

menopauza může z důvodu náhlého snížení hladiny estrogenů rovněž vyvolat migrénu (Martin et Behbehani, 2006).

Menstruační migréna (MM) je specifickým typem záchvatu, který je vázán na perimenstruační období. Obvykle se jedná o záchvaty bez aury. Podle aktuální 3. verze Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-3) z roku 2018 rozlišujeme dva typy MM. Prvním typem je tzv. pravá menstruační migréna, která vzniká výhradně v období 1. dne menstruace a v rozmezí dvou dnů před a dvou dnů po tomto dni ($D1 \pm 2$ dny, tj. období 5 dní), a to nejméně ve dvou nebo třech menstruačních cyklech za sebou. Pravou MM má asi 10 % pacientek, které trpí migrénou. Druhým typem je tzv. nepravá menstruační migréna neboli migréna asociovaná s menstruací; je charakterizována záchvaty jednak v perimenstruačním období ($D1 \pm 2$ dny), ale i dále v průběhu či po ukončení menses. Tímto typem MM trpí více než 50 % žen s migrénou (MacGregor, 1996).

Migréna a COC

Migréna postihuje 15–20 % (Rasmussen et al., 1991) žen a ve fertlím období tento výskyt dále stoupá, a protože až 50 % žen užívá HAK (European Contraception Policy Atlas, 2020), je velmi pravděpodobné, že pacientky s migrénou budou současně i uživatelkami HAK. Nejčastěji ženy užívají COC.

Výskyt migrény u žen, které dosud migrénou netrpěly, není u uživatelek COC ve srovnání s kontrolní skupinou vyšší. Pokud nasadíme COC u žen, které migrénou trpí, je důležitým faktem rozdílný vliv COC na výskyt záchvatů u typu s aourou a typu bez aury. Tato odlišnost je dána vlivem estrogenů na migrenózní záchvat. Provedené studie ukazují, že výskyt migrény bez aury je nezměněn u 44–67 % uživatelek, zhoršen u 24–35 % a zlepšen pouze u 5–8 % uživatelek COC (Martin et Behbehani, 2006). Rozvoj bolestí hlavy je u nových uživatelek COC vyšší, pokud jsou starší 35 let (Loder, Buse et Golub, 2005). Pokud se migréna vyskytuje, pak je to nejčastěji v období HFI po vysazení estrogenů, dle klasifikace ICHD-3 8. 3. 3 bolest hlavy z vysazení estrogenů. Záchvat vzniká v průběhu 5 dnů po poslední užití dávce estrogenu a odezní do 3 dnů. Musí předcházet minimálně 3 týdny trvající užívání estrogenu (Martin et Behbehani, 2006).

U žen s migrénou s aourou se mohou vlivem COC vyskytovat záchvaty častěji než u migrény bez aury. Studie ukazují, že na rozdíl od pacientek s migrénou bez aury je dokonce 50–57 % žen zhoršeno (Martin et Behbehani, 2006). Proto je u ženy s migrénou důležitá správná volba HAK. Některé pacientky mohou při léčbě svého typu migrény z užívání HAK dokonce profitovat, ale při nevhodně voleném preparátu může dojít k významnému zhoršení stavu.

Doporučení u migrény

V roce 2018 bylo vydáno společné prohlášení odborníků European Headache Federation (EHF) a European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH) se závěry hodnotícími vliv exogenních estrogenů a progestinů na průběh migrény během reprodukčního období ženy. Systematicky byly posouzeny a revidovány výsledky celkem 21 studií (do května 2018). V 11 studiích byla léčba použita přímo pro profylaxi bolesti hlavy (MM nebo migrény bez vazby na menses), v ostatních studiích se jednalo o ženy, které vyžadovaly HAK z jiných důvodů a efekt léčby na bolesti hlavy byl hodnocen jako vedlejší parametr. Závěrem bylo vydáno doporučení, jak postupovat při podávání a aplikaci různých typů a způsobů dostupné HAK s ohledem na typ migrény. Celková kvalita současných důkazů je stále ještě nízká a bude třeba dalšího výzkumu (Sacco et al., 2018).

Doporučení u migrény bez aury

Těmto ženám může být v zásadě podán jak typ kombinovaný, tak typ čistě gestageniní. U COC preferujeme monofázové preparáty, protože rozdílná hladina EE v jednotlivých fázích cyklu u vícefázové HAK může provokovat záchvaty.

Optimální je podávání nízkých dávek EE. Aplikace velmi nízkých dávek EE, tj. 20 µg a méně, může nedostatečně suprimovat ovulaci, a tím způsobit zvýšenou produkci endogenního estrogenu a kolísání hladin estrogenu, což může být důvodem zhoršení bolestí hlavy (Loder, Buse et Golub, 2005).

Doporučení u menstruační migrény

Hormonální léčba MM vychází z patofyziologie a spočívá v navození stabilní hladiny estrogenů (Mastík, 2008).

Navození stabilně vysoké hladiny estrogenů

Ženy trpící MM mohou profitovat z nasazení COC, která je podávána buď kontinuálně po dobu 12 měsíců (20 µg EE a 90 µg levonorgestrelu), nebo v režimu s rozšířeným cyklem, spočívajícím v aplikaci trvající 84 dní, po níž následuje obvyklý 7denní HFI (Kolektiv autorů, 2020). V obou režimech byla prokázána redukce MM, ale i příznaků premenstruačního syndromu. Tato dávkovací schémata se nedoporučují ženám s přidatnými vaskulárními rizikovými faktory. Pokud by žena výše uvedený režim netolerovala, je alternativou léčba COC s kratším HFI. De Leo se spolupracovníky v r. 2011 prokázal, že kombinace 20 µg EE s 3 mg drospirenonu v režimu 24/4 snižuje délku a intenzitu záchvatů pravé MM (De Leo et al., 2011). Podobné výsledky prokazují i pozdější studie, avšak není jednoznačný průkaz o léčebném efektu režimu 24/4 na MM (Sacco et al., 2018).

Jinou možností hormonální léčby MM je perimenstruační aplikace estrogenu formou tablet, gelu nebo náplasti s obsahem EE, a tím se zabrání prudkému poklesu estrogenů v období menses. Je vhodný u žen s pravidelnou menstruací a předvídatelnou migrénou. U některých je efektivita nízká, protože může dojít ke vzniku opožděných bolestí hlavy. U této substituce navíc nejsou důkazy o optimální dávce (Sacco et al., 2018). Někteří odborníci v léčbě migrény tuto formu vůbec nevyužívají.

Tuto variantu je nutno vždy konzultovat s gynekologem a rovněž vyloučit kontraindikace podání estrogenů (hluboká žilní trombóza a plicní embolie v anamnéze, těžká hepatopatie, karcinom prsu).

Navození stabilní nízké hladiny estrogenů

U některých žen lze u MM s výhodou podat čistě gestageniní preparáty, které inhibují ovulaci, a tím navodí hypoestrinní stav. Studie s desogestremem 75 µg denně prokázala evidentní vliv na průběh migrény. Z hlediska kardiovaskulárního rizika je také nejbezpečnější formou a může zlepšit frekvenci a tíži také migrény bez aury nebo s aourou bez vazby na menstruaci (Sacco et al., 2018).

Vzhledem ke stejnému mechanismu účinku ostatních progestinů závisí výběr preparátu