Behandling av migrene i akuttmottak

Sist oppdatert: 25. nov. 2024 Publisert: 18. feb. 2020

Sist revidert av: Titto Idicual&Lars Jacob Stovner

Utskrift fra NEL, 29. mai 2025 - skrevet ut av Laila Mathisen

Hos pasienter som innlegges akutt for hodepine vil man ofte på bakgrunn av anamnese, klinisk og eventuelle supplerende undersøkelser ende opp med at pasienten har et uvanlig akutt og kraftig migreneanfall som varer lenge, ofte ut over 72 timer (status migrenosus), og/eller som ikke påvirkes merkbart av pasientens vanlige anfallsmedisin. Det er viktig at slike anfall behandles adekvat, slik at pasienten får raskest mulig hjelp for det aktuelle anfallet, unngår medisinske komplikasjoner av feilbehandling, og at behandlingen legger til rette for best mulig håndtering av tilstanden i ettertid. Dessuten må man unngå unødvendig bruk av helsetjenester. Europeiske retningslinjer [1] for behandling av migrene i akuttavdelinger legger vekt på at man må behandle de primære hodepinen som man ellers gjør, men med mindre modifikasjoner. En oversiktsartikkel har gjennomgått vitenskapelig evidens for håndtering av migrene i akuttavdelinger [2].

Allmenne tiltak

Under et anfall bør pasienter få muligheter til å skjerme seg fra stimuli i et stille og litt kjølig rom med dempet belysning. Dernest bør man motvirke angst for at det er en farlig sykdom ved å informere om resultatene av eventuelle supplerende undersøkelser, forklare at man har gjort en grundig vurdering og funnet at det er migrene. Man bør også inngi tillit til at man skal klare å dempe smerten og eventuelt kvalmen.

Hydrering

Vurdering av pasientens væskestatus er viktig, idet dehydrering er vanlig, spesielt ved lange anfall (status migrenosus), der pasienten har kastet opp eller har drukket lite på grunn av kvalme. Dehydrering kan forverre smerten og gjøre den vanskeligere å behandle. Dessuten kan det forsterke tendensen til postural hypotensjon som kan være bivirkning av en del medikamenter (dopaminantagonister) som brukes for å behandle migrenen. Man bør derfor være liberal med parenteral væsketilførsel, oftest som et første tiltak, med mindre det foreligger klare kontraindikasjoner (hjerte- og nyresvikt).

Medikamenter

Generelt vil det være gunstig med parenteral administrering på grunn av sannsynlig gastrisk stase som resultat av anfallet. Mange av pasientene er dehydrert og derfor mer utsatt for bivirkninger.
Behandlingen tilpasses pasientens grad av plager.

- dersom hodepinen er moderat og det ikke er kvalme vil man prøve med et peroralt triptan og/eller et NSAID
- dersom smerten er sterk og det også er kvalme bør man gi væsketilførsel, og dopaminantagonister bør forsøkes først.
- hvis dette ikke virker kan man bruke parenterale NSAIDs, og/eller sumatriptan injeksjon.

Hvis fare for residiv kan man vurdere å gi et kortikosteroid.
En del pasienter med kronisk hodepine og medikamentoverforbrukshodepine (MOH) blir innlagt med anfallsvise migrenøse forverringer. Her kan det være viktig å forsøke å unngå for mye medisiner, og særlig opioider, og tilby skjerming, beroligelse, adekvat hydrering og eventuelt nerveblokade.

Triptaner

Mange pasienter vil ha brukt maksimaldosen før de kommer til akuttavdelingen, og da med ingen eller utilstrekkelig effekt. Hvis pasienten kun har tatt tablett bør man prøve sumatriptan injeksjon 6 mg som er den mest effektive administrasjonsformen.

NSAIDs

Brukt intramuskulært eller intravenøst kan det være like effektivt som triptan, og også eventuelt forsterke effekten av triptaner. Ketorolac (Toradol) 30 mg i.m. eller i.v. har god dokumentasjon. Et alternativ er diclofenac 75 mg i.m.

NSAIDs er uheldig ved alle typer hjerneblødninger, og forsiktighet bør også utvises ved fare for GI-blødninger, nyresvikt eller alvorlig astma.

Dopamin-reseptorantagonister

Metoklopramid (Afipran) 10 mg i.v. eller i.m. virker mot kvalmen og øker tarmmotiliteten, og i tillegg har det en effekt på migrenesmerten. Søvnighet, svimmelhet, hypotensjon og akathisi (vansker med å sitte stille, rastløshet) er relativt vanlige bivirkninger.

Levomepromazin (Nozinan) eller Proklorperazin (Stemetil) 10 mg i.v. eller i.m., eventuelt som supp., har godt dokumentert effekt.

Kortikosteroider

Dette har vært vanlig å bruke for status migrenosus (migrene som varer mer enn 72 timer), og for å hindre raskt tilbakefall av migrene etter utskrivelse. En meta-analyse av 25 studier tyder på at det har effekt for å hindre tilbakefall [3]. Best effekt har det hos de mest plagete, som har status migrenosus, stor smertebelastning, inkomplett smertelindring og som erfaringsmessig får tilbakefall.

Steroiddoser som har vært brukt er prednisolon tabl 50-100mg, dexamethasone 10mg i.m. evt. 4-8 mg tabl, ev methylprednisolon (Solu-Medrol®) 40–80 mg iv gjentatt hver 6. time inntil 4 ganger. Flere anbefaler nedtrapping med tabletter over 3-6 dager.

En ulempe for pasienter som ofte innlegges i akuttavdelinger er at korticosteroider ikke bør gis mer enn 3-4 ganger per år. Kortikosteroider er ugunstig ved infeksjoner, og kan også forverre RCVS.

Nerveblokade

Det er vist at blokade av nervus occipitalis major (greater occiptal nerve- GON) med 1-3 ml 0,5% bupivacaine har moderat effekt [4]. Injeksjonen kan settes på samme side som smerten dersom den var ensidig, og på begge sider dersom smerten var bilateral. GON kan gjentas og brukes som et forebyggende tiltak hvis den innledende effekten er god [5]. Se eget kapittel om nerveblokader

Opioider

Bruk av dette ved migrene bør unngås. Det er vist å ha dårligere effekt enn mange andre midler, det kan øke sjansen for utvikling av toleranse og misbruk, kronisk

migrene og medikamentoverforbrukshodepine. Et unntak er gravide som ikke har effekt av væske, kvalmestillende (metoklopramid) eller triptaner.

Merk at opioider kan være nyttig ved noen sekundære hodepiner, f.eks. for å dempe smerten og senke blodtrykket ved intracerebrale blødninger, subaraknoidalblødning og RCVS.

Oppfølgning

Det er viktig å ta pasientene tilbake til poliklinisk kontroll senere for informasjon i en roligere setting, og for å sikre at de har et optimalt opplegg for forebygging og akuttbehandling hjemme som de kan administrere selv.