

Migrän

Fastställd mars 2026 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. mars 2028.

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 läkemedelsöveranvändningshuvudvärk vid intag av analgetika eller triptaner > 9 dagar per månad.
- ◉ Vid ≥ 3 dagar med funktionsnedsättande 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.
- ◉ Använd "[Migränappen VGR](#)"

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-årsåldern.

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 aurafenomen (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 visuell 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 v.b. klinisk undersökning. Indirekta stöd för diagnosen kan vara att patienten är ung och kvinna, att migrän förekommer bland förstagrads släktingar, att det finns typiska anfallsutlösande faktorer och effekt av migränspecifika läkemedel. Vid oklar eller atypisk symtombild bör patienten bedömas av neurolog.

Behandling

Icke-farmakologiska 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 anfallens 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. V.b. kan även arbetsterapeut, kurator, eller psykolog engageras. Läs mer på [1177 Migrän](#).

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 ordineras olika läkemedelsalternativ med upptrappningsstrategi för att anpassa behandlingen till anfallens svårighetsgrad.
- Anfall med kraftigt illamående eller kräkningar behandlas företrädesvis med läkemedel som administreras som nässpray eller injektion.

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 min
 - 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 min efter auran
- Förklaras inte av annat tillstånd

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 sumatriptan 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 i tabellen på sidan 2.

Anfallsförebyggande läkemedel

Vid ≥ 3 dagar med funktionsnedsättande 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 utsättning.

Behandlingen inleds i låg dos och trappas upp varje eller varannan vecka tills fördefinierad maxdos nås. Vid positiv effekt på lägre dos avbryts upp-trapponingen och vid pålägsamma biverkningar ska patienten backa till föregående dos. Förstahandsval av förebyggande behandling är kandesartan 16 mg x1 alt. metoprolol depot 50–200 mg x1. De har likartad effekt men kandesartan är lättare att kombinera med konditionsträning, vilket tillsammans med tillgänglig evidens motiverar användning trots off-label. 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 övervägs på specialistnivå.

Kronisk migrän

Kronisk migrän definieras som minst 15 huvudvärksdagar per mån under > 3 mån varav minst 8 dagar per mån 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

Menstruell migrän Om anfall regelbundet inträffar dagarna kring första menstruationsdagen kan tablett naproxen 500 mg x2 provas som korttidsprofylax under 5–7 dagar fr.o.m. två dagar innan förväntad menstruation. Långcykelbehandling med p-piller kan vara ett alternativ vid menstruationsrelaterad migrän utan aura.

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

Graviditet Episodisk behandling av migrän-huvudvärk: 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 subkutant p.g.a. 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), paracetamol med kodein. I förebyggande syfte provas i första hand icke-farmakologisk profylax, i andra hand metoprolol och i sista hand amitriptylin.

Barn Migrän hos barn yngre än 7 år behandlas av barnläkare. Migränanfall hos barn är ofta mer kortvariga än hos vuxna och det är vanligare med dubbelsidig huvudvärk, buksmärter och kräkningar. Buksmärter (bukmigrän), cykliska kräkningar och yrselattacker 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.

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 hjärt-kärlsjukdom saknas kan triptanbehandling fortsätta om patienten följs upp regelbundet.

Anfallskuperande behandling			
Steg	Åtgärd/kommentar	Vuxna och barn ≥12 år om ej annat anges	Barn
1	Icke-farmakologiska åtgärder	Vila, sömn, mörker, tystnad	Vila, sömn, mörker, tystnad
2	Receptfria analgetika Koffeintillägg kan potentiера effekten	Paracetamol Brustabl./munsönderfallande tabl./snabbupplösande 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 tabl. 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.

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 VGR" 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 3 akutbehandlingsförsöken bör annan akutbehandling provas. Profylaktisk behandling utvärderas efter tidigast 3 mån användning. Vid utebliven tydlig effekt provas annan förebyggande behandling. Vid god effekt kan dosen minskas var 6–12:e mån inför ställningstagande till att avsluta profylax.

Åtgärder vid ökad frekvens och ändrad anfallsbild

Vid stigande anfallsfrekvens måste möjliga orsaker kartläggas. Om ett tidigare tydligt anfallsmönster med mellanliggande besvärfrihet övergått i daglig huvudvärk, måste man överväga kronisk migrän (se behandling ovan) eller läkemedelsöveranvändningshuvudvärk. Det senare behandlas genom att i minst 2 mån begränsa antalet dagar med akutläkemedel till < 10 dagar per fyra veckor. Migränkalendern och -dagboken i "Migränappen VGR" kan ge ledtrådar till varför anfallssituationen har förändrats. Att pröva 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 VGR". 90% av patienterna med behov av vårdkontakt kan handläggas i primärvården. Vid hög anfallsfrekvens, trots att minst 2, om möjligt 3, förebyggande läkemedel har prövats och utvärderats i minst 3 mån var, bör patienten remitteras till neurolog. Minst 3 evidensbaserade icke-farmakologiska behandlingar i t.ex. primärvårdsrehab ska också ha prövats. Remittera även vid komplicerad symtombild. På SU finns en högspecialiserad digifysik migränmottagning. Här tas de svåraste fallen från hela regionen emot av ett multidisciplinärt team. I remiss till neurolog 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://huvudvarksallskapet.se/migran/>

Kontakt:

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

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel.
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.