

Postępowanie w bólach głowy z nadużywania leków

Mariusz Siemiński

Klinika Neurologii Dorosłych, Gdański Uniwersytet Medyczny

Pierwotne bóle głowy, zwłaszcza migrena i napięciowe bóle głowy, są bardzo częstymi schorzeniami. Być może właśnie z powodu ich powszechności są dość powszechnie bagatelizowane przez pacjentów („każdego boli głowa”), a leczenie sprowadza się do częstego, przewlekłego i – co szczególnie istotne – pozbawionego kontroli medycznej przyjmowania leków przeciwbólowych. W tej sytuacji u części chorych dochodzi do rozwoju powikłania – bólów głowy z nadużywania leków (MOH, *medication-overuse headache*).

Aktualnie MOH definiuje się jako ból głowy pojawiający się co najmniej przez 15 dni w miesiącu u osoby cierpiącej uprzednio z powodu innego zespołu bólu głowy. Kolejnym kryterium rozpoznania MOH jest stwierdzenie trwającego ponad 3 miesiące nadużywania leków przeciwbólowych. Nadużywanymi lekami mogą być tryptany, opioidy, ergotamina, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), jak również preparaty łączone [1].

Rozpowszechnienie MOH szacuje się na 0,5–4,9% w populacji ogólnej [2]. Wśród pacjentów ośrodków specjalizujących się w leczeniu bólów głowy może ono sięgać niemal 30% [3]. Spośród leków stosowanych w doraźnej terapii bólów głowy z największym ryzykiem rozwoju MOH wiążą się leki przeciwbólowe–przeciwzapalne oraz opioidy. Ryzyko to jest nieco mniejsze w przypadku tryptanów i ergotaminy [4].

Mimo że MOH jest częstym zespołem, prowadzącym do istotnego pogorszenia jakości życia i absencji chorobowej, wciąż niewiele jest publikacji zgodnych z zasadami medycyny opartej na faktach (*EBM, evidence-based medicine*), poświęconych leczeniu bólów głowy z nadużywania leków. Z tego względu wciąż aktualne pozostają zalecenia *European Federation of Neurological Societies* (EFNS) z 2011 r. Autorzy tych zaleceń sformułowali zasady postępowania w MOH, które przedstawiono w tabeli 1 [5].

Adres korespondencyjny:

Dr med. Mariusz Siemiński
Klinika Neurologii Dorosłych, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
e-mail: msiem@wp.pl

Tabela 1. Zasady postępowania u chorych z bólami głowy z nadużywania leków (MOH). Na podstawie [5]

1.	Edukacja pacjenta – chory poinformowany o potencjalnym pozytywnym efekcie odstawienia nadużywanego leku przeciwbólowego oraz o negatywnym wpływie przyjmowania leku na częstość bólów głowy jest gotów zaprzestać nadużywania
2.	Całkowite odstawienie leku nadużywanego – jedyną kontrowersyjną kwestią jest to, czy lek odstawić natychmiast, czy też stopniowo zredukować jego dawkę. Dotychczas brakuje danych pozwalających sformułować jednoznaczne stanowisko
3.	W przypadku długotrwałego nadużywania leku, nadużywania opioidów bądź benzodiazepin i poważnych obciążeń chorobowych należy rozważyć odstawianie leku nadużywanego w warunkach szpitalnych. Jednak nie ma danych przemawiających za większą skutecznością odstawiania leku przeciwbólowego w warunkach hospitalizacji
4.	Jednocześnie z odstawieniem leku nadużywanego należy wprowadzić terapię profilaktyczną, właściwą dla wyjściowego bólu głowy. Lekiem o udowodnionej prawdopodobnej skuteczności w leczeniu MOH jest topiramata stosowany w dawce 100 – 200 mg/dobę
5.	Terapią zwiększającą prawdopodobieństwo skutecznego odstawienia leku nadużywanego jest krótkotrwałe włączenie steroidów (prednizolonu lub prednizonu, w dawce wyjściowej 60 mg, z szybką redukcją dawki, np. o 20 mg co 2 dni, do całkowitego odstawienia)
6.	Po odstawieniu leku należy zaplanować regularną kontrolę pacjenta, z oceną skuteczności leczenia profilaktycznego i ryzyka nawrotu bólów z nadużywania leków

Wyniki badań wskazują, że większość pacjentów cierpiąca z powodu MOH nie jest świadoma związku między nadużyciem leków przeciwbólowych a przewlekłym bólem głowy [6, 7].

Jednocześnie MOH jest bardzo kosztochłonnym schorzeniem, zarówno dla pacjenta, jak i w ujęciu socjoekonomicznym [8]. W ocenie kosztów bezpośrednich i pośrednich związanych z bólami głowy koszty związane z MOH mogą przewyższać nawet te wynikające z samej migreny [8]. Z tego powodu szczególnie istotna wydaje się konieczność podjęcia także działań prewencyjnych.

Piśmiennictwo

1. Westergaard M.L., Munksgaard S.B., Bendtsen L., Jensen R.H. Medication-overuse headache: a perspective review. *Ther. Adv. Drug Saf.* 2016; 7: 147–158.
2. Westergaard M.L., Hansen E.H., Glümer C., Olesen J., Jensen R.H. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. *Cephalalgia* 2014; 34: 409–425.
3. Schmid C.W., Maurer K., Schmid D.M. i wsp. Prevalence of medication overuse headache in an interdisciplinary pain clinic. *J. Headache Pain* 2013; 30: 4.
4. Thorlund K., Sun-Edelstein C., Druyts E. i wsp. Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine. *J. Headache Pain* 2016; 17: 107.
5. Evers S., Jensen R. European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *Eur. J. Neurol.* 2011; 18: 1115–1121.
6. Bekkelund S.I., Salvesen R. Drug-associated headache is unrecognized in patients treated at a neurological centre. *Acta Neurol. Scand.* 2002; 105: 120–123.
7. Jonsson P., Linde M., Hensing G., Hedenrud T. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache. *J. Headache Pain* 2012; 13: 281–290.
8. Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J. i wsp. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur. J. Neurol.* 2012; 19: 703–711.