

# Vestibulaarne migreen

Liis Sabre<sup>1</sup>, Mark Braschinsky<sup>1</sup>

Vestibulaarne migreen (VM) avaldub vertiigoepisoodidena haigetel, kel on migre-noossed peavalud või teised migreeniilmingud. Vertiigoepisoodid võivad VMi korral esineda nii enne peavaluhoogu, selle ajal kui ka pärast seda. Vertiigoepisoodid võivad VMi-haigel esineda ka ilma peavalu tekketa, kuid sel juhul esineb vähemalt üks või mitu migrenoosse aura ilmingut.

VM on välistamisdiagnoos. VMi diagnoosikriteeriumid on hiljuti välja töötatud ja lisatakse rahvusvahelisse peavalude klassifikatsiooni väljaandesse.

Peapööritus ehk vertiigo on sage arsti poole pöördumise põhjus – ambulatoorsete pöördumiste hulgas neljandal kohal. Sagedamini areneb peapööritus haigetel, kellel esinevad migreenihood (1). Seost migreeni ja vertiigo vahel mainiti esimest korda juba 19. sajandil (2), kuid sellest hoolimata on vestibulaarse migreeni (VM) definitsioon ning diagnoosikriteeriumid alles hiljuti välja töötatud (3–6). VMile on iseloomulikud peapöörituse episoodid haigetel, kel eelnevalt on esinenud migrenoossed peavalud või teised migreeniilmingud. 2012. aasta suvel on Barany seltsi vestibulaarsete haiguste klassifikatsiooni komitee (*The Committee for Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society*) ja rahvusvahelise peavaluseltsi (*International Headache Society*) migreeni klassifikatsiooni alakomitee koostöös sõnastanud VMi diagnoosikriteeriumid, mis lisatakse ICHD (*International Classification of Headache Disorders*) järgmisesse ehk 3. väljaandesse.

## Peapööritus

Sagedasti kirjeldavad haiged oma kaebusi sõnadega „mul käib pea ringi“, „mul on tasakaalusetunne“ või „tunnen, et võin minestada“. Need mittespetsiifilised kaebused ja peapööritus on ingliskeelses kirjanduses väljendatud mõistega *dizziness*. (7). Eesti keeles selline nimetatud kaebusi kokkuvõttev termin ei ole kasutusel ja sagedasti iseloomustatakse neid kaebusi kui pearinglust. Võimalikud kaebused ja haigusseisundid, mida iseloomustatakse mõistega *dizziness*, on toodud joonisel 1.

Vertiigo on üks sagedasemaid peapöörituse vorme, mille peamiseks põhjuseks on vestibulaarne düsfunktsioon. Eestikeelses teaduskirjanduses on viimastel aastatel seda temaatikat kajastatud (8, 9). Vertiigo avaldub kas patsiendi enese (sisemine vertiigo) või ümbruse (väline vertiigo) pöörlemistundena (2). Vertiigo ägedad atakid on 85%-l juhtudest tingitud vestibulaaraparaadi häiretest,

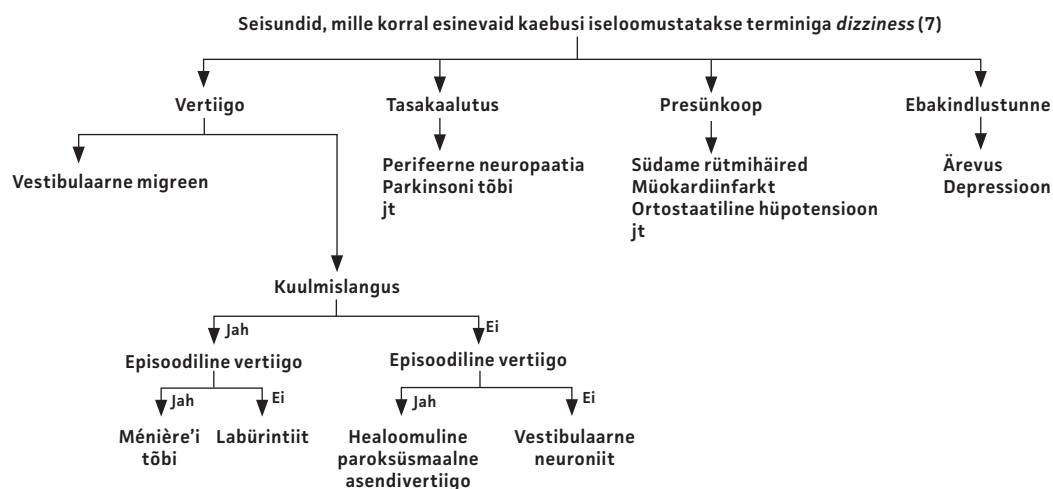
Eesti Arst 2013; 92(5):279–282

Saabunud toimetusse 27.01.2013  
Avaldamiseks vastu võetud: 15.04.2013  
Avaldatud internetis: 31.05.2013

<sup>1</sup> TÜ närvikliinik

Kirjavahetajaautor:  
Liis Sabre  
liis.sabre@ut.ee

Võtmesõnad:  
vertiigo, peapööritus, vestibulaarne migreen, migreen



Joonis 1. Peapöörituse allaliigid (7).

15%-l on põhjus tsentraalne (kesknärvisüsteemi kahjustus) (10). Vertiigo sagedasemad vormid on healoomuline asendivertiigo (BPPV), Ménière'i tõbi ja vestibulaarne neuronit (9).

Vestibulaarsüsteem koosneb perifeerest ja tsentraalsest osast. Perifeerse osa moodustavad labürint ja vestibulaarnärv. Tsentraalne osa algab ajutüves asuvatest vestibulaarsetest tuumadest. Vestibulaarsüsteemi perifeerse osa häirest tingitud vertiigo on võrreldes tsentraalsega enamasti intensiivsemalt väljendunud, kaasneb tugev iiveldus ja oksendamine. Tsentraalse geneesiga vertiigo on valdavalt mittesüsteemne ning tihti kaasuvad ka teised närvisüsteemi kahjustuse sümptomid. Tsentraalse vertiigo korral on iiveldus ja oksendamine kergekujulised või puuduvad üldse.

## Vestibulaarne migreen

Epidemioloogilised uuringud kinnitavad migreeni ning peapöörituse vahelist seost. Migreeni esineb peapööritusega patsientidel oluliselt sagedamini (11). On oluline eristada vestibulaarset migreeni (VM) – see on migreeni alavorm – migreeniga seostatamust peapööritusest, mis võib esineda juhuslikult koos migreeniga, ning vestibulaarset või mittevestibulaarset peapööritust, mida migreeniga patsientidel võrreldes tavarahvastikuga esineb sagedamini (11). VM ja mittevestibulaarne peapööritus võivad mõlemad esineda ühel patsiendil, kui haiget põhjalikumalt küsitleda, on need enamasti hästi eristatavad.

## Vestibulaarse migreeni kliinilised avaldused

VMi kliinilised avaldused on väga varieeruvad. Diagnoosi kinnitavad korduvad migrenoosse peavalu ja vertiigo episoodid, migreeni spetsiifilised tunnused ning võimalik vastus antimigrenossetele ravimitele.

Migrenoossele peavalule on iseloomulik valu algus unilateraalselt ning selle progresseeruv süvenemine. Valu on sageli pulseerivat laadi. Valuga kaasnevad fotofoobia ja/või fonofobia, iiveldus, oksendamine. Valule võib eelneeda aura, sagedamini visuaalne või ka düsfaasia ning hemisensoorset tüüpi aura.

VMi korral kaebavad patsiendid tüüpiliselt spontaanset või asendivertiigot. Sageli vallandub või süveneb see pea liigutamisel. Vertiigo kestus varieerub sekunditest (10%) minutiteni (30%) ja tundidest (30%) päevadeni (30%) (1).

Koos vertiigoga võib esineda ka foto- või fonofobiat ja erinevaid migreenile iseloomulikke aurasid.

Vertiigo võib peavalule eelneeda, võib tekkida koos peavaluga või ilmneeda alles peavalu hilises faasis. Vaid 10–30%-l VMi-patsientidest on täheldatud vertiigoepisoode, mis kestavad 5–60 minutit. Lühemaid vertiigoepisoode on täheldatud 20–30%-l ning pikema kestusega episoodide 20–50%-l juhtudest. Võib esineda ka vertiigoepisoode, ilma et kujuneks või eelneks peavalu. Sel juhul esineb vähemalt üks migreeni aurale iseloomulik sümptom: fotofoobia, fonofobia või visuaalne aura.

Mõnedel juhtudel võivad migreen ja vertiigo esineda ühel ajal. Teistel jälle esineb nii peavaluga kui ka peavaluta vertiigoatakke.

Kuulmise nõrgenemine ning tinnitus võivad VMi korral kergel kujul esineda, kuid need on enamasti mööduvad ega progresseeru (11).

## Vestibulaarse migreeni diagnoosikriteeriumid

Praegu kehtiv ICHD ei sisalda vertiigot kui täiskasvanutel esinevat migreenisümptomit, v.a basilaarmigreeni korral (12). Enam kui 60%-l basilaarmigreeniga patsientidel esineb vertiigo. ICHD kriteeriumide järgi on basilaarmigreenile iseloomulik aura ajal vähemalt 2 ajutüve või kahepoolsele kortikaalsele kahjustusele viitava sümptomi olemasolu, millele järgneb peavalu. Ainult vertiigot ICHDs migreeni aura avalduseks ei peeta (11).

Nii nagu migreeni, ei saa ka VMi diagnoosida spetsiifiliste testide abil. Kindlasti saame VMist rääkida juhul, kui patsiendil esinevad vähemalt mõõduka tugevusega episoodilised vertiigohood. Anamneesis peab ICHD kriteeriumitest lähtudes olema diagnoositud migreen (vt tabel 1).

**Tabel 1.** Vestibulaarse migreeni diagnoosikriteeriumid (4).

- |    |  |
|----|--|
| A. | Vähemalt 5 episoodi mööduka või tugeva intensiivsusega vestibulaarseid sümptomeid kestusega 5 minutit kuni 72 tundi.   |
| B. | Anamneesis migreeni diagnoosi kriteeriumitele vastavad peavaluepisoodid.   |
| C. | Vähemalt ühe alljärgnevalt loetletud sümptomi olemasolu vähemalt poolte vertiigoepisoodide ajal:<br>a) migrenoosse peavalu,<br>b) fotofoobia,<br>c) fonofobia,<br>d) visuaalne või muu aura. |
| D. | Teised tsentraalsed või otoloogilised vertiigo põhjused on välistatud.   |

**VM diagnoos kinnistatakse, kui on täidetud kõik kirjeldatud kriteeriumid.**

VM võib esineda igas vanuses. Pere-kondlik esinemine pole harv. VM esineb enam aurata migreeni kui auraga migreeni korral. Peavalufaas asendub menopausis naistel tihti vaid isoleeritud vertiigoatak-kidega (11).

VM on välistamisdiagnoos, mida tuleb eristada eelkõige Ménière'i sündroomist ja ajutüve struktuursest või vaskulaarsest kahjustusest.

## Vestibulaarse migreeni patofüsioloogia

VMi patofüsioloogia ei ole praeguseni selge. Kortikaalne leviv depressioon (CSD, *cortical spreading depression*), eeldatav migreeni-aura mehhanism, võib olla ka lühiaegsete vertiigoatakkide põhjuseks. Erinevad neurotransmitterid (kaltsitoniinigeeniga seotud peptiid, serotoniin, noradrenaliin, dopamiin) moduleerivad nii perifeerset kui ka tsentraalset vestibulaarneuronite aktiivsust ja võivad seetõttu osaleda VMi patogeneesis. Ioonkanalite geneetilised defektid põhjustavad erinevaid paroksüs-maalseid neuroloogilisi häireid. Pere-kondliku hemipleegilise migreeni ja 2. tüüpi episoodilise ataksia sümptomina esinev vertiigo on põhjustanud voltaažist sõltuva kaltsiumikanali geeni CACNA1A lähedase geeni otsingud, kuid seni pole VMiga seos-tatavat geenidefektileitnud.

On esitatud ka kolmiknärv ja vestibulaarne närv tuumade retsiprookse ühenduse teooria. Kuna kolmiknärv valulik elektriline stimulatsioon otsmikul põhjustab spon-taanseid nüstagme migreeniga patsientidel, kuid mitte kontrollrühma isikutel, siis võib sellest järeldada, et migreeniga patsientidel on erutuslavi nende kahe ajutüvest lähtuva kraniaalnärvi vahel madalam (13).

## Ravi

Praegused VMi ravisoovitused põhinevad ekspertide arvamusel, mitte juhuslikustatud platseeboga kontrollitud uuringutel. VMi ägedat atakki võib leevendada triptaanide või histamiinretseptorite antagonistidega. Kuna vertiigoataki kestus on väga erinev, siis tuleb selle järgi valida ka ravi.

Pikemate vertiigoatakkide korral on kohane vestibulaarsete sümptomite ravi antiemeetikumide ja pearingluse vastu mõjutavate ravimitega. Histamiini struk-turaalne analoog beetahistiin on üheks valikravimiks. Oksendamise pärssimiseks

kasutatav metoklopramiid on samuti vesti-bulaarsupressant (9).

Suukaudne sumatriptaan on lisaks migre-noossele peavalule ka tõhus vestibulaarsete sümptomite leevendaja (14). Kuigi seda, kas vestibulaarsed sümptomid põhinevad migreeniaura mehhanismil, pole veel välja selgitatud, on huvitav jälgida sumatriptaani toimet migreeni aurale. Uuringus on leitud, et subkutaanselt manustatud sumatriptaan on ebaefektiivne visuaalsete aurasümpto-mite lühendamiseks ega hoiära ka peavalu teket, kui ravimit manustati migreeniaura faasis (15). Risatriptaan lühendas nn mere-haiguse sümptomeid migreeniga patsien-tidel (16). Mittesteroidsed põletikuvastased vahendid võivad osutada tõhusaks üksikute vertiigoatakkide ravis. Potentsiaalsed ägeda VMi atakkide ravimid võivad olla furosemiid ja atsetasoolamiid, mis võivad lühendada migreeni visuaalse aura kestust (17).

Kui vertiigoepisoodid on lühiaegsed, kuid samas sagedased, võib osutada vajalikuks profülaktiline ravi. Nii nagu migreeni korral, on üldiseks soovitusel dieedi korri-geerimine, unehügieen, VMi soodustavate ravimite vältimine (18). Füsioteraapial on oluline osa vestibulaarsete kaebuste leeven-damisel. On kirjeldatud tasakaaluhäirete leevendumist pärast füsioteraapiat (17). Profülaktiline ravi vähendab kortikaalset erutuvust ja taastab notsitseptiivse modu-latsiooni. Beetablokaatorid, kaltsiumikanali antagonistid, antikongulsandid ning anti-depressandid on kasutusel nii VMi kui ka migreeni profülaktikas.

Ravi alustamisel tuleb arvesse võtta ka kaasuvaid haiguseid nagu hüpertensioon, ärevus või depressioon, astma või liigne kehakaal. Samuti sõltub raviotsus faktist, kas vertiigo ja peavalu on patsiendile võrd-selt häirivad või mitte (17).

## Kokkuvõte

Vestibulaarne migreen on migreeni vorm, mille diagnoosikriteeriumid on hiljuti fikseeritud. Barany seltsi vestibulaarsete haiguste klassifikatsiooni komitee ja rahvus-vahelise peavaluseltsi migreeni klassifikat-siooni alakomitee on heaks kiitnud VMi diagnoosikriteeriumid, mis lisatakse ka rahvusvahelise peavalude klassifikatsiooni kolmandasse väljaandesse. VMi ravi sõltub vertiigoatakkide kestusest, sagedusest ja sellest, kui palju need patsiendi elukvali-teeti häirivad.

<sup>1</sup> Neurology Clinic, University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to: Liis Sabre  
liis.sabre@ut.ee

**Keywords:** dizziness, vertigo, vestibular migraine, migraine

## SUMMARY

### Vestibular migraine

Liis Sabre<sup>1</sup>, Mark Braschinsky<sup>1</sup>

Vestibular migraine presents with attacks of spontaneous or positional vertigo lasting seconds to days. During a vertigo attack headache is often missing. On the other hand, migrainous symptoms such as photophobia or auras may occur during the attack.

Like in the case of a migraine attack, provocative features can be stressful events, sleep deprivation and changes in the hormonal system. The pathophysiology of vestibular migraine is still unclear. The treatment consists of vestibular suppressants for acute attacks and prophylactic medication if episodes of vertigo are short and frequent.

The Committee for Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society and the Migraine Classification Subcommittee of the International Headache Society have approved diagnostic criteria for vestibular migraine. These criteria will be included in the third edition of the International Classification of Headache Disorders.

## KIRJANDUS/REFERENCES

1. Neuhauser H, Lempert T. Vertigo and dizziness related to migraine: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2004;24:83–91.
2. Lempert T. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vest Res* 2012;22:167–72.
3. Radtke A. Vestibular migraine – validity of clinical diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2011;31:906–13.
4. Lempert T, Neuhauser H. Migrainous vertigo. *Neurol Clin* 2005;23:715–30.
5. Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Migrainous vertigo: development of a pathopathogenetic model and structured diagnostic interview. *Curr Opin Neurol* 2003;16:5–13.
6. Neuhauser H, Leopold HM, von Brevern M, et al. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology* 2001;56:436–41.
7. Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician* 2010;82:361–8.
8. Braschinsky M. Peeringlus – fookuses vestibulaarne düsfunktsioon. *Lege Artis* 2007;7:15–8.
9. Sinisalu V, Körv J, Tikk R. Vertiigo – sagedasti esinev vaevus. *Eesti Arst* 2009;88:761–3.
10. Strupp M, Arbusow V. Acute vestibulopathy. *Curr Opin Neurol* 2001;14:11–20.
11. Lempert T. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann N Y Acad Sci* 2009;1164:242–51.
12. International Headache Society. International classification of headache disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):1–160.
13. Marano E, Marcelli V, Di Stasio E, et al. Trigeminal stimulation elicits a peripheral vestibular imbalance in migraine patients. *Headache* 2005;45:325–31.
14. Bikhazi P, Jackson C, Ruckenstein MJ. Efficacy of antimigrainous therapy. *Am J Otol* 1997;18:350–4.
15. Bates D, Ashford E, Dawson R, et al. Subcutaneous sumatriptan during the migraine aura. *Sumatriptan Aura Study Group. Neurology* 1994;44:1587–92.
16. Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Rizatriptan reduces vestibular-induced motion sickness in migraineurs. *J Headache Pain* 2011;12:81–8.
17. Bisdorff AR. Management of vestibular migraine. *Ther Adv Neurol Disord* 2011;4:183–91.
18. Reploeg MD, Goebel JA. Migraine-associated dizziness: patient characteristics and management options. *Otol Neurotol* 2002;23:364–71.

## SAMAL TEEMAL EESTI ARSTIS VAREM ILMUNUD

Kaasik AE. Tasakaaluhäirega patsient arsti vastuvõtul. *Eesti Arst* 2006;85:541–50.

### Depressiivsed vanemad mehed vajavad sagedamini haiglaravi, nende paranemine on aeglasem ja haiglas viibimise aeg pikem

Vanemaealised inimesed vajavad sageli meditsiiniabi ja vanemaealiste osakaalu suurenemine rahvastikus esitab meditsiinile suuri väljakutseid nii materiaalse kui ka inimressursi osas. Vajalik on täpsemalt selgitada põhjusi, mis juhtudel ja millist arstiabi vanemad inimesed vajavad ning millest sõltuvad ravitulemused.

Austraalia meeste terviseuuringu programmi raames juhusli-

kustati 19 352 üle 65aastast meest uurimisrühma, keda jälgiti 2 aasta jooksul. Neist 5585 mehel esinesid kliiniliselt olulised depressioonisümptomid. Neil isikutel oli keskmine vanus 76,8 ± 3,7 aastat, neil oli madalam haridustase ja mitmeid kaasuvaid haigusi ning enamus neist suitsetas.

Uuringugrupi isikute andmeid analüüsiti haiglaravi vajaduse, selle kestuse ja ravitulemuste osas. Arvesse võeti vaid hospitaliseerimised erakorralistel näidustustel.

Ilmnes, et 44,8% depressiivsetest meestest vajas haiglaravi ja see vajadus esines vaid 22,6%-l mittedepressiivsetest meestest.

Viiimastel oli haiglaravi pikkus 2 korda lühem.

Haiglas surnute seas oli ka enam depressiivseid mehi. Selle riskisuhe võrreldes depressiivsete meestega oli 1,81.

Uuringust ilmneb selgelt depressiivsete meeste suurem vajadus haiglaravi järele, ravi pikem kestus ja halvemad ravitulemused. Autorid osutavad vajadusele pöörata enam tähelepanu depressiooni esinemisele vanemaealistel.

### ALLIKAS

Prina AM, Huisman M, Yeap BB, et al. Association between depression and hospital outcomes among older men. *Can Med Ass Journal* 2013;185:117–23.

## LÜHIDALT