

Ενημέρωση για την ημικρανία στην εγκυμοσύνη

Η ημικρανία είναι μια συχνή μορφή κεφαλαλγίας, η συχνότερη μετά την κεφαλαλγία τάσης, που αφορά το 12- 15% περίπου του πληθυσμού, με σημαντική υπεροχή των γυναικών (3:1). Καθώς η επίπτωση της ημικρανίας στις γυναίκες κορυφώνεται στην περίοδο της αναπαραγωγικής τους ηλικίας αποτελεί συνηθισμένο πρόβλημα η αντιμετώπιση των κρίσεων ημικρανίας σε έγκυες γυναίκες. Τα ερωτήματα που ανακύπτουν είναι αν η ημικρανία επηρεάζει την εγκυμοσύνη και πώς αντιμετωπίζεται η ημικρανία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο στις κρίσεις, όσο και προφυλακτικά.

Η ημικρανία δε φαίνεται να επηρεάζει τη γονιμότητα ή την έκβαση μιας κύησης. Από την άλλη, η εγκυμοσύνη επηρεάζει την ημικρανία, προκαλώντας μείωση στη συχνότητα και στη βαρύτητα των επεισοδίων, ιδίως της ημικρανίας χωρίς αύρα. Το φαινόμενο αυτό πιθανά να οφείλεται στην ορμονική σταθερότητα που επικρατεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και είναι πιο εμφανές στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο. Φαίνεται ωστόσο ότι η αύρα της ημικρανίας αλλάζει στην εγκυμοσύνη, και μπορεί να εμφανιστούν και επεισόδια αύρας χωρίς ημικρανία.

Η πρόκληση στην εγκυμοσύνη είναι η θεραπεία για τις κρίσεις ημικρανίας, καθώς τα περισσότερα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται εκτός εγκυμοσύνης έχουν αντένδειξη στη διάρκειά της. Η παρακεταμόλη είναι μια ασφαλής επιλογή αλλά δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Η ιμπουπροφαίνη και η ναπροξένη είναι πιο αποτελεσματικές και ασφαλείς όταν χρησιμοποιούνται στο 1^ο και 2^ο τρίμηνο. Οι τριπτάνες γενικά, και ειδικά η σουματριπτάνη, για την οποία υπάρχουν και τα περισσότερα δεδομένα από εγκυμοσύνες, φαίνεται ότι είναι ασφαλή φάρμακα και σαφώς τα πιο αποτελεσματικά στη θεραπεία των ημικρανικών κρίσεων, αν και με ελαφρά ίσως αύξηση στη συχνότητα πρόωρου τοκετού. Ωστόσο, τυπικά η χρήση τους στην εγκυμοσύνη δεν συνίσταται. Η ναυτία και οι έμετοι, που συχνά εκδηλώνονται στα πλαίσια μιας ημικρανικής κρίσης, μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με μετοκλοπραμίδη.

Όσον αφορά στην προφυλακτική θεραπεία, τα πράγματα είναι πιο σύνθετα, καθώς ιδεατά οι προφυλακτικές φαρμακευτικές αγωγές πρέπει να τερματίζονται όταν οι γυναίκες προγραμματίζουν να μείνουν έγκυες. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές οι εγκυμοσύνες δεν είναι προγραμματισμένες και πολλές γυναίκες που διαπιστώνουν ότι είναι έγκυες λαμβάνουν ήδη κάποια φαρμακευτική αγωγή. Από τις καθιερωμένες από καιρό προφυλακτικές θεραπείες, η προπρανολόλη είναι ασφαλής και σχετικά αποτελεσματική. Τα αντιεπιληπτικά δεν είναι ασφαλή γενικά και ειδικά το βαλπροϊκό είναι αποδεδειγμένα τερατογόνο. Τα αντικαταθλιπτικά γενικά είναι ασφαλή φάρμακα και η χρήση τους θα πρέπει να σταθμίζεται έναντι των πιθανών κινδύνων, αν και η χρήση των παλαιότερων, όπως η αμιτριπτυλίνη, έχει αποδειχθεί διαχρονικά ασφαλής. Ωστόσο, τυπικά η χρήση τους στην εγκυμοσύνη δεν συνίσταται.

Η αλλαντική τοξίνη τύπου A, καθώς χορηγείται τοπικά και δεν έχει ουσιαστική συστηματική απορρόφηση δεν αναμένεται να έχει κάποια αρνητική επίδραση στην εγκυμοσύνη ή στο έμβρυο, ενώ υπάρχουν και κλινικές μελέτες, έστω σε μικρούς αριθμούς εγκύων, που δείχνουν ότι είναι ασφαλής επιλογή. Τα μονοκλωνικά αντισώματα και τα μικρά μόρια έναντι του CGRP είναι πολύ πρόσφατης χρήσης θεραπείες για την προφύλαξη (αλλά και

κάποια και για την οξεία φάση) της ημικρανίας και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα ασφαλείας για την εγκυμοσύνη. Τα μονοκλωνικά αντισώματα, ως μεγάλα μόρια, δεν διαπερνούν τον πλακουντιακό φραγμό και δεν επηρεάζουν το έμβρυο. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ήδη αναφορές (<100) διεθνώς από έκθεση εγκύων στα μονοκλωνικά αντισώματα με καθησυχαστικά προς το παρόν αποτελέσματα. Ωστόσο, και μέχρι να προκύψουν οριστικά συμπεράσματα, η χρήση τους στην εγκυμοσύνη δεν συνίσταται.

Σε γενικές γραμμές δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η ημικρανία είναι μια νόσος και η έγκυος με ημικρανία πρέπει να συμβουλευτείται εκτός από το γυναικολόγο και το νευρολόγο της για τον καλύτερο και ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης των κρίσεων ημικρανίας. Εξίσου σημαντικό είναι να θυμόμαστε ότι εκτός από τις φαρμακευτικές υπάρχουν οι μη φαρμακευτικές θεραπείες προφύλαξης (τεχνικές χαλάρωσης, καλός ύπνος, βιοανάδραση, σωματική άσκηση, σωστή διατροφή) οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές στη φάση της εγκυμοσύνης καθώς μπορούν να δώσουν λύσεις χωρίς να χρειάζεται να εκτεθεί η έγκυος και το έμβρυο σε δυνητικά επιβλαβείς φαρμακευτικές ουσίες.

Εκ μέρους του Κλάδου Κεφαλαλγίας της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας, Ιούλιος 2023.

Βιβλιογραφία

- Peter J Goadsby, Jay Goldberg, Stephen D Silberstein. Migraine in pregnancy. *BMJ* 2008; 336: 1502-4
- Kevin Spielmann, Angela Kayser, Evelin Beck et al. Pregnancy outcome after anti-migraine triptan use: A prospective observational cohort study. *Cephalalgia* 2017; 38(6): 10810 1092
- V Pfaffenrath, MRehm. Migraine in pregnancy: what are the safest treatment options? *Drug Saf* 1998; 19(5): 383- 8
- Gianni Allais, Giulia Chiarle, Emma Sinatra et al. The safety of accupunture for migraine prevention during pregnancy. *Neurol Sci* 2022; 43(9): 5753- 5755
- Sierra J Vig, Julia Garza, Yunting Tao. The use of erenumab for migraine prophylaxis during pregnancy: A case report and narrative review. *Headache* 2022; 62(10): 1256- 1263
- Ho Tin Wong, Modar Khalil, Fayazz Ahmed. OnabotulinumtoxinA for chronic migraine during pregnancy: a real world experience on 45 patients. *The Journal of Headache and Pain* 2020; 21:129
- Offie P. Soldin, Julia Dahlin and Daniel M. O'Mara. Triptans in Pregnancy. *Ther Drug Monit* 2008; 30(1): 5-9