

Kasuistik

Ugeskr Læger 2020;182:V03200183

Atypisk aura forårsaget af blodprop hos en 42-årig mand med migræne med aura

Sahla El Mahdaoui¹, Christian Stenør^{1, 2}, Christina Kruise^{1, 2}, Hayder Obaid³ & Magnus Spangsberg Boesen^{1, 4}

1) Afdeling for Hjerne og Nervesygdomme, Herlev Gentofte Hospital, 2) Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 3) Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev Gentofte Hospital, 4) BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2020;182:V03200183

Migrænehovedpine er defineret ved mindst to af følgende karakteristika: unilateral lokalisation, pulserende karakter, moderat til svær intensitet og forværring ved fysisk aktivitet. Hovedpinen ledsages af kvalme/opkastning eller foto- og fonofobi og kommer i anfald af 4-72 timers varighed. Migræne ses hos ca. 13% af befolkningen, og op mod 30% heraf har ledsagende aura [1]. Migræne med aura øger risikoen for blodprop i hjernen to en halv gang [1].

Aura ved migræne er en fokal dysfunktion forårsaget af en langsomt udbredende depolarisering af hjernebarkens nerveceller, kaldet cortical spreading depression. Synsforstyrrelser er hyppigst efterfulgt af føle- og dernæst taleforstyrrelser [2]. Lammelser ses kun ved hemiplegisk migræne og er sjældne. Aura kan også forekomme uden ledsagende hovedpine.

Aura adskilles fra stroke ved den langsomme udvikling og er karakteriseret ved positive symptomer, f.eks. flimren for øjnene og prikkende føleforstyrrelser (**Table 1**). Anden tilgrundliggende årsag må overvejes ved akut symptomdebut, funktionstab uden positive symptomer, varighed over en time, aura, der altid er i samme side, isoleret føle- og taleforstyrrelse eller motorisk forstyrrelse, flere symptomer, der starter samtidigt frem for i forlængelse af hinanden, og debut efter 40-årsalderen [2].

TABEL 1 / Definition af aura ved migræne. De diagnostiske kriterier er oversat fra The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. [2].

Kriterium	Beskrivelse
A	≥ 2 anfald der opfylder B og C
B	≥ 1 af flg. fuldt reversible aurasymptomer: Visuelt Sensorisk Relateret til tale og/eller sprog Motorisk Relateret til hjernestamme Retinalt
C	≥ 3 af flg. karakteristika: ≥ 1 aurasymptom udvikles gradvist over 5 min ≥ 2 aurasymptomer opstår i forlængelse af hinanden Hvert symptom varer 5-60 min ≥ 1 aurasymptom er unilateralt ≥ 1 aurasymptom er positivt, f.eks. lysglimt, prikken eller snurren Hovedpine begynder under eller inden for 60 min efter auradebut

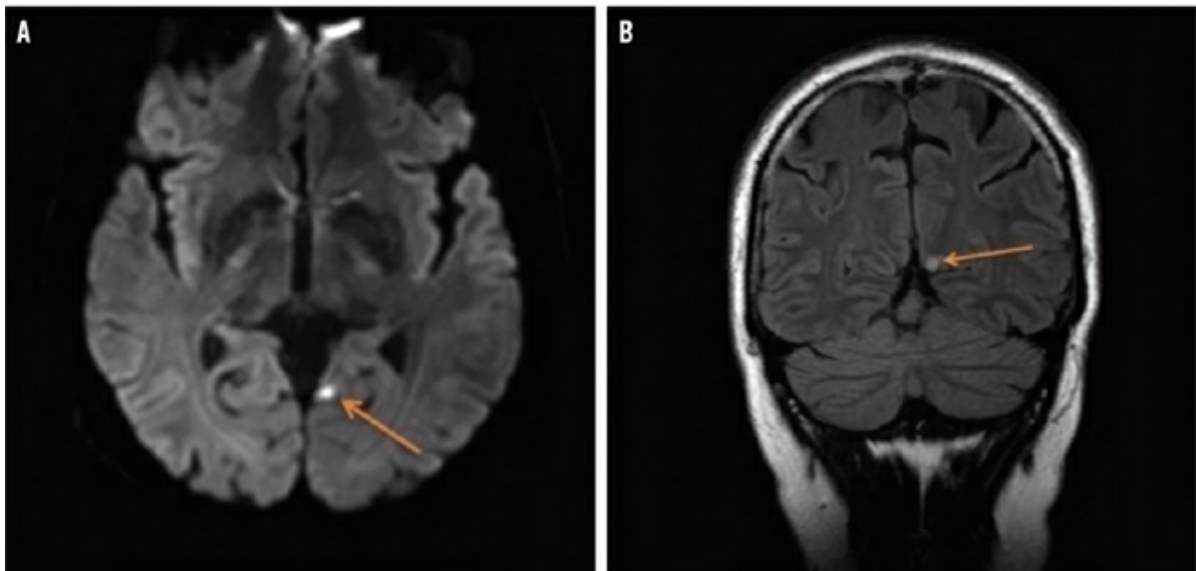
SYGEHISTORIE

En 42-årig frømand, der havde kendt migræne med synsaura og hyperkolesterolæmi, blev indlagt pga. ophobede anfald og ændret karakter af kendt synsaura. Et af hans anfald bestod i pludselig synssløring for begge øjne og fornemmelse af kun at kunne se et lille område af synsfeltet.

Samtidig kunne han ikke finde hjem pga. orienteringsbesvær. Symptomerne forsvandt inden for ti minutter og blev efterfulgt af hovedpine. Den neurologiske undersøgelse viste normale forhold. Blodprøver viste flg. værdier: total kolesterol 6,6 mmol/l, lavdensitetslipoprotein 3,1 mmol/l samt

normalt niveau af glykeret hæmoglobin og koagulationsfaktorer. MR-skanning af hjernen otte dage efter debut viste subakut infarkt i venstre parietallap i praecuneus, som medvirker til bearbejdningen af synsindtryk og rumlige sanseindtryk (Figur 1). MR-angiografi og UL-skanning af halskar viste normale forhold, og tre dages Holtermånering var uden atrieflimren. Transøsofageal ekkokardiografi viste persisterende foramen ovale (PFO). Patienten fik acetylsalicylsyre (ASA) som bolus, og der blev igangsat forebyggende behandling med clopidogrel og atorvastatin. Clopidogrel blev senere skiftet til ASA pga. bivirkninger, og hans PFO blev lukket. To måneder senere var han i velbefindende uden komplikationer efter indgrebet.

FIGUR 1 / MR-skanningsbillede af en hjerne med et subakut iskæmisk infarkt i venstre praecuneus (pile). A. Aksial diffusionsvægtet sekvens. B. Koronal fluid-attenuated inversion recovery-sekvens.



DISKUSSION

Patienten i sygehistorien fik pludselig orienteringsbesvær og bilateral synssløring, og symptomerne manglede således den gradvise udvikling og positive karakter, som er klassisk for synsaura ved migræne. MR-skanning af hjernen var derfor indiceret og viste en mindre iskæmisk læsion med relevant placering i forhold til symptomerne.

Sammenhængen mellem migræne med aura og iskæmisk stroke er stadig omdiskuteret. Flere teorier har været fremsat, herunder vasospasmer, forlænget cortical spreading depression, øget følsomhed for iskæmi, endotel-dysfunktion og øget forekomst af PFO [1].

Forekomst af PFO er både associeret med migræne og kryptogen stroke (blodpropper, som ikke skyldes storkarsygdom, småkarsygdom, dissektion eller har oplagt kardial årsag) [1]. Ved højre-venstre-shunt gennem en PFO kan blodpropper fra venesystemet passere over i det arterielle

kredsløb, eller blodgennemstrømningen kan blive turbulent, hvilket øger trombogeniciteten.

Behandling, udredning og sekundær forebyggelse efter en blodprop hos unge personer med migræne følger de sædvanlige retningslinjer som anbefalet i European Stroke Organisations guidelines. Patienter, som ikke er kandidater til trombolyse eller endovaskulær behandling pga. tidsfaktoren eller for få symptomer, sættes i forebyggende behandling med pladehæmmere (f.eks. ASA 300 mg engangsordination efterfulgt af 75 mg i 5-21 dage samt clopidogrel 75 mg, ASA eller ASA og dipyridamol livslangt) [3, 4]. Ved forekomst af atrieflimren påbegyndes antikoagulan i stedet. Derudover reguleres generelle vaskulære risikofaktorer som hypertension, diabetes, hyperkolesterolemie og rygning. Risikoen for et nyt stroke er størst kort efter debut, hvorfor tidlig diagnostik og påbegyndelse af forebyggende behandling er vigtig.

Kateterbaseret PFO-lukning kan forebygge nye kryptogene strokes hos patienter under 60 år signifikant bedre end medicinsk behandling alene med et number needed to treat på 37 [5]. Komplikationer omfatter atrieflimren.

KORRESPONDANCE: *Sahla El Mahdaoui*. E-mail: sahla.el.mahdaoui@regionh.dk, sahla.el.mahdaoui@gmail.com

ANTAGET: 15. juni 2020

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 27. juli 2020

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR: Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

SUMMARY

Atypical aura caused by a stroke in a 42-year-old man with migraine with aura

Sahla El Mahdaoui, Christian Stenør, Christina Kruise, Hayder Obaid & Magnus Spangsberg Boesen

Ugeskr Læger 2020;182:V03200183

Ischaemic stroke in persons with migraine may present with aura-like symptoms. In this case report a 42-year-old man with migraine with aura presented with a change in usual aura including visual loss and disorientation. A brain MRI revealed ischaemic stroke in precuneus compatible with these symptoms. We discuss the pathophysiology, the causes and the secondary prophylaxis in persons with migraine with aura and stroke.

LITTERATUR

1. Mawet J, Kurth T, Ayata C. Migraine and stroke: in search of shared mechanisms. *Cephalalgia* 2015;35:165-81.
2. Olesen J. International classification of headache disorders. *Lancet Neurol* 2018;17:396-7.
3. Blauenfeldt R, Wienecke T. Iskæmisk apopleksi – akut udredning og behandling. *Neurologisk National*

- Behandlingsvejledning, 2019. www.neuro.dk/wordpress/nnbv/iskaemisk-apopleksi-akut-udredning-og-behandling/ (22. jun 2020).
4. Damgaard D, Thomsen ST. Forebyggende behandling efter iskæmisk apopleksi og TCI. Neurologisk National BehandlingsVejledning, 2020. www.neuro.dk/wordpress/nnbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/ (22. jun 2020).
 5. Alushi B, Lauten A, Cassese S, et al. Patent foramen ovale closure versus medical therapy for prevention of recurrent cryptogenic embolism: updated meta-analysis of randomized clinical trials. Clin Res Cardiol 2018;107:788-98.