

A nők és a migrén

A migrén gyakorisága a 20–50 éves nők körében a legmagasabb, 20–25%. Erre az időszakra esik a terhesség és a szülés, a nők nagy részénél az orális fogamzásgátlók szedése és az időszak vége felé a menopauza időszaka. Ezek mind hormonális változásokkal járó folyamatok, melyek a migrént befolyásolják, korlátozzák a kezelés lehetőségét vagy éppen maga a migrén jelenthet bizonyos helyzetekben kockázati tényezőt. Ezen speciális női szempontok alapján tekintjük most át a migrén alakulását és a kezelés lehetőségeit.

» Áfra Judit

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest

Az orvoshoz forduló betegek egyik leggyakoribb panasza a fejfájás. A fejfájásokat két nagy csoportra osztjuk, az egyikbe a tüneti, a másikba az önálló fejfájások tartoznak. Az önálló fejfájásbetegségek közül a legismertebb, bár nem a leggyakoribb a migrén. A jellegzetes rohamoknak köszönhetően jól azonosíthatóak az ókori időkből származó leírásai is, azonban a jól felismerhető klinikai képet magyarázó folyamatokat máig sem azonosították minden részletében.

A migrén pathomechanizmusára vonatkozóan több elmélet is napvilágot látott, régebben a rohamokat a testnedvek változásával, „idegi viharokkal” magyarázták, és nagyon sokáig a lélek betegségének tartották. Ez utóbbi elméletre számos irodalmi mű is „támaszkodott”, gondoljunk csak arra, milyen gyakran menekültek a hősnők ájulás kíséretében vagy anélkül heves fejfájásra, esetleg egyenesen migrénre hivatkozva a számukra kényes helyzetekből. Ma már azonban a genetikai és funkcionális vizsgálatok alapján egyértelmű, hogy a migrén genetikailag meghatározott, visszatérő komplex agyi működészavarban megnyilvánuló betegség. Kétségtelen, hogy az öröklött hajlam alapján az egyik leggyakoribb rohamot provokáló tényező a stressz, azonban ezt nem lehet a migrén okaként értékelni.

EPIDEMIOLOGIAI ADATOK

A migrén előfordulása a teljes lakosságra vonatkoztatva 8–12%, nőkben a betegség gyakoribb, különösen a 20–50 év közötti, aktívan dolgozó és reprodukcióban lévő korosztályban, ahol előfordulása 20–25%-ra tehető. Nyolc–tíz éves gyermekekben a nemek aránya még közel azonos, a lányok aránya a mensis megjelenésével emelkedik, fiúkban

a kor előre haladtával a migrén sokszor egyre ritkábban jelentkezik.

KLINIKAI KÉP

A migrén rohamokban jelentkező fejfájás, a rohamok gyakorisága lehet évi 1–2, de heti 2–3 is, időtartama 4–72 óra. A fájdalom általában féloldali, lüktető, hányinger, de legalább az étvágy csökkenése, ezen kívül hányás, a külvilág ingerei iránti túlérzékenység (foto-, fonó- és ozmofóbia) kísérheti. A mindennapos tevékenységgel járó fizikai aktivitás, ami akár csak a fej megmozdítását jelenti, a fejfájást fokozza, sokszor a betegek ágyynyugalomra szorulnak emiatt.

A betegek 20–25%-ában a rohamot aura vezeti be, ami fokozatosan alakul ki és szűnik meg, általában 10–20 percig tart. A fejfájás legfeljebb 1 órával követi az aurát, de előfordul, hogy az auratünetek még nem szűnnek meg, amikor elkezdődik a fejfájás. Leggyakoribb a vizuális aura, megkülönböztetünk pozitív (fénylő pontok, csillagok, vonalak) és negatív jelenségeket (kvadráns vagy hemianopszia, csőlátás). Ennél jóval ritkábban jelentkezhet végtagszibbadás, gyengeség, száj körüli zsibbadás és beszédzavar is. Klinikai szempontból feltétlenül fontos megemlíteni, hogy az aurával járó migrén megjelenése és ismétlődése sokszor jóval kiszámíthatatlanabb, mint az aura nélküli migréné. Szintén gyakran fordul elő, hogy auratünetek akár fejfájás nélkül is a terhesség alatt jelentkeznek, és az aurával járó migrén ritkábban javul terhesség alatt.

Vannak migrénesek, akik már a roham előtti napon „megérzik” a közeledő rohamot, de ez nem aura, hanem prodroma. A prodroma tünetei sokban hasonlítanak a premenstruációs szindróma tüneteire: lehet hangulat és/vagy aktivitásváltozás, bizonyos ételek (pl. csokoládé) utáni fokozott vágy, szomjúság-érzés, vízvisszatartás, esetleg ásitózás.

A migrénrohamot leggyakrabban a stressz, fáradtság, rendszertelen alvás és étkezés,

hormonális változások provokálják, de bizonyos ételek, italok, színezőanyagok és az időjárás változása is kiválthat rohamot. A kiváltó tényezők azonban semmiképpen sem tarthatók a betegség okának, sok olyan roham is van, amit semmilyen kiváltó tényezőhöz nem lehet kapcsolni.

SPECIÁLIS SZEMPONTOK MIGRÉNES NŐKNÉL

1. Migrén és menstruáció

Migrénes nők 24–56%-ában jelentkezik roham a mensis idejében is, de 7%-uknak csak a mensishez kapcsolódóan van migrénroham. Ezen rohamok közül jóval gyakoribb a migrén aura nélkül, mint aurával. A menstruációs migrén kórisméjének felállításához szükséges a fejfájásnapló vezetése, amiben a rohamokat és a menstruációs időszakát is feltünteti a beteg. Ennek alapján menstruációs rohamnak tartjuk a mensis előtti 2. naptól a mensis 3. napjáig tartó időszakban jelentkező rohamokat. A mensis előtti roha-



mokat a hirtelen ösztradiolszint-csökkenés, míg a menses alatt kezdődő rohamokat az endometriumból a menses első 48 órájában felszabaduló prosztaglandinok váltják ki legnagyobb valószínűséggel. Fontos hangsúlyozni, hogy a normális hormonszintingadozás is elegendő arra érzékeny migrénesekben a rohamok kiváltásához.

A menstruációs migrén rohamkezelésében ugyanazokat a gyógyszereket alkalmazzuk, mint a nem menstruációs rohamokban (1. Cephalalgia Hungarica 2004;12:7–42.), de szóba jön a menses idejére időzített rövid profilaxis is. Ez azt jelenti, hogy a menses időszakában mindennapos gyógyszeresedést javasolunk, aminek célja az, hogy a menstruációs migrént „kivédjük” és/vagy könnyebben kezelhetővé tegyük. Fontos a gyógyszeresedés idejének időzítése: abban az esetben, ha fogamzásgátlót szed a beteg, azokon a napokon javasolt a rövid profilaxis, amikor azt nem szedi, ha a menses kiszámítható, akkor

előtte 2-3 nappal kezdve és a menses végéig folytatva. Kivételesen ettől némileg eltérhetünk, pl. olyan esetben, ha a migrén a menses 2. felében jelentkezik. Három ciklus alapján dönthetünk arról, hogy érdemes-e folytatni az adott kezelést. (1. táblázat)

Mivel a menstruációs rohamok egy részének kialakulásában az ösztradiolszint csökkenése döntő szerepet játszik, ösztrogéntartalmú tapasz alkalmazásával ez az ingadozás csökkenthető, és ezáltal a rohamok kivédhetőek. Fogamzásgátló szedő nőknél elegendő a fogamzásgátlóval megegyező mennyiségű ösztrogént tartalmazó tapasz, azoknál, akik nem szednek ilyet, napi 100 µg ösztrogént tartalmazó tapaszt javasolnak. Ezt az érzékeny időszakban 6 napon át javasolt használni.

Fontos a beteg figyelmét felhívni a provokáló tényezők lehetőség szerinti elkerülésére is. A menstruációhoz kapcsolódó hormonális ingadozás már önmagában a legtöbb nőben elegendő a roham provokálásához, de ha egyéb, kiiktatható provokáló tényezők is egyidejűleg jelen vannak (pl. túl kevés vagy túl sok alvás, étkezés kimaradása, az adott betegben migrént provokáló ételek/italok), akkor a roham biztosabban megjelenik, a szokottnál erősebb/hosszabb lehet.

2. Migrén és terhesség

A terhesség alatt, amikor a ciklusos hormonszint-csökkenés szünetel, a migrén a nők 55–91%-ában javul vagy megszűnik, 5–30%-ban nem változik, 4–8%-ban azonban rosszabbodik vagy éppen a terhesség alatt jelenik meg. Az aura nélküli migrén gyakrabban javul, mint az aurával bevezetett migrén. A terhesség során a migrén kezelésének lehetősége korlátozott, azonban az erős és főként ismétlődő hányással járó rohamok az anyára és a magzatra nézve is veszélyt jelenthetnek, így a kezelés szükségessé válik.

Ebben az időszakban előtérben állnak a nem gyógyszeres kezelés lehetőségei, még fontosabb a kiváltó tényezők kerülése, szóba jöhet relaxáció vagy autogén tréning. Népszerűek a gyógynövények, azonban fontos felhívni a kismamák figyelmét arra, hogy ami természetes, az nem feltétlenül veszélytelen, pl. a kerti székfű abortuszt is okozhat. Biztonsággal alkalmazható a magnézium önmagában (napi 800–1000 mg) és a koenzim Q10 (napi 2-3x10 mg). A rohamban és a megelőző kezelésben használható gyógyszereket a 2. és 3. táblázat tartalmazza.

A szülést követő első hétben a nők 30–40%-ában jelentkezhet fejfájás, különösen akkor, ha a családban van migrénes. A migrénes nőknél ebben az időszakban általában enyhébb roham jelentkezik. Előfordul az is, hogy élete első migrénrohamát ebben az időszakban éli át valaki, de ez még nem jelenti azt, hogy

1. táblázat.

A menstruációs migrén rövid profilaxisa

Gyógyszer	Adagolás
Magnézium	360 mg/nap
NSAID	
– naproxen sodium	2x550 mg
– ibuprofen	2-3x200–400 mg
– ketoprofen	2x25–50 mg
Ergot származékok*	
– ergotamin-tartarát vagy dihydroergotamin	1-2x1 mg 5 napon át
Triptánok*	
– naratriptan	2x2,5 mg

*Jelenleg Magyarországon nem forgalmazott gyógyszer.

2. táblázat.

Migrén roham kezelése terhesség alatt

	1. trimeszter	2. trimeszter	3. trimeszter	Szoptatás
paracetamol	✓	✓	✓	✓
aszpirin	(✓)	(✓)	nem	nem
NSAID	?	?	nem	(✓)
domperidon	(✓)	(✓)	(✓)	✓
metoclopramid	(✓)	(✓)	(✓)	nem
ergotamin	nem	nem	nem	nem
triptan	?	?	?	?

✓ nincs ellenjavallat; (✓) valószínűleg biztonságos; ? nincs elegendő adat (MacGregor, 1999)

3. táblázat.

Migrén megelőző kezelése terhesség alatt

	1. trimeszter	2. trimeszter	3. trimeszter	Szoptatás
propranolol	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)
valproat	nem	nem	nem	nem
amitriptilin	nem	(✓)	nem	nem

(✓) valószínűleg biztonságos (MacGregor, 1999)

feltétlenül migrénes lesz, hiszen a diagnózis felállításához 5 roham szükséges aura nélküli migrén esetében. A szülést követő héten jelentkező migrénrohamok kiváltásában szerepelhet a terhesség alatti magas ösztrogénszint csökkenése, a terhesség során a szerotonin metabolizmus változása, esetleg a 2-3. trimeszter során emelkedő endorfinszint.

3. Migrén és fogamzásgátlás

Fogamzásgátló szedése többféleképpen befolyásolhatja a migrént: a migrénesek harmadában észlelhető rosszabbodás, másik harmadukban javulás és a harmadik harmadban pedig nincs változás. Előfordul, hogy a migrén vagy a migrénes aura fejfájással vagy anélkül a fogamzásgátló szedésekor jelenik meg. A fogamzásgátlók

önmagukban is növelhetik a thromboembóliás betegségek kialakulásának esélyét, ezt a kockázatot az aurával (különösen a komplex vagy elhúzódó) járó migrén, valamint a dohányzás, elhízás és hipertónia kicsit tovább emeli. Nagyon fontos tehát az aurával járó migrénben szenvedő betegek tájékoztatása a kissé magasabb kockázatról és a kockázati tényezők lehetséges halmozódásáról. Mindezek alapján megállapítható, hogy a migrén nem tekintendő az orális fogamzásgátló ellenjavallatának, de fokozott körültekintés szükséges az alkalmazáskor. Fontos a minél alacsonyabb hormontartalmú tabletta használata és a dohányzás mellőzése.

Nem javasolt orális fogamzásgátló az alábbi esetekben:

– aura nélküli migrén jelentős romlása a fogamzásgátló szedése alatt,



– aurával járó migrén nagyobb kockázatot jelent stroke szempontjából, főként relatíve idősebb életkorban, egyedi megfontolás javasolt,

– elhúzódó, nemcsak vizuális auratünetek,
– újonnan jelentkező aura fogamzásgátló szedése során,
– aura változása (elhúzódó, komplex tünetek megjelenése) fogamzásgátló szedése során.

4. Menopauza és migrén

A menstruáció a migrént provokáló tényezők között előkelő helyet foglal el, a menses elmaradásával csak a nők 2/3-ában javul a migrén, a férfi:nő arány a menopauza időszakában is 1:2,5. A javulás megnyilvánulhat a rohamok ritkulásában, enyhébb lefolyásában, illetve aurával járó migrénben lehet, hogy a menopauza után csak az auratünetek ismétlődnek fejfájás nélkül. A migrénes nők egy része azonban életében először a menopauza időszakában jelentkezik fejfájás-ambulancián a migrén jelentős rosszabbodása, változása vagy esetleg az újonnan jelentkező migrén miatt.

A menopauza során észlelhető rosszabbodás háttérben a jelentős hormonszintingadozás állhat. Ez a sebészi menopauza esetén még kifejezettebb lehet, ami a migrén rosszabbodását idézheti elő. A hormonpótlás nem ellenjavallt

migrénesekben, de előfordul, hogy a kezelés megkezdése után a migrén rosszabbodik. Ilyen esetekben alkalmazhatunk hagyományos profilaxist, próbálkozhatunk az ösztrogéntartalom csökkentésével, a ciklikus helyett folyamatos ösztrogénadással vagy az ösztrogénforma változtatásával. A plazma ösztrogénszintje jóval egyenletesebb transzdermális, mint orális adagolás esetén. A migrén javulása leginkább a transzdermális ösztrogén és progesztogén együttes alkalmazásakor tapasztalható.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Áfra J., Berky M., Bozsik Gy., Ertsey Cs., Szok D., Tajti J., Valikovics A., Vécsei L.: Az elsődleges fejfájások klasszifikációja, a migrén epidemiológiája, a fejfájásban szenvedő betegek kivizsgálási stratégiája, az elsődleges fejfájások kezelésének protokollja, a fejfájás centrum kritériumai. *Cephalalgia Hungarica*. 2004;12:7–42.
2. MacGregor A.: *Migraine in Women*. Martin Dunitz. United Kingdom. 1999
3. Massiou and Bousser 2000. Massiou H., Bousser M. G.: Influence of female hormones on migraine. In: *The Headaches*. Eds. Olesen J., Tfelt-Hansen P., Welch K. M. A. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2000; 261–266.