Marja-Liisa Sumelahti
LT, neurologian dosentti, neurologian erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja Terveystalo

Marja Vääräsmäki
professori, naistentautien, synnytysten ja perinatologian erikoislääkäri
Oys, Naistentaudit ja synnytykset ja Oulun yliopisto, kliinisen lääketieteen tutkimusyksikkö

Raskaus muuttaa migreeniä

- Migreeni helpottuu suurimmalla osalla raskauden kuluessa, mutta auraoireet saattavat korostua.
- Sairauteen voi liittyä lisääntynyt hypertensiivisten ongelmien, ennenaikaisen synnytyksen ja sikiön pienipainoisuuden riski.
- Lääkkeettömässä hoidossa painottuvat tunnistettujen altisteiden välttäminen ja elintapojen säännöllisyys.
- Ensisijaiset lääkkeet ovat parasetamoli kohtauksiin ja propranololi estoon.
- Useimmiten migreeni voidaan hoitaa neuvolassa. Vaikeahoitoiset tapaukset tulee ohjata erikoissairaanhoitoon neurologin ja synnytyslääkärin seurantaan.

MIGREENI on neurovaskulaarinen sairaus, jonka esiintyvyys ja voimakkuus vaihtelevat naisen elinkaaren ja hormonitoiminnan muutosten aikana.

Migreeni ja päänsäryt ovat yleisiä fertiiliiässä ja raskauden aikana: niitä kokee lähes joka neljäs 18–44-vuotias nainen (1).

Raskauden aikainen ilmaantuvuus vaihtelee. Useassa tutkimuksessa alle viidennes (16–17 %) odottajista poti migreeniä (2). Väestöpohjaisissa tutkimuksissa esiintyvyys vähenee raskauden edetessä, ja viimeisen raskauskolmanneksen aikana vaikeusaste lievittyy yli 60 %:lla (3,4).

Migreeni diagnosoidaan ja hoidetaan pääosin perusterveydenhuollossa myös raskauden aikana. Lääkehoidon vaikutuksista raskauden kulkuun, lapsen terveyteen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan on kertynyt tutkimustietoa, joka vaikuttaa raskauden suunnitteluun ja seurantaan. Asianmukainen potilasinformaatio on tärkeää myös siksi, että migreeniin liittyvien huolien tiedetään vähentävän raskaustoiveita (5).

Diagnostiikka

Migreenikohtaukselle tyypillisiä piirteitä on esitetty taulukossa 1.

Aurattoman ja aurallisen migreenin diagnostiset kriteerit on määritelty erikseen kansainvälisessä luokituksessa (6).

Jatkotutkimuksia ja sekundaaristen syiden poissulkua tarvitaan, kun raskauden aikana ilmenee uusi vaikea päänsärky, aiemmin esiintynyt päänsärkytyyppi muuttaa luonnettaan tai siihen liittyy poikkeavia lisäpiirteitä (taulukko 2).

Oirekuva raskauden aikana

Raskaus vaikuttaa migreenin oireistoon voimakkaasti – tilanne säilyy ennallaan vain 12–18 %:lla (7). Suurimmalla osalla kohtaukset vaimenevat viimeistään toisella tai kolmannella raskauskolmanneksella, etenkin jos taustalla on kuukautisiin liittyviä ja aurattomia kohtauksia (7,8).

Oireisto vaikeutuu raskauden aikana harvoin, vain 4–8 %:lla, yleisimmin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana (7). Taustalla on estrogeenitason merkittävä kohoaminen mutta myös verivolyymin lisääntyminen, muut raskausoireet ja elintapojen muutokset.

Auraoireita esiintyy raskauden aikana noin 30–40 %:lla migreeniä sairastavista (3). Mikäli auralliset kohtaukset jatkuvat ensimmäisen raskauskolmanneksen lopulle, ne todennäköisimmin jatkuvat läpi raskauden (3). Elämän ensimmäinen migreenikohtaus saattaa ilmetä raskauden aikana, jolloin se on yleisimmin aurallinen (7,8).

Migreeniin liittyvät huolet vähentävät raskaustoiveita.

Aura voi toisinaan esiintyä ilman päänsärkyä. Jos se on uusi piirre, aiemmasta poikkeava tai pitkittyvä, neurologin tulee tehdä diagnostinen varmistus.

Auraoireiden vaikutuksista raskauden kulkuun ei ole tutkimustietoa.

Migreeni, raskaus ja riskit

Vuonna 2024 julkaistussa meta-analyysissa migreeniä sairastavilla todettiin kaksinkertainen pre-eklampsian ja 75 % suurempi mielialaoireiden todennäköisyys terveisiin synnyttäjiin verrattuna. Analyysissa raportoitiin myös suurempi todennäköisyys ennenaikaiseen synnytykseen (26 %) ja lapsen pieneen syntymäpainoon (18 %) (9).

Kirjallisuusluettelo verkkoversiossa www.laakarilehti.fi SLL 19/2025

Viittaus:
Suom Lääkäril 2025;80:e45075

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

TAULUKKO 1.

Migreenikohtaukselle tyypillisiä oireita

Päänsärky:
- Jyskyttävä, usein toispuoleinen
- Haittaa toimintakykyä
- Loppuu kokonaan kohtauksen kestettyä 4–72 tuntia

Kohtauksen aikana esiintyy:
- Aistiherkkyyttä äänille, valolle, hajuille
- Pahoinvointia, joka voi olla lievää tai johon voi liittyä oksentelua

Samanlaisia kohtauksia on esiintynyt aiemmin

Kohtausten välissä vointi on normaali

Aura: oireet esiintyvät ennen kipuvaihetta tai ilman kipua
- Tyypillinen aura on hitaasti voimistuva näköoire (valovälke, näkökenttäpuutos), tuntohäiriö tai sanojen löytymisvaikeus
- Harvinaiset aurat aiheuttavat aivorunko- tai motorisia oireita
- Yksittäinen auraoire kestää tavallisesti 5–60 minuuttia ja väistyy loputtuaan täysin

TAULUKKO 2.

Poikkeavan päänsäryn varoitusmerkit raskauden aikana

- Äkillisesti alkava, alle minuutissa maksimin saavuttava kipu
- Pitkittyvä tai harvinainen auraoire (kesto > 1 t, aivorunko-oire tai motorinen heikkous)
- Pysyvä näkökenttäoire tai näköhäiriöt
- Uusi tai aiemmasta poikkeava päänsärky
- Yskimisen, aivastamisen tai liikunnan voimistama päänsärky
- Pystyasennossa voimistuva päänsärky
- Paikallistuvat neurologiset puutosoireet, kognition muutokset tai kohtausoireet
- Voimistuvaan päänsärkyyn liittyvä kuume, meningismi
- Pään trauma (kuluneen 3 kuukauden aikana)

Lisäksi keisarileikkauksen riski on migreeniä sairastavilla muita synnyttäjiä suurempi (10).

Migreeni lisää sydän- ja aivoinfarktin sekä muidenkin raskauden aikaisten hypertensiivisten tilojen kuin pre-eklampsian, kuten raskaushypertension ja eklampsian, riskiä. Tämän vuoksi on tärkeä noudattaa terveellisiä elintapoja, seurata painoa ja verenpainetta sekä tarvittaessa tehostaa migreenin hoitoa jo raskautta suunniteltaessa (11–13).

Raskausaikana vakavan aivoverenkiertohäiriön riski kasvaa kolminkertaiseksi: ilmaantuvuudeksi on arvioitu 30/100 000 (14). Vuonna 2021 julkaistun tutkimuksen perusteella aivoinfarktin saa Suomessa vuosittain noin 11–15 raskaana olevaa tai synnyttänyttä naista (15). Riski assosioituu migreeniin, erityisesti auralliseen (4,14).

Suomalaisessa tutkimuksessa aivoinfarktin todettiin olevan harvinainen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Merkittävästi kohonnut riski assosioitui migreenin ohella raskauteen liittyviin hypertensiivisiin oireisiin ja läpi raskauden jatkuvaan tupakointiin (15).

Hoitovaihtoehdot

Raskauden aikana pyritään lääkkeettömiin hoitoihin. Niihin lukeutuvat säännöllinen uni, liikunta ja ravitsemus sekä rentoutusharjoitukset, hieronta ja kohtaushoidossa jääpakkaus. Ne eivät kohdistu migreenin biologiaan tai kipumekanismeihin mutta voivat silti auttaa oireiden hallinnassa.

Kohtauksiin käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Keskivaikeisiin tai vaikeisiin kohtauksiin sallitaan myös triptaani satunnaisesti.

Vaikeassa migreenissä estohoitoja käytetään rajoituksin (taulukko 3).

Kohtausten lääkehoito

Parasetamolia voidaan käyttää suositusannoksin koko raskauden ajan (16).

Tulehduskipulääkkeitä, kuten ibuprofeenia, naprokseenia tai ketoprofeenia, tulee käyttää harkiten. Niiden käyttö tulee pyrkiä rajaamaan raskauden keskikolmannekseen. Alkuraskaudessa ne lisäävät keskenmenon todennäköisyyttä. Viimeisessä raskauskolmanneksessa niitä ei tulisi käyttää lainkaan, sillä ne lisäävät sikiön valtimotiehyen sulkeutumisen riskiä (17,18).

Keskivaikeiden tai vaikeiden kohtausten hoito triptaaniryhmän valmisteilla on harkittava yksilöllisesti. Sumatriptaanin raskausaikaisesta käytöstä on eniten kokemusta, eikä satunnaisesta käytöstä ole todennäköisesti haittaa. Samanlaisen vaikutusmekanismin perusteella sumatriptaanin vaihtoehtona voidaan tarvittaessa harkita Käypä hoito -ohjeiden mukaisesti myös muita triptaaneja (16,19).

Systemaattisessa katsauksessa triptaaneihin ei ole liitetty lisääntynyttä sikiön vakavien rakennepoikkeavuuksien, pienen syntymäpainon tai ennenaikaisen synnytyksen riskiä muuhun väestöön verrattuna (20).

Rimegepanttia ei ole tutkittu raskaana olevilla, eikä sen käyttöä suositella raskauden aikana. Opioideja ei käytetä migreenikohtauksiin (16).

Jos kipulääkitys on raskauden aikana vastaaiheista tai tehotonta, neurologin arvio on tarpeen.

Metoklopramidia voidaan käyttää pahoinvointiin suosituksen mukaisin annoksin (21).

TAULUKKO 3.

Vaikean migreenin lääkehoito raskauden ja imetyksen aikana

Lääke	Annostus	Hoidonporrastus	Huomioitavaa	Gravbase-luokitus	Lactbase-luokitus
Propranololi	Tabl. 20–240 mg/vrk	Perusterveydenhuolto		A	A
Amitriptyliini	Tabl. 10–50 mg/vrk iltaisin	Perusterveydenhuolto	Loppuraskauden annostelu mahdollisimman pieni vastasyntyneen haittavaikutusten minimoimiseksi	C2	A
CGRP-mAb	Erenumabi 140 mg s.c.* Fremanetsumabi 225 mg s.c.** Galkanetsumabi 120 mg s.c.* Eptinetsumabi 100 tai 300 mg i.v.***	Erikoissairaanhoito	Raskauden ja imetyksen aikaisesta käytöstä rajallisesti kokemusta	B	B
Rimegepantti	Tabl. 75 mg kohtaushoito 1 x 1 Tabl. 75 mg 1 x 1, estohoito jtp.	Erikoissairaanhoito	Raskauden ja imetyksen aikaisesta käytöstä rajallisesti kokemusta	B	B
Atogepantti	Tabl. 10 mg tai 60 mg 1 x 1 estohoito	Erikoissairaanhoito	Raskauden ja imetyksen aikaisesta käytöstä rajallisesti kokemusta	B	B
Onabotuliinitoksiini A	Inj. 155–190 ky kolmen kk:n välein	Erikoissairaanhoito	Raskauden ja imetyksen aikaisesta käytöstä rajallisesti kokemusta	B	B
Raskaus on käytön vasta-aihe:					
Kandesartaani			Lääkkeen erittymisestä äidinmaitoon ei ole tutkimuksia	D	B
Lisinopriili			Lääkkeen erittymisestä äidinmaitoon ei ole tutkimuksia	D	B
Topiramaatti				D	A
Valproaatti				D	A

* Injektio ihon alle kerran kuukaudessa.

** Injektio ihon alle kerran kuukaudessa tai kolminkertainen annos 3 kuukauden välein.

*** Annostelu laskimoon kolmen kuukauden välein.

Gravbase-luokitus:

A. Kontrolloiduissa tutkimuksissa tai suurissa potilasaineistoissa ei ole todettu suurentunutta epämuodostumien tai suorien tai epäsuorien sikiöhaittojen riskiä, kun lääkettä on käytetty raskauden 1. trimesterin aikana. Lisääntynyttä riskiä ei ole todettu liittyvän myöskään raskauden 2. tai 3. trimesterin aikaiseen käyttöön.

B. Raskauden aikaisesta käytöstä ihmisillä on vain rajallisesti tietoa, eikä kontrolloituja tutkimuksia ole tehty. Epämuodostumien tai suorien tai epäsuorien sikiöhaittojen esiintyvyyden ei ole havaittu lisääntyneen ihmisillä tai eläinkokeissa.

C. 1. Raskauden aikaisesta lääkkeen käytöstä ihmisillä on vain rajallisesti tietoa, eikä kontrolloituja tutkimuksia ole tehty, tai tutkimusten tulokset ovat ristiriitaisia. Eläinkokeissa on todettu epämuodostumia tai suoria tai epäsuoria sikiöhaittoja, tai eläinkokeita ei ole tehty.

2. Epämuodostumien ei ole havaittu lisääntyneen ihmisillä tai eläinkokeissa, mutta (loppu)raskauden aikainen lääkkeen käyttö voi aiheuttaa haittavaikutuksia neonataalikaudella tai lapsuuden aikana.

D. Lääkkeen epäillään tai sen on osoitettu aiheuttavan epämuodostumia tai palautumattomia suoria tai epäsuoria sikiöhaittoja. Pääsääntöisesti raskaus on lääkkeen käytön kontraindikaatio. Hyöty voi ylittää mahdolliset haitat tietyissä tapauksissa.

Lactbase-luokitus:

A. Lääkettä ei erity kliinisesti merkittäviä määriä äidinmaitoon tai lääkkeen käytöstä imetyksen aikana ei odoteta olevan haittaa imeväiselle, kun lääkettä käytetään terapeuttisilla annoksilla.

B. Lääkkeen erittymisestä äidinmaitoon ei ole tutkimuksia. Imetyksen aikaisen käytön turvallisuudesta ihmisillä on vain rajallista tietoa, tai se puuttuu kokonaan.

(16,24)

Valmisteyhteenvedon mukaan lääkettä tulee välttää lähellä synnytystä, koska se voi aiheuttaa vastasyntyneelle ekstrapyramidaalisia vaikutuksia.

Muut hoitomuodot

Paikallishoito kortisonipuudutuksella, esimerkiksi ison takaraivohermon puudutus lidokaiinilla ja kortisonilla, on sallittu (22). Parhaimmillaan puuduteinjektiot lievittävät kipua sekä vähentävät päänsärkypäivien määrää ja lääkkeiden kulutusta.

Neuromodulaatiohoitojen käytöstä migreenikohtauksiin ja estoon on Suomessa vähän kokemusta. Myös tutkimusnäyttöä niiden turvallisuudesta ja siedettävyydestä raskauden aikana on rajallisesti (23).

Estohoidot

Estohoitoja on esitelty taulukossa 3.

Estolääkitys pyritään rajoittamaan ensimmäiseen raskauskolmannekseen. Raskauden edetessä lääkitys voidaan oireiden lievittyessä useimmissa tapauksissa lopettaa.

Hoitosuosituksen mukaisia beetasalpaajia pidetään melko turvallisina, joskin niihin on

SIDONNAISUUDET

Marja-Liisa Sumelahti: Konsultointi (Lundbeck, Pfizer, Teva, Gideon-Richter, Novartis, Organon, Abbvie), luentopalkkiot (Lundbeck, Pfizer, Teva, Gideon-Richter, Novartis, Organon, Abbvie), puheenjohtaja (migreenin Käypä hoito -suosituksen työryhmä).

Marja Vääräsmäki: Ei sidonnaisuuksia.

liitetty sikiön pienipainoisuuden riski. Loppuraskaudessa ne saattavat aiheuttaa vastasyntyneelle haittavaikutuksia, mikä on hyvä huomioida lapsen ensimmäisinä elinpäivinä (24,25).

Trisyklisistä masennuslääkkeistä amitriptyliiniä pidetään beetasalpaajan vaihtoehtona (25).

Jos krooninen migreeni jatkuu vaikeana, neurologi voi punnita potilaan kanssa onabotuliinitoksiini A -hoitoa. Onabotuliinitoksiiniin ei liity muiden estolääkkeiden haittoja, eikä se läpäise istukkaa. Tieto sen käytöstä raskauden aikana rajoittuu kliiniseen kokemukseen (26,27).

Vaikeiden auraoireiden estoon voi käyttää epilepsialääke lamotrigiinia kliinisen kokemuksen perusteella (28).

Kielletyt ja vältettävät hoidot

Raskauden aikana kiellettyjä estolääkkeitä ovat selvästi teratogeenisiksi osoitetut lisinoprili, kandesartaani, topiramaatti ja natriumvalproaatti (24).

Hedelmällisessä iässä olevilla naisilla topiramaatin käyttö on vasta-aiheista, ellei käytössä ole erittäin tehokasta ehkäisymenetelmää (16).

Natriumvalproaattia ei pidä käyttä migreenin estoon sikiöhaittojen vuoksi (16). Lääkkeen tauotusta on suositeltu myös miehille kolme kuukautta ennen ehkäisyn lopetusta. Asiasta tarvitaan kuitenkin lisätietoa (29).

Status migrenosuksen lisähoitona käytettävä parenteraalinen deksametasoni läpäisee istukan, joten siihen tulee suhtautua varauksellisesti (24).

Rohdosvalmisteiden käyttöä ei suositella raskauden aikana. Reunuspietaryrtti eli reunuspäivänkakkara sisältää kouristuksia laukaisevia ja kipuja lieventäviä aineita, jotka voivat aiheuttaa kohdun supistelua. Mäkikuisma puolestaan voimistaa veren hyytymistaipumusta ja lisää tukosriskiä (30).

Akupunktion hyödyistä migreenin hoidossa raskauden aikana ei ole selkeää näyttöä.

Vaikeahoitoiseen ja krooniseen migreeniin ei suositella kalsitoniinin kaltaiseen geeniin liittyvän peptidin monoklonaalisia vasta-aineita (CGRP-mAb), vaikka turvallisuusanalyysit eivät ole yksiselitteisesti viitanneet sikiöön ja äitiin kohdistuvaan toksisuuteen (31). Nykyisissä valmisteyhteenvedoissa käyttöä ei suositella raskauden aikana. Lääke suositellaan myös lopettamaan vähintään viisi kuukautta ennen hedelmöitystä, sillä valmisteiden puoliintumisaika on pitkä (keskimäärin 28 vuorokautta).

Sama rajoitus koskee pienimolekyylisiä CGRP-reseptoriin sitoutuvia gepantteja. Puoliintumisaika on 11 tuntia, ja käyttö tulee lopettaa 2–3 vuorokautta ennen hedelmöitystä.

Lääkehoito imetyksen aikana

Imetyksen migreeniltä suojaava vaikutus näyttää kestävän kuukautisten palaamiseen saakka. Imetyksen lopetuksen jälkeen kohtaustaajuus yleensä lisääntyy.

Pian synnytyksen jälkeen päänsärkyä ja migreeniä esiintyy noin 30–40 %:lla. Raskauden aikana helpottunut migreenioireisto palaa usein kolmen kuukauden kuluessa synnytyksestä raskautta edeltävään tilaan, mutta tauko saattaa pitkittyä imetyksen aikana (32).

Kohtaus- ja estolääkkeiden käytössä noudatetaan samoja suosituksia kuin raskauden aikana (taulukko 3). Tulehduskipulääkkeet eivät erity merkittävästi äidinmaitoon, ja niitä pidetään turvallisina. Sumatriptaani erittyy äidinmaitoon vain vähän, eikä tavanomaisilla annoksilla ole odotettavissa haittoja imeväiselle (33). Myös rimegepantin erittyminen äidinmaitoon on vähäistä (34).

Rekisteritiedon perusteella propranololi, amitriptyliini ja onabotuliinitoksiini A esiintyvät äidinmaidossa pieninä pitoisuuksina, eikä niiden käytölle ole ehdotonta estettä. Myös kandesartaanin pitoisuudet äidinmaidossa ovat pieniä (35).

Vaikeahoitoisessa migreenissä voidaan harkita CGRP-reitin monoklonaalisia vasta-aineita kahden viikon kuluttua synnytyksestä. Niiden erittymistä äidinmaitoon pidetään vähäisenä.

Pahoinvointilääke metoklopramidia on käytetty lisäämään maidoneritystä, eikä sen käytölle ei ole estettä (35).

Lopuksi

Migreenin hallinta raskauden aikana edellyttää elintapahoitoa ja yksilöllistä lähestymistapaa, jossa korostetaan lääkkeettömiä hoitoja sekä harkitaan huolellisesti lääkityksen riskejä ja hyötyjä.

Valtaosalla migreenioireet helpottuvat ja väistyvät raskauden aikana – tätä on hyvä korostaa potilasneuvonnassa. Turvallisia ovat peruskipulääkkeet, kuten parasetamoli ja raskauden keskivaiheilla tulehduskipulääkkeet. Triptaaneista ensisijaisesti sumatriptaani satunnaisena kohtauslääkkeenä on sallittu läpi raskauden.

Neuvolaseuranta yleensä riittää. Seurannassa on hyvä huomioida pre-eklampsian, ennenaikaisen synnytyksen ja pienen syntymäpainon lievästi lisääntynyt riski.

Jos oirekuva on vaikea ja kohtaukset toistuvat, harkitaan estolääkityksen aloittamista. Tällöin odottaja on syytä ohjata synnytyssairaalaan neurologin ja synnytyslääkärin seurantaan. ●