

Migreeni

Keskeistä

- Lievän migreenikohtauksen hoidoksi sopivat parasetamoli, ASA tai muut tulehduskipulääkkeet joko yksinään tai metoklopramidiiin yhdistettynä^A.
- Vaikeissa tai invalidisoivissa kohtauksissa kannattaa käyttää triptaanina ensisijaislääkkeenä eikä vasta kohtauksen alussa otetun tulehduskipulääkkeen osoittaututtua tehotomaksi^A.

Määritelmä ja epidemiologia

- Migreeni on kohtauksellinen sairaus, jonka syntymekanismia ei toistaiseksi tarkasti tunneta. Perinnöllisyydellä on osuutta sairauden ilmaantumisessa.
- Keskimääräinen prevalenssi väestössä on n. 10 %, miehillä 5 % ja naisilla 15 %; erityisesti sitä ilmenee työikäisillä.
- Migreenikohtaukset jaetaan aurallisiin (15 %), jossa kohtausta edeltävät esioireet eli aura (näkö- ja muita neurologisia häiriöitä) ennen päänsärkyvaihetta, sekä aurattomiin migreenikohtauksiin (85 %), jotka alkavat suoraan päänsärjyllä.
- Kohtauksille altistavat uni-valvetrytmin häiriö, hypoglykemia ja stressitilan muutos. Ravintotekijät ovat alkoholia lukuunottamatta hyvin yksilöllisiä.
- Naisilla kuukautisrytmi vaikuttaa migreenikohtausten ilmaantumiseen

(ns. katameniaalinen migreeni eli kuukautisten aikaan tulevat migreenikohtaukset).

Oireet

- Kohtausta edeltävän vuorokauden aikana prodromaali- eli ennakkooireet: pakonomainen haukottelu, makean himo, väsymys, luonteen muutos
- Aura- eli esioireet: laajeneva näköhäiriö, kirkasreunainen värisevä näkökenttäpuutos, sahalaitainen harmaa tai kirkas alue, tuntohäiriöt, puheen häiriö, halvausoire. Esioireet kestävät 5–60 minuuttia.
- Auravaiheen loppupuolella tai sen jälkeen alkaa sykkivä, toispuolinen kova tai kohtalainen päänsärky, johon liittyy pahoinvointia ja oksentelua.
- Auraton migreeni alkaa suoraan päänsärjyllä.
- Migreeniaura voi esiintyä ilman päänsärkyvaihetta (huom. erotusdiagnoosiikka).
- Kohtaukseen liittyy autonomisen hermoston toimintahäiriöitä, ihon kalpeus, suoliston motiliteetin häiriö jne.

Diagnoosi

- Perustuu anamneesiin ja kohtausten ulkopuolella normaaliin neurologiseen statukseen.
- Neuroradiologinen kuvantaminen ei ole aiheellista tyypillisessä migreenissä aikuispotilaalla, jonka neurologinen status on normaali^B.

AURALLISEN MIGREENIN DIAGNOSTISET KRITEERIT (ICHD-2, 2005)

- Potilaalla on ollut vähintään kaksi kohtausta, joissa 3 seuraavista piirteistä esiintyy:
 - ◆ Auraoire

- ◆ Auran kesto on yli 4 minuuttia tai esiintyy 2 peräkkäistä auraa.
- ◆ Aura ei kestä yli 60 minuuttia.
- ◆ Auraa seuraa päänsärky alle 60 minuutissa.
- Päänsärky täyttää aurattoman migreenin kriteerit.

AURATTOMAN MIGREENIN DIAGNOSTISET KRITEERIT (ICHD-2, 2005)

- Potilaalla on ollut vähintään 5 päänsärkykohtausta, jotka kestävät 4–72 tuntia ja kohtauksiin on liittynyt vähintään 2 piirrettä A-ryhmästä ja vähintään 1 piirre B-ryhmästä.
 - ◆ A. Oireet
 - Särky on sykkivää.
 - Särky on toispuoleista.
 - Särky on kohtalaista tai kovaa ja estää normaaleja toimintoja.
 - Fyysinen aktiviteetti pahentaa särkyä.
 - ◆ B. Oireet kohtauksen aikana
 - Pahoinvointi ja/tai oksentelu
 - Valonarkuus ja ääniherkkyys

EROTUSDIAGNOOSI

- Jännityspäänsärky (ei ennakkooireita, kipu puristavaa ja molemminpuolista, liikunta helpottaa)
- Sarjoittainen päänsärky (tavallisesti ei auraa, ei oksentelua, kipu toisen silmän seudussa, kyynelerytys ja nenän vuoto kivun puolella, kipu lyhytkestoinen mutta erittäin kova)
- SAV (räjähtävä alku, usein tajunnan tason lasku)
- TIA-kohtaus (pimeä näkökenttäpuutos, ei kirkkaita valoilmioita näkökentässä, ei seuraa päänsärkyä)
- Glaukoomakohtaus
- Meningiitti (kuumeilu, niskajäykkyys, tajunnan tason lasku)
- Temporaaaliepileptinen kohtaus voi ilmetä auroireena.

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista www.terveysportti.fi
Lääkärin käsikirja
• viimeisin muutos 25.1.2013
Markus Färkkilä
© 2013 Kustannus Oy Duodecim

Migreenikohtauksen hoito

- Lepoon rauhalliseen, pimeään paikkaan
- Migreenikohtauksen aikana lääkkeet imeytyvät parhaiten peräpuikkoina, nenäsumutteina tai poretabletti/annosjauhe-muodoista.
- Metoklopramidin kombinointi parantaa kaikkien migreenilääkkeiden imeytymistä.

TULEHDUSKIPULÄÄKKEET

- Asetyyliisalisyylihapo 1 000 mg ^{A↑↑} joko yksinään tai yhdistettynä metoklopramidiin 10–20 mg
- Muu tulehduskipulääke
 - ◆ Diklofenaaki 50 mg p.o. ^B
 - ◆ Ketoprofeeni 50–100 mg p.o.
 - ◆ Naprokseeni 500–1 000 mg p.o.
 - ◆ Ibuprofeeni ^A 800 mg p.o. jne.

TRIPTAANIT

- Triptaanit ovat ensisijaislääkkeitä vaikeissa tai invalidisoivissa kohtauksissa ^A
 - ◆ Almotriptaani 12.5 mg p.o.
 - ◆ Eletriptaani ^A 40–80 mg p.o.
 - ◆ Frovatriptaani 2.5 mg p.o.
 - ◆ Naratriptaani ^A 2.5–5 mg p.o.
 - ◆ Ritsatriptaani ^A 5–10 mg p.o.
 - ◆ Sumatriptaani 50–100 mg p.o. ^A, 25 mg supp. ^C, 6 mg s.c. ^B, 20 mg nenäsuihkeena ^B
 - ◆ Tzolmitriptaani ^A 2.5–5 mg p.o., 5 mg nenäsuihkeena
- Triptaani otetaan mahdollisen auran jälkeen, päänsäryn alkaessa.
- Kannattaa kokeilla ainakin kolmea eri triptaania, ennen kuin voidaan sanoa, että triptaanit eivät auta.
- Triptaaneja ei ole tarkoitettu hemiplegiseen, basilaariseen eikä oftalmoplegiseen migreeniin.
- Triptaaneja on käytettävä alle kolmena päivänä viikossa, muuten särky-lääkepäänsäryn riski kasvaa.
- Triptaanien vasta-aiheet
 - ◆ Iskeeminen sydänsairaus, Prinzmetalin angiina, tuore TIA, SAV, aivoinfarkti, hoitamaton tai muuten korkea verenpaine ja vaikea munuaisten vajaatoiminta.

MUUT

- Diatsepaami 2–10 mg p.o./supp.

LÄÄKITYS RASKAUDEN JA IMETYKSEN AIKANA

- Raskauden aikana voidaan käyttää parasetamolia ja raskauden alussa ibuprofeenia ja naprokseenia.
- Triptaanit ja ergotamiini ovat vasta-aiheisia. Sumatriptaanin käytöstä satunnaisesti (< 4 kertaa) alkuraskauden aikana ei todennäköisesti ole haittaa. Sumatriptaani erittyy vähäisessä määrin äidinmaitoon; tavanomaisia annoksia käytettäessä ei ole odotettavissa haittoja imeväiselle

ESTOHOITO

- Säännöllinen unirytmä ja ruokailu, laukaisevien tekijöiden (esim. alko-holi) välttäminen
- Elämäntapa- ja työasioiden pohdinta: onko elämäntilanteessa tai työpaikalla tekijöitä, jotka voivat ylläpitää migreeniä ja onko niihin mahdollista puuttua?
- Säännöllinen liikunta vähentää migreenikohtauksia.
- Jos migreenikohtauksia on 4 tai enemmän/kk, voidaan käyttää estolääkettä.
- Beetasalpaajat
 - ◆ Propranololi 20–40 mg × 2–3/vrk, 160 mg × 1/vrk
 - ◆ Metoprololi 47.5–200 mg/vrk
 - ◆ Vasta-aiheet: astma, hidas pulssi ja matala verenpaine
- Kandesartaani 8 mg × 2/vrk ^C
- Amitriptyliini 10–25 mg/vrk tai nortriptyliini 25–50 mg/vrk, erityisesti jos myös jännityspäänsärkyä mukana
- Topiramaatti 25 mg × 1 ja pyritään vähitellen annokseen 50 mg × 2
- Valproaatti
- Joskus joudutaan yhdistämään monta eri estolääkettä, jotta saadaan toivottu vaikutus.
- Estolääkehoitoa jatketaan tilanteen mukaan. Joskus riittää muutama kuukausi, joskus tarvitaan vuosien hoitoa. Estolääkehoidossa olevien tilannetta on seurattava esim. pään-

särky päiväkirjan avulla.

- Lääkehoito kannattaa yhdistää ei-lääkkeellisiin hoitoihin.
 - ◆ Liikunta
 - ◆ Fysioterapia
 - ◆ Akupunktio ^C
 - ◆ Rentoutus, esim. jooga, pilates

KROONISEN PÄIVITTÄISEN PÄÄNSÄRYN KATKAISU

- Kroonista päivittäistä päänsärkyä, joka on useimmiten kroonisen migreenin, jännityspäänsäryn ja lääkkeiden liikakäytön yhdistelmä, voidaan hoitaa lopettamalla käytössä olleiden särky-lääkkeiden liikakäyttö ja aloittamalla estohoito mahdollisesti yhdistettynä amitriptyliiniin.

Ennuste

- Migreeni alkaa usein kouluikässä ja voi sammuakin jo nuorena.
- Mikäli migreenikohtaukset jatkuvat aikuisuuteen, naisilla ne harvenevat raskausaikana ja loppuvat usein vaihdevuosisien jälkeen.
- Mikäli kyseessä on aurallinen migreeni, aivoverenkiertohäiriöriskin vuoksi tupakointi on lopetettava ja yhdistelmäehkäisy pillereiden käyttöä on vältettävä.

Kirjallisuutta

1. Färkkilä M, Kallela M. Frovatriptan review. Expert Opin Pharmacother 2007 Dec;8(17):3029-33.
2. Färkkilä M. Aiheuttaako migreeni aivokudoksen katoa? Duodecim 2010;126(9):989-
3. Kallela M. Mitä uutta migreenin patofysiologiasta ja genetiikasta? Duodecim 2005;121(6):665-
4. Arto V. Onko migreeni aivoinfarktin riskitekijä? Suom Lääkäril 2008;63(39):3202-5
5. Harno H. Kuukautismigreenin hoito. Suom Lääkäril 2008;63(39):3191-5
6. Sumelahti M-L, Huhtala H, Maunu P. Naisilla ja miehillä erilainen migreeniprofiili. Suom Lääkäril 2008;63(39):3173-7
7. Färkkilä M. Kroonisen päivittäisen päänsäryn hoito avohoidossa. Suom Lääkäril 2008;63(39):3197-201
8. Haanpää M, Harno H. Onko botuliinista hyötyä migreenin hoidossa? Duodecim 2011;127(22):2405-7