

Primaarselt kujunenud krooniline igapäevane peavalu

Haigusjuht

23aastasel meditsiinikooli õpilasel tekkis 6. juunil 2002. a pulseeriva laadiga tugev peavalu, mis oli kõige enam väljendunud mõlemas oimupiirkonnas. Peavaluhoog oli progresseeruva iseloomuga: valu saavutas haripunkti 2–3 tunniga ning sellega kaasnes korduv oksendamine. Valu leevendamiseks võetud ravimid (paratsetamool, ibuprofeen) kergendasid olukorda vähe, ilmselt tingitult ka oksendamisest. Siiski suutis ta uinuda ning hommikuks oli suur peavalu möödunud, kuid rõhuva iseloomuga valuaisting otsmikupiirkonnas jäi püsima.

Arstiabi patsient algul ei otsinud ning alles kaks nädalat hiljem pöördus ta neuroloogi vastuvõtule, olles eriti häiritud pideva rõhumistunde pärast otsmikus. Läbivaatusel ilmnes, et ta neuroloogiline leid on iseärasusteta ning oftalmoskoopial ei sedastatud mingeid viiteid intrakraniaalse rõhu võimalikule kõrgenemisele ega muutustele reetina veresoontes. Arvestades akuutselt esinenud elu esmast peavaluepisoodi ja püsivat residuaalvalu, uuriti neiu pead ka magnetresonantstomograafiliselt, kuid seegi ei toonud esile mingit patoloogiat. Siiski on enam kui pooleteise aasta pikkune jälgimisperiod näidanud, et tal esinevad igapäevase otsmikuvõlvu foonil nüüd 1–1,5 kuu järel tüüpilised migreeniatakid. Negatiivne test Epsteini-Barri viiruse vastaste antikehade suhtes välistas selle mõne uuringu järgi kroonilise igapäevase peavalu sagedaseks põhjuseks peetud agensi etiopatogeneetilise osa kõnealuse haigusjuhtumi kujunemises. Arvestades peavalu laadi ja vaevuste kliinilist kulgu, diagnoositi patsiendil esmaselt kujunenud kroonilise igapäevase peavalu vorm, mida on klassifitseeritud kui primaarset igapäevast persisterivat peavalu (*new daily persistent headache*) (NDPH) (1). Patsient on oma peavaluga piisavalt kohanenud, elab tava-

list piiranguteta elu: mingit vältivat hoiakut tal kujunenud ei ole. Nortriptüliin annuses 25 mg ööseks on migreenihoogude preventtsioonis osutunud tõhusaks.

Kommentaar

Idiopaatiliste peavalude probleemi on Eesti Arsti veergudel korduvalt käsitletud (2, 3). Samas väljandes on ilmunud lühiülevaade ka kroonilisest igapäevasest peavalust (4). Primaarselt kujunenud krooniline igapäevane peavalu algab äkki ja jääbki püsima, kusjuures eelnev migreen või pingepeavalu anamneesis puudub ning tegemist ei ole ravimite liigtarbimisest tingitud peavaluga (*analgesic rebound headache*) ja enamasti ei ole ka viiteid traumale või psühholoogilisele stressile. Seetõttu tuleb elu esmase akuutse peavaluataki puhul alati silmas pidada ka subarahnoidaalse hemorraagia võimalust. Peavalu krooniliseks muutmise protsess on tavaliselt pikaajaline ja see lähtub nn transformeerunud migreenist, episoodilisest pingepeavalust või tservikogeensest peavalust (5, 6). Peavalude krooniliseks muutumine on seotud aju veejuha ümbritsevas hallolluses paikneva, antinotsitseptiivset funktsiooni täitva närvivõrgustiku düsfunktsiooniga (6). Primaarselt (*de novo*) kujunev krooniline peavalu (NDPH) on selle tervisehäire suhteliselt harva esinev alaliik, mille levimus on vaid 0,1% (7). Seda sündroomi iseloomustab püsiv valu, mis järgneb esmasele migreenihoole, ning selle diagnoosimisel soovitatakse lähtuda Silbersteini kriteeriumitest (1), mis on järgmised:

- 1) peavalu sagedus vähemalt 15 päeva kuus enam kui kuu vältel,
- 2) peavalu kestus keskmiselt 4 tundi päevas,
- 3) anamneesis peavalu puudumine,
- 4) püsiva valusündroomi kujunemine vähem kui kolme päeva vältel,

5) peavalu kindel lokalisatsioon konkreetsel isikul.

Andmed näitavad, et peavalu see vorm esineb valdavalt noortel naistel elu kolmandal-neljandal kümnenäädil (8). Kõik haigusjuhud nõuavad adekvaatset diferentsiaaldiagnoosi. Patsientide käsitlus on oluline osa nende teavitamisel häire

beniigsest iseloomust ja soovitude jagamisel eluviisi korraldamiseks (piisav füüsiline koormus, töö- ja puhkeaja reguleerimine). Raviks soovitatakse esmavaliku vahendina kasutada nortriptüliini (9).

Viktor.Brin@vmh.ee

Ain-Elmar.Kaasik@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches = proposal revisions to the HIS criteria. *Headache* 194;34:1-7.
2. Kaasik AE, Brin V. Idiopaatilised peavalud. *Eesti Arst* 1990;5:367-71.
3. Brin V, Kaasik AE. Kaelast lähtuvad peavalud. *Eesti Arst* 1996;6:505-11.
4. Brin V. Krooniline igapäevane peavalu. *Eesti Arst* 1999;3:249-52.
5. Mathew NT. Transformal migraine. *Cephalgia* 1993;13 (suppl 12):78-83.
6. Michael K, Welch A, Goadsby PJ. Chronic daily headache: nosology and pathophysiology. *Curr Opin Neurol* 2002;15:287-95.
7. Guitera V, Munoz P, Castillo J, Pascual J. Transformed migraine: a proposal for the modification of its diagnostic criteria based on recent epidemiological data. *Cephalgia* 1999;19:847-50.
8. Li D, Rozen TD. The clinical characteristics of new daily persistent headache. *Cephalgia* 2002;22:66.
9. Evans RW, Rozen TD. Etiology and treatment of new daily persistent headache. *Headache* 2001;41:830-2.