

# ВЕСТИБУЛАРНА МИГРЕНА

В статията разглеждаме диагностичните критерии за вестибуларна мигрена. Тези критерии са формулирани съвместно с Комитета за класификация на вестибуларните разстройства на Bárány асоциацията и Подкомитета за класификация на мигрената на Международното дружество по главоболие (IHS), като оригиналните критерии, приети през 2012 г., са оставени непроменени.

Класификацията дефинира две понятия: вестибуларна мигрена и вероятна вестибуларна мигрена. Вестибуларната мигрена е включена в приложението на третото издание на Международната класификация на главоболието (ICHD-3, 2013 и 2018). Вероятната вестибуларна мигрена може да бъде включена в по-късната версия на ICHD, когато се натрупат допълнителни доказателства.



проф. д-р Диана  
Попова,  
доц. д-р Тодор  
Попов, гм

УМБАЛ "Царица  
Йоанна – ИСУЛ",  
Клиника по УНГ  
болести, МУ-София

Диагнозата вестибуларна мигрена се основава на повтарящи се вестибуларни симптоми, анамнеза за мигрена, времева връзка между вестибуларните симптоми и симптомите на мигрена, и изключване на други причини за вестибуларни симптоми. Симптомите, които отговарят на изискванията за диагнозата вестибуларна мигрена, включват различни видове световъртеж, замаяност с гадене, предизвикано от движението на главата. Симптомите трябва да са с умерена или тежка интензивност. Продължителността на остри епизоди е ограничена до прозорец между 5 минути и 72 часа.

Връзката между мигрена и световъртеж е призната от някои невролози още през 19<sup>ти</sup> век, но систематичните изследвания на световъртежа, причинени от мигрена, започват едва сто години

по-късно. През последните десетилетия вестибуларната мигрена се оформи като диагностична единица, която може да засегне до 2.7% от общата популация. Въпреки това липсата на универсално приета дефиниция за вестибуларна мигрена възпрепятства идентифицирането на пациента в клинични и изследователски условия. В отговор, Bárány асоциацията, която представлява международна общност от оториноларинголози и невролози, ангажирани с вестибуларните изследвания, упълномощи класификационна група да разработи диагностични критерии за вестибуларна мигрена.

Малко се знае или разбира по отношение на патофизиологията на заболяването или поне няма единен консенсус за съгласие. Съществуват обаче теории, че вестибуларните симптоми може да са аура, свързан симптом с главоболие или да се дъл-

жат на действителна периферна вестибулопатия. През 2011 г. *Eggers et al.* съобщават за световъртеж при вестибуларна мигрена като свързан феномен, а не като аура.

Друга теория включва идеята за "погналване". Точно както епилептичните припадъци могат да понижат прага за бъдещи припадъци, подобен мисловен процес съществува и при вестибуларните мигрени. Възможността пациентите с вестибуларна мигрена да станат чувствителни към стимули като движение на зрителното поле и това може да доведе до повтарящи се симптоми.

## Основни критерии за вестибуларна мигрена

- Най-малко 5 епизода с вестибуларни симптоми, с умерен или тежък интензитет, с продължителност от 5 мин. до 72 часа.
- Настояща или предишна анамнеза за мигрена със или без аура според Международната класификация на главоболието (ICHD-3).
- Една или повече характеристики на мигрена с най-малко 50% от вестибуларните епизоди:
  - главоболие с поне две от следните характеристики – едностранно местоположение, с пулсации, умерен или силен интензитет на

болката, влошаване от рутинна физическа активност.

- наличие на фотофобия и фонофобия, визуална аура.
- Не се обяснява по-добре от друга вестибуларна или ICHD диагноза.

Вестибуларните симптоми, както са дефинирани от Класификацията на вестибуларните симптоми на Bárány Society и определящи диагноза за вестибуларна мигрена, включват:

- Спонтанен световъртеж.
- Световъртеж с фалшиво усещане за самодвижение.
- Световъртеж с фалшиво усещане, че зрителната среда се върти.
- Позиционен световъртеж, възникващ след промяна на позицията на главата.
- Зрително индуциран световъртеж, предизвикан от сложен или голям движещ се визуален стимул.
- Световъртеж, появяващ се по време на движение на главата.
- Замайване с гагене, причинено от движение на главата. Световъртежът се характеризира с усещане за нарушена пространствена ориентация.

Вестибуларните симптоми се оценяват като „умерени“, когато пречат, но не нарушават ежедневните дейности, и „тежки“, ако ежедневните дейности не могат да бъдат изпълнявани.

Продължителността на епизодите е силно променлива: около 30% от пациентите имат епизоди с продължителност минути, 30% имат атаки с часове и други 30% имат атаки в продължение на няколко дни. Останалите 10% имат атаки, продължаващи само секунди, които обикновено се появяват многократно по

време на движение на главата, визуална стимулация или след промяна на позицията на главата. При тези пациенти продължителността на епизода се определя като общия период, през който кратките пристъпи се повтарят. В другия край на спектъра има пациенти, на които може да са необходими четири седмици, за да се възстановят напълно от даден епизод. Основният епизод обаче рядко надвишава 72 часа.

Характерно за вестибуларната мигрена е, че е достатъчен един симптом по време на един епизод. По време на различни епизоди могат да се появят различни симптоми. Свързаните симптоми могат да се появят преди, по време или след вестибуларните симптоми.

Фонофобията се определя като дискомфорт, предизвикан от звуково гразнене. Това е преходно и двустранно симетрично, за разлика от рекрутман феномена, който често е едностранен и постоянен.

Визуалните аури се характеризират с ярки проблясващи светлини или зигзагообразни линии, често със скотомата, която пречи на четенето. Визуалните аури обикновено се разширяват за 5-20 минути и продължават по-малко от 60 минути. Те често, но не винаги са ограничени до едно полулопе.

Други видове мигренозна аура, напр. соматосензорна или дисфазна аура, не са включени като диагностични критерии, тъй като тяхната феноменология е по-малко специфична и повечето пациенти имат и зрителни аури.

Анамнезата и физикалните прегледи не откриват друго вестибуларно разстройство или такова разстройство се обмисля, но е изключено чрез подходящи изследвания.

## Епидемиология

Вестибуларната мигрена е едно от най-честите вестибуларни нарушения, засягащо между 1 и 2.7% от общата популация, 11% от пациентите в специализирани клиники за световъртеж и 13% от пациентите в клиники за главоболие. Около 65 го 85% от пациентите са жени. Фамилна поява на вестибуларна мигрена с автосомно доминантно унаследяване е документирана в няколко семейства. Въпреки това генетиката може да играе роля при вестибуларните мигрени, както се вижда от проучване, показващо автосомно доминантна наследствена черта, свързана с генен локус 5q35 в семейна линия от четири поколения. По-голямата част от това семейство демонстрира главоболие, последвано от световъртеж в рамките на 15 до 20 години след началото на мигренозното главоболие. Други проучвания съобщават за връзки с регион на хромозома 11q или 22q12.

Връзка с мигренозната аура и мигрена с аура на мозъчния ствол (по-рано наричана мигрена от базиларен тип).

Както мигренозната аура, така и мигрената с аура на мозъчния ствол са термини, определени от ICHD-3. Само малка част от пациентите с вестибуларна мигрена изпитват световъртеж в рамките на 5-60 минути, както е определено за аура. Още по-малко имат световъртеж непосредствено преди началото на главоболието, както би се изисквало за типичната аура с главоболие от категория ICHD-3. Следователно епизодите на вестибуларна мигрена не могат да се разглеждат като мигренозни аури.

Преходни слухови симптоми, гагене, повръщане, прострация, неста-

билност и предразположеност към болест на движението могат да бъдат свързани с вестибуларна мигрена. Въпреки това, тъй като се срещат и с различни други вестибуларни нарушения, те не са включени като диагностични критерии.

## Резултати от вестибуларното изследване

Вестибуларната мигрена се класифицира изцяло въз основа на клиничните характеристики, както се съобщава от пациента. Точно както при самата мигрена, няма биологични маркери за вестибуларна мигрена. Вестибуларните находки и резултатите от тестовете могат да бъдат патологични, особено по време на или малко след епизод. Въпреки това остри находки не са лесно достъпни при повечето пациенти и резултатите от междупристъпното изследване не са достатъчно специфични, за да служат като диагностични критерии. Дълбоки аномалии в периода без симптоми, като тежка загуба на слуха и пълна едностранна или двустранна вестибуларна загуба, обикновено са показателни за друга причина.

## Припокриване с болестта на Мениер

Мигрената е по-честа при пациенти с болестта на Мениер, отколкото при здрави контроли. Многократно се съобщава за пациенти с характеристики както на болестта на Мениер, така и на вестибуларна мигрена.

Всъщност мигрената и болестта на Мениер могат да бъдат наследени като група от симптоми. Флукутираща загуба на слуха, шум в ушите и хидропс на лабиринта могат да възникнат при вестибуларна мигрена, но загубата на слуха не прогресира до тежко чуване или глухота. Освен това хроничната загуба на слуха при ВМ обикновено е двустранна, докато при болестта на Мениер е едностранна и асиметрична. По същия начин мигренозните главоболия, фотофобията и дори мигренозните аури са чести по време на пристъпите на Мениер. Установено е ендолимфатичен хидропс чрез ЯМР при пациенти с вестибуларна мигрена. Въпреки това патологичната връзка между вестибуларната мигрена и болестта на Мениер остава несигурна. През първата година след появата на симптомите разграничаването на вестибуларната мигрена от болестта на Мениер може да бъде предизвикателство, тъй като болестта на Мениер може да бъде предизвикателство, тъй като болестта на Мениер може да бъде моносимптомна с вестибуларни симптоми само в ранните стадии на заболяването.

## Други диференциални диагнози

Доброкачествен пароксизмален позиционен световъртеж (BPPV). Вестибуларната мигрена може да се прояви с чисто позиционен световъртеж, като по този начин имитира BPPV. За диференциация може да е необходимо директно наблюдение на нистагъм по време на острата фаза. При вестибуларна мигрена позиционният нистагъм обикновено е персистиращ и постоянен, предимно с

ниска до умерена скорост, рядко надвишаваща 30°/s. Симптоматичните епизоди обикновено са по-кратки при вестибуларна мигрена (минути до дни, а не седмици) и по-чести (няколко пъти годишно при вестибуларна мигрена, вместо веднъж на няколко години при BPPV). Типичният BPPV е по-често срещан при пациенти с мигрена по неясни причини.

Доказано е, че тези с BPPV, които са успешно лекувани с маневрата на Еплеу, имат по-висока честота на морска болест или история на мигрена в сравнение с широката общественост. Освен това, съвкупност от симптоми на световъртеж, гадене и главоболие, придружени от продължителен нистагъм при позиционен тест, който не се регистрира, когато пациентът е без симптоми, предполага вестибуларна мигрена.

## Преходни исхемични атаки (ПИА)

Диференциалната диагноза на вертебробазиларните ПИА е особено необходима при пациенти в старческа възраст. Сугестивните характеристики включват съдови рискови фактори, внезапна поява на симптоми, обща анамнеза за пристъпи от по-малко от една година и ангиографски или доплер ултразвукови данни за съдова патология във вертебралната или проксималната базилярна артерия. Внезапна болка във врата може да показва дисекция на вертебралната артерия.

## Вестибуларна пароксизмия

Вестибуларната пароксизмия се проявява с кратки пристъпи на световъртеж, продължаващи от една до няколко секунди, които се повтарят много пъти на ден. Успешната профилактика на пристъпи с карбамазепин поткрепя диагнозата.

### Психично замаиване

Тревожността и депресията могат да причинят замаиване и по същия начин да усложнят вестибуларното разстройство. Свързаната с тревожност замаяност се характеризира със ситуационна провокация, интензивно автономно активиране, катастрофално мислене и избягващо поведение. Повече от 50% от пациентите с вестибуларна мигрена имат коморбидни психиатрични разстройства.

### Migraine Anxiety-Related Dizziness (MARD). Замаяност, свързана с мигренозно безпокойство

MARD е състояние, което трябва да се има предвид, тъй като повтарящото се замаиване може да причини изтощителна тревожност. Това заболяване се диагностицира със симптоми на тревожност, мигрена и вестибуларни симптоми. Лечение на тревожност, както и на мигрена и разстройство на равновесието, е задължително.

### Мигрена, предизвикана от вестибуларна активация

Калорийната стимулация често предизвиква мигренозни пристъпи в рамките на 24 ч. при пациенти с мигрена, което показва, че мигренозните пристъпи могат да бъдат вторичен ефект от вестибуларното активиране, а не негова причина при податливи индивиди. Вероятно високият процент на главоболие и други симптоми на мигрена по време на пристъпите на Мениер може да се обясни с този механизъм. По този начин симптомите на мигрена по време на пристъпи на световъртеж не доказват диагнозата вестибуларна мигрена и разглеждането на други потенциални причини остава задължително.

## Провокиращи фактори

Провокирането на пристъп може да бъде диагностична следа. Менструацията, стресът, липсата на сън, дехидратацията и някои храни могат да предизвикат мигренозни пристъпи, но не са включени като диагностични критерии за вестибуларна мигрена, тъй като тяхната чувствителност и специфичност не са адекватно проучени.

## Отговор на лекарства против мигрена

Благоприятният отговор на лекарствата против мигрена може да подкрепи подозрението за основен механизъм на мигрена. Въпреки това очевидната ефикасност на дадено лекарство може да бъде повлияна от объркващи фактори, включително спонтанно подобрение, отговор на плацебо и множество лекарствени ефекти (напр. анксиолитик или антидепресант). Също така лекарствените реакции са полезни за диагностика, само когато чувствителността и специфичността на критерия е висока. Досега доказателствата за лечение на вестибуларна мигрена с лекарства против мигрена са недостатъчни, тъй като се основават най-вече на наблюдателни проучвания, а не на рандомизирани контролирани проучвания. Следователно, положителният лекарствен отговор не се счита за надежден критерий за диагностицирането на вестибуларна мигрена.

Рандомизирано контролирано проучване от 2017 г. от *Liu et al.* демонстрира ефикасността и безопас-

ността на венлафаксин, флунаризин и валпроева киселина при профилактиката на вестибуларна мигрена. Всяко лечение демонстрира уникални лечебни свойства като венлафаксин, който показва предимство при лечението на емоционални симптоми. Показано е също, че венлафаксин и валпроева киселина са за предпочитане пред флунаризин за намаляване на честотата на световъртежните атаки. Валпроевата киселина изглежда е по-малко ефективна от венлафаксин и флунаризин за намаляване на тежестта на световъртежа.

Понастоящем не се препоръчва хирургично лечение за вестибуларна мигрена, което може да доведе до влошаване на заболяването (Wise SR & Sargent EW; 2013 г.). ■

### Книгопис:

1. O'Connell Ferster AP, Priesol AJ, Isildak H. The clinical manifestations of vestibular migraine: A review. *Auris Nasus Larynx*. 2017 Jun;44(3):249-252. [PubMed]
2. Luzeiro I, Luis L, Gonçalves F, Pavao Martins I. Vestibular Migraine: Clinical Challenges and Opportunities for Multidisciplinary. *Behav Neurol*. 2016;2016:6179805. [PMC free article] [PubMed]
3. Sargent EW. The challenge of vestibular migraine. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Oct;21(5):473-9. [PubMed]
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160. [PubMed]
5. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res*. 2009;19(1-2):1-13. [PubMed]
6. Radtke A, Neuhauser H, von Brevern M, Hottenrott T, Lempert T. Vestibular migraine – validity of clinical diagnostic criteria. *Cephalalgia*. 2011 Jun;31(8):906-13. [PubMed]
7. Furman JM, Balaban CD. Vestibular migraine. *Ann N Y Acad Sci*. 2015 Apr;1343:90-6. [PubMed]
8. Bahmad F, DePalma SR, Merchant SN, Bezerra RL, Oliveira CA, Seidman CE, Seidman JG. Locus for familial migrainous vertigo disease maps to chromosome 5q35. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2009 Sep;118(9):670-6. [PMC free article] [PubMed]
9. Lee H, Jen JC, Cha YH, Nelson SF, Baloh RW. Phenotypic and genetic analysis of a large family with migraine-associated vertigo. *Headache*. 2008 Nov-Dec;48(10):1460-7. [PMC free article] [PubMed]