

Migrän

Vårdnivå och remiss

Primärvården

Handläggs i primärvården.

Diagnostik och utredning

Karaktäristiskt för huvudvärken är attacker med värk av pulserande kvalitet, ensidig lokalisation med måttlig till svår intensitet (kan växla sida) och försämring vid fysisk aktivitet. Den är också associerad med illamående, ljus- och ljudkänslighet.

Ett observandum är debut efter 50 års ålder eller om tidigare huvudvärk ändrar karaktär, vilket bör föranleda utredning med CT/MRT hjärna. Detta kan indikera annan orsak till huvudvärken, exempelvis kärlmissbildning. Vid typisk anamnes med sidoväxlande huvudvärk och ärftlighet behövs i regel ingen ytterligare Utredning. I övrigt, se Faktadokument Akut huvudvärk.

Migrändagbok är ett bra hjälpmedel för utvärdering av medicinering, anfallsutlösande faktorer etc.

Förenklade diagnoskriterier enligt IHS (International Headache Society):

Se Faktadokument Migrän vid graviditet.

Migrän utan aura

Diagnosen förutsätter enligt IHS minst fem anfall som uppfyller följande kriterier:

- Huvudvärksanfallen varar 4-72 timmar
- Huvudvärken har minst två av följande karakteristika:
 - Ensidig lokalisation
 - Pulserande kvalitet
 - Måttlig till svår intensitet
 - Försämring vid fysisk aktivitet som t.ex. trappgång
- Huvudvärken förekommer tillsammans med minst ett av följande:
 - Illamående och/eller kräkningar
 - Ljus- och ljudskygghet
- Annan orsak till huvudvärken är utesluten med adekvata undersökningar

Migrän med aura

Diagnosen förutsätter enligt IHS minst två anfall som uppfyller följande kriterier:

- Ett eller flera fullt reversibla aurasymtom
- Gradvis utveckling av ett aurasymtom under minst fyra minuter eller att flera symtom uppträder i följd
- Aurasymtomen varar mindre än 60 minuter
- Huvudvärken uppträder samtidigt med eller följer på auran inom 60 minuter.

Kronisk migrän

Kronisk migrän definieras som minst 15 huvudvärksdagar per månad i mer än 3 månader varav minst 8 dagar per månad ska ha varit med migränhuvudvärk (med eller utan aura). Dokumentation via huvudvärksdagbok rekommenderas.

Differentialdiagnoser: speciellt Hortons huvudvärk och spänningshuvudvärk, huvudvärk vid förhöjt intrakraniellt tryck. Migränanfallet kan övergå till spänningshuvudvärk.

Prevention

Välinformerad patient.

Undvikande av anfallsutlösande faktorer. De vanligaste faktorerna är

- Stress
- Dietära faktorer (choklad, rödvin, vissa mjukostar)
- Oregelbundna måltider och/eller fasta
- Sömn (för mycket, för lite, oregelbunden)
- Hormonella faktorer (menarche, menses, ovulation, graviditet)

Behandling

Anfallsbehandling

Förstahandsmedel:

- Paracetamol
- Acetylsalicylsyra
- NSAID

Dessa preparat ges gärna i förekommande fall som brustabletter, ensamma eller i kombination med metoklopramid (Primperan), för att förbättra absorptionen.

Se Förskrivning av läkemedel som kan köpas receptfritt udner relaterat innehåll.

Andrahandsmedel:

- Tablett Sumatriptan (Sumatriptan/Imigran)

Injektion eller nässpray kan väljas vid behov av snabb effekt eller vid kraftigt illamående då även suppositorium kan väljas. Vid utebliven effekt dosjustering eller byte av preparat (annan triptan kan prövas).

Ergotaminer används numera sällan, framför allt på grund av risk för långtidsbiverkan (perifer cirkulation).

Observera att triptan och ergotamin inte ska kombineras, se FASS.

Förebyggande behandling

Ikke farmakologisk behandling

- Hantera migränutlösande faktorer. Uppmana till t.ex. regelbunden sömn och måltider liksom regelbunden fysisk aktivitet.
- Avspänning och stresshantering.
- Akupunktur. Upprepade akupunkturbehandlingar, 1-2 ggr i veckan vid totalt cirka 10 tillfällen. Viktigt att informera individen om att inte avbryta i förtid då behandlingen initialt kan öka besvären.
- Regelbunden och anpassad fysisk aktivitet. Hård fysisk träning kan trigga migränanfall, men submaximal konditionsträning 20-40 minuter, 2-3 ggr i veckan kan verka förebyggande. Här kan individen behöva rådgivning för att hitta lämplig aktivitet och intensitetsnivå och inte minst motivation. Uppvärmning innan träningspasset genom succesiv stegring av intensiteten är viktigt likaså nedvarvning efteråt.
- TENS. Se Smärtlindring TENS - regler för förskrivning, Folkhälsa och sjukvård, Region Jönköpings län.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara effektivt och kan med fördel innefatta stresshantering och övningar för avslappning.

Farmakologisk behandling

Vid tre eller fler handikappande anfall per månad kan förebyggande behandling övervägas.

Profylax väljs med hänsyn till patientens ålder, övriga sjukdomar och biverkningsprofil.

- Metoprolol, startdos 50 mg/dygn, måldos 100-200 mg/dygn alternativt
- Propranolol, startdos 20 mg x 3, måldos 80-160 mg/dygn.
- Candesartan 8-16 mg/dygn.
- Topiramat. Startdos 25 mg till natten. Ökas med 25 mg per vecka till 50 mg x 2. Många har effekt på 50 mg/dygn (25 mg x 2), men ibland behöver dosen justeras upp till 200 mg/dygn.
- Amitriptylin Startdos 10-25 mg på kvällen. Vanlig underhållsdos är 25-75 mg på kvällen.

Effekten av profylax bör utvärderas tidigast efter tre månaders behandling i adekvat dos och omvärdering av behandling ska göras regelbundet, rekommenderas en gång per halvår. Huvudvärksdagbok rekommenderas för utvärdering av effekt. Mål med förebyggande behandling bör vara en 50 % reduktion av antal huvudvärksdagar.

Om patienten inte haft effekt av eller inte tolererat minst två olika profylaktiska behandlingar (med olika verkningsmekanism) kan remiss skrivas till neurolog för övervägande av annan behandling.

Vid menstruationsrelaterad migrän kan östrogensubstitution respektive naproxen perimenstruellt provas. En förutsättning är en relativt regelbunden menstruationsperiod. Naproxen 500 mg x 2 alltifrån 7 dagar före till 6 dagar efter mens. Hormonspiral/p-stav kan övervägas i syfte att uppnå amenorré. Tänk på att vissa p-piller är kontraindicerade vid migrän med fokala neurologiska symtom.

Var observant på begränsning av behandling med förebyggande behandling i samband med graviditet och amning, se Faktadokument Migrän och graviditet.

Rekommenderad behandling vid kronisk migrän:

1. Överväg läkemedelsavgiftning ensamt eller i kombination med profylaktisk behandling. Stöd per telefon med sköterska under avgiftningen rekommenderas för att behålla motivationen.
2. Profylaktisk medicinering helst i kombination med icke-farmakologisk behandling enligt ovan. Överväg fysisk aktivitet på recept (FaR) eller remiss till fysioterapeut.

Remiss skickas för behandling med botulinumtoxin via smärtläkare i Värnamo/Jönköping eller neurolog i Eksjö:

Botulinumtoxin finns registrerat i Sverige på indikationen kronisk migrän. Injiceras enligt specifikt schema (PREEMPT) med 12-16 veckors mellanrum. Utvärderas via huvudvärksdagbok/läkemedelskonsumtion efter 2-3 behandlingsomgångar. Vid effekt bör behandlingen regelbundet (cirka 1 gång årligen) glesas ut och försök att avsluta på samma sätt som annan profylaktisk behandling.

Kontraindikationer: graviditet och amning.

Om detta inte hjälper kan patienten bli aktuell för behandling med CGRP-monoklonal antikroppsbehandling. Den behandlingen sker hos neurolog.

För att behandling med Botulinumtoxin eller CGRP-Monoklonal antikropp ska vara aktuellt bör följande kriterier vara uppfyllda:

- Huvudvärk minst 15 dagar per månad ska föreligga varav minst 8 dagar per månad ska ha varit med migränhuvudvärk.
- Huvudvärken ska förhindra arbete eller planerade vardagliga aktiviteter helt eller delvis minst fem dagar per månad.
- Minst två andra förebyggande behandlingar ska ha prövats utan tillräcklig effekt i adekvata doser under rimlig tid eller bedömts som olämpliga av medicinska skäl. Vi rekommenderar som minimum att betablockerare alternativt kandesartan eller topiramat ska ha provats om det inte föreligger kontraindikationer.

- Vid samsjuklighet med spänningshuvudvärk ska patienten ha bedömts och behandlats med icke-farmakologiska metoder.
- Läkemedelsutlöst huvudvärk ska ha uteslutits och vid behov åtgärdats innan ställningstagande till avancerad förebyggande behandling.
- Patienten ska föra migrändagbok 3 månader innan bedömning av avancerad förebyggande behandling för att få en utgångsregistrering och kunna tillstyrka att patienten uppfyller kriterierna som anges i subventionsbegränsningen för CGRP antagonist.
- Innan antikropps-behandling mot CGRP initieras ska botulinumtoxin ha prövats.

Effekten (minskning i antal månatliga migrändagar) utvärderas efter 3 månader och att avancerad behandling sätts ut vid utebliven effekt eller om minskningen i antal månatliga migrändagar understiger 30 procent.

Patienterna registreras och följs upp i Neuroregistret.

Sjukskrivning

Se Sjukskrivning vid migrän, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Socialstyrelsens webbsida.

Uppföljning

Alltför stor användning av analgetika eller andra anfallskuperande läkemedel (även triptaner) kan förvärra och förändra huvudvärken hos migränpatienter. Överanvändning kan visa sig genom en gradvis ökning av huvudvärksfrekvensen och läkemedelsanvändningen, tills patienten till slut tar läkemedel dagligen för att behandla kronisk huvudvärk (läkemedelsinducerad huvudvärk).

Rehabilitering

Eventuellt kurators-/psykologkontakt.

Fysioterapibehandling, se ovan under behandling.

Patientinformation

Se Läkemedel vid migrän, 1177.

Se Huvudvärksdagbok, Huvudvärksförbundet.