

dopadem na kvalitu života nemocného (Marková et Kotas, 2018). Etiopatogeneze tohoto onemocnění není stále úplně dobře objasněna. Jedním z důvodů může být skutečnost, že CH je vzácné onemocnění, které postihuje zhruba 0,1 % populace. Jedná se někdy o sporadické onemocnění, i když v literatuře jsou popsány i některé případy, kde se v dané rodině vyskytuje autosomálně-dominantní dědičnost CH nebo jiný typ dědičnosti (Waung et al., 2020). Genetické epidemiologické studie prokázaly, že riziko CH u příbuzných prvního stupně je zvýšeno 14–48× ve srovnání s normální všeobecnou populací a u příbuzných druhého stupně 2–8× vyšší. Segregační analýzy prokázaly autosomálně dominantní typ dědičnosti pravděpodobně s neúplnou penetrací v některých rodinách nebo autosomálně recesivní či multifaktoriální dědičnost v jiných rodinách (Kotas, 2015). Dosud však nebyly zjištěny specifické geny, které by měly jasnou souvislost s tímto onemocněním. Bolesti při tomto onemocnění jsou vnímány jako jeden z nejkrutějších druhů bolesti, které člověk může zažít. Aktuálně lze akceptovat vědecké představy o postižení „biologických hodin“ (tj. hypothalamus) a o roli patologické aktivace trigeminovaskulárního komplexu v patogenezi CH (Hoffmann et May, 2023).

První projevy typicky vznikají ve věku do 40 let. Diagnózu stanovujeme na základě anamnézy a status praesens podle konkrétních diagnostických kritérií International Headache Society (Tab. 1). V některých případech se však může stát, že je pacient s CH registrován a léčen neurologem jako migréna. Vazba na jedno

konkrétní roční období nemusí být přítomna u všech nemocných s CH.

Zde je prezentován případ nemocné, která se narodila v roce 1972 a byla původně léčena v Praze v jednom z Center bolestí hlavy. Později byla přesměrována k dalšímu sledování do Karlových Varů, protože trvale žije v Karlovarském kraji a nepreferuje cestování do Prahy.

První potíže nemocné se objevily v roce 1999, bolesti hlavy začaly náhle, bez provokujícího momentu. Původně lékaře nehledala vůbec, později byla vyšetřena neurologem v Karlovarském kraji, který po určité době indikoval vyšetření ve fakultní nemocnici.

Jednalo se o ataky bolesti hlavy, vždy vpravo, více v oblasti pravého oka, ale i nad okem, méně často i okcipitálně vpravo, na začátku obtíže pozorovala jen v jarních měsících. Během řady let zůstával charakter stejný, ale intenzita obtíží se věkem zhoršovala, stejně jako frekvence. Zpočátku měla pacientka jen jedno období s bolestí hlavy ročně, trvající zpravidla 15 dnů, a to na podzim. Potíže vlevo nikdy neměla. Pacientka popisuje intenzitu bolesti jako VAS 9 nebo 10. Do 45 min. od vzniku většinou dochází k významnému zlepšení intenzity bolesti. Při takovém paroxysmu referuje ucpanou nosní dírkou vpravo, pravé oko vždy nadměrně slzí a kromě toho pozoruje zarudnutí spojivky. Obvykle začíná být neklidná a musí chodit sem a tam, vleže nedochází k žádnému zlepšení. Při této bolesti hlavy často zvrací. Byl vyzkoušen Indomethacin, který ale neměl dostačující efekt. Pacientka absolvovala zobrazovací vyšetření (MR mozku, krční páteře a MR angiografie mozkových tepen) a nebyla nalezena žádná relevantní patologie. Na začátku roku 2015 byl realizován první kontakt s lékařem specializovaného centra v Praze. Bylo registrováno zhoršení frekvence (zhoršila se nejen délka trvání jednotlivých clusterů, ale i počet paroxysmů za 24 hodin). Potíže velmi často začínaly v druhé polovině noci. V roce 2015 byl tento případ definitivně uzavřen jako cluster headache (epizodická forma), i když původně byla zvažována diagnóza migréna bez aury. Již tehdy bylo zaznamenáno počínající nadužívání akutní medikace. Po odeznění daného clusteru nemocná trpěla na menší bolesti hlavy, často bez vegetativních projevů – mohlo se jednat o medication

overuse headache jako komplikace při těžkém průběhu CH. V roce 2016 byla tato nemocná dokonce hospitalizována na neurologii kvůli nezvladatelnému období s CH. Kolegové v Praze indikovali mimo jiné i vyšetření klinickým psychologem (pro úzkosti a depresivní syndrom, který však mohl být jen následek primární bolesti hlavy). Závěr psychologického konzilia tehdy byl následující: Výrazně hypersenzitivní osobnost sociálně introvertovaná, aktuálně depresivní, zahlcena úzkostí.

V roce 2016 byl nasazen valproát (500 mg denně) jako preventivní medikace, která má ještě anxiolytický efekt. Takový efekt Valproátu na psychické potíže byl pozorován dokonce i u farmakorezistentních nemocných ve sledování psychiatrem pro anxiózní poruchu (Vayisoglu, 2017). Terapie valproátem v uvedené dávce po půl roce užívání nevedla ke zlepšení frekvence ani zmírnění intenzity bolesti, a proto byl tento lék vysazen. Později byl v průběhu indikován prednison. Je nutné zdůraznit, že prednison je dobře známá z dávné minulosti a zároveň recentně vědecky prokázaná léčba epizodické formy syndromu nakupených bolestí hlavy (Obermann et al., 2021). Stejná studie informuje i o nežádoucích účincích tohoto léku u pacientů s CH. U naší pacientky ale tolerance nebyla problémem, nicméně nebylo dosaženo snížení frekvence CH po 30denní léčbě prednisonem, který byl pro neúčinnost vysazen. Časem došlo k velmi výraznému abúzu akutní medikace u této pacientky, nejdříve byl registrován abúzus eletriptanu a poté Indomethacinu v kombinaci s eletriptanem, později bylo nadužívání sumatriptanu ve formě nosního spreje v kombinaci s Intomethacinem. Od roku 2022 byl zaznamenán přechod z epizodické do chronické formy CH. Jednalo se o velmi těžký průběh CH s téměř každodenními bolestmi hlavy v roce 2023. V této situaci byla používána výše uvedená léčba, která však již neměla sufficientní efekt na akutní potíže, i když intenzita jednotlivých atak mírně klesala. Jinými slovy rozvinul se těžký medication overuse headache. V průběhu onemocnění bylo pacientce doporučeno nasadit antidepresivum. Venlafaxin v denní dávce 150 mg denně užívala po dobu déle než tři měsíce, ten však nepřinesl pozitivní efekt stran bolesti hlavy (i když venlafaxin u ní byl doporučen původně více z psychiatrických

Tab. 1. Diagnostická kritéria cluster headache

A. Alespoň 5 atak (paroxysmů) splňujících kritéria B–D
B. Intenzivní unilaterální orbitální, supraorbitální a/nebo temporální bolesti trvající 15–180 minut
C. Alespoň jeden z následujících příznaků na straně bolesti:
■ překrvení spojivky
■ lakrimace
■ rinorea
■ hyperhydróza čela či obličeje
■ mióza
■ ptóza
■ edém víček
■ kongesce nosní sliznice
D. Frekvence atak 1–8× denně
E. Anamnéza, neurologické vyšetření ani pomocné vyšetřovací metody nesvědčí pro sekundární bolest hlavy, nebo je sekundární bolest hlavy přítomna, ale cluster headache nevznikl poprvé v souvislosti s tímto onemocněním