



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Migrena

Protocol clinic național

PCN- 284

Chișinău, 2017

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 30.03.2017, proces verbal nr. 1

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.621 din 24.07.2017 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Migrena”

Elaborat de colectivul de autori:

Ion Moldovanu	IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Stela Odobescu	IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Lilia Rotaru	IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Oxana Grosu	IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Recenzenți oficiali

Victor Ghicavii	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul.....	3
A.2. Codul bolii (CIM10).....	3
A.3. Utilizatorii.....	3
A.4. Scopurile protocolului.....	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data actualizării protocolului.....	4
A.7. Data următoarei revizuirii	4
A.8. Lista și informații de contact ale autorilor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.9. Definițiile folosite în document.....	5
A.10. Informația epidemiologică.....	5
B. PARTEA GENERAL	6
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	
B.2 Nivel de asistență consultativă (neurolog).....	
B.3. Nivel de asistență consultativă specializată (Centrul de cefalee).....	
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	8
C.1. ALGORITM DE CONDUIȚĂ	11
C.1.1. <i>Algoritmul general de conduită al pacientului</i>	
C.1.2. <i>Algoritmul terapiei medicamentoase</i>	
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	12
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	25
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	
D.2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator.....	
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neurologie, spitale de neurologie.	
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.	37
ANEXE	38
Anexa 1.	38
Anexa 2.	48
BIBLIOGRAFIE	51

Abrevierile folosite în document

CITC	Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgică
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AVC	Accident vascular cerebral
AIT	Atac ischemic tranzitoriu
HTA	Hipertensiune arterială
HIT	Headache Impact Test (Chestionar de evaluarea impactului cefaleei)
MIDAS	Migraine Disability Assessment (chestionar de evaluare a dizabilității migrenei)

Prefață

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii catedrei neurologie, Facultatea Medicina Generală USMF „Nicolae Testemițanu” și ai Institutului de Neurologie și Neurochirurgie. Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind migrena și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

1. PARTEA INTRODUCIVĂ

A.1. Diagnostic

- Migrena episodică rară. Accese cu/fără aura moderate și severe în intensitate.
- Migrenă episodică frecventă. Accese cu/fără aura moderate și severe în intensitate.
- Migrenă probabilă cu/fără aura. Accese cu/fără aura moderate și severe în intensitate.
- Migrenă cronică cu abuz medicamentos. Accese cu/fără aura moderate și severe în intensitate.

A.2. Codul bolii (CIM 10)

G43 Migrena

G43.0 Migrenă fără aură

G43.1 Migrenă cu aură

A.3. Utilizatorii:

1. oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
2. centrele medicilor de familie (medici de familie);
3. cabinete de consultație neurologie în instituțiile/secțiunile consultative (neurologi);
4. secții neurologie în spitalele generale municipale, raionale;
5. spitalele de neurologie republicane (neurologi);
6. centrele medicinii de urgență (medici ai serviciului urgență);
7. centrele de crize (psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali)

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști

A.4. Scopurile protocolului:

- de a formula recomandări bazate pe dovezi referitoare la diagnosticul, managementul și tratamentul migrenei.
- de a micșora rata complicațiilor migrenei
- de a crește nivelul asistenței medicale acordate subiecților cu migrenă.
- de a crește procentul persoanelor cu migrenă ce au primit materiale informaționale

- de a crește procentul persoanelor ce primesc tratament de profilaxie
- de a crește procentul persoanelor cu migrenă ce au crescut gradul de funcționalitate

A.5. Data elaborării protocolului: 2017






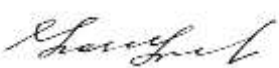
A.6. Data actualizării protocolului:

A.7. Data revizuirii următoare: 2019

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborare

Numele	Funcția deținută
Ion Moldovanu	d.h.ș.m., profesor universitar, cercetător științific principal Laborator Neurologie Funcțională, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Stela Odobescu	d.h.ș.m., conferențiar cercetător, Șef Laborator Neurologie Funcțională al IMSP Institutului de Neurologie și Neurochirurgie
Lilia Rotaru	d.ș.m., conferențiar cercetător, cercetător științific superior în Laboratorul Neurologie Funcțională al IMSP Institutului de Neurologie și Neurochirurgie
Oxana Grosu	d.ș.m., cercetător științific în Laboratorul Neurologie Funcțională al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie.

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Comisia Științifico-Metodică de profil „Neurologie”	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experti al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.9. Definițiile folosite în document

- **Migrena** - este o patologie cronică recurentă, genetic determinată, caracterizate de accese cefalagice de intensitate moderată sau severă, localizare hemicranică, asociată cu semne vegetative și afectează calitatea vieții.
- **Migrenă episodică rară** – accesele de migrenă se produc de 1-4 ori în lună.
- **Migrenă episodică frecventă** – frecvența acceselor migrenoase este de 4-14 zile în lună.
- **Migrenă probabilă** – accesele migrenoase nu se includ totalmente criteriilor Clasificării Internaționale a Tulburărilor Cefalgice pentru migrenă.
- **Aura** – simptome neurologice de focar totalmente reversibile ce preced accesele de migrenă.
- **Migrenă cu aura** – accesele migrenoase sunt însoțite de aura vizuală, sensitive,

disfazică, motorie.

- **Abuz medicamentos** – consum de medicamente analgetice combinate mai mult de 15 zile pe lună, triptani mai mult de 10 zile pe lună.

A.10. Informația epidemiologică:

Migrena este o patologie cronică multifactorială, caracterizată prin accese recurente cefalalgice la subiecții cu predispoziție genetică și biologică [1]. Organizația Mondială a Sănătății clasifică migrena pe locul 19 de dizabilitate pentru ambele sexe [2]. În populația generală pînă la 30% prezintă această patologie, 2.5 - 4 % dintre care este migrenă cronică [3] la nivel internațional și 7.76 % la nivel național conform primului studiu epidemiologic din Republica Moldova [4]. Migrena este una dintre cele mai frecvente afecțiuni cefalalgice. Aproximativ 6-8% din bărbați și 12-14% din femei suferă de migrenă. Prevalența pe viață a femeilor poate fi chiar mai mare, pînă la 25%. Înainte de pubertate prevalența migrenei este de aproximativ 5%, atât la băieți cât și la fete. Incidența maximă a atacurilor migrenoase are loc între 35 și 45 de ani, cu o predominanță feminină de 3 la 1 [5-9]. Migrena este o cefalee idiopatică caracterizată de atacuri de cefalee de obicei moderate pînă la severe, frecvent unilaterale și pulsatile, agravate de activitatea fizică și acompaniate de simptome vegetative precum greață, vărsături, fotofobie și fonofobie. Durata atacurilor este în mod tipic între 4 și 24h și este necesar să fi existat cel puțin cinci atacuri înainte ca diagnosticul să poată fi stabilit. Majoritatea pacienților suferă de atacuri migrenoase fără aură [7, 10-16].

B. PARTEA GENERALĂ

1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pași (măsurile)
1. Diagnostic		
1.1 Suspectarea diagnosticului de migrenă	Anamneza, examenul fizic, examen de laborator și diagnosticul diferențial permit stabilirea diagnosticului de migrenă [17]	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea criteriilor pentru migrenă în clasificarea internațională a tulburărilor cefalalgice (<i>Caseta 1, 2, 3, 4</i>) • Anamnesticul (<i>caseta 7</i>) • Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 6</i>) • Excluderea altor tipuri de cefalee primare sau secundare (stegulețe roșii) (<i>caseta 8, 12</i>) • Aplicarea chestionarelor de cefalee (<i>anexa 2</i>) <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea examenelor paraclinice pentru excluderea cefaleelor secundare (<i>caseta 11</i>) • Consultații a specialiștilor la necesitate pentru excluderea cefaleelor secundare (<i>caseta 12</i>)
1.2 Decizia de consultare a specialistului	Este indicată consultația specialistului cât mai precoce pentru evaluare detaliată, evitarea complicațiilor și scăderea gradului de dizabilitate [13] (<i>caseta 13</i>)	<p>Obligatoriu:</p> <p>Cefalee ce nu corespunde criteriilor CITC(beta, 2013) (<i>Caseta 1, 2, 3, 4</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prezența stegulețelor roșii (<i>caseta 8</i>) • Ineficiența tratamentului indicat (<i>caseta 15,17,22</i>) • Prezența abuzului medicamentos (<i>caseta 23,21,22</i>) • Prezența complicațiilor migrenei (<i>caseta 23</i>)
1.3 Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Criterii de spitalizare (<i>caseta 14</i>)
2. Tratament		
2.1. abortiv	Este administrat pentru jugularea acceselor de cefalee (<i>caseta 15, 17, 18, 19</i>)[18-28]	<ul style="list-style-type: none"> • AINS (<i>Tabelul 1, 1A</i>) • Aniemetice (<i>tabelul 1B</i>) • derivați de ergot (<i>tabelul 2</i>) • triptani (<i>tabelul 2, 2A</i>)
2.2 de profilaxie	Tratamentul de profilaxie este indicat pentru a reduce intensitatea și frecvența acceselor de cefalee (<i>caseta 15, 20, 21, 22</i>) (<i>tabelul 3A,3B,3C</i>) [29-43]	<ul style="list-style-type: none"> • betablocante • blocantele canalelor Ca • anticonvulsivante • antidepresante • altele
3. Supraveghere		

3.1 de scurtă durată	Supravegherea de scurtă durată este util în confirmarea diagnozei și a complianței la tratamentul abortive și/sau profilactic (<i>caseta 9</i>)[44-50]	<ul style="list-style-type: none"> • evaluarea factorilor trigger și de risc (<i>caseta 6</i>) • evaluarea complianței la tratament (<i>caseta 15,17, 22</i>) • evaluarea eficacității tratamentului abortiv • agenda de cefalee • evaluarea abuzului medicamentos • evaluarea gradului de dizabilitate (<i>anexa 2</i>)
3.2 de lungă durată	Supravegherea de lungă durată urmărește scopul de evaluare în timp al fenomenului algic, abuzului medicamentos și eficiența tratamentului. [9, 44-56]	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de cefalee • Evaluarea eficienței tratamentului de profilaxie • Școala pacientului cu migrenă • Managementul factorilor trigger • Evaluarea gradului de dizabilitate (<i>anexa 2</i>)

2. Nivelul consultativ specializat de ambulator

Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pași (măsurile)
1. Diagnostic		
1.1 Confirmarea diagnosticului de migrenă	Anamneza, examenul fizic, examen de laborator și diagnosticul diferențial permit stabilirea diagnosticului de migrenă [17]	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea criteriilor pentru migrenă în clasificarea internațională a tulburărilor cefalalgice (<i>Caseta 1, 2, 3, 4</i>) • Anamnestical (<i>caseta 7</i>) • Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 6</i>) • Excluderea altor tipuri de cefalee primare sau secundare (stegulețe roșii) (<i>caseta 8, 12</i>) • Aplicarea chestionarelor de cefalee (<i>anexa 2</i>) <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea examenelor paraclinice pentru excluderea cefaleelor secundare (<i>caseta 11</i>) • Consultații a specialiștilor la necesitate pentru excluderea cefaleelor secundare (<i>caseta 12</i>)

1.2 Decizia de consultare a specialistului	Este indicate consultația specialistului cât mai precoce pentru evaluare detaliată, evitarea complicațiilor și scăderea gradului de dizabilitate [13] (caseta 13)	Obligatori: Cefalee ce nu corespunde criteriilor CITC(beta, 2013) (Caseta 1, 2, 3, 4) <ul style="list-style-type: none"> • Prezența stegulețelor roșii (caseta 8) • Ineficiența tratamentului indicat (caseta 15,17,22) • Persistența abuzului medicamentos (caseta 23,21,22) • Apariția complicațiilor migrenei (caseta 23)
1.3 Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Criterii de spitalizare (caseta 14)
2. Tratament		
2.1. abortiv	Este administrat pentru jugularea acceselor de cefalee (caseta 15, 17, 18, 19)[18-28]	<ul style="list-style-type: none"> • AINS (Tabelul 1, 1A) • Aniemetice (tabelul 1B) • derivați de ergot (tabelul 2) • triptani (tabelul 2, 2A)
2.2 de profilaxie	Tratamentul de profilaxie este indicat pentru a reduce intensitatea și frecvența acceselor de cefalee (caseta 15, 20, 21, 22) (tabelul 3A,3B,3C) [29-43]	<ul style="list-style-type: none"> • betablocante • blocantele canalelor Ca • anticonvulsivante • antidepresante • altele
3. Supraveghere		
3.1 de scurtă durată	Supravegherea de scurtă durată este util în confirmarea diagnozei și a complianței la tratamentul abortive și/sau profilactic (caseta 9)[44-50]	<ul style="list-style-type: none"> • evaluarea factorilor trigger și de risc (caseta 6) • evaluarea complianței la tratament (caseta 15,17, 22) • evaluarea eficacității tratamentului abortiv • agenda de cefalee • evaluarea abuzului medicamentos • evaluarea gradului de dizabilitate (anexa 2)
3.2 de lungă durată	Supravegherea de lungă durată urmărește scopul de evaluare în timp al fenomenului algic, abuzului medicamentos și eficiența tratamentului. [9, 44-56]	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de cefalee • Evaluarea eficienței tratamentului de profilaxie • Școala pacientului cu migrenă • Managementul factorilor trigger • Evaluarea gradului de dizabilitate (anexa 2)

3. Nivelul consultativ specializat de ambulator (Centrul de cefalee)

Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pașii (măsurile)
1. Diagnostic		
1.1 Confirmarea diagnosticului de migrenă	Anamneza, examenul fizic, examen de laborator și diagnosticul diferențial permit	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea criteriilor pentru migrenă în clasificarea

	stabilirea diagnosticului de migrenă [17] [5, 10, 11, 13, 49, 57-65]	<p>internațională a tulburărilor cefalalgice (<i>Caseta 1, 2, 3, 4</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnesticul (<i>caseta 7</i>) Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 6</i>) Excluderea altor tipuri de cefalee primare sau secundare (stegulețe roșii) (<i>caseta 8, 12</i>) Aplicarea chestionarelor de cefalee (<i>anexa 2</i>) <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizarea examenelor paraclinice pentru excluderea cefaleelor secundare (<i>caseta 11</i>) Aplicarea chestionarelor pentru evaluarea patologiilor comorbide (<i>anexa 2</i>) Evaluarea calității vieții (<i>anexa 2</i>)
1.3 Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Criterii de spitalizare: (<i>caseta 14</i>)
2. Tratament		
2.1. abortiv	Este administrat pentru jugularea acceselor de cefalee (<i>caseta 15, 17, 18, 19</i>)[18-28]	<ul style="list-style-type: none"> AINS (<i>Tabelul 1, 1A</i>) Aniemetice (<i>tabelul 1B</i>) derivați de ergot (<i>tabelul 2</i>) triptani (<i>tabelul 2, 2A</i>)
2.2 de profilaxie	Tratamentul de profilaxie este indicat pentru a reduce intensitatea și frecvența acceselor de cefalee (<i>caseta 15, 20, 21, 22</i>) (<i>tabelul 3A,3B,3C</i>) [29-43]	<ul style="list-style-type: none"> betablocante blocantele canalelor Ca anticonvulsivante antidepresante altele
2.3 nemedicamentos	Este indicat în suportul tratamentului medicamentos și/sau când medicamentele sunt contraindicate sau slab eficiente (<i>caseta 5,16</i>)[39, 66-75]	<ul style="list-style-type: none"> Acupunctură Biofeedback Terapie cognitiv – comportamentală Terapie de relaxare Stimulare magnetică cerebrală Stimulare electrică transcranială Stimulare a nervului vag
3. Supraveghere		
3.1 de scurtă durată	Supravegherea de scurtă durată este util în confirmarea diagnozei și a complianței la tratamentul abortive și/sau profilactic (<i>caseta 9</i>)[44-50]	<ul style="list-style-type: none"> evaluarea factorilor trigger și de risc (<i>caseta 6</i>) evaluarea complianței la tratament (<i>caseta 15,17, 22</i>) evaluarea eficacității tratamentului abortiv agenda de cefalee evaluarea abuzului medicamentos
3.2 de lungă durată	Supravegherea de lungă	<ul style="list-style-type: none"> Agenda de cefalee

	durată urmărește scopul de evaluare în timp al fenomenului algic, abuzului medicamentos și eficiența tratamentului [9, 44-56]	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea eficienței tratamentului de profilaxie • Școala pacientului cu migrenă • Managementul factorilor trigger • Evaluarea gradului de dizabilitate (anexa 2)
--	---	--

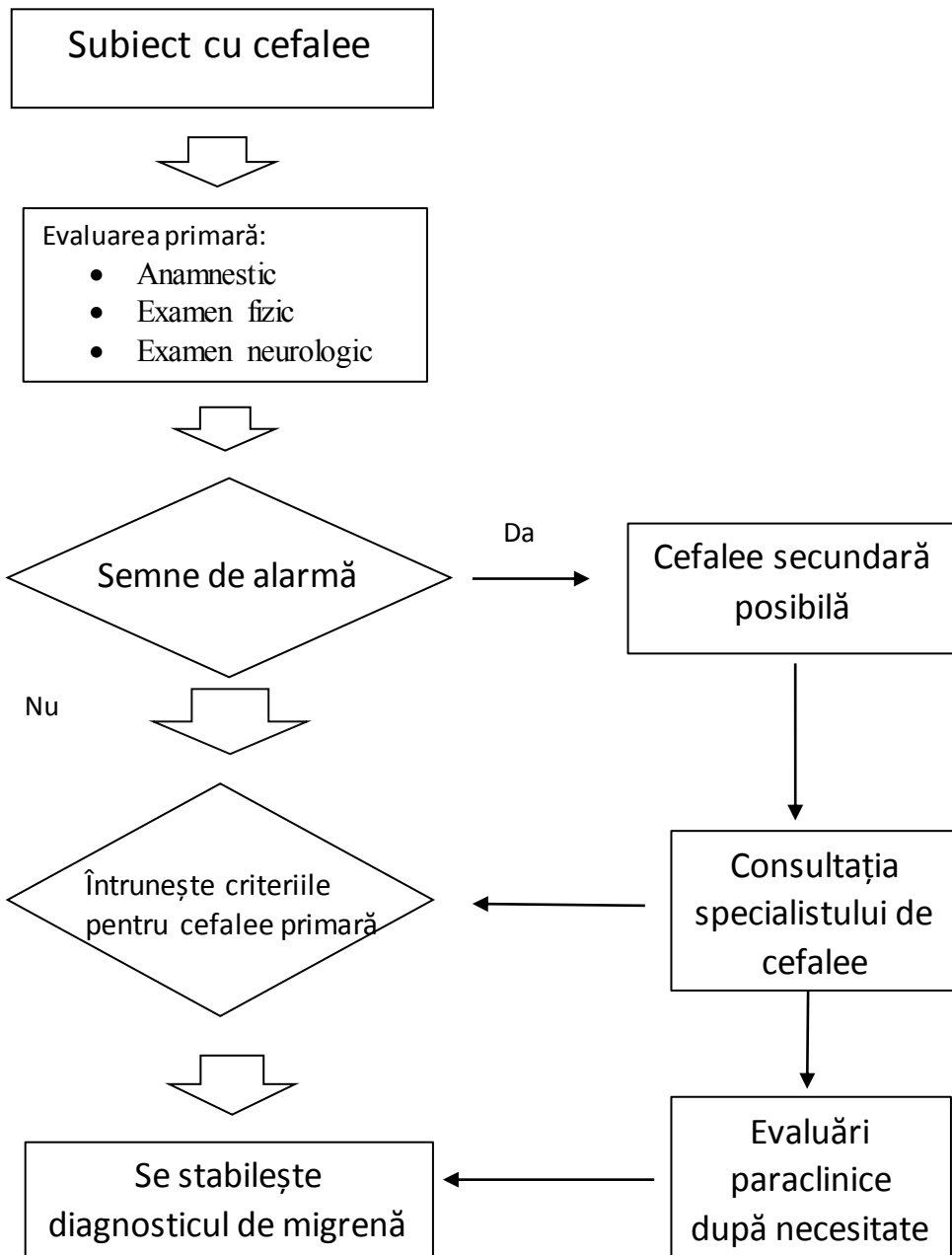
B 4. Nivelul de staționar

Descriere (măsuri)	Motivele (reper)	Pașii (măsurile)
1. Diagnostic		
1.1 Confirmarea diagnosticului de migrenă	Anamneza, examenul fizic, examen de laborator și diagnosticul diferențial permit stabilirea diagnosticului de migrenă [17] [5, 10, 11, 13, 49, 57-65]	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea criteriilor pentru migrenă în clasificarea internațională a tulburărilor cefalalgice (Caseta 1, 2, 3, 4) • Excluderea altor tipuri de cefalee primare sau secundare (stegulețe roșii) (caseta 8, 12) • Anamneza (caseta 7) • Evaluarea factorilor de risc (caseta 6) • Aplicarea chestionarelor de cefalee (anexa 2) • Examen fizic • Examen de laborator • Examenul psiho-afectiv (anexa 2) • Prezența complicațiilor (caseta 23) • Evaluarea abuzului de medicamente • Impactul comorbidităților <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea examenelor paraclinice pentru excluderea cefaleelor secundare (caseta 11) • Evaluarea calității vieții (anexa 2)
1.3 Decizia asupra tacticii de tratament staționar		Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 14)
2. Tratament		
2.1. abortiv	Este administrat pentru jugularea acceselor de cefalee (caseta 15, 17, 18, 19)[18-28]	<ul style="list-style-type: none"> • AINS (Tabelul 1, 1A) • Aniemetice (tabelul 1B) • derivați de ergot (tabelul 2) • triptani (tabelul 2, 2A)
2.2 de profilaxie	Tratamentul de profilaxie este indicat pentru a reduce intensitatea și frecvența acceselor de cefalee (caseta 15, 20, 21, 22) (tabelul 3A, 3B, 3C) [29-43]	<ul style="list-style-type: none"> • betablocante • blocantele canalelor Ca • anticonvulsivante • antidepresante • altele

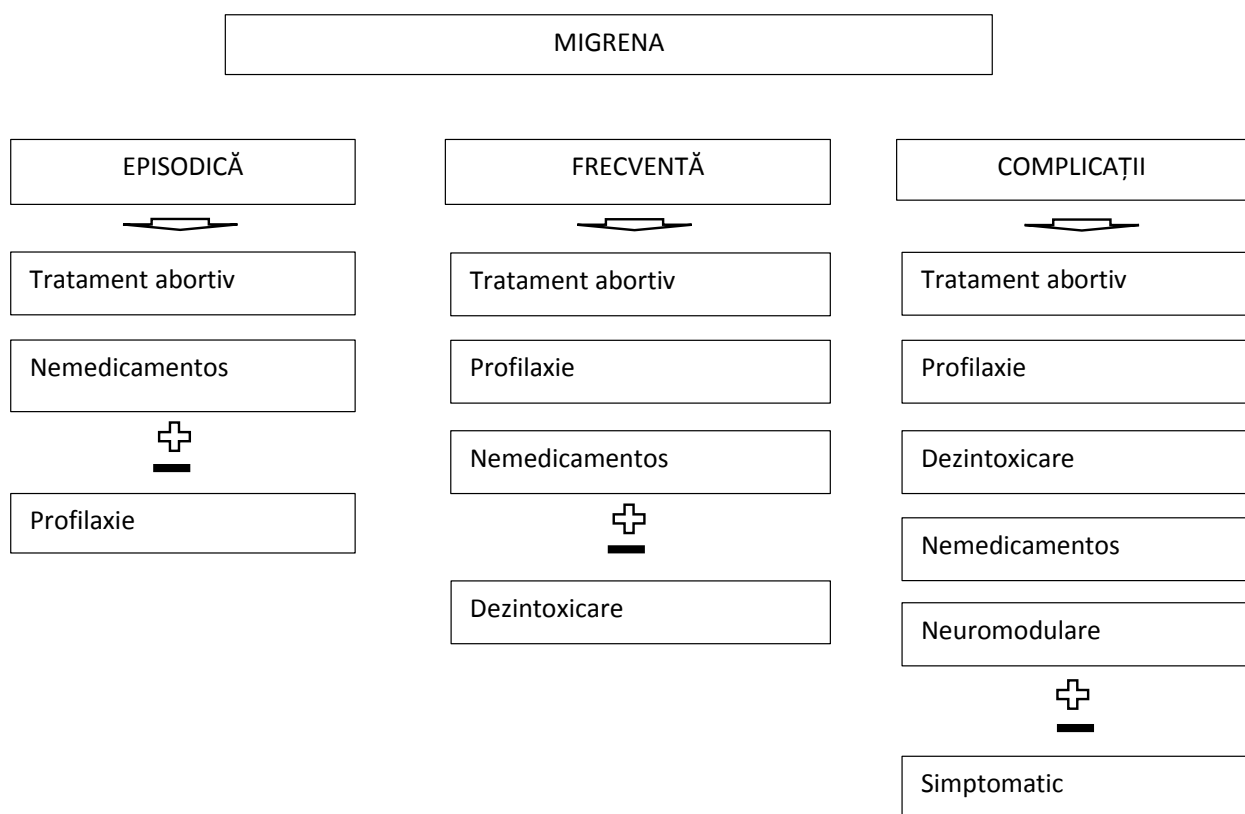
2.3 nemedicamentos	Este indicat în suportul tratamentului medicamentos și/sau când medicamentele sunt contraindicate sau slab eficiente (caseta 5,16)[39, 66-75]	<ul style="list-style-type: none"> • Acupunctură • Biofeedback • Terapie cognitiv – comportamentală • Terapie de relaxare • Stimulare magnetică cerebrală • Stimulare electrică transcranială • Stimulare a nervului vag
2.4 tratament al complicațiilor	Are scopul de tratament al complicațiilor accesului de migrenă și/sau evoluției procesului migrenos (caseta 23)[76-78]	<ul style="list-style-type: none"> • Dezintoxicare • Terapie infuzională • Tratament simptomatic
2.5 tratament al comorbidităților	Are scop de micșorare a impactului patologiilor comorbide asupra progresiei procesului migrenos[8, 44, 64, 65, 79-85]	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul anxietății • Tratamentul depresiei • Tratamentul hipertensiunii arteriale • alte patologii.
3. Supraveghere		
3.1 de scurtă durată	Supravegherea de scurtă durată este util în confirmarea diagnozei și a complianței la tratamentul abortive și/sau profilactic (caseta 9)[44-50]	<ul style="list-style-type: none"> • evaluarea complianței la tratament • evaluarea eficacității tratamentului abortiv • agenda de cefalee • evaluarea abuzului medicamentos
3.2 de lungă durată	Supravegherea de lungă durată urmărește scopul de evaluare în timp al fenomenului algic, abuzului medicamentos și eficiența tratamentului [9, 44-56]	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de cefalee • Evaluarea eficienței tratamentului de profilaxie • Școala pacientului cu migrenă
4. Externarea		
La medicul de familie		Cu extras corespunzător
5. Profilaxia secundară		
	Este indicată pentru managementul pacientului carea dezvoltat complicații ale migrenei.	<ul style="list-style-type: none"> • Măsuri de prevenire a atacurilor de migrenă • Măsuri de prevenire a abuzului de medicamente • Măsuri de management a comorbidităților

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului cu cefalee



C.1.2. Algoritmul terapiei medicamentoase



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică (*obligatoriu*)

Caseta 1.

Subclasificarea migrenei conform clasificării internaționale a tulburărilor cefalalgice (versiunea beta, 2013)

1. Migrenă
 - 1.1 Migrenă fără aură
 - 1.2 Migrenă cu aură
 - 1.2.1 Migrenă cu aură tipică
 - 1.2.1.1. Aură tipică cu cefalee migrenoasă
 - 1.2.1.2 Aură tipică fără cefalee
 - 1.2.2 Migrenă cu aură bazilară
 - 1.2.3 Migrenă hemiplegică
 - 1.2.3.1 Migrenă hemiplegică familială
 - 1.2.3.1.1 Migrenă hemiplegică familială tip 1
 - 1.2.3.1.2 Migrenă hemiplegică familială tip 2
 - 1.2.3.1.3 Migrenă hemiplegică familială tip 3
 - 1.2.3.1.4 Migrenă hemiplegică familială, alte locuri.
 - 1.2.3.2 Migrenă hemiplegică sporadică
 - 1.2.4 Migrena retiniană
 - 1.3 Migrenă cronică
 - 1.4 Complicațiile migrenei
 - 1.4.1 Status migrenos

- 1.4.2 Aură persistentă fără infarct
- 1.4.3 Infarct migrenos
- 1.4.4. Criză epileptică declanșată de migrenă
- 1.5 Migrena probabilă
 - 1.5.1. Migrenă probabilă fără aură
 - 1.5.2. Migrenă probabilă cu aură
- 1.6 Sindroame episodice asociate migrenei
 - 1.6.1 Tulburări gastrointestinale recurente
 - 1.6.2 Sindrom vome ciclice
 - 1.6.3 Migrenă abdominală
 - 1.6.4 Vertij paroxistic benign
 - 1.6.5 Torticolis paroxistic benign

Caseta 2.

Criteriile Migrenei cu aură CITC (beta, 2013)

- A. cel puțin 2 accese ce corespund criteriilor B și C
- B. una sau mai multe simptome reversibile ale aurei
 - 1. vizuală
 - 2. senzorie
 - 3. vorbire sau limbaj
 - 4. motorie
 - 5. bazilară
 - 6. retinală
- C. cel puțin două din patru caracteristici:
 - 1. cel puțin un simptom al aurei se dezvoltă gradual peste 5 min, sau aceste simptome se succed.
 - 2. fiecare symptom al aurei durează de la 5 la 60 min
 - 3. cel puțin un symptom al aurei este unilateral
 - 4. aura este acompaniată sau urmată în 60 min de cefalee
- D. Nu poate fi explicat de altă patologie și atacul ischemic tranzitoriu a fost exclus.

Caseta 3.

Criteriile Migrenei fără aură CITC (beta, 2013)

- A. cel puțin 5 accese ce corespund criteriilor B-D
- B. accese de cefalee cu durată 4-72 ore (netratate sau tratate inefficient)
- C. Cefaleea are cel puțin 2 din 4 caracteristici:
 - 1. localizare unilaterală
 - 2. calitate pulsatilă
 - 3. intensitate moderată sau severă
 - 4. agravarea la effort fizic sau evitarea activității fizice de rutină
- D. în timpul acceselor de cefalee are cel puțin una din următoarele:
 - 1. greață/vomă
 - 2. fotofobie, fonofobie
- E. nu poate fi atribuită altei patologii.

Caseta 4.

Manifestări clinice

Migrena are patru faze posibile, deși nu toate sunt neapărat percepute de către pacient.

- **Prodromul** - survine cu câteva ore sau zile înaintea declanșării accesului de migrenă (modificarea dispoziției, iritabilitate, depresie sau euforie, oboseala, poftă alimentară diverse, rigiditate musculară (îndeosebi a mușchilor gâtului), constipație sau diaree și sensibilitate la mirosuri sau zgomot).
- **Aura** - precedă uneori un episod migrenos (simptome vizuale, senzitive sau verbale absolut reversibile), se dezvoltă gradual în 15-20 min, cu durata mai mică de 60 min.
- **Faza de durere** - cunoscută și sub denumirea de **criză migrenoasă**, caracterizată prin prezența unor atacuri cefalalgice cu:
 - **durată** 4 -72 ore (fără tratament sau tratament inefficient, incorect).
 - **localizare** unilaterală.
 - **caracter** pulsatil.
 - **intensitate** moderată sau severă.
 - **asociere** cu grețuri/vome și/sau fonofobie, fotofobie.
 - **agravare** la activitate fizică de rutină.
- **Postdromul**, efectele simțite în urma unui atac migrenos (senzație de oboseală/„beție”/dureri de cap, dificultăți cognitive, simptome gastrointestinale, indispoziție și slăbiciune, tulburări de gândire).

C.2.2. Profilaxia

Caseta 5.

Măsuri generale non-farmacologice de prevenire a atacurilor recurente de migrenă

- Reglarea regimului somn-veghe.
- Evitarea/diminuarea factorilor stresanți.
- Renunțarea la fumat.
- Evitarea consumului de alcool.
- Alimentația echilibrată (nerespectarea regimului alimentar, hipoglicemiei).
- Activitatea fizică regulată

C.2.2.1. Factorii de risc

Caseta 6.

- **Psihologici** – anxietate, conflicte, stres, șoc psihologic, diverse emoții (neliniște, panică, tristețe, frica, senzație de nefericire, sau din contra - bucurie, euforie, senzație de fericire).
- **Alimente** – alcool (în special, vin roșu, șampanie, bere, etc.), ciocolată, cașcaval, produse afumate, citrice, banane, produse cu conținut sporit de grăsimi, nuci.
- **Deprinderi alimentare** - foame, post irațional, servirea neregulată a meselor, hipoglicemie.
- **Factori hormonal** – menstruație, contraceptive orale, menopauză, tratament hormonal.
- **Factori senzoriali** – lumină, zgomot, mirosuri, vibrație.
- **Factori climacterici** – schimbarea timpului, vânt rece sau cald, furtună, căldură umedă, etc.
- **Alți factori** – traumatism cranio-cerebral, insuficiență sau exces de somn, surmenaj, altitudine, medicamente vasodilatatoare, etc.

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza (*obligatoriu*)

Anamneza este foarte importantă în diagnosticarea migrenei. Nu există teste diagnostice utile. Istoricul trebuie să evidențieze orice semn de alarmă sugestiv pentru o cefalee de tip secundar.

Caseta 7. Întrebările care trebuie adresate în cursul anamnezei	
Câte tipuri diferite de cefalee prezintă pacientul? Este necesar să se facă istoricul pentru fiecare tip de cefalee în parte.	
Întrebări referitoare la timp	<ul style="list-style-type: none">• De ce ați venit la consult acum?• Când de recent a debutat cefaleea?• Cât de frecvente sunt crizele și ce model temporal prezintă cefaleea (episodic sau zilnic și/sau neremitentă)?• Cât de mult durează?
Întrebări referitoare la caracterele cefaleei	<ul style="list-style-type: none">• Ce intensitate are durerea ?• Ce natură și ce calitate are durerea ?• Care este locul de apariție și de iradiere al durerii?• Care sunt simptomele asociate?
Întrebări referitoare la cauză	<ul style="list-style-type: none">• Care sunt factorii predispozanți și/sau declanșatori?• Care sunt factorii care agravează și/sau ameliorează durerea?• Există istoric familial de cefalee similară?
Întrebări referite la răspunsul la tratament	<ul style="list-style-type: none">• Ce face pacientul în timpul cefaleei?• Cât de mult este limitată sau împiedicată activitatea de către cefalee?• Ce medicație a fost folosită sau este folosită, în ce mod și cu ce efect?
Starea de sănătate între atacuri	<ul style="list-style-type: none">• Între atacuri vă reveniți complet sau există simptome reziduale sau persistente?• Resimțiți îngrijorare, anxietate, teamă cu privire la recurența atacurilor, și/sau a cauzei cefaleei?

Semne de alarmă în timpul istoricului

Orice tip nou de cefalee la un anumit pacient trebuie tratat cu atenție. Semnele de alarmă specifice sunt :

Caseta 8.

„Stegulețe roșii” – semne de alarmă:

- Cefalee de tip “lovitură de trăsnet” (“Thunderclap”) (cefalee intensă cu caracter

“exploziv” sau cu debut brusc), care sugerează hemoragie subarahnoidiană.

- Cefalee cu aură atipică (durată > 1 oră sau care cuprinde deficit motor), care poate fi simptom de accident vascular cerebral (AVC) sau de atac ischemic tranzitor (AIT).
- Aură fără cefalee care în absența unui istoric de migrenă cu aură, care poate fi un simptom de AVC sau AIT
- Aură care survine pentru prima dată la o pacientă în timpul folosirii de contraceptive orale, care indică riscul de AVC.
- Cefalee nou apărută care survine la un pacient cu vârsta de peste 50 ani, care poate fi un simptom de arterită temporală sau de tumoră intracraniană, sau care survine la un copil pre-puberal
- Cefalee progresivă, care se agravează în câteva săptămâni sau mai mult, care poate indica un proces expansiv intracranian.
- Cefalee agravată de postură sau de manevre care cresc presiunea intracraniană, care poate indica o tumoră intracraniană
- Cefalee nou apărută la un pacient cu istoric de neoplazie, infecție HIV sau imunodeficiență.

Calendare de diagnostic

Odată ce cauzele severe de cefalee au fost excluse, trebuie completată agenda de cefalee de cefalee pentru câteva săptămâni pentru clarificarea tipului de cefalee și a simptomelor asociate, cât și pentru clarificarea asupra folosirii sau abuzului de medicație.

Caseta 9.

Calendarele sunt recomandate pentru :

- încurajarea complianței la medicația preventivă
- înregistrarea efectului tratamentului
- monitorizarea folosirii medicației în acut și a abuzului în decursul urmăririi
- cartografierea evoluției.

Jurnalele sunt recomandate pentru :

- înregistrarea simptomelor și a profilului temporal care contribuie la un diagnostic corect
- înregistrarea medicației folosite și a abuzului medicamentos
- evidentierea asocierii cu ciclul menstrual sau cu alți factori precipitanți

C.2.3.2. Examenul fizic (datele obiective)

Examenul somatic și neurologic nu relevă modificări la subiecții cu migrenă. Examinarea fizică este obligatorie atunci când istoricul este sugestiv pentru cefalee de tip secundar.

Semne de alarmă la examinarea fizică

- hipertremia asociată cu cefalee
- semne neurologice focale asociate cu cefaleea

La examinare detaliată la subiecții cu migrenă poate fi determinată încordare a mușchilor cervicali și sindrom miofascial local. Mai pot fi determinate semne discrete de afectare vegetativă segmentară.

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Investigațiile paraclinice, inclusiv cele neuroimagistice, sunt indicate atunci când istoricul sau examinarea fizică sugerează faptul că cefaleea poate fi secundară altei condiții.

Caseta 10.

Diagnosticul

- Diagnosticul pozitiv al migrenei se bazează exclusiv pe date anamnestice, semne și simptome.
- Nu există nici o metodă obiectivă, care ar stabili cu certitudine diagnosticul de migrenă.
- Dacă migrena corespunde întocmai criteriilor de diagnostic, ea nu necesită realizarea unor investigații complementare.
- În anumite cazuri efectuarea investigațiilor suplimentare (neuroimagistice prin tomografie computerizată/rezonanță magnetică nucleară cerebrală) constituie un imperativ.

Caseta 11.

Criteriile pentru investigații imagistice:

- dacă se suspectează o cefalee secundară
- dacă accesele de migrenă sunt persistente pe parcurs de 6 luni, fără răspuns la tratament
- dacă evoluția atacurilor de cefalee se schimbă
- dacă sunt prezente anomalii persistente neurologice sau psihopatologice
- examenul neurologic nu este normal
- atacurile migrenoase tipice apar pentru prima dată după vârsta de 40 de ani
- frecvența sau intensitatea atacurilor migrenoase crește constant
- se schimbă simptomele de acompaniere a atacurilor migrenoase
- apar noi simptome psihiatrice în relație cu atacurile.
- Accesele de migrenă sunt însoțite de episoade cu pierdere tranzitorie a stării de conștiență, dezorientare sau vomă
- Aura atipică, prelungită și persistentă
- Migrenă hemiplegică și/sau cu aura bazilară
- Status migrenos
- Cefalee migrenoasă cu debut după trauma
- Migrenă strict unilaterală
- Cefalee migrenoasă ce trezește din somn

C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu)

Fiecare tip de cefalee primară se află pe lista de diagnostic diferențial al celorlalte tipuri de cefalee primară.

În alte privințe, diagnosticul diferențial include un mic număr de cefalee de tip secundar care sunt important de recunoscut.

Caseta 12.

Diagnosticul diferențial:

Cefalei primare

- Cefalee tip tensional
- Cefalee în „ciorchine” – cluster

- Hemicranie paroxistica
- Alte cefalei primare

Cefalei secundare:

- atribuite traumei,
- atribuită afecțiunii vasculare cervicale sau craniene
- atribuită afecțiunii nevasculare cervicale sau craniene
- atribuită abuzului unei substanțe
- atribuită infecției
- atribuită patologiei homeostazei
- atribuită patologiei gâtului, ochilor, urechii, nasului, dinților, gurii și altor structuri craniene
- atribuită patologiei psihiatrice

C.2.3.5. Prognosticul

Prognosticul pentru viață este favorabil pentru pacienții cu migrenă pînă la apariția complicațiilor.

C. 2.3.6. Criteriile de spitalizare

Caseta 13.

Motive pentru trimiterea la specialist:

- incertitudinea diagnosticului după o evaluare corespunzătoare
- diagnostic de cefalee “cluster” (cele mai multe cazuri sunt cel mai bine tratate de specialist)
- suspiciunea de cefalee de tip secundar severă, sau cazuri la care sunt necesare investigații pentru a exclude o patologie importantă (poate fi necesară trimitere imediată) :
- orice cefalee nouă sau neașteptată la un anumit pacient, dar în special dacă este:
 - cefalee “în lovitura de trăsnet” nou apărută (cefalee intensă cu debut brusc sau exploziv”)
 - cefalee nou apărută la un pacient cu vârsta mai mare de 50 ani
 - cefalee nou apărută la un copil pre-puberal
 - cefalee nou apărută la un pacient cu istoric de neoplasm, infecție HIV sau imunodeficiență
- migrena cu aura neobisnuită, în special dacă:
 - aura are durată > 1 ora
 - aura se manifestă prin deficit motor
 - aura fără cefalee în absența unui istoric de migrenă cu aura
 - aura care apare pentru prima oară cu folosirea anticonceptionalelor orale combinate
- cefalee cu agravare progresivă în decurs de săptămâni sau mai mult
- cefalee asociată cu modificările posturale sugestive pentru hipertensiune intracraniană sau hipotensiune intracraniană
- cefalee asociată cu febră inexplicabilă
- cefalee asociată cu semne fizice inexplicabile
- eșec persistent al cefaleei
- afecțiuni comorbide care necesită tratamentul specialistului
- prezența factorilor de risc pentru boala coronariană cardiacă care pot necesita trimitere la cardiolog înainte de folosirea triptanilor.

Caseta 14.

Criteriile de spitalizare

Se recomandă spitalizarea pacientului cu migrenă în următoarele cazuri:

- Statusul migrenos (cefaleea migrenoasă severă care nu se reduce după 72 ore).
- Ineficiența schemelor standard de tratament abortiv.
- Dezvoltarea unui infarct cerebral migrenos.
- Declanșarea crizei epileptice provocate de aura migrenoasă.
- Ineficiența tratamentului de profilaxie în condiții de ambulator
- Pentru dezintoxicare

C.2.3.7. Tratamentul:

Clase de evidență	Interpretare
Clasa I	Tratamentul este util și eficient.
Clasa II	Evidență ambiguă sau divergență de opinii referitor la eficacitatea sau la utilitatea tratamentului.
Clasa II a	Evidență predominant în favoarea tratamentului.
Clasa II b	Utilitatea și eficacitatea tratamentului este demonstrată insuficient.
Clasa III	Evidența existentă pledează pentru ineficacitatea tratamentului.
Niveluri de evidență	Interpretare
Nivelul A	Datele sunt colectate din studii randomizate multiple.
Nivelul B	Datele sunt colectate din studii randomizate unice sau studii nerandomizate.
Nivelul C	Opinie comună a experților.

NOTĂ Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

Caseta 15.

Tratamentul

Tratamentul în funcție de severitatea simptomelor și frecvența crizelor de migrenă

- Tratament farmacologic abortiv al crizelor.
- Tratamentul farmacologic profilactic (de prevenție) – se instituie la o frecvență mai mare de 4 crize/lună.
- Măsuri generale non-farmacologice.

Măsuri generale în criza de migrenă

- Administrarea tratamentului abortiv adecvat, cât mai repede posibil.
- Retragerea pacientului într-o odaie întunecoasă și liniștită.
- Evitarea factorilor provocatori (triggerii) ai accesului de migrenă.

Tratamentul crizei de migrenă (tratament farmacologic abortiv)

Scopul - stoparea cefaleei și simptomelor asociate ei, prevenirea dizabilităților într-un interval de 2-4 ore de la inițierea terapiei.

Principii

- Administrarea cât mai precoce a medicamentului, indiferent de tipul tratamentului utilizat.
- În criza de migrenă cu aură tratamentul cu triptani și derivați de ergot se administrează/inițiază la apariția cefaleei, după sfârșitul aurei.
- Pentru evitarea administrării abuzive de medicamente, frecventă la pacienții cu migrenă, care provoacă cefaleea cronică prin abuz medicamentos, se recomandă de a calcula numărul total de zile cu cefalee/lună și numărul medicamentelor de criză administrate/lună (nu mai mult de 15 zile/lună).

Nemedicamentos (la necesitate);

Caseta 16.

Măsurii nemedicamentoase

- Acupunctură
- Biofeedback
- Terapie comportamentală
- Stimulare magnetică cerebrală
- Stimulare electrică transcranială
- Stimulare a nervului vag

Medicamentos (obligatoriu);

Caseta 17.

Succesul tratamentului atacurilor migrenoase este definit prin următoarele criterii :

- absența durerii după un interval de două ore
- îmbunătățirea cefaleei de la o formă moderată sau severă până la ușoară sau absentă după un interval de două ore
- eficacitate susținută în două din trei atacuri
- absența recurenței cefaleei și absența administrării unui medicament pe parcursul a 24 de ore după tratamentul eficace (așa numita ameliorare susținută a durerii sau interval liber de durere.

Caseta 18.

Pasul întâi : terapia simptomatica

- analgesia simplă
- plus, dacă este necesar, antiemetic.

Principiile treptei 1

- folosirea analgezicelor solubile sau a formulelor dispersabile oral
- tratamentul precoce al atacului, cu doza adecvată
- medicamentul prokinetic antiemetic inhibă staza gastrică, care este un semn precoce al migrenei și care alterează biodisponibilitatea medicației
- administrarea rectală poate fi preferabilă în prezența vomiei:
- supozitoare analgezice (oricare dintre Diclofenacum 100mg, Ibuprofenum 400 mg, Ketoprofenum 100-200 mg sau Naproxenum 500-1000 mg)
- dacă este necesar, supozitoare antiemetice (fie Domperidonum 30 mg sau Metoclopramidum 20 mg)

Pasul 1 la copii (dacă este necesar)

- pentru analgezie: folosire Ibuprofenum 200-400 mg, în funcție de vârsta și de greutate
- ca antiemetice: folosire Domperidonum 10-20 mg, în funcție de vârsta și de greutate

Tabelul 1.

Tratament nespecific (analgezice și antiinflamatoare nonsteroidiene) al crizei de migrenă

Ibuprofenum – 400-800 mg per os la o priză

Ketoprofenum și Dexketoprofenum - 25-50 mg per os sau i/m la o priză

Naproxenum – 275-550 mg per os la o priză

Indometacinum – 50-150 mg per os la o priză

Diclofenacum - 50-100 mg per os sau i/m la o priză

Acidum acetylsalicylicum în monoterapie sau în asociere cu **Cafeină** – 500-1000 mg per os la o priză

Paracetamolul în monoterapie - 500-1000 mg per os la o priză

Se vor asocia pentru fenomenele digestive:

Metoclopramidum - 10-20 mg per os sau i/m la o priză

Domperidonum – 10-20 mg per os la o priză.

Tabelul 1A Analgezice folosite în tratamentul acut al migrenei cu dovada eficacității în cel puțin un studiu. Nivelul de recomandare ține seama și de efectele secundare și de consistența studiilor.

Substanța	Doza	Nivel de recomandare	Comentarii
Acidum acetylsalicylicum	1000 mg (oral)	A	Efecte adverse gasto-intestinale
ASA	1000 mg (iv)	A	Risc de sângerare
Ibuprofenum	200-800 mg	A	La fel ca la ASA
Naproxenum	500-1000 mg	A	La fel ca la ASA
Diclofenacum	50-100 mg	A	Inclusiv Diclofenacum-K
Paracetamolum	1000 (oral)	A	Atenție în insuficiența renală și hepatică
	1000 (sup)	A	
AS plus	250 mg (oral)	A	La fel ca la ASA și Paracetamolum
	200-250 mg		
Caffeinum	50 mg		
Metamizoli natrium	1000 mg (oral)	B	Risc de agranulocitoză
	1000 mg (iv)	B	Risc de hipotensiune
Fenazonum**	1000 mg (oral)	B	Vezi Paracetamolum
Acid tolfenamicum**	200 mg (oral)	B	Efecte secundare ca la ASA

Tabelul 1B : Antiemeticele recomandate pentru tratamentul acut al atacurilor migrenoase

Substanța	Doza	Nivel de recomandare	Comentarii
Metoclopramidum	10-20 mg (oral) 20 mg (supozitoare) 10 mg (intramuscular, intravenos, subcutan)	B	Efecte secundare: diskinezii; contraindicat la copii și în sarcina; are și efecte analgezice.
Domperidonum	20-30 mg (oral)	B	Efecte secundare mai puțin severe decât metoclopramidul, poate fi administrat la copii

Caseta 19.

Pasul doi : terapia specific. Principiile pasului doi

- triptanii trebuie oferți tuturor pacienților la care pasul 1 nu a fost eficient, dacă sunt disponibili și dacă nu sunt contraindicați
- Ergotaminum* are o biodisponibilitate foarte redusă și nepredictibilă, care îi afectează eficiența, are o farmacologie complexă și o durată de acțiune lungă, ceea ce determină tolerabilitate proastă
- triptanii nu trebuie folosiți regulat în mai mult de 10 zile pe luna pentru a evita riscul de cefalee de abuz medicamentos
- triptanii diferă puțin între ei, dar există variații mari și imprevizibile în ceea ce privește răspunsul individual al pacientului la un anumit triptan; un triptan poate să fie eficient acolo unde altul nu a fost; pacienții trebuie să încerce mai mulți triptani, în diferite forme farmaceutice și să aleaga dintre ei
- doza inițială la toți triptanii (cu excepția Eletriptanului) este de 1 comprimat
- cea de a doua doză pentru non-responderi nu este recomandată de cei mai mulți producători de triptani, dar dacă este luată o a doua doză în primele 2 ore după prima, aceasta poate fi eficientă în unele cazuri

- triptanii sunt mai eficienți dacă sunt administrați precoce, la momentul când cefaleea este încă ușoară (această instrucțiune trebuie dată numai pacienților care pot face în mod real diferența între migrena și cefaleea de tip tensional)
- când este prezentă greața, trebuie să se mai adauge domperidone 20 mg sau metoclopramidum 10 mg
- când este prezentă voma, se prefera Sumatriptanum supozitoare, Zolmitriptanum spray nasal (absorbit prin mucoasa nazală) sau Sumatriptanum injecții subcutanate
- când toți ceilalți triptani sunt ineficienți, trebuie luat în considerare Sumatriptanum 6 mg injecții subcutanate
- triptanii sunt asociați cu revenirea simptomelor în decurs de 48 ore (recadere) la 40 % dintre pacienții care nu au răspuns inițial

Tratamentul recăderii

- o a doua doză de triptan este de obicei eficientă
- aceasta a doua doză poate determina încă o recadere (când aceasta se întâmplă repetat, trebuie schimbat triptanul)
- antiinflamatoarele nesteroidiene (NSAIDs) pot fi o alternativă eficientă.

Prevenirea recăderii: dovezi limitate sugerează că una dintre următoarele poate preveni apariția unor recăderi :

- folosirea concomitentă a unui triptan și a unui antiinflamator nesteroidian
- folosirea unui triptan urmată de folosirea 6-12 ore mai târziu a unui antiinflamator nesteroidian

Contraindicații la pasul doi

Sarcina este în general o contraindicație în folosirea Ergotaminei* și a tuturor triptanilor.

Toți triptanii și ergoții trebuie evitați la pacienții cu :

- hipertensiune arterială necontrolată
- boala coronariană cardiacă, boli cerebrovasculare și boli vasculare periferice
- mulți factori de risc pentru bolile coronariene sau cerebrovasculare.

Pasul doi la copii

Medicatia specifică anti-migrenoasă nu s-a dovedit a fi eficientă la copii (sub 12 ani).

Tabelul 2. Tratament specific (derivați de ergot și triptani)

MEDICAMENTUL	DOZARE	EFECTE ADVERSE
DERIVAȚI DE ERGOT		
Tartrat de Ergotamină*	1-2 mg per os sau rectum, doză poate fi repetată după 30 min., max. 6 mg/zi sau 10 mg/săptămână	Ergotism, greață, vome, reacții locale tranzitorii de tipul obstrucției nazale și rinoreei (forma endonazală); cardialgii (forma injectabilă)
TRIPTANI		
Sumatriptanum	50-100 mg/zi (max. 300 mg/zi), per os 10-20 mg/criză spray nazal 6 mg/criză, subcutanat 25 mg/zi (max. 50 mg/zi) supozitorii, per rectum	Bufee vasomotorii, vertij, senzație de slăbiciune, astenie, somnolență, greață, vome, cazuri rare – spasme coronariene, hipertensiune arterială moderată sau severă, senzație de parestezii, căldură, presiune
Zolmitriptanum	2,5 mg/zi (max. 5 mg/zi), per os	
Eletriptan*	40 mg/zi (max. 80 mg/zi), per os	
Naratriptanum	2,5 mg/zi (max. 5 mg/zi), per os	
Rizatriptanum*	10-20 mg/zi, per os	
Frovatriptanum*	2,5 mg/zi (max. 5 mg/zi), per os	
Almotriptanum*	12,5 mg/zi (max. 25 mg/zi), per os	

* nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor.

Notă: Există diferențe de eficiență și toleranță între diverse preparate din grupa triptanilor, dar ele sunt ne semnificative. Un pacient care nu răspunde la un triptan, poate fi sensibil la altul. Un pacient care nu a răspuns la un triptan în cursul primei crize, poate mai apoi răspunde în cursul următoarelor crize. Înainte de a trage concluzii despre ineficiența unui triptan, este recomandat de a-l testa pe cel puțin 3 crize (cu excepția cazului de intoleranță).

Tabelul 2A. Diferenții triptani pentru tratamentul atacurilor migrenoase acute (ordinea în funcție de momentul apariției pe piață).

Substanța	Doza	Nivel	Comentarii
Sumatriptanum	25, 50, 100 mg (oral inclusiv cu eliberare prelungită) 25 mg (supozitoare)	A	100 mg sumatriptan este referința pentru toți triptanii
	10, 20 mg (spray nazal)	A	
Zolmitriptanum	6 mg (subcutan)	A	
	2,5; 5 mg (oral inclusiv formă care se dezintegrează	A	Eficacitate mai mică dar mai îndelungată față de sumatriptan
Naratriptanum	- orodispersibilă)	A	
	2,5; 5 mg (spray nazal)	A	5mg în asociere cu propranololul
Rizatriptanum*	2,5 mg (oral)	A	
	10 mg (oral inclusiv formă de cașetă)	A	Probabil mai puține efecte adverse ca sumatriptanul
Almotriptanum*	12,5 mg (oral)	A	
	20; 40 mg (oral)	A	Sunt permise 80 mg dacă 40 mg nu sunt eficiente
Eletriptanum*			
Frovatriptanum	2,5 mg (oral)		Eficacitate mai mică dar mai îndelungată față de sumatriptan

Efecte adverse generale pentru toți triptanii: simptome toracice, greață, parestezii distale, oboseală.
 Contraindicații generale: hipertensiune arterială (netratată), boală coronariană, boală cerebrovasculară, sindrom Raynaud, sarcină și lactație, vârsta sub 18 ani (cu excepția sprayului nazal cu sumatriptan) și vârsta peste 65 ani, insuficiență hepatică sau renală severe.

Caseta 20.

Indicații pentru inițierea tratamentului de profilaxie:

- Calitatea vieții, îndatoririle de serviciu sau prezența la școală sunt sever afectate
- Frecvența atacurilor pe lună este de două sau mai multe
- Atacurile migrenoase nu răspund la tratamentul acut medicamentos
- Există aure frecvente, foarte lungi sau incomode.

Caseta 21.

Principiile profilaxiei

- Trebuie completat un calendar de către fiecare pacient aflat sub tratament profilactic pentru a evalua eficacitatea și a promova complianța.
- Complianța redusă este un factor major care poate altera eficiența tratamentului profilactic al migrenei; dozarea 1 dată pe zi este asociată cu o complianță mai mare.
- Pentru fiecare medicament trebuie început cu cea mai mică doză din intervalul sugerat și să se crească doza în absența efectelor adverse supărătoare.

- Medicamentele care par ineficiente nu trebuie schimbate prea devereme; 2-3 luni poate fi intervalul minim pentru a obtine sau a observa eficacitatea.
- Dupa 6 luni de control bun (dar nu mai tâziu de 1 an) trebuie luată în considerare scăderea treptata a dozei în vederea întreruperii tratamentului.
- Amitriptylinum ar fi de preferat când migrena coexistă cu cefaleea de tip tensional, cu depresia sau cu tulburările de somn.
- Propranolol are cele mai bune dovezi ale siguranței folosirii în timpul sarcinii.

Profilaxia la copii

- Beta-blocantele (doze ajustate funcție de greutate) sau flunarizina (ajustata în functie de vârsta) - pot fi încercate.

Tabelul 3A Substanțe recomandate (medicamente de primă alegere) pentru tratamentul medicamentos profilactic al migrenei

Substanța	Doza zilnică	Nivel
<i>Betablocante</i>		
Metoprololum	50–200 mg	A
Propranololum	40–240 mg	A
<i>Blocante ale canalelor de calciu</i>		
Flunarizină*	5–10 mg	A
<i>Medicamente antiepileptice</i>		
Acidum valproicum	500–1800 mg	A
Topiramatum	25–100 mg	A

Tabelul 3B. Medicamente de a doua alegere pentru profilaxia migrenei (dovezi de eficacitate, dar mai puțin eficiente sau cu mai multe reacții adverse decât medicamentele din tabelul 10.6)

Substanța	Doza zilnică	Nivel
Amitriptylinum	50–150 mg	B
Venlafaxinum	75–150 mg	B
Naproxenum	2 x 250–500 mg	B
Petasites (extract de radacina de brusture)*	2 x 75 mg	B
Bisoprololum	5–10 mg	B

Tabelul 3C. Medicamente de a treia alegere (doar eficiență probabilă)

Substanța	Doza zilnică	Nivel
Acidum acetylsalicylicum	300 mg	C
Gabapentinum	1200–1600 mg	C
Magnesii sulfas	24 mmol	C
Tanacetum parthenium*	3 x 6.25 mg	C
Riboflavinum*	400 mg	C
Coenzima Q10*	300 mg	C
Candesartanum	16 mg	C
Lisinoprilum	20 mg	C
Methysergide*	4–12 mg	C

Caseta 22

Dacă profilaxia esuează

- esecul poate fi datorat dozajului subterapeutic sau duratei insuficiente a tratamentului
- revedeți diagnosticul
- revedeți complianța
- revedeți celelalte medicamente, în special abuzul medicamentos
- dacă profilaxia continuă să aiba un beneficiu clar, trebuie întreruptă.

C.2.3.8. Evoluția

Prognosticul

- Prognosticul este favorabil în cazul unui tratament corect și evitării factorilor triggeri ai migrenei.
- Migrena poate deveni cronică, dacă nu se înlătură factorii predispozanți și nu este tratată corect.

C.2.3.9. Supravegherea

Fiecare pacient căruia i s-a oferit tratament abortiv, tratament profilactic sau la care s-a schimbat tratamentul, s-a întrerupt medicația necesită urmarire pentru a ne asigura ca s-a stabilit tratamentul optim, pentru a i se oferi susținere și a i se observa evoluția.

Folosirea calendarului este recomandată pentru a monitoriza folosirea medicației în acut pentru cuparea atacului migrenos sau abuzul medicamentos ca și pentru a înregistra efectul medicației.

C.2.3.10. Reabilitarea

Este indicată în situații de urgență (status migrenos) sau complicații ale migrenei.

C.2.4. Stările de urgență.

Pacienții cu atacuri migrenoase severe, aflați într-o situație de urgență au încercat deja de obicei medicația orală fără vreun succes. În această situație tratamentul de primă intenție este ASA 1000 mg intravenos cu sau fără metoclopramid. Alternativ, pot fi administrate 6 mg de sumatriptan subcutanat. Pentru tratamentul statusului migrenos, prin consensul experților se recomandă administrarea de prednison 50-100 mg sau dexametazonă 10 mg. Totuși, în studiile placebo-controlate, nu există dovezi de eficacitate consistentă ale acestor medicamente în tratamentul acut al atacurilor de migrenă sau în prevenirea recurențelor. De asemenea, prin consensul experților susținut de rezultatele studiilor deschise, dihidroergotamina în doză de 2 mg (spray nazal sau supozitoare) este recomandată în atacurile migrenoase severe. Metamizoli natrium administrat intravenos este semnificativ superior față de placebo însă poate determina hipotensiune arterială severă și reacții alergice. Administrarea de Paracetamol intravenos în atacurile migrenoase acute nu a fost eficientă în studiile placebo-controlate.

C.2.5. Complicațiile (se recomandă un PROTOCOL SEPARAT)

Caseta 23.

Complicațiile migrenei

- Status migrenos.
- Aură fără infarct cerebral.
- Infarct cerebral migrenos.
- Criză epileptică provocată de aura migrenoasă.

**D.RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU
IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<p><i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicul de familie; • asistenta medicală de familie.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop.
<p><i>D.2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator (neurolog/ specialist cefalee)</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurolog certificate/specialist cefalee • Asistente medicale • Medic de laborator • Laborant cu studii medii • Medic imagist/ radiolog • Kinetoterapeut • Fizioterapeut • Psiholog/psihoterapeut • Oftalmolog • Acces la consultațiile medicilor calificați: ORL, psihiatru, reumatolog, urolog, ginecolog, traumatolog, gastrolog, chirurg, oncolog, infecționist
	<p>Aparataj, utilaj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru • Fonendoscop • Electrocardiograf • Radiograf • CT/IRM • EEG
	<p>Medicamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Analgezice • Antidepresante • Beta-blocante • Anticonvulsivante • Blocante a can Ca
<p><i>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neurologie; spitale de neurologie, centru de cefalee</i></p>	<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurolog certificate/specialist cefalee • Asistente medicale • Medic de laborator • Laborant cu studii medii • Medic imagist/ radiolog • Kinetoterapeut • Fizioterapeut • Psiholog/psihoterapeut • Oftalmolog • Acces la consultațiile medicilor calificați: ORL, psihiatru, reumatolog,

	<p>urolog, ginecolog, traumatolog, gastrolog, chirurg, oncolog, infecționist</p> <p>Aparataj, utilaj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru • Fonendoscop • Electrocardiograf • Radiograf • CT/IRM • EEG • Aparat de stimularea electrică transcraniană • Aparataj de stimulare magnetică cerebrală • Algometru
	<p>Medicamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Analgezice • Antidepresante • Beta-blocante • Anticonvulsivante • Blocante a can Ca

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

Scopurile protocolului	Măsura atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
de a crește acuratețea stabilirii diagnosticului de migrenă	Ponderea persoanelor diagnosticate corect cu migrenă (în%)	Număr de pacienți la care corect sau aplicat criteriile	Numărul total de pacienți cu cefalee primară X100
de a micșora rata complicațiilor migrenei	Ponderea persoanelor cu complicații ale migrenei (în%)	Număr de pacienți ce au dezvoltat complicații ale migrenei	Număr total de pacienți cu migrenă X100
de a crește procentul persoanelor ce au primit tratament abortiv adecvat	Ponderea persoanelor ce au primit tratament abortiv adecvat (în%)	Număr de pacienți ce au primit tratament de profilaxie	Număr total de pacienți cu migrenă X100
de a crește procentul persoanelor cu migrenă ce au primit materiale informaționale	Ponderea persoanelor ce au primit material informațional (în%)	Număr de pacienți ce au primit material educațional	Număr total de pacienți cu migrenă X100
de a crește procentul persoanelor ce primesc tratament de profilaxie	Ponderea persoanelor ce au primit tratament de profilaxie (în%)	Număr de pacienți ce au primit tratament de profilaxie	Număr total de pacienți cu migrenă X100
de a crește procentul persoanelor cu migrenă ce au crescut gradul de funcționalitate	Ponderea pacienților cu ameliorare a calității vieții la chestionare (în%)	Număr de pacienți ce au avut ameliorare a gradului de funcționalitate	Număr total de pacienți cu migrenă X100

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacient

Migrena este o problemă medicală. Ea se manifestă în formă de accese cu o frecvență diversă: de la câteva accese pe an până la dureri de cap cotidiene. Durerea de cap migrenoasă, de regulă, este de intensitate medie sau severă, iar uneori între accese poate persista un fundal dureros. Pentru migrenă este specifică asocierea durerii de cap cu greață, uneori vomă sau/și cu o sensibilitate mărită la lumină și la zgomote. Dacă Dvs. suferiți de dureri de cap, care sunt asociate cu greață sau cu sensibilitate exagerată la lumină și gălăgie, și mai ales dacă durerea împiedică efectuarea activităților zilnice, probabilitatea că aveți migrenă este mare.

AVEȚI MIGRENĂ (sunteți migrenos) DACĂ...

■ **ați suferit sau suferiți acum de dureri de cap, care au avut cel puțin 2 din următoarele 4 semne caracteristice:**

- durere localizată într-o jumătate de cap (dreapta sau stânga),
- durere pulsatilă (care zvâcnește),
- durere de intensitate moderată sau severă (care împiedică activitățile zilnice)
- durere agravată de efort, de activități fizice (așa ca urcatul scârilor, ridicarea unui obiect sau aplecarea)

■ **această durere de cap trebuie să fie asociată cel puțin cu unul din următoarele semne suplimentare:**

- lumina sau zgomotele deranjează;
- grețuri sau vome.

■ **această durere a durat de la 4 până la 72 de ore (dacă durerea n-a fost tratată sau dacă tratamentul a fost inefficient) și s-a produs cel puțin de 5 ori în viață.**

Dacă ați suferit din cauza celor enumerate mai sus și dacă ați fost examinat cel puțin o dată de un neurolog, care a afirmat că examenul neurologic este normal, **Dumneavoastră aveți migrenă.**

TIPURILE DE MIGRENĂ

Cea mai răspândită formă de migrenă este migrena fără aură. Circa 75-80% din pacienții cu migrenă, suferă de migrenă fără aură și doar la 1-2 din 10 pacienți cu migrenă se întâlnește migrena cu aură. Foarte rar, pacienții cu migrenă pot avea doar aură, fără durere de cap, așa numita „migrenă decapitată”, care mai frecvent se întâlnește la persoanele de vârstă avansată.

MIGRENA CU AURĂ

Unii pacienți cu migrenă (mai puțin de 20%) mai prezintă la începutul crizei migrenoase, care a fost descrisă mai sus, niște simptome neurologice numite *aură migrenoasă*, care durează de la câteva minute până la o oră.

Aceste simptome sunt cel mai frecvent **vizuale**: pierderea unei părți a câmpului vizual, luminițe sau steluțe sclipitoare, senzația de linii frânte sau zigzaguri în fața ochilor. Altele pot fi **senzitive** (amorțeli, furnicături într-o jumătate a corpului) sau **motorii** (pierderea forței musculare într-o jumătate a corpului) sau poate fi perturbat **limbajul** (greșeli în alegerea cuvintelor necesare). Aceste tulburări apar, de obicei, înaintea durerii de cap și dispar atunci, când ea survine. În asemenea cazuri este vorba despre o **migrenă cu aură**. Acest diagnostic necesită precauții particulare privind tratamentul, dar nu constituie un pericol pentru viașă, chiar dacă tulburările sunt spectaculoase și înspăimântătoare.

FORME RARE DE MIGRENĂ:

- migrena hemiplegică – durerea de cap este asociată cu slăbiciunea unei jumătăți a corpului;
- migrena bazilară – durere de cap asociată cu vertij;
- migrena oftalmoplegică – durere de cap însoțită cu dublarea obiectelor (diplopie) și închiderea ochiului;

- migrena retiniană – are loc orbirea unui ochi pe o scurtă perioadă de timp.

■ **La orice pacient cu migrenă (cu aură sau fără ea),**

mai pot fi observate și alte simptome ce apar înaintea crizei de migrenă: acesta este **prodromul**. Este vorba de așa tulburări, ca foamea sau din contra absența completă a poftei de mâncare, căscatul, iritabilitatea exagerată, tristețea inexplicabilă sau excitația. Pacientul migrenos poate remarca aceste tulburări cu câteva ore sau chiar cu o zi înaintea crizei. Este util de a le cunoaște și a le observa, deoarece ele permit administrarea precoce a unui tratament preventiv.

ESTE OARE MIGRENA O MALADIE FRECVENTĂ?

Se consideră, că migrena afectează aproximativ 15-20% din populație, (femeile suferă de 2-3 ori mai frecvent decât bărbații). Cercetările populaționale efectuate recent în Republica Moldova au constatat faptul, că circa 20% din populație au migrenă, marea majoritate fiind diagnosticată și tratată incorect.

TREBUIE DE EFECTUAT EXAMENE SUPLIMENTARE ÎN MIGRENĂ?

Dacă crizele de durere de cap corespund criteriilor de diagnostic prezentate mai sus și dacă rezultatele examenului neurologic sunt normale, nu este nevoie de a efectua investigații suplimentare.

Din contra, trebuie să apară dubii de diagnostic în cazurile când crizele de dureri de cap apar după vârsta de 40 de ani, deoarece de obicei, migrena debutează în copilărie, adolescență sau la un adult tânăr. De asemenea, necesită atenție cazurile, când la pacientul migrenos apar dureri de cap ce se deosebesc de crizele sale obișnuite de migrenă.

ATENȚIE!

Următoarele forme de cefalee necesită o consultație obligatorie a specialistului în problema cefaleelor:

- dureri de cap foarte puternice, de tipul „lovitură de trăsnet”,
- apariția durerii de cap după vârsta de 40 de ani,
- dureri de cap violente asociate cu vomă,
- cefalee cu aură, mai ales aură prelungită (mai mult de o oră) și complexă,
- cefaleea „în ciorchine” (cefaleea „cluster” – durere unilaterală foarte puternică în regiunea orbitei și tâmplei asociată cu înroșirea ochiului, lăcrămație și alte simptome,
- cefalee care se amplifică la efort fizic, tuse, încordare musculară și la trecerea din poziție orizontală la cea verticală,
- cefaleea care și-a schimbat caracterul și intensitatea,
- cefaleea farmacorezistentă (când medicamentele contra durerii încetează să mai fie eficiente).

În toate aceste situații, **Dumneavoastră trebuie numaidecât să consultați medicul neurolog sau specialistul în problema cefaleelor (Centrul Național de Cefalee și Tulburări Vegetative)**. Cele mai necesare examinări în acest caz sunt: rezonanță magnetică cerebrală sau tomografia computerizată cerebrală, fundul ochiului, electroencefalografia, examenul dopplerografic al vaselor extra- și intracraniene, examenul biochimic al sângelui - toate acestea fiind indicate la decizia medicului.

DE CE APARE MIGRENA?

S-ar putea spune, că migrena este o maladie legată cu o „greșeală a reglării” centrelor situate în creier, care au o sensibilitate exagerată față de unii factori declanșatori (vezi tabela factorilor provocatori ai migrenei prezentată mai jos). Unul din acești factori sau asocierea a mai mulți dintre ei (stres + zgomot + scăderea nivelului de estrogeni, spre exemplu) stimulează excesiv aceste centre, care produc descărcări în nervii arterelor feței și capului. Această excitare provoacă o inflamație neurogenă dureroasă în jurul arterelor, iar inflamația neurogenă provoacă dilatarea vaselor. Deoarece arterele dilatate pulsează, durerea de cap este zvâcnitoare. În același timp, nervii transmit această excitare și la alte centre cerebrale, care provoacă grețuri, vome, paliditate a feței, senzația de slăbiciune. Se excită puternic și scoarța cerebrală, ca rezultat pacienții suportă rău zgomotele, lumina

puternică, unele mirosuri.

Această sensibilitate exagerată a sistemului nervos este legată de o predispoziție genetică (aproape întotdeauna într-o familie sunt mai mulți pacienți migrenosi) și această predispoziție face ca să se secrete în creier niște substanțe chimice speciale, denumite mesageri (neurotransmițători) cerebrali, așa cum este, de exemplu, serotonina, bradichinina, substanța P și altele.

Factorii declanșatori (trigeri) ai crizei de migrenă

Urmează o listă de factori provocatori frecvenți ai accesului de migrenă. Aceștia pot fi mult mai mulți, iar pacientul trebuie să-i scoată în evidență pe cei mai frecvenți – completând în fiecare zi – agenda (zilnicul) durerilor de cap.

- **Factori psihologici** – anxietate, conflicte, stres, șoc psihologic, emoții puternice (neliniște, panică, tristețe, frica, senzație de nefericire, sau din contra - bucurie, euforie, senzație de fericire).
- **Modificarea modului de viață** – schimbarea locului de trai, locului de muncă, șomajul, vacanță, călătorii, surmenaj.
- **Alimente** – alcool (mai des vin roșu, șampanie ș.a.), ciocolată, cașcaval, produse afumate, citrice, produse grase, prăjite, nuci.
- **Deprinderi alimentare** - foame, post, servirea neregulată a meselor, hipoglicemie.
- **Factori hormonal** – menstruație, contraceptive orale, perioada de menopauză, tratamentul hormonal.
- **Factori sensoriali** – lumina, zgomot, mirosuri, vibrație.
- **Factori de climă** – schimbarea timpului, vânt rece sau cald, furtună, căldură umedă ș.a.
- **Alți factori** – traumatism cranio-cerebral, ritmul somnului (puțin somn, mult somn), exerciții fizice, altitudine, medicamente vasodilatatoare, etc.

LA CE VÂRSTĂ DEBUTEAZĂ DE OBICEI MIGRENA?

Cu toate că există o predispoziție față de migrenă, persoana poate fi migrenoasă fără a avea accese de migrenă și fără a cunoaște factorii declanșatori ai migrenei până la un anumit timp. Ulterior din cauza unor anumite situații (maladii somatice, stresuri, modificări hormonale, intervenții chirurgicale, traumatisme cranio - cerebrale sau schimbarea caracterului de activitate, stilului de viață) subiectul migrenos începe să devină mai sensibil la factorii declanșatori enumerați mai sus.

După cum a fost menționat, intensitatea unuia din acești factori (de exemplu, modificările hormonale în timpul menstruației) sau asocierea a mai multor factori (excesul de somn, hipoglicemia) stimulează excesiv centrele creierului care declanșează migrena.

Aceste circumstanțe pot apărea foarte devreme, în copilărie sau în perioada de pubertate, sau se pot manifesta mai târziu.

Așadar, subiectul nu devine migrenos, ci se naște migrenos.

CUM EVOLUEAZĂ ACCESELE DE MIGRENĂ ÎN CURSUL VIEȚII?

Accesele de migrenă au frecvent fluctuații în cursul vieții hormonale la femeie:

- ▶ migrena legată de menstruație (migrena menstruală sau catamenială) se caracterizează prin crize, care survin exclusiv în timpul menstruației (cu 2 zile înaintea, în timpul sau cu 2 zile după menstruație). În caz dacă nu se mai înregistrează alte accese migrenoase în afara perioadelor de menstruație se recomandă instituirea unui tratament preventiv hormonal.
- ▶ medicamentele contraceptive orale administrate agravează uneori migrena, dar cel mai des – nu au influență asupra evoluției migrenei, care de altfel, nu constituie o contraindicație pentru administrarea contraceptivelor orale. În mod obișnuit, dacă accesele de migrenă devin mai intense sau mai frecvente sub influența unui anumit contraceptiv hormonal, este necesar de a schimba medicamentul.
- ▶ sarcina este un excelent tratament al migrenei... Ea, de obicei, ameliorează considerabil maladia migrenoasă.
- ▶ menopauza: 1/3 din femeile care suferă de migrenă se ameliorează sau chiar se debarasează complet de accesele migrenoase în timpul menopauzei. Tratamentul hormonal

de substituție aplicat frecvent în menopauză poate duce la reapariția acceselor migrenoase odată dispărute, dar prezența migrenei nu este o interdicție pentru administrarea acestui tip de tratament.

Totuși, în același timp, la o parte din femei, perioada de menopauză sau chiar premenopauză poate mări considerabil frecvența acceselor de migrenă, transformând-o în migrenă cronică.

NETRATATĂ LA TIMP MIGRENA POATE DEVENI CRONICĂ

Important este de a reține, că a fi migrenos - nu înseamnă a fi condamnat pentru toată viața de a avea accese migrenoase. Migrena se poate agrava în anumite perioade ale vieții sau în timpul unor încercări dificile din punct de vedere psihologic, și din contra – durerile de cap migrenoase pot dispărea pentru perioade lungi de timp.

CARE GREȘELI DE ORIENTARE DIAGNOSTICĂ TREBUIE EVITATE?

Anumite tulburări care fac parte din criza de migrenă pot uneori orienta diagnosticul într-o direcție greșită. O cunoaștere mai bună a acestor semne permite de a evita multiple investigații și examene suplimentare excesive, oferind posibilitatea de concentrare asupra tratamentului migrenei.

■ Simptome digestive

Grețurile și vărsăturile sunt frecvent întâlnite în timpul crizei de migrenă; ele fiind legate de dereglarea funcției centrului cerebral de vomă situat la nivelul trunchiului cerebral, fapt care condiționează diverse simptome digestive, așa ca: încetinirea digestiei, grețuri, diminuarea motilității gastrice, diaree, etc.

Nu este nevoie de a efectua investigații ale tractului gazo-intestinal, dacă alte semne ale crizei migrenoase sunt prezente (vezi criteriile de diagnostic ale migrenei).

■ Simptome vizuale

Este cunoscut deja că, sensibilitatea la lumină (fotofobia) face parte din semnele crizei migrenoase și că unele crize de migrenă pot fi precedate de aură vizuală. Aceste tulburări nu sunt legate de o maladie oftalmologică, dar de însuși criza de migrenă. De obicei, pacienții cu migrenă adesea suportă rău gălăgia, lumina puternică și mirosurile puternice chiar și în lipsa durerilor de cap migrenoase.

■ Dureri cervicale

Aceste dureri pot fi observate frecvent la pacienții migrenoși chiar în absența oricărei probleme cervicale și nu sunt altceva decât o localizare a durerii migrenoase la ceafă și în zona gâtului cu încordarea mușchilor cervicali, iar uneori și în rezultatul unei poziții incomode a capului și gâtului suferindului pentru a căuta să micșoreze intensitatea durerii. Adesea pacienții consideră că durerile cervicale sunt provocate de tulburarea circulației sanguine („nu ajunge sânge la cap”, sau de osteocondroză cu compresia discului – hernie). Această părere greșită duce adesea la un tratament incorect.

■ Căutarea unei explicații

În afara de simptomele deja menționate mai pot apărea alte întrebări; de exemplu în cazul când cefaleea de obicei unilaterală se poate localiza în zona sinusului maxilar, frunții sau dinților/gingiilor. Căutarea unei cauze ipotetice dentare sau legată cu sinuzita maxilară poate conduce la greșeli de diagnostic și tratament (de ex., înlăturarea unui dinte, care nu duce la stoparea crizelor de migrenă, etc.)

CARE SUNT TRATAMENTELE POSIBILE ALE CRIZEI DE MIGRENĂ?

Medicamentele utilizate pentru a calma criza de migrenă sunt, de obicei:

- analgezice (medicamente contra durerii)
- antiemetice (medicamente contra vărsăturilor)
- antiinflamatorii (medicamente contra inflamației și durerii)
- medicamente specifice anti-migrenoase: ele au o acțiune de constricție a vaselor (vasoconstrictoare), adică înlătură dilatarea vaselor arteriale, care este unul din semnele anormale din timpul crizei de migrenă.

În prezent există numeroase medicamente eficiente pentru a stopa criza de migrenă. În

sfera terapiei migrenei s-au semnalat progrese recente, despre care vă poate informa neurologul specialistul în domeniul cefaleelor. El va putea determina soluția optimă pentru a trata migrena Dvs.

Câteva momente importante

- Medicamentele analgezice și anti-inflamatorii trebuie luate devreme, la apariția primelor semne ale crizei de migrenă fiind asociate cu medicamente antiemetice (contra grețurilor și vomiei), care vor amplifica peristaltica stomacului și vor favoriza absorbția medicamentului.
- Medicamentele vasoconstrictoare trebuie luate doar în cazul, dacă a început și durerea de cap.
- Dacă vomismentele sunt pronunțate, trebuie găsite alte căi de administrare a medicamentelor (supozitoare, spray nazal, injecții subcutanate sau intramusculare).
- Nu este admisibil de a lua zilnic medicamente pentru stoparea crizelor de migrenă. Dacă acest fapt devine necesar din motivul frecvenței mari a crizelor migrenoase, trebuie să vă adresați numaidecât medicului specialist în problema durerilor de cap, pentru ca el să vă stabilească un tratament profilactic (de prevenție) al migrenei cronice.

Este de notat faptul, că pacienții cu migrenă manifestă frecvent tendința de a se trata de sine stătător. În prezent se cunoaște, că administrarea zilnică a analgezicelor condiționează asocierea la accesele de migrenă și a altei forme de durere de cap, așa numitei „cefalee de abuz medicamentos”, care constituie un fundal dureros permanent, sub formă de cască, care stimulează administrarea din nou a remediilor analgezice, ce mențin durerea și consecutiv – duc la formarea unui cerc vicios.

Tratamentul acestei situații constă în stoparea medicamentelor analgezice, deoarece în asemenea cazuri este vorba de abuz sau de toxicomanie cu medicamente contra durerii. Se consideră că un subiect migrenos are un risc sporit de a dezvolta **cefalee cronică cotidiană** prin abuz medicamentos, administrând zilnic și timp îndelungat, o dată sau de câteva ori în zi medicamente analgezice.

EXISTĂ OARE TRATAMENT PROFILACTIC (DE PREVENȚIE) PENTRU MIGRENĂ?

Da, există și el este absolut necesar atunci, când pacientul are mai mult de 2 – 4 accese de durere de cap pe lună. Acest tip de tratament necesită administrarea zilnică a unui medicament, care va avea un efect de profilaxie pentru crizele de migrenă. Mai multe categorii de medicamente pot fi utilizate în acest scop. Anumite preparate medicale acționează asupra vaselor, împiedicând dilatarea lor și inflamația, care se produce în peretele lor în timpul crizei migrenoase. Altele își manifestă acțiunea asupra transmisiei informațiilor dureroase de către sistemul nervos central.

1. Tratamentul de prevenție trebuie efectuat cel puțin 3 luni pentru a putea judeca despre eficiența lui. Este, deci, foarte important de a-l continua atât timp, cât este nevoie și de a nu-l întrerupe prea repede și de sine stătător.
2. Unele incomodități și deranjamente neesențiale pot surveni în timpul oricărui tratament medicamentos de prevenție. Pacienții cu migrenă sunt adesea foarte sensibili la efectele nedorite ale medicamentelor. Se recomandă, deci, de a debuta tratamentul treptat, începând cu doze mici și măbind progresiv dozele până se ajunge la doza necesară.
3. Prima apreciere a eficienței terapeutice poate fi făcută după 2-3 luni de tratament profilactic. Este foarte necesar de a îndeplini o agendă (zilnic) al migrenelor în timpul acestui tratament pentru a putea măsura mai precis frecvența, intensitatea și durata crizelor, și pentru a putea aprecia mai obiectiv evoluția maladiei sub influența tratamentului. În plus la aceasta, datorită agendei durerilor de cap se mai poate scoate în evidență și factorii declanșatori ai migrenei.
4. Dacă tratamentul profilactic este eficient, el trebuie urmat timp de câteva luni, în mediu de la 6 luni până la 1 an. Tratamentul va permite în această perioadă de a evita crizele migrenoase. Dacă eficiența tratamentului este satisfăcătoare, se propune în mod obișnuit de a

minimaliza progresiv doza la termenul convenit. Tratamentul profilactic poate fi reluat ulterior doar în cazul reapariției crizelor frecvente.

5. Faptul că luați un tratament profilactic nu interzice de a lua medicamente de stopare a crizei migrenoase, dacă ea survine chiar în pofida tratamentului de prevenție. Trebuie doar de respectat regulile asocierii medicamentelor, deoarece anumite asocieri sunt contraindicate. Medicul și farmacistul vă vor informa despre aceste situații. Îi puteți ajuta prin semnalarea tuturor medicamentele pe care le luați contra migrenei sau eventual pentru alte probleme de sănătate.

MAI SUNT ȘI ALTE SOLUȚII DECÂT TRATAMENTUL MEDICAMENTOS?

Pe lângă tratamentele medicamentoase propuse pacienților cu migrenă este foarte util de a cunoaște și respecta unele reguli de igienă a vieții:

■ Este foarte benefic de a observa și înlătura (în măsura posibilităților) factorii declanșatori ai crizei de migrenă. Dar trebuie luați în considerație doar factorii responsabili sistematic de survenirea crizelor de migrenă:

- ei pot fi **alimentari** (mese copioase, bogate în grăsimi, alcool, ciocolata, citrice, produse afumate, etc.) și trebuie, în măsura posibilităților, evitați.

- ei pot fi **hormonali**. Survenirea migrenei sistematic în timpul menstruației poate ghida medicul Dvs. spre căutarea unor medicamente de prevenție.

Apariția migrenelor în cursul administrării unui medicament hormonal pentru contracepție poate condiționa necesitatea schimbării acestui medicament.

- **reducerea, lipsa sau excesul somnului** favorizează apariția crizei de migrenă. Respectarea igienei somnului (durată suficientă a somnului nocturn, compensarea unei datorii de somn printr-o siestă sau evitarea unor treziri foarte târzii în week-end) vor permite de a evita unele crize.

- **fumatul** nu este un factor declanșator al crizei, dar constituie un factor de risc pentru accidentele vasculare cerebrale chiar și la persoanele tinere ce suferă de migrenă.

Asocierea dintre fumat, contraceptive orale și migrenă majorează considera riscul survenirii unui accident vascular cerebral.

Un pacient cu migrenă trebuie să evite fumatul, cu atât mai mult dacă este vorba despre o femeie, care are migrenă și utilizează contraceptive hormonale orale.

- alți factori, așa ca **stresul, nervozitatea excesivă, anxietatea** trebuie luați în considerație, deoarece au o influență importantă asupra maladiei migrenoase. În aceste cazuri sunt utile medicamentele sedative, anxiolitice, tehnicile de relaxare, psihoterapia.

Aici nu sunt enumerați toți factorii care pot influența migrena (vezi lista factorilor declanșatori ai migrenei).

Nu uitați - nu este vorba despre un regim limitat de viață de tip spartan și de înlăturarea tuturor factorilor prezentați, dar pentru ameliorarea igienei vieții sale cotidiene - se recomandă fiecărui pacient cu migrenă să-și cunoască propria maladie și factorii declanșatori ai durerii, care în cazul său concret sunt responsabili de apariția crizei.

CĂRUI SPECIALIST TREBUIE SĂ VĂ ADRESAȚI DACA AVEȚI MIGRENĂ SAU SUSPECTAȚI CĂ O AVEȚI?

■ Medicul de familie este prima persoană la care puteți să vă adresați; el va presupune diagnosticul de migrenă, vă va indica un tratament adecvat sau vă va recomanda să vă adresați la neurolog, sau la specialistul din domeniul durerilor de cap.

■ Farmacistul vă poate consulta asupra precauțiilor speciale cu privire la medicamentele contra durerii de cap, pe care le administrați.

■ **Varianta optimală este consultația unui neurolog sau a unui specialist în domeniul cefaleelor (durerilor de cap)**, care este cel mai competent în stabilirea diagnosticului corect și poate iniția un tratament contemporan de stopare a crizelor de migrenă, cât și de prevenție a lor.

■ **Migrena sau orice altă durere de cap frecventă sau cronică cât și durerea de cap atipică - necesită neapărat o consultație a specialistului de cefalee.**

RECOMANDARILE PENTRU PACIENTI

Pacientii cu afectiuni cefalalgice solicita frecvent informatii. Multi dintre acestia gasesc sau au

gasit informatii derutante pe internet.

Tratamente non-farmacologice

La intrebarile pacientilor cu privire la urmatoarele trebuie date astfel de sfaturi:

- **Biofeedback-ul si terapiile de relaxare:** pot fi utile si sunt optiuni potential utile atunci când tratamentul medicamentos trebuie evitat. Pentru aplicare lor sunt necesari terapeuti specializati, dar în cele mai multe tari exista numai câtiva astfel de terapeuti specializati.
- **Fizioterapia:** aduce beneficii dovedite la pacientii cu cefalee de tip tensional. Este necesara terapie specializata si individualizata care însa nu este larg accesibila în multe tari.
- **Acupunctura :** poate aduce beneficii pentru unii pacienti cu migrena sau cu cefalee de tip tensional, desi studiile clinice mari nu au gasit diferente între acupunctura si placebo. Necesita terapie specializata si individualizata.
- **Stimularea electrica nervoasa transcutanata:** poate fi de ajutor în durerea cronica dar nu are o valoare dovedita în tratarea cefaleelor.
- **Tratamentul stomatologic:** incluzând aplicare de splint-uri si de gutiere, nu are o valoare dovedita în tratamentul cefaleei si trebuie descurajat.
- **Ochelarii:** trebuie recomandati de un specialist si purtati ori de câte ori este nevoie, dar erorile de refractie sunt rareori cauza cefaleelor dificil de tratat.
- **Tratamentele naturiste pe baza de plante:** nu sunt de obicei recomandate. “Butterbur” prezinta ceva eficienta conform studiilor clinice si folosirea sa este aprobata în unele tari, dar preparatele aflate în vânzare au un continut variabil si o toxicitate nedeterminata. Preparatele “feverfew” aflate în vânzare pretutindeni au un continut extrem de variabil si toxicitatea lor nu este bine înțeleasa.
- **Homeopatia:** are o valoare nedovedita. Nu exista argumente pentru vânzarile “over-the-counter” a remediilor homeopatice.
- **Reflexologia:** nu are o baza stiintifica.
- **Aparatele:** multe se afla pe piata, unele costisitoare si promovate fara dovezi ale eficientei lor. “Testimonials” poate fi atribuit efectului placebo si trebuie desconsiderat.
- **Închiderea foramen ovale patent (PFO) :** sunt insuficiente dovezi care sa sustina ipoteza ca frecventa migrenei este îmbunatatita de închiderea PFO, o procedura care presupune un risc mic dar relevant de evenimente adverse severe incluzând accidentul vascular cerebral, tamponada pericardica, fibrilatia atriala si decesul. Sunt în curs de desfășurare studii prospective suplimentare si închiderea PFO pentru profilaxia migrenei nu trebuie efectuata în afara acestor studii.
- **Alte proceduri chirurgicale pentru fata si gât :** nu produc beneficii si sunt potential daunatoare.

Contraceptia hormonală si terapia de substitutie hormonală (HRT)

Cefaleea este frecvent efectul secundar al contraceptivelor orale combinate (COCs) si multe femei descriu debutul sau agravarea migrenei dupa începerea administrării acestora.

Urmatoarele recomandari trebuie facute pacientelor migrenoase aflate în tratament cu contraceptive hormonale:

- atât migrena cu aura cât si componentul etinilestradiol al contraceptivelor orale combinate sunt factori de risc independenti în aparitia accidentului vascular cerebral la femeile tinere
 - sunt recomandate alternative la contraceptivele orale combinate la femeile cu migrena cu aura si factori de risc aditionali pentru aparitia accidentului vascular cerebral (inclusiv fumatul)
 - contraceptia pe baza numai de progesteron este acceptabila pentru orice subtip de migrena
- Terapia de substitutie hormonală (HRT) nu este contraindicata în migrena; decizia privind începerea sau continuarea HRT trebuie luata în accord cu criteriile generale de aplicare.

Anexa 2. Chestionare de evaluare a pacientului cu migrenă

Chestionar referitor la durerile de cap

Data completării.....

Nume, prenume.....Vârsta.....Sexul: bărbat femeie

Starea familială: căsătorit (ă) necăsătorit (ă) divorțat (ă) văduv (ă)

Profesia:.....Ce lucrați în prezent.....

Adresa domiciliului:

1. La ce vârstă s-au început durerile de cap? La.....ani.

2. Cât de des aveți dureri de cap?

1-2 ori în an 1-2 ori în lună 1-2-3 ori în săptămână

4-5 ori în săptămână 6-7 ori în săptămână de câteva ori în zi

3. Durata durerii de cap:

1sec – 3sec 4 sec – 2 min 2 min – 4 min 15 minute 30 minute

60 minute 3 ore 4-24 ore 2 zile 3 zile 4-7 zile

4. Localizarea durerii de cap:

mai des din partea stângă mai des din partea dreaptă din ambele părți

în fundul ochilor la ceafă sau gât la tâmples

durerea de cap este strict pe dreapta durerea de cap este strict pe stânga

Durerea de cap își schimbă uneori partea de localizare a durerii? da nu

5. Intensitatea durerii de cap: ușoară medie severă foarte severă

6. Efectul durerii de cap asupra capacității de lucru: Imposibil de a lucra

Capabil de a lucra ca de obicei Capacitatea de lucru este puțin micșorată

Lucrez, dar capacitatea de lucru e micșorată considerabil (cu 50% și mai mult față de cea obișnuită)

7. Durerea de cap se modifică la lucrul fizic obișnuit? Da Nu

8. Durerea de cap se mărește la următoarele activități zilnice:

- ordine în casă pregătirea bucatelor ridicarea unor greutateți
 urcatul scării mersul altele (numiți)

9. Tipul durerii de cap:

- zvâcnește surdă de presiune înțepătoare ("junghi") pulsatilă
 strânge arzătoare usturătoare împușcătoare alte caracteristici.....

10. Semne care pot apărea la începutul durerilor de cap:

- Scânteieri de lumină în fața ochilor Linii in zigzag care apar în fața ochilor
 Dificultăți de vorbire Amorțeli
 Pierderea vederii (orbire) Altele (numiți).....

11. Durerile de cap pot fi provocate de: Foame Alcool

- Mestecare sau vorbire Stress Somn insuficient Oboseală
 Mirosoare Lumini intense sau soare Menstruație
 Sunete puternice Prea mult somn Lucru fizic
 Mișcări ale capului Schimbări meteorologice Unele alimente
 Altele (numiți).....

12. În timpul durerii de cap pot fi:

- Greață Sensibilitate la lumină Sensibilitate la zgomot
 Vomă Dureri și încordare a gâtului Sensibilitate la mirosoare
 Un ochi lăcrămează Încețoșare sau vedere dublă Amorțeli, furnicături

- Ambii ochi lăcrămează Nasul curge sau este astupat Neliniște Altele

13. Cum vă comportați în timpul durerii de cap:

- mergeți la aer priviți televizorul preferați repausul la pat
- alegeți o odaie întunecoasă continuați activitățile obișnuite luați medicamente
- faceți masaj la cap cutreierați neastâmpărat odaia altceva (numiți).....

14. Cineva din rudele apropiate suferă (au suferit) de dureri de cap similare?

- Da Nu Cine (numiți).....

15. La ce medic v-ați adresat în legătură cu durerea de cap?

- Medic de familie Oftalmolog Internist (terapeut)
- Neurolog Medic ORL Stomatolog Altceva

16. Cu ce diagnostic v-ați tratat până acum?

- consecințele traumei cranio-cerebrale tensiune intracraniană mărită distonie
vegeto-vasculară
- osteocondroză cervicală consecințele neuroinfecției migrenă
- leptopahimeningită (arahnoidită) cerebrală insuficiență vertebro-bazilară alt diagnostic

17. Ați efectuat investigații suplimentare în legătură cu durerile de cap?

- Eco-EG EEG radiografia cervicală radiografia sinusurilor paranasale
- tomografia computerizată cerebrală dopplerografia vaselor cerebrale Rezonanță magnetică
nucleară

18. Ce medicamente ați utilizat și utilizați în prezent pentru tratamentul durerilor de cap?.....

De câte ori pe săptămână luați medicamente pentru a stopa durerea de cap.....

19. Ce metode non-medicamentoase ați utilizat pentru tratamentul durerilor de cap?

- Fizioterapie Terapie manuală Acupunctură Dietă
- Relaxare Autotrening Altele (numiți)

20. Ce medicamente vă micșorează durerea de cap?.....

21. De ce boli, în afară de durerile de cap, ați suferit sau suferiți acum?

Chestionar express pentru diagnosticul migrenei

Ultimele 3 luni a fost durerea de cap acompaniată de:

1. Greață sau vomă DA NU
2. Deranjează lumina sau sunetul DA NU
3. Din cauza durerii de cap ați redus zilele de muncă, învățatură sau activitate cotidiană cel puțin pentru 1 zi DA NU

93 % din cei care au răspuns DA măcar la 2 întrebări au migrenă.

Chestionar de dizabilitate in migrenă MIDAS

Pacientul _____ DS _____ Data ____/_____/_____

Indicați, vă rog, numărul de zile in timpul ultimelor 3 luni, când accesele de migrena au afectat următoarele activități descrise in urmatoarele 5 întrebări expuse mai jos.

1. Câte zile în ultimele 3 luni ați lipsit de la lucru sau de la școală din cauza cefaleei? (dacă nu ați frecventat în general serviciul sau scoala – scrieți “0” in căsuță).....
2. Câte zile în ultimele 3 luni ați avut productivitate redusă cu 50% la serviciu sau la școală din cauza cefaleei? (dacă nu ați frecventat în general serviciul sau scoala – scrieți “0” in căsuță, dar daca da, nu includeți zilele notate în întrebarea 1).....
3. Câte zile în ultimele 3 luni nu ați efectuat lucrul de menaj din cauza cefaleei?.....
4. Câte zile în ultimele 3 luni ați avut productivitate redusă în jumatate sau chiar mai mult pentru activitățile de menaj din cauza cefaleei Dvoastră?
5. Câte zile în ultimele 3 luni ați lipsit de la activități sociale, de familie sau de odihnă activă din cauza cefaleei Dvs?

Numărul total de zile pentru întrebările 1-5

Interpretare:

- * numărul total de zile= 0-5 – pacientul are o dizabilitate mica sau dizabilitatea este absentă
- * numărul total de zile= 6-10 – pacientul are o dizabilitate ușoară
- * numărul total de zile= 11-20 – pacientul are o dizabilitate moderată
- * numărul total de zile= 21+ – pacientul are o dizabilitate severă

Pentru întrebările A si B, indicați numărul de zile în timpul cărora ați avut cefalee și severitatea lor medie respectiv.

A. Câte zile în ultimele 3 luni ați avut cefalee.....

B. Care este severitatea medie a cefaleelor Dvs în ultimele 3 luni (notați cu puncte conform unei scări a durerii, unde 0=lipsa completă a durerii de cap, iar 10- durere maximal posibilă?

HIT-6 TEST. CHESTIONAR AL IMPACTULUI DURERILOR DE CAP

Acest chestionar este menit pentru a Vă ajuta să descrieți și să exprimați ceea ce simțiți Dvoastră și ceea ce nu puteți face din cauza durerilor de cap.

Pentru fiecare întrebare, indicați, vă rog, căsuța corespunzătoare răspunsului Dvoastră	Niciodată	Rar	Uneori	Foarte frecvent	Permanen t
1. Atunci când aveți dureri de cap, durerea este intensă?					
2. Capacitatea Dvoastră de a efectua activitățile zilnice obișnuite, ca activități de menaj (gospodărie), lucru, studii sau activități în comun cu alții este limitată din cauza durerilor de cap?					
2. Atunci când aveți dureri de cap, ați dori să vă culcați?					
4. În timpul ultimelor 4 săptămâni, V-ați simțit foarte (prea) obosit pentru a lucra sau a efectua activități zilnice obișnuite din cauza durerilor de cap?					
5. În timpul ultimelor 4 săptămâni, ați ați avut un sentiment de disperare, necaz, neplăcere din cauza durerilor Dvoastră de cap?					
6. În timpul ultimelor 4 săptămâni, capacitatea Dvoastră de a vă concentra asupra lucrului sau activităților zilnice a fost limitată din cauza durerilor de cap?					
CALCUL AL SCORULUI TOTAL: Pentru fiecare coloniță adăugați numărul răspunsurilor și multiplicați cu:	x6=	x8=	x10=	x11=	x13=
Apoi adăugați scorurile obținute în fiecare coloniță:	+	+	+	+	+
SCOR TOTAL :					

Cu cât scorul este mai ridicat, cu atât impactul durerilor de cap asupra vieții Dvoastre este mai important. Scorurile sunt distribuite între 36 și 78.

Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazată pe criterii în Migrena

1. Denumirea IMSP evaluată prin audit		
	<i>(denumirea oficială)</i>	
2. Persoana responsabilă de completarea fișei		
	<i>(nume, prenume)</i>	
3. Data nașterii pacientului/ei		
	<i>(ZZ / LL /AAAA)</i>	
4. Sexul pacientului/ei	masculin=1, feminin=2	
5. Mediul de reședință	Urban=1, rural=2	
6. Numele medicului curant		
	<i>(nume, prenume)</i>	
Diagnosticul stabilit		
Data stabilirii diagnosticului		
	<i>(ZZ / LL /AAAA)</i>	
Evaluare		
Utilizarea criteriilor CITC pentru stabilirea diagnosticului	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Localizarea durerii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Caracterul durerii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Intensitatea durerii după SVA	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Durata accesului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Semnele asociate accesului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Factorii trigeri	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
• Frecvența acceselor		
• Agravare la efort	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Anamnezic eredocolateral de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Tratamentul administrat anterior	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Elucidarea stegulețelor roșii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Elucidarea abuzului medicamentos	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Depistarea comorbidațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Depistarea complicațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea chestionarului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea calendarului de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Evaluarea neurologică complexă	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Diagnostic diferențiat		
Consultarea altor specialiști pentru excluderea cefaleelor secundare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea metodelor paraclinice și de laborator pentru excluderea cefaleelor secundare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea criteriilor pentru indicarea imagisticii	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Tratament abortiv		
Elaborarea unui plan individualizat de tratament acut al crizelor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea conform indicațiilor a claselor principale de medicamente abortive: AINS, triptani, ergoti.	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Instruirea pacientului să administreze	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	

medicația abortivă cât mai precoce		
Instruirea pacientului să monitorizeze consumul de medicamente	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Tratament de profilaxie		
Instituirea tratamentului de profilaxie conform indicațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Elaborarea unui plan de tratament de profilaxie	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Instruirea pacientului asupra tratamentului indicat	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Reevaluarea tratamentului fiecare 1-3 luni, la necesitate sau ineficiență.	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea metodelor non-farmacologice de profilaxie și tratament		
Managementul pacientului		
A fost suspectata migrena la nivel de asistență medicală primară (medic de familie)?	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
A fost suspectată migrena la nivel de asistență medicală secundară (neurolog de sector)?	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
A beneficiat pacientul de consultatia specialistului în cefalee?	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea criteriilor pentru consultația specialistului la nivel primar (medic de familie), secundar (neurolog)	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Numarul de consultații necesare pentru suspectarea diagnosticului de migrenă	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Numarul de consultatii necesare pentru confirmarea diagnosticului de migrenă	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Utilizarea criteriilor pentru spitalizare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Masuri de întrerupere a abuzului medicamentos	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Masuri de dezintoxicare	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Masuri de prevenire a complicațiilor	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Suport informațional		
Utilizarea chestionarului de cefalee înainte, în timpul sau după consultatie	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Explicarea și emiterea pacientului a informației referitor la patologie (ghidul pacientului, prospecte informative etc...)	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Emiterea pacientului și explicarea clară a metodelor de completarea a agendei de cefalee	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	
Școala pacientului cu migrenă	<i>da=1, nu =0, nu sunt date=9</i>	

BIBLIOGRAFIE

1. Dodick DW. Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complications (infarct and chronic migraine). *Cephalalgia*. 2009;29 Suppl 3:7-14.
2. Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia*. 2003;23(7):519-27.
3. Goadsby PJ, et al. Migraine — Current Understanding and Treatment. *N Engl J Med* 2002;346(4).
4. Moldovanu I, Odobescu S, Craciun C. Chronic migraine with and without medication overuse: the role of drug phobia and associated factors (according to the data of Headache Centre, Chisinau, the Republic of Moldova). *Cephalalgia*. 2008; 28(11): 1229-33.
5. Diener HC, Steiner TJ, Tepper SJ. Migraine--the forgotten epidemic: development of the EHF/WHO Rome Declaration on Migraine. *The journal of headache and pain*. 2006;7(6):433-7.
6. Lifting the burden. , The global campaign against headache. *Headache disorders in primary care*. 2007.
7. Mateen FJ, Dua T, Steiner T, Saxena S. Headache disorders in developing countries: research over the past decade. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2008;28(11):1107-14.
8. Odobescu S. Migrena cronică și tulburările vegetative asociate (studiu epidemiologic, clinico - neurofiziologic și terapeutic). Teza dr. hab. medicină. Chișinău. 2012:224p.
9. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2007;27(3):193-210.
10. Groppa S., et aut. Peculiarities of clinical manifestation in migraine patients. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2003;23(7):643.
11. Hale N, Paauw DS. Diagnosis and treatment of headache in the ambulatory care setting: a review of classic presentations and new considerations in diagnosis and management. *The Medical clinics of North America*. 2014;98(3):505-27. Epub 2014/04/25.
12. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2013;33(9):629-808.
13. Lifting the burden., The global campaign against headache. Diagnostic criteria for headache disorders in primary care. 2007.
14. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. [Guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children]. *Revue neurologique*. 2013;169(1):14-29. Epub 2012/12/19. Prise en charge diagnostique et therapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant.
15. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. Revised French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. *The journal of headache and pain*. 2014;15(1):2. Epub 2014/01/10.
16. Moldovanu I., Dodic D, Odobescu S. Cefaleele, dureri faciale și cervicale. diagnostic și tratament. Chisinau2007.
17. Taylor F, Hutchinson S, Graff-Radford S, Cady R, Harris L. Diagnosis and management of migraine in family practice. *The Journal of family practice*. 2004;Suppl:S3-24.
18. Allais G, Rolando S, De Lorenzo C, Benedetto C. The efficacy and tolerability of frovatriptan and dexketoprofen for the treatment of acute migraine attacks. *Expert review of neurotherapeutics*. 2014;14(8):867-77. Epub 2014/07/25.
19. Aurora SK, Barrodale PM, McDonald SA, Jakubowski M, Burstein R. Revisiting the efficacy of sumatriptan therapy during the aura phase of migraine. *Headache*. 2009;49(7):1001-4.
20. Cady RK, McAllister PJ, Spierings EL, Messina J, Carothers J, Djupesland PG, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Breath Powered Nasal Delivery of Sumatriptan Powder (AVP-825) in the Treatment of Acute Migraine (The TARGET Study). *Headache*. 2014. Epub 2014/10/31.
21. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (all routes of administration) for acute migraine attacks in adults - overview of Cochrane reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;5:Cd009108. Epub 2014/05/29.
22. Gelfand AA, Goadsby PJ. A Neurologist's Guide to Acute Migraine Therapy in the Emergency Room. *The Neurohospitalist*. 2012;2(2):51-9.
23. Holland S, Silberstein SD, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E. Evidence-based

- guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78(17):1346-53. Epub 2012/04/25.
24. Ling R, Derry S, Moore RA, McQuay HJ, Wiffen PJ. Rizatriptan for acute migraine headaches in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(4). Epub 2010/01/01.
 25. Mauskop A. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2013;80(9):868. Epub 2013/02/27.
 26. Messali AJ, Yang M, Gillard P, Tsai K, Tepper SJ, Bloudek LM, et al. Treatment persistence and switching in triptan users: a systematic literature review. *Headache*. 2014;54(7):1120-30. Epub 2014/06/11.
 27. Shahrani A, Assarzagdegan F, Hatamabadi HR, Asgarzadeh M, Sarehbandi B, Asgarzadeh S. Comparison of Therapeutic Effects of Magnesium Sulfate vs. Dexamethasone/Metoclopramide on Alleviating Acute Migraine Headache. *The Journal of emergency medicine*. 2014. Epub 2014/10/04.
 28. Tepper D. Episodic acute migraine treatment. *Headache*. 2014;54(10):1681-2. Epub 2014/11/18.
 29. Armstrong C. AAN/AHS update recommendations for migraine prevention in adults. *American family physician*. 2013;87(8):584-5. Epub 2013/05/15.
 30. Diener HC, Kaube H, Limmroth V. A practical guide to the management and prevention of migraine. *Drugs*. 1998;56(5):811-24.
 31. Estemalik E, Tepper S. Preventive treatment in migraine and the new US guidelines. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013;9:709-20. Epub 2013/05/30.
 32. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2009;16(9):968-81.
 33. Karadas O, Gul HL, Ozturk B, Eroglu E, Demirkaya S. The effects of topiramate therapy on cerebral metabolism in migraine with aura patients. *Turkish neurosurgery*. 2014;24(5):704-9. Epub 2014/10/01.
 34. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;6:Cd010611. Epub 2013/06/26.
 35. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Topiramate for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;6:Cd010610. Epub 2013/06/26.
 36. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Gabapentin or pregabalin for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;6:Cd010609. Epub 2013/06/26.
 37. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Antiepileptics other than gabapentin, pregabalin, topiramate, and valproate for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;6:Cd010608. Epub 2013/06/26.
 38. Loder E, Burch R, Rizzoli P. The 2012 AHS/AAN guidelines for prevention of episodic migraine: a summary and comparison with other recent clinical practice guidelines. *Headache*. 2012;52(6):930-45. Epub 2012/06/08.
 39. Lyseng-Williamson KA, Frampton JE. OnabotulinumtoxinA (BOTOX(R)): a guide to its use in preventing headaches in adults with chronic migraine. *CNS drugs*. 2012;26(8):717-23.
 40. Marmura MJ. Safety of topiramate for treating migraines. *Expert opinion on drug safety*. 2014;13(9):1241-7. Epub 2014/08/07.
 41. Silberstein SD. Preventive treatment of migraine. *Reviews in neurological diseases*. 2005;2(4):167-75. Epub 2006/04/20.
 42. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78(17):1337-45. Epub 2012/04/25.
 43. Straube A, Gaul C, Forderreuther S, Kropp P, Marziniak M, Evers S, et al. [Therapy and care of patients with chronic migraine: expert recommendations of the German Migraine and Headache Society/German Society for Neurology as well as the Austrian Headache Society/Swiss Headache

- Society]. *Der Nervenarzt*. 2012;83(12):1600-8. Epub 2012/11/28. Therapie und Versorgung bei chronischer Migräne : Expertenempfehlung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Neurologie sowie der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft/Schweizerischen Kopfweggesellschaft.
44. Bigal ME, Lipton RB. The prognosis of migraine. *Current opinion in neurology*. 2008;21(3):301-8.
 45. Blumenfeld AM, Varon SF, Wilcox TK, Buse DC, Kawata AK, Manack A, et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2011;31(3):301-15.
 46. Hepp Z, Bloudek LM, Varon SF. Systematic review of migraine prophylaxis adherence and persistence. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*. 2014;20(1):22-33. Epub 2014/01/01.
 47. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *The journal of headache and pain*. 2005;6(6):429-40.
 48. Ramsey RR, Ryan JL, Hershey AD, Powers SW, Aylward BS, Hommel KA. Treatment adherence in patients with headache: a systematic review. *Headache*. 2014;54(5):795-816. Epub 2014/04/23.
 49. Russell MB, Rasmussen BK, Brennum J, Iversen HK, Jensen RA, Olesen J. Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 1992;12(6):369-74. Epub 1992/12/01.
 50. Wilkinson M. An intelligent person's guide to migraine management. *Journal of the Royal Society of Health*. 1984;104(5):171-3.
 51. Levy D, Strassman A, M., Burstein R. A Critical View on the Role of Migraine Triggers in the Genesis of Migraine Pain. *Hedache Currents*. 2009;2:953-9.
 52. Pavlovic JM, Buse DC, Sollars CM, Haut S, Lipton RB. Trigger factors and premonitory features of migraine attacks: summary of studies. *Headache*. 2014;54(10):1670-9. Epub 2014/11/18.
 53. Peroutka SJ. What turns on a migraine? A systematic review of migraine precipitating factors. *Current pain and headache reports*. 2014;18(10):454. Epub 2014/08/28.
 54. Rendas-Baum R, Yang M, Varon SF, Bloudek LM, DeGryse RE, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) in patients with chronic migraine. Health and quality of life outcomes. 2014;12:117. Epub 2014/08/02.
 55. Sarchielli P. Trigger factors of migraine and tension-type headache. *The journal of headache and pain*. 2006;7(4):172-3.
 56. Stewart WF, Wood GC, Razzaghi H, Reed ML, Lipton RB. Work impact of migraine headaches. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(7):736-45.
 57. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2013;33(9):629-808. Epub 2013/06/19.
 58. Cooney B.S., Grossman R.I., Farber L, et al. Frequency of Magnetic Resonance Imaging Abnormalities in Patients With Migraine. *Headache*. 1996;36:616-21.
 59. Gandhi R, Lewis EC, Evans JW, Sell E. Investigating the necessity of computed tomographic scans in children with headaches: a retrospective review. *Cjem*. 2014;16(0):33-8. Epub 2014/08/27.
 60. Holle D, Obermann M. The role of neuroimaging in the diagnosis of headache disorders. *Therapeutic advances in neurological disorders*. 2013;6(6):369-74. Epub 2013/11/15.
 61. May A. A review of diagnostic and functional imaging in headache. *The journal of headache and pain*. 2006;7:174-84.
 62. May A. New insights into headache: an update on functional and structural imaging findings. *Nature reviews Neurology*. 2009;5(4):199-209. Epub 2009/04/07.
 63. Sandrini G, Friberg L, Coppola G, Janig W, Jensen R, Kruit M, et al. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache (2nd edition). *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2011;18(3):373-81. Epub 2010/09/28.
 64. Scher AI, Bigal ME, Lipton RB. Comorbidity of migraine. *Current opinion in neurology*. 2005;18(3):305-10.
 65. Viticchi G, Falsetti L, Silvestrini M, Luzzi S, Provinciali L, Bartolini M. The real usefulness and indication for migraine diagnosis of neurophysiologic evaluation. *Neurological sciences : official*

- journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology. 2012;33 Suppl 1:S161-3. Epub 2012/06/01.
66. Auvichayapat P, Janyacharoen T, Rotenberg A, Tiamkao S, Krisanaprakornkit T, Sinawat S, et al. Migraine prophylaxis by anodal transcranial direct current stimulation, a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2012;95(8):1003-12. Epub 2012/10/16.
67. Brighina F, Cosentino G, Fierro B. Brain stimulation in migraine. *Handbook of clinical neurology*. 2013;116:585-98. Epub 2013/10/12.
68. Govindappagari S, Grossman TB, Dayal AK, Grosberg BM, Vollbracht S, Robbins MS. Peripheral nerve blocks in the treatment of migraine in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2014;124(6):1169-74. Epub 2014/11/22.
69. Lambriu G, Matharu MS. Peripheral neurostimulation in primary headaches. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2014;35 Suppl 1:77-81. Epub 2014/05/29.
70. Misra UK, Kalita J, Bhoi SK. High-rate repetitive transcranial magnetic stimulation in migraine prophylaxis: a randomized, placebo-controlled study. *Journal of neurology*. 2013;260(11):2793-801. Epub 2013/08/22.
71. Penzien DB, Irby MB. Insights on treatment mechanisms of cognitive-behavioral migraine therapy. *Headache*. 2014;54(9):1439-40. Epub 2014/10/18.
72. Saracco MG, Valfre W, Cavallini M, Aguggia M. Greater occipital nerve block in chronic migraine. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2010;31 Suppl 1:S179-80.
73. Seng EK, Holroyd KA. Behavioral migraine management modifies behavioral and cognitive coping in people with migraine. *Headache*. 2014;54(9):1470-83. Epub 2014/07/22.
74. Teepker M, Hotzel J, Timmesfeld N, Reis J, Mylius V, Haag A, et al. Low-frequency rTMS of the vertex in the prophylactic treatment of migraine. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2010;30(2):137-44.
75. Young NA, Sharma M, Deogaonkar M. Transcranial magnetic stimulation for chronic pain. *Neurosurgery clinics of North America*. 2014;25(4):819-32. Epub 2014/09/23.
76. Bono G, Minonzio G., Mauri M. Complication of migraine: migrainous infarction. *Clinical and Experimental Hypertension*. 2006;28(3):233-42.
77. Cady RK, Schreiber CP, Farmer KU. Understanding the patient with migraine: the evolution from episodic headache to chronic neurologic disease. A proposed classification of patients with headache. *Headache*. 2004;44(5):426-35.
78. Evers S, Jensen R, European Federation of Neurological S. Treatment of medication overuse headache--guideline of the EFNS headache panel. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2011;18(9):1115-21.
79. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache*. 2006;46(9):1327-33. Epub 2006/10/17.
80. Kalaydjian A, Zandi PP, Swartz KL, Eaton WW, Lyketsos C. How migraines impact cognitive function: findings from the Baltimore ECA. *Neurology*. 2007;68(17):1417-24. Epub 2007/04/25.
81. Patel ZM, Kennedy DW, Setzen M, Poetker DM, DelGaudio JM. "Sinus headache": rhinogenic headache or migraine? An evidence-based guide to diagnosis and treatment. *International forum of allergy & rhinology*. 2013;3(3):221-30.
82. Robertson BA, Morris ME. The role of cervical dysfunction in migraine: a systematic review. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2008;28(5):474-83. Epub 2008/03/06.
83. Swartz R.H., Kern R.Z. Migraine Is Associated With Magnetic Resonance Imaging White Matter Abnormalities. *Arch Neurol*. 2004;61:1366-8.
84. Grosu O, Moldovanu I. Migrena cronică asociată cu hipertensiunea arterială esențială: aspecte clinice, diagnostic diferențial și interferențe patogenetice (serie de cazuri clinice). *Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie " Nicolae Testemițanu "*. 2010;3:429- 32.
85. Corcea G. Tulburări psiho- vegetative la pacienții cu sincopă asociată cu migrenă. *Buletinul Academiei de Stiinte*. 2009;3(22):53-6.