

léků, i když jí bylo vysvětleno, že je nutné pozvolné nasazování. Byl vybrán venlafaxin, který byl nasazován postupně od 37,5 mg denně a postupně byl vydáván do 150 mg denně. Pacientka se výrazně zlepšila, protože se snížila četnost především těžkých záchvatů vyžadujících akutní lékařské ošetření.

Komentář: U této pacientky opět bylo chybou rychlé nasazování profylaktik bez správné titrace a rychlé střídání typu profylaxe. Léčba topiramátem měla být zahájena 25 mg na noc a teprve při dobré toleranci dále navyšována na 50 mg. Venlafaxin byl zvolen i vytitrován správně.

Volba první profylaktické terapie

Začínáme obvykle lékem první volby v monoterapii. V případě neúčinnosti nebo při kontraindikaci těchto léků či z důvodu komorbidit pacienta volíme léky druhé nebo třetí volby nebo kombinaci léků.

Kazuistika 4

Žena, narozená 1995, migréna bez aury od r. 2016. První neurologické vyšetření bylo v 5/2017, dostala sumatriptan, zpočátku s efektem, později udávala záchvaty až třídní. Sumatriptan kombinovala s nimesulidem. V 8/2018 byla frekvence 8–10 migrenózních dnů v měsíci, a proto byl nasazen zonisamid, který byl postupně vytitrován do dávky 2 × 50 mg. Efekt po čtyřměsíční léčbě však nebyl a nadále byla frekvence 8–10 migrenózních dnů v měsíci. Pacientka byla v 1/2019 vyšetřena v centru pro bolesti hlavy, zonisamid byl vysazen a podán metoprolol v dávce 1 × 50 mg s efektem. Došlo k redukci na čtyři migrenózní dny.

Komentář: Chybou bylo vybrat u pacientky jako první profylaktickou léčbu off label lék.

Podobně se nedoporučuje začínat profylaxi léky, jako jsou gabapentin, pregabalin nebo SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) antidepresiva (s výjimkou domínujících psychiatrických komorbidit).

Volba léku s ohledem na komorbiditu a možné NÚ profylaxe

Při výběru profylaktika si všímáme dalších onemocnění či dispozic pacienta (např. one-

mocnění psychiatrická, kardiovaskulární, metabolická, epilepsie, poruchy spánku) a vedlejších účinků podávaných léků, protože tyto mohou významně ovlivnit kvalitu léčby nejen negativně, ale i pozitivně.

Příklady nevhodného výběru profylaktika s ohledem na komorbiditu:

- zhoršení astmatu, rozvoj bradykardie či hypotenze při podání betablokátorů,
- změny tělesné hmotnosti při terapii topiramátem (hubnutí), při terapii valproátem nebo amitriptylinem (nárůst tělesné hmotnosti),
- zhoršení psychiky u pacientů s depresí či psychickou labilitou při terapii betablokátoru či topiramátem,
- manifestace arteriální hypertenze či tachykardie při léčbě venlafaxinem.

Kazuistika 5

Žena, narozená 1968, migréna od 16 let. V r. 2011 byla vyšetřena pro chronickou migrénu s nadužíváním kombinovaných analgetik (Ataralgin). V minulosti byla zkoušena následující profylaktika: topiramát – vysazen pro vedlejší projevy (tlumení), valproát – vysazen pro vedlejší projevy (padání vlasů, nárůst tělesné hmotnosti). Od 1/2011 při frekvenci 16 migrenózních dnů v měsíci byl nasazen metoprolol, postupně byl vytitrován až do dávky 200 mg. Došlo k redukci záchvatů na 7–9 migrenózních dnů v měsíci s akcentací při menses. V 8/2012 přišla pro zhoršování četnosti migrény až na 12 migrenózních dnů v měsíci. Vzhledem k dříve užívané profylaxi, kterou netolerovala, bylo rozhodnuto o nasazení venlafaxinu. Nasazení antidepresiva podpořil i fakt, že v minulosti byla léčena citalopramem pro depresivní syndrom. Proto bylo doporučeno v průběhu týdne metoprolol snížit a vysadit a současně nasazovat venlafaxin do dávky 75 mg denně. Při kontrole 10/2012 udávala redukci na devět migrenózních dnů v měsíci. V 12/2012 pak volala ohledně výskytu papitací a vzestupu krevního tlaku. Na interní ambulanci jí bylo doporučeno vysadit venlafaxin, z důvodu možné příčiny vedlejších projevů. Po vysazení venlafaxinu se krevní tlak znormalizoval, ale objevovalo se občasné bušení srdce. Po domluvě s internistou byl znovu nasazen metoprolol, ale byla doporučena dávka

50 mg denně. Pacientka zpětně uvedla, že již v minulosti mívala občasné palpitace, které neřešila. Po nasazení metoprololu palpitace zcela odezněly.

Komentář: U pacientky bylo chybou rychlé vysazení metoprololu, který užívala v dávce 200 mg. Kardiovaskulární vedlejší projevy u venlafaxinu nebylo bohužel možné dopředu předvídat, avšak dlouhodobá léčba vyšší dávkou betablokátoru zřejmě ovlivnila krevní tlak a po vysazení betablokátoru vedl snadněji venlafaxin k elevaci krevního tlaku i k palpitacím.

Vysazení medikace, která by mohla zhoršit migrénu

Nasazení hormonální antikoncepce (HAK) může dle typu migrény významně ovlivnit výskyt záchvatů. Kombinovaná HAK (ethinylestradiol-EE + syntetický progestin) může vést u žen trpících migrénou s auroou ke zhoršení stavu a v případě dalších rizikových faktorů až v krajním případě ke vzniku migrenózního infarktu. Proto jsou všechny formy kombinované HAK (perorální nebo lokálně podávané ve formě náplasti či kroužku) u žen s migrénou s auroou kontraindikovány. Je možné podat čistě gestagenní typ HAK. U žen trpících migrénou bez aury je možné podat bez omezení oba typy HAK.

Kazuistika 6

Žena, narozená 1999. V dětství mívala sinusitidy, příležitostně kuřačka (1–2 cigarety). GA: menses od 11 let, v 15 letech (2014) nasazena první HAK. Vystřídala několik druhů, vzpomíná si pouze na Lindinette (20 µg EE), po všech špinila, proto začátkem roku 2019 dostala preparát Ebelya (30 µg EE), špinění již neměla, ale zhoršila se jí pleť a gynekolozka změnila HAK na Yanella (30 µg EE). NO: Od r. 2014 jí vznikly jednostranné bolesti hlavy s nevolností, foto- a fonofobií a zchváceností. V r. 2017 měla poprvé před očima „flekky“, pak zrnění jako v televizi, trvalo to 1 hod., pak začala silná bolest poloviny hlavy, zvracela, byla zcela paralyzovaná. Záchvat trval 1–2 dny. Byla vyšetřena u praktika, stav byl hodnocen jako migréna s auroou a dostala sumatriptan, který měl na ataky efekt. Následně se tyto záchvaty