

Atypická lokalizovaná bolest hlavy u pacienta se systémovým onemocněním

MUDr. Jolana Marková

Neurologické oddělení, Poradna pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, Thomayerova nemocnice, Praha

Uvádíme kazustiku nyní 50letého pacienta se systémovým onemocněním (Henoch-Schonleinova vaskulitida) od 13 let s následně, po letech vzniklou atypickou lokální bolestí hlavy, velmi obtížně terapeuticky ovlivnitelnou. Prokázali jsme terapeutický efekt pregabalinu, který stav pacienta na dlouhou dobu zlepšil.

Klíčová slova: atypická lokalizovaná bolest hlavy, vaskulitida, nová denní perzistující bolest hlavy, lokalizovaná okrsková bolest hlavy, profylaktická léčba, pregabalin.

Atypical localized headache in patient suffering from systemic disease

We are presenting a casereport of a 50-year-old patient, suffering from systemic disease (Henoch-Schonlein Vasculitis) since age 13, who developed non-typical localized headache, that was difficult to control with medication. We demonstrated the effect of pregabalin treatment, which improved patient's condition.

Key words: atypical localized headache, vasculitis, new daily persistent headache, nummular headache, prophylactic treatment, pregabalin.

Úvod

Bolesti hlavy jsou podle klasifikace ICHD-3 děleny do třech skupin – primární bolesti hlavy, sekundární bolesti hlavy a kraniální neuralgie. Stanovení správné diagnózy by mělo být podmínkou pro doporučení účinné léčby. Někdy je situace jasná a neurolog po zhodnocení anamnézy, eventuálně i podle výsledků pomocných vyšetření, může o diagnóze rozhodnout hned, protože jsou splněna kritéria pro určitou jednotku. Někdy i při velmi podrobné anamnéze a vyšetření není ani velmi zkušený odborník schopen typ bolesti hlavy zařadit do některé skupiny bez pochybností. Zde pak bývá také problémem najít účinnou profylaktickou léčbu, což se někdy zdaří hned a někdy až po několika pokusech a s nasazením medikace z různých lékových skupin. Jeden takový případ z praxe poradny pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy Thomayerovy nemocnice popisujeme v naší kazuistice.

Kazuistika

Pacient, narozený v roce 1963, byl doporučen do naší poradny pro bolest hlavy rezistentní na doposud doporučenou terapii. V době prvního vyšetření v roce 2008 mu bylo 45 let.

V **anamnéze** udal alergii na prach a pyly, rodinná anamnéza týkající se bolestí hlavy byla negativní. Při rozhovoru o prodělaných onemocněních sdělil, že je asi od 13 let věku léčen na imunologii pro vaskulitidu (Henoch-Schonleinovu purpuru). Při dlouhodobé léčbě základního onemocnění kortikoidy se vyvinula osteoporóza. V době našeho prvního kontaktu bral Medrol v dávce 8 mg denně a četnou další medikaci (KCl, Helicid, Zyrtec, Detralex, Tanakan, Seropram, vit. D) a intermitentně ibuprofen symptomaticky pro bolesti kloubů při základním onemocnění.

Z pomocných vyšetření měl pacient provedena základní vyšetření k vyloučení sekundární bolesti hlavy. MRI s normálním nálezem, EEG,

kde byla popsána fokální rytmická delta aktivita temporookcipitálně vpravo. Bylo provedeno i sonografické vyšetření intrakraniálních i magistrálních tepen, opět s normálním nálezem.

Anamnéza, týkající se problému bolestí hlavy.

První obtíže základního systémového onemocnění začaly asi ve 13 letech, kdy zjistil, že netoleruje větší fyzickou námahu při sportu, když hrál fotbal nebo jel na kole. Byl unavený, červený v obličeji, potil se. Byla stanovena diagnóza vaskulitidy. Pak asi ve 25 letech nastoupil na těžkou fyzickou práci a obtíže propukly výrazně, únava, bolesti kloubů a výsev purpury a petechií na dolních končetinách. V té době na bolesti hlavy netrpěl. Asi ve 40 letech věku, tedy před 5 lety, se onemocnění purpurou zhoršilo, objevily se znovu bolesti ve svalu a defekty na kůži dolních končetin s bolestmi v této lokalizaci. První významné bolesti hlavy se objevily v této době. Popisoval je jako prudkou bolest celkem ohraničeného úseku v parietální



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Jolana Marková, jolana.markova@ftn.cz

Neurologické oddělení Thomayerovy nemocnice Praha, Vídeňská 800, 140 00 Praha 4

Cit. zkr: Neurol. praxi 2016; 17(3): 188–191

Článek přijat redakcí: 16. 5. 2016

Článek přijat k publikaci: 6. 6. 2016

oblasti vpravo, s nauzeou, intenzivní bolest tehdy trvala asi týden, pak byla zmírněna a neovlivňovala výrazně běžnou denní aktivitu. Poté se intenzivnější bolest objevila znovu asi před 3 lety, v horku, v létě a od té doby trvala stále. Pacient ji popisoval jako nepříjemný tlak v ohraničené oblasti parietálně vpravo, někdy mírnější, někdy výrazný. Někdy se s bolestí již ráno budil. Doprovodné příznaky většinou nebyly přítomné, ale pokud byla bolest intenzivní, vadilo vše kolem, světlo i hluk. Nauzeu neměl, nezvracel. Bolest byla akcentována fyzickou námahou, předklonem, tlakem na stolicí nebo jiným užitím břišního lisu. Bolest byla zmírněna naprostým klidem a také chladnějším prostředím.

Terapeuticky byly doposud zkoušeny profylaktické léky z různých lékových skupin (Cinarizin, Clavigrenin, Depakine chrono, Seropram, Tanakan), vše bez většího efektu, jednorázově byl jako lék akutní bolesti doporučen i sumatriptan, který však od bolesti rovněž neulevil.

Objektivní neurologický nálezn byl normální, byly patrné jen trofické změny na kůži při základním onemocnění.

Závěr prvního vyšetření byl: o migrénu se nejedná (nesvědčí pro ni anamnéza, neúčinnost dosud doporučené profylaxe i neefektivita podání specifických antimigrénik) – etiologii nelze jednoznačně určit, je třeba vyloučit i možnost sekundární bolesti hlavy například trombózy splavu. Doplnili jsme tedy nové vyšetření magnetickou rezonancí včetně MR angiografie a mozkové flebografie, opět s normálním nálezem.

Pacient přišel na ambulantní kontrolu po dvou měsících, medikace zatím zůstala nezměněna. Bolesti hlavy byly také stejně intenzivní i stejně lokalizované s téměř denní frekvencí. Pacient je popisoval jako bolest oblouku nad pravým okem a okresek v parietální oblasti, který na hlavě nakreslil jako oblast v průměru asi 5 cm. Udával zhoršení bolesti při fyzické námaze, jako příklad udával bolest při brzdění nebo zrychlení vlakové soupravy v metru, také při zavazování tkaniček u bot v předklonu. Bolest se vyskytovala častěji navečer.

Závěr při druhé kontrole na základě výsledků zobrazení i popisu příznaků byl: atypické lokalizované bolesti hlavy, které nemají charakter migrény ani plně nesplňují kritéria jiné primární bolesti hlavy. Podrobné zobrazovací vyšetření (MRI, MRAG) neprokázalo strukturální ani cévní postižení centrálního nervového systému. Stav jsme tedy hodnotili jako neuropatickou bolest a doporučili nasazení pregabalínu, kdy jsme očekávali

jako pozitivní efekt na bolest, tak i příznivý vliv na psychiku a prožívání bolesti.

Byla předepsána Lyrica 75 mg, zatím v dávce jedné tablety ráno a jedné tablety večer. Další kontrola byla po 3 měsících, kdy pacient při terapii pregabalínem zaznamenal zlepšení stavu, bolesti hlavy byly mírnější, otupené, nevyvolával je již rychlý pohyb ani jiné původně udávané provokující momenty. Bolesti se zhoršovaly spíše odpoledne nebo při zátěži. Terapii snášel dobře, vedlejší účinky léčby nepozoroval. Podle pacienta byl pregabalín první medikace, po které zaznamenal úlevu.

Při další kontrole pacient sdělil, že při terapii pregabalínem byl spokojen a stav byl dobře kompenzován, cítil se mnohem lépe. Pak ale odejel do Maroka, kde se v horkém prostředí bolesti vrátily v situaci, kdy s sebou neměl dostatečnou zásobu pregabalínu. Obtíže se vrátily v plné síle a bolesti byly velmi výrazné. Po návratu do Čech se vrátil k původnímu dávkování medikace. Pacient potvrdil efekt léčby, ale sdělil, že obdobná bolest, jakou pozoroval vpravo, se někdy objevila i vlevo v parietální krajině. Sám zkusil zvýšit dávku pregabalínu na dvě tablety ráno, pak vydržel v práci do odpoledne bez větších bolestí, mohl pracovat a bolest jej nerušila. Když se obtíže navečer opět objevily, užil jednu tabletu 75 mg a v noci jej bolest nebudila. Sdělil nám, že při léčbě pregabalínem se kromě omezení bolesti zlepšila i soustředěnost a psychika. Základní onemocnění (vaskulitida) bylo léčeno specialistou imunologem, užíval stále Medrol, jen dávka byla měněna dle potřeby od 4 do 12 mg za den.

Během dalších let sledování v naší poradně prodělal zánět rohovky, postupně na obou očích, pak sinusitidu, vše přeléčeno antibiotiky. V současné době je pacient stále na dávce pregabalínu 150 mg ráno a 75 mg ve večerní dávce. Během sledování jsme ještě dvakrát zkusili dávku pregabalínu redukovat, ale vždy došlo k subjektivnímu zhoršení bolesti i s nutností pracovní neschopnosti, proto dávkování v posledních 5 letech měněno nebylo.

Diskuze

Uvedená charakteristika bolesti není typická pro migrénu ani zcela nesplňuje známá kritéria klasifikace ICHD-3 pro jiný typ primární bolesti hlavy. Pacient nepopisuje ataky bolesti, jedná se o náhle vzniklou a trvající bolest v pravé parietální krajině, později i v levé parietální krajině, spíše tlakovou, při vyšší intenzitě doprovázenou fotofobií a fonofobií, nauzeu nejuje, nezvrací. Bolest je akcentována

fyzickou námahou, předklonem, tlakem na stolicí nebo jiným užitím břišního lisu. Bolest je zmírněna naprostým klidem i chladnějším prostředím.

Z primárních bolestí hlavy by mohla odpovídat charakteristika možnosti **Nové denní perzistující bolesti hlavy NDPH (New Daily Persistent Headache)**. Jedná se o trvalou bolest hlavy, vyskytující se denně od náhlého a jasně definovaného vzniku obtíží. Tato bolest nemá specifické charakteristické rysy a může být popisována jako migrenózní („migraine-like“) nebo tenzní bolest hlavy („tension-type-like“) nebo mít projevy obou těchto jednotek. Protože tato jednotka není příliš známá ani často se vyskytující, uvádíme klasifikační kritéria (tabulka 1) (Headache Classification Committee).

Tab. 1. Kritéria NDPH (New Daily Persistent Headache) – Nové denní perzistující bolesti hlavy – dle ICHD-3

A. trvalá bolest hlavy splňující kritéria B a C
B. bolest má jasně stanovený náhlý začátek s následnou trvající neremitující bolestí hlavy
C. trvá déle než 3 měsíce
D. není lépe zařaditelná do jiné kategorie klasifikace ICHD-3

Počátek NDPH je často tak nápadný, že většina pacientů dokáže přesně říci den, kdy jejich bolesti hlavy začaly. Bolest se může podobat tenznímu typu bolesti hlavy nebo migréně. Podobá-li se tenznímu typu, je bolest nejčastěji oboustranná, tlaková nebo svíravá (nepulzující), mírné nebo střední intenzity, nezhoršuje se běžnou fyzickou aktivitou (Kotas, 2015). Může být přítomen jeden z příznaků jako fotofobie, fonofobie nebo nauzea. Nové denní trvalé bolesti hlavy mají dvě subformy. Jedna vymizí spontánně během několika měsíců, refrakterní forma je rezistentní i na intenzivní medikamentózní léčbu (Rozen, 2002). Patofyziologie NDPH je neznámá. Několik studií poukazuje na vazbu s předcházejícím chřipkovým onemocněním nebo infekcí horních cest dýchacích nebo se stresující životní událostí.

Dále by mohla být zvažována jednotka nazvaná v klasifikaci ICHD-3 **Lokalizovaná okrsková bolest hlavy (Nummular headache)**. Bolest postihuje výlučně malou ohraničenou oblast hlavy, kulatou (70%) nebo eliptickou (30%), mající průměr typicky 1–6 cm, většinou v parietální oblasti. Bolestivý okresek nemění v čase svoji velikost ani tvar. Intenzita bolesti je nejčastěji mírná nebo středně silná, může být ale i silná. Trvání je různé – dny až roky (až v 75% je chronická, trvající déle než 3 měsíce) s lancinujícími exacerbacemi trvajícími několik vteřin až

2 hodiny. Kvalita bolesti v průběhu exacerbací je hodnocena jako pulzující, elektrická nebo bodavá. Exacerbace lze vyprovokovat dotykem symptomatického okrsku, česáním vlasů, pohyby hlavy nebo Valsalvovými manévry. Často se vyskytuje období remise trvající týdny až měsíce. Většina pacientů popisuje v postižené oblasti kombinaci hypestezie, dysestezie, parestezie, allodynies nebo palpační citlivost. Někteří pacienti mají v bolestivé oblasti trofické změny včetně ztenčení kůže (Queiroz, 2013). Někteří autoři (Chen et al., 2012) poukazují na nápadnou asociaci tohoto typu bolesti hlavy s autoimunními onemocněními, zejména revmatologickými. Uvádím rovněž klasifikační kritéria IHS pro tuto jednotku v tabulce 2.

Tab. 2. Kritéria Lokalizované okrskové bolesti hlavy (Nummular headache) dle ICHD-3

A. trvající nebo intermitentní bolest hlavy, splňující kritérium B
B. je popisována pouze a jedině v oblasti skalpu s následujícími charakteristikami:
■ ostře ohraničená
■ stálé velikosti a tvaru
■ kruhovitá nebo eliptická
■ 1–6 cm v průmětu
C. není lépe zařaditelná do jiné kategorie klasifikace ICHD-3

Proti výše uvedeným diferenciálně diagnostickým možnostem stojí naším pacientem popsáný začátek v době přibližně v době před pěti lety před prvním vyšetřením, pak období relativního klidu a trvalá bolest až po dalších dvou letech. Vzhledem k základnímu onemocnění se může jednat i o **projev systémového onemocnění**,

sekundární, symptomatickou bolest hlavy – podle American College of Rheumatology jsou bolesti hlavy uváděné na prvním místě v seznamu neuropsychiatrických projevů u systémových onemocnění. Relativně proti tomuto zdůvodnění je však skutečnost, že vznikla trvalá bolest, sice v době exacerbace základního onemocnění, ale v dalším průběhu bez ohledu na stabilizaci či dekompenzaci základního onemocnění. Rovněž podávání Medrolu je dlouhodobé, více let před vznikem bolesti hlavy, proto nepředpokládáme souvislost bolesti hlavy s medikací kortikoidy.

Pro pacienta však není tak důležité zařazení bolesti hlavy dle klasifikace, jako nalezení účinné léčby. A v tomto případě jsme uspěli s prvním navrženým lékem. Na jiném pracovišti byla ještě před příchodem pacienta k nám vyzkoušena terapie valproáty, antidepresivy ze skupiny SSRI, Cinarizinem, Clavigreninem, bez efektu. Diagnózu jsme při druhé návštěvě uzavřeli jako atypickou lokalizovanou bolest hlavy, která nemá charakter migrény ani nesplňuje kritéria pro jinou primární bolest hlavy. Podrobné zobrazovací vyšetření (MRI, MRAG) neprokázalo strukturální ani cévní postižení centrálního nervového systému. Rozhodovali jsme se, jak tuto bolest nejlépe ovlivnit. O topiramatu jsme neuvažovali pro přítomnost depresivních projevů (pacient byl již léčen Seropramem v dávce 20 mg) pochopitelných při délce trvání obtíží a dosavadní neefektivitě léčby. Bolest jsme hodnotili jako neuropatickou bolest (spíše centrální) a vzhledem k předpokládaným

pozitivním účinkům na psychiku jsme raději než gabapentin nasadili pregabalin v dávce 75 mg ráno a večer. Dle výše uvedených údajů se stav zklidnil na dávce 225 mg denně, kdy pacient preferuje užití vyšší dávky preparátu Lyrica ráno (150 mg) a nižší dávky (75 mg) večer. Pro dosažení uspokojivého efektu nebylo dále nutné dávku medikace navyšovat, pacient mohl opět začít pracovat na plný úvazek – pracuje nyní jako internetový prodejce. Na medikaci pregabalinem beze změny dávky je již 5 rokem, vždy, když jsme se pokusili dávku pregabalinu snížit, se opakovaně objevila recidiva intenzivních bolestí, proto jsme v posledních letech tento pokus neopakovali.

Závěr

Popsali jsme kazuistiku pacienta s atypickou lokalizovanou bolestí hlavy, kterou jsme s jistotou nezařadili podle aktuálních klasifikačních kritérií ICHD-3 do určité skupiny (i když nejbližší má asi k jednotce Lokalizovaná okrsková bolest hlavy). V podstatné většině případů diagnózu typu bolesti hlavy stanovíme bez problémů, ale tato kazuistika je příkladem, že ne vždy se individuální projev nemoci dá spolehlivě zařadit jinak, než nespecificky jako neuropatická bolest. Za důležité považujeme, že po předcházejících terapeutických pokusech s užitím valproátu, blokátoru kalciových kanálků, antidepresiv ze skupiny SSRI, které nepřinesly efekt, jsme navrhli léčbu pregabalinem, která stav pacienta uspokojivě stabilizovala na období již více než 7 let.

LITERATURA

1. Evans RW, Seifert TD. The challenge of new daily persistent headache. *Headache* 2011; 51: 145–154.
2. Headache Classification Committee of The International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629–808.

3. Chen WH, Chen YT, Lin CHS. A high prevalence of autoimmune indices and disorders in primary nummular headache. *Journal of Neurological Sciences* 2012; 320: 127–130.
4. Kotas R. Bolesti hlavy v klinické praxi. Maxdorf, 2015, ISBN 978–80–7345–443–2.

5. Queiroz LP. Unusual headache syndromes. *Headache* 2013; 53: 12–22.
6. Rozen TD. Successful treatment of new daily persistent headache with gabapentin and topiramate. *Headache* 2002; 42: 433.