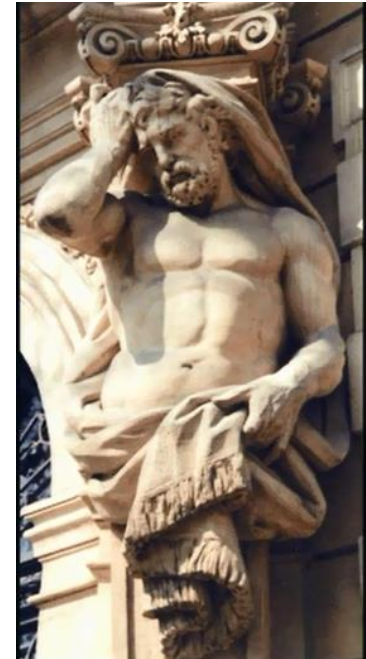


Jak pomóc pacjentowi z klasterowym bólem głowy



Prof. dr hab. med. Adam Stepień
Klinika Neurologii WIM
Warszawa



Historia trójdzielno autonomicznych bólów głowy

Pierwszy opisu choroby dokonał austriacki lekarz, z pochodzenia Duńczyk - Gerhard van Swieten w 1745 r,

W opisie zwrócił uwagę na nasilenie bólu, krótki czas trwania, jednostronne objawy autonomiczne. W leczeniu zastosował peruwiańskie zioła zawierające kuininę (bogate w histaminę)



Gerard van Swieden



Wilfred Haris



Bayard Horton



Rodzina trójdzielno autonomicznych bólów głowy



1. Klasterowy ból głowy

1. Epizodyczny klasterowy ból głowy
2. Przewlekły klasterowy ból głowy

2. Napadowa hemikrania

- 3.2.1 Epizodyczna napadowa hemikrania
- 3.2.2 Przewlekła napadowa hemikrania (CPH; chronic paroxysmal hemicrania)

3. Zespół SUNCT - Krótkotrwałe napady jednostronnego, podobnego do nerwobólu, bólu głowy z nastrzyknięciem spojówek i łzawieniem (ang. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing)

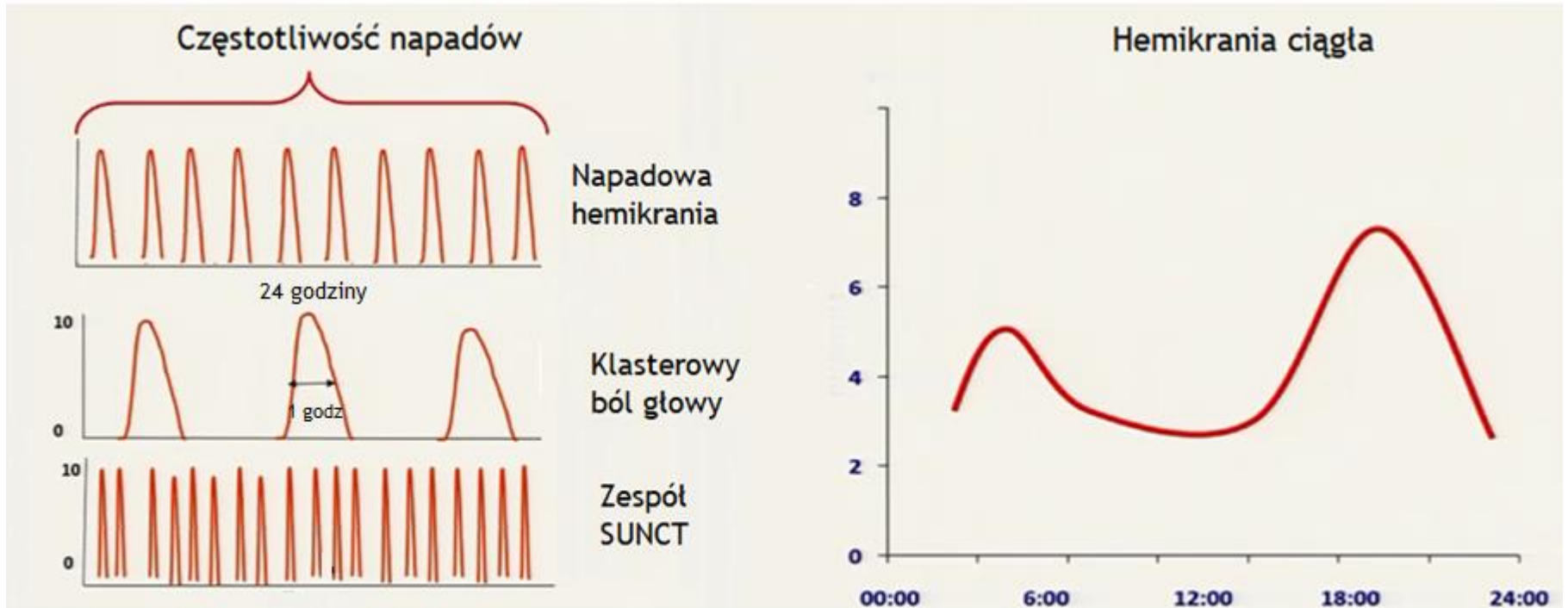
4. Prawdopodobny trójdzielno-autonomiczny ból głowy

- 3.4.1 Prawdopodobny klasterowy ból głowy
- 3.4.2. Prawdopodobna napadowa hemikrania
- 3.4.3 Prawdopodobny SUNCT



Trójdzielno autonomiczne bóle głowy

Różnicuje częstość napadów i nasilenie objawów autonomicznych



Klasterowy ból głowy

Definicja - Kryteria diagnostyczne:

- A. Co najmniej 5 napadów spełniających kryteria B-D
- B. Ciężki lub bardzo ciężki jednostronny ból oczodołu, nad oczodołem i/lub skroni, trwający bez leczenia 15-180 minut¹
- C. Bólowi głowy towarzyszy co najmniej jeden z objawów:
 - 1. Tożstronne nastryknięcie spojówek i/lub łzawienie
 - 2. Tożstronne przekrwienie śluzówki nosa i/lub wyciek z nosa
 - 3. Tożstronny obrzęk powieki
 - 4. Tożstronne pocenie się czoła i twarzy
 - 5. Tożstronne zwężenie źrenicy i/lub opadanie powieki
 - 6. Uczucie niepokoju lub pobudzenia
- D. Częstość napadów: od 1 na dwa dni do 8 dziennie²
- E. Nieprzypisywany innemu zaburzeniu³



Objawy autonomiczne w TABG

Łzawienie – 91%

Nastrzyknięcie spojówek – 77%

Zatkanie nosa – 75%

Opadnięcie powieki i pocenie się – 74%

Rhinorrhea – 72%

U wielu chorych występuje zespół Hornera, który może pozostać po licznych napadach

Tattoo illustrating symptoms during an attack



Klasterowy ból głowy

Obraz kliniczny

Podczas części (ale mniej niż połowy) czasu trwania klasterowego bólu głowy, napady mogą być lżejsze i/lub krótsze lub dłuższe i mogą być rzadsze.

Wywiad oraz badanie fizykalne i neurologiczne nie sugerują obecności żadnego innego zaburzenia w OUN i zostało to wykluczone poprzez odpowiednie badania dodatkowe, lub zaburzenia tego typu są obecne ale ból głowy nie wystąpił po raz pierwszy w ścisłym związku czasowym z danym schorzeniem



Klasterowy ból głowy

Kryteria diagnostyczne

Epizodyczny klasterowy ból głowy

Napady klasterowego bólu głowy pojawiające się w okresach trwających od 7 dni do 1 roku oddzielone okresami wolnymi od bólu trwającymi przynajmniej 1 miesiąc

Kryteria diagnostyczne .

Co najmniej dwa okresy klasterowe trwające od 7 do 365 dni, rozdzielone okresami remisji bez bólu trwającymi co najmniej 1 miesiąc

Uwaga:

1. Okres klasterowy zwykle trwa od 2 tygodni do 3 miesięcy.

Czas trwania okresu remisji został wydłużony w drugiej edycji kryteriów IHS do minimum 1 miesiąca.



Klasterowy ból głowy

Zmiana proporcji występowania u kobiet i mężczyzn w czasie

Coraz częstsze występowanie KBG u kobiet
Może mierzyć związek ze zmianą zachowań i trybu życia kobiet (alkohol, nikotyna, praca)

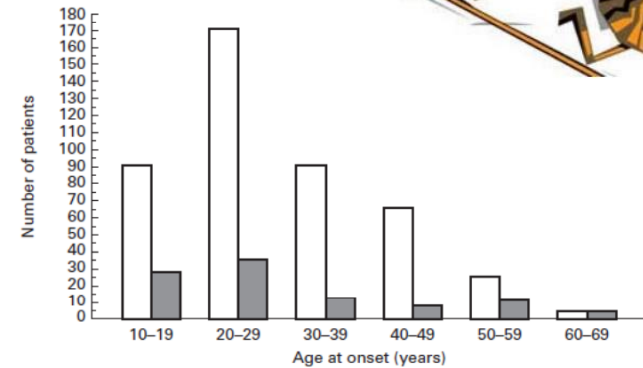
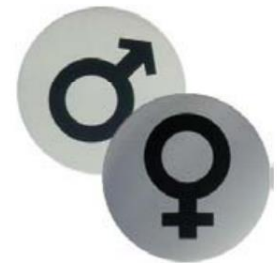


Figure 1 Case material ($n=554$). Distribution of sex and age at onset. □ male patients ($n=452$), ■ female patients ($n=102$).

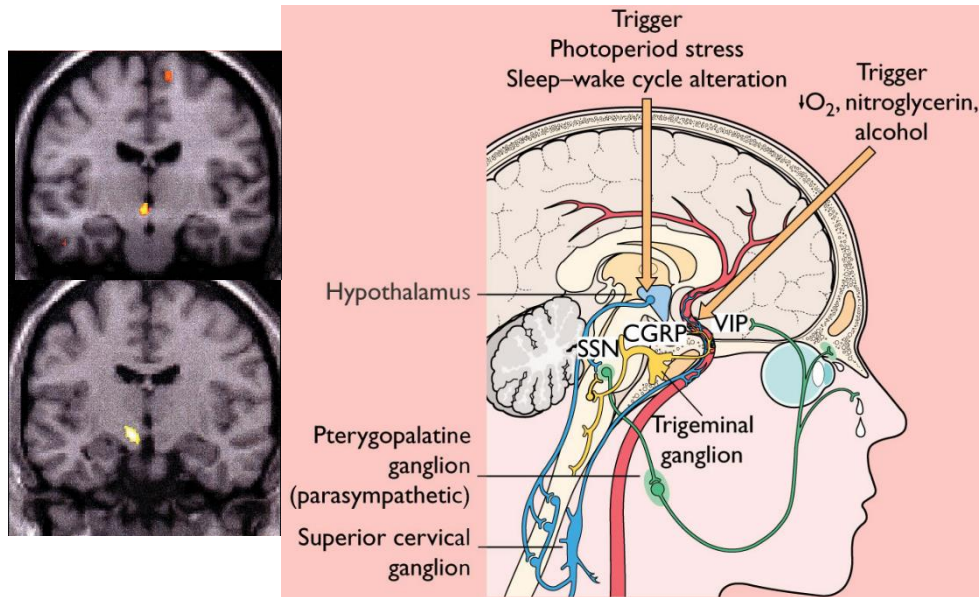
Table 2 Sex, age at onset and male to female ratio in 494 patients with episodic and 60 patients with chronic cluster headache

Age at onset (years)	Episodic cluster headache			Chronic cluster headache		
	Males (M)	Females (F)	M:F	Males	Females	M:F
10-19	82	26	3.2:1	9	2	3.2:1
20-29	156	34	4.6:1	15	2	7.5:1
30-39	78	12	6.5:1	14	1	14.0:1
40-49	59	7	8.4:1	8	1	8.0:1
50-59	23	10	2.3:1	3	2	1.5:1
60-69	5	2	2.5:1	0	3	0
Total	403	91	4.4:1	49	11	4.5:1



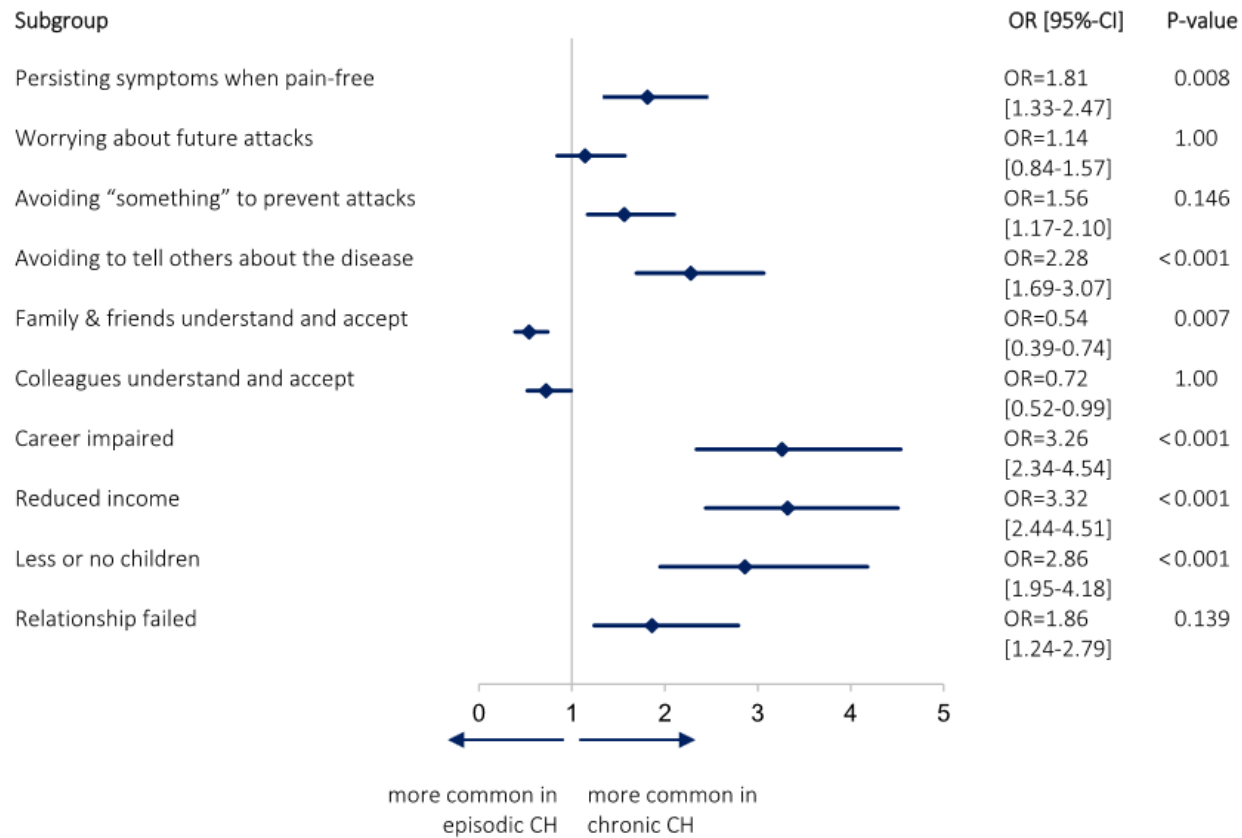
Patogeneza klasterowego bólu głowy

Nerw trójdzielny (V1) + podwzgórze + układ autonomiczny



Oddziaływanie KBG na życie chorego

Postać przewlekła jest znacznie większym obciążeniem dla chorego i rodziny



Oddziaływanie klasterowego bólu głowy na życie chorego

Badanie Duńskie

79% chorych podaje występowanie ograniczenia aktywności w ciągu dnia z powodu KBG

13% chorych ogranicza aktywność życiową poza okresami klasterów



Table 2 Reported impact of cluster headache on working and social ability

General ability to do:	Housework (n = 85)	Job (n = 77)	Social activities (n = 85)	Family life (n = 85)
No influence	34.1	18.2	27.1	38.8
Reduced up to 1/3	25.9	25.9	25.9	21.2
From 1/3 to 2/3 reduction	15.3	15.6	8.2	12.9
More than 2/3 reduction	24.7	40.3	38.8	27.1

Values are presented as percentage values.



Czynniki prowokujące wystąpienie KBG

Alkohol

Nitrogliceryna

Sildenafil

Histamina

Wysięk

Wysoka temperatura otoczenia

Bezdech śródsenny



Ponad 68% chorych pali papierosy – pacjenci z przewlekłym KBG palą znacznie częściej niż chorzy z epizodycznym KBG



Zasady leczenia KBG

Wdrożenie leczenia niezwłocznie po wystąpieniu bólu

Kontynuowanie leczenia min. 2 tygodnie po ustąpieniu okresu klasteru

Stosowanie w okresie klasteru równocześnie dwóch leków

Stopniowe odstawianie leczenia

Równoczesne leczenie doraźne i profilaktyczne w postaci przewlekłej

Stosowanie leczenia zapobiegawczego dwie do trzech godzin przed spodziewanym napadem bólu



Leczenie doraźne

Rekomendacje AHA vs. EAN

AHS

Sumatriptan 6 mg s.c. (A)
Zolmitriptan 5 mg & 10 mg nasal (A)
100% oxygen, 6-12 L/min (A)
Sumatriptan 20 mg nasal (B)
Zolmitriptan 5 mg & 10 mg oral (B)
Sphenopal ganglion stim (B)
Cocaine/Lidocaine intranasal (C)
Octreotide (C)

EAN

100% oxygen, 15 l/min (A)
Sumatriptan 6 mg s.c. (A)
Sumatriptan 20 mg nasal (A)
Zolmitriptan 5 mg nasal (A/B)
Zolmitriptan 10 mg nasal (A/B)
Zolmitriptan 10 mg oral (B)
Zolmitriptan 5 mg oral (B)
Lidocaine intranasal (B)
Octreotide (B)



AHS

Suboccip steroids (A)
Civamide (B)
Lithium (C)
Verapamil (C)
Melatonin (C)
Prednisone (U)

EAN

Verapamil (A)
Steroids (A)
Lithium carbonate (B)
Methysergide (B)
Topiramate (B)
Ergotamine tartrate (B)
Valproic acid (C)
Melatonin (C)
Baclofen (C)



Klasterowy ból głowy

Leczenie

Leczenie doraźne

6 mg sc sumatriptan 76%-100%
20 mg nasal spray

O₂: 7-15 l/min przez 20 min.

Zolmitriptan 10 mg

4% Lidokaina NS

Olanzapine 2,5 mg – 10 mg

Chlorpromazine supp 25mg:
1-2 supp (25-50mg)

Indometacyna supp (3x50 mg/30')

Blokada GON

Oktreotyd Sc. (analog somatostyny)

100 µg > placebo ($p < 0.01$)

Leczenie profilaktyczne

Prednison 80mg/2 d - 60mg/2d, 40mg/2d, 20mg/2d,
10mg/2d.

Dexamethasone 4mg/2xd – 2 tyg. 4mg /1xd – 1 tydz.

Blokada nerwu potylicznego większego

Verapamil 240 – 480 – 900 mg (?)

Lithium carbonate (300-800mg – stężenie w surowicy
od 0.3 do 0.8mM).

Kwas walproinowy 1000–2000mg

Topiramate 75 – 100 mg

Melatonina



Blokada nerwu potylicznego większego

Metylprednisolon 80 mg + 2 ml 2% lidokainy

Podania leku mogą być powtarzane co 2 – 3 tygodnie w postaci epizodycznej i co 3 miesiące w postaci przewlekłej

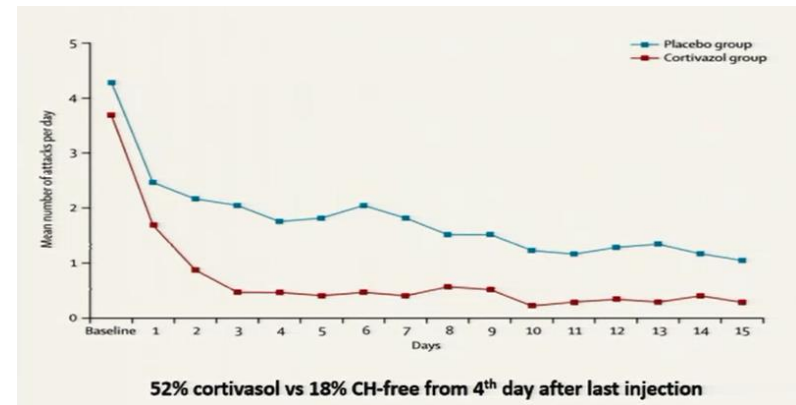
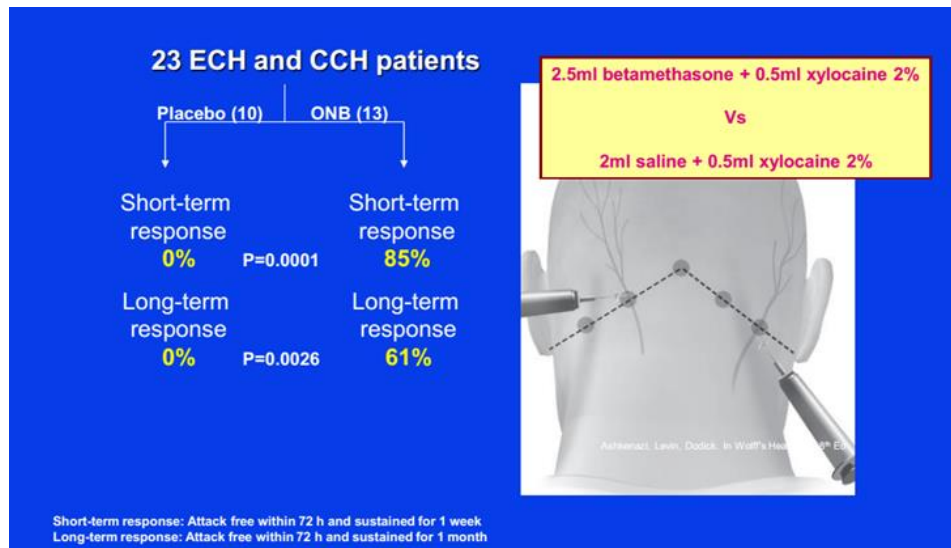
Wielokrotne podania leku są bezpieczne i dobrze tolerowane przez chorych

Przy nieskuteczności dwóch podań nie kontynuujemy leczenia



Blokada nerwu potylicznego większego

Długookresowe ustąpienie napadów bólu



DBS w klasterowym bólu głowy

Jedynie badanie z podwójnie ślepią próbą z placebo nie wykazało znaczącego efektu analgetycznego tej metody, natomiast pozytywny efekt obserwowano w fazie otwartej badania.

Możliwe objawy niepożądane są nieliczne i obejmują zakażenie elektrody, omdlenie, podwójne widzenie.

U 3 % pacjentów opisywano krwawienia śródmózgowe, które u 1 pacjenta skończyło się zgonem.

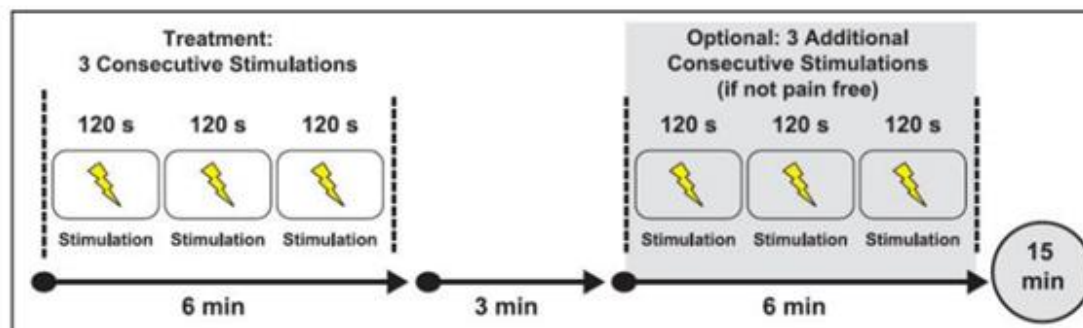
Ustalenia wymaga lokalizacja elektrod stosowanych w leczeniu przeciwbólowym.



Stymulacja nerwu błędnego w leczeniu doraźnym KBG



Treating an episodic cluster attack*



*One treatment consists of three consecutive 2-minute stimulations at the onset of pain; if pain is still present at 9 minutes after the onset of the attack, a second treatment of three consecutive 2-minute stimulations may be applied. You may treat up to 4 attacks per day (or 8 separate treatments); however do not exceed 24 stimulations per day.



Klasterowy ból głowy

Przy ustalaniu rozpoznania – zasada ostrych 1 – 2 s. dźwięków

Złoty standard leczenia doraźnego – sumatryptan/zolmitriptan (ns. / sc.) i tlen

Złoty standard leczenia przejściowego – prednison (po)

Złoty standard leczenia profilaktycznego – werapamil



Dziękuję za uwagę

