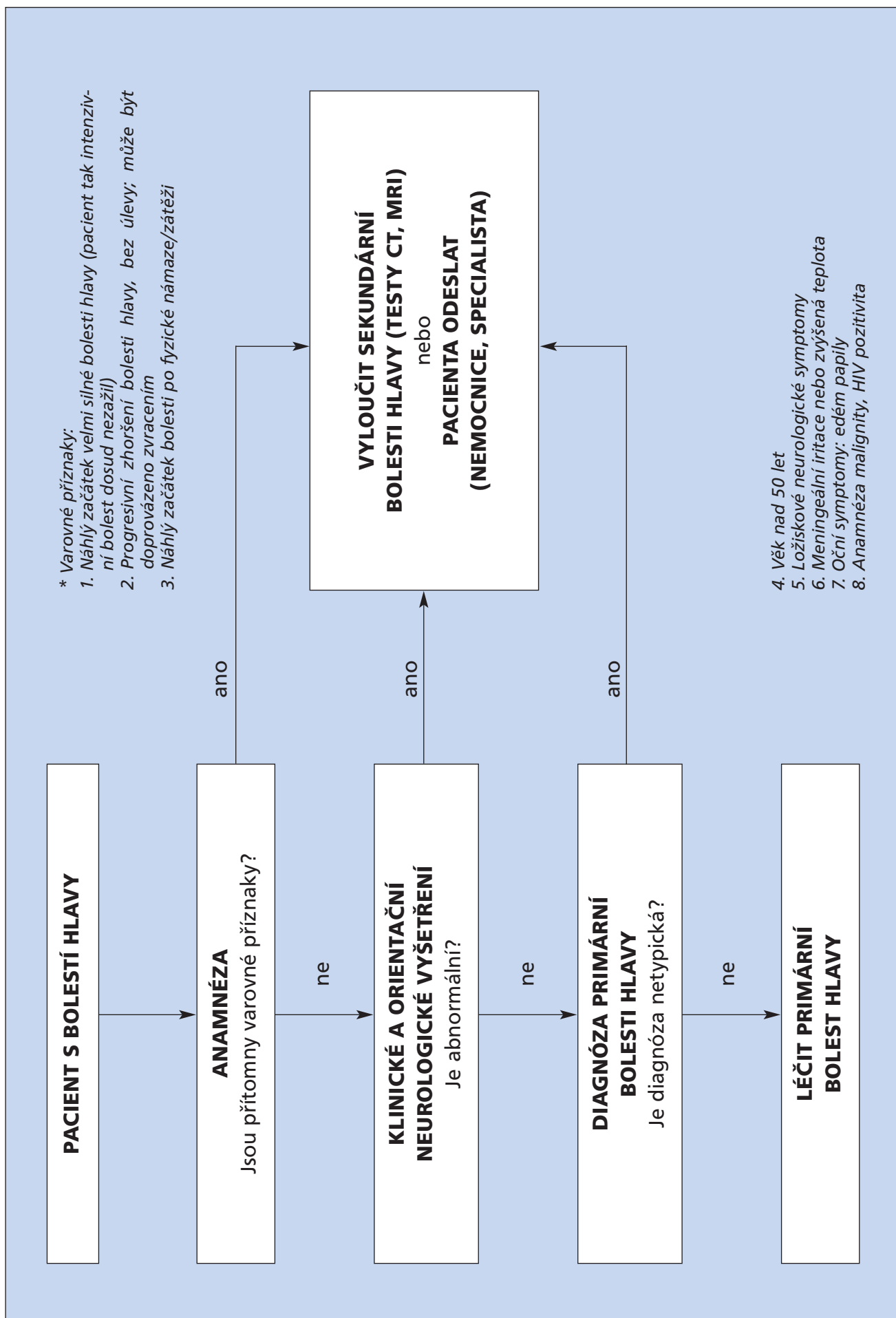


Schéma č. 2: Diagnostické schéma - migréna

Diagnostické schéma - migréna

Dovedete přesněji popsat, zda je bolest hlavy:

Převážně jednostranná?

Pulzujícího (tepajícího) charakteru?

Doprovázená nevolností, případně zvracením?

Doprovázená přecitlivělostí na světlo, zvuky či pachy?

Zhoršuje se tělesnou námahou?

Nemůžete kvůli bolesti provádět běžné denní aktivity?

**Pokud odpovíte alespoň na 3 otázky ANO,
je pravděpodobné, že trpíte migrénou.**

Schéma č. 3: Terapeutické schéma - migréna

Terapeutické schéma - migréna

**„Jak moc ovlivňuje bolest hlavy negativně vaše běžné denní aktivity
(práci, školu, sociální aktivity, domácí práce)?“**

málo (slabá migréna)

Terapie: ASA, PARACETAMOL, NSA, KOMBINACE S PROKINETIKY

středně (středně silná migréna)

Terapie: TRIPTANY

velmi (silná migréna)

Terapie: TRIPTANY A PROFYLAXE. Pacient je vhodný na konzultaci ke specialistovi

POZNÁMKY



POZNÁMKY

Tisk podpořen společností

ZENTIVA

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 80-86998-10-X

