

SOCIOEKONOMICKÉ ASPEKTY MIGRÉNY

MUDr. Petr Dočekal

Neurologická klinika I. LF VFN Praha

Migréna je primární rekurentní cefalgie s prevalencí kolem 12 %. Onemocnění neohrožuje život pacienta, ale výrazně zhoršuje kvalitu jeho života. Vzhledem k tomu, že se jedná o celoživotní onemocnění s maximem obtíží v produktivním věku, má migréna výrazný ekonomický dopad i pro společnost. Dle socioekonomických studií, provedených v USA a EU, tvoří přímé ekonomické náklady za léčebnou péči jen menší část celkových nákladů. Nepřímé náklady v podobě zameškaných pracovních dní tyto přímé náklady výrazně převyšují. Mimo to „skryté nepřímé náklady“ v podobě snížené pracovní výkonnosti migrenika během záchvatu, které lze jen obtížně prokazovat, převyšují součet přímých i nepřímých nákladů, zmíněných výše. Moderní specifická léčba migrény snižuje přímé náklady na léčbu migrény o více než jednu třetinu, a to i při započtení ceny této terapie. V České Republice zatím jakékoli údaje tohoto typu chybí, ale vzhledem k shodné prevalenci migrény v Čechách se zeměmi EU lze extrapolovat tato fakta i pro naši populaci.

Klíčová slova: migréna, léčba, socioekonomika.

Migréna je primární rekurentní cefalgie s prevalencí kolem 12 % (6 % u mužů a 18 % u žen) ve většině rozvinutých států. Onemocnění sice neohrožuje život pacienta, ale výrazně zhoršuje kvalitu jeho života. Postižená osoba je během migrenózního záchvatu často plně vyřazena ze života (po dobu 1–4 dnů, i několikrát měsíčně). Kromě toho v těžších případech komplikují mnoho let se opakující záchvaty migrény postiženému osobní život i možnost pracovního uplatnění do té míry, že přijímá „rolí postižené osoby“ se všemi důsledky pro sebehodnocení, sekundární neurotizaci a z nich vyplývající sníženou možnost společenského uplatnění.

Vzhledem ke své vysoké prevalenci, a rovněž vzhledem k tomu, že se jedná o celoživotní onemocnění s maximem obtíží v mladém dospělém věku (maximum mezi 25 a 55 rokem života), má migréna výrazný socioekonomický dopad nejen pro pacienta samotného, ale i pro celou společnost. V USA a v zemích Evropské unie bylo v posledních 10 letech vypracováno několik studií s cílem kvantifikovat socioekonomický dopad migrény pro společnost. Vyplývá z nich, že přímé ekonomické náklady za léčebnou péči (zahrnující diagnostiku a terapii) tvoří jen menší část celkových nákladů.

Osterhaus a kol. zjistili, že z 10 milionů tehdy podle National Institute of Health (NIH) v USA evidovaných pacientů s migrénou, 89 % z nich alespoň jednou ambulantně navštívilo lékaře (z důvodu migrény), a 8 % bylo pro migrénu hospitalisováno. Tento údaj o 10 milionech pacientů s migrénou je mimo jiné i dokladem toho, že minimálně polovina migreniků zcela uniká statistikám při čistě klinických sledováních. Podle populačních studií bylo tehdy v USA cca 20 milionů migreniků, tedy přibližně dvakrát více, než byl schopen NIH registrovat. Tato druhá polovina migreniků nikdy nenavštívila žádného lékaře a byla léčena pouze volně prodejnými analgetiky. Lipton a kol. sledovali tento jev blíže v různých zemích s následujícím výsledkem: v Kanadě navštívilo lékaře alespoň jednou v životě z důvodu migrény 89 % migreniků, v USA a Velké Británii 66 %, v Dánsku 56 %. V České Republice takovýto údaj zatím chybí, ale lze odhadnout, že se pohybuje pod hranicí 50 %.

Nepřímé náklady v podobě zameškaných pracovních dní tyto přímé náklady převyšují. Podle údajů NIH z roku 1992 mělo více než 50 % migreniků v USA alespoň dva dny absence v zaměstnání pro migrenózní záchvat. Z nich bylo 82 % žen, se ztrátou celkem 1,3 miliardy USD ušlé mzdy za kalendářní rok. Mimoto zpráva dále uvádí údaj, že ve stejném roce zameškaly americké děti ve věku od 5 do 17 let pro migrénu 300 000 hodin ve škole.

Ještě závažnější je fakt, že takzvané „skryté nepřímé náklady“ v podobě výrazně snížené pracovní výkonnosti během záchvatu lze jen obtížně prokazovat, ale zjevně výrazně převyšují součet přímých i nepřímých nákladů, zmíněných výše. NIH údaje hovoří o průměrně 5,6 dnech měsíčně, během kterých američtí migrenici sice byli přítomni na pracovišti, ale sami si byli vědomi výrazně snížené pracovní výkonnosti pro migrenózní záchvat.

V poměrech České republiky zatím jakékoli údaje tohoto typu chybí. Vzhledem k shodné prevalenci migrény v Čechách se zeměmi EU i USA lze tyto hodnoty přímo extrapolovat pro českou populaci alespoň v počtu dní. Finanční kalkulace se budou poněkud lišit vzhledem k jiné mzdové hladině i ekonomické výkonnosti.

Psychologické aspekty migrenózního onemocnění se výrazně projevují u migreniků s těžšími a častějšími záchvaty, a mají přímý dopad na rodinný život a pracovní kariéru pacienta. Pacient přijímá „rolí postižené osoby“ se všemi důsledky pro sebehodnocení, sekundární neurotizaci a vyšší sklon k depresivitě. Von Korf a kol. rozdělují pacienty s migrénou podle tíže onemocnění, tj. intenzity a frekvence záchvatů do skupin I–IV. Toto dělení je analogií dotazníku MIDAS, rozšířeného u nás v posledních dvou letech. Autor nalézá přímou korelaci mezi stupněm onemocnění a rizikem nezaměstnanosti. U migreniků stupně I a II není výraznější procento nezaměstnaných oproti ostatní populaci, ale u migreniků stupně III je nezaměstnanost vyšší o 10 % a u migreniků stupně IV o 20 %. Lipton a kol. si všímají i přímých nákladů na léčbu v závislosti na tíži onemocnění. Ty tvoří u pacientů s migrénou stupně I dle von Korfa 200 USD, pro stupeň II 400 USD, pro stupeň III 600 USD a pro stupeň IV 800 USD ročně.

Velmi přesvědčivé jsou výsledky studie socioekonomických aspektů léčby 5HT 1B/D agonisty. Litaker a kol. sledovali potřebu léčebné péče a náklady s ní spojené po dobu 18 měsíců před a 18 měsíců po započetí specifické terapie migrény 5HT 1B/D agonisty. Zjistili 50% snížení nákladů za ambulantní návštěvy u lékaře a 37% snížení celkových přímých (t.j. zdravotnických) nákladů, a to i po započtení ceny specifické medikace. Z dlouhodobého pohledu je pro pacienta ještě důležitější zlepšení skóre v dotazníku SF-36, zkoumajícím psychosociální zátěž pacienta migrenózním onemocněním. Zlepšení o cca 20% nastalo ve škálách: bolest, pocit fyzického zdraví a sociální sféra (Solomon a kol.).

Vcelku lze uzavřít, že migréna neohrožuje pacienta na životě, ale velmi výrazně jej v životních aktivitách omezu-

je. Tato omezení jsou přímo úměrná závažnosti postižení. S tíží onemocnění lineárně stoupají i náklady ekonomické, a to jak přímé tak i nepřímé. Moderní úspěšnou specifickou léčbou je možno tyto náklady výrazně snížit minimálně o jednu třetinu, a to i při započtení ceny terapie triptany. Okamžitý i dlouhodobý zisk pacienta z úspěšné léčby v oblasti fyzického zdraví i v oblasti psychosociální je rovněž nepochybný a kvantifikovatelný. Vzhledem k velmi vysoké prevalenci migrény v dospělé populaci v produktivním věku je závažnost těchto faktů zřejmá. V České republice socioekonomická šetření tohoto typu zatím neexistují, ale lze očekávat, po jejich provedení, v podstatě shodné výsledky.

Literatura

1. Lipton, et al. Individual and societal impact of migraine. In: Olesen J. a kol: Headache classification and epidemiology. New York: Raven Press: 1994.
2. Litaker DG, et al. Impact of sumatriptan on care utilisation and costs of care in migraineurs. In: Headache 1996; 36: 538–541.
3. Osterhaus JT, et al. Migraine headache and the 1989 National Health Interview Survey: utilisation and impact (abstract). In: Headache: 1992; 32: 265.
4. Osterhaus JT, et al. Healthcare resources and lost labour cost of migraine headache in the US. In: Pharmacoeconomics 1992; 2: 67–76.
5. Solomon GD, et al. The effects of sumatriptan on migraine: health related quality of life. In: Med. Interface 1995; Jun: 8 (6): 133–134.
6. Von Korf M, et al. Grading the severity of chronic pain. In: Pain 1992; 50: 133–149