proLékaře.cz | 31.10.2026

Komentář k práci Doležil D et al. Thunderclap headache

MUDr. Jiří Mastík
I. neurologická klinika MU
a FN u sv. Anny v Brně
Pekařská 53
656 91 Brno
e-mail: jiri.mastik@fnusa.cz

Je přinejmenším záslužné, že pražští autoři seznamují ve svém přehledovém článku širší neurologickou obec s touto novou jednotkou. Thunderclap headache nemá dostatečně výstižný český překlad. Asi nikdo nepoužije termín hřmějící nebo blesková bolest.

Podle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy z roku 2004 řadíme jednotku Primární thunderclap headache mezi Ostatní primární bolesti hlavy. Vyznačuje se silnou bolestí hlavy, náhlým vznikem, dosahuje maximální intenzity v době do 1 min a trváním od 1 hod do 10 dní. Nedochází u ní obvykle v průběhu týdnů či měsíců k recidivám. Veškerá provedená pomocná vyšetření musí vyloučit jiná onemocnění.

Hlavní význam článku spatřuji především v důkladné diferenciální diagnostice a podrobném přehledu, jak vyloučit nebezpečnou, mnohdy život ohrožující sekundární thunderclap headache, způsobenou závažnými intrakraniálním onemocněním, především subarachnoidálním krvácením, intracerebrálním krvácením, vaskulární malformací nebo aneuryzmatem, trombózou mozkových žil, arteriální disekcí, angiitidou. Z dalších příčin může jít o syndrom reverzibilní mozkové vazokonstrikce (reversible benign CNS angiopathy), pituitární apoplexii, koloidní cystu třetí mozkové komory, syndrom likvorové hypotenze či akutní sinusitidu. Teprve po vyloučení těchto příčin se můžeme přiklonit k diagnóze primární, tedy benigní, thunderclap headache.

U pacienta s náhle vzniklou, explozivní bolestí hlavy, často vyvolanou fyzickou či sexuální aktivitou nebo prudkým zvýšením nitrolebního tlaku, postupujeme podle diagnostického schématu: akutní počítačová tomografie (CT), alespoň nativně, pokud je negativní, je nutné vyšetření mozkomíšního moku. Pokud ani potom nezjistíme krvácení nebo jinou příčinu, pokračujeme co nejdříve sonografií mozkových cév a vyšetřením magnetickou rezonancí (MR), nejlépe spojenou s MR angiografií nebo CT angiografií. Autoři nás seznamují s důležitým faktem, že ani negativní akutní CT vyšetření nebo následné likvorologické vyšetření neznamená konec vyšetřovacího algoritmu.

Schwedt et al (Cephalalgia 2009) uvádějí Systematický přehled syndromu reverzibilní cerebrální vazokonstrikce. Na tuto jednotku se u nás zatím málo pomýšlí v případech s náhle vzniklou explozivní bolestí hlavy, při vyloučení subarachnoidální hemoragie, normálním nebo téměř normálním likvorem, mnohočetnými vazospazmy intrakraniálních arterií a úpravou do 12 týdnů od vzniku. Přednostně toto onemocnění postihuje ženy, zejména v šestinedělí nebo s expozicí některých léků. Rovněž migréna je považována za rizikový faktor. Tranzientní ložiskový neurologický deficit se vyskytuje v 1/3 případů a v 10 % může přetrvávat. Krvácivé příhody nebo mozkový edém nejsou řídkou komplikací. Vazokonstrikce jsou nejčastěji detekovatelné v oblasti arteria cerebri media.

Podrobně je zpracována i neuroradiologická dokumentace sekundárních příčin thunderclap headache. Věřím, že práce kolegy Doležila a kolektivu povede k dalšímu zpřesnění diagnostiky a s ní spojené léčby této problematické bolestivé jednotky.