

Ďalšie primárne bolesti hlavy – vybrané typy

MUDr. Milan Mareta, PhD.

Neurologická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice

Primárne bolesti hlavy sú najčastejším typom bolestí hlavy. Do tejto skupiny podľa medzinárodnej klasifikácie bolesti hlavy zaradujeme migrénu, tenznú bolesť hlavy, trigeminálne autonómne bolesti hlavy a ďalšie primárne bolesti hlavy. Práve posledná kategória obsahuje viacero typov bolesti hlavy, s ktorými sa môžeme stretnúť v klinickej praxi. Charakteristické pre túto skupinu bolestí hlavy je menej jasny mechanizmus vzniku, ako aj možnosti medikamentózneho ovplyvnenia, ktoré nie sú založené na výsledkoch randomizovaných liekových štúdií. Napriek tomu sa určité preparáty preukázali ako efektívne. V článku sa venujeme vybraným typom zo skupiny ďalších primárnych bolestí hlavy s dôrazom na ich klinický obraz, diferenciálnu diagnostiku a možnosti liečby.

Kľúčové slová: primárna bodavá bolesť hlavy, lokalizovaná bolesť hlavy, diagnostika, liečba

Other primary headache disorders – selected types

Primary headaches are the most common type of headache. In this group according to the International classification of headache disorders, we include migraine, tension headache, trigeminal autonomic cephalgia and other primary headache disorders. Last category includes several types of headaches that we can encounter in clinical practice. Characteristic of this group of headaches is the less clarified etiology, as well as treatment methods, which are not based on the results of randomized drug trials, but nevertheless some medications are effective in the treatment of this group of headaches. In the article, I deal with selected types of other primary headaches with an emphasis on their clinical presentation, differential diagnosis and treatment options.

Key words: primary stabbing headache, nummular headache, diagnostic, therapy

Via pract., 2023;20(5):212-214

Úvod

Medzinárodná klasifikácia bolesti hlavy (ICHD-3 – International classification of headache disorders 3) rozdeľuje primárne bolesti hlavy na viacero skupín, konkrétne na migrénu, tenznú bolesť hlavy, trigeminálne autonómne bolesti hlavy (TACs – trigeminal autonomic cephalgia) a ďalšie primárne bolesti hlavy (1). Práve posledná skupina sa od ostatných typov primárnych bolestí hlavy odlišuje vo viacerých oblastiach. V prvom rade ich výskyt nie je taký častý ako v prípade migrény alebo tenznej bolesti hlavy, zároveň možnosti medikamentózneho ovplyvnenia sú nešpecifické a neopierajú sa o výsledky randomizovaných štúdií. Na druhej strane práve pre svoj zriedkavý výskyt sú v klinickej praxi poddiagnostikované. Pri diferenciálnej diagnostike tejto skupiny bolestí hlavy musíme myslieť aj na možnú sekundárnu príčinu vzniku, hlavne v prípade primárnej bolesti hlavy spojenej so sexuálnou aktivitou alebo tzv. thunderclap headache. Klinická manifestácia jednotlivých typov bolesti je pomerne charakteristická, pri ich klasifikácii napomáhajú aj ICHD-3 kritériá. V slovenskej literatúre nemáme zaužívané a schválené ekviva-

Tabuľka 1. Typy ďalších primárnych bolestí hlavy podľa ICHD-3 (1, 2)

Primárna bolesť hlavy pri kašli
(Primary cough headache)

Primárna bolesť hlavy pri fyzickej záťaži
(Primary exercise headache)

Primárna bolesť hlavy spojená so sexuálnou aktivitou
(Primary headache associated with sexual activity)

Primárna prudko nastupujúca bolesť hlavy
(Primary thunderclap headache)

Bolesť hlavy vyvolaná chladovým stimulom
(Cold-stimulus headache)

Bolesť hlavy z vonkajšej kompresie
(External pressure headache)

Primárna bodavá bolesť hlavy
(Primary stabbing headache)

Lokalizovaná bolesť hlavy
(Nummular headache)

Hypnická bolesť hlavy
(Hypnic headache)

Nová denná trvalá bolesť hlavy
(New daily persistent headache)

lenty anglického názvoslovia, zvyčajne využívame schválené ekvivalenty v českom jazyku (tabuľka 1) (2).

Primárna bodavá bolesť hlavy

Primárna bodavá bolesť hlavy (PSH – primary stabbing headache) bola prvýkrát opísaná v roku 1964 pod ná-

zvom ophtalmodynia periodica. Aktuálne platná klasifikácia bolesti hlavy (ICHD-3) ju charakterizuje ako ostrú, pichavú/bodavú bolesť hlavy, ktorá sa manifestuje ako jednotlivé bodnutia (alebo ako séria bodnutí) v trvaní niekoľkých sekúnd, s nepravidelnou frekvenciou a bez prítomnosti autonómnych príznakov. V populácii sa jej prevalencia odhaduje na približne 1,5 – 2 %, s častejším výskytom u žien (1,5 – 6,6 : 1) prevažne v piatej dekáde života (3, 4, 5, 6, 7, 8). Väčšina pacientov trpí dennými atakmi (47 – 72 %) stredne silnej bolesti hlavy, ktoré sú lokalizované v inervačnej oblasti n. occipitalis (84 %) (6, 7, 8, 9). Častá je koincencia PSH a migrény (25 – 45 %) (9, 10).

Patogenéza PSH nie je úplne objasnená, ale predpokladá sa periférny spúšťač atakov v priebehu senzorickej dráhy, s manifestáciou symptómov v distálnej časti dráhy. Strata supraspinálnych senzitivných centier môže odblokovať senzorické jednotky, čo má za následok produkciu symptómov vo forme bodavej/pichavej bolesti hlavy (11).

Do diferenciálnej diagnostiky zahrňame hlavne iné typy unilaterálnych bolestí hlavy paroxyzmálneho charakteru, ako je neuralgia trigeminu a trige-

Obrázok 1. Lokalizovaná bolesť hlavy je najčastejšie vymedzená na oblasť tuber parietale (19)



minálne autonómne bolesti hlavy, pre ktoré sú však typické prejavy kraniálnych autonómnych symptómov. V prípade neuralgie VI n. trigemini bolesti trvajú spravidla menej ako 10 sekúnd, dominujú stále v rovnakej lokalizácii a prítomný je spúšťač faktor (11, 12).

PSH považujeme za indometacín rezpozívnu bolesť. V súbore 46 pacientov liečených indometacínom (priemerná dávka 59 ± 16 mg) polovica pacientov mala úplnú remisiu bolesti a pätina pacientov dosiahla parciálnu remisiu (redukcia bolesti > 50 %) bolesti počas dvoch týždňoch liečby (9). Novšia štúdia potvrdila remisiu bolesti (parciálna alebo kompletná) až u 2/3 pacientov na liečbe indometacínom v dennej dávke 50 – 75 mg (13). Nevýhodou indometacínu je pomerne vysoký výskyt nežiaducich účinkov (35 %), ktorý je závislý od užívanej dávky, až pätina pacientov musela preto ukončiť liečbu. Medzi najčastejšie nežiaduce účinky, tak ako aj pri ostatných NSAID, patria gastrointestinálne ťažkosti (anorexia, nauzea, dyspepsia), prítomné u 3 – 9 % pacientov. Preto je v úvode nutné iniciovať liečbu nízkou dávkou lieku s postupným navyšovaním podľa tolerancie a súčasne pridať do liečby gastroprotektíva (inhibítory protónovej pumpy) (14).

Pozitívny terapeutický efekt u pacientov rezistentných na indometacín bol pri liečbe zaznamenaný aj v prípade gabapentínu (1200 mg denne), s dosiahnutím kompletnej remisie bolesti počas 6

Tabuľka 2. Charakteristiky vybraných typov zo skupiny ďalších primárnych bolestí hlavy (7, 9, 21, 27, 28)

	Primárna bodavá bolesť hlavy	Lokalizovaná bolesť hlavy	Hypnická bolesť hlavy
Vek	51 – 54 rokov	47 – 50 rokov	58 ± 13 rokov
Lokalizácia (%)	okcipitálna (71 %) extratrigeminálne (70 %)	parietálna (55 %)	frontotemporálne
Charakter (%)	bodavý	tlakový (42 %) bodavý (22,3 %)	tlakový/tupý (74 %)
Trvanie atakov	sekundy (1 – 3)	< 30 minút (53 %)	30 – 120 minút (78 %)
Strana (%)	unilaterálna (69 %)	unilaterálna (89 %)	bilaterálna (55 %)
Intenzita (VAS)	7/10	5/10	5 – 7/10 (55 %)
Liečba (terapeutická odpoveď v %)	indometacín (60 %) (koxiby, gabapentín, melatonín)	NSAID (65 %) gabapentín (67 %) amitriptylín (44 %) botulotoxín (100 %)	kofeín (78 %) lítium (73 %) indometacín (51 %) melatonín (50 %)

mesiacov liečby (15). V malých súboroch pacientov bola potvrdená aj účinnosť melatonínu (3,9 mg a 12 mg). Vzhľadom na priaznivý farmakologický profil a nízke riziko nežiaducich účinkov je melatonín vhodnou možnosťou liečby PSH (16). Treba pripomenúť, že v súčasnosti nemáme randomizované štúdie, ktoré by dokumentovali účinok niektorého z užívaných preparátov.

Kazuistika

58-ročná pacientka s roztrúsenou sklerózou na imunomodulačnej liečbe udávala výskyt intermitentných pravostranných bolestí hlavy pichavého/bodavého charakteru silnej intenzity (VAS 8/10) v trvaní 2 sekundy lokalizovaných okcipitálne, s exacerbáciou v nočných hodinách. Podľa informácií od pacientky uvedené bolesti trvajú približne 3 roky. Do liečby pridaný pregabalín (75 mg denne) bol bez terapeutického efektu, vyššie dávky netolerovala. Do liečby sme následne zaviedli indometacín (25 mg denne na večer) vrátane gastroprotektie (pantoprazol 20 mg denne) s dobrým terapeutickým efektom, ktorý spočíval v redukcii intenzity (VAS 4/10), ako aj trvania jednotlivých bodnutí (rádovo 1 sekunda). Dávku sme neskôr navýšili na 75 mg denne, ale po dvoch týždňoch pacientka udávala gastrointestinálne ťažkosti, preto sme dávku redukovali na 25 mg denne. Následne v súvislosti s prekonaním infekcie COVID-19 pacientka liečbu prerušila. Ani aktuálne pacientka liečbu neužíva, relaps bolestí hlavy nenastal, prítomné sú krátke (1 sekunda), menej intenzívne (VAS 4/10) a aj frekventované ataky (3-krát do týždňa) bolesti, ktoré pacientku nezneschopňujú.

Lokalizovaná bolesť hlavy (nummular headache)

Lokalizovaná bolesť hlavy (LBH) bola prvýkrát zadefinovaná v roku 2002. Podľa diagnostických kritérií (ICHD-3) je LBH charakterizovaná ako stredne intenzívna chronická bolesť hlavy lokalizovaná do oválnej (alebo eliptickej) oblasti s veľkosťou 2 – 6 cm (tabuľka 2) (1). Vyskytuje sa prevažne v piatej dekáde života, častejšie postihuje ženské pohlavie (1,8 : 1) s incidenciou približne 6,4/100 000/rok. Pacienti najčastejšie bolesť lokalizujú parietálne (55,7 %) v oblasti tuber parietale, má prevažne tlakový charakter (44 – 50 %), menej často bodavý alebo páľivý (16 – 19 %, resp. 12 – 21 %). Typické pre LBH je ostro ohraničené oválne ložisko, v oblasti ktorého pacienti bolesť opisujú, z čoho je odvodený aj názov numulárna bolesť, čiže v tvare mince (obrázok 1). Približne polovica pacientov s LBH trpí aj migrénou alebo tenznou bolesťou hlavy. Priebeh LBH často chronický (65 %) s exacerbáciami v podobe bodavej bolesti hlavy u viac ako polovice pacientov (17, 18).

Patogenéza podobne ako v prípade PSH nie je objasnená, predpokladá sa kombinácia periférneho, ako aj centrálného komponentu. Ako periférny mechanizmus sa môže uplatňovať neuralgia terminálnej vetvy kožného nervu aj vzhľadom na fokálny charakter bolesti a senzorický deficit (20).

V liečbe epizodickej LBH sa uplatňujú analgetiká (NSAID), ktoré boli účinné u 61 – 65,6 % pacientov. V prípade chronického charakteru bola dobrá efektivita s dosiahnutím kompletnej alebo parciálnej regresie bolestí dokumentova-

ná v prípade gabapentínu (61,3 – 67,7 %), tricyklických antidepresív (44 – 45 %) a lokálnej aplikácie botulotoxínu (91,7 – 100 %). Zaznamenal sa aj pozitívny efekt topiramátu, triptánov a akupunktúry, avšak len v malej skupine pacientov (18, 21).

Hypnická bolesť hlavy (hypnic headache)

Hypnická bolesť hlavy (HBH) bola prvýkrát dokumentovaná v roku 1988 a diagnostické kritériá boli predstavené v roku 1997 (22). Ide o pomerne zriedkavú príčinu bolesti hlavy s prevalenciou len 0,22 % (23). Charakteristický je vznik po 50. roku života (až 91 %; priemerný vek 60,4 ± 10,4 rokov). Bolesť je stredne silnej intenzity (VAS 5 – 7; 59 – 61 %), prevažne obojstranná (55 – 68 %) a má tlakový charakter (57 – 64 %). Ataky bolesti prichádzajú počas spánku (najčastejšie medzi 2.00 – 4.00 hodinou), zobudia pacienta a trvajú následne priemerne 93 minút (± 63 minút). Frekvencia atakov je vysoká, priemerne až 20 dní mesačne (± 9,9/mesiac) (24, 25).

Mechanizmus vzniku hypnickej bolesti hlavy nie je objasnený, predpokladá sa uplatnenie hypotalamickej dysfunkcie, dysregulácie sérotonínu a melatonínu. Pokles aktivity hypotalamo-hypofyzárnej osi má za následok pokles sekrécie melatonínu. Terapeutický efekt lítia sa uplatňuje vo zvýšenom uvoľňovaní sérotonínu, čo nepriamo zvyšuje aj koncentrácie melatonínu (25, 26).

Liečbu HBH môžeme rozdeliť na liečbu akútneho ataku bolesti hlavy, pri ktorom sa ako vysoko efektívny (73 %) preukázal kofeín (a kofeín obsahujúce analgetiká). Kofeín môžeme okrem akútnej liečby využiť aj ako profylaktikum, avšak musíme dávať pozor na možný vznik bolesti hlavy z nadužívania liekov (MOH – medical overuse headache). Nesteroidné antiflogistiká (alebo paracetamol) boli v liečbe BHB účinné len málo (13 %, resp. 19 %). V preventívnej liečbe sa môžeme využiť lítium (150 – 600 mg denne; druhá voľba; efektivita 64 – 73 %), indometacín (25 – 150 mg denne; tretia

voľba; 50 – 71 %) alebo melatonín (36 – 50 %; 3 – 5 mg). Pri indikovaní terapie musíme samozrejme prihliadať na vek pacienta a rizikové faktory a zvoliť liečbu tak, aby sme predišli možným nežiaducim účinkom (24, 25).

Záver

Ďalšie primárne bolesti hlavy prezentujú heterogénnu skupiny bolestí hlavy s rozdielnym mechanizmom vzniku, klinickým obrazom a možnosťami liečby. Z dôvodu zriedkavého výskytu máme v súčasnosti limitované medikamentózne možnosti ich ovplyvnenia a liečba sa nezakladá na výsledkoch liekových štúdií, hoci efektivita niektorých preparátov už bola dokázaná v mnohých prácach. V prípade určitých klinických charakteristík musíme uvažovať aj o možných sekundárnych príčinách bolesti hlavy (thunderclap headache, bolesť hlavy spojená so sexuálnou aktivitou, hypnic headache).

Ambulancie všeobecných lekárov sú miestom prvého kontaktu pacientom s bolesťou hlavy a poznanie aj týchto menej častých typov bolesti hlavy dáva šancu na cieleňú a účinnú liečbu.

Konflikt záujmov: Autor nie je v konflikte záujmov.

Literatúra

- Olesen J, Dodick DW, Ducros A, et al. The International Classification of Headache Disorders, (ICHD-3). Cephalalgia. 2018;38(1).
- Nežádal T, Marková J, Bartková A, et al. The International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)-the official Czech translation. Ceska Slov Neurol Neurochir. 2020; 83(2):145-152.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, et al. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. J Clin Epidemiol. 1991;44(11):1147-1157.
- Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, et al. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). Cephalalgia. 1996;16(2):93-96.
- Sjaastad O, Pettersen H, Bakkeiteig LS. The Vågå study; epidemiology of headache I: the prevalence of ultrashort paroxysms. Cephalalgia. 2001;21(3):207-215.
- Liang X, Ying G, Huang Q, et al. Characteristics of primary stabbing headache in a tertiary neurological clinic in China. Pain Medicine. 2014;15(5):871-875.
- Kim DY, Lee MJ, Choi HA, et al. Clinical patterns of primary stabbing headache: a single clinic-based prospective study. J Headache Pain. 2017;18(1):1-9.

- Cabral G, Saraiva M, Seródio M, et al. Clinical pattern and response to treatment of primary stabbing headache: Retrospective case series study from a Portuguese tertiary hospital. J Headache Pain. 2022;62(8):1053-1058.
- Fuh JL, Kuo KH, Wang SJ. Primary stabbing headache in a headache clinic. Cephalalgia. 2007;27(9):1005-1009.
- Sjaastad O, Bakkeiteig LS. Migraine with aura: visual disturbances and interrelationship with the pain phase. J Headache Pain. 2006;7(3):127-135.
- Pareja JA, Sjaastad O. Primary stabbing headache. In Handbook of clinical neurology. 2010;97:453-457.
- Pareja JA, Ruiz J, De Isla C, et al. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). Cephalalgia. 1996;16(2):93-96.
- Villar-Martínez MD, Moreno-Ajona D, Chan C, et al. Indomethacin-responsive headaches – A narrative review. J Headache Pain. 2021;61(5):700-714.
- Dodick DW. Indomethacin-responsive headache syndromes. Curr Pain Headache Rep. 2004; 8(1):19-26.
- Franca Jr, MC, Costa ALC, Maciel Jr, JA. Gabapentin-responsive idiopathic stabbing headache. Cephalalgia. 2004;24(11):993-996.
- Rozen TD. Melatonin as treatment for idiopathic stabbing headache. Neurology. 2003;61(6):865-866.
- Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, et al. Nummular headache: a prospective series of 14 new cases. Headache. 2004;44(6):1-4.
- Schwartz DP, Robbins MS, Grosberg BM. Nummular headache update topical collection on uncommon headache syndromes. Curr Pain Headache Rep. 2013;17(6):340.
- Cuadrado ML. Epicranial headaches part 2: Nummular headache and epicranial fugax. Cephalalgia. 2023;43(4):03331024221146976.
- Pareja JA, Montojo T, Alvarez M. Nummular headache update. Curr Neurol Neurosci Rep. 2012;12(2):118-124.
- Patel UK, Saleem S, Anwar A, et al. Characteristics and treatment effectiveness of the nummular headache: a systematic review and analysis of 110 cases. BMJ neurology open. 2020; 2(1).
- Raskin NH. The hypnic headache syndrome. Headache. 1988;28(8):534-536.
- Eliasson JH, Scher AI, Buse DC, et al. The prevalence of hypnic headache in Iceland. Cephalalgia. 2020;40(8):863-865.
- Holle D, Naegel S, Obermann M. Hypnic headache. Cephalalgia. 2013;33(16):1349-1357.
- Silva-Néto RP, Santos PEMS, Peres MFP. Hypnic headache: A review of 348 cases published from 1988 to 2018. J Neurol Sci. 2019;401:103-109.
- Morales F. Syndrome of hypnic headache. Review. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 1999;6(5):363-367.
- García-Iglesias C, Martínez-Badillo C, García-Azorín D, et al. Secondary nummular headache: a new case series and review of the literature. Pain Medicine. 2021;22(11):2718-2727.
- Murray D, Dilli E. Primary stabbing headache. Current Neurology and Neuroscience Reports. 2019;19:1-6.

MUDr. Milan Maretta, PhD.

Neurologická klinika
Lekárska fakulta UPJŠ LF a UNL
Tr. SNP 1, 040 11 Košice
milan.maretta@upjs.sk