

Migrän

Fastställd januari 2020 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till januari 2022.

Huvudbudskap

- Migrän diagnosticeras genom noggrann anamnes och status med stöd av internationella diagnoskriterier.
- Att minimera anfallsframkallande faktorer är grunden i all migrän-behandling.
- Vid migränanfall är vila/sömn samt receptfria analgetika ofta tillräcklig behandling. Om inte – prova högre dos av analgetikum/COX-hämmare.
- Nästa steg är triptanläkemedel. Generiskt sumatriptan i tablettform är förstahandsval.
- Vid ≥ 3 migränanfall varje månad och otillfredsställande effekt av anfalls-kuperande medicinering – överväg förebyggande läkemedel. Förstahandsval är betablockerare såsom metoprolol.
- Risk finns för läkemedelsinducerad huvudvärk vid regelbundet intag av analgetika eller triptaner under tre eller fler dagar per vecka.

Bakgrund

Minst en av tio personer har mer eller mindre ofta återkommande migränanfall. Vanliga anledningar till att söka vård är förstagångsanfall med svåra besvär eller frekventa migränanfall och otillräcklig behandling.

Symtom

Ungefär varannan person med migrän upplever prodromalsymtom timmarna före anfall, t.ex. hyperaktivitet, trötthet, sötsug, matleda, törst, magtarmrubning. Migränanfallen inleds hos 20% med aura. Aura utvecklas under 5-20 minuter för att avklinga inom en timma. Visuella aura är vanligast och kännetecknas av ljusflimrande prickar eller såg-tandsmönster i båda synfälten ofta kombinerat med fläckvis synnedsättning (flimmerskotom). Sensorisk aura med halvsidigt spridande domningar/stickningar i t.ex. ansikte och hand är därnäst vanligast och kan följa direkt på visuell aura. Afasiliknande talstörningar förekommer också. Aura kan uppträda utan huvudvärk. Migränhuvudvärken debuterar hastigt, men inte urakut, och ökar inom 1-3 timmar till intensitet som hindrar normal aktivitet eller tvingar till sängläge. Den är initialt oftast halvsidig, men kan vara dubbelsidig från start. Pulserande huvudvärk som förvärras av ordinär fysisk aktivitet tillsammans med markant ljus-, ljud- eller luktkänslighet och/eller illamående/kräkningar är viktiga

Internationella diagnostiska kriterier för migrän (IHS 2013)

Migrän utan aura

Minst fem anfall av huvudvärk med följande egenskaper:

- Duration hos vuxna 4-72 timmar, hos barn <15 år 1-72 timmar
- Minst två av följande:
 - ensidig start (dubbelsidig förekommer, vanligare hos barn)
 - pulserande karaktär
 - måttlig till svår intensitet
 - förvärras av ordinär fysisk aktivitet, t.ex. gång i trappa
- Under huvudvärken förekomst av ljus- och/eller ljudkänslighet och/eller illamående/kräkningar
- Förklaras inte av annan sjukdom

Migrän med aura

Minst två anfall med följande egenskaper:

- Aura med minst ett av följande reversibla symtom:
 - Visuella, sensoriska, talstörningar, hjärnstamssymtom, retinala symtom
- Minst två av följande karakteristika:
 - Minst ett aurasymtom utvecklas gradvis under >5 minuter och/eller att minst två aurasymtom debuterar efter varandra, dvs. ej samtidigt
 - Varje symtom pågår 5-60 minuter
 - Minst ett symtom är ensidigt
 - Auran åtföljs inom 60 minuter av huvudvärk
- Huvudvärk av samma karaktär som vid migrän utan aura
- Förklaras inte av annan sjukdom

kännetecken. Migränanfall som är fullt utvecklade vid morgonuppvaknande är vanligt. Obehandlade brukar migränanfall pågå cirka ett dygn, hos barn kortare, några timmar.

Diagnostik

Migrändiagnosen grundas på att karakteristiska symtomepisoder förekommit vid upprepade tillfällen och inte förklaras av annan sjukdom. För att belysa gällande diagnoskriterier för migrän krävs noggrann anamnes och klinisk undersökning. Anfallsframkallande faktorer, tidigare behandlingar och allmänt hälsotillstånd kartläggs inför val av behandling. Faktarutan ovan återger diagnoskriterier fastställda av International Headache Society. Vid oklar eller atypisk symtombild bör patienten bedömas av neurolog.

Behandling

Icke-farmakologiska åtgärder

Grunden i all migränbehandling är minimering av anfallsframkallande faktorer. Om patienten fyller i migrändagbok kan mönster i anfallens uppträdande identifieras och vägleda till adekvata egenvårdsåtgärder. Vanliga utlösande faktorer är stressbelastning/avkoppling efter stressperiod, sömnbrist/ovanligt långvarig sömn, uteblivet födointag, alkohol/vin, starkt/flimrande ljus, starka dofter, menstruation, p-piller av sekvenstyp. Psykisk eller somatisk ohälsa kan förvärra migrän. God sömnhygien, regelbundna måltidsvanor, ökad fysisk aktivitet och stressreducerande åtgärder kan hjälpa långt för att motverka anfällen. Vid migränanfall ger vila i mörkt och tyst rum symtomlindring och kan förbättra effekten av anfallskuperande medel. Sömn bryter de flesta migränanfall.

Anfallskuperande läkemedel

Utprovning av läkemedel rekommenderas enligt behandlingstrappa, se tabell på sidan 2. Vissa steg innehåller flera alternativ utan inbördes prioritet, då effekt och biverkningar varierar individuellt. Samma läkemedel bör provas vid >3 anfall.

- Patienten kan visa sig ha nytta av olika läkemedelsalternativ vid anfall av olika svårighetsgrad.
- Anfall med kraftigt illamående eller kräkningar behandlas företrädesvis med icke-perorala medel.
- Generiskt sumatriptan i tablettform är rekommenderat förstahandsval bland triptaner, medan övriga triptanpreparat är förmånsberättigade först om detta läkemedel inte fungerar. För ungdomar 12-17 år är triptaner godkända enbart i form av nässpray, som då kan förskrivas utan förmånsbegränsning.
- Anfallskuperande läkemedel tas tidigast möjligt efter huvudvärksstart. Vid återfalls-huvudvärk kan ytterligare dos ges. Se FASS.
- Analgetikum eller COX-hämmare kan kombineras med triptanläkemedel i syfte att förstärka/förlänga effekt.
- Metoklopramid kan vid svårt illamående/kräkningar adderas till alla alternativ inom steg 2-6.

Anfallsförebyggande läkemedel

Vid ≥ 3 migränanfall varje månad bör förebyggande läkemedelsbehandling övervägas. Indikationen ökar vid ineffektiv anfallskuperande behandling. Förebyggande läkemedel ger dock sällan total anfallsfrihet. Realistiska mål är halverad anfalls-frekvens och/eller reducerad svårighetsgrad.

Behandlingen inleds i låga doser och upptrappas vid behov. Dosökning bör inte göras förrän aktuell dos utvärderats under tillräckligt lång tid. Förstahandsval är betablockerare såsom metoprolol eller propranolol. Andrahandsalternativ är amitriptylin givet i individuellt titrerad kväldsos, 10-75 mg. Detta tricykliska antidepressivum har evidensstöd som migränförebyggande, men saknar godkännande för indikationen. Det bör särskilt övervägas hos patienter med kombination av frekvent migrän och huvudvärk av spänningstyp. Tredjehandsalternativ är topiramet, ett antiepileptikum med godkänd migränindikation, vilket bör initieras i samråd med neurolog eller läkare med erfarenhet av migränbehandling. Angiotensin-II-receptorantagonisten kandesartan har evidens som migränförebyggande men har inte indikationen. Serotoninantagonisten pizotifen, specialpreparat, erhålls numera enbart på licens.

Kronisk migrän

Kronisk migrän definieras som minst 15 huvudvärksdagar per månad >3 månader varav minst 8 dagar per månad med migrän. Botulinumtoxin typ A (Botox) och CGRP-hämmarna erenumab (Aimovig) och fremanezumab (Ajovy) har kronisk migrän som godkänd indikation. Behandlingen handläggs av huvudvärksspecialist/neurolog.

Menstruationsrelaterad migrän

Om anfall regelbundet inträffar under perioden från två dygn före första menstruationsdagen till två dygn efter denna, kan naproxen provas som korttidsprofylax, tablett 500 mg x 2 under samma tid.

Antikonception, graviditet och amning

Migrän med aura utgör kontraindikation mot östrogeninnehållande preventivmetoder pga. ökad risk för stroke. Paracetamol kan tas under graviditet och amning. För ASA och COX-hämmare gäller att de under tidig graviditet endast används efter särskilt övervägande av läkare, inte ges under sista trimestern, men kan användas under amning i enstaka doser. Sumatriptan i enstaka doser kan ges under graviditet, övriga triptaner enligt särskild bedömning. Amning rekommenderas inte inom 12 timmar efter triptanintag. Metoklopramid bör undvikas i slutet av graviditet och rekommenderas inte under amning; 24 timmars amningsuppehåll efter intag.

Barn

Migrän hos barn yngre än sju år behandlas av barnläkare. Migränanfall hos barn liknar dem hos vuxna, men huvudvärken är ofta dubbelsidig från start, mindre pulserande och mer kortvarig. Barn har oftare buksmärter och kräkningar. S.k. bukmigrän kan förekomma utan huvudvärk. Migränanfall förebyggs med icke-medicamentella åtgärder. Anfallsbehandling (se behandlingsrutin) är vila/sömn samt ev. analgetika/COX-hämmare tidigast möjligt efter huvudvärksstart. Vid otillräcklig effekt kan triptan nässpray provas (från 12 år). Vid hög anfallsfrekvens övervägs förebyggande läkemedel, betablockerare i första hand. Vid oklar eller atypisk symtombild och/eller utebliven effekt av behandling bör barnläkare/barnneurolog konsulteras.

Anfallskuperande behandling

Steg	Åtgärd/kommentar	Vuxna och barn ≥12 år om ej annat anges	Barn
1		Vila, sömn, mörker, tystnad	Vila, sömn, mörker, tystnad
2	Löslig/munsönderfallande beredning Rektal tillförsel vid illamående/kräkning Receptfria analgetika Koffeintillägg kan ev. öka absorbtion	Paracetamol Brustabl./munsönderfallande tabl./"zapp" tabl. 750-1000 mg <i>alternativt</i> Ibuprofen tabl./kaps./oral susp. 400 mg <i>alternativt</i> Acetylsalicylsyra (≥14 år) Brustabl. 500-1000 mg Komb.tabl. med koffein	Paracetamol Brustabl./oral lös./munsönderfallande tabl. 3-7 år 250 mg 7-12 år 250-500 mg <i>alternativt</i> Ibuprofen oral susp./supp. 3-7 år 100-150 mg 7-9 år 150-200 mg 9-12 år 200-300 mg <i>alternativt</i> Acetylsalicylsyra tabl. 3-5 år 125 mg 6-9 år 250 mg 10-14 år 500 mg
3	COX-hämmare Obs! Ej enterotablett Rektal tillförsel vid illamående/kräkning	Naproxen (≥18 år) tabl. 750 mg supp. 500 mg Ibuprofen tabl./kaps./oral susp. 400-800 mg	Naproxen rekommenderas ej vid akuta smärttillstånd hos barn Ibuprofen samma som steg 2
4	Generiskt sumatriptan i tablettform	Sumatriptan tabl. 50-100 mg	Ingen triptan i tablettform godkänd <18 år
5	Triptan nässpray Vid otillräcklig effekt av steg 4 eller vid illamående/kräkning	Zolmitriptan nässpray 2,5-5 mg	Zolmitriptan nässpray (≥12 år) 2,5-5 mg
6	Triptan subkutan injektion Vid svåra anfall med illamående/kräkning och otillräcklig effekt av steg 1-5	Sumatriptan subkutan inj. 6 mg/0,5 ml	Ej godkänd <18 år
I alla ovanstående steg kan metoklopramid adderas vid svårt illamående/kräkning		Metoklopramid tabl. 10 mg x 1-3 i max 5 dagar	Metoklopramid ges ej till barn 1-18 år vid migrän

Äldre

Hos patienter vars migränanfall fortsätter i hög ålder beaktas ökad risk för läkemedelsbiverkningar liksom ökad förekomst av hjärt/kärl- och cerebrovasculär sjukdom. Försiktighet med triptaner och COX-hämmare är motiverad hos äldre. Om kontraindikationer saknas kan hos de flesta äldre en välfungerande triptanbehandling fortsättas om patienten följs upp regelbundet.

Uppföljning

Utvärdering görs utifrån behandlingens mål att minimera antalet migränanfall och deras påverkan på livskvalitet, sjukfrånvaro, familjeliv, social aktivitet. Anfallskuperande behandling syftar till snabb lindring med återgång i aktivitet. Biverkningar och återfallshuvudvärk efterfrågas. Migrändagbok är ett värdefullt underlag vid uppföljning. Insatt behandling utvärderas efter 2-3 månader. Anfallsförebyggande behandling som är framgångsrik omvärderas efter 6-12 månader. Om behandlingen fortsätter rekommenderas årliga utsättningsförsök.

Åtgärder vid ökad frekvens och ändrad anfallsbild

Vid stigande anfallsfrekvens måste möjliga orsaker kartläggas. Långvarigt ökad stress eller psykisk

ohälsa är vanliga faktorer som motiverar sin särskilda behandling. Att enbart addera ett anfallsförebyggande läkemedel är i dessa situationer sällan tillräckligt. Om ett tidigare tydligt anfallsmönster med mellanliggande besvärsfrihet övergått i migränliknande huvudvärk varje dag, måste man vara uppmärksam på möjligheten av läkemedelsinducerad huvudvärk. Risk för läkemedelsinducerad huvudvärk anses föreligga vid regelbundet intag av analgetika och/eller triptaner under tre eller fler dagar per vecka.

Vårdnivå

Patienter med migrän handläggs i första hand inom primärvården. Vid oklar eller atypisk symtombild bör patienten bedömas av neurolog.

FÖR TERAPIGRUPP NEUROLOGI

Mats Elm, ordförande

Referenser

The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed (beta version). Cephalalgia 2013; 33(9): 629-808

Läkemedelsboken: www.lakemedelsboken.se

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Neurologi
Lena Stroud, lena.stroud@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) hittas på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från
Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se