

Klasifikace

2.5 Tenzní typ bolestí hlavy

2.5.1 Klasifikace

Klasifikace ICHD-3 beta zařazuje tenzní typ bolesti hlavy pod skupinu 2:

2. Tenzní typ bolesti hlavy (tension-type headache = TTH)

2.1 Nefrekventní epizodický TTH (ETTH)

2.1.1 Nefrekventní ETTH spojená s perikraniální bolestivostí

2.1.2 Nefrekventní ETTH bez perikraniální bolestivostí

2.2 Frekventní epizodický TTH (ETTH)

2.2.1 Frekventní ETTH spojená s perikraniální bolestivostí

2.2.2 Frekventní ETTH bez perikraniální bolestivostí

2.3 Chronický TTH (CTTH)

2.3.1 CTTH s poruchou perikraniálních svalů

2.3.2 CTTH bez poruchy perikraniálních svalů

2.4 Pravděpodobný TTH

Jaká jsou diagnostická kritéria tohoto typu bolesti hlavy?

2.1 Epizodický typ tenzních bolestí hlavy (ETTH)

A. Aspoň 10 epizod s bolestmi hlavy splňujících kritéria B až D Počet dní s bolestmi hlavy menší než 180 ročně nebo menší než 15 měsíčně

B. Trvání ataky 30 minut až 7 dní

C. Minimálně 2 z následujících 4 charakteristik bolestí:

a. Tlaková, nepulzující kvalita

b. Lehká až střední intenzita

c. Oboustranná lokalizace

d. Bolesti nejsou akcentovány běžnou fyzickou aktivitou

D. Obě následující podmínky jsou splněny:

a. Není nauzea a zvracení (někdy anorexie)

b. Může být fotofobie nebo fonofobie

2.2 Chronický typ tenzních bolestí hlavy

A. Frekvence bolestí hlavy větší než 180 dní ročně nebo 15 dnů měsíčně, kritéria B až D splněna pro více než 6 posledních měsíců

B. Minimálně 2 z následujících 4 charakteristik bolestí:

- a. Tlaková, nepulzující kvalita
- b. Lehká až střední intenzita
- c. Oboustranná lokalizace
- d. Bolesti nejsou akcentovány běžnou fyzickou aktivitou

C. Obě následující podmínky jsou splněny:

- a. Není nauzea a zvracení (někdy anorexie)
- b. Může být fotofobie nebo fonofobie

U obou typů se rozlišuje typ s poruchou perikraniálních svalů, zjištěnou palpací a EMG vyšetřením, a typ bez poruch perikraniálních svalů.

Patofyziologie

2.5.2 Patofyziologie tenzního typu bolesti hlavy

Původ bolesti hlavy u TTH není zcela objasněn. Domníváme se, že zdrojem bolesti hlavy jsou nociceptivní podněty pocházející z perikraniálních a šíjových myofasciálních tkání (tj. ze svalů a jejich úponů v oblasti hlavy a šíje). Mluvíme též o periferních mechanismech. Tyto periferní mechanismy hrají rozhodující úlohu zejména u málo časté epizodické formy. U časté epizodické a zejména chronické formy důležitou formu hrají rovněž mechanismy centrální.

Podstatou periferních mechanismů jsou nejspíše tzv. myofasciální spouštěcí body (myofascial trigger points), což jsou na pohmat bolestivé body nacházející se ve svalech hlavy a šíje. Jejich stimulace vyvolá přenesenou bolest hlavy. Myofasciální spouštěcí body jsou tvořeny nejspíše dysfunkčními motorickými ploténkami s abnormálním uvolňováním acetylcholinu na nervosvalové ploténce. Výsledkem je lokální svalová kontrakce v myofasciálních spouštěcích bodech. Vzniká tak komprese lokálních senzitivních nervů a také lokálních krevních cév, což má za následek snížení dodávky kyslíku. Snížené množství kyslíku na jedné straně a zvýšená metabolická potřeba kontrahovaných svalů na druhé straně má za následek rychlý vznik nedostatku lokálního adenosin trifosfátu (ATP) a energetickou krizi. Nedostatek ATP vede paradoxně k zvyšování uvolňování acetylcholinu na nervosvalových ploténkách a ke zhoršení zpětného vychytávání Ca^{2+} do sarkoplasmatického retikula svalových vláken, což zvyšuje dále kontraktilní aktivitu a v myofasciálních spouštěcích bodech vzniká lokální spasmus. Lokální ischemie pak vede k uvolnění látek, které se uplatňují při vzniku bolesti a zánětu, jako je serotonin, bradykinin, calcitonin gene-related peptid (CGRP), substance P a další, které byly

nalezeny ve zvýšené míře speciální mikroanalytickou metodou v myofasciálních spouštěcích bodech.

U časté epizodické a chronické formy hrají důležitou roli i centrální mechanismy. Neustálý tok nociceptivních signálů z myofasciálních spouštěcích bodů způsobuje centrální senzitivizaci na úrovni zadního rohu míšního horní krční míchy a trigeminového jádra. Zde nastávají funkční a strukturální změny neuronů. Výsledkem je, že postsynaptické spinální a trigeminové neurony druhého řádu mají snížený práh aktivace a produkují vzruchy o vyšší frekvenci. Přenášejí tak nociceptivní signály ve zvýšené míře do vyšších center, jako je thalamus a mozková kůra. Tento děj se může uplatnit při přeměně epizodické do chronické formy.

Důležitou úlohu u chronické formy hraje psychologický stres. Neví se přesně, jakým mechanismem se uplatňuje. Soudí se, že stres by mohl zvyšovat trigeminovou senzitivizaci snížením descendentních inhibičních mechanismů nebo zvýšenou descendentní facilitací. Stres by mohl také zvýšit senzitivizaci supraspinálních drah.

Popis bolesti hlavy tenzního typu

2.5.3 Popis bolestí hlavy u tenzního typu bolesti hlavy

Tenzní typ bolesti hlavy (tension type headache – TTH) je nejčastější formou bolesti hlavy. Celoživotní prevalence TTH se pohybuje mezi 30 – 78% podle různých studií.

Dělí se na epizodickou a chronickou formu. Epizodická forma se klinicky manifestuje opakujícími se epizodami bolesti hlavy trvajících hodiny až dny (30 minut až 7 dní). Rozlišuje se dále na málo častou epizodickou formu, kdy frekvence bolesti hlavy je menší než 1 den za měsíc (méně než 12 dní v roce) a na častou epizodickou formu, kdy bolest hlavy přichází jednou nebo více dní za měsíc, ale méně než 15 dnů za měsíc (tj. méně než 180 dnů za rok). Chronická forma se vyznačuje bolestí hlavy vyskytující se 15 a více dnů za měsíc (tj. 180 a více dnů v roce). Tato frekvence se vyskytuje alespoň 3 měsíce po sobě.

Vlastní bolest hlavy u TTH je v typickém případě oboustranná, tupá, tlaková nebo svíravá, mírné až střední intenzity. Na rozdíl od migrény bolest nepulzuje. Nezvyšuje se běžnou fyzickou aktivitou. Není přítomna nauzea nebo zvracení. Může být buď fotofobie (pacient nepříjemně vnímá jasné světlo) nebo fonofobie (pacient nepříjemně vnímá hluk). Záchvaty trvají obvykle hodiny až dny. Bývají přítomny i různé nepříjemné pocity v oblasti hlavy jako pocity sevření, pásku kolem hlavy nebo přetlaku uvnitř v lebce.

Diferenciální diagnostika

2.5.4 Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice TTH na prvním místě je **migréna**. Zde bolí v typickém případě zejména polovina hlavy, strany s bolestí se mohou střídat, bolest má pulzující charakter, intenzita bolesti je většinou středně silná až silná. Často je provázena nauzeou, zvracením, foto- a fonofobií. Bolest může být předcházena aurou, nejčastěji zrakovou.

Cervikogenní bolest hlavy je lokalizována do oblasti šíje a záhlaví, vystřeluje většinou do čela a za oči. Může být asymetrická s postižením jedné poloviny hlavy. Bolest je provokována nebo se zhoršuje určitými pohyby šíje nebo určitou vynucenou nepřírozenou polohou. Bývá přítomen blok krční páteře, tj. omezení inklinace nebo rotace šíje. Často nacházíme spasmus paravertebrálního svalstva.

Obávanou příčinou bolesti hlavy jsou **nitrolební nádory**. Bolest u nitrolebních nádorů je popisována jako plíživá, progresivní, tupá, napodobuje většinou tenzní typ bolesti hlavy. Bolest hlavy je ovšem jen zřídka jediným manifestujícím se příznakem. Jako jediný příznak se bolest hlavy vyskytuje jen v 10% případů. Častěji je bolest hlavy u nitrolebních nádorů provázena změnami osobnosti, epileptickými záchvaty a ložiskovými neurologickými příznaky. Při progresi nitrolební hypertenze mohou být bolesti hlavy až silné intenzity s maximem po ránu a ve spojení se zvracením.