

Léčba akutního záchvatu primárních bolestí hlavy

MUDr. Věra Peterová, CSc.

MR oddělení, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Poradna pro bolesti hlavy, MEDICOM BK lékařské centrum, Praha

Tenzní bolest hlavy je nejčastější primární bolestí hlavy, je svíravá, tupá a difuzní. Léčba zahrnuje analgetika, nesteroidní antirevmatika i anxiolytika, event. myorelaxancia. Migréna je primární bolest hlavy s opakovanými záchvaty nejčastěji hemikranií provázenými nevolností, zvracením, světloplachostí nebo dalšími doprovodnými projevy. Léčba akutního záchvatu je perorální, pokud nemocný nezvrací, nejčastěji analgetiky nebo nesteroidními antirevmatiky. Specifickou léčbou jsou agonisté serotoninových receptorů – triptany. Pokud nemocný zvrací, nutné před vlastní léčbou podat antiemetikum či použít léčbu parenterální. Cluster headache a paroxysmální hemikranie jsou vzácnější, jejich léčba je probrána v textu. Migrenózní status představuje závažnou komplikaci migrény, léčí se specificky parenterálně.

Klíčová slova: primární bolesti hlavy, akutní záchvat, tenzní bolest hlavy, migréna, analgetika, triptany.

Treatment of acute attack of primary headache

Tension headache is the most often primary headache, which is astringent, dull and diffuse. Treatment includes analgesics, non-steroidal antirheumatics (NSA) and anxiolytics, resp. myorelaxants. Migraine is a primary headache with repeated seizures predominantly of hemicrania type accompanied with nausea, vomiting, photophobia or other additive symptoms. Treatment of acute attack is oral if patient is not vomiting mostly by analgesics or NSA. Serotonine receptor agonists – triptans represent specific treatment. If patient vomits antiemetics are recommended or parenteral treatment is necessary. Cluster headache and paroxysmal hemicrania are rare units, their treatment is discussed in the text. Migrainous status represents a serious complication of migraine, with specific parenteral treatment.

Key words: primary headache, acute attack of migraine, triptans.

Med. Pro Praxi 2009; 6(5): 265–269

Tenzní bolest hlavy

Tenzní bolest hlavy je nejčastější primární bolestí hlavy, má charakter stažení pásky kolem hlavy, s bolestí tupou, svíravou a difuzní, mírné až střední intenzity, oboustranné lokalizace, obvykle bez nauzey, fotofobie, může se objevit anorexie. Časté je současně napětí v perikraniálních svalech (1, 2). Postihuje 30–60 % populace, 2× častěji ženy než muže, kombinuje se s migrénami. V patogenezi se uplatňuje psychická, svalová a vaskulární složka. Nemocní jsou obvykle vystaveni dlouhodobému stresu, mají poruchy spánku, úzkost a snížený práh bolesti. Jejich deprese jsou důsledkem chronické bolesti, proto nemocní dobře odpovídají na antidepresiva.

Akutní léčba záchvatu tenzní bolesti zahrnuje v první řadě jednosložkovou analgetika nebo nesteroidní analgetika. Opioidy ani kombinovaná analgetika raději nepodáváme. Je-li současně nauzea a anorexie, podáme v začátku na úvod metoclopramid (3) a po něm vlastní lék proti bolesti.

I. Akutní medikace v záchvatu

1. Analgetika

- kys. acetylosalicylová (ASA) – jednotlivá dávka je 500–1 000 mg, lze opakovat až do 1 500 mg/den. Vedlejší účinky: zvýšená kr-

vácivost, dyspepsie či krvácení ze zažívacího traktu, alergické stavy.

- paracetamol – metabolit fenacetinu, dávkování je 500–1 g, až do 1,5 g denně, maximálně 4–5 dní v týdnu, alergické stavy a hematologické stavy jsou vzácnější.

2. Nesteroidní antirevmatika

Vhodná pro potlačení střední a mírné bolesti, kontraindikována u gastroduodenálních vředů, vhodnější jsou proto selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2 s redukovanými nežádoucími účinky při velmi dobrém analgetickém efektu (meloxicam, nimesulid).

- nimesulid (AULIN 100 mg, MESULID 100 mg, NIMED 100 mg, NIMESIL 100 mg, COXTRAL 100 mg).
- meloxicam (MOVALIS 15 mg, RECOXA 15 mg, MELOXICAM 15 mg, MELOVIS 15 mg, ARTRILOM 7,5 a 15 mg).
- piroxicam (FLAMEXIN 20 mg, PIROXICAM AL 20 mg, HOTEMIN 20 mg)
- ibuprofen (BRUFEN 400 mg, IBALGIN 200, 400 a 600 mg, IBUPROFEN AL 400 mg, APO-IBUPROFEN 400 mg, DOLGIT 800 mg, NUROFEN 200 mg, N. forte 400 mg)
- diclofenac (VOLTAREN 50 mg, V. rapid 50 mg, V. retard 100 mg, V. ACTIGO Extra 25 mg, VERAL 25, 50 mg, V. retard 100 mg, OLFEN

25, 50 mg, O. SR 100 mg, MONOFLAM 50 mg, M. retard 100 mg, MYOGIT 25, 50 mg, UNO 150 mg, APO-DICLO 25, 50 mg, A. SR 100 mg, DICLOFENAC AL 25, 50 mg, D. retard 100 mg, DICLOFENAC DUO Pharmaswiss 75 mg, DICLOREUM 50 mg, D. retard 100 mg, DOLMINA 50 mg, D. SR 100 mg, FLECTOR EP Rapid 50 mg)

- ketoprofen (KETONAL 50 mg, K. forte 100 mg, K. retard 150 mg, PROFENID 100 mg, P. SR 200 mg)
- naproxen (NALGESYN S 275 mg)
- tiaprofenová kys. (SURGAM 300 mg)
- indometacin (pouze INDOMETACIN 50, 100 mg BERLIN-CHEMIE v čípcích)

3. Anxiolytika

Jsou doporučována při akutním stavu úzkosti s vegetativními projevy v dávce na noc, preventivně v menších dávkách než psychiatrických (1/2 až 1/4 tbl.), resp. jsou podávána s největší dávkou večer. Bývají spojena s rizikem závislosti, proto se doporučuje podávat po dobu kratší dvou měsíců. Benzodiazepiny mají dlouhý eliminační poločas, některá mají vystupňovaný anxiolytický efekt a jen minimální sedaci (alprazolam), myorelaxační účinek je u nich nízký (5).

- alprazolam (FRONTIN 0,25, 0,5, 1 mg, NEUROL 0,25, 0,5, 1 mg, XANAX 0,25, 0,5,

1 a 2 mg, XANAX SR 0,5, 1 mg) spolehlivé anxiolyticum

- tofizopam (GRANDAXIN 50 mg) netlumí vigitu, spíše ji aktivuje, lze podávat i u glaukomu
- chlórdiazepoxid (ELENIUM 10 mg), oxazepam (OXAZEPAM LÉČIVA 10 mg)
- diazepam (DIAZEPAM SLOVAKOFARMA 5, 10 mg), medazepam (ANSILAN 10 mg)
- bromazepam (LEXAURIN 1,5, 3 mg)

4. Myorelaxancia

Podávají se při spazmech perikraniálních svalů, jsou nejvýhodnější benzodiazepinová myorelaxancia, nežádoucí účinky mají minimální (6).

- tetrazepam (MYOLASTAN 50 mg) podává se v nízké dávce 1/2–1 tbl při záchvatu
- thiocolchicosid (MUSCORIL 4 mg) má účinek myorelaxační, ale i analgetický, v dávce 2 × 1
- guaifenezin (GUAJACURAN 200 mg), tolperizon hydrochlorid (MYDOCALM 150 mg)

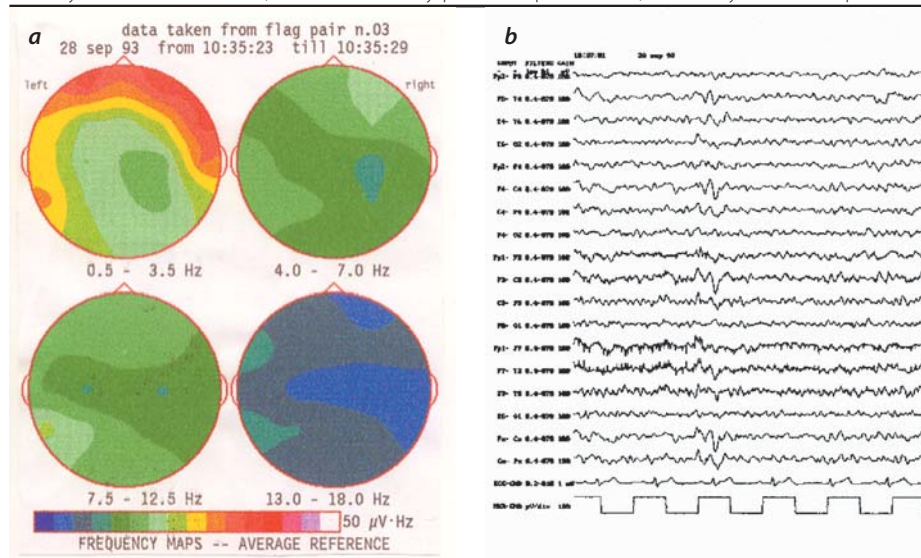
Migréna

Migréna patří mezi časté primární bolesti hlavy s opakujícími se záchvaty bolesti hlavy s typickými klinickými rysy (1, 2). Prevalence migrény je v dospělosti u žen v 18–23%, u mužů v 6–9%. 46% nemocných vykazuje rodinný výskyt migrény (7). V patogenezi má roli vazokonstrikce s následnou vazodilatací mozkových tepen spolu s neurogenními faktory, uplatňuje se trigeminovaskulární systém, hlavním mediátorem je serotonin. Rozlišujeme migrénu s aurou a migrénu bez aury. Aura je nejčastěji zraková, méně často senzitivní nebo motorická (8). Migrénózní bolest hlavy je pulzující, prudké intenzity, zhoršuje se pohybem hlavy, je většinou jednostranná, provázená nauzeou, zvracením, které uleví, fotofobií a fonofobií (3, 9).

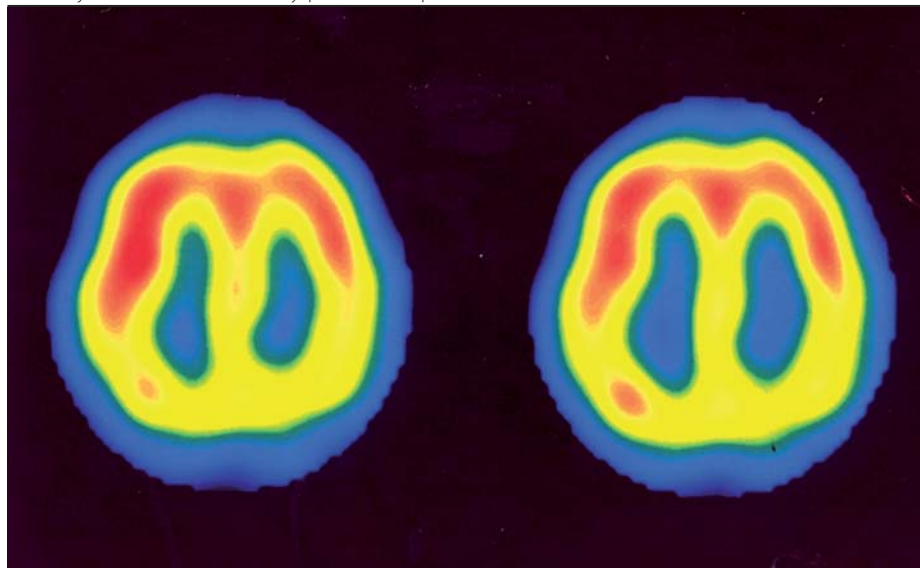
V léčbě migrény je nezbytná spolupráce nemocného. Nemocní si musí vést deník a záchvaty pečlivě sledovat a zaznamenat jednotlivé typy záchvatu a jejich intenzitu – zejména u smíšených bolestí hlavy – jde-li o migrénu nebo tenzní bolest hlavy. Počet záchvatů je možno snížit vyhledáním a odstraněním spouštěvých faktorů (např. z potravin – glutamát sodný – čínská kuchyně, červené víno, zrající sýr, čokoláda, ořechy; dlouhé cestování, hladovění, nepravidelnost v životosprávě, stres, nepravidelnost spánku, pobyt ve vysokohorském prostředí, expozice blikavému světlu, nadměrný hluk, změna tlaku) (9–12).

Akutní medikamentózní léčba záchvatu je nespecifická a specifická:

Obrázek 1. S. R., 34letý pac. s migrénou. EEG : a) brain mapping; b) úsek EEG křivky. Difúzně a epizodicky abnormální záznam, theta a delta vlny po celém povrchu lbi, ostré vlny frontálně vpravo



Obrázek 2. 19letá nemocná s migrénou bez aury, 99mTc-HMPAO SPECT mozku, aplikace v období dozívajícího záchvatu. Poruchy perfuze okcipitálně a frontálně oboustranně



Nespecifická léčba je zaměřena pouze obecně proti bolestem hlavy, je možná jen u lehkých forem migrény, u nemocných, kteří mají jen málo záchvatů a dosud ojedinele léčených, u mladistvých nebo dětí, při kontraindikaci triptanů (3, 11–13):

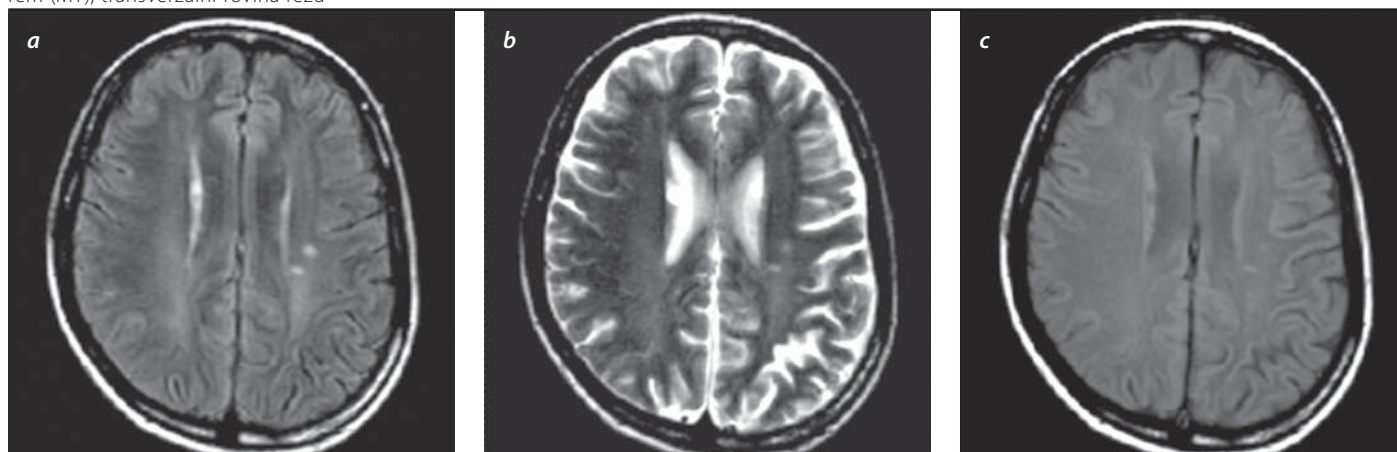
- kyselina acetylsalicylová
- paracetamol
- nesteroidní antirevmatika (selektivní x neselektivní) – viz tenzní bolesti (4)
- kombinované přípravky s paracetamolem (ATARALGIN, GUAJANAL, KORYLAN, VALETOL aj.)
- metamizol (NOVALGIN 500 mg)
- opioidy – tramadol – lze podat při kontraindikaci triptanů

Při zvracení nebo silné nauzeje nejprve podáme: metoclopramid (DEGAN, CERUCAL).

Specifická antimigrenika zasahující přímo do mechanismu vzniku migrény, podáme je jako lék první volby u těžkých migrén, u chronických migreniků, kteří již vyzkoušeli různé léky, většinou analgetika nebo nesteroidní antirevmatika. Jde o léky, které selektivně blokují receptory pro serotonin, jsou jeho agonisty – triptany.

- sumatriptan (IMIGRAN, CINIE, ROSE MIG, SUMATRIPTAN TEVA a SUMATRIPTAN MERCK 50 a 100 mg tbl., IMIGRAN inj., IMIGRAN a ROSE MIG spray, ROSE MIG 50 a 100 mg tablety Sprintab)
- zolmitriptan (ZOMIG 2,5 a 5 mg tbl)
- eletriptan (REL PAX 40, 80 mg tbl)
- rizatriptan (MAXALT 10 mg tbl)
- naratriptan (NARAMIG 2,5 mg tbl)
- frovatriptan (FROMEN 2,5 mg tbl) – méně účinný v akutním záchvatu pro dlouhou do-

Obrázek 3. 45letá nemocná s migrénou bez aury, MR mozku, 1,5 T. Fokální hyperintenzity v T2 vážených obrazech a FLAIR v hloubi bílé hmoty s převahou parietálně vlevo se známkami metabolické aktivity. a) FLAIR; b) T2 vážený obraz TSE modu; c) T1 vážený obraz SE modu s magnetizačním transferem (MT), transversální rovina řezu



bu do začátku účinku od podání (2–4 hodiny), vhodný např. u menstruační migrény.

Obecná pravidla léčby akutního záchvatu migrény triptany:

- výběr správné aplikační formy léku:
 - tablety** – nástup účinku od 30 minut do 2 hodin – nejužívanější forma, lehké až střední migrény bez zvracení,
 - tablety sprintab** – účinek do 30 min. – rychleji rozpustný oproti konvenčním tbl.,
 - nosní spray** – účinek do 15 minut – záchvaty migrény s rychlým nástupem a zvracením, pro které nelze podat tablety nebo u záchvatu, kde nezabral první podaný lék (analgetikum, NSA...),
 - podkožní injekce** – nástup účinku do 10 minut – nejrychlejší a neúčinnější forma, těžké migrény se zvracením.
- vždy je nutno podat lék co nejdříve na začátku záchvatu,
- pouze u lehké až střední migrény bez zvracení je vhodná aplikace perorální,
- migrenikovi, který pravidelně na začátku záchvatu zvrací, aplikujeme příslušný lék parenterálně (nosní spray, autoinjekce) nebo před p.o. podáním léku podáme antiemetikum,
- včasná aplikace dostatečně vysoké dávky antimigrenika.

Migrenózní status

Status migrenózní je opakování po sobě jdoucích migrenózních záchvatů (s aurou nebo bez aury) trvající bez léčby nebo s léčbou déle než 72 hodin, bolesti mohou být přerušeny spánkem, interval bez bolesti trvá maximálně 4 hodiny. Status může trvat až dny.

Léčba zahrnuje rehydrataci iontovými roztoky nebo fyziologickým roztokem (1–1 500 ml).

- opakované podávání s.c. sumatriptanu (max. 2 amp. á 6 mg/den),
- obvyklá tzv. Raskinova kúra: metoklopramid (prometazin, ondansetron) + 0,5 mg DHE během 3–5 min. v infuzi a dále každých 8 hod. 1 mg DHE (Dihydroergotamin), DHE nyní není k dispozici, lze jej objednat jen v rámci mimořádného dovozu, infuzi lze podat i bez něj,
- nezabraly-li triptany, lze podat diazepam i.v. 3–6 dní (úspěšnost ve 13 %), kortikoidy.

Léčba akutního záchvatu migrény v těhotenství

Migréna se významně lepší v 2. polovině těhotenství (až 75 % pac.). Nejvhodnější léčbou je klid na lůžku, ledování, masáž, biofeedback. Pro léčbu akutního záchvatu se v 1. trimestru toleruje jako lék první volby paracetamol (v dávce až 1 000 mg/záchvat) nejlépe v čípcích. V 1. a 2. trimestru lze použít kys. acetylosalicylovou, v 2. trimestru ibuprofen či naproxen. Sumatriptan lze již několik let s opatrností použít během těhotenství, protože nebyl prokázán jeho negativní vliv na plod. U ostatních triptanů (zolmitriptan, eletriptan i rizatriptan) proběhlo zatím málo sledování jejich podávání v těhotenství u malých počtů osob, proto se v praxi v těhotenství zatím nepodávají. U nemocných s těžšími záchvaty v anamnéze, u nichž jsou léky 1. volby neúčinné, se doporučuje ve 2.–3. trimestru přejít na parciální agonisty opioidů – tramadol. Deriváty morfinu nemají registrován nepříznivý vliv na plod, ale neměly by být užívány koncem 3. trimestru. V refrakterních případech lze použít chlorpromazin, dexamethazon či prednizon. V léčbě nauzey může být použit prochloperazin, jeho negativní vliv je nepravděpodobný. Metoklopramid se může podat ve 3. trimestru bez komplikací, v 1.–2. trimestru se nedoporučuje.

Cluster headache

Cluster headache se projevuje krátkodobými, opakujícími se záchvaty jednostranných periorbitálních bolestí hlavy, které se opakují ve stejnou dobu v určité periodě (cluster) a jsou doprovázeny vegetativními projevy z převahy parasympatiku v blízkosti postiženého oka v oblasti 1. a 2. větve trigeminu (slzení, nosní sekrece, Hornerův syndrom, překrvení spojivky). Diagnostika není problematická. Převážně jsou postiženi mladší muži (1, 2).

V léčbě akutního záchvatu používáme inhalaci kyslíku (inhalace 10–15 l/min 10–30 min.), sumatriptan v nosním spreji nebo injekčně, méně vhodné jsou 100 mg tbl. (3).

Paroxysmální hemikranie

Chronická paroxysmální hemikranie vzniká typicky u žen středního věku, jde o záchvaty několikaminutových hemikranií, často s doprovodnou vegetativní symptomatologií (slzení, zvýšená nosní sekrece, někdy i zvýšený intraokulární tlak). Záchvat lze vyvolat určitým sklonem hlavy. Mezi záchvaty je neurologický náález normální (1, 2, 3).

V léčbě akutního záchvatu má absolutní účinek indometacin (INDOMETACIN supp. 100 mg).

Značný význam v prevenci záchvatů primárních bolestí hlavy a ve snížení spotřeby léků má nefarmakologické ovlivnění bolesti, snažíme se vyloučit spouštěcí faktory, které záchvaty provokují. U hypotoniků doporučujeme kofein. Blokady krční páteře léčíme mobilizací horních segmentů. U tensních bolestí se s efektem používá akupunktura, akupresura, relaxační cvičení, která spočívají v uvolnění všech svalů, jóga, analgeticky působící rehabilitace šjových svalů, masáže, transkutánní nervová stimulace; výhodné jsou relaxačně koncentrační techniky používající

„bio-feedback“, k nácviku dokonalé relaxace, kdy si nemocný sám kontroluje a eviduje účinek svého vlivu na uvolnění svalové kontrakce perikraniálních svalů a ovlivnění cév hlavy a krku. Podkožní nebo intradermální infiltrace lokálními anestetiky v oblasti zásobení a. temporalis superficialis a jiné obstrůky se používají omezeně. U smíšených bolestí hlavy léčíme všechny typy, přičemž nefarmakologické postupy jsou pro ně podobné, podmínkou je, aby byl nemocný poučen a sám typ bolesti hlavy odlišil.

*Studie vznikla za podpory
výzkumného záměru MZO 00064165.*

Literatura

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification and

diagnostic criteria of headache disorders. 2nd edition. Cephalgia 2004; 24(Suppl. 1): 1–160.

2. Opavský J, Keller O, et al. Česká verze revidované mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (IChD – II) navržené a předložené Mezinárodní společností pro bolesti hlavy. Čes Slov Neurol Neurochir 2005; 68/101(2): 133–138.

3. Peterová V, Schickerová R. Problematika léčby bolesti hlavy. Med Rev 1995; 2(7): 15–17.

4. Peterová V, Seidl Z, Obenberger J. Ketoprofen v léčbě bolesti hlavy. Prakt Lék 2000; 80(1): 35–36.

5. Peterová V, Obenberger J, Seidl Z. Léčba bolestí hlavy ovlivněním úzkosti. Prakt Lék 2000; 10(80): 579–581.

6. Peterová V, Seidl Z, Obenberger J. Přínos myorelaxancií k terapii tenzní cefaleje. Prakt Lék 1999; 79: 33–35.

7. Stewart WF, Schechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence: a review of population – based studies. Neurology 1994; 44(Suppl 4): S17–23.

8. Peterová V, Seidl Z, Viták T, Daneš J. Migrenózní aura. Čes Slov Neurol Neurochir 2003; 66/99(4): 297–303.

9. Cupini LM, Matteis M, Troisi E, Calabresi P, Bernardi G, Silvestrini M. Sex-hormone-related events in migrainous females. A clinical comparative study between migraine with aura and migraine without aura. Cephalgia 1995; 15: 140–144.

10. Chen LC, Ashcroft DM. Meta-analysis of the efficacy and safety of zolmitriptan in the acute treatment of migraine. Headache 2008; 48(2): 236–247.

11. Diamond S, Bigal ME, Silberstein S, Loder E, Reed M, Lipton RB. Patterns of diagnosis and acute and preventive treatment for migraine in the United States: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. Headache 2007; 47(3): 355–363.

12. Ng-Mak DS, Hu XH, Chen YT, Ma L. Acute migraine treatment with oral triptans and NSAIDs in a managed care population. Headache 2008; 48(8): 1176–1185.

13. Cady RK, Maizels M, Reeves DL, Levinson DM, Evans JK. Predictors of adherence to triptans: factors of sustained vs lapsed users. Headache 2009; 49(3): 386–394.

MUDr. Věra Peterová, CSc.

MR oddělení, Radiodiagnostická klinika
1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 08 Praha 2
Poradna pro bolesti hlavy MEDICOM BK
Legerova 56, 128 08 Praha 2
vpete@seznam.cz

