

Migrena — rozpoznanie i leczenie

STRESZCZENIE

Migrena jest jednym z najczęstszych samoistnych bólów głowy, objawiających się napadowo. Aby dobrze ją leczyć, trzeba przede wszystkim właściwie rozpoznać typ bólu głowy, objawy towarzyszące oraz choroby współistniejące. Nie ma specyficznych badań lub testów potwierdzających rozpoznanie migreny. Dlatego podstawę rozpoznania stanowi właściwie zebrany wywiad i analiza zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości. W niniejszej pracy przedstawiono podstawy rozpoznania, zasady leczenia doraźnego oraz profilaktycznego migreny.

słowa kluczowe: migrena, objawy, leczenie

Migrena jest najczęściej spotykanym samoistnym bólem głowy, który towarzyszy człowiekowi przez większą część jego życia. Migrena jest chorobą powszechną, częściej występuje u kobiet — 15–18% populacji w porównaniu z 6–8% chorujących mężczyzn [1, 2]. Choroba ta dotyczy głównie ludzi młodych, gdyż u 90% pacjentów pierwszy napad pojawia się przed 40. rokiem życia. Występowanie pierwszego ataku migreny po 50. roku życia jest rzadkie, jednak można odnotować ją w tym wieku u ponad połowy chorych.

Znamienne cechy migreny to:

- jednostronny (ale nie zawsze) ból trwający 4–72 godziny;
- nudności, wymioty;
- nadwrażliwość na światło, hałas, zapachy;
- zaburzenia wegetatywne.

Ból głowy jest podstawowym objawem choroby. Pojawia się on w postaci napadu i trwa od kilku do kilkudziesięciu godzin.

Czasami po ustąpieniu jednego napadu pojawia się następny, czasem zaś przerwa trwa przez kilka dni, tygodni, a nawet miesięcy. W swoim przebiegu migrena może ulec transformacji w codzienne bóle głowy lub może współistnieć z bólem głowy typu napięciowego [1, 3]. Umieszczenie bólu jest dość znamienne. W typowych przypadkach ból jest zwykle jednostronny, zwykle lokalizuje się za gałką oczną, w czole i w skroni. Bywa również obustronny lub naprzemienny, raz po jednej i raz po drugiej stronie głowy. U tej samej osoby umiejscowienie może być różne w każdym napadzie. Natężenie bólu jest zazwyczaj dość duże. Ból czasami jest tak silny, że wyłącza chorego z codziennego życia. Ból jest typowy dla pochodzenia naczyniowego. Jest pulsujący wraz z tętnem pacjenta, często ma charakter rozpierający lub rwący.

Objawy towarzyszące są bardzo różne, ale zawsze obecne, co jest znaną cechą migreny.

Hanna Wójcik-Drażkowska,
Małgorzata Bilińska,
Walenty Nyka

Klinika Neurologii Dorosłych Akademii
Medycznej w Gdańsku



**U 90% pacjentów
pierwszy napad pojawia
się przed 40. rokiem życia**

Adres do korespondencji:

dr Hanna Wójcik-Drażkowska
Klinika Neurologii Dorosłych
Akademia Medyczna w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80–212 Gdańsk
tel.: (058) 349 23 00/14
faks: (058) 349 23 20
e-mail: neuroamg@amg.gda.pl

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1897–3590

Najczęstszym objawem aury migrenowej są zaburzenia wzrokowe

Pierwszy napad migreny należy różnicować przede wszystkim z krwotokiem podpajęczynówkowym, krwotokiem śródmózgowym, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu

W czasie bólu występują nudności, wymioty, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne (wzrokowe, słuchowe, czuciowe). Chory izoluje się od otoczenia, chętnie przebywa w ciemnym pomieszczeniu. Dość często bólowi towarzyszą zawroty głowy [2, 4].

Przebieg napadu w typowych przypadkach jest trójfazowy:

- objawy występujące przed napadem
 - aura;
 - napad bólu głowy;
 - wyczerpanie, senność, spowolnienie.

Niekiedy pacjenci odczuwają objawy zwiastunowe poprzedzające napad migreny o dzień lub kilka dni. Są to najczęściej: zaburzenia nastroju, apetytu lub koncentracji [1, 2, 5, 6]. Objawy neurologiczne poprzedzające ból głowy nazywa się aurą. Najczęstszym objawem aury migrenowej są zaburzenia wzrokowe (zygzakowate cienie w polu widzenia, mroczki lub ubytki w polu widzenia), ale mogą również występować: drętwienie połowicze, niedowład połowiczny, afazja i inne objawy ubytkowe. Ich charakterystyczną cechą jest ustępowanie i związek z napadem bólu głowy, który pojawia się po ich ustąpieniu. Choroba zaczyna się zwykle w młodym wieku lub w dzieciństwie i trwa całe życie, jednak intensywność i nasilenie objawów może się zmieniać. Na ogół słabnie w wieku dojrzałym i starszym.

ROZPOZNANIE MIGRENY

Rozpoznanie migreny opiera się na kryteriach klinicznych, opracowanych przez Komitet Klasyfikacji Bólów Głowy Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy, które przedstawiono w tabeli 1. Typowy, charakterystyczny wywiad oraz brak odchyłeń w badaniu neurologicznym pozwalają na rozpoznanie migreny.

Pierwszy napad migreny należy różnicować przede wszystkim z krwotokiem podpajęczynówkowym, krwotokiem śródmózgowym, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

Tabela 1

Kryteria diagnostyczne migreny [6, 7]

Migrena bez aury (migrena zwykła)

- Wystąpienie co najmniej 5 napadów
- Napad trwa od 4 do 72 godzin
- Napad ma przynajmniej 2 z wymienionych cech:
 - 1 — ból jednostronny
 - 2 — pulsujący charakter bólu
 - 3 — średnie lub znaczne nasilenie bólu
 - 4 — wysiłek fizyczny nasila ból
- W czasie napadu występują nudności i/lub wymioty, światłowstręt, nadwrażliwość na hałas

Migrena z aurą

- Wystąpienie co najmniej 2 napadów
- Obecność co najmniej 3 wymienionych cech:
 - 1 — przynajmniej jeden objaw odpowiadający aurze
 - 2 — czas narastania aury dłuższy niż 4 minuty
 - 3 — czas trwania aury nie dłuższy niż 60 minut
 - 4 — ból głowy po aurze w czasie nie dłuższym niż 60 minut

Rzadziej zachodzi konieczność różnicowania z innymi rodzajami bólów głowy. Badania pomocnicze, takie jak metody neuroobrazowania (tomografia komputerowa, magnetyczny rezonans jądrowy), elektroencefalografia, potencjały wywołane i ocena przepływu mózgowego (SPECT, *single photon emission-computed tomography*), nie wnoszą nic nowego w rozpoznaniu migreny. Bywają jednak czasem nieodzowne w różnicowaniu pierwszego w życiu napadu migreny z innymi procesami chorobowymi i w rozpoznaniu migreny z aurą porażenną, przedłużoną lub powikłaniami migreny [2, 5].

Rozpoznanie migreny może być ustalone przez lekarza pierwszego kontaktu, po konsultacji neurologa. W wątpliwych przypadkach, niepoddających się terapii, należy skierować pacjenta do poradni specjalistycznej.

W przypadku podejrzenia krwotoku śródmózgowego bądź zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu pacjenta należy niezwłocznie przewieźć na oddział neurologiczny.

Wielokrotnie zasadniczym powodem zgłoszenia się pacjentów z migreną do lekarza jest obawa, że napady bólów głowy są spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu. Dopiero na drugim miejscu jest chęć uzyskania pomocy w uwolnieniu się od bólu. Dość częstym błędem popełnianym przez lekarzy jest kierowanie chorych z migreną na kosztowne badania oraz wykonywanie zdjęć czaszki i kręgosłupa szyjnego w typowych przypadkach migreny [1, 2].

LECZENIE MIGRENY

Leczenie migreny w dużej mierze opiera się na doświadczeniu klinicznym, jednak podstawowe znaczenie ma prawidłowo postawiona diagnoza zgodna z kryteriami Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy. Konieczna jest także ścisła współpraca lekarza z chorym oraz wzajemne zaufanie. Ze względu na przewlekły charakter choroby istotna jest kontrola, czy pacjent nie nadużywa leków oraz czy nie występują objawy niepożądane po ich stosowaniu. Zawsze należy wyjaśnić istotę choroby i uspokoić chorego. Napady migreny mogą być wywoływane przez pewne czynniki prowokujące, na przykład pokarmy lub niewłaściwy tryb życia, dlatego należy pamiętać, że czasami wystarcza eliminacja czynników prowokujących. W tabeli 2 przedstawiono najczęstsze czynniki prowokujące napad migreny.

Tabela 2

Czynniki prowokujące napad migreny [2, 3]

- Stres i odprężenie po stresie
- Pokarmy (m.in. czekolada, nabiał, kakao, alkohol, owoce, śledzie, tłuste potrawy)
- Wahania poziomów hormonów
- Sen (zbyt długi lub zbyt krótki)
- Zmęczenie, wysiłek
- Leki (m.in. estrogeny)
- Gwałtowne zmiany pogody
- Pobyt na dużych wysokościach
- Głód
- Jasne światło

Leczenie ma dwa cele: **pierwszy to przerwanie napadu choroby (zniesienie bólu), drugi to zapobieganie wystąpieniu napadu.**

Przerwanie napadu migreny jest najwłaściwszym sposobem postępowania w przypadkach, gdy napady występują rzadko. Wybrany lek należy podać na początku napadu lub, jeżeli jest to możliwe, w czasie aury, gdyż w fazie rozwiniętego bólu skuteczność zastosowanego leku może być znacznie mniejsza. Dobór właściwego oraz skutecznego leku nie zawsze jest łatwy i potrzeba niejednokrotnie wielu prób, zanim nastąpi pożądaný efekt terapeutyczny. W tabeli 3 przedstawiono leki zalecane w leczeniu napadu migreny.

Tabela 3

Leki zalecane w leczeniu napadu migreny [2, 8, 9]

Nazwa leku	Dawka jednorazowa [mg]
Kwas acetylosalicylowy	900–1000
Naproksen	550–1100
Diklofenak	50–100
Ibuprofen	1200–1800
Ketoprofen	100–200
Ergotamina	1–2
Dihydroergotamina	1–2
Sumatriptan	50–100
Zolmitriptan	2,5–5
Rizatriptan	5–10
Naratriptan	2,5
Eletryptan	40–80
Almotryptan	12,5



Leczenie ma dwa cele: pierwszy to przerwanie napadu choroby (zniesienie bólu), drugi to zapobieganie wystąpieniu napadu

Popularnym lekiem od wielu lat jest **kwas acetylosalicylowy**. Jego korzystne działanie wiąże się z hamowaniem cyklooksygenazy i następowym blokowaniem syntezy prostaglandyn i tromboksanu. W napadzie migreny zaleca się formę rozpuszczalną w jedno-razowej dawce 1000 mg, w połączeniu z lekiem przeciwwymiotnym (np. z 10 mg **metoklopramidu**).

Niesteroidowe leki przeciwzapalne to duża grupa różnych środków farmakologicznych stosowanych w przerywaniu napadów migreny. Spośród nich zastosowanie znalazły pochodne kwasu fenylopropionowego (np. naproksen), kwasu indolooctowego (np. indometacyna), pochodne kwasu aminofenylooctowego (m.in. diklofenak) i inne [5, 10]. Na rynku farmaceutycznym dostępnych jest też wiele preparatów, będących połączeniem leku przeciwbólowego z kodeiną, kofeiną, barbituranami itp.

Ergotamina i inne pochodne sporyszu mają ugruntowaną pozycję w leczeniu napadu migreny. Ergotamina przez wiele lat była uważana za najlepszy lek doraźny, jednak wywołuje sporo objawów niepożądanych, gdyż jej działanie wiąże się ze zwężeniem naczyń obwodowych i wieńcowych. Ponadto podczas długotrwałego stosowania sama powoduje przewlekłe bóle głowy „z odbicia”. Istnieje wiele preparatów w różnych postaciach (tabletek, czopków, ampułek oraz inhalatorów) zawierających ergotaminę. Dobowa dawka leku nie powinna przekraczać 2–4 mg, a maksymalna dawka miesięczna — 16 mg. Podczas jednego napadu dawka leku nie powinna być większa niż 2 mg. Preparatami tymi nie zaleca się leczenia więcej niż 6 napadów w miesiącu [2, 5, 10]. Należy pamiętać, że ergotaminy nie należy stosować w trakcie aury, a dopiero w momencie wystąpienia bólu.

W przypadku przedłużającego się napadu można stosować **steroidy i neuroleptyki**.

Wprowadzenie do terapii **tryptanów** (agonistów receptorów 5-HT_{1b/d}) było

znacznym postępem w leczeniu napadu migreny. Ich działanie w migrenie wiąże się ze zwężeniem naczyń mózgowych i hamującym wpływem na uwalnianie neuropeptydów z zakończeń włókien nerwowych umiejscowionych w oponie twardej [8, 10]. Mają także zdolność hamowania przewodnictwa czuciowego w obrębie pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego. Tryptany wpływają skutecznie nie tylko na dolegliwości bólowe, ale także na objawy towarzyszące migrenie: nudności, wymioty oraz światłowstręt. Cechują się dużą skutecznością terapeutyczną zarówno we wczesnej, jak i późniejszej fazie napadu. Objawy niepożądane leków tej grupy są łagodne i zwykle ustępują samoistnie. Najczęściej obserwuje się: nudności, zawroty głowy, astenię oraz ból lub uczucie ściskania w klatce piersiowej. Leki te w niewielkim stopniu oddziałują na naczynia wieńcowe, tym niemniej nie należy stosować ich u osób z chorobą niedokrwienną serca. Podobnie jak preparaty ergotaminy, tryptany należy stosować w momencie wystąpienia bólu. Niewskazane jest przyjmowanie ich w czasie aury [8].

Wszystkie wyżej wymienione leki mogą okazać się skuteczne u jednych osób i całkowicie bez wpływu u innych, dlatego też w każdym przypadku należy uprzedzić chorego o konieczności cierpliwego dobierania odpowiedniego leku. Ogólnie przy doborze leku należy kierować się zasadą:

Lżejsze napady migreny mogą być skutecznie leczone niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi lub ergotaminą, napady silne wymagają jednak zastosowania swoistych leków przeciwmigrenowych najnowszej generacji.

LECZENIE PROFILAKTYCZNE

Leczenie profilaktyczne zaleca się u chorych z częstymi i silnymi bólami głowy, gdyż jego głównym zadaniem jest zredukowanie liczby napadów i ich złagodzenie. Leki stosowane w terapii napadu są najczęściej nieskuteczne



Podobnie jak preparaty ergotaminy, tryptany należy stosować w momencie wystąpienia bólu. Niewskazane jest przyjmowanie ich w czasie aury



Lżejsze napady migreny mogą być skutecznie leczone niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi lub ergotaminą, napady silne wymagają jednak zastosowania swoistych leków przeciwmigrenowych najnowszej generacji

Tabela 4

Wskazania do leczenia profilaktycznego migreny [10, 11]

- Trzy i więcej napadów migreny w miesiącu
- Napady o ciężkim lub wielodniowym przebiegu
- Napady niepoddające się doraźnym metodom leczenia
- Leczenie napadu migreny jest nieskuteczne
- Przedłużająca się aura migrenowa

w leczeniu zapobiegawczym i odwrotnie. Dlatego też zawsze należy zabezpieczyć chorego na wypadek migreny. Leczenie profilaktyczne w migrenie obejmuje zarówno farmakoterapię, jak i psychoterapię, fizykoterapię oraz leczenie uzdrowiskowe. Wskazania do leczenia profilaktycznego przedstawiono w tabeli 4.

Zasady leczenia profilaktycznego:

- należy wyeliminować czynniki mogące prowokować napad;
- pacjent powinien prowadzić dzienniczek napadów;

- leczenie rozpoczynać od małej dawki i stopniowo ją zwiększać;
- należy pouczyć chorego, aby zaniechał lub ograniczył przyjmowanie leków mogących wywołać bóle głowy.

Główne grupy leków stosowanych w zapobiegawczym leczeniu migreny przedstawiono w tabeli 5. Najczęściej leczenie profilaktyczne rozpoczyna się od **propranololu** w dawce 20 mg dziennie, stopniowo ją zwiększając. W przypadku braku poprawy lub niemożności stosowania propranololu włącza się **kwasy walproinowy**. Dawka 500 mg dziennie okazała się równie skuteczna jak wyższe, a obarczona jest mniejszymi objawami ubocznymi [10, 11]. Leki **trójpierścieniowe przeciwdepresyjne** są szczególnie polecane u osób cierpiących jednocześnie na migrenę i napięciowe bóle głowy. Skuteczne są również leki **β -adrenolityczne oraz flunarizyna**. Leczenie profilaktyczne można zakończyć wówczas, gdy bóle głowy ulegną redukcji i są dobrze kontrolowane, przy czym nie powinno ono trwać dłużej niż 9–12 miesięcy.

” Najczęściej leczenie profilaktyczne rozpoczyna się od propranololu w dawce 20 mg dziennie

Tabela 5

Grupy leków stosowanych w leczeniu profilaktycznym migreny [2, 10]

Nazwa leku	Dawka [mg/dobę]
Leki β-adrenolityczne	
Propranolol	120–180
Nadolol	20–80
Atenolol	50–150
Trójpierścieniowe trójcykliczne	
Amitryptylina	25–150
Imipramina	20–150
Doksepina	10–100
Leki przeciwpadaczkowe	
Kwas walproinowy	500–1500
Topiramát	75–100
Gabapentyna	1200–1800
Antagoniści wapnia	
Flunarizyna	5–10
Werapamil	120–240
Antagoniści serotoniny	
Metysergid	4–8
Inhibitory wychwyty serotoniny	
Fluoksetyna	20

PIŚMIENNICTWO

1. Prusiński A. (red.). Bóle głowy dla lekarzy praktyków. Alfa-medica press, Bielsko-Biała 1996; 9–40.
2. Mc Crory D.C., Matchar D.B., Gray R.N. i wsp. Rozpoznawanie i leczenie migreny w podstawowej opiece zdrowotnej. *Medycyna Praktyczna* 2000; 11: 1–23.
3. Stępień A. Patofizjologia i możliwości leczenia migreny. *Psychiatria-Neurologia* 2000; 4: 19–28.
4. Goatsby J.P. Recent advances in understanding migraine mechanisms, molecules and therapeutics. *Trends in Molecular Medicine* 2006; 13: 1.
5. Goatsby J.P. Migraine — current understanding and treatment. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346: 257–270.
6. Silberstein S.D. Migraine. *Lancet* 2004; 363: 381–391.
7. Stępień A. Nowa klasyfikacja bólów głowy Międzynarodowego Towarzystwa Bólu Głowy. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2004; 34: 255–256.
8. Prusiński A., Różniecki J. Tryptany w migrenie — tu i teraz (15 lat od wprowadzenia do terapii). *Neurol. Neurochir. Pol.* 2005; 39: 68–77.
9. Kozubski W. Sumamigren — polski tryptan w leczeniu napadów migreny: ocena skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leku w doraźnym leczeniu napadów migreny — wielośrodkowa próba otwarta. *Migrena* 2003; 2: 20–22.
10. Domitz I. Leczenie migreny. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2005; 39: 530–534.
11. Rapaport A.M., Bigal M.E. Migraine preventive therapy: current and emerging treatment options. *Neurol. Sci.* 2005; 26: 111–121.