

*Moni-
muotoinen*

MIGREENI

- Mistä on kyse?



MIGREENI



Migreeni on kohtauksellinen, osittain perinnöllisten tekijöiden säätelemä aikuisiän yleisin neurologinen sairaus. Koska geenien periytyminen on täysin yksilöllistä, voi migreenin ilmenemismuoto olla saman perheenkin sisällä täysin erilainen.

Maailman terveysjärjestö WHO arvioi, että vuositasolla Euroopassa ja Amerikassa 6–8 % miehistä ja 15–18 % naisista sairastaa migreeniä. Migreenin suurempi esiintyminen naisilla johtuu siitä, että naisten hormonikierto on yksi tavallisimpia migreeniä laukaisevia tekijöitä. Migreeni on merkittävin työkykyä heikentävä sairaus 15–49-vuotiaiden ikäryhmässä. *

Migreenikohtaus

Migreenin syntymekanismeissa on vielä paljon selvittämättömiä asioita. Ajatellaan, että migreenikohtaus alkaa sähkökemiallisella aktivaatiolla aivorungossa, kun jokin kohtauksen laukaisija, esimerkiksi kirkas valo tai stressi käynnistää migreenikohtauksen.

Aivorungon alueelta lähtevä kolmoishermo toimii sekä pään että kasvojen alueen tuntohermona ja verenkierron säätelijänä. Kolmoishermon vaikutus aivokalvojen valtimoiden seinämien pinnalla on olennainen osa migreenikohtausta. Hermopäätteet aktivoituvat ja kipuviestin välittyminen kipua aistiville aivoalueille alkaa. Samalla valtimot saattavat laajentua. Sykkivä särky on seurausta siitä, että herkytyneet kipupäätteet reagoivat valtimossa kulkevaan pulssiaaltoon.

Jos migreeniin liittyy aura, ajatellaan sen mekanismina olevan takaraivon alueella sijaitsevalta näköaivokuorelta eteenpäin leviävä sähköisen toiminnan aalto. Sen jäljiltä hermosolujen toiminta vaimenee ja verenkierto vähenee joksikin aikaa. Tämä häiriöaallon aktiivinen



reuna-alue aiheuttaa ilmiön, jota sanotaan auraksi. Kun aalto ylittää näkö-aivokuoren, syntyy auran oireeksi näköaistimuksia, esimerkiksi sahalaivanäköhäiriöitä. Tuntoaivokuorelta tulee puolestaan pistelyä ja puutumista. Auran oireet muistuttavat niitä toimintoja, joita aallon ylittämä aivokuoren osa hallitsee.

Kohtauksien muoto voi vaihdella. Esimerkiksi stressi aiheuttaa toisenlaisen kohtauksen kuin kuukautiskierron liittyvä hormonitason vaihtelu. Migreenikohtauksen jälkeen aivorungon migreenialue palaa normaalitilaan ilman, että sinne tai muualle aivoihin olisi jäänyt mitään pysyviä merkkejä migreenistä.

Migreenikohtauksen alku

Kohtauksen voivat laukaista monenlaiset tekijät. Tavallisimpia ovat stressi, kuukautiskierron eri vaiheet, valot, hajut, sään vaihtelut, nälkä, alkoholi ja erilaiset ruoka-aineet.



Kohtaus voidaan jakaa neljään osaan: ennakko-oireisiin, auran, särkyvaiheeseen ja siihen liittyviin ilmiöihin sekä jälkioireisiin.

Ennakko-oireet

Ennakko-oireita voivat olla mielialan vaihtelut, kognitiiviset muutokset, kuten ajattelun, tarkkaavuuden, sanojen löytämisen ja muistiin palauttamisen vaikeudet sekä makean himo, väsyminen tai haukotelu. Nämä oireet ilmestyvät jopa vuorokautta ennen kivun alkamista. Omat ennakko-oireet on hyvä oppia tunnistamaan ja siten ennakoimaan kohtauksen tuloa ja valmistautumaan oikea-aikaiseen hoitoon.

Aura

Auraa on vain 10–15 %:lla migreeniä sairastavista. Tavallisimpia ovat näköön liittyvät aurat, esimerkiksi sahalaikat, kirkkaat valot, näkökenttäpuutokset tai näköhavaintojen koon vääristymät. Auroja voivat

olla myös muun muassa toispuoleinen puutuminen, puhehäiriöt tai jopa toispuoleinen ohimenevä halvaus. Aura ennakoi migreenikipua ja normaalisti se kestää enintään tunnin. Kipu voi alkaa myös auran aikana.

Kipu ja sen liitännäiset

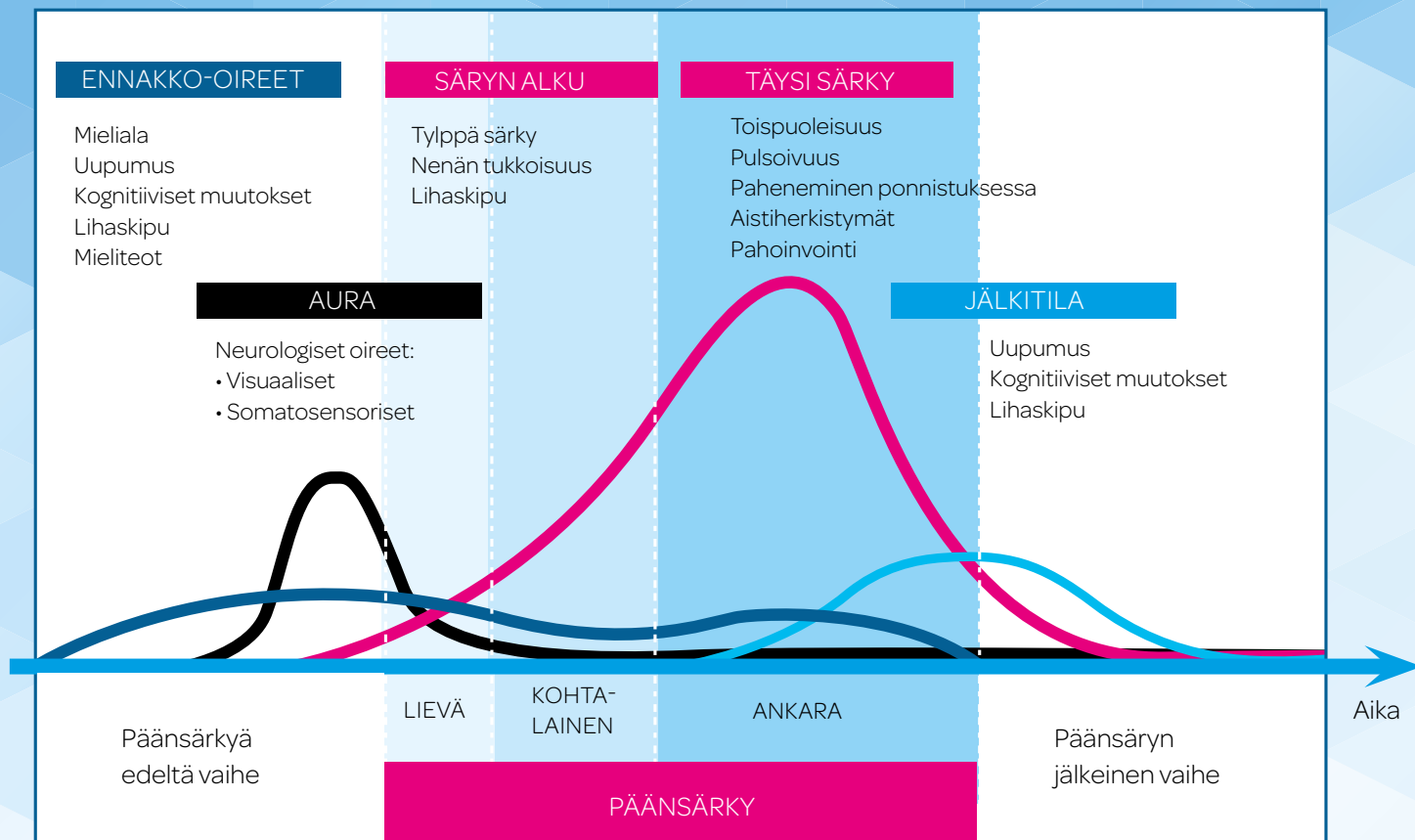
Pään migreenikipu on tavallisesti jyskyttävää, intensiteetiltään kohdalaista tai kovaa. Migreenikipu voi alkaa myös lihassärkynä niskasta tai suoraan toiselta puolelta päätä. Niskan lihassärky ei ole migreenin aiheuttaja, vaan osa migreenikohtausta.

Särkyvaihe voi kestää neljästä tunnista kolmeen vuorokauteen. Hoitamattomassa tai huonosti hoitoon reagoivassa kohtauksessa migreenikipu jakautuu kahteen vaiheeseen: Alussa kipu on kova ja sitä esiintyy ponnistuksessa, esimerkiksi portaita noustessa. Tämä johtuu kolmoishermon herkimisestä (perifeerinen sensitaatio). Myöhemmin herkimystävät keskushermoston kipuradat (sentraalinen sensitaatio). Tämän voi tunnistaa niin sanotusta allodynasta, jossa jollakin alueella, esimerkiksi päänahassa normaali kosketus muuttuu kipuaistimukseksi.

Kipuun liittyy usein autonomisen hermoston eli tahdosta riippumattoman hermoston oireita, kuten pahoinvointia tai oksentamista, suoliston toiminnan lamaantumista, hikoilua, palelua ja verenpaineen ja pulssin muutoksia. Kohtaus lamaannuttaa usein normaalin toimintakyvyn, kuten työnteon tai liikunnan.

Migreeniin liittyy yleensä valo-, haju- tai kuuloherkkyys, jolloin tavallinen ärsyke koetaan tavallista voimakkaampana ja epämiellyttävänä. Valo- ja ääniherkkyys kuuluvatkin migreenin diagnostisiin kriteereihin. Näiden lisäksi voi esiintyä pahoinvointia tai oksentelua, jotka jo yksinään riittävät täyttämään migreenin liitännäisoireiden kriteerit.

MIGREENIN OIREJATKUMO



Cady R et al. Headache. 2002; 42: 204-316
Linde M. Achta Neurol Scand. 2006; 114: 71-83
Linde M. Cephalgia. 2006; 26: 712-721

Jälkioireet

Kipua seuraa jälkioireiden vaihe. Tavallisia jälkioireita ovat jälleen mielialan vaihtelut, alakuloisuus, ylienergisyyttä tai väsymys ja kognitiiviset muutokset. Pää voi tuntua aralta ja niska jäykältä. Kokonaisuudessaan migreenikohtaus ennako-oireiden alusta jälkioireiden loppuun voi kestää jopa useamman vuorokauden. Migreenidiagnoosi voidaan asettaa, jos aurattomia kohtauksia on ollut viisi tai aurallisia kaksi.

Migreenikohtauksen hoito

Lievä migreenikohtaus voi mennä ohi levolla, mielellään pimeässä ja viileässä huoneessa. Se voi helpottua myös lämpimässä suihkussa, rentoutumisharjoituksella tai muilla ei-lääkkeellisillä keinoilla.

Migreenikohtauksia lääkitään kahdentyyppisillä kohtauslääkkeillä: tulehduskipulääkkeillä tai migreenin täsmälääkkeillä, triptaaneilla. Jos kohtauksen tunnistaa migreeniksi jo ennen kivun alkua, sen voi saada poikki tulehduskipulääkkeellä. Annoksen täytyy kuitenkin olla riittävän suuri. Riittävän suurena annoksena pidetään kaksin-kolminkertaista annosta verrattuna siihen, mitä tavallisesti otetaan esimerkiksi nuhakuumeessa.

Jo alkanutta kipua voi myös lääkittää tulehduskipulääkkeellä tai ellei sellainen yksin auta, migreenin täsmälääkkeellä. Näitä kahta voidaan myös yhdistää. Tavoitteena kuitenkin on, että jo alkanut kohtaus lääkitään mahdollisimman nopeasti. Täsmälääkkeet vaikuttavat parhaiten migreenikohtauksen alkuvaiheessa eli perifeerisen sensitaation aikana. Jos kipu etenee alkuvaihetta pidemmälle eli saavuttaa sentraalisen sensitaatiovaiheen, lääkkeiden teho heikkenee, koska kivun hermostolliset mekanismit ovat migreenikohtauksen alussa ja etenemisvaiheessa erilaiset.

Lääkkeiden toimivuus on hyvin yksilöllistä ja lääkäri voi auttaa sopivan kohtauslääkityksen suunnittelussa. Kohtauslääkityksestä löytyy lisää tietoa migreenin Käypä hoito -suosituksesta,

www.kaypahoito.fi.

Usein toistuvien migreenikohtauksen lääkitseminen kohtauslääkkeillä pitää sisällään riskin lääkepänsärystä. Riskirajana pidetään lääkkeestä riippuen joko kymmentä käyttöpäivää kuukaudessa (triptaanit ja yhdistelmävalmisteet) tai 15 käyttöpäivää kuukaudessa (särkylääkkeet, Aspiriini ja parasetamoli), kun käyttö jatkuu yli kolmen kuukauden ajan. Sen sijaan suurelta annoksesta harvakseltaan eivät aiheuta lääkepänsärkyä.

Migreenin estohoito

Jos kohtauksia on viikoittain tai ne rajoittavat toimintaa tai ovat hyvin pelottavia, kannattaa lääkitykseen lisätä estolääke. Sellainen otetaan päivittäin riippumatta siitä, onko kohtauksia sinä päivänä tai ei. Tavoitteena on, että ajan mittaan kohtauksen määrä tai kipu vähintäänkin puolittuu. Pänsärky päiväkirja on hyvä työväline lääkityksen tehon seuraamiseen.

Migreenin estolääkkeinä on perinteisesti käytetty muiden sairauksien hoitoon kehitettyjä lääkkeitä, joiden on sittemmin huomattu vähentävän myös migreenin aktiivisuutta. Näitä ovat esimerkiksi verenpainelääkkeet, masennus- ja epilepsialääkkeet. Näistäkin lääkkeistä on kattava luettelo Käypä hoito -suosituksessa.

Vaikean migreenin estohoitoon voidaan käyttää uusia biologisia lääkkeitä, jotka on kehitetty varta vasten migreeniin. Biologisella lääkkeellä haetaan täsmävaikutusta tietyn sairauden hoitoon.

Uusien lääkkeiden keskiössä on kalsitoniinigeeniin liittyvä peptidi CGRP, joka laajentaa verisuonia ja välittää kipua migreenikohtauksen aikana. Uudet lääkkeet eli CGRP-vasta-aineet joko sitoutuvat suoraan CGRP:hen tai sen reseptoriin. Näin CGRP:n vaikutus estyy tai vähenee eli se ei pääse välittämään kipua.

Migreeniä voidaan ennalta ehkäistä myös terveillä elämäntavoilla; hyvän lihaskunnon ja ryhdin ylläpidolla, rentoutumisen opettelulla, säännöllisellä ja terveellisellä ruokailulla sekä riittävällä unella. Muihin laukaiseviin tekijöihin voi tutustua ja niiden osuutta oman migreenin kehittymisessä voi miettiä täyttämällä aikuisten migreenin esitietolomakkeen osoitteessa www.migreeni.org.

Krooninen migreeni

Kroonisesta migreenistä puhutaan, kun päänsärkyä on enemmän kuin 15 päivänä kuukaudessa ja näistä vähintään kahdeksana oireisto täyttää migreenin kriteerit. Riskitekijöinä migreenin kroonistumiselle pidetään usein toistuvia tai pitkään jatkuvia migreenikohtauksia, ko-
feinin liikakäyttöä, stressiä, masennusta, unihäiriötä, ylipainoa, sekä lääkkeiden liikakäyttöä. Myös purennan häiriöt voivat olla päänsäryn kroonistumisen taustalla.

Kun migreeni muuttuu krooniseksi, kivussa tapahtuu muutoksia. Sel-
västi kohtauksellinen migreenikipu muuttuu jatkuvammaksi, samalla kuitenkin hiukan lievemmäksi. Aivojen kipuradat herkistyvät ja se tuo mukanaan lieveilmiöinä fibromyalgiaa, niska-hartiaseudun vaivoja tai masennusta. Jatkuva tai usein toistuva kipu haittaa myös työssä ja koulussa selviytymistä ja rajoittaa sosiaalisia suhteita.

Kroonista migreeniä hoidetaan kartoittamalla ja mahdollisuuksien mukaan eliminoimalla sen syitä sekä suunnittelemalla toimivampi lääkitys. Kroonisen migreenin hoitoon on perinteisesti käytetty ta-
vanomaisten estolääkkeiden lisäksi botuliinitoksiini-injektioita.

Migreenin kroonistuessa on apua syytä hakea neurologian erikoislää-
käriltä. Kivunhoitoon erikoistuneen psykologin kanssa voi keskustella kivun kanssa elämisestä ja sen vaikutuksista työ-, perhe- tai ystävyys-
suhteisiin. On hyvä saada apua myös siihen, miten voi jaksaa kivun ja sen liitännäisoireiden, kuten ahdistuksen, alavireisyyden, väsymyk-
sen ja turhautuneisuuden kanssa.

Lääkepäänsärky

Lääkepäänsärky on keskeinen syy migreenin kroonistumiselle ja sitä hoidetaan lopettamalla kipua ylläpitävien särkylääkkeiden käyttö. Tämä voi olla erittäin vaikea ja kivulias vaihe, joka kannattaa suun-
nitella niin, että sen aikana voi jäädä sairauslomalle tai on helpompi työjakso tai loma. Vieroituksen avuksi lääkäri voi kirjoittaa muita kuin kohtauslääkkeitä, esimerkiksi pahoinvointia vähentävää lääkettä. Vieroituksen jälkeen, kun migreenikohtaukset ovat vähentyneet, rää-
tälöidään uusi estolääkkeisiin painottunut lääkeohjelma. Vieroitus särkylääkkeistä onnistuu usein joksikin aikaa, mutta jos jatkohoito epäonnistuu, lääkkeen käyttö saattaa riistäytyä uudelleen käsistä.

Migreeniä voidaan hoitaa. Ennaltaehkäisyä toimivat terveelliset elämäntavat. Hyvä ja riittävän ajoissa toteutettu, toimiva koh-
taushoito lyhentää kohtauksia, parantaa elämänlaatua ja vähentää työstä poissa-
oloja. Migreenin kroonistumista voidaan joissain tapauksissa ennaltaehkäistä hyvin suunnitellulla ja toteutetulla kohtauksellisen migreenin hoidolla.



Päänsärkypäiväkirjat ja muuta
materiaalia löydät verkkosivuiltamme:

www.migreeni.org > Tukea ja toimintaa
> Materiaalit ja julkaisut



ÄLÄ JÄÄ YKSIN MIGREENIN KANSSA
Liity jäseneksi ja ole yksi meistä
www.migreeni.org/osallistu/liity-jaseneksi

Suomen Migreeniyhdistys

Suomen Migreeniyhdistys on valtakunnallinen potilas- ja edunvalvontajärjestö, joka toimii migreeniä ja vaikeita pääsärkysairauksia sairastavien parhaaksi, valvoo heidän etujaan sekä tarjoaa tietoa ja tukea sairauden kanssa elämiseen.



MIGREENI

Suomen Migreeniyhdistys ry
Malmin kauppatie 26
00700 Helsinki
toimisto@migreeni.org
www.migreeni.org



#migreeni

#migreeniyhdistys

#äläjääyksin