

Dr n. med. Ewa Czapińska-Ciepiela  
Centrum Leczenia Padaczki i Migreny w Krakowie  
Kierownik Centrum: dr n. med. Piotr Czapiński

## Zolmitryptan w leczeniu napadu migreny

### Zolmitriptan in the treatment of migraine attacks

#### Summary

Migraine is characterised by recurrent episodes of headache accompanied by nausea, vomiting, photophobia, and phonophobia. In adults, a single migraine attack lasts between 4 and 72 hours, hindering daily functioning. Effective therapy is essential to interrupt the pain and associated symptoms, thereby enabling a prompt return to normal activities. Triptans play a crucial role in the treatment of migraine attacks. Zolmitriptan is characterised by efficacy in alleviating migraine symptoms and favourable tolerability profile. The orally disintegrating tablet (ODT) formulation of this medication offers a significant advantage, as it can be administered immediately at any point during a migraine pain attack without the need for fluids. The introduction of prophylactic migraine therapy enables a reduction in the number of headache days and improves patients' quality of life.

**Keywords:** migraine, triptans, zolmitriptan, ODT formulation

#### Streszczenie

Migrena charakteryzuje się nawracającymi epizodami bólu głowy, któremu towarzyszą nudności, wymioty, foto- i fonofobia. Pojedynczy napad migreny u osoby dorosłej trwa od 4 do 72 godzin, uniemożliwiając codzienne funkcjonowanie. Skuteczna terapia jest kluczowa, by przerwać ból oraz objawy towarzyszące i umożliwić szybki powrót do sprawności. W doraźnym leczeniu napadów migreny istotne znaczenie mają tryptany. Zolmitryptan charakteryzuje się skutecznością w przerywaniu objawów migrenowych oraz dobrą tolerancją. Postać rozpadająca się w jamie ustnej (ODT) tego leku umożliwia jego przyjęcie natychmiast, w dowolnym momencie wystąpienia bólu migrenowego, bez konieczności popijania płynami. Wprowadzenie leczenia profilaktycznego migreny umożliwia zmniejszenie liczby dni z bólem głowy oraz poprawę jakości życia pacjentów.

**Słowa kluczowe:** migrena, tryptany, zolmitryptan, forma ODT

### Wprowadzenie

Migrena stanowi istotny problem zdrowotny, dotykając od 10 do 15% populacji światowej, co plasuje ją wśród najczęstszych schorzeń neurologicznych o charakterze przewlekłym<sup>[1]</sup>. Zalicza się ją do pierwotnych bólów głowy, a jej typowy przebieg obejmuje powtarzające się epizody silnego bólu, któremu towarzyszą objawy takie jak nudności, wymioty, światłowstręt (fotofobia) oraz nadwrażliwość na bodźce dźwiękowe (fonofobia). U osób dorosłych pojedynczy napad migreny może utrzymywać się od 4 do 72 godzin, istotnie pogarszając jakość życia pacjentów. Skuteczne przerwanie napadu oraz szybki powrót do codziennej ak-

tywności możliwe są wyłącznie dzięki odpowiednio dobranej terapii<sup>[2]</sup>.

Kryteria rozpoznania migreny epizodycznej bez aury według trzeciej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ICHD-3, *The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition*) przedstawiono w tabeli 1.

### Dobór leku w terapii abortywnej migreny

Pierwszym etapem postępowania w leczeniu migreny epizodycznej jest właściwy dobór terapii przerywającej napad, określanej jako leczenie abortywne<sup>[3]</sup>. Optymalny wybór skutecznego preparatu jest często możliwy już podczas

pierwszej konsultacji z lekarzem rodzinnym<sup>[4]</sup>, niemniej jednak wyniki badań wskazują, że znaczna część pacjentów, u których występują ciężkie, wyniszczające napady migreny, nie otrzymuje adekwatnego leczenia nawet po konsultacji specjalistycznej z neurologiem<sup>[5]</sup>. Co więcej, w przypadku polskich pacjentów rozpoznanie migreny oraz wdrożenie właściwej terapii bywają opóźnione średnio o około dwa lata<sup>[6]</sup>.

Dobór farmakoterapii doraźnie przerywającej napady migreny powinien być zindywidualizowany i oparty na analizie kilku czynników. Do najważniejszych należą:

- przewidywana skuteczność wybranego preparatu,
- profil działań niepożądanych,
- potencjalne przeciwwskazania do jego stosowania,
- dostępna forma farmaceutyczna umożliwiająca szybkie podanie,
- przewidywana częstotliwość stosowania,
- preferencje pacjenta.

Ocena efektywności nowo wdrożonego leku powinna opierać się na obserwacji jego działania w trakcie co najmniej trzech kolejnych epizodów migreny, co pozwala na obiektywną weryfikację uzyskanych efektów terapeutycznych<sup>[3,7]</sup>.

### Pierwsza linia leczenia: leki przeciwbólowe

W pierwszej linii leczenia abortywnego w przypadkach o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu bólu zaleca się stosowanie prostych leków przeciwbólowych, głównie z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), takich jak:

- ibuprofen,
- naproksen,
- kwas acetylosalicylowy,

**Tabela 1.** Kryteria ICHD-3 rozpoznania migreny bez aury<sup>[2]</sup>

A. Co najmniej pięć napadów bólu głowy spełniających kryteria B–D
A. Napady bólu głowy trwające 4–72 h (nieleczone lub leczone nieskutecznie)
C. Ból głowy ma co najmniej 2 z 4 następujących cech: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jest umiejscowiony po jednej stronie,</li> <li>2. ma pulsujący charakter,</li> <li>3. ma umiarkowane lub znaczne nasilenie,</li> <li>4. nasila się w czasie zwykłej aktywności fizycznej lub zmusza do jej unikania.</li> </ol>
D. W czasie bólu głowy występuje co najmniej jeden z następujących objawów: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nudności i/lub wymioty,</li> <li>2. nadwrażliwość na światło i dźwięki.</li> </ol>
E. Inne rozpoznanie ICHD-3 nie opisuje lepiej stwierdzanych zaburzeń

- kwas tolfenamowy,
- diklofenak.

Możliwe jest też zastosowanie preparatów złożonych z dodatkiem paracetamolu lub koanalgetyków (kofeina) lub leków przeciwwymiotnych (metoklopramid, ondansetron)<sup>[3,8]</sup>. Choć preparaty złożone z dodatkiem kodeiny zyskują w ostatnich latach na popularności i należą obecnie do leków, po które najczęściej sięgają polscy pacjenci<sup>[6]</sup>, to jednak z uwagi na wysoki potencjał uzależniający i indukujący powstawanie polekowego bólu głowy nie zaleca się ich stosowania w leczeniu migreny<sup>[9]</sup>.

Należy podkreślić, że skuteczność NLPZ w leczeniu napadów migreny jest ograniczona i obejmuje jedynie wybraną grupę pacjentów. Warto również zauważyć, że wielu chorych jeszcze przed konsultacją lekarską samodzielnie stosuje różne dostępne bez recepty preparaty z tej kategorii. Przeciwwskazania do stosowania NLPZ obejmują przede wszystkim schorzenia przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek<sup>[3]</sup>.

### Druga linia leczenia: tryptany

W drugiej linii leczenia napadów migreny, głównie w przypadkach o średnim lub ciężkim nasileniu bólu, lekami z wyboru są tryptany, czyli agonści receptorów serotoninowych 5HT<sub>1B</sub> i 5HT<sub>1D</sub><sup>[8]</sup>.

Mechanizm działania tryptanów można wyjaśnić w kontekście złożonej patofizjologii napadu migrenowego. Migrenowy ból głowy jest konsekwencją aktywacji układu trójdzielno-naczyniowego, który obejmuje naczynia oponowe oraz ich unerwienie przez włókna nerwu trójdzielnego. W przebiegu napadu migreny dochodzi do wzmożonej aktywności tego układu skutkującej rozszerzeniem naczyń oponowych oraz rozwojem okołonaczyniowego neurogenego stanu zapalnego, co prowadzi do powstania intensywnego bólu głowy. W patomechanizmie migreny istotną rolę odgrywa także nasilone przewodnictwo nocyceptywne w jądrach pnia mózgu.

Receptory serotoninowe 5-HT<sub>1B</sub> zlokalizowane są w ścianie tętnic czaszkowych, natomiast receptory 5-HT<sub>1D</sub> występują na zakończeniach nerwu trójdzielnego. Tryptany, działające jako agonści tych receptorów, wywierają wielokierunkowy efekt terapeutyczny. Aktywacja receptorów 5-HT<sub>1D</sub> prowadzi do zahamowania uwalniania neuropeptydów wazoaktywnych, takich jak peptyd związany z genem kalcytoniny (CGRP) oraz substancja P na zakończeniach nerwu trójdzielnego, zapobiegając tym samym roz-

wojowi stanu zapalnego. Natomiast pobudzenie receptorów 5-HT<sub>1B</sub> indukuje skurcz patologicznie rozszerzonych naczyń mózgowych.

Agonistyczne działanie tryptanów na receptory 5-HT<sub>1B/1D</sub> prowadzi również do zahamowania ośrodkowych szlaków sensytyzacji nocycyptywnej poprzez modulację aktywności centralnych ośrodków bólowych nerwu trójdzielnego. W rezultacie tryptany oddziałują zarówno na ośrodkowe, jak i obwodowe mechanizmy generowania bólu migrenowego, skutecznie przerywając napad migreny<sup>[10]</sup>.

Tryptany dostępne są w Polsce w różnych postaciach i preparatach:

- sumatryptan:
  - postać doustna w dawkach 50 mg i 100 mg,
  - postać podskórna w dawkach 3 mg/0,5 ml i 6 mg/0,5 ml,
  - postać donosowa w dawce 20 mg/0,1 ml,
  - w formie leku złożonego z naproksenem (w dawce 85 mg + 500 mg),
- zolmitryptan postać ODT (tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej) w dawkach 2,5 i 5 mg,
- eletriptan postać doustna w dawce 40 mg,
- almotryptan postać doustna w dawce 12,5 mg.

Tryptany wykazują indywidualny profil skuteczności i tolerancji u poszczególnych pacjentów. Brak rezultatu terapeutycznego po zastosowaniu jednego z tryptanów nie determinuje efektywności innych leków z tej grupy. W celu określenia skuteczności każdego z preparatów zaleca się jego próbę w trzech kolejnych napadach migreny<sup>[11]</sup>. W przypadku występowania nasilonych nudności i/lub wymiotów zaleca się wybór preparatów podawanych donosowo, podskórnym lub w formie ODT<sup>[3]</sup>.

Ze względu na właściwości naczynioskurczowe tryptanów ich stosowanie jest przeciwwskazane u pacjentów z niewyrównanym nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwinną serca, schorzeniami naczyniowymi mózgu oraz chorobami naczyń obwodowych. Dodatkowo podawanie tryptanów jest niezalecane w przypadku występowania rzadkich postaci aury migrenowej, takich jak aura z pnia mózgu oraz migrena połowiczoporażna<sup>[12,13]</sup>.

## Trzecia linia leczenia: gepanty i ditany

Trzecia linia terapii napadów migreny obejmuje stosowanie gepantów oraz ditanów dedykowanych pacjentom nieodpowiadającym na leczenie preparatami pierwszego i drugiego rzutu, a także tym, u których występują przeciwwskazania lub nietolerancja tych środków<sup>[3]</sup>.

Gepanty to selektywni antagoniści receptora CGRP, których działanie polega na hamowaniu procesu neurogenego zapalenia naczyń oponowych. Na polskim rynku dostępny jest rimegepant – przedstawiciel gepantów wykorzystywany w leczeniu napadów migreny w postaci ODT w dawce 75 mg. Stosowanie gepantów nie jest zalecane u osób z niewydolnością wątroby lub nerek<sup>[14]</sup>.

Ditany, których mechanizm działania opiera się na selektywnej aktywacji receptora serotoninowego 5-HT<sub>1F</sub>, reprezentowane są przez lasmiditan. Należy jednak zaznaczyć, że lasmiditan nie jest obecnie dostępny w Polsce<sup>[3]</sup>.

## Zolmitryptan

Zolmitryptan należy do grupy tryptanów, których dynamiczny rozwój terapeutyczny przypadł na lata 90. XX wieku, bezpośrednio po wprowadzeniu na rynek pierwszego przedstawiciela tej klasy leków – sumatryptanu.

## Skuteczność i bezpieczeństwo

W licznych badaniach oceniających skuteczność zolmitryptanu w różnych populacjach wykazano, że lek ten charakteryzuje się bardzo dobrą skutecznością oraz korzystnym profilem bezpieczeństwa. Metaanaliza obejmująca 25 badań i w sumie 20 162 uczestników potwierdziła przewagę zolmitryptanu nad placebo w osiągnięciu punktów końcowych, takich jak ustąpienie lub zmniejszenie nasilenia migrenowego bólu głowy w ciągu 2 godzin od zastosowania leku, a także ustąpienia lub zmniejszenia nasilenia objawów towarzyszących bólowi, takich jak nudności i/lub wymioty, foto- i fonofobia<sup>[15]</sup>. Zolmitryptan jest skuteczny w leczeniu napadów migreny bez aury i migreny z aurą, a także migreny związanej z miesiączką<sup>[16]</sup>.

## Farmakokinetyka i farmakodynamika

Zolmitryptan jest metabolizowany do aktywnej formy o 50% dłuższym czasie półtrwania niż sumatryptan<sup>[4]</sup>. Jest bardziej od niego lipofilny, co umożliwia mu efektywniejsze osiągnięcie celu terapeutycznego. Silniej niż sumatryptan wiąże się też z receptorami serotoninowymi<sup>[17]</sup>.

## Sposób stosowania

Podanie zolmitryptanu powinno nastąpić możliwie szybko po wystąpieniu migrenowego bólu głowy; w przypadku, gdy epizod migrenowy poprzedzony jest aurą, lek należy za-

stosować na początku fazy bólowej, po ustąpieniu objawów aury. Zaleca się rozpoczęcie terapii od dawki 2,5 mg, natomiast w sytuacji braku pełnej skuteczności lub jej częściowego efektu wskazane jest zwiększenie dawki do 5 mg w kolejnych napadach migreny. Dawka 5 mg wykazuje większą efektywność kliniczną w porównaniu z dawką 2,5 mg, jednak jej zastosowanie wiąże się z proporcjonalnym wzrostem ryzyka wystąpienia działań niepożądanych. W razie nawrotu bólu po pierwszej dawce podanie leku można powtórzyć po upływie 2 godzin. Należy jednak pamiętać, że maksymalna dopuszczalna dawka zolmitryptanu w ciągu 24 godzin nie powinna przekraczać 10 mg<sup>[17]</sup>.

W przypadku długotrwałego, wielokrotnego stosowania leku w leczeniu kolejnych epizodów migreny nie odnotowano osłabienia skuteczności terapeutycznej zolmitryptanu<sup>[16]</sup>. Pacjent powinien jednak zostać poinformowany, że nie zaleca się stosowania tryptanów częściej niż przez w sumie 9 dni w miesiącu ze względu na ryzyko rozwoju przewlekłego bólu głowy wywołanego nadużywaniem leków doraźnych stosowanych w przerywaniu napadów migrenowych<sup>[2,18]</sup>.

### Tolerancja i działania niepożądane

Zolmitryptan cechuje się dobrą tolerancją, a większość działań niepożądanych związanych z jego stosowaniem ma charakter łagodny i przemijający, ich powtarzalność bywa jednak uciążliwa dla pacjentów. Do najczęściej obserwowanych należą m.in. senność, uczucie ucisku w gardle, w okolicy szczęki i żuchwy lub w klatce piersiowej, nudności oraz astenia. Objawy te cechują się niewielkim nasileniem i krótkim czasem trwania, z tendencją do wystąpienia w ciągu 4 h od zażycia leku. Do innych działań niepożądanych zalicza się tachykardię, kołatanie serca, zawroty głowy, sztywność karku, zaczerwienienie skóry czy uczucie lęku. Zolmitryptan może powodować nieznaczne zwiększenie skurczowego ciśnienia tętniczego krwi, co należy wziąć pod uwagę w przypadku leczenia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. Zaobserwowano, że działania niepożądane zolmitryptanu występują częściej u kobiet niż u mężczyzn<sup>[9,17,19]</sup>.

### Interakcje

Wśród istotnych interakcji farmakologicznych tryptanów, w tym zolmitryptanu, szczególną uwagę należy zwrócić na potencjalne powikłania ich jednoczesnego stosowania z lekami przeciwdepresyjnymi, istnieje bowiem ryzyko rozwoju

zespołu serotoninowego u pacjentów leczonych zolmitryptanem i równocześnie otrzymujących selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) lub serotoniny i noradrenaliny (SNRI). W związku z tym zaleca się ścisłą obserwację kliniczną, zwłaszcza podczas inicjacji terapii oraz w momencie modyfikacji dawek leków przeciwdepresyjnych. Zespół serotoninowy stanowi poważne, potencjalnie zagrażające życiu powikłanie będące efektem nadmiernej stymulacji receptorów serotonergicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Objawia się on m.in. nadciśnieniem tętniczym, tachykardią, pobudzeniem psychoruchowym, biegunką, hipertermią oraz wzmożoną potliwością. Warto jednak zaznaczyć, że jego występowanie w praktyce klinicznej jest rzadkie<sup>[20]</sup>. Eksperti podkreślają konieczność każdorazowej indywidualnej analizy stosunku korzyści do ryzyka przy jednoczesnej terapii tryptanami i lekami przeciwdepresyjnymi, nie zalecając jednak pochopnego odstawiania tryptanów u pacjentów, u których przerywają one skutecznie napady migreny<sup>[8,21,22]</sup>. Wśród leków przeciwdepresyjnych charakteryzujących się niższym potencjałem interakcji z tryptanami w porównaniu do SSRI i SNRI wymienia się amitryptylinę znajdującą zastosowanie między innymi w profilaktyce migreny<sup>[23]</sup>.

### Forma ODT zolmitryptanu

W Polsce zolmitryptan dostępny jest w postaci tabletek rozpadających się w jamie ustnej ODT (2,5–5 mg). Ta forma leku posiada istotną zaletę polegającą na możliwości jej przyjęcia natychmiast, bez konieczności popijania płynami, w dowolnym momencie wystąpienia napadu migreny. Pacjenci mogą odnieść korzyść z leczenia dzięki wygodzie zastosowania leku, gdyż istnieją dowody wskazujące na to, że jak najwcześniejsze podanie tryptanu w przebiegu napadu bólu migrenowego sprzyja lepszym efektom terapeutycznym<sup>[16]</sup>.

W badaniu oceniającym preferencje pacjentów w zakresie stosowania zolmitryptanu w postaci tabletek rozpadających się w jamie ustnej (ODT) w porównaniu z konwencjonalnymi tabletkami doustnymi sumatryptanu ponad 60% spośród 168 uczestników zadeklarowało preferencję formy ODT zolmitryptanu. Dodatkowo ponad 80% ankietowanych uznało tę postać farmaceutyczną za wygodniejszą oraz w mniejszym stopniu zakłócającą codzienną aktywność w porównaniu z klasyczną formą tabletek doustnych. Co istotne, niemal 90% badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że zolmitryptan ODT może być zażywany w dowolnym miejscu i czasie wystąpienia napadu migrenowego, co odróżnia go od tradycyjnej tabletki doustnej sumatryptanu<sup>[24]</sup>.

## Leczenie profilaktyczne migreny

W procesie diagnostyki migreny oraz podczas doboru optymalnej terapii doraźnie przerywającej napady szczególną uwagę należy poświęcić ocenie zasadności jednoczesnego wdrożenia leczenia profilaktycznego. Rozważenie takiego postępowania jest szczególnie istotne u pacjentów z wysoką częstością napadów migrenowych, co niesie za sobą podwyższone ryzyko nadużywania leków doraźnych. Celem terapii profilaktycznej jest zmniejszenie ilości napadów migreny, jak i liczby dni z bólem głowy w skali miesiąca, zmniejszenie nasilenia dolegliwości bólowych, podniesienie skuteczności leczenia doraźnego, ograniczenie ilości przyjmowanych środków przeciwbólowych, a także poprawa ogólnej jakości życia chorych<sup>[3,25]</sup>.

Wdrożenie leczenia profilaktycznego migreny powinno być rozważone w następujących okolicznościach klinicznych:

- ❑ u pacjentów, u których liczba dni z napadami migreny przekracza cztery w ciągu miesiąca,
- ❑ w przypadkach, gdy stosowanie leków doraźnych nie przynosi oczekiwanej skuteczności w przerywaniu napadów,
- ❑ gdy napady migrenowe istotnie ograniczają codzienne funkcjonowanie chorego – zarówno w sferze społecznej, rodzinnej, jak i zawodowej,
- ❑ w sytuacji, w której napady migreny poprzedzane są uciążliwą aurą migrenową lub gdy aura migrenowa występuje w sposób izolowany, bez towarzyszącego bólu głowy<sup>[26]</sup>.

Włączenie leczenia profilaktycznego migreny jest niezbędne zwłaszcza w przypadku zdiagnozowania migreny przewlekłej, czyli takiej postaci migreny, w której przez  $\geq 3$  miesiące poprzedzające rozpoznanie ból głowy towarzyszy pacjentowi przez  $\geq 15$  dni w miesiącu, w tym przez  $\geq 8$  dni spełnia kryteria bólu migrenowego<sup>[2,27]</sup>.

## Podsumowanie

Leczenie doraźne napadów migreny stanowi fundamentalny element postępowania terapeutycznego w przypadku migreny epizodycznej. Dobór odpowiedniego leku powinien być dokonywany indywidualnie, uwzględniając zarówno skuteczność i profil tolerancji preparatu, jak również istniejące wskazania oraz przeciwwskazania do jego stosowania. Zolmitryptan w postaci tabletek rozpadających się w jamie ustnej (ODT) jest efektywną i komfortową opcją terapii doraźnej napadów migreno-

wych, co znajduje potwierdzenie zarówno w ocenie preferencji pacjentów, jak i w wynikach badań klinicznych. Wprowadzenie leczenia profilaktycznego, zwłaszcza u pacjentów doświadczających częstych napadów, umożliwia znaczące ograniczenie liczby dni z bólem głowy, zmniejszenie nasilenia objawów migreny oraz ogólną poprawę jakości życia.

## Opis przypadku

Pacjentka 45-letnia zgłosiła się do Centrum Leczenia Pacjenta i Migreny w Krakowie z powodu nasilonych bólów głowy, które występowały u niej od około piętnastu lat.

## Wywiad

Bóle głowy pojawiały się zwykle 1–2 razy w miesiącu, często w okresie poprzedzającym miesiączkę lub w jej trakcie. Najczęściej zaczynały się rano, od uczucia lekkiego ucisku w okolicy skroni, które w ciągu dnia stopniowo narastało i przybierało pulsujący charakter, obejmując niekiedy całą głowę. Z powodu dużego nasilenia bólu, który dodatkowo potęgowały codzienne czynności, takie jak wchodzenie po schodach czy schyłanie się, pacjentka była zmuszona do odpoczynku w pozycji leżącej.

Napadom bólu towarzyszyła silna nadwrażliwość na światło (fotofobia) i dźwięki (fonofobia), zmuszające do przebywania w zaciemnionym i cichym pomieszczeniu, a także nadwrażliwość na zapachy (osmofobia). Często występowały nudności, a czasami również wymioty, które uniemożliwiały przyjmowanie leków doustnych. Ostre dolegliwości utrzymywały się zwykle do wieczora, a po przespanej nocy ich nasilenie zmniejszało się, nie ustępowały jednak całkowicie przez kolejny dzień.

Dotychczas pacjentka stosowała doraźnie leki dostępne bez recepty, takie jak paracetamol, ibuprofen czy ketoprofen, jednak nie przynosiły one ulgi. Leczenie utrudniało dodatkowo współistniejące wrzodziejące zapalenie jelita grubego, będące przeciwwskazaniem do stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Poza miesiączką do czynników prowokujących napady bólu głowy należały duszne pomieszczenia, intensywne zapachy oraz pomijanie posiłków i związane z nim silne uczucie głodu.

## Wywiad rodzinny

- ❑ Siostra pacjentki doświadczała ciężkich, trzydniowych napadów silnego bólu głowy.
- ❑ Bóle głowy występowały również u matki pacjentki.

Diagnostyka

- Badanie fizykalne i neurologiczne nie wykazało żadnych nieprawidłowości.
- Wyniki badań laboratoryjnych – morfologia, hormony tarczycy, próby wątrobowe oraz poziom witaminy D<sub>3</sub> – były w granicach normy.

Rozpoznanie

Rozpoznano u pacjentki migrenę epizodyczną bez aury.

Leczenie

W ramach doraźnego leczenia napadów migreny początkowo zalecono pacjentce almotryptan w dawce 12,5 mg, jednak lek ten nie przyniósł oczekiwanych efektów podczas trzech kolejnych epizodów migreny. W związku z tym oraz ze względu na częste nudności towarzyszące atakom migreny dokonano zmiany terapii, wdrażając zolmitryptan w dawce 2,5 mg w formie ODT, z zaleceniem przyjęcia leku jak najszybciej po pojawieniu się pierwszych objawów. Zolmitryptan okazał się skuteczny – szybko łagodził typowe dolegliwości migrenowe, takie jak ból głowy, nadwrażliwość na światło i dźwięki oraz nudności, zazwyczaj już w ciągu godziny od przyjęcia.

Ponadto pacjentce zalecono wprowadzenie kilku zmian w codziennym stylu życia: regularne pory snu i posiłków, odpowiednie nawodnienie, umiarkowaną i systematyczną aktywność fizyczną oraz częste wietrzenie pomieszczeń. Działania te przyniosły pozytywne rezultaty – napady migreny występowały niemal wyłącznie w trakcie miesiączki, a ich przebieg był skutecznie łagodzony przy użyciu zolmitryptanu.

Piśmiennictwo:

1. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* 2010;11:289–99. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0217-0>.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. *Cephalalgia* 2018;38:1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.
3. Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, Diener H-C, Mitsikostas DD, Sindair AJ, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nat Rev Neurol* 2021;17:501–14. <https://doi.org/10.1038/s41582-021-00509-5>.
4. Straburzyński M. Leczenie tryptanami w gabinecie lekarza rodzinnego. *Migrena News* 2020;Vol. 3/Nr 2(9):s. 27–33.
5. Hutchinson S, Lipton RB, Ailani J, Reed ML, Fanning KM, Adams AM, et al. Characterization of Acute Prescription Migraine Medication Use: Results From the CaMEO Study. *Mayo Clin Proc* 2020;95:709–18. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.11.025>.
6. Waliszewska-Prośół M, Straburzyński M, Czapińska-Ciepiela EK, Nowaczewska M, Gryglas-Dworak A, Budrewicz S. Migraine symptoms, healthcare resources utilization and disease burden in a large Polish migraine cohort?: Results from 'Migraine in Poland' – a nationwide cross-sectional survey. *J Headache Pain* 2023;24:40. <https://doi.org/10.1186/s10194-023-01575-4>.
7. Belvis R, Mas N, Aceituno A. Migraine attack treatment?: a tailor-made suit, not one size fits all. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2014;9:26–40.
8. Stępień A, Kozubski W, Rożniecki JJ, Domitrz I. Migraine treatment recommendations developed by an Expert Group of the Polish Headache Society, the Headache Section of the Polish Neurological Society, and the Polish Pain Society. *Neurol Neurochir Pol* 2021;55:33–51. <https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2.021.0007>.
9. Thorlund K, Sun-Edelstein C, Druyts E, Kanter S, Ebrahim S, Bhambrri R, et al. Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine. *J Headache Pain* 2016;17:107. <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0696-8>.
10. Maccone AE, Perloff MD. Triptans and migraine: advances in use, administration, formulation, and development. *Expert Opin Pharmacother* 2017;18:387–97. <https://doi.org/10.1080/14656566.2017.1288721>.
11. Becker WJ. Acute Migraine Treatment in Adults. *Headache* 2015;55:778–93. <https://doi.org/10.1111/head.12550>.
12. Mathew PG, Klein BC. Getting to the Heart of the Matter: Migraine, Triptans, DHE, Ditans, CGRP Antibodies, First/Second-Generation Gepants, and Cardiovascular Risk. *Headache* 2019;59:1421–6. <https://doi.org/10.1111/head.13601>.
13. Dodick D, Lipton RB, Martin V, Papademetriou V, Rosamond W, MaassenVanDenBrink A, et al. Consensus statement: cardiovascular safety profile of triptans (5-HT agonists) in the acute treatment of migraine. *Headache* 2004;44:414–25. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2004.04078.x>.
14. Moreno-Ajona D, Villar-Martínez MD, Goadsby PJ. New Generation Gepants: Migraine Acute and Preventive Medications. *J Clin Med* 2022;11:1656. <https://doi.org/10.3390/jcm11061656>.
15. Bird S, Derry S, Moore RA. Zolmitriptan for acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014:CD008616. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008616.pub2>.
16. Dowson AJ, Charlesworth B. Review of zolmitriptan and its clinical applications in migraine. *Expert Opin Pharmacother* 2002;3:993–1005. <https://doi.org/10.1517/14656566.3.7.993>.
17. Bano F, Aba Alkhalil FF, Rashid M, Alqethami MG, Alsufyani MO, Alhothali KOR, et al. Recent Development of Zolmitriptan Formulation in Migraine Therapy: Production, Metabolism and Pharmaceutical Aspects. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2005;24:219–33. <https://doi.org/10.2174/011871527330692.9240820071521>.
18. Oh S-Y, Kang J-J, Park H-K, Cho S-J, Hong Y, Moon H-S, et al. Clinical characteristics of medication-overuse headache according to the class of acute medication: A cross-sectional multicenter study. *Headache* 2022;62:890–902. <https://doi.org/10.1111/head.14363>.
19. Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. *Cephalalgia* 2002;22:633–58. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2002.00404.x>.
20. Orlova Y, Rizzoli P, Loder E. Association of Coprescription of Triptan Antimigraine Drugs and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor or Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor Antidepressants With Serotonin Syndrome. *JAMA Neurol* 2018;75:566–72. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.5144>.
21. Stępień A, Słowik A, Domitrz I, Kozubski W, Rejdak K, Rożniecki J, et al. Experts and national consultants' recommendations regarding management of patients treated for migraine with comorbid depression. *Diagnosis. Therapeutic strategies. Part 2. Psychiatr Pol* 2022;56:711–28. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/1395.96>.
22. Stępień A, Domitrz I, Kozubski W, Rejdak K, Rożniecki J, Słowik A, et al. Experts and national consultants' recommendations regarding management of patients treated for migraine with comorbid depression. *Epidemiology. Pathomechanism. Comorbidity. Part 1. Psychiatr Pol* 2022;56:697–710. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/136489>.
23. Foong A-L, Grindrod KA, Patel T, Kellar J. Demystifying serotonin syndrome (or serotonin toxicity). *Can Fam Physician* 2018;64:720–7.
24. Dowson AJ, Almqvist P. Part III: the convenience of, and patient preference for, zolmitriptan orally disintegrating tablet. *Curr Med Res Opin* 2005;21 Suppl 3:S13-17. <https://doi.org/10.1185/030079905X46287>.
25. Ashina M. Migraine. *N Engl J Med* 2020;383:1866–76. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1915327>.
26. Puledda F, Sacco S, Diener H-C, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. *Cephalalgia* 2024;44:3331024241269735. <https://doi.org/10.1177/03331024241269735>.
27. Diener H-C, Dodick DW, Goadsby PJ, Lipton RB, Olesen J, Silberstein SD. Chronic migraine—classification, characteristics and treatment. *Nat Rev Neurol* 2012;8:162–71. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.13>.

Artykuł ukazał się w miesięczniku

**ŚWIAT MEDYCyny**  
I FARMACJI

nr 2 (293) 2026

**Wydawca miesięcznika**  
**„Świat Medycyny i Farmacji”**  
Agencja Reklamowa LION-ART  
ul. Moniuszki 3/7  
40-005 Katowice  
tel./fax: 32 253-02-88  
e-mail: redakcja@smif.com.pl  
www.smif.com.pl

NPS-PL-NP-01774-04-26

---

**teva**

Eprint udostępniony dzięki wsparciu Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o.