

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σπίγγος Χ. Κ.

Νευρολόγος

Περίληψη

Ανάμεσα στις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες, η ημικρανία ξεχωρίζει, ως η συχνότερα απαντώμενη οντότητα, αλλά και ως προκαλούσα σημαντική επιβάρυνση στην καθημερινή λειτουργικότητα των πασχόντων. Ο διαγνωστικός έλεγχος σίγουρα ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση αμφιβολίας, αλλά και σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενα ημικρανικά σύνδρομα, που δεν έχουν ελεγχθεί κατά το παρελθόν. Παράλληλα, υπάρχουν ορισμένα ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση ή σημεία από το ιστορικό, τα οποία αυξάνουν την πιθανότητα ύπαρξης μιας δευτεροπαθούς διαταραχής που μιμείται την ημικρανία, ώστε να γεννάται η ανάγκη διαγνωστικού ελέγχου ανεξαρτήτως της λοιπής κλινικής εντύπωσης. Η ημικρανία μπορεί να προκαλέσει λειτουργική έκπτωση, αλλά ποικίλει σημαντικά ως προς τη συχνότητα και την ένταση από άτομο σε άτομο. Δεν είναι σαφές ποια κλινικά χαρακτηριστικά έχουν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου με ημικρανία. Οι μη μεταδοτικές παθήσεις, που προκαλούν περισσότερο μείωση λειτουργικότητας παρά θνησιμότητα, όπως είναι τα σύνδρομα πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας, ουσιαστικά παραμένουν αόρατες σε μετρήσεις που βασίζονται μόνο στην θνησιμότητα και τη νοσοκομειακή νοσηρότητα. Από το 2004 και μετά, η πλήρωση των κενών των επιδημιολογικών μετρήσεων, ιδιαίτερα σε περιοχές εκτός της Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης, έγινε η πρώτη προτεραιότητα της Παγκόσμιας Εκστρατείας κατά της Κεφαλαλγίας. Εμπειρικά δεδομένα αντικατέστησαν πολλές από τις παραδοχές στις οποίες βασίζονταν οι προηγούμενες εκτιμήσεις, που έγιναν δυνατές κατά χώρα και από μεγάλες περιοχές του πλανήτη. Έτσι, δεν υπάρχει πλέον η αμφιβολία ότι η ημικρανία αποτελεί μείζονα παράγοντα κακής δημόσιας υγείας μόνο σε μερικές χώρες, κλίματα ή πολιτισμούς, κατατάσσεται σταθερά στην πέμπτη έως την όγδοη θέση μεταξύ των κορυφαίων αιτιών λειτουργικής έκπτωσης σε όλες τις περιοχές του κόσμου και περαιτέρω, η αντίληψη ότι η ημικρανία είναι μια ασθένεια που επηρεάζει κατά προτίμηση τις πλούσιες βιομηχανικές χώρες διαλύθηκε, κατόπιν της σύγκρισης μεταξύ των χωρών με χαμηλό και αυτών με υψηλό εισόδημα. Αν και δεν έχει αποδειχθεί η ύπαρξη αιτιολογικής σύνδεσης, όπως και οι πιθανοί μηχανισμοί, η συσχέτιση της ημικρανίας με ψυχιατρική και καρδιαγγειακή συνοσηρότητα είναι επιβεβαιωμένη στη βιβλιογραφία.

Λέξεις ευρητηρίου: Ημικρανία, διάγνωση, λειτουργικότητα, επιβάρυνση

MIGRAINE: DIAGNOSTIC METHOD, FUNCTIONALITY IMPAIRMENT AND DISEASE BURDEN ON PATIENTS AND SOCIETY – A REVIEW

Spingos C. K.

Corfu Headache Clinic

Abstract

Among the primary headaches, migraine stands out as the most common one. It also stands out as a significant burden on the daily functioning of patients. A differential diagnosis is certainly indicated in all cases of a clinical doubt, but also in patients with their first occurrence of symptoms not been tested in the past. At the same time, there are some findings from the examination and/or history which increase the likelihood of a secondary cause, which pose a need for diagnostic testing regardless of the clinical picture.

Migraine can cause functional impairment, but it varies considerably in its frequency and intensity from person to person. It is not clear which symptoms have the greatest impact on the quality of life of a patient with migraine. In general, non-communicable diseases, which cause greater impairment in functionality and mortality, such as major headache syndromes, are essentially invisible to measurements based only on mortality and morbidity. Since 2004, the filling of the gaps in epidemiological data, particularly in areas outside North America and Western Europe, has become the top priority of the Global Campaign against Headache. Empirical data has replaced many of the assumptions on which previous estimates had been made, now possible by country from large areas of the globe. According to them, there is no doubt that migraine has a negative influence on the public health in all countries, climates or cultures, as it is consistently ranked in the fifth to eighth place among the leading causes of functional impairment. Migraine is no longer considered as a disease of the wealthy industrialized countries, after the comparison between low- and high-income countries. The correlation of migraine with psychiatric and cardiovascular coherence is now confirmed in the medical literature, although there is no evidence of etiology, as well as the possible mechanisms.

Key words: Migraine, diagnosis, functionality, burden

Εισαγωγή

Η κεφαλαλγία είναι σύμπτωμα και όχι νόσος και ως τέτοιο συνήθως έχει καλοήγη αιτία. Συχνότερα υπεύθυνο είναι κάποιο σύνδρομο πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας, ανάμεσα στα οποία η ημικρανία ξεχωρίζει, ως η συχνότερα απαντώμενη οντότητα, αλλά και ως προκαλούσα σημαντική επιβάρυνση στην καθημερινή λειτουργικότητα των πασχόντων.

Διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με ημικρανία

Το ιστορικό, η εξοικείωση του κλινικού με τα κριτήρια της Διεθνούς Εταιρίας Κεφαλαλγίας [1] η αντικειμενική νευρολογική εξέταση και κάποιες φορές και η συστηματική αντικειμενική εξέταση συνήθως θα επιτρέψουν σημαντικό βαθμό βεβαιότητας ως προς τη διάγνωση της ημικρανίας.

Ο διαγνωστικός έλεγχος σίγουρα ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση αμφιβολίας, αλλά και σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενα ημικρανικά σύνδρομα, που δεν έχουν ελεγχθεί κατά το παρελθόν. Παράλληλα, υπάρχουν ορισμένα ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση ή σημεία από το ιστορικό, τα οποία αυξάνουν την πιθανότητα ύπαρξης μιας δευτεροπαθούς διαταραχής που μιμείται την ημικρανία, ώστε να γεννάται η ανάγκη διαγνωστικού ελέγχου ανεξαρτήτως της λοιπής κλινικής εντύπωσης. Σε αυτά, γνωστά και ως «κόκκινες σημαίες», περιλαμβάνονται (1) ο πρόσφατος τραυματισμός στην κεφαλή ή στον αυχένα και/ ή τον τράχηλο, (2) η νέα, χειρότερη όλων, επιδεινούμενη ή αιφνίδια έναρξη κεφαλαλγία, (3) η κεφαλαλγία που εμφανίζεται κατά το χειρισμό Valsalva ή κατά το βήχα, (4) η κεφαλαλγία που εμφανίζεται κατά τη σωματική άσκηση, (5) η κεφαλαλγία που σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, (6) η κεφαλαλγία στην εγκυμοσύνη, (7) η κεφαλαλγία σε ασθενή ηλικίας άνω

των 50, περίπου ετών, (8) η ύπαρξη νευρολογικών ευρημάτων και / ή συμπτωμάτων, (9) η ύπαρξη συστηματικών σημείων και / ή συμπτωμάτων και (10) οι παράγοντες κινδύνου για δευτεροπαθείς καταστάσεις, όπως ο καρκίνος ή η λοίμωξη από τον ιό της ανθρωπίνης ανοσοανεπάρκειας (HIV) [2].

Λιγότερο ανησυχητικά, αν και προβληματίζουν, είναι τα χαρακτηριστικά της αφηνιστικής κεφαλαλγίας, της αυστηρής πηλαγίωσης και της απαντητικότητας του άλγους στην αλλαγή θέσης του σώματος [3].

Ο προηγούμενος τραυματισμός της κεφαλής ή του αυχένα μπορεί να σημαίνει, αναλόγως της χρονικής απόστασης, την επισκληρίδια, υποσκληρίδια, υπαρχνοειδή ή ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία ή το διαχωρισμό καρωτίδας ή σπονδυλικής αρτηρίας. Ο τελευταίος έχει αναφερθεί και μετά από τραυματισμούς που διαλάθουν της αξιολόγησης του ασθενούς ως σημαντικών [4].

Κατά την πρόσφατη έναρξη κεφαλαλγίας, ιδίως εντός του πρόσφατου εξαμήνου ή την πρόσφατη επιδείνωση ή αλλαγή του τύπου μιας προϋπάρχουσας κεφαλαλγίας, η ύπαρξη χωροκατακτητικής εξεργασίας, υποσκληρίδιου αιματώματος, κατάχρησης αναλγητικών και μνηγιγοεγκεφαλίτιδας θα πρέπει να αποκλείονται [5] Ιδίως σε άλγος που περιγράφεται «χειρότερο από ποτέ» θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η πιθανότητα υπαρχνοειδούς αιμορραγίας [6].

Η κεραυνοβόλος έναρξη της κεφαλαλγίας (μέγιστη ένταση άλγους εντός δευτερολέπτου από την έναρξή του) προκαλεί επίσης σημαντική υποψία ενδοπαρεγχυματικής αιμορραγίας ή αιμορραγίας εντός κάποιας χωροκατακτητικής εξεργασίας ή σε έδαφος αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας, καθώς και διαχωριστικού ανευρύσματος, κεντρικής φλεβικής θρόμβωσης, αιμορραγίας (αποπληξίας) της περιοχής της υπόφυσης, αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης, συνδρόμου αναστρέψιμης εγκεφαλικής αγγειοσύσπασης ή οξείας υπερτασικής κρίσης [6].

Η πυροδότηση από δραστηριότητες που συνεπάγονται αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (του τύπου του χειρισμού Valsalva) ή από βήχα μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη δυσπλασίας Chiari ή χωροκατακτητικής εξεργασίας (ιδίως του οπίσθιου κρανιακού βόθρου), ενώ η έκλιση από σωματική προσπάθεια έχει συσχετιστεί με υπαραχνοειδή αιμορραγία, διαχωριστικό ανεύρυσμα, αλλά και με εξωεγκεφαλικά αίτια, όπως ισοδύναμη στηθάγχης και φαιοχρωμοκύτωμα. Η έκλιση από σεξουαλική δραστηριότητα (είτε προοργασμικά είτε οργασμικά) έχει συσχετιστεί με υπαραχνοειδή αιμορραγία και με διαχωριστικό ανεύρυσμα [7].

Η κεφαλαλγία κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης ή λοχείας θα πρέπει να θέτει την υποψία προς αποκλεισμό θρόμβωσης φλοιώδους φλέβας ή φλεβώδους εγκεφαλικού κόλπου, καθώς και της αποπληξίας της υπόφυσης [8]. Η ηλικία έναρξης της κεφαλαλγίας άνω των 50 ετών αυξάνει τις πιθανότητες πρωτοπαθούς ή μεταστατικής νεοπλασίας του εγκεφάλου, όπως και αγγειοεγκεφαλικών συνδρόμων και ειδικότερα της γιγαντοκυτταρικής (κροταφικής) αρτηρίτιδας [9,10].

Η διαπίστωση νευρολογικών σημείων ή συμπτωμάτων σε ασθενή με κεφαλαλγία (ενδεικτικά: επιληπτικές κρίσεις, συγχυτική εικόνα, διαταραχή επιπέδου συνείδησης, μυϊκή αδυναμία, οίδημα οπτικής θηλής κ.ά.) μπορεί να σημαίνουν αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία, αυτοάνοση νόσο, καλοήγη ενδοκράνια υπέρταση ή μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, ενώ η παρουσία συστηματικής νόσου μπορεί να σημαίνει συστηματική λοίμωξη με επινέμηση του νευρικού συστήματος, όπως και η παρουσία ειδικότερα πυρετού θα πρέπει να οδηγεί στον αποκλεισμό της μηνιγγίτιδας ή εγκεφαλίτιδας. Η αυχενική δυσκαμψία, εκτός από υπαραχνοειδή αιμορραγία που θα χαρακτηρίζεται και από σοβαρή ένταση του άλγους, μπορεί να σημαίνει μηνιγγική καρκινωμάτωση, νόσο του Lyme ή αγγειακή αυτοάνοση νόσο. Η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση κρανιακών αρτηριών μπορεί να σημαίνει γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα [3].

Το ιστορικό απώλειας σωματικού βάρους μπορεί να σημαίνει κακοήθεια, όπως και το ιστορικό καρκίνου την παρουσία μεταστατικής εγκεφαλικής νόσου, ενώ η ανοσοκαταστολή (HIV, λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής κλπ.) θα πρέπει να οδηγεί στον αποκλεισμό ευκαιριακών εγκεφαλικών ιογενών και παρασιτικών λοιμώξεων. Ένα πρόσφατο ταξίδι ανεξαρτήτως προορισμού μπορεί επίσης να σημαίνει μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

Ως λιγότερο σημαντικής αλλά όχι αμελητέας διαγνωστικής αξίας (κίτρινες σημαίες) για τον αποκλεισμό δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας σε ασθενή με εικόνα ημικρανιακού ή άλλου συνδρόμου θεωρείται η αφύπνιση του ασθενούς από το άλγος κατά τη νύχτα, που μπορεί να εμφανίζεται σε διαταραχές σχετιζόμενες με τον ύπνο (για παράδειγμα, αποφρακτική άπνοια του ύπνου), παλίνδρομη κεφαλαλγία από απόσυρση κάποιας φαρμακευτικής ουσίας και η φτωχά ελεγχόμενη αρτηριακή υπέρταση. Καθώς η αφύπνιση κατά τη

νύχτα είναι συχνή στην ημικρανία, στην παροξυσμική ημικρανία, στην αθροιστική κεφαλαλγία, στα βραχεία διάρκειας μονόπλευρα νευραλγικόμορφα επεισόδια κεφαλαλγίας με ένεση επιπεφυκότα και δακρύρροια (σύνδρομο SUNCT), στην υπνική κεφαλαλγία και στο «σύνδρομο εκρηκτικής κεφαλαλγίας», η αφύπνιση κατά τη νύχτα θα πρέπει να λογαριάζεται πάντα μέσα στη συνολική εικόνα της κεφαλαλγίας του ασθενούς [11].

Από τις λοιπές κίτρινες σημαίες, η νέα έναρξη κεφαλαλγίας αυστηρά μονόπλευρης εντόπισης μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό διαχωριστικό ανεύρυσμα, ενδοκράνιο ανεύρυσμα και σε καρκίνωμα του πνεύμονα, ενώ η ορθοστατική εμφάνιση της κεφαλαλγίας την αυτόματη ενδοκράνια υπόταση καθώς και την κεφαλαλγία μετά από οσφυονωτιαία παρακέντηση [3].

Οι διαγνωστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν την απεικόνιση του εγκεφαλικού παρεγχύματος και των εγκεφαλικών αγγείων, την ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) και τις εξετάσεις αίματος, που επιλέγονται ανάλογα με το ιστορικό και τα ευρήματα. Για τους περισσότερους ασθενείς, η διαγνωστική εξέταση επιλογής είναι η μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου. Η υπολογιστική τομογραφία (CT) εγκεφάλου συνήθως χρειάζεται όταν το ιστορικό περιλαμβάνει τραυματισμό ή υπάρχει αιφνίδια έναρξη της κεφαλαλγίας [12]. Η εξέταση του ENY συνήθως είναι απαραίτητη στην ισχυρή υποψία υπαραχνοειδούς αιμορραγίας με αρνητική CT, λοίμωξης, καθώς και συνδρόμων υψηλής ή χαμηλής πίεσης του ENY προκειμένου να διενεργηθεί μέτρηση της ενδοκράνιας πίεσης [3,13].

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

Η ημικρανία μπορεί να προκαλέσει λειτουργική έκπτωση, αλλά ποικίλει σημαντικά ως προς τη συχνότητα και την ένταση από άτομο σε άτομο. Δεν είναι σαφές ποια κλινικά χαρακτηριστικά έχουν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου με ημικρανία, αν και στις περισσότερες μελέτες, η ένταση της κεφαλαλγίας εμφανίζεται ως ο βασικότερος καθοριστικός παράγων της σχετικής με την κεφαλαλγία αναπηρίας, ενώ επίσης συσχετίζεται, με το βαθμό κατάθλιψης και λοιπής ψυχικής συνοσηρότητας. Η συχνότητα της κεφαλαλγίας δε συσχετίσθηκε εμφανώς με την αναπηρία ή με ψυχολογικούς παράγοντες [14].

Η επιβάρυνση ως προς την λειτουργική έκπτωση που σχετίζεται με την κεφαλαλγία εξαρτάται σημαντικά από τον τρόπο μέτρησης που ακολουθούμε. Η κεφαλαλγία είναι μια από τις πιο συχνές διαταραχές του νευρικού συστήματος, ενώ αρκετοί από τους υποτύπους της –κεφαλαλγία τάσης, ημικρανία, αθροιστική κεφαλαλγία και τα αποκαλούμενα χρόνια σύνδρομα καθημερινής κεφαλαλγίας– προκαλούν σημαντική απώλεια λειτουργικότητας.

Πέρα από τις επιδημιολογικές διαφορές, η ίδια

η επιβάρυνση από την ημικρανία ποικίλει και αυτή σημαντικά στα διάφορα μέρη του κόσμου, καθώς υπάρχουν διαφορές ως προς τα γενετικά χαρακτηριστικά, τις κλιματικές συνθήκες, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τον τρόπο καθημερινής ζωής, αθλή και τη συνοσπρότητα.

Οι εκτιμήσεις αναπηρίας λόγω νόσου αποτελούν τον κύριο στόχο των μελετών Παγκόσμιας Επιβάρυνσης από Νόσο (Global Burden of Disease: GBD) που διεξάγονται επαναληπτικά από το 1990. Στο πλαίσιο των GBD, η αναπηρία μετράται σε έτη ζωής με αναπηρία (YLDs) και σε έτη απώλειας ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας (YLLs). Οι μη μεταδοτικές παθήσεις που προκαλούν περισσότερο μείωση λειτουργικότητας παρά θνησιμότητα, όπως είναι η κεφαλαλγία, ουσιαστικά παραμένουν αόρατες σε μετρήσεις που βασίζονται μόνο στην θνησιμότητα και τη νοσοκομειακή νοσηρότητα. Το προσαρμοσμένο ως προς τη λειτουργικότητα έτος ζωής (DALY) καλύπτει αυτό το κενό, συνδυάζοντας τον πρόωρο θάνατο από μια πάθηση με μη θανατηφόρες συνέπειες αυτής στο σύνολο του προσδόκιμου ζωής και αποτελεί ένα διεπιστημονικό νόμισμα για χρήση μεταξύ γιατρών και οικονομολόγων της υγείας που αποφασίζουν για την ορθολογική κατανομή πόρων περίθαλψης. Τα DALY είναι η άθροιση των YLD και των YLLs. Καθώς η ημικρανία δεν έχει θνησιμότητα, η ιδιαιτερότητα που συνδέεται με αυτή, όπως και με άλλες λειτουργικές διαταραχές, είναι ότι νοσηρό φορτίο προέρχεται μόνο από προσαρμοσμένα απωλεσθέντα έτη ζωής [15].

Η ημικρανία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο GBD 2000 [16] και μέσα σε περίπου 13 χρόνια ανέβηκε στις τάξεις των κορυφαίων αιτιών των YLD παγκοσμίως, από το 19ο στο GBD 2000 [16] έως το έβδομο στο GBD 2010 [17,18] και το έκτο στο GBD 2013 [19,20], που επιβεβαίωσε τις διαταραχές κεφαλαλγίας συνολικά ως την τρίτη μεγαλύτερη αιτία των YDL.

Τα DALY που αφορούν την ημικρανία έχουν δείξει σταθερή αύξηση, ωστόσο αυτή δεν είναι ενδεικτική αυξανόμενου επιπολασμού. Το GBD εξαρτάται από τα διαρκώς εμπλουτιζόμενα δεδομένα από ολόκληρο τον κόσμο, ενώ και η επιδημιολογία της κεφαλαλγίας είναι μια αναπτυσσόμενη ακόμη επιστήμη [21].

Η πλήρωση των κενών ιδιαίτερα σε περιοχές εκτός της Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης έγινε η πρώτη προτεραιότητα της Παγκόσμιας Εκστρατείας κατά της Κεφαλαλγίας μετά την έναρξή της το 2004. Με εμπειρικά δεδομένα, που αντικατέστησαν πολλές από τις παραδοχές στις οποίες βασίζονται οι προηγούμενες εκτιμήσεις του GBD και με μια προσέγγιση για τον υπολογισμό του YLD με βάση τον επιπολασμό αντί της επίπτωσης και της διάρκειας όπως στο GBD 2000, οι εκτιμήσεις έγιναν δυνατές κατά χώρα και όχι από μεγάλες περιοχές του κόσμου.

Οι διαταραχές κεφαλαλγίας αντιπροσωπεύουν περισσότερα DALY από όλες τις άλλες νευρολογικές διαταραχές σε συνδυασμό (συμπεριλαμβανομένης

της άνοιας), παρά το γεγονός ότι δεν επιβαρύνουν τη θνησιμότητα [21]. Λόγω αυτού του γεγονότος, ο συγκριτικός αντίκτυπος των διαταραχών κεφαλαλγίας στη δημόσια υγεία αντιπροσωπεύεται από τα YLD.

Στον Πίνακα 1 παρατίθενται συγκριτικά τα έτη με αναπηρία (YLDs) που αποδίδονται σε ημικρανία και στις κύριες διαταραχές κεφαλαλγίας συνολικά (ημικρανία, κεφαλαλγία τάσης και κεφαλαλγία από κατάχρηση αναλγητικών) ανά φύλο, ηλικία και περιοχή παγκοσμίως, με βάση τη GBD 2015.

Στην Ελλάδα, όπως και στις άλλες νοτιοευρωπαϊκές χώρες, δεν διαπιστώνονται σημαντικές επιδημιολογικές διαφορές στις πρόσφατες συγκριτικές μελέτες, τόσο ως προς την ημικρανία όσο και ως προς άλλες σημαντικές νευρολογικές νόσους [22].

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ημικρανία αποτελεί μείζονα παράγοντα κακής δημόσιας υγείας σε όλες τις χώρες, το κλίμα και τους πολιτισμούς. Ο Πίνακας 1 δείχνει ότι κατατάσσεται σταθερά στην πέμπτη έως την όγδοη θέση μεταξύ των κορυφαίων αιτιών αναπηρίας σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Περαιτέρω, η αντίληψη ότι η ημικρανία είναι μια ασθένεια που επηρεάζει κατά προτίμηση τα πλούσια βιομηχανικά έθνη διαλύεται από τη σύγκριση μεταξύ των χωρών με χαμηλό και υψηλό εισόδημα.

Αξίζει να προστεθεί εδώ ότι η GBD λαμβάνει υπόψη επί του παρόντος μόνο το βάρος της αναπηρίας που συνδέεται με την οξεία φάση (κρίση) των διαταραχών κεφαλαλγίας, ενώ υπάρχουν ενδείξεις και μεσοκρικής επιβάρυνσης σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ημικρανία [23]. Η σημασία του μεσοκρικής φορτίου είναι ότι, παρόλο που μπορεί να είναι σε σχετικά χαμηλό επίπεδο, εμφανίζεται για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από το κριτικό φορτίο.

Αν και δεν έχει αποδειχθεί η ύπαρξη αιτιολογικής σύνδεσης, όπως και οι πιθανοί μηχανισμοί, η συσχέτιση της ημικρανίας με ψυχιατρική και καρδιαγγειακή συνοσπρότητα είναι επιβεβαιωμένη στη βιβλιογραφία. Οι διαταραχές άγχους και διάθεσης έχουν υψηλό επιπολασμό στον πληθυσμό των πασχόντων από ημικρανία και σχετίζονται με σοβαρότερο αντίκτυπο στην ένταση των συμπτωμάτων και τη λειτουργικότητα [24]. με ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικής διαταραχής της τάξης του 41-47%, 51-58% και 9-43%, αντίστοιχα, ενώ συχνή φαίνεται πως είναι η αναφορά ψυχοπαιστικού συμβάντος της παιδικής ηλικίας (58%) και κακοποίησης στην ενήλικη ζωή (33%) [25].

Τέλος, σύμφωνα με όλες τις πρόσφατες μελέτες, η ημικρανία συσχετίζεται με καρδιαγγειακή συνοσπρότητα. Ενδεικτικά, πρόσφατη προοπτική και βασισμένη στον πληθυσμό μελέτη διάρκειας 8 ετών από τη Δανία επί 51.000 πασχόντων και δεκαπλάσιων μαρτύρων έδειξε αύξηση του σχετικού κινδύνου εμφράγματος μυοκαρδίου, ισχαιμικού ΑΕΕ, αιμορραγικού ΑΕΕ, φλεβικού θρομβοεμβολισμού και κοιλιακής μαρμαρυγής [26].

Πίνακας 1. Έτη με αναπηρία (YLDs) που αποδίδονται σε ημικρανία και σε κύριες διαταραχές κεφαλαλγίας συνολικά (ημικρανία, κεφαλαλγία τάσης και κεφαλαλγία από κατάχρηση αναλγητικών) ανά φύλο, ηλικία και περιοχή (προσαρμογή) [21]

Περιοχή	Φύλο	Ηλικιακό Φάσμα	YLDs ανά 100,000		Ποσοστό επί του συνόλου		Θέση ταξινόμησης	
			Ημικρανία	Κεφαλαλγία	Ημικρανία	Κεφαλαλγία	Ημικρανία	Κεφαλαλγία
Παγκόσμια	Αμφότερα	Όλοι	446	601	4,17	5,61	7	6
		15-49	615	813	6,16	8,13	3	3
		50-69	495	732	3,03	4,67	8	6
	Άντρες	Όλοι	311	438	3,09	4,35	8	7
		15-49	432	597	4,70	6,49	3	3
		50-69	324	516	2,05	3,25	13	6
	Γυναίκες	Όλοι	584	767	5,15	6,76	4	5
		15-49	805	1,036	7,46	9,59	3	3
		50-69	659	940	3,91	5,58	7	6
Δυτική Ευρώπη	Αμφότερα	Όλοι	580	783	4,69	6,32	5	4
Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και Κεντρική Ασία			515	778	4,25	6,41	6	4
Βόρεια Αφρική και Μέση Ανατολή			498	702	4,83	6,80	5	3
Νότια Ασία			569	730	5,11	6,55	5	5
Νοτιοανατολική και Ανατολική Ασία και Ωκεανία			334	443	3,39	4,48	8	7
Υψηλού εισοδήματος Ασία και Ειρηνικός			434	607	3,82	5,34	5	5
Υψηλού εισοδήματος Βόρεια Αμερική			473	646	3,68	5,01	8	6
Λατινική Αμερική και Καραϊβική			497	688	4,89	6,76	7	4
Υποσαχάρια Αφρική			312	449	3,12	4,27	6	6

Βιβλιογραφία

1. International Classification of Headaches-III. <https://www.ichd-3.org/>, Τελευταία προσπέλαση 21/3/2018.
2. Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*. 61(8):670-9, 2015.
3. De Luca G.C., Bartleson J.D. When and How to Investigate the Patient with Headache. *Semin Neurol* 30:131-144, 2010.
4. Dzierwas R, Konrad C, Drager B, et al. Cervical artery dissection – clinical features, risk factors, therapy and outcome in 126 patients. *J Neurol* 250(10):1179-1184, 2003.
5. Duarte J, Sempere AP, Delgado JA, Naranjo G, Sevillano MD, Claverá LE. Headache of recent onset in adults: a prospective population-based study. *Acta Neurol Scand* 94(1):67-70, 1996.
6. Dodick DW. Thunderclap headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 72(1):6-11, 2002.
7. Pascual J, Gonzalez-Mandly A, Martin R, Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study. *J Headache Pain* 9(5):259-266, 2008.
8. Menon R, Bushnell CD. Headache and pregnancy.

- Neurologist 14(2):108-119, 2008.
9. Edmeads J. Headaches in older people. How are they different in this age-group? *Postgrad Med* 101(5):91-94, 98-100, 1997.
 10. Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? *JAMA* 287(1):92-10179, 2002.
 11. Cohen AS, Kaube H. Rare nocturnal headaches. *Curr Opin Neurol* 17(3):295-299, 2004.
 12. Sandrini G, Friberg L, Janig W, et al. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache: guidelines and recommendations. *Eur J Neurol* 11(4): 217-224, 2004.
 13. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 342(1): 29-36, 2000.
 14. Robbins MS, Lipton RB. The Epidemiology of Primary Headache Disorders. *Semin Neurol* 30:107-119, 2010.
 15. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *Headache Pain* 17(1): 104, 2016.
 16. World Health Organization. The world health report 2001. Geneva: WHO 2001 pp. 19-45, 2001.
 17. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLD) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 380:2163-2196, 2012
 18. Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *J Headache Pain* 14:1, 2013.
 19. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen RH, et al. Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J Headache Pain* 16:58, 2015.
 20. Stovner LJ, Al Jumah M, Birbeck GL, et al. The methodology of population surveys of headache prevalence, burden and cost: Principles and recommendations from the Global Campaign against Headache. *J Headache Pain* 15:5, 2014.
 21. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388:1603-1658, 2016.
 22. Raggi A, Leonardi M. Burden and cost of neurological diseases: a European North-South comparison. *Acta Neurol Scand* 132(1):16-22, 2015.
 23. Lampl C, Thomas H, Stovner LJ, Tassorelli C, Katsarava Z, Láinez JMA, Steiner TJ et al. Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. *J Headache Pain* 17:9, 2016.
 24. Seng EK, Seng CD. Understanding migraine and psychiatric comorbidity. *Curr Opin Neurol* 29(3):309-13, 2016.
 25. Minen MT Migraine and its psychiatric comorbidities., Begasse De Dhaem O, et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 87(7):741-9, 2016.
 26. K Adelborg, S Komjáthiné Szépligeti, L Holland-Bill, et al. Migraine and risk of cardiovascular diseases: Danish population based matched cohort study. *BMJ* 360, 2018.