

MARKUS FÄRKKILÄ

LKT, professori

Vastaava ylilääkäri, HYKS, neurologian klinikka

# Lääkepäänsärkyä hoidetaan LÄÄKKEISTÄ VIEROITTAUTUMALLA

Hyvään kivunhoitoon tähdätessä saattaa oikein valittu lääke liian tiheästi käytettynä olla kivun syy. Tavallisetkin itsehoitovalmisteina myytävät särkylääkkeet voivat aiheuttaa päänsärkypotilaalle vaikean lääke- ja särkykierteen. Ainoa ulospääsy on liikaa käytetyistä lääkkeistä vieroittautuminen.

**A**iemmin krooniseksi päivittäiseksi päänsärkyksi tai särkylääkepäänsärkyksi kutsutun hankalahoitosen päänsärkymuodon nimeksi on vakiintunut lääkepäänsärky (medication overuse headache). Kansainvälisen päänsärkyseuran (International Headache Society, IHS) määritelmä lääkepäänsärylle on esitetty **taulukossa 1**.

Krooninen migreeni ja lääkepäänsärky ovat eri sairautiloja, vaikkakin ne kietoutuvat vahvasti toisiinsa. Migreeni voi kuitenkin kroonistua ilman särkylääkkeiden liikkakäyttöäkin. Migreenin lisäksi lääkepäänsäryn taustalla voi olla myös tensio- eli jännityspäänsärky tai sarjoittainen päänsärky eli Hortonin neuralgia.

Ruotsalaisessa kohortissa 3,2 % väestöstä kärsi kroonisesta päivittäisestä päänsärystä ja 1,8 % lääkepäänsärystä. Maailmanlaajuisesti ongelman katsotaan koskevan 1–2 %:a väestöstä, ja sitä esiintyy myös lapsilla ja nuorilla. Näin ollen lääkepäänsäryllä on suuri sosioekonominen merkitys.

## Lääkepäänsäryn etiologia on epäselvä

Lääkepäänsärky on vaihtelevaa, ja särky voi samana päivänä esiintyä sekä migreenin että jännityspäänsäryn oirein. Lääkepäänsäryn etiologia on edelleen epäselvä. Syyksi on ehdotettu psykologisia mekanismeja (mm. välineellinen ehdollistuminen) sekä hormonaalisen tasapainon tai neurotransmission muutoksia. Myös geneettisellä alttiudella saattaa olla merkitystä. Lääkepäänsäryn on todettu liittyvän alempaan koulutustasoon ja yleiseen riippuvuuskäyttäytymiseen.

Nykykäsityksen mukaan särkylääkkeiden jatkuva käyttö aiheuttaa rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia aivoihin. Rottamallisissa triptaanin jatkuva (6 vrk) parenteraalinen annostelu aiheutti CGRP:n (calcitonin gene related peptide) lisääntymisen aivojen kovakalvon tuovissa (afferenteissa) hermosäikeissä sekä pitkäkestoisen hermistymisen (sensitisaatio). Vasta 2 viikkoa triptaanin lopetuksen jälkeen tuntokynnykset palasivat lähtötasolle.

**Taulukko 1.** IHS:n luokittelukomitean määritelmä lääkepäänsärylle (Silberstein ym. 2005).

- A Päänsärkyä esiintyy yli 15 päivää kuukaudessa ja lisäksi täyttyvät kriteerit C ja D.
- B Lääkkeiden säännöllinen liikkakäyttö on jatkunut yli 3 kuukauden ajan. Lääkkeillä tarkoitetaan päänsäryn kohtaus- tai oireenmukaiseen hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä.
- C Päänsärky on kehittynyt tai merkittävästi pahentunut lääkkeiden liikkakäytön aikana.
- D Päänsärky palaa entiseen tyyppiinsä 2 kuukaudessa, kun liikaa käytetty lääkitys lopetetaan.

©ISTOCK/SUPERMEGANANGLE

Lääkkeiden väärä käyttö

Tämä sopii siihen kliinisen havaintoon, että lääketaukoa on vieroituksessa pidettävä vähintään 2 viikkoa.

## Kaikki särkylääkkeet voivat aiheuttaa ongelmia

Yhdysvalloissa tutkittiin migreenistä kärsivien potilaiden (n = 456) lääkkeiden liikkakäyttöä. Tavallisimmin (48 % potilaista) liikaa käytettiin barbituraatti butalbitaalia sisältäviä yhdistelmävalmisteita, joita ei ole enää Suomessa markkinoilla. Seuraavaksi eniten liikkakäyttö koski parasetamolia (46 %), opioideja (33 %), asetyylisalisyylihappoa (32 %), ergotamiinia (12 %), tulehduskipulääkkeitä (10 %) ja triptaaneita (18 %).

Suomessa migreenilääkkeiden liikkakäyttöä ei ole tutkittu. Todennäköisesti triptaanien ja tulehduskipulääkkeiden liikkakäyttö on yleisempää kuin Yhdysvalloissa ja opioidien (mm. kodeiinin) harvinaisempaa. Riippuvuusongelma on pahin käytettäessä sellaisia yhdistelmävalmisteita, joissa analgeettiin on yhdistetty kodeiini tai kodeiini. Migreeniä tai primääriä päänsärkyä ei pidä hoitaa opioideilla, minkä suomalainen lääkärikunta onkin hyvin sisäistänyt.

Kirjallisuudessa on esitetty, että päänsärkypotilailla barbituraattien ja opioidianalgeettien kohdalla liikkakäytön riskiraja olisi 5–8 kertaa kuukaudessa. Asetyylisalisyylihapon, parasetamolien ja tulehduskipulääkkeiden riskiraja olisi yli 10–15 kertaa kuukaudessa ja triptaanien sekä lääkeyhdistelmien yli 10 kertaa kuukaudessa. Saksalaisessa tutkimuksessa todettiin, että yli 18 päivänä kuukaudessa triptaaneja käyttävät ovat vaarassa ajautua triptanismiin. Luvut tarkoittavat keskimääräistä kulutusta kuukausien aikana, joten aivan asiallisessakin hoidossa saattaa olla satunnainen viikko, jolloin nämä rajat ylittyvät.

## Lääkärin ja farmasistien ammattitaitoa tarvitaan

Lääkärin ja farmasistien tulisi havaita päänsärkyyn liittyvä runsas lääkekäyttö ja puuttua siihen. Ilman lääkevierotusta lääkkeiden vaihtaminen tai lisääminen vain pahentaa ja pitkittää tilannetta.

Eurooppalaisen käytännön mukaan liikaa käytettyjen särkylääkkeiden ottaminen lopetetaan yleensä välittömästi, kun taas amerikkalaisessa hoitokäytännössä esiintyy erilaisia annoksen alentamishjelmiä seurantakäynteineen. Molemmilla tavoilla kolme neljästä potilaasta pääsee eroon lääkkeiden liikkakäytöstä ja puolet päivittäisestä päänsärystä ainakin joksikin aikaa, ja lapsilla tulokset voivat olla vielä parempia. Kuitenkin 5 vuoden seurannassa yli puolet potilaista sairastuu lääkepäänsärkyyn uudelleen.

Euroopan neurologisen yhdistyksen (European Federation of Neurological Societies, EFNS) hoitosuositus esittää parhaiksi lääkepäänsärlyn hoitokeinoiksi ensin potilaan informointia ja seurantaa, toiseksi lääkevierotusta ja kolmanneksi estohoidon aloittamista.

Potilaan informointi sisältää tiedon siitä, että päänsärky johtuu lääkkeiden käytöstä ja että vain vieroittautumalla niistä voi saavuttaa paremman elämänlaadun. Seuranta sisältää käyntejä terveydenhuollon ammattilaisen luona saamassa tukea lääkevieroittautumiseen.

Lääkevieroituksen yhteydessä voidaan mahdollisesti käyttää kortikosteroideja (prednisoni tai prednisoloni vähintään 60 mg/vrk), amitriptyliiniä jopa 50 mg/vrk ja estohoitoon vieroituksen kanssa yhtäaikaisesti aloitettuna topiramaattia jopa 200 mg/vrk. Informoinnin ja lääkevieroituksen tulokset ovat ainakin lyhyellä aikavälillä hyviä. ■

## Kirjallisuutta

*Bigal ME, ym. Transformed migraine and medication overuse in a tertiary headache centre – clinical characteristics and treatment outcomes. Cephalgia 2004; 24: 483–90.*

*Diener HC, ym. Medication overuse headache. Kirjassa: Goadsby PJ, ym., toim. Chronic Daily Headache for Clinicians. BC Decker Inc. 2005, s. 117–28.*

*Dowson AJ, ym. Medication overuse headache in patients with primary headache disorders: epidemiology, management and pathogenesis. CNS Drugs 2005; 19: 483–97.*

*Evers S, Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. Eur J Neurol 2011; 18: 1115–21.*

*Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology and treatment of medication overuse headache. Lancet Neurol 2010; 9: 391–401.*

*De Felice M, ym. Triptan-induced latent sensitization: a possible basis for medication overuse headache. Ann Neurol 2010; 67: 325–7.*

*Jonsson P, ym. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. Cephalgia 2011; 31: 1015–22.*

*Limmroth V, ym. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. Neurology 2002; 59: 1011–4.*

*Russel MB, Lundqvist C. Prevention and management of medication overuse headache. Curr Opin Neurol 2012; 25: 290–5.*

*Saper JR, Da Silva AN. Medication overuse headache: history, features, prevention and management strategies. CNS Drugs 2013; 27: 867–77.*

*Silberstein SD, ym. International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD.II) – revision of criteria for 8.2 Medication overuse headache. Cephalgia 2005; 25: 460–5.*

*Tepper SJ. Medication overuse headache. Continuum (Minneapolis) 2012; 18: 807–22.*