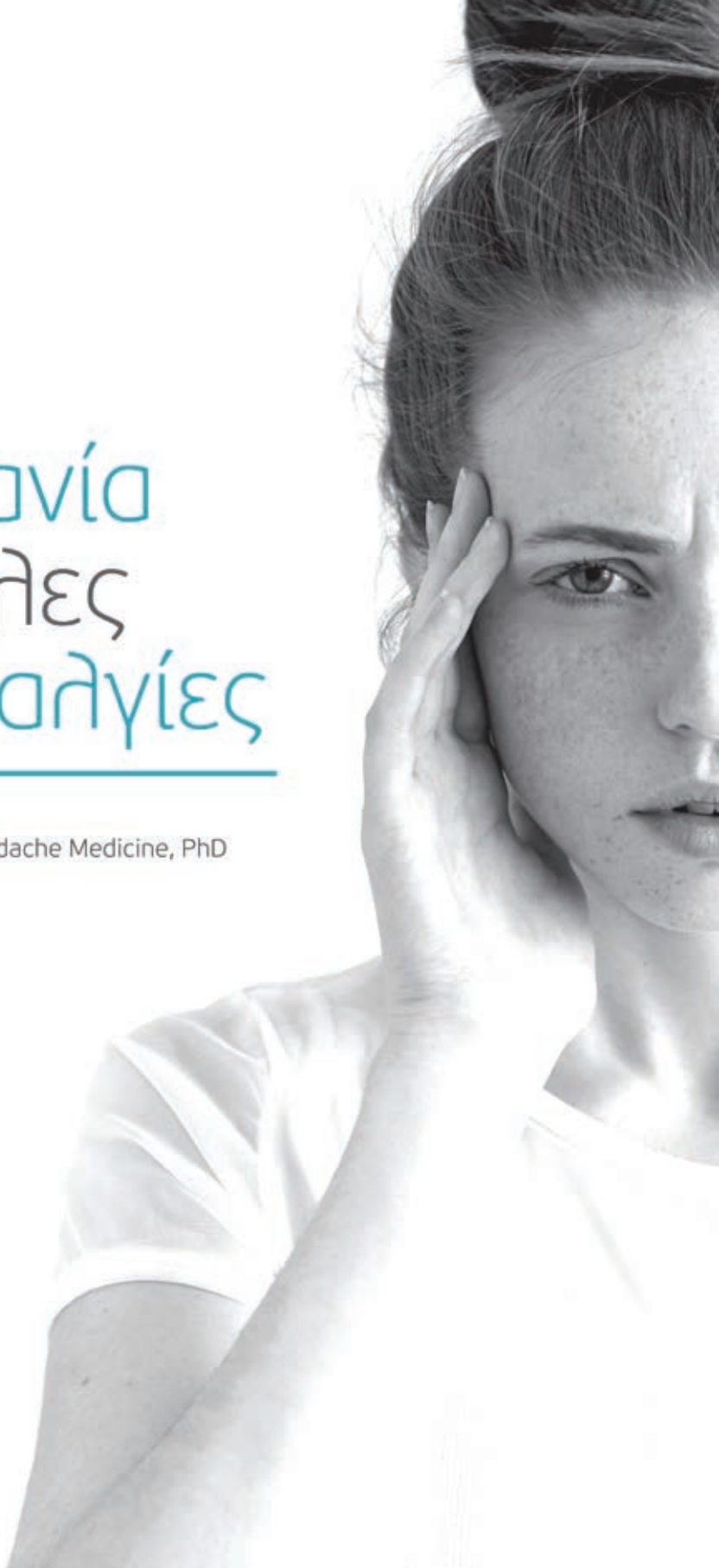


Ημικρανία και άλλες κεφαλαλγίες

Δρ Μιχαήλ Βικελής

Νευρολόγος, MSc in Headache Medicine, PhD





Ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος ιδρύθηκε το 2017.

Πρόκειται για έναν μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οργανισμό, μέλος της Pain Alliance Europe, καθώς και της European Migraine and Headache Alliance, πανευρωπαϊκών δικτύων συλλόγων ασθενών με ημικρανία, κεφαλαλγίες ή άλλα σύνδρομα χρόνιου πόνου.

Τα ιδρυτικά μέλη του Συλλόγου είναι άτομα από όλη την Ελλάδα που πάσχουν από ημικρανίες ή κεφαλαλγίες και τους ενώνει η επιθυμία να κάνουν γνωστό στη κοινή γνώμη τι είναι η ημικρανία και οι κεφαλαλγίες και πως μπορούν οι ασθενείς που πάσχουν από αυτές να βελτιώσουν την κατάστασή τους και να αποκτήσουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

www.kefalalgies.gr



Ο Δρ Μιχαήλ Βικελής είναι Νευρολόγος. Φοίτησε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ολοκλήρωσε την ειδικότητα της νευρολογίας στην Αθήνα.

Μετεκπαιδεύτηκε στο Πανεπιστήμιο La Sapienza της Ρώμης, όπου απέκτησε Μεταπτυχιακό Τίτλο Σπουδών Master of Science in Headache Medicine και εκπόνησε Διδακτορική Διατριβή με θέμα τις κεφαλαλγίες στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Έχει συγγράψει ή συμμετάσχει στη συγγραφή περισσότερων από 40 επιστημονικών άρθρων σε διεθνή ιατρικά περιοδικά και 12 κεφαλαίων σε ξενόγλωσσα και ελληνικά ιατρικά συγγράμματα, με θέμα τις κεφαλαλγίες. Συμμετέχει ως βασικός ερευνητής σε διεθνείς πολυκεντρικές κλινικές μελέτες για τη χρήση νέων θεραπειών στην ημικρανία ή άλλες κεφαλαλγίες. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα κεφαλαλγιών και είναι μέλος της Επιτροπής Εκπαίδευσης της International Headache Society και του Κλάδου Κεφαλαλγίας της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας. Είναι Επιστημονικός Σύμβουλος του Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος.

www.iatreiokefalgias.gr

www.headaches.gr

Ημικρανία και άλλες κεφαλαλγίες

Δρ Μιχαήλ Βικελής

Νευρολόγος, MSc in Headache Medicine, PhD



Έκδοση του Συλλόγου Ασθενών
με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Αθήνα, 2021

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Κανένα τμήμα της παρούσας δημοσίευσης δεν μπορεί να αναπαραχθεί, διανεμηθεί ή μεταδοθεί σε οποιαδήποτε μορφή ή με οποιονδήποτε τρόπο, συμπεριλαμβανομένων της φωτοτύπησης, καταγραφής, ή μέσω άλλης ηλεκτρονικής ή μηχανικής μεθόδου κ.λπ., χωρίς προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του εκδότη, εκτός σε περίπτωση χρήσης σύντομου αποσπάσματος ενσωματωμένου σε κριτική, καθώς και σε συγκεκριμένες άλλες μη εμπορικές χρήσεις με βάση τις διατάξεις πνευματικής ιδιοκτησίας.

Το παρόν βιβλίο περιέχει γενικές πληροφορίες σε σχέση με τις κεφαλαλγίες και την αντιμετώπισή τους. Οι πληροφορίες αυτές παρέχονται μόνο για σκοπούς ενημέρωσης και δεν προορίζονται να αντικαταστήσουν τις συμβουλές που παρέχονται από ιατρούς ή άλλο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Οι ασθενείς δεν πρέπει να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο παρόν προκειμένου να διαγνώσουν οι ίδιοι προβλήματα υγείας ή ασθένειες. Οι ασθενείς οφείλουν σε κάθε περίπτωση να συμβουλευθούν ιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας για ιατρικές συμβουλές ή πληροφόρηση σχετικά με την διάγνωση ασθένειας ή και την θεραπεία αυτής. Οι αναγνώστες προτρέπονται να διασταυρώσουν οιαδήποτε πληροφορία περιέχεται στο παρόν βιβλίο με άλλες πηγές, καθώς και να επιβεβαιώσουν κάθε πληροφορία που αφορά σε οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση ή θεραπεία με τον ιατρό τους. Ποτέ μην αγνοήσετε επαγγελματικές ιατρικές συμβουλές ή καθυστερήσετε να προσφύγετε σε ιατρική θεραπεία, με βάση κάτι που διαβάσατε σε αυτό το βιβλίο.

Σε περίπτωση που νομίζετε πως έχετε οποιαδήποτε ιατρικό επειγόν παρακαλώ αναζητήστε άμεσα ιατρική βοήθεια. Οι συγγραφείς δεν προτείνουν ή επιδοκιμάζουν συγκεκριμένες εξετάσεις, ιατρικά σκευάσματα, διαδικασίες, απόψεις κ.λπ. Το βιβλίο περιέχει μόνο τις προσωπικές απόψεις των συγγραφέων σχετικά με τις κεφαλαλγίες, ως επιστημόνων φροντίδας υγείας. Η προσωπική κατάσταση της υγείας, ιατρική, φυσική ή συναίσθηματική κατάσταση ή οι ανάγκες των αναγνωστών δεν λαμβάνονται υπόψη.

Ούτε οι συγγραφείς, ούτε ο εκδότης δε θα φέρουν ευθύνη για οποιαδήποτε ζημία προκύψει από ή σε σχέση με τη χρήση του παρόντος βιβλίου. Οι αναγνώστες οφείλουν να συμβουλευθούν τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας πριν χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε πληροφορία περιέχεται στο βιβλίο, πριν δοκιμάσουν οποιαδήποτε θεραπεία ή προβούν σε οποιαδήποτε ενέργεια που μπορεί άμεσα ή έμμεσα να επηρεάσει την υγεία τους ή την ευεξία τους. Το βιβλίο αυτό παρέχει περιεχόμενο που σχετίζεται με ζητήματα υγείας. Η χρησιμοποίησή του, ισοδυναμεί με αποδοχή του παρόντος χωρίου αποποίησης ευθυνών.

ISBN: 978-618-84996-0-7

Επιμέλεια Εξώφυλλου: ΕΙΡΗΝΗ ΚΟΥΤΣΑΘΑΝΑ
Σελιδοποίηση: ΙΔΕΟΓΡΑΜΜΑ
Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία: ΛΙΘΟΠΡΙΝΤ

Συγγραφείς

Συγγραφείς

Μιχαήλ Βικελής

Νευρολόγος, MSc in Headache Medicine, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Σύμβουλος Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Συμμετέχοντες Συγγραφείς

Αργυρίου Ανδρέας MD, PhD, Νευρολόγος, Επιμελητής Νευρολογικού Τμήματος και Υπεύθυνος Λειτουργίας του Ιατρείου Κεφαλαλγίας Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Βλάχος Γεώργιος Νευρολόγος, συνεργάτης Ιατρείου Νοητικών Διαταραχών Α΄ Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δαρδιώτης Ευθύμιος Νευρολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας Παν. Θεσσαλίας, Δ/ντής Νευρολογικής Κλινικής Παν. Νοσοκομείου Λάρισας

Δερμιτζάκης Εμμανουήλ MD, PhD, Νευρολόγος, Θεσσαλονίκη, υπεύθυνος κλινικών μελετών κεφαλαλγίας στην Euromedica Γενική Κλινική, Επιστημονικός Σύμβουλος Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Καραρίζου Ευαγγελία Νευρολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Κουρούδη Κατερίνα Πολιτικός Μηχανικός - Αρχιτέκτων Τοπίου, Μέλος Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία & Κεφαλαλγία Ελλάδος

Κούτρης Μιχαήλ Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ACTA, Άμστερνταμ, President-Elect INFORM Group, IADR, Πρόεδρος Επιτροπής Έρευνας Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Στοματοπροσωπικού Πόνου (EAOPD), Ιδρυτικό μέλος Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Στοματοπροσωπικού Πόνου (EAOPD)

Μουγιάκος Θεόδωρος Γενικός Αρχίατρος - Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ

Μπόρμπα Λία Ταμίας Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Μπίλιας Κωνσταντίνος Φυσικός, Γενικός Γραμματέας Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Ξένος Κωνσταντίνος Κλινικός Διαιτολόγος, Διατροφολόγος MSc PhD, Διευθυντής τμήματος Διατροφογενετικής και Έρευνας Θρέψης, Ευρωκλινική Αθηνών

Ξιφαράς Μιχαήλ Νευρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, νοσοκομείο Παμμακάριστος

Ρίκος Δημήτρης MD, MSc, Νευρολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός, Επιμελητής Νευρολογικής Κλινικής 404 Στρ. Νοσοκομείου Λάρισας, Επιστ. Συνεργάτης Νευρολογικής Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας

Σκληρός Στάθης MD PhD, Γενικός Ιατρός, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σολδάτος Παναγιώτης Νευρολόγος, Καλαμάτα

Σπίγγος Κωνσταντίνος Νευρολόγος, Κέρκυρα

Επιμέλεια

Δρ Μιχαήλ Βικελής και Δρ Εμμανουήλ Δερμιτζάκης





Χαιρετισμός της Προέδρου

Πριν λίγα χρόνια, ξεκινώντας την προσπάθεια της ίδρυσης του Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδας, θέσαμε ανάμεσα στους βασικούς άξονες των δράσεων μας την ενημέρωση. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν περισσότεροι από ένα εκατομμύριο ασθενείς με ημικρανία στην Ελλάδα, και αρκετοί άλλοι με άλλες μορφές κεφαλαλγίας, πολλοί από εμάς δεν έχουν αρκετές και ουσιαστικές πληροφορίες για την πάθηση τους, που θα τους βοηθούσαν στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος και στην τελική εύρεση της καλύτερης θεραπείας.

Ο Σύλλογος μας προχώρησε και προχωρεί σε ποικίλες δράσεις, με σκοπό την ποιοτική ενημέρωση. Διενεργήσαμε ενημερωτικές ημερίδες στα μεγάλα αστικά κέντρα, προβήκαμε σε συγγραφή άρθρων, συμμετείχαμε σε τηλεοπτικές εκπομπές, δημιουργήσαμε διαδικτυακά σεμινάρια, δράσεις με μεγάλη απήχηση που σκοπεύουμε να συνεχίσουμε και τα προσεχή χρόνια.

Το βιβλίο αυτό είναι ένας από τους αρχικούς μας στόχους, καθώς θελήσαμε να υπάρχει κάπου συνοδικά γραμμένη από ειδικούς επιστήμονες, με αναλυτικό αλλά και κατανοητό τρόπο όλη η πληροφορία που χρειάζεται ένας ασθενής με ημικρανία, αθροιστική κεφαλαλγία ή άλλες κεφαλαλγίες. Με αρκετή προσπάθεια, φτάσαμε στη δημιουργία αυτού του βιβλίου, που είτε στην έντυπη μορφή του, είτε ως e-book πιστεύουμε θα φτάσει στα χέρια χιλιάδων ασθενών με ημικρανία ή άλλες κεφαλαλγίες και θα τους βοηθήσει στην κατανόηση του προβλήματος τους και, ασφαλώς σε συνεργασία με τον ιατρό τους, στην εύρεση της καλύτερης λύσης.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τις φαρμακευτικές εταιρείες *Allergan an AbbVie company*, *Novartis Hellas* και *Specifar A.B.E.E.* (μέλος του ομίλου εταιρειών *TEVA*), χωρίς την ευγενική υποστήριξη των οποίων το βιβλίο αυτό δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί.

Καλή ανάγνωση,

Ελένη Βλάχου

Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου Συλλόγου
Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Αντί προλόγου

Το 2017 δημιουργήθηκε ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος, ο οποίος από την αρχή της ίδρυσής του έθεσε ως πρωταρχικό του στόχο να καλύψει ένα μεγάλο κενό που υπήρχε στη χώρα μας: Να μιλήσει με απλά και κατανοητά λόγια για τις κεφαλαλγίες όλων των ειδών και να εξηγήσει, χρησιμοποιώντας μια βαθιά και καθημερινή γλώσσα, τα χαρακτηριστικά και τη φύση των κεφαλαλγιών, τις αιτίες τους, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας τους.

Αυτόν ακριβώς το στόχο υπηρετεί και το παρόν βιβλίο. Φιλοδοξεί να ενημερώσει έγκυρα και επιστημονικά τον ασθενή που πάσχει από κεφαλαλγίες (ημικρανία, κεφαλαλγία τάσεως, αθροιστική κεφαλαλγία) για όλα τα δεδομένα που αφορούν την πάθησή του αλλά και να τον παρακινήσει να προχωρήσει σ' αυτό που πρέπει να θεωρείται αυτονόητο: Να αναζητήσει ιατρική βοήθεια και θεραπεία από εξειδικευμένους στο αντικείμενο ιατρούς.

Παρά το αποδεδειγμένο από διεθνείς στατιστικές γεγονός ότι οι Έλληνες υστερούν στη μελέτη και ανάγνωση βιβλίων (προτιμώνται τηλεόραση, διαδίκτυο, ραδιόφωνο), εντούτοις πιστεύουμε πως η έκδοση ενός βιβλίου στο οποίο θα συγκεντρώνονται όλες οι πληροφορίες που θα πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής με κεφαλαλγία, θα παίξει καθοριστικό ρόλο στο να μελετήσει τη πάθησή του και να εξοικειωθεί με αυτή. Η μορφή e-book, στην οποία παράλληλα με την έντυπη μορφή αυτό το βιβλίο θα είναι διαθέσιμο, θα διευκολύνει όσους προτιμούν την ηλεκτρονική ανάγνωση.

Βεβαίως, η συγγραφή ενός τέτοιου εγχειριδίου δεν είναι μια απλή υπόθεση. Το κείμενο πρέπει με απλά και κατανοητά λόγια να περιγράφει τα είδη των κεφαλαλγιών αλλά και να παρέχει πληροφορίες για την αντιμετώπισή τους, χωρίς ταυτόχρονα να χάνει ούτε στιγμή την επιστημονική του τεκμηρίωση και εγκυρότητα. Δε θα πρέπει να απευθύνεται μόνο σε πάσχοντες αλλά και σε ανθρώπους οι οποίοι έχουν στο περιβάλλον τους κάποιον που εμφανίζει κεφαλαλγίες, ώστε οι ενδιαφερόμενοι να κατανοήσουν το πρόβλημα και να γνωρίζουν πως και οι ίδιοι μπορούν να βοηθήσουν.

Για τους παραπάνω λόγους, θεωρήσαμε αυτονόητο πως τη συγγραφή του παρόντος βιβλίου έπρεπε να αναλάβουν εξειδικευμένοι ιατροί με αντίστοιχες

σπουδές στο αντικείμενο αλλά, κυρίως, με μεγάλη εμπειρία στην αντιμετώπιση ασθενών με κεφαλαλγία.

Θα θέλαμε, λοιπόν, να ευχαριστήσουμε θερμά τον επιστημονικό μας σύμβουλο Δρ Μιχαήλ Βικελή, στον οποίο ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των κειμένων και ο οποίος είχε την ευθύνη του συντονισμού των υπολοίπων συγγραφέων και την επιμέλεια του συνόλου των κειμένων. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλη τη συγγραφική ομάδα, η οποία ανταποκρίθηκε με το καλύτερο τρόπο στο κάλεσμα του Συλλόγου και μας παρέδωσε ένα άρτιο βιβλίο. Στον Πίνακα περιεχομένων αναφέρεται η πολύτιμη συνεισφορά του κάθε ενός ξεχωριστά. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον επιστημονικό μας σύμβουλο Δρ Μανώλη Δερμιτζάκη, ο οποίος πέρα από τη συγγραφή τμήματος των κειμένων, συμμετείχε και στην επιμέλεια του συνόλου.

Θα πρέπει να τονιστεί πως, πέρα από την πολύτιμη βοήθεια τους στη συγγραφή του παρόντος βιβλίου, η συνολική βοήθεια που έχει αφιλοκερδώς προσφερθεί στο Σύλλογό μας από τους επιστημονικούς συμβούλους, είναι ανεκτίμητη.

Παραδίδουμε λοιπόν στο αναγνωστικό κοινό το παρόν βιβλίο με την ελπίδα ότι θα αποτελέσει μια αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης και ένα σημείο αναφοράς για τη μελέτη των κεφαλαλγιών από το γενικό πληθυσμό. Ασφαλώς, δεν μπορεί και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να έχει το ρόλο της υποκατάστασης της ιατρικής γνώμης, αλλά της ενημέρωσης των ασθενών και της δημιουργίας γνώσεων, ώστε στα πλαίσια γόνιμης συζήτησης με τους θεράποντες, να φτάνει η καλύτερη δυνατή για τον κεφαλαλγικό ασθενή λύση.

Εκ μέρους του ΔΣ του Συλλόγου Ασθενών
με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

Κωνσταντίνος Μπίλιας,
Γενικός Γραμματέας ΔΣ

Πρόλογος του συγγραφέα

Αν και οι κεφαλαλγίες -με κυριότερο εκπρόσωπο την ημικρανία- αφορούν περισσότερους από ένα εκατομμύριο Έλληνες, παραμένουν υποτιμημένες παθήσεις. Ο επαγγελματικός και κοινωνικός περίγυρος, αλλά πολλές φορές ακόμη και ο στενός προσωπικός κύκλος των πασχόντων συχνά δεν δείχνει κατανόηση και συμπάρασταση στο πρόβλημα- κάτι ομολογουμένως όχι εντελώς ακατανόητο, καθώς όποιος δεν πάσχει από ημικρανία είναι πραγματικά πολύ δύσκολο να συναισθανθεί πόσο πολύ μπορεί να υποφέρει ένας ημικρανικός στη διάρκεια μιας κρίσης.

Η ημικρανία χαρακτηρίζεται από κρίσεις πολύ ισχυρού πονοκεφάλου, που εμφανίζονται απροειδοποίητα και συχνά συνοδεύονται από δυσανεξία στο φως, τους ήχους, τις οσμές αλλά και ναυτία ή και εμετό. Συνυπάρχει μεγάλη δυσκολία ή και αδυναμία για φυσιολογική καθημερινή λειτουργικότητα, αλλά και για προγραμματισμό δραστηριοτήτων. Και αυτό συμβαίνει μία ή και περισσότερες φορές το μήνα, στη διάρκεια των πιο παραγωγικών ετών της ζωής κάποιου. Η ημικρανία έχει -δυστυχώς- τη δύναμη να επιβαρύνει ή και συχνά να καταστρέψει τη ζωή πολλών εκατομμυρίων ανθρώπων ανά τον κόσμο, καθώς είναι μία από τις συχνότερες ασθένειες, με τα στοιχεία να δείχνουν πως στην Ευρώπη αφορά ως και το 15% του γενικού πληθυσμού.



Η ημικρανία χαρακτηρίζεται από κρίσεις πολύ ισχυρού πονοκεφάλου, που συνήθως συνοδεύονται από δυσανεξία στο φως, τους ήχους, τις οσμές αλλά και ναυτία ή ακόμα και εμετό.

Σύμφωνα με διεθνείς και ελληνικές έρευνες, περισσότεροι από τους μισούς ημικρανικούς, οι οποίοι υπολογίζονται σε περίπου ένα εκατομμύριο στην Ελλάδα, παραμένουν χωρίς ποτέ να έχει τεθεί διάγνωση από ιατρό. Αλλά και από τους διαγνωσμένους ασθενείς, οι περισσότεροι δεν λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία.

Η υποτίμηση του προβλήματος της ημικρανίας έχει ποικίλες αι-

τίες. Είναι αλήθεια πως για πολλά χρόνια η ιατρική δεν μπορούσε να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Τα παλαιότερα χρόνια μια επίσκεψη στον ιατρό συνήθως δεν κατέληγε πουθενά αλλού, παρά μόνο σε μια γενικόλογη σύ-



Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι με ημικρανία υποφέρουν σιωπηλά, χωρίς αναγνώριση και διάγνωση της πάθησης τους, χωρίς κατανόηση από το περιβάλλον τους, χωρίς την κατάλληλη θεραπεία που θα μπορούσε να αλλάξει τη ζωή τους.

σταση περί υπομονής και σε μια συζήτηση περί μιας πιθανής ύφεσης μετά τη μέση ηλικία. Αυτό οδήγησε στην ευρέως διαδεδομένη -αλλά λανθασμένη- εντύπωση πως η ημικρανία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί. Το περιβάλλον πολλών ασθενών, κοινωνικό και επαγγελματικό, αλλά πολλές φορές και το στενό οικογενειακό συχνά δεν μπορεί να κατανοήσει και να αποδεχθεί πως ένας άνθρωπος μπορεί να υποφέρει τόσο πολύ από έναν νοκοκέφαλο, ώστε να φτάνει σε επίπεδο μη λειτουργικό, και δεν είναι καθόλου σπάνιο ημικρανικό να θεωρείται ότι υπερβάλλουν και δεν νικάνε τον πόνο γιατί «δεν είναι αρκετά δυνατοί». Πολλοί ημικρανικοί, πιστεύοντας πως δεν είναι εφικτή η αντιμετώπιση ή αισθανόμενοι ενοχές για αυτό που τους συμβαίνει και διαταράσσει την οικογενειακή και επαγγελματική ζωή τους, αποφεύγουν να αναζητήσουν βοήθεια. Τέλος, η ευρέως διαδομένη αντίληψη, είτε από ημικρανικούς είτε από άτομα του περιβάλλοντος τους, πως είναι υπερβολική και μάταια η ιατρική θεραπεία για ένα πρόβλημα όπως η ημικρανία, εμποδίζει τη λήψη μιας σωστής αγωγής και στρέφει πολλούς ασθενείς σε ατεκμηρίωτες μεθόδους, με αμφίβολα αποτελέσματα. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην σημερινή πραγματικότητα: Δυστυχώς, πολλοί ημικρανικοί υποφέρουν σιωπηλά, χωρίς αναγνώριση και διάγνωση της πάθησης τους, χωρίς κατανόηση από το περιβάλλον τους, χωρίς την κατάλληλη θεραπεία που θα μπορούσε να αλλάξει τη ζωή τους.

Η ιατρική έρευνα έχει ουσιαστικά στρέψει το ενδιαφέρον της στην ημικρανία μόλις τις τελευταίες δεκαετίες. Πληθυσμιακές μελέτες που αναδεικνύουν

το μέγεθος του προβλήματος διενεργήθηκαν στη χώρας μας πολύ πρόσφατα. Η αναγνώριση της ημικρανίας ως μείζονος προβλήματος υγείας παγκοσμίως τεκμηριώθηκε μόλις προ λίγων ετών, με τη δημοσίευση της μελέτης Global Burden of Disease του 2013, η οποία ανέδειξε την ημικρανία ως έκτη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης μειωμένης ικανότητας για λειτουργικότητα. Μάλιστα, αν προστεθεί η επιβάρυνση της κεφαλαλγίας από κατάχρηση αναλγητικών, η οποία συνήθως κρύβει πίσω της μια χρόνια ημικρανία, μπορούμε να μιλήσουμε για την τρίτη σημαντικότερη αιτία που προκαλεί μειωμένη δυνατότητα για λειτουργικότητα παγκοσμίως, μετά την χρόνια οσφυαλγία και την κατάθλιψη. Η στροφή της ιατρικής και σε παθήσεις που δεν προκαλούν αυξημένη θνησιμότητα, αλλά διαταράσσουν τη λειτουργικότητα, εμποδίζοντας τους ανθρώπους να λειτουργήσουν είναι απολύτως λογική, καθώς η αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών, με τα μέσα που η ιατρική διαθέτει σήμερα, θα έχει τεράστια επίπτωση στο σύνολο της κοινωνίας. Καλύτερη ποιότητα ζωής στον ασθενή, ο οποίος δεν θα χάνει μέρες από τη ζωή του καθηλωμένος από τον πόνο, ούτε θα πασχίζει να λειτουργήσει φυσιολογικά ενώ υποφέρει, όπως συχνά γίνεται. Αλλά και άμεση θετική επίδραση στο οικογενειακό περιβάλλον, κάτι που ίσως δεν είναι εύκολο αντιληπτό παρά μόνο σε άτομα που έχουν στην οικογένεια κάποιον ημικρανικό ασθενή και γνωρίζουν από πρώτο χέρι την επιβάρυνση που προκαλούν οι κρίσεις της ημικρανίας σε μια φυσιολογική οικογενειακή ζωή. Τέλος, στο σύνολο της κοινωνίας, η αντιμετώπιση της ημικρανίας θα οδηγήσει στη μείωση του τεράστιου οικονομικού κόστους που η πάθηση αυτή προκαλεί σήμερα, κυρίως λόγω απουσιών από την εργασία ή μειωμένης παραγωγικότητας.

Το πρώτο βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση της ημικρανίας ξεκινά με την σωστή ενημέρωση, που οδηγεί στην κατανόηση του προβλήματος και στα επόμενα βήματα, προς τις σωστές λύσεις. Και σε αυτό ελπίζω να συμβάλει ουσιαστικά το βιβλίο που κρατάτε στα χέρια σας.

Μιχάλης Βικελής

*Νευρολόγος, MSc in Headache Medicine,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή: Γενικά Περί Πονοκεφάλων	17
1.1 Πονοκέφαλος: Τι είναι και ποιες αιτίες τον προκαλούν (Μ. Βικελής)	
1.2 Είδη και κατηγορίες πονοκεφάλων (Μ. Βικελής)	
1.3 Ποιοι είναι οι πιο συνηθισμένοι τύποι πονοκεφάλου; (Μ. Βικελής)	
1.4 Αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου στους πονοκεφάλους (Μ. Βικελής)	
1.5 Ημερολόγιο Κεφαλαλγίας (Μ. Βικελής)	
1.6 Κέντρα και Ιατρεία Κεφαλαλγίας (Μ. Βικελής)	
1.7 Χρόνιες και συχνές κεφαλαλγίες: Ένα σημαντικό, αλλά υποτιμημένο πρόβλημα υγείας (Μ. Βικελής)	
1.8 Οι κεφαλαλγίες σε σχέση με ψυχικά συμπτώματα και νοσήματα (Θ. Μουγιόκας)	
2. Ημικρανία.....	29
2.1 Εισαγωγικά περί ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
2.2 Γονίδια και ημικρανία (Δ. Ρίκος και Ε. Δαρδιώτης)	
2.3 Εκλυτικοί παράγοντες στην ημικρανία (Μ. Βικελής)	
2.4 Ημικρανία και διατροφή (Κ. Ξένος)	
2.5 Γιατί η ημικρανία προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες; (Μ. Βικελής)	
2.6 Χρειάζεται στην ημικρανία να γίνουν εξετάσεις; (Μ. Βικελής)	
2.7 Ημικρανία ή ιγμορίτιδα; (Μ. Βικελής)	
2.8 Ημικρανία: Μύθοι και αλήθειες (Μ. Βικελής)	
2.9 Πρόδρομα συμπτώματα της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής)	
2.10 Ημικρανία χωρίς αύρα (Μ. Βικελής)	
2.11 Ημικρανία με αύρα (Μ. Βικελής και Π. Σολδάτος)	
2.12 Αναλυτικότερα για την αύρα της ημικρανίας (Μ. Βικελής και Π. Σολδάτος)	
2.13 Χρόνια ημικρανία (Μ. Βικελής)	
2.14 Ημικρανία, εμμηνορροϊκός κύκλος, εγκυμοσύνη και εμμηνόπαυση (Μ. Βικελής)	
2.15 Πορεία της ημικρανίας στο χρόνο (Μ. Βικελής)	
2.16 Αιθουσία ημικρανία (Μ. Βικελής)	
2.17 Ημικρανία στα παιδιά (Μ. Δερμιτζάκης)	
3. Θεραπεία της ημικρανίας	58
3.1 Θεραπεία της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	
3.1.1 Απλά αναλγητικά στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	
3.1.2 Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	
3.1.3 Συνδυασμοί φαρμάκων στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	
3.1.4 Τριπτάνες στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	

Περιεχόμενα



3.1.5 Διάφορα άλλα φάρμακα στη θεραπεία της της ημικρανικής κρίσης (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	
3.2 Προληπτική θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.1 Αναστολείς διαύλων ασβεστίου στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.2 Β αδρενεργικοί αναστολείς στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.3 Αντικατοθλιπτικά φάρμακα στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.4 Αντιεπιληπτικά φάρμακα στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.5 Βοτουλινική τοξίνη τύπου Α στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής και Μ. Δερμιτζάκης)	
3.2.6 Μονοκλωνικά αντισώματα στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.7 Συμπληρώματα διατροφής στην θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής και Κ. Ξένος)	
3.2.8 Διάφορα άλλα φάρμακα στην προληπτική θεραπεία της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
3.2.9 Περί εναλλακτικών θεραπειών στην ημικρανία (Μ. Βικελής)	
3.2.10 Περί της «χειρουργικής θεραπείας» της ημικρανίας (Μ. Βικελής)	
4. Κεφαλαλγία τάσεως.....	79
4.1 Συμπτωματολογία της κεφαλαλγίας τάσεως (Μ. Βικελής)	
4.2 Θεραπεία της κεφαλαλγίας τάσεως (Μ. Βικελής και Κ. Σπίγγος)	
5. Αθροιστική κεφαλαλγία.....	83
5.1 Συμπτωματολογία της αθροιστικής κεφαλαλγίας (Μ. Βικελής)	
5.2 Φαρμακευτική θεραπεία της αθροιστικής κεφαλαλγίας (Μ. Βικελής)	
5.3 Χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία (Μ. Βικελής)	
5.4 Η αθροιστική κεφαλαλγία στην Ελλάδα (Μ. Βικελής)	
6. Άλλες κεφαλαλγίες και νευραλγίες.....	89
6.1 Νευραλγία Τριδύμου (Μ. Βικελής)	
6.2 Πονοκέφαλος εξαιτίας κάκωσης (χτυπήματος) στο κεφάλι ή στο λαιμό (Μ. Βικελής)	
6.3 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε ανεύρησμα του εγκεφάλου (Μ. Βικελής και Α. Αργυρίου)	
6.4 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε όγκο του εγκεφάλου (Μ. Βικελής και Α. Αργυρίου)	
6.5 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε χρήση φαρμάκου ή ουσίας (Μ. Βικελής)	
6.6 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε λοίμωξη ή φλεγμονή (Μ. Βικελής)	
6.7 Ίλιγγος (Μ. Βικελής)	
6.8 Παραξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία (Μ. Βικελής και Ε. Καραρίζου)	
6.9 Συνεχής μονόπλευρη κεφαλαλγία (hemicrania continua) (Μ. Βικελής και Μ. Ξιφαράς)	

6.10 Πόνος στον αυχένα και "αυχενικό σύνδρομο" (Μ. Βικελής και Μ. Ξιφαράς)	
6.11 Ινιακή νευραλγία (Μ. Βικελής)	
6.12 Κεφαλαλγία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος (Μ. Κούτρης)	
6.13 Κεφαλαλγία στους ηλικιωμένους (Γ. Βλάχος)	
6.14 Πονοκέφαλοι το καλοκαίρι (Μ. Βικελής)	
6.15 Πονοκέφαλος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου (Μ. Βικελής)	
7. Διάφορα άλλα σχετικά με τις κεφαλαλγίες θέματα	108
7.1 Κλινικές μελέτες στην ημικρανία (Μ. Δερμιτζάκης)	
7.2 Ιατρικές συσκευές σε ημικρανία και κεφαλαλγίες (Μ. Βικελής και Ε. Καραρίζου)	
7.2 Ημικρανία και κεφαλαλγίες στην Γενική Ιατρική (Ε. Σκληρός)	
8. Η άποψη και οι δράσεις των ασθενών.....	113
8.1 Το Ταξίδι με την ημικρανία (Κ. Μπίλις)	
8.2 Ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (Κ. Κουρούδη)	
8.3 Γράμμα στην ημικρανία μου (Λ. Μπάρμπα)	





κεφάλαιο **1.**

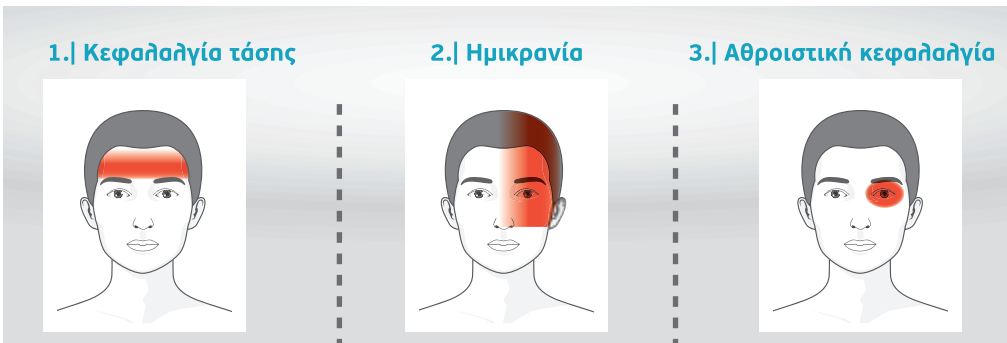
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:
ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΩΝ**

1.1 Πονοκέφαλος: Τι είναι και ποιες αιτίες τον προκαλούν

Πονοκέφαλος σημαίνει απλά «πόνος στην περιοχή του κεφαλιού». Το ίδιο ακριβώς σημαίνει η λέξη «κεφαλαλγία», η οποία είναι η λέξη που στην ιατρική ορολογία χρησιμοποιείται αντί για τη λέξη «πονοκέφαλος». Υπάρχουν εκατοντάδες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν πονοκέφαλο. Για παράδειγμα, μία ιγμορίτιδα, ένα οφθαλμολογικό πρόβλημα, μία ωτίτιδα, αλλά και πιο σοβαρές καταστάσεις, όπως ένας όγκος του εγκεφάλου ή ένα ανεύρυσμα του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν πονοκέφαλο. Κάθε τέτοιος πονοκέφαλος, για τον οποίον υπάρχει μία σαφής και αναγνωρίσιμη υποκείμενη αιτία, ονομάζεται δευτεροπαθής πονοκέφαλος. Κάποιοι δευτεροπαθείς πονοκέφαλοι ασφαλώς μπορεί να σημαίνουν κίνδυνο για την υγεία ή και τη ζωή του ανθρώπου που τους εμφανίζει. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές, ένας πονοκέφαλος δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αυτός ο πονοκέφαλος ονομάζεται πρωτοπαθής πονοκέφαλος, όρος που σημαίνει ότι δεν υπάρχει «χειροποιιστή» οργανική αιτία που τον προκαλεί. Παραδείγματα πρωτοπαθών πονοκεφάλων είναι η ημικρανία, η κεφαλαλγία τύπου τάσεως και η αθροιστική κεφαλαλγία. Οι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι προκαλούν ταλαιπωρία, πολλές φορές εξαιρετικά σημαντική, αλλά μόνο πολύ σπάνια και σε εξαιρετικές περιπτώσεις επιπλοκών μπορεί να είναι επικίνδυνοι για τη ζωή ή την υγεία.

1.2 Είδη και κατηγορίες πονοκεφάλων

Υπάρχουν εκατοντάδες αιτίες που προκαλούν πονοκέφαλο, οι οποίοι, όπως αναφέρεται και νωρίτερα, διακρίνονται ιατρικά σε δύο ομάδες: Υπάρχουν οι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι και οι δευτεροπαθείς πονοκέφαλοι.



Σχηματική παράσταση της συνήθους εντόπισης των κυριότερων κεφαλαλγιών. Πρέπει να τονιστεί πως η εντόπιση μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να διαφέρει από την εικονιζόμενη. Καθόλου σπάνια, για παράδειγμα, η ημικρανία είναι αμφίπλευρη ή η αθροιστική κεφαλαλγία έχει και άλλες εντοπίσεις.

Οι κυριότεροι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι είναι η ημικρανία, ο πονοκέφαλος τύπου τάσεως και η αθροιστική κεφαλαλγία. Αν και η ακριβής αιτία των πρωτοπαθών πονοκεφάλων δεν είναι ξεκάθαρη (ή, για να είμαστε πιο ακριβείς, υπάρχουν αίτια σε επίπεδο π.χ. νευρικών κυττάρων ή περιφερικών νευρώνων...) πρόκειται για έντονους πονοκεφάλους, που μπορεί να προκαλούν σημαντικά προβλήματα στη ζωή όποιου υποφέρει από αυτούς. Σήμερα, πλέον, γνωρίζουμε ότι πολλοί από αυτούς οφείλονται, τουλάχιστον εν μέρει, σε γενετικούς παράγοντες, είναι δηλαδή «γραμμένοι στο γενετικό μας υλικό». Αν και συνθήκες ψυχολογικής πίεσης και άγχους μπορεί να επιβαρύνουν την κατάσταση, οι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι δεν προκαλούνται από ψυχολογικούς ή ψυχικούς παράγοντες, αλλά είναι σωματικές ιατρικές παθήσεις με τον ίδιο τρόπο που ο διαβήτης, για παράδειγμα, είναι μια σωματική ιατρική πάθηση.

Κάθε πονοκέφαλος για τον οποίον υπάρχει μία σαφής και αναγνωρίσιμη αιτία είναι ένας δευτεροπαθής πονοκέφαλος. Δευτεροπαθής πονοκέφαλος μπορεί να προκληθεί από πολλά και ποικίλα αίτια, μερικές φορές αθώα, όπως η ιγμορίτιδα, τα οδοντιατρικά προβλήματα ή τα προβλήματα όρασης και μερικές φορές σοβαρά, όπως ένας όγκος ή ένα ανεύρυσμα του εγκεφάλου. Στο σύνολό τους, οι δευτεροπαθείς πονοκέφαλοι, όποια και αν είναι η αιτιολογία τους, είναι σπανιότεροι από τους πρωτοπαθείς πονοκεφάλους. Για να διαβάσετε περισσότερα για ορισμένους σημαντικούς δευτεροπαθείς πονοκεφάλους, δείτε το κεφάλαιο 6.

Δεν είναι πάντα εύκολο να θεθεί η διάγνωση σχετικά με το ποιο είδος πονοκεφάλου έχει κάποιος άνθρωπος. Σε κάθε περίπτωση, ο αρμόδιος για να εξετάσει και να θέσει τη διάγνωση σε κάποιον άνθρωπο με πονοκέφαλο είναι ο ειδικός νευρολόγος. Η διάγνωση συνήθως βασίζεται κυρίως στην περιγραφή των συμπτωμάτων και την ειδική νευρολογική εξέταση. Τις περισσότερες φορές δεν χρειάζονται περαιτέρω ειδικές εξετάσεις (π.χ. μαγνητική τομογραφία), οι οποίες όμως μερικές φορές είναι απαραίτητες.

1.3 Ποιοι είναι οι πιο συνηθισμένοι τύποι πονοκεφάλου;

Ο πιο συνηθισμένος τύπος πονοκεφάλου είναι ο πονοκέφαλος τάσεως, ο οποίος ονομάζεται και κεφαλαλγία τύπου τάσεως, κεφαλαλγία τάσεως ή και «απλός πονοκέφαλος» (δείτε περισσότερα για αυτόν στο κεφάλαιο 4). Ο πονοκέφαλος τάσεως είναι ένας πονοκέφαλος που συνήθως είναι σχετικά ήπιος. Έτσι, οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν πονοκέφαλο τύπου τάσεως δεν ζητούν συμβουλή γιατρού, εκτός αν οι πονοκέφαλοι τους γίνουν πολύ



Στο σύνολο του πληθυσμού, περίπου ως και 12-18% των γυναικών και περισσότερο από 6% των ανδρών έχουν ημικρανία.

συχνοί ή αν τα απλά παυσίπονα δεν είναι αποτελεσματικά. Ο δεύτερος πιο συνηθισμένος τύπος πονοκεφάλου είναι η ημικρανία, η οποία αποτελεί και το βασικό θέμα αυτού του βιβλίου και αναλύεται στα κεφάλαια 2 και 3. Η ημικρανία είναι συχνή. Στο σύνολο του πληθυσμού, περίπου ως και 12-18% των γυναικών και περισσότερο από 6% των ανδρών έχουν ημικρανία, ενώ στις ηλικίες μεταξύ 15-45 ετών τα ποσοστά της ημικρανίας είναι σημαντικά μεγαλύτερα. Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι με ημικρανία δεν ζητούν την συμβουλή γιατρού, τουλάχιστον όχι έγκαιρα. Επίσης, μερικές φορές δεν γίνεται από τον γιατρό σωστή διάγνωση του αν ένας πονοκέφαλος είναι ημικρανία, ακόμη σε περιπτώσεις που ο ασθενής ζητήσει βοήθεια ειδικά για τον πονοκέφαλο του (και όχι, δηλαδή, αν κάποιος επισκεφθεί γιατρό για άλλο πρόβλημα υγείας και, παρεμπιπτόντως, αναφέρει πονοκέφαλο, όπου είναι αναμενόμενο ότι η διάγνωση μπορεί να διαφύγει). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η ημικρανία μπορεί να διαφέρει αρκετά σε χαρακτηριστικά από άνθρωπο σε άνθρωπο, ή και στο ότι πολλοί γιατροί δεν είναι εξοικειωμένοι με όλες τις μορφές που μπορεί να έχει η ημικρανία. Ας μην παραβλέψουμε ότι στην



Η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία σε ανθρώπους με ημικρανία είναι κατά κανόνα φυσιολογική.

Ελλάδα η νευρολογία ουσιαστικά δεν περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των Γενικών Ιατρών, ενώ οι παθολόγοι έχουν την δυνατότητα να ασκηθούν για 3 μόνο μήνες στη νευρολογία, δυνατότητα που όμως σπάνια χρησιμοποιούν.

σπεικόνιση του εγκεφάλου με αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει λόγος να γίνει μία τέτοια εξέταση. Η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία σε ανθρώπους με ημικρανία είναι κατά κανόνα φυσιολογική, μη μπορώντας έτσι να προσφέρει κάτι στη διάγνωση. Το ίδιο ισχύει και για ανθρώπους που έχουν πονοκέφαλο τύπου τάσεως.

Ως γενικός λοιπόν κανόνας, ισχύει ότι άνθρωποι με τυπικό ιστορικό ημικρανίας ή πονοκεφάλου τάσεως και φυσιολογική κλινική νευρολογική εξέταση δεν χρειάζεται να κάνουν αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Σε περιπτώσεις όμως όπου το ιστορικό δεν είναι απολύτως τυπικό, όταν, δηλαδή, κατά τη λήψη του ιστορικού προκύπτουν στοιχεία που δεν ταιριάζουν

1.4 Αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου στους πονοκεφάλους

απόλυτα με ημικρανία ή πονοκέφαλο τάσεως, τότε θα πρέπει να γίνει σπεικόνιση του εγκεφάλου. Όσον αφορά άλλου τύπου πρωτοπαθείς πονοκεφάλους, όπως για παράδειγμα στην αθροιστική κεφαλαλγία, συστήνεται να γίνει μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου αν ο πονοκέφαλος έχει ξεκινήσει πρόσφατα, για αποκλεισμό πιθανής υποκείμενης αιτίας.



Συγκεκριμένα στοιχεία, εφόσον υπάρχουν στο ιστορικό ή στην εξέταση, δηλώνουν αυξημένο κίνδυνο και σηματοδοτούν την ανάγκη για διενέργεια εξετάσεων

Βέβαια, δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι ημικρανία, πονοκέφαλο τύπου τάσεως ή γενικότερα μία πρωτοπαθή κεφαλαλγία. Κάποιοι, ασφαλώς οι λιγότεροι, μπορεί να υποφέρουν από δευτεροπαθή πονοκέφαλο (δηλαδή πονοκέφαλο με κάποια σαφή, υποκείμενη αιτία) και σε αυτούς τους ανθρώπους η απεικόνιση με αξονική ή μαγνητική τομογραφία μπορεί να είναι καθοριστική για τη διάγνωση. Υπάρχουν μάλιστα κάποια στοιχεία που, αν υπάρχουν στο ιστορικό ή στην εξέταση ενός ανθρώπου με πονοκέφαλο, δηλώνουν αυξημένο κίνδυνο να πρόκειται για δευτεροπαθή πονοκέφαλο και σηματοδοτούν την ανάγκη για διενέργεια απεικόνισης του εγκεφάλου, αλλά ενδεχομένως και άλλων εξετάσεων. Τα στοιχεία αυτά αποκαλούνται και «κόκκινες σημαίες κινδύνου» (“red flags”). Οι κυριότερες «κόκκινες σημαίες κινδύνου» σε έναν άνθρωπο με πονοκέφαλο είναι:

1. Η εμφάνιση ενός απότομου και πολύ δυνατού πονοκεφάλου, που ξεκινά ξαφνικά και κορυφώνεται πολύ σύντομα. Πολλοί ασθενείς περιγράφουν έναν πολύ δυνατό πονοκέφαλο που ξεκίνησε «σαν χτύπημα στο κεφάλι» και που, ακόμη και αν έχουν ιστορικό πονοκεφάλων, είναι σαφώς διαφορετικός. Ένας τέτοιος πονοκέφαλος είναι ύποπτος για ύπαρξη σοβαρής υποκείμενης αιτίας, όπως η ρήξη ανευρύσματος, και πρέπει να εκτιμηθεί επείγουσως από γιατρό.
2. Η σταδιακή, εντός ημερών, εβδομάδων ή μηνών επιδείνωση ενός πονοκεφάλου, είτε σε συχνότητα, είτε σε ένταση, είτε σε διάρκεια.
3. Η αλλαγή χαρακτήρα σε έναν προϋπάρχοντα πονοκέφαλο.
4. Η έναρξη ενός πονοκεφάλου ή μίας νέας μορφής πονοκεφάλου μετά την ηλικία των 50 ετών.
5. Η ύπαρξη παθολογικών ευρημάτων στη νευρολογική εξέταση
6. Η εμφάνιση νέου πονοκεφάλου σε έγκυο, λεχώνα ή άτομο με υποκείμενα νοσήματα που μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος
7. Η εμφάνιση κεφαλαλγίας που επιδεινώνεται σημαντικά με τον βήχα, το φτάρνισμα ή την άσκηση.

Αν ένας άνθρωπος με πονοκέφαλο πρέπει να κάνει μία απεικόνιση του εγκεφάλου, ποια



Την απόφαση για διενέργεια απεικόνισης του εγκεφάλου, λαμβάνει ο γιατρός, έχοντας υπόψιν του όλα τα στοιχεία.

ευκρίνεια, αφού μπορεί να απεικονίσει βλάβες ή ανωμαλίες μικρού μεγέθους, πολύ περισσότερο σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου όπου η αξονική τομογραφία δεν μπορεί να δώσει καθαρή εικόνα. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν βλάβες, όπως κάποια

μέθοδος είναι η καλύτερη; Η αξονική τομογραφία ή η μαγνητική τομογραφία;

Η απάντηση στην ερώτηση έχει μεγάλη σημασία, επειδή υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των δύο μεθόδων.

Καταρχάς, θα πρέπει να τονιστεί ότι την απόφαση για διενέργεια μίας εξέτασης απεικόνισης του εγκεφάλου την παίρνει ο γιατρός, με βάση τα στοιχεία που διαθέτει.

Πάντως, γενικά η μαγνητική τομογραφία υπερτερεί της αξονικής τομογραφίας σε διαγνωστική

ανευρύσματα, που δεν απεικονίζονται με ευκρίνεια ούτε στην μαγνητική τομογραφία και για τις οποίες απαιτούνται άλλες εξετάσεις (αγγειογραφία). Υπάρχουν όμως και περιορισμοί στη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας. Η μαγνητική τομογραφία δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε ανθρώπους που έχουν μεταλλικά αντικείμενα κάπου στο σώμα τους (π.χ. λάμες από παλιό χειρουργείο, βηματοδότες, μεταλλική καρδιακή βαλβίδα), ενώ κλειστοφοβικοί ασθενείς ίσως δυσκολευτούν πολύ ή ακόμη και αρνηθούν να την κάνουν. Από την άλλη μεριά, η αξονική τομογραφία είναι πιο εύκολη στη διενέργειά της, πιο γρήγορη και πιο προσιτή οικονομικά.

1.5 Ημερολόγιο Κεφαλαλγίας

Πολλές φορές, μετά την επίσκεψη σε κάποιον ειδικό για τους πονοκεφάλους γιατρό ή σε ένα Ιατρείο Κεφαλαλγίας, μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να καταγράψει στοιχεία για τους πονοκεφάλους του σε ένα ειδικό ημερολόγιο κεφαλαλγίας. Το ημερολόγιο κεφαλαλγίας



Πέρα από την κλασική έντυπη καταγραφή όπως της φωτογραφίας, ημερολόγια κεφαλαλγίας υπάρχουν σε μορφή εφαρμογής για κινητά τηλέφωνα.

μπορεί να είναι έντυπο ή ηλεκτρονικό. Υπάρχουν αρκετές εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα, που λειτουργούν ως ημερολόγια κεφαλαλγίας. Η καταγραφή των στοιχείων αυτών εξυπηρετεί δύο βασικούς στόχους: Πρώτος στόχος του ημερολογίου κεφαλαλγίας είναι η καλύτερη κατανόηση από τον γιατρό των χαρακτηριστικών της κεφαλαλγίας που έχουν αναφερθεί από τον ασθενή κατά τη λήψη του ιστορικού. Πολλές φορές, κάποιος ασθενής που περιγράφει τους πονοκεφάλους του μπορεί να ξεχάσει να αναφέρει κάτι, να υπερβάλλει σε κάποιο βαθμό σε κάτι (γιατί του φαίνεται σημαντικό) ή να υποτιμήσει κάτι άλλο (που δεν του φαίνεται σημαντικό). Όσο αν ακούγεται περίεργο, ακόμη και ασθενείς που υποφέρουν από έντονους πονοκεφάλους για πάρα πολλά χρόνια, συχνά θα απαντήσουν «δεν θυμάμαι» σε κάποια σχετική ερώτηση. Επίσης, μπορεί ένα σύμπτωμα που τους ενοχλεί πολύ να το αναφέρουν διαρκώς (δικαίως, βέβαια), αλλά ένα άλλο που οι ίδιοι δεν θεωρούν σημαντικό (ενώ στην πραγματικότητα είναι) να μην αναφέρουν καν ότι υπάρχει ή να πουν ότι είναι πολύ ήπιο. Ωστόσο, ο γιατρός χρειάζεται μία συνολική και αντικειμενική εικόνα των πονοκεφάλων, για να μπορέσει να αξιολογήσει σωστά και να προτείνει την κατάλληλη θεραπεία. Το ημερολόγιο κεφαλαλγίας προσφέρει μία αντικειμενική εικόνα. Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο, η εικόνα που προκύπτει μετά από καταγραφή των πονοκεφάλων σε ένα ημερολόγιο κεφαλαλγίας για έναν ή δύο μήνες να προσφέρει πολύτιμα στοιχεία ή και να αναδείξει χαρακτηριστικά του πονοκεφάλου που θα εκπλήξουν και τον ίδιο τον ασθενή.

Δεύτερος στόχος του ημερολογίου κεφαλαλγίας είναι η αξιολόγηση της θεραπείας. Είτε πρόκειται μόνο για θεραπεία των κρίσεων, είτε πρόκειται και για προφυλακτική θεραπεία, ο ασθενής, μέσω της τήρησης ενός καλού ημερολογίου κεφαλαλγίας, αξιολογεί τη θεραπεία καθημερινά. Έτσι, όταν θα γίνει η επόμενη επίσκεψη στο γιατρό, η μελέτη του ημερολογίου και η σύγκριση με την περίοδο προ θεραπείας θα δώσει μία αντικειμενική εικόνα του πως πήγε η θεραπεία και θα οδηγήσει στην καλύτερη επιλογή για συνέχιση, αλλαγή ή αναπροσαρμογή της θεραπείας.

1.6 Κέντρα και Ιατρεία Κεφαλαλγίας

Κέντρο Κεφαλαλγίας είναι το ειδικό ιατρείο που αντικείμενό του είναι η διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση ασθενών με πονοκέφαλο. Ο όρος Ιατρείο Κεφαλαλγίας σημαίνει ακριβώς το ίδιο.

Ένα Κέντρο ή Ιατρείο Κεφαλαλγίας μπορεί να λειτουργεί στα πλαίσια των εξωτερικών ιατρείων ενός δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου, ενώ στο εξωτερικό, αλλά την τελευταία δε-

“

Ένα Ιατρείο Κεφαλαλγίας πρέπει να προσφέρει την δυνατότητα εξέτασης και παρακολούθησης από ειδικά εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο, αλλά και έμπειρο σε θέματα κεφαλαλγίας νευρολόγο.

καετία και στη χώρα μας, Κέντρα (Ιατρεία) Κεφαλαλγίας λειτουργούν στα πλαίσια συγκεκριμένων ιδιωτικών νευρολογικών ιατρείων, εφόσον οι υπεύθυνοι ιατροί διαθέτουν τη σχετική εξειδίκευση.

Ένα Ιατρείο Κεφαλαλγίας πρέπει λοιπόν να προσφέρει την δυνατότητα εξέτασης και παρακολούθησης από ειδικά εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο γιατρό. Ο γιατρός που αποτελεί τον πυρήνα ενός ειδικού Ιατρείου

Κεφαλαλγίας είναι νευρολόγος.

Έτσι, κατά την πρώτη προσέλευση σε ένα Κέντρο Κεφαλαλγίας, ο ασθενής θα πρέπει να περιμένει να δώσει το ιστορικό του και να εξεταστεί από νευρολόγο. Για τους περισσότερους ανθρώπους με πονοκέφαλο που απευθύνονται σε ένα Κέντρο ή Ιατρείο Κεφαλαλγίας, η εξέταση από τον εξειδικευμένο νευρολόγο αρκεί, καθώς αυτός μπορεί να θέσει τη διάγνωση (ενδεχομένως, να ζητήσει πρώτα κάποιες εξετάσεις) και να συστήσει την θεραπεία.

Ωστόσο, μερικές φορές μπορεί να υπάρξουν διαγνωστικά ή θεραπευτικά προβλήματα και ο γιατρός να έχει την ανάγκη βοήθειας από την ομάδα συνεργατών του Ιατρείου Κεφαλαλγίας. Η ομάδα θα πρέπει να περιλαμβάνει εξειδικευμένο οδοντίατρο, ωτορινολαρυγγολόγο, ψυχολόγο και ενδεχομένως αναισθησιολόγο, οφθαλμίατρο και διάφορες άλλες ειδικότητες. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε ασθενής που προσέρχεται σε Κέντρο ή Ιατρείο Κεφαλαλγίας



Για τους περισσότερους ανθρώπους με πονοκέφαλο που απευθύνονται σε ένα Ιατρείο Κεφαλαλγίας, η εξέταση από τον εξειδικευμένο νευρολόγο αρκεί. Ωστόσο, μερικές φορές μπορεί να υπάρξουν διαγνωστικά ή θεραπευτικά προβλήματα και ο γιατρός να έχει την ανάγκη βοήθειας από την ομάδα συνεργατών.

θα πρέπει να εξετάζεται από ολόκληρη την ομάδα. Η ομάδα όμως πρέπει να είναι διαθέσιμη, ώστε να απαντηθούν οι ανάγκες συγκεκριμένων ασθενών, όταν και αν προκύψουν.

1.7 Χρόνιες και συχνές κεφαλαλγίες: Ένα σημαντικό, αλλά υποτιμημένο πρόβλημα υγείας

Οι χρόνιοι και συχνοί πονοκέφαλοι αποτελούν ένα αρκετά κοινό πρόβλημα υγείας, το οποίο μπορεί να επηρεάζει έντονα και με αρνητικό τρόπο την ποιότητα ζωής των πασχόντων. Ωστόσο, σε μεγάλο βαθμό παραμένουν ένα πρόβλημα υποτιμημένο, τόσο από τον ιατρικό κόσμο, από το κοινωνικό, επαγγελματικό και οικογενειακό περιβάλλον των πασχόντων, αλλά όχι σπάνια και από τους ίδιους τους πάσχοντες.

Ανάμεσα σε όλα τα πιθανά συμπτώματα, οι κεφαλαλγίες είναι το συχνότερο σύμπτωμα για το οποίο μπορεί κάποιος να ζητήσει τη συμβουλή γιατρού. Παγκοσμίως, ένας στους δύο ανθρώπους θα έχει την εμπειρία ενός επεισοδίου κεφαλαλγίας μέσα στον τελευταίο χρόνο.

Ειδικά όμως όταν είναι συχνοί, οι πονοκέφαλοι μπορεί να γίνουν πραγματικά βασανιστικοί, επηρεάζοντας αρνητικά την προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του πάσχοντα. Με κυριότερο εκπρόσωπο τη χρόνια ημικρανία, η οποία χαρακτηρίζεται από κρίσεις που αναγκάζουν τον ασθενή συχνά να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες αναλγητικών, οι επαναλαμβανόμενες κεφαλαλγίες μπορεί να οδηγούν σε ανάγκη για περιορισμό των δραστηριοτήτων του πάσχοντα κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, αλλά και σε μια “φοβική” συμπεριφορά, καθώς το άγχος και η ανησυχία για το πότε και υπό ποιες συνθήκες θα έρθει μια επόμενη κρίση συχνά οδηγούν τους πάσχοντες να αναβάλουν ή και ματαιώνουν κοινωνικές, επαγγελματικές και οικογενειακές δραστηριότητες. Έτσι, τελικά οι πάσχοντες από χρόνια και συχνό πονοκέφαλο υφίστανται μια χρόνια σημαντική λειτουργική και συναισθηματική αναπηρία, που καταρρακώνει την ποιότητα ζωής τους. Ο αριθμός των ανθρώπων με εξαιρετικά συχνούς πονοκεφάλους είναι πραγματικά μεγάλος, καθώς έχει επιστημονικά τεκμηριωθεί πως ένα ποσοστό μεταξύ 2-4% των ενηλίκων παγκοσμίως παρουσιάζουν κεφαλαλγίες για περισσότερες από 15 από τις 30 μέρες κάθε μήνα, κάτι που σημαίνει πως εξαιρετικά συχνές κεφαλαλγίες



Αποτελέσματα πανελλήνιας έρευνας του Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2018). Πάνω από τους μισούς ασθενείς θεωρούν πως οι ημικρανίες τους αποτελούν εμπόδιο στην επαγγελματική τους εξέλιξη.

μπορεί να παρουσιάζουν από 220.000 ως 440.000 Έλληνες πολίτες.

Πέρα από τον συχνό ή και καθημερινό πόνο που τους ταλαιπωρεί, οι άνθρωποι που πάσχουν από συχνούς πονοκεφάλους, τις περισσότερες φορές επίσης ταλαιπωρούνται από έλλειψη κατανόησης από τον επαγγελματικό, κοινωνικό και ακόμη και οικογενειακό τους περίγυρο: Δεν θεωρείται πως υποφέρουν από μια ασθένεια, αλλά συχνά θεωρούνται ως “υπερβολικοί”, “υπεύθυνοι για την κατάσταση τους”, “αδύναμοι να την αντιμετωπίσουν ή να την αντέξουν”, “φυγόπονοι”. Ως δε αιτία της συχνής κεφαλαλγίας, η οποία στην πραγματικότητα συνήθως είναι η ημικρανία, μια οργανική και κληρονομική πάθηση του εγκεφάλου, συχνά αλλά ληθεμένα θεωρείται η “υπερευαίσθησία τους” ή και ψυχικοί παράγοντες, όπως το άγχος.

Ωστόσο, ούτε ο ιατρικός κόσμος αξιολογεί το πρόβλημα του χρόνιου και συχνού πονοκεφάλου όπως πρέπει. Διεθνώς, τα στοιχεία δείχνουν πως οι άνθρωποι αυτοί πολύ συχνά υπο-διαγιγνώσκονται, δηλαδή δεν γίνεται σωστή διάγνωση στην πάθηση τους και υποθεραπεύονται, δηλαδή δεν τους προσφέρονται οι κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές. Αυτό θα ήταν αναμενόμενο ίσως τις προηγούμενες δεκαετίες, όταν δεν υπήρχαν ιατρικές λύσεις για το πρόβλημα αυτό, αλλά είναι ανεπίτρεπτο σήμερα να ακούγεται από το στόμα ενός γιατρού “δεν γίνεται τίποτα, θα μάθεις να ζεις με αυτό, θα περάσει με τα χρόνια”. Η ιατρική σήμερα οφείλει να ανακουφίσει, όσο είναι εφικτό, κάθε είδος πόνου. Έτσι, όπως κανείς δεν διανοείται πως θα αφεθεί χωρίς αναλγητική θεραπεία ένας άνθρωπος μετά από εξαγωγή δοντιού ή χειρουργική επέμβαση, έτσι δεν θα έπρεπε να εννοείται πως θα αφεθεί χωρίς επαρκή αναλγητική θεραπεία ένας άνθρωπος με κρίση κεφαλαλγίας ή ημικρανίας. Ωστόσο, η μη επαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια κεφαλαλγία δεν είναι ευθύνη μόνο των γιατρών. Συχνά το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και οι ίδιοι οι πάσχοντες, επηρεασμένοι από το κοινωνικό

““

Μόνο αν αναγνωριστεί ο χρόνιος και συχνός πονοκέφαλος από όλους (ασθενείς, ιατρούς, πολιτεία) ως αυτό ακριβώς που είναι, μια χρόνια οργανική ασθένεια που καταρρακώνει την ποιότητα ζωής και απαιτεί ιατρική φροντίδα και θεραπεία, θα μπορέσουν οι χιλιάδες άνθρωποι που πάσχουν από αυτήν να κάνουν βήματα προς τη λύση του προβλήματός τους.

στερεότυπο που δεν θεωρεί έναν πονοκέφαλο “επαρκή” λόγο να λάβει κανείς θεραπευτική αγωγή είναι αρνητικοί σε μια τέτοια προοπτική, προτιμώντας ουσιαστικά το χρόνιο πόνο, από τη θεραπευτική βοήθεια. Το φαινόμενο αυτό στις κεφαλαλγίες παρατηρείται πολύ συχνότερα από ότι σε άλλα σύνδρομα χρόνιου πόνου: Λίγοι ασθενείς με χρόνια αρθρίτιδα θα αρνηθούν μια μακρο-



Στην Ελλάδα, ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος διενεργεί εθνική καμπάνια ενημέρωσης. Στη φωτογραφία, στιγμιότυπο από ανοικτή για το κοινό ενημερωτική εκδήλωση με θέμα την Ημικρανία (2019).

χρόνια αναλγητική θεραπεία ή θα αντιδράσει το περιβάλλον τους σε μια τέτοια προοπτική, ίσως γιατί η αρθρίτιδα είναι αυτονόητο πως είναι μια “οργανική” νόσος, ενώ, αντίστροφα, αυτό θα συμβεί συχνά σε ασθενείς με χρόνια κι συχνή ημικρανία, η οποία είναι όμως μια εξίσου οργανική πάθηση, και ενδεχομένως σε αρκετές περιπτώσεις πιο επώδυνη.

Η λύση στο πρόβλημα πρέπει να ξεκινήσει με τη σωστή ενημέρωση. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οργανώσεις ασθενών έχουν ξεκινήσει μια καμπάνια ενημέρωσης κοινού, ιατρών και πολιτικών. Στην Ελλάδα, ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος διενεργεί, με όσα μέσα έχει, εθνική καμπάνια ενημέρωσης. Ο στόχος είναι ξεκάθαρος: Μόνο αν αναγνωριστεί ο χρόνιος και συχνός πονοκέφαλος από όλους (ασθενείς, ιατρούς, πολιτεία) ως αυτό ακριβώς που είναι, μια χρόνια οργανική ασθένεια που καταρρακώνει την ποιότητα ζωής και απαιτεί ιατρική φροντίδα και θεραπεία, θα μπορέσουν οι χιλιάδες άνθρωποι που πάσχουν από αυτήν να κάνουν βήματα προς τη λύση του προβλήματός τους.

1.8 Οι κεφαλαλγίες σε σχέση με ψυχικά συμπτώματα και νοσήματα

Η σχέση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και της κεφαλαλγίας είναι πλέον ευρέως γνωστή, αν και ο μηχανισμός αυτής της σύνδεσης παραμένει σε μεγάλο βαθμό υποθετικός. Οι συχνότερες συνοσπρές ψυχιατρικές παθήσεις είναι η Μείζονα Κατάθλιψη, η Διπολική Διαταραχή και οι Αγχώδεις Διαταραχές.

Είναι απαραίτητη η αναγνώριση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αντιμετώπιση ασθενών με κεφαλαλγία, καθώς είναι πιθανοί παράγοντες πυροδότησης κρίσεων κεφαλαλγίας αλλά και σημαντικές αιτίες ψυχολογικής επιβάρυνσης σε αυτούς τους ασθενείς.

Η θεωρία της «συγκαλυμμένης κατάθλιψης» (masked depression), ή αλλιώς η κατάθλιψη η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα άλλα από συναισθηματικά, είχε συνδεθεί με την εμφάνιση ψυχογενών ή/και χρόνιων κεφαλαλγιών. Η θεώρηση αυτή έχασε έδαφος στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Έτσι από τις αρχές της δεκαετίας του 90, η εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων αναγνωρίστηκε ως «ψυχιατρική συνοσπρότητα». Ως συνοσπρότητα εννοούμε την εμφάνιση διαφορετικών νοσολογικών οντοτήτων στον ίδιο ασθενή με συχνότητα μεγαλύτερη από την συχνότητα εμφάνισης της κάθε μιας ξεχωριστά.



Είναι απαραίτητη η αναγνώριση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αντιμετώπιση ασθενών με κεφαλαλγία, καθώς είναι πιθανοί παράγοντες πυροδότησης κρίσεων κεφαλαλγίας αλλά και σημαντικές αιτίες ψυχολογικής επιβάρυνσης σε αυτούς τους ασθενείς.

Κεφαλαλγία τύπου τάσεως

Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη, με περισσότερο από το 75% του πληθυσμού των ΗΠΑ να βιώνει τουλάχιστον ένα επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής του. Η πρώτη έκδοση της Διεθνούς Ταξινομίας των Κεφαλαλγιών, ενός σημαντικού άρθρου που προσπάθησε να ταξινομήσει κάθε μορφή κεφαλαλγίας, ανέφερε ως πιθανές αιτίες της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως το ψυχοκοινωνικό στρες, το άγχος και την κατάθλιψη.

Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας 30 ετών, αποκαλύπτει αρκετά συναφή

στοιχεία. Κατ' αρχάς, υπάρχει μια σταθερή σχέση ανάμεσα στην κεφαλαλγία τύπου τάσεως και στη διαχείριση του ψυχολογικού στρες. Κατά δεύτερον, η χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσεως σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά ψυχικών διαταραχών με συχνότερες τις αγχώδεις διαταραχές και όχι την κατάθλιψη. Επιπλέον, ασθενείς με χρόνια κεφαλαλγία παρουσιάζουν συχνότερα νευρωτικά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους (πχ υποχονδριακά).

Ψυχιατρική συνοσηρότητα της ημικρανίας

Κατάθλιψη. Οι ασθενείς με ημικρανία εμφανίζουν συχνά ψυχιατρική συνοσηρότητα, με την κατάθλιψη να είναι η συχνότερη. Η συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ημικρανίας είναι ακόμα ισχυρότερη στη χρόνια μορφή της δεύτερης και στην κλινική μορφή με αύρα. Η σχέση κατάθλιψης και ημικρανίας είναι αμφίδρομη αν και δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι ο έλεγχος της πρώτης συμβάλλει στη θεραπεία της δεύτερης. Παρ' όλη αυτά η θεραπεία της κατάθλιψης σε ημικρανικούς ασθενείς είναι ουσιώδης, καθώς η τελευταία αποτελεί παράγοντα κινδύνου

χρονιότητας της ημικρανίας. Επιπλέον, οι ημικρανικοί ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ανθεκτικότητα στις θεραπείες για ημικρανία με αποτέλεσμα την έκπτωση της λειτουργικότητάς τους και κατάχρηση φαρμάκων.

Διαταραχές Διπολικού Φάσματος. Ασθενείς με ημικρανία με αύρα πάσχουν τρεις

φορές πιο συχνά από Διπολική Διαταραχή από τον γενικό πληθυσμό. Από την άλλη, 33% των ασθενών με Διπολική Διαταραχή έχουν ημικρανία. Η Διπολική Διαταραχή με συνοσηρότητα ημικρανίας, εμφανίζεται ως ένας ιδιαίτερος κλινικός υπότυπος αυτής με, ασταθή κυκλική πορεία, κρίσεις πανικού, νεαρότερη ηλικία έναρξης και αυξημένο επιπολασμό στις γυναίκες.

Αγχώδεις Διαταραχές. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ημικρανία θα πληρούν κριτήρια μιας αγχώδους διαταραχής κάποια στιγμή της ζωής τους. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι 2 έως 5 φορές συχνότερες στους ημικρανικούς ασθενείς από τον γενικό πληθυσμό, 2 φορές συχνότερες απ' ό,τι στους ασθενείς με κατάθλιψη, και πολύ συχνότερες σε ασθενείς με χρόνια απ' ό,τι σε ασθενείς με σποραδική ημικρανία. Η συνοσηρότητα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής είναι επίσης συχνή σε ημικρανικούς ασθενείς. Ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές οι συχνότερες είναι η Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και η Διαταραχή πανικού.

Αντιμετώπιση. Τα αποτελέσματα μιας ανασκόπησης και μετανάλυσης έδειξαν ότι η ημικρανία μπορεί να διπλασιάσει τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Η λήψη λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και η κλινική εξέταση όλων των συστημάτων είναι προαπαιτούμενα, πριν την επιλογή της θεραπείας. Απόλυτα συναφές με την επιλογή αυτή είναι το ιστορικό προηγούμενων θεραπειών για την κεφαλαλγία ή άλλη πάθηση. Αναγκαίες είναι οι πληροφορίες για πιθανή χρήση αλκοόλ, συμπληρωμάτων διατροφής, φυτικών σκευασμάτων ή/και ψυχοτρόπων ουσιών, προς αποφυγή αλληλεπιδράσεων με τη θεραπεία.

Οι επιλογές της θεραπείας κεφαλαλγίας και συνοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών περιλαμβάνουν φαρμακευτικές, μη φαρμακευτικές, ψυχολογικές θεραπείες και συνδυασμό αυτών. Ιδανικά η καλύτερη επιλογή θα ήταν αυτή στην οποία ανταποκρίνεται το εκάστοτε είδος κεφαλαλγίας και η συναισθηματική ή αγχώδης διαταραχή. Αυτό όμως δεν είναι πάντα εφικτό.



Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ημικρανία θα πληρούν κριτήρια μιας αγχώδους διαταραχής κάποια στιγμή της ζωής τους.

Μικρές δόσεις του τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού αμιτρυπτιλίνη είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως και την προφύλαξη από ημικρανία. Παρ' όλ' αυτά, η θεραπεία της κατάθλιψης απαιτεί μεγαλύτερες δόσεις της συγκεκριμένης ουσίας. Οι περισσότερες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν ως θεραπεία πρώτης εκλογής των αγχώδων και των συναισθηματικών διαταραχών τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs). Το παραπάνω συμβαίνει λόγω της αποτελεσματικότητας τους και του ευνοϊκότερου προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά της προηγούμενης γενιάς. Η βενλαφαξίνη έχει ενδείξεις αποτελεσματικότητας στην προφύλαξη από ημικρανία και είναι από μια πιθανή επιλογή όταν ο θεράπων ψάχνει μια θεραπεία και για τις δύο παθήσεις. Οι SSRIs δεν έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη της ημικρανίας κι έτσι μπορεί να συνταγογραφηθούν για την κατάθλιψη ή/και την αγχώδη διαταραχή μαζί με θεραπεία για την κεφαλαλγία. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφόρων SSRIs και των φαρμάκων για την κεφαλαλγία διαφέρουν ανάλογα την επιλογή του φαρμάκου.

Στην θεραπεία των αγχώδων διαταραχών, η μακρά χρήση βενζοδιαζεπινών πρέπει να αποφεύγεται, λόγω του κινδύνου εμφάνισης φαινομένου ανοχής και εθισμού. Η ενδεδειγμένη θεραπεία περιλαμβάνει SSRIs και SNRIs, αναλόγως το είδος της διαταραχής, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τις προτιμήσεις του ασθενούς.

Στην αντιμετώπιση της διπολικής κατάθλιψης και της κεφαλαλγίας είναι αναγκαία η συνεργασία του ψυχιάτρου με τον νευρολόγο, λόγω της πολυπλοκότητας των θεραπευτικών σχημάτων της διπολικής διαταραχής, τα οποία συχνά απαιτούνται.





κεφάλαιο 2.

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

2.1 Εισαγωγικά περί ημικρανίας

Πολλοί άνθρωποι με ημικρανία αναρωτιούνται «Τελικά, τι είναι η ημικρανία;» «Ποια είναι η αιτία της;» Με απλά λόγια, η ημικρανία είναι ένα από τα πολλά είδη πονοκεφάλου, το οποίο έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και μπορεί να προκαλεί σημαντικά προβλήματα στον πάσχοντα.



Ο πόνος της ημικρανίας είναι συνήθως πολύ έντονος ως και βασανιστικός, στη μία ή και τις δύο πλευρές του κεφαλιού.

να λειτουργήσει κανείς φυσιολογικά ή- αν το καταφέρνει- αυτό απαιτεί τεράστια προσπάθεια και αντοχή. Και τα φαινόμενα αυτά μετά από λίγες ώρες ή και ημέρες υποχωρούν, για να επανέλθουν μετά λίγο καιρό, μέρες ή εβδομάδες.

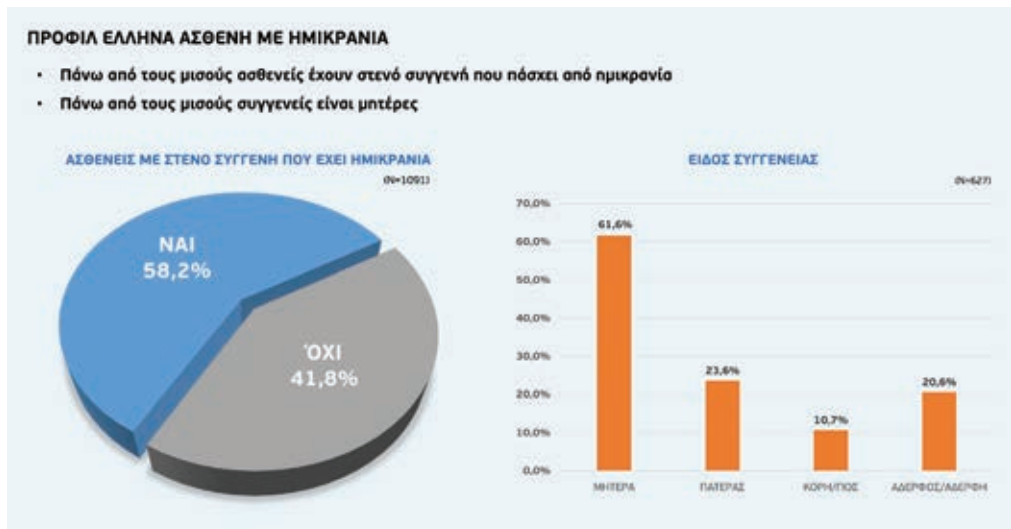
Στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι από ένα εκατομμύριο άνθρωποι που υποφέρουν από ημικρανία (περίπου 10 σε κάθε 100 ανθρώπους και των δύο φύλων πάσχουν από ημικρανία), ενώ ειδικά για τις γυναίκες τα ποσοστά είναι ακόμη υψηλότερα. Όπως ίσως έχετε διαβάσει ήδη στο κεφάλαιο 1 αυτού του βιβλίου, η ημικρανία είναι μια πρωτοπαθής κεφαλαλγία, δηλαδή δεν οφείλεται σε κάποια υποκείμενη αιτία, όπως ιγμορίτιδα, χτύπημα στο κεφάλι, όγκο του εγκεφάλου, ανεύρυσμα ή οποιαδήποτε άλλη αιτία. Στις ενότητες που ακολουθούν, δείτε περισσότερα στοιχεία για την ημικρανία, τους τύπους της, τη θεραπεία της και πολλά άλλα.

2.2 Γονίδια και ημικρανία

Η προδιάθεση για ημικρανία οφείλεται στα γονίδια μας. Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί μια σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της της ημικρανίας και άλλων κεφαλαλγιών με αποτέλεσμα να έχουμε πλέον και νέες θεραπείες για την αντιμετώπιση τους. Οι έρευνες που γίνονται για να αποσαφηνισθεί η αιτία μιας πάθησης και ο τρόπος που αυτή εκδηλώνεται σε κάποιους ανθρώπους περιλαμβάνουν μελέτες σε μοριακό, κλινικό και γενετικό επίπεδο καθώς και επιδημιολογικές μελέτες. Οι γενετικές μελέτες έχουν ως σκοπό να απαντήσουν σε βασικά ερωτήματα για μια πάθηση, όπως γιατί εμφανίζεται σε κάποιους ανθρώπους ενώ σε άλλους όχι ή ποια είναι η γενετική-φαινοτυπική συσχέτιση (γιατί δηλαδή σε διαφορετικούς ανθρώπους εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο). Με την ελπίδα ότι τα επόμενα χρόνια οι γενετικές θεραπείες θα είναι μια πραγματικότητα, η ανεύρεση γονιδίων που ενοχοποιούνται για μια πάθηση θεωρείται βασικός στόχος της ερευνητικής δραστηριότητας.

Γενετική επιδημιολογία

Τα γονίδια μας καθορίζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό ποιοι είμαστε. Τα χαρακτηριστικά μας, πόσο μπορεί να ζήσουμε και πιθανώς οι ασθένειες που θα εμφανίσουμε είναι κατά έναν βαθμό «γραμμένες» στο γενετικό μας υλικό (το DNA). Κάποιες από τις παθήσεις έχουν σαφή αιτιολογική συσχέτιση με την παρουσία μιας μετάλλαξης (μιας «αλλαγής» στο DNA) ενώ άλλες είναι αυτό που λέμε πολυπαραγοντικές. Εμφανίζονται δηλαδή σε έναν άνθρωπο με γενετική προδιάθεση, εφόσον επιδράσουν σε αυτόν κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Από την άλλη αυτή η γενετική προδιάθεση μπορεί να μην αντιστοιχεί σε μια μόνο αλλαγή στο DNA, αλλά σε πολλές με την κάθε μια να συμμετέχει στην αύξηση του ρίσκου να εμφανισθεί η πάθηση. Αυτό δηλαδή που κάνει ένα άτομο να διαφέρει σε σχέση με ένα άλλο δεν είναι μικρές (σημειακές) αλλαγές στο DNA, αλλά συνδυασμοί αλλαγών (που ονομάζονται αλληλία και είναι συχνό στον πληθυσμό).



Αποτελέσματα Πανελλήνιας έρευνας του Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2018). Πάνω από τους μισούς ασθενείς με ημικρανία αναφέρουν πως έχουν στενό συγγενή που πάσχει από ημικρανία.

Έχει βρεθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ημικρανία χωρίς αύρα έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να έχουν ημικρανία χωρίς αύρα και 1,5 φορά περισσότερη πιθανότητα να έχουν ημικρανία με αύρα. Ταυτόχρονα, οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ημικρανία με αύρα έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να έχουν ημικρανία με αύρα, ενώ η πιθανότητα να έχουν ημικρανία χωρίς αύρα δεν αυξάνεται σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (δηλαδή τους μη συγγενείς). Από την άλλη, μελέτες σε δίδυμα αδέρφια δείχνουν ότι η πιθανότητα να έχει ο ένας αδερφός ημικρανία όταν έχει ο άλλος επίσης αυξάνεται. Αυτό μάλιστα συμβαίνει άσχετα εάν τα αδέρφια έχουν μεγαλώσει στο ίδιο ή διαφορετικό περιβάλλον από την βρεφική ηλικία. Βλέπουμε λοιπόν ότι σαφώς υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο στην εμφάνιση της ημικρανίας, πάνω στο οποίο επιδρούν ενδογενείς και εξωγενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες, ώστε να εμφανισθεί η νόσος.

Οι κληρονομικές ημικρανίες

Ένας από τους τρόπους να προσεγγίσουμε την γενετική αιτιολογία των παθήσεων είναι να βρούμε τις μορφές εκείνες που οφείλονται σε μία μόνο αλλαγή σε κάποιο γονίδιο και κληρονομούνται με τρόπο πιο σαφή από γενιά σε γενιά. Στην περίπτωση της ημικρανίας αυτό έγινε με την ανακάλυψη των γονιδίων που προκαλούν μια μορφή της νόσου που ονομάζεται Οικογενής Ημιπληγική Ημικρανία (Familial Hemiplegic Migraine – FHM). Πρόκειται για μια μορφή ημικρανίας με αύρα όπου οι ασθενείς βιώνουν αύρα που περιλαμβάνει αδυναμία σε μια πλευρά του σώματος που μπορεί να αφορά το χέρι, το πόδι ή και το πρόσωπο ως μέρος της αύρας που προηγείται της κεφαλαλγίας. Η μορφή αυτή ημικρανίας είναι μονογονιδιακή. Η παρουσία δηλαδή μεταλλάξεων σε ένα μόνο γονίδιο έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της νόσου και αυτή κληρονομείται σε πολλά μέλη της ίδιας οικογένειας. Μέχρι στιγμής έχουν βρεθεί τρία γονίδια που την προκαλούν. Μετάλλαξη σε ένα μόνο από αυτά τα γονίδια προκαλεί οικογενή ημιπληγική ημικρανία σε πολλά μέλη οικογενειών που έχουν μελετηθεί. Πρέπει βέβαια να επισημάνουμε ότι υπάρχουν και σποραδικές μορφές FHM όπου οι μεταλλάξεις στα γονίδια αυτά δεν προκύπτουν από κληρονομηση άλλα αποτελούν νέα εμφάνιση, καθώς και ότι υπάρχουν περιστατικά χωρίς να ανευρίσκονται μεταλλάξεις σε αυτά τα γονίδια, γεγονός που υποδεικνύει ότι πρέπει να υπάρχουν και άλλα γονίδια που την προκαλούν, που ακόμη δεν έχουν βρεθεί.

Ενώ η Οικογενής Ημιπληγική Ημικρανία είναι μία πολύ σπάνια μορφή ημικρανίας, η ημικρανία με αύρα που συχνότερα εκδηλώνεται με διαταραχές της όρασης είναι πολύ πιο συχνή. Σε μια οικογένεια με την κληρονομική μορφή της ημικρανίας με αύρα βρέθηκε μια μετάλλαξη σε ένα γονίδιο σε όλα τα μέλη που έπασχαν. Το γονίδιο αυτό ονομάζεται KCNK18 και η πρωτεΐνη που αφορά υπάρχει κυρίως στο τρίδυμο νεύρο, το οποίο βρίσκεται στο πρόσωπο και έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της ημικρανίας καθιστώντας το και πιθανό θεραπευτικό στόχο.

Συχνά αλληλία με μικρή επίδραση

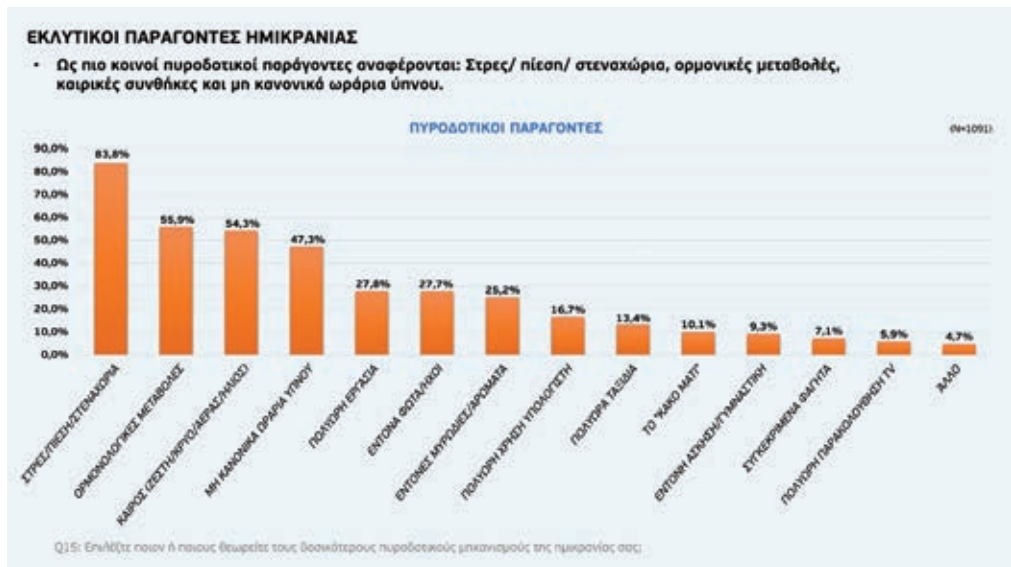
Τεράστια πρόοδος στην αναζήτηση των γονιδίων που εμπλέκονται στο ρίσκο εμφάνισης σύνθετων παθήσεων έγινε με την εμφάνιση των μελετών ευρείας γονιδιωματικής συσχέτισης. Οι μελέτες αυτές αναγνωρίζουν σημειακές αλλαγές στο DNA με μεγάλη ποικιλομορφία στον πληθυσμό, που εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς με μια πάθηση από ότι σε άτομα χωρίς την πάθηση αυτή. Λέμε τότε ότι το γονίδιο που βρίσκεται σε αυτήν την περιοχή μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της πιθανότητας να εμφανίσει κάποιος την πάθηση. Οι μελέτες

αυτές έχουν αναγνωρίσει μέχρι στιγμής πάνω από 40 διαφορετικά γονίδια που μπορεί να σχετίζονται με την ημικρανία με αύρα ή χωρίς. Όπως είπαμε όμως, υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι ο συνδυασμός αυτών των μεταλλάξεων που αθροιστικά οδηγεί στην εμφάνιση της πάθησης. Το είδος δηλαδή και ο αριθμός των κομματιών που θα κληρονομήσουμε από τους γονείς μας, που θα συνθέσουν ένα παζλ και θα οδηγήσει στην εμφάνιση ημικρανίας.

Όπως είναι σαφές από τα ανωτέρω, η αναζήτηση της γενετικής αιτιολογίας σύνθετων νόσων είναι μια διαδικασία δύσκολη και απαιτεί χρόνο και μεγάλο όγκο πόρων. Εάν και η γνώση του γενετικού υπόβαθρου μιας κεφαλαλγίας δεν έχει άμεσο αντίκτυπο στην ζωή ενός ασθενή, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την παθοφυσιολογία της νόσου που οδηγούν στην ανεύρεση νέων πιο αποτελεσματικών και πιο ασφαλών θεραπειών. Η ορατή πλέον πιθανότητα δημιουργίας εξατομικευμένων γενετικών θεραπειών καθιστά την αναζήτηση αυτή συνεχή στόχο.

2.3 Εκλυτικοί παράγοντες στην ημικρανία

Τα γονίδια είναι σημαντικά, αλλά δεν είναι τα πάντα στην ημικρανία. Σε αντίθεση με ορισμένες άλλες παθήσεις, όπου αν κάποιος έχει το υπεύθυνο γονίδιο, σίγουρα θα εμφανίζει την πάθηση, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, τις περισσότερες φορές στην ημικρανία τα γονίδια απλά δημιουργούν την προδιάθεσή για εμφάνιση ημικρανικών κρίσεων. Διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι αποκαλούνται «εκλυτικοί», μπορεί να πυροδοτήσουν μία κρίση ημικρανίας, σε άτομα που έχουν την προδιάθεση. Είναι εντυπωσιακό πως ακόμη και σε διδύμους που έχουν ακριβώς ίδιο γενετικό υλικό (και πανομοιότυπη εξωτερική εμφάνιση), μπορεί ο ένας να έχει ημικρανία, ενώ ο άλλος όχι ή, αν έχουν και οι δύο ημικρανία, να υπάρχει



Αποτελέσματα Πανελλήνιας έρευνας του Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2018). Στρες/ πίεση/ στεναχώρια, ορμονικές μεταβολές, καιρικές συνθήκες και μη κανονικά ωράρια ύπνου αναφέρονται ως κυριότεροι πυροδοτικοί παράγοντες.



Παράγοντες οι οποίοι αποκαλούνται «εκλυτικοί», μπορεί να πυροδοτήσουν μία κρίση ημικρανίας, σε άτομα που έχουν την προδιάθεση.

εκλυτικών παραγόντων περιγράφονται πολλοί: οι γυναικείες ορμόνες (πολλές γυναίκες παρατηρούν ότι οι κρίσεις έρχονται σε συγκεκριμένα σημεία του κύκλου), τροφές αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως η έντονη κόπωση, το άγχος, το έντονο φως, οι οσμές, η στέρηση ύπνου, η αλλαγή του καιρού, και πολλοί άλλοι.

Πρέπει να τονιστεί ότι κάποιος παράγοντας μπορεί να προκαλεί κρίση ημικρανίας σε κάποιον άνθρωπο και να μην έχει καμία επίδραση σε κάποιον άλλο. Οι εκλυτικοί παράγοντες, δηλαδή, δεν είναι απαραίτητο ότι προκαλούν ημικρανία σε όλους τους ημικρανικούς. Επίσης, πολλές φορές δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε κάποιον συγκεκριμένο εκλυτικό παράγοντα για τις κρίσεις κάποιου ατόμου. Όλα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία, γιατί πολλές φορές οι γιατροί δίνουν την συμβουλή σε κάποιον άνθρωπο με ημικρανίες να αποφεύγει διάφορα πράγματα, τα οποία όμως μπορεί να μην έχουν καμία επίδραση στον συγκεκριμένο. Η χρήση του ημερολογίου κεφαλαλγίας μπορεί να βοηθήσει στη διαλεύκανση του ποιοι είναι οι εκλυτικοί παράγοντες σε κάθε συγκεκριμένο άνθρωπο με ημικρανία, ενώ οι γιατροί καλό είναι να αποφεύγουν τις «γενικές» συμβουλές για αλλαγή τρόπου ζωής.

2.4 Ημικρανία και διατροφή

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός πως η ισορροπημένη διατροφή αποτελεί σημείο αναφοράς για την υγεία και την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού μας. Στην περίπτωση όμως της ημικρανίας, μπορεί πράγματι η διατροφή να διαδραματίσει κάποιο θετικό ρόλο ως προς την αντιμετώπιση της; Υπάρχουν έγκυρα επιστημονικά δεδομένα που να υποδεικνύουν την ανάγκη για συγκεκριμένες διατροφικές οδηγίες; Ας εξετάσουμε ενδελεχώς το συγκεκριμένο θέμα.

Η ημικρανία μπορεί να οφείλεται στη διατροφή μας;

Όπως αναφέρεται και σε άλλες ενότητες, αν και δεν γνωρίζουμε όλες τις λεπτομέρειες για το πως προκαλείται η ημικρανία, τα επιστημονικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι ο εγκέφαλος των ανθρώπων με ημικρανία είναι λίγο διαφορετικός από των υπολοίπων ανθρώπων και συγκεκριμένα είναι πιο «ευαίσθητος» σε κάποια ερεθίσματα. Έτσι, ένα ερέθισμα που σε έναν άνθρωπο χωρίς ημικρανία δεν προκαλεί κάποια αντίδραση, σε κάποιον με ημικρανία ενδέχεται να προκαλέσει μία έντονη αντίδραση, δηλαδή μία κρίση ημικρανίας (με πόνο και όλα τα άλλα συμπτώματα).

Αυτή η «υπεραντιδραστικότητα» του εγκεφάλου των ανθρώπων με ημικρανία οφείλεται σε γενετικούς λόγους, δηλαδή, στα γονίδια μας. Ωστόσο, αξίζει να μνημονεύσουμε τη ρήση της Judith Stern που υπήρξε καθηγήτρια διατροφής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, η οποία τόνισε την αλληλένδετη σχέση γονιδίων – περιβάλλοντος με τη φράση “genetics loads the gun but the environment pulls the trigger”, δηλαδή τα γονίδια οπλίζουν για την εμφάνιση μιας κατάστασης, αλλά οι περιβαλλοντικοί παράγοντες τραβούν εν τέλει τη σκανδάλη!

Έτσι λοιπόν και στην ημικρανία, το γενετικό προφίλ καθορίζει το επίπεδο αντίδρασης του εγκεφάλου, όμως συγκεκριμένοι εκλυτικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων και τροφικά «ερεθίσματα», πυροδοτούν την εμφάνιση της.

Κρατείστε λοιπόν ότι η ημικρανία δεν οφείλεται στη διατροφή μας, αλλά συχνά κάποιες διατροφικές συνήθειες πυροδοτούν την εμφάνιση ημικρανικών κρίσεων σε εκείνα τα άτομα με την ανάλογη γενετική προδιάθεση.

Τροφές «ένοχες» για κρίσεις ημικρανίας σε άτομα με ανάλογη προδιάθεση

Εδώ και πάρα πολλά χρόνια υπάρχουν αναφορές ότι συγκεκριμένες τροφές και ροφήματα ή ποτά μπορούν να παίξουν το ρόλο του εκλυτικού παράγοντα για την εμφάνιση ημικρανικών κρίσεων, σε ανθρώπους με τη σχετική γενετική προδιάθεση. Για τη δική σας ευκολία στην ανάγνωση και για να μην επαναλαμβανόμαστε, θεωρείστε πως κάθε φορά που θα αναφερόμαστε σε τροφές ή συστατικά της τροφής που ενοχοποιούνται για κρίσεις ημικρανίας, εννοούμε αποκλειστικά και μόνον για άτομα με την ανάλογη γενετική προδιάθεση. Δεν σημαίνει δηλαδή ότι οποιοσδήποτε έχει ημικρανίες πρέπει να θεωρεί «ένοχες» τις τροφές αυτές...



Η ημικρανία δεν οφείλεται στη διατροφή μας, αλλά ενδέχεται κάποιες διατροφικές συνήθειες να πυροδοτούν την εμφάνιση ημικρανικών κρίσεων σε άτομα με την ανάλογη γενετική προδιάθεση.

Η κατανάλωση σοκολάτας, τυριών, εσπεριδοειδών, αλκοόλ, ασπαρτάμης (τεχνητής γλυκαντικής ουσίας που θα βρείτε σε πολλά light τρόφιμα), γλουταμινικού μονονατρίου (ενισχυτικό γεύσης που υπάρχει σε βιομηχανοποιημένα τρόφιμα, αλλά χρησιμοποιείται και στην κινεζική κουζίνα) και γαλακτοκομικών προϊόντων έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση ημικρανιών.

Η καφεΐνη φαίνεται να κατέχει διττό ρόλο και να λειτουργεί είτε ως διεγέρτης του φαινόμε-

Ρόφημα	Καφεΐνη (mg)
Καφές φίλτρου (200ml)	145
Freddo Espresso (200ml)	120
Ελληνικός διπλός (140ml)	115
Στιγμιαίος (φραπέ) (200ml)	110
Espresso (30ml)	60

Περιεκτικότητα καφεΐνης στον καφέ

Από τους πιο πάνω εκλυτικούς παράγοντες, η διακοπή της καφεΐνης και η κατανάλωση γλουταμινικού μονονατρίου υποστηρίζονται ως «ένοχοι» από αρκετές μελέτες, για την ασπαρτάμη υπάρχουν διφορούμενες μελέτες, ενώ για το αλκοόλ και τα τυριά οι μελέτες παρατήρησης καταλήγουν σε κάποιες μέτριες και όχι ισχυρές ενδείξεις.

νου (όταν καταναλώνεται σε μεγάλες ποσότητες) είτε ως αναστολέας (όταν καταναλώνεται σε δόσεις έως 200 mg την ημέρα).

Για την σοκολάτα, τα επιστημονικά στοιχεία δεν καταλήγουν σε ξεκάθαρα αποτελέσματα, με χαρακτηριστική την μελέτη Αμερικανών ερευνητών πριν από πολλά χρόνια, που κατέληξε πως η σοκολάτα δεν αυξάνει το ρίσκο για εκδήλωση ημικρανίας σε ημικρανικούς ασθενείς, συγκρίνοντας την με το χαρούπι που χρησιμοποιήθηκε ως placebo (ψευδοφάρμακο).

Την ίδια στιγμή, η παράλειψη γευμάτων, μια διατροφή πολύ πλούσια σε λίπος αλλά και η ανεπαρκής ενυδάτωση, φαίνεται ότι δραματίζουν τον δικό τους ρόλο στην εκδήλωση του φαινομένου.



Οι πιο σημαντικοί διατροφοκεντρικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση ημικρανιών είναι η παράλειψη γευμάτων και η «ακαταστασία» σε επίπεδο συχνότητας λήψης τροφής και η διακοπή της καφεΐνης.

Αν, στηριζόμενοι σε επιστημονικά στοιχεία (που θα πρέπει να σημειώσουμε πως επειδή βασίζονται κυρίως σε αναφορές πασχόντων και λιγότερο σε επιστημονικές μεθοδολογίες παρέμβασης, δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρά), προσπαθούσαμε να αναδείξουμε τους 2 πιο σημαντικούς διατροφοκε-

ντρικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση ημικρανιών, τότε θα μιλάγαμε πρώτα για την παράλειψη γευμάτων και την «ακαταστασία» σε επίπεδο συχνότητας λήψης τροφής (με τα μεγάλα διαστήματα χωρίς τροφή και τα υπερβολικά σε όγκο γεύματα να δεσπόζουν στα αίτια) και σε δεύτερο επίπεδο, για τη διακοπή της καφεΐνης.

Εν κατακλείδι, επειδή άλλο ενδείξεις και άλλο αποδείξεις, σημειώστε πως καμία συγκεκριμένη τροφή δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προκαλέσει κρίση ημικρανίας σε όλους ανεξαιρέτως τους ημικρανικούς.

Συνεπώς, οι ειδικοί πρέπει να είναι προσεκτικοί πριν προβούν σε απαγορεύσεις τροφών, αλλά και οι ασθενείς δεν πρέπει να κάνουν αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες, επειδή διάβασαν κάπου ότι μια τροφή ενδέχεται να τους βλάπτει. Η συσχέτιση λήψης συγκεκριμένης τροφής και πρόκλησης ημικρανικής κρίσης καλό είναι να τεκμηριώνεται εξατομικευμένα μέσα από την τήρηση ενός ημερολογίου κεφαλαγγίων.

Σχετίζεται η ημικρανία με τροφική αλλεργία, δυσανεξία ή υπερευαισθησία;

Λόγω της έντονης παραπληροφόρησης για τα τεστ δυσανεξίας αλλά και της «μόδας» να αποδίδονται πολλές παθήσεις σε αλλεργίες, δυσανεξίες και υπερευαισθησίες, αξίζει να διευκρινίσουμε τις διαφορές μεταξύ των όρων που προαναφέρθηκαν, θωρακίζοντας με γνώση όλους τους ασθενείς. Υπάρχουν λοιπόν περιπτώσεις όπου το ανοσοποιητικό μας σύστημα, η άμυνα του οργανισμού μας, «επιτίθεται» στους ίδιους του τους ιστούς, προκαλώντας βλάβες. Αυτό συμβαίνει όταν χωρίς να υπάρχει λοιμοξιογόνος παράγοντας, αναπτύσσεται μια υπερδραστική απάντηση του ανοσοποιητικού μας συστήματος. Οι συνέπειες που προκαλεί αυτή η απάντηση, αναφέρονται ως αντιδράσεις υπερευαισθησίας. Υπάρχουν 4 τύποι αντιδράσεων υπερευαισθησίας: υπερευαισθησία τύπου I (η γνωστή κλασική αλλεργία, μεσολαμβάνει τα IgE αντισώματα), υπερευαισθησία τύπου II (μεσολαμβάνει τα IgG και IgM αντισώματα αντιδρώντας με αντιγόνα στα κύτταρα συγκεκριμένων ιστών), υπερευαισθησία τύπου III (μεσολαμβάνει τα IgG αντισώματα αντιδρώντας με αντιγόνα στην κυκλοφορία του αίματος και καταλήγοντας στη δημιουργία ανοσοσυμπλεγμάτων σε διάφορους ιστούς) και υπερευαισθησία τύπου IV (μεσολαμβάνει 3 ομάδες T-λεμφοκυττάρων).

Αντιθέτως, σε μια τροφική δυσανεξία, όπως η δυσανεξία στη λακτόζη, δεν υπάρχει εμπλοκή του ανοσοποιητικού, αλλά αδυναμία (μερική ή ολική) παραγωγής ενός ενζύμου (λακτάση) απαραίτητου για την πέψη του σακχάρου του γάλακτος.

Τα λεγόμενα τεστ διατροφικής «δυσανεξίας» που κυκλοφορούν στο εμπόριο, ανευρίσκουν τις τροφές εκείνες που δημιουργούν στον οργανισμό μας υπερευαισθησία από τα παραγόμενα αντισώματα IgG (και τους 4 τύπους αντισωμάτων IgG) και ίσως θα ήταν σωστό να χαρακτηρίζονται ως τεστ υπερευαισθησίας και όχι «δυσανεξίας» ...

Κάποιοι ερευνητές θεωρούν πως μια υπερευαισθησία τύπου III, η οποία μπορεί να πυροδοτηθεί από τροφικά αντιγόνα, οδηγεί σε έξαρση των ημικρανιών τόσο ως προς τη δραμύτητα, όσο και ως προς τη συχνότητα τους. Οι επιστημονικές μελέτες που συνηγορούν πως ο αποκλεισμός των τροφών που δημιουργούν σε ένα άτομο παραγωγή IgG αντισωμάτων (έτσι όπως αυτές υποδεικνύονται από τα λεγόμενα τεστ «δυσανεξίας») μπορεί να παίξει θετικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ημικρανιών είναι λίγες και σίγουρα όχι ικανές να θέσουν τα τεστ «δυσανεξίας» στη φαρέτρα του ειδικού. Απαιτούνται και άλλες, καλά στοιχειοθετημένες μελέτες προτού καταλήξουμε σε σαφή συμπεράσματα για τις τροφικές υπερευαισθησίες και τις ημικρανίες. Σε κάποιες εξαιρέσεις και με την υπόδειξη του νευρολόγου που εκτιμά πλήρως την κλινική εικόνα, ίσως η παραπομπή για κάποιο αξιόπιστο τεστ να έχει νόημα (πχ σε περιπτώσεις ημικρανικών ασθενών που παρατηρείται νωσηνοφιλία).

Γενικώς όμως και απροσδιοριστως, μια οδηγία προς τους ημικρανικούς ασθενείς κάντε τεστ «δυσανεξίας» και αποκλείστε από τη διατροφή σας τις υποδεικνυόμενες τροφές, είναι άστοχη και ενδέχεται να οδηγήσει σε σημαντικές διατροφικές ελλείψεις, με περαιτέρω επιπτώσεις στην υγεία τους.

Είναι η κετογονική διατροφή μια ασφαλής και αποτελεσματική παρέμβαση για τις ημικρανίες;



Το αν αξίζει ένας ημικρανικός ασθενής να ακολουθήσει κετογονική διαίτα ή όχι, αποτελεί πεδίο προσωπικής συζήτησης με τον θεράποντα νευρολόγο του, ο οποίος μπορεί να αξιολογήσει εξατομικευμένα τα δεδομένα και τα ζητούμενα.

Το 1921 ο R.M.Wilder στη φημισμένη Mayo Clinic, πρότεινε για τη θεραπεία της επιληψίας μια διαίτα η οποία μπορούσε να μιμηθεί τις βιοχημικές αλλαγές που συμβαίνουν στη νηστεία (οξέωση, αφυδάτωση, κέτωση). Βασική ένδειξη για την εφαρμογή κετογονικής δίαιτας στην επιληψία, ήταν και εξακολουθεί να είναι η παρουσία επιληπτικών κρίσεων, οι οποίες είναι δύσκολο να περιοριστούν ακόμα και με συνδυαστική φαρμακευτική αγωγή. Μόλις 7 χρόνια αργότερα (το 1928) έχουμε την δημοσίευση των αποτελεσμάτων της εφαρμο-

γής κετογονικής δίαιτας σε μεμονωμένους ημικρανικούς ασθενείς. Το 50% των ημικρανικών ασθενών που εφάρμοσαν τη διαίτα ανέφεραν κάποια βελτίωση. Από τότε μέχρι σήμερα υπάρχουν δημοσιευμένα αρκετά έγκυρα επιστημονικά στοιχεία, που καταλήγουν σε θετική έκβαση για τους ημικρανικούς ασθενείς, μετά από εφαρμογή κετογονικής δίαιτας.

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της κετογονικής δίαιτας στη μείωση των κρίσεων ημικρανίας δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, παραταύτα τα κετονικά σώματα (ακετοξικό οξύ, β-υδροξυβουτυρικό οξύ και ακετόνη), τα οποία δημιουργούνται στο ήπαρ από τον μεταβολισμό των λιπαρών οξέων υπό συνθήκες μειωμένης γλυκόζης ορού, φαίνεται να αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της αποτελεσματικότητας της δίαιτας.

Η έναρξη, όπως και η διακοπή (σε περιπτώσεις στις οποίες δεν παρατηρείται αξιόλογη βελτίωση των κρίσεων) της κετογονικής δίαιτας, πρέπει να γίνεται σταδιακά ακολουθώντας συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Η εφαρμογή κετογονικής δίαιτας στην ημικρανία, απαιτεί την άρτια εκπαίδευση του ασθενούς ή/και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και βέβαια τη συνεχή εκτίμηση, από μέρους του ειδικού νευρολόγου και του κλινικού διαιτολόγου που συντάσσει τη δίαιτα, συγκεκριμένων βιοχημικών εξετάσεων και μετρήσεων των επιπέδων των κετονών στο αίμα και τα ούρα, ώστε να μειωθεί το ενδεχόμενο για εμφάνιση παρενεργειών.

Καταλήγοντας, πρέπει να τονισθεί πως η κετογονική δίαιτα δεν είναι lifestyle. Αποτελεί διατροφική παρέμβαση «φαρμακευτικού» τύπου και έχει συγκεκριμένες ενδείξεις, ενέργειες και παρενέργειες. Το αν αξίζει ένας ημικρανικός ασθενής να ακολουθήσει κετογονική δίαιτα ή όχι, αποτελεί πεδίο προσωπικής συζήτησης με τον θεράποντα νευρολόγο του, ο οποίος μπορεί να αξιολογήσει εξατομικευμένα τα δεδομένα και τα ζητούμενα.

Η παχυσαρκία συνδέεται με την εμφάνιση ημικρανιών;

Το 2003 αναφέρθηκε για πρώτη φορά από ομάδα ερευνητών ότι η παχυσαρκία μπορεί να συνδέεται με την εμφάνιση χρόνιων καθημερινών πονοκεφάλων. Στη μελέτη των συγκεκριμένων ερευνητών, τα παχύσαρκα άτομα φάνηκε πως είχαν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν χρόνιους πονοκέφαλους σε καθημερινή βάση, σε σχέση με τα άτομα φυσιολογικού βάρους.



Παχύσαρκα άτομα έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πονοκέφαλους σε καθημερινή βάση, σε σχέση με τα άτομα φυσιολογικού βάρους.

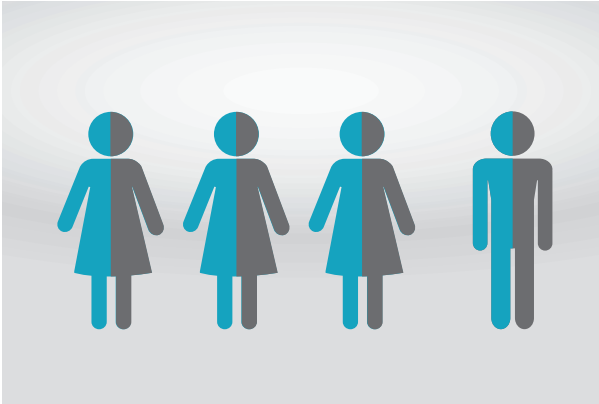
Από τότε έως σήμερα, το συγκεκριμένο πεδίο συσχέτισης σωματικού βάρους και ημικρανιών, αποτελεί αντικείμενο μελέτης. Οι περισσότερες επιστημονικές μελέτες καταλήγουν πως η απώλεια βάρους οδηγεί σε μείωση της έντασης και της συχνότητας των ημικρανιών σε παχύσαρκες γυναίκες, φέρνοντας στην επιφάνεια ένα ακόμη θετικό αποτέλεσμα του αδυνατίσματος. Η

εξήγηση πίσω από τα πιθανά ευεργετικά αποτελέσματα που επιφέρει η απώλεια λιπώδους ιστού, φαίνεται να σχετίζεται με τη μείωση φλεγμονωδών παραγόντων, ακριβώς των ιδίων που βρίσκουμε ανεβασμένους κατά τη διάρκεια των ημικρανικών κρίσεων. Όπως και να έχει, η απώλεια λιπώδους ιστού σε παχύσαρκους ασθενείς με ημικρανίες πρέπει να ενθαρρύνεται.

2.5 Γιατί η ημικρανία προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες;

Η ημικρανία στις γυναίκες είναι πιο συχνή από ότι στους άνδρες, κάτι που είχε παρατηρηθεί ήδη από την αρχαιότητα.

Ενδιαφέρον έχει ότι η διαφορά στη συχνότητα εξαρτάται από την ηλικία και, ακόμη περισσότερο, από την ορμονική περίοδο της ζωής μιας γυναίκας. Έτσι, η ημικρανία έχει περίπου παρόμοια ποσοστά εμφάνισης στα δύο φύλα στην παιδική ηλικία, αλλά γίνεται συχνότερη σε κορίτσια από ότι σε αγόρια εφηβικής ηλικίας, διαφορά που μεγιστοποιείται σε άτομα νεαρής



Η ημικρανία στις γυναίκες είναι από δύο ως και πέντε φορές πιο συχνή από ότι στους άνδρες.

ή πολύ κοντά σε αυτήν. Ενδιαφέρον στοιχείο για τη σχέση γυναικείων ορμονών και ημικρανίας είναι πως η εγκυμοσύνη σ' ένα μεγάλο ποσοστό ημικρανικών γυναικών βελτιώνει την ημικρανία τους, όπως και η εμμηνόπαυση.

Δεν είναι γνωστό αν το γυναικείο φύλο μπορεί να έχει πιο συχνά τα γονίδια που οδηγούν σε ημικρανία, αλλά είναι ευρέως αποδεκτή η άποψη ότι οι μεταβολές στις γυναικείες ορμόνες είναι ένας σημαντικός εκλυτικός παράγοντας για την πρόκληση ημικρανικής κρίσης σε ορισμένες γυναίκες. Δείτε περισσότερα για την ημικρανία στις γυναίκες στις ενότητες 2.14 και 2.15

2.6 Χρειάζεται στην ημικρανία να γίνουν εξετάσεις;

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα, δεν υπάρχει καμία ειδική εξέταση που να μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση της ημικρανίας.

Η διάγνωση της ημικρανίας γίνεται με βάση το ιστορικό των νοκοκεφάλων που ο ασθενής αναφέρει στο νευρολόγο του. Εφόσον το ιστορικό είναι τυπικό για ημικρανία και η νευρολογική εξέταση που θα διενεργήσει ο γιατρός δεν έχει παθολογικά ευρήματα, η διάγνωση της ημικρανίας τίθεται και δεν απαιτείται κανένας περαιτέρω έλεγχος με εξετάσεις.



Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν χρησιμοποιείται σήμερα ως εξέταση στη διάγνωση ή την παρακολούθηση ανθρώπων με ημικρανία, εκτός από ορισμένες ειδικές περιπτώσεις που υπάρχουν άτυπα χαρακτηριστικά.

και μέσης ηλικίας και τελικά μειώνεται σημαντικά, αλλά παραμένει σαφώς υπέρ των γυναικών σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι οι γυναικείες ορμόνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ημικρανία. Επιπροσθέτως, μεγάλο ποσοστό των ημικρανικών γυναικών αναφέρουν συσχέτιση των κρίσεων με την περίοδο τους (οι κρίσεις εμφανίζονται πριν ή κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως). Μάλιστα, ορισμένες γυναίκες παρουσιάζουν ημικρανικές κρίσεις αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρυσίας τους,

ή πολύ κοντά σε αυτήν. Ενδιαφέρον στοιχείο για τη σχέση γυναικείων ορμονών και ημικρανίας είναι πως η εγκυμοσύνη σ' ένα μεγάλο ποσοστό ημικρανικών γυναικών βελτιώνει την ημικρανία τους, όπως και η εμμηνόπαυση.

Δεν είναι γνωστό αν το γυναικείο φύλο μπορεί να έχει πιο συχνά τα γονίδια που οδηγούν σε ημικρανία, αλλά είναι ευρέως αποδεκτή η άποψη ότι οι μεταβολές στις γυναικείες ορμόνες είναι ένας σημαντικός εκλυτικός παράγοντας για την πρόκληση ημικρανικής κρίσης σε ορισμένες γυναίκες. Δείτε περισσότερα για την ημικρανία στις γυναίκες στις ενότητες 2.14 και 2.15

2.6 Χρειάζεται στην ημικρανία να γίνουν εξετάσεις;

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα, δεν υπάρχει καμία ειδική εξέταση που να μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση της ημικρανίας.

Η διάγνωση της ημικρανίας γίνεται με βάση το ιστορικό των νοκοκεφάλων που ο ασθενής αναφέρει στο νευρολόγο του. Εφόσον το ιστορικό είναι τυπικό για ημικρανία και η νευρολογική εξέταση που θα διενεργήσει ο γιατρός δεν έχει παθολογικά ευρήματα, η διάγνωση της ημικρανίας τίθεται και δεν απαιτείται κανένας περαιτέρω έλεγχος με εξετάσεις.

Στην ημικρανία, όλες οι συνηθισμένες εξετάσεις (εξετάσεις αίματος, αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου) είναι φυσιολογικές. Ορισμένες εξετάσεις, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (αλλιώς: εγκεφαλογράφημα), είναι δυνατόν σε μερικούς ανθρώπους με ημικρανία να δείξουν ήπιες

διαφορές από το φυσιολογικό. Ωστόσο, τέτοιου είδους ευρήματα, ακόμη και αν υπάρχουν, δεν μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της ημικρανίας, καθώς μπορεί να βρεθούν στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και σε ανθρώπους χωρίς ημικρανία αλλά και χωρίς κανένα άλλο πρόβλημα υγείας. Επιπροσθέτως, ακόμη και αν αυτές οι διαφορές βρεθούν στο εγκεφαλογράφημα, δεν σημαίνουν πρακτικά κάτι (για παράδειγμα, δεν σημαίνουν ότι αυτό το άτομο θα έχει πιο συχνές ή πιο δυνατές ημικρανίες ή ότι θα πρέπει να λάβει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία). Για όλους τους παραπάνω λόγους, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν χρησιμοποιείται σήμερα ως εξέταση στη διάγνωση ή την παρακολούθηση ανθρώπων με ημικρανία, εκτός από ορισμένες, ειδικές περιπτώσεις που υπάρχουν άτυπα χαρακτηριστικά που μοιάζουν με επιληψία.

Σήμερα, που η ιατρική έρευνα στον τομέα της ημικρανίας προοδεύει σημαντικά, ξέρουμε ότι με ειδικές εξετάσεις (για παράδειγμα, ειδικού τύπου μαγνητική τομογραφία) μπορούμε να δούμε διαφορές ανάμεσα στον εγκέφαλο ανθρώπων με ημικρανία και ανθρώπων χωρίς ημικρανία. Για την ώρα όμως, αυτές οι εξετάσεις γίνονται μόνο σε ερευνητικό επίπεδο και δεν έχουν εφαρμογή στην καθημερινή κλινική ιατρική πράξη.

Πρέπει να γίνει αξονική ή μαγνητική τομογραφία;

Είναι γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι με ημικρανία ανησυχούν ότι μπορεί υπάρχει κάποια σοβαρή αιτία για τους πονοκέφαλούς τους, όπως ένας όγκος στον εγκέφαλο ή ένα ανεύρυσμα.



Απεικόνιση του εγκεφάλου σε ασθενή με διάγνωση ημικρανίας δεν χρειάζεται, εκτός ειδικών περιπτώσεων.

Αυτή η ανησυχία παρατηρείται σε ανθρώπους με ημικρανία, σε όλα τα μήκη και πλάτη της υπηλίου! Μία πιθανή εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι ότι η ημικρανία είναι ένας πονοκέφαλος που έχει συνήθως μεγάλη ένταση πόνου και αυτό μπορεί να κάνει κάποιον να μην μπορεί να δεχτεί ότι δεν υπάρχει «χειροπιαστή» αιτία.

Επίσης, άνθρωποι με ημικρανία που στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον υπάρχει κάποιος που παρουσίασε όγκο ή ανεύρυσμα στο κεφάλι συχνά ζητούν να κάνουν μία εξέταση «για να είναι σίγουροι».

Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, εξετάσεις για λόγους καθησυχασμού καλό είναι αποφεύγεται να γίνονται. Ο γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει αναλυτικά στον ημικρανικό την κατάσταση, καθώς και ότι είναι σίγουρος για τη διάγνωση του, οπότε δεν χρειάζεται να γίνει απεικόνιση. Εφόσον υπάρχει εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του γιατρού, αυτό θα πρέπει να αρκεί για να καθησυχάσει τον ασθενή. Εξάλλου, ο κάθε άνθρωπος με ημικρανία μπορεί να είναι σίγουρος ότι ο νευρολόγος του, αν έχει υποψία σοβαρής υποκείμενης αιτίας για τον πονοκέφαλό του, θα συστήσει πρώτος αυτός τη διενέργεια απεικόνισης του εγκεφάλου.

Από την άλλη πλευρά, σε περίπτωση αξονικής ή μαγνητικής που γίνεται για ανάγκη εφησυχασμού, ξέρουμε πως τις πιο πολλές φορές μία απεικόνιση μπορεί προσωρινά μόνο να

καθισχύσει κάποιον, με αποτέλεσμα να πρέπει να μπει στη διαδικασία να έχει την ανάγκη να την επαναλάβει ή και να κάνει πιο ειδικές εξετάσεις: Για παράδειγμα, κάποιος ζητά και κάνει μία αξονική τομογραφία για να καθισχυαστεί. Αυτή είναι φυσιολογική, αλλά ο ασθενής ζητά και κάνει μαγνητική τομογραφία, για να είναι πιο σίγουρος ότι δεν υπάρχει κάποια μικρή βλάβη, που η αξονική δεν μπορεί να δείξει. Και η μαγνητική τομογραφία είναι φυσιολογική, αλλά ο ασθενής τώρα ζητά μαγνητική αγγειογραφία, για να φανούν τα αγγεία, και όταν και αυτή βγαίνει φυσιολογική, ζητάει και ψηφιακή αγγειογραφία για να φανεί τυχόν μικρό ανεύρυσμα. Αυτή η ιστορία είναι αληθινή και δείχνει ότι απεικόνιση του εγκεφάλου για λόγους καθισχυασμού θα πρέπει να αποφεύγεται, όσο είναι αυτό εφικτό.

2.7 Ημικρανία ή Ιγμορίτιδα;

Παραδόξως, πολλοί άνθρωποι που έχουν ημικρανία μπορεί για χρόνια να πιστεύουν ότι έχουν έναν άλλο τύπο πονοκέφαλου.

Πολύ συχνά, στα ειδικά ιατρεία κεφαλαλγίας προσέρχονται άνθρωποι με ημικρανία που για πολλά χρόνια πιστεύουν ότι κάποια ιγμορίτιδα που πέρασαν στο παρελθόν ή κάποια χρόνια ή υποτροπιάζουσα ιγμορίτιδα είναι η αιτία των πονοκεφάλων τους. Συχνά αυτή η εξήγηση μπορεί να έχει δοθεί ακόμη και από γιατρό. Ωστόσο, ο πονοκέφαλος της ημικρανίας είναι εντελώς διαφορετικός από τον πονοκέφαλο από ιγμορίτιδα και δε θα έπρεπε να συγχέονται.

Καταρχάς, η χρόνια ιγμορίτιδα (ιγμορίτιδα που επιμένει για πολύ καιρό) δεν προκαλεί δυνατό πονοκέφαλο, αλλά, στη χειρότερη περίπτωση, ελαφρύ πονοκέφαλο και ζάλη, που μπορεί να επιδεινώνονται με τη αλλαγή της θέσης του κεφαλιού ή με το σκύψιμο. Από την άλλη πλευρά, η οξεία ιγμορίτιδα μπορεί να προκαλέσει δυνατό πονοκέφαλο,



Η ημικρανία διαφέρει σημαντικά από την ιγμορίτιδα, όχι μόνο στην εντόπιση του πόνου, αλλά και σε άλλα χαρακτηριστικά.



Πολύ συχνά άνθρωποι με ημικρανία για πολλά χρόνια πιστεύουν ότι κάποια ιγμορίτιδα που πέρασαν στο παρελθόν ή κάποια χρόνια ή υποτροπιάζουσα ιγμορίτιδα είναι η αιτία των πονοκεφάλων τους.

προκαλέσει δυνατό πονοκέφαλο, αλλά αυτός έχει εντελώς διαφορετική εικόνα από την ημικρανία και μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό, ευαισθησία πάνω από το προσβεβλημένο ιγμόρειο, ύπαρξη αυξημένων ρινικών εκκρίσεων. Τα τυπικά ημικρανικά χαρακτηριστικά, όπως ευαισθησία σε φως και ήχους, ναυτία ή εμετός, δεν υπάρχουν στην ιγμορίτιδα. Η εντόπιση του πόνου είναι επίσης διαφορετική. Ο πόνος της ιγμορίτιδας, αν και μπορεί να αντανακλά στο κεφάλι, θα κρατήσει λίγες ημέρες και μετά τη θεραπεία ή την ύφεση της ιγμορίτιδας θα υποχωρήσει.

Ο πόνος της ημικρανίας, που πε-

ριγράφεται αναλυτικά σε άλλη ενότητα αυτού του βιβλίου, έχει εντελώς διαφορετικά χαρακτηριστικά από τον πόνο της ιγμορίτιδας.

2.8 Ημικρανία: Μύθοι και αλήθειες

Είναι γεγονός ότι στην χώρα μας, όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων με ημικρανίες ή άλλους πονοκεφάλους δεν έχει διαγνωστεί σωστά από ειδικό γιατρό. Με άλλα λόγια, αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν άνθρωποι με ημικρανία που δεν γνωρίζουν ότι οι πονοκέφαλοι τους είναι ημικρανίες, αλλά και το ότι υπάρχουν άνθρωποι με άλλα είδη πονοκεφάλων (για παράδειγμα: με πονοκέφαλο τάσεως ή με αθροιστική κεφαλαλγία) που πιστεύουν ότι πάσχουν από ημικρανίες.

Σε κάθε περίπτωση, άνθρωποι με αδιάγνωστους πονοκεφάλους, πιθανότατα δεν λαμβάνουν και την καλύτερη δυνατή θεραπεία, αφού η σωστή θεραπεία χορηγείται μετά τη σωστή διάγνωση.

Το βιβλίο που κρατάτε στα χέρια σας αποσκοπεί στην ενημέρωση για θέματα πονοκεφάλων και ημικρανιών, θεωρώντας ότι αυτό είναι ουσιαστικό βήμα προς τη σωστή διάγνωση και θεραπεία τους, η οποία βέβαια πρέπει να γίνεται από ειδικό ιατρό και μόνο.

Στην προσπάθεια για καλύτερη ενημέρωση του κοινού, η ενότητα που βρίσκεστε αυτή τη στιγμή φιλοδοξεί να διευκρινίσει τι είναι σωστό και τι λαθεμένο, πάνω σε ευρέως διαδεδομένα ερωτήματα για τις ημικρανίες για τα οποία μεγάλο μέρος του κοινού δεν γνωρίζει την σωστή απάντηση.

Ημικρανία και πονοκέφαλος είναι το ίδιο;

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι ημικρανία και πονοκέφαλος είναι ακριβώς το ίδιο, αλλά αυτή η άποψη είναι, προφανώς, λαθεμένη. Η ημικρανία είναι απλά μία από τις πολλές αιτίες που προκαλούν πονοκέφαλο. Ένας ειδικός στους πονοκεφάλους γιατρός μπορεί εύκολα να ξεχωρίσει την ημικρανία από άλλους πονοκεφάλους, αφού η ημικρανία έχει χαρακτηριστική εικόνα. Τα πιο τυπικά χαρακτηριστικά της ημικρανίας (δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν όλα σε όλους τους ανθρώπους με ημικρανία) είναι ο μεγάλος έντασης πόνος, που μπορεί να είναι ρυθμικός - «σαν να χτυπάει ένα σφυρί μέσα στο κεφάλι μου» αναφέρουν πολλοί ασθενείς- η εναλλαγή της εντόπισης του πόνου, η συνύπαρξη δυσανεξίας σε ήχους, οσμές φώτα αλλά και η τάση προς έμετο.

Η διάκριση της ημικρανίας από άλλες μορφές πονοκεφάλου είναι σημαντική για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί οι ασθενείς με ημικρανία τις περισσότερες φορές δεν χρειάζεται να υποβληθούν σε ιδιαίτερες παρακλινικές εξετάσεις, κάτι που μπορεί να είναι απαραίτητο σε περιπτώσεις άλλων πονοκεφάλων, και δεύτερον γιατί η θεραπεία της ημικρανίας γίνεται με συγκεκριμένα, εξειδικευμένα φάρμακα και είναι αρκετά διαφορετική από τις θεραπείες που χορηγούνται σε άλλες μορφές πονοκεφάλων.

Υπάρχει περίπτωση να μην βοηθάει καμία θεραπεία;

Πολλοί άνθρωποι λαθεμένα πιστεύουν ότι δεν υπάρχει καμία αποτελεσματική θεραπεία για τις ημικρανίες τους και έτσι, το μόνο που μπορούν να κάνουν όταν έχουν μία κρίση είναι να υποφέρουν, κάνοντας υπομονή, μέχρι να περάσει. Αυτή η πεποίθηση αντανακλά τα όσα συνέβαιναν στο παρελθόν, όταν πραγματικά δεν υπήρχαν εξειδικευμένες θεραπείες για τις ημικρανίες. Έτσι, έχοντας ενδεχομένως στο μυαλό τους την εικόνα κάποιου γονέα ή συγγενή που υπέφερε από ημικρανίες και περνούσε τις κρίσεις μην έχοντας τρόπο να τις αντιμετωπί-



Πολλοί άνθρωποι λαθεμένα πιστεύουν ότι δεν υπάρχει κανένα αποτελεσματικό φάρμακο για τις ημικρανίες τους.

παρακάτω σε αυτό το βιβλίο, στις ενότητες 3.1 και 3.2, θα γίνει αναφορά με περισσότερα στοιχεία για την θεραπεία των κρίσεων και την προληπτική θεραπεία της ημικρανίας.

Οι ημικρανίες μπορεί να προκληθούν από διάφορες καταστάσεις;

Μία τεράστια ποικιλία παραγόντων, που αποκαλούνται “εκλυτικοί παράγοντες”, μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση κρίσεων ημικρανίας σε ανθρώπους που έχουν τη σχετική προδιάθεση. Ορισμένα φάρμακα, όπως κάποια που χρησιμοποιούνται σε καρδιοπάθειες, μπορούν να προκαλέσουν ημικρανική κρίση σε κάποιον ασθενή με ημικρανία. Αυτές οι περιπτώσεις όμως είναι μάλλον ασυνήθιστες στην πράξη.

Πολλές παθολογικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν πονοκέφαλο, ο οποίος αν και μπορεί να μοιάζει στην ημικρανία, σπάνια θα έχει τυπική εικόνα. Σε κάθε περίπτωση ασθενούς με πονοκέφαλο που δεν έχει τυπική εικόνα ημικρανίας (ή άλλης πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας) πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος, για να αποκλειστεί ή ύπαρξη μίας σοβαρής υποκείμενης πάθησης, όπως εγκεφαλικού ανeurύσματος ή άλλης αγγειακής δυσπλασίας, όγκου του εγκεφάλου, κροταφικής αρτηρίτιδας κ.α. (δείτε περισσότερα στο κεφάλαιο 6: «Άλλες κεφαλαλγίες και νευραλγίες»).

Σε ορισμένους ανθρώπους η ημικρανία εμφανίζεται αν παραλείψουν κάποιο γεύμα ή αν βρίσκονται σε νηστεία. Πρόκειται συνήθως για ασθενείς που έχουν ιδιαίτερη ευαισθησία σε οποιαδήποτε αλλαγή του καθημερινού τους προγράμματος, είτε αυτό αφορά τα γεύματα είτε τον ύπνο ή την ξεκούραση, καθώς ο εγκέφαλός τους υπεραντιδρά, «διαμαρτυρόμενος» για την αλλαγή. Είναι ευνόητο πως σε τέτοιες περιπτώσεις, η τήρηση ενός τακτικού ημερήσιου προγράμματος μπορεί να γλιτώσει τον ασθενή από ημικρανικές κρίσεις, πόνο και ταλαιπωρία.

“

Πολλές παθολογικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν πονοκέφαλο, ο οποίος αν και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να μοιάζει στην ημικρανία, σπάνια θα έχει τυπική εικόνα.

2.9 Πρόδρομα συμπτώματα της ημικρανικής κρίσης

Ένα από τα ενδιαφέροντα στοιχεία που η επιστημονική έρευνα έχει κατανοήσει σχετικά με την ημικρανία είναι πως μία κρίση μπορεί να ξεκινήσει ώρες πριν την εμφάνιση του πόνου.



Συχνά, η ημικρανική κρίση δεν ξεκινά με την εμφάνιση του πόνου, αλλά ίσως και πολλές ώρες πριν, με διάφορα άλλα συμπτώματα.

Έτσι, όπως η ημικρανική κρίση δεν είναι μόνο ο πονοκέφαλος, αλλά και άλλα συμπτώματα (π.χ. φωτοφοβία και ηχοφοβία), η ημικρανική κρίση δεν ξεκινά με την εμφάνιση του πόνου, αλλά ίσως και πολλές ώρες πριν, με διάφορα άλλα συμπτώματα. Τα πρόδρομα αυτά συμπτώματα δεν υπάρχουν σε όλους τους ασθενείς με ημικρανία

ενώ, όταν υπάρχουν, άλλοτε μπορεί να μένουν απαρατήρητα και άλλοτε, λαθεμένα, να θεωρούνται ως εκλυτικοί παράγοντες.

Υπάρχει δηλαδή περίπτωση κάποιος ημικρανικός να έχει ένα σύμπτωμα επειδή έχει ξεκινήσει μία κρίση, χωρίς να έχει εκδηλωθεί ο πόνος και -λαθεμένα- την επόμενη ημέρα το πρωί που ο πόνος θα εκδηλωθεί, να θεωρήσει πως το σύμπτωμα που είχε χθες του προκάλεσε την κρίση.

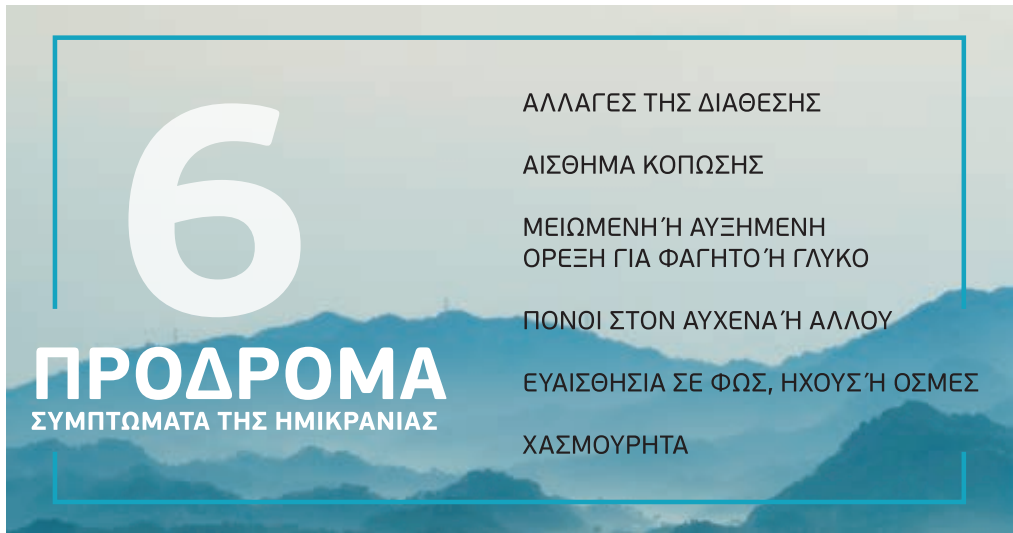
Πολύ συχνά κατά το παρελθόν, αλλά και σήμερα, ασθενείς και γιατροί “εντοπίζουν” διάφορα συμπτώματα και παράγοντες ως εκλυτικούς ή πυροδοτικούς για την ημικρανία, ενώ πρόκειται για τα αρχικά, πρόδρομα συμπτώματα των κρίσεων. Μερικά από τα πιο συχνά εμφανιζόμενα πρόδρομα συμπτώματα είναι τα εξής:

Αλλαγές της διάθεσης. Είτε υπερ-ενεργτικότητα και υπερ-δραστηριότητα, είτε κακή διάθεση, κατάθλιψη και τάση για απόσυρση μπορεί να είναι όχι γεγονότα που πυροδοτούν κρίσεις, αλλά αρχικά στάδια κρίσεων, εμφανιζόμενα ως και 2 μέρες πριν εκδηλωθεί ο πόνος. Έτσι το “χθες είχα μεγάλη όρεξη για δουλειές και κουράστηκα υπερβολικά, με αποτέλεσμα να το πληρώσω σήμερα με μια ημικρανία” συχνά δεν ισχύει. Το σωστό θα ήταν “χθες είχα υπερ-ενεργτικότητα γιατί είχε ξεκινήσει μια κρίση ημικρανίας που τελικά σήμερα εκδηλώθηκε και με πόνο στο κεφάλι”.

Όρεξη για φαγητό. Ένα πολύ συχνό πρόδρομο σύμπτωμα της ημικρανίας είναι η όρεξη για φαγητό ή γλυκό. Πολλοί ημικρικοί, στα πλαίσια των πρόδρομων συμπτωμάτων έχουν παρατηρήσει μια αυξημένη όρεξη για κάτι γλυκό και-καθόλου περίεργο- μια σοκολάτα είναι μια εύκολη επιλογή. Αν την άλλη μέρα έρθει μια ημικρανία, το να κατηγορηθεί η σοκολάτα είναι ένα λογικό συμπέρασμα, ειδικά εφόσον υπάρχει η ευρύτερα διαδεδομένη άποψη πως η σοκολάτα προκαλεί ημικρανίες. Άτομα που επίμονα και για μήνες αντιστάθηκαν σε αυτές τις παρορμήσεις για γλυκό ή σοκολάτα παρατήρησαν πως οι ημικρανικές κρίσεις έρχονταν ούτως ή άλλως...

Πόνος στον αυχένα, τον λαιμό ή γενικότερη κόπωση. Ένα “πίσιμο” στον αυχένα έχει κατηγορηθεί από πολλούς ημικρικούς ως αιτία των κρίσεων τους. Πιο πιθανό είναι όμως να πρόκειται για πρόδρομο σύμπτωμα. Η εμπειρία ημικρικών που μετά από δοκιμές μασάζ, ειδικών μαξιλαριών και διαφόρων άλλων μεθόδων ανακούφισης του αυχένα εξακολουθούσαν να έχουν κρίσεις λέει πολλά. Ας μην ξεχνάμε πως ο αυχένος και η ράχη συχνά πονούν και κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, και μάλιστα έντονα. Παρομοίως, μια γενικότερη κόπωση και ένα αίσθημα εξάντλησης συχνά είναι πρόδρομα σύμπτωμα και όχι αιτία μιας κρίσης ημικρανίας.

Φωτοφοβία, ηχοφοβία, ναυτία, χασμουρητό, υπνηλία. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορούν να παρουσιαστούν όχι μόνο στη διάρκεια μιας κρίσης ημικρανίας, αλλά και πολλές



ώρες πριν, ως πρόδρομα συμπτώματα. Μπορεί η φωτοφοβία και η ηχοφοβία να μην είναι έντονες, αλλά είναι ενδεικτικές. Το ίδιο ισχύει για τα επαναλαμβανόμενα χασμουρητά, που είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό πρόδρομο σύμπτωμα, όπως και για μια ανατιτολόγητη υπνηλία.

Ασφαλώς και τα ενδεχόμενα πρόδρομα συμπτώματα δεν εξαντλούνται στα παραπάνω. Ωστόσο, ο εντοπισμός των πρόδρομων συμπτωμάτων, αν βέβαια αυτά υπάρχουν, μπορεί να είναι πολύ χρήσιμος για κάποιον άνθρωπο με ημικρανία.

Αφενός μπορεί να οδηγήσει σε απενοχοποίηση συμπτωμάτων και συμπεριφορών. Για παράδειγμα, πολλοί ημικρανικοί αποφεύγουν τη σοκολάτα ενώ αυτή δεν αποτελεί εκλυτικό παράγοντα τόσο συχνά όσο αναφέρεται. Ή, άλλοι, κατηγορούν τους εαυτούς τους πως με τη συμπεριφορά τους προκαλούν τις ημικρανίες τους, ενώ η συμπεριφορά αυτή δεν ευθύνεται για την επέλευση της κρίσης, αλλά είναι τμήμα της κρίσης.

Ακόμη πιο σημαντικό όμως είναι πως ο εντοπισμός των προδρόμων συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε επαγρύπνηση για την επερχόμενη κρίση και, ως εκ τούτου, σε ακόμη πιο έγκαιρη λήψη της σωστής θεραπείας η οποία έτσι θα έχει ακόμη καλύτερο αποτέλεσμα.

2.10 Ημικρανία χωρίς αύρα

Η ημικρανία χωρίς αύρα είναι μακράν ο πιο συνηθισμένος τύπος ημικρανίας. Έχει πάρει το όνομα της από την μη ύπαρξη ημικρανικής αύρας. Αν και αύρα έχει μόνο μια μικρή μειονότητα ημικρανικών ασθενών, είναι ένα φαινόμενο έντονο και εντυπωσιακό, που για αυτό το λόγο έχει κυριαρχήσει στην ορολογία των μορφών ημικρανίας. Η ημικρανική αύρα περιγράφεται αναλυτικά στις επόμενες ενότητες.

Στην ημικρανία χωρίς αύρα, αναμφίβολα το κυρίαρχο χαρακτηριστικό στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ο πόνος. Αν και πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι ημικρανία σημαίνει απαραίτητα «πόνος στο μισό κεφάλι», αυτό δεν είναι απαραίτητο. Πράγματι, τις περισσότερες φορές, ο πόνος στην ημικρανία εντοπίζεται στο μισό του κεφαλιού: συχνά στην περιοχή πίσω από το ένα μάτι και τον κρόταφο, αλλά μπορεί επίσης να βρίσκεται στην κορυφή του κεφαλιού, ακόμα και στο πίσω μέρος του κεφαλιού ή και στον αυχένα. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου σπάνιο ο πόνος να υπάρχει σε ολόκληρο το κεφάλι. Πολύ συχνά μπορεί κάποιος να παρατηρήσει



Ο πόνος στην ημικρανία είναι συνήθως δυνατός και συνοδεύεται από μία σειρά άλλων συμπτωμάτων, όπως το ότι ο άνθρωπος που έχει ημικρανία δεν μπορεί να ανεχθεί το φως, τους έντονους ήχους, τις μυρωδιές και επίσης ότι μπορεί να έχει τάση για εμετό ή και να κάνει εμετούς. Η εντόπιση του πόνου μπορεί να αλλάζει.

υφειθεί. Μετά από κάποιο διάστημα η ίδια ιστορία επαναλαμβάνεται, καθώς η κρίση επανέρχεται (σε κάποιους ανθρώπους μετά από αρκετούς μήνες, ενώ σε κάποιους μετά από λίγες ημέρες). Ως αποτέλεσμα του πόνου αλλά και των υπολοίπων συμπτωμάτων, ο άνθρωπος που έχει ημικρανία δεν μπορεί να έχει φυσιολογική δραστηριότητα την ώρα της κρίσης, ενώ μπορεί να φτάνει σε ανάγκη για κατάκλιση σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Η φαρμακευτική θεραπεία στην ημικρανία περιλαμβάνει παυσίπονα, ειδικά αντι-ημικρανικά φάρμακα και, ενδεχομένως, ειδική προφυλακτική αγωγή (δείτε περισσότερα στις σχετικές ενότητες). Στο παρελθόν, η ημικρανία χωρίς αύρα αποκαλούνταν «κοινή ημικρανία», όρος που δεν πρέπει να χρησιμοποιείται πια γιατί προκαλεί σύγχυση.

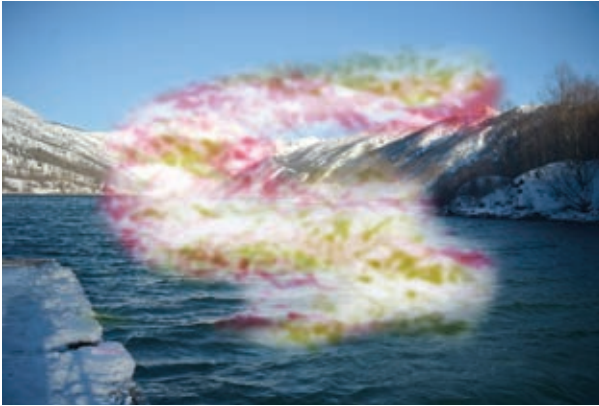
2.11 Ημικρανία με αύρα

Ένα ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από ημικρανία (λιγότεροι από έναν στους τέσσερεις) υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσουν αύρα πριν από όλες ή μερικές από τις κρίσεις τους. Συχνά, ασθενείς με ημικρανία αποκαλούν λανθασμένα ως «αύρα» την ακαθόριστη και μη συγκεκριμένη αίσθηση ότι θα ακολουθήσει μία ημικρανική κρίση. Όμως, ο όρος αύρα αναφέρεται σε κάτι εντελώς διαφορετικό: Με τον όρο «αύρα» στην ημικρανία, αναφερόμαστε σε ένα σύνολο νευρολογικών συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων (από ταπό την όραση, την αισθητικότητα, την κίνηση ή την ομιλία), που συνήθως προηγούνται άμεσα του πόνου.

“

Με τον όρο «αύρα» στην ημικρανία, αναφερόμαστε σε ένα σύνολο νευρολογικών συμπτωμάτων (από την όραση, την αισθητικότητα, την κίνηση ή την ομιλία), που συνήθως προηγούνται άμεσα του πόνου και όχι σε μία ακαθόριστη και μη συγκεκριμένη αίσθηση ότι θα ακολουθήσει μία ημικρανική κρίση.

Η πιο συχνή μορφή αύρας είναι τα οπτικά συμπτώματα (οπτική αύρα). Συχνά, ο ασθενής που παρουσιάζει οπτική αύρα αναφέρει φωτεινές γραμμές, φωτάκια που αναβοσβήνουν ή και θαμπά τμήματα μέσα στο οπτικό του πεδίο (τα συμπτώματα αυτά αναφέρονται ενδεικτικά, καθώς υπάρχουν



Η πιο κοινή αύρα αποτελείται από οπτικά συμπτώματα (οπτική αύρα).

οπτικής αύρας συνήθως μετακινούνται μέσα στο οπτικό πεδίο, συχνότερα από το κέντρο προς την περιφέρεια. Αν εντοπίζονται στο ήμισυ του πεδίου, συχνά περιγράφεται ότι «φαίνονται τα πρόσωπα και τα αντικείμενα μισά». Η διάρκεια της αύρας είναι χαρακτηριστικά λιγότερο από ώρα, (συχνά μόνο 15 ή 20 λεπτά). Ο νοσοκόμος της ημικρανίας συνήθως ακολουθεί την αύρα, αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προηγείται ή να συνοδεύει την αύρα.

Εκτός από τα οπτικά συμπτώματα, μερικοί ασθενείς αναφέρουν αισθητική αύρα (μούδιασμα ή «βεβήνιασμα») σε ένα μέρος του σώματος. Η αισθητική αύρα περιλαμβάνει συνήθως το χέρι και το πρόσωπο στην ίδια πλευρά. Ένα ποσοστό ασθενών βιώνει διαταραχές του λόγου ως τμήμα της αύρας τους (αδυνατούν να βρουν τις λέξεις ή δεν μπορούν καν να μιλήσουν), σύμπτωμα που από τη φύση του μοιάζει ανησυχητικό και πρέπει να εξακριβωθεί από τον γιατρό ότι πρόκειται για αύρα και όχι κάτι άλλο, τουλάχιστον τις πρώτες φορές που εμφανίζεται.

Αν και τα συμπτώματα της αύρας μπορεί να είναι (αρχικά, τουλάχιστον) τρομακτικά για μερικούς ανθρώπους, σε γενικές γραμμές είναι αβλαβή και οι ασθενείς με ημικρανία με αύρα πιθανότατα θα βιώσουν πολλές φορές στη διάρκεια της ζωής τους. Εντούτοις, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση τέτοια συμπτώματα να αναφέρονται στον νευρολόγο, ώστε να εξασφαλιστεί ότι δεν οφείλονται σε κάποια άλλη αιτία.

2.12 Αναλυτικότερα για την αύρα της ημικρανίας

Τα συμπτώματα της ημικρανικής αύρας προέρχονται από τον εγκέφαλο. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα συμπτώματα της αύρας εμφανίζονται λόγω ενός φαινομένου για το οποίο στα ελληνικά χρησιμοποιούμε τον όρο «φλοιώδης μετακινούμενη καταστολή» (στα αγγλικά: «Cortical Spreading Depression»). Πρόκειται στην ουσία για ένα κινούμενο κύμα διέγερσης των νευρικών κυττάρων, που αρχίζει συνήθως στις οπτικές περιοχές του εγκεφάλου και μετακινείται αργά κατά μήκος της επιφάνειας του εγκεφάλου. Το κύμα αυτό ακολουθείται από ένα μεγαλύτερης διάρκειας κύμα καταστολής της δραστηριότητας των νευρικών κυττάρων. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να ερμηνεύσει διάφορους τύπους αύρας, όπως για παράδειγμα τις φωτεινές οπτικές γραμμές που μερικοί πάσχοντες από ημικρανία βιώνουν κατά τη διάρκεια της αύρας τους (προκαλούνται από το κύμα διέγερσης), αλλά και την παρακείμενη προσωρινή μερική απώλεια όρασης (κύμα καταστολής).

Τι είναι μια ημικρανική κρίση;

Οι ημικρανικές κρίσεις ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά γενικά έχουν τέσσερις ή πέντε φάσεις:



Φάση προδρόμων συμπτωμάτων

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, οι άνθρωποι μπορεί να αισθανθούν μια ποικιλία φυσικών και ψυχολογικών αλλαγών όπως κόπωση, επιθυμία για συγκεκριμένες τροφές, αλλαγές στη διάθεση (από την ευφορία στη κατάθλιψη), δίψα, δυσκαμψία στο λαιμό ή συχνό χασμουρητό. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν από λίγες ώρες ως και 2-3 ημέρες.



Αύρα

Ορισμένοι άνθρωποι με ημικρανία περνάνε από το στάδιο της αύρας (ωστόσο, όχι απαραίτητα όλες τις φορές). Η αύρα οφείλεται σε ένα αργά κινούμενο κύμα, το οποίο περνά πάνω από την επιφάνεια του εγκεφάλου και επηρεάζει προσωρινά τη λειτουργικότητα των μερών στα οποία βρίσκεται. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από ποιο μέρος του εγκεφάλου επηρεάζεται, αλλά συνήθως είναι οπτικά.



Φάση του πόνου

Αυτή η φάση περιλαμβάνει πονοκέφαλο ο οποίος μπορεί να γίνει εξαιρετικά οδυνηρός. Ο πονοκέφαλος είναι συνήθως παλμικός και χειροτερεύει με τη κίνηση, τα φώτα ή τους ήχους. Ο πόνος εστιάζεται συνήθως στη μία πλευρά του κεφαλιού, μπορεί όμως να είναι και στα δύο μέρη ή σε όλο το κεφάλι. Αίσθηση αδυναμίας και εμετός μπορεί να υπάρχουν σε αυτή τη φάση, η οποία μπορεί να διαρκέσει από 4 ώρες έως 3 ημέρες.



Μετακριτική φάση

Στις περισσότερες κρίσεις ο πόνος εξασθενεί σταδιακά, αλλά σε μερικές σταματά απότομα. Ο ύπνος βοηθάει αρκετούς ανθρώπους. Ακόμη και μία ή δύο ώρες ύπνου πολλές φορές είναι αρκετές για να σταματήσει μια κρίση.



Φάση ανάρρωσης

Αυτό είναι το τελικό στάδιο μιας κρίσης, το οποίο μπορεί να περιγραφεί και σαν ένα "hangover". Μερικές φορές αυτή η αίσθηση του "hangover" κάνει μέρες να εξαφανιστεί και τα συμπτώματα του μοιάζουν με τα συμπτώματα του πρώιμου σταδίου μιας κρίσης. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο χάσει την όρεξή του στο ξεκίνημα μια κρίσης, μπορεί τώρα να αισθάνεται πολύ πεινασμένο.

Γιατί όμως μερικοί άνθρωποι με ημικρανία έχουν αύρα και άλλοι όχι; Δεν υπάρχει ολοκληρωμένη και οριστική απάντηση για την ερώτηση αυτή, που έχει πραγματικά γίνει αντικείμενο διαφωνιών μέσα στην επιστημονική κοινότητα. Προσπαθώντας να συνθέσουμε τις ισχύουσες

θεωρίες, μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς με ημικρανία με αύρα πιθανόν να παρουσιάζουν μια μικρή βιοχημική αλλαγή στα νευρικά κύτταρα του εγκεφαλικού φλοιού τους, που τους καθιστά πιο ευάλωτους να αναπτύξουν το φαινόμενο που ονομάζουμε «φλοιώδης μετακινούμενη καταστολή». Αυτό το φαινόμενο μπορεί ίσως να προκληθεί από ποικίλους παράγοντες, που διαφέρουν από άτομο σε άτομο, στους οποίους μπορεί να συμπεριλαμβάνονται κάποιοι από τους γνωστούς μας εκλυτικούς παράγοντες. Η φλοιώδης μετακινούμενη καταστολή προκαλεί την αύρα και, ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου που εντοπίζεται, μπορούμε να έχουμε οπτική, αισθητική ή άλλου τύπου αύρα.

Σε ότι αφορά στους ασθενείς που έχουν ημικρανία χωρίς αύρα, η «έλλειψη» της αύρας ίσως οφείλεται στο ότι στον εγκέφαλο τους δεν συμβαίνει το φαινόμενο της φλοιώδους μετακινούμενης καταστολής ή, σύμφωνα με άλλους ερευνητές, στο ότι το φαινόμενο συμβαίνει, αλλά σε «σιωπηλές» περιοχές του εγκεφάλου.

Αν και οι ισχύουσες θεωρίες δίνουν αρκετές εξηγήσεις για την αύρα, υπάρχουν ακόμη αρκετά σημεία που χρειάζεται να διευκρινιστούν. Ωστόσο, όσο προχωράει η ιατρική έρευνα, τόσο πιο πολύ καταλαβαίνουμε την αύρα, την ημικρανία και τα μυστικά τους.

Σε ορισμένους ασθενείς υπάρχει ημικρανική αύρα χωρίς ημικρανική κεφαλαλγία. Πράγματι, η ημικρανία με αύρα μπορεί να έχει ποικίλες μορφές. Έτσι, υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να έχουν αύρα αλλά να μην έχουν ημικρανική κεφαλαλγία. Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να κατατάξουμε τους ασθενείς αυτούς σε τέσσερις κατηγορίες:

- Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται όσοι που έχουν ημικρανία με αύρα και, κάποιες φορές, έχουν αύρα που δεν ακολουθείται από ημικρανικό πονοκέφαλο. Το να συμβεί κάτι τέτοιο δεν είναι καθόλου σπάνιο, ανάμεσα στους ανθρώπους με ημικρανία με αύρα.
- Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται άνθρωποι που παλαιότερα είχαν ημικρανία με αύρα και κατά την πρόοδο της ηλικίας τους χάθηκε το συστατικό του πονοκεφάλου, αλλά παρέμεινε η αύρα. Μία τέτοια εξέλιξη της ημικρανίας με αύρα είναι αρκετά συνηθισμένη.
- Στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνονται άνθρωποι που εξ αρχής είχαν ημικρανική αύρα χωρίς πονοκέφαλο, πολλές φορές αρκετά συχνή και για αρκετά χρόνια.
- Στην τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνονται όσοι έχουν τυπική ημικρανική αύρα αλλά ο πονοκέφαλος που ακολουθεί δεν έχει ημικρανικά στοιχεία. Μπορεί να έχει εικόνα, για παράδειγμα, κεφαλαλγίας τάσεως.

Η διάγνωση της ημικρανικής αύρας χωρίς ημικρανική κεφαλαλγία είναι αρκετά δύσκολη, Ωστόσο, το γεγονός ότι η αύρα σε αυτούς τους ανθρώπους είναι συνήθως πανομοιότυπη από επεισόδιο σε επεισόδιο, αλλά συχνά αλλάζει πλευρά (αριστερά- δεξιά) διευκολύνει τη διάγνωση. Θα πρέπει να τονιστεί ότι άνθρωποι με τέτοιου είδους συμπτώματα θα πρέπει να συμβουλευτούν τον γιατρό τους, ώστε να διερευνηθεί και να επιβεβαιωθεί ότι πρόκειται πράγματι για ημικρανική αύρα.

Θεραπεία σε ασθενείς με αύρα χωρίς κεφαλαλγία πρέπει να χορηγηθεί αν τα επεισόδια αύρας είναι συχνά, παρατεταμένα ή αν στην αύρα υπάρχει κινητική συνιστώσα, και συνήθως χορηγείται στα πλαίσια παρακολούθησης σε κάποιο Ιατρείο Κεφαλαλγίας

2.13 Χρόνια ημικρανία

Ενώ στις περισσότερες ιατρικές παθήσεις, ο όρος «χρόνιος» σημαίνει ότι η πάθηση υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια, στην ημικρανία ο όρος «χρόνια ημικρανία» χρησιμοποιείται για να δηλώσει ότι η ημικρανία εμφανίζεται πολύ συχνά, περισσότερες από 15 ημέρες τον μήνα.

Δεν έχουν πολλοί άνθρωποι με ημικρανία τη χρόνια μορφή της: οι περισσότεροι θα έχουν



Το όριο για να πούμε ότι κάποιος κάνει κατάχρηση φαρμάκων είναι, ανάλογα με το είδος του φαρμάκου, να λαμβάνει φάρμακα για περισσότερες από 10 ή 15 ημέρες τον μήνα.

περισσασιακά και μόνο κρίσεις, συνήθως από 1 ως 3 φορές τον μήνα. Σε μερικούς ανθρώπους, εντούτοις, οι κρίσεις ημικρανίας μπορούν να γίνουν σταδιακά πολύ συχνές ώστε να φθάσουν σε 15 ημέρες μηνιαίως ή και ακόμη περισσότερο ως και να γίνουν καθημερινές. Οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να μεταπέσουν, δηλαδή, σε χρόνια ημικρανία. Στη χρόνια ημικρανία μπορεί να καθούν ή να μειωθούν τα αρχικά, τυπικά χαρακτηριστικά της ημικρανίας και να υπάρχει ένας πονοκέφαλος συνεχής ή σχεδόν συνεχής, χωρίς ιδιαίτερη δυσανεξία στο φως και τους θορύβους ή ναυτία και έμετο, ένας πονοκέφαλος δηλαδή που ίσως μοιάζει περισσό-

τερο με πονοκέφαλο τάσεως, παρά με ημικρανία. Οι άνθρωποι που έχουν χρόνια ημικρανία πραγματικά υποφέρουν, βρισκόμενοι διαρκώς μέσα σε μία κατάσταση πόνου.

Υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες στις οποίες εντάσσονται άνθρωποι που αναπτύσσουν χρόνια ημικρανία.

- **Στην πρώτη κατηγορία** βρίσκονται άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση των φαρμάκων που λαμβάνονται για την καταπολέμηση της ημικρανίας, σε όποια κατηγορία και αν ανήκουν αυτά (αναλγητικά, εργοταμινικά, τριπτάνες). Το όριο για να πούμε ότι κάποιος κάνει κατάχρηση φαρμάκων είναι να λαμβάνει περισσότερες από 10 ημέρες τριπτάνες ή 15 ημέρες παυσίπονα τον μήνα. Υπάρχουν άνθρωποι με χρόνια ημικρανία που λαμβάνουν καθημερινά παυσίπονα, φτάνοντας συνολικά σε λήψη δεκάδων χαπιών το μήνα. Σε κάθε τέτοια περίπτωση, μιλάμε, πέρα από την ημικρανία, και για πονοκέφαλο από κατάχρηση φαρμάκων.

- **Στη δεύτερη κατηγορία** εντάσσονται άνθρωποι που, ενώ αρχικά έχουν μια επεισοδιακή ημικρανία, η συχνότητα σταδιακά αυξάνεται και τελικά αναπτύσσουν χρόνια ημικρανία, χωρίς όμως να κάνουν κατάχρηση φαρμάκων. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί. Μία εξήγηση μπορεί να είναι ότι συχνές κρίσεις ημικρανίας ευαισθητοποιούν βαθμιαία το σύστημα αντίληψης του πόνου του εγκεφάλου, έτσι ώστε τελικά οι κρίσεις της ημικρανίας να έρχονται όλο και πιο εύκολα και συχνά. Αυτό δεν έχει αποδειχθεί, αλλά εάν κάποιος μηχανισμός όπως αυτός είναι η αιτία, εύκολα κάποιος θα μπορούσε να σκεφτεί ότι η προσεκτική διαχείριση και σωστή θεραπεία της ημικρανίας μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον αριθμό κρίσεων που συμβαίνουν και τελικά να αποτρέψει την ανάπτυξη της χρόνιας ημικρανίας.

Η θεραπεία των ασθενών με χρόνια ημικρανία είναι ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτεί φαρμακευτικούς χειρισμούς από πεπειραμένο ιατρό ή στα πλαίσια παρακολούθησης σε κάποιο Ιατρείο Κεφαλαλγίας, ειδικά δε αν συνυπάρχει και κεφαλαλγία από κατάχρηση φαρμάκων, μία οντότητα ακόμη δυσκολότερη στην αντιμετώπισή της.

2.14 Ημικρανία, εμμηνορροϊκός κύκλος, εγκυμοσύνη και εμμηνόπαυση

Κατά τη διάρκεια ενός μηνιαίου κύκλου τα επίπεδα των οιστρογόνων της γυναίκας παρουσιάζουν αυξομειώσεις, με το μέγιστο της στάθμης τους να συμπίπτει με το μέσον του μηνιαίου κύκλου, λίγο πριν την ωορρηξία. Ακολούθως, τα επίπεδα των οιστρογόνων παρουσιάζουν μία μικρή πτώση, ενώ στη συνέχεια, αμέσως πριν την έμμηνο ρύση παρουσιάζεται μία μεγάλη πτώση. Μετά από μερικές ημέρες, τα επίπεδα των οιστρογόνων αρχίζουν αργά και σταδιακά να αυξάνονται και πάλι. Σε πολλές γυναίκες, φαίνεται ότι τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων ή η απότομη πτώση της στάθμης των

οιστρογόνων μπορεί να λειτουργήσουν ως εκλυτικοί παράγοντες, πυροδοτώντας κρίσεις ημικρανίας. Αυτό μπορεί να συμβεί κατά το μέσον του κύκλου, αλλά πολύ περισσότερο αμέσως πριν από την έμμηνο ρύση ή κατά τη διάρκειά της και αμέσως μετά. Πράγματι, η πλειονότητα των γυναικών αναφέρει κάποια επίδραση του εμμηνορροϊκού κύκλου τους στην ημικρανία τους. Για ορισμένες γυναίκες, μάλιστα, οι περισσότερες κρίσεις ημικρανίας τους σχετίζονται με τον μηνιαίο κύκλο τους, εμφανιζόμενες λίγο πριν, κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την έμμηνο ρύση τους. Οι γυναίκες αυτές, που κατά κανόνα έχουν ημικρανία χωρίς αύρα, λέμε ότι πάσχουν από καταμήνια ημικρανία. Αν οι κρίσεις εμφανίζονται πάντα σε σχέση με την έμμηνο ρύση, τότε λέμε ότι η γυναίκα πάσχει από αποκλειστική καταμήνια ημικρανία. Οι κρίσεις καταμήνιας ημικρανίας θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερη ένταση και διάρκεια, αλλά και φτωχότερη ανταπόκριση στη θεραπεία, από άλλες κρίσεις ημικρανίας, που βρίσκονται μακριά από την έμμηνο ρύση. Ευτυχώς, υπάρχουν συγκεκριμένες θεραπευτικές στρατηγικές, με χρήση των οποίων γυναίκες με καταμήνια ημικρανία μπορούν να δουν μεγάλη βελτίωση.



Σε πολλές γυναίκες, φαίνεται ότι τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων ή η απότομη πτώση της στάθμης των οιστρογόνων μπορεί να λειτουργήσουν ως εκλυτικοί παράγοντες, πυροδοτώντας κρίσεις ημικρανίας. Αυτό μπορεί να συμβεί κατά το μέσον του κύκλου, αλλά πολύ περισσότερο αμέσως πριν από την έμμηνο ρύση, κατά τη διάρκειά της και αμέσως μετά.

Ημικρανία και αντισυλληπτικά χάπια. Όσον αφορά το θέμα ημικρανία και αντισυλληπτικά χάπια, τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι δύο:

1. Είναι ασφαλές για τις γυναίκες με ημικρανία να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια;
2. Μπορεί η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών να επιδεινώσει την ημικρανία;

Είναι αλήθεια τα αντισυλληπτικά χάπια μπορούν να αυξήσουν λίγο τον κίνδυνο να υποστεί μία γυναίκα μία σημαντική θρόμβωση ή και ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Για την ημικρανία χωρίς αύρα, από την οποία πάσχει η πλειονότητα των γυναικών με ημικρανία, υπήρχε για χρόνια αμφισβήτηση για το εάν αυξάνει ή όχι τον κίνδυνο για θρόμβωση ή και για εγκεφαλικό. Αν και οριστική απάντηση δεν έχει δοθεί, φαίνεται πως ακόμη και αν το κάνει, η ουσιαστική αύξηση είναι εξαιρετικά μικρή. Έτσι, στις κατά τα άλλα υγιείς γυναίκες, αθροιστικά ο κίνδυνος αυτός θεωρείται τόσο μικρός, που τα οφέλη των αντισυλληπτικών χαπιών

θεωρείται ότι υπερτερούν. Έτσι, οι περισσότερες γυναίκες με ημικρανία χωρίς αύρα μπορούν να πάρουν αντισυλληπτικά χάπια χωρίς κανένα πρόβλημα. Αυτό, ωστόσο, είναι ένα θέμα που κάθε γυναίκα με ημικρανία θα πρέπει να συζητήσει με τον νευρολόγο της.

Τα πράγματα είναι λίγο διαφορετικά για τις γυναίκες που έχουν και άλλους παράγοντες που αποκαλούμε «αγγειακούς παράγοντες κινδύνου» (δηλαδή, παράγοντες που προδιαθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανιστεί θρόμβωση ή ένα αγγειακό επεισόδιο). Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αυξημένη χοληστερόλη στο αίμα, και η αρτηριακή υπέρταση. Σε γυναίκες με ημικρανία και έναν ή περισσότερους από αυτούς τους παράγοντες, η προσοχή και η αναλυτική συζήτηση με το νευρολόγο και τον γυναικολόγο τους για το αν μπορούν να πάρουν αντισυλληπτικά χάπια είναι επιβεβλημένη.

Για την ημικρανία με αύρα τα πράγματα αλλάζουν ακόμη περισσότερο, καθώς φαίνεται ότι αυτός ο τύπος ημικρανίας αυξάνει λίγο περισσότερο τον κίνδυνο ενός αγγειακού επεισοδίου. Έτσι, ειδικά σε μία γυναίκα με ημικρανία με αύρα, αν υπάρχει έστω και ένας παράγοντας αγγειακού κινδύνου (π.χ. κάπνισμα),



Οι περισσότερες γυναίκες με ημικρανία μπορούν να πάρουν αντισυλληπτικά χάπια χωρίς κανένα πρόβλημα. Αυτό, ωστόσο, είναι ένα θέμα που κάθε γυναίκα με ημικρανία θα πρέπει να συζητήσει με τον νευρολόγο της.

ίσως είναι προτιμότεο να αποφευχθεί η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, ενώ και το κάπνισμα θα πρέπει να διακοπεί. Και πάλι, η αναλυτική συζήτηση με τον νευρολόγο και τον γυναικολόγο είναι επιβεβλημένη.

Όμως, μπορεί η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών να επιδεινώσει την ημικρανία; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό δυστυχώς δεν είναι ξεκάθαρη. Άλλες γυναίκες με ημικρανία παρατηρούν επιδείνωσή μετά την έναρξη αντισυλληπτικών χαπιών, άλλες παρατηρούν βελτίωση και σε άλλες δεν υπάρχει καμία αλλαγή. Έτσι, ο νευρολόγος σε

συνεργασία με τον γυναικολόγο κατά περίπτωση θα κρίνουν και θα αποφασίσουν για το αν υπάρχει κάποια συσχέτιση και για το τι πρέπει να γίνει (για παράδειγμα: αλλαγή σκευάσματος αντισυλληπτικών). Σε κάθε περίπτωση, εάν μια γυναίκα με ημικρανία αρχίσει τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, θα πρέπει να προσέχει για οποιαδήποτε αλλαγή στην ημικρανία της. Εάν, παραδείγματος χάριν, μια γυναίκα παρουσιάσει αύρες ημικρανίας για πρώτη φορά μετά από την έναρξη του χαπιού, μάλλον είναι προτιμότερο να σταματήσει το χάπι.

Ημικρανία και εγκυμοσύνη. Μία εξαιρετικά σημαντική περίοδος στη ζωή κάθε γυναίκας, και φυσικά των γυναικών με ημικρανία, είναι η εγκυμοσύνη. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οιστρογόνα στο αίμα των γυναικών προοδευτικά αυξάνουν και φτάνουν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Ευτυχώς όμως, δεν έχουν διακυμάνσεις και ξαφνικές πτώσεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του κανονικού εμμηνορροϊκού κύκλου. Έτσι, η ημικρανία τείνει να βελτιώνεται στις περισσότερες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο σε συχνότητα όσο και σε ένταση. Σε αρκετές γυναίκες, η ημικρανία μπορεί να εξαφανιστεί πλήρως κατά την κύνη

ση ή να είναι τόσο ήπια που να μην αποτελεί πρόβλημα, ειδικά τους τελευταίους μήνες. Μια μειονότητα όμως, όχι περισσότερες από το 10% των ημικρανικών εγκύων, θα έχει επιδείνωση των ημικρανιών τους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Αυτό συχνά ακολουθείται από βελτίωση, στο υπόλοιπο της κύησης. Στις γυναίκες που έχουν ύφεση κατά τη διάρκεια της κύησης, οι ημικρανίες επανέρχονται κατά τη λοχεία, μερικές φορές και αμέσως μετά από τη γέννηση του μωρού. Αυτό αναμένεται, καθώς τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων πέφτουν γρήγορα μετά τη γέννα. Εάν οι κρίσεις ημικρανίας είναι έντονες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει σημαντικό πρόβλημα, καθώς πολλά από τα συνήθως χρησιμοποιούμενα φάρμακα στην ημικρανία δεν μπορούν να ληφθούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δεδομένου ότι δεν έχουν αποδειχθεί ασφαλή. Κάθε γυναίκα που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα θα πρέπει να το συζητήσει με το γυναικολόγο της και να ζητήσει τη γνώμη ειδικού νευρολόγου.



Η ημικρανία τείνει να βελτιώνεται στις περισσότερες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο σε συχνότητα όσο και σε ένταση. Σε αρκετές γυναίκες, μπορεί μάλιστα να εξαφανιστεί πλήρως κατά τους τελευταίους μήνες της κύησης.

Ημικρανία και εμμηνόπαυση. Στις περισσότερες γυναίκες η ημικρανία βελτιώνεται, συχνά εντυπωσιακά, μετά την εμμηνόπαυση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις γυναίκες που είχαν προηγουμένως καταμηνία ημικρανία και εξηγείται με βάση την επίδραση των οιστρογόνων στην ημικρανία. Στην εμμηνόπαυση, οι μηνιαίες ορμονικές διακυμάνσεις σταματούν, και επομένως δεν μπορούν πλέον να πυροδοτήσουν κρίσεις ημικρανίας. Ωστόσο, στην περιεμμηνόπαυσιακή περίοδο, οι διακυμάνσεις των ορμονών μπορεί να είναι μεγάλες και για αυτό βλέπουμε σε μερικές γυναίκες έξαρση των ημικρανιών τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μπορεί να απαιτηθεί η χρήση ειδικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της έξαρσης της ημικρανίας, οι οποίες μπορεί να και περιλάβουν τη χρήση ορμονικών μεταχειρίσεων αντικατάστασης για ορισμένο χρονικό διάστημα. Τέλος, μια μειονότητα των γυναικών με ημικρανία δεν βλέπει βελτίωση μετά την εμμηνόπαυση. Αν κάτι τέτοιο συμβεί, συνήθως με την κατάλληλη αγωγή, η ημικρανία μπορεί να περιέλθει σε ύφεση.

2.15 Πορεία της ημικρανίας στο χρόνο

Πότε εμφανίζεται και πότε σταματάει η ημικρανία; Αυτό μπορεί να διαφέρει πάρα πολύ από τον ένα άνθρωπο στον άλλο. Η ημικρανία μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία. Σε μερικούς ανθρώπους, άνδρες ή γυναίκες, εμφανίζεται από την παιδική ήδη ηλικία. Στα κορίτσια είναι αρκετά συνηθισμένο να εμφανιστεί μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως τους, αλλά μπορεί επίσης να εμφανιστεί αργότερα στη ζωή μίας γυναίκας, ακόμη και στη μέση ηλικία. Τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες, είναι δυνατόν η ημικρανία να εμφανιστεί κατά τη μέση ηλικία ή και αργότερα, αν και όσο τα χρόνια περνάνε, τόσο λιγότερο πιθανό είναι αυτό. Σε κάθε πε-



Στους περισσότερους ανθρώπους με ημικρανία, γυναίκες ή άνδρες, η ημικρανία σταδιακά υποχωρεί σε συχνότητα και ένταση, μετά τη μέση ηλικία.

ρίπτωση, όπως αναφέρεται και σε άλλα σημεία αυτού του βιβλίου, η εμφάνιση της ημικρανίας μετά την ηλικία των 50 ετών αν και είναι δυνατόν να συμβεί, δεν είναι συχνή και θα πρέπει να αξιολογείται προσεκτικά, από έμπειρο γιατρό.

Πως εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου η ημικρανία; Η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι κρίσεις της ημικρανίας μπορεί να ποικίλει πολύ από χρόνο σε χρόνο. Σε γενικές γραμμές, άνθρωποι που έχουν ημικρανίες από μικρή ηλικία, συχνά παρατηρούν ότι μέχρι τα 45-50 χρόνια τους οι ημικρανίες τους μπορεί να έχουν μεγάλη συχνότητα

και ένταση και στη συνέχεια μπορεί να αρχίζουν να αραιώνουν σε συχνότητα και να έχουν μικρότερη ένταση, ίσως δε να σταματήσουν πλήρως. Ωστόσο, ασφαλώς και δεν ακολουθούν όλοι οι άνθρωποι με ημικρανία αυτόν τον γενικό κανόνα, καθώς υπάρχουν και λίγοι στους οποίους η συχνότητα της ημικρανίας διαρκώς αυξάνεται, καταλήγοντας να είναι καθημερινή, μία κατάσταση που, όπως ήδη αναφέραμε, αποκαλούμε χρόνια ημικρανία.

Πέρα όμως από τις μακροχρόνιες μεταβολές, αν κοιτάξουμε με προσοχή, μπορούμε να δούμε ότι η συχνότητα εμφάνισης της ημικρανίας σε έναν συγκεκριμένο άνθρωπο ποικίλει πολύ και μεταβάλλεται από έτος σε έτος ή ακόμη και από μήνα σε μήνα. Ο λόγος που η ημικρανία μπορεί να έρχεται πιο συχνά ή πιο αραιά για ένα χρονικό διάστημα, δεν είναι πάντα γνωστός, ωστόσο, γνωρίζοντας τη δράση των διαφόρων εκλυτικών παραγόντων στην ημικρανία, συχνά μπορούμε να τον πιθανολογήσουμε. Όπως αναφέρθηκε, στις γυναίκες οι ορμονικοί παράγοντες διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην πυροδότηση κρίσεων ημικρανίας. Επίσης, σε αρκετούς ρόλο στην έξαρση της ημικρανίας μπορεί να παίζει το στρες, οι αγχώδεις διαταραχές ή η κατάθλιψη, και αυτό όμως μόνο ως εκλυτικός παράγοντας και όχι ως αιτία, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Επίσης, πολλοί άλλοι παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν έναν ρόλο στη συχνότητα της ημικρανίας κατά τη διάρκεια των ετών, συμπεριλαμβανομένων των διαιτητικών συνηθειών, της σωματικής κόπωσης και πολλών άλλων.

Οι αυξομειώσεις στη συχνότητα της ημικρανίας κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου καθιστά ακόμη πιο ξεκάθαρη την ανάγκη για όποιον έχει αυτήν την «μεταβαλλόμενη» ημικρανία να έχει τακτική ιατρική παρακολούθηση. Σε πολλούς ανθρώπους, δεν αρκεί μία και μοναδική επίσκεψη στον γιατρό για τη διάγνωση της ημικρανίας και τη σύσταση μίας θεραπείας. Καθώς η ημικρανία αλλάζει, έτσι ίσως χρειαστεί αλλαγή και η θεραπεία για να αντιμετωπίζεται πιο αποτελεσματικά όταν είναι σε έξαρση.

2.16 Αιθουσαία ημικρανία

Ο όρος «αιθουσαία ημικρανία» και ο παρεμφερής όρος «ημικρανική αιθουσοπάθεια» ακούγονται τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο και δεν είναι λίγοι όσοι έχουν διαγνωστεί με τις παθήσεις αυτές. Ωστόσο, πολλές διαγνώσεις «αιθουσαίας ημικρανίας» είναι ληθεμένες.

Κατά την εμπειρία του γράφοντα, υπάρχουν τουλάχιστον 3 κατηγορίες περιπτώσεων που η διάγνωση αυτή έχει λαθεμένα τεθεί.

1. Σε ανθρώπους με ημικρανία, που τυχαία συνυπάρχει επεισόδιο ή επεισόδια ίλιγγου ή άλλης ξεκάθαρης δυσλειτουργίας του αιθουσαίου συστήματος.
2. Σε ανθρώπους με ημικρανία που υπάρχουν συμπτώματα ζάλης (όχι ίλιγγος), είτε στα πλαίσια της ημικρανίας, είτε ως τυχαία συνύπαρξη.
3. Σε ανθρώπους χωρίς ημικρανία, που υπάρχει κάποια ανεξήγητη ζάλη ή κάποιος ανεξήγητος ίλιγγος. Μάλιστα, αυτή η τρίτη ομάδα, ανθρώπων που δεν έχουν ημικρανία, αλλά διαγιγνώσκονται με αιθουσαία ημικρανία, είναι ανησυχητικά πολυπληθής. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η διάγνωση στην περίπτωση αυτή τίθεται σε άτομα αγχώδη, που ενδεχομένως παρουσιάζουν κάποια ψυχοσωματικής αιτιολογίας ζάλη, χωρίς κανένα ιστορικό ξεκάθαρης ημικρανίας.

Ας δούμε μερικές βασικές γνώσεις, για να είναι καλύτερα κατανοητό το θέμα. Υπάρχουν περιπτώσεις, αρκετά σπάνιες, που ίλιγγος συμβαίνει στα πλαίσια της ημικρανικής αύρας ή κατά τη διάρκεια μιας ημικρανικής κρίσης. Και, για να είναι ξεκάθαρο, ίλιγγος σημαίνει αίσθημα περιστροφής («νιώθω να περιστρέφομαι ή το περιβάλλον μου να περιστρέφεται») ή αίσθημα πτώσης («νιώθω σαν να πέφτω στο κενό»). Στις περιπτώσεις αυτές ειδικά, η συμμετοχή του αιθουσαίου συστήματος είναι ξεκάθαρη και θα μπορούσε να τεθεί η διάγνωση της «αιθουσαίας ημικρανίας», η οποία είναι απλά μια μορφή ημικρανίας και τίποτα παραπάνω.

Ωστόσο, στην ημικρανία, πολλές φορές τα στομαχικά συμπτώματα (ναυτία, εμετοί) μπορεί να είναι τόσο έντονα, ώστε να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα και ο ασθενής, ακριβώς επειδή από αυτά ταλαιπωρείται περισσότερο, να τα προβάλλει ως το κύριο πρόβλημα, μιλώντας λιγώ-



Στην ημικρανία, πολλές φορές τα «στομαχικά» συμπτώματα (ναυτία, εμετοί) μπορεί να είναι τόσο έντονα, ώστε να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα και ο ασθενής, ακριβώς επειδή από αυτά ταλαιπωρείται περισσότερο, να τα προβάλλει ως το κύριο πρόβλημα.

«στομαχικό ίλιγγο», επηρεασμένοι από το γεγονός πως ο ίλιγγος μπορεί επίσης να προκαλεί στομαχικά συμπτώματα.

Έτσι, ο μη ειδικός ή έμπειρος γιατρός, ειδικά αν δεν είναι νευρολόγος, επηρεασμένος από όσα ακούει ίσως θεωρήσει ότι το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ο αναφερόμενος «ίλιγγος» και

τερο ή και καθόλου για τα άλλα συμπτώματα (φωτοφοβία, ηχοφοβία και βέβαια πόνος) της ημικρανίας του. Στις περιπτώσεις αυτές, ΔΕΝ υπάρχει αιθουσαίο στοιχείο, ώστε να μπορεί να συζητηθεί η διάγνωση της αιθουσαίας ημικρανίας.

Στη σύγχυση αυτή έρχεται να προστεθεί το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι είναι φυσικό να μην είναι εξοικειωμένοι με την ιατρική ορολογία και λαθεμένα περιγράφουν το αίσθημα ζάλης και «ανακατωσύρας» στο στομάχι που βιώνουν κατά τη διάρκεια μίας κρίσης ημικρανίας, ειδικά αν συνοδεύεται και με εμετούς, ως «ίλιγγο» ή ως

να μην μπορέσει να καταλάβει πως η υποκείμενη κατάσταση που προκαλεί τα «στομαχικά συμπτώματα» είναι η ημικρανία.

Το να τεθεί λαθεμένα μία τέτοια διάγνωση δεν είναι φυσικά καταστροφικό για την υγεία του ασθενούς, αλλά συχνά οδηγεί σε λαθεμένες ή ημιτελείς θεραπείες, με αποτέλεσμα την επιμήκυνση της ταλαιπωρίας που η ημικρανία προκαλεί στους πάσχοντες.

2.17 Ημικρανία στα παιδιά

Είναι γνωστό σε πολλούς ασθενείς που υποφέρουν ότι η ημικρανία είναι «οικογενειακή υπόθεση». Πολλοί θα θυμούνται ότι π.χ. και η μητέρα τους κλείνονταν σε ένα σκοτεινό δωμάτιο με πονοκέφαλο και έκανε εμετούς ή έδενε το κεφάλι της. Ας δούμε όμως πρώτα πόσο συχνά είναι ο πονοκέφαλος και η ημικρανία στα παιδιά και στην συνέχεια πως εκδηλώνεται.

Το 58% των παιδιών σχολικής ηλικίας θα αναφέρουν έστω και μια φορά πονοκέφαλο, ενώ ένα ποσοστό 7,7% θα έχει πονοκέφαλο που πληροί τα κριτήρια για να ημικρανία! Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε σχολική τάξη οποιασδήποτε βαθμίδας υπάρχει τουλάχιστον ένα παιδί που έχει ημικρανία. Οι πονοκέφαλοι στα παιδιά είναι πιο συχνοί στα κορίτσια (1,5 κορίτσια προς 1 αγόρι) ενώ ειδικά οι ημικρανίες είναι 1,7 κορίτσια προς 1 αγόρι. Στην εφηβεία και στην μετέπειτα ζωή η αναλογία αυτή γίνεται 3 γυναίκες προς 1 άντρα. Η μέση ηλικία έναρξης της ημικρανίας στα παιδιά είναι τα 7,5 έτη. Η ημικρανία διαφέρει πολλές φορές από αυτήν των ενηλίκων, π.χ. διαρκεί λιγότερο χωρίς θεραπεία (~2 ώρες) και σπάνια πάνω από 24 ώρες. Είναι πιο συχνό να εντοπίζεται και δεξιά και αριστερά στο κranίο, κάτι που ίσως που μπερδεύει τους γιατρούς και δεν μπορούν να θέσουν διάγνωση. Συνήθως ξεκινάει το πρωί και βελτιώνεται με τον ύπνο του μικρού ασθενούς. Κάποια συμπτώματα που μπορεί να έχει ένα παιδί ΠΡΙΝ να ξεκινήσει η ημικρανία του μπορεί να είναι: έντονη κόπωση, ανεξήγητη αλλαγή της διάθεσης του, δυσκαμψία στον αυχένα, έντονο χασμουρητό, δυσκολία συγκέντρωσης, ζάλη, πηλοουρία.

Στα παιδιά όμως μπορεί η ημικρανία να μην εκφραστεί με το «γνωστό» σύμπτωμα του έντονου πονοκεφάλου, τουλάχιστον στην αρχή για κάποιους μήνες. Υπάρχουν τα λεγόμενα ημικρανικά αντίστοιχα της παιδικής ηλικίας (χωρίς πονοκέφαλο) που είναι:

- Περίεργα κοιλιακά άλγη, που δεν μπορούν να αποδοθούν σε άλλη πάθηση. Συνοδεύονται από ανορεξία, ναυτία και αλλαγή συμπεριφοράς.
- Τακτικοί, στερεοτυπικοί εμετοί που συνοδεύονται από την ανάγκη για ξεκούραση.
- Τακτικοί ίλιγγοι, ζαλάδα.

Αν και τελικά είναι συχνή η ημικρανία στα παιδιά, όπως συμβαίνει και με τους ενήλικες, είναι πολύ συχνό να μην γίνεται διάγνωση. Επίσης δυστυχώς είναι συχνό και να τεθεί η διάγνωση της ημικρανίας σε ένα παιδί να υπάρχει μεγάλος δισταγμός -λόγω του νεαρού της ηλικίας- να δοθεί μια αγωγή στο παιδί, εκτός από κοινά παυσίπονα. Να τονίσουμε ρητά ότι η ημικρανία είναι μια συχνή πάθηση της παιδικής ηλικίας και όπως σε κάθε πάθηση πρέπει να γίνει θεραπευτική αντιμετώπιση. Υπάρχουν αγωγές (είτε προληπτικές είτε συμπτωματικές) που μπορούν να δοθούν σε μια νεαρά ή έναν νεαρό ημικρανικό που έτσι ή αλλιώς η ποιότητα ζωής και η απόδοση π.χ. στο σχολείο είναι μειωμένα λόγω της ημικρανίας. Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί ο παιδίατρος να παραπέμψει το παιδί σε κάποιον εξειδικευμένο για ημικρανίες νευρολόγο ή σε κάποιο ιατρείο κεφαλαλγίας.

Επιπλέον οδηγίες για τους μικρούς ασθενείς και τους κηδεμόνες τους πως θα χειριστούν καλύτερα την ημικρανία τους:

- Ημερολόγιο πονοκεφάλου που θα συμπληρώνεται από το παιδί ή τον κηδεμόνα του. Τις ημέρες που υπάρχουν κρίσεις να καταγράφονται επιπλέον οι ώρες φαγητού, ύπνου, σω-

ματικής και πνευματικής δραστηριότητας.

- 8-10 ώρες νυκτερινού ύπνου σε ήσυχο και άνετο περιβάλλον. Καλή θερμοκρασία δωματίου.
- 3 γεύματα την ημέρα σε καθορισμένες ώρες και 1-2 ενδιάμεσα σνακ. Σε καμία περίπτωση δεν παραλείπεται το πρωινό.
- Καλή ενυδάτωση. Οι έφηβοι χρειάζονται τουλάχιστον 2 λίτρα νερό την ημέρα (όχι ανθρακούχα ή γλυκά ροφήματα), που αυξάνει σε 3 λίτρα το καλοκαίρι ή με έντονη σωματική δραστηριότητα. Καθόλου αλκοόλ.
- Σωματική δραστηριότητα. Για την ακρίβεια ό,τι αρέσει στο παιδί, αρκεί να ασκείται σχεδόν καθημερινά. Αν μια συγκεκριμένη γυμναστική, π.χ. έντονη αερόβια προκαλεί κρίσεις πονοκεφάλου, μπορεί να αλλάξει σε άλλο είδος γυμναστικής.
- Στις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες πολλές φορές οι υψηλές προσδοκίες που υπάρχουν από τα παιδιά και τους εφήβους, γεμίζουν τους νεαρούς συμπολίτες μας με αρκετό άγχος και φόβο αποτυχίας. Για όποιον πάσχει από ημικρανία αυτοί είναι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν κρίση. Θα πρέπει ίσως κάποιοι στόχοι να συζητηθούν με τον μικρό ασθενή ώστε να είναι ρεαλιστικοί και λιγότερο αγχωτικοί.





κεφάλαιο 3.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ

3. Θεραπεία της ημικρανίας

Η ημικρανία, συνδυάζοντας τη μεγάλη επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των πασχόντων, αλλά και τη μεγάλη συχνότητα που εμφανίζεται στον πληθυσμό, αναμφισβήτητα αποτελεί τη σημαντικότερη κεφαλαλγία και οι θεραπευτικές επιλογές για αυτήν είναι πολλές και θα καταλάβουν ένα ολόκληρο κεφάλαιο του βιβλίου αυτού. Παρότι δεν υφίσταται ριζική θεραπεία για την ημικρανία, υπάρχουν λύσεις που προσφέρουν ουσιαστική ανακούφιση, ενώ πολλές νέες επιλογές θεραπείας αναμένονται τα επόμενα χρόνια. Στις ενότητες που ακολουθούν θα γίνει ανάλυση όλων των τεκμηριωμένων επιλογών, τόσο για τη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης, όσο και για την προληπτική θεραπεία της ημικρανίας.

3.1 Θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

Οι κρίσεις της ημικρανίας χαρακτηρίζονται από έντονο πόνο και συμπτώματα ευαισθησίας σε φως ή ήχους, αλλά και ίσως ναυτία και ή και εμετούς. Όλα αυτά, καθιστούν τη φυσιολογική λειτουργικότητα δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Δεν είναι υπερβολή να πούμε πως οι περισσότεροι ημικρανικοί, αν είχαν τη δυνατότητα, κατά τη διάρκεια των κρίσεων θα ήθελαν να διακόψουν κάθε δραστηριότητα και να απομονωθούν σε ήσυχο περιβάλλον. Δυστυχώς, αυτό συχνά δεν είναι δυνατόν, καθώς οι περιστάσεις της καθημερινότητας δεν το επιτρέπουν.



Η επαρκής θεραπεία των κρίσεων της ημικρανίας έχει μεγάλη σημασία, καθώς μπορεί να κάνει τη διαφορά ανάμεσα σε μία μέρα με μειωμένη ή και μηδενική λειτουργικότητα και σε μία μέρα φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική.

Ως εκ τούτου, η επαρκής θεραπεία των κρίσεων της ημικρανίας έχει μεγάλη σημασία, καθώς μπορεί να κάνει τη διαφορά ανάμεσα σε μία μέρα με μειωμένη ή και μηδενική λειτουργικότητα και σε μία μέρα φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική.

Ο στόχος είναι μια προσεκτικά επιλεγμένη αναλγητική θεραπεία να λαμβάνεται άμεσα μετά την έναρξη της κρίσης, ώστε να είναι περισσότερο αποτελεσματική. Γνωρί-

ζουμε πια πως η ημικρανική κρίση είναι μια εξελισσόμενη κατάσταση και πως το ίδιο φάρμακο είναι πολύ πιο αποτελεσματικό αν ληφθεί νωρίς, σε σχέση με το αν ληφθεί αργά. Η θεραπεία θα πρέπει να ανακουφίζει σημαντικά ή και πλήρως, χωρίς ανάγκη επανάληψης ή πολλαπλών δόσεων.

Στην εποχή μας, η αποτελεσματικότερη θεραπεία για τις κρίσεις ημικρανίας είναι μια οι-



Οι τριπτάνες είναι ειδικά αντι-ημικρανικά φάρμακα και έχουν την καλύτερη δράση στις κρίσεις της ημικρανίας.

κογένεια φαρμάκων που ονομάζονται τριπτάνες. Οι τριπτάνες, ειδικά αντι-ημικρανικά φάρμακα, έχουν την καλύτερη δράση στις κρίσεις της ημικρανίας και είναι φάρμακα πρώτης επιλογής στην αντιμετώπιση της.

Ορισμένοι ημικρανικοί μπορεί για την ημικρανία τους να λαμβάνουν απλά αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη ή συνδυασμούς φαρμάκων αυτών των κατηγοριών, συχνά με πρόσθετη καφεΐνη. Τα απλά αναλγητικά, όπως η παρακεταμόλη σπάνια μπορούν να βοηθήσουν ικανοποιητικά σε κρίσεις ημικρανίας.

Πολλοί άνθρωποι αναγκάζονται να παίρνουν πολλαπλές δόσεις, κάτι που δεν είναι σωστό. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και οι συνδυασμοί μπορεί να έχουν κάπως καλύτερο αποτέλεσμα, αλλά η συχνή χρήση τους μπορεί να εγκυμονεί κινδύνους.

Στο μέλλον, δύο νέες κατηγορίες φαρμάκων κατά των κρίσεων ημικρανίας, με ακόμη εκλεκτικότερη δράση στους υποδοχείς της σεροτονίνης όπως το lasmiditan, ή με δράση στους υποδοχείς του CGRP αναμένεται να προσφέρουν ακόμη περισσότερες λύσεις.

3.1.1 Απλά αναλγητικά στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται φάρμακα όπως η παρακεταμόλη (κυκλοφορεί στην αγορά με διάφορες ονομασίες). Τα φάρμακα αυτά έχουν γενική αναλγητική δράση, είναι δηλαδή παυσίπονα που μπορεί να τα πάρει κάποιος αν έχει ημικρανία και πονάει το κεφάλι του, αλλά μπορεί επίσης να τα πάρει αν πονάει το δόντι του ή η μέση του.

Ορισμένοι άνθρωποι που έχουν πολύ ήπιας έντασης ημικρανίες μπορούν να ωφεληθούν σε μία κρίση από τη χρήση ενός απλού αναλγητικού, αλλά άνθρωποι με μέτριας ή μεγάλης έντασης ημικρανίες συνήθως δεν τα βρίσκουν αρκετά αποτελεσματικά. Μάλιστα, δεν είναι σπάνιο άνθρωποι με ημικρανία, προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν κρίσεις με απλά αναλγητικά, να παίρνουν πολλαπλές δόσεις, χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα. Έτσι, αν σε κάποιον άνθρωπο με ήπια ημικρανία τα απλά αναλγητικά είναι αποτελεσματικά (υπενθυμίζεται ότι ο στόχος πρέπει να είναι να περνάει εντελώς ο πόνος, όχι απλά να μειώνεται η έντασή του) και η χρήση που κάνει είναι λίγες φορές τον μήνα, τότε η ημικρανία του βρίσκεται μάλλον υπό έλεγχο.

Ο ειδικός στους πονοκεφάλους γιατρός σπάνια θα προτείνει ένα φάρμακο αυτής της κατηγορίας για τη συμπτωματική θεραπεία της ημικρανίας, και αυτό εξηγείται εύκολα, αν αναλογιστούμε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που θα επισκεφτούν έναν ειδικό γιατρό ή ένα Κέντρο Κεφαλαλγίας, σίγουρα θα έχουν δοκιμάσει τα απλά αναλγητικά, πιθανότατα χωρίς ιδιαίτερη επιτυχία.

Όπως ισχύει για όλα τα φάρμακα, έτσι και τα απλά αναλγητικά δεν είναι εντελώς «αθώα», καθώς έχουν αντενδείξεις και παρενέργειες. Τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται καθημερινά ή πολύ συχνά, αλλά αν χρησιμοποιούνται λίγες φορές τον μήνα, τότε συνήθως δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα.

3.1.2 Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται φάρμακα όπως η νιμεσουλίδη, το τολφεναμικό οξύ, η ιβουπροφένη, η ναπροξένη και αρκετά άλλα, αλλά και τα ασπιρινούχα. Τα φάρμακα αυτά έχουν γενική αναλγητική δράση, είναι δηλαδή παυσίπονα που μπορεί να τα πάρει κάποιος αν έχει ημικρανία και πονάει το κεφάλι του, αλλά μπορεί επίσης να τα πάρει για οποιονδήποτε άλλο πόνο.

Ορισμένοι άνθρωποι που έχουν ήπιας ή μέτριας έντασης κρίσεις ημικρανίας μπορούν να πετύχουν να σταματήσουν μία κρίση με χρήση κάποιου από αυτά τα φάρμακα, αλλά άνθρωποι με μεγάλης έντασης κρίσεις ημικρανίας συνήθως δεν τα βρίσκουν αρκετά αποτελεσματικά. Έτσι, αν σε κάποιον άνθρωπο με ημικρανία τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι αποτελεσματικά (υπενθυμίζεται ότι ο στόχος είναι να περνάει εντελώς ο πόνος, όχι απλά να μειώνεται η έντασή του) και η χρήση που κάνει είναι λίγες φορές τον μήνα, τότε η ημικρανία του βρίσκεται μάλλον υπό έλεγχο.

Όπως ισχύει για όλα τα φάρμακα, έτσι και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν αντενδείξεις και παρενέργειες. Για παράδειγμα, αν κάποιος έχει έλκος στο στομάχι ή αν έχει παθολογική τάση για εύκολες αιμορραγίες, δεν πρέπει να παίρνει αυτά τα φάρμακα.

Επίσης, όπως όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται τη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται καθημερινά ή πολύ συχνά, αλλά αν χρησιμοποιούνται περιστασιακά, τότε συνήθως δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Σε κάθε περίπτωση, στα πλαίσια ενός οργανωμένου θεραπευτικού πλάνου για την ημικρανία, ακόμη και οι τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.1.3 Συνδυασμοί φαρμάκων στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

Αν και στο εξωτερικό φάρμακα που περιέχουν δύο ή περισσότερες ουσίες κυκλοφορούν ευρέως, στην χώρα μας δεν είναι τόσο διαδεδομένα, με εξαίρεση το συνδυασμό παρακεταμόλης



Πολλοί ασθενείς που κάνουν κατάχρηση φαρμάκων αντιμετωπίζουν για χρόνια την ημικρανία τους χωρίς ιατρική παρακολούθηση, κάνοντας προδευτικά όλο και μεγαλύτερη χρήση κάποιου φαρμάκου που δεν τους κάλυπτε αρκετά καλά.

και κωδεΐνης, το συνδυασμό εργοταμίνης και καφεΐνης και τον συνδυασμό παρακεταμόλης με καφεΐνη ή και με ασπιρίνη.

Κάποιοι από αυτούς τους συνδυασμούς είναι μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, που κυκλοφορούν ελεύθερα και διαφημίζονται ευρέως (παρακεταμόλη με καφεΐνη ή παρακεταμόλη με καφεΐνη και με ασπιρίνη) ενώ άλλα, που περιέχουν κωδεΐνη ή εργοταμίνη δίνονται (πρέπει να δίνονται...) με ιατρική συνταγή.

Οι συνδυασμοί φαρμάκων γενικά έχουν καλύτερη αναλγητική δράση από ότι το κάθε

συστατικό τους μεμονωμένα, ωστόσο -όπως θα αναμενόταν- συχνά έχουν και περισσότερες παρενέργειες ή αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Σε ήπιες ημικρανικές κρίσεις ίσως έχουν αποτέλεσμα, αλλά η εμπειρία των περισσότερων ανθρώπων με μέτριας έντασης ή ισχυρές ημικρανικές κρίσεις μάλλον δεν είναι θετική.

Επιπλέον, το γεγονός ότι τα δύο δημοφιλέστερα φάρμακα της κατηγορίας αυτής κυκλοφορούν χωρίς ανάγκη για ιατρική συνταγή ή παρακολούθηση από γιατρό είναι γεγονός μάλλον προβληματικό. Πολλοί ασθενείς που κάνουν κατάχρηση φαρμάκων προκύπτει ότι για καιρό αντιμετώπιζαν την ημικρανία τους χωρίς ιατρική παρακολούθηση, κάνοντας προοδευτικά όλο και μεγαλύτερη χρήση κάποιου φαρμάκου που πίστευαν «αθώο» η «ελαφρύ».

Όπως όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται τη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης, τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται καθημερινά ή πολύ συχνά, αλλά αν χρησιμοποιούνται λίγες φορές τον μήνα, τότε συνήθως δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Σε κάθε περίπτωση, στα πλαίσια ενός οργανωμένου θεραπευτικού πλάνου για την ημικρανία, ακόμη και οι μη συνταγογραφούμενοι συνδυασμοί φαρμάκων θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.1.4 Τριπτάνες στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

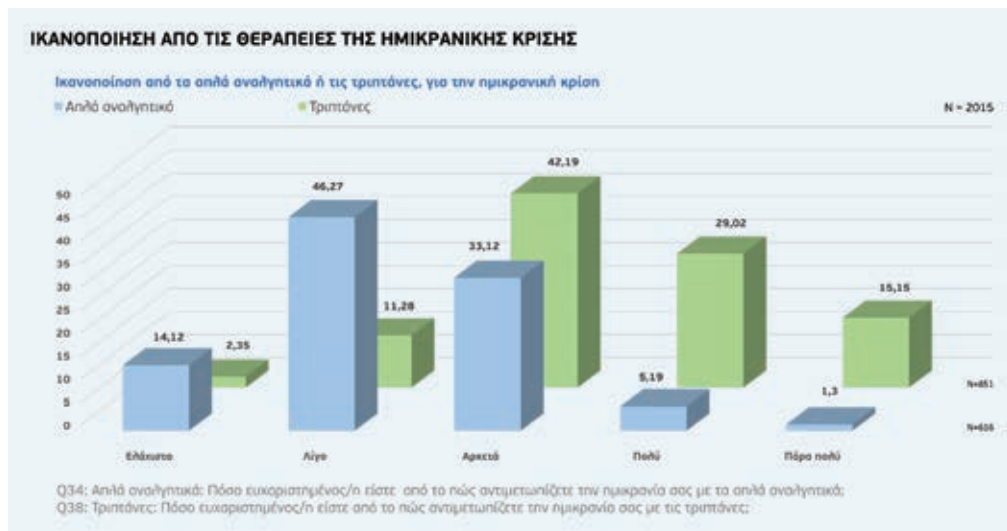
Οι τριπτάνες είναι η κυριότερη κατηγορία αντι-ημικρανικών φαρμάκων και είναι διαφορετικά φάρμακα από όλα τα άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην ημικρανία, δεδομένου ότι έχουν σχεδιαστεί και ανασπυχθεί ακριβώς και μόνο για τη θεραπεία της ημικρανίας και σε γενικές γραμμές δεν έχουν δράση σε άλλου είδους πόνο (εξαιρέση η αθροιστική κεφαλαλγία). Το μόριο των τριπτανών προσπαθεί να μιμηθεί, όσο αυτό είναι δυνατόν, τη δράση



Οι τριπτάνες φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικές από κάθε άλλη κατηγορία φαρμάκου που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης. Συνήθως, με την κατάλληλη επιλογή τριπτάνης, ένα χάπι καλύπτει για τουλάχιστον 24 ώρες.

της ουσίας σεροτονίνη, που φυσιολογικά βρίσκεται στον εγκέφαλο. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν διεθνώς επτά τριπτάνες: η σουματριπτάνη, η ριζατριπτάνη, η αλμοτριπτάνη, η ζολμιτριπτάνη, η ναρατριπτάνη, η ελετριπτάνη και η φροβατριπτάνη. Μάλιστα, κάποιες είναι διαθέσιμες σε διάφορες δόσεις, ενώ σε μία από αυτές υπάρχει και διαθέσιμη ενέσιμη μορφή (σουματριπτάνη). Στην Ελλάδα δεν είναι διαθέσιμη τα τελευταία χρόνια η ζολμιτριπτάνη. Οι τριπτάνες φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικές από κάθε άλλη κατηγορία φαρμάκου που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης. Η δε ενέσιμη σουματριπτάνη είναι πιθανότατα

η αποτελεσματικότερη επιλογή για την ημικρανική κρίση. Σημαντικό είναι ότι δεν είναι πανομοιότητες μεταξύ τους σε δράση. Έτσι, κάποιος άνθρωπος με ημικρανία που δεν είχε καλό αποτέλεσμα με μία τριπτάνη μπορεί να έχει πολύ καλό με μία άλλη, ενώ ο γιατρός επιλέγει την τριπτάνη με βάση τα χαρακτηριστικά που έχει ο κάθε συγκεκριμένος άνθρωπος. Σύμφωνα



Αποτελέσματα Πανελλήνιας έρευνας που έκανε ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2020). Σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό όσων χρησιμοποιούν τριπτάνες για τις κρίσεις ημικρανίας δηλώνει ικανοποίηση, σε σχέση με όσους χρησιμοποιούν απλά αναλγητικά.

με τις διεθνείς και εθνικές επιστημονικές συστάσεις, οι τριπτάνες αποτελούν την πρώτη επιλογή για την συμπτωματική θεραπεία των ανθρώπων που συνήθως έχουν μέτριας ή μεγάλης έντασης ημικρανικές κρίσεις. Σε ασθενείς με ημικρανία που θα επισκεφθούν ένα Ιατρείο Κεφαλαλγίας, πιθανότατα θα τους προταθεί για τη θεραπεία της ημικρανίας τους μία τριπτάνη. Όπως ισχύει για όλα τα φάρμακα, έτσι και οι τριπτάνες έχουν αντενδείξεις και παρενέργειες. Για παράδειγμα, αν κάποιος πάσχει από σοβαρή καρδιοπάθεια ή αρρυθμιστη υπέρταση δεν πρέπει να παίρνει αυτά τα φάρμακα. Σε γενικές γραμμές όμως, εφόσον οι ασθενείς επιλεγούν προσεκτικά από τον γιατρό, συνήθως δεν υπάρχουν ιδιαίτερες παρενέργειες. Δεν υπάρχει δηλαδή καμία επιστημονική υπόσταση στην αντίληψη, που πολλές φορές εκφράζουν και γιατροί που δεν είναι εξοικειωμένοι με τη θεραπεία της ημικρανίας, ότι οι τριπτάνες είναι φάρμακα «πολύ δυνατά» που θα πρέπει να αποφεύγονται. Ορισμένες φορές, μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες που είναι μεν ενοχλητικές ή μοιάζουν ανησυχητικές, όπως ένα αίσθημα πίεσης ή βάρους. Οι παρενέργειες αυτές είναι κατά κανόνα μην σοβαρές και –όπως σε κάθε περίπτωση ενδεχόμενης παρενέργειας– σωστό είναι να συζητούνται με τον θεράποντα ιατρό. Όπως όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται τη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης, οι τριπτάνες δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πολύ συχνά, αλλά αν χρησιμοποιούνται λίγες φορές τον μήνα, τότε συνήθως δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Σε κάθε περίπτωση, οι τριπτάνες θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.1.5 Διάφορα άλλα φάρμακα στη θεραπεία της ημικρανικής κρίσης

Πέραν των φαρμάκων που ανήκουν στις 4 κατηγορίες που έχουν ήδη περιγραφεί (απλά αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τριπτάνες και συνδυασμοί), μία μεγάλη ποικιλία φαρμάκων χρησιμοποιείται στη θεραπεία της κρίσης ημικρανίας. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντιεμετικά και τα εργοταμινικά.

Οι βενζοδιαζεπίνες (για παράδειγμα: η διαζεπάμη), οι οποίες είναι φάρμακα με αγχολυτική και υπνωτική δράση χρησιμοποιούνταν, ειδικά παλαιότερα, στη θεραπεία της κρίσης ημικρανίας, με σκοπό να ηρεμήσουν και να βοηθήσουν τον ασθενή να κοιμηθεί. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να αποδεικνύουν οποιαδήποτε θετική επίδραση των βενζοδιαζεπινών στην κρίση ημικρανίας. Σε ειδικές περιπτώσεις και μόνο, μπορεί να γίνει χρήση βενζοδιαζεπινών, αλλά μόνο μετά από σύσταση γιατρού. Τα αντιεμετικά φάρμακα (για παράδειγμα: η μετοκλοπραμίδη) χρησιμοποιούνται συχνά στη θεραπεία της κρίσης ημικρανίας, ακριβώς λόγω της αναμενόμενης συνδρομής τους στην ανακούφιση από το πολύ ενοχλητικό σύμπτωμα της ναυτίας (δηλαδή της τάσης για εμετό), που έχουν πολλοί άνθρωποι με ημικρανία. Ωστόσο, τα επιστημονικά στοιχεία που να αποδεικνύουν κάποια θετική επίδραση των αντιεμετικών στην κρίση ημικρανίας είναι περιορισμένα. Σε μερικές περιπτώσεις ασθενών με ημικρανία μπορεί να γίνει χρήση αντιεμετικών, αλλά μόνο μετά από σύσταση γιατρού. Τα εργοταμινικά παράγωγα (για παράδειγμα: η διυδροεργοταμίνη) είναι φάρμακα που λειτούργουν με παρόμοιο τρόπο με τις τριπτάνες, αλλά το γεγονός ότι δρουν μη εκλεκτικά (σε περισσότερα είδη υποδοχέων) έχει ως αποτέλεσμα να έχουν σημαντικά περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, με την έντονη αγγειοσύσπαση να είναι ανάμεσα στις σημαντικότερες. Έτσι, παρόλο που για πολλές δεκαετίες χρησιμοποιήθηκαν -με καλά αποτελέσματα- στη θεραπεία της ημικρανίας, σήμερα η χρήση τους έχει περιοριστεί πολύ. Σε κάθε περίπτωση, τα εργοταμινικά παράγωγα θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού. Συνοδικά, με την εξαίρεση των αντιεμετικών, φάρμακα όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα εργοταμινικά παράγωγα σπάνια θα συνταγογραφηθούν μετά από μία επίσκεψη σε ένα ειδικό Κέντρο Κεφαλαλγίας.

3.2 Προληπτική θεραπεία της ημικρανίας

Η ημικρανία είναι μια ασθένεια- όσοι έχουν νιώσει την εμπειρία μιας ημικρανικής κρίσης δεν μπορούν να το περιγράψουν με άλλο τρόπο. Ιατρικά μιλώντας, είναι μια χρόνια ασθένεια, η οποία εμφανίζεται σε επεισόδια, ή αλλιώς κρίσεις. Όταν οι κρίσεις είναι αραιές και ανταποκρίνονται στη θεραπεία των κρίσεων, κάποια άλλη ιατρική παρέμβαση δεν απαιτείται. Αν όμως οι κρίσεις είναι συχνές ή δεν ανταποκρίνονται και τόσο καλά στη θεραπεία, είναι επικτό να γίνει μια προληπτική θεραπεία με σκοπό να τις αραιώσει, να μειώσει την ένταση τους αλλά και να μειώσει τη λήψη αναλγητικών φαρμάκων. Η προληπτική θεραπεία της ημικρανίας ξεκινά με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής: Τακτική λήψη νερού και γευμάτων, τακτική άσκηση και σωστό ωράριο ύπνου βοηθούν. Η ιατρική παρέμβαση στο να μειωθούν οι κρίσεις μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Κλασσικές φαρμακευτικές θεραπείες, θεραπεία με συμπληρώματα διατροφής, χρήση ιατρικών συσκευών, χρήση βοτουλινικής τοξίνης τύπου Α σε περίπτωση χρόνιας ημικρανίας. Η προληπτική θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μήνες και, αν χρειαστεί, να επαναληφθεί. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις χρόνιου προβλήματος και έντονων και συχνών κρίσεων, η αγωγή μπορεί να πρέπει να διαρκέσει περισσότερο. Οι νεότερες εξελίξεις στο πολύ ενδιαφέρον αυτό κομμάτι αφορούν την εισαγωγή των μονοκλωνικών αντισωμάτων κατά του CGRP, των πρώτων απόλυτα εξειδικευμένων προληπτικών κατά της ημικρανίας φαρμάκων στη ιατρική χρήση. Σημαντικό είναι, πως για να μπορεί να αξιολογηθεί σωστά μια οποιαδήποτε προληπτική θεραπεία της ημικρανίας, πρέ-



Η προληπτική θεραπεία της ημικρανίας ξεκινά με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής: Τακτική λήψη νερού και γευμάτων, τακτική άσκηση και σωστό ωράριο ύπνου βοηθούν.

πει να ληφθεί στη σωστή δόση και για επαρκές χρονικό διάστημα, το οποίο για τις περισσότερες θεραπείες, φαρμακευτικές ή μη, οριοθετείται στους τουλάχιστον 3 μήνες θεραπείας.

3.2.1 Αναστολείς διαύλων ασβεστίου στην θεραπεία της ημικρανίας

Από την κατηγορία αυτή, το φάρμακο που χρησιμοποιείται στην προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας είναι η φλουναριζίνη. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η φλουναριζίνη μπορεί να βοηθήσει ένα σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων με ημικρανία. Συνήθως, λαμβάνεται πριν από το βραδινό ύπνο σε μία δόση των 5 ή 10 mg. Η φλουναριζίνη μπορεί να προδιαθέσει σε εμφάνιση κατάθλιψης, και για το λόγο αυτό συνήθως δεν συστήνεται σε άτομα με ιστορικό προηγούμενης κατάθλιψης, ή με ένα ισχυρό οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Είναι σημαντικό ότι οι άνθρωποι που λαμβάνουν αυτή τη φαρμακευτική αγωγή να είναι ενήμεροι για αυτή την ενδεχόμενη παρενέργεια, έτσι ώστε, αν εμφανίσουν σχετικά συμπτώματα, να ενημερώσουν το γιατρό τους. Όπως άλλες προφυλακτικές για την ημικρανία αγωγές, η φλουναριζίνη μπορεί να προκαλέσει αύξηση της όρεξης και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση βάρους. Σύμφωνα με τις διεθνείς επιστημονικές συστάσεις, η φλουναριζίνη περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων επιλογών, στα φάρμακα πρώτης επιλογής για την προφύλαξη της ημικρανίας. Σε κάθε περίπτωση, η φλουναριζίνη θα πρέπει να λαμβάνεται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.2.2 Β-αδρενεργικοί αναστολείς στην θεραπεία της ημικρανίας

Οι β-αδρενεργικοί αναστολείς είναι μια μεγάλη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται συχνά για την προφύλαξη της ημικρανίας. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι η προπρανολόλη και η μετοπρολόλη (κυρίως η πρώτη). Όπως και με άλλα φάρμακα που χορηγούνται προφυλακτικά στην ημικρανία, οι β-αναστολείς χορηγούνται αρχικά σε χαμηλή δόση, και μπορεί να απαιτηθεί ένα διάστημα αρκετών εβδομάδων μέχρι να φανεί η αποτελεσματικότητά τους. Οι β-αναστολείς έχουν ορισμένες συχνές παρενέργειες. Κάνουν τον καρδιακό παλμό κάπως πιο αργό, ενώ μπορεί να μειώσουν και την αρτηριακή πίεση. Μπορεί επίσης να προδιαθέτουν σε αύξηση του σωματικού βάρους και έτσι το βάρος θα πρέπει να παρακολουθείται. Οι β-αναστολείς μπορεί επίσης να προκαλέσουν κάποιες φορές αίσθημα κόπωσης ή να επιδεινώσουν ένα προϋπάρχον βρογχικό άσθμα. Σύμφωνα με τις διεθνείς επιστημονικές συστάσεις, η προπρανολόλη περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, στα φάρμακα πρώτης επιλογής για την προφύλαξη της ημικρανίας και θα πρέπει να λαμβάνεται μόνο με ιατρική συνταγή.

3.2.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα στην θεραπεία της ημικρανίας

Από την κατηγορία των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι αυτά που συνηθέστερα χρησιμοποιούνται στην προφύλαξη της ημικρανίας. Παρόλο που αρχικά είχαν αναπτυχθεί για την κατάθλιψη, χρησιμοποιούνται ευρέως και στην ημικρανία, ανεξάρτητα του αν συνυπάρχει κατάθλιψη ή όχι. Εξάλλου, οι δόσεις των εν λόγω φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην ημικρανία είναι γενικά πολύ χαμηλότερες εκείνων που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη. Ωστόσο, αν κάποιος άνθρωπος έχει ημικρανίες και συνυπάρχει κατάθλιψη, αυτά τα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν και τις δύο καταστάσεις. Στην περίπτωση αυτή, ενδέχεται να χρειαστούν λίγο υψηλότερες δόσεις. Αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται συνήθως μόνο μία φορά την ημέρα, περίπου μία ώρα πριν από το βραδινό ύπνο. Ένα από τα μεγάλα πλεονεκτήματά τους είναι ότι συμβάλλουν στη βελτίωση του ύπνου, καθώς η αϋπνία είναι ένα πολύ κοινό πρόβλημα σε ανθρώπους με ημικρανία. Το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό

που συνθηθέστερα χρησιμοποιείται στην προφύλαξη της ημικρανίας είναι η αμιτριπτυλίνη. Όπως και με άλλα φάρμακα που χορηγούνται προφυλακτικά στην ημικρανία, η αμιτριπτυλίνη μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους σε ορισμένα άτομα που τη λαμβάνουν. Ο τρόπος που προκαλεί αύξηση του βάρους φαίνεται να είναι κυρίως μέσω της αύξησης της όρεξης. Είναι λογικό, συνεπώς, το βάρος να παρακολουθείται τακτικά μετά την έναρξη της θεραπείας, ενώ αν κάποιος άνθρωπος που λαμβάνει αμιτριπτυλίνη παρατηρήσει ότι τρώει περισσότερο από το συνηθισμένο, θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό του. Άλλες πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ξηροστομία και η υπερβολική υπνηλία. Σύμφωνα με τις διεθνείς επιστημονικές συστάσεις η αμιτριπτυλίνη περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, στα φάρμακα δεύτερης επιλογής για την προφύλαξη της ημικρανίας. Σε ασθενείς με ημικρανία που θα επισκεφθούν ένα Ιατρείο Κεφαλαλγίας είναι αρκετά πιθανό ότι θα τους προταθεί για τη προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας τους ένα φάρμακο όπως η αμιτριπτυλίνη, ειδικά αν συνυπάρχει κατάθλιψη ή διαταραχή του ύπνου. Σε κάθε περίπτωση, η αμιτριπτυλίνη ή τα άλλα φάρμακα της κατηγορίας αυτής θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.2.4 Αντιεπιληπτικά φάρμακα στη θεραπεία της ημικρανίας

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι μία μεγάλη κατηγορία φαρμάκων που μπορεί μεν να αναπτύχθηκαν αρχικά για τη θεραπεία της επιληψίας, αλλά σήμερα αρκετά από αυτά χρησιμοποιούνται σε πολλές άλλες παθήσεις, όπως για την ημικρανία, τα σύνδρομα νευροπαθητικού πόνου, την νευραλγία του τριδύμου νεύρου, τον ιδιοπαθή τρόμο, τη διπολική διαταραχή. Για το λόγο αυτό, δηλαδή λόγω της ευρείας χρήσης τους, τείνει να σταματήσει η χρήση του όρου “αντιεπιληπτικά” και χρησιμοποιείται ο όρος “νευροτροποποιητικά”. Η δράση των νευροτροποποιητικών φαρμάκων στην προφύλαξη της ημικρανίας μπορεί να εξηγηθεί μέσω της μείωσης της κατάστασης αυξημένης διεγερτικότητας του νευρικού συστήματος που μπορεί να επιφέρουν. Από τα νευροτροποποιητικά φάρμακα, αυτό που χρησιμοποιείται περισσότερο σήμερα στην Ευρώπη και στην Ελλάδα για την προφύλαξη της ημικρανίας είναι η τοπιραμάτη, της οποίας η αποτελεσματικότητα έχει φανεί μέσα από μία μεγάλη σειρά κλινικών δοκιμών. Η τοπιραμάτη μπορεί να μειώσει τη συχνότητα της ημικρανίας σε πολλούς πάσχοντες, ενώ επιπροσθέτως μπορεί να μειώσει την ένταση και τη διάρκεια των κρίσεων ημικρανίας και τη χρήση φαρμάκων συμπτωματικής θεραπείας (αναλγητικών ή τριπτάνων). Μεταξύ των φαρμάκων προφυλακτικής θεραπείας, η τοπιραμάτη είναι σχεδόν μοναδική στο ότι στους περισσότερους ανθρώπους τείνει να προκαλέσει απώλεια βάρους. Άλλη συχνή παρενέργεια είναι μία αίσθηση μουδιάσματος στα χέρια και τα πόδια ή και αλλού (στο πρόσωπο, γύρω από το

στόμα). Αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι ακίνδυνη και δεν πρέπει να προκαλεί ανησυχία. Συνήθως υποχωρεί μετά από λίγες εβδομάδες θεραπείας, ενώ αν είναι έντονη μπορεί να μειωθεί με τη λήψη τροφών πλούσιων σε κάλιο, όπως η μπανάνα, ή με τη λήψη συμπληρωμάτων καλίου, η οποία πρέπει να γίνεται μόνο μετά από σύσταση γιατρού. Η τοπιραμάτη πρέπει να ξεκινάει σε χαμηλή δόση, η οποία αυξάνεται με αργό ρυθμό. Έτσι, συνήθως η θεραπεία ξεκινά με 25mg την ημέρα και αυξάνεται κατά 25mg



Αντιεπιληπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται εδώ και δεκαετίες στην προληπτική θεραπεία της ημικρανίας. Μάλιστα, η τοπιραμάτη που πήρε την ένδειξη για χρήση στην ημικρανία στα μέσα της πρώτης δεκαετίας του αιώνα, έγινε για χρόνια η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη θεραπεία σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας.

κάθε εβδομάδα, μέχρι να επιτευχθεί η αρχική δόση-στόχος των 100 mg ανά ημέρα. Μερικοί ασθενείς ίσως χρειαστούν και μεγαλύτερες δόσεις, ως τα 200 mg την ημέρα. Ένα άλλο νευροτροποποιητικό φάρμακο που έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην προφύλαξη της ημικρανίας είναι το βαλπροϊκό. Ωστόσο, το φάρμακο αυτό, παρά το ότι είναι εγκεκριμένο για χρήση στην ημικρανία στο εξωτερικό, δεν έχει έγκριση στην Ελλάδα, κάτι που ασφαλώς περιορίζει τη χρήση του. Η γκαμπαπεντίνη είναι το τρίτο νευροτροποποιητικό φάρμακο που χρησιμοποιείται στην προφύλαξη της ημικρανίας, ωστόσο οι επιστημονικές αποδείξεις για τη δράση της αμφισβητούνται από πολλούς, και οι διεθνείς επιστημονικές οδηγίες το τοποθετούν ως φάρμακο δεύτερης ή τρίτης επιλογής. Σύμφωνα με τις διεθνείς επιστημονικές συστάσεις, η τοπιραμάνη και το βαλπροϊκό περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, στα φάρμακα πρώτης επιλογής για την προφύλαξη της ημικρανίας. Σε ασθενείς με ημικρανία που θα επισκεφθούν ένα Κέντρο Κεφαλαλγίας, είναι αρκετά πιθανό ότι θα τους προταθεί για τη προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας τους η τοπιραμάνη. Σε κάθε περίπτωση, η τοπιραμάνη ή τα άλλα φάρμακα της κατηγορίας αυτής θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.2.5 Η Βοτουλινική τοξίνη στη θεραπεία της ημικρανίας

Εγκεκριμένη θεραπεία από τον Ελληνικό και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων αποτελεί η βοτουλινική τοξίνη για χρήση στην προληπτική θεραπεία της χρόνιας ημικρανίας (δηλ. σε ασθενείς που έχουν 15 ή περισσότερες ημέρες τον μήνα ημικρανία και πονοκέφαλο). Από τις διάφορες μορφές βοτουλινικής τοξίνης που κυκλοφορούν μόνο μία, η βοτουλινική τοξίνη τύπου Α και συγκεκριμένα το σκεύασμα που ονομάζεται Botox™ διαθέτει την ένδειξη για χρήση στη χρόνια ημικρανία. Στην Ελλάδα για να εγκριθεί από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία η αποζημίωση της βοτουλινικής τοξίνης για τη θεραπεία της χρόνιας ημικρανίας, συνήθως απαιτείται να έχουν πρώτα αποτύχει δυο προηγούμενες προληπτικές θεραπείες. Σκόπιμο είναι να διευκρινιστεί πως οι ενέσεις της βοτουλινικής τοξίνης σε ασθενείς με χρόνια ημικρανία γίνονται σε πολύ περισσότερα (και διαφορετικά) σημεία από ότι σε ασθενείς που κάνουν θεραπεία για λόγους εμφάνισης (εξάλειψη ρυτίδων) σε δερματολόγους ή πλαστικούς χειρουργούς.

Η βοτουλινική τοξίνη είναι μία ουσία (ηρωτεΐνη) που είναι παράγωγο ενός μικροβίου που ονομάζεται κλωστρίδιο της αλλαντίασης. Οι ουσίες αυτές βρίσκονται στη φύση και η λήψη σε μεγάλες δόσεις εφόσον κάποιος λάβει την ουσία στην πεπτική οδό, δηλαδή καταναλώσει φαγητό, μπορεί να έχει πολύ σοβαρές συνέπειες. Η βοτουλινική τοξίνη που παράγεται στο εργαστήριο μιμείται τη δράση των φυσικών αυτών ουσιών. Χρησιμοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένους νευρολόγους εδώ και αρκετές δεκαετίες για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων στις οποίες είναι σημαντικό κάποιοι μύες να χαλαρώσουν (π.χ. στο ραιβόκρανο, στο βλεφαρόσπασμο, στον αυξημένο μυϊκό τόνο (σπαστικότητα) μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), ενώ αρκετά πιο πρόσφατα χρησιμοποιείται και από πλαστικούς χειρουργούς/δερματολόγους, καθώς μπορεί να χαλαρώνει και τους μύς του προσώπου (και έτσι να μειώνει τις ρυτίδες, που οφείλονται εν μέρει στη σύσπαση των μυών του προσώπου). Ανάλογα με την πάθηση επιλέγεται η δόση και τα σημεία χορήγησης (ένεσης) που φυσικά είναι εντελώς διαφορετικά από τη μία πάθηση στην άλλη. Η δράση της βοτουλινικής τοξίνης δεν είναι μόνιμη: Μετά λίγους μήνες, οι μύς που έγιναν αδύναμοι/χαλαροί μετά τη χρήση, αποκτούν και πάλι την αρχική τους δύναμη.

Παρόλο που σε όλες τις άλλες παθήσεις στις οποίες χρησιμοποιείται η βοτουλινική τοξίνη δρα με τον μηχανισμό της μυϊκής χαλάρωσης, στην ημικρανία αυτό δεν ισχύει. Στην χρόνια

ημικρανία η βοτουλινική τοξίνη δρα όχι μέσω της χαλάρωσης, αλλά μάλλον μέσω της αναστολής της δράσης ενός νευροπεπτιδίου που βρίσκεται στον εγκέφαλο μας, του CGRP, και είναι αυτό που προκαλεί τον πόνο στην ημικρανία. Όλα τα νέα φάρμακα που κυκλοφόρησαν ή που σύντομα θα κυκλοφορήσουν έχουν ως στόχο αυτό το νευροπεπτίδιο CGRP. Μηλοκάροντας αυτό το νευροπεπτίδιο η βοτουλινική τοξίνη, αλλά και όλα τα καινούργια φάρμακα, είναι πολύ αποτελεσματικά στο να αποτρέψουν να ξεκινήσει ο πόνος στην ημικρανία.

Πως ξεκίνησε η χρήση της βοτουλινικής τοξίνης στις ημικρανίες/κεφαλαλγίες; Η αρχή της ιστορίας ξεκινά την δεκαετία του 90, όταν υπήρξαν οι πρώτες αναφορές ατόμων που υπέφεραν από ημικρανίες και διαπίστωσαν ότι μετά από θεραπεία για αισθητικούς λόγους (ρυτίδες μετώπου) οι ημικρανίες τους παρουσίασαν μία σχετική ύφεση. Έτσι, η φαρμακευτική εταιρεία που παράγει το σκεύασμα είδε την εμπορική ευκαιρία, καθώς αν αυτό το θετικό αποτέλεσμα υπήρχε και μπορούσε να αποδειχθεί, μία τεράστια παγκόσμια αγορά θα άνοιγε για το φάρμακό της, και ξεκίνησε ένα εκτεταμένο πρόγραμμα κλινικών δοκιμών, για να εξακριβωθεί αν όντως η θεραπεία μπορεί να προσφέρει κάτι ουσιαστικό στη θεραπεία της ημικρανίας και της κεφαλαλγίας τάσεως. Δυστυχώς, οι πρώτες μελέτες που έγιναν σε ασθενείς με ημικρανία και σε ασθενείς με κεφαλαλγία τάσεως ήταν αρνητικές. Σύμφωνα με τα επίσημα επιστημονικά αποτελέσματά τους, η βοτουλινική τοξίνη δεν προσφέρει μεγάλη βοήθεια σε ασθενείς με επεισοδιακή ημικρανία (δηλαδή σε ασθενείς με λιγότερες από 15 ημέρες με ημικρανία το μήνα) και σε ασθενείς με κεφαλαλγία τάσεως. Ωστόσο, νεότερες μελέτες με ειδικό πρωτόκολλο χορήγησης (συγκεκριμένα σημεία και συγκεκριμένες δόσεις) σε ασθενείς με χρόνια ημικρανία (δηλαδή σε ασθενείς με ημικρανία για περισσότερες από 15 ημέρες το μήνα), έδειξαν ότι το



Μελέτες με ειδικό πρωτόκολλο χορήγησης (συγκεκριμένα σημεία και συγκεκριμένες δόσεις) σε ασθενείς με χρόνια ημικρανία (δηλαδή σε ασθενείς με ημικρανία για περισσότερες από 15 ημέρες το μήνα), έδειξαν ότι το Botox™ μπορεί να προσφέρει μείωση των ημικρανιών τους.

Βotox™ μπορεί να προσφέρει μία σχετική μείωση (όχι εξάλειψη) των ημικρανιών τους. Πιο συγκεκριμένα, στις μελέτες ασθενείς στους οποίους έγιναν ενέσεις Botox™ είδαν κατά μέσο όρο τις ημέρες με ημικρανία το μήνα να μειώνονται κατά 8,4 από 15-25 που ήταν αρχικά. Έτσι, πέρα από τις μελέτες, στην ιατρική πράξη, οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια ημικρανία, παράλληλα και ανεξάρτητα από τη χρήση της θεραπείας αυτής, πιθανότατα να πρέπει να χρησιμοποιούν και εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή και αυτό θα πρέπει να το γνωρίζουν εξαρχής.

Σε ποιους ασθενείς με κεφαλαλγία θα πρέπει να χορηγείται η βο-

τουλινική τοξίνη; Σε ασθενείς με χρόνια ημικρανία στους οποίους έχουν αποτύχει προηγούμενες προληπτικές αγωγές, σύμφωνα με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια που οι ειδικοί νευρολόγοι γνωρίζουν.

Μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες από τη χρήση της βοτουλινικής τοξίνης στην ημικρανία; Κάθε φάρμακο που χορηγείται μπορεί να έχει παρενέργειες. Στις μελέτες σε ασθενείς με

ημικρανία, συχνότερα εμφανιζόμενες παρενέργειες ήταν ο ήπιος πόνος, η ευαισθησία και το οίδημα (πρήξιμο) στο σημείο της ένεσης.

Κατάλληλος για να χορηγήσει τη συγκεκριμένη θεραπεία σε ασθενείς με ημικρανία είναι μόνο ένας ειδικά εκπαιδευμένος νευρολόγος, καθώς τα σημεία που χορηγείται στην ημικρανία, είναι διαφορετικά (και πολύ περισσότερα) από αυτά στα οποία χορηγείται για αισθητικούς λόγους. Η έγχυση γίνεται με πολύ συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Μάλιστα, στην ημικρανία πολλά από αυτά βρίσκονται στο πλάγιο και πίσω μέρος της κεφαλής, καθώς και στον αυχένα, δηλαδή σε σημεία που δεν γίνεται έγχυση για αισθητικούς λόγους. Η αραίωση του φαρμάκου και η δοσολογία είναι επίσης πολύ συγκεκριμένη. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι δυστυχώς, μη νευρολόγοι (πλαστικοί χειρουργοί και δερματολόγοι) συχνά χορηγούν βοτουλινική τοξίνη σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς με ημικρανία που θα το ζητήσουν, κάτι που όπως προαναφέρθηκε είναι εντελώς λάθος. Συμπερασματικά, μόνο ο ειδικά εκπαιδευμένος νευρολόγος θα πρέπει να χορηγεί βοτουλινική τοξίνη για την προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας, καθώς είναι ο μόνος που βάση των γνώσεων του και μπορεί να διαγνώσει σωστά τη χρόνια ημικρανία (άρα και τους κατάλληλους ασθενείς), έχει εκπαιδευτεί αναλυτικά στο ειδικό πρωτόκολλο χορήγησης της βοτουλινικής τοξίνης τύπου Α για τη χρόνια ημικρανία και μπορεί να χορηγήσει την κατάλληλη λοιπή εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή.

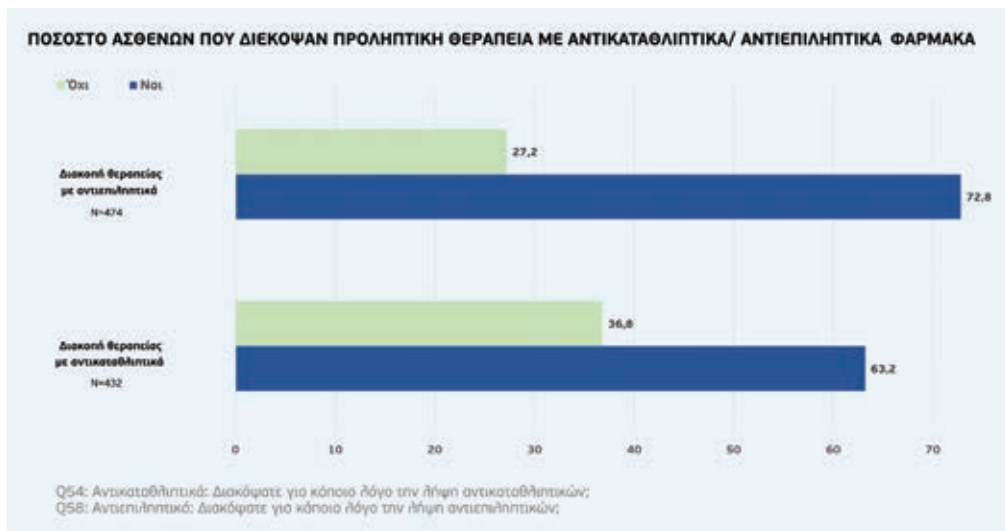
Αν κάποιος κάνει βοτουλινική τοξίνη για αισθητικούς λόγους, θα βελτιωθούν οι ημικρανίες του; Σαφώς και ίσως υπάρχει τέτοια περίπτωση, παρόλο που όπως προαναφέρθηκε οι δόσεις και τα σημεία έγχυσης είναι διαφορετικά. Αν κάποιος ασθενής με ημικρανία κάνει βοτουλινική τοξίνη για αισθητικούς λόγους και δει βελτίωση των ημικρανιών του, αν κάνει την εξειδικευμένη για τις ημικρανίες ειδική θεραπεία με Botox™, πιθανότατα θα έχει ακόμη καλύτερο αποτέλεσμα.

Αν κάποιος ασθενής κάνει βοτουλινική τοξίνη για ημικρανίες, θα δει βελτίωση στις ρυτίδες του; Σαφώς και ναι, καθώς κάποια από τα σημεία στα οποία γίνονται οι εγχύσεις για την ημικρανία βρίσκονται στο μέτωπο και έτσι οι ρυτίδες του μετώπου θα μειωθούν. Πάντως, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο πως δεν πρόκειται για την ίδια θεραπεία, που βοηθάει τόσο στην ημικρανία, όσο και στις ρυτίδες, αλλά πως για δύο διαφορετικές θεραπείες, και ναι μεν το φάρμακο είναι κοινό, αλλά τα σημεία χορήγησης και η δόση διαφέρουν.

Συμπερασματικά, η βοτουλινική τοξίνη τύπου Α είναι μια σημαντική πρόοδος στην θεραπεία ασθενών με χρόνια ημικρανία. Μπορεί να μειώσει σημαντικά τη συχνότητα των κρίσεων, έχει ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και βολικό -ανά τρίμηνο- πρόγραμμα χορήγησης. Καθώς πολύ συχνά σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνια ημικρανία απαιτείται συνδυαστική θεραπεία, η βοτουλινική τοξίνη, η οποία εκ φύσεως δεν αλληλεπιδρά με άλλες θεραπείες, έχει ακόμη ένα πλεονέκτημα. Φυσικά και δεν πρόκειται για πανάκεια, που θα εξαλείψει το πρόβλημα, αλλά αποτελεί μια πολύτιμη θεραπευτική επιλογή που αξίζει να δοκιμαστεί, ειδικά αν οι κλασικές θεραπείες έχουν αποτύχει.

3.2.6 Μονοκλωνικά αντισώματα στην θεραπεία της ημικρανίας

Η ανάγκη για μείωση της συχνότητας, της διάρκειας και της έντασης των κρίσεων ημικρανίας, αλλά και της συχνότητας λήψης αναλγητικών φαρμάκων, οδηγεί συχνά στην επιλογή χρήσης μιας προφυλακτικής θεραπείας. Ωστόσο οι διαθέσιμες φαρμακευτικές επιλογές έχουν αναμφισβήτητα διάφορα μειονεκτήματα. Καταρχάς, δεν είναι εξειδικευμένες θεραπείες για την ημικρανία, αλλά είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνταν σε άλλες ενδείξεις, όπως η επιληψία, ο ίλιγγος και η κατάθλιψη και που στην πορεία παρατηρήθηκε πως έχουν αποτέλεσμα



Αποτελέσματα Πανελλήνιας έρευνας που έκανε ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2020). Περίπου επτά στους δέκα που έλαβαν προληπτική θεραπεία ημικρανίας με αντιεπιληπτικά και έξι στους δέκα που έλαβαν θεραπεία με αντικαταθληπτικά, την διέκοψαν πρόωρα.

και στην ημικρανία. Παρά την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα και την μεγάλη εμπειρία, σε μια μερίδα ημικρανικών ασθενών υπάρχει επιφύλαξη για τη χρήση φαρμάκων που έχουν και άλλες ενδείξεις. Επιπροσθέτως, το ενδεχόμενο των ανεπιθύμητων ενεργειών, κάνει ορισμένους ασθενείς ακόμη πιο επιφυλακτικούς ή και πλήρως αρνητικούς στη χρήση τους, ενώ και αρκετοί ασθενείς που χρησιμοποίησαν κάποια στιγμή τέτοια φάρμακα αναφέρουν πως τα διέκοψαν λόγω κάποιας παρενέργειας. Επιπροσθέτως, οι κλασσικές φαρμακευτικές θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές σε όλες τις περιπτώσεις- περίπου το 50% όσων τις δοκιμάζουν έχουν σημαντική βελτίωση. Τέλος, σε περιπτώσεις μακροπρόθεσμης θεραπείας, που συχνά χρειάζεται, η θεραπεία με χάπια συχνά έχει πρακτικές δυσκολίες, καθώς πολλοί ασθενείς δεν



Τα μονοκλωνικά αντισώματα είναι απόλυτα εξειδικευμένες για την ημικρανία θεραπείες.

τα λαμβάνουν με συνέπεια ή και σταδιακά τα διακόπτουν. Τα διεθνή στατιστικά στοιχεία δείχνουν πως για όλους τους παραπάνω λόγους, μόνο περίπου 1 στους 10 ασθενείς που ξεκινά μια φαρμακευτική αγωγή για την ημικρανία τη συνεχίζει μετά από διάστημα ενός έτους.

Το θεραπευτικό αυτό κενό καλύπτεται από μια νέα γενιά αντι-ημικρανικών φαρμάκων. Τα νέα αυτά φάρμακα δημιουργήθηκαν μετά την ανακάλυψη ότι ένα νευροπεπτιδίου του εγκεφάλου που ονομάζεται CGRP είναι κομβικό στη δημιουργία κρίσεων ημικρανίας.



Τα μονοκλωνικά αντισώματα στην ημικρανία χορηγούνται με τη μορφή υποδόριας ένεσης μια φορά το μήνα ή το τρίμηνο, γεγονός που καθιστά τη λήψη εύκολη και συνεπή.

οδήγησε στο ότι οι παρενέργειες που εμφανίστηκαν είναι συνήθως όχι σοβαρές, κάτι πολύ σημαντικό όταν η θεραπεία αφορά μία πάθηση όπως η ημικρανία.

Το πρώτο από τα μονοκλωνικά αντισώματα κατά της ημικρανίας εγκρίθηκε στις ΗΠΑ τον Μάιο του 2018 και ακολούθησαν άλλα δύο με έγκριση και στις ΗΠΑ, και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και σε άλλες χώρες, όπως Ελβετία και Αυστραλία, καθώς και ένα τρίτο που ακολουθεί και αυτό την ίδια πορεία. Το πρώτο φάρμακο της κατηγορίας χρονικά, περιέχει το μονοκλωνικό αντίσωμα erenumab. Μάλιστα, οι κλινικές μελέτες του πρώτου φαρμάκου διεξήχθησαν και στην Ελλάδα και έτσι, με το συγκεκριμένο φάρμακο, υπάρχει εμπειρία σε εξειδικευμένα κέντρα στη χώρα μας από τις αρχές του 2016. Στις κλινικές μελέτες σε χρόνια και επεισοδιακή ημικρανία, η χρήση του erenumab είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση στη συχνότητα της ημικρανίας, αλλά και στη χρήση αναλγητικών. Επιπροσθέτως, μια ειδική μελέτη που επίσης διεξήχθη και στη χώρα μας, σε ασθενείς που δύο ως τέσσερις προηγούμενες κλασσικές



Τόσο στην επεισοδιακή, όσο και στη χρόνια ημικρανία, τα μονοκλωνικά αντισώματα έχουν δείξει μείωση της συχνότητας, της έντασης και της διάρκειας της ημικρανίας.

Έτσι, δημιουργήθηκαν με τη βοήθεια σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας μονοκλωνικά αντισώματα που εξουδετερώνουν το CGRP ή τον υποδοχέα του. Τα μονοκλωνικά αντισώματα στην ημικρανία χορηγούνται με τη μορφή υποδόριας ένεσης μια φορά το μήνα ή το τρίμηνο, γεγονός που καθιστά τη λήψη εύκολη και συνεπή και, με βάση τα μέχρι τώρα στοιχεία, έχουν μικρό ποσοστό εμφάνισης παρενεργειών. Μάλιστα, η απόλυτα εξειδικευμένη τους δράση, η οποία σε αντίθεση με άλλα μονοκλωνικά αντισώματα που κυκλοφορούν για άλλες παθήσεις δεν αφορά στο ανοσοποιητικό,

προφυλακτικές θεραπείες είχαν αποτύχει έδειξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν erenumab είχαν σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα να μειώσουν τις ημικρανίες τους κατά το ήμισυ σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Στις κλινικές μελέτες, οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν οι αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης. Το erenumab χορηγείται μία φορά το μήνα, σε δόση 70mg ή 140mg με ειδική και εύκολη στην χρήση συσκευή που μπορεί να χρησιμοποιήσει και μόνος του ο ασθενής.

Η κυκλοφορία του erenumab

στην Ελλάδα ξεκίνησε στις αρχές του 2019. Ωστόσο, για την ώρα (Νοέμβριος 2020) το φάρμακο είναι διαθέσιμο μόνο για αγορά (ιδιωτικά ή μέσω ιδιωτικής ασφάλειας), καθώς ο δημόσιος ασφαλιστικής φορέας (ΕΟΠΥΥ) ακόμη δεν έχει αποφανθεί αν θα το αποζημιώνει ή όχι. Καθώς το κόστος του φαρμάκου είναι υψηλό, δυστυχώς, αυτή τη στιγμή η πλειονότητα των ημικρανικών δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στη θεραπεία αυτή. Το δεύτερο μονοκλωνικό αντίσωμα, που κυκλοφόρησε στην Ελλάδα τον Ιούλιο του 2020 είναι το μονοκλωνικό αντίσωμα fremanezumab, που χορηγείται ή κάθε μήνα ή κάθε τρίμηνο. Εκτιμάται πως μέσα στο 2020 θα κυκλοφορήσει και στη χώρα μας και μονοκλωνικό αντίσωμα galcanezumab, που θα χορηγείται μία φορά το μήνα και δεν αποκλείεται η απόφαση για το αν θα χορηγούνται μέσω ΕΟΠΥΥ να ληφθεί ταυτόχρονα, τελικά, και για τα τρία αυτά φάρμακα. Βέβαια, εφόσον εγκριθεί η αποζημίωση τους από τον ΕΟΠΥΥ, θεωρείται βέβαιο ότι αυτό θα γίνεται υπό όρους, όπως ότι θα αφορά ασθενείς με τεκμηριωμένο πρόβλημα σοβαρής ημικρανίας, στους οποίους δύο ή και περισσότερες προηγούμενες προσπάθειες προφυλακτικής θεραπείας έχουν αποτύχει. Ωστόσο, αυτό το θέμα προφανώς και ακόμη δεν έχει ξεκαθαρίσει.

3.2.7 Συμπληρώματα διατροφής στη θεραπεία της ημικρανίας

Στην εποχή μας, η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής με σκοπό τη διατήρηση καλής υγείας ή την πρόληψη ή ρύθμιση κάποιας ασθένειας αυξάνεται ραγδαία, χωρίς να είναι ακόμη πλήρως κατανοητό -σε πολλές περιπτώσεις- το σε ποιο βαθμό αυτά τα συμπληρώματα βοηθούν ή ποια επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν αυτή την πρακτική. Η ημικρανία δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Μάλιστα, καθώς πολλοί άνθρωποι με ημικρανία πιστεύουν πως η πάθηση τους αυτή δεν χρειάζεται μια «κανονική» φαρμακευτική αγωγή ή πως τα υπάρχοντα αντι-ημικρανικά φάρμακα μπορεί να έχουν σοβαρές επιπλοκές, ειδικά μακροπρόθεσμα, το ποσοστό των χρηστών συμπληρωμάτων διατροφής μεταξύ των ημικρανικών είναι πιθανότητα σημαντικά υψηλότερο από ότι σε άλλες ασθένειες. Επίσης, συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ασθενείς με ημικρανία που ακολουθούν κάποια ιατρική θεραπεία και παρακολούθηση, παράλληλα να χρησιμοποιούν και συμπληρώματα διατροφής, χωρίς να το αναφέρουν στο γιατρό τους, σαν να πρόκειται για κάτι κατακριτέο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απόκρυψη σημαντικών



Υπάρχουν συμπληρώματα διατροφής με αντι-ημικρανική δράση και η χρήση τους, μεμονωμένα ή ως τμήμα μιας γενικότερης θεραπείας, σαφώς και πρέπει να εξετάζεται ως ενδεχόμενο και να συζητείται με τους ασθενείς.

λεπτομερειών από το γιατρό αλλά δεν είναι ανεξήγητο, καθώς η πλειονότητα των γιατρών φαίνεται πως δεν είναι θετικά διακείμενη στη χρησιμότητα των συμπληρωμάτων διατροφής, τουλάχιστον όσον αφορά τη δράση τους στην ημικρανία. Η άποψη αυτή είναι λαθεμένη γιατί υπάρχουν συμπληρώματα διατροφής με τεκμηριωμένη αντι-ημικρανική δράση και η χρήση τους, μεμονωμένα ή ως τμήμα μιας γενικότερης θεραπείας, σαφώς και πρέπει να εξετάζεται ως ενδεχόμενο και να συζητείται με τους ασθενείς. Θα αναδείξουμε για ποια συμπληρώματα διατροφής υπάρχει

επιστημονική τεκμηρίωση για χρήση στην προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας, σύμφωνα με δημοσιευμένες ιατρικές έρευνες και με κατευθυντήριες οδηγίες επιστημονικών εταιρειών, όπως η Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας (American Academy of Neurology), η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νευρολογικών Εταιρειών (European Federation of Neurological Societies) και η Καναδική Εταιρεία Κεφαλαλγίας (Canadian Headache Society). Πιο συγκεκριμένα θα γίνει αναφορά στη βιταμίνη B2, στο συνένζυμο Q10, στο μαγνήσιο και στον πετασίτη (butterbur).

Βιταμίνη B2 και ημικρανία. Η βιταμίνη B2, γνωστή και ως ριβοφλαβίνη, έχει σημαντικό ρόλο στις ενεργειακές διαδικασίες των κυττάρων μας. Σε μία ιατρική έρευνα, σε δόση 400mg την ημέρα και συγκρινόμενη με το εικονικό φάρμακο (placebo), η βιταμίνη B2 μείωσε τις ημικρανικές κρίσεις κατά 2 το μήνα, μετά τρίμηνη χορήγηση. Στην ομάδα που λάμβανε βιταμίνη B2, στο 56% των συμμετεχόντων οι ημέρες με ημικρανία μειώθηκαν κατά 50% ή και περισσότε-



Οι διεθνείς επιστημονικές εταιρείες είναι κατά πλειονότητα θετικά διακείμενες στη χρήση B2 στην προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας.

ρο, σε σχέση με 19% στην ομάδα που λάμβανε εικονικό φάρμακο. Το αποτέλεσμα αυτό κρίνεται ως ιδιαίτερα θετικό, αλλά μια δεύτερη μελέτη, αν και όχι τόσο καλή ποιότητα, απέτυχε να αναδείξει ανωτερότητα ενός συνδυασμού 400mg B2, 300mg μαγνησίου και 100mg του βοτάνου feverfew σε σύγκριση με 25mg B2. Αξίζει να αναφερθεί πως κάποιες φυσικές μεταλλάξεις στο DNA των ανθρώπων, καθορίζουν και την ανταπόκριση τους στην ριβοφλαβίνη. Έτσι ενδέχεται σε κάποιους ημικρανικούς ασθενείς να μην παρατηρήσουμε θετική έκβαση με την χορήγηση ριβοφλα-

Συνένζυμο Q10 και ημικρανία. Το συνένζυμο Q10 έχει ρόλο στην καλή λειτουργία των μιτοχονδρίων, των «εργοστασίων παραγωγής ενέργειας» των κυττάρων μας. Η δράση του στην προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας έχει διερευνηθεί σε μία σχετικά καλής ποιότητας μελέτη, όπου το Q10 σε δόση 100mg τρεις φορές την ημέρα μείωσε τις κρίσεις ημικρανίας οριακά, κατά λίγο περισσότερο από μία το μήνα, σε σχέση με το διάστημα πριν τη θεραπεία, ενώ όσοι λάμβαναν εικονικό φάρμακο δεν είδαν κάποια ουσιαστική μεταβολή στις κρίσεις ημικρανίας τους. Μείωση των ημερών με ημικρανία το μήνα κατά 50% ή και περισσότερο είχε σχεδόν το 48% όσων λάμβαναν Q10, σε σχέση με το 14% όσων λάμβαναν placebo. Σε μία άλλη μελέτη, ελέγχθηκαν 1500 έφηβοι και ένας στους τρεις είχε χαμηλά επίπεδα Q10 στο αίμα. Η χορήγηση 1-3mg/kg την ημέρα μείωσε σημαντικά τη συχνότητα της ημικρανίας

στα άτομα αυτά. Επειδή στην ιατρική όπως και στην επιστήμη της διατροφής, η παρουσία μετα-αναλύσεων παίζει σημαντικό ρόλο στο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, αξίζει να αναφέρουμε πως μια σημαντική μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε 5 κλινικές μελέτες, έδειξε πως το συνένζυμο Q10 στις ενδεδειγμένες ποσότητες, πράγματι μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ημικρανία, τόσο ως προς την διάρκεια των κρίσεων, όσο και ως προς την συχνότητα σε εβδομαδιαία βάση.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, η Καναδική Εταιρεία Κεφαλαλγίας προτείνει τη χρήση 100mg Q10 τρεις φορές την ημέρα, για την προφύλαξη της ημικρανίας. Επίσης, τόσο η Αμερικανική, όσο και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία καταγράφουν το Q10 ανάμεσα στις ουσίες με ενδεχόμενη αντι-ημικρανική δράση.

Μαγνήσιο και ημικρανία. Ίσως το συμπλήρωμα διατροφής για το οποίο έχει γίνει η περισσότερη συζήτηση για χρήση του στην προφύλαξη της ημικρανίας, το μαγνήσιο θεωρείται πως μπορεί να μειώσει τη νευρογενή φλεγμονή, ουσιαστικό στοιχείο των ημικρανικών κρίσεων, ενώ ενδεχομένως παίζει ρόλο και στη ρύθμιση και άλλων αγγειακών και νευρωνικών μηχανισμών. Το μαγνήσιο έχει μελετηθεί σε δύο σχετικά καλής επιστημονικής ποιότητας μελέτες. Στη μία από αυτές, 600mg μαγνησίου (σε μορφή δικιτρικού μαγνησίου) συγκρίθηκαν με εικονικό φάρμακο (placebo). Μετά τρίμηνη χορήγηση, στην ομάδα που χορηγήθηκε μαγνήσιο οι κρίσεις μειώθηκαν κατά 1,5 κρίσεις τον μήνα σε σχέση με μείωση 0,5 στην ομάδα που έλαβε



Το μαγνήσιο είναι από τα πλέον χρησιμοποιούμενα συμπληρώματα διατροφής για την ημικρανία, αν και ενδεχομένως η λήψη του σε συνδυασμό με άλλες ουσίες έχει καλύτερα αποτελέσματα.

placebo. Μείωση των κρίσεων κατά 50% είδε ένας στους δύο που έλαβαν μαγνήσιο και ένας στους τρεις που έλαβαν placebo. Σημαντικό είναι πως το μαγνήσιο, αν και συμπλήρωμα διατροφής και όχι φάρμακο, είχε παρενέργειες. Στη μελέτη αυτή, ένας στους 5 που έλαβαν μαγνήσιο παρουσίασε διάρροια, ενώ αρκετοί συμμετέχοντες είχαν γαστρικές ενοχλήσεις.

Υπό αυτό το πρίσμα ιδιαίτερη μεία πρέπει να γίνει στο διαδερμικό μαγνήσιο. Το διαδερμικό μαγνήσιο αποτελεί εναλλακτική του κλασικού μαγνησίου που λαμβάνεται από το στόμα και οδηγεί σε ταχύτερη αύξηση των κυτταρικών επιπέδων μαγνησίου, στερούμενο κάθε παρενέργειας επί του γαστρεντερικού συστήματος. Βρίσκεται σε διάφορα προϊόντα ως "Magnesium Oil" και αφορά στην ουσία εξαυδρικό χλωριούχο μαγνήσιο. Τα διάφορα προϊόντα μαγνησίου για διαδερμική χρήση χρησιμοποιούνται με τη μορφή ψεκασμών σε βασικές μυϊκές ομάδες και μετά το ελαφρύ μασάζ που ακολουθεί, το μαγνήσιο, που βρίσκεται σε ιοντική μορφή, διεισδύει στην κυκλοφορία του αίματος και στους μύες. Επιστημονικές αναφορές προτείνουν τη χρήση διαδερμικού μαγνησίου από ημικρανικούς ασθενείς στην περιοχή των ώμων και του αυχένα, δυο φορές την ημέρα.

Σε άλλη μελέτη, 243 mg μαγνησίου συγκρίθηκαν με εικονικό φάρμακο. Εδώ, το ποσοστό

που είχε 50% μείωση των κρίσεων ήταν ένας στους 4, τόσο σε αυτούς που έλαβαν μαγνήσιο, όσο και σε αυτούς που έλαβαν placebo. Για τα αντικρουόμενα αυτά σε σχέση με την αποτελεσματικότητα του μαγνησίου ευρήματα, έχει διατυπωθεί η εξήγηση πως το μαγνήσιο ίσως είναι ωφέλιμο μόνο σε όσους ημικρανικούς έχουν χαμηλά επίπεδα στον οργανισμό τους, κάτι όμως που δεν βρίσκει όλους τους ειδικούς σύμφωνους. Ως εκ τούτου, η διενέργεια εξέτασης για τα επίπεδα μαγνησίου στο αίμα δεν είναι, για την ώρα, κάτι που πρέπει απαραίτητα να γίνεται πριν συσταθεί η χρήση συμπληρώματος μαγνησίου για την ημικρανία.

Άλλωστε πρέπει να τονίσουμε πως η κλινική χρησιμότητα της εξέτασης «μαγνήσιο ορού» είναι για την εκτίμηση της υπομαγνησιαιμίας ή της υπερμαγνησιαιμίας και όχι για να πιστοποιήσει αν πράγματι κάποιος έχει φυσιολογικά επίπεδα μαγνησίου στον οργανισμό του. Πολύ απλά, δηλαδή, μπορεί κάποιος να εμφανίζει στην εξέταση φυσιολογικά επίπεδα μαγνησίου, όμως στην πραγματικότητα να έχει έλλειψη, η οποία δεν αντικατοπτρίζεται ακόμη στη συγκεκριμένη εξέταση αίματος.

Με βάση τα παραπάνω, η Καναδική Εταιρεία Κεφαλαλγίας υποστηρίζει τη χρήση μαγνησίου για την ημικρανία, αν και δέχεται πως τα δεδομένα δεν είναι τόσο υψηλής επιστημονικής ποιότητας. Η κατάλληλη δόση φαίνεται πως είναι η σχετικά υψηλή δόση των 600mg την ημέρα. Οι Ευρωπαϊκές και οι Αμερικανικές οδηγίες θεωρούν πως το μαγνήσιο πιθανώς έχει προφυλακτική δράση στην ημικρανία.

Πετασίτης (butterbur) και ημικρανία. Η χρήση του εκχυλίσματος του φυτού πετασίτη στην ημικρανία παραμένει θέμα με σημαντικό επιστημονικό ενδιαφέρον. Η τεκμηρίωση της δράσης του έχει γίνει μέσα από δύο άρτιες επιστημονικές μελέτες, όπου η δοσολογία των 50 και 75mg/ημέρα συγκρίθηκε με placebo. Συνολικά, και οι δύο δόσεις φάνηκε να υπερέχουν του εικονικού φαρμάκου, με ποσοστά ασθενών που είχαν 50% μείωση της συχνότητας της ημικρανίας να κυμαίνονται μεταξύ 45 και 68%, που κρίνονται ως ιδιαίτερα θετικά. Ωστόσο, σκεπτικισμός και επιφυλάξεις υπάρχουν από διάφορους ειδικούς, όσον αφορά τόσο την πραγματική περιεκτικότητα διαφόρων σκευασμάτων σε πετασίτη, όσο και στο κατά πόσο η μέθοδος παρασκευής του συμπληρώματος είναι τέτοια που να παράγεται προϊόν καθαρό από φυσικές ηπατοτοξικές ουσίες που φυσιολογικά υπάρχουν στο φυτό. Δυστυχώς, σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ, μόνο 7 στα 21 σκευάσματα είχαν τη σωστή ποσότητα πετασίτη, ενώ άλλα σκευάσματα περιείχαν και τοξικά παράγωγα του φυτού που κανονικά δεν θα έπρεπε. Έτσι, ενώ ο πετασίτης φαίνεται να είναι ένα φυσικό προϊόν με καλή αντι-ημικρανική δράση, η επιλογή του σωστού συμπληρώματος είναι σημαντική, ώστε να εξασφαλιστεί τόσο η αποτελεσματικότητα όσο και η ασφάλεια του ασθενούς. Αν και υπήρξαν ελάχιστες αναφορές για αύξηση των ηπατικών ενζύμων με την λήψη του πετασίτη, θα ήταν συνετό να γίνει έλεγχος των ηπατικών ενζύμων από τον θεράποντα νευρολόγο. Τα επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν σε ένα βαθμό τη χρήση του πετασίτη για προφύλαξη της ημικρανίας. Ωστόσο, η επιλογή ενός ποιοτικού σκευάσματος θεωρείται απαραίτητη για να επιτευχθεί αποτέλεσμα, αλλά και να αποφευχθεί ο κίνδυνος σημαντικών παρενεργειών.

Σαν συμπέρασμα των παραπάνω στοιχείων για τη βιταμίνη Β2, το μαγνήσιο, το συνένζυμο Q10 και τον πετασίτη, θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρο πως για ορισμένα συμπληρώματα διατροφής υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να τεκμηριώνουν κάποιου βαθμού αποτελεσματικότητα στην προφύλαξη της ημικρανίας. Έτσι, η πιθανότητα χορήγησης συμπληρωμάτων διατροφής θα πρέπει να αξιολογείται από τον γιατρό και να συζητιέται με τον ημικρανικό

ασθενή, χωρίς φυσικά αυτό να σημαίνει πως μπορεί να είναι μια επιλογή σε κάθε περίπτωση που θα απαιτηθεί προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας. Η αποτελεσματικότητα των σκευασμάτων αυτών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν. Με βάση όλα τα διαθέσιμα στοιχεία, η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, όπως βιταμίνης Β2, μαγνησίου, πετασίτη ή συνενζύμου Q10 αξιολογείται αναλυτικά και τελικά λαμβάνεται μια απόφαση για τη χρήση τους είτε μεμονωμένα, είτε φυσικά σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες (φαρμακευτικές θεραπείες, ιατρικές συσκευές, Botox).

3.2.8 Διάφορα άλλα φάρμακα στην προληπτική θεραπεία της ημικρανίας

Διάφορα άλλα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας, για να μειωθεί η συχνότητα των κρίσεων, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις για να γίνουν οι κρίσεις ημικρανίας λιγότερο έντονες και πιο εύκολο να αντιμετωπιστούν. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά δεν έχουν την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα που έχουν τα φάρμακα που αναφέρθηκαν στις προηγούμενες ενότητες και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως εναλλακτικές επιλογές, όταν τα φάρμακα πρώτης γραμμής αποτύχουν. Μερικές φορές, ορισμένα από τα μη στεροειδή αντι-φλεγμονώδη φάρμακα, όπως η ασπιρίνη ή η να-προξένη χρησιμοποιούνται καθημερινά για την προφύλαξη της ημικρανίας. Αυτό μπορεί να ωφελήσει ορισμένους ανθρώπους, αλλά δεν είναι κάτι που μπορεί να γίνεται ευρέως, καθώς αυτά τα φάρμακα μπορούν να έχουν σημαντικές παρενέργειες, όπως δημιουργία έλκους στο στομάχι ή και αιμορραγία. Δεύτερον, εάν οι δόσεις δεν είναι πολύ χαμηλές ή αν η θεραπεία δεν γίνει για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, υπάρχει ο κίνδυνος ότι ορισμένοι πάσχοντες από ημικρανία μπορεί να οδηγηθούν σε υπερβολική φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή σε κατάχρηση φαρμάκων, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ημικρανίας. Έτσι, μακροπρόθεσμη χορήγηση τέτοιων φαρμάκων για την προφύλαξη της ημικρανίας, καλό είναι να γίνεται μόνο κάτω από την καθοδήγηση εξειδικευμένου στη θεραπεία ιατρού ή στα πλαίσια παρακολούθησης σε Ιατρείο Κεφαλαλγίας. Σε κάθε περίπτωση, τα μη στεροειδή αντι-φλεγμονώδη φάρμακα, όπως η ασπιρίνη ή η ναπροξένη, θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από σύσταση γιατρού.

3.2.9 Περί εναλλακτικών θεραπειών στην ημικρανία

Παρά την εκτεταμένη χρήση διαφόρων εναλλακτικών θεραπειών στην ημικρανία (για παράδειγμα: ομοιοπαθητική, βελονισμός αλλά και διάφορες άλλες), μέχρι σήμερα δεν υπάρχει καμία επιστημονική απόδειξη ότι κάποια εναλλακτική θεραπεία στην ημικρανία έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα. Για να γίνει αντιληπτό το πως ακριβώς μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα αυτό, θα πρέπει να διευκρινιστούν ορισμένα βασικά θέματα ιατρικής μεθοδολογίας. Όταν μία καινούργια θεραπεία για την ημικρανία δοκιμάζεται, θα πρέπει να αποδείξει την ανωτερότητα της απέναντι στο εικονικό φάρμακο (placebo), σε μελέτες που γίνονται με συγκεκριμένη μεθοδολογία που δεν επιδέχεται αμφισβήτηση. Το placebo κατασκευάζεται ως ένα χάπι ίδιο σε μορφή, βάρος, γεύση με το υπό δοκιμή φάρμακο, χωρίς όμως να περιέχει δραστική ουσία μέσα. Είναι δηλαδή, μία εντελώς αδρανής απομίμηση του δοκιμαζόμενου φαρμάκου. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στην έρευνα γνωρίζουν ότι θα λάβουν είτε το υπό δοκιμή φάρμακο είτε το placebo, αλλά δεν ξέρουν αν τελικά αυτό που έλαβαν ήταν το δοκιμαζόμενο φάρμακο ή το placebo. Αυτό γίνεται για να μην μπορεί η «προδιάθεση» που έχουν, θετική ή αρνητική να επηρεάσει τη γνώμη που θα εκφέρουν. Επιπλέον, ούτε ο γιατρός που διενεργεί την έρευνα γνωρίζει αν ο κάθε συγκεκριμένος ασθενής έλαβε το υπό δοκιμή φάρμακο ή το placebo (για να αποφευχθεί παρεμβολή της δικής του «προδιάθεσης», θετικής ή αρνητικής). Αν και κά-

ποιοι θα περίμενε η αποτελεσματικότητα του placebo να ήταν 0%, είναι εντυπωσιακό ότι στις ημικρανίες ως και 40% των ασθενών που παίρνουν placebo έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να έχει διάφορες εξηγήσεις (τυχαία ύφεση της ημικρανίας σε κάποιους ασθενείς, αποτέλεσμα της θετικής προσδοκίας που δίνει η πιθανή χορήγηση κάποιας θεραπείας σε άλλους, αλλά και διάφορες ακόμη εξηγήσεις), αλλά αυτό που έχει σημασία είναι ότι ένα φάρμακο για να κυκλοφορήσει πρέπει να αποδείξει ότι είναι (κατά πολύ) ανώτερο του placebo. Έτσι, για τα φάρμακα που κυκλοφορούν με συγκεκριμένα στοιχεία γνωρίζουμε ποια είναι η αποτελεσματικότητά τους. Ωστόσο, για τις εναλλακτικές θεραπείες, είτε δεν ξέρουμε την αποτελεσματικότητά τους, είτε, όπου έχουν γίνει μελέτες, φαίνεται να είναι παρόμοια του placebo. Ως εκ τούτου, οι διεθνείς επιστημονικές οργανώσεις θεωρούν ότι οι εναλλακτικές θεραπείες (όπως και φαρμακευτικές θεραπείες για τις οποίες δεν υπάρχει απόδειξη της δράσης τους) δεν μπορεί να προτείνονται ως θεραπείες σε ασθενείς με ημικρανία. Οπότε, κατά την άσκηση της ιατρικής σε κάποιο ιατρείο κεφαλαλγίας, η επιστημονικότερη άποψη έχει ως εξής: Θα πρέπει να διευκρινίζεται σε ανθρώπους με ημικρανία ότι οι εναλλακτικές θεραπείες δεν έχουν καμία απόδειξη για τη δράση τους (σε αντίθεση με τις ιατρικές θεραπείες) ή και ότι, σε κάποιες περιπτώσεις θεραπειών, υπάρχει και απόδειξη ότι η δράση τους είναι εφάμιλλη του placebo. Έτσι, εναλλακτικές θεραπείες δεν είναι δυνατόν να προτείνονται στα πλαίσια της άσκησης της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής επιστήμης. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής επιθυμεί να δοκιμάσει, και υπάρχουν αρκετοί άνθρωποι που πραγματικά είναι φιλικά διακείμενοι στις εναλλακτικές θεραπείες και αρνητικά διακείμενοι στις ιατρικές, θα πρέπει να του διευκρινίζεται ότι εφόσον το επιθυμεί ασφαλώς και μπορεί να το κάνει, αλλά σωστό είναι να το κάνει για ορισμένο χρονικό διάστημα και κατόπιν να κρίνει τη θεραπεία. Αν βοηθά, σαφώς και μπορεί να την ακολουθήσει. Διαφορετικά όμως, η επί μακρόν παραμονή σε μία εναλλακτική θεραπεία χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα, απλά παρατείνει μία επώδυνη κατάσταση που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής.



Αποτελέσματα Πανελλήνιας έρευνας που έκανε ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2020). Περίπου οκτώ στους δέκα ασθενείς με ημικρανία που δοκίμασαν ομοιοπαθητική ή βελονισμό, διέκοψαν τη θεραπεία (κυρίως λόγω έλλειψης αποτελεσματικότητας).

3.2.10 Περί της «Χειρουργικής Θεραπείας» της ημικρανίας

Πολλές αναφορές, ειδικά τον τελευταίο καιρό, γίνονται για την υποτιθέμενη χειρουργική θεραπεία της ημικρανίας. Σύμφωνα με κάποιους, η χειρουργική αφαίρεση ενός μύος που πιέζει κάποιο μικρό νεύρο στο μέτωπο ή στο πίσω μέρος του κεφαλιού (ή και του ίδιου του νεύρου), μπορεί να οδηγήσει σε ύφεση της ημικρανίας. Η χειρουργική αυτή θεραπεία της ημικρανίας είναι για την ώρα μία καθαρά πειραματικού χαρακτήρα επιλογή. Καταρχάς, ελάχιστη τεκμηρίωση στην ιατρική βιβλιογραφία υπάρχει πάνω στο θέμα. Η μέθοδος έχει όντως δοκιμαστεί σε μικρές ομάδες ασθενών, ενώ οι ίδιοι οι ερευνητές - συγγραφείς των σχετικών άρθρων προτείνουν ότι η μέθοδος θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω, στα πλαίσια ειδικά σχεδιασμένων κλινικών μελετών και όχι φυσικά να εφαρμόζεται ευρέως στη κλινική πράξη. Ως χειρουργική επέμβαση, πιθανόν να έχει παρενέργειες, και για αυτό θα πρέπει να ενημερώνο-



Η «χειρουργική θεραπεία» της ημικρανίας είναι μία πειραματική μέθοδος, χωρίς τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, που σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συστήνεται για να εφαρμόζεται ευρέως, παρά μόνο εντός των πλαισίων μίας κλινικής μελέτης.

νται όσοι υποβάλλονται σε αυτήν. Η διαδικασία επιλογής, που γίνεται χωρίς ο ασθενής να αξιολογηθεί από ειδικό νευρολόγο, και σε μερικές περιπτώσεις μέσω απλά κάποιου ερωτηματολογίου και στη συνέχεια της δοκιμαστικής χορήγησης βοτουλινικής τοξίνης, επίσης αφήνει πολλά ερωτήματα αναπάντητα. Η συμπλήρωση ενός γενικόλογου ερωτηματολογίου θα οδηγούσε τον κάθε ασθενή με ημικρανία στη δοκιμή της χειρουργικής θεραπείας! Η δε χορήγηση

βοτουλινικής τοξίνης, η οποία διεθνώς αναγνωρίζεται ως μία αποτελεσματική μέθοδος για συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών με ημικρανία, με κανένα τρόπο δεν σηματοδοτεί την ίαση αν αφαιρεθούν οι μικροί συγκεκριμένοι μύες. Θα πρέπει εδώ να επισημανθεί πως η έγχυση βοτουλινικής τοξίνης για την πρόληψη της ημικρανίας πρέπει να γίνεται μόνο από ειδικό νευρολόγο, βάση συγκεκριμένου επιστημονικού πρωτοκόλλου, σε μεγάλο αριθμό σημείων στο μέτωπο, στους κροτάφους, την ινιακή χώρα και τον αυχένα και όχι μόνο στο μέτωπο, όπως προτείνουν οι χειρουργοί της ημικρανίας. Επίσης, σε όλα τα πρόσφατα διεθνή συνέδρια για την ημικρανία και τις κεφαλαλγίες, υπάρχει πλήρης απουσία αναφοράς στη συγκεκριμένη μέθοδο, κάτι που δείχνει πόσο πολύ απέχει από την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πράξη. Συνολικά, η χειρουργική θεραπεία της ημικρανίας είναι χωρίς τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συστήνεται για να εφαρμόζεται ευρέως, παρά μόνο εντός των πλαισίων μίας κλινικής μελέτης.



κεφάλαιο 4.

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΑΣΕΩΣ

4. Κεφαλαλγία τάσεως

Η κεφαλαλγία τάσεως, που επίσης ονομάζεται “πονοκέφαλος τάσεως», «κεφαλαλγία τύπου τάσεως» και «απλός πονοκέφαλος» είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος πονοκεφάλου.

4.1 Συμπτωματολογία της κεφαλαλγίας τάσεως

Στον πονοκέφαλο τύπου τάσεως τις περισσότερες φορές πονάνε και οι δύο πλευρές του κε-



Στον πονοκέφαλο τάσεως τις περισσότερες φορές πονάνε και οι δύο πλευρές του κεφαλιού. Ο πόνος συνήθως είναι πιο δυνατός στην περιοχή των κροτάφων ή του μετώπου.

φαλιού. Ο πόνος συνήθως είναι πιο δυνατός στην περιοχή των κροτάφων ή του μετώπου (πάνω από τα μάτια), αλλά συχνά μπορεί να πονάει ακόμη και το πίσω μέρος του κεφαλιού ή ο αυχένας. Άνθρωποι που πάσχουν από τέτοιους πονοκεφάλους τους περιγράφουν «σαν να τους σφίγγει το κεφάλι μία πρέσα ή μία μέγγενη» ή «σαν να υπάρχει ένα βάρος πάνω στο κεφάλι τους», ενώ κάποιοι από αυτούς, όχι όμως όλοι, ανακουφίζονται με σφιχτό δέσιμο ενός μαντηλιού γύρω από το κεφάλι. Σε άλλες περιπτώσεις, ο πονοκέφαλος τάσεως μπορεί να εκφράζεται με άλλα συμπτώματα,

όπως «θολούρα στο κεφάλι», «ζάλη», «αίσθημα σαν να είναι κάποιος σε βάρκα». Στον πονοκέφαλο τάσεως δεν υπάρχει δυσανεξία στο φως και τους θορύβους, ούτε τάση για εμετό ή εμετός ή, αν υπάρχει κάποιο από αυτά τα συμπτώματα, είναι εξαιρετικά ήπιο. Αν αυτά τα συμπτώματα υπάρχουν και είναι έντονα, ο γιατρός θα πρέπει να σκεφτεί ότι ενδεχομένως να πρόκειται για ημικρανία, ακόμη και αν πονάνε ή «σφίγγουν» και οι δυο μεριές του κεφαλιού. Όταν ένας πονοκέφαλος είναι πονοκέφαλος τύπου τάσεως, η δραστηριότητα του ατόμου συνήθως δεν αλλάζει. Έτσι, ο άνθρωπος που έχει πονοκέφαλο τύπου τάσεως συνήθως θα πάει κανονικά στην εργασία του ή θα συμμετάσχει κανονικά σε κοινωνικές εκδηλώσεις, αν και μπορεί να αυτό γίνεται με μία σχετική ενόχληση ή δυσκολία. Αντίθετα, η ημικρανία μπορεί να

καθηλώσει κάποιον άνθρωπο στο κρεβάτι. Ο πονοκέφαλος τάσεως παρατηρείται συχνά σε ανθρώπους έντονα ευαίσθητους, αγχώδεις ή ακόμη και μελαγχολικούς, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι που έχουν πονοκέφαλο τάσεως έχουν και άγχος ή μελαγχολία.

4.2 Θεραπεία της κεφαλαλγίας τάσεως

Η θεραπεία στην κεφαλαλγία τύπου τάσεως περιλαμβάνει αναλγητικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των κρίσεων και, ενδεχομένως, ειδική προφυλακτική αγωγή, η οποία μπορεί να γίνει - πέρα από φάρμακα- με συμπληρώματα διατροφής/φυτικά σκευάσματα, αλλά και με ιατρικές συσκευές. Με δεδομένο ότι αρκετοί άνθρωποι έχουν πονοκέφαλο τύπου τάσεως ο οποίος είναι ήπιος σε ένταση, η λήψη παυσίπων δεν είναι πάντα απαραίτητη. Ωστόσο, αν ο πόνος είναι αρκετά ενοχλητικός, ασφαλώς και πρέπει να ληφθεί κάποιο φάρμακο για να σταματήσει τον πονοκέφαλο. Πολλοί άνθρωποι με πονοκέφαλο τύπου τάσεως έχουν παρατηρήσει ότι τους βοηθούν και τα πιο απλά παυσίπονα, ακόμη και σε πολύ μικρή δόση. Άλλοι, προκειμένου να ανακουφιστούν, πρέπει να πάρουν κάποιο φάρμακο με πιο ισχυρή αναλγητική δράση, όπως για παράδειγμα τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (όπως η ιβουπροφένη), φάρμακα που οι περισσότεροι άνθρωποι με πονοκέφαλο τάσεως βρίσκουν εξαιρετικά αποτελεσματικά.



Η θεραπεία στην κεφαλαλγία τύπου τάσεως περιλαμβάνει αναλγητικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των κρίσεων και, ενδεχομένως, ειδική προφυλακτική αγωγή, η οποία μπορεί να γίνει - πέρα από φάρμακα- με συμπληρώματα διατροφής/φυτικά σκευάσματα, αλλά και με ιατρικές συσκευές.

Η στρατηγική στην θεραπεία του πονοκεφάλου τύπου τάσεως είναι απλή. Το σωστό είναι ο πόνος να αντιμετωπίζεται με την πιο απλή θεραπεία που το κάνει ικανοποιητικά, στην πιο μικρή δόση. Ωστόσο, αυτό δεν πρέπει να οδηγεί σε αλόγιστη χρήση φαρμάκων, καθώς πρέπει να υπάρχει όριο στην κατανάλωση τους. Ακόμη και το πιο απλό φάρμακο, αν λαμβάνεται πολλές φορές τον μήνα (ένα σύνηθες όριο στην κατανάλωση παυσίπων είναι οι 15 ημέρες με λήψη αναλγητικού το μήνα, μπορεί το όριο να τεθεί και χαμηλότερα, ανάλογα με το είδος του φαρμάκου). Σε τέτοια περίπτωση, ο γιατρός συνήθως θα συστήσει προφυλακτική θεραπεία, η οποία και είναι σαφώς προτιμυτέα τόσο από την άποψη της επιβάρυνσης του οργανισμού, όσο και ως προς την πρόληψη της σοβαρής κεφαλαλγίας από κατάχρηση αναλγητικών.

Η προφυλακτική θεραπεία στον πονοκέφαλο τύπου τάσεως συνήθως συστήνεται σε ανθρώπους με συχνούς πονοκεφάλους που είτε τα παυσίπονα δεν μπορούν να τους αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, είτε, αν μπορούν, η χρήση αναλγητικών φαρμάκων είναι μεγάλη, πάνω από το μηνιαίο όριο των 15 ημερών (ή και λιγότερων, ανάλογα και με το είδος), όπως προαναφέρθηκε. Η λύση της θεραπείας με συγκεκριμένα συμπληρώματα διατροφής/φυτικά σκευάσματα κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, καθώς πολλοί άνθρωποι την προτιμούν, λόγω απουσίας παρενεργειών. Παρομοίως, η χρήση ιατρικών συσκευών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά, χωρίς τις ενδεχόμενες παρενέργειες που τα φάρμακα μπορεί να έχουν. Στα πιστοποιημένα Ιατρεία Κεφαλαλγίας γίνεται χρήση και των δύο αυτών μεθόδων, στα πλαίσια της τεκμηριωμένης ιατρικής.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική θεραπεία, δεν υπάρχουν ειδικά φάρμακα που να χρησιμοποιούνται κατ' αποκλειστικότητα στην προφυλακτική θεραπεία των πονοκεφάλων τάσεως. Όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται και για άλλους

σκοπούς, για τα οποία αποδείχτηκε ότι είναι αποτελεσματικά και στον πονοκέφαλο τάσεως. Συχνότερα φάρμακα που χορηγούνται είναι τα αντικαταθλιπτικά, κάτι που φοβίζει ορισμένους ανθρώπους, ειδικά αν δεν νιώθουν ότι έχουν παράλληλα με τον πονοκέφαλο συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης. Αν βέβαια συνυπάρχει πονοκέφαλος τάσεως με άγχος ή κατάθλιψη, τα αντικαταθλιπτικά είναι η ιδανική θεραπεία, αφού μπορούν να βελτιώσουν και τις δύο καταστάσεις. Από την άλλη, ειδικά αν δεν συνυπάρχει άγχος ή κατάθλιψη, ο γιατρός θα πρέπει να εξηγήει αναλυτικά γιατί δίνει τα φάρμακα αυτά, ότι δηλαδή τα συστήνει γιατί έχουν βρεθεί αποτελεσματικά και στον πονοκέφαλο και όχι γιατί υποπτεύεται άλλη αιτία. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε πολλές περιπτώσεις είναι πολύ αποτελεσματικά στον πονοκέφαλο τάσεως, ακόμη και σε δόσεις κατά πολύ μικρότερες από αυτές που δίδονται για θεραπεία άγχους ή μελαγχολίας. Η προφυλακτική θεραπεία στον πονοκέφαλο τάσεως διαρκεί συνήθως από έξι ως δώδεκα μήνες, σύμφωνα πάντα με τη γνώμη του γιατρού και την εξαστομικευμένη εκτίμηση του ασθενούς του.





κεφάλαιο 5.

ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

5. Αθροιστική κεφαλαλγία

Η αθροιστική κεφαλαλγία προσβάλλει έναν σε κάθε περίπου 1000 ανθρώπους και πρόκειται για εξαιρετικά επώδυνο πονοκέφαλο. Άνθρωποι που τον έχουν βιώσει λένε πως η ένταση του πόνου στην αθροιστική κεφαλαλγία είναι πολύ μεγάλη, δυνατότερη από οποιονδήποτε άλλο πόνο έχουν νιώσει, πραγματικά ανυπόφορη. Σε μια έρευνα με περισσότερους από 2000 συμμετέχοντες, η ένταση του πόνου της γέννας βαθμολογήθηκε κατά μέσο όρο με 7.1/10, του πόνου της ημικρανίας με 5.5/10, του πόνου του κωλικού του νεφρού με 6.6/10 και του πόνου της αθροιστικής κεφαλαλγίας 9.7/10.

Παρά το γεγονός ότι η αθροιστική κεφαλαλγία έχει χαρακτηριστική συμπτωματολογία, οι περισσότεροι άνθρωποι με αθροιστική κεφαλαλγία μπορεί να έχουν για πολλά χρόνια τη διάνγνωση της ημικρανίας ή άλλων μορφών πονοκεφάλου, ακόμη και αν επανειλημμένα έχουν επισκεφτεί γιατρό.

5.1 Συμπτωματολογία της αθροιστικής κεφαλαλγίας

Ο πόνος στην αθροιστική κεφαλαλγία χαρακτηριστικά εντοπίζεται πάντα στην μία πλευρά



Ο πόνος στην αθροιστική κεφαλαλγία είναι εξαιρετικά έντονος. Συχνά μπορεί να συνοδεύεται από δάκρυα που τρέχουν από το μάτι μόνο στην πλευρά του πόνου, βούλωμα ή καταρροή στο ρουθούνι ή και κοκκίνισμα του ματιού ή πτώση του βλεφάρου.

του κεφαλιού (συνήθως στην ίδια, αλλά μπορεί να αλλάζει πλευρά), συνήθως πίσω από το μάτι και τον κρόταφο. Μπορεί ωστόσο να επεκτείνεται προς το μέτωπο, το πίσω μέρος του κεφαλιού, το μάγουλο και τα δόντια ή τον αυχένα. Συχνά συνοδεύεται από δάκρυα που τρέχουν από το μάτι μόνο στην πλευρά του πόνου, βούλωμα ή καταρροή στο ρουθούνι από την πλευρά του πόνου ή και κοκκίνισμα του ματιού ή πτώση του βλεφάρου από την ίδια πάντα πλευρά. Όταν ο πονοκέφαλος είναι αθροιστική κεφαλαλγία, χαρακτηριστικό είναι ότι ο άνθρωπος που την έχει νιώθει πολύ

έντονο ως ανυπόφορο πόνο, που κάποιοι άνθρωποι περιγράφουν ότι αισθάνονται «σαν να πρόκειται να πεταχτεί το μάτι έξω». Επίσης, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην ημικρανία ή σε άλλους πονοκεφάλους που οι ασθενείς αναζητούν την κατάκλιση, ο ασθενής με αθροιστική κεφαλαλγία την ώρα της κρίσης πιθανότερα θα κινείται νευρικά, μην μπορώντας να μείνει ακίνητος σε ένα σημείο ακόμη και αν είναι καθιστός. Μερικοί άνθρωποι με αθροιστική κεφαλαλγία επίσης αναφέρουν εμέτους ή ερυγές (ρεψίματα) πριν ή και κατά την διάρκεια της κρίσης. Οι κρίσεις στην αθροιστική κεφαλαλγία έρχονται κατά περιόδους, που διάρκεια έχουν συνήθως

“

Οι κρίσεις στην επεισοδιακή αθροιστική κεφαλαλγία έρχονται κατά περιόδους, που διάρκεια έχουν συνήθως μερικές εβδομάδες ως λίγους μήνες και στη συνέχεια χάνονται για μήνες ή και χρόνια, μέχρι να έρθει μία νέα περίοδος κρίσεων.

μερικές εβδομάδες ως λίγους μήνες και στη συνέχεια χάνονται για μήνες ή και χρόνια, μέχρι να έρθει μία νέα περίοδος κρίσεων. Στην διάρκεια της περιόδου που η αθροιστική κεφαλαλγία είναι ενεργή, οι κρίσεις εμφανίζονται συνήθως με συχνότητα από μία ως τρεις ή τέσσερις κρίσεις κάθε μέρα, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να ξεπερνούν και τις 10 την ημέρα. Η διάρκεια των κρίσεων της αθροιστικής κεφαλαλγίας στους περισσότερους ασθενείς κυμαίνεται

από 30 λεπτά ως 3 ώρες. Χαρακτηριστικό επίσης είναι ότι πολλές φορές η κρίση εμφανίζεται ακριβώς την ίδια ώρα του 24ώρου, συχνά μέσα στον ύπνο, «σαν να έχει βάλει ξυπνητήρι».

5.2 Θεραπεία της αθροιστικής κεφαλαλγίας.

Η θεραπεία στην αθροιστική κεφαλαλγία περιλαμβάνει κυρίως την ειδική προφυλακτική αγωγή, με την οποία επιτυγχάνουμε καταστολή της εμφάνισης κρίσεων (σταματούν να εμφανίζονται εντελώς ή τουλάχιστον αραιώνει σημαντικά η εμφάνισή τους και γίνονται πιο ήπιες). Στις περιπτώσεις που παρά την προφυλακτική αγωγή κάποιες κρίσεις εξακολουθούν να εμφανίζονται, χορηγείται η καλούμενη συμπτωματική αγωγή, δηλαδή η θεραπεία των κρίσεων. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η θεραπεία ασθενών με αθροιστική κεφαλαλγία καλό είναι να γίνεται είτε από έμπειρο στο θέμα γιατρό, είτε σε κάποιο ειδικό Ιατρείο Κεφαλαλγίας.

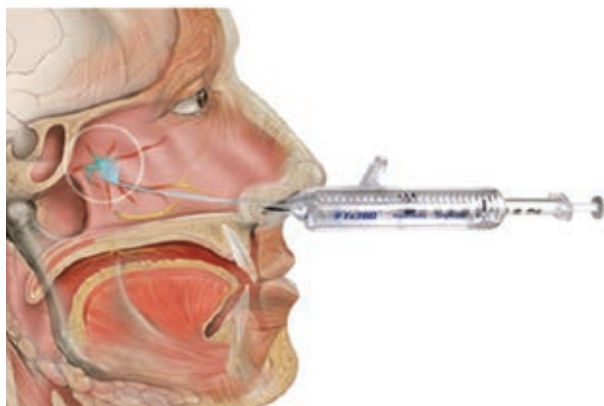
Τις περισσότερες φορές (δηλαδή με την εξαίρεση της χρόνιας αθροιστικής κεφαλαλγίας, για την οποία μπορείτε να ενημερωθείτε στη συνέχεια αυτού του κειμένου) η προφυλακτική αγωγή χορηγείται για καθορισμένο χρονικό διάστημα, αρχίζοντας με την έναρξη της περιόδου που εμφανίζονται οι κρίσεις και για όσο αναμένουμε ότι θα διαρκέσει η περίοδος των κρίσεων, και μετά διακόπτεται. Φάρμακα με καλό αποτέλεσμα στην προφυλακτική θεραπεία της αθροιστικής κεφαλαλγίας είναι τα κορτικοειδή (δηλαδή κορτιζόνη), η βεραπαμίλη και το λίθιο. Πολλοί άνθρωποι φοβούνται ή δεν θέλουν να λάβουν κορτικοειδή, φοβούμενοι παρενέργειες. Θα πρέπει να τονιστεί ότι αν τα κορτικοειδή ληφθούν σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού (σε συγκεκριμένη δόση και για ορισμένο χρονικό διάστημα) συνήθως δεν υπάρχει κανένα θέμα παρενεργειών. Τα κορτικοειδή χορηγούνται για χρονικό διάστημα έως 40 ημέρες. Σε ανθρώπους που δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να λάβουν κορτικοειδή ή όταν αναμένουμε ότι η περίοδος των κρίσεων θα διαρκέσει περισσότερο, χορηγείται η βεραπαμίλη ή το λίθιο. Αν και για αυτά τα φάρμακα υπάρχει πολλές φορές η εντύπωση ότι μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες, εφόσον λαμβάνονται κάτω από ιατρική παρακολούθηση συνήθως δεν προκύπτει κανένα πρόβλημα. Με την προφυλακτική θεραπεία οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από αθροιστική κεφαλαλγία θα δουν εντυπωσιακή βελτίωση ή δεν θα έχουν καθόλου κρίσεις,



Αποκλεισμός του ινιακού νεύρου. Στην εικόνα διακρίνονται τα συνηθέστερα σημεία χορήγησης. Η τεχνική συνίσταται στην χορήγηση, συνήθως επαναλαμβανόμενα, μικρής ποσότητας τοπικού αναισθητικού στα ινιακά νεύρα, στην πίσω πλευρά του κεφαλίου.

τα ινιακά νεύρα (στην πίσω πλευρά του κεφαλίου). Μερικές φορές, μαζί με το τοπικό αναισθητικό, εφαρμόζεται μικρή ποσότητα κορτικοστεροειδούς. Η τεχνική αυτή συνήθως γίνεται παράλληλα με την φαρμακευτική προληπτική αγωγή και, κατά τη γνώμη του συγγραφέα, είναι κυρίως αποτελεσματική σε περιπτώσεις που ο πόνος εντοπίζεται κυρίως στα σημεία που γίνονται οι ενέσεις.

Μια ακόμη πιο στοχευμένη μέθοδος είναι ο αποκλεισμός του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου, ενός νευρικού γαγγλίου που γνωρίζουμε πως έχει σημαντικό ρόλο στην θροιστική κεφαλαλγία και βρίσκεται πίσω από τη μύτη. Τα παλαιότερα χρόνια, αυτό γινόταν με χρήση ενός μεγάλου σε μήκος βαμβακοφόρου στυλεού (ένα μακρύ ξυλάκι με βαμβάκι στην άκρη του).



Ο αποκλεισμός (μπλοκ) του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου γίνεται πλέον μια με ειδική συσκευή μιας χρήσεως, εύκολα και εντελώς ανώδυνα για τον ασθενή.

μπωματική αγωγή χορηγείται για τον γρηγορότερο τερματισμό μίας κρίσης θροιστικής κεφαλαλγίας που «ξέφυγε» από την προφυλακτική θεραπεία. Μερικές φορές, για τον γρήγορο

αποτέλεσμα που μπορεί να εμφανιστεί μέσα σε λίγες ημέρες, αρκεί ο γιατρός να έχει την εμπειρία και τη γνώση να καθορίσει την καλύτερη θεραπεία για τον κάθε συγκεκριμένο ασθενή. Μια άλλη προσέγγιση στη θεραπεία της θροιστικής κεφαλαλγίας αποτελεί η διενέργεια αποκλεισμών (ονομαζόμενων και μπλοκ) περιφερικών νεύρων ή γαγγλίων. Η τεχνική συνίσταται στην χορήγηση, συνήθως επαναλαμβανόμενα, μικρής ποσότητας τοπικού αναισθητικού στα σημεία ορισμένων περιφερικών νεύρων, όπως το υπερκόγχιο και υπερτροχίλιο νεύρο (πάνω από το μάτι) ή

Το βαμβάκι εμποτιζόταν με το αναισθητικό και η προσπάθεια ήταν να φτάσει στο γαγγλίο, μέσα από το ρουθούνι, κάτι όχι τόσο ευχάριστο για τον ασθενή και συχνά όχι τόσο πετυχημένο. Στη σύγχρονη ιατρική, ο αποκλεισμός του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου γίνεται με χρήση ειδικών συσκευών μιας χρήσεως. Μία από αυτές, η Tx360™ που διατίθεται και στην Ελλάδα, έχει εύκαμπτο και με ειδική κλίση μικρής διαμέτρου πλαστικό καθετήρακι, ώστε η διαδικασία να κρατάει δευτερόλεπτα και να είναι πολύ καλά ανεκτή συνήθως.

Όπως προαναφέρθηκε, η συ-

τερματισμό μίας κρίσης μπορεί να χορηγηθεί οξυγόνο, με συγκεκριμένο τρόπο χορήγησης. Το οξυγόνο όμως σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι πρακτική λύση, καθώς δεν είναι κάτι που κάποιος μπορεί να έχει ανά πάσα στιγμή μαζί του στη δουλειά ή στο ταξίδι (αν και για κάποιους ασθενείς με νυχτερινές συνήθως κρίσεις, μπορεί να συστηθεί να έχουν μία φιάλη στο σπίτι). Άλλη λύση που συχνά χρησιμοποιούμε είναι ένα φάρμακο που δίδεται και στην ημικρανία, η σουματριπτάνη σε μορφή ένεσης, η οποία έχει συνήθως εξαιρετικό αποτέλεσμα.

5.3 Χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία.

Μερικοί άνθρωποι με αθροιστική κεφαλαλγία έχουν τη χρόνια μορφή της. Αυτό με απλά λόγια σημαίνει ότι βρίσκονται μόνιμα ή σχεδόν μόνιμα σε περίοδο κρίσεων, έχοντας μία ή περισσότερες κρίσεις καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά. Αν και η θεραπεία είναι δυσκολότερη, και στη χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία μπορεί με την φαρμακευτική αγωγή να παρατηρηθεί βελτίωση ή και πλήρης ύφεση των κρίσεων. Η φαρμακευτική αγωγή της χρόνιας αθροιστικής κεφαλαλγίας γίνεται συνήθως με τη βεραπαμίλη ή το λίθιο, ενώ επίσης έχουν δοκιμαστεί και διάφορα άλλα φάρμακα. Η δοσολογία και ο συνδυασμός των φαρμάκων μπορεί να αποτελούν δύσκολο καθήκον, ακόμα και για έμπειρους νευρολόγους. Επαναλαμβανόμενοι αποκλεισμοί (μπλοκ) των ινιακών, υπερκόγχιων και υπετροχίλιων νεύρων ή του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου (δείτε παραπάνω), επίσης μπορούν να βοηθήσουν, όπως επίσης και η έγχυση βοτουλινικής τοξίνης (Botox).

Κάθε άνθρωπος με αθροιστική κεφαλαλγία, ακόμη και με την δυσίστη χρόνια μορφή της, δικαιούται να μην πονάει και φαίνεται ότι σήμερα, στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό μπορεί να επιτευχθεί. Σε πολλά Ιατρεία Κεφαλαλγίας υπάρχει ιδιαίτερη ευαισθησία για ασθενείς με αθροιστική κεφαλαλγία και δίνεται η δυνατότητα άμεσου ραντεβού, χωρίς αναμονή, με σκοπό την έγκαιρη έναρξη της κατάλληλης ανακουφιστικής θεραπείας.

5.4 Η Αθροιστική κεφαλαλγία στην Ελλάδα

Τα μοναδικά επιστημονικά στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί από την Ελλάδα με θέμα την αθροιστική κεφαλαλγία, όσον αφορά την κλινική εικόνα, τα επιδημιολογικά στοιχεία αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες ασθενείς στη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματός τους, δημοσιεύτηκαν το 2017 στο *Journal of Headache and Pain* με τίτλο «Η αθροιστική κεφαλαλγία στην Ελλάδα- μια μελέτη κλινικής και επιδημιολογικής παρατήρησης σε 302 ασθενείς» (πρωτότυπος τίτλος: «Vikelis M. and Rapoport AM. Cluster headache in Greece: an observational clinical and demographic study of 302 patients»). Η δημοσίευση αυτή έδωσε στοιχεία αναλυτικά και πλήρη που κάλυψαν τα κενά και τις λαθεμένες αντιλήψεις που υπήρχαν στο θέμα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, όπως για παράδειγμα ότι η αθροιστική κεφαλαλγία δεν αφορά τις γυναίκες ή την παρωχημένη άποψη πως αφορά μόνο λίγες εκατοντάδες ασθενείς στη χώρα μας, με μια συχνότητα που τα παλαιά βιβλία ανέφεραν ως 1 στους 10.000 ανθρώπους και που στην πραγματικότητα είναι τουλάχιστον δεκαπλάσια.

Ορισμένα ενδιαφέροντα σημεία του άρθρου αυτού, όπως συνοψίζονται την περίληψη του, είναι τα εξής:

1. Η αθροιστική κεφαλαλγία, παρά την διαδομένη αντίθετη άποψη, μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά σε παιδική ή και εφηβική ηλικία (η μικρότερη ηλικία έναρξης που καταγράφηκε ήταν τα 8 έτη).
2. Οι περισσότεροι ασθενείς με αθροιστική κεφαλαλγία στην Ελλάδα παραμένουν με λαθεμένη διάγνωση ή χωρίς διάγνωση για πολλά χρόνια. Ο μέσος όρος, από την έναρξη της

νόσου ως τη διάγνωση ήταν 7,2 χρόνια, ενώ το μεγαλύτερο διάστημα νόσου που καταγράφηκε χωρίς να έχει τεθεί η διάγνωση ήταν 45 χρόνια. Το 80% των ασθενών, είχαν επισκεφθεί κατά μέσο όρο 3,5 γιατρούς, πριν τεθεί η σωστή διάγνωση.

3. Ακόμη και σε περιπτώσεις ασθενών που είχαν φτάσει σε διάγνωση, η διεθνώς ενδεδειγμένη αγωγή είχε συστηθεί μόνο σε περίπου έναν στους τρεις. Δυστυχώς, μεταξύ των 302 ασθενών, σε 42 περιπτώσεις καταγράφηκε πως είχαν υποβληθεί σε επεμβάσεις (χειρουργικές σε μύτη, ιγμόρεια, διάφραγμα, αυχένα ή οδοντιατρικές) καθώς είχε θεωρηθεί πως η κεφαλαλγία τους οφειλόταν σε τέτοια προβλήματα.

4. Παρά το ότι η εικόνα συνήθως είναι τυπική, δεν είναι σπάνιες κάποιες ατυπίες όπως η αλλαγή πλευράς του πόνου (12,6%), η εντόπιση της μέγιστης έντασης πόνου εκτός της «τυπικής» περιοχής (δηλαδή, μάτι, κρόταφος, μέτωπο) στο 10,2%, η ύπαρξη «ημικρανικών» συμπτωμάτων (ενόχληση από φως, ήχους, ναυτία έμετος) σε σημαντικό ποσοστό.

5. Η αναλογία ασθενών με χρόνια θροιστική κεφαλαλγία ήταν ένας στους πέντε, ενώ το ποσοστό των γυναικών ήταν 1 στους 3.5 ασθενείς.

Το πλήρες άρθρο είναι ελεύθερα προσβάσιμο στην ιστοσελίδα του ιατρικού περιοδικού The Journal of Headache and Pain. Τη στιγμή που γράφεται αυτό το κείμενο, διεξάγονται έρευνες για ανεύρεση γονιδίων που σχετίζονται με την θροιστική κεφαλαλγία από το Πανεπιστήμιο Αθηνών, αλλά και το University College London, σε συνεργασία με το Ιατρείο Κεφαλαλγίας Γλυφάδας.





κεφάλαιο 6.

ΑΛΛΕΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑΛΓΙΕΣ

6. Άλλες κεφαλαλγίες και νευραλγίες

6.1 Νευραλγία Τριδύμου

Το τρίδυμο νεύρο είναι το νεύρο που είναι υπεύθυνο για την μεταφορά στον εγκέφαλο των αισθήσεων του πόνου, της θερμοκρασίας και της αφής από την περιοχή του προσώπου και του μπροστινού μέρους του κεφαλιού. Η νευραλγία του τριδύμου νεύρου χαρακτηρίζεται από απότομο, πολύ δυνατό και μικρής διάρκειας πόνο (διαρκεί από λίγα δευτερόλεπτα ως λίγα λεπτά) που μπορεί να επανέρχεται πολλές φορές την ημέρα. Συνήθως, ο ασθενής νιώθει ότι ο πόνος έχει χαρακτήρα «σαν να χτυπάει ηλεκτρικό ρεύμα».

Ο πόνος της νευραλγίας τριδύμου εντοπίζεται στο πρόσωπο ή στο μπροστινό μέρος του κεφαλιού (αναλυτικότερα, μπορεί να εντοπίζεται στο σαγόνι, στο μάγουλο ή στην περιοχή γύρω από το μάτι και τον κρόταφο) και συχνά αναφέρεται ότι μπορεί να προκληθεί από απλές κινήσεις, όπως η ομιλία, η μάσηση ή το ξύρισμα του προσώπου, ενώ μερικές φορές ακόμη και ένα ελαφρό ρεύμα αέρα που «χτυπάει» τον ασθενή μπορεί να προκαλέσει τον πόνο. Ωστόσο, συνεχόμενος



Η διάρκεια του πόνου στη νευραλγία τριδύμου είναι μικρή, από λίγα δευτερόλεπτα ως δύο λεπτά, αλλά μπορεί να εμφανίζεται πολλές φορές μέσα στην ημέρα. Συνεχόμενος πόνος, με σταθερή ή σχεδόν σταθερή ένταση, δεν μπορεί να είναι νευραλγία τριδύμου.

πόνος, με σταθερή ή σχεδόν σταθερή ένταση, δεν μπορεί να είναι νευραλγία τριδύμου.

Όπως προαναφέρθηκε, η εμφάνιση νευραλγίας του τριδύμου νεύρου αποτελεί εκδήλωση δυσλειτουργίας του, η οποία μπορεί να έχει κάποια συγκεκριμένη αιτία (για παράδειγμα, πίεση του νεύρου από αγγειακό κλάδο ή από όγκο), αλλά και για την οποία πολλές φορές δεν ανευρίσκεται υποκείμενο αίτιο (στην περίπτωση αυτή, μιλάμε για «ιδιοπαθή νευραλγία τριδύμου»). Έτσι, η διαγνωστική προσέγγιση ενός ανθρώπου με συμπτώματα νευραλγίας τριδύμου θα πρέπει να γίνεται από ειδικό νευρολόγο ή σε κάποιο Ιατρείο Κεφαλαλγίας, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις θα χρειαστούν εξετάσεις, για να αποκλειστεί ότι η νευραλγία οφείλεται σε κάποια υποκείμενη αιτία, όπως σε έναν όγκο, σε ένα ανεύρυσμα ή σε άηλου τύπου βλάβη. Ως εκ τούτου, μετά την απαραίτητη λήψη του ιστορικού και κλινική νευρολογική εξέταση, κάποια απεικονιστική εξέταση όπως η μαγνητική τομογραφία είναι αρκετές φορές απαραίτητο να γίνει.

Η νευραλγία του τριδύμου μπορεί να είναι βασανιστική αλλά, ευτυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις, αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη χρήση ορισμένων νευροτροποποιητικών φαρμάκων. Στα φάρμακα της κατηγορίας αυτής που χρησιμοποιούνται συχνότερα στη νευραλγία του τριδύμου νέυρου περιλαμβάνονται, μεταξύ αρκετών άλλων, η καρβαμαζεπίνη, η οξικαρβαζεπίνη και η γκαμπαπεντίνη. Με τις κατάλληλες δόσεις ή συνδυασμούς αυτών ή και άλλων φαρμάκων, τις περισσότερες φορές οι κρίσεις της νευραλγίας τριδύμου υποχωρούν πλήρως ή, έστω, ελέγχονται ικανοποιητικά. Τα νευροτροποποιητικά φάρμακα πρέπει να δίνονται μόνο μετά από συνταγή και κάτω από παρακολούθηση νευρολόγου.

Όπως προαναφέρθηκε, σχετικά σπάνια η φαρμακευτική θεραπεία της νευραλγίας τριδύμου θα αποτύχει και θα είναι αναπόφευκτη κάποια χειρουργική θεραπεία, η οποία γίνεται από ειδικευμένους νευροχειρουργούς.

6.2 Πονοκέφαλος εξαιτίας κάκωσης (χτυπήματος) στο κεφάλι ή στο λαιμό

Πρόκειται για πονοκέφαλο που εμφανίζεται μετά από έναν τραυματισμό στο κεφάλι ή στο λαιμό και μπορεί να εντοπίζεται στο σημείο του χτυπήματος ή να αφορά όλο το κεφάλι. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις τέτοιου είδους πονοκέφαλοι εμφανίζονται μετά από ένα σοβαρό χτύπημα, μερικές φορές μπορεί να εμφανιστούν και μετά από έναν σχετικά επιπόλαιο



Πονοκέφαλος εξαιτίας κάκωσης (χτυπήματος) στο κεφάλι ή στο λαιμό μπορεί να εμφανιστεί μετά από σοβαρό αλλά και μετά από σχετικά επιπόλαιο χτύπημα, σε τροχαίο ή εργατικό ατύχημα.

τραυματισμό. Συχνά παρατηρούνται μετά από τροχαία ατυχήματα, ατυχήματα στην εργασία, ενώ στις ΗΠΑ ήταν πολλές οι περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν μετά από τραυματισμό κατά τη διάρκεια στρατιωτικής υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη. Υπάρχουν περιπτώσεις ανθρώπων που ένας τέτοιος πονοκέφαλος διαρκεί για πολλούς μήνες ή και για χρόνια, μετά από μία κάκωση που τον προκάλεσε. Η θεραπεία ενός τέτοιου πονοκεφάλου καθορίζεται ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση και μπορεί να περιλαμβάνει αναλγητικά, αλλά και αντικαταθλιπτικά ή αγχο-

λυτικά φάρμακα, και αυτό πολλές φορές γίνεται ανεξάρτητα του αν συνυπάρχει άγχος και κατάθλιψη ή όχι, καθώς τα φάρμακα αυτά φαίνεται ότι γενικότερα μπορούν να βελτιώσουν τέτοιους πονοκεφάλους.

6.3 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε ανεύρυσμα του εγκεφάλου

Πάρα πολλοί άνθρωποι σκέφτονται ή φοβούνται πως οι πονοκέφαλοι που τους ταλαιπωρούν μπορεί να οφείλονται σε ένα ανεύρυσμα του εγκεφάλου, αυτό όμως συμβαίνει εξαιρετικά σπάνια. Είναι αλήθεια πως δεν είναι στατιστικά απίθανο κάποιος άνθρωπος να έχει ένα εγκεφαλικό ανεύρυσμα. Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν πως αυτό μπορεί να συμβαίνει περίπου ως και στο 3% του πληθυσμού. Ωστόσο, τα εγκεφαλικά ανευρύσματα είναι μεν σχετικά κοινά, αλλά σπάνε σπάνια. Η πιθανότητα ρήξης ενός ανευρύσματος είναι μικρότερη από 0.5%



Πάρα πολλοί άνθρωποι σκέφτονται ή φοβούνται πως οι πονοκέφαλοι που τους ταλαιπωρούν μπορεί να οφείλονται σε ένα ανεύρυσμα του εγκεφάλου, αυτό όμως συμβαίνει εξαιρετικά σπάνια.

γεθος, η θέση του ανευρύσματος, αλλά και το αν υπάρχουν αγγειακοί παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, υπέρταση, παχυσαρκία, διαβήτης κ.α.) είναι ιδιαίτερα σημαντικοί, αλλά και το αν το ανεύρυσμα είναι μονήρες ή πολλαπλό (δηλαδή αν υπάρχει μόνο ένα ή περισσότερα από ένα ανευρύσματα). Ορισμένες φορές, μπορεί να ληφθεί μια απόφαση για άμεση αντιμετώπιση από νευροχειρουργό ενός μη ραγέντος ανευρύσματος ενώ σε άλλες μπορεί να συστηθεί παρακολούθηση.

Σε κάθε περίπτωση, αν ένα ανεύρυσμα σπάσει, δημιουργείται αιμορραγία μέσα στο κρανίο, που ονομάζεται υπαραχνοειδής αιμορραγία. Ο πονοκέφαλος που προκαλείται από ρήξη (σπάσιμο) ανευρύσματος είναι εξαιρετικά έντονος, έχει απότομη έναρξη και πάρα πολύ γρήγορα φτάνει στην κορύφωσή του. «Σαν να δέχτηκα ένα χτύπημα στο κεφάλι με σφυρί», λένε κάποιοι ασθενείς, ενώ ιατρικά ένας τέτοιος πονοκέφαλος ονομάζεται «κεραυνοβόλος κεφαλαλγία», όρος που αντικατοπτρίζει εύστοχα την οξύτατη έναρξη και κορύφωση. Χαρακτηριστικό επίσης είναι ότι ασθενείς με γνωστό ιστορικό χρόνιων πονοκεφάλων με μεγάλη ένταση, όπως για παράδειγμα ημικρανία, περιγράφουν την κεφαλαλγία από υπαραχνοειδή αιμορραγία ως την χειρότερη που έχουν ζήσει. Αυτή μπορεί να συνοδεύεται από δυσανεξία σε φως και θόρυβο, καθώς και εμέτους και μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε απώλεια αισθήσεων. Ένας



Η πιθανότητα και να έχει κάποιος ένα ανεύρυσμα και αυτό να σπάσει, προκαλώντας σοβαρό νευρολογικό πρόβλημα, είναι στατιστικά μικρή.

τέτοιος, «κεραυνοβόλος» πονοκέφαλος αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση, καθώς η υπαραχνοειδής αιμορραγία μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναπηρία στον ασθενή ή ακόμα και τον θάνατο. Έτσι, αν κάποιος άνθρωπος παρουσιάσει έναν πονοκέφαλο με τα χαρακτηριστικά αυτά, χρειάζεται άμεσα να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Ολοκληρώνοντας τη συνοπτική αυτή παρουσίαση σχετικά με τον πονοκέφαλο που προκαλούν τα εγκεφαλικά ανευρύσματα, θα πρέπει να προστεθεί πως και ένα ανεύρυσμα που δεν έχει σπάσει θεωρείται πως μπορεί επίσης να προκαλεί πονοκέφαλο, ο οποίος μπορεί να οφείλεται στο ότι το ανεύρυσμα μεγαλώνει, στο ότι παρουσιάζει μικρορρήξεις, ή στο ότι -ένα μεγάλο ανεύρυσμα- πιέζει παρακείμενες εγκεφαλικές δομές.



Ο πονοκέφαλος που προκαλείται από ρήξη ανευρύσματος είναι εξαιρετικά έντονος, έχει απότομη έναρξη και πάρα πολύ γρήγορα φτάνει στην κορύφωσή του. Αρκετά συχνά, εντοπίζεται στο πίσω μέρος του κεφαλιού ή στον αυχένα.

Ημικρανικοί πονοκέφαλοι όμως δεν έχουν καμία αιτιολογική σχέση με τα ανευρύσματα, ούτε τα συμπτώματα μιας ημικρανίας μοιάζουν με τα συμπτώματα ενός πονοκεφάλου που οφείλεται σε ανεύρυσμα. Τα ανευρύσματα δεν είναι δυνατόν να προκαλούν πονοκεφάλους με τα χαρακτηριστικά της ημικρανίας (για τα τυπικά χαρακτηριστικά της ημικρανίας, δείτε τη σχετική ενότητα) που εμφανίζονται περιοδικά, για χρόνια, διαρκούν για ώρες ή λίγες ημέρες και στη συνέχεια υποχωρούν πλήρως. Ακόμη και στην περίπτωση που σε άνθρωπο με ιστορικό ημικρανίας βρεθεί σε κάποια εξέταση ένα εγκεφαλικό ανεύρυσμα, θα πρέπει να γίνει διευκρίνιση πως πρόκειται για ένα τυχαίο εύρημα, άσχετο με τις ημικρανίες του. Εξάλλου, καθώς η ημικρανία αφορά περισσότερους από 10 σε κάθε 100 ανθρώπους, ενώ τα εγκεφαλικά ανευρύσματα υπάρχουν περίπου στο 3% του πληθυσμού, δεν είναι καθόλου απίθανο, λόγω τυχαίας συνύπαρξης, κάποιος άνθρωπος να πάσχει και από ημικρανία, αλλά και να έχει ένα εγκεφαλικό ανεύρυσμα. Τα ανευρύσματα όμως δεν είναι πιο συχνά στους ημικρανικούς, από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Ούτε η πιθανότητα ρήξης ενός ανευρύσματος είναι μεγαλύτερη σε άτομα με ημικρανία, από ότι σε οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο. Και, καθώς ο πονοκέφαλος που οφείλεται σε σπασμό ανευρύσματος έχει σαφώς διαφορετικά χαρακτηριστικά από αυτά μιας ημικρανίας, ακόμη και σε άτομα με ιστορικό ημικρανίας, δεν είναι εύκολο να γίνει σύγχυση μεταξύ ενός τέτοιου, σοβαρού πονοκεφάλου, και μίας κρίσης ημικρανίας.

Γιατί όμως κατά καιρούς ακούγεται για κάποιον που υπέστη ρήξη ανευρύσματος πως «...είχε χρόνια ισχυρούς πονοκεφάλους, δεν τους είχε διερευνήσει, και τελικά ήταν ανεύρυσμα...»; Στις περιπτώσεις αυτές η σύνδεση των παλαιών και χρόνιων πονοκεφάλων με την εμφάνιση, κάποια στιγμή, μιας ρήξης ανευρύσματος είναι αυθαίρετη και ιατρικά δεν σχετίζεται. Είναι όμως κατανοητό πως άνθρωποι χωρίς ιατρικές γνώσεις μπορεί να κάνουν μια τέτοια συσχέτιση, προσπαθώντας να ερμηνεύσουν το τι συνέβη, με βάση ακόμα και από τα όσα διαβάζουν στο διαδίκτυο ή από ότι έχουν ακούσει από γνωστούς, οδηγούμενοι στις περισσότερες των περιπτώσεων σε λάθος συμπεράσματα. Καθήκον του ιατρού είναι όμως να διαχωρίσει τα δύο φαινόμενα και να τα εξηγήσει ιατρικά. Θα πρέπει εδώ βέβαια να τονιστεί πως άτομα με ιστορικό ημικρανίας, αν παρουσιάσουν έναν καινούργιο πονοκέφαλο με διαφορετικά χαρακτηριστικά από ότι συνήθως, ειδικά αν έχει τα χαρακτηριστικά της «κεραυνοβόλου» κεφαλαλγίας,

Ένας πονοκέφαλος από μη ραγέν ανεύρυσμα που μεγαλώνει θα έχει χαρακτηριστική προοδευτική επιδείνωση, δηλαδή θα χειροτερεύει με το πέρασμα του χρόνου, ενώ ένας πονοκέφαλος από μικρορρηξι ενός ανευρύσματος που μεγαλώνει θα έχει τα χαρακτηριστικά της κεραυνοβόλου κεφαλαλγίας, που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Όπως προαναφέρθηκε, πολλοί άνθρωποι με χρόνιους πονοκεφάλους, ιδίως αν έχουν μεγάλη ένταση όπως μία ημικρανία, συχνά ανησυχούν πως ένα ανεύρυσμα ή κάποια άλλη σοβαρή αιτία ευθύνεται για τις κεφαλαλγίες τους. Οι

θα πρέπει να ζητήσουν άμεσα ιατρική συμβουλή και όχι να επαναπαυτούν στο παλιό ιστορικό και την διάγνωση που ήδη έχουν.

Ο ειδικός νευρολόγος, πού είναι ο κατάλληλος ιατρός για την συγκεκριμένη περίπτωση, θα πρέπει να διακρίνει σωστά τις πιθανές αιτίες μιας κεφαλαλγίας, και θα κάνει την σωστή διάγνωση χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες εξετάσεις, αν χρειαστεί να γίνουν (όπως μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ή αγγειογραφία εγκεφάλου, ανάλογα με την περίπτωση). Αν το ιστορικό είναι ξεκάθαρο για ημικρανία και δεν πρόκειται για συμπτώματα που εμφανίστηκαν σχετικά πρόσφατα, πιθανότητα δεν θα χρειαστεί να γίνει καμία εξέταση, βέβαια. Σε περίπτωση που σε κάποιον έλεγχο βρεθεί ένα μη ραγέν εγκεφαλικό ανεύρυσμα και αν κριθεί πως θα πρέπει να γίνει αντιμετώπιση και όχι παρακολούθηση, η θεραπεία συνήθως γίνεται αποτελεσματικά με την μέθοδο του εμβολισμού, η οποία εκτελείται από ειδικούς επεμβατικούς νευροακτινολόγους ή νευροχειρουργούς.

6.4 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε όγκο του εγκεφάλου

Πολλές φορές ο ειδικός νευρολόγος θα κληθεί να εξετάσει ανθρώπους που παρουσιάζουν κάποιο πονοκέφαλο και που φοβούνται ή ανησυχούν ότι ο πονοκέφαλος τους μπορεί να οφείλεται σε κάποιον όγκο του εγκεφάλου. Ευτυχώς, στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, δεν ισχύει κάτι τέτοιο και πρόκειται για έναν αθώο πρωτοπαθή πονοκέφαλο, όπως η ημικρανία ή ο πονοκέφαλος τάσεως, αν και σαφώς υπάρχουν περιπτώσεις που ένας πονοκέφαλος οφείλεται σε κάποιον όγκο του εγκεφάλου και που, μάλιστα, ο πονοκέφαλος αποτελεί πρώιμη εκδήλωση του όγκου.

Έτσι, κάθε άνθρωπος που παρουσιάζει πονοκέφαλο και για οποιονδήποτε λόγο υπάρχει υποψία ή ανησυχία ύπαρξης ενός όγκου του εγκεφάλου, πρέπει να επισκέπτεται νευρολόγο ή Ιατρείο Κεφαλαλγίας και να υποβάλλεται αρχικά σε προσεκτική νευρολογική εκτίμηση.

Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η διάκριση ενός «αθώου» πονοκεφάλου (π.χ. ημικρανία) από έναν πονοκέφαλο που οφείλεται σε όγκο, είναι καταρχάς κλινικός. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός, λαμβάνοντας από το ιστορικό του ασθενούς όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται



Οι πονοκέφαλοι που οφείλονται σε κάποιον όγκο του εγκεφάλου χαρακτηριστικά παρουσιάζουν σταδιακή επιδείνωση στην ένταση και την συχνότητά τους, ενώ συχνά, αλλά όχι πάντα, συνοδεύονται από ναυτία, εμέτους ή ζαλάδα. Επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου μπορεί να υπάρχουν και άλλα συμπτώματα.

για να κατανοήσει πλήρως τον πονοκέφαλο του, μπορεί να ξεχωρίσει αν ο πονοκέφαλος έχει κάποιο «ύποπτο» για όγκο χαρακτηριστικό ή όχι. Επιπροσθέτως, η κλινική νευρολογική εξέταση είναι πάντα φυσιολογική στους αθώους, πρωτοπαθείς πονοκεφάλους, ενώ στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων έχει παθολογικά ευρήματα σε κάποιον άνθρωπο που έχει όγκο στο κεφάλι. Έτσι, με βάση το αναλυτικό ιστορικό και την κλινική εξέταση ο γιατρός θα κατευθύνει την σκέψη του προς το ενδεχόμενο ενός εγκεφαλικού όγκου ή, αντίθετα, μακριά από αυτό. Η εξέταση με αξονική ή μαγνητική τομογραφία

εγκεφάλου μπορεί βέβαια να επιβεβαιώσει την ύπαρξη ή μη ενός όγκου και θα πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση που ο γιατρός έχει κάποια ένδειξη ότι απαιτείται, αλλά όχι σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις ασθενών που εξετάζονται στο ιατρείο.

Συμπτώματα των όγκων του εγκεφάλου. Υπάρχουν περιπτώσεις που ένας όγκος του εγκεφάλου μπορεί να υπάρχει για μεγάλο διάστημα, χωρίς να προκαλεί συμπτώματα. Ωστόσο, αργά ή γρήγορα ένας εγκεφαλικός όγκος θα προκαλέσει συμπτώματα καθώς θα μεγαλώνει και ο πονοκέφαλος είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα των όγκων του εγκεφάλου. Οι πονοκέφαλοι που οφείλονται σε κάποιον όγκο του εγκεφάλου, χαρακτηριστικά παρουσιάζουν σταδιακή επιδείνωση στην ένταση και την συχνότητά τους, ενώ συχνά, αλλά όχι πάντα, συνοδεύονται από ναυτία, εμέτους ή ζαλάδα. Επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου μπορεί, όπως προαναφέρθηκε, να υπάρχουν και άλλα συμπτώματα όπως επιληπτικές κρίσεις, μούδιασμα ή αδυναμία που σταδιακά επιδεινώνεται σε κάποιο τμήμα του σώματος, διαταραχές της μνήμης ή άλλων εγκεφαλικών λειτουργιών κ.α. Η έγκαιρη εξέταση και διάγνωση μπορεί να είναι κρίσιμη για την πορεία ενός ανθρώπου με όγκο στον εγκέφαλο, καθώς όσο νωρίτερα διαγνωστεί ο όγκος αυτός, τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες για αποτελεσματική αντιμετώπισή του (να σημειωθεί πως τα συμπτώματα που περιγράφηκαν είναι συμπτώματα που συχνά αναφέρονται από ασθενείς με όγκο του εγκεφάλου. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν σε όλους τους ασθενείς με όγκο του εγκεφάλου, ενώ υπάρχουν και ασθενείς με εγκεφαλικό όγκο που πιθανώς έχουν άλλα συμπτώματα).

6.5 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε χρήση φαρμάκου ή ουσίας

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται πονοκέφαλοι που προκαλούνται από φάρμακα (παραδείγματος χάριν, μερικά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για καρδιολογικά προβλήματα, όπως τα αγγειοδιασταλτικά φάρμακα που αποκαλούνται νιτρώδη), ο πονοκέφαλος λόγω της κατάχρησης οινόπνευματος («hangover»), και πονοκέφαλοι που οφείλονται στην κατάχρηση φαρμάκων, παυσίπων ή άλλων. Αν κάποιος άνθρωπος καταναλώνει πάνω από 10-15 ημέρες το μήνα παυσίπινα χάπια οποιουδήποτε είδους, για να αντιμετωπίσει κάποιον πονοκέφαλο, αυτή η υπέρμετρη χρήση φαρμάκων μπορεί η ίδια να οδηγήσει σε πονοκέφαλο ή να συμβάλει στην διαιώνιση των πονοκεφάλων του, καθιστώντας τους πιο συχνούς και πιο ανθεκτικούς στη θεραπεία. Ο πονοκέφαλος από κατάχρηση παυσίπων απαιτεί ειδική θεραπεία, που χορηγείται από νευρολόγους ειδικευμένους σε θέματα πονοκεφάλων και είναι από τις πιο δύσκολες στην αντιμετώπισή τους μορφές πονοκεφάλου.

6.6 Πονοκέφαλος που οφείλεται σε λοίμωξη ή φλεγμονή

Ο πονοκέφαλος συχνά συνοδεύει διάφορες λοιμώξεις (μικροβιακές ή ιογενείς). Ωστόσο, ο πονοκέφαλος μπορεί να είναι σύμπτωμα και επικίνδυνων λοιμώξεων, όπως η μηνιγγίτιδα και η εγκεφαλίτιδα. Ο πονοκέφαλος από μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα μπορεί να συνοδεύεται από διάφορα άλλα συμπτώματα, όπως πυρετός, θόλωση της συνείδησης (ο ασθενής εμφανίζεται σαν νυσταγμένος, αποπροσανατολισμένος και δεν ανταποκρίνεται κανονικά σε λεκτικά ή άλλα ερεθίσματα), αυχεναλγία, αυχενική δυσκαμψία, δυσανεξία στο φως και τους ήχους και, ενδεχομένως, διάφορα άλλα νευρολογικά συμπτώματα. Η έγκαιρη αναγνώριση μίας μηνιγγίτιδας και η άμεση έναρξη θεραπείας έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Οι λοιμώξεις της περιοχής του κεφαλιού μπορεί να είναι σχετικά αθώες (π.χ. ιγμορίτιδα, μετωπιαία κολπίτιδα), που πρέπει ωστόσο να διαγνωστούν σωστά και να

αντιμετωπιστούν με αντιμικροβιακή θεραπεία. Τις περισσότερες φορές, ο πονοκέφαλος που οφείλεται σε μία λοίμωξη (π.χ. ιγμορίτιδα) είναι εντοπισμένος κοντά στην περιοχή της λοίμωξης, ενώ αν ασκήσουμε πίεση στο δέρμα πάνω από την περιοχή ο πόνος χειροτερεύει. Επίσης, ένας τέτοιος πονοκέφαλος συχνά αλλάζει σε ένταση με την αλλαγή θέσης της κεφαλής (π.χ. επιδεινώνεται με το σκύψιμο).

6.7 Ίλιγγος

Αν και ο ίλιγγος φυσικά και δεν αποτελεί πονοκέφαλο, οι δύο καταστάσεις συχνά συνυπάρχουν ή, μερικές φορές, συγχέονται και για το λόγο αυτό παραθέτουμε πληροφορίες για το τόσο συχνό αυτό σύμπτωμα.

Ο ίλιγγος είναι μία αίσθηση περιστροφής του εαυτού μας ή του χώρου γύρω μας, ακόμη κι όταν κάποιος είναι απόλυτα ακίνητος. Άλλη περίπτωση ίλιγγου είναι το αίσθημα πτώσης στο κενό (ψευδαίσθηση πως πέφτουμε από ύψος). Συχνά, ο ίλιγγος έχει την τάση να διαρκεί πολλές ώρες ή και ημέρες, πριν εξαφανισθεί.

Τι προκαλεί τον ίλιγγο. Υπάρχει ένας αριθμός αιτιών που προκαλούν τον ίλιγγο. Ο ίλιγγος, κατ' αρχάς, μπορεί να ορισθεί ανάλογα με την αιτία που τον προκαλεί, σε κεντρικής αιτιολογίας και περιφερικής αιτιολογίας. Ο ίλιγγος κεντρικής αιτιολογίας, οφείλεται σε αίτια που βρίσκονται στον εγκέφαλο, ενώ ο περιφερικής αιτιολογίας σε προβλήματα που εντοπίζονται εντός του έσω ωτός. Σ' αυτή την περίπτωση, μπορεί να εμφανισθεί φλεγμονή στο έσω ους (αυτί), λόγω μιας ασθένειας, ή όταν οι μικροσκοπικοί ωτόλιθοι, που βρίσκονται φυσιολογικά εντός του έσω ωτός, υποστούν κάποια μετατόπιση, προκαλώντας έτσι τον ίλιγγο.



Ο ίλιγγος είναι μία αίσθηση περιστροφής του εαυτού μας ή του χώρου γύρω μας, ακόμη κι όταν κάποιος είναι απόλυτα ακίνητος. Άλλη περίπτωση ίλιγγου είναι το αίσθημα πτώσης στο κενό (ψευδαίσθηση πως πέφτουμε από ύψος).

σοβαρή βλάβη του έσω ωτός και να αποτελέσουν αιτία ίλιγγων. Λιγότερο συχνά, εγκεφαλικά επεισόδια που προσβάλλουν ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, καθώς επίσης η κατά πλάκας σκλήρυνση ή διάφοροι όγκοι, μπορεί να οδηγήσουν στην έναρξη ίλιγγου. Τέλος, μερικοί ασθενείς που πάσχουν από ένα τύπο ημικρανίας, που ονομάζεται ημικρανία της βασικής αρτηρίας, μπορεί να εμφανίσουν σαν σύμπτωμα τον ίλιγγο.

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του ίλιγγου. Οι κρανιακές κακώσεις μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ίλιγγου. Επίσης, διάφορα φάρμακα, περιλαμβανομένων ορισμένων αντιεπιληπτικών, αντι-υπερτασικών, αντικαταθλιπτικών, ακόμη και η

ασπιρίνη. Οτιδήποτε μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου (υπέρταση, καρδιοπάθειες, διαβήτης, κάπνισμα), μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο για ίλιγγο. Σε μερικά άτομα, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ίλιγγο. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει, ότι ποσοστό 2% έως 3% του πληθυσμού, βρίσκεται σε κίνδυνο εμφάνισης ίλιγγου, με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, να εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα.

Ποια είναι τα σημεία και τα συμπτώματα του ίλιγγου. Τα συμπτώματα του ίλιγγου περιλαμβάνουν την αίσθηση της περιστροφής ή της κίνησης. Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόντα, ακόμα κι αν κάποιος είναι απολύτως ακίνητος. Κίνηση της κεφαλής ή του σώματος, όπως περιστροφή στο κρεβάτι, μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα. Τα συμπτώματα είναι διαφορετικά από την αίσθηση της λιποθυμίας. Πολλά άτομα, εμφανίζουν συγχρόνως ναυτία ή έμετο. Κατά την εξέταση, εμφανίζονται συχνά ανώμαλες κινήσεις των οφθαλμών και το σημείο αυτό ονομάζεται νυσταγμός. Μερικοί ασθενείς, μαζί με τον ίλιγγο, εμφανίζουν και διαταραχή της ισορροπίας. Εάν αυτή η διαταραχή διαρκέσει περισσότερο από λίγες ημέρες ή εάν ο ίλιγγος συνοδεύεται από αδυναμία ή από έλλειψη συντονισμού της μιας πλευράς του σώματος, τότε η υποψία για εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλο πρόβλημα στον εγκέφαλο είναι πολύ μεγαλύτερη. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται λεπτομερής εξέταση και αξιολόγηση.

Πώς γίνεται η διάγνωση του ίλιγγου. Μετά από την λήψη του πλήρους ιστορικού του ασθενούς και την λεπτομερή σωματική εξέταση (η οποία περιλαμβάνει πλήρη ωτορινολαρυγγολογικό και νευρολογικό έλεγχο), μπορεί να απαιτηθούν διάφορες παρακλινικές εξετάσεις, όπως μαγνητική τομογραφία, αξονική τομογραφία, ακοομετρικός έλεγχος και μερικές φορές, ηλεκτρο-νυσταγμογραφία (εργαστηριακή αξιολόγηση του ίλιγγου, που μπορεί να βοηθήσει στην διάκριση κεντρικού και περιφερικού ίλιγγου).

Ποια είναι η θεραπευτική αγωγή του ίλιγγου. Μερικές από τις πλέον αποτελεσματικές τεχνικές για την θεραπεία του περιφερικού ίλιγγου είναι οι τεχνικές της επαναφοράς των ωτολίθων, στην φυσιολογική τους θέση. Η γνωστότερη απ' αυτές τις τεχνικές είναι η τεχνική Epley. Επειδή οι κινήσεις αυτές μπορεί αρχικά να επιδεινώσουν τον ίλιγγο, θα πρέπει να εκτελούνται από ειδικά εκπαιδευμένο και πεπειραμένο ιατρό. Επίσης, υπάρχουν και οι ασκήσεις Cawthorne, οι οποίες είναι μία σειρά κινήσεων των ματιών και της κεφαλής, που πρέπει να εκτελούνται από τον ασθενή σε τακτική βάση, για καλύτερα αποτελέσματα. Τέλος, υπάρχουν διάφορα φάρμακα που προσφέρουν σημαντική ανακούφιση.

6.8 Παροξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία (Paroxysmal hemicrania)

Η παροξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία (διεθνώς: paroxysmal hemicrania) είναι μία εξαιρετικά σπάνια μορφή πονοκεφάλου. Ακόμη και νευρολόγοι που εργάζονται σε μεγάλα νοσοκομεία αλλά δεν έχουν ειδική ενασχόληση με τις κεφαλαλγίες μπορεί να έχουν δει ελάχιστα ή και καθόλου περιστατικά της πάθησης. Η παροξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία μοιάζει αρκετά με την αθροιστική κεφαλαλγία στην κλινική της εικόνα. Μάλιστα, θεωρείται «συγγενική» μορφή πονοκεφάλου με την αθροιστική κεφαλαλγία, καθώς και οι δύο μορφές διαγνωστικά συμπεριλαμβάνονται σε μία ευρύτερη «οικογένεια» που στην ιατρική ορολογία αποκαλείται «Τριδυμικές Κεφαλαλγίες του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος». Ο πόνος εντοπίζεται πάντα στην ίδια πλευρά του κεφαλιού, συνήθως πίσω από το μάτι και τον κρόταφο. Συχνά μπορεί να συνοδεύεται από δάκρυα που τρέχουν από το μάτι μόνο στην πλευρά του πόνου,

Βουλωμα ή «τρέξιμο» του ρουθουνιού από την πλευρά του πόνου, κοκκίνισμα του ματιού ή πτώση του βλεφάρου από την ίδια πλευρά. Η διαφορά με την αθροιστική κεφαλαλγία είναι ότι οι κρίσεις διαρκούν λιγότερο από αυτές της αθροιστικής (συνήθως γύρω στα 15-20 λεπτά στην παροξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία, συνήθως από μισή ως μιάμιση ώρα στην αθροιστική κεφαλαλγία), καθώς και ότι η ημερήσια συχνότητά τους είναι μεγαλύτερη (συνήθως στην αθροιστική κεφαλαλγία υπάρχει μία ή λίγες κρίσεις την ημέρα, ενώ στην παροξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία περισσότερες). Η φαρμακευτική θεραπεία στην παροξυσμική μονόπλευρη κεφαλαλγία έγκειται κυρίως στη χορήγηση ινδομεθακίνης, η οποία συνήθως επιφέρει την πλήρη υποχώρηση των κρίσεων. Σε περίπτωση αποτυχίας ή αντενδείξεων, υπάρχουν και άλλες φαρμακευτικές επιλογές.

6.9 Συνεχής μονόπλευρη κεφαλαλγία (hemicrania continua)

Η συνεχής μονόπλευρη κεφαλαλγία (hemicrania continua) είναι μια σπάνια μορφή συνεχούς πονοκέφαλου που, όπως υποδηλώνει το όνομά του, αφορά μόνο τη μία πλευρά του κεφαλιού. Η έννοια του «συνεχούς» πονοκέφαλου είναι κυριολεκτική, καθώς ο πόνος της hemicrania continua δεν σταματάει για μήνες, όντας παρών όλη την ημέρα και όλη τη νύχτα. Στην hemicrania continua ο πόνος είναι σε γενικές γραμμές μέτριας έντασης, ωστόσο μπορεί να υπάρχουν κρίσεις έντονου πόνου, κατά τη διάρκεια των οποίων μπορεί το μάτι από την πλευρά του πόνου να δακρύζει, το βλέφαρο να πέφτει, το ρουθούνι να βουλώνει ή και να «τρέχει». Η εικόνα της hemicrania continua, δηλαδή, κατά την ώρα των παροξυσμών, μοιάζει με αυτήν της κρίσης της αθροιστικής κεφαλαλγίας. Η διαγνωστική προσέγγιση στην περίπτωση της hemicrania continua πρέπει να είναι προσεκτική και ενδελεχής, καθώς η εικόνα αυτή σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να κρύβει κάποια υποκείμενη παθολογική κατάσταση. Η hemicrania continua είναι ένας ιδιαίτερος πονοκέφαλος, καθώς σχεδόν κανένα φάρμακο δεν βοηθάει ιδιαίτερα, εκτός της ινδομεθακίνης. Η ινδομεθακίνη είναι ένα από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Δεδομένου ότι θα δοθεί σε επαρκή και αρκετά υψηλή δόση, η ινδομεθακίνη συνήθως θα ανακουφίσει ριζικά τον πόνο της hemicrania continua μέσα σε λίγες ώρες ή το πολύ μια ή δύο μέρες, εκεί που δεκάδες άλλα φάρμακα μπορεί να έχουν αποτύχει. Επειδή η ινδομεθακίνη, ειδικά σε περίπτωση μακρόχρονης χρήσης μπορεί να έχει παρενέργειες σημαντικές, θα πρέπει να λαμβάνεται υπό την επίβλεψη του νευρολόγου. Κάποια άλλα παρόμοια στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν, αλλά συχνά σε πολύ μικρότερο βαθμό.

6.10 Πόνος στον αυχένα και “αυχενικό σύνδρομο”

Η διάγνωση ονομαζόμενου “αυχενικού συνδρόμου” είναι εξαιρετικά διαδεδομένη. Πολλοί άνθρωποι, είτε από μόνοι τους, είτε μετά από ιατρική επίσκεψη, αποδίδουν διάφορα προβλήματα, όπως πόνο στον αυχένα ή στο πίσω μέρος του κεφαλιού, ζάλη και λιγίγγους σε προβλήματα του αυχένα. Μια απεικονιστική εξέταση, ακτινογραφία, αξονική ή και μαγνητική τομογραφία αυχένα που δείχνει κάποιου τύπου αλλοιώσεις ή προβλήματα συνήθως “τεκμηριώνει” τη διάγνωση.

Σε πάρα πολλές περιπτώσεις όμως, η διάγνωση του “αυχενικού συνδρόμου” είναι λαθεμένη. Καταρχάς, ο όρος “αυχενικό σύνδρομο” δεν αποτελεί συγκεκριμένη ιατρική διάγνωση και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από ιατρούς. Συγκεκριμένα προβλήματα, όπως αυχενική σπονδυλωση, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου κ.α. θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται από τους ιατρούς. Ωστόσο, και αυτά τα συγκεκριμένα προβλήματα, ακόμη και αν υπάρχουν και φαίνο-

νται στις απεικονιστικές εξετάσεις, πολύ συχνά δεν είναι η αιτία για τα συμπτώματα που έχουν οι ασθενείς.

Η παρακάτω άποψη προέρχεται από μία συζήτηση, μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Σχολιά-



ζει, λοιπόν, η ασθενής: "...υποφέρω από αυχενικό σύνδρομο που μόνο τα παυσίπονα (βοηθούν). Όταν είμαι σε κρίση, βάζω στον αυχένα κολλήδρο και φοράω στα μάτια μάσκα για να μην βλέπω φως. Με ενοχλούν και οι έντονοι ήχοι. Οι κρίσεις ξεκινούν συνήθως τις πρώτες πρωινές ώρες. Συχνά, σχετίζονταν με την περίοδο μου, αλλά μετά την εμμηνόπαυση οι κρίσεις έχουν αραιώσει". Η συγκεκριμένη ασθενής είναι πεπεισμένη πως το πρόβλημά της είναι το "αυχενικό σύνδρομο". Ωστόσο, ξεκάθαρα περιγράφει πόνο που έρχεται σε κρίσεις παλαιότερα συσχετιζόμενο με

Πολύ συχνά, ακόμη και αν υπάρχουν προβλήματα στον αυχένα στις απεικονιστικές εξετάσεις, δεν είναι η αιτία για τα συμπτώματα κεφαλαλγίας ή αυχεναλγίας που έχουν οι ασθενείς.

τον μηνιαίο κύκλο της. Στη διάρκεια των κρίσεων δεν θέλει να βλέπει φως. Η περιγραφή αυτή είναι τυπική για ημικρανία. Πόνος στο κεφάλι ή στον αυχένα, που έρχεται σε κρίσεις μεγάλης έντασης, με ενόχληση από το φως και ήχους θα ήταν απίθανο να είναι κάτι άλλο. Ο πόνος από βλάβη στον αυχένα δεν συνοδεύεται από ενόχληση από το φως ή τους ήχους. Η μείωση της συχνότητας των κρίσεων είναι κάτι αρκετά συνηθισμένο στην ημικρανία, μετά την εμμηνόπαυση- αντίθετα τα αυχενικά προβλήματα, συνήθως εκφυλιστικής φύσεως, με το πέρασμα του χρόνου επιδεινώνονται.

Γιατί όμως η συγκεκριμένη ασθενής ή ο ιατρός της δεν αναγνώρισαν την ημικρανία και απέδωσαν τα συμπτώματα σε πρόβλημα του αυχένα; Δυστυχώς, αυτό οφείλεται στο ότι υπάρχει σύγχυση για την κλινική εικόνα της ημικρανίας. Πολλοί πιστεύουν πως είναι απαραίτητο να είναι πόνος στο μισό κεφάλι, με κυριότερη εντόπιση στο μάτι ή στον κρόταφο. Αυτό όμως δεν είναι σωστό. Η ημικρανία μπορεί να εντοπίζεται οπουδήποτε στο κεφάλι ή στον αυχένα, στη μία ή και ταυτόχρονα στις δύο πλευρές. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, πόνος στην πλάτη μπορεί να είναι το πρώτο σημείο έναρξης μιας κρίσης ημικρανίας. Η εντόπιση που μπορεί να αλλάζει (δηλαδή ο ίδιος πόνος να είναι άλλοτε στη μία και άλλοτε στην άλλη πλευρά), αλλά κυρίως ότι ο πόνος έρχεται κατά έντονες κρίσεις, που μετά λίγες ώρες ή και 2-3 μέρες περνούν πλήρως, και συνοδεύονται από ενόχληση από φως ή ήχους είναι τυπικά χαρακτηριστικά της ημικρανίας, ενώ αποκλείεται να οφείλονται σε οποιοδήποτε πρόβλημα του αυχένα. Αντίθετα, προβλήματα του αυχένα, συνήθως προκαλούν καθημερινό πόνο, που όντως μπορεί να παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις, αλλά δεν αλλάζει εντόπιση και δεν συνοδεύεται από ενόχληση σε φως και ήχους. Η άγνοια λοιπόν της τυπικής εικόνας των παθήσεων αυτών, σε συνδυασμό με την εύκολη παραπομπή για απεικονιστικές εξετάσεις (οι οποίες αναδεικνύουν κάποιο πρόβλημα στον αυχένα σχεδόν σε όλους τους ανθρώπους, καθώς οι φθορές στην αυχενική σπονδυλική στήλη είναι κάτι αναπόφευκτο) οδηγούν στη λαθεμένη εντύπωση πως τα προβλήματα στον αυχένα οδηγούν στα συμπτώματα του ασθενούς. Δυστυχώς, η αντιμετώ-

πιση μυοσκελετικών προβλημάτων είναι πολύ διαφορετική από αυτή της ημικρανίας και η λαθεμένη διάγνωση συνήθως οδηγεί σε μη ικανοποιητική αντιμετώπιση του προβλήματος. Στην περίπτωση λοιπόν πόνου στο πίσω μέρος του κεφαλιού, στον αυχένα ή στην ράχη, που συνοδεύεται από ενόχληση σε φως ή και ήχους, ας σκεφτούμε την ημικρανία και όχι το “αυχενικό σύνδρομο”.... Προβλήματα του αυχένα δεν μπορούν να προκαλούν αυτόν τον πόνο. Επίσης, με την ευκαιρία χρήσιμο είναι να αναφερθεί πως ούτε ιλίγγους μπορούν να προκαλούν τα προβλήματα του αυχένα. Η όποση πως “προβλήματα του αυχένα μπορεί συχνά να πιέζουν τα αγγεία που αιματώνουν τον εγκέφαλο και ως εκ τούτου να προκαλούν ίλιγγο” γενικά δεν ισχύει.

6.11 Ινιακή νευραλγία

Με τον όρο «ινιακή νευραλγία» χαρακτηρίζουμε τον πόνο που εμφανίζεται στην ινιακή περιοχή, δηλαδή στο πίσω μέρος του κρανίου, περιοχή που νευρώνουν τα ινιακά νεύρα. Για να είναι ένας πονοκέφαλος ινιακή νευραλγία, απαιτείται να έχει κάποια τυπικά χαρακτηριστικά. Τα κυριότερα από αυτά είναι η μεγάλη ένταση του πόνου, η εμφάνιση κατά παροξυσμούς με διάρκεια λίγων δευτερολέπτων και ο οξύς ή «διαξιφιστικός» χαρακτήρας, δηλαδή το αίσθημα ότι ο πόνος μοιάζει με «ξυραφιά ή μαχαιριά». Από τα τρία χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν, απαιτείται να υπάρχουν τουλάχιστον δύο για να είναι ο πόνος ινιακή νευραλγία. Επίσης, στην ινιακή νευραλγία συνήθως συνυπάρχει δυσάρεστο αίσθημα ή και πόνος στην περιοχή, ακόμη και με απλά ερεθίσματα, όπως το να ακουμπήσει κανείς απαλά το δέρμα ή και τα μαλλιά της περιοχής. Επίσης, μπορεί να υπάρχει ευαισθησία στην περιοχή, δηλαδή το άγγιγμα με ελαφρά πίεση προκαλεί πόνο, ενώ σε αρκετούς ανθρώπους μπορεί η πίεση σε συγκεκριμένα σημεία, που περνάνε τα ινιακά νεύρα να προκαλεί έντονο πόνο. Μερικές φορές, μπορεί να υπάρχει μειωμένη αισθητικότητα ή δυσάρεστη αίσθηση στην προσβεβλημένη περιοχή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο πόνος της ινιακής νευραλγίας μπορεί να αντανακλά στο μπροστινό μέρος του κεφαλιού, μέχρι το μέτωπο ή το μάτι.

Αν και η ινιακή νευραλγία έχει ξεκάθαρα χαρακτηριστικά, είναι πάρα πολλές οι φορές που



Με τον όρο «ινιακή νευραλγία» χαρακτηρίζουμε τον πόνο που εμφανίζεται στην ινιακή περιοχή, δηλαδή στο πίσω κάτω μέρος του κρανίου. Τα πιο συχνά χαρακτηριστικά του είναι η μεγάλη ένταση του πόνου, η εμφάνιση κατά παροξυσμούς με διάρκεια λίγων δευτερολέπτων και ο οξύς ή «διαξιφιστικός» χαρακτήρας.

άλλες καταστάσεις λαθεμένα διαγιγνώσκονται ως ινιακή νευραλγία. Η εξήγηση για αυτό έχει να κάνει με την εντόπιση του πόνου. Ωστόσο, πόνος στην ινιακή περιοχή μπορεί να υπάρχει και στην ημικρανία, στην αθροιστική κεφαλαλγία, στην κεφαλαλγία τάσεως, στην κεφαλαλγία από δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, αλλά και σε κεφαλαλγίες που οφείλονται σε προβλήματα του αυχένα ή της ράχης. Μάλιστα, σε τυπικές – κατά τα άλλα- περιπτώσεις ημικρανίας ή αθροιστικής κεφαλαλγίας, μπορεί ο πόνος να εντοπίζεται κυρίως ή και αποκλειστικά στην ινιακή περιοχή. Η διάγνωση λοιπόν, τίθεται με

αξιολόγηση όλων των κλινικών συμπτωμάτων και όχι μόνο της εντόπισης του πόνου. Επί συμπτωμάτων που μοιάζουν με ινιακή νευραλγία, παρακλινικές εξετάσεις, όπως απεικονιστικές ή αιματολογικές εξετάσεις, γίνονται σύμφωνα με τη κρίση του θεράποντας ιατρού.

Οι πιο κλασικές θεραπείες για την ινιακή νευραλγία γίνονται με καθημερινή λήψη φαρμάκων όπως η γκαμπαπεντίνη, η πρεγκαμπαλίνη και η ντουλοξετίνη. Τα τελευταία χρόνια, έδαφος κερδίζουν θεραπείες όπως η έγχυση Βοτοχ στην περιοχή ή η διενέργεια αποκλεισμού (block) των ινιακών νεύρων, μέθοδοι απλές και πολύ ασφαλείς. Επεμβατικές μέθοδοι, όπως η χρήση ραδιοσυχνοτήτων ή ακόμη περισσότερο η εμφύτευση μόνιμων διεγερτών, γίνονται μόνο όταν οι απλούστερες μέθοδοι αποτυγχάνουν.

6.12 Κεφαλαλγία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος

Η δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος (γνωστή και ως Κροταφογναθικές διαταραχές) είναι ο ιατρικός όρος που περιλαμβάνει τις μυοσκελετικές διαταραχές των κροταφογναθικών αρθρώσεων και των μαστήριων μυών. Στα αγγλικά ο όρος είναι γνωστός ως Temporomandibular disorders (TMD). Οι κροταφογναθικές αρθρώσεις είναι οι δύο αρθρώσεις που βρίσκονται ακριβώς μπροστά από τα αυτιά και συνδέουν την κάτω γνάθο (σαγόνη) με το κρανίο. Οι μαστήριοι μύες είναι οι μύες που είναι απαραίτητοι για να μασήσουμε την τροφή μας με πιο σημαντικούς τους μαστήρες (που βρίσκονται στις παρειές/μάγουλα) και τους κροταφίτες (που βρίσκονται στην περιοχή των κροτάφων).

Τα κυριότερα συμπτώματα της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος είναι πόνος, ήχοι από τις κροταφογναθικές αρθρώσεις και αδυναμία ή περιορισμός κίνησης της κάτω γνάθου. Ο πόνος είναι το πιο συχνό σύμπτωμα και μπορεί να εντοπίζεται είτε στη μία, είτε και στις δύο πλευρές του κεφαλιού, στις περιοχές μπροστά από το αυτί, στην περιοχή των κροτάφων ή και στα μάγουλα. Ο πόνος είναι συνήθως μέσης έντασης, διακοπτόμενος και επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της λειτουργίας της κάτω γνάθου όπως στο μάσημα (ειδικά σκληρών τροφών), το άνοιγμα του στόματος, το χασμουρητό, την ομιλία, κτλ. Ειδικά όταν ο πόνος προέρχεται από τους κροταφίτες μύες οι ασθενείς τον περιγράφουν «σαν μια τανάθια που σφίγγει το κεφάλι τους». Οι ήχοι από τις αρθρώσεις μπορεί να είναι διαφόρων τύπων. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν επίσης αδυναμία ή περιορισμό στην κίνηση της κάτω γνάθου, παραπονούμενοι ότι δεν μπορούν να ανοίξουν το στόμα τους ή να χασμουρηθούν όπως πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Επειδή η ένταση του πόνου σε ασθενείς που αναπτύσσουν δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος δεν είναι ακραία, οι ασθενείς είναι σε θέση να συνεχίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Όταν όμως ο πόνος γίνεται χρόνιος και όταν συνυπάρχει με άλλες αιτίες πόνου στο πρόσωπο όπως πόνος από τα δόντια, κεφαλαλγία οποιαδήποτε μορφής, και άλλα, μπορεί να έχει πολλές συνέπειες τόσο στην κοινωνική αλλά και ψυχική ισορροπία του ασθενούς, κάνοντάς τον να αποφεύγει κοινωνικές συναναστροφές και να αναπτύσσει μελαγχολικά συναισθήματα.

Η δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος εμφανίζεται συνήθως στον γυναικείο πληθυσμό σε αναλογία 3:1 σε σχέση με τον αντρικό, ενώ στα άτομα που αναζητούν βοήθεια για τα συμπτώματά τους, η αναλογία φτάνει ακόμα και το 9:1. Συνήθως προσβάλλονται άτομα ηλικίας 35-50 ετών, χωρίς βέβαια να αποκλείονται συμπτώματα ακόμα και σε παιδιά ή σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Η αιτιολογία της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος έχει αποτελέσει πεδίο αντιπαράθεσεων στη διεθνή βιβλιογραφία. Σήμερα πιστεύουμε ότι είναι πολυπαραγοντική, πράγμα που σημαίνει ότι πολλοί διαφορετικοί παράγοντες μπορούν να προ-

διαθέτουν, να ξεκινήσουν ή να διαιωνίσουν τα συμπτώματα. Πρωταγωνιστικό ρόλο παίζουν καθημερινές συνήθειες όπως ο βρυγμός (σφίξιμο και τρίξιμο δοντιών), το μάσημα τσίχλας, το δάγκωμα νυχιών και άλλες που μπορούν να οδηγήσουν σε υπερφόρτιση των μυών και των αρθρώσεων. Άλλοι παράγοντες όπως τραύμα στο πρόσωπο, συστηματικές παθήσεις (όπως αρθρίτιδες, μυοσκελετικές παθήσεις, κτλ) αλλά και γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με

διάφορους επιβαρυντικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες μπορούν να επιβαρύνουν την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.



Ο πόνος είναι το πιο συχνό σύμπτωμα της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος και μπορεί να εντοπίζεται είτε στη μία, είτε και στις δύο πλευρές του κεφαλιού, στις περιοχές μπροστά από το αυτί, στην περιοχή των κροτάφων ή και στα μάγουλα.

και έλεγχος και καταγραφή της κινητικότητας της κάτω γνάθου. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να γίνει και απεικονιστικός έλεγχος (με πανοραμική ακτινογραφία, αξονική ή σπάνια μαγνητική τομογραφία) για τη διερεύνηση της περιοχής. Πολλές φορές θα πρέπει να συνυπολογιστούν και άλλες αιτίες που μπορούν να ευθύνονται για τα συμπτώματα όπως οδοντιατρικά προβλήματα ή κεφαλαλγίες και δημιουργούν αυτό που ονομάζουμε συννοσηρότητα.

Όταν έχει τεθεί η ορθή διάγνωση, η θεραπεία ξεκινάει με την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς για τα ευρήματα, την αιτιολογία των συμπτωμάτων και το σχέδιο θεραπείας μας. Το στάδιο αυτό είναι από τα πιο σημαντικά και έχει αποδειχθεί ότι είναι άκρως απαραίτητο και αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας. Ανάλογα με τη διάγνωση, το θεραπευτικό σχήμα μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (με αναλγητικά φάρμακα), ειδικό και εξατομικευμένο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας της κάτω γνάθου και κατασκευή ενδοστοματικού νάρθηκα σταθεροποίησης. Η επιλογή των θεραπευτικών μέσων, αλλά και της αλληλεπίδρασης που αυτά θα χρησιμοποιηθούν, εξαρτάται και προσαρμόζεται σε κάθε ασθενή. Απαραίτητη είναι η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς στη διάρκεια της θεραπείας ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα. Τα ποσοστά επιτυχίας της συντηρητικής αυτής αντιμετώπισης της δυσλειτουργίας αγγίζουν το 90%. Ακόμα και όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία όμως, ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει σαφείς οδηγίες ούτως ώστε να προληφθεί τυχόν υποτροπή. Σε περίπτωση που το αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό, θα πρέπει να γίνεται επαναξιολόγηση της διάγνωσης και αν χρειαστεί περαιτέρω διερεύνηση με τη βοήθεια συναδέλφων άλλων οδοντιατρικών και ιατρικών ειδικοτήτων.

Η συμβολή τόσο οδοντιατρικών, όσο και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων είναι απαραίτητη σε περίπτωση συνύπαρξης και άλλων παθήσεων. Για παράδειγμα, πολλοί ασθενείς με δυσλειτουργία

τουργία του στοματογναθικού συστήματος μπορεί να εμφανίζουν ταυτόχρονα συνυπάρχουσα κεφαλαλγία, π.χ. ημικρανία. Σε μια τέτοια περίπτωση απαιτείται ασαστή συνεργασία μας με τον ειδικό Νευρολόγο που θα αντιμετωπίσει την κεφαλαλγία του ασθενούς. Η συχνή και ουσιαστική επικοινωνία και συνεργασία μας είναι αυτή που θα καταφέρει να ανακουφίσει τον ασθενή μειώνοντας ταυτόχρονα τον κίνδυνο επανεμφάνισης των συμπτωμάτων στο μέλλον.

6.13 Κεφαλαλγία στους ηλικιωμένους

Οι αλλαγές στην ανατομία και τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος με την πρόοδο της ηλικίας δημιουργούν ορισμένες ιδιαιτερότητες στα είδη και τα χαρακτηριστικά των πονοκεφάλων στους ηλικιωμένους. Ο πονοκέφαλος στα άτομα άνω των 65 ετών, αν και λιγότερο συχνός από ό,τι στους νεότερους, απαιτεί και πάλι διερεύνηση σε νευρολόγο για να αποκλειστεί η περίπτωση να αποτελεί σύμπτωμα κάποιας παθολογικής κατάστασης. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, καθώς στους μεγαλύτερους σε ηλικία είναι συχνό να συνυπάρχουν και άλλα νοσήματα, η ανοχή τους σε φάρμακα που με ευκολία λαμβάνουν οι νεότεροι είναι μειωμένη, ενώ παραδοκεί και ο κίνδυνος της πολυφαρμακίας και της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης αναλγητικών.

Αν και οι λεγόμενοι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι, όπως η ημικρανία και ο πονοκέφαλος τάσεως, είναι οι πιο συχνές αιτίες σε όλες τις ηλικίες, στους μεγαλύτερους η πιθανότητα ο πονοκέφαλος να είναι σύμπτωμα κάποιου άλλου νοσήματος είναι αυξημένη. Αξίζει όμως να θυμόμαστε ότι το ένα τρίτο των ημικρανικών συνεχίζει να υποφέρει και μετά το κατώφλι της τρίτης ηλικίας.

Μια πολύ σημαντική πάθηση που πρέπει να αποκλειστεί σε οποιοδήποτε άτομο άνω των 50 ετών με πρωτοεμφανιζόμενο πονοκέφαλο ή αλλαγή στα χαρακτηριστικά προϋπάρχοντος πονοκεφάλου είναι η κροταφική (ή γιγαντοκυτταρική) αρτηρίτιδα. Πρόκειται για αυτοάνοσο (ρευματολογικό) νόσημα που συνήθως εκδηλώνεται με πόνο στη μία πλευρά του προσώπου/κεφαλιού (όχι μόνο στον κρόταφο), ενώ μπορεί να οδηγήσει και σε διαταραχές στη μάσηση, καταβολή, ανορεξία, απώλεια βάρους και μυϊκούς πόνους. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι υψίστης σημασίας, καθώς ελλοχεύει σημαντικός κίνδυνος για την όραση του ασθενούς. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συνήθως τη λήψη κορτιζόνης για αρκετό χρονικό διάστημα.

Μία σημαντική αιτία πονοκεφάλου, ιδιαίτερα στους πιο ευπαθείς ηλικιωμένους, είναι τα υποσκληρίδια αιματώματα, συνήθως ως συνέπεια χτυπήματος στο κεφάλι ή πτώσης στο έδαφος. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το χτύπημα στο κεφάλι δεν χρειάζεται να είναι πολύ έντονο και ότι τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ακόμη και εβδομάδες μετά. Αν χτυπήσει το κεφάλι του ένα ηλικιωμένο άτομο και ακολουθήως εμφανίσει πονοκέφαλο, ζάλη, υπνηλία, εμέτους ή βλέπει «διπλά», η διενέργεια νευρολογικής εκτίμησης και αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου δεν πρέπει να καθυστερήσει, ειδικά αν ο ασθενής λαμβάνει φάρμακα που επηρεάζουν την πήξη του αίματος, κάτι αρκετά συχνό σε αυτές τις ηλικίες.

Ο φόβος του ασθενούς για κάποιο όγκο στο κεφάλι είναι συχνός όταν πρωτοεμφανιστεί πονοκέφαλος ακόμη και στους νεότερους, ενώ ενίοτε και ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ιδίως αν είναι αιμορραγικό, μπορεί να εκδηλωθεί ως πόνος στην περιοχή της κεφαλής. Λοιμώξεις όπως η μηνιγγίτιδα ή ο έρπητας ζωστήρας εμφανίζονται συχνά με πονοκέφαλο. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ακολουθείται ο ίδιος διαγνωστικός αλγόριθμος όπως και στους νεότερους. Ο έρπητας ζωστήρας οφείλεται σε επανενεργοποίηση του ιού της ανεμευλογιάς και συνήθως διαγιγνώσκεται εύκολα λόγω του συνοδού εξανθήματος. Ενδέχεται ο πόνος να επιμένει και μετά τη θεραπεία και την υποχώρηση του εξανθήματος. Η κατάσταση αυτή κα-

λείται μεθερπητική νευραλγία και ευτυχώς ανταποκρίνεται συνήθως στα ειδικά φάρμακα που θα χορηγήσει ο νευρολόγος.

Συχνότερη μετά την ηλικία των 50 ετών είναι η νευραλγία του τριδύμου, που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους, έντονους πόνους στη μία πλευρά του προσώπου, σαν ηλεκτρικά σοκ ή «σουβλιές» μικρής διάρκειας. Θεραπευτικά συνήθως χορηγούμε αντιεπιληπτική αγωγή με αρκετά καλά αποτελέσματα (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η πάθηση σχετίζεται με επιληψία).

Συμπερασματικά, επειδή στους ηλικιωμένους συχνά συνυπάρχουν πολλαπλά προβλήματα υγείας και η εμφάνιση ενός νέου πονοκεφάλου είναι πιθανό να συνιστά εκδήλωση υποκείμενου νοσήματος, η διαγνωστική διερεύνηση απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Θεραπευτικά, πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπ' όψιν η κατανάλωση και άλλων, συνήθως, φαρμάκων, καθώς και η πιθανότητα κατάχρησης αναλγητικών, που μπορεί η ίδια να πυροδοτεί καθημερινούς πονοκεφάλους.

6.14 Πονοκέφαλοι το καλοκαίρι

Οι περισσότεροι άνθρωποι με πονοκεφάλους έχουν την εμπειρία πως η συχνότητα και η ένταση των πονοκεφάλων μεταβάλλεται στη διάρκεια του χρόνου, επηρεαζόμενη από ποικίλους παράγοντες, όπως, μεταξύ άλλων, η κόπωση, η ψυχική ένταση και οι καιρικές συνθήκες. Η καλοκαιρινή περίοδος είναι η περίοδος του χρόνου που για αρκετούς ανθρώπους με ημικρανία ή κεφαλαλγία τάσεως χαρακτηρίζεται από επιδείνωση των πονοκεφάλων τους. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που παίζουν ρόλο και, ως εκ τούτου, αρκετά σημεία που πρέπει να προσέξει κάποιος, ώστε να αποφύγει ή να μειώσει την έξαρση των πονοκεφάλων.

Προφυλαχθείτε από το έντονο ηλιακό φως. Πέρα από τα γνωστά σε όλους μας ηλιακά εγκαύματα, η έκθεση στο έντονο ηλιακό φως μπορεί να πυροδοτήσει μια κρίση σε ανθρώπους με ημικρανία, αλλά και σε αρκετούς με άλλα είδη πονοκεφάλων. Το ίδιο ισχύει για την αντανάκλαση του ηλιακού φωτός σε φωτεινές επιφάνειες, όπως μεγάλες επιφάνειες κτιρίων αλλά και η άμμος στις παραλίες. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια πως κάποιος θα πρέπει να μένει μέσα στο σπίτι, αλλά πως σκόπιμο είναι να αποφεύγει την για πολύ ώρα έκθεση στον ήλιο, να μένει σε σκιερό μέρος στην παραλία και βέβαια να φοράει καπέλο και γυαλιά ηλίου.

Ενυδατωθείτε σωστά. Η ανεπαρκής ενυδάτωση είναι εξαιρετικά συχνός πυροδοτικός παράγοντας για τις κεφαλαλγίες κάθε είδους και το καλοκαίρι μπορεί να συμβεί πολύ εύκολα, καθώς λόγω των θερμοκρασιών το σώμα μας χάνει υγρά με ταχύ ρυθμό. Παρόλα αυτά, πολλοί άνθρωποι δεν πίνουν αρκετά υγρά. Σημαντικό είναι επίσης τα υγρά που επιλέγει κάποιος να μην περιέχουν μεγάλες ποσότητες ζάχαρης ή καφεΐνης, όπως συμβαίνει με πολλά αναψυκτικά. Έτσι, το νερό και οι φυσικοί χυμοί αποτελούν την καλύτερη λύση για την αναπλήρωση των υγρών που χάνουμε. Η ποσότητα των υγρών που χρειάζεται ο κάθε άνθρωπος ποικίλει και έτσι δεν μπορεί να γίνει μια καθολική σύσταση για το πόσα υγρά πρέπει να πίνουμε το

καλοκαίρι. Η ενυδάτωση στην ημικρανία είναι βέβαια σημαντική όλο το χρόνο και όχι μόνο το καλοκαίρι.

Γυμναστείτε με προσοχή. Με δεδομένη την έλλειψη χρόνου που υπάρχει το χειμώνα, οι καλοκαιρινές διακοπές μπορεί συχνά να αποτελούν μια καλή αφορμή για να ασκηθεί κάποιος, συμμετέχοντας σε ένα



Η καλοκαιρινή περίοδος είναι η περίοδος του χρόνου που για αρκετούς ανθρώπους με ημικρανία ή κεφαλαλγία τάσεως χαρακτηρίζεται από επιδείνωση των πονοκεφάλων τους.

ομαδικό ή ατομικό άθλημα. Ωστόσο, οι καιρικές συνθήκες του ελληνικού καλοκαιριού δεν ευνοούν την έντονη άσκηση και ακόμη και η άσκηση στη σκιά μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και αφυδάτωση. Η άσκηση το καλοκαίρι λοιπόν θα πρέπει να γίνεται με μέτρο, με αποφυγή πολύ μεγάλης έντασης, μακράς έκθεσης στον ήλιο ή σε υψηλές θερμοκρασίες και μεγάλη προσοχή στη σωστή ενυδάτωση. Σε διαφορετική περίπτωση, μια κρίση δυνατής κεφαλαλγίας μπορεί να ακολουθήσει την ευχαρίστηση της γυμναστικής.

Ακολουθείστε τακτικό πρόγραμμα. Συνήθως το καλοκαίρι και οι διακοπές είναι η ευκαιρία να αλλάξουμε τις συνήθειες μας- να κοιμηθούμε πιο αργά το βράδυ, να μείνουμε περισσότερο ξαπλωμένοι το πρωί και να ακολουθήσουμε ένα πιο ελεύθερο πρόγραμμα στη διάρκεια της ημέρα, πολλές φορές αλλοιώνοντας το την τελευταία στιγμή ανάλογα με τη διάθεση μας. Αν και όλα αυτά σίγουρα μας χρειάζονται, μετά από μια κουραστική χρονιά, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως η ημικρανία συχνά πυροδοτείται από τις αλλαγές στο πρόγραμμα μας και έτσι περισσότερος ή λιγότερος ύπνος ή παράλειψη γευμάτων μπορεί να οδηγήσουν σε μια επώδυνη ημικρανική κρίση. Όσοι λοιπόν έχουν εμπειρία από ημικρανίες που πυροδοτούνται από αυτούς τους παράγοντες, καλό είναι να προσπαθούν να τηρούν σταθερά ωράρια ύπνου και λήψης γευμάτων.



Η ανεπαρκής ενυδάτωση είναι εξαιρετικά συχνός πυροδοτικός παράγοντας για τις κεφαλαλγίες κάθε είδους.

Κάντε σωστά τη θεραπεία σας. Αν λαμβάνετε φάρμακα, είτε για τις κεφαλαλγίες σας, είτε για άλλο λόγο, είναι σημαντικό να τα λαμβάνετε σωστά, μην παραλείποντας δόσεις και στις τακτικές τους ώρες. Αν και οι δόσεις κάποιων φαρμάκων ενδέχεται να χρειάζεται να αλλάξουν το καλοκαίρι (συμβουλευτείτε το γιατρό σας για το ενδεχόμενο αυτό), η παράλειψη της λήψης φαρμάκων αποτελεί από τους σημαντικότερους λόγους που άνθρωποι που λαμβάνουν καθημερινή προφυλακτική θεραπεία για τις κεφαλαλγίες

τους μπορεί να έχουν μια έξαρση των κρίσεων το καλοκαίρι.

Αν εμφανιστεί μια κρίση, αντιμετωπίστε την. Οι κρίσεις κάθε κεφαλαλγίας πρέπει να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Η επιλογή ενός από τα αναλγητικά/αντιφλεγμονώδη ως πρώτης γραμμής για τις κρίσεις κεφαλαλγίας τάσεως είναι πολύ λογική και συνήθως έχει πολύ καλά αποτελέσματα, ειδικά όταν τα φάρμακα λαμβάνονται εγκαίρως. Οι τριπτάνες επίσης έχουν πολύ καλή αποτελεσματικότητα στις κρίσεις της ημικρανίας. Είτε πρόκειται για το καλοκαίρι, είτε για άλλες εποχές του χρόνου, δεν πρέπει κανείς να ξεχνά πως η λήψη οποιουδήποτε αναλγητικού δεν πρέπει να γίνεται αλόγιστα, αλλά εντός ορίων και η χρήση τους πρέπει να καταγράφεται, ώστε να αξιολογείται από τον γιατρό.

6.15 Πονοκέφαλος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Αν και οι συνήθως οι κεφαλαλγίες εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας, δεν είναι καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις που παρουσιάζονται κατά την αφύπνιση ή και κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα να ξυπνάνε τον ασθενή. Μερικές φορές μάλιστα ο πονοκέφαλος

μπορεί να παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια του ύπνου ή κατά την αφύπνιση. Ας δούμε ποιοι τύποι κεφαλαλγία μπορεί συνήθως να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου, ποια «μυστικά» μπορεί να κρύβει ένας πονοκέφαλος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου ή κατά την αφύπνιση, και σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να μας προβληματίσει.

Ημικρανία. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν πονοκέφαλο στη διάρκεια του ύπνου, στατιστικά, θα πάσχουν από ημικρανία. Η ημικρανία δεν έχει ωράριο, και έτσι μια κρίση μπορεί να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια του ύπνου, αφυπνίζοντας μετά από λίγες ώρες τον ασθενή. Αυτό συμβαίνει συνήθως τα ξημερώματα, και ο πόνος έχει ήδη φτάσει σε μεγάλη ένταση, συνοδευόμενος από τα τυπικά για την ημικρανία συμπτώματα της δυσανεξίας στο φως και τους ήχους. Η εικόνα λοιπόν την ημικρανίας που εμφανίζεται κατά την αφύπνιση είναι αυτή μιας κρίσης σε πλήρη εξέλιξη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, και εφόσον έχει τεθεί διάγνωση από νευρολόγο, η θεραπεία πρέπει να λαμβάνεται άμεσα κατά την αφύπνιση, ενώ όχι σπάνια θα χρειαστεί να συστηθεί και ενέσιμη θεραπεία. Σε ανθρώπους με χρόνια ημικρανία δεν είναι ασυνήθιστο ο πόνος να εμφανίζεται καθημερινά κατά την αφύπνιση, τριάντα ημέρες το μήνα.

Αθροιστική Κεφαλαλγία. Η αθροιστική κεφαλαλγία συχνά εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, συνήθως νωρίς, περίπου 1 ώρα μετά την κατάκλιση. Πρόκειται για πόνο στη μία πλευρά του κεφαλιού, κυρίως στο μάτι και γύρω από αυτό. Το μάτι κοκκινίζει και δακρύζει,



Δεν είναι καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις που κεφαλαλγίες παρουσιάζονται κατά την αφύπνιση ή και κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα να ξυπνάνε τον ασθενή. Μερικές φορές, μάλιστα, ο πονοκέφαλος μπορεί να παρουσιάζεται αποκλειστικά τότε.

εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια του ύπνου, συνήθως σε άτομα μέσης ηλικίας ή και μεγαλύτερα. Είναι πόνος και στις δύο πλευρές του κεφαλιού, όχι ιδιαίτερα έντονος, αλλά σφώς προβληματίζει, εφόσον ξυπνάει και ταλαιπωρεί τον ασθενή. Η υπνική κεφαλαλγία πρέπει να διερευνάται, προς αποκλεισμό υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων.

Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν πονοκέφαλο στη διάρκεια του ύπνου ή κατά την αφύπνιση. Για παράδειγμα, η δυσλειτουργία της κροταφογοναθικής άρθρωσης (συνδέει τη γνάθο με το κρανίο), όταν συνυπάρχει «σφίξιμο» ή «τρίξιμο» των δοντιών τη νύχτα, μπορεί να εκδηλώνεται και με πρωινό πονοκέφαλο, περισσότερο σαν βάρος ή σφίξιμο στους κροτάφους. Επίσης, πολύ σοβαρότερες καταστάσεις,

το ρουθούνι από τη πλευρά του πόνου μπορεί να βουλώνει ή να τρέχει, το φως ενοχλεί, ενώ ο ασθενής νιώθει πως δεν μπορεί να μείνει ήσυχος και προτιμά να περπατά νευρικά. Ο πόνος κρατάει σχετικά λίγο (σε σχέση με την ημικρανία ή άλλες κεφαλαλγίες), από μισή ως 3 ώρες και μπορεί να επαναλαμβάνεται την ίδια νύχτα ή και στη διάρκεια της ημέρας, κάποιες φορές σε «σταθερές» ώρες, «σαν ξυπνητήρι». Πολλοί ασθενείς με αθροιστική κεφαλαλγία δεν έχουν κρίσεις στον ύπνο, ούτε τυπικό ωράριο. Η θεραπεία της αθροιστικής κεφαλαλγίας είναι ειδική.

Υπνική κεφαλαλγία. Εξαιρετικά σπάνιος τύπος πονοκέφαλου, εμφ

όπως για παράδειγμα ένας όγκος του εγκεφάλου μπορεί να εκδηλωθούν με πονοκέφαλο που ξυπνάει τον ασθενή. Οι διαταραχές του ύπνου και κυρίως η άπνοια στον ύπνο εκδηλώνονται και με συμπτώματα πονοκεφάλου.

Οποιοσδήποτε άνθρωπος παρουσιάζει πονοκεφάλους στον ύπνο ή την αφύπνιση θα πρέπει να επισκεφτεί νευρολόγο ή Ιατρείο Κεφαλαλγίας, για να γίνει η σωστή διερεύνηση με τις κατάλληλες εξετάσεις. Αν τελικά διαπιστωθεί πως πρόκειται για ημικρανία, που όπως αναφέρθηκε ήδη είναι η πιθανότερη περίπτωση, σημαντικό είναι να λαμβάνεται ευθύς αμέσως μόλις γίνει αντιληπτό πως υπάρχει ένας πονοκέφαλος κατά την αφύπνιση η κατάλληλη θεραπεία. Οι τριπτάνες επίσης έχουν πολύ καλή αποτελεσματικότητα στις κρίσεις της ημικρανίας. Σε κάθε περίπτωση, δεν πρέπει κανείς να ξεχνά πως η λήψη οποιουδήποτε αναλγητικού σε ασθενείς με κεφαλαλγία ή ημικρανία δεν πρέπει να γίνεται αλόγιστα, αλλά εντός ορίων και η χρήση τους πρέπει να καταγράφεται, ώστε να αξιολογείται από τον γιατρό.





κεφάλαιο 7.

**ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΣΧΕΤΙΚΑ
ΜΕ ΤΙΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΘΕΜΑΤΑ**

7. Διάφορα άλλα σχετικά με τις κεφαλαλγίες θέματα.

7.1 Κλινικές μελέτες στην ημικρανία και γιατί είναι σημαντικό να συμμετέχει κανείς

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα συμμετέχει με κέντρα σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη σε μεγάλες διεθνείς μελέτες για την ημικρανία που διεξάγονται ταυτόχρονα σε πολλές πόλεις σε όλο τον κόσμο. Γιατί όμως χρειαζόμαστε κλινικές μελέτες για την ημικρανία αλλά και γενικότερα για ένα καινούργιο φάρμακο που είναι να κυκλοφορήσει; Σε τί βοηθούν και από τί μας προστατεύουν οι κλινικές μελέτες; Όλα ξεκινούν με την κλινική έρευνα. Η σύγχρονη ιατρική δεν αρκείται μόνο στην εμπειρία των γιατρών ή δε δοκιμάζει τυχαία κάποιες θεραπείες για να διαπιστώσει αν λειτουργούν σε κάποιες ασθένειες. Χρησιμοποιεί την κλινική έρευνα για να αποδείξει ότι ένα καινούργιο φάρμακο λειτουργεί ή όχι σε μια ασθένεια και αν έχει παρενέργειες. Η κλινική έρευνα είναι το πιο δυνατό όπλο της επιστήμης για την καταπολέμηση των ασθενειών γενικότερα. Η κλινική έρευνα απαιτεί ειδικές μεθόδους όπως είναι οι διαφορών τύπων κλινικές μελέτες για τη διερεύνηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας μιας δραστικής ουσίας ή μιας ιατρικής πράξης. Οπότε, ουσιαστικά μόνο με κλινικές μελέτες μπορούν να βρεθούν καινούργια και πιο αποτελεσματικά φάρμακα για κάποια ασθένεια και ειδικότερα για τις ημικρανίες. Οι μελέτες στηρίζονται σε εθελοντές ασθενείς, χωρίς αυτούς δεν μπορεί να γίνει τίποτα. Τα καινούργια φάρμακα που είναι υπό μελέτη θα πρέπει να είναι εξίσου ή και πιο αποτελεσματικά από τα ήδη κυκλοφορούντα αλλά και οπωσδήποτε ασφαλή. Μόνο έτσι οι αρμόδιες αρχές δίνουν έγκριση κυκλοφορίας. Οι φαρμακευτικές εταιρίες στο 90% των περιπτώσεων χρηματοδοτούν μια κλινική μελέτη. Στόχος των φαρμακευτικών εταιριών προφανώς είναι και το κέρδος που θα έχουν εφόσον το φάρμακο τους αποδειχθεί αποτελεσματικό και ασφαλές και κυκλοφορήσει. Αν η κλινική μελέτη για ένα φάρμακο δεν έχει καλά αποτελέσματα και δεν εγκριθεί, η φαρμακευτική χάνει πολλά χρήματα που είχε επενδύσει στην μελέτη του φαρμάκου...

Οι φάσεις, τα βήματα δηλαδή μελέτης ενός φαρμάκου είναι τα εξής:

Φάση I: σε 20-80 εθελοντές και εκτιμάται η ασφάλεια του φαρμάκου. Σε αυτή την φάση διερευνάται η δοσολογία για να είναι αποτελεσματικό το φάρμακο και παρακολουθούνται οι παρενέργειες. Έχει σύντομη χρονική διάρκεια (2-3 εβδομάδες).

Φάση II: συνήθως σε 100-300 εθελοντές και μπορεί να κρατήσει και μήνες . Εδώ συνήθως προσδιορίζεται η δοσολογία που θα χορηγηθεί το φάρμακο και εκτιμάται περαιτέρω η ασφάλεια αλλά και η αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου.

Φάση III: συνήθως σε 500 μέχρι και 3000 εθελοντές όπου γίνεται λεπτομερής καταγραφή της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου (με ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια) και σε σχέση με το placebo (συνήθως είναι διπλές τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες, βλ. λίγο παρακάτω) καταγράφονται ανεπιθύμητες ενέργειες και συγκρίνονται με ήδη υπάρχοντα φάρμακα. Είναι οι μελέτες αυτής της φάσης με τις οποίες παίρνει την έγκριση το φάρμακο ή όχι. Στη φάση αυτή μπορεί και να συγκριθεί με ένα φάρμακο που ήδη χρησιμοποιείται για την ίδια πάθηση.

Φάση IV: μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου. Ελέγχονται οι δράσεις και οι παρενέργειες σε μεγάλους πληθυσμούς ή και σε ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού.

Στις διπλά τυφλά και τυχαιοποιημένες μελέτες οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη χωρίζονται σε δυο ομάδες τυχαία με σχεδιασμό ώστε οι ατομικές διαφορές των συμμετεχόντων να εκπροσωπούνται εξίσου και στις δυο ομάδες. Αυτό σημαίνει η λέξη «τυχαιοποίηση». Η τυχαιοποίηση γίνεται πλέον από υπολογιστικά προγράμματα και δεν εμπλέκεται κανένας ερευνητής. Αυτή η διαδικασία επιτρέπει στο τέλος την στατιστική ανάλυση στα αποτελέσματα και είναι και αρκετά ασφαλής η γενίκευση αυτών των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό, αν ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι αρκετά μεγάλος. Η μια ομάδα θα λάβει το υπό έρευνα φάρμακο και η άλλη εικονικό φάρμακο (placebo) ή φάρμακο σύγκρισης. Κανένας, ούτε οι συμμετέχοντες, ούτε όμως οι ερευνητές θα γνωρίζουν ποιος λαμβάνει το υπό δοκιμή φάρμακο και ποιος εικονικό σκεύασμα (placebo). Αυτό σημαίνει «τυφλή».

Μετά το πέρας της μελέτης θα πρέπει να καταχωρηθούν όλα τα στοιχεία, από όλα τα κέντρα ανά τον κόσμο, να επεξεργαστούν και να δημοσιευτούν σε επιστημονικό περιοδικό και ιατρικά συνέδρια. Μετά από αυτό, οι ρυθμιστικές αρχές, ανάλογα με τα αποτελέσματα που θα δημοσιευτούν, θα λάβουν την απόφαση αν το νέο φάρμακο εγκρίνεται επίσημα για τη θεραπεία μιας ασθένειας και στην συνέχεια τα ασφαλιστικά ταμεία θα το αποζημιώσουν.

Πόσο ασφαλές είναι όμως να συμμετέχω σε μια κλινική μελέτη για τις ημικρανίες μου; Από την εμπειρία που υπάρχει πλέον και στην χώρα μας, οι κλινικές μελέτες, ειδικά όσες έγιναν για την ημικρανία, ήταν αρκετά ασφαλείς, πέρα από την αποτελεσματικότητα. Στην Ελλάδα δεν επιτρέπεται όποιος συμμετέχει σε μια μελέτη να λαμβάνει χρήματα, ούτε βέβαια όμως πληρώνει για την συμμετοχή του το παραμικρό στους γιατρούς ή στο ερευνητικό κέντρο. Πρέπει δηλαδή να είναι εθελοντής. Ποια είναι οπότε τα οφέλη συμμετοχής σε μια μελέτη για έναν ασθενή με ημικρανία; Το φάρμακο που μελετάται θεωρείται από τους ερευνητές πιο αποτελεσματικό από τα ήδη υπάρχοντα και πιθανώς θα μειωθούν οι ημικρανίες του. Το υπό μελέτη φάρμακο είναι πολύ πιθανό να μην είναι διαθέσιμο και ο μόνος τρόπος να το λάβει κάποιος να είναι μόνο μέσω της μελέτης. Συχνή, δωρεάν και ενδελεχή ιατρική παρακολούθηση και εργαστηριακός έλεγχος για το χρονικό διάστημα της μελέτης. Βοηθάει την επιστήμη και τους συνανθρώπους του για ένα μέλλον με λιγότερο πόνο. Ποια είναι τα μειονεκτήματα; Δέσμευση για τακτική επίσκεψη στο κέντρο μελέτης και διαδικασίες ενοχλητικές όπως π.χ. συχνή αιμοληψία σε κάποιες μελέτες. Ενδεχόμενη εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από το υπό μελέτη φάρμακο. Αν εμφανιστεί κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια σε μια μελέτη ενημερώνονται

αμέσως όλοι οι ερευνητές ανά τον κόσμο, σε όλα τα κέντρα και οι ερευνητές ενημερώνουν στην συνέχεια τους δικούς τους ασθενείς. Πάντως, στις μεγάλες μελέτες έγκρισης ενός φαρμάκου, αυτό έχει ήδη δοκιμαστεί σε πειραματόζωα και σε άλλους εθελοντές κυρίως σε σχέση με την ασφάλεια του. Τέλος, κανένας, ούτε γιατρός ούτε φαρμακευτική βιομηχανία (ο καθένας για τους δικούς του λόγους), θα ήθελε να κάνουν μια μελέτη και να έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στους συμμετέχοντες. Και οι δυο έχουν αρκετά τεκμηριωμένες υποψίες ότι ερευνούν για ένα αποτελεσματικό και ασφαλές φάρμακο που θα πάει την επιστήμη μπροστά. Ο έλεγχος από τις αρμόδιες κρατικές αρχές είναι αυστηρός και η επίβλεψη συνεχής και όλες οι κλινικές μελέτες που διεξάγονται διεθνώς θα πρέπει να αναφέρονται στο: www.clinicaltrials.gov. Οι κλινικές μελέτες που διεξάγονται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρονται στο: www.clinicaltrialsregister.eu/

7.2 Ιατρικές συσκευές σε ημικρανία και κεφαλαλγίες

Αν και στο εξωτερικό κυκλοφορούν αρκετές ιατρικές συσκευές που αποσκοπούν στην ύφεση των συμπτωμάτων ημικρανιών ή κεφαλαλγιών, η μοναδική τέτοια συσκευή που κυκλοφορεί στην Ελλάδα για την ώρα είναι ένας διαδερμικός ηλεκτρικός ερεθιστής. Η μείωση ημικρανιών και πονοκεφάλων μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να επιτευχθεί με καθημερινή χρήση αυτής της ιατρικής συσκευής, η οποία αποτελεί ιδανική λύση για ανθρώπους που δεν μπορούν να ανεχτούν ή που απλά δεν επιθυμούν να λαμβάνουν φάρμακα. Η συσκευή Cefaly® κυκλοφορεί επίσης στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Η δράση της είναι τεκμηριωμένη με κλινικές μελέτες και ως εκ τούτου η χρήση της προτείνεται από επιστημονικές εταιρείες διεθνώς. Δεν αποτελεί κάποια «εναλλακτική» επιλογή με αμφίβολη αποτελεσματικότητα, αλλά μια τεκμηριωμένη λύση που η σύγχρονη ιατρική μπορεί να προσφέρει. Χρησιμοποιείται καθημερινά, σε μία ή περισσότερες συνεδρίες των 20 λεπτών, και διοχετεύει μικρής έντασης ηλεκτρικό ρεύμα σε περιοχές του κεφαλιού που νευρώνονται από κλάδους του τριδύμου νεύρου, κάτι που είναι εντελώς ακίνδυνο. Έχει δύο «προγράμματα» χρήσης, και ο γιατρός μπορεί να



Η συσκευή Cefaly® κυκλοφορεί στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ και μπορεί να ανακουφίσει από ημικρανίες και κεφαλαλγίες.

της πρέπει να γίνεται μετά από σύσταση και κάτω από παρακολούθηση ειδικού νευρολόγου, ο οποίος θα καθορίσει τον τρόπο χρήσης, αλλά και την λοιπή θεραπεία, αν χρειάζεται. Η συσκευή κυκλοφόρησε στην Ελλάδα τον Μάρτιο του 2015, και δεν προβλέπεται να χορηγείται

επιλέξει ποιο πρόγραμμα αλλά και πόσο συχνά θα πρέπει να χρησιμοποιείται. Με χρήση ειδικού πρόσθετου τμήματος, η συσκευή μπορεί να κάνει δράση στο πίσω μέρος του κεφαλιού, ινιακά. Η διέγερση μέσω του Cefaly® δημιουργεί ένα χαλαρωτικό αποτέλεσμα και η καθημερινή επανάληψη αυτής της χαλαρωτικής επίδρασης οδηγεί στη μείωση του αριθμού των επεισοδίων ημικρανίας ή κεφαλαλγίας τάσεως. Έτσι, μπορεί να αντικαταστήσει τη φαρμακευτική θεραπεία ή να οδηγήσει σε μείωση της. Παρά το ότι θεωρείται ακίνδυνη, η χρήση

από τον ΕΟΠΥΥ. Είναι δυνατόν να αγοραστεί ιδιωτικά απευθείας από την εταιρεία που την εισάγει, εφόσον υπάρχει γνωμάτευση από ειδικό νευρολόγο. Σε κάποια Ιατρεία Κεφαλαλγίας υπάρχει διαθέσιμη συσκευή, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για λόγους επίδειξης ή δοκιμής από ασθενείς που επιθυμούν να δουν την αίσθηση που η συσκευή προκαλεί. Η δοκιμή πριν την αγορά της συσκευής συνιστάται, γιατί κάποιοι ασθενείς δεν ανέχονται την διέγερση που η συσκευή προκαλεί. Η σωστή επιλογή των ασθενών που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να οφηληθούν από τη χρήση της συσκευής είναι το σημαντικότερο σημείο, ώστε να επιτευχθεί μια επιτυχημένη θεραπεία.

7.3 Κεφαλαλγία στην Γενική Ιατρική

Η κεφαλαλγία είναι μία πολύ συχνή και επώδυνη εκδήλωση που παρουσιάζεται σε ανθρώπους όλων των ηλικιών και αποτελεί την πιο συνήθη αιτία επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διεθνώς. Οι γενικοί ιατροί μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση ασθενών με κεφαλαλγία και είναι οι ιατροί που γνωρίζουν το ιστορικό του ασθενούς, την συνοσηρότητα και την λήψη φαρμάκων καθώς και το κοινωνικό και ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς. Ειδικά δε, σε περιοχές εκτός αστικών κέντρων που η έλλειψη ειδικών νευρολόγων είναι έκδηλη, ο ρόλος τους γίνεται σημαντικότερος. Περίπου το 60% των ασθενών με πρωτοπαθή κεφαλαλγία δεν επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό αλλά χρησιμοποιούν παυσίπονα και αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Αν συμβουλευτούν τον οικογενειακό τους ιατρό και το πρόβλημά τους αντιμετωπισθεί σωστά από την αρχική τους επίσκεψη, τότε συνεχίζουν να τον συμβουλεύονται, αλλιώς απευθύνονται σε ειδικό. Αρκετά μεγάλο ποσοστό ασθενών όμως μπορούν να αντιμετωπιστούν από τον οικογενειακό/γενικό ιατρό. Παρ' όλα αυτά όμως ένα ποσοστό μπορεί να παραπεμφθεί σε ειδικό νευρολόγο ή σε ειδικό ιατρείο εφόσον υπάρχει αμφιβολία για την διάγνωση, όταν η κεφαλαλγία επιδεινώνεται ή τέλος δεν υπάρχει ανταπόκριση στην θεραπεία.





κεφάλαιο 8.

Η ΑΠΟΨΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

8.1 Το ταξίδι με την Ημικρανία

*Γράφει ο Κωνσταντίνος Μπίλιας,
Γ. Γραμματέας του Συλλόγου Ασθενών
με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος*

Καθώς γράφω αυτό το κείμενο νοιώθω το κεφάλι μου βαρύ, τα χέρια μου τρέμουν και το στομάχι μου είναι έτοιμο να εκραγεί.

Είναι οι παρενέργειες από το παυσίπονο εργοταμίνης που αναγκάστηκα να πάρω πριν από δύο ώρες για να τερματίσω μία ακόμη κρίση ημικρανίας.

Ήταν η τελευταία από τις περίπου δέκα κρίσεις που ήδη έχω βιώσει αυτό το μήνα. Παρ' ότι νοιώθω εξαντλημένος – μία ακόμη παρενέργεια της εργοταμίνης – αισθάνομαι μια δόση ευφορίας από το γεγονός ότι δεν πονώ και μπορώ να λειτουργήσω ξανά.

Πόσο θα κρατήσει αυτό το διάστημα ελευθερίας από το πόνο; Μία ημέρα, δύο; τρεις, ίσως, αν είμαι τυχερός. Μετά θα επιστρέψει το ίδιο δυνατός, το ίδιο βασανιστικός και θα με στείλει για ώρες ξανά στην απομόνωση, μακριά από φώτα, ήχους και μυρωδιές, μακριά από τη δουλειά μου, την οικογένειά μου και τους φίλους μου.

Ακόμη και οι «καλές μέρες», όμως, δεν είναι το ίδιο καλές με των υπολοίπων ανθρώπων. Είναι γεμάτες με άγχος και ανασφάλεια για το πότε θα έρθει η επόμενη κρίση. Είναι γεμάτη με τα «ΟΧΙ» και τα «ΔΕ ΠΡΕΠΕΙ» που έχει βάλει ο κάθε ημικρανικός στη λίστα του: όχι στον ήλιο, όχι στον αέρα, όχι στα ταξίδια, όχι στο αλκοόλ, όχι στο σινεμά, όχι στα ακανόνιστα ωράρια, όχι στον υπολογιστή, όχι σε διάφορα φαγητά, μια στέλειωτη λίστα με «ΟΧΙ» που ο καθένας από εμάς έχει συντάξει μετά από χρόνια συμβίωσης με το τέρας της ημικρανίας.

Αυτό το τέρας, που όταν μου επιτίθεται, νοιώθω να μου τρυπάει το κεφάλι, νοιώθω ένα σφυρί να με χτυπάει αλύπητα πάνω από το μάτι.

Για πόσα χρόνια ζω έτσι; Στη πραγματικότητα δεν θυμάμαι τον εαυτό μου χωρίς ημικρανίες. Και αυτό δεν ισχύει μόνο για μένα. Οι περισσότεροι ημικρανικοί πορεύονται σε αυτό το ταξίδι με μόνιμο συνταξιδιώτη την ημικρανία.

Σε αυτό το ταξίδι που κρατάει μια ζωή, δεν υπάρχει προορισμός, υπάρχουν μόνο φάσεις που μερικές φορές τα όριά τους δεν είναι διακριτά ή υπάρχουν φάσεις που επαναλαμβάνονται.

Πολλοί ασθενείς ούτε καν θυμούνται πως ήταν η ζωή τους πριν την ημικρανία. Στη προ ημικρανίας φάση του ταξιδιού οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τίποτα για την ημικρανία γιατί δεν έχει τη παραμικρή επίπτωση στη ζωή τους.

Μια μέρα όμως όλα αλλάζουν. Εκείνο το γονίδιο που ήταν κρυμμένο, ξυπνάει και το εφιαλτικό ταξίδι ξεκινά. Σε αυτή τη φάση ο ασθενής, χωρίς να κατανοεί τη φύση της ημικρανίας, ψάχνει επείγοντως να βρει ένα τρόπο να τη σταματήσει. Μερικοί ασθενείς παραμένουν σε αυτή τη φάση για όλη τους τη ζωή χωρίς ποτέ να συνειδητοποιήσουν ότι η ημικρανία δεν έχει οριστική θεραπεία, ότι η ημικρανία δεν εκριζώνεται. Χωρίς πρόσβαση σε αξιόπιστη ενημέρωση και εξειδικευμένους γιατρούς μπορεί να συνεχίσουν να πιστεύουν σε μύθους ότι το άγχος και ο κακός τρόπος ζωής ή η κακή διατροφή δημιουργούν τις ημικρανίες και να μη μάθουν ποτέ πως η ημικρανία είναι μια σοβαρή νευρολογική πάθηση.

Στη συνεχή αναζήτηση τρόπων απαλλαγής από τον εφιάλτη, κάποιοι τυχεροί θα ανακαλύψουν τους γιατρούς που πραγματικά γνωρίζουν και καταλαβαίνουν την ημικρανία.

Τότε είναι που ξεκινά η φάση της εκπαίδευσης. Ο σωστά καταρτισμένος και ενημερωμένος νευρολόγος θα μάθει στον ασθενή τη διαφορά της «αιτίας» από τον «πυροδοτικό παράγοντα».

Θα μάθει στον ασθενή να παρακολουθεί και να καταγράφει τις ημικρανίες του και τι τις πυροδοτεί. Θα στέκεται δίπλα στον ασθενή του καθώς αυτός θα δοκιμάζει τη μία θεραπεία μετά την άλλη και θα αισθάνεται πειραματόζωο προσπαθώντας να μειώσει τις ημέρες με ημικρανία.

Όταν ο ημικρανικός επισκέπτεται για πρώτη φορά το ιατρείο, βλέπει στο πρόσωπο του γιατρού του, τον ημίθεο που θα τον απαλλάξει από το βάσανό του. Τις περισσότερες φορές δεν γνωρίζει τι σημαίνει ο όρος «πετυχημένη θεραπεία».

Θεωρεί πως πετυχημένη θεραπεία είναι να εξαφανιστούν οι ημικρανίες του. Η διαβίωση όμως εν μέσω αποτυχημένων θεραπειών και ανυπόφορων παρενεργειών οδηγεί στην απογοήτευση και κυρίως στην ψυχολογική εξάντληση.

Όταν φτάσει σε αυτή τη φάση απογοήτευσης και εξάντλησης, είναι πολύ κοντά στο να πειστεί πως «τα δοκίμασε όλα» και πως «τίποτα δεν λειτουργεί».

Έτσι, παραιτείται και διακόπτει την ιατρική παρακολούθηση και τις φαρμακευτικές αγωγές.

Πολύ συχνά πέφτει σε κατάθλιψη λόγω των συνεχών αποτυχιών στη θεραπεία αλλά και λόγω της έλλειψης κατανόησης από το κοινωνικό, επαγγελματικό αλλά και οικογενειακό του περιβάλλον.

Αρκετοί τότε θα στραφούν στις εναλλακτικές θεραπείες. Θα ψάξουν να βρουν ανακούφιση στο βελονισμό, στην ομοιοπαθητική, στα συμπληρώματα διατροφής, σε κάθε λογής μαντζούνια ακόμα και στη χειροπρακτική. Ο γράφων τα έχει δοκιμάσει όλα αυτά.

Σύντομα όμως θα συνειδητοποιήσουν πως τίποτα από αυτά λειτουργεί ενώ ξοδεύουν συνεχώς χρόνο, ενέργεια και χρήμα χωρίς αποτέλεσμα.

Κάπου εκεί ο ημικρανικός είναι απελπισμένος και αναρωτιέται αν τελικά έχει καταδικαστεί σε μια ζωή μισή.

Ευτυχώς, κάποιοι είναι αρκετά δυνατοί και ξεκινούν ξανά.

Με τη βοήθειά του κατάλληλου γιατρού που στέκεται συνεχώς δίπλα τους και τους καθοδηγεί, σταματούν να δέχονται πως «τίποτα δεν μπορεί να γίνει».

Χωρίς ψευδαισθήσεις αυτή τη φορά ότι η ημικρανία θα εκριζωθεί, πείθονται πως η ποιότητα ζωής τους μπορεί να βελτιωθεί.

Δεν υπάρχουν όρια σε αυτή τη προσπάθεια, στον αγώνα να επιτευχθεί το όνειρο της καλύτερης ποιότητας ζωής.

Το μόνο που δεν βοηθά είναι η απελπισία.

Η φάση της αποδοχής ξεκινά από την ερώτηση: «μπορώ να ζω καλά ακόμα και με την ημικρανία;»

Την απάντηση θα τη βρει κανείς στον εαυτό του αλλά και στον γιατρό του που θα του μάθει τους τρόπους να το πετύχει.

Είναι πλέον στη φάση που σταματά να ψάχνει πως θα εξαλείψει την ημικρανία και προσπαθεί βρει τρόπους να ζει μαζί της.

Δεν έχει παραιτηθεί από τη προσπάθεια να μειώσει την επίπτωση της στη ζωή του και πραγματικά ακολουθεί να πιστεύει σε μια καλύτερη θεραπεία.

Η διαφορά είναι ότι πλέον δεν κατακλύζεται από θυμό, πίκρα και απογοήτευση.

Έχει κάνει ειρήνη με την ημικρανία.

8.2 Ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος

*Γράφει η Κατερίνα Κουρούδη,
μέλος του Συλλόγου Ασθενών
με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος*

Ο ρόλος των ασθενών αλλάζει τα τελευταία χρόνια. Οι άνθρωποι και κατ' επέκταση οι ασθενείς, είναι σήμερα πολύ πιο μορφωμένοι, περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ιστορίας. Υπάρχει πλέον το διαδίκτυο στην καθημερινή τους ενημέρωση, υπάρχουν ημερίδες, webinars, σεμινάρια. Οι ασθενείς ταξιδεύουν και επικοινωνούν διαδικτυακά, έρχονται σε επαφή με άλλους ασθενείς, άλλα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, νέες τεχνολογίες παροχής υγείας.

Οι συνθήκες έχουν πλέον ωριμάσει, αρχικά σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, σταδιακά και σε εθνικό: Ο ρόλος του ασθενούς έχει ξεφύγει από το στενό πλαίσιο του παθητικού λήπτη υπηρεσιών υγείας και μετουσιώνεται σταδιακά σε έναν ενεργό και δυναμικό ρόλο, που αφενός απαιτεί υπεύθυνη πληροφόρηση στα θέματα που αφορούν στην ασθένεια του και αφετέρου απαιτεί τη συμμετοχή του στη λήψη των αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία του.

Ένα συλλογικό όργανο συνιστά την απαραίτητη προϋπόθεση για να καταστούν οι ασθενείς ισότιμοι και αξιόπιστοι συνομιλητές στον διάλογο με την Πολιτεία και τους Παρόδους Υγείας και αποτελεί τεράστιο βήμα στην ενδυνάμωση της φωνής τους και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία & Κεφαλαλγία Ελλάδος δημιουργήθηκε για να καλύψει την ανάγκη αυτή, δημιουργήθηκε αποκλειστικά από ασθενείς για ασθενείς και απευθύνεται σε όλους όσους υποφέρουν από κεφαλαλγίες (ημικρανία, κεφαλαλγία τάσεως, θροιστική κεφαλαλγία κ.α.) και κατοικούν στην Ελληνική επικράτεια. Ειδικότερα, είναι σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που ιδρύθηκε το 2017 από μια ομάδα ασθενών με ημικρανία ή άλλες κεφαλαλγίες, με σκοπό την ενημέρωση (ασθενών, κοινού, γιατρών, άλλων



φορέων υγείας και την Πολιτεία), την κοινωνικοποίηση των ασθενών και τη διαμόρφωση μιας συλλογικής ταυτότητας, την ενιαία εκπροσώπηση των ασθενών στο διάλογο με την Πολιτεία σχετικά με τις ανάγκες αυτών και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Είναι επίσημο μέλος διεθνών οργανισμών ασθενών, όπως της Pain Alliance Europe, ενός Πανευρωπαϊκού Οργανισμού που συνασπίζει 36 Συλλόγους Ασθενών, από 17 χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της European Migraine and Headache Alliance (EMHA), ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού που περιλαμβάνει πάνω από 30 οργανώσεις ασθενών για Ημικρανία, Αθροιστική Κεφαλαλγία, Νευραλγία Τριδύμου και άλλες ασθένειες κεφαλαλγίας, με σκοπό να υποστηρίξει τα δικαιώματα και τις ανάγκες των 138 εκατομμυρίων ανθρώπων στην Ευρώπη που ζουν με κάποιο τύπο κεφαλαλγίας, καθώς και της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος, μιας συνομοσπονδίας άνω των 40 συλλόγων και ομοσπονδιών ασθενών από όλη την Ελλάδα, που εκπροσωπεί πάνω από 25.000 χρόνιας ασθενείς από ένα ευρύτατο φάσμα θεραπευτικών κατηγοριών.

Σε σχέση με την επίτευξη των σκοπών του, ο Σύλλογος ξεκίνησε δυναμικά τη δράση του, από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας του, ξεκινώντας αρχικά από το πεδίο της ενημέρωσης: Διαδικτυακή παρουσία μέσω της ιστοσελίδας του Συλλόγου, μιας Σελίδας και μιας Ομάδας του Συλλόγου στο Facebook, δημιουργία και διανομή ειδικευμένου πληροφοριακού έντυπου υλικού, αρθρογραφία, συνεντεύξεις σε έντυπα και ραδιοτηλεοπτικά μέσα, συνεντεύξεις τύπου, διοργάνωση ημερίδων & δημιουργία webinars, συμμετοχή σε συνέδρια τόσο στην Ελλάδα όσο και Πανευρωπαϊκά, συγγραφή επιστημονικών εργασιών, αλλά και δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινωνίας, ώστε:

- Να ενημερωθούν υπεύθυνα πρώτα απ' όλα οι ίδιοι οι ασθενείς, για τα δεδομένα που αφορούν στην πάθησή τους, τους πυροδοτικούς μηχανισμούς, τις υπάρχουσες θεραπείες και τις μελλοντικές εξελίξεις της επιστήμης στον τομέα της συμπτωματικής και προληπτικής αντιμετώπισης της κεφαλαλγίας, καθώς και να συνειδητοποιήσουν ότι οι κεφαλαλγίες ανήκουν στις νευρολογικές νόσους.
- Να ενημερωθούν τόσο η κοινή γνώμη, όσο και η Πολιτεία γύρω από τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν οι ημικρανίες και γενικά οι κεφαλαλγίες στην οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ασθενών. Να ενημερωθούν για το πώς εμφανίζεται, ποια είναι τα συμπτώματα, πώς πυροδοτούνται οι κρίσεις. Ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με ημικρανία και κεφαλαλγία, παγκοσμίως, παραμένει αδιάγνωστο, καταναλώνοντας αλόγιστα μεγάλες ποσότητες κοινών αναλγητικών, με φτωχά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου.
- Να ενημερωθούν, από τους ίδιους τους ασθενείς, οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και άλλοι Πάροχοι Υγείας για τις κεφαλαλγίες και την ιδιαιτερότητα του πόνου και της αναπηρίας που τις συνοδεύει, για την ψυχολογία των ασθενών με χρόνιες μορφές κεφαλαλγίας, για την σημασία παροχής μιας ολοκληρωμένης πληροφόρησης από το γιατρό προς τον ασθενή για τις υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, για την σημαντικότητα ενός Ημερολογίου Κεφαλαλγίας ως εργαλείο στην κλινική πράξη κ.α. Σε σχέση με την εκπροσώπηση των ασθενών στο διάλογο με την Πολιτεία, ο Σύλλογος μέσω παρεμβάσεων του προς το Υπουργείο Υγείας και τις αρμόδιες Επιτροπές του, επιδιώκει:
 - ταχύτερες διαδικασίες εισαγωγής των νέων φαρμάκων στη θετική λίστα του ΕΟΠΥΥ,
 - θεσμοθέτηση προστασίας της Πολιτείας προς τους ασθενείς ώστε να μην χάνουν την εργασία τους λόγω ημικρανίας / κεφαλαλγίας,



Στα πλαίσια εκστρατείας ενημέρωσης του κοινού, ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος διοργανώνει ανοικτές ημερίδες για το κοινό αλλά και συνεντεύξεις τύπου. Στη φωτογραφία, στιγμιότυπο από συνέντευξη τύπου που δόθηκε με αφορμή την πανευρωπαϊκή ημέρα ενημέρωσης για την ημικρανία, τον Σεπτέμβριο του 2019.

- αναγνώριση της αναπηρίας που επιφέρει η ημικρανία και κάποιες άλλες μορφές κεφαλαλγίας σε ορισμένους ασθενείς, καθιστώντας τους μη ικανούς για εργασία και θεσμοθέτηση προϋποθέσεων για την απόδοση του ποσοστού αναπηρίας ανάλογα με τη βαρύτητα και για ορισμένο χρονικό διάστημα.

Από το πλήθος των ενεργειών του Συλλόγου ξεχωρίζει η μεγάλη έρευνα που σχεδίασε και υλοποίησε το 2018, με συμμετοχή 1091 ασθενών και αποτελεί μια πρώτη χαρτογράφηση του βάρους της ημικρανίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, τη συμμόρφωση στην θεραπεία αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με τίτλο: «Αποτελέσματα διαδικτυακής έρευνας σε 1091 ασθενείς με ημικρανία στην Ελλάδα το 2018. Δημογραφικά στοιχεία, επιλογές θεραπείας και αποτελεσματικότητα, κοινωνικές, επαγγελματικές, οικονομικές και συναισθηματικές επιπτώσεις».

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά, αποτελούνταν από 52 ερωτήσεις και δημοσιεύτηκε στο Ιατρικό περιοδικό «Νευρολογία», επίσημο περιοδικό της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας, Τόμος 28 – Τεύχος 5, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2019. Στα βασικά συμπεράσματα της έρευνας, ανήκει πως η ημικρανία αποτελεί για την πλειονότητα των πασχόντων ένα μεγάλο και δυσειπίλυτο πρόβλημα υγείας, που επηρεάζει αρνητικά σε σημαντικότατο βαθμό την οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή, ενώ παράλληλα φορτίζει τον ψυχικό τους κόσμο με πλήθος αρνητικών συναισθημάτων.

Ο Σύλλογος Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος, έχοντας επίγνωση της σημαντικότητας του έργου και του ρόλου που καλείται να υποστηρίξει, συνεχίζει δυναμικά τις καθιερωμένες πλέον δράσεις του, προσθέτοντας και πολλές νέες, για την επίτευξη των σκοπών του που αφορούν στην υποστήριξη των ασθενών - μελών του, στην ενίσχυση της έγκυρης και

MIGRAINE IN GREECE 2018

Πανελλήνια Διαδικτυακή Έρευνα



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ ΚΑΙ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

Στις σημαντικές δράσεις του Συλλόγου περιλαμβάνεται η ανά διετία διεξαγόμενη έρευνα με τίτλο «Η Ημικρανία στην Ελλάδα», που αποτελεί χαρτογράφηση του βάρους της ημικρανίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, των κοινωνικών και ψυχικών επιπτώσεων, των χρησιμοποιούμενων θεραπειών, της συμμόρφωσης στις θεραπείες και της ικανοποίησης από αυτές, αλλά και της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

υπεύθυνης πληροφόρησης προς κάθε κατεύθυνση, στην επίτευξη στήριξης της Πολιτείας σε παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής θεραπευτικής αξίας και τέλος, αναγνώρισης της βαρύτητας της νόσου και των επιπτώσεων που έχουν οι κεφαλαλγίες στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με τις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις. Κατά την περίοδο συγγραφής αυτού του βιβλίου, ο Σύλλογος σχεδίασε και υλοποιεί μια νέα έρευνα, με τίτλο «Η ημικρανία στην Ελλάδα του 2020», προσαρμοσμένη στις νεότερες απαιτήσεις και δεδομένα που επικρατούν σήμερα, τόσο με την εισαγωγή νέων φαρμακευτικών ουσιών (μονοκλωνικών αντισωμάτων) στην αντιμετώπιση της ημικρανίας, όσο και με τις επικρατούσες υγειονομικές συνθήκες λόγω της πανδημίας, ευελπιστώντας ότι τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα αυτής θα αποτελέσουν ένα επιπλέον πλεονέκτημα του Συλλόγου στο έργο και τις δράσεις του.



Η συνέντευξη τύπου για την ίδρυση του Συλλόγου Ασθενών με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος (2018) προσέληκε το ενδιαφέρον των μέσων ενημέρωσης και του κοινού.

8.3 Γράμμα στην ημικρανία μου

*Γράφει η Λία Μπάρμπα,
Ταμίας του Συλλόγου Ασθενών
με Ημικρανία και Κεφαλαλγία Ελλάδος*

Καλημέρα ημικρανία μου.
Καθημερινή ημικρανία μου καθημέρα.
Με γνωρίζεις καλύτερα από τον καθέναν, ζούμε 50 χρόνια μαζί.
Σε γνωρίζω καλύτερα από τον καθέναν.
Έμαθα να αναγνωρίζω την αύρα σου.
Έμαθα να ξεχωρίζω τα πρώτα σου βήματα στους κροτάφους μου.
Έμαθα να ζω με τους ήχους από σφυριά στο κεφάλι μου.
Στην αρχή τρομοκρατήθηκα, κάθε παιδί φοβάται τον πόνο.
Μετά είπα θα σταθώ στα πόδια μου, δεν το κατάφερνα πάντα.
Ύστερα είπα θα αντισταθώ, μα ήταν αδύνατον.
Προσπάθησα να σε θεραπεύσω μα πάντα έβρισκες ένα καινούργιο τρόπο να με πλησιάζεις.
Και μετά αποφάσισα να ζήσω μαζί σου. Να συνηθίσω τις συνήθειες σου. Να σε συστήνω παντού και να πάψω να ντρέπομαι που είσαι μέρος του εαυτού μου.
Σιγά-σιγά έγινες φίλη μου, σύμμαχος μου.
Με βοήθησες να καταλαβαίνω ποιος πραγματικά με αγαπάει.
Ποιος πραγματικά σέβεται τις στιγμές που είσαι κυρίαρχος στη ζωή μου.
Ποιος πραγματικά με νοιάζεται τις ώρες που με κάνεις ανάπηρη.
Έπαψες να είσαι εχθρός μου. Δεν ήσουν πια η τρικλοποδιά στις στιγμές μου.
Και τις μέρες που δεν είσαι δίπλα μου χαμογελάω, γιατί είναι οι μέρες της ζωής μου χωρίς εσένα. Και την αξία των ηλιόλουστων ημερών χωρίς ημικρανία μόνο εσύ με βοήθησες να την καταλάβω.
Καλημέρα ημικρανία μου.
Αν κάποια μέρα πάψεις να είσαι στη ζωή μου, δεν θα μου λείψεις.
Αν πάλι αποφασίσεις να μείνεις, να ξέρεις ότι έμαθα να σε παλεύω και να ζω μαζί σου.

**Επιλεγμένα
Βιβλιογραφία**

- 1. Βικελής Μ.** Αντιμετώπιση ασθενούς με οξεία κεφαλαλγία στο τμήμα επειγόντων. Κατευθυντήριες οδηγίες. Στο: Μπαλτόπουλος Γ. Εντατική Θεραπεία & Επέγουσα Ιατρική: Κατευθυντήριες οδηγίες. Εκδόσεις Πασχαλίδη 2010, σε 1134-1141.
- 2. Βικελής Μ.** Επιδημιολογικά Δεδομένα Κεφαλαλγίας- Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Κλινικά Φροντιστήρια 2008;20(4):15-20.
- 3. Βικελής Μ.** Ημικρανία. Στο: Σωτηρόπουλος Α., Σκληρός Ε. Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύγχρονες απόψεις και συστάσεις, 3η έκδοση. Αθήνα, 2016, σελίδες 695-708.
- 4. Βικελής Μ. και Μητσικώστας Δ.Δ.** Ημικρανία: Μία σύγχρονη μάστιγα. MD, 2010;27:50-52.
- 5. Βικελής Μ.** Κεφαλαλγίες. Στο: Σωτηρόπουλος Α., Σκληρός Ε. Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύγχρονες απόψεις και συστάσεις, 3η έκδοση. Αθήνα, 2016, σελίδες 709-718.
- 6. Βικελής Μ.** Τι πρέπει να γνωρίζει ένας Νευρολόγος για τις κεφαλαλγίες; Η άποψη της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας. Νευρολογία 2012;21(6):18-21.
- 7. Βικελής Μ.** Φαρμακευτική αντιμετώπιση της ημικρανίας. Med Review Neurology 2009;1:51-55.
- 8. Δρούκας Β.** «Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος» Εκδόσεις Παρισιάνου, 4η Έκδοση, Αθήνα 2020.
- 9. Alpay K, Ertas M, Orhan EK, Ustay DK, Lieners C, Baykan B.** Diet restriction in migraine, based on IgG against foods: a clinical double-blind, randomised, cross-over trial. Cephalalgia. 2010;30(7):829-837.
- 10. Benoliel R, May A, Svensson P.** "International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP)", Cephalalgia 2020, Vol: 40(2): 129-221.
- 11. Ciofalo A, Gulotta G, Iannella G, et al.** Giant Cell Arteritis (GCA): Pathogenesis, Clinical Aspects and Treatment Approaches. Curr Rheumatol Rev. 2019;15(4):259-268.
- 12. De Fusco M, Marconi R, Silvestri L et al.** Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Na⁺/K⁺ pump alpha2 subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. Nature genetics. 2003
- 13. de Leeuw R, Klasser G.** "Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management", Quintessence Publishing, 6th edition, 2018, USA.
- 14. Zielman R, Veenstra P, Zwet Ev, Berg Jv.** How general practitioners treat migraine patients: evaluation of a headache guideline. Cephalalgia. 2012 Sep;32(12):908-15.
- 15. Lafreniere RG, Cader MZ, Poulin JF et al.** A dominant-negative mutation in the TRESK potassium channel is linked to familial migraine with aura. Nature medicine. 2010
- 16. Martami F, Razeghi Jahromi S, Togha M, Ghorbani Z, Seifshahpar M, Saidpour A.** The serum level of inflammatory markers in chronic and episodic migraine: a case-control study. Neurol Sci. 2018;39(10):1741-1749.

Επιλεγμένη
Βιβλιογραφία

- 17. Martin VT, Vij B.** Diet and Headache: Part 1. Headache. 2016;56(9):1543-1552.
- 18. Oikonomidi T, Vikelis M, Artemiadis A, Chrousos GP, Darviri C.** Reliability and Validity of the Greek Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. *Pharmacoecon Open*. 2018 Mar;2(1):77-85.
- 19. Ophoff RA, Terwindt GM,** Vergouwe MN et al. Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type-2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A4. *Cell*. 1996
- 20. Russell MB.** Genetics of tension-type headache. *The journal of headache and pain*. 2007
- 21. Sharma TL.** Common Primary and Secondary Causes of Headache in the Elderly. *Headache*. 2018;58(3):479-484.
- 22. Silberstein SD, Dodick DW.** Migraine Genetics: Part II. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2013
- 23. Vikelis M and Rapoport AM.** Cluster headache in Greece: An observational clinical and demographic study of 302 patients. *Journal of Headache and Pain* 2016 Dec;17(1):88. Epub 2016 Sep 26.
- 24. Vikelis M, Argyriou AA, Dermitzakis EV, Spingos KC, Makris N, Kararizou E.** Sustained onabotulinumtoxinA therapeutic benefits in patients with chronic migraine over 3 years of treatment. *J Headache Pain*. 2018 Sep 17;19(1):87.
- 25. Vikelis M. and Rapoport A.M.** Overview of oral triptans. In: Hans-Christoph Diener & David W Dodick (eds). *Triptans for migraine*. Future Medicine E-Books, London, UK. ISBN 987-1-78084-067-3 (epub, 2012).
- 26. Vikelis M, Argyriou, AA, Dermitzakis EV, Spingos, KC, Mitsikostas DD.** Onabotulinumtoxin-A treatment in Greek patients with chronic migraine. *Journal of Headache and Pain* 2016 Dec;17(1):84.
- 27. Vikelis M, Dermitzakis EV, Spingos, KC, Vlachos GS, Vasiliadis GG, Kararizou E.** Clinical experience with transcutaneous supraorbital nerve stimulation in patients with refractory migraine or who are intolerant to topiramate: a single arm prospective exploratory clinical study. *BMC Neurol*. 2017 May 18;17(1):97.
- 28. Vikelis M, Spingos KC and Rapoport AM.** A new era in headache treatment. *Neurological Sciences* (2018) 39 (Suppl 1) :S47–S58.
- 29. Vikelis M, Dermitzakis EV, Vlachos GS, Soldatos P, Spingos KC, Litsardopoulos P, Kararizou E, Argyriou AA.** Open Label Prospective Experience of Supplementation with a Fixed Combination of Magnesium, Vitamin B2, Feverfew, *Andrographis Paniculata* and Coenzyme Q10 for Episodic Migraine Prophylaxis. *J Clin Med*. 2020;27;10(1):67.
- 30. Wei DY, Yuan Ong JJ, Goadsby PJ.** Cluster Headache: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Features, and Diagnosis. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2018.
- 31. Zeng Z, Li Y, Lu S, Huang W, Di W.** Efficacy of CoQ10 as supplementation for migraine: A meta-analysis. *Acta Neurol Scand* 2019.



ISBN: 987-618-84996-0-7

