TENZNÍ BOLESTI HLAVY

MUDr. Jolana Marková
Neurologická klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Tenzní bolesti hlavy (tension type headache, TTH) jsou častou primární bolestí hlavy, která někdy během života postihne většinu populace. Jako ostatní primární bolesti hlavy ani TTH neohrožují pacienta na životě, jsou však nepříjemné, snižují kvalitu života. Častá je komorbidita s depresí. Patogeneza není ještě zcela objasněna, předpokládá se účast jak periferních, tak i centrálních mechanizmů ve vzniku tenzní bolesti hlavy. Léčba jednoduchými analgetiky a nesteroidními antirevmatiky je u akutní bolesti hlavy většinou dostatečně účinná, v preventivní léčbě pak využíváme tricyklická antidepresiva nebo SSRI. Svůj význam má i léčba nefarmakologická.
Klíčová slova: epizodická tenzní bolest hlavy, chronická tenzní bolest hlavy, patofyziologie tenzních bolestí hlavy, farmakologická a nefarmakologická léčba tenzních bolestí hlavy.

Med. Pro Praxi 2006; 2: 80–82

Tenzní bolest hlavy je nejčastějším typem primární bolesti hlavy vůbec, zažije ji v životě téměř každý z nás. Někdy během života se vyskytne u 80 % populace (14). Vyskytuje se jak u žen, tak u mužů, většinou jen v určitém období života. Někdy se jedná o bolesti hlavy, které se vyskytují jen občas – několik dnů v měsíci (epizodický typ tenzní bolesti hlavy), někdy bolest obtěžuje postiženého více než polovinu dnů v měsíci (chronický typ tenzní bolesti hlavy). Tyto bolesti mají odlišný charakter od migrény, bolest nebývá tak silná, neznemožní úplně běžnou denní aktivitu, nedonutí nikoho, aby okamžitě zanechal činnosti a ulehl. Je však obtížná délkou trvání ataky a i většinou častým opakováním, což snižuje produktivitu práce a omezuje běžné aktivity denního života.

Primární bolesti hlavy jsou podle inovované klasifikace IHS (International Headache Society) z roku 2004 děleny v hlavních bodech stejně jako v předcházející verzi, tj. do 4 hlavních skupin, kam patří

1. migréna
2. tenzní bolest hlavy
3. cluster headache
4. další primární bolesti hlavy.

Změny jsou v podskupinách, nové dělení obsahuje také podrobnější popis jednotlivých podtypů (13). V zásadě je skupina tenzních bolestí dělena do třech hlavních skupin – na epizodické tenzní bolesti hlavy, časté epizodické tenzní bolesti hlavy (zde frekvence bolestí 1× až 15× do měsíce) a chronické tenzní bolesti hlavy. Pro celou skupinu platí charakteristika typu bolesti – má být oboustranné lokalizace (nikoliv hemikranie), tlakového charakteru (nepulzující), mírné nebo střední intenzity, a není zhoršována běžnou tělesnou aktivitou. Do obrazu TTH nepatří nauzea nebo zvracení a nebývá přítomna ani foto či fonofobie. Ve skupině epizodických TTH je podskupina bolestí s nebo bez perikraniální bolestivosti svalstva a měkkých struktur. Za chronické TTH se dle klasifikace považují bolesti, které se vyskytují více než 15 dnů v měsíci, a opět je nebo není přítomna složka perikraniální přecitlivělosti a bolesti. Nová klasifikace obsahuje ještě skupiny pravděpodobné bolesti hlavy typu epizodické nebo chronické TTH, které nesplňují všechna požadovaná kritéria pro předcházející skupiny s jistou diagnózou.

Patofyziologie TTH

Naše znalosti o patofyziologii vzniku tenzní bolesti hlavy jsou neúplné. Zpočátku byly studie zaměřené hlavně na vliv periferních struktur při vzniku TTH, nejčastěji bylo zkoumáno napětí perikraniálních a šíjních svalů (9, 10). Byla doložena i kvalitativně změněná percepce bolesti z těchto svalů u pacientů s tenzní bolestí hlavy (2). Studie, kterou nedávno publikoval Christensen (7), ověřovala vliv statické volní kontrakce ramenních a krčních svalů (*m. trapezius*, zapojen na 10 % maximální síly po dobu 30 minut, měřeno speciálními přístroji) na vznik bolesti hlavy u skupiny pacientů s tenzní bolestí hlavy ve srovnání se skupinou zdravých jedinců srovnatelných věkem i pohlavím. Prokázal, že napětí perikraniálních svalů vzrostlo do 24 hodin po zapnutí trapézového svalu signifikantně více u pacientů s TTH než u zdravé kontrolní skupiny. Dále prokázal, že u 60 % pacientů s TTH a jen u 20 % zdravých kontrol se po aktivním zapojení trapézového svalu objevila bolest hlavy. Jiná studie prokázala, že u jedinců exponovaných jednostrannému zatížení ramenních a krčních svalů v monotonní práci se vyvíjí často tenzní bolesti hlavy (8).

Za jednu z důležitých složek se tedy při vzniku tenzní bolesti hlavy považuje zvýšené napětí ve svalech podél krční páteře a svalech, které mají úpony na lebce. Není však prokázána přímá souvislost mezi napětím či tuhostí svalu a intenzitou bolesti hlavy (11). Dokonce u některých pacientů je bolest hlavy přítomna i při normálním napětí těchto svalů.

Další studie svědčí i pro účast centrálních struktur při vzniku tenzní bolesti hlavy (3). Stejně jako u migrény se i u tenzní bolesti hlavy předpokládá geneticky daná zvýšená senzitivita center v mozkovém kmeni. Zde se uplatňuje mnoho faktorů a mechanizmů, některé z nich známe, některé dosud ne. Předpokládá se, že zvýšená excitabilita centrálního nervového systému generovaná repetitivní perikraniální myofasciální nocicepcí může být odpovědná za transformaci epizodické TTH do chronické formy TTH (1). Víme také, že při vzniku tenzní bolesti hlavy se významně uplatňuje stres, pocity úzkosti či deprese. Naše pozornost v souvislostech se vznikem této bolesti se zaměřuje i na změnu prokrvení svalů v oblasti šíje a hlavy, na změnu průtoku krve v některých mozkových tepnách a na změnu hladin různých mediátorů v krvi. Obdobně jako u migrény se jeví možným vysvětlením abnormní neuronální aktivita a facilitace bolesti z oblasti hlubokých struktur mozku (bazální ganglia, limbický systém, serotoninergní neurony oblasti ncl.raphe dorsalis) s oblastí kaudálního jádra trigeminu.

Na základě těchto výzkumů se však nepodařilo nalézt specifický lék, který by, jako skupina triptanů u migrény, zabral specificky na tenzní bolesti hlavy.

Charakter bolesti u TTH

Tenzní bolest hlavy (TTH) je popisovaná jako tlaková, difuzní, oboustranná, nemá charakter bolesti jedné poloviny hlavy. Bolest má často maximum v oblasti temene, s propagací za oči. Nástup je pozvolný, na rozdíl od migrény, kde se bolest rychle rozvíjí do velmi silné intenzity. Bolest u TTH bývá mírné či střední intenzity, nemá pulzující charakter a nebývá doprovázena přecitlivělostí na světlo a na hluk. Trvá hodiny až dny, často se objevuje až odpoledne nebo večer. Tělesná námaha stav většinou nezhorší, naopak někdy může i ulevit. Často jsou přítomné různé, někdy špatně popsatelné pocity v oblasti hlavy, jako jsou pocity sevření, pásku kolem hlavy, pocity otoku měkkých částí nebo přetlaku vevnitř v lebce. Také pacienti někdy popisují nepříjemné pocity při doteku ve vlasové části hlavy, například při česání, jako by hlava byla přecitlivělá (12).

Vyvolávajícím faktorem bolesti nejčastěji bývá rozrušení, stres, ale i obava ze situace, kdy by ke konfliktu mohlo dojít. Bývá často přítomna složka deprese nebo anxiety. V odborné literatuře se diskutuje o tom, zda je deprese spíše reakcí na opakující se bolest hlavy nebo zda se jedná o současný výskyt obou nemocí – deprese a tenzního typu bolesti hlavy, komorbiditu.

Léčba TTH

Léčba TTH může být farmakologická a nefarmakologická.

Pokud nechceme užít léky, je doporučována psychoterapie, dále různé relaxační techniky, v literatuře jsou zmínky i o hypnóze a technice biofeedback. Z rehabilitačních technik má často velmi dobrý efekt fyzioterapie (masáž, elektroléčba, vodoléčba), akupunktura i cvičení.

Z farmakologických postupů se jedná jednak o přímé ovlivnění akutní bolesti hlavy nebo o nasazení preventivní léčby tam, kde jsou bolesti hlavy časté, pacient je špatně snáší, je depresivní nebo tam, kde je intolerance vhodné akutní léčby. Možné a vhodné jsou kombinace obou postupů. Bolest u TTH nebývá velmi silná ani nebývá doprovázena pocity nevolnosti či zvracením, proto pro léčbu akutní bolesti většinou postačí běžné analgetikum nebo lék ze skupiny nesteroidních antirevmatik (NSA). Zde je prokázána vyšší účinnost NSA, konkrétně ibuprofenu 400–800 mg, naproxenu 500–800 mg nebo ketoprofenu 50–75 mg (15) než paracetamolu nebo acetylosalicylové kyseliny. Při riziku závažnějších nežádoucích účinků, zejména polékové gastropatie, je vhodnější použít paracetamol v denní dávce i přes 2 000 mg. Někdy bývá vhodná kombinace s léky, které zmírní svalové napětí, jako jsou myorelaxancia baclofen nebo tizanidin (6). Tyto léky většinou zaberou a bolest ustoupí, problém však bývá při častém opakování bolestí, kdy se mohou objevit zažívací obtíže jako následek užívání některých léků. Proto při vyšší frekvenci výskytu tenzních bolestí hlavy považujeme za vhodnou i léčbu preventivní. Metodou první volby jsou léky ze skupiny tricyklických antidepresiv (amitriptylin). Tato skupina antidepresiv působí přes více farmakokinetických mechanizmů, má účinek na norandrenergní i serotoninergní modulaci, přímé i nepřímé účinky na opioidní receptory, inhibiční vliv na histaminové, cholinergní a N-methyl-D-aspartátové (NMDA) receptory (5). Pokud nejsou kontraindikace podání tricyklik nebo se neobjeví vedlejší účinky, léčba je většinou efektivní. V případě nesnášenlivosti amitriptylinu pak doporučujeme léky skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Začínáme vždy s nižší dávkou, postupně je možno dávku zvýšit. Plný léčebný účinek lze očekávat nejdříve za měsíc až dva měsíce od zahájení léčby. K dosažení účinku je většinou dostatečná dávka nižší, než je potřebná k účinku antidepresivnímu. Po dosažení efektu, což je podstatné snížení četnosti bolestí hlavy a snížení jejich intenzity, je třeba ještě určitý čas lék podávat, pak je možné jej postupně vysadit. Vždy záleží na přání pacienta, někteří dávají přednost dlouhodobé léčbě a jsou spokojeni, že netrpí bolestmi hlavy. Jiní chtějí brát léky jen zcela nejnutnější dobu. Pro tyto pacienty pak lze po dosažení efektu dávku snížit a posléze lék zkusit vysadit. Při recidivě bolestí je pak možný návrat k původní efektivní terapii.

V poslední době se objevily některé studie testující efekt botulotoxinu A v preventivní léčbě tenzní bolesti hlavy. Výsledky nejsou jednoznačné. Efekt botulotoxinu aplikovaného do oblasti perikraniálních svalů – m. procerus, m. corrugator, m. temporalis, m. frontalis, m. occipitalis, m. trapezius, m. splenius capitis popisuje ve své studii Blumenfeld (4). U epizodické tenzní bolesti hlavy však výsledky nebyly pro skupinu pacientů s TTH zcela jednoznačné. Lepší výsledky aplikace botulotoxinu A v preventivní

léčbě primárních bolestí hlavy popisuje autor ve skupině chronické denní bolesti hlavy a migrény. Soudí se, že botulotoxin nemá jen lokální efekt na snížení svalového tonu, ale efektivně zasahuje i působením na neuropeptidy.

Závěr

Tenzní bolesti hlavy jsou nejčastějšími primárními bolestmi hlavy. Diagnózu určíme podle anamnézy, neexistuje žádné pomocné vyšetření či zobrazovací metoda, která by diagnózu mohla potvrdit. V objektivním neurologickém nálezu nenajdeme rovněž žádnou specifickou patologii. Většina těchto bolestí dobře zareaguje na léčbu symptomatickou, po užití některého z nesteroidních antirevmatik dojde k úlevě. Pokud se bolest vrací, je vhodná i preventivní terapie antidepresivy. Při pochybách o možné sekundární bolesti je vhodné odeslat pacienta s opakovanými bolestmi hlavy k neurologickému vyšetření a zvážit provedení CT vyšetření, které vyloučí strukturální postižení mozku. Vždy bychom měli pacienty s chronickými bolestmi hlavy otestovat i na přítomnost deprese a anxiety. Pokud je tato komorbidita přítomna, pak je třeba ji rovněž léčit. Tím můžeme většině pacientů s TTH podstatně zlepšit kvalitu jejich života.

MUDr. Jolana Marková
Neurologická klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice Praha
e-mail: jolana.markova@ftn.cz

Literatura

1. Ashina S, Babenko L, Jensen R, et al. Increased muscular and cutaneous pain sensitivity in cephalic region in patiens with chronic tension-type headache. Eur J Neurol 2005; 12: 543–549.
2. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Qualitatively altered nociception in chronic myofascial pain. Pain 1996; 65: 259–264.
3. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache – possible pathofysiological mechanism. Cephalalgia 2000; 20: 486–508.
4. Blumenfeld A. Botulinum toxin type A as an effective prophylactic treatment in primary headache disorders. Headache 2003; 43: 853–860.
5. Carter GT, Sullivan MD: Antidepressants in pain management. Curr Opin Investig Drugs 2002; 3: 454–458.
6. Freitag FG. Preventive treatment for migraine and tension type headache: do drugs having effect on muscle spasm and tone have a role? CNS drugs, 2003; 17: 373–381.
7. Christensen MB, Bendtsen L, Ashina M, Jensen R. Experimental induction of muscle tenderness and headache in tension type headache patients. Cephalalgia 2005; 25: 1061–1067.
8. Hagberg M, Wegman DH. Prevalence rates and odds ratios of shoulder-neck diseases in different occupational groups. Br.J. Ind.Med 1987; 44: 602–610.
9. Langemark M, Olesen J. Pericranial tenderness in tension headache. A blind controlled study. Cephalalgia 1987; 7: 249–255.
10. Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain tresholds in headache. A population study. Pain 1993; 52: 193–199.
11. Keller O. Tenzní bolesti hlavy. Neurologie pro praxi 2003; 2: 69–71.
12. Marková J. Bolesti hlavy, Triton 2004: 71.
13. Opavský J, Keller O, Kotas R, Mastík J, Marková J, Rejda J, Waberžinek G. Česká verze revidované mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD–II) navržené a předložené Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. Čes. a slov. Neurol. Neurochir, 68/101, 2005; 2: 133–138.
14. Rasmussen BK, Jensen R , Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. J.Clin. Epidemiol 1991; 44: 1147–1157.
15. Schoenen J. Treatment of tension headache. Rev Neurol (Paris) 2000; 156 (Suppl. 4): 156.