

Migraine en epilepsie

Door Dr. Annelies Van Dycke - Neuroloog, gespecialiseerd in hoofdpijn en epilepsie
AZ Sint-Jan Brugge



Migraine en epilepsie zijn allebei frequent voorkomende neurologische aandoeningen. Het gaat om 2 verschillende entiteiten die echter enkele gelijkaardige klinische symptomen delen (o.a. episodisch voorkomen van de aanvallen, hoofdpijn, geassocieerde klachten zoals bv. misselijkheid). Beiden gaan gepaard met veranderingen van de hersenactiviteit (1). Beide aandoeningen hebben ook een negatieve impact op de levenskwaliteit (2).

De diagnose van epilepsie is voornamelijk gebaseerd op de anamnese (dwz de beschrijving van de episodes) in combinatie met onderzoeken zoals beeldvorming (NMR hersenen) en een EEG.

De diagnose van migraine is gebaseerd op de criteria van de 'International Classification of Headache Disorders'. Het gaat om een hevige, kloppende of bonzende, meestal halfzijdige hoofdpijn die gepaard gaat met misselijkheid of braken en/of een overgevoeligheid voor geluid én licht. Een migraine aanval kan variëren in duur van 4 uur tot 3 dagen.

Zowel migraine als epilepsie kunnen voorafgegaan worden door een 'aura' (1). Dit komt echter niet bij iedereen voor. Wanneer een patiënt met epilepsie een aura ervaart, wordt hij/zij op die manier verwittigd dat er een epileptische aanval kan volgen. Het aura kan verschillend zijn per patiënt (bv. een opstijgend gevoel vanuit de buik of een gevoel in het hoofd).

Een aura bij migraine kan de hoofdpijn voorafgaan, maar kan ook voorkomen zonder de hoofdpijn (geïsoleerd aura). Meestal gaat het om visuele klachten (bv. het zien van flikkeringen, lijnen, gekleurde bollen of het wegvallen van zicht). Dit start klein en breidt uit. Bij sommige patiënten kan dit gevolgd worden door andere klachten, bv. gevoelsveranderingen of spraakstoornissen. Belangrijk is dat deze klachten volledig voorbijgaan en dat elk symptoom niet langer dan 1 uur duurt.

Voorkomen van beide aandoeningen

Epilepsie komt voor bij 0,5 tot 1% van de bevolking. We zien een verschil van voorkomen volgens de leeftijd (3). Epilepsie komt frequent voor op zeer jonge leeftijd (voor-

al tijdens het eerste levensjaar). Nadien is er een afname. Vanaf de leeftijd van 50 jaar zien we terug een stijging. Er is geen duidelijk verschil van voorkomen tussen mannen en vrouwen.

Bij migraine liggen de cijfers anders (3, 4). Migraine komt veel frequenter voor bij vrouwen (15-18%) dan bij mannen (6%). Bij kinderen varieert dit van 4 tot 11%. Ook de leeftijd speelt een rol. Voor de puberteit zien we meer migraine bij jongens. Vanaf de leeftijd van 16 jaar is er een duidelijke toename bij vrouwen (2 tot 3x frequenter dan bij mannen). Het voorkomen van migraine bij vrouwen neemt verder toe met de leeftijd tot 40 jaar. Vaak zien we na de menopauze bij vrouwen ook een zeer sterke afname van migraine. Er is dus ook een hormonale beïnvloedende factor.

Verschillende studies hebben aangetoond dat epilepsie en migraine in het dagelijkse leven vaker samen voorkomen dan verwacht. Men beschrijft een gemiddeld voorkomen van migraine bij epilepsie-patiënten van 25% (met een variatie tussen 8 en 30% afhankelijk van de studie) (3). Epilepsie zou het relatieve risico op migraine verhogen met 2,4 (5). Bij patiënten met migraine verwacht men epilepsie bij 1 tot 2% van de patiënten (wat dus hoger is dan de verwachte 0,5-1% (3). Ook hier is er terug een grote variatie afhankelijk van de studie (tussen 1 en 17%) (6). Ook bij kinderen met epilepsie ziet men vaker migraine.

Komen de twee aandoeningen ook samen voor in de tijd?

Migraine-aanvallen komen uiteraard ook voor, los van epileptische aanvallen. Het is echter vaak zo dat epileptische aanvallen samengaan met hoofdpijn. De hoofdpijn kan voor, tijdens of na de aanval voorkomen. In sommige gevallen kan een epileptische aanval uitgelokt worden door een migraine-aura (1).

Migraine tijdens een aanval komt minder voor. Hoofdpijn na een epileptische aanval is echter frequent voorkomend (vooral na gegeneraliseerde aanvallen). Deze hoofdpijn na de aanval kan passen bij spanningshoofdpijn of bij migraine. In open studies beschrijft men dat patiënten met migraine-hoofdpijn na een aanval ook vaker migraine hebben los van epileptische aanvallen. Het kan natuurlijk ook zijn dat patiënten met migraine een grotere voorbeschiktheid hebben op migraine-hoofdpijn na een epileptische aanval dan spanningshoofdpijn.

Dus op basis van epidemiologische gegevens blijkt het dat migraine en epilepsie vaker samen voorkomen.

Hoe kunnen we dit nu verklaren?

Tot op heden is er geen duidelijke verklaring gevonden. Men vermoedt dat er meerdere factoren meespelen (2). Enerzijds kunnen omgevingsfactoren een rol spelen. Bv. een zwaar hoofdtrauma kan zowel migraine als epileptische aanvallen uitlokken. Echter bij patiënten met epilepsie zonder trauma in de voorgeschiedenis, zien we ook een frequenter voorkomen van migraine (5).

Men heeft ook gezocht naar genetische oorzaken. Er bestaan genetische aandoeningen waarbij zowel migraine als epilepsie voorkomen. Dit kan dus ook een mogelijke rol spelen, maar dit kan zeker niet alles verklaren (1, 7).

Daarnaast zijn er ook mogelijke gemeenschappelijke pathofysiologische factoren, dwz gemeenschappelijke factoren die het ontstaan en verloop van de aandoeningen verklaren. Beide aandoeningen gaan gepaard met een wijziging in de neuronale hyperexcitabiliteit (dwz dat er een verandering is in de prikkelbaarheid van de zenuwcellen). Dit kan ook een gedeeltelijke verklaring zijn voor het samen voorkomen van de aandoeningen (3, 5, 7).

Tot op heden weten we echter nog onvoldoende om deze vraag volledig te beantwoorden (2).

Gevolgen voor de behandeling

In de praktijk zien we vaak dat migraine onderbehandeld is bij patiënten met epilepsie. Zowel de patiënt als de arts zijn vaak meer gefocust op de epileptische aanvallen. Het is daarom belangrijk om extra aandacht te schenken aan de hoofdpijnlachten.

Voor de behandeling van een migraine-aanval kan gerichte pijnstilling worden voorgeschreven. Wanneer iemand te frequent migraine heeft (en dus ook te veel pijnstillers moet innemen), kan een 'onderhoudsbehandeling' worden gestart. Deze behandeling heeft als doel om het aantal migraine aanvallen te verminderen evenals de ernst van de hoofdpijn.

Sommige anti-epileptische medicatie heeft ook een positief effect op migraine-hoofdpijn (bv. Topiramaat).

Wanneer dus een onderhoudsbehandeling voor migraine nodig is bij een patiënt met epilepsie, kan het nuttig zijn om voor deze anti-epileptische medicatie te kiezen (1). Zo kunnen beide aandoeningen behandeld worden met dezelfde medicatie. Uiteraard zijn er ook nog andere onderhoudsbehandelingen mogelijk voor migraine (waar in dit artikel niet verder op wordt ingegaan).

We kunnen dus besluiten dat migraine en epilepsie vaker voorkomen dan verwacht. Dit wordt in de praktijk vaak onderschat. Het is daarom belangrijk om bij patiënten met epilepsie ook aandacht te hebben voor de hoofdpijn (en hiernaar te vragen). Migraine en epilepsie zijn namelijk allebei verantwoordelijk voor een significante daling in de levenskwaliteit.

Tot op heden is er nog geen volledige verklaring waarom de aandoeningen vaker samen voorkomen. Het staat wel vast dat meerdere zaken een invloed kunnen hebben (o.a. omgevingsfactoren, genetische factoren, gemeenschappelijke pathofysiologische factoren). Indien mogelijk kunnen ze beiden behandeld worden met anti-epileptica. Indien dit niet het geval is, zijn voor de migraine ook nog andere opties mogelijk.

REFERENTIES

- 1 Nye and Thadani. Migraine and epilepsy: review of the literature. *Headache* 2015.
- 2 Keezer et al. Comorbiditeit of epilepsy: current concepts and future perspectives. *Lancet neurology* 2016.
- 3 Haut et al. Chronic disorders with episodic manifestations: focus on epilepsy and migraine. *Lancet Neurology* 2006.
- 4 Silberstein et al. *Headache in clinical practice* 2nd ed. 2002.
- 5 Ottman and Lipton. Is the comorbidity of epilepsy and migraine due to a shared genetic susceptibility? *Neurology* 1996.
- 6 Andermann and Lugaresi. *Migraine and Epilepsy*. 1987.
- 7 Zarcone and Corbetta. Shared mechanisms of epilepsy, migraine and affective disorders. *Neurological Sciences* 2017.