

Sugestões para o uso do naratriptano

Naratriptan. Suggestions for its clinical use

Wilson Farias da Silva,¹ Gutemberg Guerra,² Joaquim Costa Neto³

¹Professor Titular e Docente Livre de Neurologia da UFPE
Departamento de Neuro-psiquiatria – Hospital das Clínicas
Cidade Universitária Recife-PE

²Residente em Neurologia do HC do CCS – UFPE

³Professor Adjunto de Neurologia da UPE

RESUMO

Os autores sugerem o uso preventivo do naratriptano para tratamento daqueles pacientes com migrânea ou com cefaléia em salvas cujas crises ocorrem em horário (crises de cefaléia em salvas noturnas ou na mesma hora do dia) ou época de vida (migrânea menstrual) previsíveis. Outra indicação seria no início do tratamento dos casos com crises muito freqüentes (mais que duas por dia para CS e mais que duas por semana para migrânea) e da migrânea crônica. Quarenta e cinco pacientes foram tratados (cefaléia em salvas = 8, migrânea menstrual = 17, migrânea com crises freqüentes = 14, migrânea crônica = 6). A maioria deles obteve resposta muito boa ao tratamento.

ABSTRACT

Authors propose prophylactic administration of naratriptan for those patients presenting with migraine or cluster headache attacks that can be foreseen both relative to time (cluster headache occurring in the same hour of the night or day) or life period (menstrual headache). They also suggest naratriptan use as starting treatment in those cases with frequent attacks (more than twice a day for cluster headache; more than twice a week for migraine) or chronic migraine. Forty-five patients were treated (Cluster headache = 8 / Menstrual migraine = 17 / Migraine with frequent attacks = 14 / Chronic migraine = 6). Most of them had very good results.

O naratriptano tem tempo de resposta retardado (duas-três horas) mas em compensação sua meia vida é longa (maior que seis horas), é bem tolerado e mostra baixa incidência de reações adversas. Inicialmente foi indicado para

o tratamento abortivo das crises de migrânea, em especial daquelas de leve ou moderada intensidade.^{1-3,5-9,12}

Recentemente sua indicação vem sendo ampliada, sua prescrição sugerida para o tratamento profilático da migrânea menstrual,¹⁴ da migrânea transformada ou migrânea crônica,^{15,16} da cefaléia em salvas^{4,10,13} e, também, para ser usado na fase de pródromos da migrânea com aura visando evitar o ataque que viria.¹¹

O perfil do medicamento nos levou a preconizá-lo para uso de modo preventivo para aqueles pacientes com migrânea ou cefaléia em salvas cujas crises deveriam ocorrer em horário ou época de vida previsíveis, isto é, prescrever naratriptano para impedir o eclodir de uma crise que presumivelmente ocorreria.

Num primeiro momento passamos a utilizar o naratriptano na terapêutica da migrânea menstrual, das crises de cefaléia em salvas que ocorriam durante o sono e naqueles pacientes cujos ataques de cefaléia em salvas aconteciam na mesma hora do dia.⁵ Ultimamente, e em consonância com os dados da literatura, prescrevemos o naratriptano para uso – em associação com a medicação profilática pertinente – na fase inicial do tratamento da migrânea crônica, dos casos de cefaléia em salvas evoluindo com mais que duas crises por dia e naqueles de migrânea padecentes de mais de duas crises por semana.

Trata-se de um estudo aberto com pequeno número de casos e ainda em fase de estabelecimento de normas precisas, os resultados obtidos encontrando-se projetados no Quadro 1.

1. *Crises de cefaléia em salvas ocorrendo durante o sono* – Cinco pacientes do sexo masculino com idades compreendidas entre 26 e 52 anos com a forma clínica episó-

dica. Em um paciente não se obteve êxito, nos outros quatro o controle foi total, um deles tomando a medicação por vinte dias (dez dias iniciais, suspendendo-se e retornando a prescrevê-la por ter ocorrido nova crise). Em um paciente e nos primeiros dias do uso, e por uma vez, aparentemente houve deslocamento da crise para a manhã seguinte. Em apenas um caso o naratriptano foi usado isoladamente: homem de 26 anos de idade com crises exclusivamente noturnas, salvas anteriores curtas, sete dias de duração, atendido no terceiro dia da última salva, controle total, a medicação tendo sido mantida por cinco dias.

Quadro 1
Resultados terapêuticos do uso do naratriptano

		MB	B	SR
C. salvas N=8	Crises Noturnas	4		1
	Crises >2/dia		1	1
	Crise com hora	1		
Migrânea N=37	Menstrual	13	3	1
	Crises>2/semanas	7	4	3
	Crônica	5	1	

Em todos os pacientes o medicamento foi prescrito na dose de 2,5 mg administrado ao deitar; as normas de suspensão sendo as mesmas utilizadas para a medicação profilática; suspender após 7-10 dias sem crises, com retomada se necessário.

2. Crises de cefaléia em salvas ocorrendo na mesma hora do dia – Prescrito para apenas uma paciente de 46 anos de idade, na dose de 2,5 mg, duas horas antes daquela prevista para ocorrência da sua crise diária. Usada como medicação única com retirada após 12 dias sem crises.

3. Cefaléia em salvas com crises ocorrendo em frequência superior a duas ao dia – Indicada para dois pacientes, na dosagem de 2,5 mg a cada oito horas. Uma paciente de 21 anos utilizou a medicação por 21 dias com resultado parcial, apenas diminuição na duração e na intensidade das crises. Em outro caso, um homem com 30 anos, a medicação foi suspensa após três dias sem que nenhuma resposta terapêutica tivesse sido obtida.

4. Migrânea menstrual – Na dose de 2,5 mg a cada oito horas, de 3-2 dias antes até 1-2 dias após aquele previsto para o início do fluxo menstrual, o intervalo de tempo sendo determinado pelos dados da anamnese. Foram medicados 17 pacientes com idade variável entre 29 e 42 anos. Em 13 casos houve completo controle das crises; em três, resposta parcial com crises menos intensa e de menor duração; em uma das estudadas, nenhuma resposta foi obtida. Julgamos que o esquema deve ser utilizado por

4-6 ciclos consecutivos quando será feita interrupção para avaliação com retomada do tratamento se assim se fizer mister.

5. Migrânea com crises ocorrendo em frequência maior que duas por semana – Entraram no estudo 14 pacientes, 13 mulheres e um homem, idades variáveis entre 15 e 62 anos. Prescrevíamos 2,5 mg a cada oito horas, por 72 horas, associado com a medicação de uso profilático que julgávamos pertinente (beta bloqueador, tricíclicos, ISRS, topiramato ou divalproato de sódio). Em sete casos, nenhuma crise ocorreu nas 72 horas e nos dias imediatos ao uso de naratriptano. Em quatro casos a resposta foi parcial, necessitando medicação de resgate, em geral um AINE. Nos três casos restantes, a droga foi ineficaz em dois e, num terceiro, à ineficácia aditaram-se reações adversas de significativa intensidade.

6. Migrânea crônica (ou transformada) – Seis pacientes, quatro mulheres e dois homens, com esta forma clínica de CCD foram acompanhadas. Em dois casos prescrevemos 2,5 mg a cada oito horas por 72 horas, associado com topiramato; nas outras quatro, 2,5 mg a cada oito horas por três dias, a seguir 2,5 mg a cada 12 horas por dois dias e, por fim, 2,5 mg a cada 24 horas por um dia. Nestes casos prescrevemos, concomitantemente, topiramato (50 mg/dia) e fluoxetina (50 mg/dia). Em todas obteve-se resposta medicamentosa com desaparecimento da dor diária e retorno ao padrão de crises de baixa frequência.

Podemos observar da análise do quadro 1 e dos comentários acima exarados que indiscutivelmente o naratriptano é de inegável valia para o tratamento das entidades clínicas propostas. É necessário, contudo, um maior número de casos e um acompanhamento por maior intervalo de tempo para que se estabeleça uma metodologia uniforme e precisa e se comprovem os resultados conseguidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bigal ME, Bordini CA, Antoniazzi AL e Speciali JG. The triptan formulations. A critical evaluation. *Arq Neuropsiquiatria* 2003;61 (2-A):313-320.
2. Bomhof MA et al. Tolerability and efficacy of naratriptan tablets with long-term treatment (6 months). *Naratriptan Long-term Study Group. Cephalalgia* 1998;18(1):33-7.
3. Dulli DA. Naratriptan: an alternative for migraine. *Ann Pharmacother* 1999;33(6):704-11.
4. Eekers PJE, Koehler PJ. Naratriptan prophylactic treatment in cluster headache. *Blackwell Science Ltd Cephalalgia* 21, 7576, 2001.

5. Farias da Silva W. Manual prático para diagnóstico e tratamento das cefaléias. Ed Sociedade Brasileira de Cefaléia. 2001,79p.
6. Gobel H et al. Comparison of naratriptan and sumatriptan in recurrence-prone migraine patients. Naratriptan Internation Recurrence Study Group. Clin Ther 2000;22(8):981-9.
7. Havanka H et al. Efficacy of naratriptan tablets in the acute treatment of migraine: a dose-ranging study. Naratriptan S2WB2004 Study Group. Clin Ther 2000;22(8):970-80.
8. Heywood J et al. Tolerability and efficacy of naratriptan tablets in the acute treatment of migraine attacks for one year. Naratriptan Long-Term Study Group. Cephalalgia 2000; 20(5):470-4.
9. Lance JW. Mechanism and management of headache. Ed. Butterworths-Heinemann. London 5ª ed, 1993.
10. Loder E. Naratriptan in tre prophylaxis of clauster headache. Headache 2002;42:56-57.
11. Luciani R et al. Prevention of migraine during prodrome with naratriptan. Cephalalgia 2000;20(2):122-6.
12. Massiou H, Valette C. Quality of life of migraine patients after treatment with 2 mg oral naratriptan. Presse Med 2000;29 (38):2.087-91.
13. Mulder LJMM, Spierings ELH. Naratriptan in the preventive treatment of clouster headache. Cephalalgia 2002;22:815-817.
14. Newman L et al. Naratriptan as short-term prophylaxis of menstrually associated migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Headache 2001;41(3):248-56.
15. Rapoport AAN et al. Naratriptan in the preventive treatment of refractory chronic migraine: a review of 27 cases. Headache 2003;43:482-489.
16. Sheftell FD et al. Naratriptan in the prophylaxis of transformed migraine . Hedache 1999;39:506-10.

Endereço para correspondência
Dr. Wilson Farias da Silva
Rua Manoel de Almeida, 172 – Graças
52011-140 – Recife-PE