

Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova

Hucika, Zlatko

Professional thesis / Završni specijalistički

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:938759>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-07**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Zlatko Hucika

**GLAVOBOLJA UZROKOVANA
PREKOMJERNOM UPOTREBOM
LIJEKOVA**

Završni specijalistički rad

Zagreb, 11. prosinca 2020. godine

NAZIV USTANOVE U KOJOJ JE RAD IZRAĐEN: Odjel za glavobolje, neurogenu bol i spinalne poremećaje, Klinika za neurologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb.

Riječ je o originalnom preglednom radu koji je u izvornom obliku (Zlatko Hucika, Damir Petravić «Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova») primljen 14. prosinca 2018. godine, prihvaćen 3. vejače 2020.g. i potom objavljen u časopisu Liječnički vjesnik 2020; 142:230-238., te takav služi kao ekvivalent završnog specijalističkog rada.

VODITELJ RADA: prof.dr.sc. Damir Petravić, dr.med.

REDNI BROJ RADA: _____

ZAHVALA

Zahvaljujem se prof.dr.sc. Damiru Petraviću za savjete i nesebičnu pomoć tijekom pisanja završnog specijalističkog rada.

KRATICE

GUPUL = glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova

MOH = engl. „*Medication-overuse headache*“

ICHD-2 = engl. „*International Classification of Headache, 2nd edition*“

ICHD-3 = engl. „*The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*“

NSPUL = nesteroidni protuupalni lijekovi

MR = magnetska rezonancija

PET CT = Pozitronska emisijska tomografija s kompjutoriziranom tomografijom

OF = orbitofrontalno

COX = engl. „*cyclooxygenase*“

CB 1 = kanabinoidni tip 1 receptor

5-HT = 5-hidroksi triptamin

KGPP / CGRP= kalcitonin-gen povezani protein / engl. „*calcitonin gene-related peptide*“

TLR-4 = engl. „*toll-like receptor 4*“

ACE = angiotenzin-konvertirajući enzim

NMF / BDNF = neurotrofni moždani faktor / engl. „*brain-derived neurotrophic factor*“

KOMT / COMT = katekol-O-metiltransferaza / engl. „*catechol-O-methyltransferase*“

KTOH / CRH = kortikotropin-oslobađajućeg hormona / engl. „*corticotropin-releasing hormone*“

EFNS = Europska federacija neuroloških društava / engl. „*European Federation of Neurological Societies*“

SADRŽAJ	(str.)
1. SAŽETAK	1
2. SUMMARY	2
3. DEFINICIJA	3
4. EPIDEMIOLOGIJA I SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI	4
5. PATOFIZIOLOGIJA, RIZIČNI ČIMBENICI I GENETIKA	5
6. KLINIČKA SLIKA	9
7. KOMORBIDITETI I KOMPLIKACIJE	10
8. DIJAGNOSTIKA	11
9. TERAPIJA	11
10. PREVENCIJA I PROGNOZA	13
11. ZAKLJUČAK	15
13. PRILOZI (TABLICE)	16

13. LITERATURA	20
14. ŽIVOTOPIS	29

1. SAŽETAK

GLAVOBOLJA UZROKOVANA PREKOMJERNOM UPOTREBOM LIJEKOVA

Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova (GUPUL) definira se kao sekundarna glavobolja u bolesnika s prethodnom primarnom glavoboljom, najčešće migrenom ili tenzijskom glavoboljom, koja se javlja u prosjeku 15 i više dana mjesečno kao posljedica redovne prekomjerne primjene akutne simptomatske terapije za glavobolju (10 i više ili 15 i više dana mjesečno, ovisno o lijeku koji se upotrebljava) tijekom više od 3 mjeseca. Temeljem radova nađenih pretraživanjem baze podataka „*PubMed*“ u razdoblju od 2003. godine do 2018. godine raspravljamo o definiciji, epidemiologiji, patofiziologiji, kliničkoj slici, dijagnostici, terapiji, prognozi i prevenciji GUPUL-a. Cilj ovog preglednog rada je probuditi svijest među liječnicima da je GUPUL česta dijagnoza u bolesnika s primarnim glavoboljama koju treba adekvatno tretirati, a čiji je razvoj moguće prevenirati već na razini primarne zdravstvene zaštite.

Deskriptori: glavobolja uzrokovana prekomjernim uzimanjem lijekova, migrena, tenzijska glavobolja, neopioidni analgetici, triptani

2. SUMMARY

MEDICATION-OVERUSE HEADACHE

Medication-overuse headache (MOH) is defined as secondary headache in patients with previous primary headache, mostly migraine or tension headache, present for 15 or more days *per* month due to the overuse of acute symptomatic therapy for headache (10 or more or 15 or more days *per* month, depending on the medication used) and persisting for more than 3 months. Based on the papers published in the past 15 years on the topic, identified by searching the PubMed database, definition, epidemiology, pathophysiology, clinical picture, diagnosis, therapy, prognosis and prevention of MOH are discussed. The aim of this review is to make physicians aware of the fact that MOH is a frequent diagnosis among patients with primary headaches, which needs to be treated appropriately but development of which can be prevented at the primary healthcare level.

Descriptors: medication-overuse headache, migraine, tension-type headache, non-opioid analgesics, triptans

3. DEFINICIJA

Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova (GUPUL) je prvi put prepoznata još davne 1951. godine posljedično prekomjernom uzimanju ergotamina.¹ Osamdesetih godina prošlog stoljeća otkriveno je da i korištenje kombinacije analgetika dovodi do tog stanja, a prekid njihovog uzimanja do smanjivanja frekvencije glavobolje.² Poremećaj je prvi put definiran 1988. godine kao lijekom uzrokovana glavobolja (engl. „*drug-induced headache*“).³ Kasnije je korišteno preko 30 sinonima, a najpoznatiji su povratna glavobolja (engl. „*rebound headache*“), lijekovima uzrokovana glavobolja (engl. „*medication-induced headache*“) i glavobolja zbog zloupotrebe lijekova (engl. „*medication-missuse headache*“).⁴ U sklopu drugog izdanja Internacionalne klasifikacije glavobolja (engl. „*International Classification of Headache, 2nd edition*“- ICHD-2) 2004. godine prvi put je definiran pojam GUPUL-a (engl. „*medication-overuse headache*“).⁵

Važeća klasifikacija glavobolja „*The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*“ (ICHD-3) iz 2018. godine definira GUPUL kao sekundarnu glavobolju u bolesnika s prethodnom prisutnom primarnom glavoboljom koja se javlja u prosjeku ≥ 15 dana mjesečno kao posljedica redovne prekomjerne primjene akutne simptomatske terapije za glavobolju, ≥ 10 ili ≥ 15 dana mjesečno ovisno o upotrebljavanom lijeku, tijekom > 3 mjeseca (Tablica 1).⁶ U klasifikaciji iznesena je preporuka da se istodobno navedu svi podtipovi GUPUL-a (Tablica 2) budući da bolesnici često koriste više od jedne vrste lijeka za simptomatsku terapiju glavobolje te prethodno prisutne primarne glavobolje kada su za to zadovoljeni kriteriji.

4. EPIDEMIOLOGIJA I SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI

U literaturi se jednogodišnja prevalencija GUPUL-a u općoj populaciji navodi u rasponu od 0.5 - 2.6 %⁴ pa čak i do 7.2%.⁸ Prevalencija u djece i osoba starijih od 65 godina niža je od gore navedenih i kreće se od 0.3 - 1.7 %.^{4,10} Češća je u žena u odnosu na muškarce 3 do 4 puta.^{4,9} Najviša incidencija je u dobi od 40-te do 50-te godina života.^{4,10} U populaciji bolesnika s kroničnim primarnim glavoboljama postotak onih koji su razvili GUPUL kreće se od 11 – 70 %.^{8,9,11} Većina bolesnika (70%) koristi više od jedne vrste lijeka za simptomatsku terapiju glavobolje (do najviše 7), a broj dnevno uzetih tableta kreće se od 1 - 30, u prosjeku 5.⁷ U Limmrothovoj studiji za razvoj GUPUL-a bilo je potrebno mjesečno uzimanje 18 pojedinačnih doza triptana (tijekom 1.7 godina), 107 pojedinačnih doza opioida (tijekom 2.2 godine), 34 pojedinačnih doza metamizola (tijekom 2.3 godine), 37 pojedinačnih doza ergotamina (tijekom 2.7 godina), 74 pojedinačnih doza NSPUL-a (tijekom 4.8 godina).¹² U zemljama u razvoju najčešća je upotreba neopioidnih analgetika i ergotamina koji su dostupni dok je u razvijenim zemljama zapada najčešća prekomjerna upotreba triptana.¹⁰ Gledano socioekonomski u bolesnika s GUPUL-om prevladavaju osobe nižeg obrazovanja i slabijeg imovinskog statusa koji imaju veći broj dana glavobolja mjesečno, rjeđe konzultiraju obiteljskog liječnika ili specijalistu neurologa te rjeđe uzimaju profilaktičku terapiju.¹³ Analiza ukupnih troškova pojedinih glavobolja za 2011. godinu u Europskoj uniji uključujući direktne (dijagnostika i liječenje) i indirektne (izostanak s posla i smanjena produktivnost) pokazuje da se godišnji trošak GUPUL-a kreće do 37 milijardi eura.¹⁴

5. PATOFIZIOLOGIJA, RIZIČNI ČIMBENICI I GENETIKA

Za sada, prema dostupnoj literaturi, nije u potpunosti razjašnjena patofiziologija GUPUL-a, međutim, jasno je vidljiva veza s predstojećom primarnom glavoboljom najčešće tipa migrene ili tenzijske glavobolje.¹⁵ GUPUL se rijetko javlja kod nove dnevno prisutne glavobolje te kronične „*cluster*“ glavobolje, u potonjem slučaju prisutna je migrena u bolesnika ili u obitelji.^{6,16} Striatiakhachorn sa suradnicima predlaže hipotezu neuronalne hiperekscitabilnosti što je u suštini osnova nastanka neuropatske boli.¹⁷ Ključnim korakom nastanka svih primarnih glavobolja smatra se aktivacija trigeminalnog sustava s patomehanizmom periferne i centralne senzitivacije koja aktivira više strukture u mozgu odgovorne za nocicepciju, ali i antinocicepciju kao što su „*nucleus raphae magnus*“ moždanog debla, retikularna formacija, periakveduktalna siva tvar, talamus, limbički sustav i korteks velikog mozga.¹⁷ U prilog tome govore studije koje su pokazale hiperekscitabilnost somatosenzornog i vidnog korteksa velikog mozga uz smanjenu habituaciju korištenjem tehnika nociceptivnih evociranih potencijala s CO₂ laserom¹⁸, somatosenzornim evociranim potencijalima^{19,20,26} te testom hladnoće.²¹ Slikovna metoda magnetske rezonancije (MR) korištenjem „*voxel-based*“ morfometrije mozga u bolesnika s GUPUL-om pokazuju povećanje volumena sive tvari određenih regija mozga (periakveduktalne sive tvari, frontalne regije, talamus i striatum) te njihovo smanjenje po izlječenju.^{22,23} Nadalje, odmah nakon ukidanja uzrokujućeg lijeka funkcijski MR pokazuje hipoaktivnost mozga u primarnom somatosenzornom korteksu, inferiornom parijetalnom dijelu režnja i supramarginalnom girusu desne strane mozga.²⁴ Pozitronska emisijska tomografija s kompjutoriziranom tomografijom (PET CT) je pokazala hipometabolizam glukoze u već navedenim regijama, ali i u prednjem cingularnom girusu te inzuli, koji nestaje po prestanku upotrebe analgetika, dok u orbitofrontalnoj (OF) regiji prezistira i dalje, pogotvo kod korištenja kombinacije analgetika.²⁵

Redukcija sive tvari mozga OF regije dokazana MR-om pokazala je potencijal za procjenu terapijskog odgovora u bolesnika s GUPUL-om.²³

U literaturi se navode razni čimbenici rizika za razvoj GUPUL-a. Primarna glavobolja tipa migrene je najčešći čimbenik rizika GUPUL-a. Do 80% pacijenata s GUPUL-om ima migrenu u podlozi dok je kronična tenzijska glavobolja daleko manje prisutna, 15.9 %.³⁴ U recentnim radovima Diener-a i sur. (2014. godine) i Shand-a i sur. (2015. godine) navode se pregledno i ostali najčešći rizični faktori: demografski (dob; stariji > 50 godina, ženski spol, niska razina edukacije), medicinski poremećaji (metabolički sindrom, anksioznost i/ili depresija, kronična bol muskuloskeletnog sustava, insomnija), stil života (pušenje, fizička neaktivnost, visok dnevni unos kofeina > 540 mg, stres) te lijekovi (opioidi, ibuprofen, aspirin, sedativi/anksiolitici).^{15,34,47} Vrlo važan faktor rizika su ranije spomenuti lijekovi za simptomatsku terapiju glavobolje, odnosno njihova prekomjerna ili produžena upotreba. Određene skupine lijekova su pokazale veći potencijal transformacije epizodične u kroničnu glavobolju, a time i GUPUL-a kad je riječ o prekomjernoj upotrebi. Tako su, primjerice, opioidi i triptani potentniji nego ergotski pripravci, a NSPUL pojedinačno najmanje potentni.^{12,30,78} Recentna studija (meta-analiza 29 studija) je pokazala drugačiji odnos skupine lijekova kada se gleda rizik za GUPUL u osoba s migrenom; opioidi i klasični NPUL su imali veći rizik u odnosu na triptane i ergotamine s objašnjenjem da za njih nije potreban recept pa su dostupniji i uz napomenu da su za sada podaci u studiji limitirani.³³ Među najčešće upotrebljavanim analgeticima u razvijenim zemljama vezani uz uzrok GUPUL-a su klasični NSPUL, triptani, opioidi, kombinacije opioida i paracetamola, odnosno kombinacije više supstanci koje sadrže kofein i/ili kodein.^{7,8,10} Većina klasičnih NSPUL-a (acetil-salicilna kiselina, diklofenak, ketoprofen, ibuprofen, indometacin, metamizol, piroksikam, naproksen, propifenazon) po svojoj farmakodinamici sprječavaju biosintezu prostaglandina reverzibilno i neselektivno inhibirajući ciklooksigenazu (engl. „*cyclooxygenase*“ - *COX-1*, *COX-2*) na

periferiji te tako ostvaruju svoj analgetski, protuupalni i antipiretski učinak. Paracetamol je iznimka među njima jer inhibira ciklooksigenazu samo u mozgu, dok je na periferiji vrlo slab njezin inhibitor te stoga i nema značajnih perifernih učinaka.^{77,80} Još uvijek se u potpunosti ne zna njegov analgetski mehanizam. Predložen je analgetski učinak preko serotoninskog, endokanabinoidnog sustava i kanabinoidnog tip 1 receptora (engl. “*canabinoid receptor type I*“- CB 1).⁸¹ Njegova kronična upotreba na životinjskom modelu je pokazala da dovodi do hiperekscitabilnosti kortikalnih neurona i povećanja frekvencije kortikalne šireće depresije kao procesa koji može biti odgovoran za nastanak GUPUL-a.⁸² Vjeruje se da je sličan patomehanizam i kod gore navedenih klasičnih NSPUL-a.¹⁷ Iako su dostupni i vrlo često korišteni kombinirani pripravci s propifenazonom, nema selektivnih studija vezano za GUPUL uzrokovan samo propifenazonom.^{32,35,83} Metamizol, također, prema farmakodinamici pripada u klasične NSPUL-e gore opisanog mehanizma djelovanja. U Brazilskoj studiji iz 2015. godine metamizol ili kombinirani pripravci s metamizolom su bili najčešće upotrebljavani analgetici u liječenju primarne glavobolje, ali i za liječenje sekundarne, odnosno GUPUL-a.⁸⁴ Triptani su agonisti serotoninskih presinaptičkih receptora 5-HT_{1B/1D} (5-hidroksi triptamin - 5-HT) u trigeminovaskularnom kompleksu i inhibiraju otpuštanje pronociceptivnih medijatora među kojima je najvažniji kalcitonin-gen povezani protein - KGPP (engl. „*calcitonin gene-related peptide*“- CGRP) i 5-HT_{1F} preko kojih ostvaruju vazokonstrikciju.⁷⁷ Njihova kronična upotreba na životinjskom modelu je pokazala da može dovesti do snižavanja koncentracije 5-HT u trombocitima i povećanja 5-HT_{2A} receptora u mozgu, pogotovo u području periakveduktalne sive tvari i „*locus coeruleus*“, a shodno tome do pojačane latentne senzitivacije u trigeminovaskularnom kompleksu što predstavlja promjenu neuralne adaptacije u smislu smanjivanja praga podražaja čimbenika koji potiču migrenu. Navedeno se smatra moguć mehanizam za transformaciju epizodične u kroničnu migrenu, ali i za indukciju GUPUL-a.³⁰ Opioidi ostvaruju svoje centralno analgetsko

djelovanje preko opioidnih receptora „ μ , κ i δ “ koji se u najvećoj koncentraciji nalaze u stražnjim rogovima kralježnične moždine te se preko njih vrši neuromodulacija boli.⁷⁷ Međutim, kronična upotreba opioida preko navedenih receptora povećavaju koncentraciju supstancije P, protein kinaze C te KGPP molekule u neuronima dorzalnih ganglija i aktivaciju glija stanica stimulacijom TLR-4 receptora (engl. „*toll-like receptor 4*“) što uzrokuje hiperalgeziju i neurogenu inflamaciju, a posljedično tome može inducirati i GUPUL.^{78,79} Ne mogu se zanemariti ni potencijalni genetski utjecaji. Do sada je testirano oko 50 polimorfizama u 33 gena koji su vezani za serotoninergičku, odnosno dopaminergičku transmisiju, ovisnost o lijekovima, metabolizam lijekova, oksidativni stres i KGPP vezano u bolesnika s migrenom.³⁶ Često su spominjani polimorfizmi gena za angiotenzin-konvertirajući enzim (engl. „*angiotensin-converting enzyme*“- ACE), neurotrofni moždani faktor (NMF; engl. „*brain-derived neurotrophic factor*“- BDNF), katekol-O-metiltransferazu (engl. „*catechol-O-methyltransferase*“- COMT) i serotoniniski transporter koji mogu povećavati rizik nastanka GUPUL-a.^{15,26-29} Polimorfizam gena za serotoniniski transporter, označen kao SLC6A4, zanimljiv je jer se povezuje s povišenim rizikom neuspješne terapije GUPUL-a i povišenim rizikom od relapsa nakon uspješne terapije.²⁸ Polimorfizam gena za NMF sudjeluje u centralnoj senzitivizaciji nocicepcijskog sustava⁷⁰, a serotoniniski (5-HT) sustav zajedno s endokanabinoidnim sustavom utječe na smanjenje centralne senzitivizacije nocicepcijskog sustava. Serotonin je nizak u trombocitima dok je istodobno povećan broj 5-HT_{2A} receptora na trombocitima kod GUPUL-a i kronične primarne glavobolje tipa migrene u odnosu na zdrave kontrole. Nadalje, reducirane su koncentracije i anandamida i 2-acilglicerola (predstavljaju 2 glavna endogena kanabinoidea) u trombocitima bolesnika s GUPUL-om i kroničnom migrenom.³²

U bolesnika s kroničnom migrenom i GUPUL-om pronađena je povišena razina oreksina A i kortikotropin-oslobađajućeg hormona (KTOH; engl. „*corticotropin-releasing*

hormone“- CRH) u likvoru.³⁵ Oreksin A i B, znani i kao hipokretin A i B, spadaju u neuropeptide koji se sintetiziraju u laterodorzalnom dijelu talamusa. Imaju ulogu u regulaciji spavanja, apetita, emocionalnog uzbuđenja, aktivnosti autonomnog živčanog sustava te centralne endokrine regulacije kao i neuromodulacije boli.³⁵ Za sada nije razjašnjeno da li je povišena razina oreksina i KTOH u likvoru specifična za kroničnu migrenu i GUPUL.³⁵

6. KLINIČKA SLIKA

Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova klinički se različito prezentira, najčešće kao kronična glavobolja migrenskog ili tenzijskog tipa što može ovisiti o vrsti prekomjerno korištenog lijeka.³⁸ Triptani su danas najčešći uzrok GUPUL-a i to brže i u nižoj dozi od ostalih lijekova te izazivaju migreni nalik glavobolju dok nasuprot tome neopioidni analgetici dovode do tenzijskog tipa glavobolje.^{37,49} Broj tableta lijeka uzetih u bolesnika s GUPUL-om kreće se od 10 do 180 mjesečno - prosječno 50.³⁸ Glavobolja može biti promjenjive lokacije, pojaviti se rano ujutro ili se bolesnici već bude s njom, često je praćena depresijom ili anksioznošću te nesanicom koja se povezuje s povećanim unosom kofeina ili apstinencijskim sindromom posljedično neuzimanju lijeka noću.³⁹ Mogu se pojaviti lakrimacija, rinoreja i nazalna kongestija kao dio simptoma sindroma ustezanja, što diferencijalno dijagnostički može stvarati problem prema trigeminalnim autonomnim cefalalgijama.^{39,50} Radi što bolje evaluacije bolesnika s GUPUL-om, predloženi su unaprijeđeni kriteriji koji razlikuju jednostavan od složenog oblika (Tablica 3).⁴⁰

7. KOMORBIDITETI I KOMPLIKACIJE

Postoji jasna veza GUPUL-a s određenim komorbiditetima. Najvažniji su psihijatrijski poremećaji u smislu anksioznosti i depresije koji su, prema recentnim radovima, značajno češći u bolesnika s kroničnim (40-64%) nego u onih s epizodičnim glavoboljama (17-41%).^{41,42} Navodi se i opsesivno-kompulzivni poremećaj koji se češće javlja u GUPUL-u (36%) nego u epizodičnoj (10%) odnosno kroničnoj migreni (25%).⁴⁶ Stoga se predlaže procjena psihološkog profila bolesnika s GUPUL-om što bi pomoglo u daljnjem tretmanu i praćenju.⁴⁵ Nadalje, postoji i povezanost s ostalim kroničnim bolnim sindromima kao što su kronična bol leđa, fibromialgija, facijalna bol, temporomandibularna bol i muskuloskeletna bol.⁴⁴ Od ostalih komorbiditeta navodi se pojava insomnije (43.8%) i alkoholizma (17.5%).³⁴ Komplikacije se mogu javiti u vidu nuspojava prekomjerno uzimanih lijekova. NSPUL najčešće uzrokuju gastrointestinalne komplikacije (ulkusna bolest, akutno gastrointestinalno krvarenje) te renalnu insuficijenciju i kardijalnu dekompenzaciju.^{60,61} Prekomjerna upotreba paracetamola može najčešće uzrokovati oštećenje jetre, a potencijalno i nefropatiju, rjeđe je zabilježena pancitopenija, kožne reakcije i bronhospazam.^{38,60,76,77} Najpoznatije nuspojave vezano uz upotrebu metamizola su agranulocitoza, alergijske kutane reakcije, provokacija astmatskog napadaja te arterijska hipotenzija, a u većim dozama i gore opisane gastrointestinalne komplikacije.⁷⁷ Vezano uz ergotamine (ergotizam) kao što su promjene strukture stijenki krvnih žila u vidu produžene vazokonstrikcije ili čak i disekcije, senzorne neuropatije i psihomotorne usporenosti.^{38,60} Triptani mogu uzrokovati kardiovaskularne nuspojave (vazokonstrikcija koronarnih krvnih žila), mučninu i povraćanje, parestezije te serotoninski sindrom ako se uzimaju u kombinaciji sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina, selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, inhibitorima monoaminoooksidaze, fentanilom, tramadolom te metoklopramidom.^{58,60} Opioidi

mogu najčešće uzrokovati ovisnost i depresiju disanja, ali ponekad i retenciju urina, opstipaciju, posturalnu hipotenziju te povišeni intrakranijalni tlak.⁷⁷ Nadalje, komplikacije se mogu pojaviti kod naglog prekida uzimanja analgetika (najčešće opioida) u vidu sindroma ustezanja praćenog hipotenzijom, tahikardijom, rinorejom, lakrimacijom, nazalnom kongestijom, epiforom i insomnijom.³⁹

8. DIJAGNOSTIKA

Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova kao sekundarna glavobolja često ostaje neprepoznata zbog preklapanja s kroničnom primarnom glavoboljom - migrenom ili tenzijskom glavoboljom.

U svakodnevnoj kliničkoj praksi dijagnoza GUPUL-a se temelji na anamnestičkim podacima (ne postoji specifična laboratorijska ili neuroradiološka obrada) posebno onima iz dnevnika glavobolje uz zadovoljavanje ICHD-3 dijagnostičkih kriterija (Tablica 1) i isključenje drugih dijagnoza. Bolesnikovo vođenje dnevnika glavobolje od posebne je važnosti zbog mogućnosti određivanja frekvencije primarne glavobolje te praćenja vrste i količine korištenih lijekova za simptomatsku terapiju što je ključno u postavljanju dijagnoze podtipova GUPUL-a (Tablica 2).

9. TERAPIJA

Prekid uzimanja uzrokujućeg lijeka osnova je liječenja GUPUL-a. Nema jasnih smjernica da li treba lijek prekinuti naglo ili postepeno.^{51,52} Recentna randomizirana kontrolirana studija je dokazala da je kod jednostavnog GUPUL-a najučinkovitiji tretman

nagli prekid lijekova.⁵³ No treba biti oprezan kod zloupotrebe benzodiazepina, barbiturata i opioida zbog većeg rizika razvoja sindroma ustezanja te se u tom slučaju preporuča postupni prekid.⁵¹ Treba preferirati ambulantni način liječenja i praćenja, dok se bolničko liječenje indicira kod bolesnika s anamnezom prethodnog neuspješnog ambulantnog liječenja, dugogodišnjeg trajanja GUPUL-a (više od 5 godina), uzimanja opioida i/ili barbiturata te prisutnog psihijatrijskog komorbiditeta.¹⁵ U slučaju izraženog sindroma ustezanja indicirana je prijelazna terapija (engl. „*bridging therapy*“). Recentne meta-analize pokazale su da postoji niska razina dokaza da pojedinačno ordinirani kortikosteroidi (prednizon, metilprednizolon) ili celekoksib ublažavaju sindrom ustezanja.⁵⁴⁻⁵⁶ Međutim, pridoda li se metilprednizolonu i diazepam u 5-dnevnom bolničkom liječenju učinak je bolji, značajno pada frekvencija glavobolja i uzimanje analgetika u 3-mjesečnom intervalu ($\geq 50\%$ u odnosu na bolesnike kod kojih se primijeni samo nagli prekid lijeka) te se ostvaruje mogućnost ranijeg uvođenja preventivne terapije.⁵⁷ Kratkotrajno se mogu koristiti i druge skupine lijekova radi ublažavanja simptoma sindroma ustezanja (antiemetici, miorelaksansi, sedativi, narkoleptici).⁵⁹ U nastavku potrebne abortivne terapije primarnih glavobolja potrebno je po mogućnosti koristiti lijekove iz drugih farmakodinamskih skupina, a izbjegavati one iz iste skupine zluopotrebljavanog lijeka.

Edukacija bolesnika iznimno je bitna kako bi shvatili da mehanizam razvoja GUPUL-a uključuje i prekomjernu upotrebu lijekova za simptomatsko liječenje primarne glavobolje.⁵¹ Bolesnike je potrebno obavijestiti o cilju terapijskog postupka, a to je povratak u epizodički oblik prethodno prisutne primarne glavobolje.⁵¹ Bolesnike je potrebno educirati o čimbenicima rizika razvoja GUPUL-a te, ukoliko su prepoznati, korigirati ih u smislu promjene stila života.⁵¹ Uspješnost liječenja GUPUL-a kreće se od 45 - 84% u praćenju 2 - 18 mjeseci ovisno o tome da li se radilo o jednostavnom ili složenom podtipu GUPUL-a te

načinu provođenja liječenja ambulantno ili hospitalno.^{62,63,65} Uspješnost liječenja veća je kod jednostavnog podtipa GUPUL-a te kod bolničkog liječenja.⁶²

10. PREVENCIJA I PROGNOZA

Preporuča se individualizirani pristup kod planiranja prevencije GUPUL-a. Prevenciju je potrebno uvijek primijeniti kod bolesnika s primarnom glavoboljom i visokim rizikom razvoja GUPUL-a (vidi ranije navedene rizične čimbenike), uz obavezno praćenje kroz dnevnik glavobolje u vremenskim intervalima (svaka 3 - 4 mjeseca).¹⁵ Prevenciju bi trebali provoditi već i liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite. Bolesnike s primarnim glavoboljama treba educirati te ih poticati na vođenje dnevnika glavobolje u cilju boljeg praćenja. Navedeno omogućava pravovremeno započinjanje profilaktičke terapije u primarne glavobolje u svakog pojedinog bolesnika, a u cilju prevencije razvoja kronične forme glavobolje odnosno GUPUL-a. Ako se problem ne može riješiti na razini primarne zdravstvene zaštite, tada treba konzultirati i specijalistu neurologa s užim područjem bavljenja primarnim glavoboljama u sekundarnim odnosno tercijarnim zdravstvenim ustanovama. Budući da nema specifične *profilakse* za GUPUL, ona se bazira na pravovremenom započinjanju profilaktičke terapije primarne glavobolje prisutne u pojedinog bolesnika.⁷¹ Prema preporukama Europske federacije neuroloških društava (engl. „*European Federation of Neurological Societies*“ – EFNS) iz 2009. godine indikacije za započinjanje profilaktičke terapije u bolesnika s migrenskom glavoboljom su sljedeće: ≥ 2 atake migrene mjesečno, bez terapijskog odgovora na akutno liječenje migrene, česta, vrlo duga ili neugodna pojava atake te kada je teško narušeno ispunjavanje svakodnevnih obveza ili kvaliteta života.⁶⁰ Prema preporukama EFNS-a profilaktička terapija migrene uključuje lijekove prvog izbora: betablokatore (propranolol i metoprolol), blokatore kalcijevih kanala (flunarazin) i

antiepileptike (valproati i topiramati) te lijekove drugog izbora: amitriptilin, venlafaksin, naproksen, bisoprolol.⁶⁰ Prema preporukama EFNS-a iz 2010. godine indikacije za započinjanje profilaktičke terapije u bolesnika s tenzijskom glavoboljom postoje kada su zadovoljeni dijagnostički kriteriji za čestu epizodičku ili kroničnu tenzijsku glavobolju.⁶¹ Prema preporukama EFNS-a za profilaktičku terapiju tenzijske glavobolje lijek prvog izbora je amitriptilin, dok su lijekovi drugog izbora mirtazapin i venlafaksin.⁶¹

Najviše relapsa GUPUL-a nastaje unutar 1 god nakon uspješne terapije.^{66,74} Jednogodišnja stopa relapsa kreće se od 16.7 - 41%.^{38,73-75} Stope relapsa jako variraju (0 - 49%, najčešće od 25 - 35%) između različitih studija zbog različite duljine perioda praćenja (od 1 mjesec do čak 9 godina) te različitih tretmana provedenih hospitalno ili ambulantno.³⁸ Gledajući vrstu lijekova, najmanji rizik za relaps imaju ergotamini (2-5.9%) i triptani (21-35%), a najveći rizik je kod neopioidnih analgetika (29.5-71%) u jednogodišnjem periodu praćenja.^{72,74} Stope relapsa za pojedinu vrstu lijekova ne razlikuju se značajno niti nakon 4-oro godišnjeg perioda praćenja.⁷⁴ Jedan od važnih prediktora za relaps unutar godine dana jest i vrsta predležee primarne glavobolje; kod migrene je najniža dok je kod tenzijske glavobolje najviša stopa relapsa.⁷⁴ Za očekivati je da će rizik relapsa GUPUL-a biti veći što je prisutan veći broj čimbenika rizika. Neki od njih predstavljaju nezavisni rizik kao npr. broj dana glavobolja prije i nakon prekida lijeka te trajanje primarne glavobolje.⁶⁷ Najvažniji prediktori dugoročne remisije su manji broj dana glavobolja u bolesnika s GUPUL-om te uspješan prekid korištenja uzrokujućeg lijeka.⁶⁶

11. ZAKLJUČAK

Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova je kronična sekundarna glavobolja koja se razvija u bolesnika s primarnom glavoboljom, najčešće migrenom ili tenzijskom, posljedično prekomjernoj upotrebi lijekova za simptomatsku terapiju glavobolje. Važno je istaknuti da svi analgetici uz prekomjernu upotrebu nose rizik za kronifikaciju primarnih glavobolja te razvoja GUPUL-a, pogotovo kad je riječ o opioidima i kombiniranim preparatima. GUPUL se premalo prepoznaje u kliničkom radu liječnika. Cilj ovog preglednog rada je probuditi svijest među liječnicima da je to vrlo česta dijagnoza u bolesnika s migrenom odnosno tenzijskom glavoboljom koja se može uspješno spriječiti već na razini primarne zdravstvene zaštite. Za postavljanje dijagnoze GUPUL-a potrebna je detaljna anamneza s ciljanim pitanjima i podacima iz bolesnikovog dnevnika glavobolje o frekvenciji glavobolje te vrsti i količini korištenih lijekova. U liječenju bolesnika s GUPUL-om prekidanje uzimanja uzrokujućeg lijeka je „*conditio sine qua non*“.⁶⁴ Za sada nema jedinstvenog stava da li to provesti postupno ili naglo, ambulantno ili hospitalno. Treba preferirati ambulantni način liječenja i praćenja, dok bi bolničko liječenje trebalo preferirati kod bolesnika s anamnezom prethodnog neuspješnog ambulantnog liječenja, dugogodišnjeg trajanja GUPUL-a (više od 5 godina), uzimanja opioida i/ili barbiturata te prisutnog psihijatrijskog komorbiditeta.¹⁵ Također, ne manje važno, potrebno je organizirati daljnje praćenje bolesnika te kroz njegovu osobnu edukaciju, motivaciju i promjenu stila života (uključujući i fizičku aktivnost) pokušati spriječiti relaps GUPUL-a. Ukoliko dođe do relapsa potrebno je bolesnika referirati neurologu s užim područjem bavljenja glavoboljama koji će odlučiti o daljnjim modalitetima liječenja. Pravodobnim prepoznavanjem kronifikacije epizodičke glavobolje te započinjanjem profilaktičke terapije spriječavamo prekomjernu upotrebu simptomatske terapije i razvoj GUPUL-a te mnoge posljedice kako za pojedinca

(npr. strukturalne promjene mozga, loša kvaliteta života) tako i za društvo (negativni socioekonomski utjecaj - češće bolovanje). Ukoliko nema rezultata za 2-3 mj, a pacijent ima i dalje kroničnu primarnu glavobolju i GUPUL, potrebno je uputiti bolesnika u tercijarni centar za glavobolje gdje će se odlučiti postupku liječenja koji ponekad zahtijeva uključivanje i multidisciplinarnog tima.^{15,69}

12. TABLICE

TABLICA 1. DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI GUPUL-A* (ICHD-3)**

TABLE 1. DIAGNOSTIC CRITERIA OF MOH* (ICHD-3)**

- | |
|---|
| <p>A. Glavobolja prisutna ≥ 15 dana mjesečno u bolesnika s prethodno postojećom glavoboljom/Headache occurring on ≥ 15 days per month in a patient with a pre-existing headache disorder</p> <p>B. Redovna prekomjerna upotreba jednog ili više lijekova koji se koriste > 3 mjeseca za akutno i/ili simptomatsko liječenje glavobolje/Regular overuse for > 3 months of one or more drugs that can be taken for acute and/or symptomatic treatment of headache</p> <p>C. Ne postoji bolja dijagnoza prema ICHD-3 dijagnostičkim kriterijima/Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.</p> |
|---|

Legenda/Legend: *Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova (GUPUL)/*, „Medication-overuse headache (MOH), **Internacionalna klasifikacija glavobolja, 3. Izdanje (ICHD-3)/, „The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition“ (ICHD-3)

TABLICA 2. KLINIČKI PODTIPOVI GUPUL-A* (ICHD-3)/******

TABLE 2. CLINICAL SUBTYPES OF MOH* (ICHD-3)/******

8.2.1. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom ergotamina/Ergotamin-overuse headache

Redovito uzimanje ergotamina ≥ 10 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of ergotamine on ≥ 10 days per month for > 3 months.

8.2.2. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom triptana /Triptan-overuse headache

Redovito uzimanje ≥ 1 triptana ≥ 10 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of one or more triptans, in any formulation, on ≥ 10 days per month for > 3 months.

8.2.3. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom neopioidnih analgetika/Non-opioid analgesic-overuse headache

8.2.3.1 Redovito uzimanje paracetamola ≥ 15 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of paracetamol on ≥ 15 days per month for > 3 months.

8.2.3.2 Redovito uzimanje ≥ 1 drugih nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSPUL) koji nisu acetilsalicilna kiselina ≥ 15 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of one or more non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) other than acetylsalicylic acid on ≥ 15 days per month for > 3 months.

8.2.3.2.1 Redovito uzimanje acetilsalicilne kiseline ≥ 15 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of acetylsalicylic acid on ≥ 15 days per month for > 3 months.

8.2.3.3 Redovito uzimanje drugih neopioidnih analgetika koji nisu paracetamol ili NSPUL (uključujući i acetilsalicilnu kiselinu) ≥ 15 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of a non-opioid analgesic other than paracetamol or NSAID (including acetylsalicylic acid) on ≥ 15 days/month for > 3 months.

8.2.4. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom opioida/Opioid-overuse headache

Redovito uzimanje ≥ 1 opioida ≥ 10 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of one or more opioids on ≥ 10 days per month for > 3 months.

8.2.5. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom kombiniranih analgetika/Combination-analgesic-overuse headache

Redovito uzimanje ≥ 1 kombinacije analgetika ≥ 10 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca/Regular intake of one or more combination -analgesic medications on ≥ 10 days per month for > 3 months

8.2.6. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom više različitih lijekova/Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused

Redovito uzimanje bilo koje od kombinacija ergotamina, triptana, neopioidnih analgetika i/ili opioida ≥ 10 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca, bez prekomjerne upotrebe samo pojedinog lijeka ili pojedine klase lijeka/Regular intake of any combination of ergotamine, triptans, non-opioid analgesics and/or opioids on a total of ≥ 10 days per month for > 3 months without overuse of any single drug or drug class alone

8.2.7. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom neodredene ili neverificirane prekomjerne upotrebe različitih klasa lijekova/Medication-overuse headache attributed to unspecified or unverified overuse of multiple drug classes

Redovito uzimanje bilo koje od kombinacija ergotamina, triptana, neopioidnih analgetika i/ili opioida ≥ 10 dana mjesečno tijekom > 3 mjeseca te vrsta, količina i/ili način upotrebe ili prekomjerne upotrebe navedenih klasa lijekova ne mogu biti sa sigurnošću ustanovljeni/Regular intake of any combination of ergotamine, triptans, non-opioid analgesics and/or opioids on ≥ 10 days per month for > 3 months and the identity, quantity and/or pattern of use or overuse of these classes of drug cannot be reliably established.

8.2.8. Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom ostalih lijekova/Medication-overuse headache attributed to other medication

Redovita prekomjerna upotreba jednog ili više lijekova koji se koriste za akutnu ili simptomatsku glavobolju (osim gore nabrojenih) ≥ 10 dana tijekom > 3 mjeseca/Regular overuse, on ≥ 10 days per month for > 3 months, of one or more medications other than those described above, taken for acute or symptomatic treatment of headache

Legenda/Legend: *Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova (GUPUL)/*, „Medication-overuse headache (MOH), ** Internacionalna klasifikacija glavobolja, 3. Izdanje (ICHD-3) / **, „The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition“ (ICHD-3), ***svaka od nabrojenih kliničkih podtipova glavobolja mora zadovoljiti kriterije GUPUL-a (Tablica 1.)/***every of the listed headache must fulfill the criteria for MOH (Table 1.)

TABLICA 3. KLINIČKI KRITERIJI ZA DEFINICIJU JEDNOSTAVNOG I SLOŽENOG GUPUL-A

TABLE 3. CLINICAL CRITERIA FOR DEFINING SIMPLE AND COMPLICATED MOH

JEDNOSTAVNI GUPUL/<i>SIMPLE MOH</i>	SLOŽENI GUPUL/<i>COMPLICATED MOH</i>
1) bez značajne i komplicirane medicinske bolesti/no significant and complicating medical illness	1) značajna i komplicirana medicinska bolest*/coexistent significant and complicating medical illness*
2) bez trenutnog psihijatrijskog komorbiditeta/no current psychiatric comorbidity	2) trenutni psihijatrijski poremećaj**/a current psychiatric disorder**
3) mali/odsutni okolišni i psihosocijalni problemi/low/absent psycho-social and environmental problems	3) srednje teški/teški okolišni ili psihosocijalni problemi/moderate/severe psycho-social and environmental problems
4) relativno manje doze lijekova/relatively modest doses of drugs	4) uzimanje višekratnih doza simptomatske terapije na gotovo svakodnevnoj ili dnevnoj bazi ili ranija upotreba lijekova***/daily or almost daily use of multiple doses of symptomatic medication or anticipatory use of medication
5) bez prethodnog detoksikacijskog liječenja/no previous detoxification treatment	5) povijest relapsa bolesti/history of relapse
6) bez ranijeg uzimanja simptomatske terapije/no anticipatory use of symptomatic medication	

Legenda/Legend: Glavobolja uzrokovana prekomjernom upotrebom lijekova (GUPUL)/,Medication-overuse headache (MOH), *npr. kronični bolni sindrom, neuropatska bol, fibromijalgija/e.g. chronic pain syndrome, neuropathic pain, fibromyalgia; **poremećaj raspoloženja, hranjenja, anksioznosti ili ovisnosti o nekoj supstanci u zadnjih mjesec dana prema strukturiranom kliničkom intervjuu za DSM –IV Axis I poremećaje/mood disorder, anxiety disorder, substance addiction disorder as assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; *** > 3 doze analgetika/dan ili > 2 doze triptana, ergota i akutne kombinacije analgetika/dan/>3 doses/day of analgesics or > 2 doses/day of triptans, ergots and combinations of acute medications

13. LITERATURA

- 1) *Peters GA, Horton BT*. Headache: with special reference to the excessive use of ergotamine preparations and withdrawal effects. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 1951;26:153-61.
- 2) *Dichgans J, Diener HC, Gerber WD i sur*. Analgetika-induzierter Dauerkopfschmerz. *Dtsch Med Wochenschr* 1984;109:369-73.
- 3) *Diener HC, Wilkinson MS*. Drug induced headache. 1. izd. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 1988, str.1–173.
- 4) *Westergaard ML, Hansen EH, Glumer C. i sur*. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. *Cephalalgia* 2014;34:409-25.
- 5) *Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society..* The International Classification of Headache Disorders. 2. izd. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl.1):9-160.
- 6) *Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)*. The International Classification of Headache Disorders. 3. izd. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
- 7) *Bigal ME, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Lipton RB*. Transformed migraine and medication overuse in a tertiary headache centre - clinical characteristics and treatment outcomes. *Cephalalgia* 2004;24:483-90.
- 8) *Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A i sur*. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia* 2012;32:373-81.
- 9) *Katsarava Z, Dzagnidze A, Kukava M i sur*. Primary headache disorders in the Republic of Georgia: prevalence and risk factors. *Neurology* 2009;73:1796-803.

- 10) *Kristoffersen ES, Lundqvist C*. Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. *Ther Adv Drug Saf* 2014;5(2):87-99.
- 11) *Shahbeigi S, Fereshtehnejad SM, Mohammadi Ni sur*. Epidemiology of headaches in Tehran urban area: A population-based cross-sectional study in district 8, year 2010. *Neurol Sci* 2013;34:1157-66.
- 12) *Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC*. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59(7):1011-4.
- 13) *Jonsson P, Linde M, Hensing G, Hedenrud T*. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache. *J Headache Pain* 2012;13(4):281-90.
- 14) *Linde M, Gustavsson A, Stovner L i sur*. The Cost of headache disorders in Europe: The Eurolight Project. *Eur J Neurol* 2012;19:703-11.
- 15) *Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C*. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. *Nat Rev Neurol* 2016;12(10):575-83.
- 16) *Paemeleire K, Bahra A, Evers S, Matharu MS, Goadsby PJ*. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. *Neurology* 2006;67:109–13.
- 17) *Srikiatkachorn A, Maneesri le Grand S, Supornsilpchai W, Storer RA*. Pathophysiology of medication overuse headache – an update. *Headache* 2014;54(1):204-10.
- 18) *Ferraro D, Vollono C, Miliucci R i sur*. Habituation to pain in “medication overuse headache”: a CO2 laser-evoked potential study. *Headache* 2012;52:792–807.
- 19) *Coppola G, Curra A, Di Lorenzo C i sur*. Abnormal cortical responses to somatosensory stimulation in medication-overuse headache. *BMC Neurol* 2010;30;10:126.

- 20) *Ayzenberg, Obermann IM, Nyhuis P i sur.* Central sensitization of the trigeminal and somatic nociceptive systems in medication overuse headache mainly involves cerebral supraspinal structures. *Cephalalgia* 2006;26:1106-14.
- 21) *Perrotta A, Serrao M, Sandrini G i sur.* Sensitisation of spinal cord pain processing in medication overuse headache involves supraspinal pain control. *Cephalalgia* 2010;30:272-84.
- 22) *Riederer F, Marti M, Luechinger R i sur.* Grey matter changes associated with medication-overuse headache: correlations with disease related disability and anxiety. *World J Biol Psychiatry* 2012;13:517-25.
- 23) *Lai TH, Chou KH, Fuh JL i sur.* Gray matter changes related to medication overuse in patients with chronic migraine. *Cephalalgia* 2016;36(14):1324-33.
- 24) *Ferraro S, Grazzi L, Mandelli ML i sur.* Pain processing in medication overuse headache: a functional magnetic resonance imaging (fMRI) study. *Pain Med* 2012;13:255–62.
- 25) *Fumal A, Laureys S, Di Clemente L i sur.* Orbitofrontal cortex involvement in chronic analgesic-overuse headache evolving from episodic migraine. *Brain* 2006;129:543–50.
- 26) *Di Lorenzo C, Coppola G, Curra A i sur.* Cortical response to somatosensory stimulation in medication overuse headache patients is influenced by angiotensin converting enzyme (ACE) I/D genetic polymorphism. *Cephalalgia* 2012;32:1189-97.
- 27) *Di Lorenzo C, Di Lorenzo G, Sances G i sur.* Drug consumption in medication overuse headache is influenced by brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *J Headache Pain* 2009;10:349-55.
- 28) *Cargnin S, Viana M, Ghiotto N i sur.* Functional polymorphisms in COMT and SLC6A4 genes influence the prognosis of patients with medication overuse headache after withdrawal therapy. *Eur J Neurol* 2014;21:989-95.

- 29) Kumar S, Ranjan P, Mittal B, Ghoshal UC. Serotonin transporter gene (*SLC6A4*) polymorphism in patients with irritable bowel syndrome and healthy controls. *J Gastrointest Liver Dis* 2012;21:31-8.
- 30) De Felice M, Ossipov MH, Wang R *i sur*. Triptan-induced latent sensitization: a possible basis for medication overuse headache. *Ann Neurol* 2010;67:325-37.
- 31) Supornsilpchai W, le Grand SM, Srikiatkhachorn A. Involvement of pro-nociceptive 5-HT_{2A} receptor in the pathogenesis of medication-overuse headache. *Headache* 2010;50:185–97.
- 32) Rossi C, Pini LA, Cupini ML, Calabresi P, Sarchielli P. Endocannabinoids in platelets of chronic migraine patients and medication-overuse headache patients: relation with serotonin levels. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64:1–8.
- 33) Thorlund K, Sun-Edelstein C, Druyts E *i sur*. Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine. *J Headache Pain* 2016;17:107.
- 34) Shand B, Goicochea MT, Valenzuela R *i sur*. Clinical and demographical characteristics of patients with medication overuse headache in Argentina and Chile: Analysis of the Latin American section of COMOESTAS project. *J. Headache Pain* 2015;16:83.
- 35) Sarchielli P, Rainero I, Coppola F *i sur*. Involvement of corticotrophin-releasing factor and orexin-A in chronic migraine and medication-overuse headache: findings from cerebrospinal fluid. *Cephalalgia* 2008;28:714–22.
- 36) Cargin S, Viana M, Sances G, Tassorelli C, Terrazzino S. A systematic review and critical appraisal of gene polymorphism association studies in medication-overuse headache. *Cephalalgia* 2018;38(7):1361-73.

- 37) *Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB*. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: A longitudinal population-based study. *Headache* 2008;48:1157-68.
- 38) *Evers S, Marziniak M*. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010;9:391-401.
- 39) *Tepper SJ, Tepper DE*. Breaking the cycle of medication overuse headache. *Cleve Clin J Med* 2010;77(4):236-42.
- 40) *Rossi P, Faroni JV, Nappi G*. Short-term effectiveness of simple advice as a withdrawal strategy in simple and complicated medication overuse headache. *Eur J Neurol* 2011;18:296-401.
- 41) *Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB*. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol* 2013;260:1960-9.
- 42) *Zebenholzer K, Lechner A, Broessner G i sur*. Impact of depression and anxiety on burden and management of episodic and chronic headaches – a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *J Headache Pain* 2016;17:15.
- 43) *Yoon MS, Manack A, Schramm S i sur*. Chronic migraine and chronic tension-type headache are associated with concomitant low back pain: results of the German Headache Consortium (GHC) study. *Pain* 2013;154:484-92.
- 44) *Katsarava Z, Obermann M*. Medication-overuse headache. *Curr Opin Neurol* 2013;26:276–81.
- 45) *Sarchielli P, Corbelli I, Messina P i sur*. Psychopathological comorbidities in medication-overuse headache: a multicentre clinical study. *Eur J Neurol* 2016;23(1):85-91.
- 46) *Cupini LM, De Murtas M, Costa C i sur*. Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache* 2009;49:1005–13.

- 47) *Radat F, Creac'h C, Guegan-Massardier E i sur.* Behavioral dependence in patients with medication overuse headache: a cross-sectional study in consulting patients using the DSM-IV criteria. *Headache* 2008;48:1026–36.
- 48) *Lauwerier E, Paemeleire K, Van Damme S, Goubert L, Crombez G.* Medication use in patients with migraine and medication-overuse headache: the role of problem-solving and attitudes about pain medication. *Pain* 2011;152:1334–9.
- 49) *De Felice M, Ossipov MH, Porreca F.* Update on medication overuse headache. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15:79-83.
- 50) *Da Silva AN, Lake AE III.* Clinical Aspects of medication overuse headache. *Headache* 2014;54(1):211-7.
- 51) *Negro A, Martelletti P.* Chronic migraine plus medication overuse headache: two entities or not? *J Headache Pain* 2011;12:593–601.
- 52) *Chiang CC, Schwedt TJ, Wang SJ, Dodick DW.* Treatment of medication-overuse headache: a systematic review. *Cephalalgia* 2016;36:371–86.
- 53) *Carlsen LN, Munksgaard SB, Jensen RH, Bendtsen L.* Complete detoxification is the most effective treatment of medication-overuse headache: A randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia* 2018;38(2):225-36.
- 54) *Rabe K, Pageler L, Gaul C i sur.* Prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2013;33:202-7.
- 55) *Taghdiri F, Togha M, Jahromi SR, Paknejad SMH.* Celecoxib vs prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a randomized, double-blind clinical trial. *Headache* 2015;55:128–35.
- 56) *Cevoli S, Giannini G, Favoni V i sur.* Treatment of withdrawal headache in patients with medication over-use headache: a pilot study. *J Headache Pain* 2017;18(1):56.

- 57) *Paolucci M, Altamura C, Brunelli N i sur.* Methylprednisolone plus diazepam i.v. as bridge therapy for medication overuse headache. *Neurol Sci* 2017;38(11):2025-9.
- 58) *González-Hernández A, Marichal-Cancino BA, MaassenVanDenBrink A, Villalón CM.* Side effects associated with current and prospective antimigraine pharmacotherapies. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2018;14(1):25-41.
- 59) *Rossi P, Jensen R, Nappi G, Allena M.* A narrative review on the management of medication overuse headache: the steep road from experience to evidence. *J Headache Pain* 2009;10:407-17.
- 60) *Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ i sur.* EFNS guidelines on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009;16(9):968-81.
- 61) *Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J.* EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010;17:1318-25.
- 62) *Rossi P, Faroni JV, Tassorelli C, Nappi G.* Advice alone versus structured detoxification programmes for complicated medication overuse headache (MOH): a prospective, randomized, open-label trial. *J Headache Pain* 2013;14(1):10.
- 63) *Grande RB, Aaseth K, Benth JS, Lundqvist C, Russell MB.* Reduction in medication-overuse headache after short information. The Akershus study of chronic headache. *Eur J Neurol* 2011;18:129–37.
- 64) *Negro A, Curto M, Lionetto L, Guerzoni S, Pini LA, Martelletti P.* A Critical Evaluation on MOH Current Treatments. *Curr Treat Options Neurol* 2017;15:19:32.
- 65) *Zeeberg P, Olesen J, Jensen R.* Probable medication-overuse headache: the effect of a 2 month drug-free period. *Neurology* 2006;66:1894–8.

- 66) *Zidverc-Trajkovic JJ, Pekmezovic T, Jovanovic Z i sur.* Long-term predictors of remission in patients treated for medication-overuse headache at a specialized headache center: A prospective cohort study. *Cephalalgia* 2018;38:265-73.
- 67) *Yan Z, Chen Y, Chen C, Li C, Diao X.* Analysis of risk factors for medication-overuse headache relapse: a clinic-based study in China. *BMC Neurol* 2015;15:168.
- 68) *Gaul C, Bromstrup J, Fritsche G, Diener HC, Katsarava Z.* Evaluating integrated headache care: a one-year follow-up observational study in patients treated at the Essen headache centre. *BMC Neurol* 2011;11:124.
- 69) *Gaul C, Liesering-Latta E, Schäfer B, Fritsche G, Holle D.* Integrated multidisciplinary care of headache disorders: A narrative review. *Cephalalgia* 2016;36:1181-91.
- 70) *Gratacòs M, González JR, Mercader JM, de Cid R, Urretavizcaya M, Estivill X.* Brain-derived neurotrophic factor Val66Met and psychiatric disorders: meta-analysis of case-control studies confirm association to substance-related disorders, eating disorders and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2007;61:911–22.
- 71) *Evers S, Jensen R.* Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol* 2011;18:1115-21.
- 72) *Rossi P, Faroni JV, Nappi G.* Medication overuse headache: predictors and rates of relapse in migraine patients with low medical needs. A 1-year prospective study. *Cephalalgia* 2008;28:1196–200.
- 73) *Katsarava Z, Limmroth V, Finke M, Diener H, Fritsche G.* Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: a 1-year prospective Study. *Neurology* 2003;60:1682-3.
- 74) *Katsarava Z, Muessig M, Dzagnidze A, Fritsche G, Diener H, Limmroth V.* Medication overuse headache: rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005;25:12-5.

- 75) *Ghiotto N, Sances G, Galli F i sur.* Medication overuse headache and applicability of the ICHD-II diagnostic criteria: 1-year follow-up study (Care I Protocol). *Cephalalgia* 2009;29:233-43.
- 76) *Brune K, Renner B, Tiegs G.* Acetaminophen/paracetamol: A history of errors, failures and false decisions. *Eur J Pain* 2015;19(7):953-65.
- 77) *Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ.* Temeljna i klinička farmakologija. U: Schumacher MA, Basbaum AI, Way WL, ur. Opioidni analgetici i antagonisti. U: Furst DE, Ulrich RW, Varkey-Altamirano C, ur. Nesteroidni protuupalni lijekovi. 11. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. Str. 531-43, 621-9.
- 78) *Johnson JL, Hutchinson MR, Williams DB, Rolan P.* Medication overuse headache and opioid-induced hyperalgesia: A review of mechanisms, a neuroimmune hypothesis and a novel approach to treatment. *Cephalalgia* 2013;33:52-64.
- 79) *Belanger S, Ma W, Chabot J, Quirion, R.* Expression of calcitonin gene-related peptide, substance p and protein kinase c in cultured dorsal root ganglion neurons following chronic exposure to mu, delta and kappa opiates. *Neuroscience* 2002;115:441-53.
- 80) *Ćoso V, Rajić Z, Zorc B.* Inhibitori ciklooksigenaze i lipooksigenaze kao lijekovi. *Farm Glas* 2009;65:499-512
- 81) *Mallet C, Daulhac L, Bonnefont J i sur.* Endocannabinoid and serotonergic systems are needed for acetaminophen-induced analgesia. *Pain* 2008;139:190-200.
- 82) *Supornsilpchai, W., Le Grand, S. and Srikiatkachorn, A.* Cortical hyperexcitability and mechanism of medication-overuse headache. *Cephalalgia* 2010;30:1101-9.
- 83) *Ferrari A, Tiraferri I, Palazzoli F i sur.* Hair analysis to monitor abuse of analgesic combinations containing butalbital and propyphenazone. *J Pharm Biomed Anal* 2015;115:576-9.

84) *Chagas OF, Éckeli FD, Bigal ME, Silva MO, Speciali JG.* Study of the use of analgesics by patients with headache at a specialized outpatient clinic (ACEF). *Arq Neuropsiquiatr* 2015;73(7):586-92.

14. ŽIVOTOPIS

Zlatko Hucika je rođen 02. veljače 1985. godine u Varaždinu. Od 1991. godine pohađao je osnovnu školu „Vladimir Nazor“ u Hrašćini-Trgovišću, a nastavio dalje srednju medicinsku školu u Varaždinu od 1999.-2003. godine. Odmah potom je upisao Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci gdje je u roku (od 2003.-2009. godine) završio sve fakultetske obaveze. Fakultativno, bio je demonstrator na Zavodu za patologiju. Godine 2009. je u Općoj bolnici Zabok krenuo s 1-godišnjim stažom, a odmah potom 2010.g. i položio državni ispit. Od 2011. -2012.godine nastavio je raditi u istoj Ustanovi kao liječnik- sekundarac nakon čega je 2012. godine krenuo na specijalizaciju iz kliničke neurologije. 2017. godine postaje specijalist neurolog za OB Zabok i bolnici hrvatskih veterana u kojoj do danas i radi. Aktivno se služi engleskim jezikom u govoru i pismu. U 3 navrata do sada certificiran i recertificiran o dobroj kliničkoj praksi (za potrebe kliničke studije). Sudjelovao je kao ispitivač u 3 kliničke studije o Alzheimerovoj bolesti. 2014. godine objavio je prikaz slučaja u časopisu „Interv. Neuroradiology“ pod naslovom: „Endovascular treatment of internal carotid pseudo-aneurysm presenting with epistaxis“. A case report“. 2015. godine sudjelovao je na 1. europskom kongresu Europske neurološke Akademije (EAN) u Berlinu u Njemačkoj sa sažetkom rada: „Endovascular treatment for dural arteriovenous fistula-clinical experience“. Od 2017. godine član je uredništva za recenziju radova u 3 časopisa: „Crimson Publishers-Techniques in Neurosurgery & Neurology“ i „ECronicon Neurology (ECNE)“ i „Redelve International Publication“. 2018. godine sudjelovao je na međunarodnom tečaju pod naslovom „Intermediate Course in Transplant Procurement Management (TPM)- Croatia“. 2018. godine uspješno je završio edukaciju iz neurosonologije (CDFI karotida i VA+ TCD VB sliva) u KBC Sestre milosrdnice. 2019. godine objavio je prikaz slučaja pod naslovom „A Case Report of Atypical Presentation and Management of the Leptomeningeal Carcinomatosis“ u časopisu ECneurology. Također, 2019. godine kao i 2020. godine aktivno sudjeluje u izradi smjernica za akutno liječenje (tromboliza) moždanog udara za Hrvatsku u

suradnji s Referentnim centrom za intenzivnu neurologiju i endovaskularno liječenje moždanog udara i krvožilnih malformacija CNS-a Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske. U ovoj 2020. godini uspješno je završio edukaciju je iz kliničke elektroencefalografije u Klinici za neurologiju KBC Zagreb.

Posebni interes u neurologiji pokazuje u području glavobolja i vrtoglavica.