

Migreeni



Tavoite ja määritelmä

Suositus on tarkoitettu migreenipotilaiden hoitoon sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Migreeni määritellään International Classification of Headache Disorders (ICHD-3, 2013) -kriteerien mukaan ja jaetaan kahteen päämuotoon: auralliseen ja aurattomaan. Aurattomassa migreenissä päänsärky alkaa suoraan ilman esi- eli auroireita. Aurallinen migreeni jaetaan edelleen useisiin alaryhmiin (tyypillinen aurallinen, aivorunko- (basilaari-), hemipleginen ja verkkokalvoperäinen (retinaalinen) migreeni). Auraton migreeni on hoitosuosituksen kannalta tärkein migreenimuoto, sillä tieteellinen näyttö eri hoitovaihtoehtojen tehosta rajoittuu pääosin siihen.

Aikuisten migreenin hoito

Osa migreenipotilaista tulee toimeen päänsärkynsä kanssa täysin ilman lääkkeitä tai vain vähäisen särkylääkityksen avulla. Tietyt ympäristön olosuhteet helpottavat oireilua. Viileä, pimeä ja hiljainen ympäristö lievittää migreenikohtausta. Lisäksi lepo helpottaa, nukkuminen auttaa ja kylmä^C vähentää kipua.

Ensimmäisten lievien migreenikohtauksien hoitoon sopii tavallinen kipulääke (asetyylisalisyylihappo^A tai parasetamoli^A), johon voidaan liittää metoklopramidi. Vaihtoehtoja ovat esimerkiksi diklofenaakki^B, ibuprofeeni^A, ketoprofeeni^B, naprokseeni^A ja tolfenaamihappo^B.

Aikuisen vaikean tai invalidisoivan migreenikohtauksen ensisijaishoidoksi suositellaan triptaaneja^B. Tärkeintä migreenikohtauksen hoidossa on ottaa tarpeeksi suuri annos lääketä mahdollisimman varhain kohtauksen alkui- reisiin. Vaikeissa tai invalidisoivissa kohtauksissa kannattaa käyttää triptaania heti eikä vasta sitten, kun kohtauksen alussa otettu tulehdus-

Mitä uutta päivityksessä?

- Botuliinitoksiinin asema migreenin hoidossa on määritelty. Ergotamiinien käyttö on jätetty pois.
- Lääkkeettömien hoitojen käyttö migreenissä on päivitetty.
- Estolääkehoitojen asema on päivitetty ja kandesartaanin tehosta migreenin estohoidossa on saatu lisänäyttöä.
- Migreenin ja aivoverenkieron häiriöiden riski ja kannanotto lääkehoitoon raskauden aikana on päivitetty.

kipulääke on osoittautunut tehottomaksi. Kaikki triptaanit on useissa satunnaistetuissa, lumekontrolloiduissa tutkimuksissa osoitettu lumehoitoa paremmiksi. Migreenikohtaus uusiutuu 14–40 %:lla potilaista ensimmäisen triptaaniannoksen jälkeen lääkkeen puoliintumisaikojen mukaan. Triptaanien haittavaikutuksina esiintyy väsymystä, huimausta, puutumisen tunnetta raajoissa ja painon tai puristuksen tunnetta kaulassa ja rintakehän yläosassa. Tämä tunne ei liity sepelusuoniin.

Triptaanien käyttö ei altista aivoinfarkteille, mutta ne ovat vasta-aiheisia TIA-, aivoinfarkti- ja SAV-potilailla sekä sepelvaltimotautia sairastavilla. Aurallista migreeniä potevilla, niin naisilla kuin miehillä, on suurentunut sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen riski. Tupakointi ja ehkäisytablettien käyttö myös suurentavat aurallista migreeniä potevien aivohalvausriskiä huomattavasti. Migreeni ei kuitenkaan ole ehdoton vasta-aihe ehkäisytablettien käytölle.

Triptaanien kuukaudesta toiseen jatkuva (yli 10–15 päivää kuukaudessa) käyttö aiheuttaa särkylääkepäänsäryn, triptanisin. Särkylääkepäänsärky on katkaistava vieroittamalla potilas triptaaneista^B. Tulehduskipulääkkeen yhdistäminen triptaaniin parantaa lääkityksen tehoa

verrattuna vain jommankumman niistä käyttämiseen. Migreenin hoidossa triptaaneja ei voida asettaa paremmuusjärjestykseen. Ellei tietty triptaani auta tai muuten sovi potilaalle, kannattaa kokeilla toista. Huumaavia kipulääkkeitä ei pidä käyttää migreenikohtausten hoidossa.

Tehottomasti hoidettuihin ja pitkittyneisiin migreenikohtauksiin oletetaan liittyvän sentraalisen kipuradaston herkistymisen riski. Sen seurauksena ovat kivun kroonistuminen, ihon kipuherkkyuden lisääntyminen sekä pään, niskan ja hartian allodynia, jolloin triptaanit menettävät ainakin osan tehostaan. Vaarana on diagnosoida tämä migreenin kroonistumiseen liittyvä kipuratojen herkistyminen jännityspäänsäryksi.

Migreenin hoito raskauden ja imetyksen aikana

Ensisijainen hoito raskauden aikana on lääkkeetön hoito. Jos lääkkeitä tarvitaan, parasetamoli on turvallisin vaihtoehto. Toisen raskauskolmanneksen aikana myös ibuprofeeni on sallittu. Triptaanien turvallisuudesta ei ole näyttöä. Sumatriptaanin satunnaisesta käytöstä raskauden aikana ei kuitenkaan todennäköisesti ole haittaa. Sumatriptaani erittyy maittoon, mutta lapsen saama lääkeannos jää kerta-annoksen jälkeen pieneksi. Triptaanien käyttöä imetyksen aikana ei suositella.

Migreenin estohoito aikuisilla

Migreenin ehkäisevää lääkettä voidaan harkita, jos migreenikohtauksia esiintyy vähintään kolme kuukaudessa ja särkypäiviä on vähintään viisi kuukaudessa tai jos migreenikohtaukset hankaloittavat jokapäiväistä elämää tai ovat vaikeita tai niiden akuuttihoito on hankalaa lääkehoidon puutteellisen tehon tai haittavaikutusten vuoksi. Estohoidon tehon seuraamiseksi on suotavaa pitää päänsärkypäiväkirjaa, mieluiten jo kuukauden verran ennen estohoidon aloitusta. Ennen estolääkityksen aloitusta hoidetaan mahdolliset muut päänsäryt, kuten jännitys- tai särkylääkepään-

särky. Estolääkitys annetaan riittävän pitkäksi aikaa, vähintään 2–3 kuukaudeksi, jotta sen teho nähtäisiin.

Ensisijaiseksi estolääkitykseksi suositellaan ei-ISA-vaikutteista beetasalpaajaa^A tai kandesartaania^A tai amitriptyliiniä. Lääkitys aloitetaan pienellä annoksella ja annosta suurennetaan vähitellen. Vaihtoehtoisiksi suositellaan topiramaattia^A.

Kroonisella migreenillä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaalla on päänsärkyä ainakin joka toinen päivä ainakin 3 kuukauden ajan, ja ainakin 8 päivänä kuukaudessa päänsärky sopii migreeniksi. Kroonista migreeniä hoidetaan tavallisen migreenin estolääkkeillä, lääkevieroituksella (jos potilaalla on lääkepäänsärkyä) ja botuliintoksiinilla^A.

Lasten migreenin hoito

Parasetamoli (15 mg/kg)^C tai ibuprofeeni (10 mg/kg)^B suun kautta annettuina sopivat lasten migreenikohtausten hoitoon. Parasetamolia voidaan antaa kaikenikäisille lapsille ja ibuprofeenia yli 1-vuotiaille. Niiden samanaikaista käyttöä ei kuitenkaan suositella. Metoklopramidia tulee lasten ja nuorten hoidossa käyttää varovaisesti tai välttää kokonaan, koska ekstrapyramidaaliset haittavaikutukset ovat heillä tavallisia. Nenäsuihkeena käytettävä sumatriptaani on ainoa tehokkaaksi osoitettu triptaani lasten migreenikohtausten hoidossa^B. Tsolmitriptaaninenäsuihkeesta ja ritsatriptaani- ja almotriptaanitableteista saattaa olla hyötyä. Muiden triptaanitablettien teho lasten vaikeahoitoisiin migreenikohtauksiin on selvästi vähäisempi kuin aikuistutkimuksissa havaittu, eikä eroa lumeeseen ole useimmiten todettu. Lasten osalta kannattaisi keskittyä migreenikohtausten tehokkaaseen hoitoon, koska minikään estolääkkeen hyödystä ei ole riittävää näyttöä. Kouluikäisten päänsäryn ehkäisyssä on hyötyä asianmukaisesta informaatiosta ja tuesta, joilla voidaan puuttua myös elintapoihin (huono syöminen, valvominen, ylettömät harrastekuormitukset). Joskus rentoutuksesta ja biopalautehoidosta saattaa olla apua. ■

Summary

Update on Current Care Guideline: Migraine

Mild migraine attack can be treated with acetaminophen or NSAIDs either alone or combined with metoclopramide.

In severe and devastating attacks triptans should be taken immediately, and not afterwards, when first line NSAIDs have proven ineffective. No significant differences between triptans can be shown in clinical practice, when recommended doses are used. Opioid analgesics should not be used in the treatment of migraine.

The recommended drugs for migraine attacks in children are acetaminophen or ibuprofen. Also intranasal sumatriptan can be used.

The first line drugs for prophylactic treatment of migraine are non-ISA betablockers or candesartan and amitriptyline.

Koko suositus on luettavissa: www.kaypahoito.fi

**MARKUS FÄRKKILÄ (pj.), HANNELE HAVANKA, MIRJA HÄMÄLÄINEN, EERO MERVAALA
(Käypä hoito -toimittaja), MARKKU SUMANEN, MIKKO KALLELA, MARJA-LIISA SUMELAHTI**

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä