

## Wprowadzenie i komentarz eksperta

Przekazywany do Państwa rąk suplement C „Polskiego Przeglądu Neurologicznego” jest poświęcony migrenie, a zwłaszcza ocenie skuteczności leczenia postaci przewlekłej lekiem przeciwpadaczkowym o nazwie topiramatem. Można odnieść wrażenie, że wyniki badań opublikowane w ostatnich latach niewiele nowego wnoszą do leczenia przewlekłych bólów głowy.

W pierwszym z publikowanych w niniejszym suplementcie artykułów, autorstwa Mattiasa Linde z Göteborga, przedstawiono najważniejsze dane dotyczące epidemiologii, patogenezы i metod leczenia migreny. Wiedza ogółu lekarzy na ten temat wciąż jest niedostateczna. Odnosi się to nie tylko do naszego kraju; podobna sytuacja panuje w całej Europie. Ma to przełamać deklaracja podpisana na kongresie IHS w Kioto w 2005 roku, w której sygnatariusze zobowiązują się do nadania walce z bólami głowy priorytetu w systemie opieki zdrowotnej. W Deklaracji Rzymskiej zaapelowano o zwiększenie wysiłku nad objęciem systematyczną opieką chorych z bólami głowy. Postulowano także udostępnienie opieki lekarskiej co najmniej połowie chorym z bólami głowy, którzy tego wymagają, oraz zapewnienie leczenia profilaktycznego 50% chorych z migreną przewlekłą. Uznawana obecnie za główną teorię patogenezы migreny zakłada, że zmiany naczyniowe są wtórne, a decydującą rolę odgrywają pobudzone przez nieznany czynnik neurony pnia mózgu. Wciąż jednak nie wiemy, czy ten czynnik, a może nieznane nam jeszcze białko, nie pochodzi z elementów morfotycznych układu naczyniowego. Uważam, że taka możliwość istnieje, ale rozstrzygnięcie tego problemu wymaga dalszych badań.

W krajach rozwiniętych wyraźnie wzrasta rozpoznawalność migreny. W niektórych badaniach pochodzących ze Stanów Zjednoczonych częstość występowania migreny u kobiet przekracza 20%, a u mężczyzn sięga 15%. Odsetki te są znacznie wyższe niż w krajach europejskich. Szacujemy, że w Polsce na migrenę choruje łącznie około 10% populacji. Dane te wskazują, że każdy lekarz spotyka w swojej codziennej praktyce wielu chorych z migreną. Zmusza to do ciągłego informowania o postępach, jakie dokonują się na tym polu medycyny.

Niestety, odsetek chorych na migrenę korzystających z opieki lekarskiej wciąż jest niewielki. Skutkuje to nadużywaniem zwykłych leków przeciwbólowych, które są dostępne praktycznie w każdym sklepie. Jest to zapewne jedna z najpoważniejszych przyczyn powstawania codziennych przewlekłych bólów głowy i migreny przewlekłej, których leczenie często jest nieskuteczne. Zawodzą zarówno farmakoterapia, jak i metody niestandardowe.

W kolejnych artykułach omawiano wyniki badań nad skutecznością topiramatu w leczeniu migreny przewlekłej. Topiramatem wprowadzono do leczenia przed kilku laty i szybko stał się jednym z najskuteczniejszych leków. W wielu krajach jest wymieniany na pierwszym miejscu wśród całej gamy innych związków stosowanych w leczeniu migreny. Pamiętam, gdy przed kilku laty, na jednym ze zjazdów Europejskiego Towarzystwa Bólów Głowy, dyskutowaliśmy o jego najskuteczniejszej dawce w leczeniu migreny przewlekłej. Koledzy z Niemiec i Stanów Zjednoczonych preferowali dawki większe, nawet 400 mg dziennie. Wraz z kilkoma innymi uczestnikami spotkania przekonywałem jednak, że w praktyce dawki mniejsze, do 200 mg dziennie, są równie skuteczne, a wywołują znacznie mniej objawów niepożądanych. Te spostrzeżenia zostały potwierdzone w późniejszych badaniach randomizowanych (m.in. prezentowanych w omawianym artykule). Obecnie najczęściej zaleca się dawkę 100 mg dziennie i u większości chorych jest ona wystarczająca. Kwestią nierozstrzygniętą pozostaje wybór skutecznego leku tak zwanego pierwszego rzutu; jak wynika z zamieszczonych artykułów, dotychczas takiego leku nie określono. O wyborze decyduje dokładna analiza korzyści nad objawami niepożądanymi (np. ubytek lub zwiększenie masy ciała). Leki przeciwpadaczkowe, które są obecnie często zalecane chorym na migrenę, nie mogą być odstawione nagle, zwłaszcza w przypadku stosowania większych dawek. Jest to problem rzadko poruszany, a chorzy na migrenę często nie wytrzymują wielomiesięcznego leczenia farmakologicznego i niejednokrotnie sami decydują o zaprzestaniu przyjmowania leków. Zatem chorych należy zawsze informować o zwią-

zanym z tym niebezpieczeństwem. W przypadku wątpliwości, czy chory będzie przyjmował leki przez wiele tygodni, bezpieczniej jest zalecić blokery kanałów wapniowych czy nawet leki przeciwdepresyjne w umiarkowanych dawkach.

Przedstawione przez Mattiasa Linde metody fizykoterapii u chorych z migreną (masaże, ćwiczenia postawy ciała, ćwiczenia karku, chiropraktyka oraz inne zabiegi manualne dotyczące kręgosłupa) budzą moje wątpliwości. Nigdy ich nie zalecałem i nie znam rzetelnych badań wykazujących ich skuteczność. W dużym badaniu przeprowadzonym przed kilku laty przez Dinnera dowiedziono, że akupunktura nie przynosi lepszych rezultatów niż placebo. Zatem uważam, że nie należy jej stosować i ludzi chorego, że nastąpi istotna poprawa.

Topiramate jest dobrym lekiem w terapii migreny, ale jak każdy inny lek ma on swoje ograniczenia. Świadczy o tym wysoki odsetek (blisko 50%) chorych, u których występują objawy niepożądane. Z tego powodu wymagana jest duża ostrożność w jego stosowaniu. Autorzy omawianego artykułu słusznie podkreślają korzyści płynące z podawania topiramatu, które polegają na zmniejszeniu częstości napadów migreny, poprawie jakości życia i funkcjonowania społecznego.

Mam nadzieję, że zamieszczone w suplemencie artykuły będą dla Czytelników interesujące, a zawarte w nich informacje okażą się przydatne w codziennej praktyce lekarskiej.

***prof. dr hab. med. Adam Stępień***  
***Klinika Neurologii, Wojskowy Instytut Medyczny***