

Peavaluekspert: paljud peavaluga patsiendid ei jõua kunagi õige spetsialistini

Väga paljud peavalupatsiendid ei jõua kunagi õige spetsialisti vastuvõtule. Nende aitamiseks on välja töötatud veebilahendused, mis lühendaks õige diagnoosi saamise aega, parandaks arsti diagnostilist võimekust ning viiks parema ja tõhusama ravini, rääkis Rahvusvahelise Peavaluseltsi endine president professor Alan M. Rapoport intervjuus Eesti Arstile. Professorit intrervjueeris Karmen Stimmer.



Alan M. Rapoport

Kui Teist sai 2013. aastal Rahvusvahelise Peavaluseltsi president, viitasite kahele suuremale probleemile. Üks neist oli peavalule spetsialiseerunud eriarstide vähesus ning teiseks asjaolu, et enamik perearste ning paljud neuroloogid ei ole piisavalt saanud peavalukoolitust. Kas vahepeal on olukord paranenud?

Oma kodumaa Ameerika Ühendriikide suhtes ei ole ma selles nii kindel, kuid maailma mastaabis on olukord väga palju paranenud. Oleme seltsiga mitmetesse riikidesse saatnud külalisprofessoreid, olen

ka ise loenguid pidamas käinud, viinud läbi meistrkursusi, andnud stipendiume peavaluga tegelevatele arstidele teadmiste täiendamiseks välisriikide peavaluspetsialistide juures. Lisaks oleme aastas 1–2 arstile andnud stipendiumi teadustöök mõnes kuulsas peavalule spetsialiseerunud laboris.

Mul pole võimalik objektiivselt kindlaks teha, kas olukord on paremaks muutunud, aga oleme kulutanud palju raha, aega ja energiat selleks, et see nii oleks.

Millistes riikides on Teie hinnangul toimunud kõige suurem areng?

Arvan, et mitmed Ladina-Ameerika riigid on palju arenenud. Ma ise olen käinud loenguid pidamas näiteks Tšiilis ja Kolumbias ning meil oli suure osalejate arvuga meistrkursus Brasiilias.

Hiljuti toimus Tais Aasia peavaluspetsialistide kokkusaamine, kus oli esindatud umbes 15 riiki. Üks osalenud neuroloogidest oli pärit Laosest ning tema sõnul on ta oma riigis ainuke, kes peavaluga spetsiifiliselt tegeleb. Teistest riikidest oli selliseid näiteid veelgi.

Millistele teemadele pööratakse praegu seoses peavaludega enim tähelepanu?

On mõned harvem esinevad peavalud, mida absoluutselt ei mõisteta, näiteks uus igapäevane püsipeavalu (*new daily persistent headache* ehk NDPH). See peavalu ei alga mitte just eriti tugevalt ning patsient arvab, et tegu on isemööduva peavaluga, mida tal aeg-ajalt ikka on olnud. See aga ei möödu kunagi ning me ei tea, mis seda põhjustab,

ja me ei oska seda ravida. Just sellist tüüpi peavalusid on hakatud rohkem uurima.

Migreen on kõige tavalisem peavalu, millega peavaluspetsialist tegeleb ning mis saab loomulikult ka palju tähelepanu. Uuritakse väga huvitavat osa migreenihoost, nimelt seda, mis juhtub enne peavalu algust. Umbes kolmandikul patsientidest esineb visuaalne aura ja sellest teame isegi suhteliselt palju, kuigi loomulikult võiks rohkem uuringuid teha. Praegu huvitab teadlasi eelkõige peavalule eelnev nn prodromaalne periood – periood, mida patsiendid kirjeldavad kui aega, mil nad juba teavad, et neil tekib peavalu, sest nende enesetundes muutub midagi. Näiteks hakkavad nad palju haigutama, tekib isu kindlate toiduainete järele, urineerimine sageneb, nad muutuvad agiteerituks, emotsionaalseks, depressiivseks, ärevaks, väsinuks või on neil lihtsalt näriv tunne, et midagi hakkab juhtuma. Tänu uuematele uuringutele teame, et sügaval ajus muutuvad mõned signaalid sel perioodil ebanormaalseteks. Seega võime ühel päeval teada saada, mis seda põhjustab, ja leida tänu sellele häid ravimeetodeid. Loodame, et tulevikus saame ravida migreeni juba enne, kui see hakkab patsiendile valu tegema. See oleks suurepärane alternatiiv praegusele olukorrale, kus parim võimalus on patsienti aidata alles valuhoo alguses.

Väga aktiivselt tegeletakse ka migreenihoogu ennetavate ravimitega. Seni on põhjalikumalt tegeletud migreenihoogu ajal manustatavate ravimitega, kuid enamik uutest lahendustest on lihtsalt vanade ravimite uuel kujul kasutamine (nt naha-plaastrite ja ninaspreide kasutuselevõtt). Nüüd aga keskendutakse ravimitele, mida võtta igapäevaselt, et migreenihooge üldse ära hoida. Praegu kättesaadavad ennetavad ravimid toimivad vaid umbes pooltel patsientidel ning põhjustavad tihti mitmeid kõrvaltoimeid. Loodetavasti on peatselt aga tulemas uus ravim, mis toimib suuremal hulgal patsientidest ning millel on vähem kõrvaltoimeid. Tegemist on monoklonaalsete antikehadega kaltsitoniini geeniga seotud peptiidi (*calcitonin gene related peptide* ehk CGRP) vastu. On näidatud, et CGRP blokeerimine ajukelmes nii ravib kui ka ennetab migreenihoogu. Testitud patsientidel oli ravitulemusi näha juba nädala pärast (praegu kasutatavate ravimite puhul tuleb üldjuhul tulemuse nägemiseks oodata neli

Dr Alan M. Rapoport on Los Angelese Ülikooli David Geffeni meditsiinikooli (UCLA) neuroloogiaprofessor. Ta on Rahvusvahelise Peavaluseltsi endine president, New Englandi peavalukeskuse rajaja ja endine direktor Stamfordis Connecticutis. Samuti on prof Rapoport ajakirjade Headache ja CNS Drugs toimetaja ning ajakirja Neurology Reviews peatoimetaja.

nädalat) ning kõrvaltoimeid esines väga vähe. Lisaks ei pea uut ravimit võtma iga päev, vaid seda saab manustada süstena üks kuni kaks korda kuus. Seega usun, et lähijal kuulub monoklonaalsete CGRP antikehade kohta veel palju. Ameerika Ühendriikides uurib neid neli firmat, millest üks katseb osa uuringutest ka Euroopasse tuua.

2013. aastal tuli välja rahvusvahelise peavalude klassifikatsiooni (*International Classification of Headache Disorders* ehk ICHD) kolmas versioon. Kuidas on läinud selle rakendamise praktikasse?

Uus klassifikatsioon ei erine tegelikult eelmisest väga suurel määral. Uute versioonide väljaandmisega saame arstides huvi äratada ning nad õpivad klassifikatsioone paremini tundma. Muutused seisnevad peamiselt selles, et mõni peavalu lisatakse, mõnel muudetakse nime ning mõne puhul muudetakse diagnoosimise kriteeriume.

Näiteks migreeni osa muutus ICHDs väga vähe. Kõige olulisem on välja tuua, et kui migreenihooge esineb rohkem kui 15 päeva kuus, siis on tegu kroonilise migreeniga. Varem peeti seda migreeni tüsistuseks, nüüd aga haiguse üheks vormiks.

Samuti toimus väike muutus kobarpeavalu diagnoosimises. Varem pidi diagnoosimiseks esinema autonoomse närvisüsteemi sümptomeid, näiteks silma punetus, ühe ninapoole kinnisus või vesisus, ühe otsmikupoole higistamine. Nüüd ei pea patsiendil ühtegi neist tingimata olema, kobarpeavalu diagnoosimiseks piisab ebatavalisest tundest kõrvas või agiteeritud tundest.

Üks praegu aktuaalsetest teemadest, millega tegelenud olete, on peavalude diagnoosimine veebipõhiselt. Rääkige sellest palun lähemalt.

Praegu on Ameerika Ühendriikides korraldatud süsteem selliselt, et peavaluga pöörduetakse kõigepealt esmatasandi arsti poole, kes üldjuhul ei ole peavalude teemal

13. juunil Tartus toimunud Eesti Peavalu Seltsi aastakonverentsil osalesid ka Rahvusvahelise Peavaluseltsi president professor Alan Rapoport USAst ning Saksa Migreeni- ja Peavaluseltsi endine president professor Arne May.

Konverentsi põhiteema oli tänavu peavalu diagnoosimine. Praeguseks on maailmas vastavad lahendused, mis peavalu veebipõhiselt diagnoosida aitaks, välja töötatud ning kasutusel vaid kahes versioonis, versioonis: üks USA ja teine Eesti peavaluspetsialistidel USA ja Eesti peavaluspetsialistidel. Ka Eestis on stardivalmis analoogne algoritm. Erinevalt USA lahendusest, mis hindab migreeni, pingetüüpi peavalu ja kobarpeavalu, on Eesti programmi spetsiifilisus väga hea, testide järgi keskmiselt 95–97% ning õige diagnoosi saab selle abil enamik esmastest peavaludepatsientidest. Projekti eestvedaja on dr Mark Brascinsky juhendamisel TÜ närvikliiniku doktorant, TÜ kliinikumi neuroloog ning peavaluspetsialist dr Kati Toom.

Intervjuud prof Mayga saab lugeda portaalist Med24.

väga hästi koolitatud. Kui patsiendil veab, siis paneb arst õige diagnoosi ning määrab õige ravi. Kui mitte, siis läheb vähemalt 6 kuud, enne kui patsient või tema arst mõtleb spetsialisti poole pöördumisele. Seejärel peab visiidiga nõustuma patsiendi kindlustusandja ning pärast nõusoleku saamist mõne kuu pärast suunatakse patsient neuroloogi juurde. Ka sinna on vähemalt 3–4 kuu pikkune järjekord. Kurb tõsiasi on aga see, et ka kõik neuroloogid ei ole peavaludest väga teadlikud – loomulikult nad peaksid olema –, sest tihti on nad huvitatud hoopis epilepsias, insuldist

või *sclerosis multiplex*'ist. Seega ei pruugi ravi olla väga tõhus ja heal juhul alles 18 kuud pärast kaebuste algust jõuab patsient peavaluspetsialistini.

Ameerika Ühendriikides on 60 miljonit peavalupatsienti ja peavaluspetsialiste on vaid 490. Seega ei jõuagi väga paljud patsiendid kunagi spetsialisti juurde. Sellest lähtuvalt mõtlesime koos Stanfordi ülikooli neuroloogiaprofessori Robert Cowaniga, kuidas saaksime neid inimesi aidata. Tulime mõttele luua veebipõhine programm, milles patsient saaks vastata küsimustele oma peavalu kohta ning seejärel printida välja kokkuvõtte, milles kajastub kõige olulisem info tema haiguse kohta. Kokkuvõtte genereerib arvuti algoritmi põhjal, mida me pidevalt arendame ja testime. Lisaks infole haiguse sümptomite kohta sisaldab see ka otsust, mida kutsutakse kliiniliseks arvamuseks, kuid mis meie hinnangul on väga lähedane diagnoosile. Samuti sisaldab see infot kõikide ravimite kohta, mida patsient on võtnud ja mida praegu võtab. Selle kokkuvõtte saab patsient välja printida ning esmatasandi arsti juurde kaasa võtta. Põhimõtteliselt oleks sel juhul esmatasandi arstil spetsialisti konsultatsioon olemas juba enne, kui ta asub patsienti uurima. Usume, et see lühendab õige diagnoosi saamise aega, parandab arsti diagnostilist võimekust ning viib seeläbi parema ja tõhusama ravini, mis kokkuvõttes maksab vähem.

Kas stress ja peavalu on seotud?

Küsimust, kas stress ja peavalu on seotud, on püstitatud korduvalt. Hüpoteesiliselt võib seos avalduda mitmeti: stress kui etioloogiline, kui hoogusid ehk ägenemisi esile kutsuv, haiguse kulgu süvendav tegur. Samuti ei sa välistada, et stressi tingimustes on valu tajumine muutunud, ning seda on seostatud teatud muutustega aju struktuuris ja talitluses.

Äsja avaldatud artiklis on autorid keskendunud stressile kui võimalikule päästikule peavaluhoogude vallandamisel. 5159 uuringus osaleja

käest päriti nende stressi tajumise ulatust, hinnates seda visuaal-analoogskaalal (0–100). Hindamist korraldi iga 3 kuu tagant 2 aasta jooksul. Vastajad jaotati 5 gruppi, lähtudes peavalu põhjustest: pingetüüpi peavalu, migreen, migreen koos pingetüüpi peavaluga, klassifitseerimata peavalu ning peavaluta.

Leiti, et stressitase oli suurem kõigis peavaluga rühmades ($41 \pm 29,0$) võrreldes peavaluta kontrollrühmaga. Kõige suuremad skoorid registreeriti migreenirühmas ($62 \pm 23,3$). Suuremaid skoori täheldati ka nooremate ja keskealiste seas.

Ka varasemate uuringute tulemusena on järeldatud, et esmaste

peavaludega inimesed tajuvad enam stressi, tõenäoliselt tajuvad raskete peavaluvormide all kannatajad sündmusi negatiivsemalt ning on võimalik, et nende toimetuleku strateegiad ei ole nii tõhusad. Samas võimaldavad saadud tulemused oletada, et stressi tekitavad sündmused on seostatavad sagedasemate ja kestvamate peavaluhoogudega. Seega võivad stressi ja peavalude seosed olla mõlemasuunalised.

ALLIKAS

Schramm SH, Moebus S, Lehmann N, et al. The association between stress and headache: A longitudinal population-based study. *Cephalalgia* 2015;35:853–63.

LÜHIDALT