



Ogólnoswiatowy Rok na Rzecz Ulgi w
Bólach Głowy
Październik 2011-Październik 2012

Migrena a zmiany hormonalne

Występowanie migreny u kobiet

Migrena jest głównie schorzeniem dotyczącym kobiet, które występuje u 1 na 5 kobiet i 1 na 13 mężczyzn w czasie ich wieku reprodukcyjnego. W dzieciństwie u chłopców i dziewcząt schorzenie występuje w równej mierze. W czasie dojrzewania, ilość przypadków migreny bez aury wzrasta u kobiet, a 10% do 20% kobiet ma pierwszy napad migreny w tym samym roku, w którym mają pierwszą menstruację. Przez okres reprodukcyjny menstruacja jest jednym z istotniejszych czynników ryzyka wystąpienia migreny bez aury. Okres pomenopauzalny wiąże się ze zmniejszeniem objawów migreny.

Skutki

Światowa Organizacja Zdrowia uważa migrenę jako wiodącą przyczynę wieloletniego życia z upośledzoną sprawnością, plasującą się na 12 miejscu u kobiet, w odróżnieniu z 19 pozycją u mężczyzn. Umiarkowana do ciężkiej niesprawność związana z migreną występuje u kobiet dwukrotnie częściej niż u mężczyzn wpływającą na obecność w szkole, w pracy, czynności domowe, uniemożliwiająca aktywność w życiu towarzyskim.

Migrena towarzysząca menstruacji

U około 50% do 60% kobiet chorujących na migrenę obserwuje się związek występowania migreny w czasie menstruacji. Ryzyko wystąpienia migreny bez aury wzrasta w czasie 5-dniowego okresu okołomiesiączkowego, który rozpoczyna się 2 dni przed początkiem i utrzymuje się przez 3 pierwsze dni menstruacji. W odróżnieniu do innych dni cyklu miesięczkowego kobiety ponad 70% częściej są podatne na wystąpienie migrenowego bólu głowy w ciągu dwóch dni przed początkiem menstruacji. Ryzyko wystąpienia migreny więcej niż podwaja się w czasie pierwszego dnia menstruacji i w ciągu następujących dwóch dni.

Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy rozróżnia dwa typy migreny menstruacyjnej:

- Związana z menstruacją migrena :migrena bez aury, która regularnie występuje w/lub pomiędzy -2 do +3 dniem menstruacji, z dodatkowymi napadami migreny z aura , lub bez aury w innej fazie cyklu;
- Czysta migrena menstruacyjna, która jest migreną bez aury, która występuje tylko w/lub pomiędzy -2 to +3 dniem, tzn. bez napadów w innej fazie cyklu.

Diagnoza

Aby potwierdzić diagnozę, napady migreny występujące pomiędzy -2 do +3 muszą być obserwowane w ciągu ostatnich dwóch lub trzech cykli menstruacyjnych i jest potwierdzony związek występowania migreny w tym czasie większy niż samoistnie. Opieranie się na wywiadzie w celu potwierdzenia diagnozy może być zawodne. Używanie 3-miesięcznego dzienniczka w celu odnotowania czynników wpływających na ból migrenowy mogą ujawnić przewidywalne czynniki związane z menstruacyjnym bólem migrenowym, a dodatkowo potwierdzają rozpoznanie.

Różnice pomiędzy menstruacyjnymi i niemenstruacyjnymi napadami migreny

Menstruacyjne napady są dłużej trwające i mają większe natężenie, z większym prawdopodobieństwem do nawrotu choroby, większą opornością na leczenie i łączą się z większą niesprawnością w porównaniu z napadami migrenowymi występującymi w innej fazie cyklu menstruacyjnego.

Patofizjologia

Migrena menstruacyjna związana jest z naturalnym spadkiem poziomu estrogenów, który występuje tuż przed menstruacją. Uwalnianie prostaglandyn towarzyszące bolesnym miesiączkom mogą także mieć znaczenie w wywoływaniu migreny menstruacyjnej.

Leczenie

Leczenie doraźne, jeśli skuteczne, może być jedynym niezbędnym postępowaniem umożliwiającym dobrą kontrolę bólu. Istnieją dowody potwierdzające skuteczność, akceptowalne bezpieczeństwo i tolerancję dla sumatryptanu 50 mg i 100 mg, kwasu mefanamowego 500 mg, rizatryptanu 10 mg, kombinacji sumatryptan/naproksen 85 mg/500 mg. Postępowanie profilaktyczne mogą zmniejszyć częstość i natężenie napadów i mogą przyczynić się do lepszej skuteczności leczenia doraźnego. Przewidywalność napadów towarzyszących menstruacji daje możliwość profilaktycznego zastosowania przeskórnie estradiolu 1,5 mg, frowatryptanu 2.5 mg dwa razy dziennie, lub naratryptanu 1 mg dwa razy dziennie. Strategia leczenia migreny menstruacyjnej z zastosowaniem leków antykoncepcyjnych daje możliwość takiego postępowania u kobiet, u których zalecana jest efektywna antykoncepcja.

Antykoncepcja

Zdrowe kobiety z migreną bez aury mogą stosować skojarzoną antykoncepcyjną terapię hormonalną do 50 roku życia. W czasie comiesięcznej przerwy w stosowaniu hormonów wycofanie estrogenów może zwiększać ryzyko wystąpienia migreny bez aury. Antykoncepcja z zastosowaniem estrogenów u kobiet, które mają migrenę z aurą nie powinna być stosowana ze względu na zwiększone ryzyko udaru niedokrwinnego. Należy rozsądnie wybierać metody skutecznej antykoncepcji – środki zawierające wyłącznie progestageny i niehormonalne metody są bardziej bezpieczne.

Ciąża i okres karmienia piersią

Ponad 80% kobiet z migreną w czasie ciąży ma zmniejszoną częstotliwość napadów w porównaniu z czasem przed ciążą, szczególnie jeśli napady bólu związane są z menstruacją; u blisko 20% napady migreny w ogóle nie występują w czasie ciąży. Migrena sama w sobie nie wpływa na przebieg ciąży. Jednak kobiety z migreną powinny być monitorowane w czasie ciąży ze względu na wzrastające ryzyko zakrzepicy żyłnej i tętniczej, stanu przedrzucawkowego i gestozy. W czasie karmienia piersią zwykle obserwuje się poprawę u pacjentek z migreną.

Menopauza i hormonalna terapia zastępcza.

Migrena jest częstym problemem w okresie około menopauzalnym, kiedy zmienia się poziom estrogenów. Kobiety z objawami menopauzalnymi, jak uderzenia gorąca, nadmierna potliwość mogą odczuwać poprawę po zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej. Zastosowanie poza-doustnej drogi podania leków zazwyczaj ma mniej niekorzystny wpływ na migrenę niż zastosowanie estrogenów drogą doustną. Zastosowanie stałej skojarzonej hormonalnej terapii zastępczej, zamiast cyklicznej terapii skojarzonej jest lepiej tolerowane.

Piśmiennictwo

- [1] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1–160.
- [2] MacGregor EA. Headache in pregnancy. Neurol Clin; in press.
- [3] MacGregor EA. Progress in the pharmacotherapy of menstrual migraine. Clin Med Insights Therapeutics 2011;3:245–73.
- [4] MacGregor EA. Migraine headache in perimenopausal and menopausal women. Curr Pain Headache Rep 2009;13:399–403.
- [5] MacGregor EA. Migraine and use of combined hormonal contraceptives: a clinical review. J Fam Plann Reprod Health Care 2007;33:159–69.