



ב 10/2022 פרסם ה EHF (European Headache Federation) נייר עמדה שמארגן קריטריונים ברורים לקביעת יעילות הטיפול בהתקף מיגרנה אקוטי ולקביעה מהו כשל טריפטן.

**European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure**

## ד"ר אברהם אשכנזי וד"ר יעל עולמי מתייחסים לרלוונטיות והחשיבות של נייר העמדה, משתי נקודות מבט שונות.



### ד"ר יעל עולמי

מומחית ברפואת המשפחה  
רופאת כאב, מרפאת כאב נאות שקמה  
שירותי בריאות כללית, מחוז מרכז



### ד"ר אברהם אשכנזי

ניורולוג, מומחה בכאבי ראש  
מנהל, מרפאת מומחים לכאבי ראש ופנים  
מחלקה ניורולוגית  
מרכז רפואי שערי צדק, ירושלים

**ד"ר אשכנזי -** מנקודת מבטי כניורולוג במרפאת מומחים לכאבי ראש בבית חולים אני חושב שהמאמר מתייחס לנושא חשוב בעל משמעות קלינית מעשית גדולה: כיצד מטופלים שונים עם מיגרנה מגיבים לטריפטנים, וכיצד יש להגדיר תגובה טובה, או העדר תגובה, לתרופות אלה.

הטריפטנים הם אגוניסטים לקולטנים לסרטונין, הנמצאים על כלי דם מנינגיאליים ועל קצות סיבי עצב טריגמינליים. כאשר הם הפכו לזמינים למטופלים בסוף המאה הקודמת, הם קידמו באופן משמעותי את הטיפול החרף במיגרנה. בנוסף, הופעתם הביאה לעליה במודעות למיגרנה כמחלת מוח עם בסיס ביולוגי, הניתנת לטיפול פרמקולוגי ספציפי ויעיל. בישראל קיימים חמישה טריפטנים הזמינים למטופלים - sumatriptan, rizatriptan, eletriptan, zolmitriptan, naratriptan. כולם קיימים בצורת טבליות לבלעיה, שניים (rizatriptan, zolmitriptan) זמינים גם כטבליות מסיסות בפה, ואחד (sumatriptan) קיים גם כתרסיס לאף ובהזרקה תת עורית.

צוות המחברים, רובם ככולם רופאים בעלי ניסיון רב בטיפול באנשים הסובלים ממיגרנה, מציע הגדרה לתגובה לטיפול בטריפטנים, הכוללת לא רק שיפור משמעותי (או העלמות) הכאב, אלא גם העדר הפרעה משמעותית עקב תסמינים הנלווים להתקף (כגון בחילה, פוטופוביה או פונופוביה). המחברים מציעים כי תגובה טובה לטריפטן תוגדר כשיפור בכאב הראש מקשה/בינוני עד לקל או לא-קיים, בתוך שעתיים מלקיחת התרופה ולמשך 24 שעות לפחות, וכן העדר תסמינים נלווים להתקף, או נוכחותם בעצמה מינימלית, והעדר תופעות לוואי משמעותיות הקשורות לטיפול. מודגשת במאמר גם החשיבות של עקביות התגובה בנטילות חוזרות של התרופה, המוגדרת כתגובה טובה לשלושה מתוך ארבעה התקפים לפחות.

### המחברים מגדירים שלוש דרגות של כישלון טיפולי בטריפטנים:

**Non responder -** מוגדר ככישלון לטיפול בטריפטן אחד.

**Resistant -** כישלון של שני טריפטנים.

**Refractory -** כישלון של שלושה טריפטנים, כולל כישלון של מתן טריפטן בהזרקה תת עורית.

בנוסף, הזכרה קבוצת המטופלים שאינם יכולים ליטול טריפטנים עקב מחלות נלוות המהוות הוראת נגד לטיפול כזה, כמו מחלת לב איסכמית או מחלה צרבר-וסקולרית.

תוצאות הסקירה הזו יכולות לעזור לנו, רופאים המטפלים בחולי מיגרנה, לקבל החלטות טיפוליות. ספציפית, על ידי הגדרה מדויקת של תגובה או כישלון לטיפול, הן מקלות את ההחלטות הטיפוליות כשמתעוררות שאלות כמו: מתי יש להחליף את צורת המתן של הטריפטן אותו מקבל החולה? ומתי יש להפסיק טיפול בטריפטנים ולהתקדם לתרופות מדור חדש יותר.

חשוב לציין שקיימת שונות רבה במידת התגובה לטריפטנים בין מטופלים שונים. שונות זו נובעת הן מגורמים הקשורים להתקף המיגרנטי עצמו והן לכאלו הקשורים לאופן לקיחת התרופות על ידי המטופל. לגבי ההתקף עצמו, מהירות ההופעה של הכאב עד ההגעה לשיאו משפיעה על מידת היעילות של התרופה. התקפים בהם הכאב מגיע לשיאו תוך זמן קצר יחסית יגיבו פחות טוב לתרופות פומיות, הדורשות זמן ארוך יותר עד הגעתן לכלי הדם ולמערכת העצבים, בהשוואה לתרופות הניתנות בצורה פראנטרלית. גם נוכחות תסמינים נלווים קשים, כמו בחילות והקאות, בזמן ההתקף, עלולה להפחית את יעילות הטיפול בתרופות פומיות, עקב קושי בספיגת התרופה ממערכת העיכול במצבים כאלה.

### לגבי גורמים הקשורים למטופל, יש לציין לפחות שניים:

- זמן הלקיחה של התרופה ביחס לזמן הופעת התסמינים (דחייה בלקיחת התרופה תפחית את יעילותה).
- צריכת יתר של טריפטנים ו/או משככי כאבים אחרים עלולה לגרום גם היא להפחתה ביעילותן ול- medication overuse headache.

לכן חשוב להתאים עד כמה שאפשר את צורת הלקיחה של הטריפטן לכל מטופל באופן פרטני. בנוסף חשוב להסביר למטופלים את חשיבות הטיפול המוקדם בהתקף המיגרנטי, אך גם להדריך אותם שיש להימנע מצריכת יתר של התרופות.

### ד"ר עולמי -

מנקודת מבטי כמומחית ברפואת המשפחה נייר העמדה אשר פורסם על ידי EHF תיאר קריטריונים אשר בהחלט עוזרים לקבל החלטה האם טיפול בהתקף מיגרנה אקוטי נחשב יעיל או לא יעיל ולהתאים ציפיות עם המטופל למה נחשבת הצלחה טיפולית. בנוסף, במאמר נקבעו קריטריונים לקביעת יעילות טיפול בטריפטן או כשלון טיפולי ואילו יסייעו לקבוע מתי לעבור לטריפטן אחר במקרה של אי תגובה ומתי לקבוע עמידות או כשלון מוחלט לטריפטנים. חשוב לזכור שקריטריונים אלו יכולים לסייע בקבלת החלטה מסודרת מתי לעבור לטיפול אחרים שאינם טריפטנים ולקצר את זמן ההמתנה למתן טיפול זה. ישנן גם מגבלות למאמר הקונצנזוס אשר יש לקחת בחשבון, הטרזוגניות מאד גבוהה בתוצאות של החיפוש בנוגע לתגובה/כישלון לטריפטנים מה שהוביל לכך שרוב ההגדרות נבעו מדיון פתוח ומניסיון אישי של פאנל הקונצנזוס, והעובדה שהמחקרים על טריפטנים התמקדו בעיקר בכאבי מיגרנה מבלי להתחשב בתסמינים הנלווים והמטרדיים.

מספר לא מבוטל של מטופלים צעירים שחווים התקפי מיגרנה נוטלים OTC מבית המרקחת ולא מגיעים לפגישה מסודרת.

הדרך היחידה לזהות את סבלם היא דרך בקשות "האלתור" לחופשת מחלה.

עם כל עומס העבודה חשוב לעצור רגע ולזהות מטופלים אלו ולזמן אותם לבדיקה ולשיחה במרפאה.

כולנו מכירים את המטופלים שמאבחנום כל כאב ראש כ"מיגרנה" למרות שכאב הראש נובע מסיבות אחרות ולכן חשוב מאוד לבצע תשאול רחב לגבי התסמינים והסימפטומים, לשלול דגלים אדומים ולתת אבחנה מדויקת.

כדי להתמודד עם אתגר האבחון חשוב להכיר את הקריטריונים לאבחון מיגרנה ואת האבחנות המבדלות לכאבי ראש. אבחנה מדויקת תוביל לטיפול מתאים ולהצלחה טיפולית.

רופאי משפחה נתקלים לעיתים שכיחות בתופעה של חידוש מרשמים, לעתים ABUSE של הטריפטנים מבלי להגיע למעקב מסודר. ברור לנו כשאנחנו מנהלים מחלות כרוניות כגון יתר לחץ דם וסוכרת שעלינו לבצע FOLLOW UP מסודר, אבל כשמדובר במיגרנה שהיא מחלה כרונית שתלווה את המטופלים שנים רבות, נושא המעקב לוקה בחסר.

המטופלים סובלים, נעדרים הרבה מהעבודה, ישנה פגיעה משמעותית באיכות החיים ובקשרים החברתיים שלהם. לעתים תגובת המטופלים לטריפטן אינה יעילה או שהם חווים תופעות לוואי והם חוששים לנסות טריפטן אחר.

רובם "התרגלו" למצב ואינם מאמינים שאפשר יהיה לעזור להם.

תפקידנו להסביר למטופלים על הטיפולים שקיימים היום לטיפול בהתקף מיגרנה אקוטי ושהחלפת הטיפול בטריפטן יכולה בהחלט לסייע, ובמידה ונקבע שיש כשלון בטיפולים אלו, ניתן יהיה לעבור לטיפול אקוטי יעיל יותר או לשקול טיפול מניעתי ארוך טווח.

לסיכום, כמומחית ברפואת המשפחה אני מסתכלת על המטופל/ת באופן שלם והוליסטי ומעוניינת להיטיב עם המטופלים ולהקל על סבלם.

קביעת הגדרות ברורה ליעילות / אי יעילות או כשלון של טיפול מסייעת לי בקביעת הטיפול המדויק למטופל/ת ולקצר את זמן ההחלטה למעבר לטיפול אחר.

חשוב לתאם עם המטופל תוכנית מעקב מסודרת ולהחזיר למטופל את השליטה בטיפול בהתקף המיגרנה אותו הוא חווה.



## לסיכום, טיפול יעיל בכאבי ראש מתחיל עם אבחנה נכונה של הבעיה. האבחנה של מיגרנה נעשית קודם כל, ובעיקר, על ידי הקשבה למטופלים המתארים את מכלול התסמינים שלהם.

הטריפטנים מהווים עדיין מרכיב חשוב בטיפול התרופתי בהתקף מיגרנה חד. חשוב להסביר למטופלים את החשיבות של נטילת התרופות בשלב מוקדם של ההתקף, תוך הימנעות מצריכת יתר שלהן. שילוב של טריפטנים עם תרופה נוספת (למשל - מקבוצת נוגדי הדלקת שאינן סטרואידים - NSAIDs) עשוי להעצים את יעילות הטיפול. עם לקיחת התרופות בצורה המומלצת, חולים רבים יחוו הקלה ניכרת בסבלם. עם זאת, חלק מהמטופלים לא יגיבו היטב לטיפול בטריפטנים או יסבול מתופעות לוואי, גם תוך הקפדה על העקרונות שהוזכרו. בנוסף חלקם לא יוכלו לקבל את התרופות האלה עקב הוראות נגד לטיפול כזה. למטופלים אלה ניתן היום להציע תרופות מדור חדש: ה- gepants, שהוכחו כיעילות לטיפול בהתקפי מיגרנה חריפים, עם סבילות טובה מאוד.



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

**הכתבה מבוססת על המאמר:**

Sacco S, et al. European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure. J Headache Pain. 2022 Oct 12;23(1):133. doi: 10.1186/s10194-022-01502-z. PMID: 36224519; PMCID: PMC9555163