



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

Migrena

Obraz kliniczny

Jakie objawy występują w czasie napadu migreny?

- U chorych migrenę występują nawracające, silne, uniemożliwiające funkcjonowanie napady bólu głowy, często jednostronne, pulsujące, z towarzyszącymi zaburzeniami czuciowymi jak nadwrażliwość na światło, dźwięk i zapach. Nudności i sztywność karku są również częstymi objawami towarzyszącymi, które mogą nasilać się w czasie ruchu.
- U niektórych pacjentów w czasie napadu bólu występują zawroty głowy.
- Około 20–30% pacjentów odczuwa aurę i objawy neurologiczne (np. zaburzenia widzenia), które zwykle poprzedzają bólową fazę napadu migreny.
- Objawy ostrzegawcze, takie jak ziewanie, rozdrażnienie, zmęczenie, zachcianki, trudności z koncentracją czasami poprzedzają początek bólu głowy.

Co to jest aura migreny i jakie objawy mogą wystąpić?

- Aura to jakiegokolwiek objawy neurologiczne, które występują na krótko przed napadem bólu głowy. Objawy wzrokowe (np. migocący punkt świetlny, zygzaki), objawy somatosensoryczne (np. parastezje) problem z mówieniem, rzadko w czasie aury mogą pojawić się objawy motoryczne.
- Objawy zwykle trwają >5 do <60 minut.
- Zanim zostanie rozpoznany migrenowy ból głowy, inne możliwe przyczyny neurologiczne muszą najpierw zostać wykluczone.
- Rozprzestrzeniająca się depresja korowa – krótkotrwała rozprzestrzeniająca się fala depolaryzacji, elektrofizjologiczna nadpobudliwość (patrz niżej) uważana jest za przyczynę patofizjologiczną migreny.

Co może wywołać migrenę?

- Menstruacja
- Skrócony sen, nieregularny sen, zbyt długi sen
- Stres (lub u niektórych pacjentów odpoczynek od stresu)
- Alkohol (np. czerwone wino)
- Kofeina (np. kawa, czekolada)
- Żywność zawierająca glutaminian lub aspartam
- Odwodnienie
- Leki rozszerzające łożysko naczyniowe (np. nitraty)

Epidemiologia

Ilu ludzi choruje na migrenę?

- Kobiety: około 13–18% populacji
- Mężczyźni: około 5–10% populacji
- Liczba chorujących może być mniejsza w populacji azjatyckiej

Przewlekła migrena

Około 4% populacji dorosłych odczuwa przewlekły ból głowy np. ból głowy występujący 15 lub więcej dni w ciągu miesiąca. Około połowa pacjentów z tej grupy choruje na przewlekłą migrenę, a druga połowa ma napięciowy ból głowy [7].

Schorzenia zaburzenia, które mogą współwystępować z migreną

- Niepokój
- Depresja

- Fibromialgia
- Bóle pleców
- Nadciśnienie
- Udar i choroby serca
- Wymioty w dzieciństwie

Patofizjologia

Patofizjologia migreny

Uważano przez większą część 20 wieku, że migrena ma pochodzenie naczyniowe [6], ale dzisiaj uważa się ją jako choroba mózgu, zmiany naczyniowe mają charakter wtórny do pierwotnych zmian neuronalnych. Migrena ma charakter dziedziczny i duże badania genetyczne wskazują na zaangażowanie szlaków glutaminianu w patogenezie migreny [1]. Genetyczne wariacje w chromosomie 19 odnotowywano w rzadkiej formie rodzinnej hemiplegicznej migreny (FHM1 i 2).

Patofizjologia aury migrenowej

Rozprzestrzeniająca się depresja korowa (Cortical spreading depression-CSD), proces przejściowej utraty funkcji kory, rozprzestrzeniający się z prędkością około 3mm/min [5] jest uważany za mechanizm odpowiedzialny za wystąpienie aury [2]. Jest możliwe, że CSD jest zaangażowane w powstaniu migrenowego bólu głowy.

Definicja/Diagnostyka/Diagnostyka różnicowa

Międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy

- Odróżnia się pierwotne bóle głowy od wtórnych, objawowych bólów głowy. Migrena oraz napięciowy ból głowy są najczęściej występującymi pierwotnymi bólami głowy. Klasyfikacja pierwotnych bólów głowy opiera się na fenomenologicznej (operacyjnej) kategoryzacji. Przeciwnie, wtórne bóle głowy, które powinny być wykluczone w czasie diagnostyki migreny, są klasyfikowane zgodnie z ich etiologią (np. bóle głowy związane z guzem lub anomaliami naczyniowymi). Niektóre rodzaje migreny mogą być klasyfikowane na podstawie markerów genetycznych (rodzinna migrena hemiplegiczna).
- Definicje: Migrena epizodyczna – jeśli napad migrenowego bólu głowy występuje rzadziej niż 15 dni w miesiącu, Migrena chroniczna- jeśli napad migrenowego bólu głowy występuje 15 lub więcej dni w miesiącu.
- Inne potencjalne przyczyny bólu głowy, jak patologia wewnątrzczaszkowa/rdzeniowa, przyczyny mięśniowo-szkieletowe, zapalne/choroby autoimmunologiczne, schorzenia ogólnoustrojowe, polekowe bóle głowy powinny być wykluczone poprzez wywiad, badanie neurologiczne, badania dodatkowe, jeśli konieczne, w celu zdiagnozowania migreny.

Migrena: kryteria diagnostyczne (ICHD-2) [4]t Aura

- Co najmniej 5 ataków spełniające kryteria B-D
- Napady bólu głowy trwające 4-72 godzin (nie poddający się leczeniu lub leczony nieskutecznie)
- Bóle głowy mają co najmniej 2 z poniższych objawów:
 - Jednostronna lokalizację
 - Charakter pulsujący
 - Umiarkowane do silnego nasilenie bólu
 - Nasilają się lub są wywoływane przez rutynową aktywność fizyczną (np. chodzenie, wchodzenie po schodach)
- W czasie bólu głowy występuje co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - Nudności i/lub wymioty
 - Foto- i fonofobia
- Nie związane z innym schorzeniem

Leczenie

Jak napady migreny mogą być leczone?

- Proste analgetyki (np. aspiryna, paracetamol)
- NLPZ (np. naproksen, ibuprofen, diklofenak)
- Tryptany (np. sumatryptan)
- Leki drugiego rzutu: pochodne ergotaminy (np. dihydroergotamina)
- W przyszłości, antagoniści receptora CGRP, jak telkagepant mogą być nową opcją terapeutyczną w leczeniu ostrych napadów migreny [3].
- Preparaty złożone, jak te które zawierają aspirynę, paracetamol, kofeinę, wykazują większą skuteczność w porównaniu z pojedynczym analgetykiem. Jednak uważa się, że zwiększają ryzyko wystąpienia polekowych bólów głowy (patrz poniżej).

Co robić jeśli nudności są problemem

- Środki przeciwwymiotne/ prokinetyczne, jak domperidon, lub metoklopramid mogą pomóc w przypadku nudności.
- Ten rodzaj leczenia jest stosowany czasem przed podaniem analgetyków w celu poprawy absorpcji leków.

Profilaktyka farmakologiczna w migrenie epizodycznej

- Profilaktyczne leczenie jest przydatne u pacjentów, u których występują częste i/lub silne, uniemożliwiające funkcjonowanie napady.
- Wiele różnych środków farmakologicznych o różnym mechanizmie działania było testowanych w randomizowanych badaniach kontrolowanych z placebo i są wykorzystywane w leczeniu. Propranolol, topiramata, kwas walproinowy, flunarizyna, amitriptylina są przykładami leków, które są często stosowane i mają potwierdzoną skuteczność [3].
- Należy spodziewać się średnio 50% zmniejszenia częstości bólów głowy u połowy pacjentów stosujących jeden z leków profilaktycznych.

Profilaktyka farmakologiczna w migrenie chronicznej

- Dobrze udokumentowane badania dotyczące zastosowania topiramatu lub iniekcji toksyny botulinowej w farmakologicznym zapobieganiu występowania migreny chronicznej.
- Specjalistyczne leczenie może być przydatne u pacjentów z migreną chroniczną, lub oporną na leczenie.

Nadużywanie leków

- Jest definiowane jako użycie tryptanów, ergotaminy, opioidów lub analgetyków złożonych przez 10, lub więcej dni w miesiącu, a także stosowanie prostych analgetyków przez 15, lub więcej dni w miesiącu.
- Jest ważnym problemem w leczeniu migreny i należy je rozpoznać i leczyć.
- Może powodować bóle głowy z odbicia.
- Może zmniejszać skuteczność leczenia profilaktycznego.
- Może maskować fenotyp bólu głowy.

Niefarmakologiczne leczenie migreny

- Edukacja pacjenta
- Zidentyfikowanie i wyeliminowanie czynników wywołujących
- Zachowanie regularną dzienną aktywność
- Zachowanie regularnych cykli sen/ czuwanie
- Ćwiczenia aerobowe
- Rozważyć redukcję wagi u pacjentów otyłych
- Biofeedback
- Akupunktura
- Techniki relaksacyjne
- Terapia poznawczo-behawioralna
- Nie ma obecnie badań potwierdzających skuteczność homeopatii w leczeniu migreny
- Nie ma przekonujących badań potwierdzających skuteczność zamknięcia przetrwałych otworów owalnych (PFO) w leczeniu migreny. Zamknięcie PFO nie powinno być wykonywane poza badaniami klinicznymi.
- "Chirurgia migreny", jak chirurgiczne przyżeganie (kauteryzacja) powierzchownych naczyń krwionośnych głowy i/ lub usuwanie mięśni lub nerwów uznawanych za "punkty spustowe" jest zalecane przez kilku chirurgów plastycznych, ale nie ma udokumentowanych naukowych podstaw wyjaśniających takie postępowanie i nie ma przekonującego racjonalnego wyjaśnienia na poparcie takiego postępowania. "Chirurgia migreny" obecnie nie jest rekomendowana poza badaniami klinicznymi.

Neuromodulacja

- Skuteczność leczenia migreny z zastosowaniem elektrostymulacji nerwów obwodowych jest aktualnie w trakcie badań (patrz neuromodulacja w pierwotnych bólu głowy). Oczekuje się na wyniki tych badań.

Piśmiennictwo

- [1] Anttila V, Stefansson H, Kallela M, et al. Genome-wide association study of migraine implicates a common susceptibility variant on 8q22.1. *Nat Genet* 2010;42:869–73.
- [2] Dalkara T, Nozari A, Moskowitz MA. Migraine aura pathophysiology: the role of blood vessels and microembolisation. *Lancet Neurol* 2010;9:309–17.
- [3] Goadsby PJ, Sprenger T. Current practice and future directions in the prevention and acute management of migraine. *Lancet Neurol* 2010;9:285–98.
- [4] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):9–160.
- [5] Lashley K. Patterns of cerebral integration indicated by the scotomas of migraine. *Arch Neurol Psychiatry* 1941;46:331–9.
- [6] Moskowitz MA, Buzzi MG, Sakas DE, Linnik MD. Pain mechanisms underlying vascular headaches: progress report 1989. *Rev Neurol (Paris)* 1989;145:181–93.
- [7] Scher AI, Stewart WF, Lipton RB. Epidemiology of chronic daily headache. In: Goadsby PJ, Silberstein SD, Dodick DW, editors. *Chronic daily headache for clinicians*. Ontario: BC Decker; 2005. p. 3–11.