

»Stratified Care« överlägsen behandlingsmodell vid migrän?

Kort rapport

Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Láinez MJA, Sawyer JPC. Stratified care vs step care strategies for migraine. The disability in strategies of care (DISC) study: A randomized trial.

JAMA 2000; 284: 2599-605

■ I stort sett finns tre olika behandlingsstrategier vid migränanfall; stratifierad behandling, trappstegsbehandling och nivåbehandling.

Stratifierad behandling, »stratified care«, innebär att man med olika hjälpmedel försöker gradera individer med migrän i olika svårighetsklasser, vilka i sin tur kommer att bestämma de behandlingsoptioner individen får prova. Ju mer handikappande patientens migränanfall tycks vara, desto större anledning att förskriva och behandla med ett preparat som är effektivt och speciellt framtaget för behandling av migrän. Man menar att den stratifierade behandlingsmodellen på ett betydligt snabbare sätt än trappstegsbehandling ger effektivt behandlingsresultat och därmed också blir mera kostnadseffektiv. Andra menar att denna modell driver läkemedelskostnaderna i höjden.

Trappstegsbehandling, »step-care«, är den strategi som traditionellt rekommenderas vid smärtbehandling och så också vid anfallsbehandling av migrän. Man låter individer med diagnostiserad migrän initialt prova olika typer av specifika smärtlindrande preparat med eller utan att kombinera med ett preparat mot illamående (tex metoklopramid). Om behandlingsresultatet med dessa preparat inte är tillfredsställande får individen successivt »trappa upp« och prova mer migränspecifika behandlingsoptioner. Kritiker menar att trappstegsbehandling inte sällan leder till en onödigt lång utprovningssfas med flera läkarbesök innan individen får den behandling som ger det bästa behandlingsresultatet.

Nivåbehandling, »step care within attacks«, där man inom migränanfallet allt efter behov trappar upp behandlingsintensiteten, kan sägas utgöra en kompromiss mellan de två övriga strategierna. Man förser helt enkelt individen med olika behandlingsoptioner

och tillåter individen att själv anpassa sin behandling till det aktuella migränanfallets svårighetsgrad.

Metod

De olika behandlingsstrategierna har inte tidigare utvärderats i en kontrollerad klinisk prövning. Den här refererade studien är upplagd som en internationell (13 länder), öppen, randomiserad multicenterundersökning (88 centra). Med hjälp av frågeformuläret MIDAS delades individerna in i grupper efter grad av migränhandikapp. MIDAS grad II (6–10 poäng = lågt migränhandikapp), grad III (11–20 poäng = medelhögt migränhandikapp) och grad IV (20+ poäng = högt migränhandikapp). De olika behandlingsstrategierna utvärderades med hjälp av tre parallella grupper i vilka 930 migräniker inkluderades och 835 slutligen utvärderades.

Stratifierad behandlingsgrupp: patienter med MIDAS grad II behandlade upp till 6 attacker med kombinationen acetylsalicylsyra (800–1 000 mg) och metoklopramid (10 mg), medan de med MIDAS grad III och IV behandlade upp till 6 attacker med zolmitriptan 2,5 mg.

Trappstegsbehandlingsgrupp: patienter oberoende av MIDAS-grad behandlade 3 attacker med kombinationen acetylsalicylsyra (800–1 000 mg) och metoklopramid (10 mg), varav de som inte svarade tillfredsställande på denna behandling fick behandla de återstående 3 attackerna med zolmitriptan 2,5 mg.

Nivåbehandlingsgrupp: patienter oberoende av MIDAS-grad behandlade samtliga attacker med kombinationen acetylsalicylsyra (800–1 000 mg) och metoklopramid (10 mg), och de som efter två timmar inte svarade tillfredsställande på denna behandling fick eskalera behandlingen med zolmitriptan 2,5 mg.

Märk att de två senare grupperna under de första tre migränattackerna är identiska för de två första timmarna efter intag av läkemedel.

Huvudresultat och konklusion

Medelresultaten över 6 attacker, registrerade två timmar efter intag av läkemedel, visar att den stratifierade behandlingen gav statistiskt signifikant bättre lindring av huvudvärken (52,7 procent) jämfört med trappstegsbehandling (40,6 procent; $P < 0,001$) och nivåbehandling (36,4 procent; $P < 0,001$).

På motsvarande sätt kunde man visa att graden av migränhandikapp registrerat från intag av läkemedel upp till 4 tim-

mar var signifikant bättre i den stratifierade behandlingsgruppen (medel-AUC, area under the curve, 185) jämfört med trappstegsbehandlingsgruppen (209; $P < 0,001$) och nivåbehandlinggruppen (200; $P < 0,001$). Författarna konkluderar därför att stratifierad behandling är en bättre behandlingsstrategi än de övriga två alternativen vid anfallsbehandling av migrän.

Kommentar om arbetets betydelse

Resultaten är väntade mot bakgrund av studiens design. Vidare är det ganska förutsägbart att om man alltid använder det mer effektiva och dyrare läkemedlet kommer också bättre resultat att erhållas. I en värld med obegränsade resurser vad gäller läkemedelskostnader är därför stratifierad behandling att rekommendera vid anfallsbehandling av migrän.

Om däremot hälsoekonomin är begränsad är det berättigat att fråga sig om inte det dyrare stratifierade behandlingsalternativet ibland används i onödan. Detta då man vet att de enskilda migränanfallens intensitet varierar hos en och samma individ och därmed också behovet av migränspecifik behandling. Om man alltid använder det mer effektiva läkemedlet ökar också risken för att individen skall behöva uppleva preparatets eventuella biverkningar.

Oavsett vilken behandlingsstrategi man använder sig av bör respektive preparat provas under optimala betingelser. Detta innebär bl a att individen börjar behandlingen så tidigt som möjligt under migränanfallets huvudvärksfas. I gruppen med nivåbehandling måste de som inte erhöill tillfredsställande effekt med kombinationen acetylsalicylsyra och metoklopramid vänta två timmar innan de kunde lägga till behandlingen med zolmitriptan. Trots detta erhöill denna behandlingsgrupp två timmar senare (totalt 4 timmar senare) de bästa resultaten.

Nivåbehandlingsstrategin, där man inom migränanfallet allt efter behov trappar upp behandlingsintensiteten, förefaller därför – åtminstone från läkemedelkostnadssynpunkt – vara den mest attraktiva behandlingsstrategin. Detta då enbart de migränanfall som inte svarar tillfredsställande på kombinationen analgetika–metoklopramid erhåller behandling med en triptan som är betydligt dyrare.

Carl Dahlöf

carl.dahlof@migraineclinic.se