

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 diagnostiky 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 bolesti hlavy z nadužívání léků, které jsou zcela typické pro dlouholeté těžké migreniky.

Abychom mohli vést dobrou diferenciální diagnostiku, je třeba nejprve co nejpresněji 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 předchází 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 (Russell et al., 1994).

Další je senzitivní aura, kdy se objevují parestezie či dysestezie nejčastěji na ruce a postupně 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 afázií. Pokud se afázie objevuje, pak spíše obvykle doprovází senzitivní auru, samostatně se objevuje poměrně vzácně (Jensen et al., 1994).

V rámci diferenciální diagnostiky aury musíme myslet zejména na rozvoj cévní mozkové příhody včetně TIA (tranzitorní 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 hypestezií. Obtížně se ve svém počátku rozpoznává čistá řečová aura, zejména pokud není doprovázena jinou aurou.

Další aurou, která je v rámci diferenciální diagnostiky velmi obtíž-

ně rozpoznatelná, zejména v prípade prvého kontaktu, je hemiparéza. Tato aura patrí do obrazu tzv. hemiplegické migrény, ktorou dle súčasnej klasifikácie rozlišujeme na familiárnu a sporadickú formu. Familiárna forma je autosomálne dominantne dedičné ochorenie. Sporadická forma má negatívnu rodinnú anamnézu. Hemiparéza či hemiplegie je doprovádzaná aspoň jednou ďalšou aurou: rečovou, senzitivní či zrakovou (Kotas, 2015; Ducros et al., 2001). Vyloučiť diagnózu akútnej cévnej mozgovej príhody je pri prvom kontakte s takovýmto pacientom prakticky nemožné. Jedná sa o šťastie o vzácnou nosologickú jednotku. Hemiparéza u cévnej mozgovej príhody, na rozdiel od aury, vzniká obvykle veľmi rýchlo, není prchavá a senzitivní príznaky väčšinou nemajú marš.

Kmenová aura: zde príznaky aury vychádzajú z funkčnej lézie mozgového kmene. Je prítomná diplopia, tinitus, závrat, dysartria, hypakuza či ataxie. Není prítomná hemiparéza. Aspoň jeden príznak sa vyvíja päť a viac minút. Dva či viac príznakov sa pak vyvíjajú postupne. Každý jeden príznak trvá do 60 minút. V rámci diferenciálnej diagnostiky musíme myslieť na cévnu príhodu v oblasti kmene, prípadne mozečku a to jak ischemické, tak i hemoragické etiologie. Je třeba zvažovať expanzívny proces v zadnej časti lebky, prípadne počínajúci neuroinfekt. I zde je největší pomoci 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 diferenciálnej diagnostiky musíme vyloučiť Amaurosis fugax, emboliu do arteria centralis retinae, trombózu retinálnych žil, prípadne amoci sítnice. Podrobné očné vyšetrenie je nezbytné. Na retinálnu migrénu môžeme pomýšľať pri zcela negativním očním vyšetření a to ex post po odeznění klinických příznaků. Nezbytné je doplniť zobrazení mozku pomocí CT či MRI, vhodné je doplniť neurosonologické vyšetrenie (Grosberg, Solomon et Lipton, 2005).

Vestibulární migréna: pacient s vestibulární migrénou trpí spontánní či polohovou závratí, doprovázené nauceou. 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 střídát. 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 diagnostiky 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 15× 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 užívané 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 nezdíka 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.

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 splňujících kritéria B–D
- B: jeden a více plně reverzibilních příznaků aury: zrakové, senzitivní, rečové/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

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 prítomná migréna s aurou. Negativní je očné vyšetrenie, MRI mozku i zrakové EP (Mastík, 2012).

Migrenózní infarkt je vzácná komplikace, kdy príznaky aury trvají déle než jednu hodinu a na CT či lépe MRI mozku prokážeme časné ischemické změny. Tyto se častěji nacházejí ve vertebroba-

zilární 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 bolesti 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 bolesti hlavy z nadužívání medikace, případně chronickou migrénu (ICHD-3, 2018).

Trigeminové autonomní bolesti hlavy: jsou charakterizovány kromě záchvatovité 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 pacient 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 „Budíkový příznak“, 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 byt 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 bolestí 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 palpace 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 agita-

ce. 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 injekcí 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 kraniálními 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 ophtalmicus, pouřazovou 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

Tab. 3. Sekundárni bolesti hlavy

Sekundárni bolesti hlavy	
Náhla veľmi silná bolesť hlavy	Bolesť hlavy spojená se zvýšenou teplotou
Bolesť hlavy náhle vzniklá pri fyzickej či sexuálnej aktivite	Bolesť hlavy vzniklá meningeálnym dráždením alebo zvracením
Bolesť hlavy následujúci úraz hlavy	Bolesť hlavy u pacienta s HIV infekciou
Bolesť hlavy spojená s edémom papily	Nové vzniklá bolesť hlavy po 50. roke veku
Nové vzniklá bolesť hlavy u pacientů s onkologickým ochorením	Bolesť hlavy spojená s ložiskovou symptomatológiou
Bolesť hlavy spojená s mentálnymi zmenami	Progresívne narúšťajúca bolesť hlavy

Tab. 4. Rozdelenie dle typu bolesti hlavy

Typy bolesti	Etiologie	Diagnostika
Náhle vzniklá bolesť hlavy	SAK, disekce, trombóza splavů, bolesť hlavy z expanzie aneuryzmatu, hypertenzní krize, krvácanie do hypofýzy, reverzibilní vazokonstriční syndrom, thunderclap headache	CT event. MRI, lumbálna punkcia po zobrazení
Narúšťajúca bolesť hlavy	Tumor CNS, subdurálna hematom, bolesť z nadužívania liekov, lieková bolesť	Anamnéza, CT event. MRI
Bolesť hlavy s ložiskovým neurologickým náležen, prípadne inou než typickou aurou (zraková, senzitivná)	Tumor CNS, cievne ochorenie mozku, systémové ochorenie pojiva, SLE	CT mozku, MRI mozku, CT angiografie či DSA, reumatologické vyšetrenie
Bolesť hlavy s edémom papily optického nervu	Tumor CNS, meningitída, encefalitída, idiopatická intrakraniálna hypertenzia	CT event. MRI, lumbálna punkcia
Bolesť hlavy zhoršovaná kašľom, cvičením, Valsalvovým manévrom	Tumor CNS, SAK, léze zadní jámy lebni	CT event. MRI, lumbálna punkcia
Bolesť hlavy během gravidity a po porodu	Trombóza splavů a žil, disekce magistralních tepen, krvácanie do hypofýzy	CT event. MRI mozku, event. včetně podání kontrastní látky

opačné straně než je hemikránie, spíše ľahké až stredné intenzity a nemajú konzistentnú väzbu k bolesti hlavy (Lai et al., 2009). Migrenózne záchvaty sú u pacientů s autonómnymi prejavmi častejšie jednostranné, ťažšie, frekventnejšie, delšieho trvania, s ľepšou odpoveďou na triptany než u migrén bez autonómnych prejavů. Naopak prejavy allodynii v inervačnej zóne trojklaného nervu, ktoré sú prejavom centrálny senzitivizácie, často korelujú s sniženou odpoveďou na triptany a s chronifikáciou migrény (Ekizoglu, 2018).

Další primární bolesti hlavy

Primární bodavá bolesť hlavy je vzácná, vyskytuje sa samostatne, prípadne sručené s migrénou či trigeminovými autonómnymi bolesťami. Je charakterizovaná krátkou bodavou bolesťou, v rade vterin, vyskytujú sa nepravidelne v priebehu dňa v počtu od jedného do mnoha záchvatů. Lokalizácia je väčšinou v oblasti prvej vetvy trojklaného nervu. Sugestívne túto bolesť charakterizuje starší názov: needle-in-the – eye-syndrom.

Samostatnými klinickými jednotkami (po vylúčení sekundarity) je

bolesť hlavy pri kašli, námahová bolesť, hypnická bolesť hlavy, bolesť hlavy vyvolaná chladovými podnetmi a bolesť hlavy vyvolaná vonjším tlakom.

Z hľadiska prístupu k diagnostike stojí za pozornosť následujúce typy primárných bolestí hlavy, kedy vždy najprve zvažujeme sekundaritu.

Za podrobnejšiu zmienku stojí primární bolesť hlavy spojená s sexuálnou aktivitou. Zde je treba pri prvom kontakte vždy vylúčiť sekundaritu, zejména SAK (subarachnoideálna krvácanie), bolesť z distenzie steny aneuryzmatu, arteriálna disekcia, bolesť pri CNS vaskulitide spôsobené drogami (kokain, amfetaminy), bolesť z nárastu intrakraniálnu tlaku pri sexu – zejména u pacientů s Arnold-Chiariho malformáciou, alebo bolesť ze svalového spazmu krčnej svaloviny (Pfortmueller et al., 2013). Prípadne sa nabízí možnosť syndromu likvorovej hypotenzie na podklade pri souložii vzniklé durálny trhliny. Môže rozlíšiť dva podtypy: tupou, oboustrannou bolesť hlavy a šije vznikajúca během sexu, ktorá postupne narústa a náhlou silnou a prudkou pulzujúcou bolesťou vzniklou během orgazmu. Vyskytuje sa častejšie u mužů,

nejintenzívnejšie je zhruba v prvých 15 minútach od vzniku, často je obsous-tranná. Nauzea, fotofobie a fonofobie není obvyklá. Ataka môže byť izolovaná prípadne nakupená s obdobím remisie. V rámci diferenciálnej diagnostiky túto konkrétnej jednotky je treba kromě výše uvedeného zvažovať polékovou bolesť pri užití inhibitorů fosfodiesterázy-5 (napr. Sildenafil), ktoré sa vyskytuje až u 16 % mužů užívajících tyto léky (Carson, 2003).

Thunderclap headache (primární prudce narúšťajúca bolesť hlavy): jedná sa o silnú bolesť s rýchlym nástupom, maximum intenzity nastupuje do 5 minút, trvá jednu hodinu až 10 dní. Diagnóza je stanovená per exclusionem. Zobrazovací metódy mozku sú normálne, včetně zobrazení mozgových ciev, likvorologické vyšetrenie je negatívne. Klinický obraz imponuje na sekundární bolesť a táto musí byť vždy pečlivo vylúčená. Z cievnych ochorení to je zejména SAK, nitrolebné krvácanie, trombóza splavů, vaskulitída, ďalej hypertenzná encefalopatie, krvácanie do hypofýzy spontánny nitrolebné hypotenzie, neuroinfekt, bolesť hlavy pri sinusitide, prípadne sa jedná o obraz reverzibilného cerebrálneho vazokonstričného syndromu.

Sekundární bolesti hlavy

Problematika sekundárných bolestí hlavy je veľmi obsáhlá a pro potreby tohoto článku lze vybrat pouze jednotlivé body. Sekundární bolesti jsou příznakem léze CNS nebo organického ochorenia intra- nebo extrakraniálne na hlavě.

Na základe charakteristických známek lze poměrně přesně soudit na sekundární příčinu bolestí hlavy. Doplnění neuroradiologického zobrazení, laboratorního prípadne likvorologické vyšetrenie pak túto sekundaritu často potvrdí (Kotas, Kastner et Polívka, 2011).

Z jednotlivých skupin se jedná zejména o:

- Bolesť hlavy spojené s vaskulárnymi poruchami: na prvom mieste je treba jmenovat rupturu aneuryzmatu, bolesť hlavy z distenzie aneuryzmatu, bolesti pri nitrolebném krvácaní, krvácaní z AVM, disekci magistralní mozkové tepny prípadne bolesť

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 hematoma, subdurální hematoma, 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 nálezn, 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 narůstající poruchou vědomí může opět až zcela vymizet. U virových meningitid se nálezn může 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 kterékoli 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, pentoxyphyllin, primidon, theophyliny, NSAID, některá ATB: ampicilin, rifampicin, trimetoprim, tetracyklin, chinolony, cefalosporiny, metronidazol. Za zmínku stojí rovněž antikonvulziva, z nichž některá jsou užívána v prevenci migrény: carbamazepin, oxcarbamazepin, lamotrigin, u valproátu je riziko bolestí hlavy pouze při jeho vysazení. Z nových antiepileptik se jedná o lacosamid a perampanel (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 palpatace 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, Vaehedi 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. Perampanel in the treatment of partial seizures: time to onset and duration 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. Mastik 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, Bakkevig LS. The rare, unilateral headaches. Vágn study of headache epidemiology. *J Headache Pain* 2007; 8(1): 19–27.

Článek je převzatý z:
Neurol. praxi 2019; 20(6): 444–450

MUDr. Lukáš Klečka
Městská nemocnice Ostrava
Nemocniční 20, 702 00 Ostrava
kleckal@volny.cz