
God migrenebehandling måles i effekt og tolerabilitet

INVITERT KOMMENTAR

TORE WERGELAND

torewerg@gmail.com

Tore Wergeland er spesialist i nevrologi, overlege ved Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi, St. Olavs hospital, førsteamanuensis ved NTNU og forsker ved Norsk senter for hodepineforskning. Han leder Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for hodepine.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Lilly, Lundbeck, Roche og TEVA og har aksjeinteresser i Vilje bionics og Keimon medical.

LISE RYSTAD ØIE

Lise Rystad Øie er spesialist i nevrologi, overlege ved Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi, St. Olavs hospital og forsker ved Norsk senter for hodepineforskning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I mange år har oppmerksomheten innen medikamentell migrenebehandling vært rettet mot kalsitoningensrelaterte peptider. Men hvor står vi i dag?

Det medikamentelle repertoaret i migrenebehandlingen utvides stadig.

Kalsitoningensrelaterte peptider (CGRP) var en etterlengtet nyvinning som den første forebyggende behandlingsstrategien utviklet spesifikt for migrene. Slik behandling omfatter fire monoklonale antistoffer (mAb-er): Tre er rettet mot det kalsitoningensrelaterte peptidet (galkanezumab, fremanezumab, eptinezumab) og ett mot reseptoren (erenumab). I tillegg finnes perorale småmolekylære reseptorantagonister (gepanter). Av disse kan vi i Norge bruke atogepant som forebyggende, mens rimegepant er det første migrenelegemiddelet som kan brukes både forebyggende og anfallskuperende (med individuell refusjon for sistnevnte).

Gepanter kan brukes i anfallsbehandling hos pasienter som ikke responderer på eller tåler triptaner. De er mindre potente enn triptaner, men har fordelen med at de ikke gir medikamentoverforbrukshodepine (1).

I forebyggende behandling har CGRP-legemidlene ganske lik effekt, og rundt halvparten oppnår minst 50 % reduksjon i antall migrenedager (2). Dette er klinisk betydningsfullt, men på individnivå fortsetter mange å ha hyppige anfall, og fullstendig anfallsfrihet over tid er uvanlig. Responsrater i observasjonsstudier er ofte høyere enn i kontrollerte studier (2). Hvorvidt behandlingen virker sykdomsmodifiserende eller primært forhindrer enkeltanfall, er fortsatt et klinisk viktig spørsmål, blant annet med henblikk på behandlingsvarighet.

«Hvorvidt behandlingen virker sykdomsmodifiserende eller primært forhindrer enkeltanfall, er fortsatt et klinisk viktig spørsmål, blant annet med henblikk på behandlingsvarighet»

Det er ikke gjort direkte sammenligninger mellom de fire monoklonale antistoffene eller vist forskjell i forebyggende effekt mellom disse og gepanter (3). De europeiske og amerikanske retningslinjene åpner for CGRP-legemidler som førstelinjebehandling, men uten at dette gjenspeiles i refusjonsordningene. Kalsitoningensrelaterte peptider er potente vasodilatatorer med antatt viktig fysiologisk rolle for iskemitoleranse. Sikkerhetsdata for pasienter med kardiovaskulær risiko er lovende, men langtidsdata mangler.

Legemiddelkostnaden er langt høyere enn for tradisjonelle perorale legemidler, og vi har et kunnskapshull når CGRP-legemidlene kun er sammenlignet mot bivirkningsbeheftede topiramat blant de tradisjonelle forebyggende alternativene (4). I en randomisert studie viste kandesartan, et betydelig rimeligere legemiddel, en effekt og tolerabilitet ved episodisk migrene som var sammenlignbar med kalsitoningensrelaterte peptider (5). Dessverre mangler gode studier på kandesartan ved kronisk migrene, men norske observasjonsdata m.fl. viser god effekt (6). I Norge begrenses CGRP-refusjon til kronisk migrene og kun etter dokumentert svikt av tre andre forebyggende alternativer.

«En sentral lærdom fra 'CGRP-æraen' er hvordan behandlingssuksess ikke bare skal måles i effekt, men også i tolerabilitet»

En sentral lærdom fra «CGRP-æraen» er hvordan behandlingssuksess ikke bare skal måles i effekt, men også i tolerabilitet. Migrene rammer unge mennesker med behov for behandling de kan leve lenge med. Til tross for fremskrittene er migrene blant de ledende årsakene til funksjonstap globalt, særlig hos yngre kvinner (7). For mange er ikke CGRP-behandling tilstrekkelig (8). Utprøving av migrenebehandling er fortsatt preget av prøving og feiling. Fremtiden peker mot bedre persontilpasning. Men selv med optimalisert individuell legemiddelbruk krever migrene en helhetlig tilnærming, der underdiagnostikk, underforbruk av etablerte behandlinger og medikamentoverforbruk er lavthengende frukter å rette tiltak mot – også i Norge. Legemidler er del av et større behandlingsbilde. Et eksempel til etterfølgelse er en tverrfaglig oppfølging ved Akershus universitetssykehus som er særlig nyttig for dem

som er hardest rammet (9). Strukturtenkningen rundt behandlingstilbudet er også viktig, og vi venter fortsatt etter mange års saksbehandling på å få etablert et koordinerende tertiærnivå for hodepineomsorgen.

LITTERATUR

1. Karlsson WK, Ostinelli EG, Zhuang ZA et al. Comparative effects of drug interventions for the acute management of migraine episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2024; 386: e080107. [PubMed][CrossRef]
2. Versijpt J, Paemeleire K, Reuter U et al. Calcitonin gene-related peptide-targeted therapy in migraine: current role and future perspectives. *Lancet* 2025; 405: 1014–26. [PubMed][CrossRef]
3. Schwedt TJ, Myers Oakes TM, Martinez JM et al. Comparing the Efficacy and Safety of Galcanezumab Versus Rimegepant for Prevention of Episodic Migraine: Results from a Randomized, Controlled Clinical Trial. *Neurol Ther* 2024; 13: 85–105. [PubMed][CrossRef]
4. Reuter U, Ehrlich M, Gendolla A et al. Erenumab versus topiramate for the prevention of migraine - a randomised, double-blind, active-controlled phase 4 trial. *Cephalalgia* 2022; 42: 108–18. [PubMed][CrossRef]
5. Øie LR, Wergeland T, Salvesen Ø et al. Candesartan versus placebo for migraine prevention in patients with episodic migraine: a randomised, triple-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Neurol* 2025; 24: 817–27. [PubMed][CrossRef]
6. Riise HS, Simpson MR, Espnes KA et al. Effectiveness and acceptability of oral migraine preventives– a prospective, observational study. *Headache* 2026; (Antatt for publisering) doi: 10.1111/head.70061. [CrossRef]
7. GBD 2023 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of headache disorders, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Neurol* 2025; 24: 1005–15. [PubMed][CrossRef]
8. Sacco S, Ashina M, Diener HC et al. Setting higher standards for migraine prevention: A position statement of the International Headache Society. *Cephalalgia* 2025; 45: 3331024251320608. [PubMed][CrossRef]
9. Lunder OV, Wisløff T, Wølneberg LM et al. Multidisciplinary headache treatment with work-focus in Norway: An observational study. *Cephalalgia* 2025; 45: 3331024251332572. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. mars 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0056

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.