

Τ.Ε.Ι.  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## *ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ*

### *Η ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ ΤΟΝ 20<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ*

#### *ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ*



**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**  
Dr. ΖΗΣΗΣ Θ.

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**

ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ Γ.

Πάτρα 2008

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	5
Εισαγωγή .....	6

## **ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>**

Ιστορική αναδρομή .....	9
-------------------------	---

## **ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

Η επιδημιολογία της ημικρανίας.....	13
-------------------------------------	----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

#### **Ημικρανία**

1. Τι είναι ημικρανία (ορισμός) .....	16
1.1. Ημικρανία χωρίς αύρα .....	16
1.2. Ημικρανία με αύρα .....	17
1.3. Οφθαλμοπληγική ημικρανία .....	19
1.4. Αμφιβληστροειδική ημικρανία .....	19
1.5. Περιοδικά σύνδρομα των παιδιών που μπορεί να είναι προμηνύματα ημικρανίας ή να συνδυάζονται με αυτή. ....	20
1.6. Επιπλοκές ημικρανίας .....	20
1.7. Ημικρανικές διαταραχές μη πλήρους τα ανωτέρω κριτήρια. ....	21

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

#### **Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί - παθογένεση**

1. Αγγειακές θεωρίες ημικρανίας.....	22
2. Θεωρία των ανοικτών αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων του Heyck.....	23
3. Νευρογενής θεωρία.....	23
4. Νευροαγγειακή θεωρία.....	24

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

#### **Ποια είναι τα συμπτώματα**

1. Πρώτες ενδείξεις.....	25
2. Πριν από την κρίση – η αύρα.....	25
3. Πονοκέφαλος.....	27
4. Ναυτία και εμετός.....	27
5. Τι άλλο μπορείτε να νοιώσετε;.....	27

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **Προδιαθεσικοί παράγοντες**

Εκλυτικοί παράγοντες ημικρανίας.....	30
--------------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **Κλινική εξέλιξη ημικρανίας**

1. Φάση 1:Πρόδρομα συμπτώματα.....	35
2. Φάση 2:Η αύρα.....	36
3. Φάση 3:Η κεφαλαλγία.....	36
4. Φάση 4:Λύση κεφαλαλγίας.....	37
5. Φάση 5:Η αποδρομή.....	37

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **Ημικρανία και άλλες παθήσεις**

1. Υπέρταση.....	38
2. Αιμοδιύληση.....	38
3. Νόσος από κίνηση.....	39
4. Πρόπτωση μητροειδούς βαλβίδας.....	39
5. Προσθετικές καρδιακές βαλβίδες.....	40
6. Παθήσεις των επινεφριδίων.....	40
7. Υπερλιπιδαιμίες.....	40
8. Ημικρανία και επιληψία.....	40

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

### **Διαγνωστικά κριτήρια ημικρανίας**

1. Η σημασία του ιστορικού .....	41
2. Εξέταση .....	45
3. Συμπέρασμα .....	46

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

### **Παιδική ημικρανία**

1. Ορισμός παιδικής ημικρανίας .....	47
2. Κλινική εικόνα .....	48
3. Διαφορική διάγνωση .....	50
4. Επιδημιολογία .....	50
5. Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	51
6. Ψυχολογικοί παράγοντες .....	51
7. Διαγνωστικός έλεγχος .....	52
8. Πρόγνωση .....	52
9. Θεραπεία .....	53
9.1. Αποφυγή ή τροποποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων της ημικρανίας .....	53
9.2. Αντιμετώπιση κρίσης ημικρανίας .....	54
9.3. Προφυλακτική θεραπεία ημικρανίας .....	54

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°**

### **Γυναίκες και ημικρανία**

1. Καταμήνια ημικρανία .....	55
2. Ημικρανία και εγκυμοσύνη .....	58
3. Η εργαζόμενη γυναίκα .....	63

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°**

### **Ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ημικρανία**

Εισαγωγή .....	64
1. Προσωπικότητα .....	64
2. Ψυχοπιεστικές καταστάσεις (stress) .....	65
3. Ψυχοσωματικές διαταραχές .....	65
4. Ψυχωτικές διαταραχές .....	65
5. Διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών .....	66
6. Οργανικά ψυχοσύνδρομα .....	66
7. Ψυχοπαθολογία .....	66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12°**

### **Επιπλοκές ημικρανίας**

1. Ημικρανική κατάσταση .....	68
2. Ημικρανικό έμφρακτο.....	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13°**

### **Φαρμακολογική θεραπεία ημικρανίας**

Εισαγωγή .....	71
1. Θεραπεία ημικρανικής κρίσης .....	71
2. Προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας .....	74
3. Θεραπεία του «ημικρανικού status» .....	75
4. Συμπεράσματα .....	75

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14°**

### **Μη φαρμακολογική αντιμετώπιση κεφαλαλγίας πρωτοπαθούς αιτιολογίας**

Εισαγωγή .....	77
1. Αναλγησία με βελονισμό .....	78
2. Η εφαρμογή τεχνικών βιοανάδρασης .....	79
3. Γνωσιακή θεραπεία συμπεριφοράς .....	80
4. Η εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης .....	80

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15°**

### **Κλινικές ημικρανίας**

1. Τι θα πρέπει να ξέρετε για τις κλινικές ημικρανίας; .....	88
2. Γιατί χρειζόμαστε τις κλινικές ημικρανίας .....	89
3. Ποιος πρέπει να επισκεφτεί κλινική ημικρανίας .....	90
4. Που βρίσκονται οι κλινικές ημικρανίες .....	90

## **ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>**

### **Α) Διάφορα στατιστικά στοιχεία**

1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....93
2. Στοιχεία ημικρανίας με αύρα.....98
3. Στατιστικά στοιχεία των κυκλικών εμέτων στην παιδική ημικρανία.....106
4. Συνήθη φάρμακα για την ημικρανία: Χρήση κατά την κύηση και το θηλασμό.....107

### **Β) Επιστημονικές εξελίξεις**

1. Η ασπιρίνη στην αντιμετώπιση της οξείας ημικρανίας .....110
2. Ανακαλύφθηκε γονίδιο που ευθύνεται για την ημικρανία.....111
3. Επιστημονική έρευνα Botox .....111
4. Εντόπισαν το γονίδιο που προκαλεί τις ημικρανίες .....112
5. Από ημικρανίες υποφέρουν τα παχύσαρκα παιδιά .....112
6. Ημικρανίες και σεξουαλική επιθυμία .....113

**Περίληψη** .....114

**Βιβλιογραφία** .....115

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πρωιμότερη αναφορά στη νόσο αποδίδεται στον Αρεταίο τον Καππαδόκη, ο οποίος κατά τον 1ον αιώνα π.Χ. περιέγραψε τα ακόλουθα συμπτώματα.

*«Εάν το σκοτάδι κατέχει τα μάτια και το κεφάλι στριφογυρίζει από ζάλη και τα αυτιά βουίζουν σαν τα ποτάμια που κυλάνε με μεγάλο θόρυβο ή σαν τον αέρα που σφυρίζει ανάμεσα στα πανιά ή τα καλάμια, τότε η αρρώστια λέγεται “σκότωμα”. Το “σκότωμα” φέρνει βάρος στο κεφάλι, λάμψεις στα μάτια μαζί με άφθονο σκοτάδι, άγνοια του εαυτού και των γύρω και αν χειροτερεύσει τα πόδια λυγίζουν και σέρνονται στο έδαφος μαζί με ναυτία και εμετό από φλέγμα και μαύρη χολή.»<sup>1</sup>*

Η ημικρανία αποτελεί μια από τις πλέον βασανιστικές μορφές κεφαλαλγίας που ταλαιπωρεί εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο από αρχαιοτάτων χρόνων.

Αν και δεν αποτελεί νόσο εν τούτοις, η μεγάλη διαταραχή που δημιουργείται στον ανθρώπινο οργανισμό μαζί με τη συχνή περιοδικότητα στην εμφάνιση της επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής του πάσχοντα την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή του δραστηριότητα.

Στο δυτικό κόσμο 120 εκατομμύρια κάτοικοι υποφέρουν από ημικρανία. Ο τεράστιος αυτός αριθμός δικαιολογεί την εκτεταμένη πολυδάπανη έρευνα που διενεργείται από ετών σε πάρα πολλά κράτη στο πεδίο της ημικρανίας.

Ο οικογενειακός γιατρός, παθολόγος ή γενικός γιατρός είναι ο πρώτος ο οποίος καλείτε να αντιμετωπίσει την καθημερινή ημικρανική κρίση. Στη συνέχεια ο νευρολόγος ή ο γιατρός στην εφημερία του νοσοκομείου και τέλος πιθανότατα γιατροί και άλλων ειδικοτήτων έρχονται σε επαφή με τον άρρωστο δεδομένου ότι η ημικρανία δεν αποτελεί νόσο αλλά σύμπτωμα πολλών και διαφόρων νοσημάτων. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην τεράστια ανάγκη που υπάρχει για την σωστή και σε βάθος γνώση του αντικειμένου της ημικρανίας από τον γιατρό, για την κατανόηση της από διαγνωστικής πλευράς και για τη θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Η Ελληνική Εταιρία Κεφαλαλγίας, που ιδρύθηκε το 1991 έχει βασικό σκοπό την αποκλειστική μελέτη και ενημέρωση για την ημικρανία στον ελληνικό χώρο.<sup>2</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ημικρανία σαν παθολογική κατάσταση είναι τόσο παλιά όσο και το ανθρώπινο είδος. Είναι αρκετά συνηθισμένη πάθηση (αφορά στο 12% του ενήλικου πληθυσμού) μεταξύ των κεφαλαγιών, οι οποίες είναι από τα πλέον κοινά προβλήματα υγείας, καλύπτει ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των περιπτώσεων.<sup>3</sup> Κατανέμεται αδιακρίτως σε όλες τις ηλικίες, στις περισσότερες μορφές της προτιμά το θήλυ φύλο και με την πολυμορφία των κλινικών της εκδηλώσεων απεργάζεται σύνδρομο, για τα οποία πέραν της νευρολογίας εμπλέκονται πολυάριθμες κλινικές ειδικότητες (οφθαλμολογία, παθολογία, παιδιατρική κ.τ.λ.) Αν και έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος τα τελευταία χρόνια στην κατανόηση του δαιδαλώδους παθοφυσιολογικού της μηχανισμού, με θετικό απόηχο στη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, δεν έχει προκύψει κάποιο εργαστηριακό βοήθημα (βιοχημικός ή άλλου τύπου δείκτης), που θα μπορούσε να κατοχυρώσει τη διάγνωση της πάθησης, για την οποία εξακολουθούμε να στηριζόμαστε σε κλινικό κριτήριο.<sup>4</sup>

Δεν υπάρχει άτομο που σε κάποια φάση της ζωής του να μην έχει εμπειρία αυτής της δυσάρεστης κατάστασης. Μερικά άτομα έχουν τόσο συχνές ημικρανίες ώστε να τις θεωρούν μέρος της καθημερινής τους ζωής. Οι ημικρανίες μπορεί να μη βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών, επηρεάζουν όμως την ποιότητα ζωής τους, στον επαγγελματικό – εργασιακό, οικογενειακό και κοινωνικό τομέα.<sup>2</sup>

Είναι οι γιατροί μας εκπαιδευμένοι αρκετά, ώστε να αναγνωρίζουν τη νόσο πίσω από τις ποικιλόμορφες κλινικές της εκδηλώσεις. Στην προπτυχιακή εκπαίδευση, κάθε άλλο παρά έμφαση δίνεται στη νόσο, ενώ κατά την περίοδο της ειδίκευσης ο ειδικευόμενος δεν θα συναντήσει στο θάλαμο άρρωστο νοσηλευόμενο για ημικρανία, εκτός εάν το κλινικό του σύνδρομο, στο τμήμα εισαγωγής, είχε υποδυθεί άλλη νόσο. Στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου θα αντιμετωπίσει κάποτε φαρμακοανθεκτικές κρίσεις ημικρανικού άλγους, οι οποίες ουσιαστικά αποτελούν και τη μοναδικά του εμπειρία από το ευρύ κλινικό φάσμα της νόσου, με το οποίο και θα έλθει αργότερα σε συχνή επαφή κατά την άσκηση της ιατρικής.<sup>4</sup>

Ερέθισμα της προσπάθειάς μου αυτής στάθηκε το ότι στην Ελλάδα δυστυχώς το αντικείμενο της ημικρανίας δεν έτυχε της Έρευνας και της προσοχής που σαν πρόβλημα του άξιζε. Ελάχιστοι ήταν αυτοί που προσπάθησαν όλα αυτά τα χρόνια να τοποθετήσουν το πρόβλημα στις πραγματικές του διαστάσεις.

Ένα οργανωμένο ιατρείο στη Θεσσαλονίκη και ένα στην Αθήνα, αποτέλεσαν για χρόνια τους μόνους χώρους συστηματικής μελέτης και αντιμετώπισης της ημικρανίας. Αισιόδοξο είναι το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου για την ημικρανία στην Ελλάδα (όπως και παγκοσμίως), αυξήθηκε σημαντικά. Σήμερα θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός ιατρών ευαίσθητοποιημένους στον τομέα της ημικρανίας που εκτός της αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων που προκαλεί η ημικρανία παράγει και ένα σημαντικό επιστημονικό έργο με την οργάνωση συνεδρίων σεμιναρίων, με την ενεργό συμμετοχή σε διεθνείς επιστημονικές εκδηλώσεις και με την κυκλοφορία χρήσιμων εκπαιδευτικών εκδόσεων.<sup>2</sup> Σκοπός μου είναι να συμβάλω στην όλη εκπαιδευτική προσπάθεια και να ενημερώσω με την παράθεση των πιο σύγχρονων απόψεων για την ημικρανία.

Η εργασία μου διακρίνεται σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από μια ιστορική αναδρομή στην ημικρανία και περιλαμβάνει τα μέχρι σήμερα δεδομένα για την ημικρανία στην Ελλάδα και στον υπόλοιπο κόσμο. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τον ορισμό, την ταξινόμηση, την κλινική εικόνα και εξέλιξη της ημικρανίας στα πρόδρομα και σύννοδα συμπτώματα καθώς και τους προδιαθεσικούς παράγοντες. Επίσης, αναπτύσσεται ένα πολύ σημαντικό μέρος για την κατανόηση της ημικρανίας, τη σωστή εφαρμογή της θεραπείας, οι προδιαθεσικοί παράγοντες και η κλινική εξέλιξή της. Αναφέρεται η διάγνωση τη ημικρανίας και η φυσική εξέταση του πάσχοντα. Αναλύεται η απαιτούμενη θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και η προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας και οι εναλλακτικές μορφές θεραπείας χωρίς φάρμακα. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τις επιστημονικές εξελίξεις και έρευνες που αφορούν την ημικρανία (και τους τρόπους αντιμετώπισής της).



*ΜΕΡΟΣ 10*  
*ΜΕΡΟΣ 10*

*ΜΕΡΟΣ 10*  
*ΜΕΡΟΣ 10*

*ΜΕΡΟΣ 10*  
*ΜΕΡΟΣ 10*

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ημικρανία είναι ένα φαινόμενο που ξεκινάει από πολύ παλιά. Σχετικές αναφορές συναντάμε από την εποχή του Ομήρου. Υπάρχει μια φράση στην Οδύσσεια όπου ο Όμηρος – ή Έλληνες που εμείς αποκαλούμε Όμηρο λέει: «Οι Θεοί κλώθουν δυστυχίες για τους ανθρώπους έτσι ώστε οι μελλούμενες γενιές να έχουν θέματα να τραγουδήσουν». Ταιριάζει να πούμε πως η κεφαλαλγία είναι μια από τις ανθρώπινες δυστυχίες και ως τέτοια τραγουδήθηκε από τους προϊστορικούς ακόμη χρόνους, όταν η ποίηση, προτού γίνει γραπτή τέχνη, ήταν προφορική, ήταν τραγούδι.

Η γνώση γύρω από τους μηχανισμούς των διαφόρων μορφών κεφαλαλγίας και οι θεραπευτικές μέθοδοι που αναπτύχθηκαν για την ανακούφιση της, συσσωρεύθηκαν μέσα από μια αργή, επίπονη διαδικασία θεώρησης, πειραματισμού και ανακάλυψης, η οποία υπήρξε αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης δραστηριότητας από την αυγή της φυλής. Στις χιλιετίες της προϊστορίας, οι πρώτοι «επιστήμονες» εκείνης της εποχής εφεύραν εργαλεία, συνέλλεξαν γνώσεις για θεραπευτικά φυτά, ανακάλυψαν τη χημεία κατασκευής δοχείων για την Παρασκευή και την αποθήκευση τους. Κάθε μία απ' αυτές τις τεράστιες σημασίας- ανακαλύψεις και εφευρέσεις δεν προέρχεται από μια συμπτωματική μεταλλαγή στο γενετικό υλικό του ανθρώπου, αλλά αποτελεί μια νέα σύνθεση της συσσωρευμένης πείρας, που ο εφευρέτης της είναι κληρονόμος της μόνο από την παράδοση.

Η βοτανοθεραπεία λοιπόν αποτέλεσε για τον προϊστορικό άνθρωπο της τροφοσυλλεκτικής εποχής μια από τις πρώτες μορφές θεραπείας των κεφαλαλγιών. Όχι όμως και τη μόνη. Η αρχαιολογική σκαπάνη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα έφερε στο φως έναν μεγάλο αριθμό κρανίων της νεολιθικής εποχής- γύρω στο 7.000 π.Χ.- που βρέθηκαν σε διάφορα μέρη της γης μ'ένα κοινό χαρακτηριστικό. Την κρανιοανάτρηση (εικόνα1). Η μέθοδος αυτή, που εφαρμόζεται μέχρι τις μέρες μας, φαίνεται έτσι πως έχει μια πολύ παλιότερη καταγωγή και ιστορία. Φαίνεται σχεδόν απίστευτο το ότι οι άνθρωποι εκείνης της εποχής τολμούσαν μια τέτοια επέμβαση που εύκολα θα μπορούσε να αποβεί θανατηφόρα με τα πρωτόγονα εργαλεία εκείνης της εποχής. Και όμως τα περισσότερα από τα ανευρεθέντα κρανία με κρανιοανάτρηση φέρουν σαφή ίχνη επιβίωσης αυτών που είχαν υποστεί την επέμβαση. Η επέμβαση γινόταν με τη χρήση πρωτόγονων μέσων όπως ένα κομμάτι αιχμηρού πυρόλιθου, το οποίο επιβεβαιώθηκε από τον περίφημο Γάλλο νευρολόγο, χειρουργό και ανθρωπολόγο του προηγούμενου αιώνα Paul Broca. (εικόνα 2) Η τρέλα, η επιληψία, η κεφαλαλγία αρρώστιες που πηγάζουν φανερά από την κεφαλή θα πρέπει να αποτελούσαν τις κύριες αιτίες για την εκτέλεση κρανιοανάτρησης. Έτσι, μέχρι το 4.000- 3.000 π.Χ., έως το προοίμιο δηλαδή της αστικής επανάστασης, ο τρόπος αντιμετώπισης των ασθενειών και της κεφαλαλγίας ήταν ένας συνδυασμός μαγείας, θρησκείας και μιας πρωτόγονης εμπειρικής ιατρικής.

Μερικοί μαύροι Αυστραλοί, για να θεραπεύσουν διάφορους πόνους στο κεφάλι, ακουμπούν στο μέρος που πονούν τη ζεσταμένη αιχμή δόρατος. Έπειτα τη ρίχνουν μακριά και ο πόνος φεύγει μαζί της σ'ένα είδος μαύρης πέτρας. Στο Μαρόκο όταν ένας Μαυριτανός έχει πονοκέφαλο, παίρνει μερικές φορές ένα αρνί ή ένα τράγο και χτυπά το ζώο μέχρι να πέσει κάτω, πιστεύοντας ότι μ'αυτόν τον τρόπο ο πονοκέφαλος θα μεταφερθεί σ'αυτό.<sup>5</sup>

Στην επόμενη χιλιετία, αναπτύχθηκαν οι μεγάλοι πολιτισμοί των Σουμερίων, των Αιγυπτίων και αργότερα των Βαβυλωνίων και των Ασσυρίων. Οι ασθένειες και η κεφαλαλγία θεωρούνταν σαν δουλειά των κακών πνευμάτων ή άλλων σκοτεινών δυνάμεων. Η θεραπεία της κεφαλαλγίας επικεντρώνονταν σε ξόρκια και τελετουργικές πράξεις, καθώς επίσης σε αλοιφές και καταπώσεις φαρμάκων. Όσο βρωμερότερο ήταν το φάρμακο, τόσο γρηγορότερα θα έφευγε ο δαίμονας από τον άρρωστο. Το πιο συνηθισμένο θεραπευτικό μέσο που σύστηναν οι γιατροί ήταν τα περιπτώματα ανθρώπων ή ζώων.

Από την εποχή αυτή περίπου το 3.000π.Χ. έχουμε και το πρώτο ιατρικό κείμενο που περιγράφει με απόλυτη ακρίβεια συμπτώματα που ταυτίζονται με την ημικρανική αύρα. Το οφείλουμε σε άγνωστο Σουμέριο θεραπευτή που κατέγραψε – κατά τη συνήθεια της εποχής- υπό μορφή πρακτικού τα συμπτώματα του αρρώστου που είχε αναλάβει. Ανάμεσα στα φυτικά παρασκευάσματα που χρησιμοποιούνταν εκείνη την εποχή για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας αναφέρονται ο κορίανδρος, ο άρκεθος – είδος λιβανιού- το μέλι και η αγριαψιθιά. Οι Αιγύπτιοι προσθέτουν σ'αυτά βάμμα οπίου, που τους προσέδιδε σαφή αναλγητική ιδιότητα.

Την Εποχή των Πυραμίδων (2.500π.Χ.), στον πάπυρο του Ebers που βρέθηκε στη νεκρόπολη των Θηβών ανάμεσα στα σκέλη μιας μούμιας περιγράφεται θεραπεία της ημικρανίας που συνδύαζε το μαγικό- ιερό στοιχείο με την εμπειρική γνώση της παθοφυσιολογίας της ημικρανίας.

Από τον 8<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα οι Έλληνες γνώριζαν το όπιο, μια και ο Όμηρος στην Οδύσσεια (Δ, 221) αναφέρει ότι η Πολυδάμνα που το όνομα της σημαίνει «δαμάστρια πολλών ασθενειών» , έδωσε στην Ελένη της Τροίας, ένα οπιούχο που πέρα από αναλγησία έφερνε «την απαλή μαγεία της λησμονιάς».

Κυρίαρχη μορφή της άνθησης του ελληνικού πολιτισμού στον τομέα της ιατρικής είναι ο Ιπποκράτης. Ζώντας στον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. είναι ο πρώτος που επιχειρεί μελέτη των αντικειμενικών συνθηκών των ασθενειών. Στο ιπποκρατικό corpus περιλαμβάνεται βέβαια και η μελέτη των κεφαλαλγιών. Ο αρχαίος σοφός περιγράφει διάφορες μορφές κεφαλαλγίας και διαχωρίζει την ημικρανία με αύρα που συνίσταται σε οπτικές διαταραχές και συνοδεύεται από ναυτία και εμετούς από τη κεφαλαλγία που προκαλείται από τη σωματική άσκηση ή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Στην ελληνική περίοδο της άνθησης της ιατρικής, θα πρέπει να περιληφθούν, ο Αρεταίος και ο Γαληνός, που αν και έζησαν στα χρόνια της ρωμαϊκής κυριαρχίας, η καταγωγή τους και η παιδεία τους υπήρξε ελληνική. Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης (1<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ.), ταξινομώντας τις κεφαλαλγίες, διαχώρισε αυτές ως προς την ένταση και την ποιότητα του πόνου. Έτσι ονόμασε κεφαλαλγία τον ήπιο, επεισοδιακού τύπου πονοκέφαλο, κεφαλαία τον πιο έντονο, χρόνια πονοκέφαλο και ετεροκρανία. Λίγα χρόνια αργότερα, ο Γαληνός (2<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ.) χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον όρο ημικρανία που έκτοτε έμελλε να καθιερωθεί παγκόσμια. Κατά τους βυζαντινούς χρόνους, η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ημικρανίας δεν διαφοροποιείται ουσιαστικά σε σχέση με την αρχαία παράδοση. Ο μόνος νεωτερισμός που προστίθεται είναι η επάλειψη της κεφαλής του πάσχοντα με ξύδι ώστε να διευκολυνθεί η απορρόφηση του οπίου.<sup>5</sup>

Πολύ πριν την έναρξη της ιατρικής αναγέννησης στη Δύση, ήδη από τον 10<sup>ο</sup>-11<sup>ο</sup> αιώνα αναπτύσσεται στη Νότια Ιταλία η περίφημη σχολή του Salerno, όπου οι λόγιοι μεταφράζουν τα αρχαία ελληνικά ιατρικά κείμενα από τα αραβικά στα λατινικά. Σε μια από τις διατριβές που εκδόθηκαν από τη Σχολή του Salerno – την οποία μάλιστα την οφείλουμε σε γυναίκα γιατρό, την Τρότουλα- τη *Passionibus Mulierum Curandonum*, γνωστή ως Μείζων Τρότουλα, οι συμβουλές που δίνονται για την αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών φαίνονται απίστευτα σύγχρονες, καθώς δεν αναφέρονται μόνον τα αναλγητικά που πρέπει να χρησιμοποιούνται, αλλά τονίζονται ιδιαίτερα η σημασία της ισορροπημένης δίαιτας, της άσκησης και των δυσάρεστων επιπτώσεων του άγχους και του stress. Το 17<sup>ο</sup> αιώνα ο Thomas Willis, ο πρώτος επιστήμονας που χρησιμοποίησε τον όρο «νευρολογία», εισάγει την αγγειακή θεωρία στην παθογένεια των κεφαλαλγιών. Είναι ο πρώτος που επισημαίνει την κληρονομικότητα της ημικρανίας, τη σχέση της με τις καιρικές μεταβολές και τις ατμοσφαιρικές συνθήκες, καθώς και την επίδραση των διαιτητικών παραγόντων. Την ίδια περίπου εποχή, σημαντική είναι η προσφορά του Εράσμου Δαρβίνου, που προτείνει την ιδέα της φυγοκέντρωσης των αρρώστων, 'ώστε να εκτοπίσει το αίμα από το κεφάλι προς τα πόδια. Στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, ο Calets Parry υπέδειξε την πίεση της επιπολής κροταφικής αρτηρίας ως μέσο για την ανακούφιση από μια ημικρανική κρίση.

Το 1873 ο Edward Living διατυπώνει τη θεωρία ότι η ημικρανία είναι νευρογενούς και όχι αγγειακής αιτιολογίας και ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου που προκαλείται από νευρικές θύελλες. Αυτή είναι και η εποχή που εμφανίζονται τα πρώτα αντιημικρανικά φάρμακα μεταξύ των οποίων κυριαρχεί η εργοταμίνη. Τονίζεται η σπουδαιότητα του υγιεινού τρόπου ζωής για την θεραπεία της ημικρανίας, κατασκευάζεται ένα φάρμακο γνωστό σαν μείγμα του Gowers που συνίσταται σε νιτρογλυκερίνη 1% σε διάλυμα αλκοόλης, συνιστά την μαριχουάνα ως μέσο για την ανακούφιση μιας οξείας κρίσης κεφαλαλγίας. Έτσι οι αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα βρίσκουν τις δύο σχολές που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της κεφαλαλγίας και της ημικρανίας, την «Αγγειακή» και την «Νευρογενή» σε έντονη αντιπαράθεση μεταξύ τους, μια αντιπαράθεση που οδήγησε στη σημερινή συνθετική θεώρηση και ερμηνεία του προβλήματος.<sup>5</sup>

*ΜΕΡΟΣ 20*  
*ΜΕΡΟΣ 20*

*ΜΕΡΟΣ 20*  
*ΜΕΡΟΣ 20*

*ΜΕΡΟΣ 20*  
*ΜΕΡΟΣ 20*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ

Τεράστια είναι η βιβλιογραφία, κυρίως πρόσφατη. Στον πίνακα 1, ένας πολύ μικρός μόνο αριθμός των εργασιών αναφέρεται ενδεικτικά. Και πάλι αντιμετωπίζονται τα γνωστά μεθοδολογικά προβλήματα με έμφαση κυρίως στον όρο «μικτή κεφαλαλγία», ο οποίος περιλαμβάνει κρίσεις ημικρανίας και κεφαλαλγίας τύπου τάσεως. Οι Rasmussen και συν ανέφεραν εκ νέου όμως ότι ο όρος αυτός δεν πρέπει να χρησιμοποιείται, αλλά να υπάγεται στις υποκατηγορίες της ημικρανίας, έτσι όπως ορίστηκε στην τελευταία κατάταξη των κεφαλαλγιών. Αν και οι ημικρανικοί ασθενείς συχνότερα επισκέπτονται τον ιατρό, σε σχέση με άλλους κεφαλαλγικούς αρρώστους, τελικά μόνο το 15% αυτών έχουν ιατρική παρακολούθηση, ενώ μόνο το 2% απευθύνονται σε ειδικό ιατρό ή κέντρο. Η επίπτωση της ημικρανίας (νέες περιπτώσεις ανά έτος και 1000 κατοίκους) φαίνεται στον πίνακα 2. Η ημικρανία επομένως αρχίζει σε νεότερες ηλικίες στους άνδρες. Επιπλέον η ημικρανία με αύρα ξεκινά σε νεότερες ηλικίες απ' ότι η ημικρανία χωρίς αύρα. Η αναλογία ανδρών/ γυναικών στην ημικρανία χωρίς αύρα είναι πολύ μεγαλύτερη απ' ότι στην ημικρανία με αύρα, όσον αφορά την επίπτωση. Ο επιπολασμός της ημικρανίας στις διάφορες εργασίες κυμαίνεται από 5 έως 25% στο γενικό πληθυσμό. Στους άνδρες το ποσοστό αυτό είναι 2-7%, στις δε γυναίκες 10-17%. Επιπλέον η ημικρανία με αύρα είναι κατά πολύ σπανιότερη απ' ότι η ημικρανία χωρίς αύρα.<sup>5</sup>

Οι παράμετροι που αποδεδειγμένα επηρεάζουν τον επιπολασμό της ημικρανίας είναι η ηλικία και το φύλο. Η ημικρανία είναι δύο ή δέκα φορές πιο συχνή στις γυναίκες, σε όλες τις ηλικίες, της αναλογίας αυτής μεγιστοποιούμενης στην ηλικία των 42 ετών. Ο επιπολασμός της ημικρανίας είναι πολύ υψηλότερος στη 2<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής. Οι Rasmussen & Breslau ωστόσο διατυπώνουν αρκετές αμφιβολίες για τη συσχέτιση ηλικίας και επιπολασμού ημικρανίας. Όσον αφορά τώρα την κοινωνική τάξη και τη μόρφωση, έχουν παλαιότερα διατυπωθεί οι υπόνοιες ότι η ημικρανία είναι νόσος των μορφωμένων και των υψηλών κοινωνικών τάξεων, αλλά αυτό δεν αποδεικνύεται σε νεότερες έρευνες, όπου μάλιστα μερικές φορές προέκυψαν αντίθετα αποτελέσματα. Πρόκειται ενδεχομένως για κάποιο artifact, που σχετίζεται με το εκάστοτε δείγμα πληθυσμού που μελετάται ή που στηρίζεται στις παλαιότερες έρευνες. Είναι προφανώς λογικό οι ευπορότεροι ασθενείς και οι περισσότερο μορφωμένοι να απευθύνονται συχνότερα στον ιατρό για κάποιο πρόβλημα απ' ότι οι φτωχότεροι. Στις ΗΠΑ ωστόσο υπολογίζεται ότι 8% των ανδρών και 15% των γυναικών απουσιάζουν από την εργασία τους μια φορά τον μήνα, λόγω κεφαλαλγίας. Αν και αυτά τα ποσοστά που στηρίζονται στη μεγάλη αμερικάνικη έρευνα των Linet και συνεργατών είναι ίσως μεγάλα, δείχνουν πάντως το μέγεθος του κοινωνικοοικονομικού αντίκτυπου που έχει η νόσος αυτή. Και στην ημικρανία, το άγχος και οι διαταραχές του συναισθήματος είναι πολύ συχνότερα απ' ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι παράγοντες που αποδεδειγμένα προκαλούν την ημικρανική κρίση σε ημικρανικούς ασθενείς είναι η κατανάλωση αλκοόλης, οι αλλαγές του καιρού, η έμμηνος ρύση, η εγκυμοσύνη, η ψυχική καταπόνηση, το άγχος και οι διαταραχές ύπνου. Η κατανάλωση σοκολάτας, χυμών φρούτων, κόκκινου κρασιού και τυριών σχετίζεται επίσης με πρόκληση ημικρανικών κρίσεων. Η νόσος έχει επιπλέον σαφή κληρονομική επιβάρυνση, του θετικού οικογενειακού ιστορικού ανερχόμενου στο 56% των ημικρανικών ασθενών. Η ημικρανία είναι και παιδική νόσος, όπως άλλωστε

φαίνεται και στον πίνακα 2, ιδιαίτερα στα αγόρια, τα οποία εμφανίζουν σε μικρή ηλικία ημικρανικού τύπου κρίσεις κεφαλαλγίας. Σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια ηλικίας μικρότερης των 7 ετών έχουν πιο συχνά από τα κορίτσια της ίδιας ηλικίας ημικρανίες, στις οποίες η μορφή της ημικρανίας χωρίς αύρα είναι ο συχνότερος τύπος. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ο επιπολασμός της ημικρανίας αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι ο ετήσιος επιπολασμός της έφθασε το 1989 στο 41/1000 από το 25,8/1000 όπου βρισκόταν το 1981.<sup>5</sup>

## Πίνακας 1

### Ο επιπολασμός της ημικρανίας

Έρευνα	Δείγμα	Ηλικία	ΠΕ	Α (%)	Γ (%)	Όλοι (%)
Grisp et al, 1977, ΗΒ	ΓΠ 727	Ενήλικες	Ζωής	10	26	-
Nikoforow 1981 Φιλανδία	ΓΠ 200	>15	1 έτος	11	35	-
Osuntokun 1981 Νιγηρία	ΓΠ 903	1 -70	Ζωής	5	9	7
Paulin 1985 Νέα Ζηλανδία	ΓΠ 1.139	10-80	1 έτος	5	17	10
D'Alessandro 1988, Ιταλία	ΓΠ 1144	7 -70	1 έτος	9	18	14
Linnet et al 1989, ΗΠΑ	ΓΠ 10.132	12-29	1 έτος	5	14	10
Rasmussen 1991, Δανία	ΓΠ 740	25-64	1 έτος	6	15	10
Breslau 1991, ΗΠΑ	ΓΠ 1.006	21-30	1 έτος	3	13	9
Henry 1992 Γαλλία	ΓΠ 4.204	5 -65	Ζωής	2	8	5
Edmeads 1993 Καναδάς	ΓΠ -	>15	1 έτος	-	-	16
Honkassalo 1993, Φιλανδία	ΓΠ 22.089	>24	1 έτος	2	10	4
Gobet 1994 Γερμανία	ΓΠ 4.061	>15	1 έτος	7	15	11
Kryst 1994 ΗΠΑ	ΓΠ 647	>20	1 έτος	4	10	8

## Πίνακας 2

### Η επίπτωση της ημικρανίας στα παιδιά

	Ημικρανία χωρίς αύρα		Ημικρανία με αύρα	
	Ηλικία έναρξης	Επίπτωση %	Ηλικία έναρξης	Επίπτωση%
<i><b>Ανδρες</b></i>	10-11	10	5	6.6
<i><b>Γυναίκες</b></i>	14-17	18.9	12-13	14.1



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

#### 1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ (ΟΡΙΣΜΟΣ)

Όταν λέμε ημικρανία εννοούμε ένα έντονο πονοκέφαλο που εντοπίζεται στο ήμισυ του κρανίου (εξού και ο όρος ημικρανία), στο 40% περίπου των πασχόντων προσβάλλει και στις δύο πλευρές της κεφαλής σχεδόν αμέσως μετά την έναρξη της.<sup>6</sup>

Η ημικρανία αποτελεί μια αρκετά συχνή, ειδική μορφή κεφαλαλγίας με σαφή διαφοροποιά κλινικά συμπτώματα και σημεία από άλλες μορφές κεφαλαλγίας που χάρη σ' αυτά και τους ειδικούς μπορεί εύκολα να ταυτοποιηθεί και να διαφοροδιαγνωσθεί. Η ημικρανία βασικά θεωρείται σαν σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες έντονες κεφαλαλγίες οι οποίες συνήθως συνοδεύονται από ναυτία και φωτοφοβία και των οποίων μπορεί να προηγούνται εστιακά νευρολογικά συμπτώματα (αύρα). Η αύρα μπορεί να υφίσταται χωρίς την ύπαρξη κεφαλαλγίας. Οι κρίσεις αύρας χωρίς κεφαλαλγία παλαιότερα θεωρούνταν σαν ημικρανιακά ισοδύναμα.

Η ημικρανία είναι μια περιοδικά επαναλαμβανόμενη μέτρια έως έντονη κεφαλαλγία, που συνδυάζει συγμώδη πόνο, που συνοδεύεται με γαστρεντερικές διαταραχές, υπερβολική ευαισθησία στα αισθητικά ερεθίσματα και περιορίζει την σωματική και πνευματική δραστηριότητα για όσο διαρκεί (4-72 ώρες), καθώς η οποιαδήποτε προσπάθεια επιδεινώνει τη συμπτωματολογία. Ο πόνος είναι τόσο έντονος που ο πάσχων απουσιάζει από την εργασία του 2-3 μέρες σύμφωνα με διεθνή στατιστικά στοιχεία.

Η ένταση του πόνου είναι ευθέως ανάλογη της εντάσεως των συνοδών συμπτωμάτων, η κορύφωση του πόνου συμπίπτει με την μέγιστη ένταση των συνοδών συμπτωμάτων όταν συνυπάρχουν.<sup>2</sup>

Υπάρχουν περισσότερα από ένα είδη ημικρανίας και παίρνουν μορφές σε διαφορετικές στιγμές. Το 15% των κατοίκων της γης υποφέρει από ημικρανία.<sup>6</sup>

#### 1.1. Ημικρανία χωρίς αύρα.

Η ημικρανία χωρίς αύρα σε αντίθεση με την ημικρανία με αύρα παρουσιάζεται πιο συχνά και δεν υπάρχουν προειδοποιητικά συμπτώματα ή αύρα. Πρόκειται για μια άγνωστης αιτίας επαναλαμβανόμενη κεφαλαλγία διάρκειας 4-72 ωρών, συχνότερα μονόπλευρης, με πόνο σφύζοντος χαρακτήρα, άλλοτε άλλης έντασης, που επιδεινώνεται από συνήθειες και φυσικές δραστηριότητες και συνδυάζεται με ναυτία, φωτοφοβία και φωνοφοβία.<sup>7</sup> Καμία φορά μπορεί να αισθανθείτε ναυτία πριν αρχίσει ο πονοκέφαλος και μερικές φορές, μετά τον εμετό, το άτομο ανακουφίζεται κάπως από τον πονοκέφαλο, αλλά οι απότομες κινήσεις ή το σκύψιμο χειροτερεύουν την κατάσταση.<sup>8</sup>

## 1.2. Ημικρανία με αύρα.

Η νόσος ανήκει στην ομάδα των λεγόμενων παροξυσμικών παθήσεων του νευρικού συστήματος (Ν.Σ.), όπως η επιληψία και τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, εκδηλώνεται δηλαδή με επεισόδια (κρίσεις) διάρκειας ωρών, που εισβάλουν άτακτα (μια φορά την εβδομάδα, το μήνα ή και αργότερα), εν αιθρία ή άλλοτε μετά έκδηλο εκλυτικό παράγοντα (ταξίδι, stress, εμμηνοροή, κατανάλωση κόκκινου κρασιού ή άλλου τροφικού παράγοντα). Στην τυπική της μορφή η ημικρανιακή κρίση περιλαμβάνει δυο φάσεις, εκείνη της αύρας που διαρκεί από λίγα λεπτά μέχρι μια ώρα και εκείνη της κεφαλαλγίας, που διαρκεί περισσότερο.<sup>4</sup>

Στο είδος αυτό παρουσιάζονται προειδοποιητικά συμπτώματα της κρίσης. Πολύ συχνά η προειδοποίηση παίρνει τη μορφή διαταραχών της όρασης, που μπορεί να γίνει θολή ή να χάσετε μέρος από το φως σας. Μερικές φορές παρατηρείται μια παροδική για ομιλία και άλλοτε μπορεί να μη λειτουργεί καλά η αφή. Οι γιατροί χρησιμοποιούν τη λέξη «αύρα» για να χαρακτηρίσουν όλα αυτά τα προειδοποιητικά συμπτώματα που παρουσιάζονται πριν από τον πονοκέφαλο και πιστεύεται πως οφείλονται σε στένωση των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν ένα συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου. Η αύρα εμφανίζεται συνήθως βαθμιαία μέσα σε 5- 20 λεπτά και διαρκεί λιγότερο από 60 λεπτά.

Ο πονοκέφαλος παρουσιάζεται λίγο μετά την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων και ο πόνος είναι συνήθως πολύ δυνατός. Στις δυο από τις τρεις περιπτώσεις, ο πόνος παρατηρείται από τη μια πλευρά και συνήθως ξαναέρχεται πάλι από την ίδια πλευρά. Καμία φορά όμως, βλέπουμε να εμφανίζεται από την άλλη πλευρά, ή στις δύο πλευρές ταυτόχρονα.

Συχνά ο πονοκέφαλος συνοδεύεται από ναυτία και εμετό και σε μια δυνατή κρίση μπορεί να χρειαστεί να ξαπλώσετε. Σε ορισμένες κρίσεις ημικρανίας εμφανίζεται και διάρροια.<sup>8</sup> Ο πονοκέφαλος συνήθως διαρκεί 4- 72 ώρες, αλλά είναι δυνατό να είναι τελείως απών. Οι υποδιαιρέσεις της ημικρανίας με αύρα είναι:<sup>7</sup>

**1.2.1. Ημικρανία με τυπική αύρα.** Πρόκειται για ημικρανική προσβολή, της οποίας προηγείται αύρα, που αποτελείται από διαταραχές του οπτικού πεδίου, ημιαισθητικά συμπτώματα, ημιπάρεση ή δυσφασία ή συνδυασμό των ανωτέρω. Αναπτύσσεται βαθμιαία και διαρκεί λιγότερο από μια ώρα. Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την αύρα υφίστανται πλήρως. Η ημικρανία με τυπική αύρα είναι η κοινότερη μορφή ημικρανίας με αύρα και το συνηθέστερο σύμπτωμα αύρας είναι η οπτική αύρα. Η οπτική αύρα λαμβάνει συνήθως τη μορφή τεχοψίων, είναι δηλαδή σαν ένα άστρο κοντά στο σημείο προσήλωσης της όρασης, που βαθμιαία επεκτείνεται είτε προς τα δεξιά είτε προς τα αριστερά και παίρνει μια καμπύλη μορφή μεγωνιώδεις λάμπεις στις άκρες, ανάμεσα στις οποίες αφήνει ένα σχετικό ή πλήρη βαθμό σκοτώματος στη γένεσή του. Άλλοτε η αύρα εκδηλώνεται σαν μια θόλωση του οπτικού πεδίου ή με αιμωδίες σε ένα τμήμα του σώματος ή με δυσκολίες της ομιλίας.<sup>7</sup>

**1.2.2. Ημικρανία με παρατεταμένη αύρα.** Παλιά ονομαζόταν επιτεπλεγμένη ημικρανία ή ημιπληγική ημικρανία. Πρόκειται για ημικρανία με ένα ή περισσότερα συμπτώματα αύρας, που διαρκεί περισσότερο από 60 min και λιγότερο από μια εβδομάδα.<sup>7</sup>

**1.2.3. Οικογενής ημιπληγική ημικρανία.** Πρόκειται για μορφή της ημικρανίας με αύρα, που περιλαμβάνει ημιπάρεση και στην οποία ένας τουλάχιστον πρώτου βαθμού συγγενής έχει παρόμοιες προσβολές.<sup>7</sup>

**1.2.4. Ημικρανία της βασικής αρτηρίας.** Περιγράφηκε από τον Birckerstaff (1961) σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας, όπου και επικρατεί, αν και παρατηρείται σπανιότερα σε όλες τις ηλικίες αλλά και στους άρρενες. Δεν υπάρχει συνήθως κληρονομική επιβάρυνση. Η νόσος και πάλι διαδράμει σε δυο φάσεις, τη φάση της αύρας με φαινόμενα δυσλειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους (ίλιγγο, διπλωπία, αιμωδία άκρων, συνήθως αμφοτερόπλευρα), του ινιακού φλοιού (άμφω ημιανοψία ή τύφλωση) και τη φάση της κεφαλαλγίας, που ακολουθεί μετά 10- 45 min. Η κεφαλαλγία εστιάζεται στην ινιακή χώρα και επεκτείνεται προς την κορυφή της κεφαλής και τον αυχένα, είναι έντονη, σφύζουσα και συνοδεύεται από ναυτία και ακατάσχετους εμετούς. Η κρίση υποχωρεί σταδιακά πρώτα υποχωρούν οι εμετοί, ενώ επιδιάρκει για ώρες ήπια αστάθεια και ίλιγγος. Ο ύπνος επιδρά και στη μορφή αυτή θεαματικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ημικρανιακές κρίσεις της βασικής αρτηρίας συμπληρώνονται και με διαταραχή της συνείδησης, προφανώς από ισχαιμία του δικτυωτού σχηματισμού του στελέχους ή και αιφνίδιες πτώσεις επί του εδάφους.<sup>4</sup>

**1.2.5. Ημικρανιακή αύρα χωρίς κεφαλαλγία.** Προηγούμενα είχαν χρησιμοποιηθεί οι όροι ισοδύναμα ημικρανίας ή μη κεφαλική ημικρανία. Πρόκειται για ημικρανιακή αύρα που δεν συνοδεύεται από κεφαλαλγία και συνήθως παρουσιάζεται σε νεαρά άτομα. Αν όμως πρωτοπαρουσιαστεί μετά την ηλικία των 40, απαιτείται λεπτομερέστερη έρευνα για τη διαφορική διάγνωση από θρομβοεμβολικά παροδικά ισχαιμικά επεισόδια.<sup>7</sup>

**1.2.6. Ημικρανία με οξεία έναρξη αύρας.** Πρόκειται για ημικρανία με αύρα που εξελίσσεται πλήρως σε λιγότερο από 5 min. Στην υποδιαίρεση αυτή πρέπει να περιλαμβάνονται οι μορφές στις οποίες έχει σωστά ερμηνευτεί το ιστορικό πραγματικής οξείας έναρξης της αύρας και πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση από θρομβοεμβολικά παροδικά ισχαιμικά επεισόδια.<sup>7</sup>

Εκτός από την ημικρανία χωρίς αύρα και την ημικρανία με αύρα, άλλες μορφές ημικρανίας είναι οι εξής:

### 1.3. Οφθαλμοπληγική ημικρανία.

Πρόκειται για επεισόδια κεφαλαλγίας, τα οποία εμπλουτίζονται με παράλυση του οφθαλμοκινητικού (κοινού κινητικού) νεύρου. Προηγείται η κεφαλαλγία, η οποία εστιάζεται μέσα και γύρω από τον έναν οφθαλμό και διαρκεί 2- 10 ημέρες. Αρχικά είναι ήπια, κατά το 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup>, 24ώρο η ένταση αυξάνεται προοδευτικά, παραμένει σταθερή για 1- 2 24 ώρα, οπότε και αρχίζει να υποχωρεί. Όταν η βολβαλγία αποκτήσει τη μέγιστη ισχύ ή όταν αρχίσει να υποχωρεί, εμφανίζεται πτώση του σύστοιχου άνω βλεφάρου και διπλωπία. Υπάρχει συνήθως μυδρίαση και πλήρης παράλυση των οφθαλμοκινητικών μυών που εννευρούνται από το κοινό κινητικό. Η οφθαλμοπληγία υποχωρεί σε 10- 18 ημέρες πλήρως, αλλά σπάνια μετά από επανειλημμένες προσβολές παραμένει ήπια πτώση του βλεφάρου και μυδρίαση. Μετά άλλοτε άλλο χρόνο (μήνες, 1 ή 2 χρόνια) επακολουθεί πανομοιότυπη κρίση από την άλλη πλευρά και αυτό είναι χαρακτηριστικό για την ημικρανία. Η νόσος, στη συντριπτική αναλογία των περιπτώσεων, εισβάλλει στην παιδική ηλικία (4<sup>ο</sup>- 10<sup>ο</sup> έτος) και προτιμά το άρρεν φύλο (5- 7:1). Η πρώτη κρίση, με τη δραματική της κλινική εικόνα, επιβάλλει συνήθως τη διεύρυνση (αξονική τομογραφία και αρτηριογραφία) για τον αποκλεισμό, κυρίως, του ανευρύσματος της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας. Όταν η νόσος αρχίζει σε μεγαλύτερη ηλικία, η ανωτέρω διερεύνηση είναι υποχρεωτική. Η οφθαλμοπληγική ημικρανία της παιδικής ηλικίας ακολουθείται από κρίσεις κλασικής ή κοινής ημικρανίας στην ενήλικη ζωή. Στον παθογενετικό μηχανισμό εμπλέκεται κυριαρχικά η έσω καρωτίδα. Κατά τη διάρκεια της κρίσης η αρτηριογραφία αποκαλύπτει στένωση του ενδοσηραγγώδους τμήματος της έσω καρωτίδας, η οποία, όπως αποδείχθηκε στις περιπτώσεις που οδηγήθηκαν στο χειρουργείο, δεν οφείλεται σε σπασμό αλλά σε οίδημα του τοιχώματος του αγγείου. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αναλγητικών και ίσως στεροειδών κατά την έναρξη της κρίσης, για την απορρόφηση του οιδήματος.<sup>4</sup>

### 1.4. Αμφιβληστροειδική ημικρανία.

Πρόκειται για σπάνια διαταραχή κατά την οποία η αγγειοσύσπασση των αμφιβληστροειδικών αγγείων προκαλεί απώλεια της όρασης από τον ένα οφθαλμό με ή χωρίς φωταψίες, συχνά προηγούμενη κεφαλαλγίας ή βύθιου οπισθοκογχικού πόνου. Η απώλεια αυτή της όρασης διαρκεί 30'' με 30', με εμφάνιση από 2 φορές ετησίως έως 2 εβδομαδιαίως, ενίοτε ακολουθεί σκύψιμο και σωματική προσπάθεια. Η κατάσταση βέβαια αυτή πρέπει να τονιστεί ότι είναι πολύ σπάνια.

Πίεση του οπτικού νεύρου και παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, προερχόμενο από την ομόπλευρη έσω καρωτίδα, πρέπει οπωσδήποτε να αποκλεισθούν, ιδιαίτερα όταν η μονοφθάλμιος αυτή τύφλωση δεν ακολουθείται από κεφαλαλγία.

Είναι επίσης δύσκολο να καθοριστεί αν η παροδική αυτή μονοφθάλμιος τύφλωση είναι ποικιλία ημικρανίας ή θρομβοεμβολικής προελεύσεως. Απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς και κλάδων της, με αποτέλεσμα έμφρακτο και παροδικό οίδημα, έχουν αναφερθεί σαν αιτιολογικοί μηχανισμοί, σπανιότερα δε η φλεβική θρόμβωση.<sup>9</sup>

### 1.5. Περιοδικά σύνδρομα των παιδιών που μπορεί να είναι προμηνύματα ημικρανίας ή να συνδυάζονται με αυτή.

Παλαιότερα ονομάζονταν ισοδύναμα ημικρανίας και ήταν δύσκολο να προταθούν επαρκή κριτήρια για τις πολλαπλές ετερογενείς και ακαθόριστες διαταραχές που περιλαμβάνονται κάτω από τους όρους «περιοδικά σύνδρομα», «κοιλιακή ημικρανία» και «κυκλικοί εμετοί». Τα σύνδρομα αυτά της παιδικής ηλικίας δεν μπορεί να περιληφθούν με σαφήνεια στην κατάταξη, παρά τη γενική άποψη ότι σε μερικές περιπτώσεις πρόκειται για ισοδύναμα ημικρανίας χωρίς κεφαλαλγία. Υποδιαιρείται στις μορφές «καλοήθους παροξυσμικός ίλιγγος των παιδιών» και «επαλλάσσουσα ημιπληγία των παιδιών». Η τελευταία αναφέρεται σε προσβολές ημιπληγίας βρεφών που αφορούν την κάθε μια πλευρά κατά εναλλασσόμενο τρόπο και συνδυάζεται με άλλα παροξυσμικά φαινόμενα και πνευματική καθυστέρηση.<sup>7</sup>

### 1.6. Επιπλοκές ημικρανίας.

Οι επιπλοκές διακρίνονται στις εξής μορφές:

**1.6.1. Ημικρανική κατάσταση.** Ως ημικρανική κατάσταση καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια της IHS ένα ημικρανικό επεισόδιο, όταν διαρκεί περισσότερο από 72 ώρες με ή χωρίς θεραπεία. Η κεφαλαλγία είναι συνεχής ή υπάρχουν μεσοδιαστήματα μικρότερα των 4 ωρών χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη η περίοδος του ύπνου.

Στους παράγοντες που θεωρούνται εκλυτικοί της ημικρανικής κατάστασης περιλαμβάνονται συναισθηματικό stress, άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση φαρμάκων, διαίτα, ορμονικοί παράγοντες και διάφοροι άλλοι μη ειδικοί παράγοντες.

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν πολλές αναφορές στη θεραπεία της ημικρανικής κατάστασης, αν και στις μελέτες της θεραπείας της ημικρανικής κρίσης ο χρόνος των 72 ωρών που τίθεται ως όριο καθορίζεται κατά προσέγγιση. Όταν ο ασθενής με ημικρανική κατάσταση επισκεφθεί το γιατρό, συνήθως έχει ήδη πάρει διάφορα φάρμακα χωρίς αποτέλεσμα. Συχνά επιβάλλεται η εισαγωγή του στο νοσοκομείο, κυρίως όταν χρειάζεται ενυδάτωση. Η θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από την κατάσταση του αρρώστου, τη συνύπαρξη άλλων νοσηρών καταστάσεων που πιθανόν ν' αποτελούν αντένδειξη για τη χρήση κάποιων φαρμακευτικών ουσιών και φυσικά από την εμπειρία του γιατρού στα διάφορα θεραπευτικά σχήματα.<sup>10</sup>

**1.6.2. Ημικρανικό έμφρακτο.** Η συνύπαρξη ημικρανίας και εμφράκτου αποτελεί από το 1881, όταν για πρώτη φορά περιγράφεται κλινικά από τους Charcot και Fere, μέχρι και σήμερα ένα διαγνωστικό πρόβλημα. Σύμφωνα με τα κριτήρια της IHS, ως ημικρανικό έμφρακτο χαρακτηρίζεται το επεισόδιο στο οποίο ένα ή περισσότερα συμπτώματα της ημικρανικής αύρας παραμένουν και μετά από 7 ημέρες και/ ή συνυπάρχει ισχαιμικό έμφρακτο σε νευροαπεικονιστική μέθοδο.

Επεκτεινόμενη αυτή η ταξινόμηση μπορεί να συμπεριλάβει και άλλες νοσολογικές οντότητες όπου η ημικρανία και το έμφρακτο μπορεί να συσχετίζονται. Τέτοιες καταστάσεις σύμφωνα με την ταξινόμηση της IHS μπορεί να είναι:

§ Συνύπαρξη εγκεφαλικού εμφράκτου και ημικρανίας.

§ Εγκεφαλικό έμφρακτο με κλινικούς χαρακτήρες ημικρανίας.

§ Ημικρανικό έμφρακτο. Απροσδιόριστες καταστάσεις.<sup>10</sup>

### 1.7. Ημικρανικές διαταραχές μη πλήρουνες τα ανωτέρω κριτήρια.

Πρόκειται για κεφαλαλγίες που πιστεύεται ότι είναι μορφές ημικρανίας, αλλά οι οποίες δεν ταιριάζουν απόλυτα στα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Στην κατάταξη υπάρχει μια ακόμα περιγραφή συνύπαρξης ημικρανίας και κεφαλαλγίας τύπου τάσεως, για την οποία στο παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί οι όροι «μικτή κεφαλαλγία», «αγγειακή κεφαλαλγία» και «συνδυασμένη κεφαλαλγία». Σε αυτή την κατάσταση, η ημικρανία και κεφαλαλγία τύπου τάσεως συχνά συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή. Παλαιότερα είχε χρησιμοποιηθεί ο όρος «συνδυασμένη κεφαλαλγία», χωρίς να έχει επακριβώς καθοριστεί. Οι ασθενείς παρουσιάζουν ένα συνεχές μεταξύ καθαρής ημικρανίας που συνδυάζεται επίσης με κεφαλαλγία τύπου τάσεως. Η Επιτροπή Κατάταξης της Κεφαλαλγίας θεώρησε ότι ο όρος «συνδυασμένη κεφαλαλγία» είναι αυθαίρετος και προτιμά να κατατάσσεται αυτή η κεφαλαλγία σε δυο ταυτόχρονα ιδιαίτερες κατηγορίες, δηλαδή ημικρανία χωρίς αύρα και κεφαλαλγία τύπου τάσεως. Στο θέμα αυτό έκτοτε έχουν διατυπωθεί πολλές αντιρρήσεις, για τις οποίες θα αναφερθούμε λεπτομερέστερα μετά την αναφορά στην κεφαλαλγία τύπου τάσεως.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ – ΠΑΘΟΓΕΝΝΕΣΗ

Η ημικρανία σύμφωνα με τις τελευταίες απόψεις δυνατόν να μη οφείλεται στην αγγειοδιαστολή. Οι πρόδρομες εκδηλώσεις της ημικρανίας δυνατόν να έχουν υποθαλαμική προέλευση ενώ η αύρα και τα σύννοδα νευρολογικά συμπτώματα φλοιώδη νευρογενή προέλευση και τέλος το άγχος να δημιουργείται κεντρικά από νευρογενή άσηπτο φλεγμονώδη αντίδραση. Τελευταία έγινε προσπάθεια να διατυπωθεί μια ενοποιημένη άποψη για την παθογένεια της ημικρανίας η λεγόμενη «Νευροαγγειακή θεωρία»

Η γνώση γύρω από την παθοφυσιολογία της ημικρανίας βρίσκεται ακόμη στην παιδική ηλικία. Πολλές θεωρίες και υποθετικά μοντέλα έχουν διατυπωθεί που προσπαθούν να εξηγήσουν την πολυπλοκότητα των βιοχημικών, φαρμακολογικών και νευροαγγειακών φαινομένων τα οποία χαρακτηρίζουν την ημικρανία.

Οι κύριες θεωρίες που έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί για την ερμηνεία της ημικρανίας είναι οι αγγειακές θεωρίες, η θεωρία των ανοικτών αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων και η νευρογενής θεωρία.

#### 1. Αγγειακές θεωρίες Ημικρανίας

Σύμφωνα με τις λεγόμενες Αγγειακές Θεωρίες το πρωταρχικό στοιχείο στην εμφάνιση της ημικρανίας είναι οι μεταβολές του εύρους των αγγείων.

Οι αγγειακές θεωρίες έχουν τις καταβολές τους στα 1660 όταν ο Thomas Willis πρότεινε για πρώτη φορά σαν πιθανή εξήγηση της ημικρανίας την επώδυνη διαστολή των κρανιακών αγγείων.

Το 1920 οι Maier και Tzanck διατύπωσαν την άποψη ότι η εργοταμίνη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ημικρανίας λόγω των αγγειοδραστικών ιδιοτήτων της. Ο Harold Wolff το 1938, ο οποίος με μια σειρά πειραμάτων κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) ότι η αύρα οφείλεται σε εγκεφαλική ισχαιμία λόγω αγγειοσυστολής και
- 2) ότι η επόμενη φάση της ημικρανίας χαρακτηρίζεται από αγγειοδιαστολή, η οποία προκαλεί κεφαλαλγία λόγω της διάτασης των αγγείων της έξω καρωτίδος. Παρ' όλο που η θεωρία αυτή για πολλά χρόνια ήταν πολύ δημοφιλής, σήμερα θεωρείται ότι υπεραπλουστεύει τα πράγματα. Αν και εξηγεί τον σφυγμώδη χαρακτήρα, την μεταβαλλόμενη εντόπιση του άλγους και την υποχώρηση του με την εργοταμίνη, ωστόσο δεν μπορεί να ερμηνεύσει τα πρόδρομα της ημικρανιακής κρίσεως ή τα σύννοδα νευρολογικά συμπτώματά αυτής.

## 2. Θεωρία των ανοικτών αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων του Heyck

Το 1969 ο Heyck, ορμώμενος από την παρατήρηση ότι οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της ημικρανίας ήταν ωχροί ενώ είχαν θερμό δέρμα, διατύπωσε την άποψη ότι υπάρχουν αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες που ανοίγουν κατά τη διάρκεια της ημικρανίας, με αποτέλεσμα παράκαμψη αίματος από τα τριχοειδή προς το φλεβικό σύστημα. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η κεφαλαλγία οφείλεται σε ισχαιμία των ιστών και άθροιση ουσιών που ευαισθητοποιούν τις νευρικές απολήξεις που είναι υπεύθυνες για την αγωγή του άλγους. Σήμερα θεωρείται ότι η αρτηριοφλεβώδης παράκαμψη μπορεί να είναι αποτέλεσμα και όχι η αιτία, της ημικρανικής διαδικασίας. Η θεωρία του Heyck έχει όμως λανθασμένα στοιχεία διότι το χρώμα του δέρματος είναι απόρροια της πλήρωσης του τριχοειδικού φλεβικού δικτύου και ως εκ τούτου διάνοιξη των αναστομώνσεων θα προκαλούσε ερυθρό και όχι ωχροό χρώμα. Οι αναστομώσεις δεν είναι στις μετωποκροταφικές περιοχές, τις περιοχές που συνδέονται με το άλγος της ημικρανίας και τέλος μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαφορές στο αρτηριοφλεβικό οξυγόνο είναι αποτέλεσμα της μεταβολής της ροής στα αρτηρίδια των ιστών και όχι της διάνοιξης των αναστομώνσεων.

Κοινό γνώρισμα όλων των αγγειακών θεωριών είναι ότι η κεφαλαλγία προκαλείται από τη διαστολή των εξωκρανιακών κυρίως αγγείων. Η διάταση όμως των μεγάλων αγγείων δεν αρκεί από μόνη της να εξηγήσει το άλγος. Για το λόγο αυτό υπέθεσαν ότι σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση του άλγους είναι η άθροιση διαφόρων ουσιών γύρω από τα αγγεία που θα τα καθιστούν πιο ευαίσθητα στο άλγος. Μερικές από τις ουσίες αυτές είναι οι κινίνες, η ισταμίνη και κυρίως η σεροτονίνη.

## 3. Νευρογενής θεωρία

Σύμφωνα με τις νευρογενείς θεωρίες η ημικρανία με αύρα θεωρείται διαταραχή του νευρικού συστήματος και συγκεκριμένα μια διαδικασία διέγερσης και αναστολής των νευρώνων. Οι νευρογενείς θεωρίες αρχίζουν να αναπτύσσονται το 1941 όταν ο Lanthley περιέγραψε το «Σπινθηροβόλο Σκότωμα» που εμφανιζόταν κατά τις κρίσεις ημικρανίας του και διατύπωσε την άποψη για την ύπαρξη ενός κύματος διέγερσης επεκτεινόμενο κατά μήκος του οπτικού φλοιού με ταχύτητα 3mm/ min και ακολουθούμενο από ένα κύμα αναστολής της νευρωνικής δραστηριότητας μεγαλύτερας διάρκειας.

Το 1944 ο Leao στη κλασική πλέον μελέτη του περιέγραψε το φαινόμενο της εξαπλωμένης αναστολής σε ζώα, ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από νευρωνική καταστολή εξαπλωμένη αργά προς τις πρόσθιες περιοχές του εγκεφάλου.

Για πρώτη φορά ο Milner πρότεινε ότι το σπινθηροβόλο σκότωμα μπορεί να είναι το ανάλογο κλινικό φαινόμενο της «εξαπλωμένης αναστολής.»

Το 1986 ο Olessen διατύπωσε την άποψη ότι η μειωμένη τοπική εγκεφαλική αιματική ροή προκαλεί σε ημικρανικούς ασθενείς εξαπλωμένη ολιγαιμία που αρχίζει από τις οπίσθιες περιοχές του εγκεφάλου και προχωρεί προς τις πρόσθιες με ρυθμό 2- 3 mm/min.

Ο Lauritzen το 1987 υποστήριζε ότι το φαινόμενο της εξαπλωμένης προς τις πρόσθιες περιοχές ολιγαιμίας μπορεί να είναι παρόμοιο με το φαινόμενο της «εξαπλωμένης αναστολής» που περιέγραψε ο Leao.



#### 4. Νευροαγγειακή θεωρία

Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να διατυπωθεί μια ενοποιημένη άποψη για την παθογένεια της ημικρανίας η λεγόμενη «Νευροαγγειακή θεωρία». Ο Lance, ο ερευνητής από την Αυστραλία είναι ο κύριος εκφραστής αυτής της άποψης.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή διάφορα ερεθίσματα προερχόμενα από τον εγκεφαλικό φλοιό, από τον θάλαμο ή από τον υποθάλαμο ενεργοποιούν το ενδογενές σύστημα ελέγχου του άλγους στο στέλεχος του εγκεφάλου και συγκεκριμένα στους ραχιαίους πυρήνες της ραφής, του υπομέλανος τόπου και της φαιάς ουσίας περί τον Υδραγωγό.

Οι ραχιαίοι πυρήνες της ραφής και ο υπομέλας τόπος συνδέονται, διάχυτος με τον φλοιό. Ο υπομέλας τόπος μέσω του συστήματος προκαλεί αγγειοσυστολή στην μικροκυκλοφορία του εγκεφάλου.

Ερεθισμός των ραχιαίων πυρήνων της ραφής του υπομέλανα τόπου και του τριδύμου προκαλεί διάταση των έξω κρανιακών αγγείων δια της παρασυμπαθητικής οδού μέσω του προσωπικού νεύρου, του μείζονος επιπολής λιθοειδούς και του σφηνοϋπερωΐου και ωτικού γαγγλίου.

Ο ερεθισμός του υπομέλανα τόπου προκαλεί επίσης απελευθέρωση Νοραδρεναλίνης από τα επινεφρίδια. Η νοραδρεναλίνη προκαλεί απελευθέρωση σεροτονίνης από τα αιμοπετάλια με αποτέλεσμα αύξηση της ευαισθησίας των αγγειακών υποδοχέων και επομένως αύξηση των προσαγωγών ερεθισμάτων του άλγους μέσω του τριδύμου.

Εκτός από την κεντρική δράση της στον ενδογενή μηχανισμό ελέγχου του πόνου η σεροτονίνη δρα, όπως έχει δείχθει σε διάφορες πειραματικές μελέτες, και περιφερικά, προκαλώντας αγγειοσυστολή στα εξωκρανιακά και εγκεφαλικά αγγεία.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι διάφορες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί δεν είναι ικανές από μόνες τους να εξηγήσουν όλα τα φαινόμενα που παρατηρούνται στην ημικρανική προσβολή. Είναι πολύ πιθανό ότι πολλές από τις τρέχουσες απόψεις είναι σωστές και αποτελούν κομμάτι ενός puzzle που πρέπει να τοποθετηθούν σε ένα ενιαίο σύνολο ώστε να γίνει πλήρως κατανοητός ο παθογενετικός μηχανισμός της ημικρανίας.<sup>15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;**

Τα τρία κύρια συμπτώματα της ημικρανίας είναι, ο πονοκέφαλος, η ναυτία και ο εμετός και – στην κλασική ημικρανία- η αύρα δηλαδή οι οπτικές διαταραχές που προηγούνται της κρίσης. Να σημειώσουμε πως η ημικρανία αποτελεί ένα «επεισοδιακό» ενόχλημα, πράγμα που σημαίνει πως έρχεται και φεύγει κατά διαλείμματα. Ανάμεσα σε δυο κρίσεις νιώθει κανείς φυσιολογικά και το γεγονός ότι, καμία φορά, υποφέρει από ημικρανία, δεν εμποδίζει το άτομο να ζήσει μια απόλυτα κανονική ζωή τον υπόλοιπο καιρό.<sup>8</sup>

#### **§ Πρώτες ενδείξεις**

Ίσως να είστε από τα άτομα εκείνα που ξέρουν από την προηγούμενη μέρα πως πλησιάζει κρίση ημικρανίας. Πιθανό να νιώθετε βαρύ το κεφάλι σας, ή ν'αντιλαμβάνεστε κάποια ενόχληση ή πόνο, ή να έχετε υπνηλία. Μερικές φορές αισθάνεστε ασυνήθιστα καλά πριν από την κρίση και έχετε τη διάθεση να βγείτε ή να καθαρίσετε όλο το σπίτι. Όταν όμως η κρίση εκδηλώνεται μόνο με πονοκέφαλο, θα ξυπνήσετε ξαφνικά ένα πρωί με το κεφάλι σας να πονάει.<sup>8</sup>

#### **§ Πριν από την κρίση – η αύρα**

Στην κλασική ημικρανία, πριν από την κρίση, ίσως νιώσετε ορισμένα παράξενα αισθήματα. Τα αισθήματα αυτά διαφέρουν από άτομο σε άτομο και είναι συνήθως, μα όχι πάντα, οπτικά. Μπορεί να δει κανείς λάμπεις ή τεθλασμένες γραμμές, να θολώσει η όραση του, να έχει την εντύπωση πως κοιτάζει μέσα από νερό ή και να μη βλέπει καθόλου ένα τμήμα του οπτικού του πεδίου. Πολύ συχνά οι διαταραχές της όρασης παρουσιάζονται μόνο από τη μια πλευρά κι ανακαλύπτει κανείς πως δεν βλέπει καλά από τη δεξιά μεριά με το δεξί μάτι ή από τη δεξιά μεριά με το αριστερό μάτι (ή αντίστροφα). Στην ιατρική το φαινόμενο αυτό λέγεται ημιανοψία (ή ημιωπία) και παρ' όλο που μπορεί να τρομοκρατήσει το άτομο, όπως είναι πολύ φυσικό, δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο σ' αυτές της όρασης δε διαρκούν πολύ- συνήθως 15- 20 λεπτά. Όταν εμφανιστούν τέτοιες ενοχλήσεις, τα περισσότερα άτομα προτιμούν να ξαπλώσουν σ' ένα ήσυχο, σκοτεινό δωμάτιο.<sup>8</sup>

#### Εμφάνιση φωτεινής κηλίδας

Μπορεί εκεί που νιώθετε πολύ καλά, ν' αντιληφθείτε ξαφνικά μια φωτεινή κηλίδα από τη μια πλευρά του οπτικού σας πεδίου. Η κηλίδα αυτή μπορεί σιγά- σιγά να μεγαλώσει, να απλωθεί και ν' αποκτήσει ένα σκουρότερο χρώμα στο κέντρο, καθώς θα μεγαλώνει, μεταβάλλοντας το στρογγυλό της περίγυρο σ' ένα σχήμα με οξείες γωνίες. Λεπτομερή περιγραφή των οπτικών διαταραχών που εμφανίζονται σε μια κρίση ημικρανίας είχε κάνει, στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, σ' ένα βιβλίο του για τις ασθένειες του νευρικού συστήματος, ο γιατρός Γουίλλιαμ Γκόουερς. Σ' αυτό

περιγράφει μια σειρά από παράξενα οπτικά φαινόμενα, που μερικά μπορεί να σας είναι γνώριμα από δικές σας εμπειρίες.

Πολύ συχνά το εξωτερικό άκρο της φωτεινής κηλίδας παίρνει σχήμα τεθλασμένο, με γωνίες που προεξέχουν και ξαναμπαίνουν μέσα, σαν τα τείχη οχυρού. Σ' ένα σημείο η γραμμή σβήνει, έτσι ώστε να διακόπτεται το περίγραμμα. Το εξωτερικό περίγραμμα είναι το πιο λαμπερό και συνήθως το σκεπάζουν τα χρώματα. Πιο μέσα, η λάμψη απλώνεται μέχρις ένα ορισμένο σημείο και σιγά-σιγά σβήνει. Πολύ συχνά, από το λαμπερό περίγραμμα ξεπετάγονται σπίθες. Φαίνεται σαν να υπάρχουν αμέτρητα μόρια, που κινούνται με μια γρήγορη, κανονική φορά. Σιγά-σιγά το φάσμα μεγαλώνει, ξεθωριάζει κι εξαφανίζεται στο άκρο του πεδίου.

Μερικές φορές τα οπτικά ενοχλήματα δεν ακολουθούνται από πονοκέφαλο. Και δεν είναι ασυνήθιστο να παρατηρούνται ορισμένες αλλαγές στις κρίσεις ημικρανίας ενός ατόμου σε διάφορες χρονικές περιόδους.<sup>8</sup>

### Μούδιασμα

Μερικές φορές ίσως νιώσετε πως μουδιάζετε από τη μια πλευρά του προσώπου, ή γύρω από τα χείλη, ή και στη μια μεριά του σώματος σας. Άλλοτε, μπορεί να παρουσιαστεί αδυναμία σε ένα από τα χέρια ή τα πόδια σας, που να διαρκεί μέχρι 10 ή 15 λεπτά. Ακόμα το μούδιασμα μπορεί να ξεκινήσει από το ένα χέρι και σιγά-σιγά ν' ανέβει στο μπράτσο. Καθώς υποχωρεί το μούδιασμα αρχίζει ο πονοκέφαλος.<sup>8</sup>

### Δυσκολίες στην ομιλία

Ένα λιγότερο συνηθισμένο προειδοποιητικό σημάδι της κρίσης είναι διαταραχή της ομιλίας και η πνευματική σύγχυση. Είναι κι αυτό ένα ανησυχητικό σύμπτωμα, ιδιαίτερα σαν διαπιστώνεις πως δεν μπορείς να βρεις τη σωστή λέξη ή να εκφράσεις εκείνο που θέλεις. Ευτυχώς όμως περνάει γρήγορα, διαρκώντας συνήθως λίγα μόνο λεπτά.<sup>8</sup>

### Διαταραχές της ακοής και της ισορροπίας

Οι μισοί περίπου απ' όσους υποφέρουν από ημικρανία μπορεί ν' ακούνε παραμορφωμένους τους ήχους ή να παρουσιάζουν άλλες δυσκολίες στην ακοή, καθώς και να έχουν μια αίσθηση ιλίγγου. Πολύ συχνά απεχθάνεται κανείς το θόρυβο ή ακούει μουρμουρίσματα και σφυρίγματα ή χάνει μέρος της ακοής του, Ακόμα και η δική του φωνή μπορεί να πάρει μια εξωπραγματική χροιά.

Αρκετά συχνά το άτομο νιώθει να ζαλίζεται ή να χάνει την ισορροπία του. Καμία φορά νιώθει πως όλα γυρίζουν γύρω του. Όπως συμβαίνει και με τις διαταραχές της ακοής, ο ίλιγγος μπορεί να προηγείται του πονοκέφαλου ή να τον συνοδεύει.<sup>8</sup>

## § Πονοκέφαλος

Είναι το σύμπτωμα που οι περισσότεροι άνθρωποι συσχετίζουν με την ημικρανία. Μπορεί να ποικίλλει σε ένταση, από έναν ανεκτό πόνο μέχρι το ανελέητο σφυροκόπημα του κεφαλιού που σ' αφήνει εξουθενωμένο. Εκτός από το συνεχή πόνο, που θυμίζει δυνατά χτυπήματα σφυριού, μπορεί να υπάρχει κι ένας οξύς, σουβλερός πόνος, σαν να σου καρφώνουν στο κεφάλι ένα καρφί ή μια βελόνα. Αν δεν αντιμετωπιστεί ο πονοκέφαλος, μπορεί να διαρκέσει ώρες ή και μέρες, Αν όμως ξαπλώσετε και πάρετε ένα παυσίπονο ή οποιοδήποτε φάρμακο σύστησε ο γιατρός, ο πόνος συνήθως υποχωρεί μετά από μια ή δυο ώρες.<sup>8</sup>

## § Ναυτία και εμετός

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ημικρανίας παρουσιάζεται ναυτία και εμετός. Μερικές φορές παρατηρείται ανορεξία και απέχθεια για το φαγητό. Άλλες φορές ο άρρωστος κάνει εμετό, πράγμα που αποτελεί ένα από τα πιο δυσάρεστα συμπτώματα της κρίσης και κάνει τη θεραπεία δύσκολη γιατί, σε μια τέτοια κατάσταση, τα χάπια που παίρνονται από το στόμα είναι απίθανο να έχουν θετικό αποτέλεσμα. Ο άρρωστος θα κάνει εμετό και υπάρχουν ενδείξεις πως φάρμακα που παίρνονται από το στόμα σε μια κρίση ημικρανίας μπορεί να μην απορροφηθούν σωστά από τον οργανισμό.

Εκτός από τη ναυτία και τον εμετό, ένα στα πέντε άτομα που υποφέρουν από ημικρανία παρουσιάζει κακή λειτουργία των εντέρων, που μπορεί να καταλήξει σε διάρροια. Αυτό συμβαίνει μόνο στη διάρκεια της κρίσης και τα έντερα λειτουργούν φυσιολογικά στα ενδιάμεσα διαστήματα. Η δυσκολία στην ούρηση στην αρχή μιας κρίσης ημικρανίας είναι συνηθισμένη και δεν εμπνέει ανησυχίες. Καθώς βελτιώνεται η κατάσταση μπορεί να παρατηρηθεί ούρηση συχνότερη από το συνηθισμένο. Και γι' αυτό επίσης δεν πρέπει να ανησυχεί κανείς.<sup>8</sup>

## § Τι άλλο μπορεί να νιώσετε;

Σε μια κρίση ημικρανίας οι περισσότεροι άνθρωποι γίνονται χλωμοί και κρυώνουν. Αν παρουσιάσετε τέτοια συμπτώματα, το καλύτερο είναι να πέσετε στο κρεβάτι με μια θερμοφόρα κι αν δε νιώθετε μεγάλη τάση για εμετό, να πιείτε ένα φλιτζάνι ζεστό γλυκό τσάι. Αντίθετα, άλλα άτομα ζεσταίνονται και το πρόσωπό τους κοκκινίζει στη διάρκεια της κρίσης.



Ένα συνηθισμένο σύμπτωμα της ημικρανίας είναι η ευαισθησία του κρανίου, που γίνεται συχνά αισθητή όταν χτενίζετε ή βουρτσίζετε τα μαλλιά σας.<sup>8</sup>

#### Ευαισθησία στο δέρμα του κρανίου

Τέτοιο σύμπτωμα μπορεί να παρουσιαστεί στη διάρκεια της κρίσης ή μετά απ' αυτή, στις μισές περίπου από τις περιπτώσεις ημικρανίας. Μερικές φορές δεν είναι παρά μια δυσάρεστη αίσθηση καθώς χτενίζετε ή βουρτσίζετε τα μαλλιά σας. Άλλοτε, όμως, μπορεί να είναι τόσο δυνατή, ώστε να σας εμποδίζει να ξαπλώσετε από το μέρος που πονάει. Η ευαισθησία αυτή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του κεφαλιού ή του αυχένα.<sup>8</sup>

#### Κατακράτηση υγρών

Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί αρκετές ώρες ή μέρες πριν από την κύρια κρίση ημικρανίας. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρεί κανείς πως έχει κερδίσει ένα ή ενάμιση κιλό σ' αυτή την περίοδο και μερικοί νιώθουν να τους στενεύουν τα δαχτυλίδια ή τα ρούχα τους. Πολύ συχνά τα άτομα αυτά ουρούν πολύ όταν ο πονοκέφαλος έχει φτάσει στο ανώτερο σημείο έντασης ή καθώς αρχίζει να υποχωρεί. Έχουν δοκιμαστεί διουρητικά φάρμακα, μα συνήθως δεν προλαβαίνουν την κρίση ημικρανίας.<sup>8</sup>

#### Βουλωμένη μύτη

Γύρω στο 10-20% όσων πάσχουν από ημικρανία παραπονιούνται ότι βουλώνει η μύτη τους. Τα συμπτώματα συνήθως διαρκούν μέχρι να περάσει ο πονοκέφαλος.<sup>8</sup>

### Πυρετός

Μερικές φορές, τα παιδιά παρουσιάζουν πυρετό στην κρίση ημικρανίας και η θερμοκρασία τους μπορεί ν' ανέβει εντυπωσιακά, μέχρι και στους σαράντα βαθμούς. Αν η κατάσταση του παιδιού σας ανησυχεί, το καλύτερο είναι να επικοινωνήσετε με το γιατρό σας.<sup>8</sup>

### Ταχυκαρδία

Το σύμπτωμα αυτό παρατηρείται στο 3% περίπου των κρίσεων ημικρανίας. Σχεδόν πάντα οι χτύποι της καρδιάς επιστρέφουν στο φυσιολογικό καθώς υποχωρεί ο πονοκέφαλος.<sup>8</sup>

### Αλλαγές στη διάθεση

Πριν ή στη διάρκεια μιας κρίσης παρατηρούνται κάποιες μικρές μεταβολές στη διάθεση ορισμένων ατόμων. Ίσως νιώσετε κατάπτωση ή ανησυχία ή και μια ελαφριά σύγχυση. Καμία φορά παρατηρείται προσωρινή απώλεια της μνήμης, πράγμα που μπορεί να συμβεί όταν προηγήθηκαν ασυνήθιστες διαταραχές των αισθήσεων. Αλλά σπανιότερα συμπτώματα που ένιωσαν ασθενείς περιλαμβάνουν ένα αίσθημα «διπλωπίας» - διπλής αντίληψης- ή μια έντονη ανάμνηση γεγονότων από το μακρινό παρελθόν.<sup>8</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ

#### Εκλυτικοί παράγοντες ημικρανίας

Αρκετοί ασθενείς περιγράφουν χαρακτηριστικά την επέλευση της ημικρανιακής κρίσης μετά από ένα συγκεκριμένο γεγονός. Σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει τέτοια στενή σύνδεση της ημικρανίας με το γεγονός που αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν διαγνωστική δοκιμασία πρόκλησης.

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων που έχουν αναφερθεί σαν εκλυτικοί της ημικρανίας. Παρακάτω αναφέρονται οι σημαντικότεροι εκλυτικοί παράγοντες της ημικρανίας:

#### A. Συνήθεις παράγοντες

- Αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα
- Άγχος και στενοχώρια
- Ορμονικοί παράγοντες
- Ενθουσιασμός
- Θόρυβος
- Αντισυλληπτικά από το στόμα
- Έντονο ή εκτυφλωτικό φως
- Προσπάθεια και άσκηση
- Ορισμένα φαγητά (πολλά έχουν θεωρηθεί υπεύθυνα)
- Τραύμα κεφαλής
- Καιρικές συνθήκες
- Μυρωδιές
- Stress

#### B. Λιγότερο συνήθεις παράγοντες

- Υψηλή υγρασία
- Υπερβολικός ύπνος
- Μεγάλο υψόμετρο
- Λήψη υπερβολικής ποσότητας βιταμίνης A
- Φάρμακα: νιτρογλυκερίνη, ισταμίνη, ριζερτίνη, υδραλαζίνη, οιστρογόνα, διακοπή λήψεως κορτινοειδών
- Κρύα τροφή
- Διάβασμα (διαθλαστικές ανωμαλίες)
- Έντονες οσμές: αρώματα, οργανικοί διαλύτες, καπνός
- Φθορίζον φως
- Αλλεργικές αντιδράσεις<sup>8</sup>

## Αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα

Οποιαδήποτε αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες, όπως μια καινούρια δουλειά, αλλαγή βάρδιας ή διακοπές- γεγονότα που δίνουν ένα αίσθημα αβεβαιότητας- μπορεί ν' αποτελέσουν την αφορμή να παρουσιαστεί μια κρίση ημικρανίας. Δεν είναι απαραίτητο να πρόκειται για δυσάρεστο γεγονός- πολλοί άνθρωποι, διαπιστώνουν πως οι πονοκέφαλοι του χειροτερεύουν το σαββατοκύριακο.<sup>8</sup>

## Άγχος και στενοχώρια

Οποιαδήποτε σωματική ή πνευματικά ένταση μπορεί να προκαλέσει κρίση ημικρανίας. Είναι γεγονός πως όποιος περνάει στιγμές έντασης ή άγχους ή έχει υποστεί κάποιο συγκινησιακό σοκ, έχει μεγάλες πιθανότητες να πάθει πονοκέφαλο.

Άτομα που υποφέρουν από κλασική ημικρανία (με αύρα) είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε κρίσεις που προκαλούνται από δυνατές συγκινήσεις. Μια από τις πρώτες αυθεντίες στο θέμα της ημικρανίας, ο δρ. Λάιβινγκ, έγραφε το 1870: «Δεν έχει και τόση σημασία το είδος της συγκίνησης, φτάνει να την έχει νιώσει έντονα το συγκεκριμένο άτομο».<sup>8</sup>

## Ορμονικοί παράγοντες

Πολύ περισσότερες γυναίκες από άνδρες παθαίνουν ημικρανία και, σε γενικές γραμμές, αυτό οφείλεται σε ορμονικές μεταβολές στο γυναικείο οργανισμό. Μεγάλο ποσοστό ημικρανιακών γυναικών αναφέρουν σύνδεση των κρίσεων με την περίοδο πριν ή κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως και φαίνεται ότι η ημικρανία αυτή μάλλον σχετίζεται με την καταίματωση υγρών και βελτιώνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.<sup>8</sup>

## Ενθουσιασμός

Είναι μια ακόμη συνηθισμένη αφορμή για κρίση ημικρανίας. Παρατηρείται ιδιαίτερα σε παιδιά, μα και οι ενήλικοι νιώθουν καμία φορά τ' αποτελέσματα μιας βραδινής εξόδου, με πονοκέφαλο το επόμενο πρωί. Μερικές κοινωνικές εκδηλώσεις μπορεί να δημιουργήσουν ένταση, ιδιαίτερα σε ντροπαλούς ανθρώπους. Πολύ συχνά όμως, οι παράγοντες που προκαλούν τον πονοκέφαλο είναι συνδυασμένοι. Για παράδειγμα, σε κοινωνικές εκδηλώσεις οι περισσότεροι άνθρωποι όχι μόνο πίνουν περισσότερο, αλλά μπορεί να νιώσουν άγχος με τη σκέψη πώς θα συναντήσουν καινούριους ανθρώπους. Επίσης το φαγητό μπορεί να είναι διαφορετικό απ' ότι έχουν συνηθίσει και συχνά υπάρχει περισσότερος θόρυβος ή και πολύ δυνατός φωτισμός.<sup>8</sup>

## Θόρυβος και φως

Πολλοί άνθρωποι διαπιστώνουν πως τα εκτυφλωτικά φώτα και οι δυνατοί θόρυβοι τους φέρνουν πονοκέφαλο. Ιδιαίτερα είναι ευαίσθητοι είναι όσοι πάσχουν από ημικρανία. Αν τους ρωτήσετε, θα σας πουν πως για να συμβεί κάτι τέτοιο θα πρέπει ο θόρυβος να είναι δυνατός και συνεχής, ή το φως αφόρητα έντονο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η μόνη τους επιθυμία είναι να βρουν κάποιο ήσυχο και σκοτεινό μέρος για να ξαπλώσουν, να ηρεμήσουν και να κοιμηθούν.<sup>8</sup>



## Αντισυλληπτικά από το στόμα

Η περιεκτικότητα των αντισυλληπτικών σε οιστρογόνα καθορίζει την πρόκληση ή μη της ημικρανίας. Τα χρησιμοποιούμενα σήμερα αντισυλληπτικά λόγω ως μικρότερης περιεκτικότητας σε οιστρογόνα προκαλούν εμφάνιση ή επιδεινώνουν προϋπάρχουσα ημικρανία, αναλόγως του αν η μελέτη προέρχεται από νευρολογικό ή γυναικολογικό τμήμα.

Εκτός από την ποσότητα των οιστρογόνων στα αντισυλληπτικά φάρμακα και άλλοι παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση ημικρανίας, όπως η ανταπόκριση των οργάνων στόχων στα οιστρογόνα, μεταβολή στις περιφερικές αγγειοκινητικές λειτουργίες ή η αύξηση της υδροξυτρυπτοφάνης προκαλώντας συνάθροιση αιμοπεταλίων.<sup>2</sup>

## Προσπάθεια και άσκηση

Συχνά, ασθενείς αναφέρουν πως ο πονοκέφαλος τους άρχισε όταν σήκωσαν βαριά αντικείμενα, έσκυψαν πολύ ή ξεπέρασαν τις σωματικές τους δυνάμεις. Όλα αυτά θα πρέπει σίγουρα ν' αποφεύγονται στη διάρκεια μιας κρίσης, γιατί έχουν την τάση να χειροτερεύουν το πονοκέφαλο. Σε μερικούς ανθρώπους, οποιοδήποτε είδος έντονης σωματικής προσπάθειας προκαλεί πονοκέφαλο- συνήθως στο πίσω μέρος του κεφαλιού και στο σβέρκο- και η μεγαλύτερη προσπάθεια επιδεινώνει τον πόνο. Σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να βοηθήσει αν στηρίξουμε τους μους του αυχένα, γιατί η βαθύτερη αιτία πιθανό να υπάρχει στη σπονδυλική στήλη.<sup>8</sup>

## Διαιτολόγιο

Για πολλά χρόνια οι άνθρωποι πίστευαν πως η ημικρανία μπορεί να οφείλεται σε διαιτητικά αίτια. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως στη διάρκεια μιας κρίσης ημικρανίας οι περισσότεροι άνθρωποι απεχθάνονται το φαγητό. Οι πιο πολλοί αισθάνονται ναυτία ή κάνουν εμετό. Κάτι τέτοιο όμως οφείλεται μάλλον στην αδράνεια του στομάχου στη διάρκεια της κρίσης της ημικρανίας και δεν έχει σαν πρωτογενή αιτία κάποιο φαγητό. Έχει αποδειχτεί ωστόσο, σε αρκετά μεγάλο βαθμό, πως σε μερικούς ανθρώπους ορισμένα φαγητά μπορούν πράγματι να προκαλέσουν κρίση ημικρανίας. Στις τροφές αυτές αναφέρονται συνήθως το οινόπνευμα, το τυρί και άλλα γαλακτομικά προϊόντα, όλα τα τηγανιτά, η σοκολάτα, τα εσπεριδοειδή, ο καφές και το τσάι, καθώς και τα θαλασσινά. Επειδή οι τροφές αυτές συνηθίζονται στο καθημερινό διαιτολόγιο, είναι δύσκολο να ξέρουμε αν κάθε μια απ' αυτές χωριστά είναι ικανή να προκαλέσει κρίση ημικρανίας.

Θα ήταν άσκοπο ν' αποκλείσουμε όλα τα παραπάνω φαγητά από το διαιτολόγιό μας για να αποφύγουμε τους πονοκεφάλους, γιατί έτσι δε θα είχαμε ισορροπημένη διαίτα, ούτε θα μαθαίναμε, τελικά, ποια απ' όλες αυτές τις τροφές μας πειράζει.

Μεγάλο ποσοστό ασθενών συνδέουν την ημικρανιακή τους κρίση είτε με την λήψη τροφής όπως σοκολάτα, οινόπνευματων ποτών, γαλακτοκομικών προϊόντων, λιπαρών τροφών, κρεμμυδιών, καφέ, θαλασσινών τροφών, είτε με τη λήψη χημικών ουσιών όπως νατριούχου νατρίου, ταρτραζίνης, βενζοϊκού οξέος, ουσίες που περιέχονται σε συντηρητικές τροφές, γλουταμινικού οξέος που περιέχεται στις τροφές της κινέζικης κουζίνας, ασπαρτάμης που περιέχεται στα αλκοολούχα ποτά και καπνού.

Οι ουσίες των τροφών υπεύθυνες για την πρόκληση ημικρανιακής κρίσης είναι η τυραμίνη που περιέχεται κυρίως στα γαλακτοκομικά προϊόντα, η φαινυλαιθυλαμίνη που περιέχεται στην σοκολάτα, οι διάφορες φαινόλες που περιέχονται κυρίως στο κακάο, τα αλκοολούχα ποτά, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τον καφέ.

Η τυραμίνη βρίσκεται συνήθως σε ουσίες που έχουν υποστεί κάποια βακτηριδιακή αποσύνθεση όπως σ' ορισμένα τυριά, και στο κυνήγι. Όμως σε κανένα είδος τυριού δεν υπάρχει σταθερή ποσότητα τυραμίνης. Στο αγγλικό τυρί Τσένταρ π.χ. η τυραμίνη κυμαίνεται από ένα μικρό ποσό μέχρι 100 μιλιγκραμ στα 100 γραμμάρια. Τα μεγαλύτερα συγκεντρωμένα ποσά τυραμίνης έχουν βρεθεί στα τυριά Τσένταρ, Στίτλον και στους διάφορους τύπους ροκφόρ. Η τυραμίνη ανήκει σε μια κατηγορία χημικών ουσιών του σώματος που λέγονται αμίνες, μερικές από τις οποίες παίζουν σπουδαίο ρόλο στη λειτουργία του εγκεφάλου και στη κυκλοφορία του αίματος. Βρίσκονται επίσης σε ορισμένα φαγητά (όπως είδαμε την τυραμίνη). Μια άλλη αμίνη, η οκταπαμίνη, βρίσκεται στα εσπεριδοειδή, και η ντοπαμίνη στα φρέσκα φασολάκια. Μερικά άτομα έχουν παρατηρήσει πως τους πιάνει πονοκέφαλος μόλις φάνε τις παραπάνω τροφές.

Η αλλεργία είναι μια λέξη γνωστή στον περισσότερο κόσμο. Θα μπορούσαμε να την ορίσουμε σαν μια ασυνήθιστη ή υπερβολική αντίδραση σε μια ή περισσότερες ουσίες. Σε μια αλλεργική αντίδραση παρατηρείται συνήθως οίδημα, φλεγμονή και καταστροφή του ιστού. Οποιαδήποτε ουσία κάνει το σώμα να αντιδρά με τέτοιο τρόπο, ονομάζεται αλλεργιογόνο και μπορεί να είναι οτιδήποτε, από τη γύρη μέχρι το κεντρί της μέλισσας ή κάποια τροφή. Έχει τύχει μερικές φορές να περιληφθεί ιατρικά η ημικρανία στις αλλεργικές διαταραχές, κι αυτό κυρίως γιατί η κρίση μπορεί να είναι πολύ σοβαρή και να έρχεται κατά διαλλείματα όπως συμβαίνει στο άσθμα και το ανοιξιάτικο συνάχι από τα χόρτα.<sup>8</sup>

Ορισμένα φαγητά θα μπορούσαν να επισπεύσουν μια κρίση ημικρανίας, είτε γιατί περιέχουν ουσίες που δρουν σαν αλλεργιογόνα είτε γιατί περιέχουν χημικά ενεργά συστατικά, όπως τυραμίνη ή νιτρώδες νάτριο που μπορούν να προκαλέσουν πονοκέφαλο. Για παράδειγμα, η υπερβολική κατανάλωση καφέ μπορεί να προκαλέσει πονοκέφαλο εξαιτίας της καφεΐνης και άλλων ουσιών που περιέχει.

Μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες για να καταλάβουμε αν ένας ασθενής με ημικρανία έχει κάποια τροφική αλλεργία ή όχι είναι η έλλειψη ενός αποκλειστικού διαγνωστικού τεστ, που θα επιτρέψει στο γιατρό να εντοπίσει σε ποιο συγκεκριμένο φαγητό είναι αλλεργικό ένα άτομο. Με την πάροδο των χρόνων, έχουν βέβαια προοδεύσει οι γνώσεις και η τεχνική πάνω σ' αυτό το θέμα και υπάρχουν τώρα ορισμένα τεστ. Είναι όμως δύσκολα και δαπανηρά και χρειάζονται ακόμα πολλή εργασία και πειράματα για να μπορέσουν να έχουν πλατιά εφαρμογή.

Υπάρχουν μερικές ουσίες που σε πολύ μικρές ποσότητες σπάνια αποτυχαίνουν να προκαλέσουν πονοκέφαλο και αδιαθεσία σε μερικούς οργανισμούς. Παράδειγμα μια δόση λιωμένο βούτυρο, μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη, παχύ κρέας, καρυκεύματα ιδίως μαύρο πιπέρι. Οι κρεατόπιτες περιέχουν συνήθως όλα αυτά τα συστατικά και αποτελούν τη σοβαρότερη αιτία. Επίσης οι πολύ ψημένες πουτίγκες και κάθε τι παρεμφερές. Ένα μικρό λάθος να γίνει σ' αυτές τις τροφές συνήθως καταλήγει σε ταλαιπωρία για τον κάθε οργανισμό. Μάλιστα, όταν αρχίσουν να φαίνονται τα αποτελέσματα, συνήθως κοντά στα ξημερώματα, οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι δυνατό να υποφέρουν τόση ώρα μετά το γεύμα.<sup>8</sup>

Η σοκολάτα είναι πιθανότατα η τροφή που συσχετίζεται από τον περισσότερο κόσμο με τις κρίσεις ημικρανίας και σ' οποιαδήποτε έρευνα, πάνω από 60% των ασθενών θα την αναφέρουν σαν αφορμή για την έναρξη πονοκεφάλου. Η σοκολάτα έχει μια περίπλοκη χημικά σύσταση που περιέχει πολλές διαφορετικές αμίνες. Η Δρ. Χάνιγκτον ανακάλυψε πως μπορεί κανείς να προκαλέσει κρίση ημικρανίας σ' ορισμένα άτομα, δίνοντας τους μια από τις άμυνες που περιέχονται στη σοκολάτα.

Σοκολάτες που έχουν αφαιρεθεί οι βιολογικές αμίνες δεν ασκούν κανένα αποτέλεσμα στους ασθενείς που εμφανίζουν τροφική ημικρανία από σοκολάτα.

Είναι σε όλους γνωστός ο πονοκέφαλος που εμφανίζεται όταν πιούμε πολύ οινόπνευμα. Πιθανότατα οφείλεται στη διεύρυνση των αιμοφόρων αγγείων που παρατηρείται όταν καταναλωθούν μεγάλες ποσότητες ποτού. Ακόμη και σε μικρές ποσότητες, το οινόπνευμα δημιουργεί ένα αίσθημα ζεστασίας και κοκκίνισμα προσώπου. Πολλά οινοπνευματώδη ποτά περιέχουν επιπλέον αμίνες, όπως τυραμίνη, ισταμίνη και βήτα-φενελεθουλαμίνη. Το κόκκινο κρασί που περιέχει περισσότερες αμίνες από το λευκό, είναι πιο πιθανό να προκαλέσει κρίση ημικρανίας.

Στη νευραλγική ημικρανία, ακόμα και οι μικρές ποσότητες οινοπνεύματος είναι δυνατόν να προκαλέσουν κρίση. Ανάμεσα σε δυο κρίσεις τα περισσότερα άτομα μπορούν να πίνουν οινόπνευμα σε λογικές ποσότητες.

Ο μηχανισμός πρόκλησης της ημικρανίας από το οινόπνευμα είναι άγνωστος. Πιθανολογείται ότι η αφυδάτωση μετά τη λήψη αλκοολούχου ποτού και ο μεταβολισμός του οινοπνεύματος ακεταλδεύδη είναι πιθανοί μηχανισμοί που προκαλούν ημικρανία.<sup>8</sup>

### Καιρικές συνθήκες

Πολλοί ισχυρίζονται πως προαισθάνονται την καταιγίδα γιατί νιώθουν νευρικότητα, μελαγχολία και δεν μπορούν να κοιμηθούν. Μερικοί αποδίδουν τις κρίσεις ημικρανίας στο κρύο ή τη ζέστη. Άλλοι θεωρούν αιτία του πονοκέφαλου τη ζεστή, ξερή ατμόσφαιρα.

Σε γενικές γραμμές ωστόσο, φαίνεται πως οι πονοκέφαλοι οφείλονται μάλλον στο στρες που προκαλούν οι δυσμενείς καιρικές συνθήκες, παρά στον ίδιο τον καιρό.<sup>8</sup>

### Stress

Το stress ως αποτέλεσμα της υπερβολικής εργασίας δεν αποτελεί εκλυτικό παράγοντα ημικρανίας αλλά σε συναισθηματικές φορτίσεις στον εργασιακό χώρο αποτελεί το συνηθέστερο παράγοντα.

Παρ' όλο ότι μερικοί ασθενείς αναφέρουν κρίσεις ημικρανίας κατά περιόδους χαλάρωσης μετά από stress όπως π.χ. τα σαββατοκύριακα, το τέλος της σχολικής χρονιάς για τους εκπαιδευτικούς, μελέτη αποδεικνύει ότι η εμφάνιση της ημικρανίας είναι πιο συχνή κατά τη διάρκεια της εβδομάδας παρά τα σαββατοκύριακα.<sup>8</sup>

### Ύπνος

Παρ' όλο που οι περισσότεροι άνθρωποι νιώθουν καλύτερα όταν ξαπλώσουν και κοιμηθούν σε μια κρίση ημικρανίας, μερικοί διαπιστώνουν πως αν κοιμηθούν ως αργά το πρωί έχουν πονοκέφαλο μόλις ξυπνήσουν. Οι γιατροί πιστεύουν πως αυτό οφείλεται στη συγκέντρωση διοξειδίου του άνθρακα στο σώμα κατά τη διάρκεια του ύπνου.<sup>8</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ**

Η ημικρανία είναι μια επεισοδιακή κεφαλαλγία της οποίας η συχνότητα ποικίλει. Κλινικά το ημικρανικό επεισόδιο μπορεί να διαιρεθεί στην πρόδρομη φάση, την φάση της κεφαλαλγίας και των συνόδων συμπτωμάτων και της αποδρομής. Τα πρόδρομα συμπτώματα είναι η διαταραχή της διάθεσης, νευρολογικά ή άλλα γενικά συμπτώματα. Τα κύρια χαρακτηριστικά της κεφαλαλγίας είναι η μονόπλευρη εντόπιση, ο σφύζον χαρακτήρας του άλγους, η μέση ή μεγάλη ένταση και η αύξηση της έντασης κατά την φυσιολογική δραστηριότητα. Η έναρξη της κεφαλαλγίας είναι βαθμιαία, διαρκεί 4 – 72 ώρες, συνοδεύεται από ναυτία ή και εμετό και ακολουθεί βαθμιαία αποδρομή. Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ό,τι το κριτήριο της διάρκειας της κεφαλαλγίας δεν πληρούται σε ποσοστό 45% και προτείνεται τροποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων.

#### **ΦΑΣΗ 1: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που φθάνει και το 50% εμφανίζει πρόδρομα συμπτώματα ή σημεία που προηγούνται της αύρας ή της κεφαλαλγίας και εύκολα αναγνωρίζονται από τους ημικρανιακούς ασθενείς. Στα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνονται νοητικές διαταραχές πχ. Ευερεθιστότητα, ψυχολογική έξαρση ή κατάπτωση, διαταραχές συμπεριφοράς πχ. Υπερδραστηριότητα ή το άτομο γίνεται ιδεοκαταληπτικό, αδέξιο, νωθρό, πνευματώδες (μεταβολές που γίνονται αντιληπτές συνήθως από τους στενούς συγγενείς), νευρολογικά συμπτώματα πχ. Διαταραχές εστίασης, μπέρδεμα λόγου, χασμουρητά, συμπτώματα από το γαστρεντερικό πχ. Έντονη επιθυμία για φαγητό, ανορεξία, δυσκοιλιότητα ή συμπτώματα που σχετίζονται με το ισοζύγιο υγρών πχ. Συχνουρία, δίψα ή κατακράτηση υγρών.

Τα πρόδρομα συμπτώματα ή σημεία συνήθως παρουσιάζονται σε διάστημα 24 ωρών (μέσος όρος 10 ώρες) πριν την επέλευση της κρίσης και αυξάνουν ή μεταβάλλονται καθώς πλησιάζει η ημικρανική κρίση. Η έντονη επιθυμία για φαγητό πχ. Μπορεί να ακολουθήσει σε ένταση και να καταλήξει σε εμετό. Επίσης τα συμπτώματα αυτά μπορεί να επιμένουν ακόμη και μετά την υποχώρηση της κεφαλαλγίας σε βαθμό που ο ασθενής να μπορεί να ανεχτεί μόνο ευκολόπεπτες τροφές.

Η αναγνώριση των πρόδρομων συμπτωμάτων και σημείων από τον ασθενή έχει πολύ μεγάλη σημασία διότι σε αυτή την φάση η έγκαιρη και πρόωρη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων αποδεικνύεται πιο αποτελεσματική, αφού αποφεύγονται και τα προβλήματα δυσαπορρόφησης, λόγω ναυτίας και εμετών που προστίθενται στην επόμενη φάση.<sup>2</sup>

## ΦΑΣΗ 2: Η ΑΥΡΑ

Η αύρα της ημικρανίας συνήθως προέρχεται από τον οπτικό φλοιό του ινιακού λοβού. Οπτικές ψευδαισθήσεις ή σκότωμα αποτελούν μέρος της προσβολής στο 1/3 περίπου όλων των ημικρανικών ασθενών, ενώ τειχοψία λευκού ή σπανιότερα άλλου χρώματος και μεταμορφοψία εμφανίζεται στο 10% περίπου των ασθενών.

Σημαντικός αριθμός ασθενών παραπονιέται για απαστράπτοντα φώτα (φωταψίες) ή λαμπυρίσματα, 2IK 2AK γραμμές πέριξ μιας περιοχής οπτικού σκοτώματος από τον ένα ή και τους δύο οφθαλμούς ή σπινθηροβόλο σκότωμα.

Σημαντικός αριθμός ασθενών εμφανίζει, πριν από την έναρξη των κρίσεων, χασμουρητά. Το φαινόμενο αυτό, πολύ γνωστό από παλιά, φαίνεται ότι εξαρτάται τουλάχιστον σ' ένα στάδιό του από τις κεντρικές ντοπαμινεργικές οδούς, γεγονός που επιβεβαιώθηκε με χορήγηση απομορφίνης σε υγιείς που παρουσίασαν μικρό αριθμό χασμουρητών σε σχέση με ημικρανικούς που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αύξηση των χασμουρητών.

Η διάρκεια της αύρας είναι 20 – 30 λεπτά, είναι δε δυνατόν να εμφανισθεί και κατά τη διάρκεια της κεφαλαλγίας. Μπορεί να εμφανίζεται πριν από κάθε προσβολή ή και μια μόνο φορά σε 40 – 50 επεισόδια, γεγονός που δημιουργεί ποικίλα ερωτηματικά περί της άποψης ότι η ημικρανία με αύρα και αυτή χωρίς αύρα έχουν διάφορο παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Η εξάπλωση των συμπτωμάτων είναι βραδεία, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό σε σχέση με την ταχεία εξάπλωση της εστιακής επιληπτικής κρίσης.

Το διάστημα που μεσολαβεί από το τέλος της αύρας μέχρι την έναρξη της κεφαλαλγίας δεν έχει μελετηθεί. Άλλοι ασθενείς λένε ότι η κεφαλαλγία αρχίζει αμέσως μετά το τέλος της αύρας, ενώ άλλοι αναφέρουν ότι μεσολαβεί διάστημα 15 – 45 λεπτών. Δεν είναι γνωστό όμως τι μεσολαβεί σ' αυτό το ελεύθερο διάστημα.

Υπενθυμίζεται ότι η αύρα ελλείπει στο 80% των περιπτώσεων, μπορεί δηλαδή το άτομο να περνάει από την φάση 1 στη φάση 3 εφόσον δεν παρουσιάζει την ημικρανική αύρα.<sup>2</sup>

## ΦΑΣΗ 3: Η ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Αποτελεί το πιο σταθερό αλλά και το πιο ενοχλητικό και κυρίαρχο σύμπτωμα της ημικρανίας. Αρχίζει ως βύθιος πόνος που στη συνέχεια γίνεται σφυγμώδης, αυξανόμενος σε κάθε σφυγμική ώση και μετέπειτα εξελίσσεται σε σταθερό πόνο. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η κεφαλαλγία τους είναι πάντα σταθερή και ποτέ σφυγμώδης, ενώ άλλοι την περιγράφουν ως διαξιφιστική. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που πονούν δυσκολεύονται να περιγράψουν με λόγια τα ενοχλήματά τους.

Η κεφαλαλγία είναι ετερόπλευρη στα 2/3 των ασθενών και αμφοτερόπλευρη στο υπόλοιπο 1/3. Το άλγος μπορεί να είναι οπισθοβολβικό ή περικογχικό αλλά συνηθέστερα προσβάλλει την μετωποκροταφική περιοχή. Είναι δυνατόν επίσης να ακτινοβολεί προς την ινιακή και ανώτερα αυχενική περιοχή και τον ώμο. Συνήθως όμως εντοπίζεται στην μετωπιαία ή την κροταφική χώρα και συχνά εστιάζεται πάνω από το ένα μάτι. Η κεφαλαλγία συνήθως συνοδεύεται από ναυτία και εμετούς ή και από δυσανεξία στο φως (φωτοφοβία) και στο θόρυβο (φωνοφοβία).

Επειδή η κεφαλαλγία επιδεινώνεται από τις κινήσεις και γενικά από τη φυσική δραστηριότητα, γι' αυτό και πολλοί ασθενείς προτιμούν να αναπαύονται σε ένα σκοτεινό και ήσυχο χώρο. Η φάση αυτή διαρκεί 2 έως και 72 ώρες.<sup>2</sup>

#### **ΦΑΣΗ 4: ΛΥΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ**

Η κεφαλαλγία αποτελεί το κυρίαρχο αλλά και το πιο δυσάρεστο σύμπτωμα της ημικρανίας που σπάνια αφήνεται από τον ασθενή να υποχωρήσει μόνο του. Τις περισσότερες φορές ο ασθενής εφαρμόζει διάφορα πρακτικά μέσα για να ανακουφίσει την κεφαλαλγία ή όσοι δεν έχουν απογοητευθεί ακόμη από τα φάρμακα λαμβάνουν διάφορες φαρμακευτικές θεραπείες.

Αρκετοί ασθενείς ανακουφίζονται από την κεφαλαλγία με τον ύπνο. Ο εμετός έχει περιγραφεί σαν μηχανισμός τερματισμού της κεφαλαλγίας ιδιαίτερα στα παιδιά. Στους ενήλικες ο τερματισμός της κεφαλαλγίας μπορεί να γίνει δια ερεθισμού του φάρυγγα με το δάκτυλο.

Η χρησιμοποίηση διαφόρων φαρμάκων (αναλγητικών ή και αντιεμετικών) αναφέρεται ότι μπορεί να προκαλέσει τη λύση κεφαλαλγίας αλλά οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκουν αυτά ανενεργή.<sup>2</sup>

#### **ΦΑΣΗ 5: Η ΑΠΟΔΡΟΜΗ**

Μετά την πάροδο της κεφαλαλγίας και πριν ο ασθενής επανέλθει στην πρότερα φυσιολογική κατάσταση παρεμβάλλεται μια περίοδος διάρκειας μέχρι 24 ώρες κατά την οποία το άτομο αισθάνεται εξουθενωμένο και εξαντλημένο με μυαλγίες. Σε μερικούς ασθενείς αντίθετα η υποχώρηση της κεφαλαλγίας συνοδεύεται από αίσθημα ευφορίας.

Χαρακτηριστικό στοιχείο της ημικρανίας είναι ότι οι κρίσεις επέρχονται κατά παροξυσμούς. Οι τυπικές κρίσεις διαχωρίζονται μεταξύ τους με την παρεμβολή διαλλειμάτων που το άτομο δεν παρουσιάζει καθόλου κεφαλαλγία.

Κεφαλαλγίες οι οποίες είναι συνεχείς σε διάρκεια ή και καθημερινές δεν πρέπει να θεωρούνται σαν ημικρανίες. Οι κεφαλαλγίες αυτές μπορεί να οφείλονται στη διακοπή λήψεως φαρμάκων, να είναι μικτές κεφαλαλγίες (ημικρανία και κεφαλαλγία τύπου τάσεως) ή να αποτελούν συμπτώματα σοβαρότερων παθήσεων όπως κροταφικής αρτηρίτιδας ή αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης.<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Παρά το γεγονός ότι η ημικρανία σαν νόσος τις περισσότερες φορές είναι ανύπαρκτη, εν τούτοις υπάρχουν κάποια νοσήματα όπου η συνύπαρξη ή η εμφάνιση της ημικρανίας είναι χαρακτηριστική. Νοσήματα ή καταστάσεις που έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται ή συνοδεύονται από ημικρανία είναι τα παρακάτω:

- ΥΠΕΡΤΑΣΗ
- ΑΙΜΟΔΙΥΛΙΣΗ
- ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ
- ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΕΣ
- ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ
- ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ
- ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

#### **Υπέρταση**

Για πολλά χρόνια πιστεύανε ότι χαρακτηριστικό γνώρισμα της ιδιοπαθούς υπέρτασης ήταν η ινιακή κεφαλαλγία η οποία παρουσιαζόταν κυρίως κατά το πρωινό ξύπνημα και η οποία στη συνέχεια της ημέρας προοδευτικά εξαφανιζόταν.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι τόσο η υπέρταση όσο και η ημικρανία είναι δυνατό δύο συχνά νοσήματα και έτσι η συνύπαρξη τους δεν θα πρέπει να θεωρείται σπάνια. Εν τούτοις έχει αποδειχτεί ότι στην περίπτωση που τα δύο αυτά νοσήματα συνυπάρχουν τότε η μείωση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να οδηγήσει σε μείωση τόσο της συχνότητας όσο και της βαρύτητας των κεφαλαλγιών.

#### **Αιμοδιύλιση**

Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που βρίσκονται σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοδιύλισης παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό (περίπου 70%) κεφαλαλγία που είναι γνωστή σαν «κεφαλαλγία της αιμοδιύλισης». Η κεφαλαλγία της αιμοδιύλισης τις περισσότερες φορές παίρνει τον τύπο της ημικρανιακής κεφαλαλγίας και είναι συχνότερη στους ασθενείς που παρουσιάζουν ημικρανία πριν μπουν στο πρόγραμμα της χρόνιας αιμοδιύλισης. Η αιμοδιύλιση δηλαδή στις περιπτώσεις αυτές δρα σαν εκλυτικός παράγοντας.

Η κεφαλαλγία της αιμοδιύλισης παρουσιάζεται συνήθως στην Τρίτη ή τέταρτη ώρα αιμοδιύλισης. Έχει σφύζοντα χαρακτήρα, συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη και δεν συνοδεύεται από εστιακά νευρολογικά συμπτώματα.

## **Νόσος από κίνηση**

Η νόσος από κίνηση αποτελεί ένα σημαντικό ελκυστικό παράγοντα ημικρανιακών κρίσεων.

Το 60% των ημικρανιακών ασθενών αναφέρει ιστορικό νόσου από κίνηση με έντονα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Το είδος των κινήσεων που προκαλεί τη νόσο από κίνηση είναι το ίδιο με αυτό που προκαλεί η που επιδεικνύει μια ημικρανιακή κρίση.

Η ημικρανία και η νόσος από κίνηση έχουν αρκετούς κοινούς παράγοντες που τις χαρακτηρίζουν.

Κοινοί παράγοντες ημικρανίας και νόσο από κίνηση είναι:

1. Παρουσιάζονται συχνότερα σε γυναίκες από ότι σε άνδρες
2. Υπάρχει αυξημένη ευαισθησία κατά τη διάρκεια των έμμηνων
3. Οι οσμές αποτελούν συχνό εκλυτικό παράγοντα
4. Οι εμετοί, η ναυτία, ο ίλιγγος και η κεφαλαλγία αποτελούν τα συνηθέστερα συμπτώματα σε αμφότερες παθήσεις
5. Λαβυρινθιακές διαταραχές είναι σε αμφότερες τις παθήσεις.

## **Πρόπτωση μητροειδούς βαλβίδας**

Έχει περιγραφεί μια εξαιρετικά υψηλή συχνότητα ημικρανίας στους ασθενείς που παρουσιάζουν πρόπτωση της μητροειδούς βαλβίδας και αντίστροφα.

Είναι γνωστό ότι αμφότερες οι παθήσεις είναι συχνότερες σε νεαρές γυναίκες με κοινή συνήθως συμπτωματολογία που εκφράζεται με παροξυσμική ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, συγκοπτικές κρίσης και ίλιγγο. Τα συμπτώματα αυτά αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και στις δύο τις παθήσεις με τη χορήγηση προπρανόλης. Είναι γνωστό ότι η πρόπτωση συνοδεύεται, για λόγους που είναι προς το παρόν άγνωστο, από παραδοχία ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή και από εγκεφαλικά έμφρακτα. Η συγκόλληση των αιμοπεταλίων στην προσπίπτουσα βαλβίδα και η δημιουργία εμβολών για πολλούς ερευνητές αποτελεί την πιθανότερη αιτία. Πιστεύεται ότι η σε μεγάλο βαθμό συνύπαρξη της ημικρανίας με την πρόπτωση της μητροειδούς βαλβίδας οφείλεται είτε σε κοινό παθογενετικό μηχανισμό είτε σε κοινή γενετική προδιάθεση.



## Προσθετικές καρδιακές βαλβίδες

Έχει περιγραφεί ότι οι προσθετικές καρδιακές βαλβίδες μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα είτε βελτίωσης είτε πρόκλησης της ημικρανιακής. Κάποιοι ασθενείς που υπέστησαν αντικατάσταση κάποιας καρδιακής βαλβίδας παρουσίασαν κεφαλαλγία μετά την εγχείρηση η οποία ήταν ήπιου βαθμού, παρουσιάζονται καθημερινά και διαρκούσε από 1 εβδομάδα μέχρι 5 χρόνια. Άλλοι ασθενείς παρουσίασαν αρκετούς μήνες μετά την εγχείρηση παροδικά εστιακά νευρολογικά συμπτώματα με ή χωρίς κεφαλαλγία. Τα συμπτώματα αυτά ήταν χαρακτηριστικά ημικρανιακής προσβολής και υποχώρησαν χωρίς καμία ειδική θεραπεία μετά την πάροδο αρκετών μηνών.

## Παθήσεις των επινεφριδίων

Είναι γνωστό ότι τόσο η υπερλειτουργία όσο του φλοιού των επινεφριδίων όσο και η υπολειτουργία ιδιαίτερα αυτή που ακολουθεί διακοπή των κορτικοστεροειδών συνοδεύονται από κεφαλαλγία που παίρνουν τον τύπο της ημικρανίας. Από άποψη παθογενετικού μηχανισμού της ημικρανίας, στις παθήσεις των επινεφριδίων σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν οι κεντρικοί σεροτονινεργικοί μηχανισμοί υπό την επίδραση των οποίων βρίσκεται η έκκριση πολλών ορμονών της υπόφυσης περιλαμβανομένης και της ACTH.

## Υπερλιπιδαιμίες

Η ημικρανία παρουσιάζει χαρακτηριστικά αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς με υπερλιπιδαιμία και δυσλιποπρωτεϊναιμία και υποχωρεί χαρακτηριστικά μετά την αποκατάσταση των επιπέδων των λιπιδίων του πλάσματος. Κατά πόσο είναι αυξημένη η γλοιότητα του ορού των υπερλιπιδαιμικών ασθενών ευθύνεται για την πρόκληση της κεφαλαλγίας δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο. Υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα για το πόσο η θεραπευτική αντιμετώπιση των δυσλιποπρωτεϊναιμιών και η αποκατάσταση των λιπιδίων του ορού στα φυσιολογικά βελτιώνουν την ημικρανία.

## Ημικρανία και Επιληψία

Η εγκεφαλική δυσλειτουργία που θα μπορούσε να συμβάλλει στην γένεση και συντήρηση τόσο ημικρανιακών όσο και επιληπτικών κρίσεων θα όφειλε να προκαλεί συγχρονισμένη εκφόρτιση ικανού αριθμού νευρώνων με τελικό αποτέλεσμα αφενός τη γένεση της εξαπλούμενης καταστολής στη περίπτωση της ημικρανιακής κρίσης ή της εξάπλωσης της εκφόρτισης στη περίπτωση της επιληπτικής κρίσης. Τέτοια δυσλειτουργία έχει υποτεθεί ότι μπορεί να προκαλείται είτε από ελλειμματική μιτοχονδριακή οξειδωτική φωσφορυλίωση, χαμηλό ενδοκυτταρικό  $Mg^{2+}$ , είτε σε συνδυασμό των δύο αυτών παραγόντων. Αποτέλεσμα είναι η αστάθεια των νευρωνικών μεμβρανών και η εύκολη εκπόλωση η οποία μπορεί να οδηγήσει σε επιληπτική κρίση ή ημικρανιακή αύρα. Άλλοι παράγοντες, όπως κάποια κληρονομούμενη καναλοπάθεια, έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Όποιος και αν είναι ο κοινός παθοφυσιολογικός μηχανισμός βέβαια, δεν έχει απαντηθεί το ερώτημα της πρωταρχικής αιτίας για τη πυροδότηση της εκφόρτισης καθώς και γιατί η ίδια εκφόρτιση οδηγεί άλλες φορές σε ημικρανιακή και άλλες σε επιληπτική κρίση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ**

#### **1. Η σημασία του ιστορικού**

Η ημικρανία ανήκει στα νοσήματα εκείνα των οποίων η διάγνωση στηρίζεται, τουλάχιστον προς το παρόν, καθ' ολοκληρία στη σωστή και λεπτομερή λήψη του ιστορικού. Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται αφ' ενός στην έλλειψη αξιόπιστων εργαστηριακών εξετάσεων διαγνωστικών της ημικρανίας και αφ' ετέρου στην έλλειψη φυσικών ευρημάτων κατά την αντικειμενική εξέταση του ασθενούς τόσο κατά την διάρκεια των κρίσεων όσο και κατά τη διάρκεια των μεσοδιαστημάτων. Άλλωστε είναι λίγες οι φορές που ο γιατρός θα έχει τη δυνατότητα να εξετάσει τον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Οι αδυναμίες αυτές καθιστούν το ιστορικό ανεκτίμητης αξίας στοιχείο για τη διάγνωση της ημικρανίας. Η σωστή λήψη του ιστορικού αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη διαγνωστική προσέγγιση όχι μόνο της ημικρανίας, αλλά και κάθε άλλης οργανικής και μη οργανικής αιτιολογίας κεφαλαλγίας. Στο ιστορικό θα στηριχθεί ακόμη και η διαφορική διάγνωση της ημικρανίας.

Τη διαγνωστική αξία του ιστορικού για τη διάγνωση της ημικρανίας μπορεί ν' αντιληφθεί κανείς αν αναλογιστεί ότι, παρ'όλες τις τεχνολογικές εξελίξεις της εποχής μας που τόσα προσέφεραν στη διάγνωση άλλων παθήσεων, η τυπική περιγραφή από τον ασθενή των συμπτωμάτων της ημικρανίας, σχεδόν αναλλοίωτη, χρησιμοποιείται από την εποχή του Ιπποκράτη, του Αρεταίου και του Γαληνού μέχρι σήμερα για τη διάγνωση της νόσου. Άλλωστε, μελετώντας κανείς τα κριτήρια που καθιέρωσε το 1988 η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας για τη διάγνωση της ημικρανίας και των άλλων μορφών κεφαλαλγίας, παρατηρεί ότι όλα είναι κλινικά και βασίζονται στις πληροφορίες που θα δώσει ο ασθενής. Η καθιέρωση των κριτηρίων αυτών βοήθησε τα μέγιστα αφ' ενός να οριοθετηθούν σαφώς τα όρια κάθε μορφή κεφαλαλγίας και αφ' ετέρου να δημιουργηθεί μια κοινή γλώσσα συνεννόησης μεταξύ των γιατρών όταν μιλούν για κεφαλαλγίες.

Η τεχνική λήψης του ιστορικού από ένα ασθενή δε διαφέρει από τη λήψη του ιστορικού από οποιαδήποτε άλλη πάθηση έχει όμως ορισμένες ιδιαιτερότητες που καθιστούν την προσέγγιση του ασθενούς ευκολότερη και την εξαγωγή των συμπερασμάτων ασφαλέστερη. Συνίσταται αρχικά να αφήνεται ο ασθενής να περιγράψει τη νόσο του καθώς και μια τυπική ημικρανιακή κρίση μόνος του χωρίς να τον κατευθύνουμε εμείς με καθοδηγητικές ερωτήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ασθενής μέσα σε 3-5 λεπτά θα μας έχει περιγράψει πλήρως τη νόσο του. Στη συνέχεια και εφ' όσον δεν έχουν διευκρινιστεί ορισμένα σημεία, μπορούμε να υποβάλουμε στον ασθενή τις δικές μας ερωτήσεις προσέχοντας να μην τον ρωτάμε για πράγματα τα οποία ήδη μας έχει διηγηθεί, διότι έτσι του δίνουμε την εντύπωση ότι δεν τον προσέχαμε όση ώρα μιλούσε, γεγονός που θα κλονίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς απέναντί μας.

Πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί με έμμεσες ερωτήσεις να πάρουμε την πληροφορία που θέλουμε διότι ο ασθενής από ντροπή ή προκατάληψη μπορεί να αποφύγει να δώσει τη σωστή απάντηση.<sup>8</sup>

Πολύ σπάνια μπορεί, για την επιβεβαίωση ή τη διερεύνηση ορισμένων στοιχείων του ιστορικού του ασθενούς, να χρειαστεί να συζητήσουμε με κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντός του.

Για την ευκολότερη προσέγγιση του κεφαλαλγικού ασθενούς έχουν συνταχθεί πολλά τυποποιημένα ιστορικά [που όλα αποσκοπούν αφ' ενός στο να μην παραληφθεί κάποια σημαντική ερώτηση, αφ' ετέρου να βοηθήσουν με 5-6 βασικές ερωτήσεις να διαφοροδιαγνωσθεί η ημικρανία από τις άλλες μορφές κεφαλαλγίας και ιδιαίτερα την αθροιστική κεφαλαλγία.

Η ημικρανία όπως ήδη έχει λεχθεί είναι μια νόσος με έντονα υποκειμενικά ενοχλήματα και σχεδόν καθόλου αντικειμενικά ευρήματα. Αυτό συνεπάγεται ότι η διάγνωση της νόσου εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την περιγραφική ικανότητα του ασθενούς και από τη δυνατότητα του να δώσει στο γιατρό να αντιληφθεί για το πόσο υποφέρει. Αρκετοί ασθενείς είναι σε θέση, αν τους ζητηθεί, να βαθμολογήσουν τα συμπτώματα κατά τρόπο βέβαια υποκειμενικό αλλά τελείως αποδεικτικό του βαθμού που κάθε σύμπτωμα τον ενοχλεί.

Για άλλα συμπτώματα όπως π.χ. η ναυτία, οι εμετοί, η φωτοφοβία κ.α. η παρουσία των οποίων δεν είναι σταθερή τόσο σε συχνότητα όσο και σε ένταση, η βαθμολόγηση είναι εξαιρετικά δύσκολη γι' αυτό και για τα συμπτώματα αυτά αρκεί η σημείωση της παρουσίας ή της απουσίας τους.

Το ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει και μια συνολική εκτίμηση της καταστάσεως του για ικανότητα προς εργασία ή επιτέλεση άλλων λειτουργικών δραστηριοτήτων του.

Η βαθμολόγηση των συμπτωμάτων και της γενικής κατάστασης του ασθενούς εκτός του ότι παρέχει μια σαφή εικόνα για το πόσο υποφέρει ο ασθενής από τη νόσο του, μας δίνει παράλληλα τη δυνατότητα να παρακολουθούμε για το πώς γενικά εξελίσσεται η κατάσταση στο χρόνο και κυρίως για το πώς οι διάφορες θεραπευτικές μας παρεμβάσεις επηρεάζουν τη συμπτωματολογία και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.<sup>8</sup>

Μία σειρά δέκα πέντε ερωτήσεων που χρησιμεύουν στην ανάλυση της κεφαλαλγίας, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί σαν μοντέλο κατά τη λήψη του ιστορικού. Οι 15 ερωτήσεις είναι:

### **1.1. Έναρξη**

«Πότε είχατε τέτοιο πονοκέφαλο για πρώτη φορά;» ή «Πόσο χρονών είσαστε όταν είχατε για πρώτη φορά τέτοιο πονοκέφαλο;»

### **1.2. Συχνότητα και περιοδικότητα**

«Πόσο συχνά έχετε πονοκέφαλο». Μπορεί να υφίσταται ένα μοντέλο όπως στην αθροιστική κεφαλαλγία η οποία αφυπνίζει τον άρρωστο τις πρωινές ώρες ή όπως στην ημικρανία που εκδηλώνεται τα σαββατοκύριακα ή στις γυναίκες προεμμηνουρσιακά. Εάν δεν υπάρχει σαφής περιοδικότητα μπορούμε να ερωτήσουμε τον άρρωστο «ποιο είναι το μεγαλύτερο και ποιο είναι το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ των κρίσεων πονοκεφάλου;» και να εκτιμήσουμε το μέσο όρο αυτών.

### **1.3. Διάρκεια**

«Πόσο διαρκεί συνήθως ο πονοκέφαλος». Εάν ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να απαντήσει με σαφήνεια τον ερωτούμε «δευτερόλεπτα, λεπτά, ώρες, μισή μέρα, ολόκληρη μέρα, μέρες;» Εάν η διάρκεια των επεισοδίων ποικίλλει χρησιμοποιούμε και πάλι, το μέσο όρο μεταξύ των πιο παρατεταμένων και των πιο βραχέων επεισοδίων.<sup>15</sup>

Μετά την ολοκλήρωση των τριών αυτών ερωτήσεων μπορούμε να ακολουθήσουμε μία από τις κατωτέρω δύο στρατηγικές: α) να συνεχίσουμε με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που περιγράφονται, προσπαθώντας να αναλύσουμε τον πόνο στις επιπλέον λεπτομέρειές του, β) σε περιπτώσεις όπου τα επεισόδια είναι παροξυσμικά όπως στην ημικρανία είναι καλύτερο να ζητήσουμε από τον άρρωστο «περιγράψτε μία τυπική κρίση από την αρχή έως το τέλος της». Συχνά η περιγραφή μας δείχνει μια καθαρή εικόνα που απαιτεί μόνον μερικές διευκρινιστικές ερωτήσεις.

Οι επόμενες τρεις ερωτήσεις αφορούν την εντόπιση του πονοκεφάλου:

**1.4.** «Από πού αρχίζει ο πονοκέφαλος;»

**1.5.** «Επεκτείνεται ο πονοκέφαλος και εάν ναι πού;» Συχνά ο άρρωστος δείχνει την περιοχή κατανομής του πόνου με το δάχτυλο.

**1.6.** «Ο πόνος είναι βαθύς όπως του στομαχιού ή κοντά στην επιφάνεια όπως όταν καμιά φορά κοβόμαστε στο δέρμα μας;» Η ημικρανική κεφαλαλγία, όπως και η αθροιστική χαρακτηρίζονται συνήθως από εν τω βάθει πόνο.

### **1.7. Εκλυτικοί παράγοντες**

«Τι προκαλεί την έκλυση πόνου». Έτσι μπορούμε να αποκλείσουμε π.χ. τη νευραλγία του τριδύμου εάν ο διαξιφιστικός πόνος της πυροδοτείται από απτικά ερεθίσματα ή κατά το πλύσιμο του προσώπου στις “trigger zones”. Οι παράγοντες και οι συνθήκες ενός ημικρανικού επεισοδίου μπορούν να αξιοποιηθούν αργότερα για την προφύλαξη απ’ αυτήν.

### **1.8. Επιδείνωση**

«Υπάρχουν πράγματα που επιδεινώνουν, αυξάνουν, ή κάνουν τον πόνο χειρότερο;» Η επιδείνωση με το βήχα για παράδειγμα, υποδηλώνει τη συμμετοχή ενδοκρανιακών δομών στην κεφαλαλγία, ενώ η επίταση του πόνου με τις κινήσεις της κεφαλής προς οποιαδήποτε κατεύθυνση είναι ενδεικτική μυοσκελετικού πόνου.

### **1.9. Ανακούφιση**

«Τι έχετε ανακαλύψει ότι σας ανακουφίζει ή ότι ελαττώνει τον πονοκέφαλο σας;» Εφ’ όσον-ως συνήθως- αναφέρεται λήψη αναλγητικών θα πρέπει να ερευνάται η δοσολογία η οποία χρησιμοποιείται, ο χρόνος που απαιτείται για να δράσει το φάρμακο και εάν τα φάρμακα είναι αποτελεσματικά να ερευνάται η εκδοχή λήψεως τους κατά τη φάση που ο άρρωστος έχει εμετούς.

### **1.10. Ποιότητα**

«Με τι μοιάζει ο πονοκέφαλος». Αυτή είναι η δυσκολότερη όλων των ερωτήσεων. Μπορούμε να την παρομοιάσουμε με την ερώτηση που κάνουμε σ’ έναν άνθρωπο ζητώντας του να μας περιγράψει ένα μουσικό κομμάτι ή τη γεύση της μπανάνας. Μπορούμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο ρωτώντας τον «ο πόνος είναι σαν κάψιμο, σαν να σε σφίγγει ένα στεφάνι στο κεφάλι, σφυγμικός, σαν μαχαίρι-διαξιφιστικός, ή σαν να σου περιστρέφουν το κεφάλι;» Πολλές φορές ο πόνος είναι ένα μίγμα όλων αυτών. Στην ημικρανία ο πόνος έχει σφυγμικό χαρακτήρα και επιδεινώνεται με τις κινήσεις ή με τη φυσική άσκηση. Παρ’ όλα αυτά μερικοί άρρωστοι δεν είναι σε θέση να περιγράψουν ποιοτικά την κεφαλαλγία τους.<sup>15</sup>

### **1.11. Βαρύτητα- ένταση**

«Πόσο άσχημος είναι ο πονοκέφαλός σας;» Η βαρύτητα της κεφαλαλγίας μπορεί να εκτιμηθεί μόνον από την επίδραση που έχει στις καθημερινές δραστηριότητες όπως την όρεξη για φαγητό, την απώλεια βάρους, τον ύπνο, την παρακολούθηση τηλεόρασης ή άλλες διασκεδάσεις. Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μπορεί να υποβληθεί η ερώτηση είναι «πόσο επηρεάζει ο πονοκέφαλος τη ζωή σας». Η κεφαλαλγία που υποχρεώνει τον άρρωστο να παραμείνει στο κρεβάτι είναι συνήθως σοβαρή, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία.

### **1.12. Συνοδά συμπτώματα**

« Έχετε παρατηρήσει να σας συμβαίνει οτιδήποτε άλλο όταν έχετε πονοκέφαλο;». Εδώ συνήθως απαιτείται καθοδήγηση του αρρώστου με διευκρινιστικές ερωτήσεις π.χ. εάν υπάρχουν αλλαγές στο ένα μάτι και στο σύστοιχο ρώθωνα στην ημικρανική κρίση, αλλαγή στο χρώμα του προσώπου και στην όρεξη για φαγητό κατά τη διάρκεια ενός ημικρανικού επεισοδίου, ένας χαρακτηριστικός κρότος κατά τη μάσηση στη δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης κ.τ.λ.

### **1.13. Προηγούμενη θεραπεία**

Πολύ συχνά οι άρρωστοι δεν είναι σε θέση να κατονομάσουν τα ιδιοσκευάσματα που έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν. Εν τούτοις θα πρέπει να γίνεται μια προσπάθεια αποκρυπτογράφησης των «μικρών ροζ κουφέτων». Επίσης θα πρέπει να επιχειρείται να προσδιορισθεί εάν έχει χρησιμοποιηθεί ένα επαρκές δοσολογικό σχήμα ή εάν έχουν τυχόν εμφανισθεί κάποιες παρενέργειες.

### **1.14. Η ιδέα του αρρώστου**

«Τι νομίζετε ότι προκαλεί τον πονοκέφαλό σας;». Ο πόνος – οπουδήποτε εντοπίζεται- αλλά ιδιαίτερος ο πόνος στο κεφάλι, προκαλεί ένταση, άγχος και φόβο για κάποια σοβαρή νόσο. Συνήθως οι άρρωστοι φοβούνται ότι έχουν κάποιον όγκο στον εγκέφαλο ή ότι θα πάθουν ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Είναι εξαιρετικά σημαντικό μέρος της θεραπείας, ο γιατρός να κατορθώσει να εξαλείψει τους φόβους αυτούς.<sup>15</sup>

### **1.15. «Γιατί τώρα;»**

Η ερώτηση αυτή δεν είναι απαραίτητο να υποβληθεί. Αλλά αν από το ιστορικό συνάγεται ότι ο άρρωστος έχει πρόβλημα ημικρανιών από πολλών ετών είναι λογικό να τον ρωτήσουμε «Τι είναι αυτό που σας ανάγκασε να καταφύγετε στο γιατρό σ' αυτή τη φάση;» Αυτό θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τις ιδιαίτερες ανάγκες που έχει ένας άρρωστος και να κατευθύνουμε ανάλογα τη θεραπεία.

Το σύνολο των ερωτήσεων αυτών που αποσκοπούν στην ανάλυση της κεφαλαλγίας απαιτούν έναν χρόνο 10-15 λεπτών. Στη συνέχεια θα πρέπει να τεθούν ορισμένες ερωτήσεις που στοχεύουν να διευκρινίσουν εάν ο άρρωστος υποφέρει από ένα ή περισσότερα είδη κεφαλαλγίας όπως συμβαίνει περίπου στο 30-40% των αρρώστων, στην ομαλή λειτουργία των υπολοίπων συστημάτων του σώματος ή τη δυσλειτουργία αυτών, στο ατομικό, κληρονομικό και κοινωνικό ιστορικό του αρρώστου.

Μερικές φορές κατά τη λήψη του ιστορικού, είναι δυνατόν να προκύψουν μερικά ειδικά προβλήματα που αφορούν:<sup>15</sup>

**α)Παιδιά:** Δεδομένου ότι αυτά συνοδεύονται πάντοτε από τους γονείς τους, η λήψη του ιστορικού γίνεται πρωταρχικά απ' αυτούς, συνήθως με δική τους πρωτοβουλία, είτε επειδή το παιδί ντρέπεται. Εν τούτοις εάν το παιδί ενθαρρυνθεί, είναι εκπληκτική η σαφήνεια με την οποία εκθέτει το πρόβλημά του, συνήθως πολύ περισσότερο από του ενήλικες.

**β)Αλλοδαποί:** Δεδομένης της δυσκολίας στην επικοινωνία, εάν δεν υπάρχει καλή γνώση της γλώσσας, θα είναι χρήσιμο να χρησιμοποιηθεί διερμηνέας στην προσπάθεια να ληφθεί ένα σχετικώς αξιόπιστο ιστορικό.

**γ)Επεισόδια απώλειας της συνειδήσεως:** Στις περιπτώσεις αυτές δημιουργούνται τα περισσότερα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα και απαιτείται συνήθως κάποια εργαστηριακή διερεύνηση, ιδίως όταν δεν υπάρχει κάποιος μάρτυρας κατά την ώρα των επεισοδίων ο οποίος να μπορεί να περιγράψει με λεπτομέρεια τις εκδηλώσεις του αρρώστου.

**δ)Η δεύτερη γνώμη:** Όταν κάποιος άρρωστος έρχεται για μια δεύτερη γνώμη είναι πολύτιμο να ανακαλύψουμε τι ήταν αυτό που τον άφησε ανικανοποίητο στον προηγούμενο γιατρό του, για να προσπαθήσουμε να αποφύγουμε τα ίδια λάθη. Συνήθεις λόγοι είναι η αδυναμία του γιατρού να εγκαταστήσει μια καλή σχέση με τον άρρωστο, το γεγονός ότι δεν του αφιερώνει αρκετό χρόνο ή δεν του επιτρέπει να εκφράσει τις απόψεις του ή τα παράπονά του. Μερικοί άρρωστοι βέβαια απαιτούν πράγματα μη ρεαλιστικά: μια θεραπεία που θα τον απαλλάξει οριστικά από το πρόβλημά του, ενώ δεν υπάρχει διαθέσιμη τέτοια.

**ε)Μέλη του ιατρικού επαγγέλματος:** Όταν αναλαμβάνουμε έναν συνάδελφο, τη σύζυγο ενός συναδέλφου ή μια νοσηλεύτρια, συνήθως είμαστε περισσότερο προσεκτικοί, αλλά και περισσότερο κριτικοί απέναντί τους. Αυτοί με τη σειρά τους, χρησιμοποιούν ιατρική ορολογία άλλοτε ορθά και άλλοτε λανθασμένα, μπορεί να είναι επιθετικοί, αλλά η ενόχληση μας δεν πρέπει να γίνει εμφανής. Οι ερμηνείες που δίδουμε σε συναδέλφους πρέπει να εκφράζονται με όρους διαφορετικούς απ' αυτούς που χρησιμοποιούμε στους άλλους αρρώστους οι οποίοι δεν γνωρίζουν ανατομία και φυσιολογία. Ακόμη δεν πρέπει να ξεχνούμε πως οι συνάδελφοι είναι κι αυτοί άρρωστοι, συχνά περισσότερο φοβισμένοι που ζητούν επαναβεβαίωση της ασφάλειας, βοήθεια και συμβουλές.

Έτσι τελειώνει η λήψη του ιστορικού και ενώ ο άρρωστος προετοιμάζεται για να εξετασθεί κλινικώς, έχουμε την ευκαιρία να σκεφθούμε για το πρόβλημά του. Συχνά η διάγνωση που έχουμε ήδη θέσει είναι σαφής, αλλά μερικές φορές παραμένει υπό δοκιμή και αμφισβήτηση μέχρις ότου ολοκληρωθεί η φυσική εξέταση, η οποία είναι δυνατόν να αποκαλύψει παθολογικά σημεία.<sup>15</sup>

## 2.Εξέταση

Είναι περιττό να τονισθεί η αναγκαιότητα της φυσικής εξέτασεως ενός αρρώστου δεδομένου ότι είναι αυτή που θα καθορίσει την παρουσία ή την απουσία κάποιας δομικής ή λειτουργικής ανωμαλίας που ενδέχεται να είναι η αιτία προκλήσεως της κεφαλαλγίας. Ακόμη και αν η εξέταση αποβεί αρνητική, αυτό θα οδηγήσει τον μεν γιατρό να αντιμετωπίσει τον άρρωστο του με μεγαλύτερη σιγουριά, στον δε εξεταζόμενο θα προσφέρει το τόσο απαραίτητο αίσθημα ασφάλειας.

Η εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τον έλεγχο του νευρικού συστήματος, όσο και των υπολοίπων συστημάτων, χωρίς να παραλείπουμε να εξετάσουμε κάθε σημείο του σώματος στο οποίο υπάρχει αναφορά πόνου. Για έναν πεπειραμένο κλινικό η διαδικασία αυτή δεν διαρκεί για περισσότερο από 5- 10 λεπτά.

Μετά το πέρας της εξετάσεως και μόνον τότε ο γιατρός θα πρέπει να αναρωτηθεί αν υπάρχει λόγος περαιτέρω διερεύνησης του αρρώστου είτε εργαστηριακώς είτε με τη γνώμη κάποιας άλλης ειδικότητας. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι υπάρχει πάντοτε διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, το οποίο καλό είναι φυσικά να επιλύεται. Ας έχουμε υπ' όψη ότι στο 80% των κεφαλαλγιών δεν τίθεται θέμα διαφορικής διάγνωσης. Μερικοί άλλοι λόγοι που μπορεί να μας οδηγήσουν σε περαιτέρω διερεύνηση του αρρώστου είναι η επιβεβαίωση της διαγνώσεώς μας, το αίσθημα ασφάλειας τόσο το δικό μας όσο και του αρρώστου, η βοήθεια προς έναν συνάδελφο που μας παρέπεμψε τον άρρωστο και μερικές φορές για να δώσουμε στον εαυτό μας τη δυνατότητα να σκεφθεί πάνω στο πρόβλημα.<sup>15</sup>

### 3. Συμπέρασμα

Ας έχουμε πάντοτε υπ' όψη ότι το λανθάνειν είναι ανθρώπινο, άρα η διάγνωση που έχουμε θέσει για έναν άρρωστο, μερικές φορές θα πρέπει να αναθεωρηθεί ιδίως αν προκύψουν κάποια νέα στοιχεία. Οι συχνότερες αιτίες που μπορούν να μας οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση είναι:

1. Να μην ακούσουμε προσεκτικά τον άρρωστο, επειδή είμαστε βιαστικοί, είτε επειδή οι συνοδοί του αρρώστου επεμβαίνουν, υποκαθιστώντας τον άρρωστο.
2. Ο άρρωστος να συγχέει δύο διαφορετικούς τύπους κεφαλαλγιών.
3. Ο γιατρός να αποδεχθεί τη διάγνωση του αρρώστου, ή αυτήν που έχει τεθεί προηγουμένως από κάποιον άλλο συνάδελφο.
4. Ο τύπος της κεφαλαλγίας να έχει αλλάξει και ο άρρωστος αποτυγχάνει να το περιγράψει ή δεν ερωτάται από το γιατρό για να περιγράψει την αλλαγή.
5. Να μην επιτευχθεί καλή επαφή μεταξύ γιατρού και αρρώστου.
6. Η «επαγγελματική διαστροφή» δηλ. η ειδικότητα του γιατρού ή η εξειδίκευση πάνω στην ειδικότητα του τον ωθεί να ερμηνεύει το πρόβλημα του αρρώστου με διαγνώσεις που περιστρέφονται γύρω από το αντικείμενο με το οποίο ιδιαιτέρως ασχολείται.
7. Ο άρρωστος να οδηγείται να δίνει το ιστορικό που ο γιατρός θέλει να ακούσει (με ερωτήσεις που καθοδηγούν και υποδεικνύουν μια απάντηση).
8. Να μην ληφθεί πλήρες ιστορικό ή να μην γίνει πλήρης εξέταση.
9. Να μην αξιολογηθούν σωστά ή να μην διερευνηθούν πλήρως, τα στοιχεία από το ιστορικό των αρρώστων π.χ. οι στιγμιαίες λάμπεις που αναφέρουν πολλοί άρρωστοι δεν έχουν σχέση με ημικρανική αύρα, εφ' όσον η διάρκεια τους είναι μερικών δευτερολέπτων.
10. Ο γιατρός να μην είναι σε θέση να εκτιμήσει τη δυσκολία να κατονομάσει ο άρρωστος κάποιες εκφράσεις όπως «σφυγμώδης πόνος» με συνέπεια να μην παίρνει σωστές απαντήσεις.
11. Οι άρρωστοι λησμονούν να αναφέρουν κάποια στοιχεία π.χ. ότι το αλκοόλ προκαλεί μία κρίση, επειδή κατά κανόνα η λήψη του δεν ακολουθείται αμέσως από κεφαλαλγία.
12. Να επιτραπεί στον άρρωστο να επικεντρωθεί σ' ένα ασύνητες επεισόδιο, συνήθως ιδιαίτερα σοβαρό και πρόσφατο και έτσι να μην γίνει περιγραφή των συνήθων επεισοδίων του παρελθόντος.
13. Να αναφερθεί αναποτελεσματικότητα μιας σωστής θεραπείας χωρίς να διευκρινισθεί αν αυτή οφείλεται σε ανεπαρκές δοσολογικό σχήμα ή σε λανθασμένο χρόνο λήψεως.
14. Ο φόβος της διαδικασίας εκ μέρους του αρρώστου μπορεί να αναστείλει την αμοιβαία κατανόηση αυτού και του γιατρού.<sup>15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Ο διαχωρισμός της παιδικής ημικρανίας από τις άλλες μορφές της γενικότερης κεφαλαλγίας στα παιδιά, είναι θέμα εξαιρετικά δύσκολο και πολλές αλληλοσυγκρουόμενες διαιρέσεις εκάστοτε προτείνονται και η δυσκολία βασικά προέρχεται από την ατελέστερη δυνατότητα περιγραφής από μέρους των πασχόντων παιδιών, όσο και από το γεγονός του ότι οι άμεσα ερχόμενοι σε επαφή με το παιδί ιατροί της ειδικότητας παιδίατρου ή γενικότερα παθολόγου δεν είχαν, ως τώρα τουλάχιστον, δώσει ιδιαίτερη προσοχή στο μη απειλητικό για τη ζωή του παιδιού, φαινόμενο της ημικρανίας.

Έτσι πολλά επιδημιολογικά ερωτήματα είναι δύσκολο να απαντηθούν με ακρίβεια και οι ποσοστιαίες αναφορές τόσο της συχνότητας της παθήσεως αυτής στα παιδιά όσο και στις επιμέρους εκδηλώσεις της, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ διαφόρων συγγραφέων, αλλά και τα ποια ακριβώς σύνδρομα, μπορεί να περιληφθούν κάτω από τη γενική διάγνωση της ημικρανίας στα παιδιά, εξακολουθεί να αμφισβητείται, παρά τη σημαντική διάδοση ορισμένων διαγνωστικών εννοιών όπως π.χ. της λεγόμενης κοιλιακής ημικρανίας.<sup>11</sup>

#### **1. Ορισμός της παιδικής ημικρανίας**

Η ημικρανία είναι αρκετά συχνή πάθηση στην παιδική ηλικία, πιστεύεται δε ότι αυτή είναι και η συχνότερη αιτία υποτροπιάζουσας κεφαλαλγίας κατά την ηλικία αυτή.

Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον το 5% των παιδιών ηλικίας 15 ετών πάσχουν από ημικρανία ενώ υπάρχουν αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι η ημικρανία σε πολλά παιδιά ξεκινάει από ηλικία μικρότερη των 5 ετών. Ημικρανιακά ισοδύναμα έχουν αναγνωρισθεί και σε βρέφη κατά το πρώτο έτος της ζωής τους.

Η διάγνωση της ημικρανίας στην παιδική ηλικία είναι πάρα πολύ δύσκολη για πολλούς λόγους. Απ' αυτούς σημαντικότεροι είναι 1) το ότι δεν υπάρχει σαφής ορισμός της παιδιατρικής ημικρανίας 2) η αδυναμία, από τα πολύ μικρά παιδιά, να περιγράψουν με σαφήνεια και λεπτομέρεια όλο το φάσμα των συμπτωμάτων τους και 3) η με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνιση των διαφόρων ημικρανιακών ισοδυνάμων στα παιδιά απ' ότι στους ενήλικες γεγονός που περιπλέκει ακόμα περισσότερο την κλινική έκφραση της νόσου στην ηλικία αυτή.

Τα διαγνωστικά κριτήρια που έχει ορίσει η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας (ΔΕΚ) είναι λειτουργικά και ευαίσθητα για την διάγνωση της ημικρανίας μόνο για τους ενήλικες. Η ΔΕΚ δεν έχει καθορίσει διαγνωστικά κριτήρια για την παιδική ηλικία. Για παράδειγμα για να θεωρηθεί ένα άτομο ότι πάσχει από ημικρανία χωρίς αύρα, σύμφωνα με τα κριτήρια της ΔΕΚ, θα πρέπει το άτομο αυτό να αναφέρει τουλάχιστον 5 προσβολές που να διαρκούν από 2- 72 ώρες. Σ' ένα παιδί όμως που η ημικρανιακή του καριέρα μόλις ξεκινάει μπορεί να απαιτηθεί και μεγάλο χρονικό διάστημα για να συμπληρωθεί ο αριθμός των 5 κρίσεων μερικές από τις οποίες μπορεί να μη ξεπερνούν τις 2 ώρες σε διάρκεια.



Σαν παιδική ημικρανία ορίζεται η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντες πονοκέφαλους μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται μεσοδιαστήματα ελεύθερα συμπτωμάτων. Οι πονοκέφαλοί θα πρέπει να συνοδεύονται από δυο ή περισσότερα εκ των ακολούθων: ετερόπλευρη εντόπιση του πόνου, ναυτία, οπτική αύρα και οικογενειακό ιστορικό ημικρανίας. Οίκοθεν νοείται ότι έχει αποκλεισθεί οποιαδήποτε άλλη μορφή οργανικής κεφαλαλγίας.<sup>2</sup>

## **2. Κλινική εικόνα**

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της παιδικής ημικρανίας είναι βεβαίως η κεφαλαλγία. Όμως αρκετά συχνά εμφανίζονται πριν την κεφαλαλγία συμπτώματα όπως η κακουχία, η ευρεθιστότητα και η υπερκινητικότητα.<sup>12</sup> Στην παιδική ηλικία η ημικρανία είναι συχνότερη στα αγόρια (60%) απ'ότι στα κορίτσια (40%). Το αντίθετο βέβαια συμβαίνει στους ενήλικες όπου η συχνότητα εμφάνισης ημικρανίας στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είναι 3:1. Η διάρκεια των κρίσεων επίσης στα παιδιά είναι βραχύτερη κυμαινόμενη από μερικά λεπτά, μέχρι μερικές ώρες που σπάνια ξεπερνούν τις 12 ώρες.<sup>2</sup> Εάν το παιδί δυσκολεύεται να απαντήσει σε άμεσες ερωτήσεις για την εντόπιση του πόνου μπορεί να του ζητηθεί να δείξει με το χέρι του που πονάει. Σχετικά με την ποιότητα του πόνου ο εξεταστής πρέπει συχνά να καταφύγει σε παραστατικές περιγραφές προκειμένου να ανιχνεύσει τα χαρακτηριστικά αυτά (π.χ. ο πόνος μοιάζει σαν να σου χτυπάνε το κεφάλι με ένα σφυρί;). Η ένταση του πόνου σπάνια ανιχνεύεται σωστά από τις απαντήσεις του παιδιού καθώς σχεδόν πάντα περιγράφεται ως «πολύ δυνατός». Η συμπεριφορά του παιδιού, το εάν διακόπτει το παιχνίδι του, το εάν πηγαίνει να ξαπλώσει, εάν θα αναγκαστεί να απουσιάσει από το σχολείο κ.τ.λ. είναι πολύ πιο αξιόπιστα κριτήρια της έντασης της κεφαλαλγίας. Πολύ συχνά αναφέρεται φωτοφοβία ή/ και ηχοφοβία.<sup>12</sup>

Αύρα με μορφή οπτικών διαταραχών ( συνήθως ένα δονούμενο και μετακινούμενο σκότωμα ή φωτεινές λάμψεις σε κατανομή οπτικού πεδίου) εμφανίζεται αρκετά συχνά στο 1/3 των παιδιών με ημικρανία 20 έως 30 λεπτά πριν την κεφαλαλγία. Αισθητικές ή κινητικές διαταραχές ( μούδιασμα γύρω από το στόμα ή μούδιασμα – αδυναμία σε ένα από τα άκρα) είναι λιγότερο συχνά συγκριτικά με τους ενήλικες.

Πολύ συχνά συνυπάρχουν συμπτώματα από το Γαστρεντερικό σύστημα όπως κοιλιακό άλγος, ναυτία και εμετός. Ωχρότητα και τάση προς λιποθυμία συμβαίνουν πολύ συχνά ενώ πλήρης λιποθυμία είναι σχετικά ασυνήθιστη αλλά συμβαίνει αρκετά συχνά ώστε να δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με την Επιληψία.<sup>12</sup>

Η παιδική ημικρανία γενικά θα μπορούσε να διακριθεί σε τέσσερις τύπους, την ημικρανία με αύρα (κλασσική ημικρανία), την ημικρανία χωρίς αύρα (κοινή ημικρανία), τα ημικρανιακά ισοδύναμα και τα ημικρανιακά σύμπλεκα.

Η ημικρανία με ή χωρίς αύρα συχνά συνοδεύεται από ναυτία και εμετούς, φωτοφοβία, φωνοφοβία και επιθυμία για ύπνο. Και στις δυο μορφές συνήθως οι κρίσεις υποχωρούν μέσα σε 2- 8 ώρες. Στα παιδιά με ημικρανία χωρίς αύρα μπορεί να λείπει η αύρα αλλά αντ' αυτής εμφανίζονται αδιαθεσία, ωχρότητα, αίσθημα κόπωσης και γενική ευερεθιστότητα σαν πρόδρομα συμπτώματα της επερχόμενης συνήθως αμφιμετωπιαίας κεφαλαλγίας. Στα παιδιά με ημικρανία με αύρα συνήθως η κρίση ξεκινά με οπτική αύρα για να εξελιχθεί σε μια ετερόπλευρη σφύζουσα κεφαλαλγία.<sup>2</sup>

Τα ημικρανιακά ισοδύναμα είναι συνηθέστερα στα παιδιά απ' ό τι στους ενήλικες και περιλαμβάνουν: τη συγγυτική ημικρανία της βασικής αρτηρίας, τον παροξυσμικό ίλιγγο και το περιοδικό σύνδρομο (κυκλικό έμετοί με κοιλιακούς πόνους). Η συχνότερη εμφάνιση των ημικρανιακών ισοδύναμων στα παιδιά περιπλέκει ακόμα περισσότερο την κλινική εικόνα και καθιστά ακόμα πιο δύσκολη την διάγνωση της νόσου αφού πολλά από τα συμπτώματα μπορούν να συνοδεύουν και πιο σοβαρές υποκείμενες παθήσεις.<sup>2</sup>

Τα ημικρανιακά ισοδύναμα μπορούν να παίρνουν μια εκ των κάτωθι μορφών:

1. Συγγυτική ημικρανία. Η μορφή αυτή εκδηλώνεται με επεισόδια στα οποία υπάρχουν μεταβολές του επιπέδου συνειδήσεως, αλυσμός, αφασικές διαταραχές τύπου εκπομπής και πρόσληψης και κεφαλαλγία. Η μορφή αυτή πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλες καταστάσεις που προκαλούν οξεία εγκεφαλοπάθεια περιλαμβανομένης της κατάχρησης φαρμάκων και της οξείας εγκεφαλίτιδας.
2. Ημικρανία της βασικής αρτηρίας. Η μορφή αυτή εκδηλώνεται με συμπτώματα που προέρχονται από το εγκεφαλικό στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα όπως ινιακή κεφαλαλγία, ναυτία, έμετοί, ίλιγγος και εμβοές ωτών.
3. Παροξυσμικός ίλιγγος. Η μορφή αυτή προσβάλλει συνήθως παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 και 4 ετών και εκδηλώνεται με αιφνίδιες και μικρής διάρκειας κρίσεις ίλιγγου και απώλειας της ισορροπίας.
4. Περιοδικό σύνδρομο. Η μορφή αυτή που συχνά αναφέρεται και σαν «κοιλιακή ημικρανία» εκδηλώνεται με κύκλους παροξυσμικών εμετών που συνοδεύονται από κοιλιακά άλγη και που οδηγούν σε οξέωση και αφυδάτωση. Η μορφή αυτή θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος καθώς και από μεταβολικά νοσήματα τα οποία εκδηλώνονται με παρόμοια συμπτωματολογία.<sup>2</sup>

Τα ημικρανιακά σύμπλοκα περιλαμβάνουν:

2. Την ημιπληγική ημικρανία όπου των βασικών εκδηλώσεων της ημικρανίας μπορεί να προηγείται, να συνοδεύει ή να ακολουθεί ημιπάρεση.
3. Την οφθαλμοπληγική ημικρανία στην οποία υπάρχει οφθαλμικό άλγος και πλήρης ή μερική παράλυση της 3<sup>ης</sup> εγκεφαλικής συζυγίας. Μυδρίαση, έξω στροφή του βολβού και πτώση του βλεφάρου μπορούν να συνυπάρχουν. Και στη μορφή αυτή της ημικρανίας, όπως άλλωστε και σε κάθε μορφή κεφαλαλγίας που συνοδεύεται από νευρολογικά συμπτώματα, πριν τεθεί οριστικά η διάγνωση της ημικρανίας θα πρέπει να έχουν αποκλεισθεί με κατάλληλες εξετάσεις άλλες σοβαρότερες παθήσεις.<sup>2</sup>

### 3. Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση της ημικρανίας μπορεί να θεωρηθεί σχεδόν βέβαια εάν υπάρχουν τα παρακάτω στοιχεία: 1. Θετικό οικογενειακό ιστορικό ημικρανίας, 2.Τυπικά συμπτώματα ημικρανίας, 3. Φυσιολογική κατάσταση υγείας μεταξύ των επεισοδίων και 4. Φυσιολογική νευρολογική εξέταση. Εάν τα δεδομένα αποκλίνουν από τα παραπάνω, εναλλακτικές διαγνωστικές σκέψεις πρέπει να απασχολήσουν τον ιατρό. Για παράδειγμα εάν η νευρολογική αύρα διήρκεσε άνω των 60 λεπτών μια ανατομική εγκεφαλική βλάβη είναι ενδεχόμενη. Νοσήματα που χαρακτηρίζονται από κεφαλαλγίες που θυμίζουν ημικρανία είναι μεταξύ άλλων και τα εξής:

- Όγκοι του εγκεφάλου. Συνήθως θα υπάρχουν και άλλα συμπτώματα ενδεικτικά του όγκου, τουλάχιστον όταν η κεφαλαλγία χρονολογείται για περισσότερους από 4 μήνες. Κεφαλαλγία που αφυπνίζει το παιδί μέσα στη νύχτα πρέπει να εγείρει την υπόνοια όγκου.
- Αγγειακές δυσπλασίες. Η κεφαλαλγία είναι πάντα από την ίδια πλευρά και ενδεχομένως να ακούγεται ένα φύσημα στην ακρόαση του κρανίου.
- Υδροκέφαλος. Μεγαλοκεφαλία και στο σημείο του δύνοντος ηλίου είναι χαρακτηριστικές ενδείξεις ειδικά στο βρέφος ή το μικρό παιδί.
- Μετατραυματική κεφαλαλγία.
- Διάφορες φλεγμονώδεις παθήσεις όπως η ιογενής μηνιγγοεγκεφαλίτις ή νοσήματα του συνδετικού ιστού.
- Μιτοχονδριακά νοσήματα όπως το σύνδρομο MELAS.
- Επιληπτικές κρίσεις. Ειδικά όταν η επιληπτογόνος ζώνη περιλαμβάνει τον ινιακό φλοιό, μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθούν από την ημικρανία. Σύνθετες εστιακές κρίσεις, επιληψία του ινιακού λοβού (ιδιοπαθής ή λόγω ανατομικών βλαβών του ινιακού λοβού) και φωτοευαίσθητη Επιληψία δημιουργούν συχνά διαγνωστικούς προβληματισμούς Η Επιληψία είναι πιθανή όταν η νευρολογική «αύρα» έρχεται αιφνίδια και είναι πού σύντομη, συνυπάρχει συνειδησιακή διαταραχή και το ΗΕΓ έχει τυπικές επιληπτόμορφες ανωμαλίες.<sup>12</sup>

### 4. Επιδημιολογία

Ο προσδιορισμός του επιπολασμού της ημικρανίας στον παιδικό πληθυσμό παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα εκ των οποίων σοβαρότερα είναι το ότι, σε αντίθεση με την ημικρανία των ενηλίκων, δεν έχουν καθοριστεί σαφή διαγνωστικά κριτήρια καθώς επίσης και η μεγάλη ποικιλομορφία των κλινικών εκδηλώσεων με την οποία παρουσιάζεται η νόσος στα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι μέχρι σήμερα δημοσιευμένες επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν τον επιπολασμό της νόσου στα παιδιά να εμφανίζουν σημαντικές αποκλίσεις (από 2,5% μέχρι 22%).<sup>2</sup>

## **5. Προδιαθεσικοί παράγοντες**

Ένας σημαντικός αριθμός παραγόντων έχει συσχετισθεί με την έκλυση ημικρανιακών κρίσεων στα παιδιά. Η δυσανεξία σε ορισμένες τροφές και ιδιαίτερα στη σοκολάτα, στα ποτά τύπου cola, σε συντηρημένες τροφές που περιέχουν νιτρώδη και γλουταμινικό μονονάτριο αναφέρεται συχνά εν τούτοις πρόσφατες μελέτες θεωρούν το ρόλο της τροφικής δυσανεξίας πολύ μικρό στην παθογένεια της ημικρανίας.

Συνηθέστεροι προδιαθεσικοί παράγοντες παιδικής ημικρανίας είναι:

- Σχολικό stress
- Οικογενειακές συγκρούσεις
- Εγκεφαλικά τραύματα (όχι κατ' ανάγκη σοβαρά)
- Μεταβολές του φωτισμού περιλαμβανομένης της έκθεσης στην τηλεόραση, στο εκτυπωτικό φως και σε κινούμενες εικόνες
- Φυσική άσκηση
- Πείνα
- Θόρυβος
- Ταξίδια
- Κρύο
- Ξενύχτισμα
- Τροφική αλλεργία
- Μεταβολές γεννητικών ορμονών

Μερικά παιδιά αναφέρουν ότι οι κρίσεις τους μπορεί να προληφθούν αν κάθονται μακριά από τη σκηνή όπου προβάλλονται εικόνες με κίνηση ή αυξάνοντας το φωτισμό του δωματίου της τηλεόρασης. Παιδιά που αναφέρουν ευαισθησία στο φως περιγράφουν εμφάνιση κεφαλαλγίας μόλις εγκαταλείπουν τη σκοτεινή αίθουσα προβολής εικόνων με κίνηση (π.χ. κινηματογράφος) και βγαίνουν στο έντονο και εκτυπωτικό φως της ημέρας.

Ο συνδυασμός ξενυχτιού με έντονους θορύβους (π.χ. ντισκοτέκ) αποτελούν εκλυτικό παράγοντα ημικρανίας σε πολλά παιδιά.<sup>2</sup>

## **6. Ψυχολογικοί παράγοντες**

Στους προδιαθεσικούς παράγοντες της παιδικής ημικρανίας σημαντικό ρόλο κατέχουν, όπως ήδη έχει αναφερθεί, το άγχος, οι οικογενειακές προστριβές και επιπλήξεις καθώς και το σχολικό stress που επιτείνεται κατά την περίοδο των εξετάσεων. Παράλληλα με τους ανωτέρω προδιαθεσικούς παράγοντες έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που πάσχουν από ημικρανία υποφέρουν από διάφορες παθήσεις που αφορούν τη διάθεση και την προσωπικότητά τους. Η κατάθλιψη, η υπερδραστηριότητα οι διαταραχές στη συγκέντρωση και η καταναγκαστική συμπεριφορά απαντώνται σε ασυνήθη βαθμό στα παιδιά που πάσχουν από ημικρανία. Η επίδοση των ημικρανιακών παιδιών στο σχολείο μπορεί να είναι κάτω του μεσαίου όρου και ενώ δεν υπάρχουν διαταραχές στην όραση η ικανότητα διαβάσματος και συλλαβισμού μπορεί να είναι μειωμένη. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι η κεφαλαλγία είναι συχνότερη σε παιδιά των οποίων η μητέρα πάσχει ή έπασχε από κατάθλιψη.<sup>2</sup>

## 7. Διαγνωστικός έλεγχος

Δεν υπάρχει εργαστηριακή εξέταση που να επιβεβαιώνει την κλινική διάγνωση της ημικρανίας. Συνεπώς εάν το ιστορικό είναι τυπικό και η αντικειμενική εξέταση είναι φυσιολογική δεν χρειάζεται εργαστηριακές εξετάσεις. Στο οξύ περιστατικό όπου πρέπει να αποκλεισθούν λοιμώξεις του ΚΝΣ, εγκεφαλική αιμορραγία κλπ. είναι φανερό ότι θα γίνει ο απαραίτητος έλεγχος και ειδικά εξέταση του ΕΝΥ.

Το ΗΕΓ αναφέρεται ως παθολογικό (κάθε είδους ανωμαλίες) σε πολύ υψηλό ποσοστό, 10% έως 75% ενώ 20% έως 30% των καταγραφών μπορεί να περιέχουν παροξυσμικά στοιχεία. Η διαγνωστική προσφορά της εξέτασης είναι μικρή καθώς τα ευρήματα αυτά έχουν πολύ χαμηλή ειδικότητα. Θεωρούμε ότι το ΗΕΓ δεν είναι συνήθως απαραίτητο εκτός εάν υπάρχει θέμα Διαφορικής Διάγνωσης με Επιληψία.

Ο κύριος προβληματισμός αφορά την αναγκαιότητα πραγματοποίησης απεικονιστικού ελέγχου ειδικά επειδή η πάγια ανησυχία σχεδόν όλων των γονέων είναι μήπως το παιδί τους έχει όγκο. Ενδεικτικά για την αναγκαιότητα μιας Αξονικής ή Μαγνητικής Τομογραφίας του εγκεφάλου είναι οι εξής:

- Κάθε είδους νευρολογικές ανωμαλίες όπως κρίσεις Επιληψίας, νέα ή εξελισσόμενα κινητικά ή συμπεριφεριολογικά προβλήματα, έκπτωση ψυχοδιανοητικών λειτουργιών κλπ.
- Σημεία αυξημένης ενδοκράνιας υπέρτασης όπως εμετοί, οίδημα της οπτικής θηλής ή επίταση της κεφαλαλγίας με το βήξιμο ή την αλλαγή της θέσης του σώματος.
- Νευρολογικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της κεφαλαλγίας πέραν των τυπικών οπτικών διαταραχών.
- Εντοπισμός της Κεφαλαλγίας πάντα στην ίδια περιοχή
- Εμφάνιση της κεφαλαλγίας στην διάρκεια του ύπνου
- Ηλικία κάτω των 2- 3 ετών.<sup>12</sup>

## 8. Πρόγνωση

1/3 των αγοριών και 1/5 των κοριτσιών με ημικρανία αναμένεται να εισέλθουν σε παρατεταμένη φάση ύφεσης της νόσου είναι όμως εντυπωσιακό το γεγονός της επανεμφάνισης της ημικρανίας στην ενήλικη ζωή σε πολύ υψηλά ποσοστά. Στην μεγάλη μελέτη του Bille 35% έως 55% των παιδιών με ημικρανία έγιναν ασυμπτωματικά μετά από 4- 6 έτη παρακολούθησης. Όταν όμως η ίδια ομάδα επανεξετάσθηκε, από τον ίδιο ερευνητή, σε ηλικία περίπου 50 ετών διαπιστώθηκε ότι το 50% της υπο- ομάδας που είχαν «σοβαρή» ημικρανία ως παιδιά εξακολουθούσαν να έχουν ημικρανία στα 50 τους. Σε άλλη μεγάλη προοπτική μελέτη διαπιστώθηκε ότι 60% των γυναικών που είχαν παιδική ημικρανία που υφέθη εμφάνισαν υποτροπή της νόσου τους μέχρι την ηλικία των 30 ετών.

Τα ανωτέρω δείχνουν ότι αν και πολλά παιδιά με ημικρανία θα γνωρίσουν οριστική απαλλαγή από το πρόβλημα τους ένα πολύ υψηλό ποσοστό θα μεταβληθούν σε ενήλικες πάσχοντες από Ημικρανία.<sup>12</sup>

## 9. Θεραπεία

Σ' ένα σημαντικό ποσοστό οι γονείς δεν αντιλαμβάνονται ότι το παιδί τους πάσχει από ημικρανία ή και αν το γνωρίζουν δεν ζητούν ιατρική βοήθεια διότι πιστεύουν ότι οι γιατροί δεν μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια.

Πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε θεραπεία θα πρέπει να είμαστε σίγουροι για τη διάγνωσή μας και αν αυτό δεν συμβαίνει τότε θα πρέπει τουλάχιστον να αποκλείσουμε υποκείμενη άλλη σοβαρή πάθηση που μιμείται την ημικρανία. Οι περιπτώσεις αυτές, ευτυχώς, είναι εξαιρετικά σπάνιες αλλά σήμερα που διαθέτουμε πολλά και αποτελεσματικά διαγνωστικά μέσα είμαστε σε θέση σχετικά πολύ γρήγορα να αποκλείσουμε τέτοιες περιπτώσεις.

Η προσεκτική λήψη του ιστορικού που θα πρέπει να περιλαμβάνει και πληροφορίες από το οικογενειακό ιστορικό μπορεί να μας αποκαλύψει παράλειψη γευμάτων, νηστεία ή δίαιτα καθώς και τη λήψη ορισμένων τροφών που μπορούν να δρουν σαν εκλυτικοί παράγοντες. Πάντοτε με τη λήψη του ιστορικού θα πρέπει να εκτιμάται και η ψυχολογική κατάσταση του παιδιού για να διαπιστώσουμε αν οι κρίσεις ημικρανίας σχετίζονται με stress ή με μαθησιακές ή προσωπικές δυσκολίες στο σχολείο.<sup>2</sup>

Η συσχέτιση της παιδικής ημικρανίας με τη μητρικά κατάθλιψη καθιστά απαραίτητη και την εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των γονέων.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της παιδικής ημικρανίας θα πρέπει να αποσκοπεί:<sup>2</sup>

### 9.1. Στην αποφυγή ή στην τροποποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων της ημικρανίας.

Αν από τη λήψη του ιστορικού προκύπτουν ισχυρές ενδείξεις ενοχής κάποιου παράγοντα για την πρόκληση κρίσεων ημικρανίας τότε θα πρέπει να γίνει προσπάθεια αποφυγής ή τροποποίησης του παράγοντα αυτού. Πολλοί μπορούν πράγματι να αποφευχθούν ή να τροποποιηθούν π.χ. τροφές ή ποτά, φάρμακα, διαθλαστικές ανωμαλίες των οφθαλμών, ακατάστατες συνθήκες ύπνου ή διατροφής κλπ. Άλλοι πάλι παράγοντες από τη φύση τους είναι αδύνατον ή ελάχιστα μπορούν να υποστούν οποιαδήποτε εξωτερική παρέμβαση π.χ. έμμηνος ρύση, τραύμα κεφαλής. Παρά ο γεγονός ότι η επισήμανση κάποιου προδιαθεσικού παράγοντα και η αποφυγή του δεν οδηγεί πάντοτε σε ύφεση της ημικρανίας εν τούτοις συνίσταται, εφ' όσον είναι δυνατόν, να γίνεται δοκιμαστική προσπάθεια αποφυγής του υπεύθυνου παράγοντα και αν αυτό αποδειχθεί ευεργετικό για το παιδί τότε να συναποφασίζεται μετά του ασθενούς κατά πόσο μπορεί να επιμείνει στην αποφυγή του συγκεκριμένου παράγοντα. Όσον αφορά τα τροφικά αίτια σωστό είναι να μην υποβάλλουμε το παιδί σε αυστηρή και παρατεταμένη δίαιτα διότι αυτή το κουράζει και γρήγορα την εγκαταλείπει. Κακό θα είναι στο παιδί να ορίζεται μια δίαιτα ελεύθερη από την οποία να λείπουν οι τροφές που πιθανολογούνται ότι δρουν σαν εκλυτικοί παράγοντες ημικρανίας. Η διάρκεια της δίαιτας ποικίλει ανάλογα με την ηλικία και τη συχνότητα των κρίσεων του παιδιού. Εάν παρά την εφαρμοσμένη δίαιτα ενώ στη περίπτωση που παρουσιάζεται σημαντική βελτίωση τότε μετά από μια αρχική φάση στέρησης μπορούμε προοδευτικά να προσθέτουμε και κάποια από την τροφή που αφαιρέθηκε και να παρακολουθούμε την εξέλιξη των κρίσεων ημικρανίας στο παιδί.

Ο ρόλος του stress στην παιδική ημικρανία έχει ήδη τονιστεί. Ο μετριασμός του άγχους βοηθά σημαντικά τους ασθενείς στους οποίους το stress αποτελεί εκλυτικό παράγοντα της ημικρανίας.

Σαν μέθοδος μετριασμού του άγχους έχουν χρησιμοποιηθεί η ψυχοθεραπεία, η ύπνωση, η βιοανάδραση και ο βελονισμός.

Δοθείσης της ευαισθησίας που υπάρχει για τη χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά και ιδιαίτερα μακροχρόνιας προφυλακτικής φαρμακευτικής αγωγής, η δοκιμαστική εφαρμογή των ανωτέρω εναλλακτικών θεραπειών όχι μόνο δεν θα πρέπει να αποκλείεται αλλά ίσως θα πρέπει να είναι η εναρκτήρια αγωγή και εάν τα αποτελέσματα από τις μεθόδους αυτές δεν ωφελούν το σημαντικότερο ποσοστό των παιδιών με ημικρανία.<sup>2</sup>

### 9.2. Αντιμετώπιση της κρίσης ημικρανίας

Δεν υπάρχουν, μέχρι σήμερα, ικανοποιητικές συγκριτικές μελέτες αντιμετώπισης κρίσεων ημικρανίας έτσι ώστε να μπορούμε να υποδείξουμε γενικά αποδεκτά θεραπευτικά σχήματα. Σε μεμονωμένες μελέτες έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των κρίσεων της παιδικής ημικρανίας αναλγητικά, ηρεμιστικά και αντιεμετικά. Η παρακεταμόλη είναι το αναλγητικό που πρέπει να προτιμάται στην αντιμετώπιση των κρίσεων της παιδικής ημικρανίας ενώ στις περιπτώσεις που υπάρχουν έντονοι εμετοί μπορεί να προστεθεί κάποιος αντιεμετικός παράγοντας όπως η μετοκλοπραμίδη, η προμεθαζίνη ή η προχλωροπεραζίνη. Σε εφήβους ημικρανιακούς ασθενείς με αραιές κρίσεις ημικρανίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν εργοταμινικά σκευάσματα.

Η παιδική ημικρανία συνηθέστερα αντιμετωπίζεται με προφυλακτική αγωγή παρά με θεραπεία αντιμετώπισης των κρίσεων και αυτό γιατί τα παιδιά δύσκολα αναγνωρίζουν τα πρόδρομα συμπτώματα μιας επικείμενης κρίσεως με αποτέλεσμα να την συνειδητοποιούν μόνο μετά από την πλήρη εγκατάστασή της.<sup>2</sup>

### 9.3. Προφυλακτική θεραπεία ημικρανίας

Τα δεδομένα για την θεραπεία πρόληψης της ημικρανίας είναι περιορισμένα. Άλλωστε η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων από κλινικές μελέτες που στοχεύουν στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας διάφορων θεραπευτικών σχηματικών στην πρόληψη της ημικρανίας είναι εξαιρετικά δύσκολη στα παιδιά λόγω αφ' ενός της υψηλής συχνότητας αυτομάτου υφέσεως με το μέγεθος του παιδιού και αφ' ετέρου της υψηλής αποτελεσματικότητας του placebo στις διάφορες μελέτες.

Όπως και στους ενήλικες έτσι και στα παιδιά προφυλακτική αγωγή θα πρέπει να χορηγείται στις περιπτώσεις που οι κρίσεις είναι δύο ή και περισσότερες το μήνα και που επηρεάζεται η σχολική αλλά και η κοινωνική ζωή του παιδιού.

Φάρμακα τα οποία έχουν δοκιμασθεί σαν προφυλακτική αγωγή στα παιδιά είναι η προπανόλη, η τιμολόλη, η φλουναριζίνη, η νιμοδιπίνη, το πιζοτιφαίνιο η κλονιδίνη, η 5- υδροξυτρυπτοφάνη, η αμπριπτυλίνη, η τραζοδόνη, η παπαβερίνη και η ασπιρίνη.

Συμπερασματικά και παρά την έλλειψη ικανοποιητικών στοιχείων που να μπορούν ανεπιφύλακτα να συνηγορήσουν θετικά μπορούμε να συστήσουμε σαν προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας στα μεν μικρά παιδιά κυπροεπταδίνη, πιτοπιφαίνιο προπραπανόλη, στα δε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους εκτός από τα ανωτέρω μπορεί να χορηγηθεί και αμιτριπτυλίνη, κλονιδίνη σε καθημερινή λήψη μπορεί να μειώσει τη συχνότητα της παιδικής ημικρανίας με αύρα.<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Η ημικρανία και τα άλλα είδη πονοκεφάλων είναι τρεις φορές πιο συνηθισμένα στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Μα και τα δυο φύλα παθαίνουν λιγότερους πονοκεφάλους καθώς γερνάνε. Οι λόγοι δεν έχουν ακόμα κατανοηθεί εντελώς. Το γεγονός πως η διαφορά στη συχνότητα των πονοκεφάλων ανάμεσα στα δύο φύλα αρχίζει μόνο μετά την ηλικία των έντεκα, μας κάνει να υποθέτουμε πως η αιτία είναι ορμονική. Η διαφορά όμως συνεχίζει να υπάρχει μέχρι την ηλικία των εξήντα ή εβδομήντα, όταν έχουν ήδη ολοκληρωθεί από καιρό οι ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται στη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου.<sup>8</sup>

#### **1. Καταμήνια ημικρανία**

Καταμήνια ημικρανία ή ημικρανία της εμμηνου ρύσεως ή κεφαλαλγία της περιόδου, είναι ένα είδος πονοκεφάλου που επέρχεται μόνο σε γυναίκες και έχει σχέση με την έμμηνο ρύση. Το είδος αυτό του πονοκεφάλου μπορεί να πάρει τη μορφή της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως ή της ημικρανίας ή της μικτής κεφαλαλγίας. Καλείται επίσης και περιεμμηνορυσιακή ημικρανία.<sup>13</sup>

Φαίνεται ωστόσο πιθανό πως η δράση των γυναικείων ορμονών (οιστρογόνα και προγεστερόνη) παίζει σημαντικό ρόλο στην ημικρανία ορισμένων γυναικών. Ο μηνιαίος κύκλος διαρκεί συνήθως 28 ημέρες και στις δυο πρώτες εβδομάδες η ωθητική προετοιμάζει την παραγωγή του ωαρίου. Σ' αυτή την περίοδο τα αιμοφόρα αγγεία της μήτρας διογκώνονται, τα τείχη τους παχαίνουν και συστρέφονται, ενώ παρατηρούνται παρόμοιες μα λιγότερο έντονες αλλαγές σε μερικά άλλα αιμοφόρα αγγεία του σώματος.

Αν το ωάριο δε γονιμοποιηθεί, ο βλεννογόνος της μήτρας (ενδομήτριο) αποκολλάται και αρχίζει η περίοδος. Σε μερικές γυναίκες οι πονοκέφαλοι παρουσιάζονται εκείνη ακριβώς τη στιγμή ή λίγο νωρίτερα.

Ο μηνιαίος κύκλος ρυθμίζεται από μια ευαίσθητη ισορροπία ορμονών, οι κυριότερες από τις οποίες είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Τα οιστρογόνα εκκρίνονται στο πρώτο μέρος του κύκλου, ενώ στο δεύτερο γίνεται και έκκριση προγεστερόνης. Αν δε γονιμοποιηθεί το ωάριο, η έκκριση προγεστερόνης περιορίζεται σε μια περίοδο δύο εβδομάδων. Αν όμως, η γυναίκα μείνει έγκυος, η προγεστερόνη εξακολουθεί να εκκρίνεται.

Όταν μια γυναίκα ρωτηθεί αν οι πονοκέφαλοι της εμφανίζονται στη διάρκεια της περιόδου, το πιθανότερο είναι πως θ' απαντήσει καταφατικά. Κι αυτό γιατί θα εννοούσε κάθε πονοκέφαλο που είχε τη βδομάδα πριν την περίοδο, ή τη βδομάδα της περιόδου, ή μόλις σταματούσε η περίοδος- δηλαδή στο 60% του κύκλου των 28 ημερών.

Αν περιορίσουμε την «ημικρανία των εμμηνων» σε κρίσεις που συμβαίνουν μόνο την πρώτη μέρα της περιόδου, όπως είναι και το σωστό, βρίσκουμε πως είναι πολύ λιγότερο συνηθισμένη και παρατηρείται μόνο στο 10% των γυναικών που πάσχουν από ημικρανία. Σ' αυτή την περίπτωση, ταυτόχρονα περίπου με την έναρξη της περιόδου, παρατηρείται συχνά κατακράτηση υγρών.<sup>8</sup>



Πάντως σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια που έχει θεσπίσει η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας (ΔΕΚ) ως καταμήνια ημικρανία ορίζεται αυτή που χαρακτηρίζεται από:

1. Απουσία αύρας
2. Επέλευση μέσα στο διάστημα που βρίσκεται από 3 ημέρες πριν μέχρι και 5 ημέρες μετά την έναρξη της εμμηνου ρύσεως.
3. Εκτίμηση πάνω από 6 καταμήνιων κύκλων πριν η ασθενής χαρακτηριστεί ότι πάσχει από περιεμμηνουρυσιακή ημικρανία.

Η επίδραση των από του στόματος αντισυλληπτικών στην εξέλιξη της καταμήνιας ημικρανίας ποικίλλει κάτι που ως γνωστό παρατηρείται γενικά σε όλες τις μορφές ημικρανίας, η καταμήνια ημικρανία μπορεί να επιδεινωθεί, να βελτιωθεί ή να παραμείνει αμετάβλητη με τη λήψη αντισυλληπτικών από του στόματος. Η επιδείνωση ή βελτίωση αφορά τόσο τη συχνότητα όσο και τη βαρύτητα των κρίσεων.

Η σύνθεση του αντισυλληπτικού πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο στην επιδείνωση ή τη βελτίωση της ημικρανίας, αφού αυτά που εξασφαλίζουν σταθερή συνεχή χορήγηση προγεστερόνης βελτιώνουν την ημικρανία, ενώ αυτά που περιέχουν σταθερές ποσότητες συνδυασμού οιστρογόνων – προγεστερόνης επιδεινώνουν την ημικρανία.

Η καταμήνια ημικρανία είναι συχνά πιο δύσκολη στην αντιμετώπισή της από άλλους τύπους κεφαλαλγίας. Στην αντιμετώπιση, της νόσου αυτής παίζει σημαντικό ρόλο η λήψη προφυλακτικής φαρμακοθεραπείας. Η γυναίκα που πάσχει από τον τύπο αυτό της ημικρανίας θα πρέπει να αποφεύγει το κόκκινο κρασί και τα σκληρά αλκοόλ, όπως το ούισκι, το κάπνισμα, καθώς και τη λήψη σοκολάτας, ψαριών και πεπαλαιωμένων τυριών. Είναι σημαντικό η λήψη της φαρμακοθεραπείας να γίνεται πριν την έλευση του πονοκεφάλου, εάν αυτό είναι δυνατόν.

Ο ιατρός θα πρέπει να ενθαρρύνει τη γυναίκα που υποφέρει από καταμήνια ημικρανία, να κρατά ημερήσιο ημερολόγιο, το οποίο να είναι στη διάθεση του, έτσι ώστε αυτός να βοηθηθεί για να αξιολογήσει πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις ημικρανίες της γυναίκας. Στο ημερολόγιο θα πρέπει να αναφέρονται: 1) διάρκεια καταμήνιου κύκλου, 2) ημερομηνία έναρξης και τέλος της περιόδου, 3) χρόνος έλευσης και ημερομηνία έλευσης των επεισοδίων κεφαλαλγίας, 4) βαθμολόγηση της βαρύτητας της ημικρανίας με μια κλίμακα από το 1 έως το 10 και 5) οποιεσδήποτε αλλαγές στο τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένων και αλλαγών στον τρόπο του ύπνου, στις συνήθειες διατροφής και στη λήψη φαρμάκων.

Σημασία για τον γιατρό έχει επίσης εάν η καταμήνια ημικρανία συνδυάζεται με δυσμηνόρροια. Στην περίπτωση αυτή, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη θα είναι πιθανότατα η επιλογή του ιατρού. Εάν το πρόβλημα φαίνεται ότι σχετίζεται με το περιεχόμενο των οιστρογόνων που παίρνει μια ασθενής υπό τη μορφή αντισυλληπτικών χαπιών, τότε ο ιατρός θα πρέπει να αξιολογήσει τα εν λόγω αντισυλληπτικά χάπια και πιθανώς να τα αλλάξει στρεφόμενος σε χάπια που περιέχουν λίγα οιστρογόνα.

Στις γυναίκες που υποφέρουν από ημικρανία της εμμηνου ρύσεως, τα οιστρογόνα και προγεστερόνη επηρεάζουν τους υποδοχείς της σεροτονίνης και υπάρχει αύξηση των προσταγλανδινών. Έτσι μια καλή μορφή πρόληψης του τύπου αυτού της ημικρανίας θα ήταν η χορήγηση NSAIDs (μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων ΜΣΑΦ), με τα οποία αναστέλλεται η σύνθεση των προσταγλανδινών και προλαμβάνεται, κατά το πλείστον, η επέλευση του πονοκεφάλου. Το είδος αυτό της προληπτικής θεραπείας είναι συχνά επαρκές για τη γυναίκα η οποία υποφέρει από καταμήνια ημικρανία του τύπου της μιας ημέρας, ελαφράς ή μέτριας βαρύτητας. Στην

περίπτωση αυτή, μόλις η γυναίκα αντιληφθεί την έλευση της ημικρανίας, θα ήταν καλό να αποφύγει όλα τα αισθητικά ερεθίσματα και να αναπαυθεί σε ένα ήσυχο, σκοτεινό δωμάτιο, βάζοντας ίσως και κάποια παγοκύστη ή κάτι κρύο στο κεφάλι της.<sup>2</sup>

### **1.1. Θεραπεία**

Αναλγητικά σκευάσματα είναι η ακεταμινοφένη και το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (250mg το καθένα) ή η καφεΐνη (65mg) από το στόμα. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι υψηλές δόσεις, καθώς και η καθημερινή χρήση για πολλές μέρες. Επίσης χρησιμοποιούνται τα ΜΣΑΦ, όπως η ιβουπροφένη, 400- 800 mg αρχικά μέχρι μέγιστη δόση 2400mg, ή η ναπροξένη 800mg αρχικά και μετά 500mg δύο φορές την ημέρα. Μπορούν επίσης να χορηγηθούν και άλλα ΜΣΑΦ όπως η μεκλοφενάμη, η ινδομεθακίνη, η κετοπροφένη ή η δικλοφενάκη, σε δόσεις που κυμαίνονται κατά το μέγιστο σε 50-100mg.

Επίσης χρησιμοποιείται συνδυασμός αναλγητικών και του κατευναστικού butabarbital 50mg. Ο συνδυασμός αυτός μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικός, λόγω και της καταστολής. Θα πρέπει όμως, στην περίπτωση αυτή, να δοθεί προσοχή στο θέμα εξάρτησης.

Στην περίπτωση αποτυχίας αυτού του σχήματος, μπορεί να βοηθήσει ο συνδυασμός ισομεθεππένη, κεταμινοφένης, και διφλοριφφεναζόνης.

Σε περίπτωση κεφαλαλγίας που διαρκεί περισσότερο διάστημα και είναι πιο έντονη, μπορεί να υιοθετηθεί το Sumatriptan από το στόμα, ή υποδορίως ή η διυδροεργοταμίνη, σε ενδομυϊκή χορήγηση επειδή πιστεύεται ότι τα οιστρογόνα ανακουφίζουν από την καταμήνια ημικρανία, μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε πολλές γυναίκες ως εναλλακτικό θεραπευτικό σχήμα με τους τρεις ακόλουθους τρόπους: 1)Υπό τη μορφή της αιθυνυλοιστραδιόλης 0,05mg από το στόμα ημερησίως, με έναρξη 5 ημέρες πριν από την περίοδο μέχρι 2 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, σαν micronast οιστραδιόλη 1mg ημερησίως με τον ίδιο τρόπο ή με διαδερμικό επίθεμα οιστραδιόλης ημερησίας δόσεως 0,05 mg. Το πρώτο επίθεμα τοποθετείται 5 ημέρες πριν από την αναμενόμενη έναρξη της περιόδου και αντικαθίσταται τρεις μέρες μετά. Το ανώτερο όριο χορήγησης είναι 2 επίθεματα. Πολλές γυναίκες που έχουν χρησιμοποιήσει αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης με οιστραδιόλη βρίσκουν ότι τους ανακουφίζει. Γυναίκες που έχουν ημικρανία με αύρα θα είναι καλό να μην παίρνουν αντισυλληπτικά από το στόμα, ενώ γυναίκες που έχουν ημικρανία χωρίς αύρα πιθανώς δεν θα αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα, εάν παίρνουν αντισυλληπτικά.

Άλλες μη φαρμακολογικές θεραπείες έχουν δοκιμαστεί στην αντιμετώπιση της καταμήνιας ημικρανίας. Δύο μελέτες αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της ηλεκτρομυογραφικής ανάδρασης, της θερμικής ανάδρασης και της βιοανάδρασης. Σύμφωνα με τα ευρήματα των μελετών αυτών οι ανωτέρω θεραπείες τείνουν να μειώσουν τη συχνότητα, τη βαρύτητα και τη διάρκεια της καταμήνιας ημικρανίας, αλλά σε βαθμό όχι διαφορετικό από αυτό που παρατηρείται και στις γυναίκες που πάσχουν από μη καταμήνια ημικρανία.

Χρήσιμη επίσης μπορεί να αποβεί και η πρόσληψη λεκιθίνης, καθώς και ginger, επειδή το τελευταίο είναι ισχυρός αναστολέας της θρομβοξάνης. Η χορήγηση συμπληρωματικού μαγνησίου θεωρείται απαραίτητη. Χορηγούνται επίσης κουερκετίνη και σουκινική DA τοκοφερόλη, σε δόση 750 mg ανά μέρα.<sup>2</sup>

## **2. Ημικρανία και εγκυμοσύνη**

Διάφορες κλινικές μελέτες αναφέρουν ότι περίπου 60 ως 70% των ημικρανικών ασθενών παρουσιάζουν βελτίωση της ημικρανίας τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνό της. Αυτό θεωρείται συχνά ότι οφείλεται στα περισσότερα σταθερά επίπεδα των οιστρογόνων που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, είναι απίθανο να οφείλεται πραγματικά μόνο σ' αυτό, καθώς υπάρχουν πολλές σωματικές, βιοχημικές και συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την κύηση, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ημικρανίας, όπως είναι η αυξημένη παραγωγή ενδορφίνων, η μυϊκή χαλάρωση, και η αλλαγή στην ανοχή της γλυκόζης.<sup>14</sup>

### **2.1. Ημικρανία χωρίς αύρα**

Οι γυναίκες που έχουν κρίσεις ημικρανίας χωρίς αύρα πριν μείνουν έγκυες, ειδικά αν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ημικρανία και την έμμηνο ρύση, είναι περισσότερο πιθανό να απαλλαγούν από την ημικρανία κατά τη διάρκεια της κύησης. Αυτό τυπικά συνεχίζει και κατά τη διάρκεια του θηλασμού, μέχρι την επανέναρξη της εμμηνορυσίας, παρόλο που η ημικρανία που σχετίζεται με την αιφνίδια πτώση των οιστρογόνων αμέσως μετά τον τοκετό, δεν είναι ασυνήθης. Όμως, δε βελτιώνονται όλες οι γυναίκες με ημικρανία χωρίς αύρα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης – περίπου 16% συνεχίζουν να έχουν κρίσεις καθ' όλη τη διάρκειά της.<sup>14</sup>

### **2.2. Ημικρανία με αύρα**

Σε αντίθεση με την ημικρανία χωρίς αύρα, οι γυναίκες με προϋπάρχουσα ημικρανία με αύρα είναι περισσότερο πιθανό να συνεχίσουν να έχουν κρίσεις ημικρανίας κατά τη διάρκεια της κύησης. Επίσης, αν η ημικρανία αρχίζει για πρώτη φορά κατά την κύηση, είναι πιθανότερο να είναι ημικρανία με αύρα.<sup>14</sup>

### **2.3. Διαφορική διάγνωση**

Διάφορες άλλες καταστάσεις, όπως η θρομβοκυτοπενία, η θρόμβωση των εγκεφαλικών φλεβικών κόλπων, ή η επικείμενη εκλαμψία, μπορεί να παρουσιάζονται με συμπτώματα παρόμοια με της ημικρανίας. Για την αποφυγή μιας λανθασμένης διάγνωσης, το προσεχτικό ιστορικό και η φυσική εξέταση είναι απαραίτητα, ειδικά αν τα συμπτώματα αλλάζουν, ή η πρώτη κρίση αρχίζει κατά τη διάρκεια της κύησης. Όπως και στην κατάσταση εκτός της κύησης, πολλά είδη κεφαλαλγίας μπορεί να συνυπάρχουν, και σ' αυτή την περίπτωση το κάθε είδος κεφαλαλγίας θα πρέπει να θεραπεύεται ξεχωριστά.<sup>14</sup>

### **2.4. Επιβεβαίωση**

Δεν υπάρχει κανένα στοιχείο για το ότι η ημικρανία, με αύρα ή χωρίς, έχει οποιαδήποτε επίδραση πάνω στην έκβαση της κύησης. Περισσότερο προσοχή θα πρέπει να δίνεται στις γυναίκες που αναπτύσσουν αύρα για πρώτη φορά κατά την κύηση. Με την προϋπόθεση ότι η διάγνωση της ημικρανίας είναι επιβεβαιωμένη και ότι άλλες πιθανές καταστάσεις έχουν αποκλειστεί, οι μελέτες περιπτώσεων δείχνουν ότι η τυπική αύρα δε φαίνεται να σχετίζεται με κακά επακόλουθα.

Όταν επιβεβαιωθεί η διάγνωση της ημικρανίας, το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση είναι η επιβεβαίωση της ασθενούς ότι η ημικρανία δε θέτει σε κανένα κίνδυνο το έμβρυο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις γυναίκες με κρίσεις με αύρα, που μπορεί να φοβούνται ότι θα πάθουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ή άλλες καταστάσεις που θα θέσουν σε κίνδυνο την εγκυμοσύνη.<sup>14</sup>

### **2.5. Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση**

Πολλές έγκυες γυναίκες προτιμούν τις μη φαρμακευτικές μεθόδους αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της κύησης, ειδικά όταν ενημερώνονται για το ότι η ημικρανία τους είναι πιθανό να βελτιωθεί. Τα πρώιμα συμπτώματα της εγκυμοσύνης μπορεί να επιδεινώσουν την ημικρανία. Η ναυτία της κύησης, ειδικά αν είναι σοβαρή, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της πρόσληψης φαγητού και υγρών με αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου του σακχάρου του αίματος και την αφυδάτωση. Η απλή οδηγία να τρώνε μικρά, συχνά, πρόχειρα γεύματα, πλούσια σε υδατάνθρακες, και να πίνουν άφθονα υγρά μπορεί να βοηθήσει και στα δύο αυτά προβλήματα.

Επαρκής ανάπαυση είναι απαραίτητη για να αντιρροπήσει την υπερκόπωση, ειδικά το πρώτο και το τελευταίο τρίμηνο. Άλλα προληπτικά μέτρα που μπορεί να δοκιμαστούν με ασφάλεια περιλαμβάνουν το βελονισμό, τη βιοανάδραση, τη γιόγκα, το μασάζ, και τις τεχνικές χαλάρωσης.<sup>14</sup>

### **2.6. Θεραπείες με βότανα**

Πολλοί άνθρωποι ταυτίζουν το «φυσικό» με το «ασφαλές» και δεν είναι ενήμεροι για το ότι τα φαρμακευτικά βότανα μπορεί να είναι ισχυρά φάρμακα. Μερικά φαρμακευτικά βότανα που χρησιμοποιούνται στην ημικρανία, όπως το feverfew, έχουν τη δυνατότητα να προκαλούν αποβολή. Γι' αυτούς τους λόγους, οι ασθενείς θα πρέπει να προειδοποιούνται για την αποφυγή της χρήσης αυτού του είδους των θεραπειών, εκτός και αν συνιστώνται από κάποιον έμπειρο ειδικό.<sup>14</sup>

### **2.7. Φαρμακευτική αντιμετώπιση**

Ελάχιστα φάρμακα έχουν ελεγχθεί για την ασφάλεια τους στην κύηση και στο θηλασμό, λόγω των προφανών ηθικών περιορισμών της διεξαγωγής τέτοιων κλινικών μελετών. Αυτή η έλλειψη δεδομένων οδηγεί τους κατασκευαστές των φαρμάκων να μη συνιστούν γενικά τη χρήση κανενός φαρμάκου κατά την κύηση. Επομένως, η χρήση των περισσότερων φαρμάκων στην κύηση είναι χωρίς επίσημη έγκριση.

Για την αποφυγή των δυνητικών, σχετιζόμενων με φάρμακα, επιδράσεων στην κύηση, είναι απαραίτητο να ελαχιστοποιείται η χρήση τους, όπου αυτό είναι δυνατόν. Η χρήση τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν μόνο αν τα ωφέλιμα αποτελέσματα τους στη γυναίκα και το έμβρυο είναι μεγαλύτερα από τους δυνητικούς κινδύνους τους. Πολλά φάρμακα κι άλλες τερατογόνες ουσίες ασκούν τη μεγαλύτερη δράση τους κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, συχνά προτού καν η γυναίκα γνωρίζει ότι είναι έγκυος. Στις γυναίκες που σκοπεύουν να μείνουν έγκυες, ή σ' εκείνες που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για μια απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη, αν είναι δυνατό, η προφυλακτική θεραπεία θα πρέπει να διακόπτεται, και θα πρέπει να συζητούνται θεραπευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης της οξείας φάσης της ημικρανίας. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όσο το δυνατό λιγότερα φάρμακα, όσα έχουν το λιγότερο δυνητικό κίνδυνο να προκαλέσουν βλάβη, και στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση.

Αν χρειάζεται να λαμβάνεται κάποιο φάρμακο, σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης, είναι απαραίτητο να δοθούν στη γυναίκα επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τους οποιοσδήποτε γνωστούς γι' αυτό κινδύνους, ώστε η ίδια να πάρει τη δική της απόφαση όσον αφορά τη χρήση του ή μη. Κι αυτό θα πρέπει να αποδεικνύεται έγγραφα στον ιατρικό της φάκελο. Οι γυναίκες που έχουν λάβει τα συνηθισμένα αντιημικρανικά φάρμακά τους πριν μάθουν ότι είναι έγκυες, θα θέλουν να γνωρίζουν τα αποτελέσματα αυτών και άλλων φαρμάκων πάνω στην κύηση και θα πρέπει να επιβεβαιώνονται για τη μη ύπαρξη επίδρασής τους στην εγκυμοσύνη, όπου αυτό είναι δυνατό.<sup>14</sup>

## **2.8. Φάρμακα για την ημικρανία στην εγκυμοσύνη**

Η συνήθης οδηγία των κατασκευαστών των φαρμάκων είναι η αποφυγή της χρήσης τους κατά τη διάρκεια της κύησης.

### **Αναλγητικά**

**Ασπιρίνη.** Τα δεδομένα από κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες με μεγάλο αριθμό γυναικών που ελάμβαναν δόσεις ασπιρίνης για αναλγησία, κατά την εγκυμοσύνη, παρέχουν ενδείξεις για την ασφάλεια της κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή κατά το τέλος της εγκυμοσύνης, επειδή η επίδρασή της στη λειτουργία των αιμοπεταλίων αυξάνει τον κίνδυνο για παράταση του τοκετού, αιμορραγία μετά τον τοκετό, και αιμορραγία του νεογνού. Όπως και όλοι οι άλλοι αναστολείς της συνθετάσης των προσταγλανδινών, η ασπιρίνη μπορεί να προκαλέσει πρόωρο κλείσιμο του αρτηριακού πόρου του εμβρύου.<sup>14</sup>

**Κωδεΐνη.** Οι αναπνευστικές ανωμαλίες στα νεογνά μπορεί να σχετίζονται με έκθεσή τους σε κωδεΐνη κατά την κύηση. Ωστόσο, η περιστασιακή χρήση της στις δόσεις που περιέχονται στα σκευάσματα με συνδυασμό με αναλγητικά, είναι απίθανο να προκαλεί οποιαδήποτε βλάβη.<sup>14</sup>

**Ιβουπροφένη.** Οι μελέτες χορήγησης ιβουπροφένης σε ζώα δεν έχουν δείξει κάποιες ανωμαλίες που να σχετίζονται μ' αυτή, και το φάρμακο έχει δοθεί με ασφάλεια κατά την κύηση, σε δόσεις που δεν ξεπερνούν τα 600 mg την ημέρα, για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Οι άλλες επιδράσεις της είναι παρόμοιες με τις ασπιρίνης.<sup>14</sup>

**Παρακεταμόλη.** Η παρακεταμόλη είναι το ήπιο αναλγητικό εκλογής για την κύηση, με την προϋπόθεση ότι δε λαμβάνεται μαζί με μεθειονίνη, ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται για την πρόληψη της τοξικότητας από παρακεταμόλη.<sup>14</sup>

### **Αντιεμετικά**

**Βουκλιζίνη.** Είναι ένα αντιισταμινικό που συνδυάζεται με παρακεταμόλη και κωδεΐνη και χρησιμοποιείται χωρίς ιατρική συνταγή για τη θεραπεία της ημικρανίας. Παρόλο που έχει χρησιμοποιηθεί κατά πολύ και για πολλά χρόνια χωρίς αναφερόμενες παρενέργειες, τα δεδομένα από ελεγχόμενες μελέτες είναι ανεπαρκή.<sup>14</sup>

Κυκλιζίνη. Χρησιμοποιείται χωρίς ιατρική συνταγή μόνη ή σε συνδυασμό με αναλγητικά για τη θεραπεία της ημικρανίας, αλλά και πάλι τα δεδομένα από ελεγχόμενες μελέτες είναι περιορισμένα. Είναι δυνητικά τερατογόνο, παρόλο που αυτό το ζήτημα δεν έχει επιβεβαιωθεί από προοπτικές ελεγχόμενες κλινικές μελέτες.<sup>14</sup>

Δομπεριδόνη. Διάφορες τοξικές επιδράσεις στο έμβρυο έχουν παρατηρηθεί σε μελέτες σε ζώα, αλλά δεν έχει επιβεβαιωθεί μια αιτιολογική σχέση με το φάρμακο. Μια μελέτη με 50 έγκυες γυναίκες που έλαβαν το φάρμακο για 20 ημέρες, ανάμεσα στην τέταρτη και τη δωδέκατη βδομάδα της κύησης, δεν είχαν καμία παρενέργεια.<sup>14</sup>

Μετοκλοπραμίδη. Δεν έχει δείξει κανένα τερατογόνο αποτέλεσμα κατά την κλινική εμπειρία, ή σε μελέτες σε ζώα.<sup>14</sup>

Προχλωπεραζίνη. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως χωρίς ανεπιθύμητα αποτελέσματα και οι μελέτες σε ζώα δεν έδειξαν κάποιο τερατογόνο αποτέλεσμα.<sup>14</sup>

### **Αγγειοσυσπαστικά φάρμακα**

Εργοταμίνη. Αντενδεικνύεται κατά την κύηση αφού οι μελέτες σε ζώα έδειξαν ότι η χρήση της σχετίζεται με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και αναπτυξιακές ανωμαλίες, όπως το λυκόστομα και οι ανωμαλίες των άκρων μελών. Αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται στην ισχυρή αγγειοσυσπαστική δράση της εργοταμίνης, που διαταράσσει τη μητροπλακουντική ροή. Είναι επίσης εκτροπικό φάρμακο και έτσι θα πρέπει να δίνεται μόνο σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αποτελεσματική αντισύλληψη. Η εργοταμίνη δε θα πρέπει να λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, γιατί αναστέλλει την έκκριση γάλακτος.<sup>14</sup>

Διυδροεργοταμίνη. Δεν είναι γνωστό τερατογόνο, αλλά, με τα περιορισμένα υπάρχοντα στοιχεία, η χρήση της στην κύηση και στο θηλασμό δε συνιστάται.<sup>14</sup>

Τριπτάνες. Ελάχιστες γυναίκες έχουν λάβει τριπτάνες κατά την κύηση, αλλά δεν υπήρξε καμία ένδειξη για τερατογένεση. Ωστόσο, με αυτά τα περιορισμένα δεδομένα, η χρήση των τριπτανών δεν μπορεί να συνιστάται κατά την εγκυμοσύνη.<sup>14</sup>

### **Προφυλακτική θεραπεία**

Αμιτριπτυλίνη. Έχει χρησιμοποιηθεί για τη μείζονα κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, στις περιπτώσεις που η πάθηση επηρεάζει την κατάσταση της μητέρας. Όσον αφορά την ημικρανία είναι πιθανά προτιμότερο να αποφεύγεται και δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται στο πρώτο και το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Έχουν αναφερθεί ελάχιστες περιπτώσεις με ανωμαλίες των άκρων μελών, αλλά αυτό το εύρημα δεν έχει επιβεβαιωθεί σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες. Ταχυκαρδία, ευερεθιστότητα, μυικοί σπασμοί και επιληπτικοί σπασμοί, έχουν περιστασιακά αναφερθεί στα νεογνά.<sup>14</sup>

Μεθυσεργίδη. Έχει μητρογενείς ιδιότητες. Η χρήση της αντενδεικνύεται στην κύηση και θα πρέπει να δίνεται μόνο σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αποτελεσματική αντισύλληψη.<sup>14</sup>

Πιζοτιφαίνιο. Δεν έχει συσχετιστεί με κάποια τοξική δράση στο έμβρυο ή με ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την εγκυμοσύνη, παρόλο που τα διαθέσιμα στοιχεία είναι περιορισμένα.<sup>14</sup>

Προπρανολόλη. Δεν έχει αποδειχτεί η ασφάλεια της για την εγκυμοσύνη, αλλά έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως χωρίς καμία ένδειξη τερατογένεσης και είναι το μόνο φάρμακο που μπορεί να συνιστάται για τη θεραπεία προφύλαξης. Ωστόσο, η χρήση της θα πρέπει να περιορίζεται στις σοβαρές περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στη μη φαρμακευτική θεραπεία. Η προπρανολόλη έχει συσχετιστεί με καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου, υπογλυκαιμία, υπασβεστιαϊμία, βραδυκαρδία, και αναπνευστική καταστολή. Αφού οι περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν προπρανολόλη κατά την κύηση, για τη θεραπεία της υπέρτασης ή της εκλαμψίας, είναι δύσκολο να γνωρίζουμε αν η υποκείμενη κατάσταση, ή η θεραπεία, είναι το αίτιο για αυτά τα αποτελέσματα. Οι άλλοι βήτα αναστολείς έχουν παρόμοια αποτελέσματα, αλλά τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ακόμα πιο περιορισμένα.<sup>14</sup>

Βαλπροϊκό. Είναι ισχυρό τερατογόνο. Η χρήση του αντενδεικνύεται στην κύηση και θα πρέπει να δίνεται μόνο σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αποτελεσματική αντισύλληψη. Η χρήση του κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης σχετίζεται με ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα και κάποιες χαρακτηριστικές ανωμαλίες του προσώπου.<sup>14</sup>

Βεραπαμίλη. Έχει χρησιμοποιηθεί ελάχιστα κατά την εγκυμοσύνη. Δεν έχουν αναφερθεί τερατογόνες επιδράσεις, αλλά μπορεί δυνητικά να προκαλέσει βραδυκαρδία στο έμβρυο.<sup>14</sup>

## **2.9.Συνταγογραφώντας φάρμακα για την έγκυο γυναίκα**

Παρόλο που πολλά από τα φάρμακα που λαμβάνονται από τις ανυποψίαστες για την εγκυμοσύνη τους γυναίκες, σπάνια προκαλούν κάποια ζημιά, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην επιβεβαίωση της εγκύου γυναίκας πως ότι έχει πάρει μέχρι τότε είναι απίθανο να επηρεάσει την κύηση της και στο να της δίνονται οδηγίες για το πώς θα πρέπει να αντιμετωπίσει τυχόν μελλοντικές της κρίσεις κατά την κύηση. Για την οξεία θεραπεία η παρακεταμόλη είναι ασφαλής καθ'όλη τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού. Η ασπιρίνη είναι επίσης ασφαλής, αλλά μπορεί να προκαλέσει προβλήματα αιμορραγίας όταν λαμβάνεται προς το τέλος της εγκυμοσύνης. Η προχλωρπεραζίνη χρησιμοποιείται για τη ναυτία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη για πάρα πολλά χρόνια. Η μετοκλοπραμίδη και η δομπεριδόνη είναι ασφαλείς, αλλά είναι πιθανά καλύτερο να αποφεύγονται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Αν συμβαίνουν συχνές κρίσεις κατά το πρώτο τρίμηνο, οι περισσότερες γυναίκες μπορεί να επιβεβαιώνονται ότι η ημικρανία θα βελτιωθεί κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο. Για τις συνεχιζόμενες, συχνές κρίσεις που απαιτούν προφυλακτική θεραπεία, η προπρανολόλη έχει τις καλύτερες ενδείξεις ασφαλείας κατά την κύηση και τη θηλασμό.<sup>14</sup>

## **2.10.Σημεία-κλειδιά**

- § Η χρήση των φαρμάκων στην κύηση είναι ζήτημα ισορροπίας ανάμεσα στα οφέλη και τους κινδύνους τους.
- § Η παρακεταμόλη είναι ασφαλής κατά την κύηση και το θηλασμό.
- § Η δομπεριδόνη και η προχλωρπεραζίνη μπορεί να λαμβάνονται για τη ναυτία κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, αλλά υπάρχουν λιγότερα στοιχεία όσον αφορά την ασφάλεια της δομπεριδόνης.
- § Αν είναι απαραίτητη η χρήση προφυλακτικής θεραπείας κατά την κύηση και το θηλασμό, η προπρανολόλη είναι το φάρμακο εκλογής.<sup>14</sup>

### **3.Η εργαζόμενη γυναίκα**

Πολλές γυναίκες σήμερα εργάζονται πλήρες ωράριο κι ακόμα περισσότερες δουλεύουν έξω από το σπίτι μερικές ώρες την ημέρα. Αυτός ο τρόπος ζωής μπορεί να έδωσε μεγαλύτερο ενδιαφέρον στη ζωή της γυναίκας και σίγουρα βοήθησε να αυξηθεί το οικογενειακό εισόδημα. Η προσπάθεια, όμως, να συνδυάσει κανείς δυο δουλειές δημιουργεί πάντα μια ένταση κι αυτό συμβαίνει με τις περισσότερες εργαζόμενες γυναίκες που έχουν, συγχρόνως με τη δουλειά τους, να φροντίσουν σπίτι ή και οικογένεια. Δεν είναι περίεργο λοιπόν σήμερα που, περισσότερες γυναίκες από ποτέ άλλοτε, υποφέρουν από ημικρανία.<sup>8</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ**

#### **Εισαγωγή**

Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα συναισθήματα και ο τρόπος αντίδρασης σε εξωτερικούς συγκινησιακούς παράγοντες (stress), φαίνεται να συνδέονται με την ημικρανική κρίση.

Προκύπτουν τρία ερωτήματα από τη σχέση μεταξύ της ψυχολογικής κατάστασης και της ημικρανίας: α) Οι πάσχοντες από ημικρανία παρουσιάζουν ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας; β) Σχετίζονται οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις (stress) με τη συχνότητα των ημικρανικών κρίσεων; γ) Η κατάθλιψη ανήκει στους παράγοντες πρόκλησης της ημικρανίας ή είναι αποτέλεσμα των διαρκών ενοχλήσεων των ημικρανικών προσβολών;<sup>7</sup>

#### **1. Προσωπικότητα**

Από πολλά χρόνια, αρκετές μελέτες προσανατολίζονταν στην πιθανότητα της ύπαρξης ειδικών χαρακτηριστικών στην προσωπικότητα των πασχόντων από ημικρανία. Το 1937, ο Wolff περιέγραφε τους ημικρανικούς ως άτομα που δυσκολεύονται να εκφράσουν την επιθετικότητά τους, τελειοθηρικούς, φιλόδοξους, ανταγωνιστικούς, άκαμπτους, εσωστρεφείς, που δεν κάνουν εύκολα αισθητή την παρουσία τους.

Τα τελευταία χρόνια, η μελέτη της προσωπικότητας των ημικρανικών ασθενών στηρίζεται σε κλινικές μελέτες με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων (test). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτόν είναι συνήθως το Eysenk Personality Questionnaire (EPQ), το Minnesota Multiphasic Personality Inventory, και το Freiburg Personality Inventory (FPI). Συμπερασματικά, στις περισσότερες από τις μελέτες αυτές παρατηρούνται τα εξής:

1. Αύξηση της βαθμολογίας στις κλίμακες νευρωτισμού στις ομάδες των ημικρανικών σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Η αύξηση αυτή της βαθμολογίας αφορά κυρίως τις υποκλίμακες υστερίας, κατάθλιψης, εσωστρέφειας και υποχονδρίασης.
2. Στον τύπο της ημικρανίας με αύρα, η αύξηση της βαθμολογίας γίνεται συνήθως μεγαλύτερη, αν και ορισμένοι συγγραφείς αμφισβητούν αυτήν την άποψη.
3. Πολλά από τα στοιχεία της προσωπικότητας των ημικρανικών ασθενών που περιγράφηκαν από τον Wolff το 1937, όπως κοινωνική ακαμψία και ψυχαναγκαστική προσωπικότητα, δεν φαίνεται να επιβεβαιώνονται. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι η πιθανή συνύπαρξη ημικρανίας και μείζονος κατάθλιψης θα μπορούσε να αλλοιώσει τα αποτελέσματα των ανωτέρω μετρήσεων. Έτσι η ανάπτυξη περαιτέρω έρευνας, η οποία θα λαμβάνει υπόψη και αυτή την πιθανότητα, θα είναι χρήσιμη για την εξαγωγή

οριστικών συμπερασμάτων για τη συσχέτιση της ημικρανίας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.<sup>7</sup>

## **2. Ψυχοπιεστικές καταστάσεις (stress)**

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι, στους περισσότερους ασθενείς, οι εξωτερικοί ψυχοπιεστικοί παράγοντες (stress) προηγούνται των ημικρανικών κρίσεων.

Τα τελευταία χρόνια έγιναν αρκετές έρευνες με προδρομικό χαρακτήρα, στις περισσότερες από τις έρευνες αυτές βρέθηκε αύξηση του stress την προηγούμενη από την κρίση ημέρα. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι σε δύο μελέτες δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ stress και ημικρανικών κρίσεων, ενώ σε μία ακόμη βρέθηκε αυξημένη ετοιμότητα δύο μέρες πριν από την ημικρανική κρίση. Μια εξήγηση για την ποικιλία των αποτελεσμάτων είναι ότι, σύμφωνα με ότι πιστεύεται μέχρι τώρα, οι ημικρανικοί ασθενείς έχουν την τάση να καταπιέζουν την έκφραση των συναισθημάτων τους. Έτσι, η άρνηση των συναισθημάτων που προκαλεί το stress μπορεί να αυξήσει την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων, όπως τον πόνο. Φαίνεται δηλαδή ότι οι ημικρανικοί δεν αντιμετωπίζουν ως ομάδα περισσότερα στρεσογόνα ερεθίσματα, αλλά παρουσιάζουν μια περισσότερο δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε αυτά, σε σχέση με άλλες ομάδες ατόμων, οι οποίες πιθανώς θα τα βίωναν χωρίς δυσάρεστες συνέπειες.

Αρκετές, εξάλλου, ψυχοφυσιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η απώθηση των συναισθημάτων σχετίζεται με αυξημένη λειτουργία του συμπαθητικού και με τον τρόπο αυτόν πιθανόν να προκαλείται η επίσπευση της κεφαλαλγίας.

Τέλος, το γεγονός ότι η ψυχοθεραπεία και οι διάφορες μέθοδοι χαλάρωσης, όπως η εκπαίδευση για προοδευτική χαλάρωση, η γνωστική αναδόμηση, η τεχνική βιοανάδρασης, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση των κρίσεων, ενισχύει την παραπάνω άποψη της επίδρασης του stress στην πρόκληση της ημικρανικής κρίσης.<sup>7</sup>

## **3. «Ψυχοσωματικές» διαταραχές**

Είναι προτιμότερο να μη μιλούμε για «ψυχοσωματικές» διαταραχές ως ξεχωριστή κατηγορία νοσολογικών οντότητων, αλλά μια ψυχοσωματική αντίληψη στην ιατρική. Μ' αυτήν την έννοια υπάρχουν κεφαλαλγίες, νοούμενες ως σωματικές διαταραχές, οι οποίες σαφώς επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες όπως π.χ. η κεφαλαλγία τάσης και η ημικρανία.<sup>16</sup>

## **4. Ψυχωτικές διαταραχές**

Σπανιότατα μπορεί να εμφανισθεί παραληρητική κεφαλαλγία στη σχιζοφρένεια, ιδίως όταν επικάθεται κατάθλιψη ή άγχος. Η εντόπισή της μπορεί να είναι οπυοδήποτε και συνοδεύεται από αλλόκοτη παραληρητική εξήγηση.

## 5. Διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών

Ημικρανία μπορεί συχνά να εμφανιστεί στις επιπλοκές της κατάχρησης ή της εξάρτησης από ουσίες. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη και συσφιγκτική ή πιεστική ή και σφύζουσα.<sup>16</sup>

## 6. Οργανικά ψυχοσύνδρομα

Μερικές φορές μπορεί να υπάρχει κεφαλαλγία στα αρχικά στάδια μιας άνοιας, που συνοδεύει ένα δυσφορικό ή καταθλιπτικό συναίσθημα. Επίσης σε οργανικό παραλήρημα, συνήθως σαν επεισοδιακό φαινόμενο.<sup>16</sup>

## 7. Ψυχοπαθολογία

Η ύπαρξη αυξημένης ψυχοπαθολογίας σε άτομα που υποφέρουν από ημικρανία, αποτελεί τα τελευταία χρόνια αντικείμενο μελέτης. Επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι τα άτομα που υποφέρουν από ημικρανίες παρουσιάζουν α) μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής, κρίσεων πανικού και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και αυξημένο ποσοστό απόπειρας αυτοκαταστροφής, β) περισσότερα σωματικά ενοχλήματα, γ) μειωμένη επαγγελματική δραστηριότητα και αυξημένη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών και δ) μεγαλύτερο αριθμό γυναικολογικών προβλημάτων.

### 7.1. Κατάθλιψη – άγχος

Στη διεθνή βιβλιογραφία ανευρίσκονται διαρκώς συσχετισμοί μεταξύ ημικρανίας και κατάθλιψης, ανεξάρτητα από το ποια από τις δύο αυτές νοσολογικές οντότητες προηγείται της άλλης και ανεξάρτητα από τη βασική διαταραχή για την οποία ο ασθενής ζητά θεραπεία.

*Επιδημιολογία.* Μια εκτεταμένη επιδημιολογική έρευνα υποστηρίζει ότι η συχνότητα της συναισθηματικής διαταραχής σε ημικρανικούς ασθενείς μέσα στο γενικό πληθυσμό είναι 2,5 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με ομάδα ελέγχου ανάλογης ηλικίας και φύλου (61% έναντι 25%). Σε μια άλλη έρευνα, φαίνεται ότι οι ασθενείς με ημικρανία παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα μείζονος κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η κατάθλιψη είχε «ενδογενή» χαρακτήρα, ο οποίος επιβεβαιώθηκε με τη δοκιμασία της τυραμίνης.

Όσον αφορά τον τύπο της ημικρανίας, υποστηρίζεται ότι η ημικρανία με αύρα σχετίζεται με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η συναισθηματική διαταραχή και οι αγχώδεις διαταραχές. Αντίθετα, η ημικρανία χωρίς αύρα σχετίζεται μόνο με τη ΓΑΔ και τη φοβική διαταραχή. Επίσης, η συσχέτιση με αυξημένη συχνότητα απόπειρας αυτοκτονίας αφορά μόνο την ημικρανία με αύρα. Ένα σημαντικό ερώτημα που προκύπτει, είναι μήπως η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι απλά και μόνο το αποτέλεσμα ενός φαινομένου διαρκούς πόνου. Πρόσφατες όμως έρευνες δείχνουν ότι το μακροχρόνιο ιστορικό ημικρανικών κρίσεων δεν συσχετίζεται ιδιαίτερα με την αυξημένη ψυχοπαθολογία. Αντίθετα, η αρχική περίοδος της έναρξης της ημικρανίας σχετίζεται με μεγαλύτερης βαρύτητας κατάθλιψη. Υποστηρίζεται ακόμα ότι η πιθανότητα για την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξαρτάται από τη

συχνότητα των ημικρανικών κρίσεων ή από το χρόνο που μεσολάβησε από την τελευταία ημικρανική προσβολή. Επιπλέον μια μεγάλης κλίμακας επιδημιολογική μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι τα άτομα με ιστορικό ημικρανίας, που δεν είχαν πλέον επεισόδια κεφαλαλγίας, συνέχιζαν να εμφανίζουν σημαντικά βαρύτερη κατάθλιψη σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό ημικρανίας.<sup>7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ

#### 1. Ημικρανική κατάσταση (status migrainosus)

Ως ημικρανική κατάσταση (ΗΚ) καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια της IHS ένα ημικρανικό επεισόδιο, όταν διαρκεί περισσότερο από 72 ώρες με ή χωρίς θεραπεία. Η κεφαλαλγία είναι συνεχής ή υπάρχουν μεσοδιαστήματα μικρότερα των 4 ωρών χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η περίοδος του ύπνου.

Στους παράγοντες που θεωρούνται εκλυτικοί της ημικρανικής κατάστασης περιλαμβάνονται συναισθηματικό stress, άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση φαρμάκων, δίαιτα, ορμονικοί παράγοντες και διάφοροι άλλοι μη ειδικοί παράγοντες.

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν πολλές αναφορές στη θεραπεία της ΗΚ, αν και στις μελέτες της θεραπείας της ημικρανικής κρίσης ο χρόνος καθορίζεται κατά προσέγγιση. Όταν ο ασθενής με ημικρανική κατάσταση επισκεφθεί το γιατρό, συνήθως έχει ήδη πάρει διάφορα φάρμακα χωρίς αποτέλεσμα. Συχνά επιβάλλεται η εισαγωγή του στο νοσοκομείο, κυρίως όταν χρειάζεται ενυδάτωση. Η θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από την κατάσταση του αρρώστου, τη συνύπαρξη άλλων νοσηρών καταστάσεων που πιθανόν ν' αποτελούν αντένδειξη για τη χρήση κάποιων φαρμακευτικών ουσιών και φυσικά από την εμπειρία του γιατρού στα διάφορα θεραπευτικά σχήματα.

#### Διυδροεργοταμίνη

Ο Raskin ανακοίνωσε μια μελέτη αντιμετώπισης της ημικρανικής κατάστασης με διυδροεργοταμίνη (DHE) με πολύ καλά αποτελέσματα. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της μελέτης δίδεται DHE 0,5 mg ενδοφλεβίως. Στη συνέχεια, αν παραμένει ο πόνος, χορηγούνται 0,75 έως 1mg DHE ενδοφλεβίως κάθε 8 ώρες, για 3 ημέρες. Η αγωγή διακόπτεται, αν εμφανισθούν συμπτώματα προκάρδιας δυσφορίας, κλειστοφοβίας ή έντονη νευρική και ακαθισία.

#### Φαινοθειαζίνες

Η χλωροπρομαζίνη σε ενδοφλέβια χορήγηση αναφέρεται ότι έχει καλά αποτελέσματα στην ημικρανική κατάσταση. Χορηγούνται 10mg βραδέως ενδοφλεβίως, συχνά μαζί με 25mg διφαινυλδραμίνης προληπτικά για την αποφυγή εμφάνισης δυστονίας. Η ίδια δόση μπορεί να επαναληφθεί ανά 4- 6 ώρες, αν χρειασθεί μέχρι υποχώρησης του πόνου.

#### Κορτικοστεροειδή και μη στεροειδή – αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Η προσθήκη στην αγωγή δεξαμεθαζόνης ή μεθυλ-πρεδνιζολόνης ανά 6ώρο τις πρώτες 24- 48 ώρες φαίνεται ότι βοηθά στη γρηγορότερη υποχώρηση του πόνου, αλλά δεν υπάρχουν διπλές- τυφλές μελέτες για την ημικρανική κατάσταση. Το ίδιο ισχύει και για τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.<sup>10</sup>

### Σουματριπτάνη

Θα πρέπει θεωρητικά να έχει καλά αποτελέσματα. Αναφέρεται μια μόνο μελέτη όπου χορηγήθηκε σε 2 περιστατικά με ημικρανική κατάσταση. Η κεφαλαλγία υποχώρησε σε 2 ώρες και στα δυο περιστατικά.<sup>10</sup>

## **2. Ημικρανικό έμφρακτο (migrainous stroke/migraine-induced infarction)**

Η συνύπαρξη ημικρανίας και εμφράκτου αποτελεί από το 1881, όταν για πρώτη φορά περιγράφεται κλινικά από τους Charcot και Fere, μέχρι και σήμερα ένα διαγνωστικό πρόβλημα. Σύμφωνα με τα κριτήρια της IHS, ως ημικρανικό έμφρακτο χαρακτηρίζεται το επεισόδιο στο οποίο ένα ή περισσότερα συμπτώματα της ημικρανικής αύρας παραμένουν και μετά από 7 ημέρες και / ή συνυπάρχει ισχαιμικό έμφρακτο σε νευροαπεικονιστική μέθοδο.

Επεκτεινόμενη αυτή η ταξινόμηση μπορεί να συμπεριλάβει και άλλες νοσολογικές οντότητες όπου η ημικρανία και το έμφρακτο μπορεί να συσχετίζονται. Τέτοιες καταστάσεις σύμφωνα με την ταξινόμηση της IHS μπορεί να είναι:

- Συνύπαρξη εγκεφαλικού εμφράκτου και ημικρανίας
- Εγκεφαλικό έμφρακτο με κλινικούς χαρακτήρες ημικρανίας
- Ημικρανικό έμφρακτο - Απροσδιόριστες καταστάσεις

### Επιδημιολογικά δεδομένα

Επιδημιολογικές μελέτες σχετικές με το ημικρανικό έμφρακτο υπάρχουν λίγες και τα αποτελέσματα τους δεν είναι πολύ σαφή. Στην αναδρομική μελέτη των Leviton et al σε άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας, δε βρέθηκε η ημικρανία να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για έμφρακτο. Αντιθέτως σε άλλη μελέτη η ημικρανία βρέθηκε να είναι ισχυρός στατιστικά παράγοντας κινδύνου εμφράκτου σε νεαρές γυναίκες. Τα ίδια αποτελέσματα αναφέρει και η μελέτη των Henrich και Howitz, αλλά μόνο για την ημικρανία με αύρα, καθώς επίσης και μια πρόσφατη προοπτική υπομελέτη που έγινε στο πλαίσιο εκτεταμένης έρευνας για την προφυλακτική επίδραση της ασπιρίνης σε καρδιοαγγειακά νοσήματα, όπου αναφέρεται σχετικός κίνδυνος για εγκεφαλικό έμφρακτο στα άτομα που έπασχαν από ημικρανία χωρίς ν' αναφέρεται ο τύπος της ημικρανίας.

### Διαγνωστική προσπέλαση

Όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν ημικρανία με αύρα πρέπει να υποβληθούν σε έρευνα για αποκλεισμό οργανικής βλάβης του Κ.Ν.Σ. Στους ασθενείς με ημικρανικό έμφρακτο θα πρέπει να γίνεται έρευνα για αντφωσφολιπιδικά αντισώματα, ρευματικούς παράγοντες και για νοσήματα του κολλαγόνου, καθώς και πλήρους καρδιολογικός έλεγχος.

### Πρόγνωση

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία, τη βαρύτητα και τη θέση του εμφράκτου. Συχνά η αποκατάσταση κυρίως στα νέα άτομα είναι πολύ καλή. Η επανεμφάνιση νέου εμφράκτου είναι σπάνια, εκτός αν υπάρχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου.<sup>10</sup>

### Θεραπεία

Η θεραπεία είναι αυτή του εγκεφαλικού ισχαιμικού εμφράκτου. Η χρήση αντιαιμοπεταλιακών ή αντιπηκτικών φαρμάκων θα πρέπει να είναι μακροχρόνια. Αν και δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες, εν τούτοις συνίσταται η χρήση αντιαιμοπεταλιακών ουσιών σε ασθενείς με ημικρανία με αύρα για την πρόληψη ημικρανικού εμφράκτου, κυρίως όταν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι και πρέπει να αντιμετωπισθούν.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup>

### ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ

#### Εισαγωγή

Ως γενική θεώρηση, πρέπει να πει κανείς ότι δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία της ημικρανίας, ακριβώς όπως δεν υπάρχει δοκιμασία εργαστηριακή που να επιβεβαιώνει τη διάγνωσή της. Πολλοί ασθενείς μαθαίνουν να ρυθμίζουν τις κρίσεις τους συνδυάζοντας με επιτυχία τη φαρμακευτική θεραπεία και τη συνειδητοποιημένη αποφυγή των προληπτικών παραγόντων.

Οι μελέτες που έγιναν τα τελευταία χρόνια μετά την κατάταξη της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (ΔΕΚ) ανεβάζουν την επίπτωση της νόσου για τους άνδρες στο 8% και για τις γυναίκες στο 26% στο γενικό πληθυσμό. Σε όλη τους τη ζωή τα άτομα αυτά, ενώ είναι ουσιαστικά και κυριολεκτικά «υγιή», παρουσιάζουν κρίσεις ημικρανίας που ποικίλλουν σε συχνότητα, σοβαρότητα και συμπτωματολογία. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας βασίζεται στη σωστή κλινική διάγνωση και αυτή εξαρτάται απόλυτα από τη σχέση γιατρού- ασθενή.

Η θεραπεία αρχίζει, όπως υποστηρίζει ο Dr. Blau, από τη στιγμή που ο ασθενής διασχίζει το κατώφλι του ιατρού. Ο χαιρετισμός, η χειραψία, το καλωσόρισμα προκαθορίζουν την αμοιβαία αρμονική σχέση γιατρού- ασθενή, κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται ως «άτομο» και όχι ως «ασθένεια». «*Treat the patient as you would a visitor to your home*».

Ο κλινικός γιατρός, πρέπει να σκεφτεί δύο όψεις της νόσου: τον ασθενή κατά τη διάρκεια της κρίσης και τον ασθενή μεταξύ των κρίσεων. Αλλαγές της ψυχικής διάθεσης και συμπεριφοράς, εξαιρετική διάθεση ή και υπνηλία είναι δυνατό να προηγηθούν της ημικρανικής κρίσης, ως πρόδρομα συμπτώματα. Ημικρανική αύρα, οπτικά ή αισθητικά συμπτώματα μπορούν να προηγηθούν σε 10% των περιπτώσεων. Ο πόνος συνήθως διαρκεί από 4 έως 72 ώρες συνοδευόμενος από ναυτία ή έμετο και φωτοφοβία ή/και ηχοφοβία. Μεταξύ των κρίσεων ο ασθενής μας είναι απολύτως υγιής.

Ένα 10% των ασθενών με κεφαλαλγία ζητούν γενική ιατρική συμβουλή, ενώ μόνο ένα 30% των ασθενών με ημικρανία επισκέπτονται τα ειδικά ιατρεία κεφαλαλγίας.

Τα φάρμακα διαιρούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- 1) φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης,
- 2) φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ελάτωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των ημικρανικών κρίσεων.<sup>17</sup>

#### 1) Θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

Πολλοί ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με τις θεραπείες που με δική τους πρωτοβουλία αποφασίζουν. Ο ίδιος ο ασθενής έχει συνήθως κάποια προσωπική άποψη για το ποιο είδος αναλγητικού είναι το καλύτερο γι' αυτόν.<sup>17</sup>



Εάν τα απλά αναλγητικά σε συνδυασμό με τα αντιεμετικά δεν είναι αποτελεσματικά, υπάρχει μικρή πιθανότητα να είναι αποτελεσματική μια άλλη μορφή αναλγητικού, δυνατότερου ή καλύτερου.

Η ξεκούραση και ο ύπνος είναι μέρος της φυσικής πορείας της ανάρρωσης από την ημικρανική κρίση. Οι ασθενείς που μπορούν να κοιμηθούν κατά την ημικρανική κρίση βελτιώνονται γρηγορότερα.

Η αποφυγή φαρμάκων, που προκαλούν διέγερση στο στάδιο του πόνου, όπως η καφεΐνη, είναι καλύτερα να αποφεύγονται. Αντίθετα σε ασθενείς που είναι σε ένταση, στη διάρκεια μιας κρίσης, μία δόση ταχείας δράσης βενζοδιαζεπίνης μπορεί να βοηθήσει.

Τα φάρμακα, ιδιαίτερα τα αναλγητικά, στην από του στόματος θεραπεία χορηγούνται κατά την έναρξη της ημικρανικής κρίσης. Επίσης συνιστάται η λήψη ελαφρού γεύματος και ενός αντιεμετικού λόγω της παρατηρούμενης γαστρικής συσσώρευσης. Αν η ναυτία και ο έμετος κυριαρχούν στη συμπτωματολογία του ασθενούς, προτιμώνται υπόθετα ή ενέσεις.<sup>17</sup>

Τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι:

### **Αναλγητικά**

Τα αντιπροσωπευτικά φάρμακα της ομάδας αυτής είναι η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs), στα οποία συμπεριλαμβάνεται και η ασπιρίνη. Τελευταία υπάρχει τάση να χρησιμοποιούνται περισσότερο τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs). Εξαιρετικά σπάνια χρησιμοποιούμε για τη θεραπεία του πόνου της ημικρανίας τα αναλγητικά της ομάδας των ναρκωτικών.

### **Παρακεταμόλη**

Θεωρείται από τα πιο ασφαλή φάρμακα. Μπορεί να δοθεί σε παιδιά και εγκύους, προσοχή μόνο στους ασθενείς με ηπατοπάθεια. Δημιουργεί λιγότερα προβλήματα στο βλεννογόνο του στομάχου. Δεν πρέπει κανείς να υπερβαίνει τη δόση των 1000mg. Όπως και η ασπιρίνη, η αρχική δόση για μία κρίση ημικρανίας επαναλαμβάνεται σε 4- 6 ώρες.

### **Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs)**

Τα φάρμακα αυτής της ομάδας έχουν όμοια ή και καλύτερη αποτελεσματικότητα με την ασπιρίνη. Οι παρενέργειες τους από το πεπτικό σύστημα ώτων.

Τα πιο αντιπροσωπευτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ημικρανίας είναι η ναπροξένη, το τολφαιναμικό οξύ, το μεφαιναμικό οξύ. Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας διαφέρουν μεταξύ τους από τη διαφορετική ανταπόκριση που έχουν στους ασθενείς της ημικρανίας.

Η ναπροξένη έχει περισσότερο χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ημικρανίας. Συνδυάζει την καλή αποτελεσματικότητα με τις λιγότερες παρενέργειες στη δόση των 500mg και μπορεί να επαναληφθεί η ίδια δόση σε 8 ώρες.

Οι προτεινόμενες δόσεις από τη ΔΕΚ των κοινών αναλγητικών είναι διπλάσιες από τις συνήθως χρησιμοποιούμενες. Η αιτία της αποτυχίας των φαρμάκων αυτών στον έλεγχο του πόνου της ημικρανίας οφείλεται συνήθως στις χαμηλές δόσεις. Από τις εφ' άπαξ υψηλές δόσεις των αναλγητικών δεν υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης των γνωστών παρενεργειών (γαστρορραγία). Αντίθετα, η συχνή συνεχής χρήση, έστω και χαμηλών δόσεων, των φαρμάκων αυτών είναι η κυριότερη αιτία των παρενεργειών τους.<sup>17</sup>

Το γεγονός ότι από τα NSAIDs αναφέρονται μόνο τα παραπάνω και ιδιαίτερα η ναπροξένη, δε σημαίνει ότι όλα τα άλλα δεν είναι δραστικά, αλλά απλώς δεν έχουν γίνει επαρκείς κλινικές μελέτες, που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους και την κατάλληλη δόση για την ημικρανία.

#### Ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη)

Δε χρησιμοποιείται σε παιδιά κάτω των 12 χρόνων ή σε ενήλικες ασθενείς με γαστρικό έλκος, ουρική αρθρίτιδα ή σε άτομα με διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού. Χρησιμοποιείται με πολύ προσοχή σε εγκυμονούσες γυναίκες. Ωστόσο, η ασπιρίνη είναι ένα καλό φάρμακο για την ημικρανία σε δόση 900- 1000mg, παίρνοντας προηγουμένως δομπεριδόνη ή μετοκλοπραμίδη και μπορεί να επαναληφθεί σε 6 ώρες. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε νεαρά ημικρανικά άτομα.<sup>17</sup>

#### **Αντιεμετικά**

Το σύνολο των ημικρανικών ασθενών παρουσιάζουν γαστρεντερικά συμπτώματα. Ο Volans αναφέρει ότι το 95% των ασθενών στη μελέτη του παρουσίαζαν γαστρεντερικά συμπτώματα (ναυτία, εμέτους, διάρροια). Τα αντιεμετικά συνδυάζονται πάντα με αναλγητικά και εργοταμινικά παράγωγα. Έχει αποδειχθεί ότι η απορρόφηση όλων των φαρμάκων, στη διάρκεια της ημικρανικής κρίσης, είναι μειωμένη λόγω της γαστρικής στάσης.

#### **Κατασταλτικά του νευρικού συστήματος**

Μπορούν να ανακουφίσουν την ημικρανία και το άγχος του ημικρανικού ασθενή κατά τη διάρκεια της ημικρανικής κρίσης και να διευκολύνουν την επέλευση του ύπνου. Μια μικρή δόση βενζοδιαζεπίνης (5- 10mg) μπορεί να δοθεί με προσοχή εφ' άπαξ, επειδή πάντα υπάρχει η περίπτωση της κατάχρησης του φαρμάκου.

#### **Εργοταμίνη και διϋδροεργοταμίνη (DHE)**

Για πάνω από 60 χρόνια η τρυγική εργοταμίνη ήταν το αγαπημένο αλλά και το μοναδικό φάρμακο για τη θεραπεία των ημικρανικών κρίσεων. Για ένα ποσοστό ασθενών είναι αποτελεσματική, όταν χρησιμοποιείται προσεκτικά. Ωστόσο η πτωχή απορρόφηση του φαρμάκου, ιδιαίτερα στην από του στόματος μορφή, και η ποικιλία των αντιδράσεων από ασθενή σε ασθενή περιορίζει σήμερα τη χρήση της.

#### **Σουματριπτάνη**

Η σουματριπτάνη αποτελεί ένα εξαιρετικά εκλεκτικό διεγέρτη (αγωνιστή) των 5-HT<sub>1</sub> υποδοχέων. Στο μηχανισμό δράσης της ενέχονται περιφερικές και κεντρικές ιδιότητες. Η εκλεκτική της δράση σε αυτούς τους υποδοχείς εξασφαλίζει μεγαλύτερη ασφάλεια από την εργοταμίνη. Υπάρχει σε 4 μορφές, ως δισκία των 50 και 100mg, ως αυτοχρησιμοποιούμενη υποδόρια ενέσιμη μορφή των 6mg, ως ρινικό spray και ως υπόθετα των 25mg.

Μια σημαντική διαφορά της σουματριπτάνης από τα μέχρι τώρα φάρμακα είναι ότι είναι αποτελεσματική σε οποιοδήποτε στάδιο του ημικρανικού πόνου. Η ενέσιμη μορφή είναι χρήσιμη στην ιδιαίτερα βαριά κρίση ημικρανίας που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου και θεραπεύεται δύσκολα με την από του στόματος χορήγηση λόγω της έντονης ναυτίας. Πρόσκαιρο αίσθημα θερμότητας ή μυρμηγκίασης στο κεφάλι έχει αναφερθεί, ιδιαίτερα στην ενέσιμη μορφή. Επίσης δε χορηγείται συγχρόνως με άλλα αγγειοσυσπαστικά φάρμακα, όπως η εργοταμίνη. Αν χορηγηθεί θα πρέπει να είναι τουλάχιστον σε απόσταση δύο ημερών μετά τη χορήγηση εργοταμίνης.<sup>17</sup>

## 2) Προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας

Η θεραπεία προφύλαξης της ημικρανίας, αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής αναγνωρίσει και προσδιορίσει «κάποιους» μηχανισμούς πρόκλησης των κρίσεων του. Η αποφυγή των προληπτικών παραγόντων, που είναι διαφορετικοί από ασθενή, μπορεί να ελαττώσει θεαματικά τις κρίσεις ημικρανίας μέχρι και 50%, Όμως, ακόμη και έτσι, υπάρχουν περιόδοι επιδείνωσης των κρίσεων που απαιτούν προφυλακτική θεραπεία.

Σχετικά λίγοι ασθενείς χρειάζονται προφυλακτική θεραπεία και ακόμη λιγότεροι είναι αυτοί που είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι να πάρουν φάρμακα 1- 3 φορές την ημέρα, για διάστημα 6 μηνών. Ωστόσο, κρίσεις ημικρανίας περισσότερες από μία την εβδομάδα χρειάζονται κάποια προφυλακτική αγωγή. Η θεραπεία ελατώνει τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση των κρίσεων. Οι ασθενείς που έχουν αρχίσει θεραπεία πρέπει να ελεγχθούν μέσα σε ένα μήνα. Το διάστημα αυτό είναι συνήθως αρκετό για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και οι τυχόν παρενέργειες, που συνήθως κάνουν τον ασθενή να διακόψει τη θεραπεία του. Ακολουθώντας βλέπουμε τον ασθενή κάθε 3 μήνες και διακόπτουμε την προφυλακτική θεραπεία σε 6 μήνες. Η αποτελεσματικότητα της προφυλακτικής θεραπείας είναι προσωρινή και το ευεργετικό της αποτέλεσμα κρατάει 1-3 μήνες μετά τη διακοπή της.

Αποτυχία στην προφυλακτική θεραπεία μπορεί να οφείλεται:

- σε λανθασμένη αρχική διάγνωση του είδους της κεφαλαλγίας,
- σε ανεπαρκή δόση των φαρμάκων,
- σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας, λόγω των αναπτυσσομένων παρενεργειών.

Φάρμακα της προφυλακτικής θεραπείας:

### **Ανταγωνιστές των Β-αδρενεργικών υποδοχέων-Βήτα αναστολείς**

Η υδροχλωρική προπρανολόλη, η μετοπρολόλη, η ναδολόλη, η ατενολόλη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά φάρμακα σε ασθενείς με συνυπάρχουσα υπέρτασης, σε ασθενείς με άγχος, ιδιαίτερα σε γυναίκες μέσης ηλικίας με συχνά επεισόδια ταχυπαλμίας ή υπερέντασης.

### **Ανταγωνιστές των 5-HT<sub>2</sub> υποδοχέων**

Το πιζοτιφένιο, το κυριότερο φάρμακο της ομάδας αυτής, έχει αντισεροτονική, αντιισταμινική και κάποια αντικαταθλιπτική δράση. Επειδή προκαλεί μεγάλη αύξηση της όρεξης και υπνηλία, είναι προτιμότερο να χορηγείται το βράδυ, αρχίζοντας από 0.5 mg που μπορεί να αυξηθεί μέχρι 1.5-3 mg, αν χρειασθεί. Επίσης πρέπει να προειδοποιείται ο ασθενής για την αύξηση της όρεξης και να υπάρχει συγχρόνως πρόγραμμα διατροφής.

### **Αντικαταθλιπτικά**

Τα κλασικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν κύριο αντιπρόσωπο την αμιτρυπτιλίνη. Αρχικά χορηγείται σε χαμηλές δόσεις των 10mg μέχρι τη δόση των 25mg το βράδυ. Ο μηχανισμός που τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά βοηθούν την ημικρανία δεν είναι γνωστός, αλλά είναι βέβαιο ότι ελαττώνουν τη συχνότητα των ημικρανικών κρίσεων και πιθανόν εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης στους νευρώνες.<sup>17</sup>

### **Αναστολείς διαύλων ιόντων ασβεστίου**

Από τους ανταγωνιστές των ιόντων ασβεστίου αντιπροσωπευτικό φάρμακο είναι η φλουναριζίνη, που έχει δοκιμασθεί περισσότερο στην ημικρανία. Συνιστάται η δόση των 10mg νυκτερινή για διάστημα 3-6 μηνών.

### **Αντιισταμινικά**

Κάποιες φορές είναι χρήσιμα, με κύριες παρενέργειες υπνηλία, αύξηση βάρους, ξηρότητα στόματος.

### **Οιστραδιόλη**

Μεγάλο ποσοστό ημικρανικών γυναικών συσχετίζει τις κρίσεις με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Το χαρακτηριστικό της καταμήνια ημικρανίας είναι πολύ δύσκολη θεραπευτική αντιμετώπισή της με τα συνήθη αντιημικρανικά. Η χορήγηση οιστρογόνων από τους στόματος έχει προσφέρει περιορισμένο όφελος σε σχέση με τη χορήγηση δερματικών μορφών οιστραδιόλης 48 ώρες πριν την αναμενόμενη έμμηνο ρύση και για 7 συνεχείς ημέρες του κύκλου.

### **Άλλες θεραπείες**

Βελονισμός, βιοανάδραση, ομοιοπαθητική και χειροπρακτική εφαρμόζονται.<sup>17</sup>

## **3) Θεραπεία του «ημικρανικού status»**

Το ημικρανικό status αναφέρεται σε κρίσεις ημικρανίας που η κεφαλαλγία συνεχίζεται αμείωτη με ποικιλόμορφη ένταση για περισσότερο χρόνο από 72 ώρες. Στις περιπτώσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται κεφαλαλγίες άλλες από τις ημικρανικού τύπου, εκτός βέβαια από το ότι σε μία παρατεταμένη ημικρανική κρίση επιπροστίθεται ένας βαθμός κεφαλαλγίας «τάσης». Ο Mathew θεωρεί ότι μία επεισοδιακή ημικρανία μπορεί να γίνει ανθεκτική στην κλασική θεραπεία. Οι ασθενείς που παρουσιάζονται με τέτοια κλινική εικόνα είτε έχουν γίνει ήδη εξηρημένοι από αναλγητικά λόγω της συχνής χρήσης των είτε, χωρίς απαραίτητα να είναι έτσι, εμφανίζουν αμείωτη κεφαλαλγία. Απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο, παρακλινικός έλεγχος, ανεξάρτητα τις περισσότερες φορές από θετικά εστιακά νευρολογικά σημεία, ιδιαίτερα όταν η κεφαλαλγία είναι μεγάλης έντασης. Όταν ο παρακλινικός έλεγχος είναι αρνητικός, η θεραπεία με DHE, χλωροπρομαζίνη, σουματριπτάνη υποδορίως και στεροειδών φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική.

Η χορήγηση DHE κατά το σχήμα του Raskin επιτυγχάνει στο πλείστον των περιπτώσεων ανακούφιση της ημικρανίας σε 2- 3 μέρες.

Εξαιρούνται ασθενείς με νοσήματα στεφανιαίων αγγείων, υπέρταση, περιφερικά αγγειακά προβλήματα, στηθάγχη.

## **4) Συμπεράσματα**

Όταν κάνεις σκέπτεται τι σημαίνει «θεραπεία» του ημικρανικού ασθενούς, διαπιστώνει πόσα λίγα γνωρίζει για τη σύνθετη και ποικιλόμορφη αυτή κατάσταση. Ουσιαστικά δεν υπάρχει καμία θαυματουργή λύση, ούτε κάποια καθολική μέθοδος.

Πρέπει κατ' αρχήν να ασχοληθούμε με τον ασθενή και να τον πείσουμε για την άγνωστη αιτία της νόσου και τη μη χρησιμότητα των πολύπλοκων παρακλινικών εξετάσεων. Ο ασθενής συμμετέχει στις θεραπευτικές αποφάσεις μας και ακολουθεί ένα πρόγραμμα που είναι προσαρμοσμένο και αποδεκτό από τον ίδιο.<sup>17</sup>

Όσον αφορά το κλινικό μέρος, το πλείστον των ημικρανικών κρίσεων ελέγχεται με ένα συνδυασμό αναλγητικών, αντιεμετικών ή αντιημικρανικών φαρμάκων. Ακόμη μπορεί εναλλακτικά να χρησιμοποιηθούν άλλες θεραπείες, φαρμακευτικές ή μη. Αν οι ημικρανικές κρίσεις είναι περισσότερες από τρεις το μήνα, σκεπτόμαστε την προφυλακτική θεραπεία. Εάν οι θεραπείες μας αποτύχουν, πρέπει να ξανασκεφτούμε την αρχική μας διάγνωση.

Εφ' όσον το δίπτυχο σχέση γιατρού- ασθενή και κλινική θεραπεία λειτουργήσουν αποτελεσματικά, μπορούμε να ελπίζουμε σε θεαματική κλινική βελτίωση και σημαντική αλλαγή της ποιότητας ζωής του ασθενή.<sup>17</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup>

### **ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

#### **Εισαγωγή**

Οι πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες εναλλακτικές θεραπείες είναι οι ακόλουθες:

- 1) Βελονισμός
- 2) Τεχνικές Βιοανάδρασης
- 3) Γνωσιακή θεραπεία Συμπεριφοράς
- 4) Τεχνικές Χαλάρωσης

Αν και αυτές οι θεραπείες αποσκοπούν να επηρεάσουν την συχνότητα και την βαρύτητα των κεφαλαλγιών δίδουν κυρίως έμφαση στην πρόληψη των επεισοδίων κεφαλαλγίας. Οι θεραπείες αυτές δυνατόν να μειώσουν τα ψυχολογικά συμπτώματα, την συναισθηματική διαταραχή, ή τα σωματικά ενοχλήματα. Ορισμένοι δίνουν μεγαλύτερη σημασία στα ευεργετικά αυτά αποτελέσματα απ' ότι στην ελάττωση της έντασης της κεφαλαλγίας.

Οι εναλλακτικές θεραπείες αποτελούν ένδειξη για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας για τους πάσχοντες που εμφανίζουν τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- 1) προτίμηση για μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις
- 2) μικρή αντοχή στη φαρμακολογική θεραπεία
- 3) ιατρική αντένδειξη των φαρμακευτικών θεραπειών
- 4) ανεπαρκή απάντηση σε φαρμακολογική θεραπεία
- 5) εγκυμοσύνη, θηλασμό ή προγραμματιζόμενη εγκυμοσύνη
- 6) ιστορικό κατάχρησης αναλγητικών και άλλων θεραπειών, και
- 7) έντονο καθημερινό stress, κακή συνεργασία, συνυπάρχουσες ψυχολογικές διαταραχές που επιδεινώνουν τα προβλήματα κεφαλαλγίας ή την αναπηρία.

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι αυτής της μορφής θεραπείας περιλαμβάνουν ελάττωση της συχνότητας και της βαρύτητας της κεφαλαλγίας, μείωση της ανικανότητας που προκαλείται από την κεφαλαλγία και της συναισθηματικής διαταραχής, ελάττωση της μειωμένης δυνατότητας φαρμακοθεραπείας και αύξηση της προσωπικής ρύθμισης των κεφαλαλγιών.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι εφαρμογής της θεραπείας αυτής με στόχο της ελάττωσης της δαπάνης για την θεραπεία και την αύξηση της ωφελιμότητάς της.<sup>18</sup>

## 1) ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΜΕ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟ

### Εισαγωγή

Η αναλγησία με βελονισμό την τελευταία εικοσαετία έχει κινήσει το ερευνητικό ενδιαφέρον επιστημόνων πολλών διαφορετικών κλάδων. Νευροφυσιολόγοι, νευρολόγοι, αναισθησιολόγοι, ρευματολόγοι, φυσίατροι και άλλοι, κλινικοί και μη, έχουν διενεργήσει κλινικές και νευροφυσιολογικές μελέτες σε μια προσπάθεια να προστεθεί στο θεραπευτικό οπλοστάσιο εναντίον του πόνου, ένα ακόμη όπλο. Στις Δυτικές χώρες το αρχικό ενδιαφέρον ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του εβδομήντα και αφορούσε κυρίως της εγχειρητική και μετεγχειρητική αναλγησία. Αν και οι ανωτέρω εφαρμογές δεν έτυχαν ευρείας αποδοχής, λόγω μη επίτευξης επαρκούς αναλγησίας σε πολλά είδη επεμβάσεων, η μελέτη του βελονισμού συνέχισε αυξανόμενη, τόσο σε επίπεδο βασικής έρευνας όσο και σε επίπεδο κλινικών εφαρμογών. Η αξιολόγηση της αναλγητικής δράσεως του βελονισμού παρουσιάζει πρόσθετες ιδιαιτερότητες για τους κατωτέρω λόγους:

1. Η νευροφυσιολογία του πόνου είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο θέμα. Παρά την μεγάλη πρόοδο των τελευταίων ετών υπάρχουν ακόμη αρκετά κενά στην κατανόηση των σχετικών μηχανισμών.

2. Ο βελονισμός αποτελεί τμήμα της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής και αποτελεί προϊόν εμπειρικής παρατήρησης των λαϊκών θεραπειών στη διάρκεια τριών χιλιετηρίδων. Διαμορφώθηκε ένα πολύπλοκο διαγνωστικό/θεραπευτικό σύστημα με ιδιαίτερη φυσιολογία, παθοφυσιολογία και νοσολογία που βεβαίως πόρρω απέχουν των αντίστοιχων σύγχρονων κλάδων.

3. Αν και η δράση του βελονισμού στη μείωση του ούδου του πόνου έχει καταδειχθεί σε αρκετά πειραματικά μοντέλα σε ζώα και ανθρώπους και γενικά δεν αμφισβητείται, η εκτίμησή της κλινικής αποτελεσματικότητας του βελονισμού σε διάφορα επώδυνα σύνδρομα απαιτεί πρόσθετη αξιολόγηση. Η ελάττωση του ούδου του πόνου από το βελονισμό δε συνεπάγεται βεβαίως και ελάττωση της «ανοχής» του πόνου.

Η κλινική αξιολόγηση της αναλγητικής δράσης του βελονισμού εντάσσεται στο γενικότερο πρόβλημα της αξιολόγησης των μη φαρμακευτικών μεθόδων θεραπείας. Το φάρμακο, ως θεραπευτικό μέσο είναι εύκολο να παρακολουθηθεί. Καταγράφουμε την δόσολογία, τα επίπεδα, την φαρμακοκινητική του.

4. Ο βελονισμός συνιστά μια τεχνική η οποία για να είναι αποτελεσματική απαιτεί γνώση και εμπειρία εκ μέρους του θεραπευτή. Η σωστή εφαρμογή του βελονισμού προϋποθέτει ακριβή διάγνωση εξατομίκευση της θεραπείας, σωστή επιλογή σημείων, σωστή τεχνική, επαρκή αριθμό συνεδριών.<sup>19</sup>

### Μηχανισμοί δράσεως

Η μελέτη των υπαρχόντων δεδομένων μας οδηγεί στην άποψη ότι η αναλγητική δράση του βελονισμού μπορεί να διακριθεί σε δύο επί μέρους δράσεις που αλληλεξαρτώνται:

1. Στην τοπική δράση η οποία συνιστάται σε βελονισμό των μυοπεριτονιακών σημείων ευαισθησίας. Τα σημεία αυτά συνιστούν περιοχές αυτοσυντηρούμενης άσηπτης φλεγμονής, κυρίως λόγω υιοθέτησης από τον ασθενή παθολογικών κινητικών προτύπων. Ο βελονισμός κινητοποιεί επουλωτική διαδικασία ελαττώνοντας

την περιφερική ευαισθητοποίηση των νευρικών ινών η οποία έχει ως κύρια αιτία της την άσηπτη φλεγμονή. Παράλληλα ελαττώνει το ρυθμό εκφόρτισης αλγαισθητικών ώσεων από την περιφέρεια προς τα αντίστοιχα στελεχιαία και διεγκεφαλικά κέντρα στα οποία οι αλγαισθητικές ώσεις υφίστανται ολοκλήρωση και ερμηνεία. Η συνολική αυτή ελάττωση της «ποσότητας» του «εισαγομένου πόνου» στο κεντρικό νευρικό σύστημα προλαμβάνει τη δημιουργία – ή τερματίζει την ύπαρξη – της συνήθως συνυπαρχούσης κεντρικής ευαισθητοποίησης και των συνεπειών.

2. Στην ενεργοποίηση του ενδογενούς συστήματος αναλγησίας. Τα λεγόμενα «κλασικά» σημεία βελονισμού φαίνεται ότι είναι περιοχές ευρισκόμενες μέσα σε μυς ή περιτονίες στις οποίες υπάρχει αυξημένη συγκέντρωση Αδινών, δηλ. ινών τύπου III, αλλά και τύπου II και ινών του αυτόνομου.

### **Συμπέρασμα**

Από τα ανωτέρω εκτεθέντα δεδομένα προκύπτει ότι η μέγιστη πλειοψηφία των μέχρι τούδε εργασιών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο βελονισμός δε στερείται θεραπευτικής δράσεως στις κεφαλαλγίες τάσεως και τις ημικρανίες. Βεβαίως, αν ληφθούν υπ' όψιν οι δυσκολίες στην εκτίμηση των κλινικών αναλγητικών αποτελεσμάτων του βελονισμού και οι ιδιαιτερότητες τα εφαρμογής του, προκύπτει ότι απαιτούνται περαιτέρω κλινικές έρευνες που θα χαρακτηρίζονται από αυστηρή επιλογή ασθενών, σωστή βελονιστική τεχνική μέθοδο και ακριβή μακροχρόνια παρακολούθηση. Με τις εργασίες αυτές θα καταστούν πιο σαφείς και με μεγαλύτερη ακρίβεια οι θεραπευτικές δυνατότητες της μεθόδου και θα οριοθετηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι ενδείξεις εφαρμογής της.<sup>19</sup>

## **2) Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗΣ**

### **Εισαγωγή**

Ο όρος βιανάδραση αναφέρεται σε ένα σύνολο τεχνικών στη διάρκεια των οποίων γίνεται, με τη βοήθεια ειδικών συσκευών, συνεχής καταγραφή με συνειδητών σωματικών λειτουργιών. Το σκεπτικό της μεθόδου βασίζεται στην άποψη ότι η καταγραφόμενη λειτουργία σχετίζεται αιτιολογικά με το κλινικό πρόβλημα και συνεπώς η τροποποίηση της θα συμβάλει στην αντιμετώπιση του κυρίου συμπτώματος ή και της ίδιας της νόσου. Σύμφωνα με νευροφυσιολογικά δεδομένα, φαίνεται ότι τα περιφερικά όργανα λειτουργούν ως εκτελεστικά όργανα του νευρικού συστήματος συνδεδεμένα με κλειστά κυκλώματα ανάδρασης. Τα εσωτερικά αυτά κυκλώματα ανάδρασης λειτουργούν χωρίς να υποπίπτουν στην αντίληψή μας. Η διαδικασία της βιοανάδρασης στις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες είναι μία διαδικασία μάθησης στη διάρκεια της οποίας ο ασκούμενος ασθενής, με τη βοήθεια ειδικών συσκευών καταγραφής και ακολουθώντας ειδικές εντολές, μαθαίνει να τροποποιεί εκουσίως μια ή και περισσότερες από τις κατωτέρω λειτουργίες:

1) Να ελέγχει, δηλ να ελαττώνει εκουσίως, τη μυϊκή δραστηριότητα των μυών του προσώπου, του κρανίου και του αυχένα.

2) Να αυξάνει εκουσίως τη θερμοκρασία των δακτύλων των άκρων χεριών.

3) Να ελαττώνει το σφυγμικό κύμα της επιπολής κροταφικής αρτηρίας.

Η δεύτερη και η Τρίτη μέθοδος εφαρμόζονται στη θεραπεία της ημικρανίας. Υπάρχουν και άλλες μορφές βιοανάδρασης που έχουν δοκιμασθεί στις κεφαλαλγίες, όπως η βιοανάδραση έσω διακρανιακού Doppler, το οποίο εστιάζεται στο εύρος της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και το οποίο ευρίσκεται ακόμη στο στάδιο της κλινικής αξιολόγησής.<sup>19</sup>



### **Αντενδείξεις της βιοανάδρασης**

Στη βιοανάδραση, κατ' αρχήν τουλάχιστον, υπάρχει συνεργασία θεραπευτική και θεραπευομένου, καθώς απαιτείται από τον ασθενή κατανόηση των οδηγιών του θεραπευτή. Προϋπόθεση τούτου είναι ένα επαρκές επίπεδο νοητικών λειτουργιών και κυρίως της αντίληψης. Απαιτούνται επίσης ακέραιες αισθήσεις (όραση και ακοή) για την αντίληψη του αντίστοιχου σήματος. Η βιοανάδραση δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί σε ανοϊκούς, σε πάσχοντες από αφασία αντιλήψεως, και εφαρμόζεται δυσκολότερα σε πάσχοντες από ελαττωμένη όραση και ακοή. Δεν έχει καλά αποτελέσματα σε άτομα πολύ αγχώδη, γιατί παρουσιάζουν διάσπαση της προσοχής και δε συνεργάζονται. Αντενδείκνυται σε πάσχοντες από δυνατόν να εντάξουν την όλη διαδικασία στο παραλήρημά τους.<sup>19</sup>

Οι τεχνικές βιοανάδρασης συνδυάζονται συχνά με τεχνικές χαλάρωσης και μπορεί να απαιτούνται περισσότερες από 12 συνεδρίες. Όπως και στην χαλάρωση οι ασθενείς μαθαίνουν να εφαρμόζουν την αυτορύθμιση για 20- 30 λεπτά ημερησίως και να προσαρμόζουν αυτές τις τεχνικές στο καθημερινό τους πρόγραμμα.<sup>18</sup>

### **3) ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Η βασική σκέψη για τη χρήση της γνωσιακής θεραπείας συμπεριφοράς ή τεχνικών ελέγχου του stress στην κεφαλαλγία ξεκινά από την παρατήρηση ότι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα συνεργάζονται με τα καθημερινά στρεσογόνα ερεθίσματα μπορεί να κινητοποιήσουν , να αυξήσουν ή να διατηρήσουν τις κεφαλαλγίες και την δυσκολία που προκύπτει από αυτές. Η γνωσιακή θεραπεία συμπεριφοράς εστιάζεται στα γνωσιακά και συναισθηματικά στοιχεία της κεφαλαλγίας και συνδυάζεται με τις τεχνικές χαλάρωσης. Οι γνωσιακές παρεμβάσεις κινητοποιούν τους ασθενείς στο ρόλο που παίζουν οι σκέψεις τους στη γέννηση του stress και στη σχέση μεταξύ stress και κεφαλαλγίας. Οι ασθενείς διδάσκονται πιο αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων που συνδέονται με την κεφαλαλγία ή καθ' αυτή την κεφαλαλγία. Συνήθως απαιτούνται τρεις έως δώδεκα ή περισσότερες συνεδρίες.<sup>18</sup>

### **4) Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ**

Οι ασκήσεις χαλάρωσης είναι πιθανώς η πιο συχνή μορφή μη φαρμακευτικής θεραπείας για άτομα που εμφανίζουν κεφαλαλγία. Η περισσότερο συχνή τεχνική χαλάρωσης υποχρεώνει τον πάσχοντα σε μια συστηματική σειρά ασκήσεων μυϊκής τάσεως και χαλάρωσης, γεγονός που βοηθά τον ασθενή να μάθει να διακρίνει τις καταστάσεις τάσεως και στη συνέχεια τον καθιστά ικανό να πετύχει μια κατάσταση γενικής χαλάρωσης. Η προσέγγιση χαλάρωσης περιλαμβάνει σήμερα τόσο ενεργητική μορφή (μυϊκές ασκήσεις τάσης και χάλασης του Jacobson), όσο και παθητική μορφή (yoga, αυτογενείς ασκήσεις). Η επιλογή του αρρώστου θα καθορίσει ποια από τις δύο μορφές είναι προτιμότερη.

Μια τυπική αγωγή χαλάρωσης περιλαμβάνει 8- 10 συνεδρίες όπου ο ασθενής μαθαίνει χαλάρωση με διάφορους τρόπους, ώστε να βοηθείται στα χαλάρωση αμέσως σε όλες τις καθημερινές καταστάσεις (στην εργασία, οδήγηση αυτοκινήτου, στην αναμονή σε ουρά). Σημαντικό ρόλο στα χαλάρωση παίζει η αναπνοή και κυρίως η

διαφραγματική αναπνοή που είναι και χαλαρωτική. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν γνωρίζουν να αναπνεύσουν σωστά και πολλές φορές μόνο οι ασκήσεις αναπνοής και η διόρθωση των αναπνευστικών κινήσεων οδηγούν σε χαλάρωση του πάσχοντα.

Όσο προχωρά ο αριθμός των συνεδρίων μικραίνει η διάρκεια του κύκλου τάση-χαλάρωση και εισάγονται άλλες μέθοδοι όπως π.χ. σχήματα λόγου χαλάρωσης ή τεχνικές χαλάρωσης ή τεχνικές με ανάκληση, ώστε η χαλάρωση να είναι πλέον προσιτή στον ασθενή, περισσότερες ώρες της ημέρας στη δουλειά του, στο σπίτι του, στη διασκέδασή του.<sup>20</sup>

Το αποτέλεσμα για να είναι θετικό και ουσιαστικό θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πολλές φορές την ημέρα, έστω για σύντομο χρονικό διάστημα, ώστε να μη σβήνει από τη μνήμη η έννοια της χαλάρωσης.

Ο τρόπος με τον οποίο ένας θεραπευτής θα πρέπει να μυήσει τον κεφαλαλγικό ασθενή στη χαλάρωση παρατίθεται στη συνέχεια.<sup>19</sup>

### Τι σχέση έχουν οι συσπάσεις των μυών με την κεφαλαλγία;

Τα αιμοφόρα αγγεία και οι νευρικές ίνες του τριχωτού δέρματος της κεφαλής βρίσκονται πάνω στους μύς. Τοποθετήστε τα δάχτυλα στον κάθε κρόταφό σας και σφίξτε τη σιαγόνα σας. Θα αισθανθείτε τους μύς των κροτάφων σας να διογκούνται, καθώς συσπώνται. Αφήστε τη σιαγόνα σας χαλαρή και οι μύες θα



ξαναγίνουν και αυτοί με την σειρά τους επίπεδοι και χαλαροί. Αρκετά άτομα συσπών τους μύς καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας χωρίς να το συνειδητοποιούν, έτσι ώστε οι μύες κινούνται συνεχώς δημιουργώντας ένα σταθερό βύθιο πόνου στους κροτάφους τους (σχήμα 1).

Σχήμα 1

Τα αγγεία που περνούν μέσω των μυών συχνά στενεύουν, όταν οι μύες συσπώνται. Οι μύες κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορούν και χαλαρώνουν και τα αγγεία διαστέλλονται. Γι' αυτό το λόγο, όταν ξυπνά κανείς κατά τη διάρκεια της νύκτας ή νωρίς το πρωί έχει ένα σφύζοντα πονοκέφαλο στην κροταφική χώρα (σχήμα 2). Άλλα άτομα τρίζουν ή κτυπούν τα δόντια τους, όταν κοιμούνται τη νύχτα (σχήμα 3).<sup>20</sup>



**Σχήμα 3**



**Σχήμα 2**

Τα άτομα αυτά ξυπνούν με πόνο στην κάτω σιαγόνα και ευαισθησία στα ούλα της άνω σιαγόνας που δημιουργείται από τις πλάγιες κινήσεις της κάτω γνάθου κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η υπερβολική σύσπασση των μυών της κάτω σιαγόνας είναι αρκετά συχνή σε αγχώδη άτομα ή σε άτομα που βρίσκονται σε υπερένταση. Τα άτομα αυτά συνειδητοποιούν συχνά ότι οι μύες τους δε χαλαρώνουν (σχήμα 4).



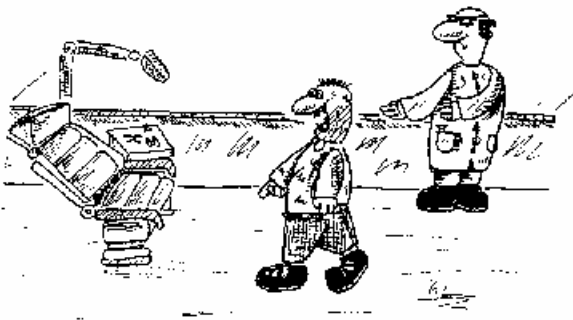
**Σχήμα 4**

Αισθάνεστε τους μύς της κάτω σιαγόνας σας να πονούν κατά το τέλος της ημέρας ή μετά από μια δυσάρεστη ή δύσκολη συζήτηση ή μετά από μια λογομαχία; Αισθάνεστε πόνο στον έναν ή και στους δύο κροτάφους στο τέλος της ημέρας ή ξυπνάτε με πονοκέφαλο που εντοπίζεται στις περιοχές αυτές; Όταν ο πονοκέφαλος εντοπίζεται στον έναν κροτάφο μόνο, ελέγξτε την επαφή των άνω και κάτω δοντιών (το δάγκωμα) (σχήμα 5), για να δείτε αν μασάτε ισομοιρασμένα στις δυο πλευρές και αν η σιαγόνα σας μετακινείται ελεύθερα από τη μια πλευρά στην άλλη.<sup>20</sup>



**Σχήμα 5**

Αν σας λείπουν κάποια δόντια στο πίσω μέρος του στόματός στη μία ή στην άλλη πλευρά, η ένταση του μασήματος γίνεται πιο έντονη στην αντίθετη πλευρά, δημιουργώντας έτσι πόνο στη άρθρωση της σιαγόνας και στον κρόταφο. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να επισκεφθείτε τον οδοντίατρό σας για να ισορροπήσει το μάσημά σας, γιατί μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας του υπερβολικού σφιξίματος της κάτω σιαγόνας.



**Σχήμα 6**

## **Η ΣΕΙΡΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ**

Ξαπλώστε σε μία σταθερή επιφάνεια π.χ πάτωμα καλυμμένο με μοκέτα ή σε κρεβάτι με σκληρό στρώμα. Ένα μαξιλάρι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη στήριξη του κεφαλιού αρχικά και να αφαιρεθεί αργότερα, όταν η χαλάρωση θα γίνεται ευκολότερη. Στα αρχικά μαθήματα πρέπει να φοράτε μπλούζα με κοντά μανίκια και παντελόνι κοντό, έτσι ώστε να βλέπετε και να νιώθετε τις συσπάσεις των μυών (σχήμα 13). Ξαπλώνετε ανάσκελα με τα πόδια ελαφρώς απομακρυσμένα και τα χέρια λυγισμένα αναπαυτικά στον αγκώνα, έτσι ώστε οι αγκώνες σας να βρίσκονται στο πλάι

του σώματος σας και οι παλάμες ακουμπισμένες στο σώμα σας. Διάφοροι μύες θα συσπώνται και θα χαλαρώνουν με τη σειρά τους.<sup>20</sup>



**Σχήμα 13**

### **Πόδια**

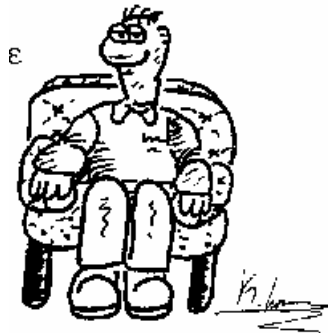
Σφίξτε τους μύς στα πόδια, ούτως ώστε να γίνουν σαν άκαμπτες στήλες. Το σώμα των μυών γίνεται ορατό καθώς οι μύες συσπώνται. Συγκεντρώστε την προσοχή σας στην αίσθηση που σας προκαλεί η σύσπαση των μυών και ιδιαίτερα στην τάση που δημιουργείται στους μύς σας. Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να βάλετε κάποιον να σαν πιάσει από το γόνατό σας και να το σηκώσει απότομα για να διαπιστώσει κατά πόσο τα πόδια σας είναι τελείως χαλαρά και ότι οι μύες δεν ξανασυσπώνται, μόλις τα πόδια σας μετακινηθούν παθητικά (σχήμα 14). Αυτή η διαδικασία μπορεί να τελειώσει σηκώνοντας ένα πόδι και αφήνοντας το να πέσει κάτω σαν ένα άψυχο αντικείμενο. Επαναλάβετε και με το άλλο πόδι.



**Σχήμα 14**

## Χέρια

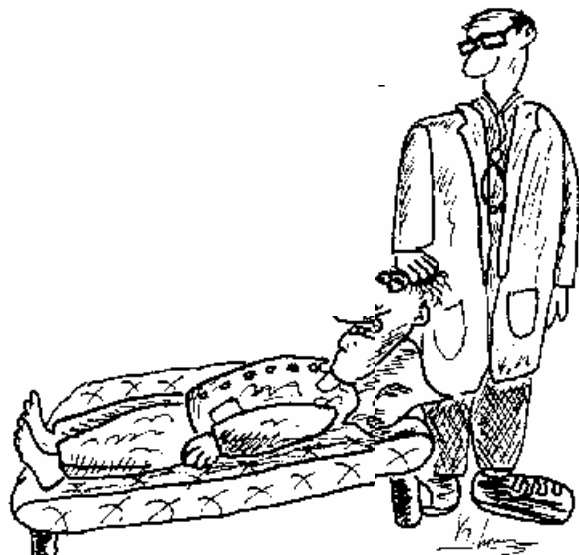
Τοποθετήστε τα χέρια πάνω στον καναπέ έτσι ώστε οι αγκώνες σας να ακουμπούν με δύναμη. Τα χέρια κρατιούνται άκαμπτα και κάποια στιγμή σταματάμε απότομα τη σύσπαση των μυών, ούτως ώστε τα χέρια να γίνουν χαλαρά και άψυχα. Στη φάση αυτή ο βοηθός θα πρέπει να μπορεί να κινεί τον αγκώνα πάνω ή κάτω χωρίς οποιαδήποτε αντίσταση.<sup>20</sup>



Σχήμα 15

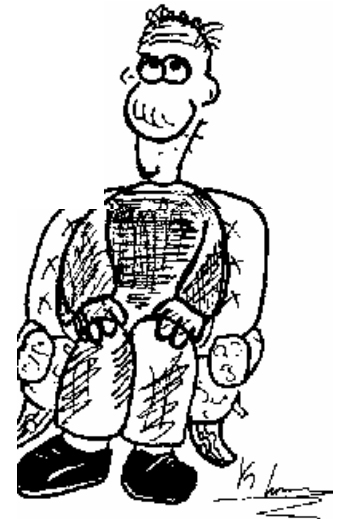
## Αυχένας

Ανασηκώστε το κεφάλι σας από το μαξιλάρι και κατόπιν αφήστε το να πέσει προς τα πίσω. Ο βοηθός μπορεί να προκαλέσει αντίσταση στην κίνηση πιέζοντας το μέτωπό σας, έως ότου εσείς αισθανθείτε τη σύσπαση των μυών στο μπροστινό μέρος του λαιμού (σχήμα 16).



## Μέτωπο

Ρυτιδώστε το μέτωπό σας προς τα πάνω για να ανεβάσετε τα φρύδια. Αν δυσκολεύεστε να κάνετε την κίνηση αυτή, δοκιμάστε να κοιτάξετε προς τα πάνω κινώντας όσο πιο πάνω μπορείτε τα μάτια σας, για να ζαρώσει το μέτωπό σας (σχήμα 17). Ξανανιώστε την αίσθηση της έντασης των μυών, κλείστε τα μάτια σας και αφήστε τους μυς του μετώπου σας να χαλαρώσουν. Ο βοηθός μπορεί να αντιληφθεί την παρουσία ή απουσία συσπάσεων παρατηρώντας εάν το δέρμα του μετώπου κινείται ελεύθερα με την παλάμη του.<sup>20</sup>



**Σχήμα 17**

### **Μάτια**

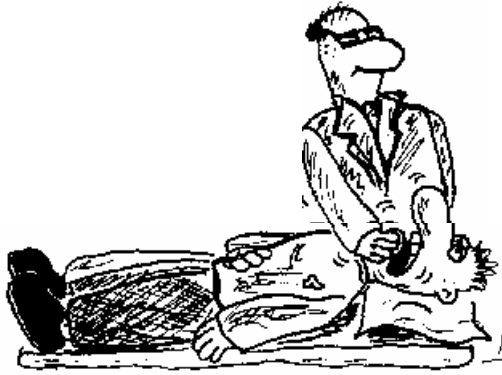
Κλείστε τα μάτια σας με πίεση και συνειδητοποιείστε την αίσθηση της έντασης. Μετά χαλαρώστε τους μύς και ξαπλώστε συνεχίζοντας να έχετε τα μάτια κλειστά. Εξακριβώστε ότι τα βλέφαρά των ματιών σας κατά τη διάρκεια που τα κρατάτε κλειστά δεν τρεμοπαίζουν και νιώστε τους μύς των ματιών σας τελείως χαλαρούς.



**Σχήμα 18**

### **Σαγόني**

Κλείστε το σαγόني σας με δύναμη και συγκεντρωθείτε για να αισθανθείτε την αίσθηση του σφιγίματος στον κρόταφο και στο ίδιο το σαγόني. Μετά «κλείστε το διακόπτη» και αφήστε το σαγόني σας να πέσει χαλαρά. Ανοίξτε το σαγόني σας, κοντράροντας την αντίσταση που καταβάλλει το χέρι του βοηθού σας, για να σας εμποδίσει να το πετύχετε. Μετά χαλαρώστε τελείως. Κινείστε το σαγόني σας πλαγίως δεξιά όσο μπορείτε και μετά το ίδιο προς τα αριστερά. Ολοκληρώστε την άσκηση σφίγγοντας πάλι το σαγόني σας και αφήστε το να πέσει χαλαρά. Ο βοηθός πρέπει τότε να είναι σε θέση να κρατήσει την άκρη με τα δάχτυλα του και να κινήσει το σαγόني σας πάνω – κάτω πολύ γρήγορα (σχήμα 19).



Σχήμα 19

Είναι λάθος να εξασκείστε καθημερινά για μια εβδομάδα και μετά να ξεχνάτε τα πάντα. Αν το κάνετε αυτό, τότε οι παλιές συνήθειες των συσπάσεων των μυών θα ξαναεμφανισθούν, εκτός και εάν αποτελείτε εξαίρεση. Συνεχίστε λοιπόν την εξάσκηση μένοντας χαλαροί και ελεύθεροι από πονοκέφαλο.<sup>20</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15<sup>ο</sup>

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ

#### Τι θα πρέπει να ξέρετε για τις κλινικές

Υπάρχουν σήμερα κλινικές στον κόσμο ειδικές για την ημικρανία και τα άλλα είδη πονοκεφάλου. Οι κλινικές αυτές διαφέρουν κάπως στο σύστημα και την οργάνωση από χώρα σε χώρα. Σε μια κλινική στο Λονδίνο και σε άλλες όμοιες, άτομα που υποφέρουν από ημικρανία μπορούν να δουν γιατρούς που ειδικεύονται στην ημικρανία, κάνοντας έρευνες και εξετάσεις και δίνοντας την κατάλληλη θεραπεία.

Ότι διαφορές και να παρατηρούνται στην οργάνωση των κλινικών ημικρανίας στις δυτικές χώρες, είτε δηλαδή χρηματοδοτούνται από το κράτος είτε πληρώνουν οι ασθενείς, οι γνώμες συμφωνούν στο θέμα της θεραπείας. Σήμερα οι περισσότεροι γιατροί πιστεύουν πως στις ειδικευμένες κλινικές ημικρανίας πολλά μπορούν να γίνουν όσο αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την έρευνα.

Για να μπορέσει κανείς να επισκεφτεί μια κλινική ημικρανίας, σε χώρες όπως η Βρετανία και η Αυστραλία, συνήθως θα πρέπει να τον στείλει ο οικογενειακός του γιατρός. Θα του δώσει δηλαδή ένα συστατικό γράμμα ή θα του κλείσει ραντεβού για να επισκεφτεί την πιο κοντινή κλινική στον τόπο που μένει. Οι περισσότερες κλινικές ημικρανίας βρίσκονται σε νοσοκομεία. Αν όμως δεν υπάρχει κατάλληλη κλινική κοντά στον τόπο της κατοικίας του ασθενή, ο γιατρός μπορεί να τον στείλει στο νευρολογικό τμήμα ή στα εξωτερικά ιατρεία του πλησιέστερου νοσοκομείου.

Εκτός από τις νοσοκομειακές κλινικές, υπάρχει κι ένας μικρός αριθμός ειδικών κλινικών που δεν έχουν σχέση με κάποιο νοσοκομείο, αλλά λειτουργούν ανεξάρτητα, με αποκλειστικό αντικείμενο τους πονοκεφάλους και την ημικρανία. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα των κλινικών αυτών είναι ότι οι ασθενείς μπορούν να εξεταστούν την ώρα που περνάνε την κρίση τους.<sup>8</sup>

#### Η Κλινική Ημικρανίας του Νοσοκομείου Σίτυ του Λονδίνου

Μια από τις πρώτες κλινικές ημικρανίας που δέχθηκε ασθενείς στη διάρκεια οξείας κρίσης πονοκεφάλου ήταν η Κλινική Ημικρανίας του Νοσοκομείου Σίτυ του Λονδίνου. Η κλινική άρχισε να λειτουργεί το 1970 και αποτελεί ένα κέντρο για την έρευνα και τη θεραπεία της ημικρανίας. Οι ασθενείς έρχονται, είτε σταλμένοι από τον παθολόγο τους είτε για πρώτες βοήθειες, στη διάρκεια μιας κρίσης. Η ιδέα για την κλινική οφείλεται στον Ντέρεκ Μούλλις και αρχικά χρηματοδοτήθηκε από το «Μάιγκραιιν Τραστ». Στα χρόνια της λειτουργίας της, την κλινική επισκέφτηκαν πάνω από 4000 άτομα που εξετάστηκαν στη διάρκεια οξείας κρίσης.

Αξίζει ν' αναφέρουμε εδώ μερικές από τις πιο συνηθισμένες ερωτήσεις που υποβάλλουν οι ασθενείς στην κλινική.<sup>8</sup>

## **Γιατί χρειαζόμαστε τις κλινικές ημικρανίας;**

Οι ασθενείς θέλουν να πηγαίνουν σε μέρη όπου θα βρουν ειδικούς με πείρα, που θα πάρουν στα σοβαρά την περίπτωση τους. Όταν υποφέρετε από πονοκέφαλο δε θέλετε απλά να σας πουν «πονοκέφαλος είναι θα περάσει» και να σας διώξουν μετά από λίγα λεπτά. Στην κλινική ημικρανίας θα σας δουν γιατροί με ειδικό ενδιαφέρον για την ημικρανία και τα άλλα είδη πονοκεφάλου και με μια σύγχρονη ενημέρωση για τις καλύτερες μεθόδους θεραπείας.

Η ειδικευμένη κλινική ημικρανίας βρίσκεται στην πλεονεκτική θέση να μπορεί να βοηθήσει, σχεδόν αμέσως, ανθρώπους που την επισκέπτονται με δυνατό πονοκέφαλο. Θα οδηγηθούν σ' ένα ήσυχο δωμάτιο όπου ο γιατρός θα πάρει το ιστορικό τους και θα τους εξετάσει. Όλοι όσοι έχουν επισκεφτεί το τμήμα πρώτων βοηθειών νοσοκομείου με μεγάλη κίνηση, θα ξέρουν πως ο χρόνος αναμονής είναι πολλές φορές μεγάλος. Στην ειδική κλινική ο ασθενής εξετάζεται από γιατρό μόλις μπει μέσα, στη συνέχεια του δίνεται η κατάλληλη αγωγή κι ύστερα του επιτρέπεται να ξαπλώσει και να κοιμηθεί αν θέλει.

Επιπλέον οι κλινικές ημικρανίας δίνουν στους γιατρούς την ευκαιρία να δουν τους ασθενείς στη διάρκεια της κρίσης και να κάνουν έρευνες για το τι συμβαίνει στον ανθρώπινο οργανισμό αυτές τις κρίσιμες στιγμές.<sup>8</sup>

## **Πρωταρχικός σκοπός της κλινικής ημικρανίας είναι η έρευνα;**

Οι κλινικές παίζουν σημαντικό ρόλο στην έρευνα της ημικρανίας, αφού είναι σχετικά περιορισμένες οι γνώσεις για το τι συμβαίνει στη διάρκεια μιας τέτοιας κρίσης. Αν δεν εξεταστούν οι ασθενείς εκείνη την ώρα, είναι πολύ δύσκολο να πάρει κανείς πληροφορίες για το είδος των βιοχημικών και άλλων μεταβολών που συμβαίνουν σε μια κρίση ημικρανίας. Στο χρονικό διάστημα μεταξύ των κρίσεων τα άτομα που υποφέρουν από ημικρανία είναι φυσιολογικά από κάθε πλευρά.

Παρ' όλα αυτά, αν και η έρευνα αποτελεί έναν από τους κύριους σκοπούς της κλινικής, πρώτος έρχεται ο ασθενής. Οι κλινικές έγιναν για να βοηθήσουν με εξέταση και ιατρική αγωγή τον άρρωστο, και καμία έρευνα δεν μπορεί να γίνει χωρίς τη θέληση και τη θετική του συμμετοχή.<sup>8</sup>

## **Ποιος διευθύνει μια κλινική ημικρανίας;**

Αν και το βασικό σύμπτωμα της ημικρανίας είναι ο πονοκέφαλος, δεν υπάρχει αμφιβολία πως μεγάλος αριθμός ατόμων παθαίνουν και άλλα συμπτώματα. Γύρω στο 90% εμφανίζουν τάση ναυτίας, 50% κάνουν εμετό σε κάποια στιγμή και 20% παρουσιάζουν και διάρροια, ενώ μερικοί αντιμετωπίζουν και δυσκολία στην ούρηση. Δεν είναι ασυνήθιστο να νιώσει κανείς ρίγη στη διάρκεια της κρίσης ή, αντίθετα, να έχει αναψοκοκκινίσει. Επειδή τα συμπτώματα και οι μεταβολές που συμβαίνουν στη διάρκεια της κρίσης έχουν μια γενική μορφή, πολλοί νομίζουν πως ο πιο κατάλληλος γιατρός για την ημικρανία είναι ο παθολόγος. Και πράγματι τα περισσότερα άτομα που υποφέρουν από ημικρανία παρακολουθούνται από τον οικογενειακό τους γιατρό

και δε χρειάζεται να καταφύγουν σε κλινικές. Παρ' όλα αυτά οι κλινικές που διευθύνονται από ειδικευμένους γιατρούς παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Πολλές κλινικές, λ.χ., διευθύνονται από νευρολόγους. Πρόκειται για γιατρούς ειδικευμένους στη διάγνωση και τη θεραπεία των διαταραχών του νευρικού συστήματος και είναι οι πιο κατάλληλοι να εντοπίσουν τη διαφορά ανάμεσα στην ημικρανία και τα άλλα είδη πονοκεφάλου.

Μια πετυχημένη κλινική ημικρανίας στις ΗΠΑ διευθύνεται από ωτορινολαρυγγολόγο, ενώ πολλοί οφθαλμίατροι δείχνουν επίσης ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ημικρανία.

Ένα, ωστόσο, είναι σίγουρο: εκείνοι που διευθύνουν κλινικές ημικρανίας έχουν όλοι πραγματικό ενδιαφέρον για την ημικρανία και τους ασθενείς που βλέπουν.<sup>8</sup>

## **Ποιος πρέπει να επισκεφτεί κλινική ημικρανίας;**

Μερικές φορές το άτομο που υποφέρει από ημικρανία αποφασίζει να επισκεφτεί έναν ειδικό, ίσως επειδή, για τον ένα ή τον άλλο λόγο, η αγωγή που του έγινε μέχρι εκείνη την ώρα δεν τον βοήθησε όσο περίμενε. Στις πιο πολλές περιπτώσεις πάντως ο οικογενειακός γιατρός είναι αυτός που αποφασίζει όταν πρέπει να ζητηθεί η βοήθεια ειδικών, ιδιαίτερα όταν έχει κάποια αμφιβολία για το αν τα συμπτώματα οφείλονται σε ημικρανία.<sup>8</sup>

## **Που βρίσκονται οι κλινικές ημικρανίας;**

Οι περισσότερες κλινικές ημικρανίας λειτουργούν στα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων και είναι ανοιχτές μια ή δυο φορές τη βδομάδα. Η ύπαρξη κλινικής ημικρανίας σ' ένα μεγάλο νοσοκομείο έχει το πλεονέκτημα ότι διαθέτει το κατάλληλο παραϊατρικό προσωπικό για να κάνει τις απαραίτητες ειδικές εξετάσεις, όπως ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, εγκεφαλογράφημα κλπ. Γίνεται διάγνωση και δίνεται θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με διάφορα είδη πονοκεφάλου κι αν παρουσιαστούν επείγοντα νευροχειρουργικά περιστατικά παρέχονται και οι υπηρεσίες νευροχειρουργού.

Το μειονέκτημα των κλινικών που στεγάζονται σε νοσοκομεία είναι ότι λειτουργούν συνήθως μόνο μια ή δυο φορές την εβδομάδα και πολύ λίγες είναι προετοιμασμένες για να δώσουν εξειδικευμένη αγωγή σε άτομα που τις επισκέπτονται στη διάρκεια οξείας κρίσης.

Οι μικρές κλινικές αποκλειστικά για την ημικρανία, παρέχουν πιο προσωπικές υπηρεσίες. Έχετε μεγαλύτερες πιθανότητες να σας δει ο ίδιος γιατρός σε κάθε επίσκεψη και, συνήθως, θα χρειαστεί να περιμένετε πολύ λιγότερο. Θα έχετε επιπλέον τη σιγουριά πως κάθε γιατρός που εργάζεται εκεί έχει ειδικό ενδιαφέρον για την ημικρανία.

Στην πράξη, και τα δυο είδη κλινικών παρέχουν πολύτιμες υπηρεσίες. Οι κλινικές των μεγάλων νοσοκομείων διαθέτουν όλα τα απαραίτητα μέσα και οι μικρότερες κλινικές δέχονται τους ασθενείς γρηγορότερα και μπορούν να δώσουν επείγουσα αγωγή σε όποιον τις επισκέπτεται στη διάρκεια οξείας κρίσης.<sup>8</sup>

Τι μου προσφέρει η κλινική; Σε όλες τις εποχές απασχολούσε τον άνθρωπο ο πόνος και προβληματιζόταν πως θα απαλλαγεί απ' αυτόν. Ο πονοκέφαλος είναι μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές πόνου, και το πρώτο πράγμα που περιμένετε από την κλινική είναι να σας ανακουφίσει απ' αυτόν. Ωστόσο, η απόλυτη ανακούφιση από τον πονοκέφαλο συμβαίνει σχετικά σπάνια. Εκείνο που μπορούν να προσφέρουν οι κλινικές είναι η μείωση του πόνου, εξήγηση του μηχανισμού που τον προκαλεί και επιβεβαίωση πως στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν κρύβει κάποια σοβαρή αρρώστια.

Αν υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνετε σχετικά με τον πονοκέφαλο σας ή την αγωγή που εφαρμόζετε, ρωτήστε να σας εξηγήσουν στην κλινική. Οι γιατροί βρίσκονται εκεί κυρίως για να βοηθήσουν εσάς. Έχει σημασία να καταλάβει κανείς το είδος της αγωγής και να παίρνει τα φάρμακα, όπως ακριβώς σύστησε ο γιατρός. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ένα άτομο που υποτίθεται πως έκανε προληπτική αγωγή, έπαιρνε χάπια μόνο στη διάρκεια της κρίσης. Άλλοι άνθρωποι παίρνουν παυσίπονα δυο ή τρεις φορές τη μέρα σε περιόδους που δεν πονάνε.

## **Υπάρχει αγωγή χωρίς φάρμακα;**

Λειτουργούν σήμερα αρκετές κλινικές ημικρανίας που δίνουν ειδική έμφαση σ' ένα συγκεκριμένο είδος αγωγής, όπως το σύστημα βιολογικής επανατροφοδότησης (μπαιοφήντμπακ), ή το βελονισμό. Αν θέλετε να καταπολεμήσετε τους πονοκεφάλους σας χωρίς φάρμακα, μπορείτε να ρωτήσετε το γιατρό σας γι' αυτές τις ειδικές κλινικές.

Και μόνοι σας όμως, χωρίς τη βοήθεια κλινικής μπορείτε να μάθετε τρόπους που θα σας ανακουφίσουν από τον πονοκέφαλο ή θα σας βοηθήσουν να τον προλάβετε. Στο σπίτι σας θα εξασκηθείτε στην εφαρμογή των τεχνικών αυτών. Όπως έχει αναφερθεί ήδη, το στρες παίζει συχνά ρόλο στην εμφάνιση πονοκεφάλου και ημικρανίας. Γι' αυτό πολλοί άνθρωποι βρίσκουν πως βοηθάει πολύ αν μάθουν να χαλαρώνουν.<sup>8</sup>

*ΜΕΡΟΣ 30*  
ΜΕΡΟΣ 30

*ΜΕΡΟΣ 30*  
*ΜΕΡΟΣ 30*

*ΜΕΡΟΣ 30*  
ΜΕΡΟΣ 30

## Α) ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 1) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογική έρευνα πραγματοποιήθηκε το Φεβρουάριο του 1990 από εταιρεία εξειδικευμένη στην πραγματοποίηση τέτοιου είδους μελετών.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρησιμοποίηση ενός πολύ προσεκτικά συντεταγμένου ερωτηματολογίου. Ανάλογες μελέτες με το ίδιο ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκαν σε άλλες 5 χώρες (Βέλγιο, Ιταλία, Σουηδία, Μ. Βρετανία και Καναδά). Ιδιαίτερη φροντίδα κατεβλήθη ώστε το δείγμα να είναι από απόψεως ηλικίας, γεωγραφικής κατανομής και κοινωνικό-οικονομικής τάξης.

Η διάγνωση της μορφής της κεφαλαλγίας που έπασχε το άτομο γινόταν μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και βασιζόταν στα συμπτώματα που περιγράφει ο ίδιος ο ασθενής. Όροι όπως ημικρανία δεν χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ακριβώς για να αποφευχθεί ο επηρεασμός του ερωτώμενου ατόμου.

Για τη διάγνωση της ημικρανίας χρησιμοποιήθηκαν τα θεσπισθέντα από τη ΔΕΚ κριτήρια και τα άτομα θεωρήθηκαν ότι πάσχουν από ημικρανία ήταν οριακά ημικρανικοί ή είχαν ενδείξεις ημικρανίας εφ' όσον πληρούσαν τις προϋποθέσεις του πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Χαρακτηρισμός ατόμων σαν ημικρανικοί, οριακοί ημικρανικοί και με ενδείξεις ημικρανίας.		
ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ/ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	
Τουλάχιστον 2 συμπτώματα πάνω από 5 φορές στη ζωή τους.	1.Κεφαλαλγία (πόνος) μόνο στη μια πλευρά Του κεφαλιού. 2.Ο πόνος "χτυπάει" ρυθμικά σα ρυθμός 3.Ο πόνος γίνεται χειρότερος με συνηθισμένες κινήσεις 4.Ο πόνος είναι τόσο έντονος που το άτομο είναι δύσκολο να πραγματοποιήσει τις καθημερινές ασχολίες.	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1
	ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΚΑΙ
Τουλάχιστον 1 σύμπτωμα Συχνά ή "πάντα"	1.Ναυτία-Ανακάτεμα στο στομάχι 2.Τάση για εμετό	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2
	ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Ή
Και τα 2 συμπτώματα "συχνά" ή "πάντα"	3. Φωτοφοβία 4. Φωνοφοβία	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3
	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΚΑΙ
Από 6 ώρες έως 4 ημέρες	Από 1 τέταρτο της ώρας έως πάνω από 7 ημέρες	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3

2

- Οριακή ημικρανία: απουσία ενός από τους τρεις παράγοντες
- Ενδείξεις ημικρανίας: απουσία 2 από τους τρεις παράγοντες.

Το δείγμα των ατόμων επιλέχθηκε με τυχαίο τρόπο από όλη την Ελλάδα και ήταν ηλικίας από 15 – 64 ετών.

Στον πίνακα 3, φαίνεται η κατανομή των εξετασθέντων ατόμων ανά γεωγραφικοί περιοχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή ατόμων συμμετασχόντων στην μελέτη			
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Αθήνα	1013	2,156.000	35
Θεσσαλονίκη	303	503.000	8
Αστικά Κέντρα	682	1,172.000	19
Ημιαστικά/ αγροτικά	505	2,356.000	38
Σύνολο	2.503	6,187.000	100

Εκ των 2503 ερωτηθέντων οι 1.240 ήταν άνδρες και οι 1.263 γυναίκες (αναλογία 1:1)

Η ηλικιακή κατανομή των εξετασθέντων φαίνεται στον πίνακα 4 ενώ στον πίνακα 5 φαίνεται η κοινωνικό-οικονομική τους κατανομή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ					
ΗΛΙΚΙΑ	15 – 24	25 – 34	35 – 44	45 – 54	55 - 64
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ	575	523	476	514	415

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	
ΤΑΞΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
Ανώτερη	306
Μέση	906
Κατώτερη	1.291

21

## **ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Εκ των 2.503 συμμετασχόντων στη μελέτη οι 1.923 (77%) ανέφεραν ότι πάσχουν από κεφαλαλγία. Οι μορφές της κεφαλαλγίας που αναφέρθηκαν φαίνονται στον πίνακα 6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΜΟΡΦΕΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΟΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΔΕΚ	
ΕΙΔΟΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ	ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟ N= 1.923
Ημικρανία	3%
Οριακή ημικρανία	8%
Αθροιστική ημικρανία	3%
Κεφαλαλγία τύπου τάσεως	55%

21

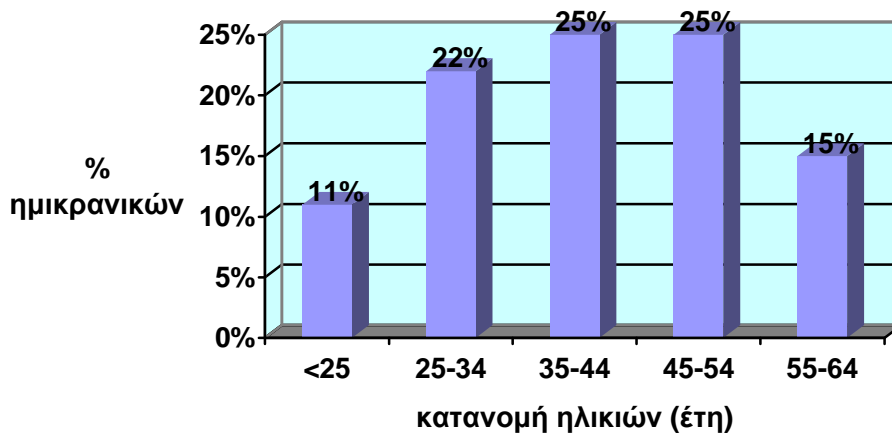
Από το σύνολο του εξετασθέντος δείγματος 64 άτομα (3%) πληρούσαν όλα τα κριτήρια της ΔΕΚ για τη διάγνωση της ημικρανίας ενώ άλλα 192 (8%) πληρούσαν τα

περισσότερα από τα κριτήρια. Οι δύο αυτές ομάδες από κλινικής σκοπιάς αντιπροσωπεύουν και τη συνολική επίπτωση (11%) της ημικρανίας στην Ελλάδα.

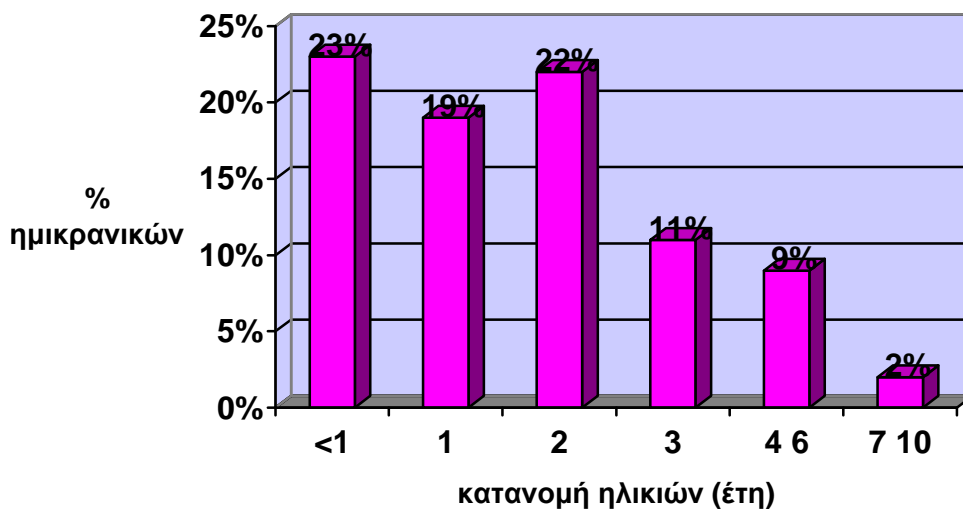
Από τη μελέτη φάνηκε ότι το 72% των ημικρανικών ασθενών ήταν ηλικίας μεταξύ 25 και 54 ετών (εικόνα1).

Η ημικρανία ήταν συχνότερη στις γυναίκες με αναλογία ανδρών : γυναικών 3:1

Η συχνότητα των ημικρανικών κρίσεων παρουσίαζε μεγάλη διακύμανση. Ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ημικρανικών ασθενών ανέφερε ότι είχε μία ή και λιγότερη κρίση το μήνα (εικόνα 2).<sup>21</sup>



Εικόνα 1: Ηλικιακή κατανομή ατόμων πασχόντων από ημικρανία

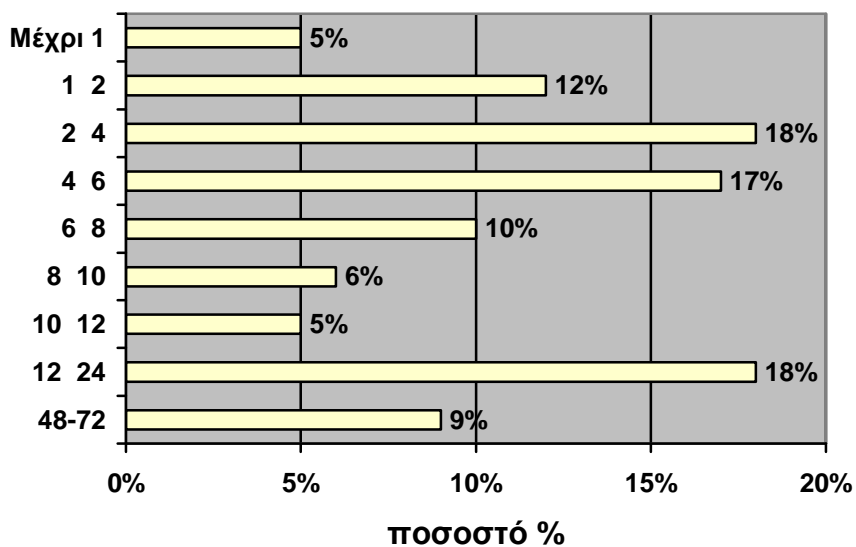


Εικόνα 2: Μηνιαία συχνότητα ημικρανικών κρίσεων

Εν τούτοις ένα σημαντικό ποσοστό είχε πάνω από 2 κρίσεις το μήνα ενώ συνολικά στον ημικρανικό πληθυσμό η μέση συχνότητα κρίσεων ήταν 3 το μήνα.

Η διάρκεια της κεφαλαλγίας επίσης παρουσίαζε μεγάλη διακύμανση (εικόνα 3) με μέση διάρκεια 14 ώρες, Σ' ένα ποσοστό 9% η κεφαλαλγία διαρκούσε πάνω από 48 ώρες<sup>21</sup>

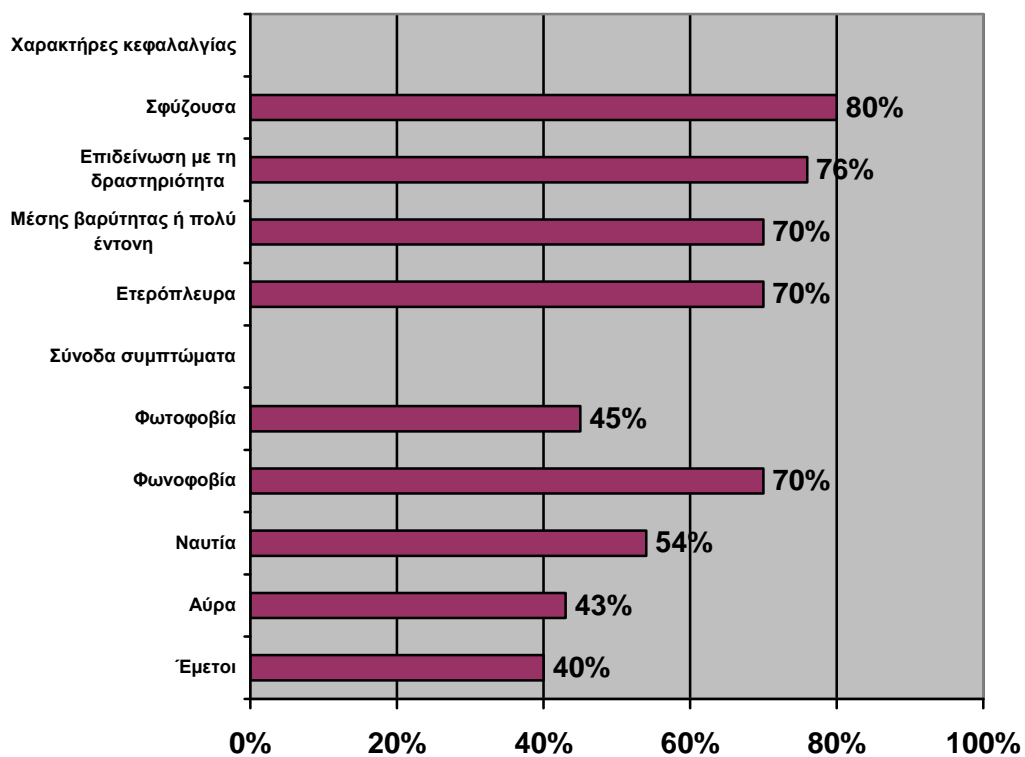




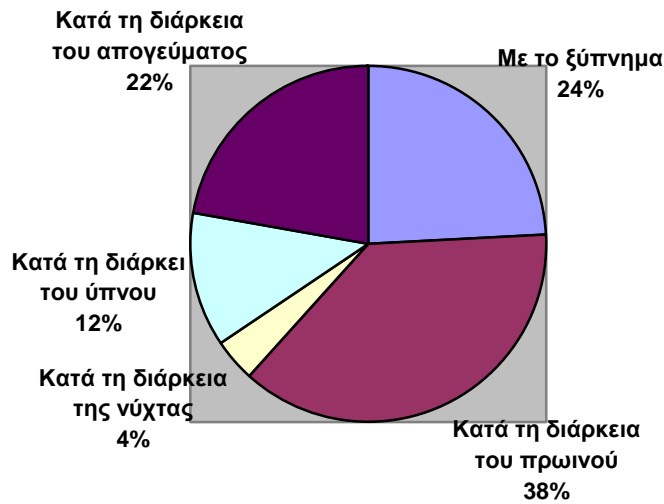
Εικόνα 3: Διάρκεια κεφαλαλγίας κατά την ημικρανική κρίση.

Οι χαρακτήρες της ημικρανικής κεφαλαλγίας καθώς και τα σύννοδα συμπτώματα φαίνονται στην εικόνα 4.

Από τη μελέτη προέκυψε ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη ημέρα της εβδομάδος (π.χ. Σαββατοκύριακο) που η ημικρανία να εκδηλώνεται συχνότερα. Η έναρξη της ημικρανίας σε σχέση με τη φάση της ημέρας φαίνεται στην εικόνα 5.<sup>21</sup>

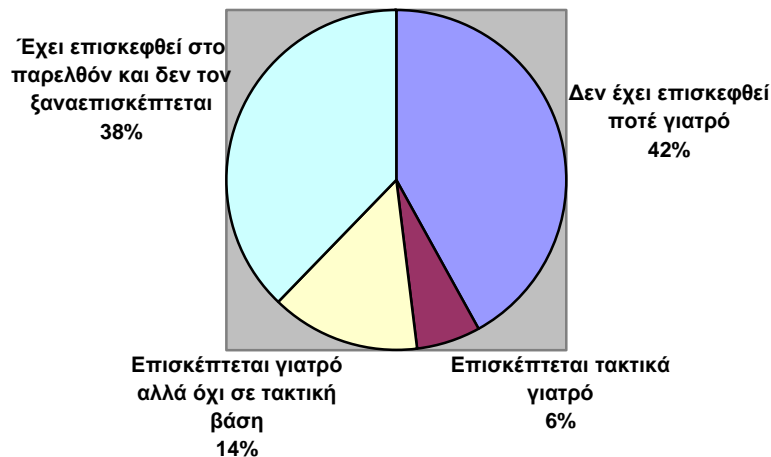


Εικόνα 4: Χαρακτήρες κεφαλαλγίας και σύννοδα συμπτώματα της ημικρανίας.



Εικόνα 5: Έναρξη ημικρανιακών κρίσεων σε σχέση με τη φάση της ημέρας.

Οι ημικρανιακοί ασθενείς δεν επισκέπτονται τακτικά το γιατρό προς αναζήτηση βοήθειας. Αντίθετα εντυπωσιακό είναι το ποσοστό των ασθενών (41%) που δεν έχει επισκεφθεί ποτέ κάποιον γιατρό για τη νόσο του. Μόνο ένα 6% των ασθενών επισκέπτεται τακτικά γιατρό για την ημικρανία του και την αναγραφή θεραπειάς (εικόνα 6).<sup>21</sup>



Εικόνα 6: Επισκέψεις σε γιατρό ημικρανιακών ασθενών.<sup>21</sup>

## 2) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ ΜΕ ΑΥΡΑ

Μελετήθηκαν 60 ασθενείς (21 άνδρες – ποσοστό 35% και 39 γυναίκες ποσοστό 65%) που προσήλθαν στο νοσοκομείο μία ή περισσότερες φορές μεταξύ τέλους 1986 και αρχής 1994 και εξετάσθηκαν από γιατρούς του νευρολογικού τμήματος στην οξεία φάση ενός επεισοδίου ημικρανίας με αύρα ή μετά την λήξη του επεισοδίου.

Στους ασθενείς η μέση ηλικία έναρξης της ημικρανίας με αύρα είναι 26 έτη με εύρος τιμών 9 – 60 έτη. Στο νευρολογικό ιατρείο σπανίως προσέρχονται παιδιά (πίνακας 1).<sup>22</sup>

**Πίνακας 1**  
**Ηλικία έναρξης της ημικρανίας με αύρα**

Ασθενείς	Ποσοστό	Ηλικία
33	55	20
14	23,4	20-40
13	21,6	40

Στους ασθενείς η μέση διάρκεια κατά την οποία συνέβησαν τα επεισόδια είναι 3,7 έτη με εύρος τιμών 1 – 30 έτη. Στον πίνακα 2 εμφανίζεται η κατανομή τους ανάλογα με τον αριθμό των επεισοδίων. Πέντε από αυτούς παρουσίασαν πολλά επεισόδια σε διάστημα μικρότερο του ενός έτους.

**Πίνακας 2**  
**Αριθμός επεισοδίων ημικρανίας με αύρα**

Ασθενείς	Επεισόδια
15	1
8	2
6	3- 4
31	πολλά

Στον πίνακα 3 καταγράφονται οι 7 ασθενείς που παρουσίασαν τουλάχιστον δύο επεισόδια σε καταιγισμό και σημειώνονται το φύλο τους, η πλευρά των διαταραχών στα επεισόδια, το ελεύθερο μεσοδιάστημα μεταξύ των επεισοδίων και η αρτηρία της περιοχής αιμάτωσης του εγκεφάλου που έπασχε. (Κ= καρωτίδα= πρόσθια και μέση εγκεφαλική), (Ο= οφθαλμική, Β= βασική).<sup>22</sup>

**Πίνακας 3**  
**Καταγραφή στοιχείων των ασθενών που εμφάνισαν καταιγισμό επεισοδίων ημικρανίας με αύρα**

Φύλο	A	A	Θ	A	Θ	Θ	Θ
Πλευρά	Ομο-	Ομο-	Ομο-	Ομο-	Ομο-	Ετερο	Αμφω
Ελεύθερο μεσοδιάστημα	10min	10min	3h	7h	17h	1h	30min
Περιοχή αιμάτωσης	K-O	K	K	K	K-O	K	K-O-B

Η διάρκεια της αύρας ήταν από 3 min έως περισσότερα από 24 h. Στον πίνακα 4 κατανέμονται οι ασθενείς ανάλογα με την διάρκεια της αύρας την πρώτη ώρα και μετά ανά 12ωρου.

**Πίνακας 4**  
**Διάρκεια αύρας**

Ασθενείς	Διάρκεια σε ώρες
2,5	1
22	1- 12
2	12- 24
3	24
8	άγνωστος

Η τοπογραφία της αύρας ήταν σε 27 ασθενείς μας μονόπλευρη (σ' αυτούς περιλαμβάνονται και 15 ασθενείς που είχαν παρουσιάσει ένα μόνο επεισόδιο μέχρι την τελευταία εξέταση τους) δηλαδή παρουσίαζαν πάντοτε την νευρολογική διαταραχή στην ίδια πλευρά (15 δεξιά, 12 αριστερά). Σε 30 ασθενείς αμφοτερόπλευρη (σ' αυτούς περιλαμβάνονται τα περιστατικά της βασικής ημικρανίας και όσοι σε διαφορετικά επεισόδια παρουσίαζαν διαταραχές άλλοτε δεξιά και άλλοτε αριστερά). Σε 3 ασθενείς που είχαν οπτικές διαταραχές ενός οφθαλμού δεν γνωρίζουμε την εντόπιση.

Στον πίνακα 5 κατανέμονται οι ασθενείς ανάλογα με τοπογραφία της αύρας και της (των) αρτηρίας (ων) που αιματώνουν την περιοχή του εγκεφάλου που έπασχε την ώρα της αύρας.<sup>22</sup>

**Πίνακας 5**  
**Τοπογραφία αύρας και είδος διαταραχής ή**  
**περιοχή αιμάτωσης της πάσχουσας περιοχής**

Αύρα	Ασθενείς	Είδος διαταραχής- περιοχή αιμάτωσης πάσχουσας περιοχής
Μονόπλευρη	27	5 οφθαλμικές – οπτικές (2 αρθ. 2 ημιανοπ. 1 οφθ. Ημιακ.) 16 περιοχή καρωτίδας
Αμφοτερόπλευρη	30	6 περιοχή καρωτίδας και οφθαλμικής 4 περιοχή οφθαλμικής 8 περιοχή καρωτίδων (1 ίσως και βασικής) 9 περιοχή καρωτίδων ή οφθαλμικών 7 περιοχή βασικής (2 αμφίβολα) 1 περιοχή βασικής και καρωτίδων
Άγνωστη πλευρά	3	1 περιοχή βασικής, καρωτίδας και οφθαλμ. 3 περιοχή οφθαλμικής ( 1 με 1 επεισόδιο, 2 με πολλά επεισόδια)

Στον πίνακα 6 κατανέμονται οι ασθενείς ανάλογα με την τοπογραφία της κεφαλαλγίας και σε σχέση με την τοπογραφία της αύρας.<sup>22</sup>

**Πίνακας 6**  
**Τοπογραφική σχέση κεφαλαλγίας και αύρας**

Κεφαλαλγία	Ασθενείς	Αύρα
Μονόπλευρη	11	5 ομο 3 ετερο. 3 αμφω (2 βασική και 1 Κ- Ο- Β)
Αμφοτερόπλευρη	46	17 μονόπλευρη 26 αμφω. 3 άγνωστη τοπογραφία
Άγνωστη τοπογραφία	3	

Στον πίνακα 7 κατανέμονται οι ασθενείς ανάλογα με τη μορφή που άρχισε η ημικρανία τους και την εξέλιξή της.<sup>22</sup>

**Πίνακας 7**  
**Κατανομή ασθενών ανάλογα με μορφή έναρξης**  
**Και εξέλιξης ημικρανίας**

Ασθενείς	Μορφή επέλευσης και εξέλιξης
40	Προηγήθηκε ημικρανία χωρίς αύρα και Προστέθηκε ημικρανία με αύρα
4	Προηγήθηκε ημικρανία με αύρα και Προστέθηκε ημικρανία χωρίς αύρα
3	Παρουσίασαν μόνον ημικρανίες με αύρα
13	Δεν γνωρίζουμε τη μορφή έναρξης

Στον πίνακα 8 καταγράφονται οι ασθενείς ανάλογα με το πότε (εγρήγορση ή ύπνος) εμφανίζουν τα επεισόδια ημικρανίας.<sup>22</sup>

**Πίνακας 8**  
**Κατανομή ασθενών ανάλογα με χρόνο επέλευσης**  
**(εγρήγορση – ύπνος)**

Ασθενής	Χρόνος επέλευσης ημικρανίας με αύρα
54	Εγρήγορση
1	Ύπνο
3	Εγρήγορση ή ύπνο
2	Δεν γνωρίζουμε

Στον πίνακα 9 καταγράφονται οι ασθενείς ανάλογα με τη χρονική σχέση αύρας και κεφαλαλγίας.<sup>22</sup>

**Πίνακας 9**  
**Κατανομή ασθενών ανάλογα με την χρονική**  
**σχέση αύρας - κεφαλαλγίας**

Ασθενείς	Ποσοστό	Χρονική σχέση αύρας- κεφαλαλγίας
26	43,5	Προηγείται η αύρα
16	26,6	Αρχίζουν ταυτόχρονα
13	21,6	Προηγείται η κεφαλαλγία
5	8,3	Δεν γνωρίζουμε

Στον πίνακα 10 καταγράφονται οι ασθενείς ανάλογα με τη συνύπαρξη ή μη αύρας και κεφαλαλγίας κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.<sup>22</sup>

**Πίνακας 10**  
**Κατανομή ασθενών ανάλογα με τη συνύπαρξη**  
**ή μη αύρας ή κεφαλαλγία**

Ασθενείς	Συνύπαρξη αύρας – κεφαλαλγίας
52	ΝΑΙ
6	ΟΧΙ
1	Άλλοτε ΝΑΙ άλλοτε ΟΧΙ
1	Δεν γνωρίζουμε

Παρά τη συστηματική ερώτηση για ενδεχόμενα εκλυτικά αίτια μόνο οι ασθενείς συσχέτισαν τις προσβολές της ημικρανίας με αύρα με το άγχος. Σε μία ασθενή μας προκλήθηκαν επεισόδια σε περίοδο λήψης αντισυλληπτικών και λήψης δισκίων Parloden στην περίοδο της λοχείας.

Στον πίνακα 11 καταγράφονται οι ασθενείς που παρουσίασαν οπτικές διαταραχές που αναλύονται σε πρόσθια και οπίσθια και επίσης όσες ήταν μονοσυμπτωματικές. Ένας ασθενής με πρόσθια και δύο με οπίσθια διαταραχή χωρίς άλλα νευρολογικά σημεία είχαν διάρκεια της αύρας περισσότερο από μία ώρα.<sup>22</sup>

**Πίνακας 11**  
**Συμπτωματολογία (οπτικές διαταραχές)**

46 οπτικές διαταραχές	Μονοσυμπτωματικές
18 ενός οφθαλμού: πρόσθιες	9
17 δύο οφθαλμών (ημιανοπικού τύπου) οπίσθιες	2
6 ενός ή δύο οφθαλμών (πρόσθιες ή οπίσθιες)	1
5 δεν γνωρίζουμε αν αφορούσαν τον ένα ή τους δύο οφθαλμούς	2 ενός οφθαλμού – ίσως ημιανοπικού τύπου

Στον πίνακα 12 καταγράφονται οι ασθενείς που παρουσίασαν αισθητικές διαταραχές ανάλογα με την συνύπαρξη ή μη άλλων διαταραχών.<sup>22</sup>

**Πίνακας 12**  
**Συμπτωματολογία (αισθητικές διαταραχές)**

43	Αισθητικές διαταραχές
4	Μόνον αισθητικές (μονοσυμπτωματικές)
10	Μαζί με 1 άλλο σύμπτωμα
29	Μαζί με 2 άλλα συμπτώματα

Στον πίνακα 13 καταγράφονται οι ασθενείς που παρουσίασαν κινητικές διαταραχές που πάντοτε συνυπήρχαν με άλλη (ες) διαταραχή (ες).<sup>22</sup>

**Πίνακας 13**  
**Συμπτωματολογία (κινητικές διαταραχές)**

18	Κινητικές διαταραχές	Πάντοτε με συνδυασμό
1	Με αφασία	
4	Με αισθητικές	
13	Με 2 άλλα συμπτώματα	

Στον πίνακα 14 καταγράφονται οι ασθενείς που παρουσίασαν αφασικές διαταραχές που πάντοτε συνυπήρχαν με άλλη (ες) διαταραχή (ες).<sup>22</sup>

**Πίνακας 14**  
**Συμπτωματολογία (αφασικές διαταραχές)**

16	Αφασικές διαταραχές πάντοτε σε συνδυασμό
1	Με οπτικές διαταραχές ενός οφθαλμού
1	Με κινητικές διαταραχές ενός οφθαλμού
2	Με αισθητικές διαταραχές ενός οφθαλμού
12	Με 2 άλλα συμπτώματα

Άλλα συμπτώματα που ανευρεθήκαν πάντοτε σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές ήταν σε διαφορετικούς ασθενείς.

A) μία φορά απραξία, σωματοαγνωσία, διαταραχή γεύσης, κακοσμία, ανισοκορία, σμίκρυνση βλεφαρικής σχισμής.

B) δύο φορές αστάθεια, διπλωματία, πυρετό,

Γ) τρεις φορές απώλεια συνείδησης.

Σε 6 ασθενείς η συμπτωματολογία τους εγκαταστάθηκε με τον χαρακτηριστικό ημικρανικό σχηματισμό. Στο χρονικό διάστημα που παρακολουθήσαμε τους ασθενείς αλλά και στο ατομικό τους αναμνηστικό δεν συναντήσαμε ημικρανία ισοδύναμα.

Σε 3 οικογένειες υπάρχουν από δύο τουλάχιστον άτομα (δύο μητέρες και οι γιοί τους και δύο άρρενα αδέρφια) που ανήκουν στην λεγόμενη οικογενή ημιπληγική ημικρανία. Όλοι παρουσίασαν τα επεισόδια στην εφηβική ηλικία (έναρξη σε ηλικία 14-15 ετών πλην ενός που άρχισε σε ηλικία 9 ετών) και υποχώρησαν πριν την ηλικία των 20 ετών. Η διάρκεια της αύρας ήταν 1 έως 12 h περίπου. Σε τρεις από αυτούς παρέμειναν αραιές κεφαλαλγίες. Κληρονομικότητα εκ των γονέων 12 ασθενών (ποσοστό 22,6%) και συγκεκριμένα 11 μητέρες και 1 πατέρας παρουσίαζαν επεισόδια ημικρανίας χωρίς αύρα.

Στον πίνακα 15 καταγράφονται οι 15 ασθενείς (3 άνδρες και 12 γυναίκες (ηλικίας 14 έως 60 ετών (μέσος όρος 24 ετών) που εξετάστηκαν μία μόνο φορά με την ευκαιρία του μοναδικού εν γνώσει επεισοδίου ημικρανίας με αύρα και που είχαν εμφανίσει ένα, δύο, τρία ή τέσσερα συμπτώματα.<sup>22</sup>

**Πίνακας 15**  
**Κατανομή 15 ασθενών με μοναδικά επεισόδια**

Ασθενείς	Αριθμός	Είδος διαταραχών
6	1	3 αισθητικές, 2 οφθαλμικές, 1 ημιανοπτική
4	1	1 αισθητική + ημιανοπτική
		2 κινητικές + αισθητικές



Στον πίνακα 16 καταγράφονται οι 18 ασθενείς ( 6 άνδρες και 12 γυναίκες), ηλικίας 14 έως 55 ετών (μέσος όρος 29 ετών) που παρουσίασαν ένα και μοναδικό σύμπτωμα σε κάθε επεισόδιο.<sup>22</sup>

**Πίνακας 16**  
**Κατανομή 18 ασθενών με μονοσυμπτωματικά επεισόδια**

Ασθενείς	Είδος αύρας
9	οφθαλμικές
4	ημιανοπτικές
5	αισθητικές

Στον πίνακα 17 καταγράφονται ανάλογα με τον αριθμό των επεισοδίων τους. Η διάρκεια της αύρας έφτασε μέχρι και 24 h για ένα ασθενή με οφθαλμική διαταραχή και μέχρι 4 h για ένα ασθενή με αισθητική διαταραχή.<sup>22</sup>

**Πίνακας 17**  
**Κατανομή των μονοσυμπτωματικών ασθενών ανάλογα με αριθμό επεισοδίων**

Ασθενείς	Αριθμός επεισοδίων
6	1
3	2
9	πολλά

Είκοσι ασθενείς (6 άνδρες και 14 γυναίκες) ηλικίας 30 έως 60 ετών, μέσος όρος 44,5 που ήδη παρουσίαζαν επεισόδια ημικρανίας χωρίς αύρα παρουσίασαν το πρώτο επεισόδιο ημικρανίας με αύρα μετά το 30 έτος ηλικίας.

Στον πίνακα 18 καταγράφονται οι ασθενείς ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων τους και στον πίνακα 19 ο αριθμός των επεισοδίων και ηλικία έναρξης αυτών.<sup>22</sup>

**Πίνακας 18**  
**Κατανομή 20 ασθενών με έναρξη ημικρανίας με αύρα μετά το 30<sup>ov</sup> έτος ανάλογα με αριθμό συμπτωμάτων**

Ασθενείς	Αριθμός συμπτωμάτων
7	1 (2 αρ. 2 ημαν. 3 ασθ.)
6	2
7	3

**Πίνακας19**  
**Κατανομή των ασθενών με έναρξη ημικρανίας με αύρα μετά**  
**το 30<sup>ο</sup> έτος ανάλογα με τον αριθμό επεισοδίων**  
**και ηλικία έναρξης**

Ασθενείς	Αριθμός επεισοδίων	Ηλικία έναρξης
3	1	30, 53, 60
3	2	38, 38, 50
1	3	48
13	Πολλά	

22

### 3) ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΕΜΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Θήλεις: Αρένες:	55: 45
Ηλικία έναρξης:	5.3 έτη
Νοσηρότητα:	20 ημέρες απουσίας από το σχολείο, 50% Θα χρειαστούν Ε.Φ ενυδάτωση
Συμπτώματα	
Εμετός:	6/ ώρα (στην κορύφωση), χολώδεις (76%), Αιματηροί (32%)
Αυτόνομο Σ.:	Λήθαργος (91%), Ωχρότητα (87%), Πυρετός (29%), Σιελόρροια (13%)
Νευρικό Σ.:	Κεφαλαλγία (40%), Φωτοφοβία (32%), Φωνοφοβία (28%), Ίλιγγος (22%)
Χρονικό προφίλ	
Διάρκεια:	24 – 43 ώρες
Περιοδικότητα:	Το 47% έχει σαφή περιοδικότητα, Κάθε 2 – 4 εβδομάδες
Στερεοτυπία:	98%
Εκλυτικοί παράγοντες:	Λοίμωξη (41%), Ψυχ. Στρες (34%), Τροφή (26%), Έμμηνος ρύση (13%)
Οικ.Ιστ.Ημικρανίας:	82%
Φυσική εξέλιξη:	Μέση διάρκεια 2,5 ετών. Το 28% εξελίσσεται σε ημικρανία

4) Συνήθη φάρμακα για την ημικρανία : Χρήση κατά την κύηση και το θηλασμό.

Φάρμακο	1 <sup>ο</sup> τρίμηνο	2 <sup>ο</sup> τρίμηνο	3 <sup>ο</sup> τρίμηνο	Θηλασμός
Ασπιρίνη	?	?	Αποφυγή	Αποφυγή
Κωδεΐνη	?	?	?	+
Ιβουπροφένη	?	?	Αποφυγή	?
ΜΣΑΦ	ΑΔ	ΑΔ	Αποφυγή	?
Παρακεταμόλη	+	+	+	+
Βουκλιζίνη	ΑΔ	ΑΔ	ΑΔ	ΑΔ
Κυκλιζίνη	?	ΑΔ	ΑΔ	ΑΔ
Δομπεριδόνη	?	?	?	+
Μετοκλοπραμίδη	?	?	?	Αποφυγή
Προχλωρπεραζίνη	?	?	?	?
Εργοταμίνη	A/E	A/E	A/E	A/E
Διυδροεργοταμίνη	A/E	A/E	A/E	A/E
Τριπτάνες	ΑΔ	ΑΔ	ΑΔ	ΑΔ*
Αμιτριπυλίνη	Αποφυγή	?	Αποφυγή	Αποφυγή
Μεθυσεργίδη	A/E	A/E	A/E	A/E
Πιζοτιφαίνιο	?	?	?	?
Προπανόλη	?	?	?	?
Βαλπροϊκό	A/E	A/E	A/E	A/E
Βεραπαμίλη	A/E	?	?	+

ΑΔ= ανεπαρκή δεδομένα, A/E = αντέδειξη, ?=\_πιθανά ασφαλές, + = καμία ένδειξη για κίνδυνο, \* Στο φύλο οδηγίων της ριζατριπάνης συνίσταται η αποφυγή του θηλασμού για 24 ώρες μετά τη λήψη της.<sup>14</sup>



**Πίνακας 2**  
**Κλινικές εργασίες μελέτες της εφαρμογής του βελονισμού στην κεφαλαλγία χωρίς ομάδες ελέγχου**

Συνολικός αριθμός ασθενών	Είδος κεφαλαλγίας	Είδος Θεραπείας	Αριθμός - ουκός/συνεχών (α)	Επινεκίμηση ασθενών	Θεραπευτικό αποτέλεσμα	Στατιστικά στοιχεία
300	πικρανίες ΚΤΤ	Κλασικός Β σε 2 ομάδες (Α) 3-15 λεπτά κεφαλαλγία (Β) καθημερινή κεφαλαλγία	15 α	8 μήνες	Μεγάλη βελτίωση (Α): 64% (Β): 69%	{+}
25	πικρανίες ΚΤΤ	Β στην περιοχή πάνω Β σε 1 σημείο στο πόδι (C/B1) "Κλασικός" Β	1 και ΗΜΓ μασατήριον	1 μήνα	Βελτίωση 40% (κεφαλαλγία 12/21)	{+}
12	πικρανίες (XP) (ΠΑΡ)	Β σε 1 σημείο στο πόδι (C/B1) "Κλασικός" Β	4 μήνες	7/12: άσχημα όσον των φαρμάκων 4/12: μωφιότερες δόσεις	Μεγάλη βελτίωση μετά 4 μήνες	{+}
23	πικρανίες - ΜΚ (XP) (ΠΑΡ)	"Κλασικός" Β	5-11 σ	αφαισιμότων στο πέρας (θεραπευτές (α) επανεκκίμηση)	48% πλήρης ύφεση 20% όχι αναγει σταθμιστικών	{+}
39	επιμονές (πολύ) κλασικός (XP)	Β σε 2 σημεία (UB1, 114) "Κλασικός" Β	6 μήνες	αρχικά: βελτίωση στο 92% ασθενών, μετά 6 μήνες: το 54%	βελτίωση στο 74% ασθενών	{+}
115	πικρανίες ΚΤΤ	αρχικά: 3-6 σ μετά: 0 συντήρησης σε ομοιοπαθία "Κλασικός Β"	24 απ., 35 ασθ. 4-6 έτη: 15 απθ. 6-8 έτη: 36 ασθ. > 8 έτη: 29 απθ.	3 έτη	33% βελτίωση: 69% μετά 3 έτη	{+}

Β: βελονισμός  
 ΨΒ: ψευδοβελονισμός  
 (Ε): ομάδα ελέγχου  
 (Θ): ομάδα θεραπείας  
 (ΜΓ): ηλεκτρομυογραφία  
 (Φ): Φαρμακοθεραπεία  
 (Α): 1η συνέντευξη ασθενών  
 (Π): Trigger Points (σημεία ευαισθησίας)  
 (ΕΠ): επανεκκίμηση ασθενών  
 (-): ισοδύναμη θεραπευτική δράση  
 (>): υπερέχει ως θεραπεία  
 0: συνεδρίες  
 (Φ): υπερέχει ως θεραπεία

(↓): μείωση  
 (↑): αύξηση  
 (+): θετική γνώμη συγγραφέων για τον όραση βελονισμού  
 (-): αρνητική γνώμη συγγραφέων  
 ΧΡ: χρόνιες κεφαλαλγίες (ιστορικά πάνω από 5 έτη)

ΠΑΡ: παραπομπή από ιστούς (ανθεκτικές περιπτώσεις)  
 ΚΤΤ: κεφαλαλγία τύπου τάσεως  
 ΜΚ: Μικτές κεφαλαλγίες  
 ΨΤ: εκλεκτικό ΤΕΝΣ  
 Σ.π. Β: σημεία Βελονισμού

## **B) ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ**

### **1) Η ασπιρίνη στην αντιμετώπιση της οξείας ημικρανίας**



**Νέα Υόρκη:** Τα άτομα που υποφέρουν από οξεία ημικρανία είναι πιθανόν να ανακουφιστούν από την ασπιρίνη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα νέας αμερικανικής μελέτης που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Headache.

Ερευνητική ομάδα του Κολεγίου Ιατρικής Αλμπερτ Αϊνστάιν με επικεφαλής τον Δρ Ρίτσαρντ Λίπτον κατέγραψε την επάρκεια μιας δόσης 1.000mg ασπιρίνης έναντι ψευτοφαρμάκου για τη θεραπεία της οξείας ημικρανίας με ή χωρίς αύρα.

Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν την ανταπόκριση του οργανισμού τους στην τυχαίως χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή σε ημερολόγιο ξεκινώντας από τη βάση και στα 30 λεπτά, τη 1,2,3,4,5,6 και 24 ώρες μετά τη θεραπεία, χρησιμοποίησαν μια κλίμακα ταξινόμησης τεσσάρων βαθμών για να βαθμολογήσουν τον πόνο.

Από τα 485 άτομα που είχαν εγγραφεί στη μελέτη, 401 έλαβαν θεραπεία για επιβεβαιωμένη ημικρανία (201 με ασπιρίνη και 200 με ψευτοφάρμακο).

Ο ρυθμός ανταπόκρισης στις 2 ώρες ήταν 52% στην ομάδα της ασπιρίνης έναντι 34% στην ομάδα ελέγχου.

«Στις 2 ώρες, το 20% των ατόμων που έλαβαν ασπιρίνη ήταν ελεύθεροι πόνου έναντι του 6% των ατόμων της ομάδας ελέγχου. Επιπροσθέτως η ασπιρίνη παρείχε καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο συγκριτικά με το ψευτοφάρμακο σε όλα τα χρονικά διαστήματα εκτός από τα 30 λεπτά μετά τη χορήγηση της αγωγής», εξηγεί ο Δπ Λίπτον.

Μεγαλύτερες μειώσεις αναφορικά με τη ναυτία, την ευαισθησία στο φως και τον ήχο παρατηρήθηκαν στα άτομα που πήραν ασπιρίνη συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου και το σημαντικότερο είναι ότι λιγότερα άτομα της ομάδας της ασπιρίνης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου χρειάστηκαν φάρμακα για την αντιμετώπιση της κρίσης (34% έναντι 52%).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ασπιρίνη είναι ασφαλής και αποτελεσματική αγωγή για την οξεία ημικρανία στους κατάλληλους ασθενείς.<sup>24</sup>

## 2) Ανακαλύφθηκε γονίδιο που ευθύνεται για την ημικρανία

**Μιλάνο:** Δύο Ιταλοί επιστήμονες ισχυρίζονται ότι ανακάλυψαν ένα γονίδιο, το οποίο ευθύνεται για τις ημικρανίες που πλήττουν πολλούς ανθρώπους, σύμφωνα με τη σχετική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο Nature Genetics.

Ο Δρ. Τζιόρτζιο Καζάρι και ο Δρ. Ρομπέρτο Μαρκόνι, ερευνητές από το Ινστιτούτο Σαν Ραφαέλε του Μιλάνου μελετούσαν επί τέσσερα χρόνια το γενετικό κώδικα έξι γενεών μιας οικογένειας Ιταλών που είχαν συχνά περιστατικά ημικρανίας.

Αυτό που διαπίστωσαν ήταν ότι όλα τα μέλη της οικογένειας είχαν κοινό ένα γονίδιο, που φέρει την ονομασία ATP1A2. το εν λόγω γονίδιο βρίσκεται στο χρωμόσωμα 1 και ευθύνεται για τη διαταραχή του μηχανισμού ανταλλαγής ιόντων νατρίου και καλίου μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού του κυττάρου.

Το ATP1A2 οδηγεί στη δημιουργία μεταλλαγμένων, στρογγυλών κυττάρων – αντί των υγιών πολυγωνικών – τα οποία εμφανίζουν οιδήματα και προκαλούν τα χαρακτηριστικά οδυνηρά συμπτώματα της ημικρανίας.

Όπως υποστηρίζουν οι Ιταλοί επιστήμονες, τα χάπια που υπάρχουν στην αγορά για την αντιμετώπιση της ημικρανίας τείνουν να απαλύνουν τον πόνο, αλλά δεν έχουν μόνιμα αποτελέσματα. Η ανακάλυψη του μηχανισμού δράσης του γονιδίου μπορεί να οδηγήσει στην υλοποίηση μιας θεραπείας που να ελέγχει την ανταλλαγή νατρίου και καλίου, πλήττοντας “στη ρίζα” όχι μόνο τις ημικρανίες αλλά και τον πονοκέφαλο.

“Άλλωστε, το χρωμόσωμα 1 είναι τόσο καλά διερευνημένο, ώστε η εν λόγω μορφή θεραπείας δεν πρόκειται να αργήσει να εμφανιστεί”, αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Ιταλοί ερευνητές.<sup>25</sup>

## 3) Επιστημονική έρευνα BOTOX

**Σαν Φρανσίσκο:** Το Βοτοχ, μια νευροτοξίνη που απομονώνεται από βακτήρια, μπορεί όχι μόνο να “απαλύνει” τις ρυτίδες στο πρόσωπο, αλλά και να μειώσει την ένταση και τη συχνότητα της κεφαλαλγίας μέχρι και έξι μήνες μετά τη θεραπεία! Η νευροτοξίνη χορηγείται με ενέσεις σε διάφορα σημεία του προσώπου και παραλύει τους μικρούς δερματικούς μυς που με τις συσπάσεις τους προκαλούν τη δημιουργία ρυτίδων. Η επίδραση της στα άτομα που πάσχουν από ημικρανίες παραμένει μέχρι στιγμής δυσεξήγητη.

Την παράδοση αυτή διαπίστωση παρουσίασε ο Δρ Ρίτσαρντ Γκλόγκου του Πανεπιστημίου του Σαν Φρανσίσκο σε συνάντηση του Αμερικανικού Συλλόγου Δερματολογίας. Ανέφερε ότι ποσοστό 75% των ασθενών του που υποβλήθηκαν στη διαδικασία και (συμπτωματικά) έπασχαν από κεφαλαλγίες απαλλάχθηκε από τα πρόβλημά τους για αρκετούς μήνες.

Όπως αναφέρει το Sciencedaily.com, ανεξάρτητες έρευνες επιβεβαιώνουν την απροσδόκητη αυτή δράση του Βotox, ενώ η αποτελεσματικότητα της θεραπείας φαίνεται να εξαρτάται άμεσα από τη δόση της τοξίνης που χορηγούν οι γιατροί.

Η τοξίνη απομονώνεται από τα βακτήρια που συχνά προκαλούν σοβαρές τροφικές δηλητηριάσεις. Η botulinum toxin A, που περιέχεται στο Βotox, γνωστή και ως αλλαντοτοξίνη, είναι ένα από τα ισχυρότερα νευροτοξικά δηλητήρια. Η δράση της στους μυς του δέρματος διαρκεί μερικούς μήνες.



Οι ενέσεις γίνονται ανάμεσα στα φρύδια, γύρω από τα μάτια και το στόμα, καθώς και στα πλάγια του προσώπου. Εάν οι μέθοδος εφαρμοστεί ως θεραπεία για την κεφαλαλγία, οι ενέσεις γίνονται στο πίσω μέρος του κεφαλιού και ιδιαίτερα χαμηλά στο σβέρο.

Οι επιστήμονες αδυνατούν μέχρι στιγμής να εξηγήσουν την απροσδόκητη δράση του Botox, εικάζουν όμως ότι η τοξίνη περιορίζει τις συσπάσεις του προσώπου που οδηγούν σε σπασμούς και πιθανότατα εμποδίζει τα αισθητικά ερεθίσματα που σχετίζονται με τον πόνο να φτάσουν στον εγκέφαλο και τη σπονδυλική στήλη.<sup>26</sup>

#### **4) Εντόπισαν το γονίδιο που προκαλεί τις ημικρανίες**

**Γερμανία:** Τι προκαλεί τις ημικρανίες, τους έντονους πονοκεφάλους, που ταλαιπωρούν εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο; Σύμφωνα με έρευνα της Ντόιτσε Βέλε, την απάντηση στο ερώτημα αυτό φαίνεται πως βρήκαν ερευνητές του Ινστιτούτου Γενετικής του Πανεπιστημίου της Βόννης.

Οι έρευνες των επιστημόνων διήρκεσαν 4 χρόνια. Στο μικροσκόπιό τους ήταν 45 οικογένειες, τα περισσότερα μέλη των οποίων υποφέρουν από ημικρανίες. Από τις εξετάσεις αίματος κατάφεραν τελικά να βρουν το αίτιο που τις προκαλεί: Όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίαζαν γονιδιακή μετάλλαξη στο χρωμόσωμα 1, η οποία οδηγεί σε δυσλειτουργία των νευρικών κυττάρων.

Με αυτόν τον τρόπο ουσίες που προκαλούν φλεγμονή, καταλήγουν στον εγκέφαλο. Έτσι καταρρέει ο τρόπος ερεθισμού των νευρικών κυττάρων. Οι περιοχές του εγκεφάλου δηλητηριάζονται. Οι συνέπειες είναι γνωστές: έντονος πονοκέφαλος, ζαλάδες, ναυτία, ακόμη και λιποθυμία.<sup>27</sup>

#### **5) Από ημικρανίες υποφέρουν τα παχύσαρκα παιδιά**

**Νέα Υόρκη:** Τα παιδιά που υποφέρουν από ημικρανίες είναι πιθανότερο να είναι υπέρβαρα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, ενώ τα υπέρβαρα παιδιά υποφέρουν από ημικρανίες που τα καθιστούν λιγότερο ικανά συγκριτικά με τα συνομήλικά τους με φυσιολογικό σωματικό βάρος, σύμφωνα με νέα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας στο Λος Άντζελες.

Παλαιότερη έρευνα είχε αποκαλύψει ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με τον πονοκέφαλο και τις ημικρανίες στους ενήλικες. Για να διερευνηθεί αν υπάρχει ανάλογος συσχετισμός και στα παιδιά και στους εφήβους, ερευνητική ομάδα του Ιατρικού Κέντρου Παίδων του Σινσινάτι με επικεφαλής τον Δρ Αντριου Ντ. Χέρσεϊ έθεσε υπό ιατρική παρακολούθηση 440 πάσχοντες από ημικρανίες ηλικίας 3-18 ετών. Ενώ το 15,5% του γενικού πληθυσμού των παιδιών είναι παχύσαρκα, το 21,1% των πασχόντων από ημικρανίες πληρούσε τα κριτήρια για παχυσαρκία.

Στα άτομα κάτω των 18 ετών, η παχυσαρκία καθορίζεται ως δείκτης μάζας σώματος στο 95<sup>ο</sup> ποσοστιαίο σημείο για την ηλικιακή ομάδα του ατόμου, δηλαδή είναι υψηλότερος από αυτό του 95% των συνομηλίκων του. Ένας δείκτης μάζας σώματος μεταξύ 85<sup>ης</sup> και 95<sup>ης</sup> ποσοστιαίας ομάδας θέτει ένα νεαρό άτομο σε κίνδυνο

παχυσαρκίας, ενώ ο υγιής δείκτης μάζας σώματος είναι μεταξύ 6<sup>ης</sup> και 85<sup>ης</sup> ποσοστιαίας ομάδας.

Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο PedMIDAS, ο Δρ Χέρσεϊ εκτίμησε πόσο ανίκανοι ήταν οι ασθενείς εξαιτίας των πονοκεφάλων. Τα παχύσαρκα παιδιά είχαν μέσο σκορ 41,9 και τα άτομα υψηλού κινδύνου 42,9, συγκριτικά με το 33,8 για την ομάδα ως σύνολο.<sup>25</sup>

Περίπου το 10% των παιδιών 5-15 ετών είχαν ημικρανίες. Πριν την εφηβεία, τα αγόρια είναι πιθανότερο να υποφέρουν από ημικρανίες, αλλά περίπου το 40% τις ξεπερνά καθώς μπαίνει στην εφηβεία. Ο κίνδυνος ημικρανιών των κοριτσιών αυξάνεται καθώς μπαίνουν στην εφηβεία, και μεταξύ των ενηλίκων, οι γυναίκες έχουν τριπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να υποφέρουν από ημικρανίες.<sup>25</sup>

## **6) Ημικρανίες και σεξουαλική επιθυμία**

Σε αντίθεση με την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη ότι ο πονοκέφαλος απωθεί τη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι πιθανόν ότι δεν είναι όλοι όσοι πάσχουν από πονοκεφάλους που αποφεύγουν το σεξ.

Στην πραγματικότητα οι ασθενείς με ημικρανία αναφέρουν ψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής επιθυμίας από ότι οι ασθενείς που πάσχουν από διαφορετικές μορφές πονοκεφάλων.

Σύμφωνα με ερευνητές του Wake Forest University School of Medicine των Ηνωμένων Πολιτειών, η ημικρανία και η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να επηρεάζονται από την ίδια εγκεφαλική χημική ένωση.

Σε έρευνα που συμπεριέλαβε 68 νέους ενήλικες από το Σικάγο, οι επιστήμονες του Wake Forest, επιδίωξαν να εξετάσουν τη σχέση που υπήρχε μεταξύ της ημικρανίας και της σεξουαλικής επιθυμίας που οι ίδιοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι βίωναν.

Υπάρχουν ήδη επιστημονικά δεδομένα που δείχνουν ότι τόσο η σεξουαλική επιθυμία όσο και ο πονοκέφαλος της ημικρανίας έχουν μια σύνθετη σχέση με τα επίπεδα της σεροτονίνης. Η σεροτονίνη είναι νευροδιαβιβαστής που σχετίζεται μεταξύ άλλων και με την κατάθλιψη.

Βασικά επειδή τα ψηλά επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται με χαμηλή ερωτική ορμή και επειδή οι πάσχοντες από ημικρανία έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, οι ερευνητές ήθελαν να εξετάσουν εάν πράγματι οι ασθενείς με ημικρανία αναφέρουν ψηλότερα επίπεδα ερωτικής ορμής.

Οι 68 συμμετέχοντες στην έρευνα, δήλωσαν ότι είχαν τουλάχιστον 10 πονοκεφάλους ετησίως. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 24 ετών. Οι γιατροί τους αξιολόγησαν για να διευκρινιστεί το είδος πονοκεφάλου από το οποίο έπασχαν (ημικρανία ή πονοκέφαλοι τάσης) όπως επίσης και σε ερωτηματολόγια για να μετρηθεί η σεξουαλική τους επιθυμία.

Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι οι ασθενείς με ημικρανία, βιώνουν πράγματι ψηλότερα επίπεδα ερωτικής ορμής. Φάνηκε μάλιστα ότι οι ίδιοι οι ασθενείς γνώριζαν αυτή την ιδιαιτερότητα τους και κατέτασσαν τη δική τους σεξουαλική ορμή ως ψηλότερη από αυτή άλλων συνομηλίκων τους του ίδιου φύλου.<sup>25</sup>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ημικρανία, νόσημα που προσέβαλε το ανθρώπινο γένος από αρχαιοτάτων χρόνων, είναι μία ειδική μορφή κεφαλαλγίας, που χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο από υποτροπιάζουσες έντονες κεφαλαλγίες οι οποίες συνήθως συνοδεύονται από ναυτία και φωνοφοβία.

Η ημικρανία χωρίζεται σε μορφές: ημικρανία χωρίς αύρα, ημικρανία με αύρα, ημικρανία με τυπική αύρα, ημικρανία με παρατεταμένη αύρα, οικογενής ημιπληγική ημικρανία, ημικρανία της βασικής αρτηρίας κ.α.

Ο επιπολασμός της ημικρανίας δε διαφέρει πολύ από χώρα σε χώρα καθώς επίσης ο επιπολασμός στις γυναίκες είναι τρεις φορές μεγαλύτερος από ότι στους άνδρες.

Η κληρονομικότητα, ο τρόπος ζωής και διατροφής και ο ψυχολογικός παράγων φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση της ημικρανίας, καθώς επίσης και η παρουσία άλλων νοσημάτων.

Η κλινική της εικόνα μπορεί να διαιρεθεί εξελικτικά σε πέντε φάσεις: πρόδρομα προειδοποιητικά συμπτώματα, η αύρα, η κεφαλαλγία, η λύση της κεφαλαλγίας και η αποδρομή.

Η διάγνωσή της ημικρανίας στηρίζεται στη σωστή και λεπτομερή λήψη του ιστορικού και σε άλλες ειδικές εξετάσεις.

Η θεραπεία της συνίσταται στη χρήση φαρμάκων καθώς επίσης και εναλλακτικές μορφές θεραπεία μη φαρμακευτικές και την προληπτική θεραπεία.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να ενημερώσει τους αυριανούς νοσηλευτές-τριές, όλους εκείνους που υποφέρουν από ημικρανία ή αυτούς που έχουν κάποιο δικό τους άνθρωπό ο οποίος υποφέρει από ημικρανία, για το τι είναι ημικρανία, ποιοι είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες της ημικρανίας, όλες τις θεραπευτικές μεθόδους, όπως επίσης και πρόσφατες επιστημονικές έρευνες.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Πρακτικά 10<sup>ης</sup> Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας, Ημικρανία Διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση, Νευρολογική κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, εκδόσεις: Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 2002, σ: 32-33
2. Γεωργάκη Σ., Μουστάκα Β., Χριστίδου Χ., Ημικρανία και σύγχρονη ζωή, Πτυχιακή εργασία, Εισηγητής: Αντωνακόπουλος Κ., Επίτομος, εκδόσεις: Α.Τ.Ε.Ι., Πάτρα 2001, σ: 3-6, 42-46, 49- 51, 57-58, 128- 135,
3. Παπαπετρόπουλος Θ., Τσιμπρή Ε., Πελεκούδας Β., Το νευρολογικό περιεχόμενο της Γενετικής Ιατρικής- Παθολογίας, επίτομος, Ιατρική 1989, σ:136-139
4. Παπαπετρόπουλος Θ., Ιατρική- Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, τόμος 66, τεύχος 1, Ιούλιος 1994, σ:13- 15
5. Τριανταφύλλου Α., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ:3- 16
6. Ντολάτζας Θ., Ο Γιατρός συμβουλεύει, Σύγχρονη προληπτική ιατρική, τόμος 3, εκδόσεις: Λίγκας Books, έκδοση 2001, σ: 399- 400
7. Μητσικώστας Δ.Δ., Κεφαλαλγίες, επίτομος, εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα 1997, σ:14- 18, 145-147
8. Γουίλκισον Μ., Πονοκέφαλοι και Ημικρανία, Μετάφραση: Εμκέ Έλλη, εκδόσεις: Ψυχογιός ΑΘ., Αθήνα 1983, σ: 7-8, 19- 45, 92- 96
9. Γεωργιάδης Γ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 145-147
10. Πιπερίδου Χ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, επιπλοκές ημικρανίας, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 149- 152
11. Μικρόπουλος Χ., Κεφαλαλγία, Τριμηνιαίο ενημερωτικό δελτίο ελληνικής εταιρείας κεφαλαλγίας, Παιδική ημικρανία, τόμος 1, τεύχος 2, Απρίλιος 1993, σ:74
12. Πιπερίδου Χ., Μεγάλος ιατρικός οδηγός, Παιδική ημικρανία, τόμος 1, εκδόσεις: Γιαλλελή, 1987, σ: 99 – 108
13. Γκικόντες Ε., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, Καταμήνια ημικρανία, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 502- 507
14. Mac Gregor E.A., Κεφαλαλγία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, Ημικρανία και εγκυμοσύνη, τόμος 7, τεύχος 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1999, σ:131- 135

15. Τριανταφύλλου Αρ., Κεφαλαλγία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, Διαγνωστικά κριτήρια ημικρανίας, Παθογένεια της ημικρανίας, τόμος 1, τεύχος 2, Απρίλιος 1993, σ: 38- 43, 48- 51
16. Ντώνιας Στ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, Κεφαλαλγία σε ψυχικές διαταραχές, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 469- 472
17. Χαρμούση – Πεϊόγλου Σ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, Θεραπεία ημικρανίας, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 155- 165
18. Καραγεωργίου Κλ., Μεγάλος ιατρικός οδηγός, εναλλακτικές θεραπείες στην κεφαλαλγία, τόμος 1, εκδόσεις: Γιαλλελή, 1987, σ: 173- 183
19. Μανιάς Πλ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, Η εφαρμογή του βελονισμού, Η εφαρμογή τεχνικών βιοανάδρασης, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 214- 234
20. Καραγεωργίου Κλ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρεία κεφαλαλγίας, Η εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης, επίτομος, εκδόσεις: Αθλότυπο, Αθήνα 1998, σ: 239- 247
21. Σπαντιδέας Αναστ., Κεφαλαλγία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, στατιστικά στοιχεία επιδημιολογίας ημικρανίας, τόμος 2, τεύχος 1, Νοέμβριος – Ιανουάριος 1994, σ: 10- 13
22. Πρασσάς Η., Χουρδάκη Ε., Κεφαλαλγία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, τόμος 2, τεύχος 4, Αύγουστος – Οκτώβριος 1994, σ:132- 135
23. Li Buk., Σεμινάρια Παιδικής Νευρολογίας, τόμος 8, τεύχος 1, 2001, σ: 13- 15
24. [www.doctors.in.gr](http://www.doctors.in.gr), 29/11/2006
25. [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr), American Headache Society, 29/11/2006
26. [www.news.in.gr](http://www.news.in.gr), 29/11/2006
27. [www.migraine.org.uk](http://www.migraine.org.uk), 29/11/2006