

Migrena

niełatwe leczenie powszechnej choroby

Migraine – difficult treatment of a common disease

lek. med. Bartłomiej Kulesza¹, Piotr Kulesza², Monika Kulig², dr n. med. Jacek Kulesza³

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej UM w Lublinie

² student Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu, Oddział Neurochirurgii

PDF TEXT lekwpolsce.pl

Oddano do publikacji: 23.02.2015

Słowa kluczowe: migrena, objawy, leczenie doraźne, leczenie profilaktyczne.

Streszczenie: Migrena to schorzenie obejmujące grupę kilku zespołów, które charakteryzują się napadowymi bólami głowy. Najczęstszym podtypem jest migrena bez aury. Z powodu migrenowych bólów głowy cierpi do 18% populacji, głównie kobiety. Patomechanizm migreny nie jest jeszcze do końca poznany. Leczenie jest trudne i nie zawsze daje dobre wyniki. W leczeniu doraźnym stosuje się głównie leki przeciwbólowe, tryptany oraz alkaloidy sporyszu, natomiast w zapobieganiu napadom migreny – β -bloker i leki przeciwpadaczkowe. Istnieją również niefarmakologiczne metody leczenia, które mogą okazać się skuteczne w niektórych przypadkach.

Key words: migraine, symptoms, acute treatment, preventive treatment.

Abstract: Migraine is a medical condition involving a few subclasses manifesting as seizure headaches. The most common subtype is a migraine without aura. Up to 18% of the population, mostly women, suffer from migraine headaches. Pathomechanism of migraine have not been recognized and detected yet. Treatment is difficult and does not always give good results. Acute treatment of migraine attack is based on analgesics, triptans and ergotamine administration however, in preventive treatment – β -blockers and antiepileptic drugs are used. There are also drug-free treatment methods that may be effective in some cases.

Wprowadzenie

Migrena to schorzenie obejmujące grupę kilku zespołów, wśród których należy wspomnieć o migrenie z aurą i migrenie bez aury. Najczęstszym podtypem bólu migrenowego jest migrena bez aury, przewlekła choroba objawiająca się atakami bólu głowy. Rozpoznanie opiera się głównie na rzetelnym wywiadzie choroby. Badania diagnostyczne służą jedynie wykluczeniu innych przyczyn przewlekłych bólów głowy [1,2].

Epidemiologia

Migrena jest schorzeniem o szerokim rozpowszechnieniu, odmiennym w różnych krajach, od 1,5% do 18% populacji. Kobiety chorują dwu-, a nawet trzykrotnie częściej niż mężczyźni. Migrena może pojawić się w każdym wieku, ale zaobserwowano wzrost zapadalności w średnim wieku. Średnia częstość napadów migrenowych wśród chorych wynosi jeden lub dwa na miesiąc; najczęściej napady występują w grupie młodych dorosłych [1,3].

Objawy i obraz kliniczny

Typowo wyróżnia się pięć faz napadu migrenowego bólu głowy. Są to:

1. Faza zwiastunów.
2. Aura.
3. Faza bólu głowy.
4. Faza ustępowania bólu.
5. Faza ponapadowa.

Do *objawów zwiastunowych* należą: pobudzenie, zaburzenia koncentracji, nawracające ziewanie, specyficzne zachcianki na niektóre potrawy i odczuwalna sztywność karku.

Typowo *aura* objawia się odwracalnymi objawami ogniskowymi, takimi jak zaburzenia widzenia, uczucia, mowy i motoryki.

W przypadku migreny bez aury występuje *napad bólu głowy* bez dodatkowych objawów. Najczęściej ból ma charakter jednostronny, pulsujący, rozpoczynający się w okolicy potylicy i nasilający się w trakcie aktywności fizycznej. Podczas napadu migrenowego mogą pojawić się objawy nadwrażliwości (fotofobia, fonofobia) oraz nudności i wymioty. Faza bólu głowy zazwyczaj mieści się w przedziale 4-72 godz., choć nie jest to reguła. Ból głowy następnie „wygasa” w ciągu kilku godzin.

W okresie *międzynapadowym*, w fazie *ponapadowej* bólów głowy, obserwuje się u pacjentów zaburzenia czasu reakcji oraz deficyty uwagi, pamięci, reakcji wzrokowo-motorycznej [1,4,5].

Patomechanizm

Choć migrenowe bóle głowy w sposób istotny wpływają na jakość życia chorych, powodując znaczne ograniczenie w funkcjonowaniu, to nadal czynniki spustowe i sama kaskada zjawisk w patomechanizmie migreny nie są jeszcze do końca poznane. Istnieją różne przy-

puszczalne teorie, opisujące mechanizm powstawania migrenowego bólu głowy. Należą do nich teorie: naczyniowa, neuronalna, zapalenia tkanki nerwowej, biochemiczna i ośrodkowa [6].

Leczenie migreny

LECZENIE DORAŻNE

W doraźnym leczeniu bólów migrenowych stosuje się: leki przeciwbólowe, tryptany i alkaloidy sporyszu. Nie ma jednej właściwej strategii leczenia migrenowych bólów głowy. Należy poinformować pacjenta o różnych opcjach leczenia, zaproponować ich wypróbowanie i dobrać leczenie, opierając się na skuteczności i preferencjach konkretnego pacjenta.

Częste stosowanie głównie leków przeciwbólowych, jak i tryptanów oraz alkaloidów sporyszu może powodować bóle głowy. Dlatego stwarza to problem kliniczny, czy dany ból głowy jest wywołany następnym napadem migreny, czy zastosowanym leczeniem [1,7,8].

LEKI PRZECIWBÓLOWE

Leki przeciwbólowe są lekami pierwszego rzutu w łagodnym i umiarkowanym napadzie migreny. Skuteczne okazują się leki takie jak: niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), m.in. kwas acetylosalicylowy (ASA), ibuprofen, naproksen, diklofenak; z innych leków przeciwbólowych – paracetamol, w tym także preparat złożony zawierający ASA, paracetamol i kofeinę oraz pyralginę. W przypadku ciężkiego napadu migreny podaje się dożylnie ASA.

Paracetamol jest jedynym dopuszczalnym lekiem u kobiet w okresie całej ciąży. NLPZ można stosować w II trymestrze ciąży, dopuszczalne jest również ich stosowanie w I trymestrze ciąży. Paracetamol i ibuprofen mają udokumentowaną skuteczność w przypadku napadu migreny u dzieci i młodzieży [7,9].

TRYPTANY

Tryptany, wybiórczy agoniści podtypów 1B/1D receptora serotoninowego, są skuteczne u chorych, u których nie nastąpiła poprawa po przyjęciu NLPZ. Leki te powinny być zażywane bezpośrednio po wystąpieniu bólu głowy, wtedy wykazują największą skuteczność [7,10]. W przypadku braku poprawy po podaniu jednego preparatu, można z powodzeniem zastosować inny z tej grupy leków. Najszybsze działanie wykazuje sumatryptan wstrzyknięty podskórnie albo ryzatryptan i eletryptan przyjęte doustnie. Naratryptan i frowatryptan działają najwolniej, ale ryzyko nawrotu bólu głowy po ich zastosowaniu jest najmniejsze. Połączenie leków przeciwbólowych i tryptanów wykazuje większą skuteczność niż monoterapia [1,7,11].

Tryptany mają również zastosowanie w leczeniu doraźnym stanu migrenowego, w migrenie miesiączkowej i migrenie u dzieci i młodzieży [7,9]. Tryptany są przeciwwskazane w ciąży, jednak można rozważyć ich zastosowanie w I trymestrze ciąży, jeśli ciężki napad bólu głowy z wymiotami stanowi większe zagrożenie dla płodu niż potencjalne niekorzystne działanie tryptanu. Przeciwwskazania do stosowania tryptanów stanowią: źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, choroba Raynauda, przebyty udar niedokrwienny mózgu, ciężka niewydolność wątroby lub nerek, ciąża i karmienie piersią [7].

LEKI PRZECIWWYMIOTNE

Stosowanie leków przeciwwymiotnych w napadach migreny ma na celu opanowanie nudności i wymiotów. Leki te poprawiają wchłanianie leków przeciwbólowych [7].

ALKALOIDY SPORYSZU

Stosowanie alkaloidów sporyszu może okazać się szczególnie skuteczne u chorych, u których ból migrenowy trwa długo i zwykle nawra-

ca. Przeciwwskazania do stosowania alkaloidów sporyszu stanowią: choroba wieńcowa, choroba naczyń mózgowych [1,7]. Alkaloidy sporyszu wobec wprowadzenia nowych leków (tryptany) tracą na znaczeniu, ze względu na liczne działania niepożądane, możliwość zatruc i interakcji. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: zaostrzenie schorzeń układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnienie tętnicze, zwężenie naczyń obwodowych – choroba Raynauda, niewydolność naczyń mózgowych), niewydolność nerek, poplekowe bóle głowy, nudności, wymioty, parestezje.

Ciąża i karmienie piersią są także przeciwwskazane w leczeniu alkaloidami sporyszu.

LECZENIE PROFILAKTYCZNE

Lekami z wyboru w zapobiegawczym leczeniu migreny są:

- β -blokery – metoprolol lub propranolol
- flunaryzyna
- leki przeciwpadaczkowe – kwas walproinowy lub topiramate

U pacjentów z depresją, zaburzeniami snu lub częstymi napięciowymi bólami głowy zaleca się amitryptylinę.

W czasie ciąży jedynymi zalecanymi lekami są magnez i metoprolol [7,12].

Leczenie profilaktyczne uważa się za skuteczne, jeżeli częstość napadów zmniejsza się o 50% w ciągu 3 miesięcy. Tylko u około połowy pacjentów leczenie profilaktyczne daje efekty. Ważnym elementem oceny skuteczności leczenia zapobiegawczego jest prowadzenie dzienniczka objawów u pacjenta [1].

Profilaktyka nefarmakologiczna

Leczenie nefarmakologiczne należy rozważyć w przypadku, gdy leczenie farmakologiczne zawodzi, jest mało efektywne i nie spełnia oczekiwań pacjenta. Leczenie to można stosować

wać w monoterapii, jak również w połączeniu z przyjmowaniem leków.

Ważnym postępowaniem warunkującym poprawę jest zmiana stylu życia, polegająca na unikaniu czynników wywołujących napady bólu, m.in. dbanie o odpowiednią ilość snu.

Pomocne mogą okazać się terapie behawioralne: techniki relaksacyjne, terapia kognitywno-behawioralna oraz biofeedback.

Również metody fizykoterapii, jak akupunktura, masaże, ćwiczenia postawy, ćwiczenia karku, chiropraktyka oraz inne zabiegi manualne dotyczące kręgosłupa, mogą przynieść ulgę pacjentom [1,13].

- pared to treated. Cephalalgia. 2006; 26: 712-721.
6. Zgorzalewicz M. Patomechanizm migrenowych bólów głowy. Neurologia Dziecięca. 2005; 14 (28): 7-14.
 7. Evers S, Áfra J, Frese Ai wsp. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. European Journal of Neurology 2009; 16: 968-981.
 8. Wysocka-Bąkowska M. Leczenie doraźne migreny. Lek w Pol. 2014; 3:35-46.
 9. Boćkowski L, Sendrowski K, Śmigielska-Kuzia J. Doraźne leczenie napadów migrenowych i stanu migrenowego u dzieci i młodzieży. Neurol. Dziec. 2011; 20, 41: 81-87.
 10. Olesen J, Diener H, Schoenen J. I wsp. No effect of eletriptan administration during the aura phase of migraine. Eur. J. Neurol. 2004; 11: 671-677.
 11. Stępień A. Bóle głowy. Diagnostyka i leczenie. Wyd I. Lublin: Wydawnictwo Czelej;2004.
 12. Stępień A. Patofizjologia i możliwości leczenia migreny. Medipress. Psychiat. Neur. 2000; 4 (1):28-39.
 13. Marcus D, Schar L, Mercer S i wsp. Nonpharmacological treatment of migraine: incremental utility of physical therapy with relaxation and thermal feedback. Cephalalgia. 1998; 18: 266-272.

lek. med. Bartosz Kulesza
kuleszabartek88@gmail.com

Podsumowanie

Leczenie doraźne i profilaktyczne migreny nadal sprawia wiele trudności. Nie ma jednej skutecznej strategii postępowania w tej jakże powszechnej chorobie. Dlatego istotne jest poinformowanie pacjenta o różnych opcjach leczenia i dobór takich leków, które okażą się skuteczne i będą dobrze tolerowane przez chorego.

W leczeniu doraźnym stosuje się głównie leki przeciwbólowe, tryptany oraz (coraz rzadziej) alkaloidy sporyszu, natomiast w zapobieganiu napadom migreny – β -blokery i leki przeciwpadaczkowe.

W przypadku braku zadowalających efektów leczenia można rozważyć skojarzenie farmakoterapii z metodami nefarmakologicznymi. © P

Piśmiennictwo:

1. Linde M. Migrena: współczesne kierunki leczenia. Polski Przegląd Neurologiczny. 2008; supl. C: C1-C13.
2. Linde M, Dahlöf C. Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs. A nation-wide, population-based survey in Sweden. Cephalalgia. 2004; 24: 455-465.
3. Stępień A, Prusiński A, Suwalac A. Wybrane dane epidemiologiczne występowania migreny w Polsce. Ból. 2003, Tom 4, Nr 3.
4. Gin N, Ruggiero L, Lipton R. i wsp. Premonitory symptoms in migraine. An electronic diary study. Neurology. 2003; 60: 935-940.
5. Linde M, Mellberg A, Dahlöf C. The natural course of migraine attacks. A prospective analysis of untreated attacks com-