

81

47-letnia kobieta z przewlekłym bólem głowy

R. AL-SHAHI SALMAN



Opis przypadku

Lekarz rodzinny poprosił o zbadanie 47-letniej pracownicy poradni z powodu bólu głowy przez większość dni w miesiącu. Kobieta podaje, że ból głowy wykazuje rytm dobowy, o największym nasileniu we wczesnych godzinach rannych; ból ten wybudza pacjentkę ze snu. Chora odczuwa obniżenie nastroju (depresję).

Od ok. 30 roku życia występują u niej co roku, mniej więcej w rocznicę ślubu, bóle głowy, które trwają cały dzień. Bóle te, poprzedzone aurą wzrokową, są silne i jednostronne. Trwają one ok. 1 godziny, towarzyszą zaś im światłowstręt i wymioty, co zmusza pacjentkę do pozostawania w łóżku, w zaciemnionym pokoju. Od ponad roku występują u niej napady gorąca (zaczerwienienia twarzy), natomiast miesiączki występują rzadziej. Bóle głowy stały się częstsze; sumatriptan przyjmowany doustnie nie jest zbyt skuteczny w ich uśmierzaniu. Chora stosuje połączenia różnych leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty, polecanych jej przez córkę, która często ma napady migreny.

Jakie rozpoznania różnicowe należy uwzględnić przed zbadaniem pacjentki?

U tej kobiety występuje przewlekły codzienny ból głowy, definiowany przez International Headache Society (IHS) jako ból głowy występujący przez co najmniej 15 dni w każdym miesiącu. Przewlekły codzienny ból głowy może być objawem schorzeń neurologicznych czy systemowych lub schorzeniem pierwotnym (inaczej mówiąc, bólem głowy o charakterystycznych cechach, z objawami towarzyszącymi, bez przyczyny organicznej). Pacjentka niepokoi się, że objawy mogą świadczyć o guzie mózgu. Choć zawsze na początku diagnostyki różnicowej należy wykluczyć przyczynę organiczną bólu głowy, w tym przypadku guz mózgu jest mało prawdopodobny, ponieważ brak objawów mogących wskazywać na to rozpoznanie, np. zaburzeń czynności poznawczych lub ogniskowych objawów neurologicznych. Bóle głowy występują u pacjentki wcześnie rano, ale nie jest to pewny wskaźnik zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego. Ze względu na nieobecność innych możliwych objawów przyczyn wtórnego (objawowego) bólu głowy (np. urazu głowy, infekcji lub olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic), bóle głowy u tej kobiety najprawdopodobniej mają charakter pierwotny.

Samoistne (pierwotne) bóle głowy można klasyfikować na podstawie objawów towarzyszących lub czasu trwania bólu. Klasterowe bóle głowy i inne rzadkie „trójdzielno-autonomiczne” bóle głowy trwają najczęściej ok. 90 minut, podczas gdy przewlekła migrena i przewlekłe bóle napięciowe co najmniej 4 godziny. Ze względu na różnice w leczeniu istotne jest różnicowanie bólu napięciowego, stanowiącego prawie trzy czwarte wszyst-

RAMKA 81.1**Kryteria diagnostyczne migreny według IHS**

- A. Co najmniej 5 ataków w pełni zgodnych z kryteriami B-D
- B. Napady bólu głowy trwające 4–72 godz. (oporne lub słabo reagujące na leczenie)
- C. Ból głowy charakteryzujący się co najmniej dwiema typowymi cechami:
1. lokalizacja jednostronna
 2. charakter pulsujący
 3. ból umiarkowany lub ciężki
 4. nasilenie się bólu podczas aktywności fizycznej lub unikanie aktywności fizycznej z obawy przed bólem (np. chodzenia lub wchodzenia po schodach)
- D. Co najmniej jeden z poniższych objawów towarzyszących:
1. nudności i/lub wymioty
 2. światłowstręt i nadwrażliwość na głośne dźwięki
- E. Brak innych przyczyn

kich przypadków przewlekłych samoistnych bólów głowy w populacji i przewlekłej migreny, która jest przeważającą diagnozą u pacjentów poradni przyszpitalnych. Nudności, światłowstręt, fobia głośnych dźwięków, nasilenie bólu przy poruszaniu się, potrzeba pozostania w łóżku i w zaciemnionym pokoju to objawy silnie wskazujące na migrenę (ramka 81.1). Obecność tych cech, podobnie jak bólów migrenowych występujących u pacjentki w przeszłości, i dodatni wywiad rodzinny czynią rozpoznanie migreny najbardziej prawdopodobnym w omawianym przypadku.

**Badanie fizykalne**

Badanie neurologiczne, w tym badanie dna oka, jest prawidłowe, ale pacjentka wygląda jak osoba przemęczona i z obniżonym nastrojem. Ciśnienie tętnicze 132/64 mm Hg. Podczas badania palpacyjnego stwierdza się twardość uciskową szyjnych mięśni przykręgosłupowych. Lekarz rodzinny pacjentki zlecił kilka podstawowych badań krwi, ich wyniki umieszczono w ramce 81.2

RAMKA 81.2**Badania wstępne**

OB	17 mm/godz.
Badania czynności tarczycy	Norma
Mocznik, elektrolity, wapń	Norma

Czy wyniki badania zawężyły diagnostykę różnicową?

Badanie fizykalne potwierdziło, że nie ma objawów wskazujących na chorobę organiczną ośrodkowego układu nerwowego. Co więcej, badanie szyi wykazało inny potencjalny czynnik mogący mieć związek z przewlekłą migreną u tej kobiety. Z powodu obniżonego nastroju i przewlekłego bólu głowy należało ocenić czynność tarczycy i stężenie wapnia, ale badanie OB nie było konieczne. Natomiast z pewnością należy oznaczyć OB u każdego pacjenta powyżej 50 roku życia, z nowym, występującym codziennie, utrzymującym się bólem głowy, by potwierdzić rozpoznanie olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic.

**Badania dodatkowe**

Choć można się pokusić o wykonanie badania TK głowy, by „wykluczyć” zmianę mogącą powodować bóle głowy, szczególnie przy nacisku ze strony pacjenta, to stwierdzenie przypadkowych anomalii w tym badaniu jest zwykle bez znaczenia u pacjentów z przewlekłym bólem głowy i brakiem odchyleń od normy w badaniu neurologicznym. Szczegółowy wywiad dotyczący przyjmowanych leków, w tym leków bez recepty, to następny ważny krok.

Czy udało się zawęzić diagnostykę różnicową?

Dalsze pytania i sprawdzenie zawartości kieszonki z lekami w torebce kobiety ujawniły, że przyjmowała dostępny bez recepty preparat zawierający paracetamol i kodeinę, co najmniej dwie tabletki dziennie, przez większość dni poprzedniego roku. Obok rzadkich napadów migreny z aurą wzrokową występuje u niej również migrena przewlekła, związana z nadużywaniem leków przeciwbólowych i wzmożonym napięciem mięśni szyi.

Jakie leczenie można zaproponować?

Stopniowe lub nagłe odstawienie leków przeciwbólowych może spowodować ustąpienie bólów związanych z ich nadużywaniem. Podczas odstawiania leków przeciwbólowych pomocne mogą być niesteroidowe leki przeciwzapalne (n.l.p.z.). Gdy po odstawieniu leków przeciwbólowych współistniejąca przyczyna bólów głowy pozostaje, możliwe, że pacjentka cierpi z powodu okołomenopauzalnego zaostrzenia migreny. Zmiana stylu życia może złagodzić bóle migrenowe, dlatego należy zalecić regularne godziny snu, unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego i stresu; niektórzy ludzie zauważają, że wykluczenie z diety niektórych pokarmów zapobiega napadom migreny. W leczeniu przewlekłej migreny mogą być skuteczne: amitryptylina (10–75 mg), walproinian sodu (do 1500 mg/dobę) lub topiramát (do 50 mg co 12 godz.), których dawki należy dostosowywać do konkretnego przypadku, zależnie od ich skuteczności i/lub ich działań ubocznych.

Uwagi ogólne



- Najczęstsze choroby neurologiczne na świecie to migrena – 10%, i CDH (przewlekły, codzienny ból głowy) – 5%.
- Częstość nadużywania leków przeciwbólowych zależy od lokalnej dostępności leków OTC.
- Istnieje wiele potencjalnych przyczyn bólu głowy u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, dlatego takie osoby należy badać szczególnie dokładnie.



Więcej na temat
migreny

Zob. rozdz. 19 w:

**Choroby
wewnętrzne
Davidsona,**
tom 3.