

## Migreeni ja epilepsia komorbiidsus Haigusjuht ja kommentaar

60aastane naine kaotas kerge kehalise töö juures lühiajaliselt teadvuse – enda ja juuresolijate arvates ta minestas hetkeks. Patsient tundis end peatselt paremini, kuid ligikaudu tund hiljem kujunes peavalu, millele lisandus iiveldustunne ja ka oksendamine. Koos sellega muutus ta rahutuks ning näis, et ta ei saa kaaslaste kõnest aru.

Patsient viidi maakonnahaiglasse, kuhu ta jõudis ligikaudu 1,5 tundi pärast valuhoo algust. Ta oli somnolentne, kuid mäletas haigestumise algust ja rõhutas, et tal pole nii tugevat peavalu varem olnud. Samas meenutas ta, et ägedaid peavalusööste on tal juba koolieast alates esinenud. Eriti olid elu kolmandal kümnendil peavalud olnud sagedasemad ja raskemad ning mõnikord oli kaasnenud ka oksendamine. Sel perioodil ja ka elu viiendal kümnendil oli tal korduvalt esinenud ka teadvuskaotushoogusid, mille puhul ta oli end ootamatult leidnud maas lamamas. Peavaluhood muutusid harvemaks (vaid paar korda aastas) pärast menopausi saabumist. Siiski oli ta viimase 2–3 aasta vältel mõnevõrra kogenud ebamääraseid haigushoogusid, mida iseloomustas “halb tunne rinnus”, “kerge õhupuudus” ja see, nagu “tähaks pilt silmade eest kaduda”. Need hood möödusid spontaanselt.

Arvestades käesolevat akuutset haigestumist, mõeldi subarahnoidaalsele hemorraagiale, kuid lumbaalpunktsioonil saadud liikvor oli normaalse koostisega ja mõni tund hiljem Tartus tehtud röntgenkompuutertomograafia ei toonud esile mingit patoloogiat patsiendi intrakraniaalsetes struktuurides. Kuigi EEG ei toonud esile kindlaid epileptilisi avaldusi, ilmnis ajukoore bioelektrilises aktiivsuses siiski lokaalseid erutusnähte, mis lähtusid valdavalt vasakust temporaalpiirkonnast. Pärast neid erakorralisena tehtud uuringuid veetis patsient järgmise nädala veel maakonnahaiglas ja lahkus sealt heas seisundis.

Paar kuud hiljem tekkis tal kodus une ajal seisund, mis ilmselt algas “karjatusega”, mis äratas patsiendi abikaasa, kes märkas, et naise “suust tuleb vahtu”. Patsient oli lõtv, krampe ei esinenud. Haigele ordineeriti valproaati (Orfiril) annuses 150 mg 2 korda päevas ning annust suurendati järk-järgult doosini 300 mg 2 korda päevas. Patsient talus antikonvulsanti hästi ning järgneva kolme kuu vältel tal peavalusid ega muid haigushoogusid ei esinenud.

### Kommentaar

Raskelt väljendunud peavalu koos kaasneva lühiajalise teadvusehäirega põhjustas igati põhjendatud oletuse, et tegemist võib olla subarahnoidaalse hemorraagiaga. Suhteliselt vähese esinemissageduse (ligikaudu 5% kõigist peaaegu akuutsetest vereringehäiretest) ja praktiliselt puuduva neuroloogilise sündroomi (v.a meningeaalsündroom, mis ei kujune kohe) tõttu diagnoositakse neil juhtudel sageli migreeni, “kaelaradikuliiti” või muid perifeerse lähtega valusid. Adekvaatselt tehtud uuringute põhjal jäeti see patoloogia siiski kõrvale. Patsiendi haiguskulgu lubab suure tõenäosusega oletada, et esialgu ilmnenud migreenihood kombineerusid/asendusid partsiaalsete epileptiliste hoogudega, millest kõnealust akuutset seisundit põhjustanu kujunes nn kompleksseks parstiaalseks hooks, millega koos esines ka migreeniatakk. Une ajal ilmnenud hoog oli seevastu migreenita kulgenud epileptiline avaldus.

Migreeni ja epilepsia mehhanismide patogeneetilisele “sugulusele” on viidatud üle saja aasta, kuid see seos ei ole tänaseni selge (1). Esitatud juhtum on migreeni ja epilepsia komorbiidsuse näide. Lisaks epilepsiale on migreeniga komorbiidsust täheldatud muudegi neuroloogiliste ja psühhiaatriliste probleemide, näiteks depres-

siooni, paanikahäire ja essentsiaalse treemori korral (2). Samas ei pruugi epileptiliste krampidega seotud peavalu sugugi alati olla migreeni-mehhanismiga, vaid võib olla tingitud teistest põhjustest (3). Epilepsia ja migreeni teatud patogeneetilise kattuvuse poolt räägib ka anti-

konvulsivse ravi tõestatud tõhusus nii migreeni-atakkide profülaktikas (4) kui *status migraenosus*'e kupeerimisel (5).

Viktor Brin (ibrin@hotmail.ee)

Ain-Elmar Kaasik (ain-elmar.kaasik@kliinikum.ee)

### Kirjandus

1. Bazil CW. Migraine and epilepsy, *Neurol Clin* 1994;12:115-28.
2. Silberstein SD. Shared mechanisms and comorbidities in neurologic and psychiatric disorders. *Headache* 2001;41 Suppl 1:S11-17.
3. Leninger T, Isbruch K, von der Driesch S, Diener HC, Hufnagel A. Seizure - associated headache in epilepsy. *Epilepsia* 2001;42:1176-9.
4. Curter FM. Antiepileptic drugs; how they work in headache. *Headache* 2001;41 Suppl 1:S3-10.
5. Edwards KR, Norton J, Behnke M. Comparison of intravenous valproate versus intramuscular dihydroergotamine and metoclopramide for acute treatment of migraine headache. *Headache* 2001;41:976-80.