

Marja-Liisa Sumelahti

## Lääkepäänsärky

Lääkepäänsärky syntyy, jos kohtauslääkkeiden käyttö on tehotonta ja ylittää jatkuvasti käyttöpäivien turvarajat, riippumatta lääkkeen vuorokausiannoksesta. Erityinen lääkepäänsärlyn riski koskee kroonista migreeniä, kroonista jännityspäänsärkyä ja sarjoittaista päänsärkyä potevia sekä kaikkia päänsärkypotilaita, joilla on jokin muu jatkuvaa kipulääkintää vaativa sairaus. Vaikeahoitoisissa päänsäryissä pyritään estolääkityksellä vähentämään kipupäiviä, mikä yleensä vähentää kohtauslääkkeiden liikkakäyttöä.

Lääkepäänsärky (ICD-10-koodi G44.4) on sekundaarinen päänsärky, joka määritellään kansainvälisessä päänsärkyluokituksessa (ICHD-3) lääkkeen oireenmukaisen liikkakäytön aiheuttamaksi uudeksi päänsäryksi päänsärkysairautta potevalla henkilöllä (1,2). Diagnostiset kriteerit esitetään **TAULUKOSSA 1**. Arvion mukaan yli puolet kroonista migreeniä sairastavista (70 %) altistuu lääkepäänsärylle, ja lääkepäänsärkypotilaista 90 %:lla taustalla on migreeni tai jännityspäänsärky (3–5). Lääkepäänsärky heikentää hoidon tuloksia. Tietoisuutta sen esiintymisestä on pidetty heikkona. Etenkin vaikeahoitoisen päänsärlyn yhteydessä sen tunnistaminen, hoito ja ehkäisy kannattaa huomioida (6).

### Kipulääkkeiden käytön turvarajat

Kohtauslääkkeiden käyttöä seurataan etenkin kroonisten päänsärkyjen osalta päänsärkypäiväkirjan avulla. Potilasohjauksella ja motivoinnilla voidaan parantaa sitoutumista hoitotavoitteisiin ja lääkekäytön turvarajoihin (6). Suurin riski lääkepäänsärkyyn liittyy opioidiryhmän lääkkeisiin, mutta kaikki tulehduskipulääkkeet ja myös parasetamoli, yhdistelmäkipulääkkeet ja triptaanit voivat aiheuttaa sitä riippumatta käyttöaiheesta (1,2).

Kipulääkkeiden käyttömäärien suositukset ja turvarajat esitetään **TAULUKOSSA 2**. Käyttöraja ylittyy, jos triptaaneja käytetään jatkuvasti yli yhdeksänä päivänä kuukaudessa tai paraseta-

molia tai tulehduskipulääkkeitä yli 14 päivänä kuukaudessa (2). Tarkkaa, yksilöllistä rajaa lääkepäänsärlyn kehittymiselle ei voida varmasti tietää (7). Migreenin kohtaushoitossa ainoastaan rimegepanttiin ei liitetä lääkepäänsärlyn riskiä (8).

### Lääkepäänsärlyn mekanismi ja riskitekijät

Jatkuva liiallinen lääkekäyttö johtaa päänsärkypotilaan kipuratojen poikkeavaan toimintaan ja liikkakäyttöön liittyviin oireisiin, vaikka päänsärkykalenterissa olisi lääkkeettömiä päiviä. Taustalla on kipuratojen herkistymiseen ja kivunsaätelyn muutokseen liittyvä keskushermoston toimintahäiriö (9,10). Tilannetta ruokkivat pitkään jatkuneeseen kipuun liittyvät hoitotottumukset, ja taustalla voi olla jokin muu kiputila tai migreenin kroonistumisen riskitekijöitä, kuten stressiä, unihäiriöitä ja mielialaoireita.

**TAULUKKO 1.** Lääkepäänsärlyn ICHD-3-diagnostiset kriteerit (2).

- Päänsärky, joka esiintyy vähintään 15 päivää/kk, kun
- A. potilaalla on olemassa oleva päänsärkyhäiriö,
- B. potilaalla on ollut yli kolmen kuukauden ajan yhden tai useamman lääkkeen säännöllistä liikkakäyttöä päänsärlyn akuuttiin tai oireenmukaiseen hoitoon
- C. päänsärky ei paremmin selity toisella ICHD-3-diagnoosilla.

**TAULUKKO 2.** Lääkepäänsärkyä aiheuttavat kipulääkkeet (ICHD-3) (2).

**Lääkepäänsärlyn riski suurentunut yli kolmen kuukauden käytössä**

- Triptaanit ≥ 10 päivää/kk
- Yhdistelmäkipulääkkeet ≥ 10 päivää/kk
- Opioidit ≥ 10 päivää/kk
- Tulehduskipulääkkeet ≥ 15 päivää/kk
- Parasetamoli ≥ 15 päivää/kk
- Useita lääkeluokkia ≥ 10 päivää/kk

**Oireet**

Tyypillinen lääkepäänsärlyn oire on koko pään alueella tuntuvan tylpän ja puristavan kivun voimistuminen (7). Triptaanien liikakäytössä tyypillistä on aamulla tai seuraavana päivänä tuntuva kipu, joka häviää lääkkeenoton jälkeen (7). Sama ilmiö koskee muiden kipulääkkeiden liikakäyttöä.

Vieroitusoireena on usein yöllä tai aamulla tuntuva päänsärky muiden oireiden ohella (7,9). Muina oireina potilaat voivat kuvailla kasvojen alueen autonomisia oireita, kuten kipua ja kyynelvuotoa toisen silmän seudussa, pahoinvointia, unen laadun heikkenemistä, levottomuutta, vatsavaivoja tai ripulia. Potilaat kuvailevat toisinaan kasvojen ja niskan alueella ihotunnon herkistymistä, joka on kevyen liikukuvan kosketuksen aiheuttama ja esiintyessään neurologisista statuslöydöksistä ainoa poikkeavuus.

**Lääkepäänsärlyn ehkäisy**

Ensimmäinen askel on ohjata päänsärkypotilas tehokkaaseen kohtaushoitoon migreenin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti (11). Sarjoitaisen päänsärlyn kohtaushoidossa rajoitetaan triptaanien käyttöä ja suositetaan happihoitoa. Jännityspäänsärlyn hoidossa suositetaan lääkkeitöntä hoitoa tai kipulääkkeitä. Kohtaushoitoa seurataan päänsärkypäiväkirjan avulla. Säännöllinen tilannearvio, tarvittaessa esimerkiksi 3–6 kuukauden välein, tukee hoitoa. Kokonaisvaltaista hoitosuunnitelmaa kannattaa tarkastella yhdessä potilaan kanssa.

Sekä migreenin että jännityspäänsärlyn hoidossa huomioidaan myös niitä voimistavat te-

kijät ja lääkkeettömän hoidon keinot. Käytön turvarajoihin pyrkiminen tuntuu potilaasta yleensä vähemmän uhkaavalta kuin täydellinen lääketauko. Hoitomotivaatiota voi lisätä tieto lääkepäänsärlyn yleisyydestä ja se, että päänsärky usein lievittyy ja kipulääkevasteet paranevat. Psykologiset hoitointerventiot puoltavat paikkaansa erityisesti toistuvan lääkepäänsärlyn yhteydessä, koska taipumus sen uusiutumiseen on tunnistettu jo ensimmäisen vuoden aikana vieroituksesta (10,12).

**Hoito**

Toisinaan pelkkä kipulääkityksen turvarajoihin pyrkiminen ja estolääkkeen aloitus riittävät hoitona. Estolääkkeen ajoitusajankohdasta ja strategioista on esiintynyt eri näkemyksiä.

Kansainvälisessä vuonna 2024 julkaistussa IHS-suosituksessa lääkkeiden liikakäytön vähentäminen suositellaan tilanteen mukaan liittämään joko estolääkityksen samanaikaiseen aloitukseen tai aloitukseen vasta vähentämisen onnistuttua (12). Jos hoito on täydellinen lääketauko, ohjataan estolääke aloittamaan vasta sen jälkeen. Kolmesta hoitostrategiasta voidaan siten valita tilanteeseen sopiva.

Käytännössä vieroitus ennen estohoidon aloitusta on perusteltu, jotta selvitetään primaarisen päänsärlyn taajuus. CGRP (kalsitoninigeeniin liittyvä peptidi) -reitin lääkkeet ovat tuoneet vastetta myös lääkepäänsärkypotilailla, mutta käytännössä Kelan jatkokorvattavuuskriteerien täyttyminen viikoilla 9–12 saattaa joissain tapauksissa näkyä myöhemmin, jos tilannetta komplisoi sekundaarinen päänsärky.

Nykyisen hoitosuosituksen mukaan tilanteeseen sopiva estolääkitys tulisi aloittaa lääkepäänsärlyn diagnoosin yhteydessä. Jos turvarajoihin ei päästä tai lääkepäänsärky jatkuu, on suositeltavaa vieroittaa kaikkien kohtaustiläkkeiden käytöstä.

**Lääketauko.** Täydelliselle lääketauolle on vahva suositus, ja tauon kesto on vaihdellut viikoista kahteen kuukauteen (10,12). Triptaan- ja kipulääkitykset lopetetaan kerralla, opioidilääkitykset asteittain. Tauon jälkeen tehostetaan kohtaushoitoa turvarajoja noudattaen. Lääketauko ajoitetaan yksilöllisen suunnitel-

man mukaan, ja sen toteutus onnistuu yleensä avohoidossa. Jos lääkepäänsäryn taustalla on opioidien, unilääkkeiden tai muiden rauhoittavien lääkkeiden käyttöä, joista vieroittautuminen on usein vaativaa, suositellaan sen toteuttamista osastohoidossa, tarvittaessa neurologin ja päihdelääkärin ohjauksessa.

**Vieroitusoireiden tukihoido.** Vieroitusoireiden aikana päänsäryn voimistuminen ja muut oireet vaativat usein lyhyttä sairauslomaa viikon tai kahden mittaisena. Vieroituksen alkuvaiheessa vaikean rebound-päänsäryn hoitona voidaan hätätapauksessa käyttää rajoitetusti yksittäisiä triptaaniannoksia ja suosia ihon alle pistettävää sumatriptaania. Pitkittyneen migreenikohtauksen hoidossa ensiavussa suositellaan Käypä hoito -suosituksen mukaista lääkintää (11).

Tukihoidona voidaan käyttää migreenin hoidossa käytettyjä pahoinvointilääkkeitä. Valmisteyhteenvedon mukaan esimerkiksi proklooriperatsiinilla on käyttöaihe pahoinvoinnin, oksentelun ja huimauksen ehkäisyssä ja hoidossa sekä migreenikohtausten ehkäisyssä ja psykosomaattisissa tiloissa annoksella 5–10 mg kolmasti päivässä. Äkillisen migreenikohtauksen hoidossa annos on 25 mg. Vieroitusvaiheessa 1–4 viikon kestoinen lääkekuuri on kokemuksen mukaan hyvin siedetty.

Käytännön kokemusta on saatu ison takaraivohermon puudutuksesta glukokortikoidi-puuduteruiskeella esimerkiksi metyyliiprednisononin ja bupivakaiinin yhdistelmällä, joka on usein auttanut potilasta lääkevieroituksen alkuun kivun lievittyessä 3–7 vuorokauden ajaksi (12,13). Ison takaraivohermon puudutuksesta on julkaistu kaksi englanninkielistä videota, jotka on mainittu IHS:n suosituksessa (12) (Peripheral nerve blocks in headache patients: indications and practical guide; [www.youtube.com/watch?v=frlojGkX7C4](http://www.youtube.com/watch?v=frlojGkX7C4) ja GON blocks – general aspects and indications; [www.youtube.com/watch?v=JieNu\\_YHSto](http://www.youtube.com/watch?v=JieNu_YHSto)).

Lyhyt glukokortikoidikuuri suun kautta otettuna lääketauon tukena on mahdollinen, mutta tutkimustietoa sen hyödyistä on niukasti (14). Tukihoidon hyödyiksi katsotaan vieroitusoireiden lievittyminen ja lääkepäänsäryn uusiutumisen esto. Käytössä on huomioitava lääkkeen haitat.

## Ydinasiat

- ▶ Lääkepäänsärky kehittyy päänsärkypotilaan käyttäessä jatkuvasti liikaa kipu- tai kohtauslääkkeitä.
- ▶ Lääkepäänsäryn hoidossa ja ehkäisemisessä huomioidaan kohtauslääkkeiden käytön turvarajat ja tarvittaessa aloitetaan estolääkitys.
- ▶ Kohtauslääkkeiden turvarajoihin pääsyä suositellaan joko ennen estolääkkeen aloitusta tai sen aloituksen yhteydessä.
- ▶ Täydellisen lääketauon tarve on arvioitava yksilöllisesti, ja estolääkkeen aloittamista vasta lääkevieroituksen jälkeen suositellaan.

**Estohoito.** Lääkepäänsärky ja kohtauslääkkeiden liikakäyttö korostuvat vaikeahoitoisessa ja kroonisessa migreenissä. Näissäkin tilanteissa estohoidossa on saatu hyviä kokemuksia CGRP-reittiä salpaavista monoklonaalisista vasta-aineista (mAb), topiramaatista, onabotuliinitoksiinista ja atogepantista (17–20). Muissa tilanteissa lääkepäänsärkyä voidaan ehkäistä toimivalla estolääkityksellä, joka voidaan aloittaa perusterveydenhuollossa tavanomaisilla valmisteilla (11). Jos niillä ei saada vastetta, kannattaa potilas ohjata neurologin arvioon.

Vaikka estohoidon tauotusta suositellaan yleensä 3–6 kuukauden kuluttua aloituksesta, kroonisessa ja vaikeahoitoisessa migreenissä estolääkkeiden käyttöjaksot ovat yleensä pitkiä. Vaikeissa tilanteissa tauotusta on harkittava yksilöllisesti, aikaisintaan vuoden kuluttua tilanteen vakiinnuttua tai kun kohtaustaajuus on laskenut pysyvästi neljään tai alle neljään kohtaukseen kuukaudessa (12).

Sarjoittaisen päänsäryn estohoidossa noudatetaan viimeisimpiä hoitosuosituksia ja kohtaushoidossa korostuu happihoito (16). Jännityspäänsäryn estohoitoa on tutkittu melko vähän ja pienissä aineistoissa. Käytännössä amitriptyliini 10–25 mg yksin tai yhdessä lyhyen, pieniannoksisen titaanidiinikuurin (4 mg/vrk) kanssa on helpottanut kipua (15).

## Rimegepanti kohtaus- ja estohoidossa

Gepanttiryhmän lääkkeitä pidetään mahdollisesti ensimmäisinä migreenin kohtauslääkkeinä, joihin ei liity lääkepänsäryn riskiä, eivätkä tulokset rimegepantin päivittäisestä käytöstä ole paljastaneet uusia haittoja (8). Rimegepanti voi vaikutusmekanisminsa ja uuden tutkimustiedon pohjalta tuoda migreenipotilaan lääkepänsäryn vieroitushoitoon uudentyyppisen hoitomahdollisuuden, joka on kokemuksen mukaan vähentänyt vieroitukseen liittyvää rebound-särkyä ja poissaoloja työstä.

Myös perusterveydenhuollon lääkäri voi hoitaa migreenikohtauksia rimegepantilla. Kelan rajoitettu peruskorvattavuus kohtaushoitoon myönnetään potilaille, joiden hoidossa triptaanit ovat tehottomia tai joille ne aiheuttavat haittoja taikka ovat vasta-aiheisia. Rajoitettu peruskorvattavuus kohtaushoidossa edellyttää reseptimerkintää ”Akuutti migreeni, triptaanit eivät sovellu”. B-lausuntoa ei siten edellytetä rimegepantin kohtaushoitoon. Rimegepantin toisena käyttöaiheena on vaikeahoitoisen epi-

sodisen migreenin estohoito, jonka rajoitettu peruskorvattavuus edellyttää kahden tavanomaisen estolääkkeen epäonnistunutta kokeilua ja neurologin laatimaa B-lausuntoa KELA-korvattavuutta varten ([www.kela.fi/laake3007](http://www.kela.fi/laake3007)).

## Lopuksi

Yleinen tietoisuuden lisääntyminen ja päänsärkypäiväkirjojen käyttö, kokemukset yksilöllisesti toteutuneista vieroitushoidoista ja hoitomahdollisuuksien laajeneminen helpottavat lääkepänsäryn käsittelyä vastaanotoilla ja parantavat päänsärkyjen hoitotuloksia. ■

**MARJA-LIISA SUMELAHTI, LT, neurologian dosentti**  
Tampereen yliopisto, Terveystalo Tampere

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Perttu Lindsberg

### SIDONNAISUUDET

**Marja-Liisa Sumelahti:** Apuraha (Novartis), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Pfizer, Novartis, Teva, Abbvie, Merck, Lilly, Lundbeck, Suomen Neurologinen yhdistys (SNY), Orion, Linde, Nuorten Lääkärin Yhdistys), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Pfizer, Novartis, Teva, Abbvie, Merck, Lilly, Lundbeck, Suomen neurologiyhdistys, Orion, Linde, Nuorilääkäri), luottamustoimet (Käypä hoito -suositus, Migreeni ja MS-tauti; Neuroliiton hallitus 2021–2023, Neuroliitto hallitus), muut sidonnaisuudet (kliininen lääketutkimus: Novartis, Janssen, Biohaven)

### KIRJALLISUUTTA

- Ashina S, Terwindt GM, Steiner TJ, ym. Medication overuse headache. *Nat Rev Dis Primers* 2023;9:5.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) the international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1–211.
- Colas R, Munoz P, Temprano R, ym. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62:1338–42.
- Find NL, Terlizzi R, Munksgaard SB, ym. Medication overuse headache in Europe and Latin America: general demographic and clinical characteristics, referral pathways and national distribution of painkillers in a descriptive, multinational, multicenter study. *J Headache Pain* 2015;17:20.
- Buse DC, Greisman JD, Baigi K, ym. Migraine progression: a systematic review. *Headache* 2019;59:306–38.
- Lai JTF, Dereix JD, Ganepola RP, ym. Should we educate about the risks of medication overuse headache. *J Headache Pain* 2014;15:10.
- Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, ym. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59:1011–4.
- Croop R, Berman G, Kudrow D, ym. A multicenter, open-label long-term safety study of rimegepant for the acute treatment of migraine. *Cephalalgia* 2024;44:1–11.
- Tepper D. Medication overuse headache. *Headache* 2017;57:845–6.
- Carlsen LN, Munksgaard SB, Nielsen M, ym. Comparison of 3 treatment strategies for medication overuse headache: a randomized clinical trial. *JAMA Neurol* 2020;77:1–10.
- Migreeni. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2024 [päivitetty 28.3.2024]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Puledda F, Sacco S, Diener H-C, ym. International Headache Society global practice recommendations for preventive pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia* 2024;44:3331024241269735.
- Arab A, Khoshbin M, Karimi E, ym. Effects of greater occipital nerve block with local anesthetic and triamcinolone for treatment of medication overuse headache: an open-label, parallel, randomized, controlled clinical trial. *Neurol Sci* 2022;43:549–57.
- Lee MJ, Park H-K, Oh S-Y, ym. Effect of prednisolone for the treatment of medication-overuse headache: a 3-month result from a multicenter registry for load 172 and management of medication overuse headache (RELEASE) study. *Headache* 2024;64:149–55.
- Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol* 2008;7:70–83.
- Sumelahti ML. Sarjoittainen päänsärky – tunnista ja hoida oikein. *Suom Lääkäril* 2024;79:e39082.
- Sun-Edelstein C, Rapoport AM, Rattanawong W, ym. The evolution of medication overuse headache: history, pathophysiology and clinical update. *CNS Drugs* 2021;35:545–65.
- Sandrimi G, Perrotta A, Tassorelli C, ym. Botulinum toxin type-A in the prophylactic treatment of medication-overuse headache: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel group study. *J Headache Pain* 2011;12:427–33.
- Mei D, Ferraro D, Zelano G, ym. Topiramate and triptans revert chronic migraine with medication overuse to episodic migraine. *Clin Neuropharmacol* 2006;29:269–75.
- Goadsby P, Friedman DI, Holle-Lee D, ym. Efficacy of atogepant in chronic migraine with and without acute medication overuse in the randomized, double-blind, phase 3 PROGRESS trial. *Neurology* 2024;103:e209584.