

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Epidemiologii w Lublinie
Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
Students Scientific Association at the Department of Epidemiology, Skubiszewski Medical
University, Lublin

Opieka naukowa (Research Supervisor): Dr Barbara Jędrzejewska
Kierownik Katedry (Head of Department): Prof. dr hab. n. med. Irena Dorota Karwat

RAFAŁ FORMAL, PIOTR CISŁAK, MARCIN CIOTA, TOMASZ DWORZAŃSKI,
ROBERT BŁASZCZYK

***Migraine headaches as the cause of patient's aptitude handicap– migraine
diagnostics and treatment***

**Migrenowe bóle głowy jako przyczyna ograniczenia sprawności pacjenta –
diagnostyka i leczenie migreny**

Migrenowe bóle głowy mogą stanowić problem epidemiologiczny, diagnostyczny i terapeutyczny często bagatelizowany przez lekarzy. Powszechnie występuje niedostateczna znajomość istoty migreny. Głównym jej objawem jest ból głowy, często jednostronny, o charakterze pulsującym z towarzyszącymi nudnościami, światłowstrętem, nadwrażliwością na dźwięki i zapachy. Blisko 25% kobiet i 9% mężczyzn doświadcza migren upośledzających sprawność. Jednak mimo tak znacznego rozpowszechnienia, migrena bardzo rzadko jest rozpoznawana i leczona. Brak właściwego postępowania z migreną znacznie pogarsza jakość życia pacjentów, wielu z nich zgłasza częste i znaczne ograniczenia sprawności [1].

Celem pracy jest ukazanie w jakim stopniu migrenowe bóle głowy mogą ograniczyć sprawność fizyczną i psychiczną oraz pogarszać jakość życia pacjentów. W pracy podjęto próbę przedstawienia zasad diagnostyki różnicowej samoistnych bólów głowy (migrena, ból napięciowy, ból klasterowy) oraz skutecznego postępowania w migrenie.

MATERIAŁ I METODY

Praca została przygotowana w oparciu najnowsze piśmiennictwo. Wyniki uporządkowano i opracowano metodą opisową.

EPIDEMIOLOGIA

Migrenowe bóle głowy stanowią poważny problem zdrowia publicznego. Choroba ta znacznie pogarsza jakość życia pacjenta, wpływa również w dużym stopniu na jego rodzinę. W Polsce nie ma danych dotyczących liczby chorych na migrenę. W USA problem ten dotyczy około 30 milionów osób. Niemal 25% kobiet i blisko 9% mężczyzn doświadcza migren upośledzających sprawność. W Stanach Zjednoczonych osoby z bólami migrenowymi opuszczają średnio 4 – 6 dni roboczych, co w skali roku daje ok. 65 – 150 milionów dni roboczych. Szacowane koszty pośrednie i bezpośrednie migreny to ok. 17 miliardów dolarów rocznie. Migrena występuje najczęściej u ludzi w okresie ich największej aktywności zawodowej, która zwykle potęguje ból migrenowy. Konieczne jest szybkie rozpoznanie i wdrożenie skutecznych metod leczenia bólów głowy, zgodne z nowoczesnymi poglądami [1,4].

OGRANICZENIE SPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność jest zjawiskiem trudnym do zdefiniowania, dotyczy zarówno biologicznych jak i psychospołecznych stanów dysfunkcji. Różnorodność przyczyn niepełnosprawności związana jest z mnogością dysfunkcji organizmu, dlatego też definicje niepełnosprawności są niedoskonałe. Według funkcjonującej w krajach Unii Europejskiej definicji, osoba niepełnosprawna „na skutek urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności, które osoba w tym samym wieku jest zdolna wykonywać”.

Powodem ograniczenia sprawności pacjenta może być migrena - choroba mająca stały negatywny wpływ na jego funkcjonowanie w rodzinie, pracy, społeczeństwie. Migrena cechuje się napadowym bólem głowy, najczęściej jednostronnym, z towarzyszącymi mu nudnościami oraz wymiotami. Wpływ tego rodzaju bólów na pacjentów i ich rodziny jest ogromny. Migrena znacznie zaburza jakość życia pacjenta, poprzez dokuczliwość napadów oraz lęk przed ich powtórzeniem się. Wielu pacjentów zgłasza znaczne upośledzenie sprawności.

W przypadku lekkich napadów migreny pacjent może pracować lub wykonywać inne zajęcia, jednak jego aktywność jest obniżona.

W średnio ciężkim napadzie pacjent nie jest w stanie pracować.

W napadzie ciężkim pacjent przez ból jest zmuszony do położenia się w łóżku (zwykle w odizolowanym, ciemnym i cichym pomieszczeniu), wymaga opieki [1,2].

PREZENTACJA KLINICZNA

Klasyfikacja migren opiera się na cechach klinicznych, głównie obecności lub braku charakterystycznej aury przed początkiem bólu (International Headache Society). Aura zwykle obejmuje zaburzenia widzenia. Inne objawy prodromalne to nudności, podwyższona percepcja, napad chęci jedzenia, zmiany nastroju.

Migreny mogą być wywołane przez zmiany hormonalne, światło, zapachy, niektóre pokarmy lub spadek napięcia po stresujących wydarzeniach [1,2,3].

DIAGNOSTYKA

Tab.1 Zasady diagnostyki różnicowej samoistnych bólów głowy (wg. Mathew NT. Differential diagnosis in headache – identifying migraine in primary care. Cephalgia 1998)

Objaw	Migrena	Ból napięciowy	Ból kłasterowy
Płeć (M : K)	2 : 7	4 : 6	9 : 1
Lateralizacja bólu	60%	obustronny	100%
Lokalizacja	czoło, skroń, oko	uogólniony	wokół oczodołu
Częstość ataków	1 – 9 / miesiąc	1 – 30 / miesiąc	1 – 3 / dzień
Nasilenie	średnie, znaczne	Łagodne, wyj. średnie	bardzo znaczne
Czas trwania ataku	4 – 72 godz.	15 min. – wiele dni	15 min. – 3 godz.
Charakter bólu	pulsujący	Tępy (ucisk)	ostry, kłujący
Okresowość	+-	-	+++
Występowanie rodzinne	+++	+-	+-
Aura	+++	-	-
Wymioty	+++	-	-
Fotofobia	+++	+-	+-
Łzawienie	+-	-	+++
Nasilenie pod wpływem wysiłku	+++	-	-

Początkowe postępowanie z pacjentem polega na bardzo dokładnym zebraniu wywiadu (Tab.1), co pozwoli uniknąć zbytecznych badań i nieprawidłowego leczenia. Należy zwrócić uwagę na stosowane dotychczas leczenie i jego efekt, ogólny stan zdrowia pacjenta oraz wywiad rodzinny. Należy przeprowadzić badanie ogólne i neurologiczne – u pacjentów z migreną nie wykazuje ono odchyleń od normy. W niektórych przypadkach zaleca się badanie laryngologiczne i okulistyczne. Zalecane jest również wykonanie rutynowych badań laboratoryjnych. Zarówno prawidłowy, jak i nieprawidłowy zapis EEG nie potwierdza i nie wyklucza migreny.

Tab.2 Wytyczne U. S. Headache Consortium do badania neuroobrazowego u pacjentów zgłaszających się z migrenowymi bólami głowy

Ból głowy nie mający charakteru ostrego i z niewyjaśnionymi objawami stwierdzonymi podczas badania neurologicznego.
Ból głowy, który zaostrza się po zastosowaniu manewru Valsalvy, wybudza pacjenta ze snu, świeży ból u starszej osoby lub o postępującym pogarszaniu się.
U pacjentów z prawidłowymi wynikami badania neurologicznego badanie obrazowe układu nerwowego zwykle nie jest uzasadnione. W sytuacji jeśli ból ma charakter nietypowy lub nie spełnia dokładnie definicji migreny, można zastosować niższy próg.

LECZENIE

Cele długofalowego leczenia migreny:

- ⇒ Ograniczenie częstotliwości i nasilenia migreny.
- ⇒ Ograniczenie niesprawności.
- ⇒ Poprawa jakości życia.
- ⇒ Zapobieganie bólom głowy.
- ⇒ Uniknięcie eskalacji użycia leków w bólu głowy.
- ⇒ Kształcenie i umożliwienie pacjentom postępowania z chorobą.

Cele skutecznego leczenia ostrych napadów migreny:

- ⇒ Szybkie i skuteczne leczenie napadów migrenowych.
- ⇒ Przywrócenie zdolności pacjenta do funkcjonowania.
- ⇒ Zminimalizowanie stosowania leków pomocniczych przez samego pacjenta.
- ⇒ Nie wywoływanie, lub wywoływanie minimalnych działań niepożądanych.

Przegląd postępowania z ostrym bólem u pacjentów z migrenowymi bólami głowy:

1. W łagodnych do umiarkowanych napadach migreny lub ciężkich napadach, które odpowiadały w przeszłości na podobne leki:
 - NLPZ (doustnie)
 - skojarzone leki przeciwbólowe zawierające kofeinę.
2. W umiarkowanej do ciężkiej migrenie lub łagodnych do umiarkowanych migrenach słabo odpowiadających na NLPZ:
 - leki swoiste dla migreny (tryptany)
 - leki skojarzone (kwas acetylosalicylowy + Paracetamol + kofeina)
 - ergotamina
3. W migrenie z towarzyszącymi nudnościami lub wymiotami:
 - droga podawania leku inna niż doustna
4. W ciężkiej migrenie nie odpowiadającej na inne metody leczenia:
 - stosować samodzielnie podawany lek doraźny [1,3]

Tab.3. Swoista terapia przerywająca napad migreny [1]

Lek	Dawkowanie	Przeciwwskazania	Niepożądane reakcje
Pochodne ergotaminy			
Ergotamina	1 – 2 mg doustnie co godzinę, maksymalnie 3 dawki/24 godz.	Stosowanie tryptanów, ciąża, karmienie piersią	Wzrost częstości migren, bradykardia, skurcz tętna,
Kofeina + ergotamina	2 tabletki (100mg kofeiny/1 mg ergotaminy) co 30 minut, do 6 tabletek w napa-	Stosowanie tryptanów	Zawał mięśnia sercowego, zwłóknienie mięśnia sercowego lub płuc.
Dihydroergotamina	1 mg doustnie – można powtarzać co godzinę, maksymalnie 3 mg	Tryptany, β-blokery, nadciśnienie, ChNS, ciąża, niewydolność nerek, karmienie piersią,	Skurcz naczyń wieńcowych, zawał, częstoskurcz komorowy, nadciśnienie,

Tryptany			
Sumatryptan	6 mg podskórnice, powtórzone po godzinie. Maksymalna dawka 12 mg/24 godz.	Ergotamina, MAOI, migrena z porażeniem połowicznym, ciąża,	Nudności, wymioty, zawroty głowy,
Rizatryptan	1 – 2,5 mg doustnie co 4 godz. Maksymalna dawka 5 mg/24 godz.	Inne tryptany, MAOI, propranolol, ergotamina, cymetydyna,	Częstoskurcz, bradykardia,
Zolmitryptan	2,5 – 5 mg doustnie co 2 godz. Maksymalnie 30mg/24 godz.	Inne tryptany, ergotamina, MAOI,	

Tab. 4. Nieswoista terapia przerywająca napad migreny [1]

Lek	Dawkowanie	Przeciwwskazania	Niepożądane reakcje
Leki przeciwbólowe / NLPZ			
Kwas acetylosalicylowy	650-1000mg co 4-6 godz. Maks. 4g/dobę.	Zaburzenia krzepliwości, choroba wrzodowa, astma wywoływana przez kw. acetylosalicylowy	Podrażnienie przewodu pokarmowego
Ibuprofen	400-800mg co 6 godz. Do 2,4 g dziennie.	Astma wywoływana przez kw. acetylosalicylowy	Zawroty głowy, podrażnienie przewodu pokarmowego
Naproksen sodu	275-550 mg co 2-6 godzin, do 1,5 g dziennie	Astma wywoływana przez kw. acetylosalicylowy	Zawroty głowy, podrażnienie przewodu pokarmowego
Leczenie wspomagające			
Metoklopramid	10 mg dożylnie lub doustnie 30 min. przed prostym lekiem przeciwbólowym	Guz chromochłonny nadnercza, padaczka, krwawienia z przewodu pokarmowego	Niepokój, senność, osłabienie mięśni,
Prochloroperazyna	25 mg doustnie lub w czopku, maks. 3 dawki/24 godz.	Depresja OUN, stosowanie blokera receptorów adrenergicznych	Hipotensja, częstoskurcz, arytmie, parkinsonizm rzekomy,
Paracetamol	300-600 mg, maksymalnie 1,8 g/24 godz.	Nadużywanie alkoholu, stosowanie ryfampicyny, fenobarbitalu	dystonie. Uszkodzenie wątroby

WNIOSKI

1. Migrenowe bóle głowy upośledzają sprawność i znacznie zaburzają jakość życia pacjenta, poprzez dokuczliwość napadów oraz lęk przed ich powtórzeniem się.
2. Powszechnie występuje niedostateczna znajomość istoty migreny. Migrena bardzo rzadko jest rozpoznawana i leczona, problem ten jest często bagatelizowany przez lekarzy.
3. Postępowanie z pacjentem zgłaszającym migrenowy ból głowy polega na zebraniu szczegółowego wywiadu i przeprowadzeniu dokładnego badania fizykalnego. Wybór sposobu leczenia należy oprzeć na częstotliwości ataków, nasileniu bólu, objawach towarzyszących oraz współistnieniu innych chorób.

PIŚMIENNICTWO

1. Aukerman Glen, Knutson Doug, Miser Wiliam: Postępowanie z ostrym migrenowym bólem głowy. *Lekarz Rodzinny* Nr 9 (73). Str. 918 –930
2. Ferrari M. D.: Migraine. *Lancet* 1998. Str. 1043 – 1051.
3. Mitosek – Szewczyk Krystyna: Diagnostyka i aktualne metody leczenia migreny. *Polska Medycyna Rodzinna*. Tom 5, Zeszyt 3. 2003. Str. 443- 447.
4. Prusinski A.: Bóle głowy. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1999. Str. 20 – 86.

STRESZCZENIE

Migrenowe bóle głowy mogą stanowić problem epidemiologiczny, diagnostyczny i terapeutyczny. Głównym objawem migreny jest ból głowy, często jednostronny, o charakterze pulsującym z towarzyszącymi nudnościami, światłowstrętem, nadwrażliwością na dźwięki i zapachy. Blisko 25% kobiet i 9% mężczyzn doświadcza migren upośledzających sprawność. Jednak mimo tak znacznego rozpowszechnienia, migrena bardzo rzadko jest rozpoznawana i leczona.

Brak właściwego postępowania z migreną znacznie pogarsza jakość życia pacjentów. Wpływ bólów migrenowych na pacjentów i ich rodziny jest ogromny. Migrena znacznie zaburza jakość życia pacjenta, poprzez dokuczliwość napadów oraz lęk przed ich powtórzeniem się. Wielu pacjentów zgłasza znaczne upośledzenie sprawności.

Właściwa diagnostyka ma niebagatelne znaczenie dla właściwego leczenia migreny. Skuteczne leczenie pozwala doraźnie na przywrócenie zdolności pacjenta do funkcjonowania, a długofalowo na ograniczenie częstotliwości i nasilenia migreny, ograniczenie niesprawności i poprawę jakości życia.

SUMMARY

Migraine headaches may constitute epidemiological, diagnostic and therapeutic problem. The main symptom of migraine is pulsating pain, often unilateral accompanied by nausea, photophobia and hypersensitivity to sounds and odours. Nearly 25% of women and 9% of men experience aptitude impairment due to migraine. Although it is so widespread, migraine is sparsely diagnosed and treated.

Lack of adequate care considerably impairs the quality of life of patients. Influence of migraine pains on patients and their families is severe. Migraine notably disorders patient's life through annoying attacks and fear of proximate ones. Many patients notify significant impairment of aptitude.

Proper diagnosis is important for appropriate treatment of migraine. Efficient therapy allows for immediate restoration of patient's aptitude and long-term effect limits the frequency and intensification of migraine along with restriction of impairment thus improving the quality of life.