

Tugeva äkkpeavalu diferentsiaaldiagnoos

Viktor Brin¹, Mark Braschinsky², Sulev Haldre² – ¹Viljandi Haigla, ²TÜ Kliinikumi närvikliinik

tugev äkkpeavalu, subarahnoidaalne hemorraagia, neurovisualiseerimine, *thunderclap headache*

Tugev äkkpeavalu (TÄP) on peavalu, mis algab järsku ning on maksimaalselt tugev just peavalu esimestel hetkedel. Sekundaarne TÄP võib osutada mitme eluohtliku ajuhaiguse esmaseks ning paljudel juhtudel ka ainsaks sümptomiks, näiteks subarahnoidaalne hemorraagia, hoiatav peavalu, tserebraalne venoosne siinustromboos, kaela arterite dissektsioon, spontaanne koljusisene hüpotensioon, hüpofüüsi apopleksia, isheemiline insult, äge hüpertensiivne kriis jt harvemad põhjused. Visualiseerivate uurimismeetodite kasutamine TÄPi diagnostikas on obligatoorne. Primaarset TÄPi saab diagnoosida olukorras, kui esineb sündroomile omane tüüpiline peavalu, kuid uuringute tulemusena (visualiseerivad, laboratoorsed) puuduvad seda põhjustada võivad orgaanilised seisundid.

Enne artikli lugemist soovitame meelde tuletada samas ajakirjas ilmunud prof A-E. Kaasiku ja dr V. Brini ülevaateartikli "Peavaluga patsient arsti vastuvõtul" (1). Selles töös on antud ülevaade sagedasemate peavalude patofüsioloogia, diagnoosimise ja ravi aspektidest.

Tugev äkkpeavalu (TÄP) on üks mitmetest erinevatest peavalu vormidest. Tugev äkkpeavalu algab järsku ning on just alguses väga tugev. Selle valuga pöörduvad inimesed pea alati arsti poole ning võivad sattuda erakorralise meditsiini osakonda (2). Peavalu iseloomust tulenebki selle peavalu inglisekeelne nimetus "*thunderclap*", mis tähendab pikselööki, ülekantud mõttes ka ootamatut, halba teadet. TÄP võib osutada mitme eluohtliku ajuhaiguse esmaseks ning paljudel juhtudel ka ainsaks sümptomiks (vähemalt haigestumise alguses). Sellisel juhul on tegemist sekundaarse TÄPiga. Orgaanilise patoloogia välistamise järel tähendab TÄP primaarset, healoomulist peavalu, mis ühe primaarse peavalu vormina esineb praegu kasutusel olevas peavaluhäirete rahvusvahelises klassifikatsioonis ICHD-II (*International Classification of Headache Disorders, second edition*) (3). Selle klassifikatsiooni järgi kuulub TÄP nn teiste primaarsete ehk esmaste peavalusündroomide hulka koos selliste sündroomidega nagu esmane lõikav (ingl *stabbing*), köha, seksuaalse aktiivsusega seotud ning

pingutuspeavalu. Meil igapäevaselt kasutusel olevas rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis (RHK-10) on kõnealuse sündroomi kood G44.80.

Sekundaarse TÄPi sagedasemate põhjuste hulka kuuluvad (4)

- subarahnoidaalne hemorraagia (SAH);
- nn hoiatav (ingl *sentinel*) peavalu;
- tserebraalne venoosne siinustromboos;
- kaela arterite dissektsioon;
- spontaanne koljusisene hüpotensioon;
- hüpofüüsi apopleksia;
- isheemiline insult;
- äge hüpertensiivne kriis.

Artiklis kirjeldame lähemalt nii sekundaarset kui ka primaarset tugevat äkkpeavalu ning esitame mõningad seda iseloomustavad haigusjuhud.

Subarahnoidaalne hemorraagia

Kõige sagedasem sekundaarse TÄP põhjus on SAH – 11–25% TÄPi juhtudest (4). 85% SAHidest on tingitud intrakraniaalse aneurüsmi ruptuurist. 50–75%-l SAHiga patsientidest on peavalu ainsaks sümptomiks. Peavalu on maksimaalse intensiivsusega kohe haigestumise alguses või saavutab maksimumi mõne minuti jooksul. Tüüpilisel juhul kestab SAHist tingitud peavalu mitu päeva, äärmiselt ebatavaline on peavalu kestus <2 tunni. SAH ja sellest tingitud peavalu võib esineda nii füüsilise ja/või psühhoemotsionaalse pinge korral

kui ka ilma selleta. Öeldust johtub peavalu täpse kirjelduse tähtsus, eriti juhtudel, kui see on SAHi ainsaks sümptomiks.

Kui TÄPiiga kaasub muu sümptomaatika, nagu teadvushäire, segasusseisund, epileptiline avaldus, meningealärritusnähud ja/või neuroloogiline koldeleid, suunatakse patsient tõenäoliselt kompuutertomograafilisele uuringule ning SAHi diagnoos on lihtsam.

SAHi puhul võib TÄPile eelneeda hoiatav peavalu (*sentinel headache*), tavaliselt mõne nädala eest (mõnikord ka korduvalt!). Hoiatav peavalu kestab maksimaalselt mõne tunni, sellega ei kaasne meningealsündroomi, teadvuskadu ega koldeleidu. Hoiatava peavalu põhjuseks peetakse aneurüsmi leket. Erinevatel andmetel on 10–43%-l aneurüsmatilise verejooksuga patsientidest olnud anamneesis viiteid hoiatavale peavalule. Sellepärast tuleb ka nendel juhtudel, kui patsient pöördub TÄPi kaebusega, kuid momendil on peavaluvaba, mõelda hoiatavale peavalule ning välistada vaskulaarse malformatsiooni olemasolu. Käsitluse mõttes on selise patsiendi puhul tegemist erakorralise haigega.

Eelnevast tulenevalt on TÄPi korral soovitatav järgnev taktika: erakorraline kompuutertomograafia (KT) peab olema esmase diagnostilise testina tehtud võimalikult kiiresti. KT tundlikkus SAHi visualiseerimisel on esimese 12 tunni jooksul ligi 100%. Seejärel KT tundlikkus väheneb kiiresti. Negatiivse KT korral on näidustatud lumbaalpunksioon (LP). Mõned autorid soovivad sellisel juhul SAHi diagnoosimiseks uurida spektrofotomeetri abiga liikvorit bilirubiini tuvastamiseks selles. Ka negatiivsete uuringutulemuste korral on näidustatud angiograafiline uuring (magnetresonantsangiograafia (MRA), KT angiograafia (KTA), konventsionaalne angiograafia).

Alles siis, kui kasutatud visualiseerimismeetodid ning muud uuringud on välistanud peaja sümptomaatilise protsessi, saab väita, et tegemist on primaarse ehk idiopaatilise TÄPiiga.

Haigusjuht nr 1: SAHist tingitud sekundaarne peavalu
46aastane varem terve naispatsient pöördus era-

korraliselt stationaari seoses järsku tekkinud tugeva peavaluga paremal pool peas ja iiveldustundega, mis võis meenutada migreeni. Neuroloogilist koldeleidu ega meningealsündroomi ei esinenud. Samal päeval oli teostatud peast KT, mis patoloogilist leidu ei visualiseerinud. Soovitatud LPst naine keeldus. Patsient jäeti ambulatoorsele ravile. Järgnevatel nädalatel oli valu mõõduka tugevusega. Kuu aega hiljem valu kordus, olles ülitugev, taas kaasnes iiveldus. Patsiendil tekkis topelnägumine ning parema jala nõrkus, mille tõttu ta ka kukkus. Esines generaliseerunud epileptiline krambihoo. Korduval hospitaliseerimisel leiti objektiivselt parempoolne *n. oculomotorius*'e parees (anisokooriaga). Pea KT-uuringul ilmnes SAHile iseloomulik leid. Täiendavalt tehtud KTA-l selgus, et tegemist oli parema seesmise unearteri aneurüsmiga. Operatsioon aneurüsmi klipseerimiseks möödus tüsistusteta ning postoperatiivselt paranes patsient hästi, k.a positiivse dünaamikaga III kraniaalnärvi pareesi osas.

Kommentaari: antud juhul tuleb esmahaigestumisel esinenud peavalu tõlgendada hoiatava peavaluna. Võimalik, et esmasel pöördumisel tehtud LP oleks võinud tuvastada SAHi olemasolu ning radioloogilised meetodid esile tuua aneurüsmi. Nii oleks olnud võimalik klipseerida aneurüsm enne potentsiaalselt eluohtlikku massiivse SAHi teket.

Hüpfüüsi apopleksia

Selle aluseks on hüpfüüsi hemorraagia, harvem infarkt, mis üldjuhul eeldab näärme adenoomi olemasolu (5). Sageli kulgeb hüpfüüsi tuumor subkliiniliselt ning manifesteerub just hemorraagia või infarktiga. Hüpfüsaarne apopleksia avaldub sageli peavalu, iivelduse, nägemisteravuse languse, oftalmopleegia ning vaateväljade ahenemisena. Peavalu on sageli just TÄPi tüüpi ning võib alguses esineda domineeriva või isegi ainsa sümptomina.

Haigusjuht nr 2

64aastane mees haigestus järsku tekkinud tugeva peavaluga kuklas ja lagipea piirkonnas ning iiveldustundega. Veidi hiljem samal päeval lisandus

üldine nõrkus ja jõuetus. Patsient pöördus neli päeva pärast haigestumist elukohajärgsesse ravi-asutusse, kust ta suunati pea KT-uuringule, mis patoloogilist leidu esile ei toonud. SAHi kahtluse tõttu tehti LP, mis oli normis. Veel kaks päeva hiljem tekkis patsiendil topeltnägemine ja düsartria ning ta muutus somnolentseks. MRT kui tundlikum uuring tõi esile intrasellaarse hemorraagia. Analüüside alusel diagnoositi panhüpopituitarism. Tegemist oli hüpopüsaarse apopleksiaga – verdumine hüpopüüsi adenoomi. Ravi oli konservatiivne, sümptomaatiline ning patsiendi enesetunne paranes esialgu. Haige jäeti ambulatoorsesse võrku jälgimiseks. Kuna kaebused püsisid, hospitaliseeriti patsient teist korda neurokirurgia osakonda. Dünaamika hindamiseks tehtud MRT-uuringus oli hemorraagia endiselt jälgitav. Rakendati kirurgilist ravi: hüpopüüsi tuumor eemaldati transsfenoidaalselt. Patsient paranes hästi. Histoloogiliselt oli tegemist nekrootilise koe fragmendiga, mille alusel kasvaja olemasolu kinnitada ega välistada ei saanud. Siiski, suure tõenäosusega oli tegemist verdumisega hüpopüüsi adenoomi.

Äge hüpertensiivne kriis

Ägeda hüpertensiivse kriisiga võivad kaasned peavalud, mis on siiski harva TÄPi tüüpi. Samas võib teatud juhtudel TÄP olla hüpertensiivse kriisi juhtivaks sümptomiks. Võib juhtuda, et vererõhu suuri väärtusi peetakse reaktsiooniks ägedale peavalule ega rakendata kohe ägeda hüpertensiivse kriisi intensiivravi.

Lisaks ülal mainitud põhjustele, on täheldatud sekundaarset TÄPi ka selliste haigusseisundite korral nagu feokromotsütoom, eklampsia, sinusiit (eriti barotrauma seonduv), intoksikatsioonid (6).

Primaarne tugev äkkpeavalu

Primaarse TÄPi puhul on tegemist välistamisdiagnoosiga – uuringutega tuleb välistada sümptomaatiline põhjus. Erinevalt mõnest teisest primaarse peavalu vormist, näiteks migreenist ja pingutuspeavalust (mitte segamini ajada pingepea-

valuga), TÄPi puhul atakid tavaliselt ei kordu (7). Pingutuspeavalu patogeneesis sarnaneb migreeniga, selle raviks kasutatakse samu vahendeid (1).

Haigusjuht nr 3

65aastane varem terve, peavalude all mittekannatanud naispatsient ärkas öösel ülitugeva peavalu tõttu – valu oli difuusne, kaasnes iiveldus. Kiirabi kupeeris valu, kuid püsima jäi uimasus ja raskustunne peas. Erakorraliselt tehtud KT ja LP olid normis – SAH välistati. Järgmistel päevadel taastus patsiendil normaalne enesetunne. Teostatud MRA vaskulaarseid anomaaliaid esile ei toonud. Seega oli valu tõenäoline diagnoos primaarne TÄP.

Tugeva äkkpeavalu patogeneesis

Nii primaarse kui ka sekundaarse TÄPi patogeneesis ei ole täpselt teada. Arvatakse, et sekundaarne TÄP on põhjustatud intrakraniaalsete (eriti vere-soontel asuvate) valutundlike struktuuride ärritusest. Sümpaatiline närvisüsteem mängib tähtsat osa nii primaarse kui ka sekundaarse TÄPi patogeneesis. Suurte intrakraniaalsete arterite proksimaalsed osad on innerveeritud neuropeptiid Y ja noradrenaliini sisaldavate sümpaatiliste aferentsete närvikiudude poolt, mis moduleerivad vaskulaarset toonust. Ebatavaliselt kõrgeenenud vastus tsirkuleerivatele endogeensetele katehoolamiinidele, sümpaatiliste retseptorite liigne stimulatsioon eksogeensete ainetega (näiteks triptaanid) või anomaalsed sümpaatiliste aferentsete närvikiudude antidroomsed (vastassuunas liikuvad) laengud võivad esile kutsuda vasokonstriksiooni ja peavalu (2).

Kokkuvõte ja diagnoosi kriteeriumid

Käesoleva artikliga juhtisime tähelepanu kliiniliselt väga olulisele peavalu sündroomile – TÄPile, mis võib olla mitme eluohtliku patoloogia esimene ja osal juhtudel ka ainus tunnus. Rõhutame sekundaarse TÄPi välistamise tähtsust: visualiseerivate meetodite kasutamine sellises olukorras on obligatoorne.

Primaarset TÄPi saab diagnoosida olukorras, kui esineb ülimalt kiiresti (alla 1 minuti) või lausa ühe

hetkega tekkinud tugev peavalu, mis tavaliselt kestab ühest tunnist mitmeni ning uuringute tulemusena

(visualiseerivad, laboratoorsed) puuduvad sündroomi põhjustada võivad orgaanilised seisundid.

Kirjandus

1. Kaasik A-E, Brin V. Peavaluga patsient arsti vastuvõtul. Eesti Arst 2005;84(2):115–25.
2. Dodick DW. Thunderclap headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;72(1):6–11.
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):S9–160.
4. Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. Lancet Neurol 2006;5(7):621–31.
5. Sibal L, Ball SG, Connolly V, et al. Pituitary apoplexy: a review of clinical presentation, management and outcome in 45 cases. Pituitary 2004;7(3):157–63.
6. Schwedt TJ, Dodick DW. Thunderclap stroke: embolic cerebellar infarcts presenting as thunderclap headache. Headache 2006;46(3):520–2.
7. Lane JC, Gulevich S. Exertional, cough, and sexual headaches. Curr Treat Options Neurol 2002;4(5):375–81.

Summary

Differential diagnosis of thunderclap headache

Thunderclap headache (TCH) is an acute severe headache that is maximal in intensity at onset. TCH may be the first sign of such sometimes life-threatening situations as subarachnoid haemorrhage, sentinel headache, cerebral venous sinus thrombosis, cervical artery dissection, spontaneous intracranial hypotension, pituitary apoplexy, ischemic stroke, acute hypertensive crisis and other less frequent causes. In these cases TCH is defined as secondary. Primary TCH is a diagnosis of exclusion. It is based on the clinical presentation of typical headache with all secondary causes excluded by thorough visual-

izing and laboratory investigations. The pathogenesis of TCH is unclear at the present time. Hypothetically secondary TCH is related to irritation of the intracranial pain-sensitive structures. The production of headache in primary TCH might be explained by a heightened response to endogenous circulating catecholamines, exaggerated stimulation of sympathetic receptors by exogenous drugs, or abnormal antidromic discharge of sympathetic afferents, which all can induce acute vasoconstriction and headache. Using visualizing methods in TCH should be obligatory.

mark.braschinsky@kliinikum.ee