Region Stockholm

7
Yttrande över remiss – Riktlinje för migrän från NPO Nervsystemets sjukdomar VKN 2022-0103

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Ylva Westander

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-24

VKN 2022-0103

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Riktlinje för migrän från NPO Nervsystemets sjukdomar

Ärendebeskrivning

Nationellt programområde (NPO) nervsystemets sjukdomar har publicerat en remissversion av ny riktlinje för migrän. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att ge synpunkter på det medicinska innehållet i riktlinjen, dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem.

Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion av Riktlinje för migrän från NPO Nervsystemets sjukdomar
Remissversion av konsekvensbeskrivning för Riktlinje för migrän från NPO Nervsystemets sjukdomar

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till NPO Nervsystemets sjukdomar

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

I detta avsnitt beskrivs (1) vad migrän är och hur det yttrar sig, (2) hur patientgruppen ser ut, (3) hur tillståndet behandlas, (4) hur vården i Region Stockholm är utformad och organiserad samt (5) vad remissens förslag innebär.

Migrän kännetecknas av återkommande huvudvärksattacker av varierande intensitet, vanligen måttlig till svår, och karaktäristiska associerade symtom (ljuskänslighet, illamående). Ett typiskt migränanfall är inledningsvis oftast halvsidigt, pulserande och pågår utan behandling i timmar upp till tre dygn. Hos cirka en femtedel av vuxna föregås huvudvärksanfallet av aura, som består av synfenomen eller, mindre vanligt, annan påverkan/bortfall av exempelvis känsel, talförmåga eller syn. Migrän är ärftligt. Den exakta genetiska avvikelsen är kartlagd för vissa men inte alla former av migrän. Livsstilsfaktorer som oregelbunden sömn och matintag, stressfaktorer och hormonella faktorer kan trigga migränanfall, och även bidra till försämring i form av ökad frekvens och stegrad intensitet.

I Sverige har man uppskattat att 12–15 procent av befolkningen har migrän i någon form under någon del av livet. Fram till puberteten är förekomsten densamma hos pojkar och flickor. Efter puberteten blir migrän vanligare hos kvinnor än hos män. Episodisk migrän kan gå över till mer frekvent ihållande huvudvärk, kronisk migrän. Prevalensen anges vara 1,4–2,2 procent. Beräknat på en folkmängd på 10 miljoner motsvarar detta 140 till 220 000 personer i Sverige.

För vuxna patienter gäller att husläkarmottagning ställer diagnos, ger information och råd om egenvård, ordinerar eventuell farmakologisk smärtlindrande akutbehandling samt, vid svårare fall, tar ställning till förebyggande läkemedelsbehandling (nivå 1). Neurologisk öppenvårdsmottagning tar vid om patienten har oklar diagnos (inte uppfyller diagnoskriterierna för migrän), har otillfredsställande effekt eller svåra biverkningar av rekommenderad behandling, har samtidig annan sjukdom eller medicinering som kan komplicera behandlingen, eller har en misstänkt läkemedelsrelaterad huvudvärk där medicinomställning/ avgiftning inte lyckats (nivå 2).

Specialiserad öppenvård inom neurologi bedrivs i Region Stockholm av ett litet antal vårdvalsaktörer (inklusive Danderyd sjukhus) samt av ett litet antal neurologer som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL). Vid Karolinska Universitetssjukhuset finns ett multidisciplinärt högspecialiserat uppdrag att utreda och behandla komplexa huvudvärks- och kraniofaciala smärttillstånd (nivå 3).

Husläkarmottagning kan handlägga barn med huvudvärk från och med sex års ålder, ställa migrändiagnos och ta ställning till förebyggande migränmedicinering från tolv års ålder.

Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning tar emot patienter med oklar diagnos, terapisvikt, vid svåra bedömningar där andra sjukdomar eller medicinering kan komplicera bedömning och behandling samt vid behov av profylax hos barn yngre än tolv år. Vid behandlingsresistent huvudvärk som ger tydlig funktionsnedsättning kan barnet remitteras till barnläkare eller neurolog (barn äldre än 16 år).

Den remitterade riktlinjen för migrän syftar till att förbättra och ensa omhändertagandet av barn och vuxna med migrän i Sverige. Den beskriver vilken utredning och behandling som bör utföras på olika vårdnivåer samt vilken farmakologisk och icke-farmakologisk behandling som bör erbjudas i olika faser av sjukdomen. Vikten av tvärprofessionellt arbete med patientgruppen lyfts särskilt fram. Inga ytterligare kostnader för det stora flertalet av vårdgivare torde, enligt den konsekvensbeskrivning som hör till remissen, bli aktuellt. Konsekvensbeskrivningen anger dock att primärvården kan behöva medel för att omorganiseras och att vårdkedjor behöver säkerställas vilket förutsätter viss resursförstärkning. Slutligen beskrivs att implementeringsfasen innebär kostnader.

Överväganden
Region Stockholm är positiv till den föreslagna riktlinjen som helhet. Möjligen skulle avsnittet om egenvård och levnadsvanor kunna utvecklas genom tillägg av rekommendation om information/utbildning, lämpligtvis av sjuksköterska. God evidens finns för utbildning/kognitiv beteendeterapi med fokus på strategier för smärthantering, digitalt eller fysiskt. Riktlinjen kan också utvecklas genom att inkludera evidensgradering även för farmakologisk behandling. Denna är väl presenterad vad gäller den icke-farmakologiska behandlingen. Eftersom den patientgrupp som omfattas i stora delar är i arbetsför ålder bedöms riktlinjen därtill kunna utvecklas genom att formulera vilken roll inte bara rehabkoordinatorer utan också företagshälsovård, i tillämpliga fall, kan fylla. Även rekommendationer om samarbete mellan smärtmottagning och specialiserad rehabilitering avseende patientens funktions- och arbetsförmåga. Den hälsoekonomiska analysen skulle också kunna vara mer utförlig, och den remitterade konsekvensbeskrivningen skulle tydligare kunna uttrycka vilken kompetens som är önskvärd hos huvudvärksspecialiserade sjuksköterskor och i vilken utsträckning sådana redan finns.

Den största gruppen migränpatienter vårdas i Region Stockholm, som riktlinjen rekommenderar, i primärvården.

För regionens räkning bedöms det remitterade förslaget till riktlinje innebära en viss ambitionshöjning som i princip bör kunna hanteras i primärvården, under förutsättning att bemanning finns och att resurser för kompetensutveckling följer med vid implementering.

I den specialiserade vården, som tar hand om mer komplexa fall, är köerna ofta långa till följd av brist på neurologer och specialistutbildade sjuksköterskor. En implementering förutsätter där större tillgång till neurologisk kompetens. Till riktlinjens förslag hör rekommendationer om egenvård och uppföljning av egenvården och dess effekt (genom digitaliserade huvudvärksdagböcker). Att så sker är en förutsättning för att riktlinjerna i sin helhet ska kunna följas; i specialiserad vård bedöms det dock utgöra en ambitionshöjning. Till svårigheterna med implementering hör också de skilda journalsystem som används av olika vårdgivare i regionen och som försvårar överföringen av information om patientkontrakt och liknande mellan vårdgivare. Denna informations-överföring behövs för uppföljning, utvärdering och samverkan mellan olika vårdgivare runt en patient.

Ekonomiska konsekvenser
Ett beslut att ge remissvar på de föreslagna riktlinjerna har inga ekonomiska konsekvenser. En fullständig implementering i specialiserad vård och delvis även i primärvård bedöms förutsätta ett tillskott av resurser, förutsatt att undanträngning av andra patientgrupper ska undvikas.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ett beslut att ge remissvar på de föreslagna riktlinjerna har inga patientsäkerhetskonsekvenser. En implementering kan antas innebära en kvalitetshöjning och därmed positiva patientsäkerhetskonsekvenser.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Ett beslut att ge remissvar på de föreslagna riktlinjerna har inga konsekvenser för jämlik och jämställd vård. En implementering kan antas innebära positiva konsekvenser inom området, genom att fastslå vad som omfattas av vården.

Miljökonsekvenser
Varken remissvaret eller en implementering an riktlinjen bedöms ha några egentliga miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
En ökad egenrapportering av patienterna, som riktlinjen föreslår, innebär en ökad arbetsinsats för denna grupp. Denna bedöms vara befogad eftersom den syftar till en höjning av vårdkvaliteten.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
NPO nervsystemets sjukdomar

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-24

Riktlinje för migrän

NPO Nervsystemets sjukdomar

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Innehållsförteckning

Syfte 4
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram 4
Bakgrund 6
Definition 6
Epidemiologi 6
Etiologi 6
Riskfaktorer och triggande faktorer 6
Symtom 6
Utreda/diagnostisera 7
Anamnes, och utredning 7
Migrän utan aura 8
Migrän med aura 8
Migränaura utan huvudvärk 9
Sannolik migrän (probable migraine) 9
Särskilda former av migrän 9
Migränkomplikationer 10
Typiska karaktäristika hos barn och ungdomar 11
Behandla/handlägga 12
Egenvård och levnadsvanor 13
Omvårdnad – uppföljning och fördjupning av egenvårdsråd 14
Behandling 14
Behandlingstrappa och vårdnivåer 14
Anfallsbehandling, vuxna 15
Behandling av status migränosus 15
Förebyggande behandling, vuxna 16
Behandling under graviditet och amning 17
Anfallsbehandling, barn och ungdomar 18
Förebyggande behandling, barn och ungdomar 19
Icke-farmakologisk behandling hos vuxna 20
Icke-farmakologisk behandling barn och ungdomar 21
Vårdnivåer 22

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Vårdnivåer – vuxen 22
Primärvård 22
Akutmottagning 22
Specialistnivå 22
Specialiserad huvudvärksmottagning 22
Flödesschema vuxna 23
Vårdnivåer – barn och ungdomar 24
Primärvård 24
Akutmottagning 24
Specialiserad barnsjukvård hos specialist i barnmedicin 24
Specialiserad Barnsjukvård hos specialist i barnneurologi med habilitering 24
Flödesschema vårdnivåer barn 25
Uppföljning 26
Kvalitetsuppföljning 26
CROM, Clinical Reported Outcome Measures, Kliniskt Rapporterad Utfallsmått 26
PROM, Patient Reported Outcome Measures, Patientrapporterade utfallsmått 26
PREM, Patient Reported Experience, Patientrapporterad upplevelse av sjukdomskontroll 26
Innehållsansvariga 27
Referenser 28

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Syfte

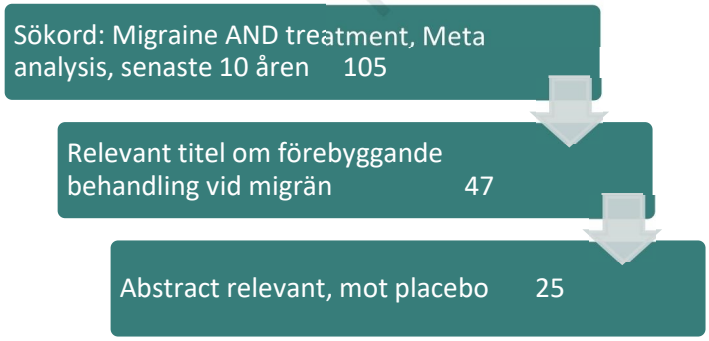
Syftet med riktlinjen för migrän är att

- förbättra omhändertagandet av barn och vuxna med migrän i Sverige
- minska skillnaden över landet i omhändertagandet av personer med migrän
- förtydliga vikten av tvärprofessionellt arbete med denna patientgrupp
- tydliggöra vilken utredning och behandling som sker på vilken vårdnivå, och vilka patienter som lämpligen omhändertas på vilken vårdnivå
- förtydliga vilken farmakologisk och icke-farmakologisk behandling som bör erbjudas och i vilken fas av sjukdomen.

Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Basen till dessa rekommendationer avseende utredning och behandling av migrän har inhämtats från riktlinjer från the European Federation of Neurological Societies EFNS [1], med evidensgradering A-C och the American Academy of Neurology AAN [2] med evidensgradering A-C samt sökningar i Cochrane. En uppdatering inom ramen av Global Burden of Migraine med konsensus i hanteringen av behandling har nyligen publicerats och inkluderats [3]. Arbetsgruppens medlemmar har lång klinisk och forskningsmässig egen erfarenhet av behandling av patienter med migrän i olika åldrar från barn till seniorer.

En sökning avseende publicerade metaanalyser gjordes 2021-10-13 och resultatet finns sammanställt nedan. De randomiserade studierna omfattar nästan uteslutande vuxna. Beträffande förebyggande behandling av migrän hos barn och ungdomar är evidensen svag men däremot finns klinisk erfarenhet. De flesta randomiserade kliniska studier avser episodisk migrän, medan enstaka rör kronisk migrän. Effektstorleken är överlag modest på gruppnivå (gäller alla migränsubtyper) och oftast handlar det om minskning på en eller ett par migrändagar per månad.



Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Intervention	Antal studier	Antal deltagare	Typ av migrän	Effektiv som förebyggande behandling	Fler med >50 % respons	Referens
CoQ10	6	371	NS	Ja		Sazali 2021 [5]
Erenumab fremanezumab galcanezumab	13	6979	EM/CM	Ja Ja Ja	ja	Alasad 2020 [6]
Erenumab	5	2928	4EM/1CM	Ja		Zhu 2019 [7]
Levetiracetam	9	215	7EM/2CM	Ja	ja	Tsaousi 2020 [8], se också Yen 2021 [9], Linde 2013 [10], Jackson 2015 [11]
Botulinum toxin	28	4190	EM/CM	Ja		Herd 2019 [12]
Propranolol Metoprolol Betablockare UNS Propranolol	107		104EM 4CM	Ja ja ja *	Ja	Jackson 2019 [13]
Antidepressiva TCA SSRI SNRI	 7 2 1	1006	NS	 Ja Jämförbart TCA Jämförbart TCA		Xu 2017 se även Jackson 2015 [11]
Alfablockerare ACEI/ARB AED Topiramat Levetiracetam Valproat Betablockare Atenolol Metoprolol Propranolol Timolol Calciumkanalblockare Flunarizine SSRI Fluoxetin Pizotifen	9 3+3 32 12 6 38 12 11 7 6 9	Totalt 4590 2019 600	8EM/1CM 6EM 8EM/4CM 1CM 3EM/3CM 36EM/2C M EM 1CM EM EM EM 5EM/1CM EM	Nej Ja Ja Ja Ja ja Ja Ja Ja Nej Ja Ja Ja	 ja ja ja 	Jackson 2015, se även Linde 2013 [14]
Valproat	10	804	EM	Ja		Linde 2013 [15], Se också Cui 2020, Jackson 2015 [11]
Gabapentin	5	1009	EM	nej		Linde 2013 [16]

*Inga placebokontrollerade studier, ej sämre än valproat eller topiramat.

Tom ruta = ingen uppgift.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Bakgrund

Definition

Migrän kännetecknas av

- intermittenta huvudvärksattacker av varierande intensitet, vanligen måttlig till svår
- typisk duration
- karaktäristiska associerade symtom [17]. Se mer under kapitlet Utreda/diagnostisera.

Sjukdomen hör till de primära huvudvärkssyndromen. Ett typiskt migränanfall är inledningsvis oftast halvsidigt, pulserande och pågår utan behandling i timmar upp till tre dygn. Hos cirka en femtedel av vuxna föregås huvudvärksanfallet av aura [17].

Epidemiologi

Migrän är en folksjukdom och rankas i Global Burden of Disease som den tredje mest prevalenta sjukdomen med den sjunde högsta sjukdomsbördan [18]. I Sverige har man uppskattat att 12–15 procent av befolkningen har migrän i någon form under någon del av livet.

Även barn kan ha migrän [17, 18]. Migränanfallen hos barn har oftare en kortare duration och inte alltid en så typisk lokalisation. Framför allt små barn kan dessutom ha episodiska symtom som buksmärtor, yrsel, cykliska kräkningar, paroxysmal torticollis (nackspärr) [19].

Fram till puberteten är förekomsten densamma hos pojkar och flickor. Efter puberteten blir migrän vanligare hos kvinnor än hos män [17]. Episodisk migrän kan gå över till mer frekvent ihållande huvudvärk, kronisk migrän. Detta definieras som minst tre månader med fler än 15 huvudvärksdagar per månad varav minst 8 med migränkaraktär. Prevalensen anges vara 1,4–2,2 procent [20]. Beräknat på en folkmängd på 10 miljoner motsvarar detta 140 000 till 220 000 personer i Sverige.

Remissversion

Etiologi

Migrän är ärftligt. Den exakta genetiska avvikelsen är kartlagd för vissa speciella former av migrän, de familjära hemiplegiska migränsyndromen.

Riskfaktorer och triggande faktorer

Livsstilsfaktorer som oregelbunden sömn och matintag, stressfaktorer och hormonella faktorer kan trigga migränanfall, och även bidra till försämring i form av ökad frekvens och stegrad intensitet.

Symtom

Symtomen varierar från migränanfall till migränanfall men också beroende på ålder. Hos barn är symtomen mer kortvariga och inte lika tydliga. Andra episodiska symtom är exempelvis buksmärtor, yrsel och cykliska kräkningar [19]. Se mer under nästa kapitel, Utreda/diagnostisera.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Utreda/diagnostisera

Anamnes, och utredning

Diagnostik av de olika migränformerna baseras oftast på patientens beskrivning av symtom, tidsförlopp och symtomutveckling. Status mellan migränattacker är helt normalt. Handläggningen förutsätter att eventuella statusfynd har utretts för att utesluta sekundär strukturell orsak. Man behöver också ta hänsyn till patientens samsjuklighet, sårbarhet och livssituation.

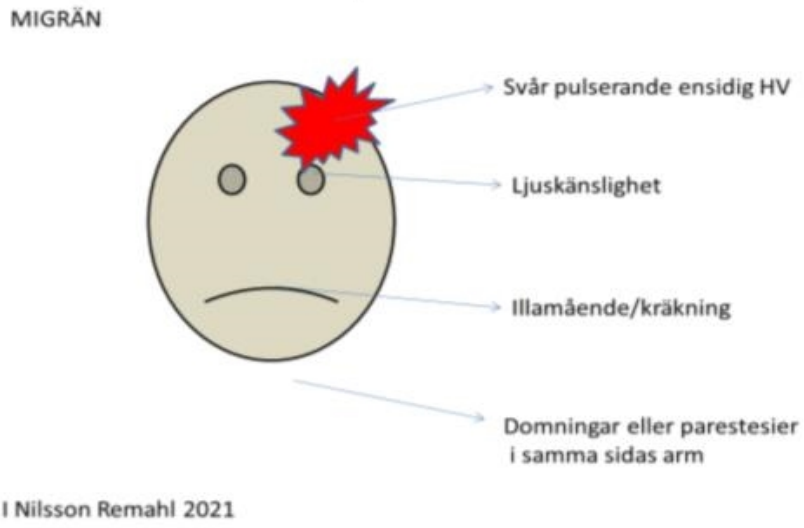
Huvudvärken är likartad mellan de två huvudformerna, vanlig migrän (80 %) och migrän med aura status (20 %). Den vanligaste auran är flimmerskotom med synfältsbortfall vid fixationspunkten som gradvis ökar i form av en bågformig synfältsdefekt med flimrande kontur homonymt i båda ögonen under 20–30 minuter. Andra auraformer är känselstörningar i ena handen som långsamt sprider sig upp över armen och parestesier eller domningar kring ena mungipan. Huvudvärken debuterar vanligtvis när auran pågår, men kan också starta före eller efter auran. Viktigt är att symtomen utvecklas stegvis och sprider sig gradvis i synfältet eller i extremiteten. Ibland förekommer både syn- och extremitetsfenomen hos samma patient.

En och samma patient kan ha omväxlande migränanfall med och utan aura. Ibland uppträder aurafenomen utan efterföljande huvudvärk. Detta är vanligare hos äldre personer.

En något ökad risk för cerebral infarkt föreligger hos yngre kvinnor med migrän med aura, särskilt om de röker och använder östrogeninnehållande p-piller.

Diagnostiska kriterier för migrän finns definierade av International Headache Society och återfinns i specialistföreningens framtagna behandlingsriktlinjer [21, 22]. Nedan följer definitionerna på de två huvudtyperna av migrän. Ompröva alltid diagnosen och överväg utredning om patienten uppvisar atypiska symtom eller inte svarar på behandling.

Remissversion



Figur 1 Symtom på migrän.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Migrän utan aura

A. Minst 5 huvudvärksattacker enligt B-D.

B. Huvudvärksduration 4—72 timmar, obehandlad eller efter otillfredsställande behandling.

C. Huvudvärkskarakteristika:
   - Unilateral.
   - Pulserande.
   - Måttlig till svår intensitet.
   - Förvärras vid lindrig fysisk aktivitet som att gå i trappor och leder till undvikande av fysisk aktivitet.

D. Minst ett av följande symtom samtidigt med huvudvärken:
   - Illamående och/eller kräkning.
   - Både ljus- och ljudkänslighet.

E. Kan inte bättre förklaras med annan diagnos.

Migrän med aura

Huvudvärkens karaktäristika och tidsförlopp är vanligen som vid migrän utan aura. Auran definieras enligt nedan:

A. Minst 2 attacker enligt B och C.

B. Ett eller flera helt reversibla aurasymtom:
   - Visuella symtom.
   - Sensoriska symtom.
   - Språkliga symtom.
   - Motoriska symtom.
   - Hjärnstamssymtom.

C. Minst 2 av följande karaktäristika:
   - Minst ett aurasymtom som utvecklas gradvis under minst 5 minuter.
   - Vid två eller fler aurasymtom kommer de i turordning, inte samtidigt.
   - Auraduration 5–60 minuter.
   - Minst ett aurasymtom är unilateralt.
   - Minst ett aurasymtom är positivt (ett retningsfenomen).
   - Auran åtföljs av huvudvärk inom 60 minuter.

D. Annan neurologisk sjukdom är utesluten och symtomen kan inte bättre förklaras med annan huvudvärksdiagnos.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Migränaura utan huvudvärk

Migränaura utan huvudvärk är migrän med typisk aura som inte åtföljs av någon sorts huvudvärk.

Diagnostiska kriterier:

A. Attack enligt ovan migrän med aura och kriterium B nedan.
B. Ingen huvudvärk följer efter auran inom 60 minuter.

En del personer med migrän med aura har även attacker där auran inte efterföljs av huvudvärk eller endast med diffus huvudvärk utan typiska migränsymtom. Detta är vanligare hos äldre personer som tidigare i livet har haft mer typisk migrän med aura.

Vid debut av aura utan migränös huvudvärk hos personer över 40 års ålder med tidigare migrän utan aura måste cerebrovaskulär händelse misstänkas, till exempel TIA. Detta gäller även vid långdragen aura som kan signalera ischemisk händelse.

Sannolik migrän (probable migraine)

Sannolik migrän är huvudvärk som påminner om migrän men där formella kriterier inte är uppfyllda. Huvudvärken bör heller inte uppfylla kriterier för till exempel huvudvärk av spänningstyp eller klusterhuvudvärk. Bakomliggande orsak till migränliknande huvudvärk bör utredas. Sannolik migrän är vanligt vid inledning av mer typisk migränsjukdom innan kriterierna är uppfyllda, särskilt antal anfall.

Remissversion

Särskilda former av migrän

Diagnos bör verifieras av neurologspecialist.

Migrän med hjärnstamsaura (basilarismigrän)

Denna typ av migrän är huvudvärk med kliniska symtom enligt tidigare beskrivning. Auran uppkommer i hjärnstammen och medför ingen motorisk svaghet. Minst två av följande karaktäristika ska finnas:

- Dysartri.
- Vertigo.
- Tinnitus.
- Hypoakusis.
- Diplopi.
- Ataxi, som inte förklaras av sensoriska bortfall.
- Sänkt vakenhetsgrad (GCS 13 eller lägre).

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Hemiplegisk migrän

Vid hemiplegisk migrän ingår motorisk svaghet i aurafasen. Den motoriska svagheten sprider sig gradvis under mer än 5 minuter och följs av migräntypisk huvudvärk. De icke-motoriska aurasymtomen varar mer än minuter, medan de motoriska symtomen vanligen klingar av inom 72 timmar. Fall finns emellertid beskrivna där den motoriska svagheten kvarstår i veckor efter anfallet. Olika typer av familjär hemiplegisk migrän är genetiskt kartlagda (monogenetisk) men det förekommer också spontanmutationer som är isolerade till enstaka personer i en släkt, sporadisk hemiplegisk migrän. De familjära hemiplegiska migränformerna orsakas av mutationer i olika membranjonkanaler, med genloci på kromosom 1, 2 respektive 19.

Retinal migrän

Retinal migrän är upprepade attacker av monokulära synstörningsfenomen (blixtar, skotom, blindhet), som vanligen följs av migränhuvudvärk. Synpåverkan med positiva eller negativa symtom utvecklas gradvis under aurafasen och kan fångas vid synundersökning om denna utförs under perioden med subjektiva symtom. De ska gå i fullständig remission. Amaurosis fugax är en differentialdiagnos.

Remissversion

Migränkomplikationer

Diagnos bör verifieras av neurologspecialist.

Flera riskfaktorer för att utveckla kronisk migrän är påverkbara. Dessa är dålig sömn, stress, egen förmåga att hantera migrän (coping), överanvändning av läkemedel, ångest och depression [23].

Kronisk migrän

Kronisk migrän innebär allt mer frekventa migränanfall som inte klingar av utan övergår i mer diffus huvudvärk med både migränsymtom och pålagrad huvudvärk av spänningstyp. Ofta bidrar även läkemedelsöveranvändningshuvudvärk. Frekvens, typ och duration av huvudvärk bör dokumenteras via en huvudvärksdagbok, helst webbaserad och åtkomlig även från journalsystemen. Definitionen innebär minst 15 huvudvärksdagar per månad där migränsymtom ska förekomma under minst 8 dagar.

Status migränosus

Status migränosus är en migränattack med eller utan aura och med typiska symtom som varar längre än 72 timmar. Detta bör handläggas i samråd med neurolog, helst huvudvärksexpert. Läs om Behandling av status migränosus.

Persisterande migränaura (prolongerad aura) utan infarkt

Persisterande migränaura (prolongerad aura) utan infarkt innebär ett eller flera aurasymtom typiska för personens vanliga migrän med aura, men som kvarstår i mer än en vecka. Neuroradiologi är utan tecken till infarkt.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Migränutlöst infarkt

Migränutlöst infarkt innebär ett eller flera typiska migränaurasymtom tillsammans med hjärninfarkt. Aurasymtomet är typiskt för patientens vanliga aura men kvarstår i mer än 60 minuter, och neuroradiologi påvisar infarkt som är belägen i ett kortikalt område som motsvarar symtom från migränauran.

Migränutlöst epileptiskt anfall

Migränutlöst epileptiskt anfall är ett epileptiskt anfall triggat av ett migränanfall med aura. Anfallet uppträder under eller inom en timme efter ett migränanfall med aura.

Typiska karaktäristika hos barn och ungdomar

Ju yngre barn desto mindre typisk är deras migrän. Barn kan få symtom som blekhet, illamående och magont. De kan avbryta pågående aktivitet, vara irritabla, gråta eller vilja gå till ett mörkt rum och sova. Barn från skolåldern kan ofta beskriva huvudvärken som att de har ont i pannan. Huvudvärken är då ofta bilateral frontal. Barn kan uttrycka känslighet för ljud eller ljus.

Migrändurationen är kortare än hos vuxna, och ett typiskt migränanfall varar sällan längre än cirka 4 timmar [21, 24]. Barn med migrän har en ökad benägenhet att få åksjuka [24]. Neurologisk undersökning ska utfalla normal. I de fall där det finns en anamnes på tidigare krampanfall, bristande tillväxt, ihållande torticollis (mer än två veckor), huvudvärk som tydligt har ändrat karaktär, morgonhuvudvärk och kräkningar eller occipitalt lokaliserad huvudvärk ska radiologisk undersökning initieras. EEG ingår inte i rutinutredning men ska övervägas vid atypisk migränaura, medvetandeförlust eller andra symtom som kan tyda på bakomliggande epilepsi.

Episodiska syndrom som kan vara associerade med migrän

Bukbesvär är det symtom som främst är beskrivet som associerat symptom vid migrän hos barn. Det debuterar oftast hos barn mellan två och tre års ålder. Besvären brukar lätta efter sömn. Anfallen har en plötslig debut, startar nattetid eller tidig morgon och varar 1–10 dagar. Barnen kan behövas läggas in för vätskebehandling. Den initiala utredningen innefattar uteslutande av allvarlig differentialdiagnos. Bukmigrän är en uteslutningsdiagnos. Ge eventuellt antiemetika tidigt i förloppet.

Migrän hos barn kan också ta sig uttryck som återkommande kräkningar, yrsel eller torticollis. Andra orsaker som cykliska kräkningar, paroxysmal vertigo och paroxysmal torticollis ska ha uteslutits [25-28].

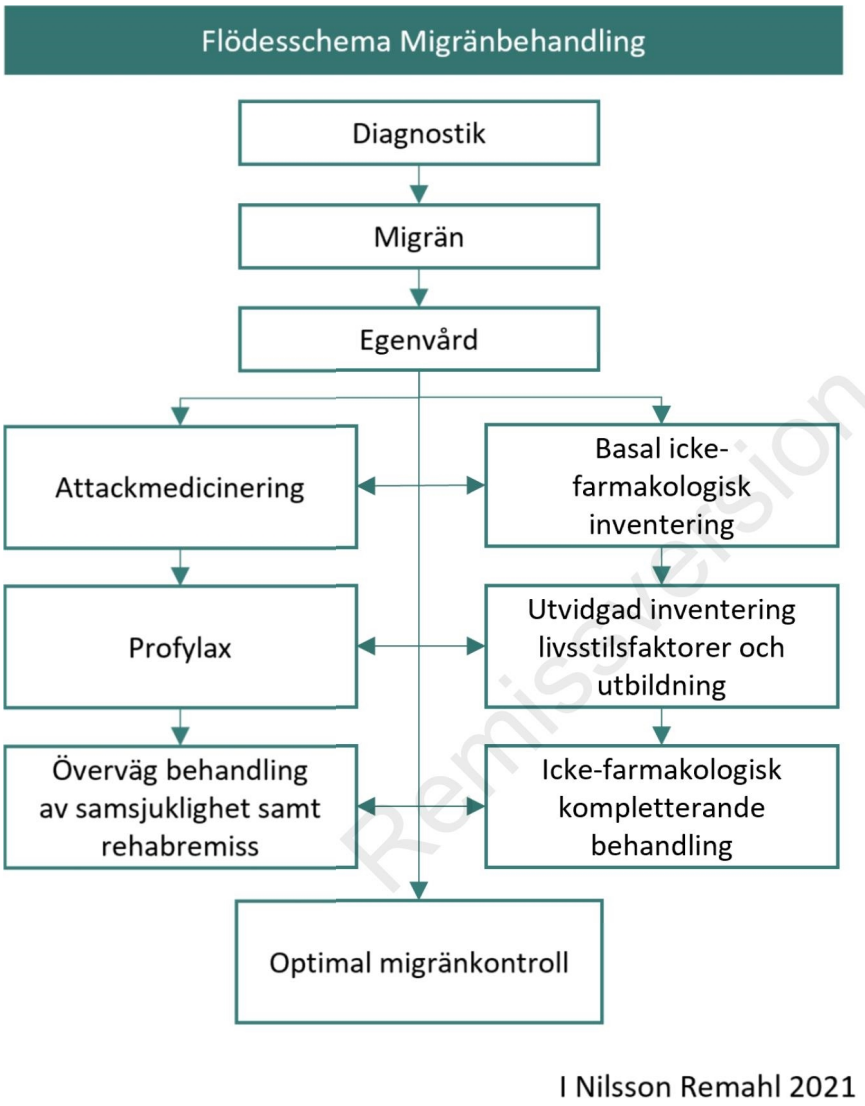
Glöm inte att fråga kring p-pilleranvändning hos flickor efter menarche.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Behandla/handlägga

Ett biopsykosocialt angreppssätt rekommenderas vilket inkluderar att säkerställa migrändiagnos med diagnostisk huvudvärksdagbok, helst webbaserad [29, 30]. Teambaserad behandling och omhändertagande bör övervägas efter individuell bedömning.



Figur 2 I varje behandlingssteg – ompröva diagnosen och utvärdera effekten av insatt åtgärd, ge patienten information.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Egenvård och levnadsvanor

Informera och utbilda om sjukdomen, vad patienten själv kan göra, var information finns samt om riskerna med överanvändning av läkemedel [31]. Med utbildning ökar möjlighet till långvarig effekt och troligen större följsamhet till behandling [32, 33]. Information om förväntad effekt av olika behandlingar behövs så att patienten har realistiska förväntningar [23, 34]. Använd huvudvärksdagbok för att följa effekten av behandling och för att kartlägga triggande faktorer. När patienten vet vad som utlöser huvudvärk har hen möjlighet att arbeta med förändring av modifierbara triggande faktorer. Det finns icke modifierbara faktorer som kön, ålder, genetik, menstruation och socioekonomiskt status.

Egenvård innebär att arbeta med förändring av de modifierbara triggande faktorerna. Rekommendera en eller flera av följande:

- Vila i mörkt och tyst rum. Sömn. Medicinering med generellt smärtdämpande anfallsläkemedel.
- Stresshantering vid långvarig stress. Detta innebär att identifiera stressorer i form av beteende, situationer och tankar. Copingstrategier kan vara till exempel balanserad aktivitetsnivå och att lära sig avslappningsmetoder.
- Regelbunden och tillräcklig sömn. Finns tecken till sömnapné? Utred detta och behandla.
- Regelbunden kosthållning.
- Regelbunden pulshöjande (aerob) fysisk aktivitet, 40–60 minuter på minst måttlig intensitet, tre gånger per vecka. Allmänna rekommendationer är minst 150–300 minuter per vecka på måttlig intensitet, eller 75–150 minuter per vecka på hög intensitet [35, 36]. Vid kronisk migrän rekommenderas promenader [37].
- Följsamhet till läkemedelsordination. Informera om risker med överkonsumtion av läkemedel [23].
- Prova att minska ner eller avstå helt från kaffe och/eller alkohol under en längre period vid misstanke om att det utlöser migrän [38].
- Undvik onödig uteslutning av livsmedel [32]. Det finns inte mycket evidens som stödjer att specifik kost skulle bidra till migrän. Det finns ännu inga övertygande bevis för olika kosttillskott eller dess effektivitet i migränbehandling [39].

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Omvårdnad – uppföljning och fördjupning av egenvårdsråd

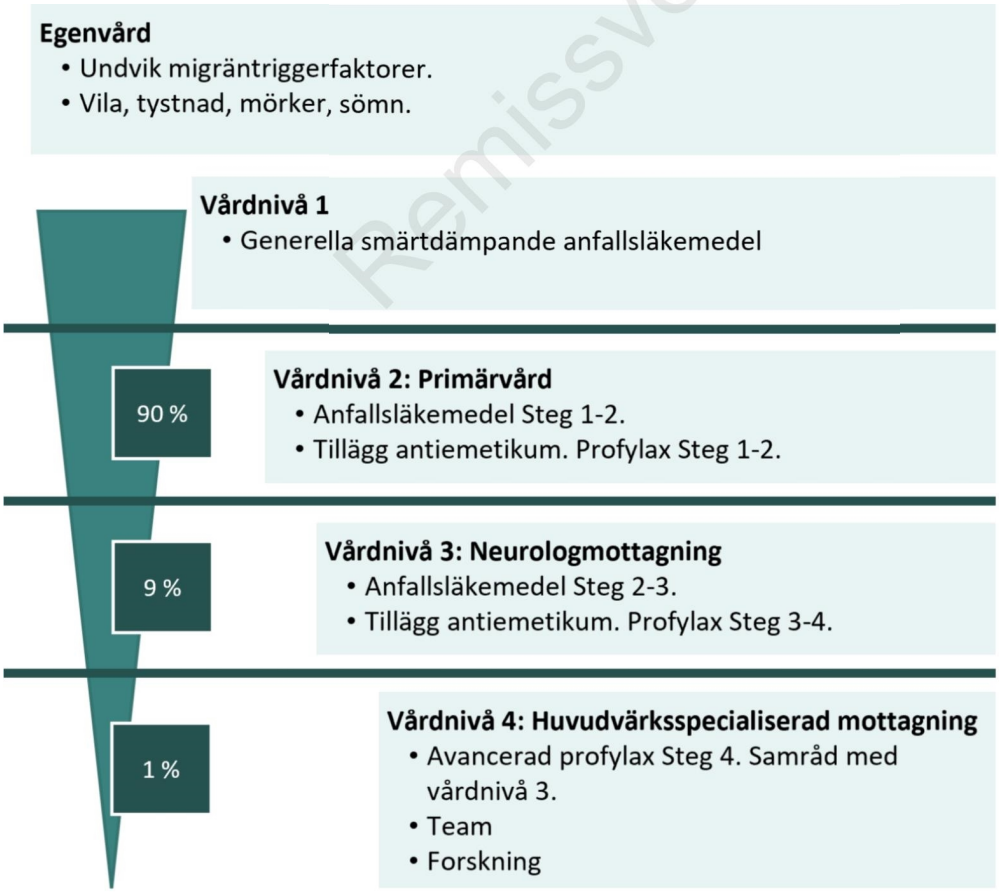
En sjuksköterska kan erbjuda samtal om livsstil och balans i vardagen kring stress, sömn, kost och träning. Diskutera om det finns behov av viktnedgång vid fetma (BMI > 30) [40]. Följande är viktigt:

- Inventera vardagslivet och ge patienten tid att reflektera över sin livssituation.
- Följ upp huvudvärksdagbok. Använd Svenska Huvudvärksregistret i Svenska Neuroregistret (PER-del).
- Samtal om läkemedelsanvändning och risker med överkonsumtion av smärtstillande läkemedel inklusive triptaner bör ingå.
- Det är viktigt att upprätta en handlingsplan, göra patienten delaktig i den och låta patienten förstå sitt eget ansvar. Patienten behöver ha kunskap om migrän och sin behandling.
- Det är viktigt att bygga ett förtroende i vårdrelationen och att patienten känner sig trygg.
- Genomför regelbunden uppföljning och utvärdering av både farmakologisk och icke-farmakologisk behandling.
- Remittera vid behov vidare till berörd profession, till exempel kurator eller fysioterapeut.

Remissversion

Behandling

Behandlingstrappa och vårdnivåer



Figur 3 Behandlingstrappa och vårdnivåer.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Anfallsbehandling, vuxna

I EFNS guidelines rekommenderas nedanstående [1].

Analgetika

- Paracetamol 1000 mg [41].
- Acetylsalicylsyra 1000 mg [42].
- Ibuprofen 400 mg.
- Naproxen 750 mg.

Tas tidigt i migränanfallet och i adekvat dos. Ange maximal dygnsdos på receptet.

Triptaner

Välj läkemedelsform: tabletter, nässpray, injektionspenna.

Vid otillräcklig effekt eller oacceptabla biverkningar kan det löna sig att testa en annan triptan än den patienten redan har. I studier ses ingen skillnad i effektivitet men det kan skilja vad gäller biverkningar [43].

Antiemetika

Addera behandling mot illamående, till exempel metoklopramid eller ondansetron [42, 44, 45].

Remissversion

Behandling av status migränosus

På akutmottagningen

1. Vätskesubstitution parenteralt, särskilt om patienten har kräkts.
2. Om mild huvudvärk och inget illamående: ge i första hand ytterligare en dos triptan (om utrymme inom maximal dygnsdos finns) alternativt NSAID (ibuprofen, naproxen per os).
3. Om svår huvudvärk med illamående, kombinera
    - prometazin alternativt diazepam
    - diklofenak 75 mg intramuskulärt [46]
    - om utrymme finns inom maximal dygnsdos sumatriptan 0,5 mg subkutant.
4. Erbjud vila i mörkt, tyst och lugnt rum.
5. Andra behandlingsalternativ: natriumvalproat eller levetiracetam som intravenös injektion. Observera kontraindikationer för natriumvalproat inklusive allvarliga fostereffekter [47].
6. Vid hemgång görs lämpligen en översyn av patientens anfallsmedicinering, utvärdering av behov av eventuell förebyggandet behandling samt ställningstagande till var uppföljning bör ske.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Förebyggande behandling, vuxna

Förebyggande behandling bör erbjudas vid tre eller flera svåra migränanfall per månad eller om effekt av attackmedicineringen är otillräcklig [11, 13]. Behandling enligt steg 1 och 2 kan genomföras inom primärvården. Uppföljning är viktig. Utvärdering bör ske var tredje till var sjätte månad initialt, och kan glesas ut vid stabilt tillstånd. Huvudvärksdagbok rekommenderas, gärna webbaserad. Målet med den förebyggande behandlingen är 50 procents reduktion av antal migrändagar.

Förstahandsalternativ (Steg 1)

Betablockerare [13, 48]:

- Metoprolol 50–100 mg x 2 eller som depåberedning x 1.
- Propranolol 60–120 mg x 2–3 eller depåberedning 120 mg x 1 (licensförskrivning).

Relativ kontraindikation: djup depression med suicidtankar, astma, AV-block, hjärtinsufficiens, claudicatio intermittens.

Vanliga biverkningar: trötthet, perifer kyla, minskad fysisk prestationsförmåga, gastrointestinalt obehag, impotens, sömnstörningar, depression.

Andrahandsalterativ (Steg 2) [11]

- Kandesartan upp till 16 mg/dygn. Gynnsam biverkningsprofil och god förebyggande effekt.
- Amitriptylin. Startdos 5–10 mg till natten med gradvis dosökning upp till effekt eller ohanterliga biverkningar. Efter att dosering 30 mg till natten har uppnåtts kan vid behov av dosökning en lägre dos läggas till på morgonen.

Kontraindikationer: glaukom, urinretention speciellt vid prostatahyperplasi.

Remissversion

Tredjehandsalternativ (Steg 3–4)

Dessa preparat bör skötas av neurologspecialist. Det är en klar fördel om behandlingen ges vid en huvudvärksspecialiserad mottagning med god kännedom om behandlingarna och uppföljning av dessa. Kunskap om och erfarenhet av behandling med samtliga nedanstående läkemedel bör finnas på samma vårdenhet. Studier saknas kring kombinationsbehandling med onabotulinumtoxin A och CGRP-antagonister varför detta inte rekommenderas idag.

- Topiramat (Steg 3) [14]

  Startdos 25 mg till natten. Ökas en gång per vecka till 50 mg x 2. Många patienter har effekt på dosen 50 mg/dygn, men ibland behöver dosen justeras uppåt.

  Kontraindikationer: tidigare depression, viktnedgång, njurstensbesvär, leversjukdom, trångvinkelglaukom, planerad eller pågående graviditet.

  Biverkningar: illamående, humörsvängningar, depression, upphakat tal.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

- Onabotulinumtoxin A (Steg 4) [12]

  Onabotulinumtoxin A kan vara ett behandlingsalternativ om två eller fler förebyggande läkemedel har provats men inte har haft effekt eller inte tolererats. Onabotulinumtoxin A ges var 12–14:e vecka och effekten bör utvärderas efter tre behandlingsomgångar (använd huvudvärksdagbok). Behandlingen bör avslutas om den inte ger en väsentlig minskning av huvudvärken (minst 30 % reduktion) alternativt tydlig höjd funktionsnivå efter de första tre behandlingarna.

- CGRP-antagonister (Steg 4)

  Patienter med kronisk migrän som har provat minst två andra förebyggande behandlingar ur olika läkemedelsgrupper i adekvata doser och under rimlig tid (cirka tre månader) och inte tolererat dem eller haft otillräcklig effekt av dem kan behandlas med en CGRP-hämmare [49].

Det finns flera alternativ:

- Eptinezumab –-inväntar text från läkemedelsverket.
- Erenumab subkutan injektion i dosering 70 mg eller 140 mg var fjärde vecka.
- Fremanezmab subkutan injektion i dosering 225 mg en gång per månad eller 675 mg var tredje månad.
- Galkanezumab subkutan injektion i dosering 120 mg en gång i månaden, med 240 mg som initial laddningsdos.

Flera substanser med liknande mekanism är under prövning. Behandlingseffekten har i studierna varit måttlig när den placebojusterats [49]. Vissa patienter kan dock ha mycket god effekt. Behandlingen bör följas upp, använd huvudvärksdagbok, elektronisk version finns via Svenska Neuroregistret där alla patienter som behandlas med CGRP-antagonister bör registreras [50]. Behandlingen bör sättas ut om den inte ger en väsentlig minskning av huvudvärken efter tre månader. Om behandlingen är effektiv kan utsättningsförsök göras efter 12–15 månader genom gradvis utglesning av behandlingsintervallet [50].

Behandling med CGRP-antagonister kan öka risken för hjärt-kärlhändelser. Hos patienter med anamnes på hjärt-kärlsjukdom eller ålder över 50 år rekommenderas genomgång och åtgärd av kardiovaskulära riskfaktorer innan behandlingsstart med CGRP-antagonist.

Behandling under graviditet och amning

Migrän tenderar att förbättras under graviditet. För gravida kvinnor med migrän är det av vikt att minska stressfaktorer. Detta kan i vissa fall medföra behov av sjukskrivning.

Farmakologiska övervägningar vid graviditet

Anfallsbehandling:

- Regelbunden behandling med NSAID under andra hälften av graviditeten bör undvikas då det finns risker för fostret.
- Paracetamol kan användas under hela graviditeten.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

- Enstaka doser av triptaner påverkar sannolikt inte fostret.

Förebyggande behandling:

- Betablockerare i tidig graviditet medför sannolikt inte någon risk för fosterskador. Under senare delen av graviditeten kan dock dessa läkemedel ge upphov till bradykardi hos fostret.
- Amitriptylin i tidig graviditet utgör ingen ökad risk. I slutet av graviditeten kan det finnas risk för utsättningssymtom hos det nyfödda barnet, även om denna risk är tämligen låg.
- Topiramat bör undvikas som förebyggande behandling under graviditet.
- Behandling med valproinsyra är kontraindicerat.

För CGRP-antikroppar och onabotulinumtoxin A saknas erfarenhet för behandling under graviditet. Det är viktigt att ha en öppen diskussion om fördelar och nackdelar med behandlingen med patienten och göra en individanpassad avvägning av risk och nytta.

Amning

Det går bra att använda paracetamol, NSAID och betablockare under amning. Vid behandling med amitriptylin, topiramat och om valproinsyra använts bör man diskutera med behandlande läkare då det kan finnas risk för påverkan på barnet. Det saknas erfarenhet kring eventuell påverkan på barnet av onabotulinumtoxin A eller CGRP-hämmarna.

Remissversion

Anfallsbehandling, barn och ungdomar

Paracetamol (tablett, munsönderfallande tablett, brustablett, oral lösning, suppositorium)

Doseringen i denna instruktion är högre än de som finns för barn i produktresuméer och bygger på klinisk erfarenhet och praxis. Vid användning av högsta dosen i intervallet bör en sänkning av dosen göras efter 2–3 dagar för att minska risken för leverskada.

Barn 2 månader till 18 år:

- Laddningsdos är 30–40 mg/kg.
- Underhållsdos 20–25 mg/kg x 4.

Maximal underhållsdos 100 mg/kg/dygn, dock maximalt 4 gram per dygn.

Ondansetron (oral lösning, munsönderfallande tablett)

Kan ges vid illamående i samband med migränanfall.

- Barn (16–30 kg): 4 mg (5 ml).
- Barn (över 30 kg): 8 mg (10 ml).

Engångsdos anses tillräckligt, men vid behov kan dosen ges 3 gånger per dygn.

Naproxen (tablett)

Dosering per kg kroppsvikt:

- Barn 5 år upp till 49 kg: 5–7,5 mg/kg x 1–2.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Fast dosering:

- Barn 5 år upp till 34 kg: 125 mg x 1–2.
- Barn 35–49 kg: 250 mg x 1–2.
- Barn från 50 kg:
    - Dygn 1: 750 mg initialt, därefter 250 mg vid behov, maximalt 1250 mg/dygn.
    - Från dygn 2: 250 mg vid behov, maximalt 1000 mg/dygn.

Ibuprofen (oral suspension, tablett och suppositorier)

Dosering per kg kroppsvikt:

- Barn 6 månader till 18 år: 4–10 mg/kg x 3–4. Maximalt 400 mg/dos och 1200 mg/dygn. I enstaka fall kan doser upp till 1600 mg/dygn användas.

Fast dosering:

- Barn 20–40 kg: 200 mg x –4.
- Barn över 40 kg: 200–400 mg x 3–4, maximalt 1200 mg/dygn.

Triptaner

I första hand ges zolmitriptan nässpray för snabb smärtlindring, är godkänt från 12 års ålder. Kan ges till yngre barn ordinerat av barnläkare (6–10 år 2,5 mg, äldre än 10 år 5 mg).
Nässpray med zolmitriptan tolereras erfarenhetsmässigt bättre än nässpray med sumatriptan på grund av smaken.

Remissversion

Förebyggande behandling, barn och ungdomar

I första hand bör man på nytt se över levnadsvanor och försöka få till stånd beteendeförändringar hos barn med återkommande migränattacker. Evidensen är sparsam delvis beroende på att det inte föreligger adekvata studier på barn och ungdomar avseende profylaktisk läkemedelsbehandling, däremot finns god klinisk erfarenhet av profylaktisk läkemedelsbehandling med betablockerare till barn och ungdomar [67, 68].

Ta ställning till förebyggande behandling med propranolol om patienten har 2–4 migränanfall per månad, livsstilsfaktorer inte har kunnat påverkas och det är otillräcklig effekt av anfallsbehandling och/eller frekvent skolfrånvaro relaterad till migrän. Utvärdering var tredje till sjätte månad initialt, kan glesas ut. Målet med förebyggande behandling är att uppnå minst 50 procents reduktion av antalet anfall och huvudvärksdagbok krävs för att följa effekten. Barn under 12 år remitteras till barnläkare.

Propranolol finns som extempore oral lösning 1 mg/ml och 10 mg/ml och som tabletter 10 mg och 40 mg.

- Barn 3–6 år: 0,5–1,5 mg/kg x 2–3.
- Barn 7–18 år (oavsett vikt): Startdos 10 mg x 1. Dosen kan ökas med 10 mg/vecka. Vanligt dosintervall är 10–20 mg x 3.
- Maxdos: Barn under 35 kg: 60 mg/dygn. Barn från 35 kg: 120 mg/dygn.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Kvällsdosen bör ges på eftermiddagen för att minska risken för störd sömn eller mardrömmar.

Behandling för barn över 12 år kan med fördel initieras i öppenvård efter noggrann anamnes och kroppsundersökning.

Vid ytterligare behov av förebyggande behandling (exempelvis topiramat, amitryptilin) remitteras till specialist i Barnneurologi med habilitering.

CGRP-antagonister och onabotulinumtoxin A, kan prövas vid behandling av äldre tonåringar i samråd med vuxenneurolog specialiserad på huvudvärk.

Icke-farmakologisk behandling hos vuxna

Icke-farmakologiska behandlingar kan användas som komplement till farmakologisk behandling eller som enda behandling. Tilläggseffekter kan uppnås genom att kombinera farmakologisk och icke-farmakologisk behandling. Val av behandling görs utifrån anamnes, undersökningsfynd och resonemang mellan behandlare och patient [51].

Flera av dessa metoder har visats ha effekter jämförbara med förebyggande läkemedel men med färre biverkningar. Dessa metoder kan utföras och läras ut av till exempel fysioterapeut, psykolog, läkare eller sjuksköterska. För barn och ungdomar poängteras ofta vikten av icke-farmakologisk behandling, då läkemedelsbehandling hos denna patientgrupp har sämre effekt. För att nå ett så bra resultat som möjligt bör samverkande team med olika professioner finnas tillgängligt i ett tidigt skede [52].

Planera in uppföljning med utvärdering, till exempel med huvudvärksdagbok efter insatta åtgärder. Lägg vid behov till insatser och avsluta overksamma behandlingar. Anpassa alltid behandlingen individuellt efter varje individ.

Remissversion

Evidensgradering av vetenskapligt underlag	
Starkt	(⊕⊕⊕⊕)
Måttligt starkt	(O⊕⊕⊕)
Begränsat	(OO⊕⊕)
Otillräckligt	(OOO⊕)

Icke-farmakologiska behandlingsalternativ:

- Hantering av migräntriggande faktorer. Copingstrategier. Uppmana till att följa egenvårdsråden.
- Avslappning och avspänning. Det finns flera beskrivna metoder för avspänning, där progressiv avspänning, autogen avslappning och andningsövningar är de vanligaste.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Regelbundenhet, helst dagligen, i att tillämpa övningarna spelar större roll än typ av metod [53, 54]. (⊕⊕⊕⊕).

- Biofeedback. EMG är en metod för ökad kroppskännedom och kontroll över muskulär spänning. Thermal registrerar kroppstemperaturen. Detta kräver utrustning på klinik eller eventuellt för hemlån och kan övervägas vid förebyggande behandling både vid episodisk och kronisk migrän [51, 53]. (⊕⊕⊕⊕).
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara effektivt och innefattar stresshantering och övningar för avslappning [54]. Stresshantering vid långvarig stress, som innebär att identifiera stressorer i form av beteende, situationer och tankar. Copingstrategier kan vara till exempel balanserad aktivitetsnivå och att lära sig avslappningsmetoder. (⊕⊕⊕⊕).
- Akupunktur. Upprepade akupunkturbehandlingar, 1–2 gånger i veckan vid totalt cirka 10 tillfällen. Tid 20–30 minuter per behandling [55, 56]. Det är viktigt att informera patienten om att inte avbryta i förtid då behandlingen initialt kan öka besvären. (O⊕⊕⊕).
- Regelbunden pulshöjande (aerob) fysisk träning. Det finns ett linjärt samband mellan låg fysisk aktivitetsnivå och högre huvudvärksfrekvens [57]. Konditionsträning minst 90 minuter per vecka, uppdelat på 3–5 tillfällen, på måttlig till hög intensitet kan förebygga migränanfall [58-60]. Uppvärmning och nedvarvning är viktigt vid träning på högintensitet likaså om det misstänks att fysisk träning utlöser migrän [36]. Vid kronisk migrän bör intensitet och duration stegras långsamt tills den rekommenderade dosen uppnåtts. Rådgivning kan behövas för att hitta lämplig aktivitet, intensitetsnivå och motivation. (O⊕⊕⊕)/(OO⊕⊕).
- Det finns flera andra behandlingsalternativ som kan övervägas men evidens för att rekommendera på gruppnivå saknas, till exempel manuell behandling, specifik träning av nacken [61-65] och yoga [66]. (OOO⊕).
- Forskning pågår om neuromodulerande behandling som i nuläget inte bör användas utanför studier. (OOO⊕).

Remissversion

Icke-farmakologisk behandling barn och ungdomar

I samband med akuta attacker bör barnet erbjudas möjlighet till vila i mörkt rum. Det är viktigt att tidigt diskutera betydelsen av livsstilsvanor, som regelbunden mat och sömn. Uppföljning kring följsamheten genomförs företrädesvis av sjuksköterska. Det är viktigt att elevhälsan informeras om barnets diagnos.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Vårdnivåer

Vårdnivåer – vuxen

Primärvård

De flesta migränpatienter diagnostiseras och sköts i primärvården, se flödesschema nedan.

Remiss till neurolog rekommenderas

- vid atypisk anamnes, avvikande status
- vid debutålder över 50 år
- när terapi med första- och andrahandsalternativen inklusive tillägg av förebyggande behandling sviktar
- när ställningstagande till avancerad behandling med topiramat, onabotulinumtoxin A, CGRP-antikroppsbehandling övervägs.

Akutmottagning

- Huvudvärk med neurologiska bortfallssymtom som inte förklaras av migränaura.
- Aurasymtom längre än 1 timme.
- Migränanfall som varar längre än 72 timmar trots behandling.

Specialistnivå

Bedömning vid ett eller flera tillfällen på neurologmottagning rekommenderas vid behov enligt figuren nedan.

Specialiserad huvudvärksmottagning

För utredning och utprovning av behandling av ungdomar och vuxna där neurologmottagningens resurser är otillräckliga.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Flödesschema vuxna

Vårdnivå vuxna	Uppdrag	Skattad andel av patienter med migrän
Primärvård	• Utesluta sekundär huvudvärk. • Säkerställ migrändiagnos enligt IHS. • Utprovning av lämplig akut och förebyggande behandling enligt första och andra linjens rekommendationer. • Icke-farmakologisk behandling via sjuksköterska/fysioterapeut. • Utbildning för undvikande av läkemedelsöveranvändningshuvudvärk via sjuksköterska/fysioterapeut/kurator. • Avgiftning med stöd (läkare/sjuksköterska/ fysioterapeut/kurator eller psykolog). • Receptförnyelse.	90 %
Specialistnivå	• Oklar huvudvärksdiagnos – utred och fastställ diagnos. • Otillfredsställande effekt av första och andra linjens akuta och förebyggande behandling. • Misstanke om MOH som inte svarat på avgiftning. • Samsjuklighet som begränsar den farmakologiska behandlingen. • Avancerade behandlingsalternativ. • Uttalad funktionsnedsättning.	9 %
Specialiserad huvudvärks-mottagning	• Specialformer av migrän. • Behov av behandling utanför det ordinarie rekommendationerna. • Behandlingssvikt. • Behov av teambaserad behandling. • Forskningsprojektdeltagande.	1 %

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Vårdnivåer – barn och ungdomar

Primärvård

- Barn 6 år eller äldre, ställ diagnosen migrän enligt IHS-kriterier.
- Ge adekvat information om diagnosen.
- Ordinera behandling.
- Ställningstagande till förebyggande behandling hos barn över 12 år.

Akutmottagning

- Huvudvärk med neurologiska bortfallssymtom som inte förklaras av migränaura.
- Aurasymtom längre än 1 timme.
- Migränanfall längre än 72 timmar trots behandling.

Specialiserad barnsjukvård hos specialist i barnmedicin

- Misstänkt migrän hos barn under 6 år.
- Svårbehandlad eller frekvent återkommande migrän hos barn över 6 år.
- Behov av förebyggande behandling för barn yngre än 12 år.
- Svår bedömning där andra sjukdomar eller medicinering kan komplicera bedömning och behandling.

Specialiserad Barnsjukvård hos specialist i barnneurologi med habilitering

- Vid diagnostiska oklarheter.
- Ställningstagande förebyggande behandling nivå 3, till exempel topiramat, amitriptylin.
- Vid behandlingsresistent huvudvärk trots adekvata behandlingsförsök. Överväg specialiserad farmakologisk behandling i samråd med vuxenneurolog specialintresserad av migrän, till exempel behandling med onabotulinumtoxin A. Samverkan med huvudvärksspecialiserad neurolog för ungdomar med svårbehandlad migrän.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Flödesschema vårdnivåer barn

Vårdnivå Barn	Uppdrag
Primärvård	• Barn ≥ 6 år där diagnos ställs på anamnes och status som svarar på första linjens behandling. • Insättning av behandling med triptan hos barn ≥ 12 år. • Förebyggande behandling hos barn ≥ 12 år.
Specialiserad barnsjukvård hos specialist i Barnmedicin	• Misstänkt migrän < 6 år (oftast mer atypiska symtom, episodiska syndrom). • Barn < 12 år med behov av triptan. • Behov av profylax < 12 år. • Förekomst av samsjuklighet som kan försvåra bedömning. • Påverkar skolgång.
Specialiserad Barnsjukvård hos specialist i Barnneurologi med habilitering	• Barn/ungdom oavsett ålder där diagnos är oklar, behandlingssvar otillfredsställande, eller där det finns samsjuklighet inom psykiatri eller neuropsykiatri med behov av särskilt team (läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, psykolog/kurator). • Behov av annan förebyggande behandling än betablockerare (topiramat, amitriptylin). • Samverkan med vuxenneurolog vid svårbehandlad migrän hos ungdom.
(Barn)-akutmottagning	• Huvudvärk med neurologiska bortfallssymtom som inte förklaras av migränaura, aurasymtom > 1 timme, migränanfall > 72 timmar trots behandling.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Uppföljning

Varje behandlingsinsats, såväl farmakologisk som icke-farmakologisk, bör regelbundet utvärderas och den långsiktiga vårdplanen revideras. Ineffektiv behandling bör sättas ut. Vid bristande behandlingsresultat gå vidare i behandlingstrappan.

Använd Svenska Huvudvärksregistret i Svenska Neuroregistret (PER-del) i uppföljningen.

Kvalitetsuppföljning

CROM, Clinical Reported Outcome Measures, Kliniskt Rapporterad Utfallsmått

- Antal personer med CGRP-hämmarbehandling (relaterat till befolkningsunderlaget).
- Tid till utvärdering (återbesök, telefonavstämning).
- Registreringsgrad i kvalitetsregistret (Svenska Huvudvärksregistret, delregister inom Svenska Neuroregister).

PROM, Patient Reported Outcome Measures, Patientrapporterade utfallsmått

Reduktion av antal migrändagar per månad från huvudvärksdagbok, HIT-6 och MIDAS validerade funktionsskalor.

PREM, Patient Reported Experience, Patientrapporterad upplevelse av sjukdomskontroll

Global skattning – individens upplevelse av kontroll av sin huvudvärkssituation. GIS (global impact scale) finns som mått i Svenska Huvudvärksregistret.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Innehållsansvariga

Katarina Wide, docent, överläkare, barnneurolog, Karolinska Universitetssjukhuset.

Ingela Nilsson Remahl, docent, överläkare, vuxenneurolog, Karolinska Universitetssjukhuset.

Arbetsgrupp från respektive region

Åsa Wallman, sjuksköterska, Neurologimottagningen, Falu Lasarett, Region Dalarna.

Anna Lönnberg, sjuksköterska, Neurologmottagningen, Gävle sjukhus, Region Gävleborg.

Stina Wästlund, överläkare, specialist barn- och ungdomsmedicin, Barn- och ungdomsmottagningen, Höglandssjukhuset Eksjö, Region Jönköping.

Ulrika Holst, psykolog/psykoterapeut, Skaraborgs sjukhus, S1, Västra Götalandsregionen.

Jane Garli, fysioterapeut, Neurologimottagningen, Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen.

Magnus Esbjörnsson, överläkare, Neurologi och intermedicin, VO Närsjukvård, Hässleholms Sjukhus. Ordförande LAG läkemedel nervsystemets sjukdomar Region Skåne.

Mats Elm Mats, spec allmänmedicin , chefsläkare, Närhälsan Västragötalandsregionen.

Helena Elliott, patientrepresentant, Huvudvärksförbundet.

Jenny Norén, patientrepresentant, Huvudvärksförbundet.

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för nervsystemets sjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Susanne Ekqvist, processledare, Susanne.Ekqvist@skane.se

Referenser

1. Evers, S., et al., *EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force.* Eur J Neurol, 2009. **16**(9): p. 968-81.
2. Loder, E., R. Burch, and P. Rizzoli, *The 2012 AHS/AAN guidelines for prevention of episodic migraine: a summary and comparison with other recent clinical practice guidelines.* Headache, 2012. **52**(6): p. 930-45.
3. Eigenbrodt, A.K., et al., *Diagnosis and management of migraine in ten steps.* Nat Rev Neurol, 2021. **17**(8): p. 501-514.
4. Goadsby, P.J., et al., *A Controlled Trial of Erenumab for Episodic Migraine.* N Engl J Med, 2017. **377**(22): p. 2123-2132.
5. Sazali, S., et al., *Coenzyme Q10 supplementation for prophylaxis in adult patients with migraine-a meta-analysis.* BMJ Open, 2021. **11**(1): p. e039358.
6. Alasad, Y.W. and M.Z. Asha, *Monoclonal antibodies as a preventive therapy for migraine: A meta-analysis.* Clin Neurol Neurosurg, 2020. **195**: p. 105900.
7. Zhu, C., et al., *Erenumab safety and efficacy in migraine: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.* Medicine (Baltimore), 2019. **98**(52): p. e18483.
8. Tsaousi, G., et al., *Levetiracetam as preventive treatment in adults with migraine: an up-to-date systematic review and quantitative meta-analysis.* Eur J Clin Pharmacol, 2020. **76**(2): p. 161-174.
9. Yen, P.H., et al., *Efficacy of levetiracetam for migraine prophylaxis: A systematic review and meta-analysis.* J Formos Med Assoc, 2021. **120**(1 Pt 3): p. 755-764.
10. Linde, M., et al., *Antiepileptics other than gabapentin, pregabalin, topiramate, and valproate for the prophylaxis of episodic migraine in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **2013**(6): p. Cd010608.
11. Jackson, J.L., et al., *A Comparative Effectiveness Meta-Analysis of Drugs for the Prophylaxis of Migraine Headache.* PLoS One, 2015. **10**(7): p. e0130733.
12. Herd, C.P., et al., *Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2018. **6**(6): p. Cd011616.
13. Jackson, J.L., et al., *Beta-blockers for the prevention of headache in adults, a systematic review and meta-analysis.* PLoS One, 2019. **14**(3): p. e0212785.
14. Linde, M., et al., *Topiramate for the prophylaxis of episodic migraine in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **2013**(6): p. Cd010610.
15. Linde, M., et al., *Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2013(6): p. Cd010611.
16. Linde, M., et al., *Gabapentin or pregabalin for the prophylaxis of episodic migraine in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **2013**(6): p. Cd010609.
17. Manzoni, G.C. and L.J. Stovner, *Epidemiology of headache.* Handb Clin Neurol, 2010. **97**: p. 3-22.
18. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.* Lancet, 2017. **390**(10100): p. 1211-1259.
19. Abu-Arafeh, I. and A.A. Gelfand, *The childhood migraine syndrome.* Nat Rev Neurol, 2021.
20. Natoli, J.L., et al., *Global prevalence of chronic migraine: a systematic review.* Cephalalgia, 2010. **30**(5): p. 599-609.
21. Society, C.C.o.T.I.H. *The International Classification of Headache Disorders 3rd edition Part I: The primary headaches*. 2021 [cited 2021 28 Maj]; Available from: https://ichd-3.org/1-migraine/.

Remissversion

22. *Svenska Huvudvärkssällskapet*. [cited 2021 28 Maj]; Available from: https://huvudvarkssallskapet.se/.
23. Probyn, K., et al., *Prognostic factors for chronic headache: A systematic review.* Neurology, 2017. **89**(3): p. 291-301.
24. Youssef, P.E. and K.J. Mack, *Episodic and chronic migraine in children.* Dev Med Child Neurol, 2020. **62**(1): p. 34-41.
25. Angus-Leppan, H., et al., *Abdominal migraine.* Bmj, 2018. **360**: p. k179.
26. Raucci, U., et al., *Cyclic Vomiting Syndrome in Children.* Front Neurol, 2020. **11**: p. 583425.
27. Gelfand, A.A., *Episodic Syndromes That May Be Associated With Migraine: A.K.A. "the Childhood Periodic Syndromes".* Headache, 2015. **55**(10): p. 1358-64.
28. Jahn, K., T. Langhagen, and F. Heinen, *Vertigo and dizziness in children.* Curr Opin Neurol, 2015. **28**(1): p. 78-82.
29. Russell, M.B., et al., *Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary.* Cephalalgia, 1992. **12**(6): p. 369-74.
30. Jensen, R., et al., *A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. a multicentre European and Latin American study.* Cephalalgia, 2011. **31**(15): p. 1549-60.
31. Bohm, P.E., F.F. Stancampiano, and T.D. Rozen, *Migraine Headache: Updates and Future Developments.* Mayo Clin Proc, 2018. **93**(11): p. 1648-1653.
32. Ashina, M., et al., *Migraine: integrated approaches to clinical management and emerging treatments.* Lancet, 2021. **397**(10283): p. 1505-1518.
33. Jensen, R., et al., *Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre.* Cephalalgia, 2010. **30**(10): p. 1214-24.
34. Schwedt, T.J., *Preventive Therapy of Migraine.* Continuum (Minneap Minn), 2018. **24**(4, Headache): p. 1052-1065.
35. Lemmens, J., et al., *The effect of aerobic exercise on the number of migraine days, duration and pain intensity in migraine: a systematic literature review and meta-analysis.* J Headache Pain, 2019. **20**(1): p. 16.
36. *FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, ed. Y.f.F. Aktivitet. 2021: Läkartidningen Förlag. 500.
37. Santiago, M.D., et al., *Amitriptyline and aerobic exercise or amitriptyline alone in the treatment of chronic migraine: a randomized comparative study.* Arq Neuropsiquiatr, 2014. **72**(11): p. 851-5.
38. Hindiyeh, N.A., et al., *The Role of Diet and Nutrition in Migraine Triggers and Treatment: A Systematic Literature Review.* Headache, 2020. **60**(7): p. 1300-1316.
39. Grazzi, L., et al., *Non-Pharmacological Approaches to Headaches: Non-Invasive Neuromodulation, Nutraceuticals, and Behavioral Approaches.* Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(4).
40. Gelaye, B., et al., *Body composition status and the risk of migraine: A meta-analysis.* Neurology, 2017. **88**(19): p. 1795-1804.
41. Derry, S. and R.A. Moore, *Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **2013**(4): p. Cd008040.
42. Kirthi, V., S. Derry, and R.A. Moore, *Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **2013**(4): p. Cd008041.
43. Ferrari, M.D., et al., *Oral triptans (serotonin 5-HT(1B/1D) agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials.* Lancet, 2001. **358**(9294): p. 1668-75.

Remissversion

44. Tfelt-Hansen, P., *The effectiveness of combined oral lysine acetylsalicylate and metoclopramide (Migpriv) in the treatment of migraine attacks. Comparison with placebo and oral sumatriptan.* Funct Neurol, 2000. **15 Suppl 3**: p. 196-201.
45. Barrett, T.W., et al., *A randomized, placebo-controlled trial of ondansetron, metoclopramide, and promethazine in adults.* Am J Emerg Med, 2011. **29**(3): p. 247-55.
46. McNicol, E.D., M.C. Ferguson, and R. Schumann, *Single-dose intravenous diclofenac for acute postoperative pain in adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2018. **8**(8): p. Cd012498.
47. *Ergenyl. Bipacksedel*. 2021; Available from: https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19990604000019&docType=6&scrollPosition=672.7999877929688.
48. Andersson, P.G., et al., *Prophylactic treatment of classical and non-classical migraine with metoprolol--a comparison with placebo.* Cephalalgia, 1983. **3**(4): p. 207-12.
49. Forbes, R.B., M. McCarron, and C.R. Cardwell, *Efficacy and Contextual (Placebo) Effects of CGRP Antibodies for Migraine: Systematic Review and Meta-analysis.* Headache, 2020. **60**(8): p. 1542-1557.
50. *Aimovig (erenumab), Ajovy (fremanezumab) och Emgality (galkanezumab) – migränprofylax vid kronisk migrän NT-rådets yttrande till regionerna 2021-01-18*. 2021 [cited 2021 Maj 28]; Available from: https://janusinfo.se/download/18.759da6c1177103a284aa8a1/1610969342895/Emgality-Aimovig-Ajovy-210118.pdf.
51. Nicholson, R.A., et al., *Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use.* Curr Treat Options Neurol, 2011. **13**(1): p. 28-40.
52. Klausen, S.H., et al., *Nonpharmacological Interventions Addressing Pain, Sleep, and Quality of Life in Children and Adolescents with Primary Headache: A Systematic Review.* J Pain Res, 2019. **12**: p. 3437-3459.
53. *The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice.* Headache, 2019. **59**(1): p. 1-18.
54. Pérez-Muñoz, A., D.C. Buse, and F. Andrasik, *Behavioral Interventions for Migraine.* Neurol Clin, 2019. **37**(4): p. 789-813.
55. Naderinabi, B., et al., *Acupuncture and botulinum toxin A injection in the treatment of chronic migraine: A randomized controlled study.* Caspian J Intern Med, 2017. **8**(3): p. 196-204.
56. Urits, I., et al., *Acupuncture and Its Role in the Treatment of Migraine Headaches.* Neurol Ther, 2020. **9**(2): p. 375-394.
57. Varkey, E., et al., *Physical activity and headache: results from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT).* Cephalalgia, 2008. **28**(12): p. 1292-7.
58. Irby, M.B., et al., *Aerobic Exercise for Reducing Migraine Burden: Mechanisms, Markers, and Models of Change Processes.* Headache, 2016. **56**(2): p. 357-69.
59. Varkey, E., et al., *Exercise as migraine prophylaxis: a randomized study using relaxation and topiramate as controls.* Cephalalgia, 2011. **31**(14): p. 1428-38.
60. LS., K., *The effects of aerobic exercise and the impact of migraine and co-existing tension-type headache and neck pain.* , in *Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 2018:60*. 2018, Lunds Universitet.
61. Gandolfi, M., et al., *Does myofascial and trigger point treatment reduce pain and analgesic intake in patients undergoing onabotulinumtoxinA injection due to chronic intractable migraine?* Eur J Phys Rehabil Med, 2018. **54**(1): p. 1-12.

Remissversion

62. Espí-López, G.V., et al., *Effect of Soft Tissue Techniques on Headache Impact, Disability, and Quality of Life in Migraine Sufferers: A Pilot Study.* J Altern Complement Med, 2018. **24**(11): p. 1099-1107.
63. Garrigós-Pedrón, M., et al., *Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial.* J Oral Facial Pain Headache, 2018. **32**(2): p. 137-150.
64. Luedtke, K., et al., *Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine-systematic review and meta-analysis.* Cephalalgia, 2016. **36**(5): p. 474-92.
65. Castien, R. and W. De Hertogh, *A Neuroscience Perspective of Physical Treatment of Headache and Neck Pain.* Front Neurol, 2019. **10**: p. 276.
66. Garli, J., *MediYoga som behandling vid migrän – en pilotstudie*. 2020, Umeå Universitet.
67. Locher C, et al., *Efficacy, Safety, and Acceptability of Pharmacologic Treatments for Pediatric Migraine Prophylaxis: A Systematic Review and Network Meta-analysis*. JAMA Pediatr 2020 Apr 1;174(4):341-3.
68. Oskoui M, et al., *Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology.* 2019 Sep 10;93(11):500-509.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för migrän

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för migrän

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Ingela Nilsson Remahl, doc, överläkare; Katarina Wide, doc, överläkare

2022-02-23

Stockholm

Remissversion

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för migrän 2
Versionshantering 2
Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen 4
2. Konsekvenser 5
2.1 Omfattning 5
2.2 Nytta eller risker för individen 5
2.3 Etiska aspekter 6
2.4 Verksamhet och organisation 6
2.5 Kostnader 6
2.6 Kompetensförsörjning 6
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 6
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 6
2.9 Uppföljning 7
2.10 Övriga konsekvenser 7

Remissversion

Sammanfattning

Viktigaste konsekvenserna av NAG Migräns rekommendationer vid nationell implementering.

1. De nationella rekommendationerna på individnivå medför minskad risk för kronisk huvudvärksutveckling. Migränpatienten får tidigt en effektiv farmakologisk och icke-farmakologisk behandling som sedan regelbundet utvärderas via uppföljning, där patientens migränsituation kan följas och behandlingsinsatser anpassas utifrån migränens olika faser under olika delar av livet.
2. Cirka 90 % behandlas inom primärvården där tillgång på fysioterapeuter och sjuksköterskor med vana av patientutbildning och strukturerad uppföljning redan finns för andra sjukdomsgrupper. Alternativt finns uppbyggda befintliga lokala/regionala nätverk med fysioterapeuter, kuratorer, kontakter med försäkringskassa och rehab.medicin. Dessa kan utnyttjas för förbättrad migränvård. Sannolikt kan viss resursförstärkning behövas. Men genom ett mer effektivt utnyttjande kan till exempel onödiga undersökningar minskas liksom utsättning av mindre effektiva läkemedel. Varje enskild vårdcentral kan samnyttja sjuksköterskor verksamma inom andra diagnosflöden. Alternativt kan detta utgöra grunden för subspecialisering mellan vårdcentralerna.
3. Utbildningsinsatser kommer att behövas för implementering av rekommendationerna. Ett viktigt hjälpmedel i behandlingen för att bedöma effekt av insatta behandlingar är en digitaliserad huvudvärkdagbok. Där kan patienten själv se mönster som förvärrar migränsjukdomen och behandlare kan sätta ut mindre effektiva läkemedel/omvårdnadsåtgärder.
4. En diagnostisk huvudvärksapplikation (app), helst webb-baserad, bör utvecklas är då nationellt användbar och tillgänglig. Denna bör då kunna kommunicera med den huvudvärksdagbok som används inom den specialiserade neurologiska huvudvärksvården för svårbehandlad/kronisk migrän och klusterhuvudvärk inom Svenska Huvudvärksregistrets kvalitetsregister (delregister inom Svenska Neuroregistret). Användandet av huvudvärksdagbok kan då bidra till ökad kunskap om
    - migränsjukdomens naturalförlopp
    - när övergång ses från gles migrän till högfrekvent och kronisk migrän
    - när andra specialister bör kopplas in
    - kan vården med genom tidiga insatser hindra att migränen blir kronisk
    - vilka läkemedel bör användas och när i sjukdomsförloppet.
5. De farmakologiska och icke-farmakologiska insatserna anges i olika steg med tydlighet när utvärdering bör ske och när nästa behandlingssteg ska tas enligt en behandlingstrappa, samt när patienten ska remitteras till nästa vårdnivå.
6. Mätbarhet med framtagna kvalitetsindikatorer finns framtagna så effekten kan följas gemensamt med Svenska Huvudvärksregistret.
7. Behovet av fortsatta högkvalitativa studier framhålls inom både den farmakologiska och den icke-farmakologiska migränvården.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Riktlinjen baseras huvudsakligen på tidigare rekommendationer från Svenska Huvudvärkssällskapet och NAG Migräns egna litteratursökningar respektive mångårig klinisk kunskap i området. Rekommendationerna är baserade på internationellt publicerade riktlinjer från the European Federation of Neurology, the European Headache Federation och the American Academy of

Remissversion

Neurology samt Cochraine-sökningar. NAG Migrän genomförde under hösten 2021 en sökning med fokus på metaanalyser. Uppdraget till NAG Migrän var att ge rekommendationer för grundläggande behandling med TLV-godkända väletablerade läkemedel och med hög evidensgrad för såväl primärvård som specialiserad och högspecialiserad vård. I riktlinjerna har icke-farmakologiska metoder inkluderats och definierats utifrån studiernas evidensgrad.

Målet har varit att

- se till effektivaste behandling på individnivå
- effektivt utnyttjande av resurser sett ur ett samhällsperspektiv.

Konsekvensbeskrivningen har författats av arbetsgruppens båda ordförande tillsammans med övriga deltagare i arbetsgruppen. Riktlinjen har utarbetats under 2021 i flera digitala möten.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

I Sverige har man uppskattat att 12–15 procent av befolkningen har migrän i någon form under någon del av livet. Förekomsten av de svåraste formerna, kronisk migrän, motsvarar cirka 2–4 procent och kräver mer omfattande vårdinsatser.

Beräknat på en folkmängd på 10 miljoner motsvarar detta cirka 200 000–400 000 personer i Sverige som har ett mer omfattande vårdbehov.
Cirka 90 % av patienterna med migrän handläggs i primärvården, 9 % hos specialist inom neurologi eller barnneurologi och 1 % av neurolog specialiserad på huvudvärk. I samtliga fall där det är indicerat bedöms och behandlas patienter av fysioterapeut och huvudvärksspecialiserad sjuksköterska. I vissa fall med mer svårbehandlad migrän bör även psykolog och/eller kurator vara delaktiga i behandlingen liksom eventuellt behov av rehabmedicinsk expertis.

2.2 Nytta eller risker för individen

Mer adekvat omhändertagande med både farmakologisk och icke-farmakologisk behandling och strukturerad uppföljning av patienterna vid efterlevnad av rekommendationerna krävs för de mest drabbade individerna. Detta saknas till viss del idag och varierar stort mellan olika regioner. En gemensam nationell struktur för migränvården minimerar de sociala konsekvenserna med minskat lidande för den enskilde patienten men också minskad sjukskrivningsfrekvens, minskade antal sjukersättningar och som konsekvens minskade kostnader för samhället.

Den nya riktlinjen innebär inte några risker för patienten utan istället säkerställs korrekt diagnos med minskad förbrukning av diagnostiska hjälpmedel som olika radiologiska undersökningar och en effektivare behandling.

Alla rekommendationer baseras på systematiskt framtaget kunskapsunderlag där hela landets migränpersoner erbjuds likvärdig vård.

Förutsättningarna för individens delaktighet ökar genom att vi i riktlinjen trycker på användandet av huvudvärksdagbok. I datoriserade kvalitetsregister kan den enskilda patienten själv dokumentera sin migränsjukdom och effekt/biverkningar av behandlingen och kan vara välinformerad i samtalet med sin behandlare.

Remissversion

2.3 Etiska aspekter

Den nya riktlinjen torde syfta till att öka patientens möjlighet att få adekvat vård. Migrän drabbar kvinnor i större utsträckning än män, och det är välkänt att kvinnor många gånger får sämre behandling än män inom sjukvården. Riktlinjen kan motverka detta.

Det är av yttersta vikt att behandling med de mest specialiserade läkemedlen idag som CGRP-hämmare och botulinumtoxin sker på ett jämlikt vis avseende kön, ålder och etnicitet.

Eftersom de flesta patienter med migrän behandlas inom primärvård där icke-farmakologiska behandlingsmetoder är väl etablerade och de läkemedel som används i första linjen är välbeprövade och kostnadseffektiva, förväntas dessa rekommendationer inte medföra undanträngning av andra patientgrupper. Diagnosen migrän ställs på kliniska grunder varför omfattande provtagning eller radiologisk utredning inte är relevant i de flesta fall. Efterlevnad av riktlinjen kommer att medföra minskad överutredning samt utsättande av icke verksam behandling.

2.4 Verksamhet och organisation

Ytterligare decentralisering av omhändertagandet är inte aktuellt. Däremot betonar vi i rekommendationen värdet av tvärprofessionellt omhändertagande varför det eventuellt kommer att inrättas mer teambaserad vård tidigt i vårdkedjan.

En ökad digitalisering kan ske om huvudvärksdagbok i digitaliserad version används med mer säkerställd och effektiv IRL-inmatning av data direkt av patienten vilket garanterar god datakvalitet. Viktigt är att en utvecklad ny diagnostisk huvudvärksdagbok via import till det nu i bruk högspecialiserade kvalitetsregistret utarbetas. En webb-baserad applikation rekommenderas med nationell spridning. Många goda lokala/regionala projekt pågår.

2.5 Kostnader

Inga ytterligare kostnader för det stora flertalet av vårdgivare torde bli aktuellt. Möjligen kan primärvården behöva medel för omorganiseras, vårdkedjor behöver säkerställas vilket behöver viss resursförstärkning. Kostnader behövs även under implementeringsfasen.

2.6 Kompetensförsörjning

För att riktlinjen ska få genomslag torde det vara av vikt att

- man lokalt och regionalt informerar om den nya riktlinjen
- i de fall mer teambaserad mottagning anses behövas, att team inriktade mot huvudvärkspatienter inrättas, att profylaxbehandling säkerställs och att uppföljning sker systematiskt gärna med hjälp av en digital huvudvärksdagbok
- patienter med behandlingsresistent migrän remitteras till närmast högre vårdnivå i god tid.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Kunskapsstöd finns tidigare regionalt, inga motsägelser torde föreligga.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Redan nu behandlas 90 % av patienterna med migrän i primärvården. Riktlinjen medför effektivare behandlingsinsatser och att patienterna genom effektivare behandling minskar behov och kostnader för sjukskrivningar och sjukpensioner.

Remissversion

2.9 Uppföljning

Genom att implementera en digital huvudvärksdagbok skulle koppling till huvudvärksregistret kunna förbättras och därmed skulle patientdata kunna samlas in och vårdförlopp kunna följas upp bättre. En användning av huvudvärksregistret kan även medföra att äldre mindre effektiva behandlingar kan tas bort och utgå ur framtidens behandlingsrekommendationer.

2.10 Övriga konsekvenser

Effektivare mer individualiserad behandling enligt rekommendationerna kräver fungerande IT-system och förbättrad journalföring.

Remissversion