

DIAGNOSTIKA BOLESTÍ HLAVY

MUDr. Jolana Marková

Neurologické oddělení nemocnice Kladno, Regionální poradna pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy

Bolest hlavy je symptomem, jako každá jiná bolest. Podstatný význam pro další osud pacienta má určení správné diagnózy. Nejdříve bychom měli rozhodnout, zda se jedná o primární bolest hlavy, která nemocnému život zneprůjemní, ale neohrozí jej, nebo o sekundární bolest hlavy, která by toto způsobit mohla. Jsou uvedeny varovné příznaky, signalizující nebezpečí a doporučená pomocná vyšetření.

Klíčová slova: bolesti hlavy, diagnostika, varovné projevy, pomocná vyšetření.

Bolest hlavy zažil alespoň jedenkrát v životě každý z nás. Většinou se jedná o stav, který odezní spontánně nebo po jedné tabletě běžného analgetika. Někdy však může jít o projev nebezpečného intrakraniálního onemocnění a zde je nutné co nejdříve zasáhnout.

Prvním nutným krokem k úspěšnému zvládnutí stavu je stanovení správné diagnózy. 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, infekcí nebo jinou příčinou. Velmi důležitá je pečlivá anamnéza a klinické neurologické vyšetření.

Připomenu zde varovné projevy, které signalizují riziko organicity:

- náhlý začátek silné bolesti hlavy (jakou pacient dosud nezažil)
- progresivně se zhoršující bolest, která se nezmírňuje, případně je provázena zvracením
- náhlý začátek bolesti hlavy po fyzické zátěži
- věk nad 50 let
- přítomnost fokálních neurologických příznaků
- přítomnost meningeální iritace či teploty
- edém papily n.II
- malignita v anamnéze či HIV pozitivita.

Při podezření na sekundaritu jsou indikována další pomocná vyšetření – RTG lbi, krční páteře či paranazálních dutin, EEG, CT či MRI vyšetření, vyšetření mozkomíšního moku a další konziliární vyšetření podle předpokládané příčiny obtíží (například ORL, oční, interní). Názory na potřebnost a výtěžnost jednotlivých vyšetření se často liší a pohled na ně se mění s narůstajícími zkušenostmi z praxe i s rostoucí technickou vybaveností neurologických pracovišť.

V roce 1988 publikovala International Headache Society (IHS) klasifikační systém bolestí hlavy (1), který se stal standardem pro určení typu bolesti hlavy. Systém dělí bolesti hlavy do dvou hlavních skupin – na primární bolesti hlavy, kde neprokazujeme strukturální postižení centrálního nervového systému (CNS) a na sekundární bolesti hlavy, které jsou projevem organického onemocnění, jak uvádíme ve zkrácené klasifikaci dle IHS. (2)

A. PRIMÁRNÍ BOLESTI HLAVY

1. Migréna

- 1.1. Migréna bez aury (dříve běžná migréna)

- 1.2. Migréna s aurou (dříve klasická migréna)
- 1.3. Oftalmoplegická migréna
- 1.4. Retinální migréna
- 1.5. Periodické syndromy v dětství asociované s migrénou či předcházející migrénu
- 1.6. Komplikace migrény (migrenózní infarkt, status migrenózní)

2. Tenzní bolesti hlavy (*tension-type headache, TTH*)

- 2.1. Episodické TTH
- 2.2. Chronické TTH

3. Cluster headache a chronická paroxysmální hemikranie

- 3.1. Cluster headache
- 3.2. Chronická paroxysmální hemikranie
- 3.3. Bolesti hlavy podobné cluster headache, nesplňující všechna kritéria

4. Různé bolesti hlavy bez strukturální léze, například

- 4.1. Idiopatické bolesti hlavy
- 4.2. Bolest hlavy ze zevní komprese
- 4.3. Chladová bolest hlavy
- 4.4. Bolest hlavy při kašli
- 4.5. Bolest hlavy po fyzické aktivitě
- 4.6. Bolest hlavy vázaná na sexuální aktivitu

B. SEKUNDÁRNÍ BOLESTI HLAVY

5. Posttraumatické bolesti hlavy

- 5.1. Akutní
- 5.2. Chronické

6. Bolesti hlavy provázející cévní onemocnění, například

- 6.1. Akutní ischemické poruchy
- 6.2. Intrakraniální hematomy
- 6.3. Subarachnoidální krvácení
- 6.5. Arteriitis
- 6.8. Arteriální hypertenze

7. Bolesti hlavy u nevaskulárních intrakraniálních poruch, například

- 7.1. Likvorová hypertenze
- 7.3. Intrakraniální infekce (meningitis, encephalitis, absces)
- 7.6. Intrakraniální nádory

8. Bolesti hlavy během užívání či po ukončení užívání různých látek, například

- 8.1. Bolesti hlavy způsobené akutním užitím toxické látky (např. alkohol)
- 8.2. Bolesti hlavy při chronickém užívání toxické látky (např. alkohol, analgetika)
- 8.3. Bolesti hlavy při abstinčním syndromu

9. Bolesti hlavy v rámci celkových infekcí**10. Bolesti hlavy v rámci metabolických poruch, například**

- 10.1. Hypoxie
- 10.2. Hyperkapnie
- 10.4. Hypoglykemie
- 10.5. Dialýza

11. Bolesti hlavy či obličeje v rámci onemocnění lebky, krku, očí, nosu, uší, vedlejších dutin, zubů, úst nebo jiných struktur hlavy a obličeje, například

- 11.1. Lebka
- 11.2. Cervikogenní (vertebrogenní) bolesti hlavy
- 11.3. Oko
- 11.4. Ucho
- 11.5. Nos a paranazální sinusy
- 11.6. Zuby
- 11.7. Temporomandibulární skloubení

12. Kraniální neuralgie, kořenové bolesti a deafferentační bolesti, například

- 12.1. Herpes zoster
- 12.2. Neuralgie n. trigeminus
- 12.3. Neuralgie n.glossopharyngeus

13. Neklasifikovatelné bolesti hlavy.

Primární bolesti hlavy, kterými se budeme dále zabývat, nemají prokazatelný strukturální podklad, neprokážeme je pomocí zobrazovacích metod, dělíme je jen podle kliniky, podle toho, jak je pacient popíše. Zde je velmi důležitá anamnéza, protože neexistuje žádný diagnostický test, který by prokázal migrénu nebo tenzní typ bolesti hlavy.

Zobrazovací metodiky (RTG, CT, MRI) mají u migrény normální výsledky, užijí se tam, kde je třeba vyloučit léčitelnou příčinu bolesti hlavy nebo, a to častěji, k odstranění obav nemocného z nádoru mozku. Dále je považujeme za indikované tam, kde u primární bolesti hlavy dojde ke změně frekvence, intenzity nebo typu bolesti (3).

Literatura

1. Headache Classification Committee of the IHS. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. Cephalalgia, 1988; 8: (Suppl. 7).
2. Waberžinek G, Keller O, Marková J. Bolesti hlavy. Současná klasifikace, diagnóza a léčba. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie, Tematická příloha, září 1999.

Z elektrofyziologických vyšetření nemá ani EEG žádné typické charakteristické rysy, je doporučováno tam, kde se objeví porucha vědomí, kde se objeví tranzitorní neurologické symptomy i mimo záchvatu bolesti hlavy, kde je zjištěna reziduální fokální symptomatologie či se objeví epileptický záchvat. Vyšetření evokovaných potenciálů nemá v diagnostice bolesti hlavy žádný přínos, jen při vyšetření některých modalit evokovaných potenciálů jsou popisovány určité změny, které jsou však využitelné spíše pro výzkum než pro diagnostiku (4).

Pro stanovení diagnózy je tedy nejdůležitější dobře vedená důkladná anamnéza, kdy se tážeme na první výskyt a frekvenci bolestí, charakter záchvatu bolesti, případnou přítomnost aury nebo prodromálních příznaků, žádáme popis typu bolesti, její lokalizaci, popis rozvoje bolesti a její intenzity. Aktivně se ptáme na přítomnost doprovodných příznaků, na možné vyvolávající faktory. Snažíme se posoudit i vliv záchvatu bolesti na ovlivnění běžných denních aktivit pacienta. U žen vždy doplníme údaje o menstruaci (pravidelnost cyklu, vazba záchvatů bolesti na určité fáze cyklu, užívání hormonální antikoncepce). Zjišťujeme dosavadní léčbu záchvatu i její efektivitu, případně vedlejší účinky. Většina specializovaných poraden pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy má dotazník (5), který bud vyplňuje pacient sám před příchodem do ordinace nebo pak přímo v ordinaci odpovědi zaznamenává do dotazníku lékaře. Dále je pak pacient s recidivujícími bolestmi hlavy vybaven diářem, kde eviduje frekvenci a typy bolesti hlavy, užitou medikaci a u žen je zaznamenáván i menstruační cyklus. Při dalších návštěvách pak lékař na základě všech těchto údajů rozhoduje o doporučené léčebné strategii, jak v léčbě akutní bolesti při záchvatu, tak o případném nasazení preventivní terapie.

Závěrem je třeba zdůraznit, že základem terapeutického úspěchu je dobrá komunikace s pacientem. Člověk trpící opakovanými silnými bolestmi hlavy se do poradny dostane často až po určité době, kdy už má obavy, že se jedná o závažné onemocnění a kdy stav bývá komplikován i depresí z opakujících se obtíží. Je třeba pacienta vyslechnout, dát najevo, že chápeme jeho obtíže, obavy i jejich vliv na jeho život a vysvětlit, že se jedná o problém, který život nepříjemní, ale neohroží. Dále ujistit, že stav je léčitelný a navrhnout vhodnou léčebnou strategii. Vždy je třeba respektovat názor poučeného pacienta na léčbu a terapeutickou strategii mu přizpůsobit. Čas lékaře, věnovaný pacientovi při jeho vstupní návštěvě, se pak zúročí v důvěře pacienta a jeho přístupu k léčbě.

3. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical Practice, 1. vydání Oxford, ISIS Medical Media, 1998: 219 s.
4. Kotas R, Záhřava J, Kastner J. Migréna-patofyziologie a léčba. 1. vydání Praha, Maxdorf, 2001: 182 s.
5. Waberžinek G. Bolesti hlavy Praha, Triton 2000: 190 s.