Primární bolesti hlavy spojené se sexuální aktivitou

MUDr. Alexandra Jankovič¹, MUDr. Adam Pavličko², MUDr. Jolana Marková, FEAN¹

¹Neurologická klinika 3. LF UK a TN, Praha

²Radiologické oddělení TN, Praha

Bolesti hlavy spojené se sexuální aktivitou jsou zajímavou klinickou jednotkou patřící mezi primární bolesti hlavy. Z pohledu klinické praxe je důležité je odlišit od sekundárních bolestí hlavy, které mohou představovat pro pacienta závažný až život ohrožující stav. Uvádíme čtyři kazuistiky, na kterých jsme metodou případové studie sledovali diagnostické postupy, pomocná vyšetření, důležitá anamnestická data, aplikovanou terapii a diagnostické závěry. Každý pacient s náhle vzniklou bolestí hlavy by měl mít provedeno CT či MRI vyšetření včetně zobrazení cévního řečiště a vyšetření mozkomíšního moku. Primární bolest hlavy spojená se sexuální aktivitou je „*diagnosa per exclusio-nem*“; pokud je vyloučena sekundární příčina, máme několik možností, jak analgeticky zaléčit toto prognosticky příznivé onemocnění.

Klíčová slova: primární bolest hlavy asociovaná se sexuální aktivitou, subarachnoidální krvácení, trombóza splavu.

Primary headache associated with sexual activity

Headache associated with sexual activity is an interesting clinical entity classified among primary headaches. In terms of clinical practice, it is important to distinguish it from secondary headaches that may represent a serious to life-threatening condition for the patient. We present four case reports which were used to study the diagnostic procedures, auxiliary examinations, relevant medical history data, applied therapy, and diagnostic conclusions. Each patient with a sudden-onset headache should undergo a CT or MRI scan including visualization of the vascular bed and analysis of cerebrospinal fluid. Primary headache associated with sexual activity is a diagnosis of exclusion; if a secondary cause is ruled out, there are several options how to manage this prognostically favourable disease with analgesics.

Key words: primary headache associated with sexual activity, subarachnoid haemorrhage, venous sinus thrombosis.

Úvod

První popis bolestí hlavy v souvislosti se sexuální aktivitou pochází pravděpodobně od Hippokrata, který připisoval sexuálním aktivitám spouštěcí úlohu pro vznik bolesti hlavy (Waberžinek et Procházková, 2006).

Primární bolest hlavy spojená se sexuální aktivitou vzniká při koitu, před a během orgasmu, ale i během jiných sexuálních aktivit, např. při masturbaci (Waberžinek et Procházková, 2006). Nezahrnuje posturální bolest hlavy po koitu, která vzniká v důsledku spontánní intrakraniální hypotenze vlivem úniku mozkomíšního moku (Kotas, 2015).

V populaci se vyskytuje vzácně. Odhadovaná prevalence je 1 %, vyskytuje se častěji u mužů (4:1), pravděpodobně v důsledku větší fyzické aktivity během soulože, podobně jako u benigních bolestí hlavy při fyzické zátěži (Kotas, 2015). Pacienti s primární bolestí hlavy asociovanou se sexuální aktivitou mají 30–40% komorbiditu s bolestmi hlavy asociovanými s fyzickou aktivitou a migrénou (Starling, 2018).

Obvykle začíná jako tupá či pulzující oboustranná bolest, která se objeví s narůstajícím sexuálním vzrušením anebo se objeví náhle jako explozivní bolesti hlavy při dosažení orgasmu.

Dle diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy International Headache Society z roku 2018 (ICHD-III) musí být přítomny anamnesticky nejméně dvě ataky bolestí hlavy v průběhu sexuálního styku, trvající od 1 minuty do 24 hodin s velmi silnou intenzitou bolesti, nebo 72 hodin s mírnou intenzitou bolesti (Starling, 2018) (tabulka 1, 2).

Bolest hlavy může mít postupně narůstající intenzitu s rostoucím sexuálním vzrušením, nebo náhlý začátek a silnou intenzitu těsně před vyvrcholením nebo s orgasmem, bolest bývá oboustranná, typicky trvající několik minut až hodin. Většinou není spojená

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Alexandra Jankovič, alexandra.jankovic@ftn.cz
Neurologická klinika, 3. LF UK a Thomayerova nemocnice
Videňská 800, 140 59 Praha 4

Cit. zkr: Neurol. praxi 2021; 22(2): 151–154
Článek přijat redakcí: 25. 2. 2020
Článek přijat k publikaci: 9. 4. 2020

Tab. 1. Diagnostická kritéria pro primární bolest hlavy asociovanou se sexuální aktivitou

A. Nejméně dvě epizody bolesti hlavy a/nebo krční páteře splňující kritéria B–D.
B. Bolest hlavy se objeví jen v průběhu sexuální aktivity.
C. Jedno/nebo obojí z následujících: <div> <div></div> <div>■</div> </div> narůstající intenzita bolesti s narůstajícím sexuálním vzrušením, <div> <div></div> <div>■</div> </div> náhle vzniklá explozivní bolest těsně před či s nastupujícím orgasmem.
D. Bolest silné intenzity trvající od 1 minuty do 24 hodin a/nebo mírná bolest trvající 72 hodin.
E. Bolest lépe neodpovídá jiné diagnóze z ICHD-III.

s poruchou vědomí, zvracením nebo se zrakovými, senzoryckými a motorickými symptomy. Průběh je nepředvídatelný, vyskytuje se sporadicky jako izolovaná epizoda (nebo jednorázové nakupení epizod), jindy se mohou střídát ataky s remisemi, nebo může mít chronický průběh (Kotas, 2015).

Patofyziologie primární bolesti hlavy spojená se sexuální aktivitou není v současnosti známa. Předpokládá se porucha průtoku krve ve venózním systému mozku (Starling, 2018), nebo nadměrná kontrakce šijových a žvýkacích svalů během sexuální aktivity (Cutrer, 2018), případně aktivace trigeminovaskulárního systému (Kotas, 2015).

Terapie začíná edukací a informováním pacienta o benigní povaze jeho potíží. U recidivujících bolestí hlavy lze zvážit krátkodobou profylaxi (indometacin v dávce 50–100 mg, nebo některý z triptanů o 30–60 minut před plánovanou sexuální aktivitou), při přetrvávajících obtížích je vhodnější betablokátor (propranolol 120–240 mg denně, metoprolol 100–200 mg denně), případně diltiazem (v dávce 180 mg denně) (Štětkařová, 2017).

Uvádíme čtyři kazuistiky pacientů s bolestí hlavy při sexuální aktivitě, které ukazují klinický průběh primárních bolestí, ale i nutnost diferenciatně diagnosticky odlišit sekundární příčinu u atypických forem.

Kazuistika 1

Žena, 39 let, přichází akutně k neurologickému vyšetření pro intenzivní bolesti hlavy vzniklé náhle během sexuálního styku. Cefalea se manifestovala během koitu poprvé den před neurologickým vyšetřením. V den, kdy byla pacientka neurologicky vyšetřena, se znovu objevila silná bolest hlavy lokalizovaná znovu na temeni, opět při sexuálním styku s partnerem. Nikdy v minulosti neměla bolesti hlavy při souloži.

Kromě bolestí hlavy již několik dní pozorovala chřipkové příznaky, avizovala i říd-

kou stolici. Tři dny před hospitalizací byla na masáži krční páteře a poté v sauně. Zrakové, senzorycké či motorické symptomy nebyly přítomny. Rodinná, pracovní, sociální a osobní anamnéza byla bez pozoruhodností, v minulosti na bolesti hlavy netrpěla, migrénu negovala a byla dlouhodobě bez farmakoterapie.

Objektivní neurologické vyšetření bylo normální, pacientka byla normotenzní (118/81 mmHg) a afebrilní. Základní biochemické a hematologické laboratorní vyšetření bylo bez pozoruhodností. Nativní CT vyšetření mozku neprokázalo strukturální změny či intrakraniální krvácení. Pacientka byla přijatá na standardní lůžko, lumbální punkce s biochemickým, cytologickým a spektrofotometrickým vyšetřením byla zcela v normě. Po symptomatické terapii se stav zcela upravil.

Následně byla ambulantně doplněna magnetická rezonance včetně angiografie, nález byl bez patologie, včetně intrakraniálního řečiště. Od hospitalizace do kontrolního vyšetření se bolest hlavy během sexuální aktivity opakovala jedenkrát.

Diagnostický závěr: Primární bolest hlavy asociovaná se sexuální aktivitou.

Kazuistika 2

Muž, 45 let, navštívil svého praktického lékaře pro bolesti hlavy. Při vyšetření mu byl naměřen tlak 190/120 mmHg, po podání tablety Tensiominu v dávce 25 mg krevní tlak neklesl, bolest hlavy se zintenzivnila (7/10 dle NRS), přidala se závrať, dušnost a hučení v uších, a proto byl pacient odeslán do nemocnice. Klinické, laboratorní a EKG vyšetření na interní ambulanci bylo bez pozoruhodností. Vzhledem k přetrvávajícím bolestem hlavy a závratí byl pacient odeslán na neurologickou ambulanci.

Anamnestické údaje upřesnily souvislost cefaley s koitem v nočních hodinách; pacient popisoval krutou bolest hlavy s maximem okcipitálně (intenzita 9/10 dle NRS) náhle vznik-

lou při orgasmu, s trváním 10–15 minut, poté začala ustupovat a před usnutím byla již jen mírné intenzity (3/10 dle NRS). V noci se ještě jednou pro bolest hlavy probudil, ráno bolest hlavy v mírné intenzitě i nadále přetrvávala, proto vyhledal praktického lékaře.

Objektivní neurologické vyšetření bylo normální. Rodinná a osobní anamnéza byla bez pozoruhodností, v minulosti pacient na bolesti hlavy netrpěl a neužíval žádnou chronickou medikaci.

Nativní CT mozku i vyšetření mozkomíšního moku bylo v normě. Spektrofotometrické vyšetření vyloučilo možnost subarachnoidálního krvácení. Pacientovi byla podána analgeticko-myorelaxační terapie, po které došlo k regresi bolestí hlavy, závratí a normalizaci arteriálního tlaku. Jistě je možné zvážit i diferenciatně diagnostickou možnost projevů hypertenzní encefalopatie, nicméně souvislost vzniku bolesti při sexuální aktivitě byla jasně daná.

S odstupem tří týdnů přichází na neurologickou kontrolu, ambulantně doplněné MRI zobrazení nachází pouze asymptomatickou drobnou neuroepiteliální cystu (7 mm) v oblasti pravostranného hipokampu a pacient byl zcela bez obtíží, bolesti hlavy se už neopakovaly.

Diagnostický závěr: Pravděpodobná primární bolest hlavy asociovaná se sexuální aktivitou.

Kazuistika 3

Muž, 34 let, přichází pro náhle vniklé bolesti hlavy během koitu. Byla to jeho první zkušenost s bolestí hlavy tohoto typu, předchozí den konzumoval větší množství alkoholu, pak se během dne necítil dobře. Večer během koitu náhle ucítil prudkou, bodavou bolest hlavy okcipitálně v intenzitě 6/10 dle NRS, měl nauzeu a palpitace. Po 10 minutách od vzniku se cefalea spontánně zmírnila, následně téměř zcela ustoupila po podání paracetamolu a pacient byl schopen usnout. Druhý den se probudil s mírnou bolestí hlavy trvající až do vyšetření na příjmové ambulanci.

Objektivní neurologický nález byl v pořádku, s normálním krevním tlakem (120/80 mmHg) a bez teploty. Rodinná a osobní anamnéza byla bez pozoruhodností, na bolesti hlavy pacient nikdy netrpěl a léky dlouhodobě neužíval.

Tab. 2. Diagnostická kritéria pro pravděpodobnou bolest hlavy asociovanou se sexuální aktivitou

A. Alespoň jedna možnost z níže uvedených:
■ jedna epizoda bolestí hlavy splňující kritéria B–D,
■ alespoň dvě epizody bolestí hlavy splňující kritéria bodu B a jedno kritérium z bodu C a D.
B. Bolest se objeví v průběhu sexuální aktivity.
C. Jedna nebo obě z níže uvedených možností:
■ narůstající intenzita bolesti s narůstajícím sexuálním vzrušením,
■ náhle vzniklá explozivní bolest těsně před či s nastupujícím orgasmem.
D. Bolest silné intenzity trvající od 1 minuty do 24 hodin a/nebo mírná bolest trvající 74 hod.
E. Bolest nesplňuje kritéria pro žádnou jinou bolest hlavy dle ICHD-III.
F. Bolest hlavy lépe neodpovídá jiné diagnóze ICHD-III.

Obr. 1. Cor T2 – tenký hypersignální obtékaný defekt v oblasti sinus transversus vlevo **Obr. 2.** Ax T1 – hypersignální defekt i v T1 vážených obrazech ve stejné lokalizaci v sinus transversus vlevo odpovídající obtékanému trombu **Tab. 3.** Nejčastější příčiny Thunderclap Headache (THC)

■ Subarachnoidální krvácení
■ Disekce krčních a mozkových arterií
■ Syndrom reverzibilní mozkové vazokonstrikce
■ Trombóza venózních splavů
■ Hypertenzní krize
■ Akutní intrakraniální hypertenze
■ Meningitida

Nativní CT vyšetření mozku bylo normální, ale v mozkomíšním moku byla vedle hraniční oligocytózy ve spektrofotometrickém vyšetření přítomna křivka typu S, typická pro subarach-

noidální krvácení. Vzhledem k negativnímu nálezu CT angiografie byla následně provedena konvenční angiografie (DSA), která nenalezla zdroj krvácení. Další průběh byl příznivý, pacient byl následně po observaci na vlastní žádost propuštěn domů bez další analgetické terapie.

Diagnostický závěr: Subarachnoidální krvácení bez prokázaného zdroje krvácení (tzv. sentinelová bolest hlavy).

Kazuistika 4

Muž, 49 let, přichází na neurologickou ambulanci pro bolesti hlavy vzniklé v průběhu koitu před devíti dny. Pacient bolest hlavy lokalizoval do oblasti levého týlu s intermitentní projekcí do levého ucha, bez vegetativního doprovodu. Od doby vzniku se bolest hlavy subjektivně zhoršovala a akcentovala změnou polohy. Analgetika a myorelaxancia neměla vliv na intenzitu bolesti hlavy.

Objektivní neurologické vyšetření našlo blokádu šíje v krajní poloze v anteflexi, také bolestivé úpony a spazmy šíjových svalů. Krevní tlak byl lehce zvýšen (150/110 torr).

Z anamnestických informací byl pacient po infarktu myokardu před dvěma lety, ale aktuálně bez chronické medikace, a kouřil v průměru pět cigaret denně. Na bolesti hlavy v minulosti netrpěl. Rodinná anamnéza byla nevýznamná.

CT vyšetření nativně bylo v mezích normy, v mozkomíšním moku bylo spektrofotometrické vyšetření negativní, buněčné složení likvoru bylo normální, pouze bílkovina byla zvýšena (0,787 g/l).

Vzhledem k přetrvávající bolesti hlavy i přes infuzní analgeticko-myorelaxační terapii byla doplněna magnetická rezonance s venografií, dle které byla detekována částečně obtékající trombóza sinus transversus vlevo (obrázek 1). Poté byla zahájena antikoagulační terapie, postupně bolest hlavy zcela odezněla a pacient byl propuštěn zcela bez obtíží.

Diagnostický závěr: Trombóza sinus transversus vlevo.

Diskuze

Bolest hlavy je jednou z nejčastějších potíží, se kterou se setkáváme v neurologické praxi. Základem diagnostické rozvahy je rozlišení primární od sekundární bolesti hlavy (Kotas, 2015). U primární bolesti hlavy neprokážeme strukturální intrakraniální nebo extrakraniální lézi či jiné somatické onemocnění v přímé souvislosti s bolestí hlavy (Štětkařová, 2017).

Primární bolest hlavy spojená se sexuální aktivitou je příkladem tzv. Thunderclap Headache (THC, „prudce nastupující (blesková) bolest hlavy“). Dle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy International Headache Society z roku 2018 (ICHD-III) patří do 4. skupiny – Jiné primární bolesti hlavy, bod 4.3 Primární bolest hlavy asociovaná se sexuální aktivitou. Je definovaná jako těžká, explozivní bolest hlavy s rychlým začátkem a dosažením maxima intenzity během 60 sekund.

Každá THC by měla být na začátku posuzována jako sekundární, potenciálně závažná příčina a je pravděpodobnější v případě nově vzniklé cefalee, než u bolestí hlavy, opakujících se v průběhu let. Nejčastější sekundární příčiny THC jsou subarachnoidální krvácení, cévní malformace (nejčastěji aneurysma), parenchymové intrakraniální krvácení, trombóza mozkových splavů, disekce krčních a mozkových arterií, akutní sinusitida či koloidní cista třetí komory (tabulka 3). Vzácnější je syndrom reverzibilní mozkové vazokonstrikce (RCVS) s negativním morfologickým vyšetřením (CT, MR angiografie) v časně fázi onemocnění (do pátého dne).

Uvádíme případy pacientů s akutně vzniklou cefaleou, jejichž společným rysem byl náhlý vznik v průběhu sexuální aktivity, a jednalo se o příklady primární i sekundární bolesti hlavy.

V prvním případě provedený soubor vyšetření neprokázal sekundární příčinu bolesti, cefalea se vyskytla ve dvou epizodách dva dny po sobě a jsou tak splněna diagnostická kritéria ICHD-III pro primární bolest hlavy asociovanou se sexuální aktivitou (tabulka 1). Je možné uvažovat o provokačních faktorech, kterými mohla být i virová infekce či masáž krční páteře.

Rovněž u druhého pacienta nebyla nalezena sekundární příčina. Zajímavý je údaj o vysokém krevním tlaku, vstupně připouštějící diferenciatně diagnostickou možnost projevů hypertenzní encefalopatie. Nicméně anamnestická souvislost s koitem byla zcela zjevná, proto byl náš diagnostický závěr pravděpodobně primární bolest hlavy asociovaná se sexuální aktivitou dle ICHD-III (bolest se objevila jenom jednorázově v přímé vazbě na sexuální aktivitu) (tabulka 2).

Kazuistika 3 je případem, kdy na základě průběhu a délky trvání bolestí hlavy je sekundární příčina velmi pravděpodobná. Vyšetření mozkomíšního moku potvrdilo diagnózu subarachnoidálního krvácení, bez nálezu zdroje krvácení. Akutní subarachnoidální krvácení

(jako v tomto případě) se prokáže až u 10 % pacientů s THC (Toth et Cerejo, 2018), je tedy zcela namístě v případě důvodného podezření při negativním CT nálezů vyšetřit i mozkomíšní mok.

V kazuistice 4 byl prezentován pacient s později detekovanou obtékající trombózou sinus transversus vlevo, která byla příčinou bolestí hlavy. První příznaky se však objevily v průběhu sexuálního styku, proto jsme po vyloučení subarachnoidálního krvácení soudili na možnost primární bolesti hlavy asociované se sexuální aktivitou. Teprve přetrvávání bolesti v několika následujících dnech nás vedlo k doplnění MR zobrazení a nalezení trombózy splavu. Tato kazuistika tedy dokumentuje příklad sekundární bolesti hlavy.

Závěr

Bolest hlavy asociovaná se sexuální aktivitou je vzácná klinická jednotka, ale každý neurolog či specialista se s ní ve své klinické praxi někdy pravděpodobně setká. Diferenciatně diagnostická rozvaha je zásadní k vyloučení závažné sekundarity. Podobně jako u každé náhle vzniklé bolesti hlavy by i v tomto kontextu mělo být provedeno CT či MRI mozku včetně zobrazení cévního řečiště a případně i vyšetření mozkomíšního moku. Pokud je vyloučena sekundární vyvolávající příčina, lze i přes nedostupnost kauzální léčby uspokojivě analgeticky ovlivnit toto prognosticky příznivé onemocnění.

Podpořeno projektem Progres Q35/LF3.

LITERATURA

1. Anand KS, Dhikav V. Primary headache associated with sexual activity. Singapore Med J 2009; 50: 176.
2. Bednář J, Ambler Z, Růžicka E. Klinická neurologie – část speciální I. Praha: Triton 2010: 377–381.
3. Chou DE. Secondary Headache Syndromes. Continuum (Minneapolis) 2018; 24: 1179–1191.
4. Cutrer FM, Headaches Associated with Exertion and Sexual Activity, American headache society 2018/06. Dostupné na: <https://americanheadachesociety.org/wp-content/uploads/2018/06/Cutrer-Exertion-Sexual-Activity.docx>.
5. Doležil D, Peisker T, Doležilová V, Obermannová S, Janík V. Thunderclap headache. Cesk Slov Neurol N 2010; 73/106: 231–236.
6. Frese A, Rahmann A, Gregor N, Biehl K, Husstent I, Wers S. Headache associated with sexual activity: prognosis and treatment options. Cephalalgia 2007; 27: 1265–1270.
7. Gelfand AA, Goadsby P. Primary Sex Headache in Adolescents. Pediatrics 2012; 130: 439–441.
8. Hahnel S. Inflammatory Diseases of the Brain. Berlin: Springer 2013: 19–38.
9. Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy. International Headache Society 2019. Dostupné na: <https://ichd-3.org/10-headache-attributed-to-disorder-of-homoeostasis/10-3-headache-attributed-to-arterial-hypertension/10-3-2-headache-attributed-to-hypertensive-crisis-without-hypertensive-encephalopathy/>
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2013; 33: 629–808.
11. Kotas R. Bolesti hlavy v klinické praxi. Praha: Maxdorf 2015: 154–155.
12. Marková J. Diagnostika a léčba bolestí hlavy v České republice. Interní med 2009; 11: 410–413.
13. Pascual J, González-Mandly A, Martín R, Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: A prospective etiological and clinical study. J Headache Pain 2008; 9: 259–266.
14. Pavelek Z, Vališ M, Klzo LH. Spontánní intrakraniální hypotenze – kazuistika, diagnostika a léčba. Neurol. praxi 2015; 16: 303–306.
15. Primary headache associated with sexual activity. International Headache Society 2019. Dostupné na: <https://ichd-3.org/other-primary-headache-disorders/4-3-primary-headache-associated-with-sexual-activity/>.
16. Starling AJ. Unusual Headache Disorders. Continuum (Minneapolis) 2018; 24: 1192–1208.
17. Subarachnoidální krvácení. CMP manual 2018. Dostupné na: <http://www.cmp-manual.cz/500-SUBARACHNOIDALNI-KRVACENI.html>.
18. Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. Lancet Neurol 2006; 5: 621–631.
19. Štětkařová I. Moderní farmakoterapie v neurologii. Praha: Maxdorf 2017: 128–140.
20. Tomek A. Neurointenzivní péče. Praha: Mladá Fronta 2018: 332–351.
21. Toth G, Cerejo R. Intracranial aneurysms: Review of current science and management. Vasc Med 2018 23: 276–288.
22. Waberžinek G, Procházková H. Bolesti hlavy a sexuální aktivita. Neurol. praxi 2006; 3: 145–146.