

Naisilla ja miehillä erilainen migreeniprofiili

Lähtökohdat Migreeniä sairastaa arviolta noin 10 % väestöstä. Esiintyvyys on suurimmillaan työikäisillä naisilla. Migreeni on kliinisesti monimuotoinen sairaus. Kohtausten tehokkaista hoidoista huolimatta noin 30 % täsmälääkkeiden käyttäjistä jää vaille tavoiteltua hoitovastetta.

Menetelmät Suomen Migreeniyhdistyksen 2 500 jäsenelle lähetettiin vuonna 2007 kysely, jossa selvitettiin migreenikohtausten kokonaiskestoa, kohtausten eri vaiheiden kestoa, kivun voimistumisnopeutta ja uusimistaipumusta kolmessa ryhmässä. Näiden piirteiden esiintyvyyttä tutkittiin 10-vuotiskäryhmissä sukupuolittain. Naisilta tiedusteltiin migreenin yhteyttä kuukautisiin. Lomakkeen palautti 1 538 henkilöä (61,5 % otoksesta). Tutkimukseen otettiin 1 475 henkilöä (96 % vastanneista). Heistä oli naisia 1 372 (93 %) ja miehiä 103 (7 %). Keski-ikä oli 45 vuotta.

Migreeni on episodeittain esiintyvä krooninen neurologinen oireyhtymä, jossa päänsäryn tyypillisinä liittännäisoina esiintyy pahoinvointia sekä valo- ja ääniherkkyyttä (1). Kyseessä on monimuotoinen ja monitekijäinen aivojen sairaus. Kliinistä monimuotoisuutta kuvaillaan yleisimmin esioireiden, taajuuden ja voimakkuuden vaihtelevuudella (2). Yleisimpien migreenien taustalla on todettu myös geneettistä monimuotoisuutta (3).

Migreenin esiintyvyys väestössä on noin 10 %. Sairastavuus on suurimmillaan 25–55-vuotiailla. Suomalaistutkimuksessa migreenin esiintyvyydeksi naisilla arvioitiin 17–24 % ja miehillä 6–8 % (4). Naisten kolminkertaisen migreeniriskin tärkeimpänä tekijänä pidetään estrogeenivaikutusta. Sen

Tulokset Alle kuuden tunnin migreenikohtaukset olivat lähes kaksi kertaa yleisempiä miehillä kuin naisilla. Naisilla esiintyi 24–72 tuntia kestäviä kohtauksia lähes kolme kertaa useammin kuin miehillä. Kolmen kohtausprofiilin välillä ei todettu esiintyvyyseroja. Naisilla korostuivat ikäryhmien erot: lyhytkestoisia kohtauksia esiintyi eniten alle 20-vuotiailla ja pitkäkestoisia kohtauksia (24–72 tuntia) 40–70-vuotiailla. Kuukautisten yhteydessä esiintyvää migreeniä raportoiti 68 % 10–60-vuotiaista. Näissä migreeneissä pitkittyviin kohtauksiin liittyi myös kivun taipumus uusia.

Päätelmät Miesten ja naisten migreenit poikkeavat toisistaan kestoltaan ja voimistumisnopeudeltaan. Naisilla esiintyy vaihtelevia kohtauksia, joista pisimmät ja uusiutuvimmat liittyvät kuukautisiin. Vaikeimpien kohtausten tarkempi tunnistaminen saattaa parantaa hoidon tuloksia, vähentää sairauspoissaoloja ja parantaa elämänlaatua.

katsotaan selittävän myös kuukautisten yhteydessä voimistuvaa ja pitkittyvää migreeniä, jota esiintyy noin 60–70 %:lla migreeniä potevista naisista (5).

Suomessa arvioidaan olevan noin 500 000 migreeniä sairastavaa henkilöä. Heistä suurin osa on työikäisiä naisia. Migreeni heikentää työkykyä, aiheuttaa työstä poissaoloja kohtauksen aikana ja vaikuttaa sosiaaliseen elämään kohtausten välillä (6,7). Depressioalttius, unihäiriöt ja mielialamuutokset heikentävät osaltaan migreenipotilaan elämänlaatua (8,9). Migreenin aiheuttamaa haittaa ja lääkehoidon kustannuksia selvittäneessä suomalaisessa tutkimuksessa todettiin kohtausten taajuuden ja voimakkuuden selittävän vahvimmin migreenin aiheuttamaa haittaa (10).

Tehokkaista lääkehoidoista huolimatta migreenikohtauksen onnistunut hoito on haasteellista. Käytännössä kohtausten erojen tarkempi tunnistaminen voi tehostaa kohtausten hoitoa ja vähentää migreenin aiheuttamaa haittaa. Tässä tutkimuksessa selvitetään migreenikohtausten kliinistä vaihteluvuutta kohtausten keston, eri vaiheiden keston sekä kivun voimistumisnopeuden ja uusimistaipumuksen perusteella. Tuloksissa otetaan huomioon erot sukupuolten ja ikäryhmien välillä.

Aineisto ja menetelmät

Suomen Migreeniyhdistyksen 2 500 jäsenelle lähetettiin kyselylomake elokuussa 2007 (liitelomake 1. Liiteaineisto on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 39/2008). Kyselyssä tiedusteltiin kohtausten kokonaiskestoja. Uutena kohtauskuvausprofiilina käytettiin luokittelua, jossa kohtaukset oli jaoteltu profiilin mukaan kolmeen ryhmään eri vaiheiden keston, kivun voimistumisnopeuden ja uusimistaipumuksen perusteella. Ryhmät olivat a) nopeasti kehittyvä, lyhytkestoinen migreeni, jossa kipuvaihe kestää noin 8 tuntia (nopea), b) hitaasti kehittyvä, pitkäkestoinen migreeni, jossa kipuvaihe kestää noin 16 tuntia (hidas) ja c) pitkäkestoinen, uusiutuva migreeni, jossa kipuvaihe kestää noin 24 tuntia (uusiutuva) (kuvio 1). Naisilta tiedusteltiin esiintyykö migreenikohtauksia tyypillisesti kuukautisten yhteydessä.

Kyselyn palautti 61,5 % lomakkeen saaneista (n = 1 538, naisia 1 424 ja miehiä 114). Heistä 63 poti päänsärkyä, jonka oirekuvaus ei sopinut migreeniin. Tutkimukseen valikoitui

1 475 migreenipotilaan kohortti (96 % vastanneista). Nämä potilaat kuvasivat kohtausten yhteydessä esiintyvän migreenille tyypillisiä piirteitä (esioireet, raskaus pahentaa, pahoinvointi/oksentelu, valo-/ääniherkkyys, kova särky, alkoholi pahentaa, alkaa öisinkin). Tutkimukseen valikoituneista oli naisia 1 372 (93 %) ja miehiä 103 (7 %). Naisten keski-ikä oli 44,6 vuotta ja miesten 43,7 vuotta.

Kohtausten profiilit esitettiin prosentiosuuksina ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Lisäksi sukupuolten välinen ero ilmoitettiin riskisuhteena (RR) ja sen 95 %:n luottamusvälinä (CI). Tiedonkäsittelyssä käytettiin Excel- ja SPSS-ohjelmia.

Tulokset

Migreenikohtausten kesto

Miesten migreenikohtauksista 43 % (n = 44) kesti alle kuusi tuntia, naisten kohtauksista 24 % (328). Kaikista migreenikohtauksista oli alle kuuden tunnin mittaisia 25 % (372). Miesten kohtauksista 44 % (45) kesti 6–24 tuntia, naisten kohtauksista 36 % (494). Kaikista migreenikohtauksista yhteensä 37 % kesti 6–24 tuntia (539). Miesten kohtauksista 14 % (14) ja naisten kohtauksista 40 % (539) oli 24–72 tuntia kestäviä kohtauksia. 24–72 tuntia kestävien kohtausten osuus kaikista kohtauksista oli 38 % (553).

Alle kuusi tuntia kestävät kohtaukset olivat miehillä lähes kaksi kertaa yleisempiä kuin naisilla (RR = 1,8, 95 %:n luottamusväli 1,4–2,3). Naisilla 24–72 tuntia kestävät kohtaukset olivat lähes kolme kertaa yleisempiä kuin miehillä (RR = 2,9, 95 %:n luottamusväli 1,8–4,8).

Kymmenvuotisia ikäryhmittäin tarkasteltuna 2–6 tuntia kestävien kohtausten osuus vaihteli miesten eri ikäryhmissä 35 %:sta 100 %:iin. 6–24 tunnin mittaisia kohtauksia oli 0–49 % ja 24–72 tunnin kohtauksia 0–24 % eri ikäryhmissä. Vaihtelu oli suurta, koska miesten osuus koko aineistossa oli pieni.

11–40-vuotiaiden naisten ikäryhmässä enemmistö (39–50 %) kohtauksista kesti 6–24 tuntia (kuvio 2). 40–70-vuotiaiden naisten ikäryhmässä sen sijaan enemmistö (43–44 %) kohtauksista kesti 24–72 tuntia. Lyhyet, alle kuusi tuntia kestävät kohtaukset olivat vähemmistö (21–26 %) kaikissa naisten ikäryhmissä lukuun ottamatta alle 20-vuotiaita ja yli 70-vuotiaita (43–50%).

Kohtauksen profiili

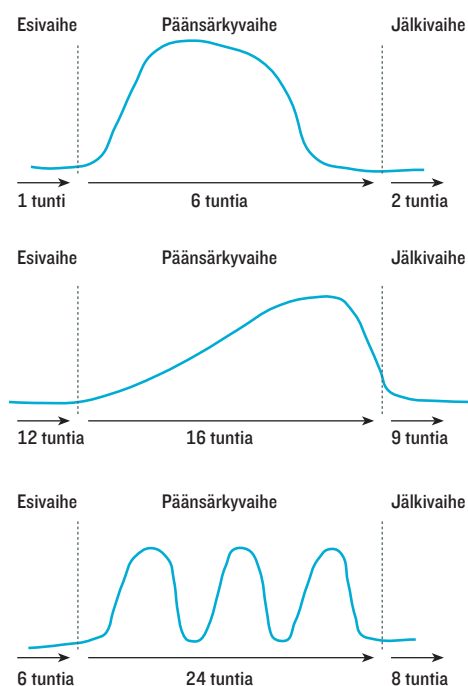
Nopeasti kehittyvää, lyhytkestoista migreeniä esiintyi miehistä 52 %:lla (n = 53) ja naisista 29 %:lla (392), yhteensä 30 %:lla tutkimuksessa mukana olleista (445). Hitaasti kehittyvää, pitkäkestoista migreeniä esiintyi miehistä 30 %:lla (31) ja naisista 36 %:lla (490), kaikista tutkituista yhteensä 35 %:lla (521). Pitkäkestoista, uusiutuva migreeniä esiintyi miehistä 18 %:lla (19) ja naisista 36 %:lla (489), kaikista yhteensä 35 %:lla (508).

Kuukautisten yhteydessä esiintyvä migreeni

Kaikista vastanneista naisista 67 % raportoi kokeneensa elämänsä aikana migreeniä kuukautisten aikana. Migreenipotilailla (ikäryhmissä 11–60 vuotta) kuukautisten yhteydessä esiintyvää migreeniä raportoi 68 % naisista.

Kuvio 1.

Migreeniprofiilit.



Enemmistö kuukautisiin liittyvistä kohtauksista kesti yli vuorokauden (24–72 h) (kuvio 3). Näistä kohtauksissa suurin osa (86 %) edusti särkyprofiilia, jossa kipu uusiutui vuorokauden kuluessa. Yli kuusi tuntia mutta alle vuorokauden kestävässä kohtauksissa migreeni kuvattiin hitaasti alkavaksi 59 %:ssa tapauksista. Vähemmistö edusti 2–6 h kestäviä kohtauksia, jotka olivat nopeasti alkavia 87 %:ssa tapauksista. Kohtausten kesto piteni jokaisessa 10-vuotisryhmässä. Alle 20-vuotiailla ei havaittu lainkaan yli vuorokauden mittaisia kohtauksia.

Pohdinta

Tässä selvityksessä tutkittavat edustivat työikäistä väestöä, jossa migreenin esiintyvyys on tunnetusti suuri (11). Kyseessä on valikoitunut, Migreeniyhdistyksen naisennemistöä edustava otos. Arvelemme potilaiden edustavan ryhmää, jossa migreeni on hyvin tunnistettu, pitkäaikainen ongelma ja hoitoaaste. Potilaan arvioidaan yleensä tunnistavan migreeninsä luotettavasti, ja luotettavuutta parantaa tyyppisten liitännäisoireiden tunnistaminen sekä säryn erottelu tensiosärystä (12,13), mikä oli otettu huomioon tässä kyselyssä. Tässä selvityksessä korostettiin yleisimmin esiintyneen migreenin kesto. Kohtauksen profiloinnissa (14) tarkennettiin kohtauksen vaiheiden kestoja ja säryn ajallista voimistumista.

Migreenikohtausten profiililuokittelun tutkimuskäytöstä ei ole aiempaa tietoa. Migreenin kliinistä monimuotoisuutta kuvaillaan yleisesti esioireiden, taajuuden ja voimakkuuden vaihtelulla. Nykykäsityksen mukaan migreenikohtausten yleisin taajuus on 2–4 kohtausta kuukaudessa ja kohtauksen tyyppinen kesto alle 24 tuntia. Noin viidennes kokee kolme vuorokautta kestäviä kohtauksia (15). Kohtausten voimakkuus on arvioitu vaikeaksi noin 48 %:ssa ja hyvin vaikeaksi 26 %:ssa tapauksista (16).

Tästä asiasta tiedettiin

- › Noin 500 000 suomalaista sairastaa migreeniä. Heistä suurin osa on työikäisiä naisia.
- › Migreeni heikentää työkykyä, aiheuttaa työstä poissaoloja kohtauksen aikana ja vaikuttaa sosiaaliseen elämään kohtausten välillä.
- › Hyvistä hoitomuodoista huolimatta kohtauksen hoito on haasteellista. Noin 30 % täsmälääkkeidenkin käyttäjistä jää vaille tavoiteltua hoitovastetta.

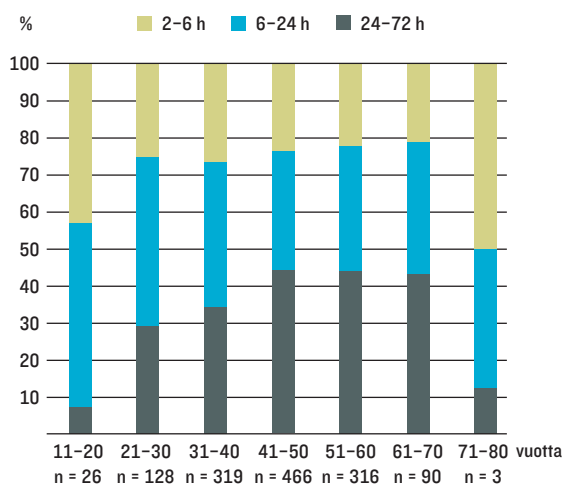
Tämä tutkimus opetti

- › Naisten migreenikohtaukset ovat kestoaltaan pitempiä kuin miesten migreenikohtaukset.
- › Migreenikohtaukset pitkittyvät kuukautisten aikana.
- › Migreeni on monimuotoinen sairaus, johon liittyy myös kohtauksen eri vaiheiden voimistumisen ja keston sekä kohtauksen uusiutumisen vaihtelua.

Tässä tutkimusryhmässä yleisin migreenikohtaus kesti yli vuorokauden. Kohtausprofiilien esiintyvyydessä ei todettu eroja. Naisten päänsärky on useassa tutkimuksessa todettu kivuliaammaksi ja toimintakykyä voimakkaammin heikentäväksi (15). Naisten kohtaukset olivat tässä otoksessa pidempikestoisia erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä, mikä täydentää aiempia havaintoja. Naisten kohtausten keston muutoksista iän mukaan on niukasti aiempia havaintoja. Kohtaustaajuuden ja voimakkuuden on havaittu vähenevän naisilla iän myötä (17). Tässä selvityksessä kohtaukset lyhenivät vasta yli 70-vuotiailla, joka kuvastanee migreenin vaikeutta tutkimusryhmässä.

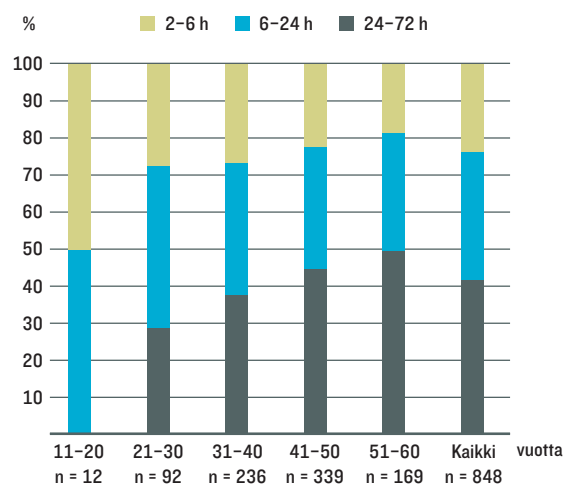
Kuvio 2.

Naisten migreenikohtausten kesto ikäryhmittäin.



Kuvio 3.

Kuukautisten yhteydessä esiintyvien migreenikohtausten kesto ikäryhmittäin.



Migreenin esiintyvyyden sukupuolieroa selitetään hormoni-vaikutuksilla. Estrogeeni-vaikutuksen katsotaan selittävän myös kuukautisten alkupäivinä esiintyvän migreenin voimakkuutta ja pidentynyttä kesto (18,19). Väestössä noin 60 % migreeniä potevista naisista kokee lisääntyvää päänsärkyä kuukautisten aikana (5,20). Vastaava esiintyvyys havaittiin tässä tutkimuksessa, jonka lisäksi totesimme kohtausten keston pitenevän iän myötä. Hiljattain julkaistussa tutkimuksessa kuukautismigreenin kriteerit (1) täyttivät päänsärky eivät aiemmista tutkimustuloksista poiketen poikenneet muista migreeneistä (21) eikä kohtauslääkityksenä käytetyn almotriptaaniin vasteesta todettu eroja. Kuukautisten yhteydessä esiintyvää migreeniä luonnehtii kuitenkin sen voimakkuus ja hankalahoitoisuus. Vaikka kohtauslääkkeiden vaste kuukautismigreenin hoidossa on arvioitu melko hyväksi (22), esiintyy myös arvioita heikommasta lääkevasteesta (23). Kuukautisten yhteydessä esiintyvän migreenin pitkittyvä kesto ja huomattava uusiutumistaipumus voi johtaa runsaaseen kipulääkkeiden käyttöön. Pitkittyvien ja uusiutuvien särkyjen syynä ja seurauksena voi olla lääkepäänsärky, johon liittyy migreenin kroonistumisen riski (24,25,26). Kroonistumiseen liittyvä kipuratojen sensitoituminen heikentää migreenikohtauksen hoitovastetta (27). Hankalan kuukautismigreenin hoidossa kannattaa harkita tavallista tehokkaampaa, pitkävaikutteisempaa ja pidempikestoista lääkitystä (28,29).

Migreenin tunnistamista helpottavat selkeät diagnostiset kriteerit (1) ja apuvälineenä esimerkiksi suomenkielinen nettipohjainen haastattelu (30). Hoidon perustana toimii suomalainen hoitosuositus (31). Triptaani- ja valmisteiden teho kohtaushoidossa on todettu hyväksi, mutta vasteissa on yksilöllisiä eroja (32,33,34). Samalla potilaalla saattaa esiintyä erilaisia kohtauksia ja yhden täsmälääkkeen osoittaututtua tehottomaksi saattaa toinen valmiste tehotta. Täsmälääkkeiden imeytymis- ja puoliintumisajoissa on eroja, millä voi olla merkitystä erilaisia kohtausprofileja hoidettaessa.

Hyvistä lääkehoidoista huolimatta kohtauksen hoito on haasteellista. Täsmälääkkeidenkin käyttäjistä noin 30 % jää vaille tavoiteltua hoitovastetta, joka on määritelty kivuttomuudeksi kaksi tuntia täsmälääkkeen otosta (34,35).

Potilaiden hoitovasteen tunnistamiseksi on kehitetty menetelmiä (36), mutta käytännössä hoitovalintaa ohjaa potilaan kokemaa lääkevaste: kivun nopea helpottuminen tai kivuttomuus (37). Yleisiä syitä hoidon epäonnistumiseen ovat lääkkeen ottaminen väärään aikaan ja annoksen riittämättömyys. Hoitoratkaisua suunniteltaessa voi migreenikohtausten erityispiirteiden tarkentuminen merkitä parempaa lääkevastetta ja elämänlaatua sekä sairauspoissaolojen vähene- mistä.

Kirjallisuutta

- 1 The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia 2004;24:suppl 1.
- 2 Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity, and attack frequency and duration. Neurology 1994;44:24-39.
- 3 Ducros A, Tournier-Lasserre E, Bousser M-G. The genetics of migraine. Lancet Neurology 2002;1:1285-93.
- 4 Honkasalo M-L, Kaprio J, Heikkilä K, Sillanpää M, Koskenvuo M. A population-based survey of headache and migraine in 22809 adults. Headache 1993;33:403-12.
- 5 Brandes JL. The influence of estrogen on migraine: a systematic review. JAMA 2006;19:1924-30.
- 6 Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilization of medical services: a Danish population study. J Epidemiol Community Health 1992;46:443-6.

- 7 Clarke CE, MacMillan L, Sondhi S, Wells NE. Economic and social impact of migraine. QJM 1996;89:77-84.
- 8 Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life and depression, a population-based case-control study. Neurology 2000;55:629-35.
- 9 Rantala A, Sumanen M, Mattila K. Työikäisten suomalaisten migreeni. Yleislääkäri 2007;4:20-24.
- 10 Martikainen J, Färkkilä M, Kallela M. Migreenin aiheuttama haitta ja lääkkehoidon kustannukset Suomessa. Suom Lääkäri 2003;4:379-83.
- 11 Scher AI, Stewart WF, Lipton R. Migraine and headache: a meta-analytic approach. Kirjassa: Crombie IK, toim. Epidemiology of Pain. Seattle, WA: IASP Press; 1999:159-70.
- 12 Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R ym. ID Migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. Neurology 2003;61:375-82.
- 13 Ng-Mak DS, Cady R, Chen YT, Ma L, Bell CF, Hu XH. Can migraineurs accurately identify their headaches as "migraine" at attack onset. Headache 2007;47:645-53.
- 14 Lainez MJ. The Clinical Spectrum of migraine. 15th Migraine Trust International Symposium, London UK, Sep 22nd 2004.
- 15 Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity, and attack frequency and duration. Neurology 1994;44:24-39.
- 16 Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. GRIM. Cephalalgia 1992;4:229-37.
- 17 Kelman L. Migraine changes with age: IMPACT on migraine classification. Headache 2006;7:1161-71.

English summary

Clinical heterogeneity and gender differences in migraine

Migraine is a common disorder affecting women three times more often than men. We studied migraine characteristics among Finnish migraine sufferers with regard to attack duration and migraine profile. The three categories of migraine profile were rapidly increasing pain during a short attack, slowly increasing pain during an attack of moderate duration and recurrent pain during a long lasting attack. Among participants (n = 1475), female preponderance was 93%. Most attacks lasted 6-24 hours (37%) or 24-72 hours (38%) and the three migraine profiles were equally represented. Women tended to have prolonged attacks (24-72 h) 2.9 times (95% CI 1.8-4.8) more often than men. However, the duration of attacks among women was age-dependent, increasing in every 10-year group after 20 years. 68% of women reported menstrually related migraine. Especially during menstruation the attacks were long lasting (24-72 hours) and characterised by recurrent headache. Heterogeneity of migraine attacks and response to treatment is well recognized with regard to both patients and attacks. We suggest that the migraine history should include a more detailed description of different attacks in order to improve treatment response, especially among those with frequent and difficult-to-treat attacks.

Marja-Liisa Sumelahti

M.D., Ph.D.

University of Tampere, Finland, School of Public Health
marja-liisa.sumelahti@uta.fi

Heini Huhtala, Petteri Maunu

- 18 Loder EW. Menstrual migraine: pathophysiology, diagnosis, and impact. *Headache* 2006;46:55–60.
- 19 Brandes JL. The influence of estrogen on migraine: a systematic review. *JAMA* 2006;19:1824–30.
- 20 Kornstein SG, Parker AJ. Menstrual migraines: Etiology, treatment, and relationship to premenstrual syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997;9:154–9.
- 21 Diamond ML, Cady RK, Mao L, Biondi DM, Finlayson G, Greenberg SJ, Wright P. Characteristics of migraine attacks and responses to almotriptan treatment: a comparison of menstrually related and nonmenstrually related migraines. *Headache* 2008;2:248–58.
- 22 Mannix LK, Fife JA. The use of triptans in the management of menstrual migraine. *CNS Drugs* 2005;19:951–72.
- 23 Ashkenazi A, Silberstein S. Menstrual migraine: a review of hormonal causes, prophylaxis and treatment. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8:1605–13.
- 24 Lipton RB, Bigal ME. Looking to the future: research designs for study of headache disease progression. *Headache* 2008;1:58–66.
- 25 Bigal ME, Lipton RB. Concepts and mechanisms of migraine chronification. *Headache* 2008;1:7–15.
- 26 Scher A, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003;106:81–9.
- 27 Mathew NT, Kailasam J, Seifert T. Clinical recognition of allodynia in migraine. *Neurology* 2004;5:848–52.
- 28 Färkkilä M, Kallela M. Frovatriptan review. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8:3029–33.
- 29 Silberstein SD, Goldberg J. Menstrually related migraine: breaking the cycle in your clinical practice. *J Reprod Med* 2007;52:888–95.
- 30 Päänsärkykartoitus. <http://www.laakariportaali.fi/>
- 31 Migreenin hoito. Käypä hoito -suositus. *Duodecim* 2002;118:1200–9.
- 32 Pascual J, Mateos V, Roig C, Sanchez-Del-Rio M, Jiménez D. Marketed oral triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review on efficacy and tolerability. *Headache* 2007;8:1152–68.
- 33 Färkkilä M, Kallela M. Frovatriptan review. *Expert Opin Pharmacother*. 2007;17:3029–33.
- 34 Dodick DW. Triptan nonresponder studies: implications for clinical practice. *Headache* 2005;45:156–62.
- 35 Diener HC, Limmroth V. Advances in pharmacological treatment of migraine. *Expert Opin Investig Drugs* 2001;10:1831–45.
- 36 García ML, Baos V, Láinez M, Pascual J, López-Gil A. Responsiveness of Migraine-ACT and MIDAS Questionnaires for Assessing Migraine Therapy. *Headache* 2008 Jan II.
- 37 Dowson AJ, Tepper SJ, Dahlöf C. Patients' preference for triptans and other medications as a tool for assessing the efficacy of acute treatments for migraine. *J Headache Pain* 2005;3:112–20.

Kiitokset neurologi Markku Nissilälle kommenteista. Berlin-Chemie-Menarini on osallistunut kyselykaavakkeen postituskuluihin ja Suomen Migreeniyhdistys vastauslomakkeiden käsittelyyn.

Marja-Liisa Sumelahti

LT, neurologian erikoislääkäri, neurologian apulaisopettaja
Tampereen yliopistollinen keskussairaala,
Tampereen yliopisto
Kirjoittaja on osallistunut lääkeyritysten kustannuksella ulkomaisiin kongresseihin ja toiminut toistuvasti lääkeyritysten tilaisuuksissa esiintyjänä.

Heini Huhtala

lehtori
Tampereen Yliopisto, terveystieteen laitos
Ei sidonnaisuuksia

Petteri Maunu

neurologian erikoislääkäri
Tampereen Yliopistollinen Keskussairaala
Kirjoittaja on osallistunut lääkeyritysten kustannuksella ulkomaisiin kongresseihin ja toiminut toistuvasti lääkeyritysten tilaisuuksissa esiintyjänä.

Liiteaineisto

www.laakarilehti.fi
> Sisällysluettelot > 39/2008

MIGREENIKYSELY 2007

Pyydämme Sinua ystävällisesti valitsemaan Sinun migreeniäsi parhaiten kuvaava, tyypillisin vaihtoehto alla esitettyihin kysymyksiin (rasti ruutuun).

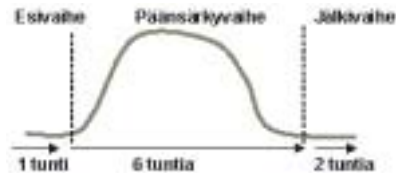
Sukupuoli: nainen mies Ikä _____ vuotta

1. Päänsärkyäni kuvaava parhaiten

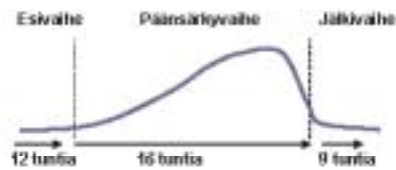
- a) esioireet, rasitus pahentaa, pahoinvointi/oksentelu, valo/ääniherkkyys, särky kovaa, alkoholi pahentaa, alkaa öisinkin
- b) ei yleensä esioireita, kevyt liikunta helpottaa, ei yleensä pahoinvointia, ei yleensä aistiherkkyksiä, särky kohtalaista, alkoholi voi helpottaa, alkaa päivällä, ei häiritse yöunta

2. Tyypillisimmillään migreeniprofilini on

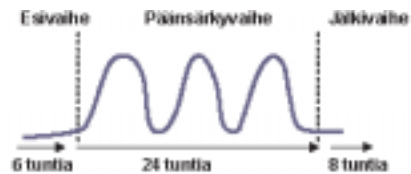
- a) nopeasti kehittyvä, lyhytkestoinen migreeni



- b) hitaasti kehittyvä, pitkäkestoinen migreeni



- c) pitkäkestoinen, uusiutuva migreeni



3. Yleensä migreenikohtaukseni kestää

- a) 2 - 6 tuntia
- b) 6 - 24 tuntia
- c) 24 - 72 tuntia

4. Lisäkysymys naisille: esiintyykö Sinulla migreenikohtauksia tyypillisesti kuukautisten aikana

- a) kyllä b) ei

Lomakkeen suunnittelu: neurologit Marja-Liisa Sumelahti ja Petteri Maunu