

PREHLADNÝ REFERÁT

BOLESTI HLAVY PRI SYSTÉMOVÝCH A INÝCH REUMATICKÝCH OCHORENIACH

V. DONÁTH, J. ROVENSKÝ

HEADACHE REGARDLESS IN SYSTEMIC AND RHEUMATIC DISEASES

Neurologické oddelenie, Nemocnica F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

Vedúci: prim. MUDr. V. Donáth, CSc.

Subkatedra reumatológie Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Riaditeľ: prof. MUDr. J. Rovenský, DrSc.

Súhrn

Bolesti hlavy bez ohľadu na ich patofyziologický mechanizmus, či etiológiu sú jedným z najčastejších zdravotných problémov. Článok prináša prehľad menej známych typov bolestí hlavy, ktoré sa vyskytujú pri reumatických ochoreniach v oblasti cervikálnej chrbtice, Lymskej chorobe, vaskulitíde orbitálnych vén, pri Tolosa-Huntovom syndróme, temporálnej arteritíde, systémovom lupus erythematosus, progresívnej systémovej skleróze a pri Sjögrenovom syndróme. V prehľade sa pri jednotlivých ochoreniach uvádzajú klinické prejavy, patogenéza, diagnostika, diferenciálna diagnostika a liečba.

Kľúčové slová: cervikogénna cefalgia, Lymská choroba, vaskulitída orbitálnych vén, Tolosa-Huntov syndróm, temporálna arteritída, systémový lupus erythematosus, progresívna systémovej skleróza, Sjögrenov syndróm.

Summary

Headache regardless of its pathogenesis or etiology is one of the most frequent medical problem. This article reviews less common types of headaches that occur in rheumatic diseases at the cervicogenic localization, headaches in Lyme disease, Tolosa-Hunt syndrome, temporal arteritis, systemic lupus erythematosus, progressive systemic sclerosis, and Sjögren syndrome. Clinical manifestations of headache, pathogenesis, diagnostic workup, differential diagnosis and management are mentioned.

Key words: cervicogenic cephalalgia, Lyme disease, vasculitis of the orbital veins, Tolosa-Hunt syndrome, temporal arteritis, systemic lupus erythematosus, progressive systemic sclerosis, Sjögren's syndrome.

ÚVOD

Bolesti hlavy bez ohľadu na svoj patofyziologický mechanizmus, či etiológiu sú jedným z najčastejších zdravotných problémov. Bolesť hlavy znamená vždy konfrontáciu s multietiológickou diagnostikou. Článok prináša menej známy prehľad typov bolestí hlavy, ktoré sa vyskytujú pri systémových a iných reumatických ochoreniach.

REUMATICKÉ OCHORENIA V OBLASTI CERVIKÁLNEJ CHRBTICE

Reumatológovia podobne ako neurológovia už dávno rozpoznávali bolesť hlavy, ktorá vzniká v krčnej chrbtici (4, 6). Vlastný názov „cervikálna“ znamená, že: a) bolesť je lokalizovaná v krčnej oblasti – v šiji, alebo b) bolesť vzniká v krčnej chrbtici (18). Názov „cervikogénny“ by bol v tomto kontexte správnejší, ale v klasifikácii Medzinárodnej spoločnosti pre bolesti hlavy (IHS) sa zatiaľ jednoznačne neakceptoval.

PATOGENÉZA

Cervikogénna bolesť hlavy sa nepovažuje za samostatné ochorenie alebo klinickú jednotku „sui generis“. Ide o bolestivú reakciu na ochorenie jednej alebo viacerých štruktúr v šiji alebo v záhlaví. Základné ochorenie môže postihovať periférne nervy, gangliá, nervové korene, unko-vertebrálne a intervertebrálne kĺby, medzistavcové platničky, kostné štruktúry, periost, svaly, ligamenty a podobne. Z reumatických zápalových ochorení v patogenéze cervikogénnej bolesti hlavy prichádza do úvahy najmä reumatoidná artritída a ankylozujúca spondylitída.

KLINICKÉ PREJAVY

Vo všeobecnosti sa cervikogénna cefalgia prejavuje unilaterálnou bolesťou hlavy alebo epizodickou bolesťou mierneho stupňa, ktorá sa začína od krčnej chrbtice a rozširuje sa do hlavy. Pri klinickom vyšetrení sa zisťuje porušenie dynamiky krčnej chrbtice. Bolesť reaguje na farmakologickú blokádu nervových koreňov a periférnych nervov.

Bolesť krčnej chrbtice má u jednotlivca obdobný charakter a distribúciu. Dá sa vyvolať pohybmi krčnou chrbticou, alebo vzniká pri neprijemnej polohe hlavy. Bolesť môže mať rôzny charakter trvania. Opisuje sa ako kontinuálna, fluktuujúca, ale nevyskytuje sa v mnohopočetných záchvatoch. Intenzitou nie je krutá, obyčajne nemá pulzujúci charakter. Zvyčajne sa začína v šiji a môže sa rozšíriť do okulo-fronto-temporálnych oblastí, kde sa postupne zintenzívňuje.

Zriedkavejšími sprievodnými príznakmi sú vegetatívne poruchy s periokulárnym edémom, závraty, fotofóbia a fonofóbia, monookulárne zrakové poruchy a problémy pri prehltnutí. Cervikogénna bolesť hlavy postihuje ženy častejšie ako mužov.

Pri pohyboch šijou sa vyskytuje krepitus. Palpáciou sa zisťuje zvýšený svalový spazmus.

DIFERENCIÁLNA DIAGNÓZA

Z dlhodobu sa vyskytujúcich bolestí hlavy je potrebné odlíšiť dve klinické jednotky: 1. tenznú bolesť hlavy, 2. migrénu. Bolesť pri migréne má paroxyzmálny charakter. Klinické príznaky si väčšinou vynúti pokojový režim s uložením sa na posteľ. Bolesť pretrváva 4 až 72 hodín. Pridružuje sa fotofóbia, nauzea, vomitus a bledosť v tvári. Bolesť pri migréne nie je chronická alebo kontinuálna. Pri migréne sa nevyskytujú bolesti každý deň. V medzizáchvatovom období pacienti nemajú klinické príznaky. Diagnostický problém môže vzniknúť, ak sa cervikogénna bolesť hlavy pridruží k migréne, alebo k tenznej bolesti. Tenzná bolesť hlavy je

difúznejšia, symetrickejšia a charakterizuje ju skôr stály pocit tlaku, alebo zovretie hlavy. Pomerne často sa s tenznou bolesťou hlavy vyskytuje aj anxieta a depresia. U pacientov nad 60 rokov je potrebné odlíšiť temporálnu arteritídu.

V diferenciálnodiagnostických úvahách je potrebné myslieť aj na „liekmi indukovanú cefalgiu“, expanzívne mozgové procesy (tumor, absces alebo subdurálny hematóm), vírusovú alebo bakteriálnu meningitídu, obštrukciu toku mozgovomiechovej tekutiny (Arnold-Chiariho malformáciu), intraventrikulárne cysty, ependymóm, sekundárne novotvary lebky a benígnu intrakraniálnu hypertenziu.

DIAGNOSTIKA

Okrem širokého spektra laboratórnych vyšetrení so zameraním na systémové postihnutie je potrebné uskutočniť rtg vyšetrenie krčnej chrbtice v predozadnej projekcii, šikmých projekciách, ako aj dynamické a špecializované snímkovanie kraniocervikálnej oblasti. Veľmi dôležité je posúdenie postavenia atlanto-axiálneho spojenia – najvhodnejšie v bočnej projekcii s predkyvom hlavy.

LIEČBA

Pacientovi je potrebné vysvetliť problém na úrovni jeho vzdelania. Popri liečbe základného ochorenia sa využívajú nesteroidové antireumatiká, myorelaxanciá a analgetiká. U niektorých pacientov sú potrebné aj antidepresíva, sedatíva a úprava vankúša. Cervikálny golier sa odporúča používať len sporadicky.

Metodika špecializovanej aplikácie obštrukcie presahuje rámec tohto článku. Fyzioterapia má interindividuálne rozdielny účinok. Niektorým pacientom zvýrazní ich problémy (3).

BOLESTI HLAVY PRI LYMSKEJ CHOROBE

KLINICKÉ PREJAVY

Bolesť hlavy sa často opisuje pri Lymsej chorobe. Napriek tomu sa nedá jednoznačne určiť jej charakter. Veľmi zriedkavo sa vyskytuje ako izolovaná manifestácia Lymsej choroby.

Bolesť hlavy pri Lymsej chorobe je buď prejavom systémovej infekcie, alebo sa vyskytuje ako prejav postihnutia centrálného nervového systému (CNS). Možno ju rozdeliť do 4 skupín:

1. Bolesti združené s neurologickými príznakmi encefalitídy a meningitídy. Tieto bolesti majú postupný začiatok a bilaterálnu lokalizáciu. Občas sa vyskytuje nau-

zea, vomitus a fotofóbia. U pacientov s encefalitídou sprievodným znakom bývajú kognitívne poruchy a ložiskové neurologické príznaky.

2. Bolesti podobné migréne s normálnym nálezom pri klinickom vyšetrení. Tieto bolesti musia spĺňať najmenej dve z nasledujúcich kritérií: unilaterálna bolesť hlavy, pulzujúci charakter cefálgie, nauzea, vomitus, fotofóbia alebo fonofóbia.

3. Bolesti hlavy podobné tenznému typu. Pri klinickom neurologickom vyšetrení býva normálny nález. Bolesti sú sprevádzané maximálne jedným z kritérií vymenovaných pri migréne a jedným z nasledujúcich príznakov: bilaterálna bolesť hlavy, tlaková bolesť alebo konštantná kvalita bolesti, bolesť maximálne vyjadrená v čele alebo v záhlaví a väzoch.

4. Iný typ bolesti hlavy, ktorý sa nedá zaradiť do vyššie vymenovanej klasifikácie.

Migrenóznou bolesťou hlavy a bolesťou tenzného typu u pacientov s Lymskou chorobou často sprevádzajú aj radikálne príznaky a príznaky systémového postihnutia (17).

CT vyšetrením mozgu sa väčšinou zistí normálny nález. Nálezy pri vyšetrení mozgu magnetickou rezonanciou (NMR) bývajú podobné u pacientov s príznakmi, ale aj bez príznakov bolesti hlavy. NMR abnormality pozostávajú z mnohopočetných subkortikálnych ložísk v T2 vážených snímkach. Vyskytujú sa najmä v hemisferálnej bielej hmote bez zvýraznenia po podaní kontrastnej látky (8).

PATOGENÉZA

Bolesť hlavy pri Lymskej chorobe sa najčastejšie vyskytuje u pacientov s postihnutím CNS (meningitída, encefalitída, či neuropatia kraniálnych nervov). Preto sa predpokladá, že ide o prejav inflamácie štruktúr, ktoré sa vyznačujú vysokou citlivosťou na bolesť (17).

LIEČBA

U pacientov s Lymskou chorobou vo väčšine prípadov intravenózna liečba antibiotikami vedie k ústupu bolesti hlavy. Séropozitívni pacienti s bolesťou hlavy ako jediným príznakom sa môžu liečiť doxycyklínom počas 3 až 4 týždňov. Ak sa vylúčia iné príčiny postihnutia CNS a je zrejmé, že dysfunkciu spôsobila Lymská choroba, séropozitívni pacienti s pozitívnym nálezom v mozgovomiechovej tekutine by sa mali liečiť intravenóznym ceftriaxonom (17).

Ak sa vyskytne migrenóznou alebo tenzná bolesť hlavy v endemickej oblasti Lymskej choroby, odporúča sa realizovať aj vyšetrenie protilátok proti *Borrelia burgdorferi*.

BOLESTI HLAVY PRIVASKULITÍDE ORBITÁLNYCH VÉN

KLINICKÉ PREJAVY

Vaskulitída orbitálnych vén sa prejavuje charakteristickou periorbitálnou bolesťou. Orbitálna bolesť je striktno unilaterálna a nemení strany. Má víťavý, tlakový a nie pulzujúci charakter. Zvýrazňuje sa pri zvýšenej očnej záťaži. Objavuje sa pri chlade alebo výkyvoch atmosférického tlaku a je rezistentná proti analgetikám. Ochorenie môže sprevádzať chronická únava, vazoneuróza dolných končatín, zažívacie problémy, artralgie, poruchy pamäti. Bolesti v krížoch, spontánne ekchymózy, rotačné vertigo, tromboflebitída a laboratórne príznaky imunologického zápalu sa vyskytujú u pacientov s orbitálnou venóznou vaskulitídou častejšie ako v kontrolnej skupine (9). Vaskulitída postihuje ženy častejšie ako mužov. Pri vyšetrení orbitálnych flebogramov sa zisťujú patologické zmeny.

PATOGENÉZA

Patologickoanatomické vyšetrenia preukazujú nešpecifickú granulomatózu a vaskulitídu. Biopsiou ekchymóz sa zisťuje perivaskulárny edém a zo zápalových buniek sa vyskytujú najmä lymfocyty s občasnou tendenciou ku granulomatóze. Predpokladá sa, že vaskulitídu spôsobujú imunologické mechanizmy. U pacientov s orbitálnou venóznou vaskulitídou sa zisťujú zvýšené hodnoty haptoglobínu a zmeny v IgG.

LIEČBA

Subjektívne aj objektívne príznaky sa zmierňujú po liečbe steroidmi. Analgetiká nie sú efektívne.

BOLESTI HLAVY PRITOLOSA-HUNTOVOM SYNDRÓME

KLINICKÉ NÁLEZY

Tolosa-Huntov syndróm sa prejavuje opakovanými záchvatmi unilaterálnych bodavých periorbitálnych a retroorbitálnych bolesti hlavy, ktoré nemajú pulzujúci charakter. Ipsilaterálne sa zisťuje oftalmoplégia. Bolesti počas záchvatu nemenia stranu. Bolesť sa obyčajne opisuje ako trvalá a víťavá a môže sa objaviť niekoľko dní alebo mesiacov pred rozvojom oftalmoplégie. Bolesť sa zvýrazňuje po očnej námahe (čítanie, sledovanie TV). Nauzea a vomitus sa nevy-

skytujú. Počas bolestí možno zistiť v sére zvýšenie hodnôt zápalových markerov. V orbitálnych flebogramech možno zistiť známky venózneho vaskulitidy. Tolosa-Huntov syndróm sa považuje za diagnózu „per exclusione“. Potrebné je vylúčiť inú príčinu bolestí ako tumor, aneurizmu, diabetes mellitus a špecifické infekcie (10).

PATOGENÉZA

Tolosa-Huntov syndróm charakterizujú zápalové prejavy v oblasti sinus cavernosus, ktoré sa prejavujú nepravidelným zúžením, oploštením, prípadne presunom intrakavernózneho časti karotickej artérie pri angiografii.

Presná príčina ochorenia nie je známa. Súčasná prítomnosť príznakov systémového postihnutia, známky orbitálnej venózneho vaskulitidy na orbitálnych flebogramech, zápalové príznaky pri vyšetrení krvného séra, postihnutie kranialných nervov mimo oblasti kavernózneho sínusu podporuje hypotézu, že Tolosa-Huntov syndróm môže byť príznakom generalizovaného venózneho zápalu (10). Niektoré príznaky nasvedčujú na imunologické mechanizmy ochorenia. Pri Tolosa-Huntovom syndróme bola opísaná nešpecifická granulomatózna zápalová reakcia vo fissura orbitalis superior, ktorá sa v niektorých prípadoch rozšírila do kavernózneho sínusu (1).

LIEČBA

Kortikosteroidy sa považujú za prvú voľbu liečby Tolosa-Huntovho syndrómu. Niektorí pacienti s vaskulitickými tumormi tak negranulomatóznymi (hypersenzitívna angitída), ako aj granulomatóznymi (niektoré formy Wegenerovej granulomatózy) majú ťažší priebeh a veľmi často sú refraktérni na liečbu kortikosteroidmi. Títo pacienti vyžadujú prídanie cyklofosfamidu alebo rádioterapie. U pacientov s ťažkým priebehom ochorenia sa môže dosiahnuť úspech aj prídanim azatioprínu (7).

BOLESTI HLAVY PRI EAGLOVOM SYNDRÓME

KLINICKÉ NÁLEZY

Eagleho syndrómom sa obvykle označujú dva samostatné syndrómy, ktoré sú spôsobené predĺžením processus styloideus. Jeden sa charakterizuje dysfágiou a unilaterálnou faryngeálnou bolesťou, ktorá obkolesuje ucho a zhoršuje sa prehĺtaním. Spôsobuje ho kompresia neurovaskulárnych štruktúr elongovaným processus styloideus. Druhý zahŕňa typické kranialne neuralgie (glossofaryngová neuralgia) a karotidýniu.

Pri syndróme a. carotis predĺžený processus styloideus komprimuje a. carotis interna alebo a. carotis externa. Spočiatku sa bolesť prejavuje v parietálnej oblasti, alebo okolo očí, najčastejšie nad očnou líniou. Neskôr sa bolesť vyskytuje pod úrovňou očí. Bolesť v krku sa zhoršuje pri tlaku na krk alebo rotáciou hlavy.

Bolesť môže vyžarovať do hrdla, väzov, do m. sternocleidomastoideus, kostoklavikulárnej oblasti a do temporo-mandibulárneho kĺbu a uší. Bolesť je najčastejšie unilaterálna, kontinuálna, ale aj intermitentná. Často sa charakterizuje ako tupá, vrtavá, niekedy neuralgická. Opisujú sa aj poruchy sluchu, tinnitus, závraty a poruchy zraku. Pri kompresii glomus caroticum sa môžu objaviť aj synkopy.

PATOGENÉZA

Predĺženie processus styloideus nie vždy spôsobuje klinické príznaky. Na druhej strane existujú prípady jeho normálnej dĺžky, ktoré sa prejavujú týmto syndrómom. Existuje viacero hypotéz na vysvetlenie syndrómu processus styloideus. Reumatická hypotéza vychádza zo zvýšenej incidence tejto anomálie u pacientov s reumatickými ochoreniami. Predpokladá sa vzťah medzi procesmi degenerácie a ossifikácie tak ligamentového aparátu, ako aj osteokartilaginóznych elementov. Artrotická degenerácia cervikálnych medzistavcových platničiek môže zapríčiniť skrátenie krčnej chrčtice a zmeniť polohu processus styloideus s následným vznikom bolestivých príznakov. Ďalšie teórie patogenézy ochorenia zahŕňajú regresiu ontogenetického vývoja, vývojové anomálie starnutia, kongenitálny dysmorfizmus, reaktívnu hyperpláziu na procesy chronickej iritácie a podobne.

DIAGNÓZA

Dôležitá je palpácia v okolí faryngu. Normálne processus styloideus nie je hmatateľný a pri palpácii by bolesť nemala vzniknúť, alebo zvýrazňovať sa. Palpácia sa odporúča v retrotonzilárnej a infratonzilárnej oblasti. Pri natívnych röntgenových snímkach nemusí byť processus styloideus vizualizovateľný. Odporúčajú sa posteroanteriórne projekcie na laterálnu časť dolnej čeľuste alebo panoramatické snímky. Ako najvýťažnejšie vyšetrenie sa ukazuje trojrozmerná rekonštrukcia CT snímok. Angiografia môže ukázať kompresiu a. carotis pri rotácii hlavy.

DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA

Pri karotidodýni sa bolesť zvýrazňuje podobnými manévrami ako pri Eagleovom syndróme. Súčasne však býva

nepokoj, pocit plného nosa, bolesti hrdla a slzenie. Pri vyšetrení krku sa zistí dilatácia a zvýšená pulzácia karotíd. Glossofaryngová neuralgia sa prejavuje početnými krátkymi atakmi krutej lancinujúcej bolesti z krku, ktorá vyžaruje k uchu a spúšťa sa pri prehltaní. Pri ochorení temporo-mandibulárneho kĺbu sa bolesť spúšťa pri pohyboch dolnej čeluste, najmä však pri zahryznutí. Palpačne je citlivá artikulárna oblasť a žuvacie svaly. Toto ochorenie sa vyskytuje súčasne s Eaglovým syndrómom. Cervikogénna bolesť hlavy má spúšťacie body pozdĺž m. sternocleidomastoideus. Bolesť vyžaruje do väzov a do ipsilaterálneho ramena. Často sa vyskytuje pocit porušenej rovnováhy (14). Bolesť kraniofaciálneho pôvodu mávajú odlišnú distribúciu bolesti.

LIEČBA

Najčastejšou nechirurgickou liečbou je transfaryngová injekcia steroidov (obyčajne prednizolon) a lokálnych anestetík (1 % lidokaín alebo novokain) smerom k fossa tonsillaris inferior. Chirurgické prístupy sa môžu realizovať extraorálne alebo intraorálne.

BOLESTI HLAVY PRI TEMPORÁLNEJ ARTERITÍDE

KLINICKÉ PREJAVY

Pri temporálnej arteritíde sa bolesť hlavy buď náhle objaví, alebo už predtým existujúca cefalea sa dramaticky zväčší. Bolesť sa môže lokalizovať nad oblasťou a. temporalis, ale aj nad inými vetvami a. carotis externa. Charakter bolesti nebýva špecifický. Má skôr trvalý ako pulzujúci charakter. Často sa zväčšuje v noci a po expozícii na chlad.

Niekedy sa bolesť úzko lokalizuje s induráciou a zvýšenou citlivosťou nad temporálne artérie, alebo s erytematóznymi nodulami pozdĺž postihnutých tepien. Pulzácia nemusí byť hmatná. Temporálne artérie môžu byť induráciou také zhrubnuté, že budia dojem tuhých povrazcov pod kožou. Bolesť hlavy bývajú sprevádzané klaudikáciou dolnej čeluste. Ide o bolesti žuvacích svalov, ktoré sa zväčšujú pri žuvaní a zmierňujú sa v pokoji. Temporálna arteritída sa vyskytuje zvyčajne vo vyšších vekových skupinách.

PATOGENÉZA

Temporálna arteritída je granulomatózna vaskulitída s preferenčným postihnutím aorty, jej primárnych vetiev, vrátane karotídy a vertebrálnych artérií. Patogenetická príčina nie je známa, ale v poslednom čase sa pozornosť zameriava na imunologické charakteristiky celulárnych infil-

trátov, v ktorých prevažujú mononukleárové bunky a obrovskobunkové multinukleárové bunky.

DIAGNOSTIKA

Najcharakteristickejší nález temporálnej arteritídy je zvýšenie hodnôt FW. Vyskytovať sa môže mierna anémia s rôznym stupňom leukocytózy, ktorá má posun doľava. Vo včasných štádiách ochorenia sa elektroforézou krvného séra môže zistiť zvýšenie hodnôt alfa globulínov a beta globulínov. Ak sa zistí zvýšenie hodnôt gama globulínov v sére, svedčí to už o chronickom štádiu ochorenia. V poslednom čase sa zistilo, že asi u 50 % pacientov s temporálnou arteritídou sa môže zistiť zvýšenie antikardiolipínových protilátok.

Biopsiou potvrdená zápalová granulomatózna lézia arteria temporalis zostáva najpresvedčivejším diagnostickým dôkazom temporálnej arteritídy.

LIEČBA

Liečba temporálnej arteritídy sa odporúča začať prednizónom v dávke 40–80 mg/deň. Iniciálna dávka sa zvyčajne udržuje 3–4 týždne. Potom, po týždňoch až mesiacoch sa táto dávka pomaly redukuje. Pritom je potrebné sledovať, či sa znovu neobjavia niektoré klinické symptómy (bolesť hlavy, klaudikácia dolnej čeluste), alebo vzostup hodnôt FW. Celý postup sa musí prísne individualizovať.

Niektorí autori sa domnievajú, že pridanie metotrexátu v dávke 7,5–12,5 mg/týždeň by mohlo mať význam v prevencii recidívy ochorenia počas znižovania dávky prednizónu. V súčasnosti prebieha sledovanie účinku azatioprínu a intravenózneho cyklofosfamidu pri redukcii konkomitatne podávaného prednizónu.

BOLEŠŤ HLAVY PRI SYSTÉMOVOM LUPUS ERYTEMATOSUS (SLE)

Bolesť hlavy sa vyskytuje u 23–45 % pacientov s lupus erythematosus. Bolesť sa vyskytuje aj v tých prípadoch, ak sa vylúčili iné príčiny, napríklad hypertenzia, či medikamentózna cefalgia. Ide najmä o vaskulárny a tenzný typ bolestí hlavy. Niekedy klinické príznaky pripomínajú obraz klasickej migrény. Bolesť hlavy sa vyskytuje aj v tých prípadoch SLE, keď nejde o cerebrálnu manifestáciu ochorenia. Cefalgia sa teda nepovažuje za manifestačný príznak lupus erythematosus. Patogenéza týchto prípadov nie je jednoznačne objasnená (2, 20).

Na druhej strane u pacientov s migrénou sa zistili špecifické protilátky, ktoré pozostávajú z cytotoxických proti-

látok proti hladkým svalom a antinukleárove protilátky. Predpokladá sa určité spojenie medzi antifosfolipidovými protilátkami a rôznymi neurologickými symptómami vrátane bolestí hlavy (12, 21).

Existujú však aj opisy typického klinického obrazu migreny s prípadnými zrakovými poruchami, ktorá sa vyskytuje v koincidencii s klinickým priebehom SLE. Objavuje sa s exacerbáciou SLE a zmierňuje sa s ústupom aktivity ochorenia. V týchto prípadoch liečba bolestí a zrakových skotómov kortikosteroidmi býva úspešnejšia ako liečba konvenčnými antimigrénovými preparátmi. Predpokladá sa, že tieto migrenózne príznaky spôsobuje vaskulárna dysfunkcia SLE. Ide však o zriedkavejší fenomén (5, 20).

Vo všeobecnosti u pacientov so SLE sa izolovaný výskyt bolestí hlavy bez iných príznakov postihnúť CNS nepovažuje za dôkaz, že chorobný proces postihol mozog, a preto nie je ani dôvod na zmenu liečby (2).

Ako „latentný“ lupus sa opisujú pacienti s príznakmi podozrenia na lupus erythematosus, ktorí však nespĺňajú všetky diagnostické kritériá. U pacientov so SLE je potrebné počítať aj s tým, že jedným z pomerne častých vedľajších nežiaducich účinkov liečby antimalarikami je aj bolesť hlavy (12, 21).

BOLESTI HLAVY PRI PROGRESÍVNEJ SYSTÉMOVEJ SKLERÓZE A SJÖGRENOMOM SYNDRÓME

Bolesť hlavy sa vo všeobecnosti často vyskytuje u pacientov s progresívnou systémovou sklerózou (16). Sama migréna sa vyskytuje u pacientov s progresívnou systémovou sklerózou trikrát častejšie ako v skupine zdravých kontrol (15). Patogenéza tohto typu bolestí hlavy sa zatiaľ nezistila. Uvažuje sa o tzv. sekundárnom efekte „centrálneho Raynaudovho fenoménu“, ktorý postihuje cerebrálne cievy (13). Argumentuje sa dobrým terapeutickým efektom centrálne pôsobiacich blokátorov kalciových kanálov a častým výskytom Raynaudovho fenoménu v periférnych cievach pri systémovej skleróze.

Pacienti s primárnym Sjögrenovým syndrómom majú často migrénové bolesti hlavy. Pal a spol. (15) vo vzorke 191 pacientov so systémovým ochorením zistili migrénu u 46 % pacientov s primárnym Sjögrenovým syndrómom, u 32 % so sklerodermiou, u 12 % s reumatoidnou artritídou v porovnaní s 11 % kontrolného súboru. U pacientov s ochorením spojivového tkaniva s prejavmi migrény a Raynaudovho fenoménu sa vyskytujú patologické zmeny malých ciev. Bolesti hlavy typu neuralgie n. trigemini môžu byť aj prejavom Sjögrenovho syndrómu. Väčšinou sa objavujú súčasne s rozvojom ochorenia spojivového tkaniva (19).

LITERATÚRA

1. **Aron-Rosa, D. a spol.:** Tolosa-Hunt syndrome. *Ann Ophthalmol*, 10, 1978, s. 1161–1168.
2. **Atkinson, R.A., Appenzeller, O.:** Headache in small vessel disease of the brain. A study of patients with systemic lupus erythematosus. *Headache*, 15, 1975, s. 198.
3. **Blau, J.N.:** Headache associated with cervical spine dysfunction. Neurobase, Arbor Publishing Corp., Fourth 1997 Edition.
4. **Brain, W., Wilkinson, M.:** Cervical spondylosis and other disorders of the cervical spine. London, Heinemann 1967, s. 130–131.
5. **Brandt, K.D., Lessell, S.:** Migrainous Phenomena in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthr Rheum*, 21, 1978, s. 7–16.
6. **Cyriax, J.:** Rheumatic headache. *Brit Med J*, 2, 1938, s. 1367–1368.
7. **Eagle, K. a spol.:** Cyclophosphamide induced remission in relapsed, progressive idiopathic orbital inflammation ("Pseudotumour"). *Clin Oncol (R Coll Radiol.)*, 1995, 7, s. 402–404.
8. **Fazekas, F. a spol.:** The prevalence of cerebral damage varies with migraine type: a MRI study. *Headache*, 32, 1992, s. 287–291.
9. **Hannerz, J.:** Systemic symptoms associated with orbital venous vasculitis. *Cephalalgia*, 8, 1988, s. 255–263.
10. **Hannerz, J.:** Recurrent Tolosa-Hunt syndrome. *Cephalalgia*, 12, 1992, s. 45–51.
11. **Love, P.E., Santoro, S.A.:** Antiphospholipid Antibodies: Anticardiolipin and the lupus anticoagulant in systemic lupus erythematosus (SLE) and in non-SLE disorders. *Ann Intern Med*, 112, 1990, s. 683–698.
12. **Markus, H.S., Hopkinson, N.:** Migraine and headache in systemic lupus erythematosus and their relationship with antibodies against phospholipids. *J Neurol*, 239, 1992, s. 39–42.
13. **Mazagri, R., Shuaib, A.:** Flunarizine Is Effective in Prophylaxis of Headache Associated With Scleroderma. *Headache*, 32, 1992, s. 298–299.
14. **Montalbeti, L., Ferrandi, D., Pergami, P., Savoldi, E.:** Elongated styloid process and Eagle's syndrome. *Cephalalgia*, 15, 1995, s. 80–93.
15. **Pal, B. a spol.:** A study of headaches and migraine in Sjögren's syndrome and other rheumatic disorders. *Ann Rheum Dis*, 48, 1989, s. 312–316.
16. **Rosenbaum, R.B., Campbell, S.M., Rosenbaum, J.T. (Eds.):** Progressive systemic sclerosis and related conditions. In: *Clinical neurology of rheumatic diseases*. Newton: Butterworth-Heinemann, 1996, s. 319–339.
17. **Scelsa, S.N. a spol.:** Headache Characteristics in Hospitalized Patients With Lyme Disease. *Headache*, 35, 1995, s. 125–130.
18. **Sjaastad, O., Fredriksen, T.A., Pfaffenrath, V.:** Cervicogenic Headache: Diagnostic Criteria. *Headache*, 30, 1990, s. 725–726.
19. **Soubrier a spol.:** Trigeminal neuropathy and connective tissue diseases. *Ann Med Intern*, 144, 1993, s. 379–382.
20. **Vázquez-Cruz, J. a spol.:** A Prospective Study of Chronic or Recurrent Headache in Systemic Lupus Erythematosus. *Headache* 30, 1990, s. 232–235.
21. **West, S.G.:** Neuropsychiatric lupus. *Rheum Dis Clin North Amer*, 20, 1994, 129–158.

Do redakcie došlo 18.12.1998.

Adresa autora: Prim. MUDr. V. Donáth, CSc., Pod Jesenským vŕškom 2, 974 00 Banská Bystrica, Slovensko.