

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

bejdere må vi erkende, at vi hyppigst ikke kan »helbrede« kroniske smerter selv ikke i de tilfælde, hvor en sandsynlig ætiologi kan diagnosticeres, og som socialarbejdere må vi erkende, at nogle individer af forskellige årsager ikke »passer« ind i det traditionelle arbejdsmarked og foretrækker at stå uden for på trods af den dermed forbundne reducerede økonomi. Systematiske uddannelsesmæssige aktiviteter inden for det kroniske smerteområde bør gennemføres over for medarbejdere i det sociale system og de dertil knyttede lægelige specialister. Hovedparten af uddannelsestilbuddene ligger i medicinalindustriens regi og er af indlysende grunde begrænset til analgetika.

Det kroniske smerteområde er imidlertid særdeles kompliceret og præget af mangel på strategi og koordination, og problemets omfang synes – i lighed med problemer med andre kroniske tilstande/sygdomme – at ekspandere i den vestlige verden. Etablering af et nationalt eller regionale centre med ansvar for koordinering af indsatsen inden for de forskellige involverede samfundssystemer og for de uddannelsesmæssige og videnskabelige aktiviteter vil næppe løse problemet, men kunne sandsynligvis medvirke til at sikre en vis

ensartethed og videnskabelig evidens i de aktiviteter, der allerede foregår.

Korrespondance: Per Sjøgren, Tværfagligt Smertecenter, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: rh12244@rh.dk

Antaget: 16. december 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-8.
2. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of literature. *Pain* 1998;77:231-9.
3. Eriksen J, Ekholm O, Sjøgren P et al. Development of and recovery from long-term pain. *Pain* 2004a;108:154-62.
4. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk manual til SF-36 – et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lif, 1997.
5. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;73:393-400.
6. Eriksen J, Sjøgren P, Ekholm O et al. Health care utilization among individuals reporting long-term pain. *Eur J Pain* 2004b;8:517-23.
7. Becker N, Højsted J, Sjøgren P et al. Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant pain patients. *Pain* 1998;77:279-87.
8. Højsted J, Alban A, Hagild K et al. Utilisation of health care system by chronic pain patients who applied for disability pension. *Pain* 1999;82:275-82.
9. Brattberg G. Selecting patients for pain treatment: applying a model to epidemiological data. *Clin J Pain* 1990;6:37-42.

Hovedpine

Forskningslektor Rigmor Højland Jensen

Amtssygehuset i Glostrup, Dansk Hovedpine Center,
Neurologisk Afdeling

Hovedpine er den hyppigste smertetilstand, der bringer danske patienter til læge. 31% af alle voksne danskere har på et eller andet tidspunkt i deres liv haft kontakt med egen læge på grund af hovedpine [1]. Migræne er den kendteste type hovedpine og indtager en 19. plads samlet og en niendeplads for kvindesygdomme på sygdomslisten i en nyligt publiceret WHO-rapport med hensyn til omkostninger og antal livsår med handicap [2]. Da hovedpine ligeledes kan være det første tegn på en alvorlig, livstruende sygdom, altså både et symptom og en selvstændig sygdom, er der et stort behov for en klar strategi. Tidligere gav den diffuse symptomatologi ofte anledning til den udbredte holdning, at hovedpinepatienter var vanskelige og tidskrævende, men med en stor forskningsmæssig indsats og forbedret behandling er der nu opnået mere systematik på området.

En præcis diagnose er en absolut forudsætning for en præcis og god behandling, og den samme patient kan lide af flere

forskellige typer af hovedpine. Det er derfor essentielt med identifikation af de forskellige hovedpineformer, så behandlingen kan optimeres til det enkelte anfald og den enkelte patient. Der findes endnu ikke en biologisk markør for hovedpine, og de otte spørgsmål til patienten (**Tabel 1**) kan være en hjælp for klinikerne.

Ifølge den internationale hovedpineklassifikation IHCD-II [3] er hovedpinelidelserne opdelt i primære og sekundære hovedpiner, og de diagnostiske kriterier er operationelle og klinisk anvendelige. Især varigheden af det enkelte anfald er en vigtig information, der hurtigt kan lede klinikerne hen på den rette diagnose (**Figur 1**).

I denne artikel vil det kliniske billede og behandlingen af de hyppigste hovedpineformer kort blive beskrevet.

Migræne

Migræne er en anfaldsvis (4-72 timer) hovedpine, hvor mindst to ud af følgende fire smertekriterier skal opfyldes: moderat til svær intensitet, pulserende kvalitet, unilateral lokalisation samt forværring ved fysisk aktivitet, og den skal være ledsaget af enten kvalme, foto- eller fonofobi [3]. Migræne har en livstidsprævalens på 16% med markant kønsforskel, således at 25% af alle kvinder og 10% af alle mænd har oplevet gentagne mi-

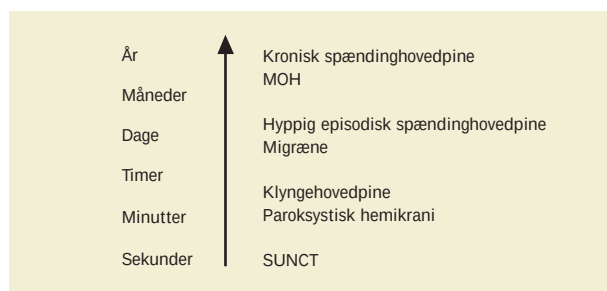
VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

græneanfald [4]. Migræne kan manifestere sig som migræne med aura (MA) eller migræne uden aura (MO). Især MA frembyder de væsentligste differentialdiagnostiske overvejelser (Tabel 2), mens MO er hyppigere forekommende og kan være sværere at behandle. Der er en familiær ophobning, men arvegangen er kompleks og multifaktorial. Den spontane prognose er generelt god, men debut i ung alder og hyppige anfald er risikofaktorer for vedvarende migræne [5]. Yngre kvinder med MA har en 3-6 gange forhøjet risiko for at få iskæmisk apopleksi, og rygning og brug af p-piller potentiører denne risiko betydeligt til en relativ risiko på 34, så lægelig rådgivning om anden antikonception og rygestop til disse patienter er påkrævet [6].

Selve årsagen til migræne kendes ikke, men de foreløbige genetiske resultater og den anfaldsvise karakter peger i retning af en neuronal ionkanallidelse, med en sekundær vaskulær reaktion.

Hovedpine af spændingstype

Denne type er den almindelige, »normale« hovedpine som 78% af befolkningen oplever på et eller andet tidspunkt i livet [4]. Den opdeles arbitrært i en sporadisk, episodisk form, der forekommer sjældnere end en dag pr. måned, i en hyppig episodisk form, der forekommer 1-14 dage pr. måned, og i en kronisk form, der forekommer oftere end 15 dage pr. måned [3]. Hovedpinen er kendetegnet ved mindst to af følgende smertekarakteristika: pressende, strammende smerte, bilateral lokalisering, let til moderat smertestyrke og ingen forværring ved fysisk aktivitet. Oftest er der ingen ledsagesymptomer og kun lys- eller lydoverfølsomhed er accepteret. 37% af den voksne danske befolkning har hyppig episodisk hovedpine, og 3% har den kroniske form dvs. oftere end 15 dage pr. måned [1, 4]. Denne type hovedpine, især den kroniske form, udgør dermed et væsentligt helbredsmæssigt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger [1, 4]. Der er næsten lige så mange mænd som kvinder, der lider af episodisk spændingshovedpine, mens den kroniske form forekommer med en mand:kvinde-ratio på 1:2 [4]. De primære



Figur 1. Tidsakse med angivelse af anfaldsvarighed for de enkelte typer primære hovedpiner inkl. *sudden unilateral neuralgiform pain with conjunctival tearing* (SUNCT) og medicinoverforbrugshovedpine (MOH).

udløsende faktorer er ikke længere aktuelle, men smerterne er vedvarende og aftager kun sparsomt eller slet ikke ved almindelig analgetisk behandling.

De sporadiske episodiske former har oftest en god spontan prognose, mens den kroniske form oftest er en livslang lidelse. Prognostiske indikatorer for vedvarende hovedpine er hyppig episodisk hovedpine, migræne, singlestatus og dårlig søvn [5].

Patofysiologisk er der en væsentlig komponent af muskulære forandringer i den episodiske form. Den kroniske form er formentlig betinget af en vedvarende perifer sensibilisering, der medfører sekundær central sensibilisering udviklet over en årrække [7]. Da den specifikke mekanisme ikke kendes i detaljer, er der meget begrænsede behandlingsmuligheder.

Trigeminal autonome hovedpinetyper

Trigeminal autonome hovedpiner (TAC) er en samlebetegnelse for de kortvarige, men meget intense, ensidige smerteanfald i øjenregionen, hvor der er ledsagende autonome symptomer som tåre- og næseflod, pupilforandringer, ptose og svedudbrud [3]. Af disse er klyngehovedpine (også kaldet Hortons hovedpine) den hyppigste. Det drejer sig om en periodisk meget stærk smerte i eller omkring et øje med samtidigt tåreflod, næseflod, eventuelt Horner's syndrom og/eller motorisk uro [3]. Prævalensen er 0,5-1 pr. 1.000, dvs. der skønnes at være 3.000-5.000 patienter med Hortons hovedpine i Danmark.

Varigheden af smerterne er i modsætning til ved migræne relativt korte, fra 20 minutter op til tre timer, og selv om intensiteten af migræne er betydelig, er smerten ved klyngehovedpine endnu værre [8]. Patienten med Hortons hovedpine har også en meget karakteristisk adfærd med udtalt uro, omkringfaren, irritabilitet og eventuelt selvmutilering i et forsøg på at aflede fokus fra de svære smerter, mens de kort efter anfaldet kan ses cigaretrykende og kaffedrikkende. Den typiske manifestation er en episodisk form, med 1-2 klyngeepisoder a 1-3 måneders varighed pr. år [3], mens 10-15% af patienterne har den kroniske form med hyppige, ofte daglige anfald igennem mere end et år og anfaldsfrihed i mindre end en måned [3].

Tabel 1. Otte vigtige spørgsmål til en hovedpinepatient.

1.	Har du en eller flere typer hovedpine? Beskriv dem separat hvis muligt
2.	Hvor hyppigt optræder den og hvor længe varer den?
3.	Hvor stærk er den?
4.	Er smerten pulserende, strammende eller jagende?
5.	Bliver smerten forværret ved fysisk aktivitet som trappegang, løb og lignende?
6.	Hvor sidder hovedpinen?
7.	Er der kvalme, opkastninger, fotofobi, fonofobi, tåre-næse-flod eller andre ledsagesymptomer?
8.	Tager du medicin, inkl. almindelige håndkøbsmidler? Hvor ofte og hvor meget?

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 2. Generel behandlingsstrategi ved de hyppigste hovedpineformer.

Behandling	Migræne	Spændingshovedpine	Klyngehovedpine (Hortons hovedpine)	Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)
Undgå triggerfaktorer	Visse fødeemner, vin og spiritus, hormoner, psykisk stress, uregelmæssig levevis	Ensidige arbejdsstillinger, manglende motion, psykisk og fysisk stress, dårlig søvn	Alkohol, nitroglycerin og potensmidler i klyngeperioden	Hyppig indtagelse af analgetika (maks. 15 dage pr. måned) eller specifik migræneanfaldsmedicin (maks. ti dage pr. måned)
Akut behandling	Acetylsalicylsyre og codein, paracetamol, nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer eller triptaner. Kombination med supplerende metoclopramid/ domperidon	Acetylsalicylsyre og codein, paracetamol, nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer i begrænset tidsperiode	O ₂ -inhalation på maske (7 l/min) eller sumatriptan-injektion eller næsespray	Brat seponering af analgetika og evt. triptaner. Støttebehandling med lavdosis levomepromazin i 1-2 uger. Ingen analgetika, men sengeleje og sygemelding
Obs.	Overvej administrationsform. Sæt begrænsning på triptaner maks. ti dage eller alm. analgetika maks. 15 dage pr. måned	Sæt begrænsning på alm. analgetika, maks. 15 dage pr. måned	Peroral anfaldsbehandling har sjældent effekt pga. kort anfaldsvarighed	Oftest udtalt forværring af hovedpinen i de første dage efter seponeringen, herefter hastig bedring spontant. Der anbefales to måneders medicinfri observation
Profylakse	Betablokkere topiramet valproat flunarizin candesartan	Amitriptylin mirtazapin	Verapamil lithium prednison Ved kroniske tilfælde er det oftest en specialistopgave	Iværksættelse af regelret medicinsk profylakse efter to måneder, hvis der fortsat er hovedpine, samt aftale om restriktivt brug af anfaldsmedicin fremover
Obs.	Langsom optrapning til effekt eller bivirkninger. Forsøg udtrapning efter 6-12 måneder	Langsom optrapning til effekt eller bivirkninger Forsøg udtrapning igen efter 6-12 måneder	–	Meget positive resultater efter medicinophør og oftest øget respons på både anfaldsmedicin og profylakse. Psykologisk støtte og motivation er vigtig

Modsat ved migræne synes der ikke ved klyngehovedpine at være nogen klar relation til de vanlige triggerfaktorer såsom kvindelige kønshormoner, stress og bestemte fødevarer, mens en meget begrænset mængde alkohol eller nitroglycerin kan fremprovokere anfald med få minutters latens i klyngeperioden.

Anfaldene kan optræde døgnet rundt, men ca. 50% kommer om natten og kan recidivere flere gange pr. nat. Mand:kvinde-ratioen er 2,5-5:1, altså 3-5 gange hyppigere hos mænd end hos kvinder. Middelstartalder er 28 år ved den episodiske form og 37 år ved den kroniske form (spændvidde 6-67 år) [8]. Hovedpinen begynder hyppigst i det tredje decennium, men kan ses helt ned til 6-8-års-alderen. Årsagen og patofysiologien ved klyngehovedpine er heller ikke klarlagt i detaljer.

De øvrige TAC's (episodisk og kronisk paroksyttisk hemikrani, *sudden unilateral neuralgiform pain with conjunctival tearing* (SUNCT)) er meget sjældnere, men også ganske karakteristiske i deres kliniske fremtræden [3]. Oplysning om anfaldsvarighed er derfor af meget stor betydning for diagnosen (Figur 1). En præcis og hurtig diagnose er vigtig, da mange patienter i årevis har zigzagget gennem behandlersystemet og udsat sig selv for uhensigtsmæssig og omkostningsfyldt behandling, før diagnosen endelig stilles og en effektiv behandling kan iværksættes.

Medicinoverforbrugshovedpine

Næsteften akut alkoholhovedpine (= tømmermænd) er den hyppigste sekundære hovedpine i Danmark medicinoverfor-

brugshovedpine (MOH). Prævalensen er på ca. 2% – dvs. at mere end 100.000 danskere har hovedpine på grund af forkert brug af hovedpinemedicin. MOH er ofte overset og kan især ses hos de patienter, der primært lider af hyppig migræne eller spændingshovedpine. Oven i den primære hovedpine kommer en sekundær hovedpine på grund af overforbrug af analgetika eller migrænemidler, en slags forgiftningshovedpine. Da langtidsprofylakse også her er mulig, og prognosen for markant bedring er optimal, er opsporing meget vigtig. Til diagnosen kræves en kronisk hovedpine oftere end 15 dage pr. måned gennem en tremånedersperiode og et forbrug af almindelige smertestillende tabletter i mere end 15 dage pr. måned eller brug af migræne medicin: ergotamin samt alle triptaner som sumatriptan, rizatriptan, zolmitriptan, naratriptan, almotriptan, eletriptan eller opioider i mere end ti dage pr. måned [3].

Klinisk er hovedpineanfaldene meget langvarige og hyppige, således at det ene anfald næsten afløser det andet. Det tidligere anfaldsmønster forsvinder, og patienterne kan opleve en daglig, lidt ukarakteristisk migrænelignende hovedpine, der svinder kortvarigt ved indtagelse af yderligere medicin. Der er ofte morgenhovedpine med let kvalme og forværring ved fysisk aktivitet samt ingen effekt af diverse behandling. Forværring af hovedpinen i de første dage ses ved medicinophør, idet abstinenserne er forstærket hovedpine, som svinder igen ved indtagelse af nye tabletter – en ond cirkel er startet!

Et absolut ophør med eller en kraftig reduktion af anfaldsmedicin i en minimum tomånedersperiode er derfor anbef-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

falet [3]. Hovedpinen aftager gradvist efter 5-6 dage, og patienten oplever en betydelig bedring i de følgende måneder [9]. Det konstante hovedpinemønster brydes, således at hovedpinen bliver anfaldsvis, og der er igen markant respons på anfaldsbehandling eller profylakse [9]. I bedste fald kan hovedpinen forsvinde helt. Forebyggelse med restriktivt medicinindtag og grundig information er derfor essentiel.

Det er kun anfaldsmedicin, ikke profylakse, der forårsager MOH, hvilket det er meget vigtigt at fremhæve over for patienterne.

Diagnose af hovedpine

Diagnosen stilles i de fleste tilfælde efter en grundig anamnese (Tabel 1). Det er ligeledes nødvendigt med en grundig, almen, objektiv og neurologisk undersøgelse, hvor eventuelle tegn på sekundære sygdomme bør opdaget.

Sekundær ætiologi må altid overvejes, hvis en patient har: akut debut af kraftig hovedpine, ændret anfaldsmønster, eksempelvis atypiske, hyppige eller langvarige auraanfald, debut i sen alder (≥ 40 år), crescendohovedpine, bevidstheds-påvirkning, neurologiske ledsagesymptomer eller udfald.

De vigtigste differentialdiagnoser til migræne og spændingshovedpine er: MOH, klyngehovedpine, subaraknoidalblødning, tumorer, transitorisk cerebral iskæmi/apoplexia cerebri, kranial arteritis, kranial venetrombose, kronisk subduralt hæmatom, idiopatisk intrakranial hypertension og øjenlidelser – især glaukom.

De vigtigste differentialdiagnoser til klyngehovedpine er: migræne, paroksysisk hemikrani (kortvarige, men multiple anfald), vaskulære malformationer især carotisaneurismer, cerebrale eller nasofaryngeale tumorer og trigeminusneuralgi. Ved debut må man altid være opmærksom på carotidisdissektion.

Behandling

Behandling af hovedpine er generelt meget vellykket, men det afhænger naturligvis af diagnose og forløb. Hvor de akutte sekundære hovedpiner kan være livstruende og nødvendiggøre akut intervention, kan de fleste primære hovedpineformer behandles ambulant.

En kort oversigt over behandlingsstrategi er vist i Tabel 2. Medicinsk profylakse bør overvejes hos alle patienter med hyppige anfald, men også rådgivning og grundig information om MOH er essentiel og bør indskræpes i alle de kliniske specialer, hvor man møder smertepatienter [10].

Fremtidsperspektiver

Langt de fleste personer med hovedpine behøver ingen lægehjælp eller kan behandles sufficient i primærsektoren. Konstant samfundsmæssig bevågenhed over for de betydelige omkostninger ved hovedpine er dog påkrævet, og diverse adfærdsmæssige tiltag til profylakse bør generelt fremmes. Patienter med hyppige migræneanfald, svær klyngehoved-

pine eller begrundet mistanke om sekundær ætiologi bør viderehenvises til en specialistvurdering. Et fåtal er stadig meget svære at diagnosticere og/eller behandle, og denne målgruppe bør henvises til højt specialiseret udredning og tværfaglig behandling. Det akutte migræneanfald kan i dag behandles rimeligt effektivt, mens profylakse af migræne og spændingshovedpine endnu ikke er optimal, ligesom kendskabet til de sjældnere og de sekundære hovedpinetyper er begrænset. Derfor er klinisk bevågenhed og øget forskningsindsats i de basale sygdomsmekanismer og bedre behandling en absolut nødvendighed.

Korrespondance: *Rigmor Højland Jensen*, Neurologisk Afdeling, Dansk Hovedpine Center, Amtssygehuset i Glostrup, DK-2600 Glostrup.
E-mail: rigj@glostruphosp.kbhamt.dk

Antaget: 16. februar 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jensen R et al. Secular changes in health care utilization and work absence for migraine and tension-type headache. *J Epidemiol Com Health* 2005;20:1007-14.
2. Andin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU et al. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12:1-27.
3. Headache classification subcommittee of IHS. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004;24(suppl 1):1-160.
4. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-57.
5. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T et al. Prognosis of migraine and tension-type headache. *Neurology* 2005;65:580-5.
6. Bousser MG, Welch KM. Relation between migraine and stroke. *Lancet Neurology* 2005;4:533-42.
7. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache – possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000;20:486-508.
8. Bahra A, May A, Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2003;58:354-61.
9. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Effect of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache centre. *Cephalalgia* 2005;25:1159-67.
10. Mathew N, Tfelt-Hansen P. General and pharmacological approach to migraine management. I: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM et al, red. *The Headaches*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2005: 433-40.