



## הריון, הנקה, מיגרנה ומה שביניהם מאמר אורח מאת פרופ' שלומית יוסט

מיגרנה היא מחלה המתבטאת בהתקפים חוזרים של כאב ראש. התקף מיגרנה טיפוסי הוא בעל עוצמת כאב בינונית עד חזקה ונמשך בין 4 ל-72 שעות. כאב הראש המיגרנטי הוא בעל אופי פועם: לרוב הוא חד-צדדי ומלווה בבחילות והקאות, באי-סבילות לפעילות גופנית ובאי-סבילות לאור ולרעש. מיגרנה גורמת להפרעה בתפקוד התקין והיא אחת הסיבות השכיחות להפרעה תפקודית הן במישור התעסוקתי והן במישור החברתי משפחתי.

מיגרנה שכיחה פי 3 בנשים, כך ש-25% מהנשים סובלות ממיגרנה לעומת 8% מהגברים. שיעור המיגרנה לפני גיל הפוריות זהה בין גברים לנשים. בגיל הפוריות שיעור המיגרנה עולה בקרב נשים ונשאר יציב אצל הגברים. מיגרנה נוטה להחמיר סביב ווסת, להשתפר במהלך הריון ולהשתפר בגיל הבלות.

נתונים אלו מלמדים על כך שקיים קשר בין מצב הורמונאלי למיגרנה. ככה"נ שינויים ברמת הורמון האסטרוגן קשורים להופעת מיגרנה.

לאחרונה, חלה התקדמות בהבנת המנגנונים היוצרים את המיגרנה, דבר המרחיב את אפשרויות הטיפול. ידע זה כבר מניב טיפולים ייחודיים חדשים, כגון תרופות מעכבות פעילות חלבון הקשור לגן לקליטונין CGRP - Calcitonin Gene-Related Peptide.

היות ומיגרנה משמעותית ביותר בגיל הפריורן חשוב לדעת מה קורה במהלך הריון והנקה וכיצד יש לטפל בסובלות ממיגרנה בזמן הריון, בזמן תכנון הריון ובהנקה. תרופות מסוימות לטיפול למיגרנה עלולות להיות לא בטוחות בזמן הריון והנקה ולכן נשים הסובלות ממיגרנה צריכות להתייעץ עם נוירולוג לגבי הטיפול בהן לפני כניסה להריון, במהלכו ובזמן הנקה.

הטיפול במיגרנה מורכב מטיפול בזמן כאב (טיפול אקוטי) וטיפול מונע (טיפול שמטרתו להוריד את תדירות ההתקפים ועוצמתם).

### מיגרנה והריון

במרבית המקרים, חולות מיגרנה חוות הטבה בכאב הראש במהלך ההריון, בעיקר בשליש השני והשלישי של ההריון. לאחר הלידה מיגרנה עלולה להחמיר, כאשר נשים שמניקות סובלות פחות מהחמרה ועל כך נפרט בהמשך.

כאשר אישה בהריון סובלת מכאב ראש מיגרנטי כמובן שיש לטפל בה, אך יש לבחור טיפול שלא יזיק לעובר ולא יזיק לה. ההנחה שלא ניתן לטפל במיגרנה במהלך הריון וכי על האישה לסבול על מנת לא להזיק לעובר אינה נכונה! יש לפנות לנוירולוג לצורך התאמת טיפול.

באופן כללי בהריון קו ראשון של טיפול יהיה שינוי באורחות חיים (הקפדה על שעות שינה, תזונה מאוזנת), שימוש בביופידבק וטכניקות של הרפיה. במידה וזה לא עוזר יש לשקול טיפול תרופתי תחת מעקב משותף של גיניקולוג ונוירולוג.

מבחינת טיפול בזמן כאב (טיפול אקוטי) ניתן לשקול טיפול באקמול. בשליש השני של ההריון ניתן לתת נוגדי דלקת שאינם סטרואידים. במקרים קשים יותר ניתן לשקול טיפול בטריפטנים שהינם טיפול ייעודי למיגרנה שעובד על המערכת הסרטורגית. ניתן לתת בהריון גם טיפול בסטרואידים.

במקרים קשים המצריכים טיפול מונע ניתן לשקול טיפול בחוסמי בטא, חסמים עצביים, למוטריגין (תרופה נוגדת פרכוס המשמשת גם כטיפול במיגרנה) ואמיפטריטילין (תרופה נוגדת דכאון המשמשת גם כטיפול במיגרנה).

חשוב להבין כי תרופות מסוימות המשמשות לטיפול במיגרנה כגון חומצה ולפרואית (תרופה לטיפול באיפלפסיה המשמשת גם טיפול מונע במיגרנה) עלולות לגרום לנזק לעובר.

לאחרונה נכנסו לשימוש טיפולים חדשים למיגרנה העובדים על חלבון הקשור לגן לקליטונין CGRP- Calcitonin Gene-Related Peptide - חלבון זה הינו חלק ממנגנון יצרת מיגרנה וחסמת פעילותו נמצאה יעילה בטיפול במיגרנה.

קיימים שני סוגים של תכשירים העובדים על CGRP - נוגדנים ל-CGRP או Gepants.

הנוגדנים ל-CGRP נמצאים בגוף המטופל זמן רב ולוקח להם מספר חודשים להתפנות מהגוף. קיים חשש מטיפול זה בהריון לאור אפשרות שהטיפול הנ"ל עלול להשפיע על השלייה ועל זרימת הדם לעובר, לכן ההמלצה היא להפסיק את השימוש בנוגדנים ל-CGRP מספר חודשים לפני כניסה להריון.

ל Gepants זמן מחצית חיים קצר יותר ולכן יש להפסיקם רק מספר ימים לפני כניסה להריון.

### מיגרנה והנקה

לאחר לידה עלולה להיות החמרה במיגרנה. הנקה בדרך כלל גורמת להקלה במיגרנה לאחר הלידה. מחקר שבוצע לאחרונה הראה כי בקרב נשים לאחר לידה, נשים הסובלות ממיגרנה שלא הניקו חוו החמרה במיגרנה לאחר הלידה ב-100 אחוז מהמקרים ואילו נשים שהניקו חוו החמרה במיגרנה רק ב-43 אחוז מהמקרים.

הטיפול במיגרנה באישה מניקה הוא בהחלט אפשרי. יש צורך לבחור בטיפול שלא עובר דרך חלב האם לעובר. מגוון הטיפולים שניתן להציע בהנקה גדול ממה שניתן להציע בהריון. כמובן שיש להיוועץ בנוירולוג בהתאמת הטיפול.

מבחינת טיפול אקוטי (בזמן כאב), ניתן לשקול טיפול באקמול, נוגדי דלקת שאינם סטרואידים, טריפטנים (ישנה התלבטות האם לדלג על הנקה

לאחר נטילת התרופה). לגבי גפטינים נכון להיום אין מידע לגבי בטיחות בהנקה אך נראה שרמתם בחלב אם נמוכה מאד.

מבחינת טיפול מונע רוב הטיפולים נמצאו בטוחים עם כי יש להיזהר מתרופות העלולות לגרום לישנוניות ויש להוועץ עם נוירולוג לפני החלטה על טיפול.

### לסיכום, מיגרנה הינה מחלה השכיחה יותר בקרב נשים ואופייה משתנה במהלך חיי האישה. מיגרנה

יכולה לגרום לסבל רב והפרעה תפקודית משמעותית. רוב הסובלות ממיגרנה חוות הטבה בסימפטומים בזמן הריון והנקה, יחד עם זאת במידה ואין הקלה וישנם התקפי מיגרנה ניתן לטפל ולהקל על הסובלת במיגרנה גם בזמן הריון והנקה. מומלץ לכל אישה המתכננת הריון לדון עם הנוירולוג המטפל לגבי הטיפול במיגרנה.



לתכנים נוספים בתחום המיגרנה כנסו [לאתר המדיקלי של פיזר ישראל](#)

#### References:

1. American Headache Society. Headache. 2019;59(1):1-18. Accessed May 2, 202, Ashina M. Migraine. N Engl J Med. 2020 Nov
2. Yallampalli C, Chauhan M, Thota CS, Kondapaka S, Wimalawansa SJ. Calcitonin gene-related peptide in pregnancy and its emerging receptor heterogeneity. Trends Endocrinol Metab. 2002 Aug;13(6):263-9
3. Sances G, Granella F, Nappi RE, Fignon A, Ghiotto N, Polatti F, Nappi G. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. Cephalalgia. 2003 Apr;23(3):197-205.
4. MacGregor EA. Migraine in pregnancy and lactation: a clinical review. J Fam Plann Reprod Health Care. 2007 Apr;33(2):83-93.
5. González-García N, Díaz de Terán J, López-Veloso AC, Mas-Sala N, Minguez-Olaondo A, Ruiz-Piñero M, Gago-Veiga AB, Santos-Lasaosa S, Viguera-Romero J, Pozo-Rosich P. Headache: pregnancy and breastfeeding. Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. Neurologia (Engl Ed). 2022 Jan-Feb;37(1):1-12.
6. Ba Baker TE, Croop R, Kamen L, Price P, Stock DA, Ivans A, Bhardwaj R, Anderson MS, Madonia J, Stringfellow J, Bertz R, Coric V, Hale TW. Human Milk and Plasma Pharmacokinetics of Single-Dose Rimegepant 75 mg in Healthy Lactating Women. Breastfeed Med. 2022 Mar;17(3):277-282.