

## Konspekt

## Bolesť hlavy a vysoký krvný tlak. Mýtus a dôkazy

(T. Liman, E. Siebert, M. Endres: Kopfschmerz und Bluthochdruck. Mythos und Evidenz.

Der Nervenarzt, 8, 2000, s. 963-972)

Spracoval Jozef Hašto

Podľa konsenzu Medzinárodnej spoločnosti pre bolesť hlavy sú v súčasnosti už dostatočné dôkazy, vďaka veľkým prierezovým štúdiám, že bolesti hlavy pri chronickej arteriálnej hypertenzii sa nevyskytujú častejšie a takzvaná „hypertenzná bolesť hlavy“ je skôr určitým mýtom, ktorý pravdepodobne vznikol na základe častého výskytu oboch ochorení v populácii, t.j. bolesti hlavy a zvýšeného arteriálneho tlaku.

Treba ale odlišiť paroxyzmálne hypertenzie, ktoré sú dôsledkom samostatných ochorení, napr. pri feochromocytóme, poruche baroreceptorových reflexov po operácii karotídy alebo pri užívaní rôznych exogénnych látok (kokaín, amfetamíny, extáza, sympatomimetiká), ktoré podľa klasifikácie Medzinárodnej spoločnosti pre bolesti hlavy môžu cefalgie spôsobovať.

Okrem toho sú tu aj ďalšie dôvody, prečo sa mýtus „hypertenzných bolestí hlavy“ tak tvrdošijne udržiava.

1. V naliehavých situáciách sú bolesti hlavy často príčinou dysregulácie krvného tlaku, *zvýšený krvný tlak je tu epifenoménom bolesti*, podobne ako napr. pri reaktívnej arteriálnej hypertenzii v rámci akútneho subarachnoidálneho krvácania.
2. Bolesti hlavy sú častým *vedľajším účinkom* mnohých antihypertenzív, zvlášť kalciových blokátorov (napr. nifedipín).
3. Bolesti hlavy sú symptómom *hypertenznej encefalopatie* (HTE) a posteriórneho reverzibilného encefalopatického syndrómu (PRES).

V týchto prípadoch v rámci internistických ochorení so sekundárnou arteriálnou hypertenziou dochádza k bolestiam hlavy, pričom dochádza k štrukturálnym poškodeniam mozgu (napr. pri feochromocytóme a zvlášť pri hypertenznej kríze). Pri *feochromocytóme* sa paroxyzmálne bolesti hlavy vyskytujú až u 80 % pacientov; ďalšími typickými sprievodnými symptómami sú: potenie, tremor, úzkosť, palpitácie, tachykardia, bledosť; u 70 % pacientov trvajú symptómy menej než 1 hodinu, zvyknú pretrvávať aj po normalizácii TK.

Zvýšenie krvného tlaku v *gravidite* sa vyskytuje v rámci preeklampsie a eklampsie, ktorá sa v Európe vyskytuje v 2 až 3 prípadoch na 10 000 pôrodov.

Keď teda príde k zvýšenému krvnému tlaku a k difúznej pulzujúcej a aktívitou zosilňovanej bolesti hlavy sa pridávajú ešte *ložiskové* neurologické symptómy ako výpadky

v zornom poli, epileptické záchvaty alebo poruchy vedomia, musíme po vylúčení akútnych zápalových (meningitis, encephalitis) alebo vaskulárnych ochorení (ischemická mozgocievna príhoda, trombóza venózneho sínusu, krvácanie do mozgu) vždy myslieť aj na HET (hypertenznú encefalopatiu, TK > 160/100 mmHg) alebo pri multifaktoriálnej géneze na PRES. Čo najskôr by sa mala urobiť MRT a ADC-mapovanie, aby sa mohol zobrazit' vazogénny edém mozgu v bielej hmote v parietookcipitálnej oblasti. *Patofyziologicky* sa jedná zrejme o hyperperfúzný syndróm so zlyhaním cerebrálnej autoregulácie (pri normálnej autoregulácii je cerebrovaskulárny odpor v pásme cca 60–160 mmHg – stredný krvný tlak) s narušením hematoencefalickej bariéry so zvýšenou endotelovou permeabilitou, čo vedie k vazogénnemu edému mozgového tkaniva. Pričasnej a adekvátnej terapii sú klinické symptómy a neuroradiologické nálezy vo väčšine prípadov dobre reverzibilné (restitutio ad integrum vo viac než 90 % prípadov). Je potrebné rýchle intravenózne nastavenie krvného tlaku na hornú hranicu normálneho tlaku, liečba epileptických záchvatov, úprava elektrolytov a porúch zrážanlivosti a v prípade potreby vysadenie, prestavenie alebo redukovanie vyvolávajúceho medikamentu (imunosupresívum, chemoterapeutikum). Je indikovaná intenzívna medicínska starostlivosť s možnosťou manažovania arteriálneho krvného tlaku, monitorovania kardiopulmonálnych funkcií a v prípade potreby prístrojové dýchanie.

**Poznámky:**

Pri paroxyzmálnych hypertenzných dysreguláciách s bolesťami hlavy býva diastolický tlak vyšší ako 120 mmHg.

Pri malígnej hypertenzii býva systolický tlak vyšší ako 120 mmHg.

Prvý autor článku je neurológ na Univerzitnej klinike v Berlíne, druhý autor je rádiológ a tretí sa špecializuje na výskum mozgocievnych príhod. Autori citujú 84 literárnych zdrojov. Najstaršia citovaná práca je z roku 1953. Najnovšie z roku 2008.

Autor konspektu zo svojej klinickej praxe upozorňuje na význam diagnostického odlišenia panickej poruchy vs. napr. feochromocytómu a tiež možnosť výskytu rôznych foriem akútneho exogénneho reakčného typu (Bonhoeffer), napr. delirantného syndrómu alebo halucinózy pri hypertenznej kríze.

Do redakcie došlo 17.9.2010.