

Europæiske principper for behandling af almindelige hovedpinesygdomme i almen praksis

TJ Steiner¹, K Paemeleire², R Jensen³, D Valade⁴, L Savi⁵, MJA Lainez⁶,
H-C Diener⁷, P Martelletti⁸ og EGM Couturier^{9*}

på vegne af Det Europæiske Hovedpine Forbund og
*Lifting The Burden: Den Globale Kampagne for at reducere
hovedpinebelastningen i verden*

Nøgleord

Det Europæiske Hovedpine Forbund; Den Globale Kampagne; hovedpinesygdomme; behandlingsvejledninger; almen praksis

Tilsluttede organisationer

¹ Division of Neuroscience and Mental Health, Imperial College London, London, UK

² Department of Neurology, Ghent University Hospital. Ghent, Belgien

³ Dansk Hovedpine Center, Neurologisk Afdeling, Københavns Universitet, Glostrup Sygehus, Glostrup, Danmark

⁴ Centre d'Urgence des Céphalées, Hôpital Lariboisière, Paris, Frankrig

⁵ Headache Centre, Department of Neurosciences, University of Turin, Turin, Italien

⁶ Department of Neurology, University Clinic Hospital, Valencia University, Valencia, Spanien

⁷ Department of Neurology, University of Duisberg-Essen, Essen, Tyskland

⁸ Department of Medical Sciences, Regional Referral Headache Centre, Saint Andrea Hospital, Rome, Italien

⁹ Medisch Centrum Boerhaave, Amsterdam, Nederlandene

*Medforfatter

Dr EGM Couturier, Medisch Centrum Boerhaave, Johannes Vermeerstr 31, 1071 DL Amsterdam, Nederlandene (emilecouturier@cs.com)

Indledning

Hovedpinesygdomme er på top ti listen over årsager til erhvervsudygtighed i Europa (1). Tre af disse (migræne, spændingshovedpine og medicinoverforbrugshovedpine) er vigtige i den almene praksis, fordi de er almindeligt forekommende og ansvarlige for næsten alle hovedpinerelaterede belastninger. Behandlingen af dem hører i stor udstrækning hjemme i den almene praksis. En fjerde hovedpinesygdom (klyngehovedpine) er også vigtig, fordi den er meget smertefuld – behandlelig, men ofte fejldiagnosticeret.

Formålet med disse principper er at hjælpe alment praktiserende læger til at diagnosticere disse få sygdomme korrekt, behandle dem godt, når de kan, genkende tegn på alvorlige hovedpinesygdomme og henvise til specialist, når det er nødvendigt.

Disse principper vil sandsynligvis være bedst anvendelige, hvis de læses igennem i sammenhæng mindst en gang, men er ellers opdelt i 12 selvstændige behandlingsvejledninger i tre sektioner:

Diagnosticeringsvejledninger (nogle af disse vil skulle integreres i den daglige praksis, hvorimod andre kan tjene som check- og huskelister).

1. Forekomsten af hovedpine
2. Diagnosticering af hovedpine
3. Typiske træk ved de almindelige hovedpinesygdomme
4. Differential diagnose af almindelige hovedpinesygdomme

Behandlingsvejledninger (disse er informationskilder, som kan opsøges, når diagnosen er stillet. Behandlingsvejledning nr. 6 omfatter en vejledning til patientinformation).

5. Generelle aspekter ved behandling af hovedpine
6. Rådgivning af patienter
7. Medicinsk behandling af akut migræne
8. Profylaktisk behandling af migræne
9. Medicinsk behandling af spændingshovedpine
10. Medicinsk behandling af klyngehovedpine
11. Behandling af medicinoverforbrugshovedpine

Henvisningsvejledning (en reference og reminder)

12. Behandling af hovedpine i almen praksis: Hvornår skal der henvises?

Disse principper er suppleret med yderligere behandlingsvejledninger udviklet af *Lifting the Burden*:

- Headache-Attributed Lost Time (HALT) indeks til måling af hovedpinebelastningen
- Headache and Assessment of Response to Treatment (HART) indeks til måling af behandlingens effekt og vejledning til opfølgning
- En række foldere med patientinformation

Udviklingsprocessen

Tovholderens rolle

Den oprindelige udviklingsgruppe, et samarbejde mellem Det Europæiske Hovedpine Forbund (EHF) og *Lifting The Burden: Den Globale Kampagne* for at reducere hovedpinebelastningen i verden, bestod af hovedpinespecialister fra Belgien, Danmark, Frankrig, Tyskland, Italien, Holland, Spanien og England. Pilotgruppen bestod af alment praktiserende læger fra de samme lande. Konsultationsgruppen bestod af medlemmer fra de nationale hovedpineselskaber inden for Det Europæiske Hovedpine Forbund og repræsenterede Albanien, Østrig, Belgien, Hvide Rusland, Bulgarien, Kroatien, Danmark, Finland, Frankrig, Tyskland, Grækenland, Ungarn, Israel, Italien, Litauen, Holland, Polen, Portugal, Rumænien, Rusland, Serbien og Montenegro, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz og England. Repræsentanter og talsmænd for patienterne konfereredes via Board of the European Headache Alliance.

Udviklingsstrategi

Udviklingsprocessen bestod i en gennemgang af alle behandlingsvejledninger, som anvendes i Europa og er udgivet eller på anden vis er tilgængelige på engelsk, og en harmonisering ved at udvælge de anbefalinger, som blev tillagt den største vægt.

Evidens-baserede anbefalinger blev altid foretrukket frem for anbefalinger uden eksplicit evidens. Uoverensstemmelser mellem anbefalinger løstes gennem direkte henvisning til original evidens, eller, hvor denne ikke var til stede, gennem ekspert-konsensus.

Klarhed og præsentation

Målet var at skabe en ligefrem og let følgelig vejledning for alment praktiserende læger, der ikke betragtes som eksperter. Der blev taget hensyn til, at tilgængeligheden og den regulatoriske godkendelse af lægemidler samt refusionspraksis varierer fra land til land. Af denne årsag overvejedes forskellige valgmuligheder, som er anført, hvor dette er nødvendigt, men ellers blev vægten lagt på entydige råd.

Anvendelighed

Disse principper tager som udgangspunkt, at hovedpineydelser er udviklet og får tilført passende ressourcer i alle europæiske lande, selvom det på nuværende tidspunkt ikke forholder sig således. EHF og *Lifting the Burden* har hver især taget initiativ til at støtte en bedre organisering af hovedpineydelser i alle europæiske lande.

Disse anbefalinger vil blive kontrolleret af pilotgruppen og underkastet et årligt gennemsyn af udviklingsgruppen.

Redaktionel uafhængighed

EHF var den eneste finansieringsfond, som støttede udviklingen af disse principper. Udviklingsgruppens medlemmer proklamerede følgende mulige interessekonflikter:

rådgivningsaftaler med og/eller finansiering af forskning gennem ACRAF SpA, Addex Pharma, Allergan, Almirall, Alpharma, Astra Zeneca, Bayer Healthcare, Berlin Chemie, Böhringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, CoLucid, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Grünenthal, Helsinn Healthcare, Hoffmann La Roche, Jansen-

Cilag, Johnson & Johnson, Lusofarmaco, Menarini, Merck Sharpe and Dohme, 3M Medica, Novartis, Pfizer, Pierre Fabré, Solvay Pharma, SanofiAventis, Sanofi-Synthélabo, Schaper and Brümmer, Weber & Weber.

Disse principper giver ikke anbefalinger, som favoriserer et medicinfabrikat frem for et andet med lignende virkning.

Henvisning

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher AI, Steiner TJ, Zwart J-A. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; **27**: 193-210.

1. FOREKOMSTEN AF HOVEDPINE

De fleste mennesker har til tider hovedpine og anser det for at være normalt.

Hovedpine bliver på et tidspunkt i livet et problem for omkring 40% af den europæiske befolkning. Fire hovedpinesygdomme er almindelige i almen praksis (tabel). Alle har de en neurologisk basis. De er invaliderende og forringer livskvaliteten.

Almindelige hovedpinesygdomme i almen praksis	
Migræne	for det meste episodisk, opstår hos 12-16% af den almindelige befolkning, for kvinder hyppigere end for mænd i forholdet 3:1
Spændingshovedpine	for det meste episodisk, berører >80% af befolkningen fra tid til anden; i mindst 10% af tilfældene vender den hyppigt tilbage, og hos 2-3% voksne og nogle børn er den kronisk, optræder næsten hver dag
Klyngehovedpine	intense og hyppigt tilbagevendende, men kortvarige hovedpineanfald, berører op til 3 ud af 1000 mænd og op til 1 ud af 2000 kvinder
Medicinoverforbrugs-hovedpine	et kronisk dagligt hovedpinesyndrom, som optræder hos op til 3% voksne, 5 kvinder for hver mand, og 1% børn og unge; dette er en sekundær hovedpine, men den optræder kun som en komplikation af en allerede eksisterende hovedpinesygdom, sædvanligvis migræne eller spændingshovedpine

En patient kan have flere end én af disse sygdomme samtidig.

Der findes et stort antal andre *sekundære hovedpinesygdomme*. Nogle af disse er alvorlige, og de skal genkendes (se Behandlingsvejledning nr. 4: *Differentiel diagnose af almindelige hovedpinesygdomme*), men generelt berører de <1% af patienter, der lider af hovedpine.

2. DIAGNOSTICERING AF HOVEDPINE

Diagnosehistorik

Historikken er af største vigtighed ved diagnosticeringen af primære hovedpinesygdomme og medicinoverforbrugshovedpine (tabel). Der findes ingen brugbare diagnostiske tests. Historikken bør afdække eventuelle alarmerende tegn på en alvorlig sekundær hovedpinesygdom.

Spørgsmål, som kan stilles til historikken

Hvor mange forskellige typer hovedpine har patienten?

En separat historik er påkrævet for hver af dem.

Tid	Hvorfor konsultation nu? Hvornår begyndte den? Hvor ofte, og hvilket tidsmønster (episodisk eller dagligt og/eller vedvarende)? Hvor længe varer den?
Karakter	Smertens intensitet? Smertens art og egenskab? Stedet for smerten og dens udbredelse? Ledsagende symptomer?
Årsag	Prædisponerende og/eller udløsende faktorer? Forstærkende og/eller lindrende faktorer? Familiehistorik for lignende hovedpine?
Reaktioner	Hvad gør patienten under et hovedpineanfald? Hvor meget er aktiviteten (funktionen) begrænset eller forhindret? Hvilken medicin er blevet og bliver brugt, på hvilken måde og med hvilken virkning?
Helbredstilstand mellem anfaldene	Fuldstændig rask, eller resterende eller vedvarende symptomer? Bekymringer, angst, frygt for tilbagevendende anfald og/eller deres årsag?

Advarselstegn i historikken

Enhver nyopstået hovedpine hos en individuel patient, eller en signifikant ændring af hovedpinens karakter bør behandles med varsomhed.

Specifikke advarselstegn er:

- tordenskraldshovedpine (intens hovedpine med "eksplosivt" eller brat udbrud) (kan tyde på subaraknoidal blødning)
- hovedpine med atypisk aura (varighed >1 time, eller forbundet med motorisk svaghed) (kan være symptom på TIA eller slagtilfælde)
- aura uden hovedpine med manglende tidligere historik for migræne med aura (kan være symptom på TIA eller slagtilfælde)
- aura, som opstår for første gang hos en patient ved brug af kombinerede orale p-piller (indikerer risiko for slagtilfælde)
- nyopstået hovedpine hos en patient over 50 år (kan være et symptom på temporal arteritis eller intrakraniell tumor), eller hos et barn i præpuberteten (kræver henvisning til specialist og diagnose)
- progressiv hovedpine, som forværres over uger eller mere (kan indikere intrakraniell pladskrævende læsion)
- hovedpine, som forværres ved stillinger eller bevægelser, som forhøjer det intrakranielle tryk (kan indikere intrakraniell tumor)
- nyopstået hovedpine hos en patient med en cancerhistorik, HIV-infektion eller immundefekt (sandsynligvis sekundær hovedpine).

Diagnostisk dagbog

Så snart alvorlige årsager er blevet udelukket, klarlægger en hovedpinedagbog i løbet af få uger hovedpinemønsteret og tilknyttede symptomer såvel som forbrug eller overforbrug af medicin.

Fysisk undersøgelse af hovedpinepatienter

Migræne, spændingshovedpine, klyngehovedpine og medicinoverforbrugshovedpine diagnosticeres udelukkende på baggrund af historikken. Tegn er til stede hos klyngehovedpinepatienter, når de ses under et anfald.

Fysisk undersøgelse er obligatorisk, når historikken peger på sekundær hovedpine.

Advarselstegn ved undersøgelsen

- pyreksi i forbindelse med hovedpine
- fokale neurologiske tegn i forbindelse med hovedpine

Undersøgelse af hovedpinepatienter

Undersøgelser, inklusive neuroafbildning, er påkrævet, når historikken eller undersøgelsen indikerer, at hovedpinen kan være sekundær til en anden tilstand.

3. TYPISKE TEGN PÅ ALMINDELIGE HOVEDPINDESYGDOMME

Migræne

Migræne optræder i form af to væsentlige undertyper, migræne uden aura og migræne med aura. En patient kan have begge to.

Migræne uden aura

Voksne med denne sygdom beskriver typisk:

- tilbagevendende episodiske moderate eller alvorlige hovedpiner:
 - som ofte er unilaterale og/eller pulserende
 - varer 4 timer til 3 dage
 - ofte ledsages af kvalme og/eller opkastning
 - forværres ved almindelig fysisk aktivitet
- under hvilke de begrænser deres aktivitet og foretrækker mørke og stilhed
- med symptomfrihed mellem anfaldene

Hos **børn**:

- anfaldene kan være mere kortvarige
- det er mere almindeligt, at hovedpinen er bilateral og ofte ikke-pulserende
- gastrointestinale forstyrrelser er mere fremtrædende

Migræne med aura

rammer en tredjedel af mennesker med migræne og står i alt for 10% af migræneanfaldene. Den er:

- karakteriseret ved aura før hovedpine, bestående af en eller flere neurologiske symptomer, som udvikles gradvist over >5 minutter og klinger ud i løbet af 60 minutter:
 - hemianopiske visuelle forstyrrelser, eller spredning af et flimreskotom (patienterne kan tegne en takket halvmåne, hvis de bliver bedt om det)
 - og/eller unilaterale paræstesier af hånden, armen og/eller ansigt
 - og/eller (sjældent) dysfasi
- ellers ligesom migræne uden aura

Typisk aura uden hovedpine kan forekomme hos patienter med en forhistorie af migræne med aura.

Spændingshovedpine

Denne sygdom optræder i tre undertyper. Kun to af disse er af medicinsk betydning: hyppigt optrædende episodisk spændingshovedpine og kronisk spændingshovedpine.

Hyppigt optrædende episodisk spændingshovedpine

- optræder i anfaldslignende episoder, mindst en gang om måneden, varighed timer til et par dage
- kan være unilateral, men er oftere generaliseret
- beskrives typisk som tryk eller spænding som et skruestik eller et stramt bånd om hovedet, eller føles i hals og/eller nakke
- mangler det med migræne forbundne symptomkompleks

Kronisk spændingshovedpine

- optræder per definition fra ≥ 15 dage pr. måned til > 3 måneder og kan være daglig og vedvarende
- ellers ligner den hyppigt optrædende episodisk spændingshovedpine

Klyngehovedpine

Denne yderst let genkendelige tilstand findes i to undertyper, episodisk klyngehovedpine og kronisk klyngehovedpine.

Episodisk klyngehovedpine optræder som anfald (klynger), typisk af 6-12 ugers varighed, en gang om året eller en gang hvert andet år, og remitterer derefter indtil den næste klynge.

Kronisk klyngehovedpine, som er vedvarende og uden remission, er mindre almindelig. Den kan udvikle sig fra og/eller vende tilbage til episodisk klyngehovedpine.

Klyngehovedpine:

- rammer mest mænd
- manifesterer sig som en strengt unilateral, uudholdelig smerte omkring øjet
- kommer ofte tilbage, typisk en eller flere gange dagligt, almindeligvis om natten
- er kortvarig, 15-180 minutter (typisk 30-60 minutter)
- har meget karakteristiske og strengt ipsilaterale autonome træk, herunder en eller flere af disse:
 - rødt og løbende øje
 - løbende eller tilstoppet næsebor,
 - ptose
- forårsager markant agitation (patienten, som ikke kan holde ud at blive i sengen, vandrer rundt i rummet, går evt. udenfor).

Sammenfatning af karakteristiske træk til adskillelse af almindelige hovedpinesygdomme
(NB: to eller flere kan optræde samtidigt)

	Migræne	Spændingshovedpine (SHP)	Klyngehovedpine (KH)
Tidsmønster	<p>tilbagevendende anfaldslignende episoder, varende 4 timer til 3 dage</p> <p>hyppighed ofte 1-2/måned, men varierer fra 1/år til 2/uge</p> <p>symptomfrihed mellem anfaldene</p>	<p>Episodisk SHP:</p> <p>tilbagevendende anfaldslignende episoder varende fra timer til flere dage</p> <p>1-14 dage påvirket pr. måned</p> <p>symptomfrihed mellem anfaldene</p> <p>Kronisk SHP:</p> <p>≥15 dages angreb pr. måned (ofte daglige og vedvarende)</p>	<p>Episodisk KH:</p> <p>kortvarige anfald (15-180 minutter) hyppigt tilbagevendende (typisk ≥1 daglig) i anfald på 6-12 ugers varighed en gang hvert år eller hvert andet år, og derefter remitterende</p> <p>Kronisk KH:</p> <p>lignende, men uden remissioner mellem anfaldene</p>
Typiske karakteristiske træk ved hovedpinen	ofte unilateral og/eller pulserende	<p>kan være unilateral, men oftere generaliseret; kan føles i hals og/eller nakke</p> <p>typisk beskrevet som tryk eller spænding</p>	strengt unilateral, omkring øjet
Intensiteten af hovedpinen	typisk moderat til svær	typisk mild til moderat	meget alvorlig
Ledsagende symptomer	<p>ofte kvalme og/eller opkastning</p> <p>ofte foto- og/eller fonofobi</p>	<p>ingen</p> <p>(mild kvalme, but ingen opkastning, kan ledsage kronisk SHP)</p>	strengt ipsilaterale autonome træk: rødt og rindende øje og/eller løbende eller tilstoppet næsebor, ptose
Reaktiv adfærd	undgår fysisk aktivitet (muligvis sengeleje); foretrækker mørke og stilhed	ingen specifik	markant agitation

Medicinoverforbrugshovedpine

Medicinoverforbrugshovedpine, et kronisk dagligt hovedpinesyndrom, er en forværring af en tidligere hovedpine (sædvanligvis migræne eller spændingshovedpine) ved kronisk overforbrug af medikamenter *taget for at behandle hovedpine eller andre smerter*.

Alle akutte hovedpinemedikamenter kan have denne effekt. Hyppighed, regelmæssighed og varigheden for indtagelse er vigtige risikofaktorer.

En historik kan skabes af hovedpine-episoder med stigende hyppighed, med stigende forbrug af medikamenter over måneder op til mange år.

Medicinoverforbrugshovedpine

- er forbundet med:
 - regelmæssig brug af simple analgetika i ≥ 15 dage pr. måned *og/eller*
 - regelmæssig brug af opioider, ergotaminer eller triptaner, eller en hvilken som helst kombination af disse, i ≥ 10 dage pr. måned
- optræder dagligt eller næsten dagligt
- er til stede – og ofte værst – ved opvågning om morgenen
- forværres i begyndelsen ved forsøg på at holde op med medicinen

Diagnosen medicinoverforbrugshovedpine bekræftes, hvis symptomerne forbedres inden for 2 måneder efter ophør af medicinoverforbruget.

4. DIFFERENTIEL DIAGNOSE AF ALMINDELIGE HOVEDPINESYGDOMME

Hver af de primære hovedpiner falder inden for den differentielle diagnose for hver af de andre. Medicinoverforbrugshovedpine falder inden for den differentielle diagnose for migræne og spændingshovedpine.

Ellers omfatter den differentielle diagnose nogle få alvorlige sekundære hovedpiner, som det er vigtigt at opdage.

Advarselstegn i historikken eller ved undersøgelsen

- hovedpine, som er ny eller uventet hos en individuel patient, eller som udvikler nye karakteristiske træk
- tordenskraldshovedpine (intens hovedpine med brat eller "eksplosivt" udbrud) (kan tyde på subaraknoidal blødning)
- hovedpine med atypisk aura (varighed >1 time, eller omfattende motorisk svaghed) (kan være symptom på TIA eller slagtilfælde)
- aura uden hovedpine med manglende tidligere historik for migræne med aura (kan være symptom på TIA eller slagtilfælde)
- aura, som opstår for første gang hos en patient ved brug af kombinerede orale p-piller (indikerer risiko for slagtilfælde)
- nyopstået hovedpine hos en patient over 50 år (kan være et symptom på temporal arteritis eller intrakraniell tumor), eller hos et barn i præpuberteten (kræver henvisning til specialist og diagnose)
- progressiv hovedpine, som forværres over uger eller mere (kan indikere intrakraniell pladskrævende læsion)
- hovedpine ledsaget af eller forværret ved stillingsskift eller andre bevægelser, som øger det intrakranielle tryk (kan indikere intrakraniell tumor)
- nyopstået hovedpine hos en patient med en cancerhistorik, HIV-infektion eller immundefekt (sandsynligvis sekundær hovedpine)
- ellers uforklarlig pyreksi ledsaget af hovedpine (kan indikere meningitis)
- fokale neurologiske tegn ledsaget af hovedpine (henleder tanken på sekundær hovedpine)

5. GENERELLE ASPEKTER VED BEHANDLING AF HOVEDPINE

De følgende principper er generelt af betydning for alle hovedpinesygdomme behandlet i almen praksis.

At klarlægge konsekvenserne

- Tilbagevendende invaliderende hovedpine er en belastning for den ramte person og har en indflydelse på andre. Disse omfatter familie, arbejdskollegaer og arbejdsgiver.
- Tilbagevendende invaliderende hovedpine kan føre til kompromisser i livsstilen, enten som reaktion på anfaldene eller i et forsøg på at undgå dem. På denne måde kan episodisk hovedpine have vedvarende indflydelse.

HALT-indekset, som er udviklet af *Lifting The Burden* (Appendiks 1) er et redskab til at vurdere belastningen med hensyn til tabt tid.

Realistiske mål for behandlingen

- Hovedpinesygdomme kan ikke kureres, men kan blive effektivt behandlet i de fleste tilfælde.
- De aftager sædvanligvis med alderen.

At berolige og forklare

- Mange mennesker med tilbagevendende hovedpine frygter fejlagtigt, at de har en skjult lidelse. Det må aldrig undlades at berolige patienten på passende vis.
- Uddybende forklaringer er et afgørende element ved præventiv behandling af patienter med migræne eller hyppig episodisk spændingshovedpine, som har risiko for at optrappe medicinforbruget.

En række foldere med patientinformation udviklet af *Lifting The Burden* (Appendiks 2) er for tiden til rådighed på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk. De giver grundlæggende forklaringer på migræne, spændingshovedpine, klyngehovedpine og medicinoverforbrugshovedpine og behandling deraf.

Årsager og udløsende faktorer

- Selvom patienterne ønsker at få at vide, hvad årsagen til deres hovedpine er, er det ikke altid muligt. Både genetiske og miljømæssige faktorer bidrager til processer, som ikke er helt forstået.
- Mange patienter søger hjælp til at identificere de udløsende faktorer. Betydningen af de udløsende faktorer for migræne er overbetonet. Når de er relevante for individuelle patienter, er de som regel umiddelbart indlysende. Det kan være vanskeligere at identificere udløsende faktorer, når de er kumulative og tilsammen bygger sig op til en "tærskel", hvis overskridelse udløser anfaldene. Selv når de identificeres, kan udløsende faktorer ikke altid undgås.
- Modsat hvad folk tror, findes der ingen "migrænediæt". De eneste udløsende faktorer med hensyn til ernæring, som støttes af evidens, er alkohol og mononatriumglutamat.

Opfølgning

Enhver patient, som tilbydes behandling, eller hvis behandling ændres, kræver opfølgning for at sikre, at den optimale behandling er blevet indledt.

Der anbefales brugen af en resultat-målestok. HART-indekset (Appendiks 1) er specielt velegnet som vejledende opfølgning i almen praksis.

Manglende resultater af behandlingen over længere tid indikerer henvisning til specialist.

Dagbøger og kalendere

Dagbøger anbefales til:

- at registrere symptomer og tidsmønstre, som bidrager til korrekt diagnosticering
- at registrere medicinforbrug og -overforbrug
- at afdække forbindelser med menstruationscyklus og andre udløsende faktorer

Kalendere anbefales til:

- at opmuntre patienten til at indvillige i profylaktisk medicinering
- at registrere effekten af behandlingen
- at overvåge forbrug og overforbrug af akut medicin under opfølgning
- at dokumentere resultater

6. RÅDGIVNING AF PATIENTER

Patienter med hovedpinesygdomme spørger som regel efter information. Mange finder eller har fundet misvisende information på Internettet.

Behandling uden medicin

Patienter, som spørger om følgende, kan få disse råd:

- **Biofeedback og afspændingsterapier** kan hjælpe og er potentielt nyttige valg, når medicinsk behandling må undgås. I sagens natur bør de kun udøves af uddannede terapeuter, men i de fleste lande står der kun meget få uddannede terapeuter til rådighed.
- **Fysioterapi** har bevist sin værdi for nogle patienter med spændingshovedpine. Der er brug for faglært og individualiseret terapi, som ikke er vidt udbredt og til rådighed i mange lande.
- **Akupunktur** gavner nogle patienter med migræne eller med spændingshovedpine, selvom store kliniske forsøg ikke har kunnet skelne mellem akupunktur og simuleret behandling. Den kræver faglært og individualiseret terapi.
- **Transkutan elektrisk nervestimulation (TENS)** kan hjælpe ved kroniske smerter, men dens værdi ved behandling af hovedpinesygdomme er ikke bevist.
- **Urter** kan for det meste ikke anbefales. Hestehov har i kliniske forsøg vist sig at have en vis effekt og er godkendt til brug i nogle lande, men præparater i handelen andre steder er af varierende indhold, og der er usikkerhed omkring toxicitet. Matrempræparater, som er i handelen overalt, har et stærkt varierende indhold, og deres toxicitet er ikke velundersøgt.
- **Homøopati.** Dens værdi er ikke bevist, og der er ingen patienthistorie, der taler for receptfrie homøopatiske remedier.
- **Refleksologi** har ingen videnskabelig basis.
- **Indretninger:** der er mange i handlen, nogle er dyre og markedsføres med udokumenterede påstande om deres virkning. "Anbefalinger" kan tilskrives placeboeffekt og bør ignoreres.
- **Kolde omslag** om hovedet og/eller halsen kan hos nogle mennesker lindre smerten eller ubehaget.

- **Tandbehandling**, herunder bideskinne og tand-løftende indretninger. Værdien ved behandling af hovedpine er ikke bevist og bør ikke anbefales til dette formål.
- **Briller** bør tilpasses af en optiker og bæres efter behov, men bygningsfejl er sjældent årsag til problematisk hovedpine
- **Lukning af patent foramen ovale (PFO)**: der er utilstrækkelig evidens for hypotesen om, at hyppigheden af migræne forbedres ved lukning af PFO, en procedure, som indebærer en lille, men relevant risiko for alvorlige komplikationer, herunder slagtilfælde, pericardial tamponade, aterieflimren og død. Flere prospektive forsøg er undervejs, og lukning af PFO bør ikke udføres med henblik på migræneprofylakse uden for disse forsøg.
- **Andre kirurgiske procedurer ved hoved eller hals** giver ingen gevinst og er potentielt skadelige.

Hormonel svangerskabsforebyggelse og HRT

Hovedpine er ofte en bivirkning ved orale kombinations p-piller (COC'er), og mange kvinder beretter om anfald eller forværring af migræne efter at være startet på disse.

Følgende råd om hormonal svangerskabsforebyggelse kan gives til patienter med migræne:

- både migræne med aura og etinyløstradiolkomponenten af COC'er er uafhængige risikofaktorer for slagtilfælde hos unge kvinder
- alternativer til COC'er anbefales til kvinder med migræne med aura og yderligere risikofaktorer for slagtilfælde (herunder rygning)
- svangerskabsforebyggelse kun med progesteron er acceptabel ved en hvilken som helst undertype af migræne

Hormonerstatningsterapi (HRT) er ikke kontraindiceret for migræne; beslutninger omkring at begynde eller fortsætte med HRT bør træffes i overensstemmelse med generelt anvendelige kriterier.

Ressourcer for patienten

Lifting The Burden har produceret en række foldere med patientinformation om de almindelige hovedpinesygdomme og deres behandling, og én om kvindelige hormoner og hovedpine (Appendiks 2). Disse er for tiden udgivet på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk.

World Headache Alliance

WHA er en velgørende paraplyorganisation. Dens website indeholder en stor mængde information til folk med hovedpine og links til mange andre nyttige

sites, herunder links til dens medlemsorganisationer i 26 lande.

Website: www.w-h-a.org

7. MEDICINSK BEHANDLING AF AKUT MIGRÆNE

Alle **voksne** med migræne bør have adgang til akut medicin.

Børn med kortvarige anfald kan reagere godt på sengeleje uden medicinsk behandling.

Hos voksne og børn vil der ved *regelmæssig* brug af akut medicin med korte mellemrum (på >2 dage/ugen) være risiko for udvikling af medicinoverforbrugshovedpine.

Medicinregulering

Alle patienter bør klatre op ad en behandlingsstige (*trinvis behandling*), hvor man sædvanligvis behandler tre anfald på hvert trin, før man går videre til det næste. Hvis denne strategi følges korrekt, opnås der med sikkerhed den mest effektive og prisbillige individuelle behandling.

Første trin: Symptomatisk behandling

- simple analgetika
- plus, om nødvendigt, et kvalmestillende middel.

Analgetika	Kvalmestillende midler
acetylsalicylsyre 900-1000 mg (kun voksne) <i>eller</i> ibuprofen 400-800 mg <i>eller</i> diclofenac 50-100 mg <i>eller</i> ketoprofen 100 mg <i>eller</i> naproxen 500-1000 mg <i>eller</i> (hvor disse er kontraindiceret) paracetamol 1000 mg	domperidon 20 mg <i>eller</i> metoclopramid 10 mg

Lokale vejledninger kan anbefale at prøve mere end et analgetikum i første trin, før man går videre til andet trin.

Paracetamol er ikke det første, man vælger, da beviserne på effektiviteten er begrænset.

Regler for første trin

- brug opløselige analgetika, eller mund-dispergerbare formuleringer
- tages tidligt under anfaldet, i en passende dosering
- et prokinetisk kvalmestillende middel inhiberer gastrisk stase, et tidligt træk ved migræne, som svækker biotilgængeligheden af oral medicin
- ved opkastning kan rektal administration foretrækkes:
 - analgetiske suppositorier (enten diclofenac 100 mg, ibuprofen 400 mg, ketoprofen 100-200 mg eller naproxen 500-1000 mg)
 - om nødvendigt kvalmestillende suppositorier (enten domperidon 30 mg eller metoclopramid 20 mg)

Første trin for børn (når det er nødvendigt)

- analgetika: ibuprofen 200-400 mg i henhold til alder og vægt
- kvalmestillende midler: domperidon 10-20 mg i henhold til alder og vægt.

Andet trin: Specifik behandling

Specifik anti-migræne medicin, formuleringer og doseringer til rådighed for andet trin (tilgængeligheden varierer fra land til land)	
almotriptan	tabletter 12,5 mg
eletriptan	tabletter 20 mg og 40 mg (80 mg kan være effektive, hvis 40 mg ikke er det)
frovatriptan	tabletter 2,5 mg
naratriptan	tabletter 2,5 mg
rizatriptan	tabletter 10 mg (og 5 mg, som skal bruges, når propranolol tages samtidigt); mund-dispergerbare oblater 10 mg
sumatriptan	tabletter og hurtigt opløselige tabletter 50 mg og 100 mg; suppositorier 25 mg; næsespray 10 mg (tilladt for mindreårige) og 20 mg; subkutan injektion 6 mg
zolmitriptan	tabletter 2,5 mg og 5 mg; mund-dispergerbare tabletter 2,5 mg og 5 mg; næsespray 5 mg
ergotamintartrat	tabletter 1 mg og 2 mg; suppositorier 2 mg

Regler for andet trin

- hvor de er tilgængelige, og med mindre de er kontra-indiceret, bør triptaner tilbydes alle patienter, hvis første trin ikke virker
- ergotamin har en meget lav og uforudsigelig biotilgængelighed, som svækker dens effektivitet, og en kompleks farmakologi og langvarig virkning, som fører til dårlig tolerance
- triptaner bør ikke anvendes regelmæssigt i mere end 10 dage pr. måned for at undgå risiko for medicinoverforbrugshovedpine
- triptaner er lidt forskellige, men der er store og uforudsigelige individuelle variationer hvad angår reaktionen på dem; nogle virker måske, mens andre ikke gør det; patienter bør prøve flere forskellige i forskellige formuleringer og vælge imellem dem
- begyndelsesdosis for alle orale triptaner (undtagen, i nogle tilfælde, eletriptan) er én tablet
- de fleste producenter anbefaler ikke en anden dosis, hvis den første ikke virker, men kan i nogle tilfælde være effektiv, hvis den tages senest 2 timer efter den første dosis
- triptaner er mere effektive, hvis de tages, når hovedpinen stadig er mild (denne instruktion bør kun gives til patienter, som pålideligt er i stand til at skelne mellem migræne og spændingshovedpine)
- når der er kvalme, kan der suppleres med domperidon 20 mg eller metoclopramid 10 mg
- når der er opkastninger, kan der med fordel anvendes sumatriptan-suppositorier, zolmitriptan-næsespray (absorberes gennem næseslimhinden) eller subkutan injektion med sumatriptan
- når alle andre triptaner er uvirksomme, bør subkutan injektion med sumatriptan 6 mg overvejes
- hos op til 40% af de patienter, som oprindeligt responderede på behandling med triptaner, vendte symptomerne tilbage inden for 48 timer (*tilbagefald*).

Behandling af tilbagefald

- der er sædvanligvis effekt af endnu en dosis triptan
- denne anden dosis kan føre til endnu et tilbagefald (når dette sker igen og igen, bør der skiftes triptan)
- NSAID'er kan være et effektivt alternativ.

Undgåelse af tilbagefald

- der er begrænset evidens for, at et af de nedenstående præparater kan forhindre nogle tilbagefald:
 - brug af både et triptan og et NSAID samtidig
 - brug af et triptan efterfulgt af et NSAID 6-12 timer senere.

Kontraindikationer for andet trin

Graviditet er en generel kontraindikation for ergotamin og alle triptaner.

Der er specifikke forholdsregler forbundet med nogle triptaner (se pharmakopé).

Alle triptaner og ergotaminer bør undgås af folk med:

- ukontrolleret hypertension
- koronare hjertelidelser, cerebrovaskulære lidelser og perifere vaskulære lidelser
- multiple risikofaktorer for koronare eller cerebrovaskulære lidelser.

Andet trin for børn

Der er ingen specifik anti-migrænemedicin, der har vist sig at have effekt hos børn (under 12 år). Mislykkes første trin, er der indikation for henvisning til specialist.

Opfølgning

Enhver patient, som tilbydes behandling, eller hvis behandling ændres, kræver opfølgning for at sikre, at den optimale behandling er blevet indledt.

Der anbefales brug af kalender for at kontrollere forbrug eller overforbrug af akut medicin og få et overblik over behandlingens effekt.

Der anbefales brugen af en resultat-målestok. HART-indekset (Appendiks 1) er specielt velegnet som vejledende opfølgning i almen praksis.

Der kan være indikation for profylaktisk behandling, hvis akut behandling fejler (se Behandlingsvejledning nr. 8: *Profylaktisk behandling af migræne*).

Patientinformation

Lifting The Burden har udgivet en informationsfolder om migræne og dens behandling (Appendiks 2). Den er for tiden tilgængelig på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk.

8. PROFYLAKTISK BEHANDLING AF MIGRÆNE

Enhver patient, hvis livskvalitet er forringet af migræne, hvad enten det er en voksen eller et barn, kan have behov for profylaktisk behandling sammen med akut medicin.

Indikationer for profylakse

Der kan *suppleres* med profylaktisk behandling, når:

- anfald er invaliderende to eller flere dage pr. måned, *og*
- optimeret akut behandling ikke forhindrer dette, *og*
- patienten er villig til at tage daglig medicin.

Andre indikationer for profylakse er:

- risiko for overforbrug af akut behandling, selv når den er effektiv (men profylaktisk medicin er ikke egnet til medicinoverforbrugshovedpine)
- for børn med hyppigt fravær fra skolen.

Effektiv medicin

Profylaktisk medicin med beviselig god effekt (tilgængelighed og regulatorisk godkendelse varierer fra land til land; brug af ikke godkendt medicin er et individuelt klinisk ansvar)	
beta-adrenergiske receptor-blokkere uden partiel agonisme	atenolol 25-100 mg bd <i>eller</i> bisoprolol 5-10 mg od <i>eller</i> metoprolol 50-100 mg bd <i>eller</i> propranolol LA 80 mg od - 160 mg bd
topiramate	25 mg od – 50 mg bd
flunarizin	5-10 mg od
natriumvalproat	600-1500 mg daglig
amitriptylin	10-100 mg nocte

Alle disse medikintyper har kontraindikationer og bivirkninger (sml. farmakopé).

Profylaktiske principper

- En kalender bør anvendes af enhver patient, som får profylaktisk behandling, for at vurdere virkningen og fremme patientsamarbejde.
- Manglende patientsamarbejde er en vigtig faktor, som svækker effekten af profylaktisk migrænebehandling; dosering én gang om dagen forbedrer patientsamarbejde.
- Enhver medicin bør doseres lavt i begyndelsen inden for det anbefalede område og dosis øges, hvis der ikke optræder ubehagelige bivirkninger.
- Medicin, som synes at være uden effekt, må ikke stoppes for tidligt; 2-3 måneder må være minimum for at opnå og observere effekt.
- Fordi en slags medicin slår fejl, kan man ikke gå ud fra, at andre inden for en anden gruppe slår fejl.
- Gradvis nedtrapning kan overvejes efter 6 måneder med god kontrol og bør senest overvejes efter 1 år.
- Amitriptylin kan foretrækkes, når migrænen optræder sammen med spændingshovedpine, depression eller søvnforstyrrelse.
- Propranolol har den bedste evidens med hensyn til sikkerhed under graviditet.

Profylakse for børn

- Beta-blokkere (dosering reguleret i henhold til vægt) eller flunarizin (dosering reguleret i henhold til alder) kan forsøges.

Opfølgning

Enhver patient, som tilbydes profylaktisk behandling, eller hvis behandling ændres, kræver opfølgning for at sikre, at den optimale behandling er blevet indledt.

Der anbefales brug af kalender for at fremme patientsamarbejde med den profylaktiske medicinering og få et overblik over behandlingens effekt.

Der anbefales brugen af en resultat-målestok. HART-indekset (Appendiks 1) er specielt velegnet som vejledende opfølgning i almen praksis.

Hvis profylaktisk behandling slår fejl

- grunden til, at behandlingen slår fejl, kan være underdosering eller utilstrækkelig varighed af behandlingen
- revurdering af diagnosen
- revurdering af patientsamarbejde
- revurdering af anden medicin, specielt med hensyn til overforbrug

- når den profylaktiske behandling stadig synes at være nytteløs, skal den afbrydes
- hvis alle forsøg fejler, er det en indikation for henvisning til specialist

Patientinformation

Lifting The Burden har udgivet en informationsfolder om migræne og dens behandling (Appendiks 2). Den er for tiden tilgængelig på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk.

Hormonel svangerskabsforebyggelse og HRT

Mange kvinder beretter om anfald og forværring af migræne efter at være påbegyndt kombinations p-piller (COC'er). Andre beretter om en forbedring af en allerede eksisterende migræne.

Følgende råd om hormonal svangerskabsforebyggelse kan gives:

- både migræne med aura og etinyløstradiolkomponenten af COC'er er uafhængige risikofaktorer for slagtilfælde hos unge kvinder
- alternativer til COC'er anbefales til kvinder med migræne med aura og yderligere risikofaktorer for slagtilfælde (herunder rygning)
- svangerskabsforebyggelse kun med progesteron er acceptabel ved en hvilken som helst undertype af migræne

Hormonerstatningsterapi (HRT) er ikke kontraindiceret for migræne; beslutninger omkring at begynde eller fortsætte med HRT bør træffes i overensstemmelse med generelt anvendelige kriterier.

Lifting The Burden har lavet en informationsfolder om kvindelige hormoner og hovedpine (Appendiks 2).

Botulinumtoksin (Botox)

Patienter kan spørge til denne behandling.

Der er utilstrækkelig evidens for effektiviteten af Botox som forebyggelse af migræne. Denne behandling anbefales ikke for øjeblikket.

Patent foramen ovale (PFO) og migræne

Patienter kan spørge til denne behandling.

Der er utilstrækkelig evidens for hypotesen om, at hyppigheden af migræne forbedres ved lukning af PFO. Denne procedure indebærer en lille, men relevant risiko for alvorlige komplikationer, herunder slagtilfælde, pericardial tamponade, aterieflimren og død. Flere prospektive forsøg er undervejs. Lukning af PFO bør ikke udføres med henblik på migræneprofylakse uden for disse forsøg.

9. MEDICINSK BEHANDLING AF SPÆNDINGSHOVEDPINE

Medicinsk behandling har begrænset effekt på spændingshovedpine, men inden for disse grænser er den effektiv for mange patienter.

Der kan være indikation for *enten* akut medicinering *eller* profylakse.

Akut medicinering bør anvendes med forsigtighed, når der ofte optræder hovedpine, fordi der er en risiko for medicinoverforbrug.

Akut indgriben

- Symptomatisk behandling med håndkøbsanalgetika er egnet til episodisk spændingshovedpine, som optræder ≥ 2 dage om ugen:
 - acetylsalicylsyre 600-1000 mg (kun voksne)
 - ibuprofen 400-800 mg
 - paracetamol 1000 mg, er mindre effektiv
- Episodisk spændingshovedpine >2 dage pr. uge er en indikation for profylakse i stedet for, og ikke som supplement til, akut indgriben.
- Det er usandsynligt, at disse behandlinger er effektive ved kronisk spændingshovedpine, og patienten risikerer medicinoverforbrugshovedpine.

Reglerne for akut indgriben

- Opioider bør undgås, især:
 - kodein og dihydrokodein
 - dextropropoxyphen
 - kombinationsanalgetika indeholdende nogen af disse.
- Barbiturater hører ikke hjemme i behandlingen af spændingshovedpine.
- Når hyppigheden af hovedpine stiger, stiger også risikoen for medicinoverforbrug.

Profylakse

- Amitriptylin, 10-100 mg om aftenen, er den medicin, der skal vælges ved hyppig episodisk eller kronisk spændingshovedpine.
- Nortriptylin forårsager færre anticholinergiske bivirkninger, men har mindre overbevisende effektivitet (amitriptylin kan erstattes af nortriptylin med samme dosis).

Principper for profylakse

- Intolerance reduceres ved opstart på en lav dosis (10 mg) og trinvis stigende med 10-25 mg over 1-2 uger.
- Der bør føres kalender for at vurdere effektiviteten og fremme patientsamarbejde.
- Profylakse, som synes at være uden effekt, må ikke stoppes for tidligt; 2-3 måneder må være minimum for at opnå og observere effekt.
- Gradvis nedtrapning kan overvejes efter 6 måneder med god kontrol, men der er sommetider indikation for at forlænge behandlingen

Opfølgning

Enhver patient, som tilbydes behandling, eller hvis behandling ændres, kræver opfølgning for at sikre, at den optimale behandling er blevet indledt.

Der anbefales brug af kalender for at kontrollere forbrug eller overforbrug af akut medicin eller for at fremme patientsamarbejde med hensyn til profylaktisk medicin, og for at få et overblik over behandlingens effekt.

Der anbefales brugen af en resultat-målestok. HART-indekset (Appendiks 1) er specielt velegnet som vejledende opfølgning i almen praksis.

Hvis profylaktisk behandling slår fejl

- grunden til, at behandlingen slår fejl, kan være underdosering eller utilstrækkelig varighed af behandlingen
- revurdering af diagnosen
- revurdering af patientsamarbejde (patienter, som ikke er blevet informeret om, at de modtager medicin, der ofte anvendes som antidepressiva og får fortalt hvorfor, kan forsømme behandlingen, når de finder ud af det).
- revurdering af anden medicin, specielt for overforbrug
- når den profylaktiske behandling stadig synes at være nytteløs, skal den afbrydes
- hvis alle forsøg fejler, er det en indikation for henvisning til specialist

Smertebehandling

På trods af de største anstrengelser er kronisk spændingshovedpine ofte upåvirkelig af medicinsk behandling.

Patienter i denne situation har brug for et smertehåndteringsprogram med vægten lagt på den psykologiske indstilling.

Patientinformation

Lifting The Burden har udgivet en informationsfolder om spændingshovedpine og dens behandling (Appendiks 2). Den er for tiden tilgængelig på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk.

Botulinumtoksin (Botox)

Patienter kan spørge til denne behandling.

Der er utilstrækkelig evidens for effektiviteten af Botox ved spændingshovedpine. Denne behandling anbefales ikke for øjeblikket.

10. MEDICINSK BEHANDLING AF KLYNGEHOVEPINE

Behandlingen af klyngehovedpine overlades sædvanligvis bedst til erfarne specialister, som ofte ser denne sygdom. At opdage klyngehovedpine i almen praksis er meget vigtigt for at kunne sikre hurtig henvisning.

Målet for både episodisk og kronisk klyngehovedpine er total undertrykkelse af anfald. Dette er ikke altid muligt at opnå.

Både akut medicinering og profylaktisk behandling spiller en rolle i behandlingen, men præventiv medicin er grundpillen for behandlingen i de fleste tilfælde.

Akutte behandlinger

- Sumatriptan 6 mg subkutan er den eneste gennemprøvede højeffektive akutte behandling, men kan ikke anbefales at blive brugt mere end 2 gange om dagen.
- Oxygen 100% med ≥ 7 l/min. og op til 15 min. (kræver en maske, som forhindrer genindånding, og en regulator) hjælper nogle mennesker og kan bruges så ofte, som det er nødvendigt.
- Analgetika, herunder opioider, hører ikke hjemme i behandlingen af klyngehovedpine.

Profylakse

Principper

- medicinen i tabellen bruges af specialister, idet effekten skal vejes op imod toxicitet.
- profylakse af episodisk klyngehovedpine bør starte så tidligt som muligt efter start af et nyt klyngeanfald og (med undtagelse af prednisolon, som kun anvendes i korte perioder) bør stoppes ved udtrapning 2 uger efter fuld remission.
- ved kronisk klyngehovedpine kan det være nødvendigt at fortsætte med behandlingen i længere tid
- fordi en slags medicin slår fejl, kan man ikke gå ud fra, at andre også slår fejl
- kombinationer kan afprøves, men det er klart, at den potentielle fare for forgiftning er høj

Medicin anvendt af specialister til profylakse af klyngehovedpine (alle er potentielt toksiske: se pharmakopé)	
verapamil 240-960 mg daglig	EKG-kontrol er tilrådelig
prednisolon 60-80 mg od i 2-4 dage, aftrapning ved dosisreduktion over 2-3 uger	kan kræve gentagelse pga. tilbagefald under dosisreduktion
lithiumcarbonat 600-1600 mg daglig	styrken skal kontrolleres
ergotamintartrate 2-4 mg daglig rektalt	udelades sædvanligvis hver 7. dag må ikke bruges sammen med sumatriptan
methysergid 1-2 mg tds	der holdes en pause i mindst 1 måned hver 6. måned anvendelse sammen med sumatriptan anbefales ikke

Opfølgning

Enhver patient med aktiv klyngehovedpine kræver hyppig opfølgning både for at sikre, at optimal behandling opretholdes og for at kontrollere for medicinforgiftning.

Patientinformation

Lifting The Burden har udgivet en informationsfolder om klyngehovedpine og dens behandling (Appendiks 2). Den er for tiden tilgængelig på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk.

11. BEHANDLING AF MEDICINOVERFORBRUGSHOVEDPINE

Medicinoverforbrugshovedpine er en forværring af en tidligere primær hovedpine ved kronisk overforbrug af medicin, som blev taget for at behandle den.

Når først denne tilstand er udviklet, er hurtig indgriben vigtig. Langtidsprognosen afhænger af medicinoverforbrugets varighed.

Behandling

- Forebyggelse, gennem undervisning, er bedre end helbredelse.
- Den eneste effektive behandling af en etableret medicinoverforbrugshovedpine er at udtrappe den eller de mistænkte medikamenter.

Målsætninger

Der er fire separate målsætninger for den komplette behandling af MOH, og alle er vigtige:

- den første er at opnå udtrapping af den overforbrugte medicin
- den anden, som bør følge efter, er helbredelse af MOH
- den tredje er at se på og revurdere den underliggende primære hovedpineforstyrrelse (migræne eller spændingshovedpine)
- den fjerde er at undgå tilbagefald.

Principper

- klar besked om, at den "behandling", en patient tager for hovedpine, faktisk er *årsagen* til den, er afgørende for at få succes
- patienter kan beroliges med, at resultatet af at trappe ud af medicinen som regel er god
- når patienten er advaret på forhånd, giver en brat udtrapping det bedste resultat; hospitalsindlæggelse er sjældent nødvendigt
- udtrapping fører initialt til en forværring af hovedpinen, så der anbefales planlægning for at undgå unødvendige afbrud i livsstilen (1-2 ugers sygemelding kan være nødvendig)
- efter 1-2 uger viser der sig sædvanligvis tegn på, at hovedpinen forbedres
- helbredelsen fortsætter langsomt gennem uger og måneder.

Opfølgning

- enhver patient, som trapper ud af medicin, kræver opfølgning for at give støtte og observere udfaldet
- første opfølgning anbefales efter 2-3 uger for at sikre, at udtrappingen er lykkedes
- det anbefales stærkt at anvende kalender for at registrere symptomer og medicinforbrug under udtrapping, og for at registrere ændringer i hovedpinemønsteret
- de fleste patienter får tilbagefald til deres oprindelige hovedpinetype (migræne eller spændingshovedpine) inden for 2 måneder; dette vil kræve opfølgning og passende behandling
- yderligere opfølgning er vigtig for at undgå tilbagefald, og de fleste patienter kræver længere tids støtte: tilbagefaldsraten er ca. 40% inden for 5 år.

At genintroducere udtrappet medicin

- udtrappet medicin bør efterfølgende så vidt muligt undgås
- når det er nødvendigt, kan den forsigtigt reintroduceres efter 2 måneder
- regelmæssig indtagelse bør aldrig overstige 2 dage/uge

Patientinformation

Lifting The Burden har udgivet en informationsfolder om medicinoverforbrugshovedpine og dens behandling (Appendiks 2). Den er for tiden tilgængelig på dansk, hollandsk, engelsk, fransk, tysk, italiensk, portugisisk og spansk.

12. BEHANDLING AF HOVEDPINE I ALMEN PRAKSIS: HVORNÅR SKAL DER HEN- VISES?

De fleste primære hovedpiner og medicinoverforbrugshovedpine er det bedst at behandle i den almene praksis.

Årsager til henvisning til specialist:

- usikkerhed omkring diagnose efter behørig udspørgen
- diagnosen er klyngehovedpine (de fleste tilfælde behandles bedst af specialister)
- mistanke om alvorlig sekundær hovedpine eller tilfælde, hvor undersøgelse kan være nødvendig for at udelukke alvorlig patologi (akut henvisning kan være nødvendig):
 - enhver hovedpine som er ny eller uventet hos en individuel patient, men specielt:
 - nyopstået tordenskraldshovedpine (intens hovedpine med brat eller "eksplosivt" udbrud)
 - nyopstået hovedpine hos en patient over 50 år
 - nyopstået hovedpine hos et barn i præpuberteten
 - nyopstået hovedpine hos en patient med en cancerhistorik, HIV-infektion eller immundefekt
 - usædvanlig migræneaura, specielt:
 - aura med varighed >1 time
 - aura forbundet med motorisk svaghed
 - aura uden hovedpine med manglende tidligere historik for migræne med aura
 - aura, som opstår for første gang ved brug af kombinerede orale p-piller
 - hovedpine med progressiv forværring over uger eller længere
 - hovedpine forbundet med stillingsskift indikativ for højt eller lavt intrakranielt tryk
 - hovedpine ledsaget af uforklarlig feber
 - hovedpine ledsaget af uforklarlige fysiske tegn
- vedvarende fejlslagen behandling
- komorbide sygdomme kræver specialistbehandling
- tilstedeværelse af risikofaktorer for koronare hjertelidelser kan begrunde en kardiologisk henvisning før brug af triptaner