

Konšpekt

Chronické bolesti hlavy – diagnóza a terapia

(A. May, T.P. Jürgens: Diagnose und Therapie chronischer Kopfschmerzen.

Der Nervenarzt, 8, 2010, s. 1007-1016)

Spracoval Jozef Hašto

Obaja autori predloženej práce sú z Univerzity Hamburg-Eppendorf. Prvý autor je profesorom na Inštitúte pre neurovedy, druhý pracuje na Neurologickej klinike.

Ide o prehľadný článok určený pre ďalšie vzdelávanie. Časopis Nervenarzt je orgánom Nemeckej spoločnosti pre psychiatriu, psychoterapiu a neurológiu ako aj samostatnej Nemeckej spoločnosti pre neurológiu a mozgové infarkty.

Prevalencia chronických bolestí hlavy je údajne celosvetovo 3,4%. Výskyt v neurologickej praxi sa udáva medzi 10–20%. Problém ale je, že pojem „chronická“ nie je celkom jednotný. Podľa Medzinárodnej spoločnosti pre bolesti hlavy sa v kontexte migrény a tenznej bolesti hlavy jedná o chronickú priebehovú formu vtedy, keď sa bolesť hlavy manifestuje minimálne v 15 dňoch za mesiac. V prípade clustrovej bolesti hlavy sa hovorí o chronicite vtedy, keď v priebehu jedného roka je fáza remisie kratšia než 1 mesiac. Pri symptomatických bolestiach hlavy sa o chronickej bolesti hovorí vtedy, keď trvá dlhšie ako 3 mesiace.

Primárne bolesti hlavy

Chronická migréna (ICD-10:G 43.4)

Definícia a klinické charakteristiky

Chronická migréna (CM) sa definuje ako migrénózna bolesť hlavy väčšinou bez aury v trvaní minimálne 3 mesiacov, najmenej v 15 dňoch za mesiac. Požadujú sa najmenej dva z nasledovných znakov:

- unilaterálna lokalizácia,
- pulzujúci typ bolesti,
- stredná až ťažká intenzita,
- nárast pri telesnej záťaži (napr. stúpanie do schodov), prípadne vyhýbanie sa takýmto aktivitám.

Okrem toho sa musí vyskytovať ešte jeden z nasledujúcich symptómov:

1. nauzea a/alebo vomitus a
2. foto- a fonofóbia.

Migréna v dospelom veku sa väčšinou vyskytuje jednostranne s fronto-temporálnym maximom. Vyskytujú sa ale aj occipitálne alebo bilaterálne lokalizácie, tieto zvlášť u starších pacientov. Typický je tiež často cervikálny začiatok ataku s presunom do fronto-temporálnej oblasti, čo sa vysvetľuje anatómiou, prepojením medzi cervikálnymi a trigeminovými senzibilnými aferenciami v kaudálnej časti mozgového kmeňa. Ďalším klinickým znakom migrény je tendencia k stiahnutiu sa, ľahnutiu si a k spánku, čo uľahčuje diferenciáciu diagnózu oproti chronickej bolesti tenzného typu. Chronická migréna sa väčšinou vyvíja v priebehu mesiacov z epizodického priebehového typu, väčšinou bez aury. Ako narastá chronifikácia, môže sa znižovať intenzita bolesti a sprievodných symptómov, čím sa sťažuje diferenciálna diagnóza oproti tenzným cefaleám. Nápadne veľa pacientov nadužíva analgetiká, takže je nutné ich vysadenie.

Rizikové faktory pre chronifikáciu: vysoká frekvencia atakov, ženské pohlavie, užívanie analgetík a obezita. Diskutuje sa asociácia CM s depresiou alebo s poruchou z úzkostného spektra.

Epidemiológia

V Nemecku bola zistená 6-mesačná prevalencia chronickej migrény u približne 0,2% obyvateľstva. Nadužívanie analgetík sa vyskytuje u 10–40% pacientov s CM.

Špeciálna diagnostika, diferenciálna diagnostika

Pri typickej anamnéze bez indícií pre symptomatickú bolesť hlavy a nenápadnom neurologickom statuse je ďalšia diagnostika potrebná až vtedy, keď sa liečba a profylaxia ukážu ako neúspešné. Tiež pregrediencia bolesti a zmena jej charakteru a intenzity by mala byť podnetom k ďalšej, podrobnejšej diagnostike: cerebrálna MRT (tomografická magnetická rezonancia), lumbálna punkcia, aby sa vylúčila idiopatická intracraniálna hypertenzia (IIH) bez edému papíl, ktorá sa vyskytuje zvlášť u žien s nadváhou. IIH bez edému papíl môže byť spojená s obojstrannou stenózou sinus transversus. Sama MR-venografia nestačí. Vypustenie likvoru má terapeutický efekt.

Terapia

V dvoch placebom kontrolovaných multicentrických štúdiách bol účinný topiramát v dávke 100 mg, dokonca aj pri abúze analgetík. Podobne účinné sa ukázalo aj podávanie botulotoxínu. Aj keď tu chýbajú kontrolované klinické štúdie, za účinný sa považuje aj amitriptylín, flunarizín a metoprolol. Pri akútnej medikácii, ak sa jedná o exacerbáciu, tak sa odporúča postup ako pri epizodickej migréne. Na začiatku exacerbácie analgetikum (napr. ibuprofén 400–800 mg), triptány (napr. sumatriptán 100 mg alebo rizatriptán 10 mg) prípadne antiemetiká (napr. metoclopramid kvapky 10 mg). Akútne užívanie analgetík by sa malo obmedziť na 8–10 dní za mesiac, aby sa predišlo vzniku bolesti hlavy z nadužívania medikamentov.

Pri terapeuticky refraktérnych priebehoch môže pomôcť viacdnová hospitalizačná intravenózna infúzna liečba dihydroergotamínom alebo lidokainom. Ambulantne môže byť zmysluplné krátkodobé podávanie kortizolu. Kontroverzná hodnotená je zatiaľ účinnosť obojstrannej periférnej stimulácie nervus occipitalis major.

Chronická bolesť hlavy tenzného typu (ICD-10: G 44.2)

Definícia a klinické charakteristiky

Chronická tenzná bolesť hlavy („chronic tension-type headache“, CTTH) sa vyznačuje bitenporálnymi alebo difúznymi tupými, tlakovými bolesťami hlavy ľahkej až strednej intenzity. Nezosilňujú sa pri telesnej aktivite, naopak mnohí pacienti opisujú dokonca úľavu pri miernom pohybe ako ja napr. prechádzka. Bolesť sú spojené s ľahkou precitlivosťou na svetlo alebo hluk, nie ale na oboje. Často sa zisťuje zvýšená bolestivosť na tlak perikraniálnej muskulatúry. Až u 2/3 pacientov sa zisťuje psychiatrická komorbidita. Zvlášť depresívne ochorenia, ale aj panické poruchy a iné úzkostné poruchy. Časté je však nadužívanie medikamentov.

Epidemiológia

Prevalencia sa uvádza medzi 2–3 % obyvateľstva, teda má väčší výskyt než chronická migréna. Začiatok ochorenia býva medzi 20–25 rokom života. Prevalencia vrcholí v 4. decéniu.

Špeciálna diagnostika a diferenciálna diagnostika

Použitie zobrazovacích metód je nadbytočné, keď je jednoznačná anamnéza a nenápadný neurologický status. Klasické CTTH sú ale zriedkavé a symptómy pomerne nešpecifické. To nás núti myslieť na viaceré symptomatické formy skryté za bolesťami hlavy. Ak ochorenie trvá krátko, je potrebné zvážiť cerebrálnu MRT zvlášť ak sa jedná o pacienta vo vyššom veku (myslí sa po 50. roku života). Možné diferenciálne diagnostické problémy: arteritis temporalis, mozgové tumory, trombózy venózných sínusov, idiopatická intrakraniálna hypertenzia- ak je bez edému papíl, môže imitovať bolesť hlavy takmer neodlíšiteľnú od CTTH. Zvlášť u obéznych žien s poruchami zraku by sa malo myslieť na lumbálnu punkciu a premeranie likvorového tlaku. Ak sa okrem bolesti hlavy objavuje tinnitus, mala by sa urobiť venózna MR –

angiografia, potrebné je myslieť aj na chronickú sínusitídu (zvlášť sinusitis sphenoidalis).

Terapia

Exacerbáciu bolesti možno tlmiť analgetikami, hlavne nesteroidnými antireumatikami, ako je napr. ibuprofén, naproxén a diclofenac, účinné bývajú aj acidum acetylsalicylicum a metamizol ako aj kombinované preparáty: ac. acetylsalicylicum, paracetamol a kofeín. Keďže pri analgetikách je riziko akcentovania bolesti hlavy, je treba ich užívanie obmedziť na maximálne 8–10 dní za mesiac.

Dôležitejšia je správna profylaxia (pozri tab.1). Zlatým štandardom zostávajú tricyklické antidepresíva, hlavne amitriptylín. Zreteľne horšie výsledky boli zistené pre clomipramín, imipramín, dexepín, mianserín a maprotilín. Druhou voľbou po amitriptylín sú novšie antidepresíva (mirtazapín, venlafaxín a duloxetín), pričom dáta o účinnosti sú zatiaľ skromnejšie. Sulpírid môže pomôcť pri sprievodných zvratoch. Ďalšími možnými alternatívami sú antiepileptiká: valproát a topiramát. Zvlášť ak je tu prekryvanie s migrénou. Neúčinné sú opioidy, botulotoxín a blokády nervus occipitalis major. Z nemedikamentózných postupov sa považujú za účinné relaxačné návky, EMG – biofeedback a KBT programy. Zvlášť efektívne funguje kombinácia psychoterapie a farmakoterapie. Pacienti, ktorí mali buď klasickú alebo zdanlivú akupunktúru, profitovali viac než pacienti na čakacej listine. Existujú tiež indície pre užitočnosť fyzioterapeutických postupov a somatických cvičebných programov.

Hemicrania continua (ICD-10: G 44.80)

Definícia a klinické charakteristiky

Hemicrania continua (HC) je prísne jednostranná bolesť hlavy strednej intenzity bez toho, že by dochádzalo k zmene strán. Bolesť je pretrvávajúca a denná bez bezbolestných intervalov. Exacerbácie so silnými bolesťami sa objavujú spolu s najmenej jedným vegetatívnym sprievodným symptómom (1. nastrieknuté spojivky a/alebo slzenie; 2. nasálna kongescia a/alebo rinorrhoe; 3. ptosis a/alebo miosis). HC obligátne reaguje na indometacín v dávke medzi 25–300 mg. 100 % účinnosť sa považuje aj za významnú diagnostickú indíciu.

Bolesť je opisovaná ako tupá a tlaková. Pri exacerbácii s vegetatívnymi symptómami v trvaní 20 minút až viacerých dní možno často pozorovať migréniformné sprievodné symptómy. Môže sa vyskytovať akcentácia bolesti v noci, známe sú aj epizodické priebehy. Netypický je nárast bolesti pri valsavovom pokuse, zmene polohy alebo námahe. Mnohí pacienti uvádzajú, že bolesť hlavy začína v ramene.

Epidemiológia

Valídne epidemiologické štúdie chýbajú. Prevalencia sa odhaduje na nižšiu než 0,2 %.

Tabuľka 1. Pragmatická terapia primárnych chronických bolestí hlavy (podľa May, Jürgens, 2010).

	akútna medikácia	profylaxia 1. voľby	profylaxia 2. voľby
Chronická migréna	triptany (napr. rizatriptan 10 mg) analgetiká (napr. ibuprofen 400–800 mg) antiemetika (napr. MCP 10 mg)	topiramát 100 mg metoprolol 100 mg valproát 600 mg flunarizin 5–10 mg	amitryptilín retard 50–75 mg venlafaxín 75–150 mg gabapentín 2400 mg
Chronická bolesť hlavy tenzného typu	(analgetiká)	amitryptilín 25–150 mg doxepín 50–150 mg imipramín 25–150 mg clomipramín 75–150 mg maprotilín 50–100 mg mianserin 30–60 mg	mirtazapín 15–30 mg venlafaxín 150–225 mg duloxetín 60 mg valproát 600–1500 mg topiramát 50–100 mg moclobemid 300 mg fluoxetín 20–40 mg sulpirid 200–400 mg
Hemicrania continua	žiadna (príp. indometacín 25–50 mg pri exacerbáciach)	indometacín 25–300 mg	(gabapentín, verapamil, melatonín, topiramát, piroxicam a celecoxib)
Nový výskyt dennej pretrvávajúcej bolesti hlavy (new daily persistent headache)	(analgetiká)	? amitryptilín, SSRI, gabapentín, topiramát a valproát	

Špeciálne diagnostika a diferenciálna diagnostika

HC je prísne unilaterálna, strana zostáva stále rovnaká, to umožňuje diagnostické ohraničenia oproti chronickej migréne. Problematické môže byť odlišenie od chronickej, clusterovej bolesti hlavy. Clusterová bolesť je ale pri atakoch omnoho silnejšia a autonómne symptómy sú pri nej veľmi nápadné. Obligátna terapeutická reakcia HC na indometacín poskytuje jasnú indíciu, pretože clusterová bolesť hlavy na indometacín nereaguje. Nadužívanie analgetík môže spôsobiť, že bolesť sa pri HC stane bilaterálnou. Symptomatické prípady HC: napr. pri HIV – infekciách, procesoch v paranasálnych dutinách, tumoroch hypofýzy, disekujúcej aneurysme karotídy. Cerebrálna MRT je zmysluplná, v jednotlivých prípadoch aj extrakraniálna neurosonografia a MR-angiografia.

Terapia

Liek voľby je indometacín. Na začiatok 3 x 25 mg a v trojdňových intervaloch možno zvyšovať o 25 mg až na dávku 3 x 75 mg. Len zriedka je potrebná vyššia dávka – až do 300 mg/die. Keď bolesť odoznie, príslušná dávka sa ponecháva ešte dva týždne a potom sa postupne redukuje na minimálnu udržiavaciu dávku. Kvôli lepšej gastrointestinálnej znášanli-

vosti možno siahnuť ku kombinácii s inhibítorom protónovej pumpy. Pri „indometacínovom teste“ sa podá indometacín i.m. v dávke 50–100 mg. Redukcia ťažkostí sa vyhodnocuje po dvoch hodinách. U pacientov so zlou gastrointestinálnou znášanlivosťou indometacínu možno na základe kauzistických správ alebo skúseností so sériami pacientov siahnuť ku gabapentínu, verapamilu, melatonínu, topiramátu, piroxicamu a celecoxibu. V klinickej praxi je indometacín najúčinnnejší.

Nový výskyt dennej bolesti hlavy (ICD-10: G44.2)

Definícia a klinická charakteristika

Tento typ bolesti sa označuje aj ako nová denná pretrvávajúca bolesť hlavy („new daily persistent headache“, NDPH). Je definovaná ako chronická bolesť hlavy, ktorá sa objaví rýchlo a trvá každý deň. Na rozdiel od CTTH sa môže vyskytovať mierna nauzea, ale maximálne môže byť prítomný len jeden symptóm z nasledujúcich: fotofóbia, fonofóbia alebo ľahká nauzea. Opisujú sa dve podformy: spontánne remitujúca v priebehu dvoch rokov a terapeuticky refraktérna, ktorá nereaguje ani na agresívne terapie.

Epidemiológia

Podľa jednej novej nórskkej štúdie je prevalencia NDPH 0,3 %, podľa jednej staršej štúdie 1,1 %.

Špeciálna diagnostika

V prvom rade treba vylúčiť nadmerné užívanie analgetík. Odporúča sa postupovať vylučovacím postupom. Zvlášť je potrebné vylúčiť trombózu venózných sínusov, pri ktorej nemusia byť neurologické symptómy. Tiež syndróm zníženého likvorového tlaku môže imitovať klinický obraz NDPH. Potrebné je myslieť aj na arteritis temporalis, problematiku zvýšeného likvorového tlaku, disekciu a.vertebralis a a.carotis ako aj na sínusitídy a mierne meningoencefalitídy (hlavne infekcie Epstein-Barr vírusom, „EBV“). Takže je treba urobiť sedimentáciu, c-reaktívny proteín (CRP), kraniálnu MRT prípadne aj MR-angiografiu a väčšinou je indikovaná aj lumbálna punkcia. Až potom možno diagnostikovať NDPH ako primárnu bolesť hlavy.

Terapia

V tejto oblasti nie sú zatiaľ žiadne kontrolované štúdie. V retrospektívnych prípadových štúdiách sa popisuje efektívnosť amitryptilínu, SSRI, gabapentínu, tapiramatu, valproátu. Štúdie o účinnosti nemedikamentózných postupov zatiaľ tiež chýbajú, autori ich však považujú za zmysluplné pri kombinácii s medikamentóznou liečbou.

Symptomatické bolesti hlavy

Arteritis temporalis

Väčšinou sa prejavuje bitemporálnymi bolesťami hlavy. Popri tom sa objavujú typické symptómy ako je claudicatio masticatoria (ischemické svalové bolesti pri dlhšom žuvaní), poruchy zraku ako amourosis fagags prípadne až perzistujúca strata zraku, celkový pocit choroby a polymyalgia rheumatica. Postihnuté bývajú osoby po 50. roku života, väčšinou majú okolo 70 rokov. Temporálna artéria je bolestivá na pohmat, jej pulzovanie je znížené alebo vymiznuté, sedimentácia za prvú hodinu býva až 80–100 mm, zvýšené je CRP. Diagnózu môže potvrdiť biopsia.

Chronický subdurálny hematóm

Vyskytuje sa zvlášť u starších pacientov. V anamnéze sú ľahké až stredné kraniocerebrálne traumy. Môže pri tom dôjsť ku krvácaniam v dôsledku lézií kortikálnych vén a premostovacích vén. Rizikový faktor je alkoholizmus, poruchy zrážanlivosti, užívanie antikoagulantov. Hlavný symptóm je bolesť hlavy, zmätenosť až demenčný syndróm, zníženie vigily, poruchy chôdze, fokálne neurologické nálezy. Pre diagnózu sú rozhodujúce cerebrálne zobrazovacie metódy (CT alebo MRT).

Bolesť hlavy pri nadužívaní medikamentov (MOH)

Pacienti s chronickými bolesťami hlavy, ktorí užívajú lieky najmenej 10 dní/mesiac v prípade ergotamínov, triptánov,

opioidov a kombinovaných analgetík alebo najmenej 15 dní/mesiac v prípade analgetík, musíme vysloviť podozrenie na „medication-overuse headache“ (MOH). Bolesti hlavy sa môžu totiž vyvinúť alebo zvýrazniť pri častom užívaní látok proti bolesti. Pri triptanoch vzniká MOH rýchlejšie. Prevalencia MOH podľa najnovších poznatkov je až 1 % obyvateľstva. Pri chronických bolestiach hlavy musíme počítať s prekrývaním primárnych chronických bolestí hlavy a MOH.

MOH sa môže prejavovať ako tupá, tlaková bolesť celej hlavy. Pričom u migrenikov a zriedka u pacientov s cluster headache sa môže zvýšiť frekvencia atakov a zhorši sa doterajšia bolesť. Zvlášť problematické sú medikamenty s barbiturátmi a kodeinom. Prvým terapeutickým krokom je abruptné vysadenie analgetík najmenej na dobu 4 týždňov. Pri opiátových preparátoch sa odporúča detoxifikácia počas hospitalizácie. Abstinenčné syndrómy sa môžu zmierniť napr. prednisolonom 100mg na 5 dní a prípadne podávaním antiemetika. Pri ambulantnej detoxifikácii sú nutné frekventné kontakty s pacientom. Už počas detoxifikácie možno začať s profylaxiou primárnej bolesti hlavy.

Chronická sínusitída

Pacienti s chronickou sínusitídou majú podľa epidemiologických štúdií až deväťnásobne zvýšené riziko, že sa u nich vyvinie chronická bolesť hlavy. Spoľahlivá diagnostická metóda je tu kraniálna MRT. Alternatívne môže poslúžiť aj CT prínosných dutín. Zvlášť chronické sfenoideálne sínusitídy často zapríčiňujú difúznou bolesť hlavy. Ethmoidálne sínusitídy spôsobujú často orbitálne bolesti, frontálne sínusitídy bolesti v oblasti čela a maxilárne sínusitídy bolesti hornej čeľuste.

Bolesť hlavy pri spontánnom syndróme zníženého likvorového tlaku

Bolesti hlavy sú tupé, difúzne, zosilňujú sa po postavení v priebehu 15 minút a sú spojené s najmenej jedným z nasledovných symptómov: stuhnutie šije, tinitus, hypacusis, fotofóbia, nauzea. K diagnóze tu pomáha kraniálna MRT s kontrastnou látkou, patologické nálezy v CT alebo MR, zníženie likvorového tlaku pod 60mm H₂O, dobrá reakcia na „krvnú záplatu“ (blood patch) s 10 až 20 ml vlastnej krvi v priebehu 7 dní. Predtým možno terapeuticky skúsiť kofeín alebo teofylín.

Idiopatická intrakraniálna hypertenzia (IIH)

Hlavným symptómom sú bolesti hlavy s obojstrannými poruchami zraku u adipózných pacientov. V neurologickom náleze sú nápadné väčšinou len obojstranné edémy papily s fakultatívnymi defektami zorného poľa a znížením vízu. Dôležitá je lieková anamnéza a pátranie po endokrinných poruchách. Je potrebné vylúčiť trombózu venózneho sinusu, tumor, hydrocephalus internus.

Trombóza venózneho sinusu

Klinický obraz môže byť veľmi variabilný. V 2/3 prípadov je bolesť hlavy hlavným symptómom, často sa objavuje aj nauzea, vomitus, poruchy zraku s edémami papíl, epileptické záchvaty a fokálne neurologické lézie. Trombózy v sinus cavernosus sa môžu prejaviť okulárnymi symptómami s propťozou a chemózou ako aj léziami susediacich hlavových nervov. Vyskytujú sa aj prípady prejavujúce sa len bolesťami hlavy. Pri vyšetrení MR sú potrebné špeciálne T2* sekvenencie.

Mozgový tumor

Môže ísť o tumory vychádzajúce s mozgovej tkáňe alebo metastázy. Bolesť hlavy, pokiaľ nevykazujú symptomatiku ako pri hydrocefale, tak spĺňajú nasledovné kritériá: sú lokalizované, progredientné, najvýraznejšie ráno, zvyrazňujú sa pri kašli alebo v predklone. Novšie štúdie ale ukazujú, že sa väčšinou vyskytujú tupé bolesti hlavy bez uvedených zvláštností a v 40 % sú splnené kritéria pre tenznú bolesť hlavy. Meningeómy sú často spojené s pulzujúcou bolesťou hlavy. Keď sa u pacienta zistí zmena doterajšej bolesti hlavy alebo sa objaví nová bolesť hlavy a zistia sa fokálne neurologické deficity, zmena osobnosti a epileptické záchvaty, je to jasná indikácia k zobrazovacej diagnostike (kraniálna MRT).

Diagnostika: pragmatický postup

Nemecká neurologická spoločnosť vo svojich diagnostických smerniciach odporúča prístrojovú prídavnú diagnostiku len pri atypických bolestiach hlavy a pri nápadnostiach v neurologickom vyšetrení. Pri chronických bolestiach hlavy by mali byť indikácie liberálnejšie, pretože symptomatika je pomerne nešpecifická a klinicky ťažko ohraničiteľná. Na symptomatické bolesti hlavy ba sme mali myslieť pri nasledovných symptómoch:

- bolesť hlavy netrvá dlho,
- doterajšia bolesť hlavy sa dramaticky zmenila,
- bolesť hlavy sa prvý raz objavila vo vyššom veku,
- bolesť sa zhoršuje pri záťaži, Valsalvovom manévri,
- bolesť hlavy vykazuje závislosť od polohy,
- s bolesťou hlavy sa súčasne objavuje tinitus,
- anamnéza svedčí pre kognitívne deficity alebo zmenu osobnosti,
- bolesť hlavy je spojená s neurologickými deficitmi,
- je sprevádzaná horúčkou, epileptickými záchvatmi alebo meningeálnym dráždením.

Terapia: pragmatický postup

Korektná diagnostika pretrvávajúcej bolesti hlavy si vyžaduje najprv dôkladnú anamnézu zameranú na symptómy a doterajšiu medikáciu (typ a frekvencia akútnej a profylaktickej medikácie). Retrospektívne údaje o frekvencii sú často nespoľahlivé a pacient by si mal viesť kalendár o bolestiach hlavy. Anamnézu musíme doplniť neurologickým vyšetrením a zmeraním vitálnych funkcií. Keď sa bolesti hlavy objavili po 50. roku života a pridružili sa ďalšie symptómy, je potrebná laboratórna diagnostika, zobrazovacie metódy (kraniálna MRT s kontrastnou látkou, prípadne MR – angiografia a lumbálna punkcia s meraním likvorového tlaku). Ďalšia špeciálna diagnostika je zacielená podľa predpokladanej etiológie.

Ak sa neobjaví žiadna príčina, tak po troch mesiacoch je treba diagnostiku zopakovať. Pri veľkom tlaku utrpenia je väčšinou indikovaná profylaxia. Akútna terapia s častým užívaním medikamentov môže vyprovokovať MOH. Pri jednostranných bolestiach hlavy by sa malo pragmaticky siahnuť k indometacínu. Ak nedôjde k úľave, prichádza do úvahy amitryptilim, valproat, topiramát alebo gabapentin. Zvlášť možno odporučiť amitryptilín alebo topiramát. Ak je medikácia účinná, mali by sme sa každých 6–12 mesiacov pokúsiť o znížovanie a vysadenie. Pri psychiatrickej komorbidite je indikovaná psychoterapia. V refraktérnych prípadoch blokáda n.occipitalis major obojstranne napr. s 30 mg lidokainu a 4mg dexametazonu. Ultima ratio: infúzia lidokainu alebo dihydrolidokainu v špecializovanom zariadení.

Autori v článku citujú 19 prác, ktoré boli publikované v rokoch 2002–2010.

Poznámka redakcie

Záujemci o problematiku bolestí hlavy môžu nájsť v tomto časopise (www.psychiatria-casopis.sk) súvisiace články:

Diagnostické kritéria bolesti hlavy podľa International Headache Society, 2003. Psychiatria , 11, 2004, č.1, s. 46–47.

Bolesť hlavy a migréna – novinky z posledných dvoch rokov. Psychiatria, 14, 2007, č.4, s. 208–209

Do redakcie došlo 27.8.2010