

Před zahájením léčby těmito léky by mělo být provedeno EKG vyšetření.

Třetí skupinu klasických profylaktik tvoří **antidepresiva** jako je *amitriptylin 50–150 mg denně p. o.* nebo *venlafaxin 75–150 mg denně p. o.*

Z antagonistů kalciových kanálů lze užít *cinarizin 25–75 mg p. o. denně* a v zahraničí je dostupný *flunarizin 5–10 mg denně p. o.* (v ČR jen jako mimořádný dovoz).

K profylaxi migrény lze užít i *kandesartan 16 mg denně p. o.* Možnou alternativou perorální léčby je *onabotulotoxin A (155–195 j)*, kdy během léčebné procedury se aplikují injekce do svalů čela, spánku a šíje v pevně stanovených místech (11, 12).

Nevýhodou této profylaktické léčby je však dlouhá doba nástupu účinku (obvykle je třeba podávat lék alespoň 3 měsíce v dostatečné dávce a teprve potom hodnotit jeho účinnost). Po 3 měsících se rozhodujeme, zda v léčbě pokračovat či nikoliv. Za účinný se považuje lék tehdy, klesne-li frekvence migrenózních dnů za měsíc (MMD) alespoň o 50 % a více. Mezi další nevýhody klasické profylaxe patří časté vedlejší účinky a limitovaná účinnost. Proto i adherence pacientů k této léčbě je nízká.

Centrová péče

U pacientů s častými atakami (více než 4 migrenózní dny za měsíc) nereagujícími nebo netolerujícími alespoň dvě různá klasická profylaktika, podle původní verze, z nichž alespoň jedno by mělo patřit do skupiny protizáchvatové medikace (anti-seizure medication, ASM), pokud není kontraindikace, je dnes indikována léčba nejmodernějšími monoklonálními protilátkami proti calcitonin gene-related peptidu (CGRP) nebo jeho receptoru nebo gepanty. Vzhledem k finanční náročnosti je tato léčba soustředě-

na do specializovaných center pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy.

Vzhledem k recentnímu výše uvedenému omezení preskripce ASM dochází v mnoha případech k nemožnosti dodržení jednoho z indikačních kritérií nasazení anti CGRP terapie (anti CGRP protilátky a gepanty) a sice, že alespoň jedno profylaktikum by mělo být ze skupiny ASM. Léčba oběma typy ASM je kontraindikována:

- u pacientek, kde není možné nasazení hormonální antikoncepce z hlediska klinického (např. migréna s aurou – viz níže), z důvodu její intolerance nebo jednoznačného zamítnutí pacientkou
- u pacientek, které nemohou podstoupit implantaci nitroděložního tělíska nebo ji odmítají
- u pacientek, které plánují těhotenství v dohledné době

V tomto případě nelze uplatnit podmínku užít alespoň jednoho ASM a indikační kritéria splní užítím dvou profylaktik z jiných lékových skupin (konsenzus výboru Czech Headache Society).

V současnosti existují čtyři monoklonální protilátky, a to *erenumab*, což je humánní monoklonální protilátka proti CGRP receptoru, a tři monoklonální humanizované protilátky *fremanezumab*, *galkanezumab* a *eptinezumab*, které se váží přímo na CGRP.

Erenumab (Aimovig) se podává 140 mg s. c. každé 4 týdny, *fremanezumab (Ajovy)* 225 mg jednou měsíčně nebo 675 mg každé tři měsíce s. c., *galkanezumab (Emgality)* 120 mg s. c. jednou měsíčně s úvodní dávkou 240 mg a *eptinezumab (Vyepti)* 100 mg i. v. infuzi každé tři měsíce (11, 12).

Nově jsou k dispozici antagonisté CGRP receptorů – gepanty. *Atogepant (Aquipta)* se

podává preventivně 60 mg denně *tbl*, *rimegepant (Vydura)* se nechává rozpustit pod jazykem 75 mg *tbl* každý druhý den (lze podat i jako akutní léčbu jednorázově při atace – viz výše).

Praktického lékaře bude zajímat i problematika hormonální antikoncepce u migreniček. U pacientek s migrénou bez aury nejsou vhodné preparáty se středním a vysokým obsahem ethinylestradiolu (více než 35 µg), u žen trpících migrénou s aurou je kontraindikováno užívání ethinylestradiolu z důvodů relativního zvýšení rizika cévní mozkové příhody (11). Optimem by bylo vždy individuální posouzení rizika trombotické komplikace u konkrétní nemocné. Důležitá je samozřejmě i abstinence kouření.

Závěr

Závěrem je třeba konstatovat, že praktičtí lékaři sehrávají důležitou roli v algoritmu diagnostiky a léčby migrény, neboť přicházejí do kontaktu s pacientkami a pacienty jako první. Zdůrazňujeme nutnost zavedení alespoň jednoduchého migrenózního kalendáře při předepisování akutních antimigrenik a pravidelné vyhodnocování frekvence, tíže atak a množství spotřebovaných akutních antimigrenik z důvodu prevence rozvoje chronické migrény a vývoje bolesti hlavy z nadužívání léčiv – MOH. V případě jejich nárůstu je třeba kontaktovat ambulantního neurologa, který zavádí klasickou profylaktickou léčbu. V případě neúčinnosti nebo intolerance tento pak odesílá pacienta do centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy k zavedení nejmodernější terapie monoklonálními protilátkami nebo gepanty.

Cílem příspěvku bylo kromě zdůraznění úlohy praktického lékaře seznámit je též s nejnovějšími možnostmi vysoce účinné profylaktické léčby migrény a tím výrazného zlepšení kvality života pacientů s migrénou.

LITERATURA

1. World Health Organization. World Health Statistics 2013 (A Wealth Of Information Of Global Public Health). WHO Document Production Services: Switzerland; Geneva: 1-168.
2. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68(5):343-349. doi: 10.1212/01.wnl.0000252808.9764.9.21.
3. Stovner LT, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010;11(4):289-299.
4. Ferrari MD, Goadsby PJ, Burstein R, et al. Migraine. *Primer*. 2022;8:2. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00328-4>.

5. Recober A. Pathophysiology of migraine. *Continuum* (Minneapolis). 2021;27(3):586-596. doi: 10.1212/CON.0000000000000983.
6. Klečka L. Diferenciální diagnostika migrény. *Neurol. Praxi*. 2019;20(6):444-450.
7. Kotas R. Bolesti hlavy v klinické praxi. Praha: Maxdorf; 2015. ISBN 978-80-7345-443-2.
8. Leone M, May A, eds. Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalgias. Cham: Springer Nature Switzerland AG 2020. ISBN 978-3-030-12437-3.
9. Nežádal T, Marková J, Bárťková A, et al. CGRP monoklonál-

- ní protilátky v léčbě migrény – indikační kritéria a terapeutická doporučení pro Českou republiku. *Cesk Slov Neurol N*. 2020;83/116(4):445-451. doi:10.14735/arn csnn 2020445.
10. Nežádal T. CGRP monoklonální protilátky v profylaktické léčbě migrény. *Neurol. praxi*. 2019;20(5):356-360.
11. Řehulka P. Migréna – aktualizace 2024. *Bolest*. 2024;27(2):65-70.
12. Kotas R, Slach O, Jelínek F, et al. Význam správného algoritmu diagnostiky a léčby migrény u profylaktické léčby proti calcitonin gene-related peptidu. *Neurol. praxi*. 2022;23(2):138-145.