

Tab. 1. Přehled hlavních skupin onemocnění souvisejících s migrénou

Kardiovaskulární/cerebrovaskulární	Psychiatrické	Neurologické	Poruchy spánku	Metabolicko-endokrinní	Gastrointestinální	Imunologické	Chronické bolestivé stavy
Infarkt myokardu	Deprese	Epilepsie	Syndrom neklidných nohou	Insulinová rezistence	Syndrom dráždivého tračníku	Revmatoidní artritida	Vertebrogenní algický syndrom
Foramen ovale patens	Bipolární porucha	Roztroušená skleróza	Insomnie	Metabolický syndrom	Crohnova choroba	Bronchiální astma	Dysmenorea
CADASIL	Úzkostná porucha		Narkolepsie	Hypotyreóza	Ulcerózní kolitida	Atopický ekzém	
Arteriální hypertenze??	Posttraumatická stresová porucha			Endometrióza		Systémový lupus erythematodes??	
						Sjögrenův syndrom??	

Předpokládá se, že různé komorbidity mohou indukovat a podporovat dysexcitabilitu thalamokortikální sítě, přechodný či trvalý prozánětlivý stav, což zase může být příčinným mechanismem aktivace širšího obranného systému, který zahrnuje i systém trigeminovaskulární ve spojení s neuroendokrinním hypothalamickým systémem (Altamura et al., 2021). V zásadě se jedná ve většině případů o obousměrné mechanismy (komorbidity migrény versus migréna jako komorbidita jiného onemocnění).

Dalším předpokladem je, že existují genetické predispozice, které předurčují u některých jedinců rozvoj migrény, případně i různých komorbidit (Burch et al., 2019). Geny hrají roli v oblasti neurotransmise, synaptické plasticity, regulace bolesti, ale i cévních funkcí a v energetickém metabolismu (Altamura et al., 2021). Na rozvoji či progresi jak migrény, tak jejich komorbidit, se mohou podílet samozřejmě i částečně ovlivnitelné faktory, jako změny v režimu spánku a bdění, emoční vypětí, užívání návykových látek, u žen užívání hormonální kontracepce a jiné.

Komorbidity mohou komplikovat nejen diagnostiku migrény, ale i možnosti jejího farmakologického ovlivnění. Tak je tomu například v případě nemocných s kardiovaskulárním onemocněním a užíváním triptanů, jak uvedeme dále. Přítomnost komorbidit navíc dále zhoršuje kvalitu života nemocných s migrénou a zvyšuje ekonomickou zátěž (Elston et al., 2004).

Kardiovaskulární/cerebrovaskulární onemocnění

Studie zkoumající souvislost migrény a arteriální hypertenze přinášejí rozporuplné výsledky. Riziko vzniku infarktu myokardu by nicméně mělo být zvýšené jak u ne-

mocných s migrénou s aurou, tak bez aury (Bigal et al., 2010).

Ateroskleróza obecně zvyšuje riziko vaskulárních komplikací, ale ukazuje se, že již subklinická ateroskleróza (ztluštění intimomediální stěny) může být markerem endoteliální dysfunkce spojující cévní choroby a migrénu (Van Os et al., 2017).

Ačkoli v některých studiích byl pozorován zvýšený výskyt polymorfismů pro trombofilní mutace, celkově jsou studie nekonzistentní a jejich závěry nekonkluzivní (Malik et al., 2016). Se signifikantně vyšším rizikem tromboembolismu se pojí vysoká hladina estrogenu, zejména v kombinaci s kouřením (Kurth et al., 2012).

Dlouhou dobu je známá koincidence migrény, především té s aurou, a ischemické cévní mozkové příhody. Často se jedná o kryptogenní ikty. V této souvislosti je také diskutován vztah migrény a foramen ovale patens (patent foramen ovale, PFO). Pravolevý zkrat při PFO může vést k paradoxní embolizaci a průniku vazoaktivních substancí ve vyšší koncentraci do intrakraniálních tepen (Schwedt et Dodick, 2006). Přítomnost PFO je častější u nemocných trpících migrénou s aurou. Uzávěr PFO jako léčebná modalita migrény zůstává kontroverzní.

Mezi vzácnější klinické jednotky, u nichž se poměrně typicky setkáváme i s migrénou, patří CADASIL – cerebrální autosomálně dominantní arteriopatie se subkortikálními infarkty a leukoencefalopatií. Zajímavostí je, že mezi typické projevy autosomálně recesivní varianty (CARASIL) migréna nepatří.

Na tomto místě je třeba zdůraznit, že nemocní v kardiovaskulárním/cerebrovaskulárním riziku by neměli být léčeni triptany, respektive obecně přípravky s vazokonstrikčním účinkem.

Psychiatrická onemocnění

Migrenici s psychiatrickou komorbiditou vykazují větší tendenci k využívání zdravotní péče. Pokud tyto komorbidity zůstávají neléčeny či zcela přehlíženy, velmi často zhoršují průběh migrény a nezdědky vedou k jejímu přechodu do chronicity.

Asi nejčastěji se u migreniků může setkat s depresí, která se u nich vyskytuje 2,5× více nežli u zdravé populace (Zwart et al., 2003). Četnost ještě stoupá u chronické migrény a migrény s aurou. Deprese je rizikovým faktorem pro nedostatečnou odpověď na léčbu migrény a také pro rozvoj bolestí hlavy z nadužívání medikace (medication overuse headache, MOH). Účinnost tricyklických antidepresiv v profylaxi jak deprese, tak migrény, poukazuje na spojitost v příčinných mechanismech obou onemocnění. Hypotézy předpokládají podíl serotonergní dysfunkce, hormonální vlivy a senzitivizaci sensorických a emočních neuronových sítí (Baskin et Smitherman, 2009).

Zhruba jedna třetina nemocných s bipolární poruchou trpí současně migrénou. Zdá se, že tato skupina má časnější nástup příznaků bipolární poruchy, rychlejší cyklování epizod a větší tendenci k panickým atakám. Častěji se jedná o ženy. Bipolární porucha a migréna sdílejí některé shodné rysy – obě onemocnění probíhají epizodicky, mohou se horšit stresem, vykazují odpověď na antiepileptickou terapii, jako je valproát.

Více než polovina nemocných s migrénou splní za život kritéria pro alespoň jednu úzkostnou poruchu (Minen et al., 2016). Podstatně více se vyskytují u chronické migrény, někdy se mohou současně pojít i s depresí. Studie polymorfismu genu pro