

**Wojciech Nowak, Przemysław Nowak, Elżbieta Nowak,
Sławomir Szmatoła**

Zakład Profilaktyki Chorób Układu Nerwowego

Instytutu Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Nowak

Dziekan: prof. zw. dr hab. W. Dutkiewicz

NARKOLEPSJA A MIGRENA**STRESZCZENIE**

Autorzy omawiają trudny problem diagnostyczny i kliniczny narkolepsji i migreny.

Słowa kluczowe: narkolepsja, migrena.**SUMMARY**

The authors discuss diagnostic and clinical problems of narcolepsy and migraine.

Key words: narcolepsy, migraine.

Padaczka, narkolepsja i migrena, poza innymi, należą do tzw. zaburzeń napadowych w neurologii. Narkolepsja cechuje się napadową sennością w ciągu dnia, objawami kataleptycznymi (porażennymi), rzadziej przemijającymi porażeniami w czasie snu oraz omamami okołosennymi. Częstość występowania choroby waha się od 2 do 10 osób na 10 tys. populacji. W Japonii wskaźnik ten jest kilkakrotnie wyższy. Początek choroby jest najczęściej między 15. a 30. rokiem życia, a zachorowania w dzieciństwie i powyżej 65. roku życia są sporadyczne. Schorzenie występuje równie często tak wśród kobiet, jak i mężczyzn. Przyjmuje się związek narkolepsji z haplotypem układu zgodności tkankowej HLA DQw1/DR2, zlokalizowanym na chromosomie 6. Nieraz z powodu trudności diagnostycznych właściwe rozpoznanie trwa nawet kilka lat. Jednym z wstępnych objawów jest zmęczenie, apatia, spowolnienie psychoruchowe. Napadowa senność w czasie dnia jest niespodziewana, zaczynająca się głównie w stanie aktywności, wykonywania nawet precyzyjnych czynności, w stanach emocjonalnych, głównie radosnych. Trwać może od kilkunastu sekund do kilku minut. Epizody takie mogą być rzadkie lub częste, nawet do kilkunastu w ciągu dnia. W czasie ich trwania może dochodzić do wypadków, np. w czasie prowadzenia pojazdów mechanicznych. Istnieje niepamięć owych wydarzeń, bowiem zaburzenia te mają charakter zmodyfikowanych, skróconych epizodów snu. Obejmują one głównie okres zasypiania i budzenia się, w których pojawia się już faza REM [1-5].

U ponad połowy chorych na narkolepsję pojawiają się zaburzenia zachowania i orientacji o charakterze automatyzmów, z niepamięcią tych wydarzeń. Chorzy muszą spać częściej, ale krócej. Z reguły narkolepsji towarzyszy katapleksja, charakteryzująca się napadowymi epizodami porażenia lub osłabieniem mięśni zależnych od naszej woli, bez zaburzeń świadomości. Objawy katapleksji pojawiają się zwykle już w czasie trwania narkolepsji, wyjątkowo mogą ją wyprzedzać. Stany emocjonalne, w tym śmiech, płacz, strach, mogą wywoływać napady katapleksji. Ich częstość jest też zróżnicowana od sporadycznych do nawet kilku na dobę. Objawy porażenne wiążą się z pojawieniem się fazy REM snu w czasie czuwania.

U chorych z czasem występować mogą zaburzenia mowy o typie dyzartrii. Charakterystycznym objawem bywa też napadowe „opadanie głowy” oraz również napadowa wiotkość kolan. Przyjmuje się, że u chorych z narkolepsją dochodzi do uszkodzenia górnych obszarów pnia mózgu oraz podwzgórza, z wtórną ich dysfunkcją. Choroba jest nieuleczalna, z predyspozycjami rodzinno-genetycznymi (gen zlokalizowany jest na ramieniu chromosomu 6 w obszarze zasadniczego kompleksu zgodności tkankowej). W różnicowaniu należy uwzględnić inne napadowe zespoły neurologiczne, w tym padaczkę, zespół pourazowy, zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne, wodogłowie, procesy uciskowe mózgu, neuroinfekcje, zespół Kleinego-Levina [1-6]. Ten rzadki zespół został również i przez nas opisany [7].

W leczeniu narkolepsji stosuje się m.in. aktywujące leki adrenergiczne, a w katapleksji także preparaty trójcykliczne, wybiórcze inhibitory zwrotnego wchłaniania serotoniny. Istotne jest dostosowanie rodzaju i cyklu pracy chorych na narko- i katapleksję.

Współistnienie narkolepsji i migreny jest nadal złożonym problemem nie tylko klinicznym. Dahmen i wsp. [8] w swych badaniach stwierdzili, że u 37% chorych z narkolepsją (44% kobiet, 28% mężczyzn), zazwyczaj po kilkunastu latach trwania choroby, rozwija się migrena. W grupie narkolepsji idiopatycznej te odsetki były jeszcze wyższe (64,4% wśród kobiet i 34,8% wśród mężczyzn). Nie stwierdzono związku między pojawianiem się objawów migreny u chorych na narkolepsję, a rodzajem przyjmowanych leków. Sugeruje się istnienie wspólnego tła patofizjologicznego narkolepsji i migreny [3-5].

Zmiany w EEG w napadzie senności w narkolepsji odpowiadają okresowi zasypiania, a wyjątkowo nawet początkowej fazie snu. W czasie napadu katapleksji zapis EEG jest zwykle niskonapięciowy [9, 10].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena kliniczna i elektroencefalograficzna chorych ze współistnieniem narkolepsji i migreny.

MATERIAŁ BADAŃ

Okres badań obejmował lata 1965-2003. W grupie 21 chorych z narkolepsją (9 kobiet, 12 mężczyzn) było 5 kobiet i 3 mężczyzn, u których współistniała migrena. Wiek chorych wahał się od 29 do 51 lat (śr. 42 lata). Czas trwania narkolepsji wynosił od 10 do 16 lat (śr. 12 lat).

METODA BADAŃ

Stosowano typowe metody diagnostyczne i kliniczne. Nie było żadnego chorego, u którego bóle głowy mogły być innego typu niż migrenowe. EEG wykonywano wg standardów międzynarodowych, stosując system odprowadzeń 10-20 oraz typowe metody aktywacji.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Objawy migreny u 3 mężczyzn pojawiły się w okresie 9-11 lat od początku narkolepsji, u kobiet w czasie 10-13 lat. U żadnego chorego nie występowały omdlenia lub napady padaczkowe.

Tabela 1. Narkolepsja a postać migreny u badanych chorych

Płeć	Migrena		
	z aurą wzrokową	parestetyczną	bez aury
M	1	1	1
K	4	1	–
Ogółem	5	2	1

W całej grupie współistnienie narkolepsji i migreny stwierdzono u ponad 38% chorych. Dominowała postać migreny z aurą wzrokową, szczególnie u kobiet. Podobne zjawisko było także wśród osób z występowaniem migreny i padaczki.

Tabela 2. EEG u chorych z narkolepsją i migreną

Płeć	Zapis EEG			
	w okresie międzynaпадowym migreny		w czasie napadu	
	prawidłowy	zmiany ogniskowe	zmiany napadowe	
zogniskowane			uogólnione	
M	1	2	2	1
K	–	5	1	4
Ogółem	1	7	3	5

W okresie międzynaпадowym dominowały zmiany ogniskowe skroniowe, a w czasie napadu migreny zmiany napadowe uogólnione, w mniejszym stopniu napadowość ogniskowa skroniowa. Uogólniona napadowość była zwykle asymetryczna, złożona z wieloiglic i fal ostrych, bez zespołów „iglica–fala”. Podobne zmiany stwierdzano w badaniach EEG u chorych na migrenę [11]. Nie było istotnych korelacji między pojawieniem się objawów narkolepsji i napadu migreny. Zmiany w EEG korelowały bardziej z postacią migreny niż innymi parametrami. Dotyczyło to także 2 chorych (kobieta i mężczyzna), gdzie występowały równocześnie objawy katapleksji.

WNIOSKI

Mała grupa badanych chorych pozwala na wyciągnięcie tylko następujących wniosków:

1. Potwierdza się opisywane zjawisko współistnienia narkolepsji i migreny.
2. Przewaga występowania migreny wśród kobiet miała miejsce także w naszych badaniach.
3. Objawy migreny u chorych na narkolepsję ujawniają się zazwyczaj jako wtórny zespół chorobowy, z dominowaniem postaci klasycznej, głównie z aurą wzrokową.
4. Zmiany w EEG tak w okresie międzynaпадowym, jak i napadowym migreny odpowiadają stwierdzanym w czasie badań nad migreną i nie mają charakteru swoistego.
5. Istnieją problemy terapeutyczne w przypadkach współistnienia narkolepsji i migreny.

PIŚMIENICTWO

- [1] Bilhard M.: Idiopathic hypersomnia. *Neurol. Clin.* 1996; 14: 573-582.
- [2] Critchley M.: Periodic hypersomnia and megaphagia In adolescent males. *Brain.* 1962; 85: 627-656.
- [3] Fry J. M.: Current issues in the diagnosis of and management of narcolepsy. *Neurology.* 1998; 50: 1.
- [4] Warłów Ch.: Zaburzenia snu. W: *Neurologia.* Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 1996; 131-134.
- [5] Parkes J. D.: Natura history, symptoms and treatment of narcoleptic syndrome. *Acta Neurol. Scand.* 1975; 52: 337-345.
- [6] Huber Z.: Rozpoznanie i różnicowanie. W: *Padaczka.* Dowżenko A. (red.). PZWL. Warszawa 1971; 235-237.
- [7] Nowak S., Błaszczyk B.: Zespół Kleinego-Levina. *Neur. Neurochir. Pol.* 1984; 2: 129-131.
- [8] Dahmen N., Ksaten M., Wiczorek S., Gencik M., Eppilen J. T., Ullrich B.: Increased frequency of migraine in narcoleptic patients: a confirmatory study. *Cephalalgia* 2003; 23: 14-19.
- [9] Niedermeyer E.: The EEG In Patients with Migraine and Rother Form sof Headache. *Electroencephalography: Basic Principles. Clinical Applications and Related Fields.* 1993; 30: 573-579.
- [10] Nuwer M.: Assesment of digital EEG quantitative EEG, and EEG brain mapping: Report of the American Academy of Neurology 1997; 49: 277-292.
- [11] Nowak P.: Analiza częstości i rodzaju wyładowań napadowych w EEG u chorych na migrenę. Praca doktorska. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005.