

# Migrän

Fastställd mars 2024 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. mars 2026.

## Huvudbudskap

- ◊ Migrän diagnostiseras genom noggrann anamnes och status med stöd av internationella diagnoskriterier.
- ◊ Att minimera anfallsframkallande faktorer såsom stress är grunden i behandlingen.
- ◊ Vid migränanfall är vila/sömn samt receptfria analgetika ofta tillräcklig behandling. Om inte – prova högdos av COX-hämmare med antiemetikum. Nästa steg är triptaner. Generiskt sumatriptan i tablettform är förstahandsval.
- ◊ Risk finns för läkemedelsöveranvändnings-huvudvärk vid intag av analgetika eller triptaner >9 dagar per månad.
- ◊ Vid ≥3 dagar med handikappande migrän varje månad – rekommendera förebyggande behandling. Förstahandsval är kandesartan eller metoprolol, konditionsträning och avslappningsövningar.
- ◊ De flesta patienter med migrän kan handläggas i primärvård. En liten andel patienter bör remitteras till neurolog eller regional migränmottagning.

## Bakgrund

Var åttonde svensk har migrän och cirka en av trettio har frekvent episodisk eller kronisk migrän. Vanliga anledningar till att söka vård är frekventa migränanfall och otillfredsställande akutbehandling. Vanligast debutålder är i puberteten och incidensen minskar efter 40-års åldern.

## Symtom

Ungefär varannan person med migrän upplever prodromalsymtom timmarna före anfall, t.ex. hyperaktivitet, trötthet, sötsug, matleda, törst, eller stelhet och värk i nacken. Ungefär var femte person med migrän har aurasymtom (se ruta med diagnoskriterier). Visuella aura är vanligast och kännetecknas av ljusa prickar eller flimrande sicksackmönster homonymt unilateralt ofta kombinerat med fläckvis synnedsättning (flimmerskotom). Sensorisk aura med halvsidig spridning av domningar/stickningar i ansikte och hand är näst vanligast och kan följa direkt på visuella aura. Dysfasi förekommer också. Aura kan uppträda utan huvudvärk. Migränhuvudvärken debuterar ofta smygande på morgonen och ökar inom timmar till intensitet som hindrar normal aktivitet eller tvingar till sängläge. Den är initialt oftast pulserande och halvsidig, men kan vara dubbelsidig från start. Under huvudvärksfasen föreligger överkänslighet mot ljus, ljud, lukter och beröring. Svårt illamående och/eller kräkningar utesluter huvudvärk av spänningstyp. Obehandlade brukar migränanfall pågå cirka ett dygn, hos barn ofta kortare, några timmar.

## Diagnostik

Faktarutan ovan återger diagnoskriterier fastställda av International Headache Society. Migrändiagnosen grundas på att karakteristiska symtomepisoder

## Internationella diagnostiska kriterier för migrän (ICHD-3)

### Migrän utan aura

*Minst fem anfall av huvudvärk med följande egenskaper:*

- Duration hos vuxna 4–72 timmar, hos barn och ungdom <18 år 2–72 timmar
- Minst två av följande:
  - ensidig start (dubbelsidig förekommer, vanligare hos barn)
  - pulserande karaktär
  - måttlig till svår intensitet
  - förvärras av ordinär fysisk aktivitet, t.ex. gång i trappa, eller medför att sådan aktivitet undviks
- Under huvudvärken förekommer minst en av följande:
  - ljus- och ljudkänslighet
  - illamående och/eller kräkningar
- Förklaras inte av annat tillstånd

förekommit vid upprepade tillfällen och inte förklaras av annat tillstånd. Utredningen baseras således i första hand på noggrann anamnes och vid behov klinisk undersökning. Indirekta stöd för diagnosen kan vara att patienten är ung och kvinna, att migrän förekommer bland förstagradsläktingar, att det finns typiska anfallsutlösande faktorer och effekt av migränspecifika läkemedel. Vid oklar eller atypisk symtombild bör patienten bedömas av neurolog.

## Behandling

### Ickefarmakologiska åtgärder

Vid akuta migränanfall ger vila/sömn i mörkt och tyst rum symtomlindring. Grunden i förebyggande migränbehandling är rimlig minimering av anfallsframkallande faktorer. Om patienten fyller i migrändagbok kan mönster i anfallets uppträdande identifieras och vägleda till adekvata egenvårdsåtgärder. Vanliga utlösande faktorer är stress eller avkoppling efter stress, oregelbunden sömn och födointag, alkohol och menstruation. God sömnhygien, regelbundna måltidsvanor, viktreduktion vid obesitas och stressreducerande åtgärder samt avspänningstekniker bör rekommenderas i förebyggande syfte. Regelbunden konditionsträning och akupunktur har evidens som profylax och fysioterapeut kan därför med fördel involveras i behandlingen. Vid behov kan även arbetsterapeut, kurator, eller psykolog engageras.

### Anfallskuperande läkemedel

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

- Patienten kan ordinerats olika läkemedelsalternativ med upptrappningsstrategi för att anpassa behandlingen till anfallets svårighetsgrad.
- Anfall med kraftigt illamående eller kräkningar behandlas företrädesvis med läkemedel som

### Migrän med aura

*Minst två anfall med följande egenskaper:*

- Aura med minst ett av följande reversibla symtom:
  - Visuella, sensoriska, talstörningar, motoriska, hjärnstamssymtom, retinala symtom
- Minst två av följande karakteristika:
  - Minst ett aurasymtom utvecklas gradvis under ≥5 minuter
  - Minst två aurasymtom uppträder i följd efter varandra, dvs. ej samtidigt
  - Varje individuellt symtom varar 5–60 min
  - Minst ett symtom är ett retningsfenomen (t.ex. synflimmer eller stickningar)
  - Huvudvärk förekommer samtidigt som auran eller börjar inom 60 minuter efter auran
- Förklaras inte av annat tillstånd

administreras som nässpray eller injektion.

Detta kan övervägas även i andra fall när peroral behandling varit otillfredsställande.

- Generiskt sumatriptan i tablettform är rekommenderat förstahandsval bland triptaner, medan övriga triptanpreparat är förmånsberättigade först om detta läkemedel inte fungerar. För ungdomar 12–17 år är triptaner godkända enbart i form av nässpray, som då kan förskrivas utan förmånsbegränsning.
- Anfallskuperande läkemedel tas tidigast möjligt efter huvudvärksstart. Vid återfallshuvudvärk kan ytterligare dos ges. Se FASS.
- Genom att kombinera paracetamol, COX-hämmare och/eller triptaner går det att få additiv smärtlindrande effekt.
- Metoklopramid kan vid svårt illamående/kräkningar adderas till alla alternativ inom steg 2–6 (Tabell).

### Anfallsförebyggande läkemedel

Vid ≥3 dagar med handikappande migrän varje månad bör förebyggande läkemedelsbehandling erbjudas. Målsättningen är att minst halvera anfallsfrekvensen och/eller reducera svårighetsgraden signifikant. Hos patienter med läkemedelsöveranvändningshuvudvärk kan förebyggande läkemedel underlätta avgiftning.

Behandlingen inleds i låg dos och trappas upp varje eller varannan vecka tills fördefinierad maxdos nås. Vid positiv effekt på lägre dos avbryts upptrappningen, och vid plågsamma biverkningar ska patienten backa till föregående dos. Som förstahands förebyggande behandling har kandesartan (16 mg en gång dagligen) och metoprolol (depot, 50–200 mg en gång dagligen) likartad effekt mot migrän, men kandesartan är lättare att kombinera med konditionsträning, vilket tillsammans med tillgänglig evidens motiverar att använda det trots att det saknar registrerad indikation. Andra alternativ som kan provas är amitriptylin

(måldos 100 mg på kvällen) som kan vara särskilt lämpligt om patienten även har frekvent huvudvärk av spänningstyp eller sömnstörning. Topiramet, valproat och licensläkemedel såsom flunarizine och pizotifen övervägs på specialnivå.

### Kronisk migrän

Kronisk migrän definieras som minst 15 huvudvärksdagar per månad under >3 månader varav minst 8 dagar per månad med migrän. Kronisk migrän kan motivera remiss till neurolog eller regional migränmottagning. Botulinumtoxin A enligt migränspecifikt injektionsprotokoll ska endast ges av neurolog eller på specialiserad mottagning för kronisk migrän. Vissa CGRP-antagonister är förmånsberättigade vid kronisk migrän, men ska endast förskrivas av neurolog eller på specialiserad mottagning för kronisk migrän. Särskilda villkor finns för användning och uppföljning av CGRP-antagonister inom VGR, se [Terapiråd CGRP-antagonister](#).

### Särskilda aspekter hos kvinnor

**Menstruell migrän** Om anfall regelbundet inträffar dagarna kring första menstruationsdagen kan tablett naproxen 500 mg x 2 provas som korttidsprofylax under 5–7 dagar fr.o.m. två dagar innan förväntad menstruation.

**Antikonception** Migrän med aura och östrogeninnehållande preventivmedel är var för sig associerade med ökad risk för stroke varför dessa preventivmedel undviks vid migrän med aura.

**Graviditet** Episodisk behandling av migränhuvudvärk: Paracetamol är förstahandsval. Metoklopramid kan adderas under trimester 1-2. COX-hämmare är andrahandsval men endast under andra trimestern. I tredje hand kan paracetamol med kodein användas under trimester 1-2, helst rektalt. Sistahandsvalet är sumatriptan subkutan pga begränsade säkerhetsdata. Förebyggande behandling: i första hand icke-farmakologisk profylax. Vid behov av farmakologisk profylaktisk behandling bör specialist kontaktas, t.ex. regional migränmottagning.

**Amning** Som akut huvudvärksbehandling rekommenderas i följande ordning: paracetamol, ibuprofen, sumatriptan (undvik amning 12 timmar efter intag), eletriptan (undvik amning 24 timmar efter intag), eller paracetamol med kodein. I förebyggande syfte provas i första hand ickefarmakologisk profylax, i andra hand metoprolol och i sista hand amitriptylin.

**Barn** Migrän hos barn yngre än sju år behandlas av barnläkare. Migränanfall hos barn är ofta mer kortvariga än hos vuxna och det är vanligare med dubbelsidig huvudvärk, buksmärtor och kräkningar. Buksmärtor (bukmigrän), cykliska kräkningar och yrsellattacker kan vara migränsymtom hos barn och övergår ofta till klassisk migrän med huvudvärk efter puberteten. Episodisk behandling av migränhuvudvärk (se behandlingsrutin) omfattar vila/ sömn samt ev. analgetika tidigast möjligt efter huvudvärksstart. Vid hög anfallsfrekvens provas i första hand icke-farmakologiska åtgärder, i andra hand propranolol. Vid oklar eller atypisk symtombild och/eller utebliven effekt av behandling bör barnläkare/barnneurolog konsulteras.

## Anfallskuperande behandling

Steg	Åtgärd/kommentar	Vuxna och barn ≥12 år om ej annat anges	Barn
1	Icke-farmakologiska åtg.	Vila, sömn, mörker, tystnad	Vila, sömn, mörker, tystnad
2	Receptfria analgetika Koffeintillägg kan potentiера effekten	Paracetamol Brustabl./ munsönderfallande tabl./ "zapp" tabl. 750–1000 mg  <i>alternativt</i> Ibuprofen tabl./kaps./oral susp. 400 mg  <i>alternativt</i> Acetylsalicylsyra (≥18 år) brustabl. 500–1000 mg Komb.tabl. med koffein	Paracetamol Brustabl./oral susp./ munsönderfallande tabl. 3–7 år 250 mg 7–12 år 250–500 mg <i>alternativt</i> Ibuprofen oral susp./supp. 3–7 år 100–150 mg 7–9 år 150–200 mg 9–12 år 200–300 mg  (Rektal tillförsel vid illamående/ kräkning)
3	COX-hämmare Obs! Ej enterotablett	Naproxen (≥12 år) tabl. 750 mg (≥50 kg)  Ibuprofen tabl./kaps./oral susp. 400–800 mg	Naproxen rekommenderas ej vid akuta smärttillstånd hos barn  Ibuprofen samma som steg 2
4	Generiskt sumatriptan i tablettform	Sumatriptan tabl. 50–100 mg	Peroral beredning ej godkänd <18 år, välj steg 5
5	Triptan nässpray Vid otillräcklig effekt av steg 4 eller vid illamående/ kräkning	Zolmitriptan nässpray 2,5–5 mg	Zolmitriptan nässpray (≥12 år) 2,5–5 mg
6	Triptan subkutan injektion Vid svåra anfall med illamående/kräkning och otillräcklig effekt av steg 1–5	Sumatriptan subkutan inj. 6 mg	Ej godkänd <18 år
Vid svårt illamående/kräkning:		Metoklopramid tabl. 10 mg x 1–3 i max 5 dagar	Ondansetron munlöslig tablett eller oral lösning. Barn 16–30 kg: 4 mg. Barn över 30 kg: 8 mg. Metoklopramid ges vanligen ej vid migrän till barn 1–18 år.

**Äldre** Hos patienter vars migränanfall fortsätter i hög ålder beaktas ökad risk för läkemedelsbiverkningar. Försiktighet med triptaner och COX-hämmare är motiverad, men om kontraindikationer såsom hjärtkärlsjukdom saknas kan triptanbehandling fortsätta om patienten följs upp regelbundet.

### Uppföljning

Utvärdering görs utifrån behandlingens mål att minimera antalet migränanfall och deras påverkan på livskvalitet, arbetsförmåga, familjeliv och fritidsaktiviteter, samt utifrån förekomst av biverkningar. Migränkalendern och -dagboken i "Migränappen" är ett värdefullt underlag vid uppföljning. Anfallskuperande behandling syftar till snabb lindring med återgång i aktivitet och om en behandling inte givit snabb och god lindring inom de första tre akutbehandlingsförsöken bör annan akutbehandling provas. Profylaktisk behandling utvärderas efter tidigast 3 månaders användning. Om utebliven signifikant effekt provas annan förebyggande behandling. Vid god effekt kan dosen minskas var 6–12 månad inför ställningstagande till att avsluta behandlingen.

### Åtgärder vid ökad frekvens och ändrad anfallsbild

Vid stigande anfallsfrekvens måste möjliga orsaker kartläggas. Om ett tidigare tydligt anfallsmönster med mellanliggande besvärsfrihet övergått i daglig huvudvärk, måste man överväga kronisk migrän (se behandling ovan) eller läkemedelsöveranvändningshuvudvärk. Det senare behandlas genom att i minst 2 månader begränsa antalet dagar med akutläkemedel till <10 dagar per fyra veckor.

Migränkalendern och -dagboken i "Migränappen" kan ge ledtrådar till varför anfallssituationen har förändrats. Att prova annan akutbehandling och migränprofylaktiska läkemedel är naturligt men ofta inte tillräckligt. Långvarigt ökad stress eller psykisk ohälsa är vanliga faktorer som motiverar särskild behandling, och vid behov bör arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och psykolog involveras.

### Vårdnivå

Migrän handläggs i första hand genom egenvård med stöd av "Migränappen". Vid behov av sjukvård klaras 90% av i primärvården. Vid hög anfallsfrekvens trots att ickefarmakologisk behandling samt minst två, helst tre, förebyggande läkemedel prövats och utvärderats i minst tre månader efter den sist insatta behandlingen, eller vid komplicerad symtombild, bör patienten remitteras till neurolog. På Sahlgrenska finns en högspecialiserad digifysisk migränmottagning. Här tas de svåraste fallen från hela regionen emot av ett multidisciplinärt team. I remiss till specialist eller regional mottagning ska sannolik eller säker diagnos framgå, liksom antal dagar i månaden med huvudvärk och vilka behandlingar som prövats.

#### FÖR TERAPIGRUPP NEUROLOGI

Filip Bergquist, ordförande  
Medverkande i framtagandet av denna riktlinje har, förutom terapigruppen, varit: Mattias Linde, Överläkare neurologi, ordförande RPT Migrän

#### Referenser

The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalalgia 2018; 38(1): 1–211  
Svenska Huvudvärksällskapet:  
<http://huvudvarkssallskapet.se/migran/>

### Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Neurologi  
Ellinor Rålid, ellinor.ottosson@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
[www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.