

# Bolesti hlavy ve vyšším věku

MUDr. Andrea Bártková

Neurologická klinika FN Olomouc

U seniorů, stejně jako v mladším věku, je bolest hlavy jedním z nejčastějších stesků, které pacienty přivádí k lékaři. Problematika bolestí hlavy ve vyšším věku má svá specifika. Primární bolesti hlavy, např. migréna, spíše ustupují a mění své charakteristické rysy. Naopak v důsledku ve stáří častých komorbidit přibývá sekundárních bolestí hlavy. Tato přehledná práce se zabývá jak primárními, tak i sekundárními bolestmi hlavy s přihlédnutím k nozologickým jednotkám a klinickým projevům specifickým pro vyšší věk.

**Klíčová slova:** primární a sekundární bolesti hlavy, migréna, migrenózní aura, tenzní typ bolesti hlavy, temporální arteritida, neuralgie trigeminu, vyšší věk.

## Headache at a later age

In elderly as well as in younger age, headache is one of the most common complaints with which patients present to physicians. Headaches at a later age have their specific features. Primary headaches, e. g. migraine, tend to retreat and change their characteristic features. By contrast, secondary headaches occur increasingly due to comorbidities that are common in old age. This review deals with both primary and secondary headaches while taking into account nosological entities and clinical manifestations specific for later age.

**Key words:** primary and secondary headache, migraine, migraine aura, tension-type headache, temporal arteritis, trigeminal neuralgia, later age.

Med. praxi 2012; 9(3): 118–123

## Seznam použitých zkratk

- TTH tension type of headache – tenzní typ bolesti hlavy
- TIA – tranzitorní ischemická ataka
- CMP – cévní mozková příhoda
- CH – cluster headache
- CT – počítačová tomografie
- MRI – magnetická rezonance
- AION – přední ischemická neuropatie optiku
- SDH – subdurální hematom

## Úvod

Podle mezinárodní klasifikace se bolesti hlavy dělí na primární a sekundární. U sekundárních bolestí hlavy vzniká cefalea následkem organického poškození mozku nebo jiných orgánových systémů. U skupiny primárních bolestí hlavy nenalezneme strukturální poškození mozku nebo jinou vyvolávající příčinu.

Se stárnutím populace se s potížemi charakteristickými pro seniorský věk, bolest hlavy nevyjímá, setkáváme u stále větší části pacientů.

S vyšším věkem se snižuje frekvence a mění klinické projevy některých primárních bolestí hlavy. Naopak přibývá komorbidit, které ovlivňují charakter primární bolesti. V případě sekundárních bolestí je cefalea jedním ze základních příznaků choroby. Řada onemocnění spojovaných spíše s vyšším věkem vyvolává klinický obraz podobný tenzním bolestem hlavy. Vznik migrény a cluster headache de novo po 50. roce života je spíše výjimkou.

Proto v případě změny charakteru cefaley nebo u bolestí nově vzniklých je vždy nutno

vyložit sekundární příčinu. Základní rysy tzv. varovných či nebezpečných bolestí hlavy, vyžadujících akutní intervenci, uvádí tabulka 1. Při stanovení správné diagnózy se neobejdeme bez pečlivé anamnézy, fyzikálního a neurologického vyšetření, nezbytné je zobrazení hlavy pomocí počítačové tomografie (CT) nebo magnetické rezonance (MRI). Mezioborová spolupráce by měla být samozřejmostí.

V léčbě primárních bolestí hlavy je problémem absence léčebných doporučení určených pro seniory, neboť z většiny klinických studií byly vyloučeny osoby starší 65 let. Tento fakt je závažný, neboť právě starší generace je nejrychleji narůstající částí populace, a tak je potřeba terapeutických doporučení založených na důkazech naléhavá.

V případě sekundárních bolestí hlavy se léčebná opatření odvíjí od příčiny, která bolest hlavy vyvolala.

**Tabulka 1.** Varovné projevy (red flags) u pacientů s bolestí hlavy (14)

|                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Náhle vzniklá, velmi silná bolest hlavy, jakou pacient v životě nezažil                                    |
| Bolest hlavy vzniklá při fyzické nebo sexuální aktivitě                                                    |
| Bolest hlavy nově vzniklá po 50. roce života                                                               |
| Bolest hlavy s narůstající intenzitou a frekvencí či změnou charakteru projevů                             |
| Chronická každodenní bolest hlavy nereagující na léčbu                                                     |
| Bolest hlavy vzniklá v souvislosti s traumatem                                                             |
| Bolest hlavy spojená s horečkou, zvracením a meningeálním drážděním                                        |
| Bolest hlavy zesilující při zvýšení intrakraniálního tlaku, např. při kašli, defekaci nebo předklonu hlavy |
| Bolest hlavy spojená se záchvatovými projevy                                                               |
| Bolest hlavy spojená s rozvojem neurologických příznaků                                                    |
| Bolest hlavy vzniklá u pacientů s onkologickou anamnézou                                                   |

## Primární bolesti hlavy

### Migréna

Migréna je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění. Celosvětově postihuje kolem 11 % dospělé populace (1–2). Prevalence migrény je vysoká mezi 20–55 lety věku a vrcholí kolem čtyřicítky. Pro migrénu jsou specifické bolesti hlavy lokalizované většinou na polovinu hlavy (hemikranie), střední až silné intenzity. Ataky jsou spojené s nauceou a zvracením, foto a fonofobií, nemocní vyhledávají klid na lůžku, nejsou schopni pokračovat v práci. U části migreniků vzniku bolesti hlavy předchází aura. Nejčastějším typem aury je aura zraková. Je charakteristická třpytivými obrazy, např. ohňostrojem jisker, vlnkami pohybujícími se v obou zorných polích, deformitami obrazu nebo výpadky částí zorného pole. Méně častá je aura s příznaky senzitivními nebo motorickými, které se projevují poruchami

citlivosti (brněním, mravenčením) nebo hybnosti na končetinách.

S narůstajícím věkem se snižuje frekvence, intenzita i délka trvání záchvatů. Doprovodné potíže jako nauzea a vomitus se mírní a ataky již neinterferují s denními aktivitami nemocných (3). V některých případech migréna zcela vymizí, případně mění svůj charakter a připomíná spíše tenzní typ bolestí hlavy (TTH). U osob nad 50 let se oproti mladšímu věku častěji objevuje typická migrenózní aura bez bolestí hlavy. Tato tzv. aura bez migrény se může prvně manifestovat jak u pacientů s anamnézou migrény s aurou v minulosti, tak i de novo (4). Tento fenomén v anglosaské literatuře prvně popsal Fisher před více než 30 lety jako „late-life migraine accompaniment“ (5). Auru bez bolesti hlavy, zvláště při absenci migrény v předchorobí, je snadné zaměnit se závažnější tranzitorní ischemickou atakou (TIA), nebo epileptickým záchvatem. Na rozdíl od TIA, se aura rozvíjí postupně, trvá 15–60 minut. Dominují spíše neurologické ložiskové pozitivní symptomy, které ustupují v opačném pořadí, než ve kterém začaly. U TIA příznaky nastupují náhle, trvají několik minut, jsou spíše negativního charakteru (hemianopsie, amauróza, hypestezie, pareza, afázie), upravují se ve stejném pořadí jako vznikly. Neurologický deficit odpovídá topicky teritoriu postižené tepny, kdežto aura může mít víceložiskové projevy z léze různých cévních povodí (6–10). Podrobné vyšetření, včetně CT nebo MRI zobrazení hlavy s důslednou kontrolou kardiálních a cerebrálních vaskulárních rizikových faktorů, je nutností ať již je příčina tranzitorních ložiskových projevů migrenózní, ischemická nebo jiná.

Vznik migrény po 60. roce života je vzácný. Uvádí se, že jen u 1–2% seniorů se rozvine migréna se stejnými klinickými příznaky, jaké známe u mladších osob (11). V těchto případech nově vzniklých bolestí hlavy je vždy nutno myslet na sekundární příčinu.

U mladších jedinců jsou lékem volby v akutní terapii migrenózní ataky selektivní agonisté serotoninových 5HT<sub>1B/1D</sub> receptorů – triptany. Jejich širšímu užití u starších pacientů brání především jejich kardiovaskulární nežádoucí účinky. Triptany jsou kontraindikovány po infarktu myokardu, CMP/TIA, u dekompenzované

arteriální hypertenze, ischemické choroby srdce a dolních končetin. Relativní kontraindikací je věková hranice nad 65 let. Podle výsledků Hallovy studie (12) zabývající se užitím triptanů u obecné praxi, seniory s různými rizikovými faktory nevyjímajíc, však nebylo prokázáno zvýšení mortality, výskytu infarktu myokardu, CMP/TIA a ischemické choroby srdeční. K léčbě triptany ve vyšším věku je třeba přistupovat uvážlivě s přihlédnutím ke kardiovaskulárnímu profilu a dalším komorbiditám u každého pacienta jednotlivě. U starších pacientů užívajících triptany je doporučeno pravidelné kardiologické vyšetření a EKG kontroly jednou za tři měsíce (12, 13, 14).

Bezpečně lze použít jednoduchá analgetika jako je paracetamol nebo metamizol. Přehled akceptovatelné akutní a profylaktické léčby je uveden v tabulce 2.

Tenzní typ bolesti hlavy (TTH)

TTH hlavy představují u seniorů, stejně jako u mladších věkových skupin, nejčastější typ primárních bolestí hlavy. Podle jedné z recentních prací byla u osob 55–94letých zjištěna roční prevalence 42,4% u žen a 27,8% u mužů (15).

Na rozdíl od migrény, TTH nemění v souvislosti s věkem své charakteristické klinické projevy. Jde o bolesti hlavy většinou oboustranné, svíravého charakteru, připodobňované k obruči nasazené kolem hlavy. Obvykle jde o bolest mírné či střední intenzity, která neinterferuje s denními aktivitami, naopak fyzická aktivita může přinést úlevu a je jen výjimečně asociována s vegetativním dyskomfortem.

U významné části starších nemocných (17–43%) vznikne prvně tenzní cefalea v souvislosti s negativním psychickým zážitkem, např. odchodem do důchodu, ztrátou partnera, či s institucionalizací (16).

Léčebně se osvědčily relaxační metody s úpravou pohybových stereotypů a režimu spánku a fyzioterapie. Při úporných bolestech lze jednorázově použít jednoduché analgetikum nebo nesteroidní antiflogistikum. Nemocní s TTH inklinují k nadužívání akutní medikace. V tomto případě a u chronických bolestí hlavy, spjatých se zvýšenou psychickou tenzí, lze opatrně nasadit antidepressivní medikaci. Pro lepší bezpečnostní profil jsou v klinické praxi před

tricyklicky upřednostňována modernější antidepressiva. Proto jsou překvapivé výsledky velké, nedávno publikované studie, která sledovala souvislost mezi léčbou antidepressiv a výskytem závažných vedlejších příznaků u téměř 54 tisíc seniorů. U SSRI se prokázalo nejvyšší poměrné riziko pádu a hyponatremie. Ostatní antidepressiva, zejména venlafaxin a mirtazapin, byla provázena vyšším poměrným rizikem mortality z jakékoliv příčiny, suicidálního pokusu nebo sebepoškození, výskytu CMP nebo TIA, fraktury a epileptických záchvatů. U tricyklických antidepressiv, předepisovaných v poměrně nízkých dávkách, nebylo zjištěno v porovnání s ostatními skupinami zvýšené poměrné riziko v žádné z těchto oblastí (17). Tyto výsledky upozorňují, že často předepisovaná antidepressiva, jako SSRI a venlafaxin, mohou být u seniorů, oproti očekávání, provázena relativně vysokým rizikem komplikací (18). U tricyklik je však nezbytné mít na zřeteli vysoké riziko rozvoje kognitivních poruch.

Seniorský věk běžně provázející komorbidity, jako degenerativní onemocnění osového skeletu a temporomandibulárního kloubu, špatně padnoucí zubní protézy, nedostatečná zraková korekce, dekompenzovaná arteriální hypertenze, larvovaná deprese, subdurální hematom apod., mohou zhoršovat nebo napodobovat klinické projevy TTH. Proto i v tomto případě je na místě pátrat po sekundární etiologii potíží.

Cluster headache (CH)

CH patří do skupiny tzv. trigeminových autonomních bolestí hlavy. Projevuje se jednostrannou silnou bolestí hlavy, lokalizovanou do okolí oka, provázenou slzením, chemózou spojivky, zvýšenou nosní sekrecí a v některých případech miózou a ptózou horního víčka. Stejně jako u migrény, s narůstajícím věkem se snižuje frekvence a intenzita atak. Potíže mají tendenci vymizet kolem 65–70 roku. V senu byly popsány i případy chronizace CH, kdy záchvaty krutých každodenních bolestí jsou spojeny se silnou psychickou alterací s agitovaností a obrazem pseudodemence (19). Spíše výjimečně vzniká CH de novo po 65. roce věku. Klinické projevy se neliší od průběhu onemocnění v mladším věku. Léčebně se nejlépe

Tabulka 2. Léčba migrény u seniorů (upraveno dle 13)

|                     | Léky 1. volby                                                    | Lze použít s opatrností a s přihlédnutím ke komorbiditám                  | Nevhodná léčba                       |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Akutní léčba        | paracetamol 1 g<br>metamizol (novalgin) 500 mg                   | triptany, nesteroidní antiflogistika<br>(brufen 200 mg, diclofenac 75 mg) | k. salicylová, kombinované preparáty |
| Profylaktická léčba | propranolol, topiramát, valproát,<br>blokátory kalciových kanálů |                                                                           | amitriptylin? nortriptylin?          |

osvědčila inhalace kyslíku v průběhu bolestivé ataky.

Příznaky napodobující CH (symptomatický CH) se mohou vyskytovat v souvislosti s glaukomem, uveitidou, sinusitidou, afekcemi v oblasti kavernózního sinu, nádory střední jámy lebni. V diferenciální diagnostice je nutné pomýšlet i na Tolosa-Huntův syndrom, neuralgii trigeminu a velkobuněčnou temporální arteritidu.

### Hypnická bolest hlavy

Hypnická cefalea patří do skupiny primárních bolestí hlavy. Jde o benigní, noční cefaleu. Vyskytuje se zřídka, s prevalencí 0,07 %, typicky ve vyšších věkových kategoriích, tedy u osob nad 60 let věku. Bolesti jsou oboustranné, většinou lokalizované frontálně. Pravidelně budí pacienta ve stejnou dobu, nejčastěji mezi jednou a třetí hodinou ranní. Bolesti trvají 15–180 minut a dostavují se i 15krát měsíčně (20). Záchvaty jsou pravděpodobně vázány na REM fázi spánku. Bolesti hlavy někdy po několika měsících spontánně ustoupí. Nejlepší léčebný efekt byl dosažen za pomoci litia v dávce 400 mg na noc. Lze použít i indometacin ve večerní dávce 25–50 mg (21).

V diferenciální diagnostice je na místě vyloučit CH, při kterém je častý noční výskyt atak. U hypnické bolesti chybí vegetativní symptomy charakteristické pro CH.

### Sekundární příčiny bolesti hlavy s vazbou na vyšší věk

#### Velkobuněčná temporální arteritida

Temporální arteritida je systémové zánětlivé onemocnění tepen menšího a středního kalibru. Vyskytuje se výhradně u seniorů. Průměrný věk počátku onemocnění je 70 let a ženy jsou postiženy 3krát častěji. Nekrotizující granulomatózní zánět má afinitu k tepnám, v jejichž stěně je obsažena lamina elastica interna (a. temporalis superficialis, ophtalmica, aa. ciliares posteriores, aa. occipitales, méně často a. centralis retinae).

Bolest hlavy je většinou střední až silné intenzity, tupá nebo pulzující, typicky lokalizovaná ve spánku, ale i kdekoli na hlavě. Komprese nad tepnou (hlava na polštář) může bolest hlavy provokovat. Spánková nebo týlní tepna bývá ztluštělá, prosáklá, zatvrdlá a bolestivá na pohmat. Pro temporální arteritidu specifické klaudikace žvýkacích svalů se vyskytují jen výjimečně.

Onemocnění provází i celkové příznaky jako je zvýšená teplota, únava a nechutenství. Bolesti a ztuhlost pletencových končetinových svalů jsou nejhorší po ránu.

K nejzávažnějším klinickým projevům patří poruchy zraku, které se vyskytují u více než třetiny pacientů s temporální arteritidou. Mohou být přechodné (diplopie, amaurosis fugax) nebo trvalé. Nejčastější příčinou ztráty vize je přední ischemická neuropatie optiku (AION) při lézi zadních ciliárních tepen.

Diagnózu lze stanovit na základě anamnézy, klinického a laboratorního vyšetření. Vysoká sedimentace erytrocytů (nad 60 mm za hodinu) a elevace C reaktivního proteinu výrazně podporuje klinické podezření. Definitivní potvrzení diagnózy přinese biopsie tepny s histologickým nálezem zánětlivých infiltrátů a fragmentace v lamina elastica interna. Infiltráty obsahují mononukleáry a mnohojaderné gigantické buňky.

Promptní zahájení kortikoterapie (prednison 60–80 mg denně) může zabránit trvalému postižení zraku a vede k výraznému ústupu klinických příznaků. Po několika týdnech, za monitorace klinického stavu a laboratorních testů, lze dávku postupně snížit. Udržovací terapie je většinou podávána 6–12 měsíců (20, 22).

#### Neuralgie trojklanného nervu

Neuralgie trigeminu je nejčastější paroxysmální bolestí obličeje. U 90 % nemocných vzniká po 40. roce věku s incidencí 5/10 000 osob. Onemocněním trpí převážně ženy v poměru 3:1. Postižena bývá 2. a 3. větev trojklanného nervu, většinou na pravé straně. K neuralgii vede léze nervového kmene v tzv. přechodové zóně – v místě změny centrálního myelinu na periferní asi 4–5 mm po výstupu z mozkového kmene. Příčiny této léze mohou být různé. Nejčastěji je diskutována komprese nervu aberantně probíhající tepnou (např. a. cerebelli superior), tzv. neuro-vaskulární konflikt. Přítomnost neuro-vaskulární komprese jako jediné příčiny neuralgie není jednoznačně prokázána. Sekční průkaz neuro-vaskulárního konfliktu je častým nálezem, který nemusí být provázen klinickými projevy. Etiopatologickou roli může hrát i menší objem zadní jámy lebni a porucha inhibičních mechanismů v centrálních strukturách (23–24).

V rámci sekundárních neuralgií je, u mladších nemocných, častou příčinou demyelinizace v přechodové zóně roztroušená skleróza. U seniorů dominuje postherpetická neuralgie.

Bolest hlavy je jednostranná, lokalizovaná v inervační oblasti příslušné větve trojklanného nervu. Bolest má ostrý, bodavý charakter, přichází v opakovaných vlnách, trvajících několik sekund. Pro neuralgickou bolest jsou typické trigger zóny, které po kontaktu spouští salvy bolesti. Bolest může provokovat žvýkání, čištění

ní zubů, mluvení, úsměv, holení nebo průvan. Pacienti si chrání tvář a vyhýbají se okolnostem spouštějícím ataky.

U velké většiny pacientů lze dosáhnout uspokojivé kompenzace při podávání medikamentózní léčby. Mezi osvědčené preparáty patří léky ze skupiny antiepileptik (karbamazepin, gabapentin, pregabalin) popřípadě jejich kombinace. U farmako-rezistentních nemocných lze zvážit neurochirurgickou mikrovaskulární dekompresi, punkční termolýzu gasserského ganglia, radiační terapii přechodové zóny nebo výstupu nervu z cavum Meckelli. V posledních letech se stále častěji uplatňují neuromodulační metody – repetitivní transkraniální magnetická stimulace, nebo přímá korová stimulace.

### Postherpetická neuralgie trojklanného nervu

Herpes zoster vzniká po reaktivaci infekce virem varicella-zoster v nervovém gangliu. Onemocnění se vyskytuje především u starších, chronicky nemocných, diabetiků a imunokompromitovaných osob.

V oblasti obličeje je nejčastěji postižena 1. větev n. trigeminus. Kruté, jednostranné bolesti jsou lokalizovány do oblasti oka a mohou až o několik dní předcházet výsevu charakteristických kožních puchýřků.

Včasným nasazením acykloviru lze předcházet postižení rohovky a rozvoji postherpetické neuralgie.

Postherpetická neuralgie je definována jako neuralgická bolest trvající déle než čtyři měsíce po výsevu kožních erupcí herpes zoster. Jde o výrazně věkově závislé onemocnění, kdy věk, krom diabetu a imunodeficitu, představuje nezávislý rizikový faktor. Pokud postherpetická neuralgie vzniká ve věkové skupině do 40 let jen u pěti procent nemocných, pak po 60. roce je to již u 50 procent a po 70. roce u 75 procent postižených infekcí herpes zoster (20).

Léčebně se osvědčily preparáty ze skupiny antiepileptik, zejména karbamazepin, gabapentin a pregabalin.

### Subdurální hematom (SDH)

Subdurální hematom je obávanou zdravotní komplikací. Pro nevýrazné klinické projevy není jeho diagnóza tak jednoduchá, jak by se na první pohled zdálo. Naštěstí po zavedení CT mozku do rutinní praxe by nemělo stanovení diagnózy činit potíže.

U starších osob je vyšší výskyt subdurálního hematomu, který může vzniknout i při banálním traumatu hlavy, či při pádu bez přímého

úrazu hlavy. Popisován je rozvoj SDH při silném kýčání nebo kašli. Osoby s abúzem alkoholu nebo užívající sedativa mají vyšší sklon k pádu a tím i ke vzniku subdurálního hematomu. U nemocných na antikoagulační léčbě může dojít k rozvoji hematomu i bez traumatické anamnézy viz obrázek 1.

Krvácení je způsobeno rupturou přemosťujících žil. Jde tedy o žilní krvácení a příznaky se postupně rozvíjí řadu dní nebo týdnů. Bolest hlavy bývá mírná, difúzní, tupého charakteru. Mezi další příznaky patří ospalost, změny osobnosti, stavy dezorientace. Neurologické ložiskové projevy jsou spíše výjimkou.

Malé subdurální hematomy se spontánně resorbují, velké hematomy působící kompresi mozku („mass lesion“) vyžadují akutní chirurgickou evakuaci.

### Intrakraniální nádory

U seniorů jsou časté jak primární CNS nádory, tak i metastázy. K nejčastěji do mozku metastazujícím tumorům patří Grawitzův karcinom ledviny, karcinomy tlustého střeva, plic a mammy.

Bolest hlavy bývá spíše doprovodným příznakem. Dominují neurologické ložiskové příznaky a psychické změny, onemocnění se může ohlásit i epileptickým záchvatem.

Bolest hlavy je difúzní, nelokalizovaná, v čase se zhoršující, mnohdy charakteru tenzní cefalee. Zvracení se objevuje v případech pokročilého onemocnění v rámci syndromu intrakraniální hypertenze.

Při vzniku bolesti hlavy po padesátém roce života, zvláště u osob s anamnézou maligního onemocnění, je vždy nutné vyloučit intrakraniální expanzi (obrázek 2).

### Bolesti hlavy v souvislosti s užívanou medikací

Pro seniorský věk je charakteristické bohaté užívání medikace. Řada z medikamentů může vyvolat nebo zhoršit bolesti hlavy. Mezi nejrozšířenější skupinu léků způsobujících cefaleu

patří medikamenty s vazodilatačním účinkem, jde zejména o nitráty. O nitroglycerinu je známo, že může vyvolat záchvat cluster headache. V posledních letech se do klinické praxe, jako součást antiagregancia Aggrenoxu, navrátil dipyridamol. Aggrenox v sekundární prevenci cévních mozkových příhod patří mezi nejčastěji užívané medikamenty s antiagregačním účinkem. Kruté bolesti hlavy, nežádka spojené s gastrointestinálním dyskomfortem, se projeví zejména v prvních dnech po nasazení a mohou vést k vysazení léčby, přestože u většiny pacientů po několika dnech vymizí. Aggrenox může zhoršovat i chronickou cefaleu, kdy změna terapie mnohdy přináší úlevu.

U pacientů s bolestmi hlavy je, po vyloučení strukturální příčiny, na místě vhodná revize a úprava chronické medikace. Přehled medikace působící nebo zhoršující cefaleu je uveden v tabulce 3.

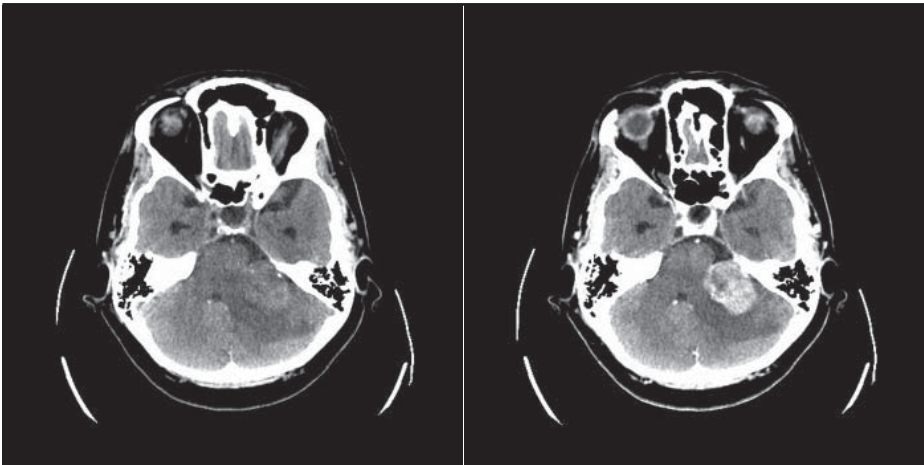
### Shrnutí závěrem

- a) U nemocného s nově vzniklou cefaleou nebo změnou charakteru stávajících bolestí

**Obrázek 1.** CT mozku: Subakutní SDH vlevo temporo-parietálně. 66letý muž s anamnézou abúzu alkoholu, na antikoagulační terapii nízkomolekulárním heparinem pro trombus v oušku levé síně, byl vyšetřen pro asi týden trvající difúzní bolesti hlavy, poruchy řeči charakteru amnestické afázie a zpomalení psychomotorického tempa. Trauma v předchorobí nebylo zjištěno. CT mozku prokazuje vlevo v subdurálním prostoru temporo-parietálně hyperdenzní hemoragické útvary polokulovitého tvaru. Jsou nehomogenní s hypodenzními okrsky a obrazy drobných hladinek. Setřelá struktura parietálního laloku značí edém



**Obrázky 2 a, b.** CT mozku: Neurinom stato-akustiku vlevo. 63letá žena vyšetřena pro několik dní trvající bolesti střední intenzity v oblasti dolní čelisti vlevo s propagací do levé tváře. CT mozku nativní (A) a po aplikaci kontrastní látky (B) prokazuje tumor v oblasti mosto-mozečkového koutu vlevo, který rozšiřuje vnitřní zvukovod. Extrameatální porce tumoru tlačí na levou mozečkovou hemisféru a pons. V levé mozečkové hemisféře je patrná hypodenzita odpovídající perifokálnímu edému. Je patrný útlak IV. komory a přesun středočárových struktur v zadní jámě doprava o 8 mm. Jde pravděpodobně o neurinom stato-akustiku vlevo



**Tabulka 3.** Medikace způsobující/nebo zhoršující bolesti hlavy (upraveno dle 14, 22)

| Vazodilatancia | Nesteroidní antiflogistika/analgetika | Bronchodilatancia          | Antibiotika/chemoterapeutika | Léky ovlivňující CNS | Ostatní     |
|----------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------|
| nitráty        | Diclofenak                            | theophylin a jeho deriváty | tetracyklinová řada          | levodopa             | estrogen    |
| dipyridamol    | Indometacin                           |                            | nitrofurantoin               | amantadin            | tamoxifen   |
| pentoxyphylin  | Piroxikam                             |                            | trimethoprim                 | benzodiazepiny       | cyclosporin |
| nifedipin      | morfin a jeho deriváty                |                            | sulfamethoxazol              | barbituráty          | sildenafil  |
| verapamil      | kodein                                |                            |                              | paroxetin            | ranitidin   |
| digoxin        |                                       |                            |                              | kofein               | omeprazol   |
| metylidopa     |                                       |                            |                              |                      |             |



- hlavy je v každém věku nezbytné pátrat po vyvolávající příčině. Zvláště po 50. roce života se zvyšuje podezření na sekundární příčinu bolesti hlavy.
- b) Záchvaty migrény se ve vyšším věku zmírňují, snižuje se jejich frekvence. Nezřídka se vyskytuje migrenózní aura bez bolesti hlavy, kterou je nutné odlišit od TIA nebo ekvivalentu epileptického záchvatu.
  - c) Rozvoj migrenózních záchvatů de novo je v senu zcela výjimečný a vždy je nutné vyloučit sekundární příčinu.
  - d) TTH mohou provázet celou řadu onemocnění typických pro seniorský věk – vertebrogení degenerativní onemocnění, artrózu temporo-mandibulárního kloubu, špatně padnoucí zubní náhrady, zrakové potíže, intrakraniální malignity, metabolická onemocnění a mnoho dalších.
  - e) SDH může vzniknout bez přímého traumatu hlavy, nebo po banálním úrazu postupně v průběhu týdnů. Ohroženi jsou zejména pacienti na antikoagulační terapii.
  - f) Temporální arteritida a postherpetická neuralgie trojklanného nervu jsou onemocnění typicky vázaná na vyšší věk.
  - g) I mírná dekompenzace arteriální hypertenze vede k exacerbaci chronických bolestí hlavy.
  - h) U seniorů s bolestmi hlavy je na místě revidovat soupis užívané medikace a vyřadit medikamenty potencující nebo zapříčiňující bolest hlavy.
  - i) Při nasazení medikace je nutné respektovat pacientovy komorbiditidy a pomalu začínat

s malými dávkami, které lze opatrně zvyšovat dle efektu a individuální tolerance. Jen efektivní léčbou můžeme bránit nadužívání medikace.

- j) Nedílnou součástí terapie jsou nefarmakologické přístupy. Úprava psychosociálních problémů, režimu spánku a bdění, adekvátní nutrice a eliminace spouštěcích faktorů, jsou základními stavebními kameny správně vedené léčby.

## Literatura

1. Lanté'ri-Minet M, Valade D, Ge'raud G, et al. Migraine and probable migraine—results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia* 2005; 25: 1146–1158.
2. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193–210.
3. Kellman L. Migraine Changes with Age: IMPACT on Migraine Classification. *Headache* 2006; 46: 1161–1171.
4. Donnet A, Daniel C, Milandre L, et al. Migraine with aura in patients over 50 years of age: the Marseille's registry. *J Neurol*. 2012 Feb 1. [Epub ahead of print].
5. Tonini MC, Bussone G. Headache in the elderly: primary forms. *Neurol Sci* 2010; 31(Suppl 1): 67–71.
6. Mazzotta GG, Gallai V, Alberti A, et al. Characteristics of migraine in outpatient population over 60 years of age. *Cephalalgia* 2003; 23: 953–960.
7. Martins KM, Bordini CA, Bigal ME, et al. Migraine in the elderly: a comparison with migraine in young adults. *Headache* 2006; 46: 312–316.
8. Fisher CM. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. *Can J Neurol Sci* 1980; 7: 9–17.
9. Fisher CM. Late-life migraine accompaniments. Further experience. *Stroke* 1986; 17: 1033–1042.
10. Purdy AP. Late-life migraine accompaniments in model age and the elderly. *Geriatr Aging* 2003; 6: 38–40.
11. Bruining K. New onset migraine in elderly. *Headache* 2002; 42: 946–947.

12. Haan J, Hollander J, Ferrari MD. Migraine in the elderly: a review. *Cephalalgia* 2007; 27: 97–106.
13. Hall GC, Brown MM, Mo J, MacRae KD. Triptans in migraine. The risk of stroke, cardiovascular disease, and death in practice. *Neurology* 2004; 62: 563–568.
14. Niedermayerová I. Bolesti hlavy u seniorů. *Neurol praxi* 2011; 12(2): 125–128.
15. Schwaiger J, Kiechl S, Seppi K, et al. Prevalence of primary headaches and cranial neuralgias in man and woman aged 55–94 years (Bruneck study). *Cephalalgia* 2008; 29: 179–197.
16. Kaniecki RG. Tension-type headache in elderly. *Curr Treat Opt Neurol* 2007; 9: 31–37.
17. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011; 343: 455.
18. Spaniel F. Mozek v průběhu seniorského věku a psychofarmaka. *Postgraduální medicína* 2012: 1.
19. Manzoni GC. Cluster headache and lifestyle: remarks on a population of 374 patients. *Cephalalgia* 1999; 19: 88–94.
20. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio D. Wolff's headache and other head pain. Oxford University Press 2001; 625.
21. Dodick DW, Mosec AC, Campbell JK. The hypnic („alarm clock“) headache syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18: 152–158.
22. Kunkel RS. Headaches in older patients: Special problem and concerns. *Clev Clin J Med* 2006; 73(10): 922–928.
23. Masopust V. Léčba neuralgie trigeminu. *Sanquis*, 2005; 41: 40–41.
24. Masopust V, Netuka D, Beneš V. Constitutionally Small Posterior Fossa as a Predisposition for Neurovascular Conflict. *J Neurosurgery* 2002; 96: 190-abstract.

Článek přijat redakcí: 21. 2. 2012

Článek přijat k publikaci: 9. 3. 2012

---

**MUDr. Andrea Bártková**

Neurologická klinika FN Olomouc

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

abartkova@seznam.cz

---