

Chronická denní bolest hlavy a její léčba

MUDr. Ingrid Niedermayerová

Neurologická ambulance Quattromedica Brno a Neurologická klinika LF MU a FN Brno

Chronická denní bolest hlavy (CDH) tvoří heterogenní skupinu zahrnující jednak primární a jednak sekundární bolesti hlavy (BH), způsobené různými organickými příčinami. Primární CHD vzniká chronifikací migrény, tenzní BH či cluster headache. Často se sdružuje s nadužíváním analgetik nebo jiné akutní medikace, s depresí a anxiétou. Léčba je závislá na základním typu BH a přítomných komplikacích. Těžší stavy je nutno řešit za hospitalizace.

Klíčová slova: chronická denní bolest hlavy, abúzus medikace, triptany, analgetika, deprese.

Chronic daily headache and it's treatment

Chronic daily headache (CDH) represents a heterogenous group including both primary and secondary headaches resulting from various organic causes. Primary CDH results from chronification of migraine, tension headache or cluster headache. It is often associated with overuse of analgetics or other acute medications, or with depression and anxiety. Treatment depends on the underlying type of headache and present complications. Serious conditions require hospitalization.

Key words: chronic daily headache, medication overuse, triptans, analgetics, depression.

Med. praxi 2011; 8(10): 428–430

Úvod

Bolest hlavy patří mezi velmi časté zdravotní problémy, které řeší pacienti jak se svým lékařem, tak mnohdy pouze v lékárně s farmaceutem. Při nevhodné léčbě může dojít k nárůstu frekvence bolestí a pokud se cefalea vyskytuje pravidelně 15 a více dní v měsíci po dobu 3 po sobě jdoucích měsíců, hovoříme o tzv. chronické denní bolesti hlavy (1). Populační studie ukazují, že 4–5 % osob v Evropě, USA a Asii trpí CDH (2). Z hlediska etiologického se většinou jedná o primární BH, které nejsou podmíněny žádným organickým onemocněním. V diferenciální diagnostice je nutno vždy vyloučit sekundární BH (tabulka 1).

Nejvýznamnější typy CDH (3)

Chronická tenzní bolest hlavy (CTTH), jejíž prevalence je 2–2,5 %, je nejčastějším typem CDH a vyvíjí se z epizodické tenzní bolesti. Je to oboustranná, tupá, tlaková, svíravá BH, která je mírné nebo střední intenzity a nezhoršuje se fyzickou aktivitou. Doprovodnými příznaky jsou velmi často anxieta a deprese.

Chronická migréna (CM) vzniká nejčastěji u žen (až v 90 %), které trpí od mládí především migrénou bez aury. Proces transformace migrény do CM se vyznačuje tím, že stoupá frekvence záchvatů, a naopak klesá výskyt a intenzita doprovodných příznaků, jako je fotofobie, fonofobie a nauzea. Prevalence CM je 1–2 %. V některých případech nelze dobře odlišit chronickou migrénu od chronické tenzní bolesti hlavy, neboť i u CTTH může být pří-

tomna mírná nauzea a oba typy se mohou vyskytovat současně.

Hemicrania continua je vzácná, striktně unilaterální indometacin responzivní BH. Je trvalá, střední intenzity, denně se vyskytující a nemá epizody bez bolesti. Je doprovázena alespoň jedním vegetativním příznakem na stejné straně jako bolest (lakrimace, konjunktivální injekce, nazální kongesce, rinorea, mióza, ptóza).

BH vyvolaná nadužíváním léků (medication overuse headache – MOH) se dle populačních studií vyskytuje u 4–10 % pacientů trpících různým typem cefaley. Nejčastějším typem BH, který je asociován s nadužíváním analgetické léčby, je CTTH a CM. Ženy jsou postiženy 3,5x častěji než muži. MOH se nejčastěji projevuje jako migrenózní nebo tenzní BH, která se vyskytuje 15 a více dní v měsíci, a pacient po dobu minimálně 3 měsíců 10 a více dní v měsíci nadužívá pravidelně jako akutní medikaci kombinovaná

analgetika, opioidy, ergotamin či triptany. Pokud užívá jednosložková analgetika samotná nebo v kombinaci s triptany, opioidy nebo ergotaminem (nesmí se jednat o nadužívání jednotlivých typů), pak za nadužívání označujeme užití při 15 a více dnech v měsíci (4).

Nadužívání medikace vede u disponovaných osob ke vzniku lékově indukované „rebound“ bolesti hlavy, která vyvolává další a vyšší spotřebu akutní medikace, což má za následek závislost na symptomatické medikaci. Lékový abúzus navíc vede k refrakternosti BH na profylaktickou léčbu. Vysazení akutní medikace způsobuje rozvoj abstinčních příznaků a období zvýšené BH. Nadužívání akutní léčby má také nefrotoxický a hepatotoxický efekt.

Přesné dávky, které vedou k nadužívání léků, nejsou dosud stanoveny dvojité slepými studiemi, avšak některé literární zdroje uvádí údaje shrnuté v tabulce 2 (5).

Tabulka 1. Rozdělení CDH

Primární CDH		Sekundární CDH
Záchvat trvající déle než 4 hod.	Záchvat trvající méně než 4 hod.	
Chronická migréna	Chronický cluster headache	BH vyvolaná nadužíváním léků – doprovází řadu primárních CDH
Chronická tenzní bolest hlavy	Chronická paroxysmální hemicranie	Potraumatické BH (chronický subdurální hematom)
Hemicrania continua	Hypnické bolesti hlavy	BH na podkladě cévních onemocnění mozku (arteriovenózní malformace)
Nové denní trvalé BH		BH na podkladě nevaskulárních onemocnění (chronické infekce, hydrocefalus, neoplazmata)
		BH na pokladě onemocnění krční páteře

Psychiatrická komorbidita

Všechny typy primárních CDH, ale i lékově navozené BH jsou až v 80–90 % doprovázeny psychiatrickými komplikacemi. Nejčastějšími poruchami jsou: anxieta, deprese, panická porucha a bipolární onemocnění (6). Bolest hlavy ovšem může být i jedním z příznaků psychiatrických onemocnění.

Léčba CDH

Léčba CDH dle základního typu BH

Akutní farmakoterapie odpovídá léčbě akutních záchvatů jednotlivých typů BH. Množství medikace však musí být striktně limitováno, aby nedošlo k lékovému abúzu. Riziko „rebound“ je vysoké především u kombinovaných analgetik, krátce působících antiflogistik (ibuprofen, acetylosalicylová kyselina), opioidů a ergotaminu. Proto by mělo být užití těchto léků limitováno. Profylaktickou terapii zahajujeme co nejdříve a postupně navyšujeme dávky (7). Je však nutné upozornit, že efekt nastupuje nejdříve za 3–6 týdnů od nasazení. Při výběru léků preferujeme monoterapii (tabulka 3), při neúčinnosti této léčby je nutno přistoupit ke kombinacím (8).

Vhodné kombinace

- Antidepresiva +
 - betablokátory (metoprolol, bisoprolol)
 - blokátory kalciových kanálů (flunarizin, cinarizin)
 - antiepileptika topiramát nebo valproáty
- Betablokátor + valproáty
- Antiepileptika působící různým mechanismem, např. topiramát + valproát

Nevhodné kombinace

- Betablokátory + blokátory kalciových kanálů
- SSRI nebo SNRI + triptany

Kontraindikace

- SSRI nebo SNRI + inhibitory monoaminoxidázy

Léčba v graviditě a laktaci

Ve II. a III. trimestru těhotenství dochází obvykle ke snížení frekvence migrény bez aury. V důsledku nárůstu produkce estrogenů však může dojít ke zvýšenému výskytu migrény s aurou. Pouze v mimořádných případech je nutno nasadit profylaxi. Zcela bez rizika je možno užívat profylakticky magnezium. Z ostatních

Tabulka 2. Dávky akutní medikace vedoucí k nadužívání

Lék	Frekvence užití
Ergotamin	0,5 mg rektálně nebo 1 mg p. o. 2 a více/týden
Acetylosalicylová kyselina	1 000 mg více než 5 dní/týden
Analgetika kombinovaná	více než 3 tbl. denně, více než 3 dny/týden
Opioidy	více než 1 tbl. denně, více než 2 dny/týden
Triptany	více než 3 dny/týden

Tabulka 3. Profylaktické léky

Léky 1. volby		Léky 2. volby		Léky 3. volby	
Denní dávka (mg)		Denní dávka (mg)		Denní dávka (mg)	
valproáty	50–200	amitriptylin	25–50	gabapentin	1 200–1 600
topiramát	50–100	naproxen	2× 275–550	lisinopril	10–20
metoprolol	50–200	bisoprolol	5–10	magnezium	400–600
flunarizin	5–10			tizanidine	4–20

účinnějších léků lze podat relativně bezpečně metoprolol (9).

V období laktace je vhodnou a účinnou profylaxi aplikace valproátů. Betablokátory nedoporučujeme, protože přecházejí do mateřského mléka a mohou způsobit bradykardii kojence (10).

Léčba psychiatrických komplikací

U pacientů s psychiatrickou komorbiditou můžeme zvolit antidepresivum jako monoterapii. V tomto případě využíváme nejčastěji analgetického účinku amitriptylinu. Lze však využít i další léky ze skupiny tricyklických antidepresiv – TCA (nortriptylin, imipramin, klomipramin).

U antidepresiv ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu – SSRI (citalopram, escitalopram, sertralin, paroxetin) a inhibitorů zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu – SNRI (venlafaxin, milnacipran) nebyla prokázána významnější účinnost v profylaxi migrény či tenzní bolesti hlavy, ale využíváme je u pacientů, kteří současně trpí anxiétou, depresí či panickou poruchou (11), často v kombinaci s dalším profylaktickým lékem (viz výše). V některých těžších případech můžeme s úspěchem kombinovat SSRI a TCA. Z dalších antidepresiv je možné použít mirtazapin u chronické tenzní bolesti hlavy (12).

Léčba BH vyvolané nadužíváním medikace

Ambulantní léčba je možná u vysoce motivovaných osob, kde není abúzus barbiturátů či trankvilizérů. Hospitalizaci volíme, jestliže selže ambulantní léčba, dále u osob

s vysokým skóre deprese, s abúzem trankvilizérů, kodeinu a barbiturátů a polymorbidních pacientů.

Můžeme uplatnit dva přístupy. Buď postupně snižovat nadužívanou medikaci a nahrazovat ji NSA s prodlouženým účinkem (např. meloxicam, diklofenak), anebo přerušit nadužívání léku náhle a nahradit jej přechodným lékem ovlivňujícím bolest, tj. NSA v retardované formě či triptany a steroidy (2).

Pacient by měl být poučen o nezbytnosti neužívat akutní léčbu na mírnou bolest, ale jen na silnou a lékař musí stanovit výši dávky a frekvenci užití akutní medikace. Ke sledování efektu je výhodné zapisovat spotřebu léků do záchvatového kalendáře.

Po vysazení nadužívané akutní medikace nastává tzv. vymývací perioda, která trvá 3–8 dnů. V tomto období jsou přítomny abstinenční příznaky (nauzea, vomitus, agitovanost, poruchy spánku) a většinou plně nefunguje akutní a profylaktická léčba. Ke zmírnění těchto příznaků lze podat malou dávku neuroleptika (13).

Profylaktickou léčbu můžeme nasadit ihned, některá pracoviště však doporučují ji zavést až po detoxikaci. Výsledky studií ukazují, že časné podání profylaxe vede z dlouhodobého hlediska k lepším výsledkům (14).

Po úspěšné detoxikační léčbě dochází u 30–45 % pacientů v průběhu 3–4 let k relapsu MOH. Relaps nastává častěji u osob s nadužíváním analgetik a ergotaminu než triptanů, avšak vzhledem k lepší dostupnosti triptanů stále přibývá pacientů nadužívajících triptany. Ve studii publikované Markovou (15), která sledovala nadužívání akutní medikace v ČR, byly triptany

na 1. místě. V závislosti na typu bolesti je relaps častější u tenzní BH než u migrény (7).

Doporučení pro lékárníky

Doporučte vyšetření u praktického lékaře:

1. Pokud pro opakované bolesti hlavy nebyl dosud nikdy vyšetřen a opakovaně si kupuje volně prodejné analgetika.
2. Pokud často kupuje kombinovaná analgetika nebo se dožaduje rady ohledně nových a účinnějších analgetik.

Doporučte vyšetření u neurologa:

1. Pokud se změnil charakter nebo četnost bolestí hlavy.
2. Pokud opakovaně přichází s receptem na větší množství analgetik či triptanů od praktického lékaře.

Doporučte vyšetření u specialisty na bolesti hlavy: www.bolestihlavy.cz:

1. Pokud opakovaně přichází s receptem na magistraliter připravované čípky s ergotaminem.
2. Pokud užívá pravidelně opioidy na bolesti hlavy.
3. Pokud máte podezření, že užívá analgetika či triptany více než 10 dní v měsíci a často i několikrát denně.

Závěr

CDH představuje složitou problematiku v léčbě BH. Platí to zejména pro stavy spojené s nadužíváním akutní medikace, kterých stále přibývá. Může to být způsobeno větší dostupností volně prodejných analgetik i sumatriptanu a současně souviset i s nedostatečnou informovaností o vzniku tohoto typu BH ze strany pacientů, ale i lékařů a farmaceutů.

Převzato z Prakt. lékařství 2010; 6(3): 282–284.

Literatura

1. Bigal EB, Tepper ST, Sheftell FD, Rapoport AM, Lipton RB. Chronic daily headache: Correlation between the 2004 and the 1988 International Headache Society diagnostic criteria. *Headache* 2004; 44: 684–691.
2. Saper JR, Dodick D, Gladstone JP. Management of chronic daily headache: Challenges in clinical practice. *Headache* 2005; 45(Suppl 1): 74–85.
3. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalgia* 2004; 24(Suppl 1): 1–160.
4. Sun-Edelstein C, Bigal ME, Rapoport AM. Chronic migraine and medication overuse headache: clarifying the current International Headache Society classification criteria. *Cephalgia* 2008; 29: 445–452.
5. Relja G, Granato A, Antonello RD, Zorzon M. Headache induced by chronic substance use: Analysis of medication overused and minimum dose required to induce headache. *Headache* 2004; 44: 148–153.
6. Marková J. Komorbidita migrény. *Neurol pro praxi* 2005; 5: 248–250.

7. Katsarava Z, Muessig, Dzagnidze A, Fritsche G, Diener HC. Medication overuse headache: rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalgia* 2004; 25: 12–15.

8. Waberžinek G. Bolesti hlavy. Praha: Triton, 2000: 192.

9. Mastík J. Migréna. Praha: Maxdorf, 2007: 104.

10. Evers S, Áfra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, Sándor PS. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology* 2006; 13: 560–572.

11. Češková E. Duálně působící antidepressiva. *Remedia* 2006; 16: 594–597.

12. Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension type headache. *Neurology* 2004; 62: 1706–171.

13. Silberstein DS, Lipton BR, Dalessio JD. Wolff's headache and other head pain. New York: Oxford University Press 2001: 247–282.

14. Hagen K, Albrechtsen C, Vilming ST, Salvesen R, Gronning M, et al. Management of medication overuse headache: 1-year randomized open-label trial. *Cephalgia* 2009; 29: 221–232.

15. Marková J, Mastík J, Doležil D, Dočekal P, Niedermayerová I, Rejda J, Kotas R, Lánská V. Nadužívání léků u pacientů s bolestmi hlavy v ČR. *Cesk Slov Neurol N* 2010: v tisku.

MUDr. Ingrid Niedermayerová
Neurologická ambulance
Quattromedica Brno
Neurologická klinika LF MU a FN Brno
Kounicova 26, 602 00 Brno
ingrid.niedermayerova@gmail.com

