

Merja Kaislakoski  
Neurologian erik.lääkäri  
09.11.2002

## **AKUUTTI PÄÄNSÄRKY**

### EPIDEMIOLOGIA JA LUOKITTELU

Päänsärky on neurologisista oireista yleisin. Päänsärkyä kokee jossain elämänsä vaiheessa 70-95 % ihmisistä. Useinkin päänsärky on lievää ja hyvänlaatuista esim valvomiseen tai flunssaan liittyvää, mutta joskus harvoin vakavaa ja kiireellistä hoitoa vaativaa. v.1988 otettiin käyttöön kansainvälinen päänsärky diagnoosiluokittelu, jonka mukaan päänsäryt jaetaan 13 eri luokkaan. Päänsärkyä voi aiheuttaa neurologisten syiden lisäksi silmänsairaudet, hammasperäiset syyt ja purentavirheet samoin kuin poskiontelotulehdukset. Kipua aistivia rakenteita pään alueella ovat valtimot ja laskimosinukset, limakalvot, iho, kallonpohjan aivokalvot sekä periosti. Sen sijaan itse aivokudos, aivokammioita verhoava endyyma ja isojen aivojen pintaa verhoava dura eli kovakalvo ovat tunnottomia. Päänalueen kipua välittää pääasiassa ns. viides aivohermo eli N. trigeminus sekä kolme ylintä kervikaalihermojuurta.

Akuutin päänsäryn syyt: migreeni, aivoverenvuodot, kallotraumat, meningiitti ja aivokuume, aivokasvaimet, kohonnut kallonsisäinen paine, sarjoittainen päänsärky ja pään alueen neuralgiat

### MIGREENI

Migreeni jaetaan 14 alaluokkaan, mutta käytännön työssä jako esioireiseen eli auralliseen ja esioireettomaan migreeniin riittää. Auraton migreeni on tavallisin, sen osuus n.80 %. Migreenidiagnoosin tärkein peruste on päänsäryn kohtauksellisuus. Särky on usein toispuoleista ja luonteeltaan jyskyttävää. Ennen kipua saattaa ilmetä puutosoireita, joista tavallisimpia ovat näköhäiriöt, mutta myös tuntohäiriöitä, puhehäiriöitä, liikehäiriöitä ja mielialamuutoksia saattaa esiintyä. Päänsärkykohtaukseen liittyy phv, oksentelua, palelua, silmien valonarkuutta ja ääniherkkyyttä. Kohtauksen kesto voi olla 3-72 t, esioireiden kesto 10 –90 min. Kohtauksien tiheys ja voimakkuus vaihtelevat, samoin kohtaustyyppi voi vaihdella. Migreenikohtauksia aiheuttavia tekijöitä tunnetaan monia. Migreeni alkaa yleensä lapsuudessa tai varhaisella aikuisiällä. Migreenin patofysiologiasta useita teorioita edelleen. Nykyisin yleisemmin hyväksytty selitysmalli ns. trigeminovaskulaarinen teoria.

Migreenin hoito on joko kohtauksien hoitoa ja/ tai niiden ehkäisyä. Kohtauksia laukaisevien tekijöiden välttäminen, fysikaaliset hoidot, akupunktio ja erilaiset rentoutusterapiat apuna. Kohtauksen hoitona lepo pimeässä ja viileässä huoneessa auttaa monia. Lääkehoidon kulmakivenä mahdollisimman varhain ja tarpeeksi suurella annoksella aloitettu kipulääkitys, johon liitetään pahoinvointia estävä lääkitys. Viime vuosina markkinoille tullut ns. migreenin täsmälääkkeet, joiden etuna hyvä teho otettuna missä kohtauksen vaiheessa tahansa, nopeavaikutteisuus ja hyvä siedettävyyys. Jos kohtauksia runsaasti tai voimakkaita harkittava estolääkityksen aloittamista: beetasalpaajaa, natriumvalproaattia, topiramaattia tai amitriptyliiniä.

## SARJOITTAINEN PÄÄNSÄRKY

Sarjoittainen päänsärky eli Hortonin neuralgia ( cluster headache ) on erittäin kova, toisen silmän seutuun paikantuva päänsärky, joka ilmenee 15- 180 min kestoisina kohtauksina. Liitännäisoireena samanpuoleisia autonomisen hermoston oireita. Kipukohtaukset alkavat ilman ennakko oireita useinkin parin tunnin nukkumisen jälkeen .Kipu luonteeltaan repivää, polttelevaa eikä siihen liity pahoinvointia. Särkykohtauksia esiintyy 3- 4 viikon jaksoissa, joiden välillä kuukausien- vuosien oireeton jakso. Tautia esiintyy eniten työikäisillä miehillä. Taudin patofysiologia on osittain auki, kuitenkin kyseessä neurovaskulaarinen sairaus kuten migreeni.

Akuutin kohtauksen tehokkain hoito on sumatriptaani inj . 6mg s.c. Toisena hoitovaihtoehtona on 100 % hapen hengittäminen maskilla 15- 20 min ajan virtauksella 7-10 l / min. Edelleen käytetään myös ergotamiinia rektaalisesti tai lidokaiinia tiputettuna 4 % vahvuisena liuoksena nenän limakalvoille. Sarjoittaisen päänsärlyn kipuperiodin estolääkkeenä on käytössä verpamiili 80mg x 3 annosta tarvittaessa nostaen ad 480mg / vrk. Muina vaihtoehtoina kortisonikuuri alkuannoksella Prednisolon 60 –80mg / pv, annosta 2 –3 pv välein pienentäen niin että hoidon kestoksi 2 – 3 viikkoa.

## AIVOVERENVUODOT

Aivoverenvuodot jaetaan joko aivokudoksen sisään tapahtuvaan vuotoon eli intracerebraalivuotoon tai lukinkalvon alaiseen vuotoon eli SAV:hen.

## LUKINKALVONALAINEN AIVOVERENVUOTO - SAV

SAV: n ilmaantuvuus Suomessa erittäin korkea, 20- 25 / 100 000 as vuodessa . Tärkeimpänä syynä aivovaltimon seinämän joko synnynnäinen tai hankittu rakenneheikkous, jonka seurauksena syntyy säkkimäinen pullistuma eli aneurysma, joka rupturoituu. Harvemmin syynä AV-malformaatio tai pään trauma.

Oireena hyvin nopeasti ilmaantuva voimakas päänsärky, phv, oksentelu ja mahdollisesti tajunnan tason lasku tajuttomuuteen saakka. 20- 30 % menehtyy jo ennen sairaalaan tuloa ja kuolleisuus 3 kk:n kuluessa edelleen n 50 %.. SAV diagnostisoidaan pään tietokonekerroskuvauksella. SAV potilas kuuluu aina sairaalahoitoon ja vuodelepoon. Keskeisenä alkuvaiheen hoitona on hengityksen, sydämen toiminnan ja verenkierron ylläpitäminen sekä nestetasapainosta huolehtiminen. Jos potilas on tajuton, on syytä intuboida ja tarvittaessa kytkeä respiraattoriin. Päänsärky on erittäin kovaa, minkä takia potilas tarvitsee vahvaa kipulääkettä esim. morfiinjohdoksia. Mahdolliset kouristukset hoidetaan ensivaiheessa i.v / rect diatsepaamilla ja myöhemmin on syytä antaa fosfenytoiiniloudaus pitempikestoisen vasteen saamiseksi. Lisäksi on tarpeen tiukka verenpaine seuranta pyrkien pitämään verenpaine alle 180 / 100 mmHg. Koska uusintavuotoriski on korkea, pyritään vuotopaikka selvittämään angiografialla jo ensimmäisen - toisen päivän aikana ja vuotopaikka sulkemaan joko aneurysman ligeerauksella tai koilaamalla neurokirurgisessa yksikössä.

## INTRACEREBRAALINEN AIVOVERENVUOTO – ICH

ICH:n tärkein perussy on pitkäaikainen verenpainetauti, joka aiheuttaa verisuonten seinämien arterioskleroosin ja mikroaneurysmia. Aivoverenvuodon riskiä lisää myös veren hyytymishäiriöt, AK – hoito, aivovammat ja aivokasvaimet. Suomessa ICH: n saa vuosittain n 1300 henkilöä. Aivoverenvuoto ilmaantuu yhtäkkisesti potilaan ollessa valveilla, mahd. johonkin fyysiseen ponnistukseen liittyvänä. Päässä voi tuntua napsahdus, valumisen tunne, ja kova päänsärky. Phv, oksentelua ja tajunnan tason laskua ilmaantuu sekä voi kehittyä toisen puolen velttohalvaus. Katse kääntyy yleensä vuotoon päin. Hengitys voi kiihtyä, muuttua Cheyne - Stokes tyyppiseksi, Bab merkki kääntyy positiiviseksi. Tajunnan tason aleneminen riippuu vuodon koosta ja lokalisaatiosta, pienikin verenvuoto aivorungon alueella voi aiheuttaa tajuttomuuden. Aivoverenvuotopotilas kuuluu aina sairaalahoitoon. Diagnoosi tehdään helposti pään TT tutkimuksella, joskus tarvitaan angiografiaselvityksiä. Akuutin vaiheen hoito on pitkälle samantyyppistä kuin SAV potilaan hoito. Kuitenkin valtaosa ICH:n saaneista eivät kuulu neurokirurgisen hoidon piiriin, sillä verenpainetautiin liittyvissä tyvitumakealueen vuodon aiheuttamiin halvauksiin ei leikkauksella ole hyötyä.

## EPIDURAALI JA SUBDURAALIVUODOT

Kallovammoihin voi liittyä sekä akuutissa vaiheessa että myöh. kehittyvät aivoverenvuodot kovakalvon ja kallonluun väliin eli epiduraalivuoto tai kovakalvon alle eli subduraalivuoto. Osa pään vammoista voi olla hyvinkin vähäpätöinen. Vuodon oireina esiintyy kovaa päänsärkyä, muistamattomuutta, sekavuutta, epilepsia kohtauksia sekä halvausoireita. Yli 1 cm paksuinen vuoto konveksiteetilla on syytä trepanoida neurokirurgien toimesta.

## AIVOINFARKTI

Aivoinfarktien ilmaantuvuus Suomessa edelleen n 12 000 / vuodessa. Tärkein syy aivovaltimoiden arterioskleroosi, harvemmin embolisatio esim sydäimestä, veren hyytymishäiriö tai vaskuliittietiologia.

Aivoinfarktin oireet riippuvat siitä millä alueella aivokudosvaurio tapahtuu. Karotialueen tyypillisinä oireina on vastakkainen toispuoleinen velttohalvaus ja kasvohalvaus. Vasemman puolen aivoinfarktiin liittyy usein puhehäiriö. Koska aivokudos itsessään ei ole kipuherkkä, aivoinfarktipotilaalla päänsärky on vähäistä. Jos kipua voimakkaana kasvojen/ kaulan alueella on syytä epäillä karotidissekkaatiota. Sen varhainen diagnostisoiminen on tärkeää koska varhain aloitetulla antikoagulanttihoidolla voidaan parantaa ennustetta.

## SUURENTUNUT KALLONSISÄINEN PAINE

Aikuisen ihmisen aivot sijaitsevat joustamattoman kalotin sisällä. Jos kallon sisäistä tilavuutta suurentaa esim aivokasvain, hematooma tai tulehdus nousee aivopaine. Oireiden voimakkuus riippuu tilavuuden muutosnopeudesta. Tavallisimmat oireet päänsärky, joka pahenne ponnistaessa esim yskiessä, phv, oksentelu, pupillojen laajeneminen ja valoreaktioiden hidastuminen, luomipareesi ja abducens pareesi. Staasipapillojen ilmaantuminen. Diagnoosi perustuu anamneesiin, neurologisiin statuslöydöksiin sekä pään TT kuvauslöydöksen. Kohonneen aivopaineen hoidossa pyritään syyn hoitamiseen. Ensihoitona aivokudoksen turvotuksen vähentäminen asentohoidolla(

ylävartalon 30 asteen kohoasento), hyperventilaatiolla , kortikoidilla ja osmoottisten diureettien esim . mannitolin käytöllä.

#### KESKUSHERMOSTOINFEKTIOT

Bakteerimeningiitti potilaalla päänsärky on hyvin voimakasta koko pään alueella, voi painottua niskaan ja pahenee ylhäällä ollessa. Muina oireina korkea kuume, niskajäykkyys, silmien valonarkuus, phv, kouristukset ja mahd . tajunnantason lasku tai sekavuus. Meningokokki infektiossa ihomuutokset: petekkiat tai purppurat taivepaikoilla. Likvor on tyypillisesti sameaa tippuen kohonneella paineella. Bakteerimeningiittiä aiheuttavat aikuisella pneumokokki, E. coli, meningokokki ja listeriabakteeri.

Virusmeningiitti ja enkefaliitti potilaat oireilevat samantyyppisesti kuin bakteerimeningiittipotilaat, mutta oireet lievempiä ja yleistila selvästi parempi. Virusmeningiitti ä esiintyy 4-5 x enemmän kuin bakteerimeningiittiä.

Päänsärlyn hoitona riittävän suuriannoksiset tulehduskipulääkkeet esim parasetamoli 1gr x 3 tai tramadoli 50 – 100mg i.m /per os x 2.