

МИГРЕНА УДРУЖЕНА СА АНЕУРИЗМОМ АЦМ КОД 15-ТОГОДИШЊЕ ПАЦИЈЕНТКИЊЕ - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Чолић С.¹, Смилић Љ.², Ненадовић М.¹, Трајковић Г.³, Марјановић Ј.⁴

¹Клиника за неурологију и психијатрију, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

²Интерна клиника, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

³Институт за медицинску статистику и информатику, Медицински факултет Београд

⁴Одељење за неурологију и психијатрију, Здравствени центар, Косовска Митровица

MIGRAINE COMBINED WITH ACM ANEURISM IN 15 YEARS OLD PATIENT CASE PRESENTATION

Чолић С.¹, Смилић Љ.², Ненадовић М.¹, Трајковић Г.³, Марјановић Ј.⁴

¹Neurology and Psychiatry Clinic, Medical College of Priština, Kosovska Mitrovica

²Internal Clinic, Medical College of Priština, Kosovska Mitrovica

³Institute for Medical Statistics and Informatics, Medical College Beograd

⁴Neurology and Psychiatry department, Kosovska Mitrovica, Medical Center

SUMMARY

Migraine headaches are very frequent and its prevalence rates between 15-18% in women and 5-6% in men (1). Migraine attacks vary very much in their intensity and frequency from patient to patient, and during the time in same patient. Even 75% of the patients describe attacks as heavy or extremely heavy. Although somatic and neurology exams between attacks reveal regular findings, migraine can have great impact on the patients quality of life (social limitations, complications caused by drugs, psychiatric and somatic morbidity (2) In spite usual believes headaches are very often in children. Before puberty boys suffer more frequently than girls. Just the same, in early childhood as well as in adolescence migraine pain could mimic and compromise bringing up the right diagnosis of the other possible somatic causes, most likely one sided headaches. Our case presentation points out one of the possibilities. L.M 15-years old patient hospitalized on the pediatric department of the „Kralj Milutin Clinic,, in Laplje Selo on October 2007, under the diagnosis of blanking out and left sided headache. After neurology exam and neurology diagnostic procedures done MR cerebra and MR-angiography, diagnose of aneurism of right the ACM (arteria cerebra media) has been established, and operatively treated. After the intervention, patient stays without intensive headaches, only weak pain on the left side of the head, now and on, without blanks.

Key word: Migraine, Anurism, Headache.

САЖЕТАК

Мигренске главобоље су изненађујуће честе и њихова преваленција износи 15-18% код жена и 5-6% код мушкараца.(1). Тежина и учесталост напада мигрене битно се разликују од болесника до болесника, и током времена код истог болесника а чак 75% њих бол описује као тежак или екстремно јак. Иако је соматски и неуролошки преглед између напада мигрене углавном нормалан, мигрена може да битно ремети квалитет живота болесника и између напада (социјална ограничења, компликације изазване лековима, психијатријски и соматски кооморбидитет). (2). Супротно устаљеном веровању, главобоље су честе код деце. У периоду пре пубертета дечаци су нешто чешће захваћени од девојчица. Али исто тако у децем узрасту и периоду адолесценције, мигренски бол може отежати диференцијалну дијагнозу и других могућих симптоматских узрока, првствено једностраних главобоља. Приказ нашег случаја указује на такву могућност. Ради се се о 15-огодишњој пацијенткињи, Л.М. која је хоспитално лечена на педијатриском одељењу "Клинике Краљ Милутин " у Лапљем Селу октобра 2007. због губитка свести и левостране главобоље. Након прегледа неуролога урађене неурорадиолошке дијагностичке процедуре: МР-мозга и МР-ангиографија - дијагностикована анеуризма десне АЦМ (артерије церебри медије), која је оперативно третирана. Након операције без интензивних напада главобоље, само повремено слабији бол у левој половини главе и без криза свести.

Кључне речи: Мигрена, Анеуризма, Главобоља.

УВОД

Први опис напада мигрене налазимо већ у другом веку у рукописима Аретеја из Кападокије (1). Сам опис мигрене потиче од грчке речи хемикраниос (у пре-

воду "пола главе"), чиме се наглашава једнострана дис-трибуција бола главе. Бол у глави се може изазвати на-дражајем великих венских синуса, дуралних артерија,

проксималних 20% великих артерија које формирају Вилисов шестоугао, делова дуре матер на бази лобање, као и стимулацијом влакана за бол у оквиру 5, 7, 9 и 10 кранијалног нерва, горњих цервикалних коренова. (1). Током поновљених напада мигренски бол се само код петине болесника увек јавља са исте стране, док се код већине пацијената страна главе захваћена болом мења из напада у напад. Квалитет бола се класично описује као тежак и пулзирајући, те је болесник често онеспособљен болом, лежи без покрета у замраченој просторији. Напад мигрене обично траје 4 -72 часа (табела 1). Сам напад прате фоно и фотофобија а не ретко и осмофобија. Мучнина (90% болесника) и повраћање (30% болесника) јављају се обично после првог сата напада. Стога се мора бити пажљив код једностранних главобоља нарочито уколико немамо урађен МР или МРА мозга. У највећем броју случајева конгениталне анеуризме су асимптоматске, а само у мањем броју случајева 5-20% могу постојати симптоми углавном у виду једностранних главобоља уз фокални неуролошки испад присутан код 10-15% болесника који је најчешће последица компресије коју врши сама анеуризма.

Патогенеза мигрене није у потпуности расветљена. Две традиционалне теорије су васкуларна и неурогена теорија (1). Према старој васкуларној теорији, претпоставља се да је почетна интракранијална вазоконстрикција одговорна за мигренску ауру а секундарна вазодилатација одговорна за главобољу. Уз ову хипотезу се наводе налази системског поремећаја метаболизма серотонина (3) који контрахује велике артерије, а дилатира артериоле и капиларе. Данас преовлађује став да су васуларне промене током мигрене само последица примарних неуроналних поремећаја а знаснива се на неколико претпоставки: а) Хиперекситабилност коре мозга; б) Структуре мозга које су покретачи мигрене (периакудуктална сива маса, дорзални гархе систем, (locus coeruleus); ц) Феномен ширеће кортикалне депресије таласа деполаризације, у патогенези мигренске аури; д) Активација тригемино васкуларног система деполаризацијом тригеминалног ганглиона или његових перивасуларних нервних завршетака.

Табела 1. - Дијагностички критеријуми за постављање дијагнозе мигрене (3).

- | |
|---|
| А. Најмање 5 напада који испуњавају критеријуме наведене под Б-Д |
| Б. Напади главобоље трају од 4-72 сата (нелечени или неуспешно лечени) |
| Ц. Главобоља има најмање две од следећих карактеристика: <ol style="list-style-type: none"> 1. бол једне половине главе 2. пулзирајући квалитет бола 3. интензитет бола умерен или тежак 4. бол се погоршава током или узрокује избегавање уобичајених физичких активности. |
| Д. Током главобоље се испољава најмање једна од следећих карактеристика: <ol style="list-style-type: none"> 1. мучнина и /или повраћање 2. фотофобија и фонофобија |
| Е. Главобоља се не може приписати другом поремећају |

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Пацијенткиња М.Л. стара 15 година хоспитализована је 27.10.2007. на педијатријском одељењу "Клинике Краљ Милутин" у Лапљем Селу, а због интензивних главобоља локализованих у левој половини главе, нарочито у чеоној регији и краткотрајног губитка свести. Главобоља је пулзирајућег карактера, траје од пар часова па до 24 часа, повећава свој интензитет на физички напор. Тегобама предходио већи физички напор (трчање на кросу). Под дијагнозом *Cephale symptomatica. Kriza svesti. St. post infarctus lacunaris reg. talami sin.* (урађен амбулантно МР - мозга 31.10.'07), пацијенткиња је упућена на даље лечење и дијагностичке процедуре (МРА-мозга, ЕЕГ) на Институт за неурологију и психијатрију за децу и омладину у Београду, где је хоспитално лечена од 31.10-5.11.'07. Отпуштена под Dg: *Collapsus. Tenziona glavobolja.*

У периоду од пар месеци у више наврата поновљени напади главобоље, све интензивнији и дужег трајања, уз мучнину, фоно и фотофобију, те мировање у кревету. У терапију уведена АЕ заштита - тбл. Ефтил ретард а 500 мг 1x1 увече, без неког већег ефекта на бол. 10.01.2008 пацијенткиња прегледана амбулантно због поновљене левостране тешке главобоље, на одељењу неурологије "Клинике Краљ Милутин", када је амбулантно урађена МРА-мозга и поновљена МР-мозга., након чега се под Dg: *Aneurysma ACM dex. Krize svesti. Haemicrania. St. post infarctus lacunaris cerebri talami sin.* упућује на даље лечење на Институт за Неурохирургију у Београду где је урађена операција 21.02.2008. ОР: *Craniotomia osteoplastica reg. pterionalis l. dex. Exploratio et anglogabe ACM dex.* уз хоспитализацију на истој клиници у периоду од 11. 02. до 01.03.2008.

Протокол испитивања пацијента обухватао је анемнестичке податке, неуролошки преглед, офталмолошки преглед (преглед очног дна и вида), неурофизиолошку дијагностику: ЕЕГ (електроенцефалографију); неурорадиолошку дијагностику: Магнетну резонансу мозга (МР-мозга), Магнетно резонансну ангиографију мозга (МРА-мозга), као и рутинске лабораторијске претраге.

МР и МРА-мозга урађени су на Институту за радиологију Клиничког Центра у Нишу. ЕЕГ у више наврата урађен на Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину у Београду и Институту за Ментално здравље-одсек клиничке неурофизиологије у Београду.

Неуролошки налаз: сем плиће назолабијалне бразде лево и појачаних МТР (мишићних тетивних рефлекса) лево на горњим и доњим екстремитетима, остали неуролошки налаз уредна и без промена током напада главобоље и периода без болова. Контролни неуролошки налаз након оперативног третмана истоветан.

МР-мозга (31.10.2007): лакунарна лезија медијалног аспекта левог таламуса (исхемија, васкулитис) (слика 1.)

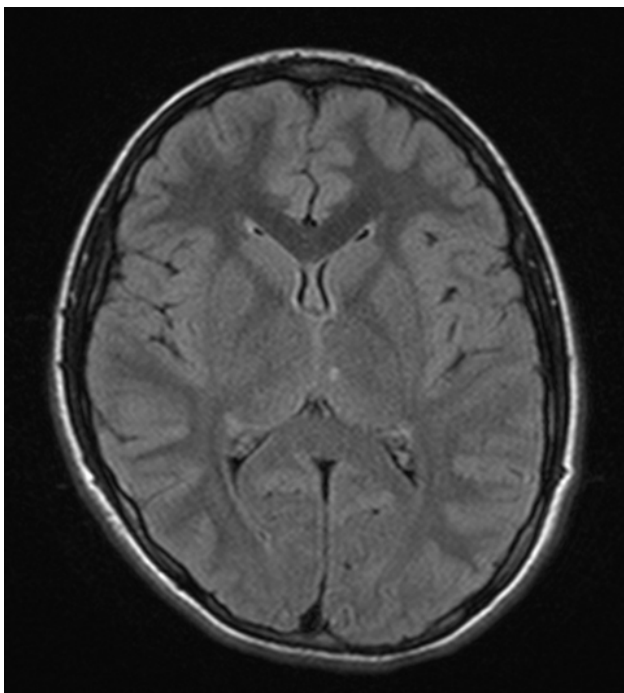
МРА мозга (12.01.2008): сакуларна анеуризма на М1 сегменту АЦМ са десне стране дијаметра 3.7мм (слика 3 и 4). И поновљена МР-мозга са истоветним описом лакунарне исхемијичне лезије левог таламуса.

БЕГ налаз: (31.10.2007) урађен пре оперативно епилептиформне промене паријетотемпралног региона десно.

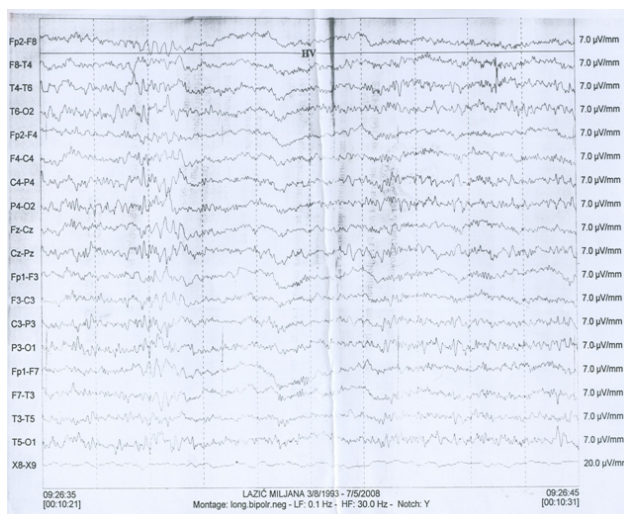
БЕГ налаз (05.05.2008) урађен пост оперативно- изнад десног фронталног до предње темпоралног региона регистрована је ритмична тета активност 5-6/сек. (слика 2).

Офталмолошки налаз: очно дно-налаз уредан, мотилитет и конвергенција уредни, вид на левом и десном оку уредан -1.0.

Клиничко биохемијске претраге крви и урина- уредне.



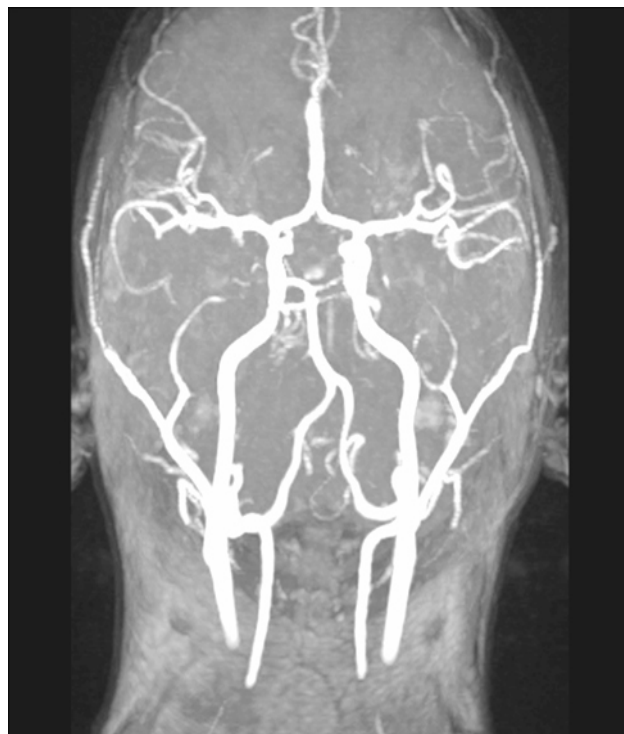
Слика 1. - Пацијенткиња 11М 15 г.- МР-мозга: лакуарна исхемијска лезија левог таламуса



Слика 2. - БЕГ- тета дисфункција ФТ региона десно.



Слика 3 - МР-ангиографија исте пацијенткиње - сакуларна анеуризма на М1 сегменту АЦМ са десне стране дијаметра 3.7мм.



Слика 4. - МР-ангиографија исте пацијенткиње - сакуларна анеуризма на М1 сегменту АЦМ са десне стране дијаметра 3.7мм.

Пост оперативно у више наврата пацијеткиња прегледана од стране неуролога. Присутне само у 2 наврата главобоље слабијег интензитета локализоване у левој половини главе, праћене фоно и фотофобијом у трајању од пар сати. Без губитка свести, без мучнине и повраћања.

ДИСКУСИЈА

Мигрена се може јавити у било ком животном добу али је њен почетак најчешћи у периоду адолесценције (код мушкараца је највећа инциденција између 10.-12. године, а код жена између 14.-16. године) (1). Мигренске главобоље су веома честе и њихова преваленца износи 17.6% код жена и 5.7% код мушкараца (5). С обзиром да је почетак по правилу пре 50. године (90% болесника), користан је клинички савет да сваког болесника код кога се први напад мигрене одиграо после 35.-40. године, детаљно испитамо и искључимо друге разлоге главобоље или евентуалну удруженост мигрене са другим обољењем. У приказаном случају се радило о пацијеткињи у адолесцентном узрасту, те ређом удруженошћу у том животном добу мигрене са аномалијом крвног суда мозга. Педијатријска мигрена се карактерише краћим трајањем напада и чешћом генерализованом, холоцефаличном главобољом. Клиничком сликом напада, више од саме главобоље могу да доминирају мучнина, повраћање, бол у стомаку и опште лоше стање (1). У приказаном случају напади главобоље по опису су одговарали мигрени без ауре (обична мигрена), која је најчешћи тип мигрене од које пати 80% болесника са мигреном. Напад може почети у било које доба дана, са болом који је углавном у почетку једностран и најинтензивнији супраорбитално. Касније може захватити читаву главу (холоцефалички бол). Напад траје обично 4-72 часа.

Обзиром на погоршање и интензивирање хемикраније код пацијенткиње уз појаву и кризе свести, из диференцијално дијагностичких разлога, превентивно са сумњом на анеуризму церебралних артерија, спроведена је МРА мозга која је и потврдила дијагнозу анеуризме. Будући да је и после оперативног захвата у два наврата пацијеткиња имала поновљене левостране главобоље слабијег до умереног интензитета (узети у обзир да је пар месеци у терапији АЕ заштита), можемо говорити о мигрени удруженој са анеуризмом АЦМ. Стога у дијагностици мигрене у било ком животном добу пацијента треба бити обазрив и искључити могућност симптоматске једностране главобоље или удруженост мигрене са могућом артериовенских малформацијом или анеуризмом церебралних артерија, као у приказаном случају.

ЗАКЉУЧАК

Приближно једна од три особе у току живота доживи тешку главобољу од чије учестале појаве пати 2-5% целокупне популације, а сваки десети становник планете пати од поновљених напада мигрене. Тежина и учесталост напада мигрене се битно разликују од болесника до болесника (1). Супротно устаљеном веровању главобоље су честе и код деце, код мушкараца је највећа инциденција између 10.-12. године, а код жена између 14.-16. године. Већ је устаљен став да се сваки болесник код кога се први напад мигрене одиграо после 35.-40. године, мора детаљно испитати и искључити други разлог главобоље. Наш приказ упућује на потребу да се иста таква опрезност и детаљно испитивање спроведу и код пацијената у дечјем и адолесцентном узрасту, односно указати на важност дијагностичких неурофизиолошких метода, неуролошког налаз и клиничке слике у диференцијалној дијагнози мигрена и на могућност (иако ретку) удружености мигрена са другим обољењима. Ово се односи пре свега на могуће конгениталне аномалије крвних судова мозга и то како код млађих пацијената тако и код оних између треће и пете деценије живота. Стога примена МР-мозга и МРА-мозга без обзира на веће материјалне захтеве ових процедура оправдава њихову примену, обзиром да се ради о изузетно озбиљном и прогностички лошем (смртност износи око 50-70%) исходу у случају руптуре анеуризме, које су најчешће асимптоматске. У оваквим случајевима главобоља као симптом може бити кључна у препознавању и благовременом дијагностиковању анеуризме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kostić V. Urednik: poglavlje 15; Glavobolje, Neurologija, Medicinski fakultet, Beograd, 2007, 153-64.
2. Zidverc-Trajković J. Migrena. Acta Clinica, vol 4, 2004.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia. 1998; 8 (suppl 7):1-96.
4. Sandrini G, Farkkila M, Burgess G, Foster E, Haughie S. Eletriptan vs. sumatriptan: a doubleblind, placebo-controlled multiple migraine attack study. Neurology. 2002;59:1210-1271.
5. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed MR. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other socioepidemiologic factors. JAMA 1992; 267:64-69.