



## **Ravijuhendi “ Migreeni esmane diagnostika ja farmakoteraapia täiskasvanutel ” koosolek nr 4**

26. oktoober 2021 kell 11.00–15.00

Veebikoosolek MS Teams-is

**Osaesid töörühma liikmed:** Mark Braschinsky (juht), Triinu Niilberg-Pikksööt, Marta Danilov, Signe Alliksoo, Tiina Riistan, Kristi Tamela, Tiina Klooster

**Puudusid töörühma liikmed:** Anneli Virks

**Osaesid sekretariaadi liikmed:** Katrin Põld, Jana Lass, Urmeli Katus, Liis Roováli

**Puudusid sekretariaadi liikmed:** Helena Lepassar, Kairit Linnaste

**Protokollis:** Urmeli Katus

Koosoleku päevakord ja vastu võetud otsused:

### **1. Ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonid ning kvoorum**

Sekretariaadi liige Liis Roováli lõpetas vahepealsel ajal perearsti residentuuri ja töötab perearstina AS Medicum Tervishoiuteenused. Koosolekul osales seitse töörühma liiget ja puudus üks liige. Kvoorum oli koos ja töörühm oli otsustusvõimeline.

### **2. Kliiniline küsimus nr 1: diagnostilised küsimustikud migreeni diagnoosimisel**

Urmeli Katus kandis ette lisandunud tõenduse PRILEVEL küsimustikust. Tegemist on Eestis valideeritud diagnostilise küsimustikuga mis valmis Kati Brachinsky doktoritöö osana. Töörühm otsustas sõnastada järgmised soovitused:

- Kõigil migreeni kahtlusega patsientidel kaaluge diagnostilise küsimustiku kasutamist migreeni diagnoosimiseks (*nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*)
- Kõigil migreeni kahtlusega patsientidel eelistage PRILEVEL küsimustikku (*nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*)

Töörühm võttis soovitusel sõnastamisel arvesse, et küsimustiku struktuur võib aidata arstil oma mõtteid struktureerida ja küsimustiku kasutamine on tõenäoliselt parem kui mitte midagi. Võib abistada otsustamisel kas vajalik edasi uurida (esmane skriiningmeetod). Samas ei pruugi küsimustik olla parem kui kliiniline intervjuu. Lisaks oleneb mis olukorras küsimustikku kasutatakse. Mis on küllaldane esmatasandil perearsti vastuvõtul ei pruugi olla küllaldane neuroloogi vastuvõtul. Ainuke Eesti keeles valideeritud küsimustik on PRILEVEL.

### **3. Kliiniline küsimus nr 2: peavalu päevik ravi jälgimisel**

Kliinilise küsimuse nr 2 valmistas ette püsisekretariaadi liige Kairit Linnaste. Kuna Kairit Linnastel ei olnud võimalik koosolekul osaleda kandis tõenduse ette Urmeli Katus.

Peavalupäeviku kasutamist ravi jälgimisel käsitleti ühes Eesti ravijuhendi töösse kaasatud ravijuhendis (NICE, uuendatud 2021): soovitusel kasutatud jälgimisuuringud pärinesid 10 ja enama aasta tagusest ajast (Porter jt 1981, Baos jt 2005, Coeytaux jt 2007, Jensen jt 2011). NICE'i juhendit on uuendatud kahel korral (2016 ja 2021), kuid kliinilist küsimust ja tõendust pole uuendatud. Lisaks ravijuhendite kaardistamisele viidi läbi süstemaatiline kirjanduse otsing andmebaasis PubMed perioodi 01.01.2016- 17.08.2021 kohta. Lisandus kaks uuringut: Kawata AK 2017 ja Minen MT 2019 (vt vastavad TõKo ja SoKo tabelid). Tõendusmaterjali tõendatuse aste oli väga madal. Töörühm otsustas sõnastada järgmise soovitusel:

Kõigil migreeni diagnoosiga patsientidel, soovitage ravi jälgimisel peavalupäeviku kasutamist (nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste).

Töörühm võttis arvesse et tõenäoliselt on peavalupäeviku kasutamine nii tervishoiutöötajale kui ka patsiendile vastuvõetav. Peavalupäeviku kasutamine on igale patsiendile kättesaadav – võimalik on kasutada paber kandjal päevikud, mida jagab arst või kasutada veebis kättesaadavaid elektroonseid päevikuid või mobiilseid rakendusi. Seega ei tohiks soovitusel andmine ühtegi patsientide rühma ebavõrdsesse olukorda jätta. Peavalupäeviku kasutamine vähendab vastuvõtul arsti ajakulu, teeb vastuvõtu kvaliteetsemaks (saab keskenduda ravile ja nõustamisele).

#### **4. Kliiniline küsimus nr 3: paber kandjal vs elektroonne peavalupäevik ravi jälgimisel**

Kliinilise küsimuse nr 3 valmistas ette püsisekretariaadi liige Kairit Linnaste. Kuna Kairit Linnastel ei olnud võimalik koosolekul osaleda kandis tõenduse ette Urmeli Katus.

Ükski töösse kaasatud ravijuhenditest ei käsitlenud võrdlust paber kandjal ja digitaalse peavalupäeviku vahel. Kliinilisele küsimusele vastuse saamiseks kasutati sama otsingustrateegiat, mis koostati teise kliinilise küsimuse jaoks. Tõendusmaterjali lisaotsingu vaadeldavaks perioodiks määrati 01.01.2016- 17.08.2021. Tõendus kliinilise küsimuse kohta pärines ühest uuringust (vt vastavad TõKo ja SoKo tabelid). Bandarian-Balooch jt 2017 võrdles elektroonset peavalupäevikut lühikese paber kandjal peavalupäeviku ja põhjaliku paber kandjal peavalupäevikuga. Leiti et erinevad päeviku vormid on samaväärsed. Uuringus mainiti, et paber kandjal peavalupäeviku täitmisel tekib rohkem vigu ja jäetakse rohkem ridu täitmata, see aga võib olla seotud sellega, et digitaalse lahenduse puhul on võimalik saada inimesele ka meeldetuletusi, mis otse rakendusse suunavad.

Tõendusmaterjali tõendatuse aste hinnati madalaks. Töörühm otsustas sõnastada järgmise soovitus:

- Kõigil migreeni diagnoosiga patsientidel võimalusel eelistage ravi jälgimisel digitaalset peavalupäevikut (nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste).

Töörühm võttis arvesse et patsientide eelistused võivad olla erinevad, arst/õde aspektist vahet ei ole kumba on patsient kasutanud kas paber kandjal või digitaalne, kuid kliiniline psühholoog eelistaks nõustamisel digitaalset, kus rohkem infot.

#### **5. Kliiniline küsimus nr 4: nõustamine ravimtekkese peavalu ennetamiseks**

Kliinilise küsimuse nr 4 valmistas ette sekretariaadi liige Liis Rooväli.

Ravimtekkese peavalu ennetamist käsitleti kaasatud ravijuhenditest kahes: 1) NICE (uuendatud 2021); 2) SIGN (2018). Eesti RJ jaoks tõendusmaterjali leidmiseks teostati süstemaatiline otsing andmebaasis Pubmed, mille tulemusel kaasati tõendus ühest süstemaatilist ülevaatest. Diener

et al. 2020 kaasid ravjuhise koostamisel teostatud süstemaatilisse ülevaatesse ühe RCT (Fritsche G 2010). Saksamaa mitmekesuselises uuringus võrreldi migreeni patsientidel (n=182) minimaalse kontaktnõustamise koosmõju kirjalikku infot sisaldava brošüüriga (n=60) vs kirjalikku infot sisaldava brošüüriga (n=55) MOH ennetusele 1-2 a pärast. Nõustamine sisaldas psühholoogilist koolitust ja valuga toimetulekustrateegiaid. Kellelgi uuringus osalenutest ei tekkinud MOH-i. Peavalupäevade arv kuus vähenes 11,0-päevalt 8,8 päevale ( $p<0,001$ ) ja ravimiga päevade arv 7,4-lt päevalt 6,1 päevani ( $p<0,001$ ). Rühmadevahelisi erinevusi ei leitud. Tõendusmaterjali kvaliteet hinnati väga madalaks. Töörühm otsustas sõnastada järgmise soovitus:

- Kõiki migreeni diagnoosiga patsiente võimalusel nõustage ravimtekkese peavalu riski suhtes (nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste).

Töörühm võttis soovitusel sõnastamisel arvesse et patsientide esindaja sõnul on igasugune info tervitav. MOH võib olla teatud sihtrühma hulgas aladiagnoositud ja alaravitud. Paljud MOH-ga patsiendid vajavad statsionaarset võõrutust. MOH süvendab psühhiaatrilisi probleeme ja unehäireid. Profülaktika on efektiivsem kui ravi. Võõrutamine on keeruline, eriti esmatasandil. MOH korral ravi kallim, sest ravid kahte haigust ja raviskeemid lähevad väga keeruliseks.