

Udar niedokrwienny u pacjentów z migreną – czy wszystko jest jasne?

Ischaemic stroke in people with migraine: is everything clear?

Izabela Domitrz, Hubert Kwieciński

Katedra i Klinika Neurologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Neurologia i Neurochirurgia Polska 2010; 44, 2: 115–117

Migrena jest bardzo częstą chorobą neurologiczną o przewlekłym przebiegu i niejasnej patogenezie. Charakteryzuje się napadowymi bólami głowy z występowaniem objawów autonomicznych i u części pacjentów z ogniskowymi objawami neurologicznymi. Związek między występowaniem udaru mózgu a migreną znany jest od dawna i równie długo stanowi w piśmiennictwie kłopotliwy problem do rozwiązania [1,2].

U pacjentów z migreną, głównie z migreną z aurą (MA), stwierdza się zmiany hiperintensywne w mózgu, znacznie częściej w tylnej jamie [3]. Zmiany te mogą mieć charakter naczyni pochodny i dlatego traktowane są jako tzw. nieme ogniska udarowe (*silent infarcts*). Niektórzy autorzy [4] odnotowali występowanie takich zmian jedynie u kobiet. U części pacjentów z migreną stwierdza się również zmiany niemające charakteru naczyni pochodnego, określane jako uszkodzenia głębokiej istoty białej (*deep white matter lesions*) [3].

U pacjenta chorującego od lat na migrenę, który doznał udaru niedokrwiennego w trakcie napadu MA, należy rozważyć, czy nie jest to migrenowy zawał mózgu. Pod pojęciem **migrenowy zawał mózgu** [5] rozumie się jeden lub więcej objawów aury, które nie ustępują w ciągu 7 dni i/lub zostają uwidocznione w badaniach obrazujących jako udar niedokrwienny. Rozpoznanie migrenowego zawału mózgu [5] obejmuje poniższe kryteria:

- pacjent spełnia kryteria rozpoznania MA,
- obecny atak jest podobny do poprzednich, lecz objawy neurologiczne nie wycofują się w ciągu 7 dni i/lub

badania obrazowe uwidaczniają ognisko zawału mózgu w odpowiedniej okolicy,

- inne przyczyny udaru zostały wykluczone za pomocą odpowiednich badań laboratoryjnych.

Należy pamiętać, że u chorych na migrenę zawał mózgu może być spowodowany inną niż migrena przyczyną, a takiemu udarowi tylko towarzyszą objawy migrenopodobne, a także, że wystąpienie udaru mózgu może towarzyszyć napadowi migreny [5]. Bogousslavsky i wsp. [1] stwierdzili występowanie migrenowego zawału mózgu u 10,4% pacjentów z udarem niedokrwiennym poniżej 45. roku życia. Donaghy i wsp. [6] zaobserwowali częstsze występowanie migrenowego zawału mózgu w grupie kobiet między 20. a 44. rokiem życia, które spełniały dodatkowe warunki, takie jak: napady migreny od początku są napadami MA, częstotliwość napadów sięga co najmniej 12 w roku, a migrena trwa przynajmniej 12 lat. Podobne wyniki przedstawili ostatnio Kurth i wsp., stwierdzając, że istnieje związek między udarem mózgu a częstością napadów MA u młodych kobiet, a kobiety mające rzadkie napady migreny nie są narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia udaru [7].

Z jednej strony, ryzyko wystąpienia udaru u chorego na migrenę jest jednak niewielkie i stanowi mniej niż 1% wszystkich udarów mózgu u chorych poniżej 45. roku życia [8]. Z drugiej strony, częściej stwierdza się migrenę u młodych osób z udarem niedokrwiennym o nieznanej etiologii niż w grupie kontrolnej pacjentów hospitalizowanych z innych powodów niż choroby naczyniowe mózgu.

Adres do korespondencji: dr med. Izabela Domitrz, Katedra i Klinika Neurologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, tel. +48 22 599 28 57, faks +48 22 599 18 57, e-mail: izabela.domitrz@wum.edu.pl

Dodatkowymi czynnikami ryzyka wystąpienia udaru u kobiet poniżej 45. roku życia, chorujących na migrenę (zarówno MA, jak i bez aury) jest palenie papierosów, przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych [9] oraz nadciśnienie tętnicze [10]. Bousser [11] proponuje, aby uznać migrenę za niezależny czynnik ryzyka wystąpienia udaru u młodych kobiet, ale raczej nie w populacji ogólnej. Wyniki przeprowadzonej ostatnio metaanalizy dotyczącej występowania chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z migreną potwierdzają, że migrena jest czynnikiem ryzyka wystąpienia udaru niedokrwiennego, ale tylko wtedy, gdy napady przebiegają z aurą i dotyczą młodych kobiet, a ryzyko to wzrasta przy stosowaniu doustnych leków antykoncepcyjnych i paleniu tytoniu [12]. Różni autorzy uważają, że ryzyko wystąpienia migrenowego zawału mózgu zmniejsza się wraz z wiekiem chorych [13]. Jak wynika z ostatnich badań, dodatkowym czynnikiem ryzyka wystąpienia udaru u pacjentów z migreną może być częstsze występowanie hiperlipidemii u tych chorych [14].

Według Olesena i wsp. [15] częściej spotyka się migrenopodobny ból głowy spowodowany udarem niedokrwinnym (szczególnie u osób młodych) niż udar mózgu spowodowany migreną. U pacjentów z MA, a szczególnie u pacjentów mających napady wyłącznie z aurą, stwierdzono częstsze występowanie drożnego otworu owalnego (PFO), co sugeruje, że napady MA, a w szczególności aury migrenowej, mogą być objawem zatorowości paradoksalnej [16]. De Reuck i wsp. [17] podejrzewają, że to raczej PFO jest głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia udaru, a nie MA, a ponadto nie znaleźli bezpośredniej zależności między migreną i udarem niedokrwinnym. Jednakże praca ta jest oparta na retrospektywnej ocenie zaledwie 14 pacjentów z migreną hospitalizowanych z powodu udaru.

W piśmiennictwie PFO uważany jest za czynnik ryzyka wystąpienia kryptogennego udaru niedokrwiennego, szczególnie u ludzi w młodym wieku [18,19]. Współistnienie PFO u osób z migreną może zatem oznaczać zwiększone ryzyko wystąpienia udaru mózgu. W genetycznie uwarunkowanym zespole CADASIL, w którym dochodzi do nawracających udarów mózgu, stosunkowo często występują napady MA, którym prawie zawsze towarzyszy obecność PFO [20].

Związki migreny z udarem są nadal zbyt skomplikowane, w niniejszym artykule poruszono tylko najważniejsze kwestie, które można podsumować następująco:

1. Migrena może być przyczyną lub konsekwencją (następstwem) udaru mózgu, chociaż przypadkowe

współistnienie obu tych chorób jest prawdopodobnie najczęstsze.

- Migrena może przypominać objawy udaru, a udar mózgu może przypominać napad migreny.
- U każdego pacjenta ze współistnieniem migreny i udaru należy podejrzewać wspólny patomechanizm dla obu tych chorób. Dotyczy to szczególnie pacjentów w młodym wieku, w którym migrena jest częsta, a udar występuje rzadko.
- Migrena zwiększa ryzyko wystąpienia udaru zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.
- Największe ryzyko udaru występuje u kobiet w wieku rozrodczym, które mają migrenę z aurą i przynajmniej jeden z dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia udaru, taki jak palenie papierosów, przyjmowanie doustnych leków antykoncepcyjnych lub nadciśnienie tętnicze.
- U niektórych pacjentów z migreną (z aurą lub bez niej) obserwuje się zwiększone ryzyko występowania zawałów w tylnym krążeniu mózgowym oraz podklinicznych zmian w głębokiej istocie białej.
- Dokładny mechanizm powstawania udarów spowodowanych migreną nie jest do końca wyjaśniony. Przypuszcza się, że główną rolę odgrywają skurcz naczyniowy oraz zmiany w przepływie mózgowym.
- Konieczne są nowe badania w celu wyjaśnienia zarówno mechanizmów powstawania migrenowych zawałów mózgu, jak i oceny ich rzeczywistej częstości występowania.
- Kobiety z migreną powinny zaprzestać palenia papierosów, nie stosować doustnej antykoncepcji i kontrolować ciśnienie tętnicze.

Piśmiennictwo

- Bogousslavsky J., Regli F., Van Melle G. i wsp. Migraine stroke. *Neurology* 1988; 38: 223-227.
- Lampl C., Marecek S. Migraine and stroke – why do we talk about it? *Eur J Neurol* 2006; 13: 215-219.
- Kruit M.C., van Buchem M.A., Launer L.J. i wsp. Migraine is associated with an increased risk of deep white matter lesions, subclinical posterior circulation infarcts and brain iron accumulation: the population-based MRI CAMERA study. *Cephalalgia* 2009 (w druku).
- Scher A.I., Gudmundsson L.S., Sigurdsson S. i wsp. Migraine headache in middle age and late-life brain infarcts. *JAMA* 2009; 301: 2563-2570.
- The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (supl. 1): 24-36.
- Donaghy M., Chang C.L., Poulter N. Duration, frequency and type of migraine and risk of ischemic stroke in women of child-bearing age. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 747-750.

7. Kurth T., Schürks M., Logroscino G. i wsp. Migraine frequency and risk of cardiovascular disease in women. *Neurology* 2009; 73: 581-588.
8. Kristensen B., Malm J., Carlberg B. i wsp. Epidemiology and etiology of ischemic stroke in young adults aged 18 to 44 years in Northern Sweden. *Stroke* 1997; 28: 1702-1709.
9. Tzourio Ch., Iglesias S., Hubert J.-B. i wsp. Migraine and risk of ischemic stroke: case-control study. *BMJ* 1993; 307: 289-292.
10. Chang C.L., Donaghy M., Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. *BMJ* 1999; 318: 13-18.
11. Bousser M.-G., Conrad J., Kittner S. i wsp. Recommendations on the risk of ischemic stroke associated with use of combined oral contraceptive and hormone replacement therapy in women with migraine. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptive and Hormone Replacement Therapy. *Cephalalgia* 2000; 20: 155-156.
12. Schürks M., Rist P.M., Bigal M.E. i wsp. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 339: 1-11.
13. Milhaud D., Bogousslavsky J., Van Melle G. i wsp. Ischemic stroke and active migraine. *Neurology* 2001; 57: 1805-1811.
14. Gruber H.-J., Bernecker C., Pailer S. i wsp. Lipid profile in normal weight migraineurs – evidence for cardiovascular risk. *Eur J Neurol* 2010; 17: 419-425.
15. Olesen J., Friberg L., Olesen T.S. i wsp. Ischemia-induced (symptomatic) migraine attacks may be more frequent than migraine-induced ischemic insults. *Brain* 1993; 116: 187-202.
16. Domitrz I., Mieszkowski J., Kwieciński H. The prevalence of patent foramen ovale in patients with migraine. *Neurol Neurochir Pol* 2004; 38: 89-92.
17. De Reuck J., Paemeleire K., Van Maele G. Stroke in patients with migraine. *Neurol Neurochir Pol* 2010; 44: 118-122.
18. Lamy C., Giannesini C., Zuber M. i wsp. Clinical and imaging findings in cryptogenic stroke patients with and without patent foramen ovale: The PFO-ASA Study. *Stroke* 2002; 33: 706-711.
19. Piechowski-Jóźwiak B., Kwieciński H. Ischaemic stroke in patients with patent foramen ovale. *Neurol Neurochir Pol* 2007; 41: 55-63.
20. Dziewulska D., Kwieciński H. CADASIL syndrome – cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy. *Neurol Neurochir Pol* 2008; 42: 123-130.