

مقایسه اثربخشی توپیرامات و سدیم والپروات

در پیشگیری از سر دردهای میگرنی

هلناز فضل علیزاده^۱، فاطمه خمسه^۲، بهداد سلیمانی^۱، علی تاجیک^۳

^۱ پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

^۲ استادیار گروه اعصاب، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

^۳ دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: پیشگیری از میگرن یکی از اقدامات اساسی جهت کاهش دفعات عود این نوع سردرد شدید و ناتوان کننده میباشد و شناسایی داروهای موثر در این زمینه از اهمیت به سزاوی برخوردار است. در این مطالعه، اثربخشی توپیرامات و سدیم والپروات در پیشگیری از سردردهای میگرنی مورد مقایسه قرار گرفتند.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور، از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان امیرالمؤمنین در طی سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶، ۲۸۵ بیمار (۵۰/۱ درصد) تحت درمان با سدیم والپروات با دوز ۲۰۰ میلیگرم در روز و ۲۱۴ نفر (۴۹/۹ درصد) تحت درمان با توپیرامات با دوز ۱۰۰ میلیگرم در روز به مدت یک ماه قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۲۶۲ بیمار (۹۱/۹ درصد) در گروه سدیم والپروات و ۲۶۶ نفر (۹۳/۷ درصد) در گروه توپیرامات پاسخ به درمان داشتند (NS).

۴۰ بیمار (۱۴ درصد) در گروه سدیم والپروات و ۴۱ نفر (۱۴/۴ درصد) در گروه توپیرامات دچار عوارض درمانی شدند (NS).

نتیجه‌گیری: با توجه به عدم وجود تفاوت آماری معنی‌دار بین اثربخشی و عوارض دو داروی سدیم والپروات و توپیرامات، هر یک از این دو درمان می‌تواند با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک درمان کننده مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: میگرن، سدیم والپروات، توپیرامات، پیشگیری.

مقدمه

کیفیت زندگی وی را شدیداً متاثر می‌سازند، لذا اکثر بیماران به دنبال راه حل و شیوه‌های درمانی مناسبی هستند که آنها را از این سردرد توانفرسا و ناتوان کننده نجات دهد (۷,۶).

هدف از درمان بیماران میگرنی کاهش شدت و فراوانی حملات میگرنی آنها است، به‌گونه‌ای که بیشترین اثربخشی و کمترین عوارض را از داروهای مورد استفاده تجربه نمایند (۸). با این وجود، تا یک سوم از افراد مبتلا حتی بعد از درمان نیز دچار سردردهایی با همان شدت پیشین بوده و از نتایج درمانی و داروهای بکار رفته رضایت ندارند (۹). از سوی دیگر برخی از بیماران نیز اقدام به مصرف خودسرانه و بیش از حد داروهای مسکن و ضد درد می‌نمایند (۱۰). بدین ترتیب بهبود کیفیت

سردردهای میگرنی از جمله علل شایع مراجعه به درمانگاه‌های مغز و اعصاب محسوب می‌شوند و شیوع این بیماری در جمعیت عمومی بین ۱۱ تا ۱۴ درصد گزارش شده است (۱-۵). از آنجایی که سردردهای مذکور اغلب آنقدر شدید هستند که بیمار را نیازمند استراحت در یک محیط آرام و تاریک می‌نمایند و او را از کار و زندگی روزمره ساقط نموده و

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی، هلناز فضل علیزاده
(email: helana_faz@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۱۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۴/۱۴

معیارهای ورود به مطالعه بر اساس دستورالعمل انجمن بین-المللی سردرد (۱۳) بود و شامل وجود سردرد شناخته شده به مدت حداقل ۶ ماه پیش از مراجعه فعلی و تجربه نمودن حداقل سه حمله میگرنی در طی یک ماه با مدت زمان حداقل ۳۰ دقیقه بود. معیارهای حذف از مطالعه شامل ابتلا به سایر انواع سردرد مانند سردردهای سینوسی و تنفسی بود. بعلاوه افرادی که پیش از مراجعه، دو بار تحت درمان با رژیم‌های دارویی با دوز موثر قرار گرفته و پاسخ درمانی مناسب نداشتند نیز از این مطالعه خارج گردیدند. همچنین بیمارانی که مصرف بیش از حد داروهای مسکن (بیش از ۶ بار مصرف داروهای مسکن مخدر و بیش از ۸ بار مصرف سایر داروهای مسکن) را گزارش می‌نمودند، وارد مطالعه نشدند. بیمارانی که به هر علت تحت درمان مداوم با داروهای بتابلوکر، بلوك کننده‌های کانال کلسیمی، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، داروهای ضد صرع، مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز، داروهای ضدالتهاپی غیراستروئیدی (NSAIDs)، بی‌حس کننده‌های موضعی، کورتیکواستروئیدها و توکسین بوتولینیوم بودند، از مطالعه خارج شدند. با توجه به خاصیت سنگساز بودن داروی توپیرامات آن دسته از بیمارانی که سابقه سنگ‌های ادراری داشتند، بدون توجه به این مسئله که کدام یک از دو درمان دریافت می‌کنند، وارد مطالعه نشدند. در صورت مشاهده موارد حساسیت دارویی، افراد از مطالعه حذف می‌گردیدند.

علاوه بر تصویب طرح در کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، برای کلیه بیمارانی که در این طرح شرکت نمودند، عوارض احتمالی و فواید درمانی هر دو داروی مورد استفاده تشریح شد و سپس در صورت تمایل افراد به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه مکتوب از آنها اخذ گردید. مفاد بیانیه هلسینکی در حمایت از حقوق بیماران در کلیه مراحل مطالعه رعایت گردید. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که به همین منظور طراحی شده بود، صورت گرفت. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، سابقه مصرف سیگار، شدت اولیه سردرد (دفعات سردرد طی یک ماه)، شدت سردرد یک ماه پس از درمان، اثربخشی درمان، عوارض جانبی ناشی از دارو و نوع عوارض دارویی بود. بیماران دو گروه از لحاظ سن، جنس، تناوب حملات میگرنی و استعمال سیگار همسان بودند. پاسخ به درمان بیماران پس از گذشت یک ماه از آغاز درمان با توپیرامات با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم در روز یا سدیم والپروات با دوز ۲۰۰ میلی‌گرم در روز مورد ارزیابی قرار گرفت. معیار اثربخشی درمان کاهش ۵۰ درصد یا بیشتر در تعداد دفعات سردرد در ماه بود. بعلاوه

زنده‌گی بیماران با درمان حملات میگرنی و آموزش فواید و عوارض احتمالی داروها به آنان از جمله مواردی می‌باشد که در کنار انتخاب داروی مناسب برای هر بیمار از اهمیت بسزایی برخوردار استند (۸).

یکی از مهم‌ترین درمان‌هایی که امروزه در مورد میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرد، داروی توپیرامات است که طیف اثربخشی گسترده‌ای دارد و در درمان بسیاری از بیماری‌های اعصاب از جمله صرع و ترمور کارآیی اثبات شده‌ای دارد (۱۱، ۱۲). مقایسه اثربخشی این دارو با سایر درمان‌های مورد استفاده در کنترل میگرن بخصوص درمان‌های رایج‌تری مانند سدیم والپروات می‌تواند کارآیی آن را با دقت بیشتر و مستندات کامل‌تری به تصویر بکشد. هرچند که اکثر کارآزمایی‌های بالینی انجام شده تعیین و مقایسه اثربخشی توپیرامات، به دلیل حجم نمونه پایین و یا عدم طراحی صحیح روش مطالعه دارای نتایج غیر قابل استنادی می‌باشند. لذا در این مطالعه که با حجم نمونه نسبتاً بالا و طراحی نسبتاً خوب از نظر متدولوژی تحقیق و حذف اثر عوامل مخدوش کننده احتمالی صورت پذیرفته است، به مقایسه اثربخشی توپیرامات و سدیم والپروات در پیشگیری از سردردهای میگرنی پرداختیم.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور (Double blind randomized clinical trial) انجام شد. ۵۶۹ بیمار میگرنی مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمؤمنین تهران به صورت تصادفی در یکی از دو گروه سدیم والپروات (۲۸۵ نفر) یا توپیرامات (۲۸۴ بیمار) قرار گرفتند. نحوه دوسوکور نمودن مطالعه بدین صورت بود که داروهای مذکور با هماهنگی انجام شده با شرکت داروسازی تایلندی به نام JANSSEN-CILAG هر دو به صورت قرص‌های همزنگ و هماندازه با دوز درمانی استاندارد تهیه گردیدند و داروهای مورد نیاز برای مصرف یک ماه توسط منشی درمانگاه مغز و اعصاب در اختیار بیماران قرار می‌گرفتند و اسم هر فرد و داروی ارائه شده به وی توسط منشی مذکور ثبت می‌گردید و لذا نه بیمار و نه پزشک معالج اطلاعی از نوع دارو نداشتند و تنها در هنگام تحلیل داده‌ها بود که اسم هر فرد و داروی مورد نیاز و مشخص می‌شد تا پروفایل اطلاعاتی بیماران با ذکر نام داروی دریافت شده توسط آنها تکمیل گردد.

میزان پاسخ به درمان در بین افراد سیگاری ۷۰ درصد (۷ نفر) و در غیرسیگاری ها ۹۳/۲ درصد (۵۲۱ نفر) بود که نشان دهنده اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه بود ($P=0.03$). عوارض جانبی دارویی در هیچ یک از افراد سیگاری دیده نشد، اما ۱۴/۵ درصد از غیرسیگاری ها (۸۱ نفر) دچار عوارض جانبی شدند که از این لحاظ اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت (NS).

جدول ۱- توزیع فراوانی نوع عارضه دارویی در دو گروه دریافت کننده توپیرامات و سدیم والپروات.

p-value	سدیم والپروات	توپیرامات
<0.0001	۲۹ (۷۰/۷)	۱۹ (۴۷/۵)*
<0.0001	۶ (۱۴/۶)	۱۴ (۳۵)
<0.0001	۶ (۱۴/۶)	صفر
<0.0001	۷ (۱۷/۵)	صفر پوستی

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد فراوانی هستند.

بحث

همانگونه که مشاهده گردید در این کارآزمایی بالینی تصادفی شده هیچگونه تفاوتی چه از نظر میزان پاسخ به درمان و چه از لحاظ عوارض جانبی ناشی از دارو بین دو گروه تحت درمان با سدیم والپروات و توپیرامات وجود نداشت، ولی با این وجود برخی از عوامل مانند جنس بیماران و استعمال سیگار توسط آنها در پاسخدهی درمانی و عوارض ایجاد شده دخیل بودند. بدین صورت که بیماران مذکور پاسخ به درمان بهتر و در عین حال عوارض دارویی بیشتری را تجربه نمودند. سیگاری ها نیز پاسخ به درمان و عوارض دارویی کمتری را در قیاس با سایرین تجربه کردند که این امر می تواند ناشی از متابولیسم کبدی تسریع یافته داروها در افراد سیگاری باشد.

توپیرامات با مکانیسم های مختلفی می تواند سبب کنترل سردردهای میگرنی گردد. مهار کانال های سدیمی وابسته به ولتاژ، مهار کانال های کلسیمی فعال شونده با ولتاژ بالا، مهار انتقال عصبی با واسطه گلوتامات بوسیله گیرنده های آلفا-امینو ۳-هیدروکسی ۵-متیل ایزوکسانازول-۴-پروپیونیک اسید و گیرنده های کاینات و تقویت جریان کلر از طریق گیرنده های گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) از جمله رایج ترین این مکانیسم ها می باشند (۱۴). حتی مطالعات جدیدتر تأثیر بر سیگنالهای خروجی عصب تری زمینی را نیز علت اثربخشی توپیرامات اعلام نموده اند (۱۵).

بیماران پس از دو هفته از آغاز درمان و نیز در پایان دوره درمانی از نظر عوارض احتمالی به وسیله آزمون های آزمایشگاهی و معاینه بالینی بررسی شدند.

داده های به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ و با استفاده از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر تحلیل شدند. $P<0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی (\pm انحراف معیار) بیماران $31/16 \pm 8/8$ سال بود. ۱۳۹ نفر (۲۴/۴ درصد) مذکور و ۴۳۰ بیمار (۷۵/۶ درصد) مونث بودند. ۱۰ نفر (۱/۸ درصد) سیگاری بودند. سردرد یکطرفه در ۳۰۹ نفر (۵۴/۳ درصد)، سردرد ضربان دار در ۴۷۶ بیمار (۸۳/۷ درصد)، تهوع و استفراغ در ۴۵۷ بیمار (۸۰/۳ درصد)، فوتوفوبی در ۴۸۶ نفر (۸۵/۴ درصد) و فتوفوبي در ۴۷۲ نفر (۸۳ درصد) گزارش شد.

پیش از درمان، فراوانی سردرد در ۵۹ نفر (۱۰/۴ درصد) ۳ بار در ماه، در ۲۵۵ نفر (۴۴/۸ درصد) هفتاهای یک بار، در ۹۴ نفر (۱۶/۵ درصد) دو بار در هفته، در ۱۱۴ نفر (۲۰ درصد) سه بار در هفته و در ۴۸ نفر (۸/۳ درصد) بصورت روزانه بود. پس از درمان، ۴۹۹ نفر (۸۷/۷ درصد) هیچ سردردی نداشتند، ۳۴ نفر (۶ درصد) سردرد ماهیانه و ۳۶ بیمار (۶/۳ درصد) سردرد هفتگی داشتند.

در گروه سدیم والپروات ۲۶۲ نفر (۹۱/۹ درصد) و در گروه توپیرامات ۲۶۶ بیمار (۹۳/۷ درصد) به درمان پاسخ دادند و تفاوت آماری معنی داری بین آنها مشاهده نشد (NS). ۴۰ بیمار (۱۴ درصد) در گروه سدیم والپروات و ۴۱ بیمار (۱۴/۴ درصد) در گروه توپیرامات دچار عوارض دارویی شدند و اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه از نظر عوارض دارویی وجود نداشت (NS). اما نوع عوارض در دو گروه با یکدیگر تفاوت آماری معنی داری داشت ($p=0.001$)، بدین ترتیب که عوارض عمومی در گروه توپیرامات و عوارض کبدی در گروه سدیم والپروات شایع تر بودند (جدول ۱).

میزان پاسخ به درمان در افراد مذکور ۹۷/۸ درصد (۱۳۶ بیمار) بود که به طور معنی داری بیش از پاسخ به درمان خانم ها به میزان ۹۱/۲ درصد (۳۹۲ نفر) بود ($p=0.008$). ۲۵/۲ درصد از آقایان (۳۵ نفر) و ۱۰/۷ درصد از خانم ها (۴۶ نفر) دچار عوارض جانبی ناشی از دارو شدند که در این زمینه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($p<0.0001$).

شامل بتابلوکرها و سدیم والپروات قرار گیرد و بصورت مونوتراپی استفاده شود (۲۱). با این حال برخی دیگر از محققین معتقدند استفاده از توبیرامات نباید عنوان داروی خط اول جهت کنترل میگرن صورت گیرد، زیرا هنوز مدت زیادی از معرفی آن نگذشته و نیاز به مطالعات بیشتری جهت اثبات اثربخشی درمانی آن وجود دارد (۲۲). منطقی‌ترین توصیه آن است که انتخاب یا عدم انتخاب توبیرامات باید بر اساس شرایط بیمار بوده و در همه شرایط اولین انتخاب نمی‌باشد (۲۳).

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه که با حجم نمونه بالا و حذف اثر عوامل مخدوش کننده احتمالی صورت پذیرفته است و مقایسه آن با سایر تحقیقات انجام شده در این زمینه چنین استباط می‌گردد که دو داروی سدیم والپروات و توبیرامات از نظر اثربخشی درمانی تفاوتی با یکدیگر ندارند و حتی میزان فراوانی عوارض جانبی دارویی نیز در بیماران استفاده کننده از آنها مشابه است. لذا هر یک از این دو دارو می‌توانند بسته به شرایط زمینه‌ای بیماران و نظر پزشک معالج برای کنترل میگرن مورد استفاده قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیمارانی که با شرکت در این طرح تحقیقاتی ما را یاری نمودند نهایت تشکر و امتنان را داشته باشند. بعلاوه از سرکار خانم معصومه آموروند بخاطر همکاری در زمینه تجزیه و تحلیل داده‌ها تشکر ویژه می‌نماییم.

امروزه اکثر محققان سعی می‌کنند درمان‌های جدید را با درمان‌های رایج ولی قدیمی‌تر مقایسه کنند. با این وجود، اکثر کارآزمایی‌های بالینی انجام شده جهت تعیین و مقایسه اثربخشی توبیرامات به دلیل حجم نمونه پایین و یا عدم طراحی صحیح روش مطالعه، دارای نتایج غیر قابل استنبادی می‌باشند. البته هیچ یک از این نقاط ضعف در مطالعه ما مشاهده نمی‌گردد. مطالعه دامیکو در ایتالیا نشان داد که بهترین داروها برای کنترل میگرن، دو داروی سدیم والپروات و توبیرامات هستند. او تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو داروی مذکور مشاهده نکرده بود که ما نیز در این مطالعه به همین نتیجه دست یافتیم (۱۶). تیلور و همکاران در ایالات متحده تنها به بررسی اثر سدیم والپروات پرداختند و میزان پاسخ به درمان را ۸۵ درصد گزارش نمودند که اندکی کمتر از نتایج حاصل از مطالعه ما می‌باشد (۱۷).

مطالعه آملین و همکارانش در روسیه، مانند مطالعه ما نشان داد که توبیرامات اثر درمانی بهتری بر روی میگرن در قیاس با سدیم والپروات دارد (۱۸). شایگان نژاد و همکارانش در مطالعه‌ای در اصفهان بر روی تعداد کمتری از بیماران (تنها ۶۴ نفر) به مقایسه اثر سدیم والپروات و توبیرامات در درمان میگرن پرداختند و نشان دادند علیرغم آن که هر دو دارو بطور موثری سبب کاهش در تکرار حملات میگرنی می‌گردند، ولی تفاوت آماری معنی‌داری بین اثربخشی درمانی دو گروه وجود ندارد که این مطلب مشابه یافته‌های ما در این مطالعه می‌باشد (۱۹). مشابه همین نتایج را بارتولینی و همکارانش با مقایسه سدیم والپروات و توبیرامات به دست آورده‌اند (۲۰).

امروزه اکثر محققین و نویسنده‌گان معتقدند که توبیرامات می‌تواند به عنوان یک از داروهای اصلی کنترل کننده میگرن

REFERENCES

1. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache 2001;41:646-57.
2. Brandes JL. Global trends in migraine care: results from the MAZE survey. CNS Drugs 2002;16:13-18.
3. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. Neurology 2002;59:232-37.
4. Martin S. Prevalence of migraine headache in Canada. CMAJ 2001;164:1481.
5. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence: a review of population-based studies. Neurology 1994;44:S17-S23.
6. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. Neurology 2000;55:624-29.
7. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. Neurology 2000;55:629-35.
8. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000;55:754-62.

9. Hu XH, Markson LE, Lipton RB, Stewart WF, Berger ML. Burden of migraine in the United States: disability and economic costs. *Arch Intern Med* 1999;159:813-18.
10. Limmroth V, Katsarava Z, Fritzsche G, Przywara S, Diener HC. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59:1011-14.
11. Mullenens WM, Chronicle EP. Anticonvulsants in migraine prophylaxis: a Cochrane review. *Cephalgia* 2008;28:585-97.
12. Connor GS. A double-blind placebo-controlled trial of topiramate treatment for essential tremor. *Neurology* 2002;59:132-4.
13. International Headache Society Committee on Clinical Trials in Migraine. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: first edition. *Cephalgia* 1991;11:1-12.
14. Shank RP, Gardocki JF, Streeter AJ, Maryanoff BE. An overview of the preclinical aspects of topiramate: pharmacology, pharmacokinetics, and mechanism of action. *Epilepsia* 2000;41:S3-S9.
15. Storer RJ, Goadsby PJ. Topiramate inhibits trigeminovascular traffic in the cat: a possible locus of action in the prevention of migraine. *Neurology* 2003;60:238-39.
16. D'Amico D. Antiepileptic drugs in the prophylaxis of migraine, chronic headache forms and cluster headache: a review of their efficacy and tolerability. *Neurol Sci* 2007;28:S188-97.
17. Taylor LM, Farzam F, Cook AM, Lewis DA, Baumann RJ, Kuhn RJ. Clinical utility of a continuous intravenous infusion of valproic acid in pediatric patients. *Pharmacotherapy* 2007;27:519-25.
18. Amelin AV, Tarasova SV, Sokolov AIu, et al. The efficacy of different anticonvulsants in chronic daily headache. *Zh Nevrol Psichiatr Im S S Korsakova* 2007;107:16-20.
19. Shaygannejad V, Janghorbani M, Ghorbani A, Ashtary F, Zakizade N, Nasr V. Comparison of the effect of topiramate and sodium valporate in migraine prevention: a randomized blinded crossover study. *Headache* 2006;46:642-48.
20. Bartolini M, Silvestrini M, Taffi R, et al. Efficacy of topiramate and valproate in chronic migraine. *Clin Neuropharmacol* 2005;28:277-79.
21. Schürks M, Diener HC, Goadsby P. Update on the prophylaxis of migraine. *Curr Treat Options Neurol* 2008;10:20-29.
22. Frediani F. Anticonvulsant drugs in primary headaches prophylaxis. *Neurol Sci* 2004;25:S161-66.
23. Pierangeli G, Cevoli S, Sancisi E, Grimaldi D, Zanigni S, Montagna P, et al. Which therapy for which patient? *Neurol Sci* 2006;27:S153-58.