

# Bolesti hlavy – aktuální problém i ve vyšším věku

MUDr. Rudolf Kotas, Ph.D.

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Tato práce popisuje specifické problémy bolestí hlavy u seniorů. Výskyt primárních bolestí hlavy (migréna, tenzní typ bolesti hlavy, cluster headache) s narůstajícím věkem klesá, výskyt sekundárních bolestí hlavy (organická nebo metabolická onemocnění) stoupá, některé typy bolestí hlavy se vyskytují téměř výlučně ve vyšším věku (obrovskobuněčná arteritis, hypnické bolesti hlavy). Ačkoliv léčba většiny primárních bolestí hlavy je dostupná, fyziologické změny spojené s věkem, komorbidity, kontraindikace, polyfarmacie a zvýšené riziko vedlejších účinků vyžadují přiměřenou léčbu ve vyšším věku. Jsou zmíněny specifické problémy akutní a profylaktické léčby primárních bolestí hlavy ve stáří. V druhé části práce jsou popsány sekundární bolesti hlavy, které mají zvýšený význam ve stáří. V případě přítomnosti tzv. červených praporek jsou indikována různá zobrazovací a laboratorní vyšetření.

**Klíčová slova:** bolest hlavy, starší věk, migréna, sekundární bolesti hlavy, červené praporky.

## Headaches – an up to date problem even in elderly age

This paper describes specific problems of headache in seniors. The occurrence of primary headaches (migraine, tension – type headache, cluster headache) decreases with increasing age, the occurrence of secondary headaches (organic or metabolic diseases) increases, certain types of headaches occur almost exclusively in the elderly (giant cell arteritis, hypnic headache). Although treatments for most common primary headaches are available, age-related physiologic changes, comorbidities, contra indications, polypharmacy and increased risk of side effects require appropriate treatment in the elderly. Specific problems of acute and prophylactic treatment in primary headaches in the elderly are mentioned. In the second part of this paper secondary headaches are described, which have increased significance in the elderly. Various imaging and laboratory evaluations are indicated in the presence of any red flag signs and symptoms.

**Key words:** headache, elderly age, migraine, secondary headaches, red flags.

Četnost a příčiny bolestí hlavy se významně mění v průběhu života. Bolest hlavy se sice nevyskytuje u seniorů tak často jako u mladších jedinců, zůstává však běžnou potíží i ve vyšším věku. Ve věku 70 let trpí ještě bolestmi hlavy 10% žen a 5% mužů (Stewart et al., 1992).

Prevalence primárních bolestí hlavy, jako je migréna, tenzní typ bolesti hlavy, případně cluster headache s věkem klesá a naopak prevalence sekundárních bolestí hlavy způsobených organickými, případně metabolickými onemocněními, s věkem stoupá (Silberstein et al., 2003). Benigní primární bolesti hlavy tvoří 66% bolestí hlavy ve stáří ve srovnání s více než 90% u mladších jedinců (Solomon et al., 1990).

Existují určité okolnosti nebo charakteristické známky, tzv. červené praporky, které signalizují možnou závažnou sekundární příčinu bolestí hlavy (tabulka 1). Jejich přítomnost by nás měla vést k urychlenému provedení neuroradiologických a případně dalších vyšetření, jako je základní laboratoř (zejména diferenciální krevní obraz, sedimentace erytrocytů, CRP) nebo vyšetření likvoru.

## Primární bolesti hlavy

### Migréna

Migréna je druhá nejběžnější primární bolest hlavy postihující starší populaci, ačkoliv

**Tab. 1.** Červené praporky u bolestí hlavy

- Náhlá velmi silná bolest hlavy (thunderclap headache)
- Bolest hlavy náhle vzniklá při fyzické nebo sexuální aktivitě
- Bolest hlavy následující úraz hlavy
- Nově vzniklá bolest hlavy po 50. roce věku
- Progresivně narůstající bolest hlavy
- Bolest hlavy spojená s ložiskovou symptomatologií
- Bolest hlavy spojená s epileptickým záchvatem nebo alterací vědomí
- Bolest hlavy spojená s mentálními změnami
- Bolest hlavy spojená s edémem papily
- Nově vzniklá bolest hlavy u pacientů na imunosupresi, s HIV infekcí, onkologickým onemocněním a dále u těhotných žen
- Bolest hlavy spojená se zvýšenou teplotou, meningeálním drážděním a/nebo zvracením
- Bolest hlavy nereagující na léčbu



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Rudolf Kotas, Ph.D., kotas@fnplzen.cz

Neurologická klinika LF UK a FN, Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň

Cit. zkr: Neurol. praxi 2021; 22(1): 27–33

Článek přijat redakcí: 7. 9. 2020

Článek přijat k publikaci: 19. 10. 2020

prevalence i incidence s narůstajícím věkem klesají. Ve věku nad 70 let je prevalence 5 % u žen a 2 % u mužů. Jen 2 % všech případů migrény začíná po 65. roce věku (Silberstein et al., 1998). Proto se doporučuje opatrnost při stanovení diagnózy nově vzniklé migrény ve vyšším věku.

Charakteristické známky migrény jsou nejvíce vyjádřeny u mladších migreniků. Jak pacienti stárnou, klinický obraz se modifikuje. Migrenici ve vyšším věku obecně mívají ataky nižší intenzity a trvání. S narůstajícím věkem je bolest hlavy častěji oboustranná nebo difúzní. Zvracení se vyskytuje málokdy (Kaniecki et Levin, 2019).

Procento pacientů, kteří zažívají auru, se stoupajícím věkem narůstá z 13,2 % ve věku 18–29 let na více než 31,6 % u pacientů starších 60 let (Bigal et al., 2006). Dokonce i když bolest hlavy ustupuje nebo i zcela zmizí, příznaky aury ve vyšším věku se nadále objevují a mohou být i čtenější (aura bez bolesti hlavy) (Bigal et al., 2006). V klinické praxi pak může být obtížné rozlišit auru od tranzitorní ischemické ataky (TIA).

Proto máme-li jakoukoliv pochybnost, zejména při prvním výskytu ve vyšším věku, je třeba pokusit se vyloučit cerebrovaskulární příčinu, event. jinou organickou ložiskovou lézi.

Terapie migrény ve vyšším věku má své specifika. Některé léky pro akutní léčbu migrény by se měly podávat ve vyšším věku s opatrností, je třeba respektovat kontraindikace s ohledem na často přítomná další onemocnění a na možný výskyt některých komplikací léčby.

Triptany jsou kontraindikovány u jedinců s anamnézou koronární arteriální nemoci nebo ischemického iktu a měly by být předepisovány starším jedincům s opatrností. Proto se doporučuje, pokud zvažujeme zahájení terapie triptany u jedinců s přítomnými kardiovaskulárními rizikovými faktory, podstoupit kardiologické vyšetření včetně zátěžového testu a konzultaci s kardiologem (Kaniecki et Levin, 2019).

Ergotové alkaloidy – ergotamin a dihydroergotamin nejsou v současnosti v ČR k dispozici.

Acetylsalicylová kyselina může vyvolat peptický vřed a žaludeční krvácení.

Nesteroidní protizánětlivé léky (NSAIDs) jsou rovněž spojeny s vyšším rizikem peptického vředu u starších pacientů než u mladších a zvyšují riziko gastrointestinálního krvácení, zejména jsou-li užity v kombinaci s antikoagulancii. Kromě toho mohou vstupovat do interakce s perorálními antidiabetiky, digoxinem, antihypertenzivy a diuretiky. Opatrnost se doporučuje i u pacientů s onemocněním ledvin (Kaniecki et Levin, 2019; van Oosterhout, 2016).

Také profylaktická léčba by měla být vedena s ohledem na specifitu vyššího věku. Zásadou je, že podávání medikace by mělo začít malými dávkami a stoupat by se mělo pomalu a pouze tehdy, je-li to nutné a lék je dobře snášen.

Při profylaxi migrény hojně používáme antiepileptika. Velmi dobrou účinnost má valproová kyselina (nebo valproát), její užití je ovšem limitováno nepříznivými vedlejšími účinky. Běžné vedlejší účinky u starších pacientů jsou ataxie, sedace a tremor. Dalším účinným antiepileptikem je topiramát. U starších pacientů může snadno vyvolat závrať, sedaci a reverzibilní kognitivní postižení (řeč, pozornost, krátkodobá paměť).

Starší pacient může být více citlivý k sedativnímu účinku tricyklických antidepresiv. Některá tricyklická antidepresiva, jako amitriptylin a doxepin, která mají anticholinergní působení, by měla být užívána s opatrností. U těchto léků se setkáváme se zvýšeným výskytem sedace, zmatenosti, kognitivních problémů, případně až s rozvojem farmakogenní demence. Může také dojít k exacerbaci glaukomu nebo vzniku močové retence zejména u mužů s hypertrofií prostaty. Tachykardie a ortostatická hypotenze vede ke zvýšenému riziku pádů (Robbins et Lipton, 2010).

Dalším antidepresivem užívaným k profylaxi migrény je venlafaxin. Považuje se za vcelku bezpečný u starších pacientů. V případě vysazení by měl venlafaxin být vysazován postupně, abychom se vyhnuli syndromu z vysazení včetně až deliria (Kaniecki et Levin, 2019).

Betablokátory mají zvýšené riziko sedativního účinku, hypotenze, kondukčních abnormalit. Vyhne se jim u pacientů s astmatem, glaukomem, depresivními příznaky a diabetem (van Oosterhout et al., 2016).

Neúčinnějším blokátorem kalciových kanálů v profylaxi migrény je flunarizin (5–10 mg denně). Při chronickém podávání, zejména u starších lidí, může vyvolat extrapyramidové vedlejší účinky a/nebo depresi. Častým jevem je i vzestup hmotnosti. V ČR není k dispozici, jako náhražka se užívá u nás cinarizin (Robbins et Lipton, 2010).

U všech profylaktických léků bychom měli dbát na kontraindikace, které zde vzhledem k rozsahu článku nemohou být všechny uvedeny.

Intramuskulární injekce botulotoxinu A se s efektem užívají u chronické migrény. Někteří považují jeho užití u starších pacientů za výhodné vzhledem k minimálnímu potenciálu pro systémové vedlejší účinky nebo lékové interakce. Je však třeba zdůraznit, že pacient nad 65 let věku nebyli zahrnuti do studií (Kaniecki et Levin, 2019).

Nedávno byla do praxe zavedena specifická biologická léčba monoklonálními protilátkami proti CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide) nebo jeho receptoru. V současnosti jsou v ČR k dispozici erenumab, fremanezumab a galcanezumab. Dalším přípravkem je eptinezumab. Uvedené tři dostupné přípravky se podávají v subkutánních injekcích, erenumab jednou za čtyři týdny, fremanezumab jednou měsíčně či kvartálně a galcanezumab jednou měsíčně. Zdá se, že tyto léky by mohly být ideální pro použití ve vyšším věku vzhledem k nízkému výskytu nežádoucích účinků (málo časté lokální reakce v místě vpichu, zácpa) (Kaniecki et Levin, 2019).

## Tenzní typ bolesti hlavy

Začíná-li tenzní typ bolesti hlavy ve vyšším věku, vždy musíme dávat pozor, abychom nepřehlédli závažnou sekundární etiologii, neboť různé často závažné sekundární bolesti hlavy se tomuto typu mohou podobat. Jde především o nádory mozku, chronický subdurální hematom, ale také hydrocefalus, gigantocelulární arteritis, infekce paranazálních dutin, maligní hypertenzi a metabolické abnormality, jako je hypoglykemie nebo hypotyreóza (Kaniecki et Levin, 2019).

Léčba je obdobná jako u mladších pacientů, významné anticholinergní účinky amitriptylinu limitují jeho užití v profylaktické léčbě ve vyšším věku.

**INZERCE**

**INZERCE**

## Cluster headache

Z trigeminových autonomních bolestí hlavy, které se vyskytují relativně řídce u starší populace, je nejčastější cluster headache. U starší populace je častější chronická forma.

Akutní léčba atak cluster headache (CH) spočívá v inhalaci kyslíku a subkutánních injekcích sumatriptanu. U sumatriptanu lze použít i nazální sprej. Inhalace kyslíku se považuje za bezpečnou u starších pacientů. Měli bychom se však vyhnout prolongované inhalaci u pacientů se současnou chronickou obstrukční plicní nemocí, protože zde může dojít snadno k vzestupu  $\text{CO}_2$ . Sumatriptan lze užít s opatrností tam, kde nejsou absolutní kardiovaskulární rizika.

Profylaktická léčba zahrnuje verapamil a topiramát. Je třeba dát pozor na vyšší riziko vedlejších účinků ve stáří. Lithium má u starší populace více závažných nežádoucích účinků, včetně třesu, nauzey, zrakových a řečových poruch. Lithium by se rovněž nemělo podávat u pacientů se srdeční nebo renální nedostatečností. Melatonin je bezpečný a dobře tolerovaný ve vyšším věku, pouze se doporučuje pomalejší titrace, abychom se vyhnuli sedaci. Kortikosteroidy užíváme jen jako krátce trvající přemostující terapii (van Oosterhout et al., 2016; Kaniecki et Levin, 2019).

## Hypnická bolest hlavy

Hypnická bolest hlavy se vyskytuje mnohem častěji po 50. roce věku s průměrným počátkem kolem 60. roku věku. Nazývala se dříve též „alarm clock headache“. Jde o benigní a poměrně málo se vyskytující noční bolest hlavy převážně u starších osob. Mírně převažují ženy. Bolest je nejčastěji difúzní, oboustranná, asi ve 20 % je však jednostranná. Může být tupá, tlaková nebo pulzující, různé intenzity. Pacienta budí v určitou noční dobu, nejčastěji přichází mezi druhou a čtvrtou hodinou po půlnoci. Trvá obvykle 15 minut až 4 hodiny a pacienti mohou mít vzácně i více atak během jedné noci. Aby mohla být diagnóza stanovena, pacienti by měli mít alespoň deset atak za měsíc po dobu nejméně tří měsíců. Autonomní příznaky obvykle nejsou přítomny, mohou se však vyskytnout (Holle et al., 2013).

V léčbě i profylaxi někteří začínají s noční dávkou kofeinu 60 mg. Charakteristické pro

tento syndrom je kompletní nebo téměř kompletní vymizení po lithium karnonátu v dávce kolem 400 mg před spaním, ale vedlejší účinky včetně toxicity mohou limitovat jeho užití u starší populace. Referuje se též dobrý účinek flunarizinu 5 mg nebo 25 mg indometacinu před spaním. Bolest při této léčbě rychle vymizí (Kotas et Ambler, 2008).

## Sekundární bolesti hlavy

### Expanzivní procesy nitrolební

Mozkové nádory (primární nebo metastatické) a subdurální hematomy se vyskytují se zvýšenou frekvencí ve stáří.

U 8–16 % pacientů se bolest hlavy vyskytuje jako první příznak (Vazquez-Barquero et al., 1994; Iversen et al., 1987) a může tak předcházet vývoji ložiskových neurologických příznaků. Proto doporučujeme provedení zobrazovacího vyšetření u všech starších pacientů, kde se objeví nově bolest hlavy.

Klasická bolest hlavy způsobená mozkovým nádorem se popisuje jako silná, zhoršující se ráno a doprovázená nauzeou a zvracením. Ovšem pacienti s mozkovým tumorem ji mnohem častěji popisují jako bifrontální, připomínající bolest hlavy tenzního typu. Bolest hlavy se však může vyskytovat také intermitentně a napodobovat migrénu. Na bolest hlavy v souvislosti s mozkovým nádorem bychom měli pomyslet vždy, je-li v anamnéze přítomen některý z tzv. červených praporeků (viz výše v textu).

Chronické subdurální hematomy se často chovají jako expanzivní procesy. Častěji postihuje muže a průměrný věk při diagnóze je 77 let (Májovský et Netuka, 2018). Výskyt stoupá s věkem, protože fragilnější přemostující žíly mají větší tendenci k ruptuře jako důsledek mozkové atrofie spojené s věkem. Chronické subdurální hematomy se nejčastěji manifestují bolestí hlavy (80 %), zmateností, kvalitativní poruchou vědomí, někdy hemiparézou, závratí, poruchou chůze či fatickou poruchou. Subdurální hematomy jsou lokalizovány vně mozkového parenchymu, a proto méně často vyvolávají časné neurologické deficity. Chronický subdurální hematom se může manifestovat i dlouho po úrazu. Někdy se ani v anamnéze předcházejícího traumatu nedopátráme, protože nemocný na menší trauma již zapomene.

## Cerebrovaskulární onemocnění

Bolest hlavy u TIA se vyskytuje asi u 25 % případů (Silberstein et al., 2001). Ložiskovou symptomatologii spojenou s TIA je třeba pokud možno odlišit od migrenózní aury.

Ischemický iktus je spojen s bolestí hlavy v 17–34 % (Silberstein et al., 2001). Odlišení od primární bolesti hlavy obvykle umožňuje přítomnost ložiskových neurologických příznaků a u těžších stavů případná alterace vědomí. Bolest hlavy je častější při ischemických iktech ve vertebrobasilárním než karotickém povodí. Zřídka se také vyskytuje u lakunárních infarktů (Silberstein et al., 2001; Kaniecki et Levin, 2019). Bolest hlavy u ischemického iktu je méně často spojena se zvracením v porovnání se subarachnoidálním nebo intracerebrálním krvácením (Silberstein et al., 2001).

U subarachnoidálního krvácení (SAK) je bolest hlavy přítomna až ve 100 % případů. Je náhlá, silné intenzity, často nemocný udává, že jde o nejsilnější bolest hlavy v jeho životě. Tento typ bolesti hlavy se označuje též jako thunderclap headache. Bolest hlavy je provázena nauzeou a zvracením, může se vyvinout i kvantitativní porucha vědomí různého stupně. Objektivně nalézáme ztuhlost šíje, která se však může vyvinout až s latencí.

Intracerebrální krvácení postihuje hypertoniky nejčastěji ve věku kolem 60 let, u starších pacientů je častou příčinou amyloidní angiopatie. Bolest hlavy je přítomna na počátku u 34–58 % pacientů (Jamieson et al., 2014). Je provázeno většinou rychlým rozvojem ložiskových neurologických příznaků, častá je i alterace vědomí. Bolest hlavy je často spojena s nauzeou a zvracením.

## Obrovskobuněčná (gigantocelulární, temporální) arteritis

Obrovskobuněčná arteritis (GCA) je systémová vaskulitida, která primárně postihuje střední a velké arterie (Rinden et al., 2019).

GCA se typicky vyskytuje ve věku nad 50 let, průměrný věk je přibližně 70 let. Ženy jsou postiženy 2,5× častěji než muži.

Klinicky se manifestuje příznaky systémového onemocnění, jako jsou subfebrilie, malátnost, úbytek na váze nebo postižení typu polymyalgia revmatica s bolestmi pro-

ximálních svalových skupin ramenního a pánevního pletence a šíje.

Dominujícím neurologickým příznakem je bolest hlavy, nejčastěji lokalizovaná ve spánku, ovšem může postihnout i jiné oblasti hlavy (Nahas, 2012). Temporální arterie bývá při palpaci tvrdá, edematózní, palpačně bolestivá se sníženou pulzací.

Vážnou komplikací jsou zrakové příznaky a zřídka i kty. Ze zrakových příznaků může dojít k jednostranné nebo oboustranné slepotě způsobené ischemickou neuropatií optiku. Postižení je často ireverzibilní. Jestliže dojde ke ztrátě zraku na jednom oku, do 1–2 týdnů může dojít u neléčené temporální arteritidy ke ztrátě zraku i na druhém oku (Nahas, 2012).

Poměrně vzácně se mohou vyskytnout i TIA a i kty.

Laboratorní testy často ukazují anémii, leukocytózu a trombocytózu. Často jsou zvýšeny C-reaktivní protein a sedimentace erytrocytů. Sedimentace často přesahuje 50 mm/hod. a někdy i 100 mm/hod. Z cytokinů nalézáme zvýšený interferon gama a interleukin 6 (IL 6), které hrají důležitou roli v patogenezi (Rinden, 2019).

Klasickou účinnou léčbou jsou vysoké dávky kortikoidů. Léčbu je třeba zahájit co nejdříve, dříve než dojde ke zrakovým komplikacím. Doporučuje se prednison.

Nedávno byl do léčebné praxe zaveden nový přípravek tocilizumab, což je humanizovaná monoklonální protilátka proti alfa podjednotce IL 6 receptoru (Uppal, 2019).

## Bolesti hlavy metabolického původu

Bolest hlavy mohou vyvolat i různá metabolická onemocnění, zejména ve stáří. Bolest hlavy přichází při hypoxii a hyperkapnii, které se vyskytují u chronické obstrukční plicní nemoci. Chronická renální nedostatečnost a dialýza mohou být rovněž spojeny s bolestí hlavy (Silberstein et al., 1998).

## Bolest hlavy indukovaná léky

Starší lidé v důsledku narůstajících chorob často užívají nejrůznější farmaka, z nichž některá mohou vyvolat nově vzniklou bolest hlavy, případně způsobit exacerbaci již existující primární bolesti hlavy (např. nitroglycerin může vyprovokovat záchvaty migrény

nebo cluster headache). Asi 8 % bolestí hlavy lze připsat alespoň zčásti užívané medikaci (Robblee et Singh, 2020).

Na bolest hlavy vyvolanou lékem myslíme tehdy, jestliže se bolest hlavy vyvine v časové souvislosti se začátkem podávané medikace nebo při změně dávky. Obecně se též doporučuje, zejména u starších pacientů s nevyšvětlitelnými bolestmi hlavy, vysadit veškerou medikaci, která není nezbytně nutná.

## Neuralgie trigeminu

Neuralgie trigeminu je charakteristický bolestivý syndrom v obličeji, který se vyznačuje zpravidla jednostrannou bolestí v senzitivní distribuci trojklaného nervu. Rozlišují se dva základní typy – klasická (dříve zvaná primární nebo esenciální neuralgie), vyskytující se obvykle po 40. roce věku s maximem výskytu v 6. a 7. dekádě, a symptomatická (sekundární) neuralgie, která se vyskytuje i v mladším věku.

Příčinou klasické neuralgie trigeminu je zpravidla útlak kmene nervu po výstupu z mozkového kmene cévní kličkou, tzv. neurovaskulární konflikt.

Klasická neuralgie trigeminu se projevuje záchvaty jednostranných velmi silných šlehavých bolestí v oblasti tváře nebo dolní čelisti, méně často oka. Bolest trvá typicky několik sekund, nejvíce až 2 minuty, lokalizace je zpravidla ve 2. či 3. větvi a jen vzácně v 1. větvi. Při záchvatu bolestí se stahuje mimické svalstvo, což se nazývá bolestivý tik (tic douloureux). Většina nemocných je mezi záchvaty bez obtíží, ale někteří jedinci mají kontinuální, převážně tupou interiktální bolest. Tato forma se někdy označuje také jako atypická trigeminální neuralgie nebo trigeminová neuralgie typu 2. Charakteristickým znakem klasické neuralgie je spouštěcí zóna (trigger zone) lokalizovaná v bolestivé oblasti na kůži nebo sliznici v dutině ústní. Při jejím podráždění se vyprovokuje bolestivý záchvat (Cruccu, 2017).

Symptomatická neuralgie vzniká při dráždění nervu různými jinými chorobnými procesy v průběhu nervu. Příčinou jsou nejčastěji tumory, zejména v koutu mostomozečkovém (meningiomy, epidermoidní cysty, vestibulární schwannom a také cholesteatomy) nebo roztroušená skleróza (Cruccu, 2017). Nesmíme zapomenout ani na postherpetickou neuralgii

při herpes zoster ophthalmicus postihující I. větev n. V. Vyloučit je třeba i chorobné procesy v dalším průběhu trojklaného nervu, jako je afekce zubů, čelistí a paranazálních dutin.

Léčba klasické neuralgie trigeminu je medikamentózní a chirurgická. Lékem první volby je obvykle karbamazepin, který způsobuje úlevu až u 80 % pacientů. Mezi léky druhé volby patří gabapentin, oxkarbazepin, baclofen, lamotrigin a pregabalin (Rozen et Capobianco, 2008).

Není-li dostatečný efekt medikamentózní léčby, přistupujeme k léčbě chirurgické. Dnes se nejčastěji užívá mikrovaskulární dekomprese kmene nervu, kdy se mezi cévu a vlákna trigeminu vloží teflonová destička, sval nebo fascie. Perkutánní techniky přes foramen ovale se nabízejí starším pacientům s význačnými komorbiditami a pacientům, kde mikrovaskulární dekomprese byla neúčinná. Jde o radiofrekvenční termokoagulaci gasserského ganglia, chemickou lézi injekcí glycerolu nebo mechanickou kompresi pomocí balonkového katétru (Cruccu, 2017). Léčba symptomatické neuralgie trigeminu je dle příčiny.

## Cervikogenní bolest hlavy

Cervikogenní bolest hlavy je způsobena dysfunkcí krční páteře a/nebo struktur v oblasti šíje. V české literatuře se vžil pojem cervikokraniální syndrom.

Typické klinické známky se manifestují subokcipitální nebo okcipitální bolestí, která je vyprovokována nebo zhoršována pohyby šíje. Bolest se může propagovat do čela, očníce, spánku, temene nebo do uší. Může být asymetrická nebo i jednostranná. Při vyšetření zjišťujeme omezené pohyby šíje, spasmus a palpační bolestivost šíjových svalů. Poměrně častým příznakem bývá závrať, někdy i nauzea nebo zvracení.

V akutní fázi cervikogenní bolesti hlavy podáváme analgetika, nesteroidní antirevmatika a myorelaxancia. Součástí léčby je rehabilitace (šetrná mobilizace, masáže, elektro-léčba, vodoléčba, cvičení, obstríky) (Robblee et Singh, 2020).

## Závěr

Bolest hlavy zůstává častým příznakem způsobujícím disabilitu u seniorů. V případě nového výskytu bolesti hlavy nebo změny



charakteru dosavadní bolesti je třeba naléhat pátrat po příčině. Odlišení primárních a sekundárních bolestí hlavy je důležité

zejména ve vyšším věku, kde narůstá podíl sekundární bolesti. Zjištěnou sekundární bolest hlavy je pak třeba léčit podle základního

onemocnění. Jde-li o primární bolest hlavy, léčíme tuto primární bolest hlavy s přihlédnutím ke specifitě vyššího věku.

## LITERATURA

1. Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Age-dependent prevalence and clinical features of migraine. *Neurology* 2006; 67(2): 246–251.
2. Cruccu G. Trigeminal Neuralgia. *Continuum (Minneapolis)* 2017; 23(2): 396–420.
3. Holle D, Naegel S, Obermann M. Hypnic headache. *Cephalalgia* 2013; 33(16): 1349–1357.
4. Iversen HK, Strange P, Sommer Wand Tjalve E. Brain tumor headache related to tumor size, history and location. *Cephalalgia* 1987; 7(Suppl.6): 394–395.
5. Jamieson DG, Cheng NT, Skliut M. Headache and acute stroke. *Curr Pain Headache Rep* 2014; 18(9): 444.
6. Kaniecki RG, Levin AD. Headache in the elderly. *Handb Clin Neurol* 2019; 167: 511–528.
7. Kotas R, Ambler Z. Bolesti hlavy ve vyšším věku. *Bolest* 2008; 11(2): 77–84.
8. Májovský M, Netuka D. Chronický subdurální hematom – přehled. *Rozhl Chir* 2018; 97(6): 253–257.
9. Nahas SJ. Headache and Temporal Arteritis: When to Suspect and How to Manage. *Curr Pain Headache Rep* 2012; 16(4): 371–378.
10. Rinden T, Miller E, Nasr R. Giant cell arteritis: An updated review of an old disease. *Cleve Clin J. Med.* 2019; 86(7): 465–472.
11. Robbins M, Lipton R. Management of headache in the elderly. *Drug Aging* 2010; 27(5): 377–398.
12. Robblee J, Singh RH. Headache in the Older Population: Causes, Diagnoses, and Treatments. *Curr Pain and Headache Rep* 2020; 24(7): 34.
13. Rozen TD, Capobianco DJ. Cranial Neuralgias and Other Causes of Facial Pain. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. Oxford: Oxford University Press 2008: 633–650.
14. Silberstein SD, Capobianco DJ, Dodick DW. Migraine in special populations. *Neurology* 2003; 60(Suppl. 2): S50–S57.
15. Silberstein SD, Lipton RB, Dalesio DJ. *Wolff's headache and other head pain*. Oxford: Oxford University Press 2001: 625.
16. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Geriatric headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in Clinical Practice*. Oxford: Isis Medical Media Ltd 1998: 201–212.
17. Solomon GD, Kunkel RS Jr, Frame J. Demographics of headache in elderly patients. *Headache* 1990; 30(5): 273–276.
18. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. *JAMA* 1992; 267(1): 64–69.
19. Tonini MC, Bussone G. Headache in the elderly: primary forms. *Neurol Sci* 2010; 31(Suppl. 1): S67–S71.
20. Uppal S, Hadi M, Chhaya S. Updates in Diagnosis and Management of Giant Cell Arteritis. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2019; 19(9): 68.
21. Van Oosterhout WPJ, Cheung C, Haan J. Primary headache syndromes in the elderly: epidemiology, diagnosis and treatment. *J Clin Transl Res* 2016; 2(2): 45–51.
22. Vázquez-Barquero A, Ibanez FJ, Herrera S. Isolated headache as the presenting clinical manifestation of intracranial tumor. A perspective study. *Cephalalgia* 1994; 14(4): 270–272.