

Diferenciální diagnostika migrény

MUDr. Lukáš Klečka

Městská nemocnice Ostrava

Migréna je jedno z nejčastějších neurologických onemocnění. Diferenciální diagnostika migrény je rozsáhlá, zahrnuje celé spektrum primárních bolestí hlavy: různé typy migrény, trigeminových autonomních bolestí hlavy, tenzní typ bolesti hlavy, migrénu s autonomními projevy, ostatní primární bolesti a komplikace migrény. Problematika sekundárních bolestí je velmi obsáhlá. Zásadní pro diagnostiku je pečlivá anamnéza, klinický obraz a neurovizuální metody.

Klíčová slova: migréna, trigeminová autonomní bolest hlavy, tenzní typ bolesti hlavy, sekundární bolesti hlavy.

Differential diagnosis of migraine

Migraine is one of the most frequent neurological diseases. The differential diagnosis of migraine is rather extensive comprising the whole spectre of primary headaches, i.e. various migraine types, trigeminal autonomic cephalalgias, tension-type headaches, migraine with autonomic displays and other primary headaches including migraine complications. The problems of secondary headaches are very comprehensive. However, the essential for diagnosis is to carry out a thorough anamnesis, clinical picture and neuroimaging methods.

Key words: migraine, trigeminal autonomic cephalalgias, tension-type headache, secondary headaches.

S bolestmi hlavy se lidstvo potýká od nepaměti. Migréna je velmi frekventní onemocnění, kterým trpí celosvětově 11 % populace (15–18 % žen, 6 % mužů). Přestože je migréna velmi častým onemocněním, nelze každou bolest hlavy považovat za migrénu (Lipton et al., 2007). Článek přináší přehled o typech migrény a dalších bolestech hlavy, na které musíme v rámci diferenciální diagnózy pomýšlet.

V každodenní klinické praxi se potýkáme zejména se dvěma problémy. Prvním je pacient, který přichází s opakujícími se bolestmi hlavy a naším úkolem je stanovit správnou diagnózu a pak zahájit adekvátní terapii. Druhým častým problémem je pacient s náhle vzniklými bolestmi hlavy či se změnou jejich charakteru. Úskalím diferenciální diagnostiky migrény může být neúplně vyjádřený klinický obraz, případně překryv různých onemocnění s příznaky bolestí hlavy. Například častá koincidence migrény a bolestí hlavy z nadužívání

léků, které jsou zcela typické pro dlouholeté těžké migreniky.

Abychom mohli vést dobrou diferenciální diagnostiku, je třeba nejprve co nejpřesněji popsat samotnou migrénu.

Migréna

Dle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy v její třetí revizi (ICHD-3) rozlišujeme migrénu s aurou, migrénu bez aury, komplikace migrény a jiné migrenózní bolesti (ICHD 3, 2018).

Migrenózní záchvat je charakterizován svými postupnými projevy:

Prodromy

Prodromy se objevují 7 až 88 % pacientů s migrénou (Giffin et al., 2003). V diferenciální diagnostice nemají příliš velký význam, zejména pro jistou nespecifičnost a vágnost v projevech. Pokud se však objevují, jsou pro daného pacienta poměrně konzistentní a mohou upozornit na blížící se ataku migrény.

Aura a její diferenciální diagnostika

Asi u 30 % pacientů s migrénou se objevují přechodné ložiskové příznaky, které obvykle předcházejí bolesti hlavy. Může však přetrvávat i ve fázi bolesti hlavy nebo v případě tzv. prolongované aury i po jejím skončení. Aura se rozvíjí zpravidla v průběhu 5–20 minut a odezní obvykle do 60 minut. Prolongovaná aura trvá déle než 60 minut, ale méně než sedm dní (Kotas, 2015). Velmi opatrní musíme být u aury bez bolesti hlavy, která postihuje asi 3–6 % migreniků (Aiba et al., 2010).

Nejčastější je zraková aura, která je charakterizována jednak pozitivními zrakovými fenomény: scintilacemi a někdy se objevující fotopsií – což jsou bílé či tmavé nebo barevné skvrny, tečky, hvězdičky, jiskřičky a záblesky, fortifikace. Negativním fenoménem je skotom, který vede k inkompletní či kompletní ztrátě zraku v části zorného pole. Distribuce zrakových obtíží je nejčastěji hemianoptická (Russel et al., 1994).

Další je senzitivní aura, kdy se objevují parestezie či dysestezie nejčastěji na ruce a postupně

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Lukáš Klečka, kleckal@volny.cz

Městská nemocnice Ostrava, Nemocniční 20, 702 00 Ostrava

Cit. zkr: Neurol. praxi 2019; 20(6): 444–450

Článek přijat redakcí: 2. 10. 2019

Článek přijat k publikaci: 24. 10. 2019

se šíří na paži až trup, případně na obličej a může za sebou zanechat zónu hypestezie.

Řečová aura, která je charakterizována fatickou poruchou, nejčastěji expresivní afází. Pokud se afázie objevuje, pak spíše obvykle doprovází senzitivní auru, samostatně se objevuje poměrně vzácně (Jensen et al., 1994).

V rámci diferenciální diagnózy aury musíme myslet zejména na rozvoj cévní mozkové příhody včetně TIA (transitorní ischemická ataka), případně zejména u senzitivní aury na možnost parciálního epileptického záchvatu. Další možností je epileptická aura, která však trvá pouze vteřiny ne minuty či desítky minut. Pro diagnózu migrenózní aury hovoří postupný rozvoj obtíží, u zrakové aury přítomnost pozitivních fenoménů (scintilace, fotopsie), u senzitivní aury pak marš dysestezie následovaný hypestézií. Obtížně se ve svém počátku rozpoznává čistá řečová aura, zejména pokud není doprovázena jinou aurou.

Další aurou, která je v rámci diferenciální diagnostiky velmi obtížně rozpoznatelná, zejména v případě prvního kontaktu, je hemiparéza. Tato aura patří do obrazu tzv. hemiplegické migrény, kterou dle současné klasifikace rozlišujeme na familiární a sporadickou formu. Familiární forma je autosomálně dominantně dědičné onemocnění. Sporadická forma má negativní rodinnou anamnézu. Hemiparéza či hemiplegie je doprovázena alespoň jednou další aurou: řečovou, senzitivní či zrakovou (Kotas, 2015; Ducros et al., 2001). Vyloučit diagnózu akutní cévní mozkové příhody je při prvním kontaktu s takovýmto pacientem prakticky nemožné. Jedná se naštěstí o vzácnou nosologickou jednotku. Hemiparéza u cévní mozkové příhody, na rozdíl od aury, vzniká obvykle velmi rychle, není prchavá a senzitivní příznaky většinou nemají marš.

Kmenová aura: zde příznaky aury vycházejí z funkční léze mozkového kmene. Je přítomna diplopie, tinitus, závratě, dysartrie, hypakuze či ataxie. Není přítomna hemiparéza. Alespoň jeden příznak se vyvíjí pět a více minut. Dva či více příznaků se pak vyvíjejí postupně. Každý jeden příznak trvá do 60 minut. V rámci diferenciální diagnostiky musíme myslet na cévní příhodu v oblasti kmene, případně mozečku a to jak ischemické, tak i hemoragické etiologie. Je třeba zvažovat expanzivní proces v zadní jámě lební, případně počínající neuroinfekt. I zde je největší pomocí přesný klinický popis s typickou časovou posloupností a doplněné zobrazení mozku.

Retinální migréna se klinicky projevuje jako zraková aura (skotom, scintilace či slepota), ale pouze na jednom oku. V rámci diferenciální diagnostiky musíme vyloučit Amaurosis fugax, embolii do arteria centralis retinae, trombózu retinálních žil, případně amoci sítnice. Podrobné oční vyšetření je nezbytné. Na retinální migrénu můžeme pomýšlet při zcela negativním očním vyšetření a to ex post po odeznění klinických příznaků. Nezbytné je doplnit zobrazení mozku pomocí CT či MRI, vhodné je doplnit neurosonologické vyšetření (Grosberg, Solomon et al., 2005).

Vestibulární migréna: pacient s vestibulární migrénou trpí spontánní či polohovou závratí, doprovázené nauzeou. Ataka vertiga může trvat od několika sekund až do několika dnů. Někdy je vertigo doprovázeno jinou aurou, případně se vyskytuje fotofobie a fonofobie. Bolest hlavy se může rozvinout po odeznění vertiga, případně se objeví v průběhu ataky závratí, někdy však může bolest hlavy vertigo předcházet. Vertigo má většinou periferní charakter, tedy je rotační. Je třeba odlišit ataky benigního polohového vertiga, vestibulární neuronitis, Menièreovu nemoc. Vzhledem k prevalenci migrény v populaci může často dojít ke koincidenci migrény s jiným onemocněním vestibulárního aparátu (Jeřábek, 2011).

Vlastní migréna je obvykle dobře charakterizována recidivujícími bolestmi hlavy charakteru pulsatorních hemikranií, které však mohou mít i oboustranný charakter, případně se tyto bolesti mohou stranově střídat. Typicky je bolest doprovázena vegetativními příznaky: nauzeou či i zvracením a fotofobií, fonobií. Pokud se tyto bolesti periodicky opakují, není obvykle diferenciální diagnostika příliš svízelná.

V rámci diferenciální diagnózy je třeba zmínit některé stavy z migrény vyplývající, a to zejména z důvodu odlišné strategie léčby a zejména pak ostatní primární bolesti hlavy.

Komplikace migrény

Chronická migréna: jedná se o bolest vyskytující se více než 15x za měsíc a z toho minimálně osm záchvatů splňuje kritéria migrény, přičemž jedním z nich je pozitivní efekt terapie triptany. Při odběru anamnézy prakticky vždy zjistíme nadužívání různých typů analgetik, často triptanů. Některé ataky pak připomínají tenzní bolesti hlavy. Po celkovém množství užívaných

Tab. 1. Diagnostická kritéria pro migrénu bez aury (upraveno dle ICHD-3, 2018)

Diagnostická kritéria pro migrénu bez aury (upraveno dle ICHD-3, 2018)
A: nejméně pět atak splňujících kritéria B–D
B: trvání jednotlivé ataky bez léčby/nebo při nedostatečné léčbě 4–72 hodin
C: bolesti hlavy splňují alespoň dvě z následujících podmínek: 1. jednostranná lokalizace 2. pulzující charakter 3. střední a silná intenzita 4. akcentace fyzickou aktivitou
D: přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků: 1. fotofobie a fonofobie 2. nauzea/zvracení
E: nebylo prokázáno jiné onemocnění

Tab. 2. Diagnostická kritéria pro migrénu s aurou (upraveno dle ICHD-3, 2018)

Diagnostická kritéria pro migrénu s aurou (upraveno dle ICHD-3, 2018)
A: nejméně dvě ataky splňující kritéria B–D
B: jeden a více plně reverzibilních příznaků aury: zrakové, senzitivní, řečové/jazykové, motorické, kmenové, retinální
C: minimálně tři z následujících charakteristik: 1. alespoň jeden příznak aury se rozvíjí nejméně pět minut 2. dva a více příznaků aury se rozvíjí postupně 3. každý symptom trvá od 5–60 minut 4. alespoň jeden příznak je jednostranný 5. alespoň jeden příznak je pozitivní 6. aura je doprovázena nebo do 60 minut následována bolestí hlavy
D: nebylo prokázáno žádné jiné onemocnění dle ICHD-3 a byla vyloučena TIA

medikace je třeba aktivně pátrat (ICHD-3, 2018). Komplexní léčba je svízelná a patří do rukou obeznámeného specialisty.

Status migrenosus: opět anamnesticky definujeme tento stav, jako bolest trvající déle než 72 hodin. Pacient je po opakovaném zvracení často celkově alterován a nezřídka je přivážen do nemocnice pod obrazem metabolického rozvratu. Vždy je třeba primárně pomýšlet na sekundaritu a pacienta pečlivě vyšetřit. Akutní CT mozku je vždy na místě.

Perzistující aura bez migrenózního infarktu: jedná se o vzácnou klinickou jednotku s projevy perzistující, zejména zrakové aury (může být i motorická, případně senzitivní). Po dobu delší než jeden týden, bez nálezu strukturálních změn na MRI mozku. Typicky jsou zrakové změny popisovány jako zrnění v celém zorném poli, tzv. visual snow, případně pacient vidí nereálné obrazy, tzv. after images. Tyto změny nejsou žádným způsobem objektivizovatelné. Diferenciální

diagnostika je svízelná. V rukou neinformovaného lékaře může dojít až k psychiatrické stigmatizaci pacienta. V anamnéze je vždy přítomná migréna s aurou. Negativní je oční vyšetření, MRI mozku i zrakové EP (Mastík, 2012).

Migrenózní infarkt je vzácná komplikace, kdy příznaky aury trvají déle než jednu hodinu a na CT či lépe MRI mozku prokážeme časné ischemické změny. Tyto se častěji nacházejí ve vertebrobazilární mozkové cirkulaci. Migrenózní infarkt se objevuje zejména u mladších žen. Neurologický deficit bývá spíše lehčí (Arboix et al., 2003). V dnešní době se jedná o pacienty plně indikované k rekanalizační terapii a k diagnóze migrenózního iktu se přikloníme až ex post, dle případného MRI nálezu a doplnění podrobné anamnézy.

Vzácně se může objevit migrénou spuštěný epileptický záchvat. Z definice se jedná o epileptický záchvat v průběhu aury případně do hodiny po ní.

Ostatní primární bolesti hlavy

Tenzní typ bolesti hlavy: na rozdíl od migrény se jedná o nepulzatorní, spíše tlakové a svíravé bolesti hlavy, které jsou mírné až střední intenzity a jsou oboustranné. Běžná fyzická činnost bolest hlavy nezhoršuje. Není přítomna nauzea ani zvracení. Fotofobie a fonofobie se může objevit. Rozlišujeme epizodickou a chronickou formu. U chronické formy (více než 15 dní v měsíci s bolestí) je třeba zvažovat sekundární bolest, včetně bolestí hlavy z nadužívání medikace, případně chronickou migrénu (IChD-3, 2018).

Trigeminové autonomní bolesti hlavy: jsou charakterizovány kromě záchvatovitě bolesti i přítomnými autonomními projevy.

Cluster headache (CH): je charakterizován na rozdíl od migrény striktně jednostrannou atakovitou periorbitální bolestí trvající cca 30–180 minut, takovýchto atak má pacient 1–8 za den. Bolest hlavy je v atace až extrémní. Je považována za jednu z nejsilnějších bolestí vůbec. Je častější u mužů (cca 3 : 1). Typickým projevem, který nás navede ke stanovení diagnózy, je přítomnost vegetativních projevů: slzení bolestivého oka, nastříklá sklera, někdy ptóza a mióza postiženého oka, kongesce nosní sliznice či rhinorea, zarudnutí a opocení poloviny obličeje nebo čela. Tyto příznaky se konzistentně objevují až u 95 % pacientů (Goadsby, 2008). Během atak bývá pa-

cient na rozdíl od migrény extrémně neklidný, někdy dokonce buší hlavou o zeď či zem. Toto je významný rozdíl proti migréně, kdy naopak pacient leží v lůžku a odmítá se pohnout. Dotaz, jak se pacient chová a jak vypadá během záchvatu, bývá klíčovým dotazem ve stanovení správné diagnózy. Významným diagnostickým faktorem, někdy nazývaným „Budíkovým příznakem“, jsou záchvaty, které přicházejí krátce po usnutí (1–2 hodiny), případně ve stejnou noční hodinu. Zcela typickou pro ataku cluster headache je výborná terapeutická odpověď na inhalaci kyslíku o vysokém minutovém průtoku (12–15 l/min). Takto lze záchvat přerušit u cca 70 % pacientů. Při podezření na ataku cluster headache, zejména v podmínkách akutního příjmu, je případný efekt podaného kyslíku výbornou diagnostickou podporou pro určení diagnózy. Během období atak užití byť i malého množství alkoholu provokuje často velmi silný záchvat. Mezi atakami, pak požití alkoholu žádnou bolest neprovokuje. Stejně tak provokují ataku bolesti vasodilatační látky, zejména nitráty.

Paroxysmální hemikranie: charakter bolesti a doprovodné příznaky jsou podobné jako u CH, ataky jsou však kratší a častější. Postihuje častěji ženy. Bolest trvá 2 až 30 minut, má náhlý začátek i konec. Lokalizována je periorbitálně. Počet atak je různý od 1 do 40 za den, průměrně 10 za den. Ataky jsou rovnoměrně rozloženy během dne, nemají typický noční charakter. Asi 10 % atak může být provokováno pohybem či rotací hlavy. Podobně se chová palpce horní krční páteře případně palpce n. occipitalis maior, které provokují ataku bolesti (Kotas, 2015). Pro diferenciální diagnostiku je zásadní absolutní odpověď na užití Indometacinu, kdy po nasazení medikace do 1–2 dnů záchvaty významně ustupují nebo zcela mizí.

Hemicrania continua: vzácnou nosologickou jednotkou, postihující asi 1 % pacientů s primární bolestí hlavy je hemicrania continua, charakterizována striktně jednostrannou trvalou bolestí hlavy, obvykle střední intenzity s atakami silných bolestí hlavy ve stejné lokalitě (Sjaastad et Bakketieg, 2007). Klíčové pro stanovení diagnózy je charakter bolesti. Základní bolest je tupá nebo tlaková, exacerbace trvají od několika desítek minut po několik dní a vždy jsou doprovázeny minimálně jedním vegetativním příznakem. Podobně jako u cluster headache může být přítomen neklid či agitace. Bolest musí

trvat nejméně tři měsíce. Na rozdíl od cluster headache typicky bolest reaguje na nasazení Indometacinu (Kotas, 2015).

Krátce trvající jednostranná neuralgiformní bolest hlavy: jedná se o silnou jednostrannou bolest hlavy s lokalizací orbitálně, supraorbitálně či temporálně, trvající krátce 1–600 vteřin. Tato bolest přichází buď izolovaně, nebo je ataka tvořena skupinami krátkých bolestivých záchvatů. Případně může mít ataka jakoby pilovitý charakter, kdy bolest přechodně stoupá a klesá. Bolest je vždy doprovázena jedním z typických vegetativních příznaků: konjunktivální injekce a/nebo slzení oka, kongesce nosní sliznice a/nebo rhinorea, edém očního víčka, pocení na čele či obličeji, zarudnutí na čele či obličeji, pocit zalehlého ucha a mióza a/nebo ptóza. Rozlišují se dva typy: krátce trvající jednostranná neuralgiformní bolest hlavy s nástřikem spojivek a slzením (SUNCT) a krátce trvající jednostranná neuralgiformní bolest hlavy s kranálními autonomními příznaky (SUNA). SUNCT je charakterizován konjunktivální injekcí a slzením oka, zatímco SUNA má jeden nebo žádný z těchto příznaků. Pro SUNCT/SUNA hovoří normální oční vyšetření se změřením nitroočního tlaku, normální MRI mozku.

Diferenciální diagnostika trigeminových autonomních bolestí je rozsáhlá. Zvažujeme jednotlivé typy trigeminových autonomních bolestí. Ze sekundárních bolestí se jedná o maxilární sinusitidu, Tolosa-Hunt syndrom, glaukomový záchvat. Ve vyšším věku musíme zvážit temporální arteritidu, Readerův syndrom a zejména neuralgii trojklaného nervu. Z dalších sekundárních bolestí je třeba vyloučit cévní onemocnění mozku, tumory mozku, zejména base lební, maxilární sinusitidu, herpes zoster ophthalmicus, poúrazovou bolest, glaukom, Arnold-Chiariho malformaci, zubní postižení, idiopatickou intrakraniální hypertenzi.

Migréna s autonomními projevy: typické vegetativní projevy jsou popisovány u 45,8 až 56 % pacientů s migrénou, bez vazby na typ migrény. Tyto příznaky mají častěji tendenci být oboustranné, případně mohou být na opačné straně než je hemikranie, spíše lehké až střední intenzity a nemají konzistentní vazbu k bolesti hlavy (Lai et al., 2009). Migrenózní záchvaty jsou u pacientů s autonomními projevy častěji jednostranné, těžší, frekventnější, delšího trvání, s lepší odpovědí na triptany než u migrén bez

Tab. 3. Sekundární bolesti hlavy

Sekundární bolesti hlavy	
Náhle velmi silná bolest hlavy	Bolest hlavy spojená se zvýšenou teplotou
Bolest hlavy náhle vzniklá při fyzické či sexuální aktivitě	Bolest hlavy vzniklá meningeálním drážděním nebo zvracením
Bolest hlavy následující úraz hlavy	Bolest hlavy u pacienta s HIV infekcí
Bolest hlavy spojená s edémem papily	Nově vzniklá bolest hlavy po 50. roce věku
Nově vzniklá bolest hlavy u pacientů s onkologickým onemocněním	Bolest hlavy spojená s ložiskovou symptomatologií
Bolest hlavy spojená s mentálními změnami	Progresivně narůstající bolest hlavy

Tab. 4. Rozdělení dle typu bolesti hlavy

Typy bolesti	Etiologie	Diagnostika
Náhle vzniklá bolest hlavy	SAK, disekce, trombóza splavů, bolest hlavy z expanze aneurysmatu, hypertenzní krize, krvácení do hypofýzy, reverzibilní vazokonstriční syndrom, thunderclap headache	CT event. MRI, lumbální punkce po zobrazení
Narůstající bolest hlavy	Tumor CNS, subdurální hematom, bolest z nadužívání léků, léková bolest	Anamnéza, CT event. MRI
Bolest hlavy s ložiskovým neurologickým nálezem, případně jinou než typickou aurou (zraková, senzitivní)	Tumor CNS, cévní onemocnění mozku, systémové onemocnění pojiva, SLE	CT mozku, MRI mozku, CT angiografie či DSA, revmatologické vyšetření
Bolest hlavy s edémem papily optického nervu	Tumor CNS, meningitida, encefalitida, idiopatická intrakraniální hypertenze	CT event. MRI, lumbální punkce
Bolest hlavy zhoršovaná kašlem, cvičením, Valsalvovým manévrem	Tumor CNS, SAK, léze zadní jámy lebni	CT event. MRI, lumbální punkce
Bolest hlavy během gravidity a po porodu	Trombóza splavů a žil, disekce magistralních tepen, krvácení do hypofýzy	CT event. MRI mozku, event. včetně podání kontrastní látky

automních projevů. Naopak projevy allodynie v inervační zóně trojklaného nervu, které jsou projevem centrální senzitivizace, často korelují se sníženou odpovědí na triptany a s chronifikací migrény (Ekizoglu, 2018).

Další primární bolesti hlavy

Primární bodavá bolest hlavy je vzácná, vyskytuje se samostatně, případně sdruženě s migrénou či trigeminovými autonomními bolestmi. Je charakterizována krátkou bodavou bolestí, v řádu vteřin, vyskytují se nepravidelně v průběhu dne v počtu od jednoho do mnoha záchvatů. Lokalizace je většinou v oblasti první větve trojklaného nervu. Sugestivně tuto bolest charakterizuje starší název: needle-in-the – eye-syndrom.

Samostatnými klinickými jednotkami (po vyloučení sekundarity) je bolest hlavy při kašli, námahová bolest, hypnická bolest hlavy, bolest hlavy vyvolaná chladovými podněty a bolest hlavy vyvolaná vnějším tlakem.

Z hlediska přístupu k diagnostice stojí za pozornost následující typy primárních bolestí hlavy, kdy vždy nejprve zvažujeme sekundaritu.

Za podrobnější zmínku stojí primární bolest hlavy spojená se sexuální aktivitou. Zde je třeba při prvním kontaktu vždy vyloučit sekundaritu, zejména SAK (subarachoideální krvácení), bolest z distenze stěny aneurysmatu, arteriální disekce, bolest při CNS vaskulitidě způsobené drogami (kokain, amfetaminy), bolest z nárůstu intrakraniálního tlaku při sexu – zejména u pacientů s Arnold-Chiariho malformací, nebo bolest ze svalového spazmu krční svaloviny (Pfortmueller et al., 2013). Případně se nabízí možnost syndromu likvorové hypotenze na podkladě při souloži vzniklé durální trhliny. Může rozlišit dva podtypy: tupou, oboustrannou bolest hlavy a šije vznikající během sexu, která postupně narůstá a náhlou silnou a prudkou pulzující bolest vzniklou během orgasmu. Vyskytuje se častěji u mužů, nejintenzivnější je zhruba v prvních 15 minutách od vzniku, často je obsoustranná. Nauzea, fotofobie a fonofobie není obvyklá. Ataka může být izolovaná případně nakupená s obdobím remise. V rámci diferenciální diagnostiky této konkrétní jednotky je třeba kromě výše uvedeného zvažovat polékovou bolest při užití inhibitorů fosfodiesterázy-5 (např. Sildenafil),

kteří se vyskytuje až u 16 % mužů užívajících tyto léky (Carson, 2003).

Thunderclap headache (primární prudce narůstající bolest hlavy): jedná se o silnou bolest s rychlým nástupem, maximum intenzity nastupuje do 5 minut, trvá jednu hodinu až 10 dnů. Diagnóza je stanovena per exclusionem. Zobrazovací metody mozku jsou normální, včetně zobrazení mozkových cév, likvorologické vyšetření je negativní. Klinický obraz imponuje na sekundární bolest a tato musí být vždy pečlivě vyloučena. Z cévních onemocnění to je zejména SAK, nitrolební krvácení, trombóza splavů, vaskulitida, dále hypertenzní encefalopatie, krvácení do hypofýzy spontánní nitrolební hypotenze, neuroinfekt, bolest hlavy při sinusitidě, případně se jedná o obraz reverzibilního cerebrálního vazokonstričního syndromu.

Sekundární bolesti hlavy

Problematika sekundárních bolestí hlavy je velmi obsáhlá a pro potřeby tohoto článku lze vybrat pouze jednotlivé body. Sekundární bolesti jsou příznakem léze CNS nebo organického onemocnění intra- nebo extrakraniálně na hlavě.

Na základě charakteristických známek lze poměrně přesně soudit na sekundární příčinu bolestí hlavy. Doplnění neuroradiologického zobrazení, laboratorního případně likvorologické vyšetření pak tuto sekundaritu často potvrdí (Kotas, Kastner et Polívka, 2011).

Z jednotlivých skupin se jedná zejména o:

- Bolesti hlavy spojené s vaskulárními poruchami: na prvním místě je třeba jmenovat rupturu aneurysmatu, bolest hlavy z distenze aneurysmatu, bolesti při nitrolebním krvácení, krvácení z AVM, disekci magistralní mozkové tepny případně bolest hlavy u ischemické cévní mozkové příhody. U náhle vzniklých bolestí hlavy (charakter nemusí být trvalý, může mít klinický obraz migrény či trigeminoautomních bolestí) ve věku nad 60 let a zejména tam, kde se rozvíjí jednostranná či oboustranná porucha vizu, je třeba vždy myslet na temporální arteritidu.
- Potraumatické bolesti hlavy: bolest hlavy může být jedním z příznaků lehkého mozkového poranění (komoce), tak i závažnějších poranění, jako je epidurální hematom, subdurální hematom, případně kontuzně-hemoragická ložiska.

- Bolesti hlavy u expanzivních procesů nitrolebních: bolest hlavy u nitrolebních nádorů je obvykle málo výrazná a plíživá. Pouze u významné nitrolební hypertenze může být bolest intenzivní a spojená se zvracením. Bolest hlavy nebývá dominujícím příznakem a další klinické změny, jako je psychická alterace, amence, topický neurologický nálezní, epileptický záchvat pak klinika navedou k časnému provedení CT či MRI a stanovení správné diagnózy.
- Bolesti hlavy v souvislosti s infekcí: bolest hlavy se zvracením, vysokou horečkou, krátkou anamnézou potíží a případně narůstající alterací vědomí je obrazem purulentní meningitidy. Opozice šíje se obvykle vyvine, není však nezbytným příznakem a může v prvních hodinách zcela chybět a s narů-

stávající poruchou vědomí může opět až zcela vymizet. U virových meningitid se nálezní můžeme rozvinout plíživěji a bolest hlavy je opět doprovázena horečkou, foto a fonofobií a meningizmem. Rovněž u HIV infekce jsou časté bolesti hlavy. Meningeální syndrom s horečkou se může vyvinout v kterémkoliv fázi onemocnění (ICH-3, 2018; Kotas, 2015).

- Bolest hlavy v souvislosti s užitím farmakologicky účinné látky případně jejím vysazením: kromě již zmíněných inhibitorů fosfodiesterázy 5 se jedná zejména o nitráty určené k léčbě anginy pectoris, amantadin, atropin, barbituráty, Ca blokátory, kodein, dipyridamol, gestageny i estrogeny, hormony štítné žlázy, morfin, omeprazol, pentoxifylin, primidon, theophyliny, NSAID, některá ATB: ampicilin, rifampicin, trimetoprim, tetra-

cyklin, chinolony, cefalosporiny, metronidazol. Za zmínku stojí rovněž antikonvulziva, z nichž některá jsou užívána v prevenci migrény: carbamazepin, oxcarbamazepin, lamotrigin, u valproátu je riziko bolesti hlavy pouze při jeho vysazení. Z nových antiepileptik se jedná o lacosamid a perampnel (Ko et al., 2015).

Závěrem je třeba zmínit velkou skupinu bolestí hlavy spojenou s postižením lebky, krku, uší, nosu zubů a zejména oka. V této souvislosti se jedná zejména o akutní glaukomový záchvat u glaukomu s uzavřeným úhlem. Zde je neurolog často první, který podezření na glaukom vysloví. Ke stanovení diagnózy stačí bolestivá palpce oka tvrdého jako kámen, dalšími příznaky je široká nereagující zornice a nastříklá sklera.

LITERATURA

1. Aiba S, Tatsumoto M, Saisu A, Iwanami H, Chiba K, Senoo T, Hirata K. Prevalence of typical migraine aura without headache in Japanese ophthalmology clinics. *Cephalalgia* 2010; 30: 962–967.
2. Arboix A, Massons J, Garcia-Eroles L, Oliveres M, Balcells M, Targa C. Migrainous cerebral infarction in the Sagrat Cor Hospital of Barcelona stroke registry. *Cephalalgia* 2003; 23: 389–394.
3. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache or migraine. Consideration in making a differential diagnosis. *Neurology* 2002; 58(9 Suppl 6): S10–14.
4. Carson CC. Long-term use of sildenafil. *Expert Opin Pharmacother* 2003; 4(3): 397–405.
5. Cittadini E, Goadsby PJ. Hemispheric continua: a clinical study of 39 patients with diagnostic implications. *Brain* 2010; 133(Pt 7): 1973–1986.
6. Ducros A, Denier C, Joutel A, Cecillon M, Lescoat C, Vaehdi K. The clinical spectrum of familial hemiplegic migraine associated with mutations in a neuronal calcium channel. *N Engl J Med* 2001; 345: 17–24.
7. Ekizoglu E. Autonomic Symptoms and Allodynia in Migraine. *Noro Psikiyatr Ars*. 2018; 55(3): 197–198.
8. Frischberg BM. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. *Neurology* 1994; 44: 1191–1197.

9. Giffin NJ, Ruggiero L, Lipton RB, Silberstein SD, Tvedskov JF, Olesen J, Altman J, Goadsby PJ, Macrae A. Premonitory symptoms in migraine: an electronic diary study. *Neurology* 2003; 60(6): 935–940.
10. Goadsby PJ. Lacrimation, conjunctival injection, nasal symptoms cluster headache, migraine and cranial autonomic symptoms in primary headache disorders – what's new? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2008; 80: 1116–1119.
11. Gronseth GS, Greenberg MK. The utility of the electroencephalogram in the evaluation of patients presenting with headache: a review of the literature. *Neurology* 1995; 45: 1263–1267.
12. Grosberg BM, Solomon S, Lipton RB. Retinal migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 268–271.
13. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1–211.
14. Jensen K, Tfelt-Hansen P, Lauritzen M, Olesen J. Classic migraine. A prospective recording of symptoms. *Acta Neurol Scand* 1986; 73: 359–362. PMID3727912.
15. Jeřábek J. Současné možnosti léčby závratí. *Neurol. praxi* 2011; 12(5): 340–343.
16. Ko D, Yang H, Williams B, Xing D, Laurenza A. Perampnel in the treatment of partial seizures: time to onset and du-

- ration of most common adverse events from pooled phase III and extension studies. *Epilepsy Behav* 2015; 48: 45–52.
17. Kotas R. Bolesti hlavy v klinické praxi. Praha: Maxdorf, 2015.
18. Kotas R, Kastner J, Polívka J. Sekundární bolesti hlavy v klinické praxi. *Neurol. praxi* 2011; 12(5): 334–338.
19. Lai TH, Fuh JL, Wang SJ. Cranial autonomic symptoms in migraine: characteristics and comparison with cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80(10): 1116–1119, PMID18931007.
20. Lipton RB, Bigal ME, Diamond FF, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007; 68: 343–349.
21. Mastík J, Perzistující migrenózní aura bez infarktu. *Neurol. praxi* 2012; 13(1): 10–13.
22. Pfortmueller CA, Koetter JN, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Sexual activity-related emergency department admissions: eleven years of experience at a Swiss university hospital. *Emerg Med J* 2013; 30: 846–850.
23. Russell MB, Iversen HK, Olesen J. Improved description of the migraine aura by a diagnostic aura diary. *Cephalalgia* 1994; 14: 107–117.
24. Sjaastad O, Bakkeiteig LS. The rare, unilateral headaches. Vágá study of headache epidemiology. *J Headache Pain* 2007; 8(1): 19–27.