

# LECZENIE MIGRENY I INNYCH BÓLÓW GŁOWY

Antoni Prusiński





# LECZENIE MIGRENY I INNYCH BÓLÓW GŁOWY

Antoni Prusiński

Antoni Prusiński

## Leczenie migreny i innych bólów głowy

©Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010

**termedia**  
wydawnictwa  
medyczne

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy.

Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz nagrywania, a także rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne  
ul. Wenedów 9/1  
61-614 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81  
e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl)  
<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne  
Poznań 2010  
Wydanie I

Projekt okładki: Olga Reszelska

Druk: Zakład Poligraficzny *Moś i Łuczak* sp.j., ul. Piwna 1, 61-065 Poznań

ISBN: 978-83-89825-43-8

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

# Spis treści

<b>Przedmowa</b>	<b>7</b>
<b>Część I. Migrena – obraz kliniczny i rozpoznanie</b>	<b>9</b>
1. Wprowadzenie	9
2. Migrena bez aury (kod IHS 1.1) i z aurą (kod IHS 1.2)	13
3. Rzadkie postaci i objawy migreny	16
4. Powikłania migreny	22
5. Rozpoznanie i diagnostyka różnicowa migreny	26
6. Przebieg choroby i rokowanie. Etiopatogeneza	31
<b>Część II. Leczenie migreny</b>	<b>35</b>
7. Ogólne zasady postępowania w migrenie	35
8. Doraźne leczenie napadów migrenowych	42
Zwykłe (nienarkotyczne) leki przeciwbólowe	44
Tryptany	46
Ergotamina	52
Inne leki	53
Leczenie stanu migrenowego	55
Niefarmakologiczne metody łagodzenia napadu migrenowego	55
9. Zapobiegawcze leczenie migreny	58
<b>Część III. Leczenie niemigrenowych bólów głowy</b>	<b>69</b>
10. Ból głowy typu napięciowego (kod IHS 2)	69
11. Nowy codzienny uporczywy ból głowy (kod IHS 4.8) (ang. <i>new daily persistent headache</i> )	75
12. Klasterowy ból głowy (kod IHS 3)	78
13. Napadowa hemikrania (kod IHS 3.2) (ang. <i>paroxysmal hemicrania</i> )	85
14. Pierwotny kłujący ból głowy (kod IHS 4.1) (ang. <i>primary stabbing headache</i> )	88
15. Śródsenny ból głowy (kod IHS 4.5) (ang. <i>hypnic headache</i> )	90

16. Inne rzadkie pierwotne i wtórne bóle głowy	93
17. Pourazowe bóle głowy (kod IHS 5.1–5.7) (ang. <i>headache attributed to head and/or neck trauma</i> )	98
18. Zapalenie olbrzymiokomórkowe tętnicy skroniowej (kod IHS 6.4.1)	102
19. Idiopatyczne nadciśnienie wewnątrzczaszkowe (kod IHS 7.1.1) (ang. <i>idiopathic intracranial hypertension</i> )	105
20. Bóle głowy w wyniku nadużycia leków (kod IHS 8.2)	108
21. Bóle głowy i kręgosłup szyjny Szyjnopochodny ból głowy (kod IHS 11.2.1) (ang. <i>cervicogenic headache</i> )	113 113
22. Nerwoból trójdzielny (kod IHS 13.1) i zespoły pokrewne	116
23. Inne nerwobóle czaszkowe	125
<b>Część IV. Codzienny ból głowy i jego leczenie</b>	<b>127</b>

## Przedmowa

Migrena jest najczęściej występującą chorobą neurologiczną, gdyż dotyczy ponad 10% osób dorosłych, ale także dzieci i młodzieży. Wprawdzie nie powoduje ona żadnych poważnych zagrożeń, lecz przysparza cierpień i może bardzo negatywnie wpływać na jakość życia. Stanowi dolegliwość, z którą pacjenci często zwracają się do lekarzy pierwszego kontaktu, a także specjalistów. Dlatego właściwe leczenie migreny powinno należeć do obowiązkowych umiejętności tych lekarzy. Niestety, w czasie studiów medycznych i w trakcie kształcenia podyplomowego migrenie poświęca się zbyt mało uwagi, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę jej znaczące rozpowszechnienie. Celem niniejszej książki jest wypełnienie tej luki dydaktycznej. Omawiając migrenę i metody jej leczenia, trudno pominąć inne bóle głowy, stąd w drugiej części książki przedstawiono również inne – ważne z praktycznego punktu widzenia – bóle głowy i sposoby ich leczenia.

Jak wiadomo, dzięki ukierunkowanym działaniom Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy (ang. *International Headache Society*, IHS) powstały (w 1988 r.): międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy i kryteria ich rozpoznawania, opracowane przez Międzynarodowy Podkomitet Klasyfikacyjny, w którego pracach brali udział również przedstawiciele polscy, gdyż Sekcja Badań Migreny założona przez niżej podpisanego w 1974 r. należała od początku do IHS. Klasyfikacja z 1988 r. została gruntownie przeanalizowana przez różnych specjalistów, w wyniku czego w 2004 r. opublikowano jej nową wersję (ang. *The International Classification of Headache Disorders*, II wyd.: Cephalalgia 2004; 24 (Suppl. 1): 1–154). Klasyfikację tę przełożono na język polski (podobnie jak wersję z 1988 r.) i opublikowano w postaci suplementu w „Neurologii i Neurochirurgii Polskiej” („Międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy”, Neurol Neurochir Pol 2006; 40 (supl. 2): 1–153 – tłumaczenie pod red. A. Prusińskiego, A. Stępnia i J. Roźnieckiego).

Należy zaznaczyć, iż omawianą klasyfikację wydano pod patronatem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Bólu Głowy. To ostatnie powstało również z inicjatywy niżej podpisanego w 1997 r.

Pod względem klinicznym wyróżnia się sto kilkadziesiąt postaci bólów głowy. Zostały one podzielone na 14 grup (zob. tab. 1.). Każda postać kliniczna ma odpowiedni numer kodowy zapisany w klasyfikacji, który jest podany przy omawianej postaci. Wyróżnia się dwa zasadnicze typy bólów głowy, tj. pierwotne (dawniej samoistne) i wtórne (dawniej objawowe). Jako pierwotne ujmuje się te postacie,

**Tabela 1. Międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy (wg IHS z 2004 r.)**

**I. Pierwotne bóle głowy**

1. Migrena
2. Ból głowy typu napięciowego
3. Klasterowy ból głowy i inne bóle trójdzielno-autonomiczne
4. Inne pierwotne bóle głowy

**II. Wtórne bóle głowy**

5. Bóle głowy przypisywane\* urazowi głowy lub szyi
6. Bóle głowy przypisywane chorobom naczyniowym (tętniak, krwotok podpajęczynówkowy, udar mózgu)
7. Bóle głowy przypisywane nienaczyniowym chorobom śródczaszkowym (np. guzy, samoistne nadciśnienie śródczaszkowe, podciśnienie śródczaszkowe)
8. Bóle głowy przypisywane działaniu substancji chemicznych lub ich odstawianiu (abstynencyjne)
9. Bóle głowy przypisywane infekcjom
10. Bóle głowy przypisywane zaburzeniom homeostazy (np. bóle wysokościowe, podziałizacyjne, w nadciśnieniu tętniczym, w niedoczynności tarczycy)
11. Bóle głowy przypisywane uszkodzeniom czaszki, szyi, oczu, uszu, nosa, zatok obocznych, zębów, jamy ustnej i innych struktur twarzy i czaszki
12. Bóle głowy przypisywane zaburzeniom psychiatrycznym

**III. Nerwobóle czaszkowe, ośrodkowe i pierwotne bóle twarzy oraz inne bóle głowy**

13. Nerwobóle czaszkowe i ośrodkowe przyczyny bólów twarzy
14. Inne (niesklasyfikowane) bóle głowy

*\* W oryginalnej nowszej klasyfikacji IHS określa się wtórne bóle głowy jako „attributed to”, co można ująć jako „przypisywane” lub „odnoszone do...”. W poprzedniej klasyfikacji (z 1988 r.) używano określenia „associated with” („związane z...”) – przyp. aut.*

w których ból głowy jest zasadniczym, osiowym objawem choroby, a jej etiologia nie została dotąd wyjaśniona. Bóle wtórne to bóle spowodowane określonymi chorobami (np. zapalenie tętnicy skroniowej) lub znanymi uszkodzeniami (urazy, zatrucia). Pierwotne bóle głowy są znacznie częstsze. Wśród nich najczęstsza – co wynika z liczby zgłaszających się po poradę pacjentów – jest migrena. Dlatego to właśnie ona stanowi główny temat niniejszej książki.

*Prof. dr hab. n. med., dr h.c. Antoni Prusiński  
Łódź, 2009 r.*



# Część I. Migrena – obraz kliniczny i rozpoznanie

## 1. Wprowadzenie

Migrena jest najczęściej występującą chorobą neurologiczną, a jej uproszczona definicja może brzmieć następująco: „Jest to choroba (lub grupa chorób) prawdopodobnie uwarunkowana genetycznie, cechująca się napadami przeważnie pulsującego bólu głowy (często jednostronnego), połączonego z nudnościami i wymiotami, foto- i fonofobią, z typowym pogarszaniem pod wpływem zwykłej aktywności fizycznej; w części przypadków napady są poprzedzone aurą, najczęściej wzrokową w postaci migocącego mroczka” [3].

Mało jest chorób, które byłyby dokładnie znane medycynie od tak dawna jak migrena [4]. Dzieli ona przywilej wielowiekowej historii z padaczką. Dokładny i do dziś aktualny opis migreny podali lekarze greccy. Areteusz z Kapadocji (II w. n.e.) wyraźnie odróżnił migrenę pod nazwą *heterocrania* od innych bólów głowy. Galen (II w. n.e.) użył do dziś stosowanego terminu *hemicrania*. Obecna nazwa *migrena* powstała najprawdopodobniej w wyniku zniekształcenia tego terminu w wiekach późniejszych. Spośród bogatych danych historycznych [1, 2] warto dla ogólnej orientacji w przedmiocie przytoczyć niektóre ich fragmenty. Twórca neurologii Thomas Willis (1621–1675) wyraźnie odróżniał migrenę od innych bólów głowy i zalecał – co szczególnie ciekawe – leczenie wyciągami z liści chryzantemy maruny, co praktykują także współcześni fitoterapeuci. John Fordyce wydał w 1758 r. książkę „De Hemicrania”, a w 1790 r. Tissot opublikował swoje dzieło o migrenie, w którym zapoczątkowane zostało jej bardziej naukowe ujęcie. Jednak pierwsze nowoczesne dzieło o tej chorobie wyszło przed 135 laty (w 1873 r.) spod pióra Edwarda Liveinga („On Megrim, sick-headache, and some allied disorders”) z Królewskiego Towarzystwa Lekarskiego w Londynie, który wyprzedził późniejszych i współczesnych autorów angielskich (John Hughlings Jackson, MacDonald Critchley, Marcia Wilkinson, Fred Clifford Rose) w tej dziedzinie. Wkrótce pojawiły się dalsze liczne monografie, wśród których na szczególną uwagę zasługuje dzieło Edwarda Flataua, warszawskiego neurologa, pt. „Migrena” (Warszawa, 1912 r.) przełożone od razu na język francuski i niemiecki (angielski

nie był jeszcze językiem powszechnym w medycynie), oparte na obserwacjach kilkuset przypadków i blisko 500 pozycjach piśmiennictwa.

Prace Harolda Wolffa i jego nowojorskiej szkoły podjęte w latach 40-tych ubiegłego stulecia zapoczątkowały szeroko zakrojone, międzynarodowe badania nad migreną, a także nowoczesną edukację w tej dziedzinie. Pierwsze ośrodki specjalizujące się w migrenie powstały w latach 50-tych prawie jednocześnie w Nowym Jorku, Londynie i Florencji (Federigo Sicuteri).

Rozpowszechnienie migreny jest znaczne, a badania epidemiologiczne z nią związane są podejmowane od dawna na całym świecie. Wyniki ich różnią się w pewnych szczegółach, co zależy od grup i populacji badanych, stosowanych metod (np. badania ankietowe lub bezpośrednie, np. telefoniczne) oraz przyjmowanych kryteriów rozpoznawczych. Orientacyjnie można przyjąć, iż migrena dotyczy 10–15% populacji, występuje ona znacznie częściej u kobiet (3:1), a rozpowszechnienie zmienia się wraz z wiekiem i jest największe w przedziale 20–40 lat. Migrena występuje we wszystkich krajach i na wszystkich kontynentach, ale jej częstość jest różna u poszczególnych ras. Na podstawie ankiety telefonicznej Stewart i wsp. [6] ustalili, że w USA migrena występuje najczęściej u osób rasy białej (kaukaskiej), nieco rzadziej u osób pochodzenia afrykańskiego, a najrzadziej u badanych pochodzenia azjatyckiego. Bardzo dużo osób dotkniętych migreną stosuje doraźne samoleczenie, nie zgłasza się do lekarza i nie wie, że ma migrenę. W Polsce przeprowadzono dość obszerne badanie populacyjne, które objęło ponad 2 600 000 osób [7]. Dane wskazujące na migrenę stwierdzono u 8,5% badanych (stosowano jednak rygorystyczne kryteria, m.in. brano pod uwagę jedynie osoby z jednostronnymi bólami). Okazało się m.in., że migrena występuje częściej u mieszkańców miast, zwłaszcza dużych (27% przypadków), jest częstsza u osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym (60%), a także u lepiej zarabiających. Okazuje się, że objawia się głównie napadami pojawiającymi się raz lub dwa razy w miesiącu (razem 54% przypadków). Duża część chorych na migrenę, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, zasięga porady lekarskiej raz w miesiącu (23%) lub nieco rzadziej (42%).

Migrena ma bogatą symptomatologię [3] i można w niej wyróżnić szereg postaci, co obrazuje tabela 2. [5]. Istotę migreny stanowią napady bólu głowy (napady migrenowe), wśród których najczęstsze (85–90%) są napady bez aury, rzadsze (10–15%) są napady z aurą, a u pojedynczych osób występują inne rzadkie napady. Ważkie znaczenie mają powikłania migreny, m.in. jej transformacja w codzienne bóle głowy. Do powikłań zalicza się również stan migrenowy oraz zawał mózgu. To ostatnie jest szczególnie rzadkie, dotyczy najczęściej okolicy potylicznej. Duże znaczenie kliniczne ma też fakt, iż migrena może współistnieć (w nawet 25% przypadków) z bólem głowy typu napięciowego. W związku z tym przeprowadzając wywiad

**Tabela 2. Spektrum kliniczne migreny według danych IHS (uzupełniono wg [5])**

### **I. Podstawowe postacie napadów migrenowych**

1. Migrena bez aury (1.1.)
2. Migrena z aurą (1.2.)
  - a) typowa aura z migrenowym bólem głowy (1.2.1)
  - b) typowa aura z niemigrenowym bólem głowy (1.2.2)
  - c) typowa aura bez bólu głowy (1.2.3)
  - d) migrena połowiczoporażna
    - rodzinna (1.2.4)
    - sporadyczna (1.2.5)
  - e) migrena typu podstawnego (1.2.6)

### **II. Inne napady migrenowe (uwzględnione w klasyfikacji IHS)**

1. Migrena siatkówkowa (1.4)
2. „Czysta” migrena miesiączkowa (A.1.1.1)
3. Migrena prawdopodobna (1.6)
4. Migrena okoporażna (13.17)

### **III. Okresowe zaburzenia wieku dziecięcego uważane za prekursorzy migreny**

1. Okresowe wymioty (1.3.1)
2. Migrena brzuszna (1.3.2)
3. Łagodne napadowe zawroty (1.3.3)

### **IV. Powikłania migreny**

1. Migrena transformowana, czyli przewlekła
2. Stan migrenowy
3. Przetrwiała aura bez zawału mózgu
4. Udar, czyli zawał mózgu migrenowy

u pacjenta z bólami migrenowymi, trzeba zapytać, czy ma on jeden rodzaj bólów czy też obok znamienych napadów ma inne, lżejsze bóle oraz czy umie je od siebie odróżnić. Zaniedbanie tego pytania i związanego z nim rozróżnienia może doprowadzić do niejasności w wywiadzie, które znacznie utrudnią rozpoznanie.

### **Piśmiennictwo\***

1. Prusiński A. Migrena. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 1982.
2. Prusiński A. Historical background. W: Ekbohm K. (red.). Migraine in general practice. Smith – Gordon, Londyn 1993; 5–12.
3. Prusiński A. Migrena. W: Prusiński A. Bóle głowy. PZWL, Warszawa 1999; 9–86.

\* Zestawienia piśmiennictwa podano po każdym rozdziale. Zawierają one pozycje, które pozwolą Czytelnikom na pozyskanie szerszych wiadomości na wybrany temat, a także źródła, z których korzystano, przedstawiając niektóre nowsze i mniej znane informacje.

4. Prusiński A. Migrena i jej współczesne leczenie. Glaxo Wellcome S.A., Warszawa 2000.
5. Prusiński A. Bóle głowy. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2005.
6. Stewart W.F, Lipton R.B., Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology* 1996; 47: 52.
7. Stępień A., Prusiński A., Suwała A. Wybrane dane epidemiologiczne występowania migreny w Polsce. *Ból* 2003; 3: 9.



