

Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184:V08210646

Ikkemedicinsk behandling af migræne og spændingshovedpine

Dagmar Beier^{1, 2}, Henriette E. Callesen³, Louise N. Carlsen^{4, 5}, Kirsten Birkefoss⁶, Hanna Tómasdóttir^{7, 8}, Hanne W&rtzen⁹, Henrik W. Christensen¹⁰, Lotte S. Krøll⁴, Mette Jensen^{11, 12}, Christel V. Høst⁵ & Jakob M. Hansen^{4, 5}

HOVEDBUDSKABER

- Der er et stort behov for ikkemedicinske interventioner til behandling af hovedpine.
- Der er usikkerhed omkring den mest effektive behandling af hovedpine.
- Nationalt Videnscenter for Hovedpine har offentliggjort en ny national klinisk retningslinje, som gennemgår evidensen for de mest brugte interventioner for migræne og spændingshovedpine.

1) Neurologisk Afdeling, Odense Universitetssygehus 2) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 3) Metodekonsulent Callesen, 4) Dansk Hovedpinecenter, Neurologisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet Glostrup, 5) Nationalt Videnscenter for Hovedpine, Dansk Hovedpinecenter, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet Glostrup 6) Sundhedsstyrelsen, 7) Danske Osteopater, 8) Q KLINIK, 9) Tværfagligt Smertecenter, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 10) Kiropraktorerens Videnscenter, Odense, 11) Dansk Medicinsk Akupunktur Selskab, 12) Doktor Jensen Akupunkturklinik, Fredericia

Ugeskr Læger 2022;184:V08210646

Der er et stort behov for ikkemedicinske interventioner til behandling af migræne og spændingshovedpine, idet standardbehandlingen kan være bivirkningsbehæftet. Formålet med denne statusartikel er at gennemgå den tilgængelige evidens for de oftest anvendte ikkemedicinske interventioner.

EPIDEMIOLOGI

Spændingshovedpine og migræne er blandt de hyppigste sygdomme overhovedet [1]. Etårsprævalensen for migræne er 35% og hele 38% for spændingshovedpine [1]. »The global burden of disease study« fra 2015 rapporterer, at hovedpinesygdomme er på sjettepladsen [1] med hensyn til »år levet med handicap« i hele verden [1-3], og migræne er den hyppigste årsag til sygelighed blandt voksne under 50 år [4, 5].

I Danmark har 80% af befolkningen haft spændingshovedpine inden for et år [6], og migrænepatienter udgør 14% af alle sygedage i den danske befolkning [7].

Ifølge »Sygdomsbyrden i Danmark« fra 2015 [7] er risikofaktorer for migræne bl.a. køn, alder, familiær disposition, høj arbejdsbelastning og hyppig spændingshovedpine [7-9], og risikofaktorer for spændingshovedpine er dårligt selvvurderet helbred, manglende evne til at slappe af efter arbejde og søvnunderskud [8].



National Klinisk Retningslinje for ikke-medicinsk behandling af hovedpinesygdomme

Marts 2021

Nationalt Videnscenter for HOVEDPINE

National klinisk retningslinje for ikke-medicinsk behandling af hovedpinesygdomme

STANDARDBEHANDLING

Spændingshovedpine behandles akut med simple analgetika og afhængig af hyppigheden forebyggende med antidepressiva [10].

Standardbehandlingen af migræne omfatter anfaldsbehandling med simple analgetika og migrænespecifikke præparater som triptaner kombineret med antiemetika [10, 11]. Forebyggende behandling tilbydes afhængig af hyppigheden og består af antihypertensiva og antiepileptika [10, 12]. Botulinumtoksin og calcitonin-gene-related peptide/receptor-antistoffer er yderligere behandlingsmuligheder, som i Danmark er forbeholdt kronisk

migræne og udelukkende tilbydes på landets hovedpineklivniker [10, 13, 14].

IKKEMEDICINSK BEHANDLING

Forebyggende medicinsk behandling af hovedpinesygdome kan være behæftet med udtalte bivirkninger, som kan føre til seponering af behandlingen. Der er derfor ofte et ønske om komplementære, ikkemedicinske behandlingstilbud, som i varierende grad bruges til akut og forebyggende behandling, som supplement til den medicinske behandling eller i stedet for den.

I Danmark har hovedpinecentre med regions- og højtspecialiseret funktion etableret såkaldte »hovedpineskoler«, tværfaglige behandlingstilbud, som integrerer ikkemedicinske interventioner som tillæg til den medicinske behandling [15].

Litteraturen afspejler et stadig voksende udvalg af ikkemedicinske interventioner, men kvaliteten af studierne varierer, og ikke alle bruger uniforme diagnostiske kriterier fra International Headache Society (IHS) [16], og nogle gange skelnes der kun mellem kronisk og ikkekronisk hovedpine. Manglende metodologiske rigor gør det svært at sammenligne resultaterne. Derudover er det oftest ikke muligt at blinde deltagerne i studierne, idet der ikke findes »sham«-interventioner, og effekten af selve »sham«-interventionerne er tit uafklaret. Herudover er der forskel blandt studierne med hensyn til målte outcomes, antal, varighed og applikationsskema af de anvendte interventioner. Designet af studierne har tit forårsaget en høj risiko for performance og detection bias, inkonsistente og upræcise resultater.

Tilsammen medfører disse begrænsninger lav evidens og dermed usikkerhed omkring den mest effektive behandling. Der findes kun få kliniske retningslinjer, som varierer med hensyn til videnskabelige metoder og derfor fremfører modstridende anbefalinger.

I 2000 anbefalede en amerikansk retningslinje biofeedback og kognitiv adfærdsbehandling til behandling af migræne [17]. I 2012 viste den britiske National Institute for Health and Care Excellence (NICE)-retningslinje i modsætning hertil evidens for effekten af akupunktur, men ikke for hverken manuel eller psykologisk behandling ved primære hovedpinesygdome [18], og i samme år konkluderede Italian Society for the Studies of Headaches i deres retningslinje, at der var bedst evidens for akupunktur og biofeedback som forebyggende behandling mod migræne [19].

I marts 2021 blev den første danske nationale kliniske retningslinje (NKR) for ikkemedicinsk behandling af hovedpinesygdome offentliggjort [20]. Retningslinjen omhandler behandling af migræne og spændingshovedpine med de mest brugte og i hele Danmark tilgængelige ikkemedicinske interventioner: manuelle ledmobiliserende teknikker, superviseret fysisk aktivitet, psykologisk behandling, akupunktur og patientuddannelse. Anbefalingerne er baseret på den aktuelt tilgængelige evidens, herunder ingen rapporter om alvorlige bivirkninger, den tilknyttede afdækning af patientpræferencer og, jf. manglen af evidens, udtalelser fra specialister – se Tabel 1 og Tabel 2 [20].

TABEL 1 Migræne. Anbefalinger i henhold til den nationale kliniske retningslinje for ikkemedicinsk behandling af hovedpinesygdomme, Nationalt Videnscenter for Hovedpine, marts 2021.

Anbefaling	Intervention	Betydning i praksis
Svag	Manuelle ledmobiliserende teknikker	Overvej manuelle ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling
Svag	Superviseret fysik aktivitet	Overvej superviseret fysisk aktivitet i tillæg til vanlig behandling
Svag	Akupunktur	Overvej akupunktur i tillæg til vanlig behandling
Svag	Psykologbehandling	Overvej psykologbehandling i tillæg til vanlig behandling til patienter der oplever at migrænen i betragtelig grad begrænser livsførelsen
Svag	Patientuddannelse	Overvej patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling

TABEL 2 Spændingshovedpine. Anbefalinger i henhold til den nationale kliniske retningslinje for ikkemedicinsk behandling af hovedpinesygdomme, Nationalt Videnscenter for Hovedpine, marts 2021.

Anbefaling	Intervention	Betydning i praksis
Svag	Manuelle ledmobiliserende teknikker	Overvej manuelle ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling
	Superviseret fysik aktivitet	Overvej superviseret fysisk aktivitet i tillæg til vanlig behandling
	Akupunktur	Overvej akupunktur i tillæg til vanlig behandling
	Psykologbehandling	Overvej psykologbehandling i tillæg til vanlig behandling til patienter der oplever at spændingshovedpinen i betragtelig grad begrænser livsførelsen
God praksis: konsensus	Patientuddannelse	Det er god praksis at overveje patientuddannelse for patienter med spændingshovedpine

MANUEL BEHANDLING

Manuel behandling indeholder alle manuelle teknikker [21], der sigter mod at påvirke led, muskler og bindevæv omkring led, f.eks. i rygsøjlen, hvor det typisk handler om mobilisering, dvs. en påvirkning af rygsøjlets led inden for leddets normale bevægeområde, herunder oscillerende bevægelser fra lav til høj kraftpåvirkning, som er hurtige manipulationer med »high velocity, low amplitude«-teknikker, hvor der typisk forekommer kavitation i leddet (knæklyd). Behandlingsformen anvendes mod lokaliserede smertetilstande samt nedsat mobilitet i rygsøjlen. Ved vurderingen af spændingshovedpine og migræne bør såvel patientens muskulatur i nakken og hovedet som ledfunktionen i rygsøjlen evalueres ved den objektive undersøgelse. Samtidig findes der en meget stor variation af andre teknikker såsom muskel-energi-teknikker, »strain-counterstrain«, myofascialteknikker m.fl., med sparsom evidens hos patienter med hovedpine.

Mobilisering og manipulation er de to mest udbredte teknikker også i videnskabelige studier [20]. Mange studier er begyndt at kombinere flere interventioner, hvilket gør evidensafdækningen vanskelig. I henhold til den nye

NKR anbefales det at overveje manuelle ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling af migræne og spændingshovedpine [20].

SUPERVISERET FYSISK AKTIVITET

I WHO-klassifikationen er træning defineret som planlagt, gentaget og struktureret fysisk træning, der sigter mod forbedring eller opretholdelse af en eller flere komponenter af den fysiske fitness. Superviseret fysisk aktivitet omfatter i forbindelse med hovedpine forskellige former for fysisk træning. I forskellige studier afprøves konditionstræning som intervaltræning med høj intensitet [20] eller konditionstræning med moderat intensitet [20] som forebyggende behandling for migræne. Ved spændingshovedpine anvendes ofte styrketræning for forskellige muskelgrupper, f.eks. nakke og skulder [20], kombineret med afspændingsøvelser, idet patienter med spændingshovedpine havde reduceret muskelstyrke i nakke- og skuldermuskulatur ved en isometrisk styrketest [22], og forskellige studier har fundet en positiv effekt af styrketræning på spændingshovedpine [20]. I henhold til den nye NKR anbefales det at overveje superviseret fysisk aktivitet i tillæg til vanlig behandling af migræne og spændingshovedpine [20].

PSYKOLOGISK BEHANDLING

Psykologisk behandling af hovedpine omfatter forskellige behandlingsformer som kognitiv adfærdsterapi og mindfulnessbaserede interventioner: mindfulnessbaseret stressreduktion/mindfulnessbaseret kognitiv terapi, som varierer med hensyn til formål (f.eks. sygdomsmestring, stresshåndtering, søvnforbedring), format (telefonisk, webbaseret, ved fremmøde – individuelt eller gruppebaseret) og intensitet (ugentligt over fire uger eller op til fire måneder) [20]. Mindre veletableret er biofeedback [23] (træning i at kontrollere f.eks. muskelspænding via teknologi, som giver patienten umiddelbart indblik i egne fysiologiske processer) og afspændingsteknikker (bl.a. progressiv muskelafspænding og autogen træning). Imidlertid retter behandlingen sig mod risikofaktorer (stress og dårlig søvn) og faktorer med betydning for livskvalitet (coping-strategier [24]) og sygdomsbyrde (psykisk komorbiditet og smerteintensitet). I henhold til den nye NKR anbefales det at overveje psykologisk behandling i tillæg til vanlig behandling til patienter, der oplever, at hovedpinen i betragtelig grad begrænser deres livsførelsen [20].

AKUPUNKTUR

Akupunktur er behandling med nåle placeret i hud eller muskler, som fremkalder bl.a. en øget blodgennemstrømning, udskillelse af smertereducerende hormoner og relaksation af muskulaturen. Nogle gange sættes der en let strøm til nålene (elektroakupunktur). Nålene sættes i ømme punkter i muskulaturen (triggerakupunktur). Mange klassiske akupunkturpunkter er også triggerpunkter. Ved hovedpinesygdomme er der især fokus på spændte muskler, specielt m. trapezius, m. temporalis og m. masseter, som man har tendens til at spænde op i under psykisk belastning. Der er stor variation i, hvilke punkter som benyttes under behandlingen af hovedpinesygdomme, og dermed også effekten heraf. Som kontrolintervention anvendes »sham«-akupunktur med nåle, som enten ikke penetrerer huden eller placeres »ukorrekt« [20]. I henhold til den nye NKR anbefales det at overveje akupunktur i tillæg til vanlig behandling af migræne og spændingshovedpine [20].

PATIENTUDDANNELSE

Patientuddannelse består af sygdomsspecifik undervisning af den enkelte patient eller på holdniveau og skal sikre patienten tilstrækkelig viden om sygdommen og dens håndtering. Gennem dialog, katedralundervisning, hjemmeøvelser og/eller hjemmeopgaver uddannes patienten og pårørende i årsager og udløsende faktorer af sygdommen, symptomer, behandlingsmuligheder og medicinforbrug, men ligeledes i egenomsorg, livsstil, kost, motion og søvn. Patienten kan indhente informationer webbaseret eller via uddannelsesprogrammer.

Patientundervisning tilbydes f.eks. via Nationalt Videnscenter for Hovedpine, patientforeningerne og hovedpineskolerne i hovedpinecentre. I henhold til den nye NKR anbefales det at overveje patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling af migræne, og det betragtes som god praksis at overveje det i tillæg til vanlig behandling af spændingshovedpine [20].

NEUROSTIMULATION

Neurostimulation omfatter interventioner med elektroder, som stimulerer nerver i forskellige lokalisationer med henblik på smertereduktion [25]. Interventionerne anvendes tit til behandling af kroniske smerter. Hovedpinerelaterede interventioner [26] omfatter blandt andet perifer nervestimulation, perkutan suboccipital nerve-stimulation, stimulation af henholdsvis nervus vagus (VNS) og ganglion sphenopalatinum og dyb hjernestimulation af den posteriore thalamus. Mens alle de nævnte metoder er invasive og derfor kun bruges som ultima ratio, er transkutane stimulationsmetoder, som kan deles i transkraniel (oftest magnetisk (TMS), elektrisk [27] og transkutan stimulation af perifere nerver, noninvasive. TMS er blevet godkendt af American Food and Drug Administration (FDA) til behandling af akutte migræne angreb. Derudover har man udviklet devices til VNS og transkutan supraorbital nerve-stimulation, og sidstnævnte er blevet godkendt af FDA til akut og forebyggende behandling af migræne i voksne. Værdien af neurostimulation i hovedpinebehandling er ikke endelig afklaret, og Den Europæiske Hovedpineforening anbefaler, at behandlingen med neurostimulation forbeholdes kroniske, behandlingsrefraktære cases i protokollerede forsøg, således at der samles evidensbaseret viden [28].

Fremtidig forskning bør fokusere på standardisering af interventionerne og deres evaluering i randomiserede studier i henhold til retningslinjer fra IHS [16] og CONSORT Statement [29] for, hvordan man rapporterer kliniske studier [30]. Bedre, veldesignede studier vil medvirke til at afklare evidensen og integrere ikkemedicinske hovedpinebehandlinger i et tværfagligt behandlingsforløb allerede fra starten i primærsektoren.

KONKLUSION

Baseret på den aktuelle evidens bør manuelle ledmobiliserende teknikker, superviseret fysisk aktivitet, psykologisk behandling, akupunktur og patientuddannelse overvejes som supplement til den vanlige behandling i patienter med migræne og spændingshovedpine.

Korrespondance *Dagmar Beier*. E-mail: dagmar.beier@rsyd.dk

Antaget 25. november 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 31. januar 2022

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V08210646

SUMMARY

Non-pharmacological treatment of migraine and tension-type headache

Dagmar Beier, Henriette E. Callesen, Louise N. Carlsen, Kirsten Birkefoss, Hanna Tómasdóttir, Hanne W&rtzen, Henrik W. Christensen, Lotte S. Krøll, Mette Jensen, Christel V. Høst & Jakob M. Hansen

Ugeskr Læger 2022;184:V08210646

Migraine and tension-type headache are among the most frequent diseases of the world. As pharmacological

treatment often is associated with distinct side effects, there is an increasing need for non-pharmacological treatment options. However, there has been a striking lack of evidence with regards to the efficacy of the huge variety of non-pharmacological interventions. In this review, we present the available evidence for the most common non-pharmacological treatment options with focus on the national clinical guideline for non-pharmacological treatment of headache disorders published in 2021.

REFERENCER

1. Saylor D, Steiner TJ. The global burden of headache. *Semin Neurol*. 2018;38:182-190.
2. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1603-1658.
3. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545-1602.
4. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T et al. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *J Headache Pain*. 2018;19:17.
5. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211-1259.
6. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T et al. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J epidemiol*. 2005; 20: 243-9.
7. Flachs E, Eriksen L, Koch M et al. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2015.
8. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol*. 2008;7:354-61.
9. Merikangas KR. Contributions of epidemiology to our understanding of migraine. *Headache*. 2013;53:230-46.
10. Schytz HW, Amin FM, Jensen RH et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 3rd edition, 2020. *J Headache Pain*. 2021;22:22.
11. Oskoui M, Pringsheim T, Holler-Managan Y et al. Practice guideline update summary: acute treatment of migraine in children and adolescents: report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2019;93:487-499.
12. Sacco S, Braschinsky M, Ducros A et al. European headache federation consensus on the definition of resistant and refractory migraine : Developed with the endorsement of the European Migraine & Headache Alliance (EMHA). *J Headache Pain*. 2020;21:76.
13. Sacco S, Bendtsen L, Ashina M et al. European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. *J Headache Pain*. 2019;20:6.
14. Bendtsen L, Sacco S, Ashina M et al. Guideline on the use of onabotulinumtoxinA in chronic migraine: a consensus statement from the European Headache Federation. *J Headache Pain*. 2018;19:91.
15. Jensen R, Mitsikostas DD, Valade D et al. Guidelines for the organization of headache education in Europe: the headache school II. *J Headache Pain*. 2010;11:161-5.
16. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38:1-211.
17. Campbell JK, Penzien DB, Wall EM. Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioral and physical treatments. American Academy of Neurology, 2000.
18. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012.
19. Sarchielli P, Granella F, Prudenzano MP et al. Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version. *J Headache Pain*. 2012;13(suppl 2):S31-S70.
20. Nationalt Videnscenter for Hovedpine. National klinisk retningslinje for ikke-medicinsk behandling af hovedpinesygdomme. 2021. videnscenterforhovedpine.dk/wp-content/uploads/2021/03/NKR-Hovedpine_240321.pdf.
21. Peterson DH, Bergmann TF. Chiropractic technique: principles and procedures. Mosby Incorporated, 2002.
22. Andersen CH, Jensen RH, Dalager T et al. Effect of resistance training on headache symptoms in adults: secondary analysis of

- a RCT. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017;32:38-43.
23. Trautmann E, Lackschewitz H, Kröner-Herwig B. Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents - a meta-analysis. *Cephalalgia.* 2006;26:1411-26.
 24. Biggs A, Brough P, Drummond SJT et al. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. I: Cooper CL, Quick JC, red. *The handbook of stress and health: a guide to research and practice.* Wiley-Blackwell, 2017:351-64.
 25. Riederer F, Penning S, Schoenen J. Transcutaneous supraorbital nerve stimulation (t-SNS) with the Cefaly(®) device for migraine prevention: a review of the available data. *Pain Ther.* 2015;4:135-147.
 26. Magis D, Schoenen J. Advances and challenges in neurostimulation for headaches. *Lancet Neurol.* 2012;11:708-19.
 27. Magis D, Jensen R, Schoenen J. Neurostimulation therapies for primary headache disorders: present and future. *Curr Opin Neurol.* 2012;25:269-76.
 28. Den Europæiske Hovedpineforening. 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4231359/>.
 29. CONSORT Statement. 2010. <http://www.consort-statement.org>.
 30. Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of migraine attacks in episodic migraine in adults. *Cephalalgia.* 2020;40:1026-1044.