


• Nr. 3 • oktober 2021

MigræneNyt

- 
- **Migræne ændrer sig med alderen**
 - **Unge migrænetriggere**
 - **Migræne sætter fremtidsdrømmene på pause**

Migræne danmark
så får du ærlig information

Leder

Formanden har ordet

Vi er en milliard migrænikere på denne planet. Heraf bor ca. ½ million her i landet. Vi er mange!

Men vi er en blandet flok. Unge, gamle, og rigtigt mange kvinder i deres bedste og travleste alder. Migræne rammer nemlig især dem, som er i alderen 20 – 50 år. Lige netop den periode, hvor vi har små børn, et job, vi gerne vil udfylde godt og fornøftigt, og ønsker om at nå det hele. Men migræne kan begynde tidligt og fortsætte langt op i årene.

Langt de fleste migrænikere har kun få anfald om måneden. De kan måske klare dagen og vejen med håndkøbsmedicin. Ca. 3% af migrænikerne har kronisk migræne, dvs. mere end 15 hovedpinedage om måneden, heraf mindst 9 migrænedage. Og så er der en 'mellemlig gruppe' med så mange migrænedage om måneden, at håndkøbsmedicinen ikke er egnet.

Det er især de to hårdest ramte migrænegrupper, som Migræne danmark arbejder for.

Lige for tiden er de varmeste emner, at der stadig er meget lange ventetider på at få CGRP-antistoffer (f.eks. Aimovig og Ajovy), og der er alt for få læger, som er villige til at udskrive triptandoser som kan dække os i f.eks. en stresset periode. Mange læger udskriver stadig triptaner på rygmarven, og tror triptanerne er farlige og skal begrænses. Vi hører stadig fra migrænikere, som kun får 6 tabletter om måneden, selvom de har migræne mange flere dage.

Det giver ikke mening at tvinge migrænikerne fra triptanerne og over på håndkøbsmedicin, som 1. har en større risiko for at fremprovokere MOH (medicinoverforbrugshovedpine), 2. giver en MOH som kræver en længere saneringsperiode end triptanerne, og 3. som har en væsentlig værre bivirkningsprofil med risiko for bl.a. mavesår.

'Interessant' er det også, at der er voldsomt stor forskel mellem de lande, vi ofte sammenligner os med, med hensyn til, hvilke typer medicin vi tilbydes som forebyggende. Der er helt klart ikke enighed blandt lægerne i de europæiske lande om, hvilke midler, der virker bedst. Det bør der gøres op med.

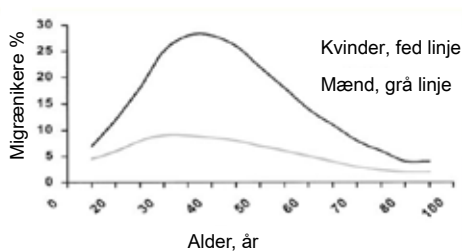
Der sker meget indenfor forskningen omkring migræne for tiden. Det gælder bl.a. på de biokemiske forhold, som er årsagen til vores migræner. Det er vigtig forskning, som vi håber vil gøre en forskel i fremtiden.

Læs mere om alt dette længere inde i bladet.

Anne Egelund
Forperson, Migræne danmark

Forsidebillede: Migræne kan fortsætte til højt op i alderen, både for mænd og kvinder. Men migrænen ændrer sig og bliver – måske – mindre belastende når vi bliver ældre.

Foto: Pexels.com



Migræne danmark
Anne Egelund
Mosevangen 49
3460 Birkerød
info@migraeniker.dk
www.migraeniker.dk



MigræneNyt udgives 3 gange om året.

Personligt medlemskab, biblioteker og institutioner: 250 kr.
Unge under 25 år og pensionister: 125 kr.
Familiemedlemskab (alle på adressen): 250 kr.

Kontingentet dækker kalenderåret.

Redaktør: Anne Egelund
migraenenyt@migraeniker.dk

Kontigent opkræves via PBS eller giro. Medlemskabet kan også betales via mobilepay 91134.
Husk at skrive navn, adresse og mail i meddelelsesfeltet.

Migræne danmark's bestyrelse:
Formand Anne Egelund
Næstformand Mille Johnsen
Kasserer Malene Brix Pilegaard
Bestyrelsesmedlem Dorrit Bjerregaard
Bestyrelsesmedlem Hanne Lutz

Layout: MECATUM
Tryk: DegnGrafisk A/S

Indlæg markeret med initialerne AE eller ABO er skrevet af henholdsvis Anne Egelund og Anne Bülow-Olsen. Artikler markeret med MBP er skrevet af Malene Brix Pilegaard.

LEDER	2	Formanden har ordet
MEDICIN	4	Nye toner om behandling af MOH
	5	Rapport fra det virkelige liv med Aimovig
	5	Vi ønsker hurtig virkning, få bivirkninger, lang virkning og helst også en rimelig pris på vores medicin
	6	Førstevalg – hvad er det?
	6	Vidste du at...
	7	The Brain Prize 2021
	8	Store forskelle mellem migrænebehandling fra land til land
ALDER	9	Migræne på arbejdspladsen
	10	TEMA: Migræne i forskellige livsfasen
	10	Migræne og overgangsalder
	10	Vidste du at...om MOH i Norge og Sverige
	11	Ældre har da ikke migræne?
	11	Migræne ændrer sig når vi bliver gamle
	12	Migræne omkring menopausen
	13	Børn og unge med migræne
	14	Når fremtidsdrømmene sættes på pause
	15	Unge menneskers migræne udløses af...
	16	Fakta om hovedpine og migræne hos børn og unge
FOREDRAG	17	Foredrag i Roskilde og Online foredrag
MIGRÆNE	18	Aura eller blodprop i hjernen?
	19	Migrænikere er ikke gode til rutchebaner
	19	Søvn og migræne – optimal behandling af migrænen hjælper på søvnen
ENZYMER	20	Vi har tre bolværker mod tyramin og andre fremmedstoffer
	21	MAO - langt fra fuldt belyst
MIGRÆNE	21	Kan ubehandlet migræne øge antallet af anfald?
ENZYMER	22	TAAR – en meget vigtig receptor
BEHANDLING	23	Er du rig får du bedre migrænebehandling (i USA)
BAGSIDEN	24	Det er kvaliteten af forskningen der er vigtig – men kvantiteten er det måske også lidt

ÆRLIG INFORMATION

MigræneNyt er Migræne danmarks medlemsblad. Her får du blandt andet de aller nyeste resultater fra dansk og international forskning på migræne-området, grundig viden om medicin og sociale forhold, og du kan læse om erfaringer fra mennesker, der selv lider af migræne.

Nye toner om behandling af MOH

medicin

Migræne danmark har påpeget det flere gange i de sidste mange år. Medicinsanering ved totalt ophør med smertestillende medicin og/eller triptaner påfører patienterne unødige smerter.

Nu er der [gennemført en undersøgelse](#) for at vise, om danske migrænikere får den bedste effekt af

1. fuldstændigt medicinstop i 8 uger og derefter forebyggende behandling efter behov (lyseblå på figuren)
2. stop for den medicin som udløste MOH og samtidig behandling med forebyggende medicin (lilla på figuren)
3. forebyggende behandling og medicinstop efter behov (orange på figuren)

Der var ca. 30 deltagere i hver gruppe. De havde i gennemsnit 25 hovedpine-dage om måneden, heraf 10 migrænedage. De tog anfaldsmedicin (alle typer) 22 dage om måneden i gennemsnit. De blev fulgt i et år.

Da året var omme, havde deltagerne i gennemsnit 6 migrænedage om måneden og 15 hovedpinedage (inkl. migrænedagene). De tre behandlinger havde stort set samme effekt de første 4 måneder (se figuren). Efter et halvt år aftog virkningen af det abrupte medicinstop, mens forebyggende behandling fortsat havde en større effekt.

Variationen indenfor de tre grupper var stor (de lodrette streger på figuren viser hvor 95% af resultaterne ligger), så det kunne ikke konkluderes ud fra resultaterne, hvilken af de tre behandlinger der var bedst.

Set ud fra patienternes vinkel, vil en behandling uden medicinstop være mindre belastende, end 8 ugers medicinstop, uanset hvornår medicinstoppet placeres.

Det er bemærkelsesværdigt, at forebyggende behandling (uden tilhørende medicinstop) har stort set den samme

effekt som behandling som inkluderer et medicinstop.

Forebyggende behandling samtidig med medicinstop bruges bl.a. i en række europæiske lande. I USA fortsættes brugen af anfaldsmedicin samtidig med at man begynder på forebyggende behandling, oplyser [hovedforfatteren](#) til den artikel, som er omtalt ovenfor.

Konklusionen på undersøgelsen lyder således:

This randomized, controlled study with 1-year follow-up of patients with MOH demonstrates that MOH is a treatable condition with a high resolution rate, and all treatment strategies proved to be effective in treating MOH. Treatment should include both withdrawal, including education, and preventives, and an initiation of both elements from the start leads to the fastest effect and to a long-lasting treatment effect.

På dansk:

Denne undersøgelse viste efter 1 år, at patienter med MOH generelt kan behandles, og at alle de afprøvede behandlinger var effektive. Behandlingen bør indeholde både medicinstop, information og forebyggende medicin, og medicinstop og forebyggende behandling bør begyndes samtidig for at få en langvarig virkning.

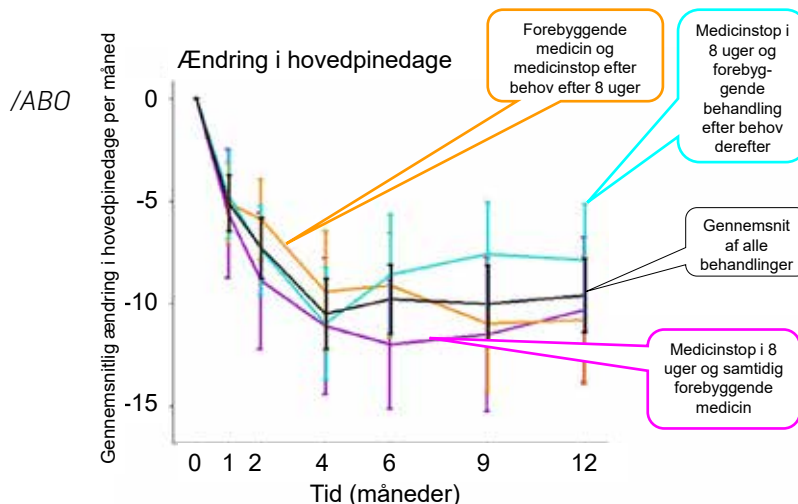


Migræne danmark har i de senere år flere gange udtrykt ønske om, at migrænikere med MOH ikke behøver at gennemgå en medicinsanering inden de kan få forebyggende medicin. De danske læger har ikke reageret på vores bøn. Vi er derfor specielt glade for, at det er forskere fra Dansk Hovedpinecenter, som står bag undersøgelsen.

Vi ser frem til at medicinsanering ikke længere kræves inden forebyggende behandling med CGRP antistoffer eller de ældre forebyggende midler som betablokkere, epilepsimedicin eller antidepressiver.

Det vil gøre livet meget lettere for et stort antal migrænikere, og vil nok også reducere frygten for 'den kolde tyrker'.

Tak til Louise Ninett Carlsen og hendes kolleger, som har gennemført undersøgelsen.



Rapport fra det virkelige liv med Aimovig

medicin

Nu begynder der at komme resultater fra brugere af Aimovig, - altså helt almindelige hårdt ramte migrænikere, som har fået medicinen af deres læge.

Disse resultater er fra det [første års brug af Aimovig i Italien](#). Deltagerne var klart erfarne migrænikere (gennemsnitsalder ca. 50 år), som havde haft migræne (episodisk, kronisk eller

MOH) i mange år. I gennemsnit havde de prøvet 5 forskellige forebyggende mediciner uden succes. De blev fulgt i 12 måneder.

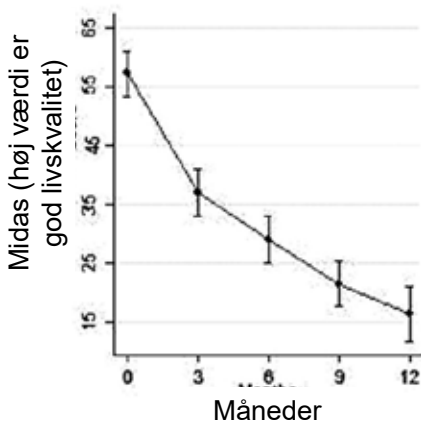
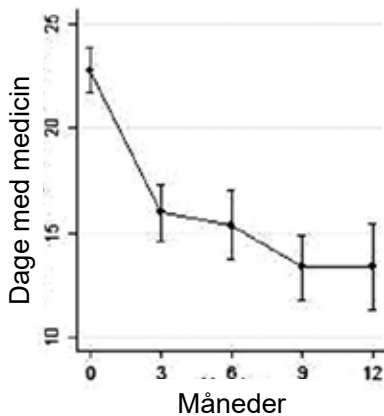
De fortsatte derefter med de forebyggende mediciner, som de var i gang med. Der var ingen omtale af en placebo-behandling. En halvering i migrænedagene blev anset for en 'responder', dvs. behandlingen havde en god virkning.

44% af deltagerne var ikke-responders, dvs. de opnåede ikke en halvering af migrænedagene. Kvinderne havde lidt større sandsynlighed for at være responder end mændene. En meget lang periode med mange migrænedage og/eller MOH øgede risikoen for at være ikke-responder.

Samtidig med at antallet af migrænedage faldt, opnåede deltagerne også en væsentlig ændring til det bedre mht. livskvalitet (MIDAS) Se figuren, som er bearbejdet fra den [oprindelige artikel](#)).



Vi mangler stole i stoledansen omkring CGRP-antistofbehandlingen



Konklusion: Der er bedst virkning af de forebyggende CGRP-antistoffer hvis behandlingen begynder inden migrænen udvikler sig til kronisk migræne eller MOH.

/ABO

En årelang ventetid for migrænikere, som er 'kvalificerede' til en CGRP-antistof-behandling gør behandlingen mindre virksom.

Det må da være et godt argument for, at der snarest kommer flere ledige pladser i denne behandlingsform!

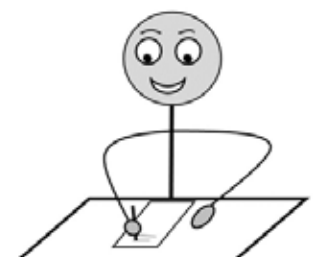
Vi ønsker hurtig virkning, få bivirkninger, lang virkning og helst også en rimelig pris på vores medicin

medicin

Overskriftens påstande er næppe overraskende for MigræneNyt's læsere. Men nu har forskere faktisk spurgt 466 voksne migrænikere, om deres ønsker. Og ja – der var stort set enighed om overskriftens ønsker.

Kvinder ønskede dog i højere grad end mænd, at virkningen kommer hurtigt, færre bivirkninger og de er villige til at betale mere end mændene. [Undersøgelsen](#) blev gennemført i Italien.

/ABO



Førstevalg – hvad er det?

medicin

Førstevalg – førstefødte – første prioritet – det er positive ord. Værdiladede, ja, men på den positive måde.

Men hvad betyder førstevalg, når det handler om medicin?

For CGRP antistofferne betyder det tydeligvis, at 85% af patienterne, som får tilbudt en af de tre CGRP antistoffer, som vi nu har til rådighed, skal have Aimovig. Det står klart og tydeligt på side 2 i [Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende lægemidler til kronisk migræne](#).

Det begrundes ikke, idet tanken er, at de tre CGRP antistoffer er ligeværdige. Det bygger på virkningen (som

er nogenlunde ens for de tre midler Aimovig, Ajovy og Emgality). Men det forties, at Aimovig har tendens til at give forstoppelse i langt højere grad end de to andre CGRP antistoffer.

Aimovig kom først på markedet. Det kvalificerer dermed denne medicin til at indtage 85% af markedet, selvom der er to andre midler, som virker lige så godt, og har mildere bivirkninger. Men de kom på markedet lidt senere.

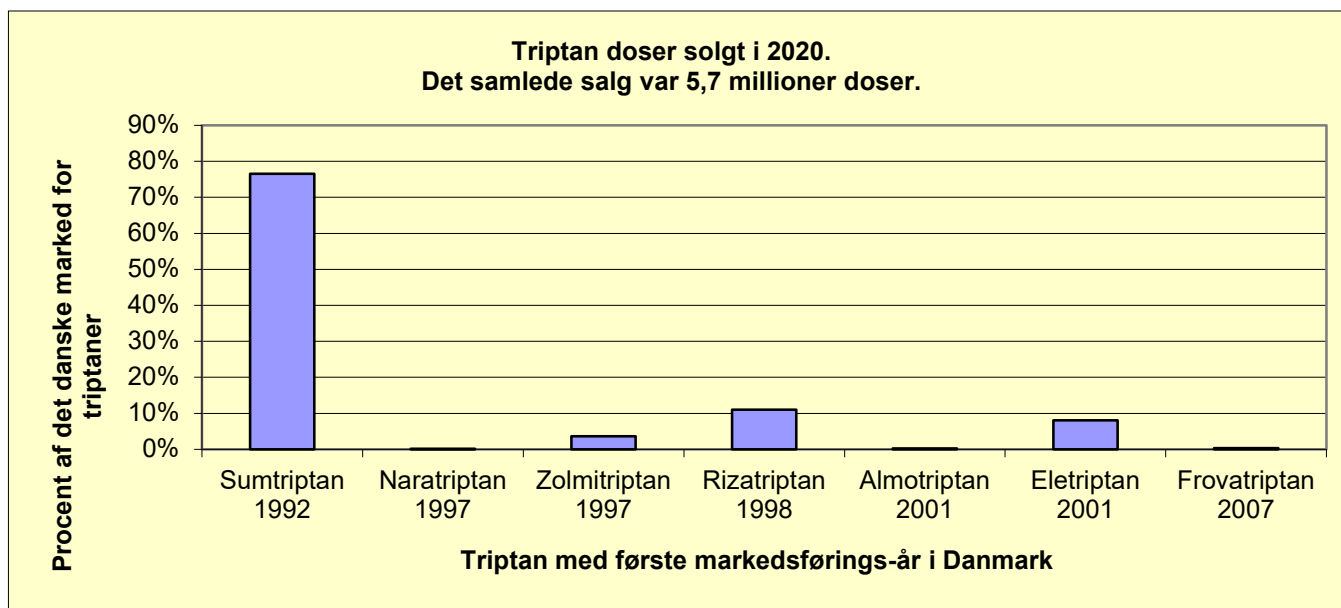
Sumatriptan kom også først – dengang i 1992, da der ikke var andre triptaner på markedet. Nu er der 7 forskellige, som har forskellige bivirkningsprofiler, og patienterne har ofte en klar favorit. Ikke den samme til alle patienter, men den triptan, som

passer til patientens genetik.

Sumatriptan havde i 2020 stadig 76% af det danske marked, opgjort på doser i år 2020 (tal fra [Medstat.dk](#)).

Vi kan ikke vide, om de 76% af triptanbrugerne aktivt har besluttet, at Sumatriptan er den aller bedste triptan, eller om det er den triptan, som lægen skrev den første recept på – og så er det lettest ikke at ændre på noget, hvis triptanen har en lille virkning. Men de sociale medier (Facebook) bringer jævnligt beretninger om migrænikere, som glade fortæller at de har skiftet fra Sumatriptan til en anden triptan, og det giver færre bivirkninger.

/ABO



Vidste du at...

Medicinrådet har godkendt tre CGRP antistoffer: Aimovig, Ajovy og Emgality. Det er kun de to første (Aimovig og Ajovy) som for tiden markedsføres her i landet, selvom den nyeste (Emgality) blev godkendt af Medicinrådet 23. september 2020.

I [godkendelsen til Emgality](#) står bl.a. i den økonomiske vurdering:

"Sekretariatet (medicinrådets sekretariat) udfører egen budgetkonsekvensanalyse, hvor antallet af nye patienter årligt vil være 1.200, og hvor fremanezumab (Ajovy) har 80 %

af markedet hvis ikke galcanezumab (Emgality) anbefales som standardbehandling."

Vi kan kun håbe at de 1.200 nye brugere snart vil blive til virkelighed.

/ABO

The Brain Prize 2021

medicin

Lundbeck-fonden hylder migræneforskere bag CGRP antistofferne.

Disse fire hjerneforskere har arbejdet i 40 år på at skabe grundlaget for de nye migræne- og migræne-antistoffer, som kendes som CGRP antistoffer.

De fire forskere har tilsammen lagt det puslespil, som nu har ført til de nye forebyggende mediciner mod migræne. Hver for sig har de gennemført elegant og banebrydende forskning. Nu får migrænikere gavn af deres indsats.

Antallet af forskningsartikler om migræne er ganske lille, sammenlignet med produktionen af forsknings-

resultater om cancer og hjerte-kar-sygdomme (se bagsiden). Men disse 4 mænd og deres kolleger har givet de 'opgivne' migrænikere (dem, som ikke har fundet lindring i de gammelkendte medicin) nyt håb om en rimelig livskvalitet.

Forskningen har taget lang tid, men resultaterne har været ventetiden værd.

Se Lundbeck-fondens hyldest-side [her](#).

/ABO

Medicinrådet har [analyseret økonomien](#) for Emgality, og har, med en god rabat fra producenten, fundet, at der nok er en rimelig god forretning (indenfor sundhedsvæsenet) i at give et antal 'kvalificerede' migrænikere denne medicin. Det lyder som et løfte om at flere kan få denne behandling, men det er det ikke (endnu).

Hvis sundhedsvæsenet på sigt kan spare penge på at behandle hårdt ramte migrænikere med CGRP antistoffer, burde vejen lige åben for at øge gruppen, som kan få medicinen. Så sundhedsvæsenet kan spare penge til forebyggende behandling som ikke rigtigt virker, og et større antal migrænikere kan få et rimeligt liv.

Modtagere af The Brain Prize 2021



Jes Olesen
Danmark



Lars Edvinsson
Sverige



Michael A.
Moskowitz
USA



Peter Goadsby
USA

Prisen er på 10 mill. kr og uddeles af Lundbeck-fonden. Den er i år gået til de dygtige forskere som har lagt grundlaget for de nye CGRP-antistoffer (f.eks. Aimovig, Ajovy og Emgality).

Store forskelle mellem migrænebehandlingen fra land til land

medicin

Spekulerer du somme tider på, om migrænikere i andre lande får den samme behandling, som vi gør i Danmark? Der ser ud til at være ganske store forskelle mellem landenes migrænebehandling (både anfaldsmedicin og forebyggende medicin).

15 forskere (med stærke tilknytninger til medicinalindustrien) samlede data fra 6 lande: Australien, Italien, Tyskland, Polen, Rusland og Spanien. Danmark var ikke med i undersøgelsen. Hele undersøgelsen kan [ses her](#). Data er fra inden vi fik CGRP antistoffer i alle de 6 lande, så denne type medicin er ikke med i resultaterne.

Forskerne bad en ledende migræneklinik i hvert land om at sende data for mindst 30 patienters medicinforbrug i 3 måneder eller mere. Patienterne skulle være 18 år eller ældre. Det blev til data fra 600 migrænikere, med antal mellem 30 og 200 fra hvert land.

Patienterne var i gennemsnit ca. 43 år gamle, og 85% var kvinder. Nogle havde 'kun' migræne, andre led også af en række andre sygdomme, som krævede medicin. Den hyppigste anden diagnose var angst og/eller

depression (45% af hele gruppen). 64% havde kronisk migræne og 26% havde aura.

Anfaldsmedicin

Topscorer-landet for brug af triptaner var Polen – 96% af patienterne i klinikken fik en eller flere triptaner (93% fik Sumatriptan og 55% fik Zolmitriptan, så ca. hver anden patient fik to forskellige triptaner i undersøgelsesperioden). På den italienske klinik, som havde det laveste forbrug af triptaner, fik kun hver anden migrænepatient triptan, og halvdelen af dem, der fik triptaner, fik Almotriptan.

Italien brugte derimod mange smertestillende (håndkøbs) midler. 84% af patienterne tog smertestillende medicin. Migrænikerne i Polen fik i endnu højere grad smertestillende midler, idet 93% af patienterne fik NSAID og 64% fik Paracetamol. Begge tal var højdespringere i denne opgørelse.

Australien og Polen brugte stadig opioider (henholdsvis til 27% og 29% af migrænikerne). De øvrige lande nåede maksimalt op på at 7% af migrænikerne fik opioider.

Forebyggende behandling

Polens strategi for forebyggende behandling var væsentligt forskellig

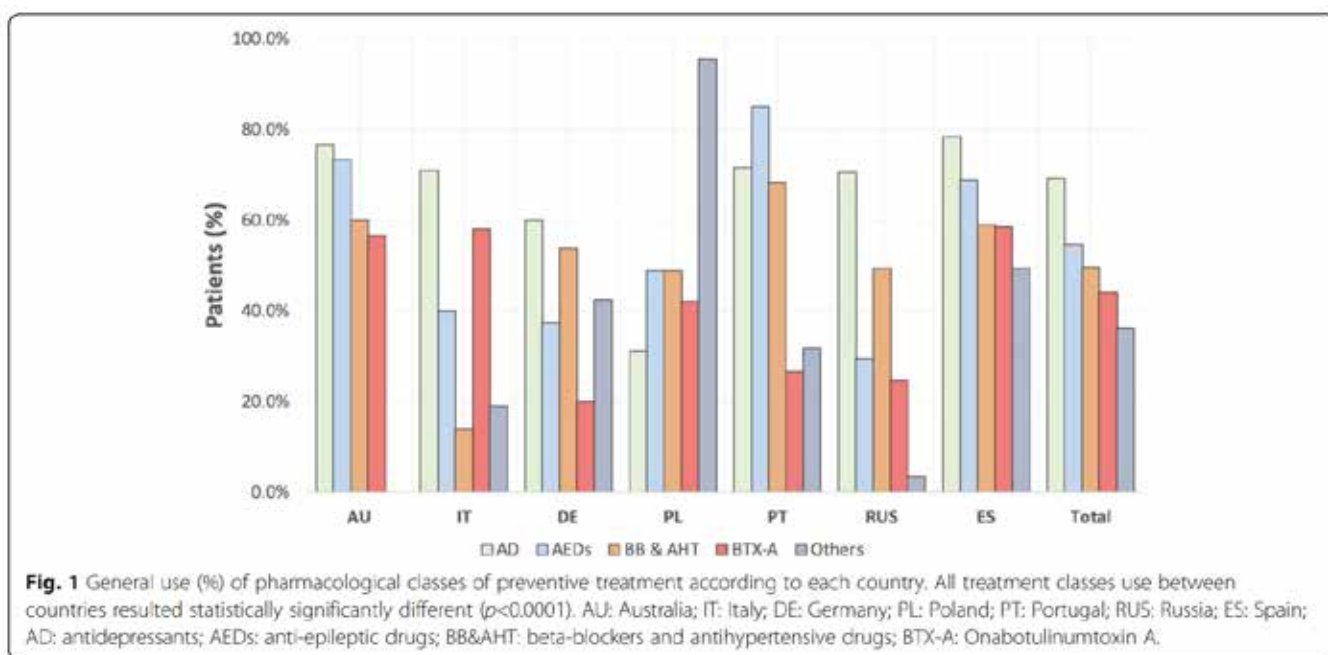
fra de øvrige landes. I Polen satsede man på Magnesium og Riboflavin-tilskud. Mere end 70% af patienterne, som ikke led af andre diagnoser end migræne, fik disse kosttilskud. De fem andre lande vælger primært antidepressiv medicin som forebyggende mod migræne.

I gennemsnit for de 6 lande var det mest brugte forebyggende middel en antidepressiv medicin (mere end 60% af de migrænikere, som fik forebyggende medicin). Det gjaldt også for migrænikere, som ikke havde andre diagnoser end migræne. Topscorer mht. antidepressiv medicin var Australien og Spanien med antidepressiv medicin til 3 ud af 4 migrænikere i forebyggende behandling.

Betablokkere (som er førstevalget i Danmark) var den næstmest foretrukne forebyggende medicin i Tyskland, mens Italien synes at undgå betablokkere (de rust-gule søjler i figuren).

Store forskelle – hvorfor?

Man må spørge sig selv, hvorfor der er så stor uenighed mellem landenes ledende migrænelæger, om hvilke anfaldsmedicin og forebyggende medicin, der er førstevalget.



Figur fra [den oprindelige artikel](#)

Forfatterens bud på dette er, at der kan være økonomiske forhold, som spiller ind, og dette kan afspejles i de nationale behandlingsvejledninger.

Men tilbage står, at højt uddannede læger, som har adgang til stort set de samme informationer om afprøvninger af medicin, virkningens effekt

og bivirkninger, kommer til meget forskellige konklusioner.

Det kan skyldes, at de resultater, som lægerne får adgang til, ikke peger på klare valg, f.eks. fordi virkningen af de forebyggende midler kun er marginalt bedre end placebo.

Det kan også tænkes, at medicin-producenterne (bevidst eller ubevidst) i deres informationskampagner har satset på forskellige lande.

Patienterne får nok aldrig svaret på, hvorfor der er så store forskelle mellem landene.

/ABO

Migræne på arbejdspladsen

alder

Arbejdspladsen kan være et minefelt for en migrænikere. Der er triggere i form af lysstoffer, parfumer/rengøringsmidler, lange perioder foran en skærm, aircondition eller mangel på samme, for blot at nævne nogle få.

Det kan være overvældende.

Ca. hver 5. kvinde og hver 10. mand oplever af og til migræneanfald. De tager medicin, som mere eller mindre fjerner hovedpinen, så de kan passe deres arbejde. Men det er langt fra alle, som får en god dag, når de har et migræneanfald. Små tiltag på arbejdspladsen kan gøre livet lidt lettere for migrænikerne.

Det er helt klart skræmmende for en migræniker at bede kolleger om at hjælpe ved ikke at gøre noget eller ændre noget på arbejdspladsen. Første hurdle er at sige, at man har migræne. Næste hurdle er at prøve at forklare, at det ikke bare er hovedpine. Migrænehovedpine dunker hos mange og følges ofte af kvalme og generel utilpashed.

Her er en række gratis eller næsten gratis tips til arbejdsgivere, som kan gøre livet lettere for de ansatte migrænikere:

- Opret en åben dør-politik. Vær støttende.
- Vær tolerant, hvis nogen arbejder lidt langsommere af og til. Selvom medarbejderne ser friske ud, kan de have slem migræne. Migræni-

kere er mestre i at smile gennem smerterne.

- Overvej at gøre arbejdspladsen duftfri.
- Tillad pauser til mad, drikke og medicin.
- Hjemmearbejde eller et kontor med bedre lysforhold kan hjælpe de ansatte migrænikere
- Tillad fleksibel arbejdstid.
- Køb blændfri skærmbeskyttere og/eller støjreducerende hovedtelefoner.
- Sørg for et mørkt område eller hvilestue.

Oversat og bearbejdet fra <https://www.leinsterexpress.ie/news/national/653223/migraines-at-work-top-tips-to-support-workers-and-colleagues-with-migraines.html>

/ABO



Migræne i forskellige livsfaser

alder

TEMA: I dette nummer af MigræneNyt ser vi på, hvordan migræne opleves i forskellige faser af livet. Vi har særligt fokus på hovedpine og migræne hos børn og unge, men vi kigger også på hvordan sygdommen kan forventes at udvikle sig i overgangsalderen.

Smerten er muligvis den samme, uanset hvilken alder man har, men konsekvenserne af at leve med migræne kan opleves meget forskelligt gennem livet. Når man er barn og ung, spænder det ben for både skolegang og livet med vennerne og fritidsinteresserne, og får man ikke udredt og behandlet tilstrækkeligt, kan det få alvorlige konsekvenser for det voksenliv, der venter.

Derfor er det ekstra vigtigt at sygdommen aftabuiseres i skoler og på uddannelser, og at de voksne, både de nære og dem i behandlingssystemet og det omgivende samfund, får øjnene op for vigtigheden af at støtte den unge i en tidlig og grundig indsats.

/MBP

Migræne og overgangsalder

alder

Kan jeg forvente at min migræne vil forandre sig – og hvordan?

Mange kvinder, der har lidt af migræne gennem livet, vil opleve at deres anfald forandres omkring overgangsalderen. For nogle forsvinder de helt – andre er ikke så heldige. Man mener at svingninger i de kvindelige kønshormoner har indflydelse, da særligt østrogen har en indvirkning på niveauerne af flere forskellige signalstoffer i hjernen. Stoffer, som formentlig både direkte og indirekte påvirker blodkarrene i hjernen. Desværre er det ikke muligt med en endegyldig forudsigtelse for den enkelte, da de svingende hormon-niveauer både kan øge og mindske anfaldenes hyppighed og intensitet. Dertil kommer de andre triggere man har, som også kan være i forandring.

Den helt overordnede tendens er dog, at kvinder med ren menstruel migræne kan forvente, at anfaldene ophører ved overgangsalderen, mens kvinder

"Har du tidligere lidt af regelmæssige episoder med migræne, så kan din overgangsalder betyde, at de ophører eller mindskes i styrke og antal. Dog vil en del kvinder opleve, at de fortsætter nogle år endnu. Der er også mange kvinder, der pludselig oplever hyppige anfald af anden type hovedpine og angiveligt uden udløsende årsag"

Søs Wollesen, 1. reservelæge, tidligere praktiserende læge, foredragsholder og forfatter af en lang række sundhedsbøger

der dør med andre typer migræne, fortsat kan få anfald efter overgangsalderen. (se artiklen på side 15, for en række gode råd, baseret på internationale forskningsresultater)

Selvom hormonbehandling kan virke som en oplagt vej at gå, for at imødegå hormonsvingningerne, er der altså meget usikkerhed forbundet med denne løsning, samt en række andre risici, som fx øget risiko for blodpropper. Her bliver det relevant at tage en grundig snak med egen læge.

/MBP

Vidste du at...om MOH i Norge og Sverige

Behandlingen af MOH i Norge er baseret på en [dansk artikel](#) fra 2020. Det anbefales at begynde forebyggende behandling samtidig med, at man begynder på en medicinsanering.

De svenske regler for behandling af migræne synes at fremhæve hånd-

købsmedicin (og stærkere smertestil-lende medicin), mens triptanerne ikke fremhæves. Det nævnes ikke, hverken på [patientforeningens](#) eller på regionernes officielle sider om migræne, at [Sumatriptan kan fås i håndkøb](#). MOH omtales heller ikke på de officielle sider om behandling af migræne fra

[de svenske Regioner](#). Men en del andre sider (f.eks. [her](#)) fortæller om, at medicinsanering kan gøres gradvist og med forebyggende medicin undervejs i afgiftningen.

/ABO

Ældre har da ikke migræne?

alder

Jo, siger en [tysk undersøgelse](#), blandt ældre (dvs. mellem 65 og 86 år) er der stadig ca. 10%, som har migræneanfald. Langt de fleste (90% af migrænikerne i denne aldersgruppe) havde 0 – 8 migrænedage om måneden. En tredjedel af dem havde aura. De, som var fysisk aktive, havde færre migrænedage end dem, som var mindre aktive.

Med stigende alder blev migræneanfaldene kortere og mildere. Aura uden efterfølgende migrænehovedpine blev også mere almindelig med stigende alder. Forklaringen på de kortere og mildere anfald synes at være, at der med alderen sker ændringer i vores smerteopfattelse. Stress er også mindre udbredt blandt de ældre. Det kan

også være en forklaring på de mildere anfald.

Depression og søvnproblemer øgede derimod migrænen hos de ældre.

/ABO



Motion for ældre behøver ikke at være kedeligt.

Migræne ændrer sig når vi bliver gamle

alder

Det er især de yngre voksne, som rammes af migræne. Lige netop den aldersgruppe, hvor man er ved at finde fodfæste i sit arbejdsliv, stifte familie, købe villa, Volvo og vovse, og alt det andet, som er vigtigt i de første årtier som voksne.

De unge voksne har i højere grad end de ældre pulserende hovedpine og kraftige hovedpinesmerter, som øges ved fysisk aktivitet.

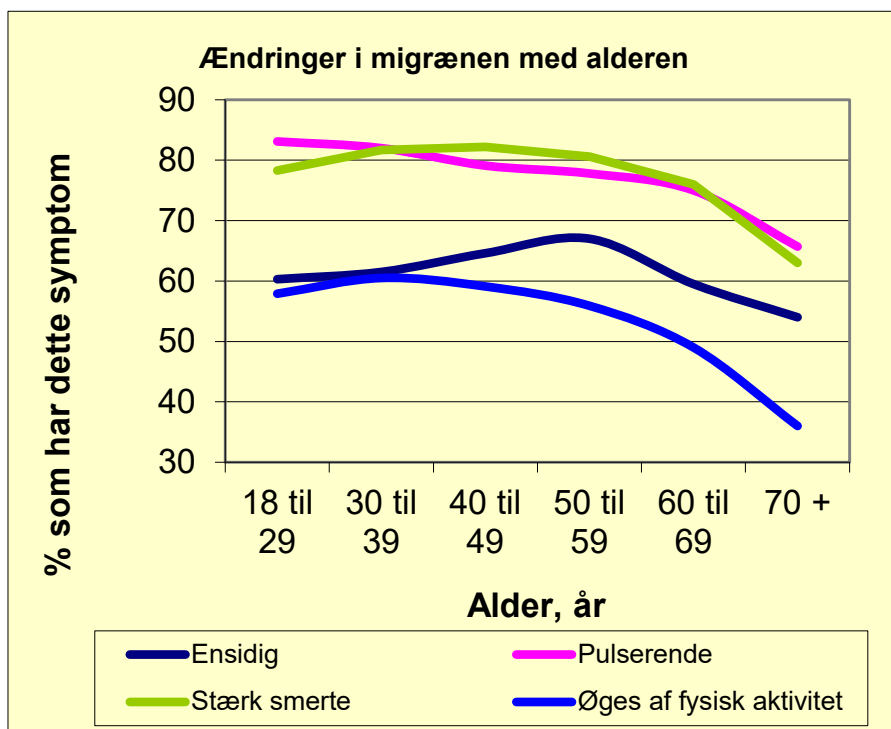
Med alderen (sådan nogenlunde omkring pensionsalderen, hvor det sociale pres måske aftager) mindskes generne fra migrænen gradvist for op til halvdelen af migrænikerne. Men der er stadig et stort antal migrænikere på pension, som fortsat har hele registeret af ensidige stærke, pulserende smerter.

Ændringerne kommer gradvist – dvs. flere og flere af de ældre mister de typiske karakteristika jo ældre de bliver. Lægerne tolker det, som at de ældre migrænikeres migræne efter-

hånden burde kaldes 'probable migræne' (atypisk migræne på dansk). Men triptanerne har fortsat en fin virkning på migrænen – hvis altså lægen vil udskrive recepterne, for hyppigheden

af hjerte.kar-sygdomme stiger med alderen, og triptaner anbefales ikke, hvis man har forsnævrede blodkar.

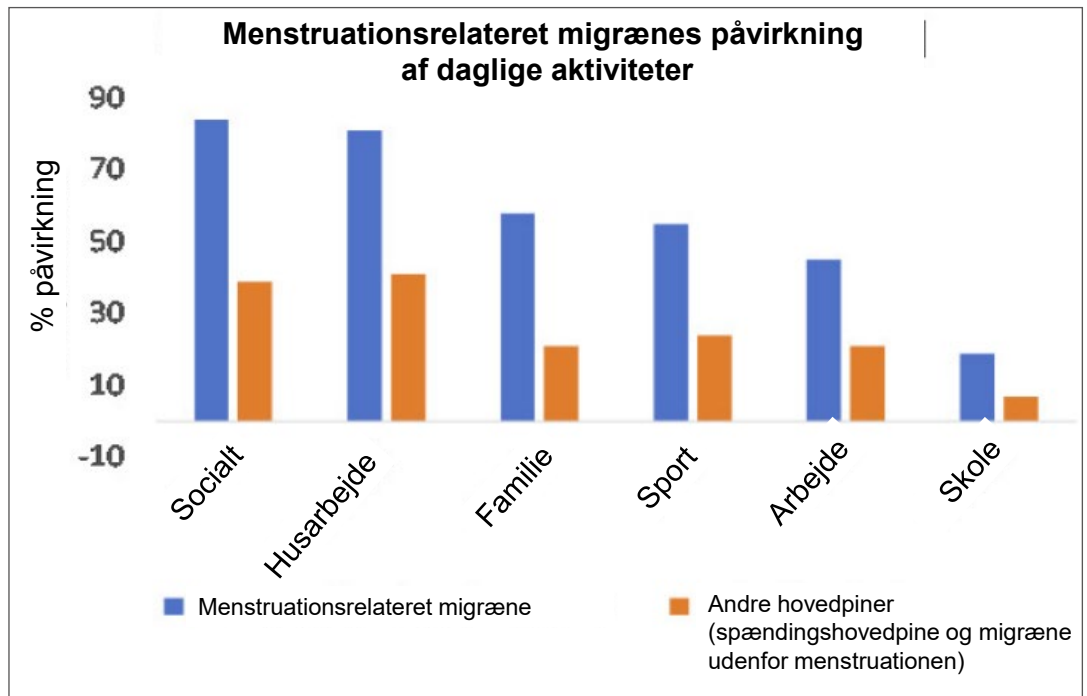
/ABO



Migræne omkring menopausen

alder Der er ingen (!) generelt accepterede vejledninger i, hvordan man kan behandle migræne i forbindelse med overgangsalderen. Men italienske forskere har samlet [en stribe gode råd](#), baseret på forskningsresultater.

De nævner bl.a., at migræne omkring menstruationen er væsentligt vanskeligere at behandle end migræne på andre tidspunkter i kvindernes cyklus (se figuren med de blå og orange søjler).



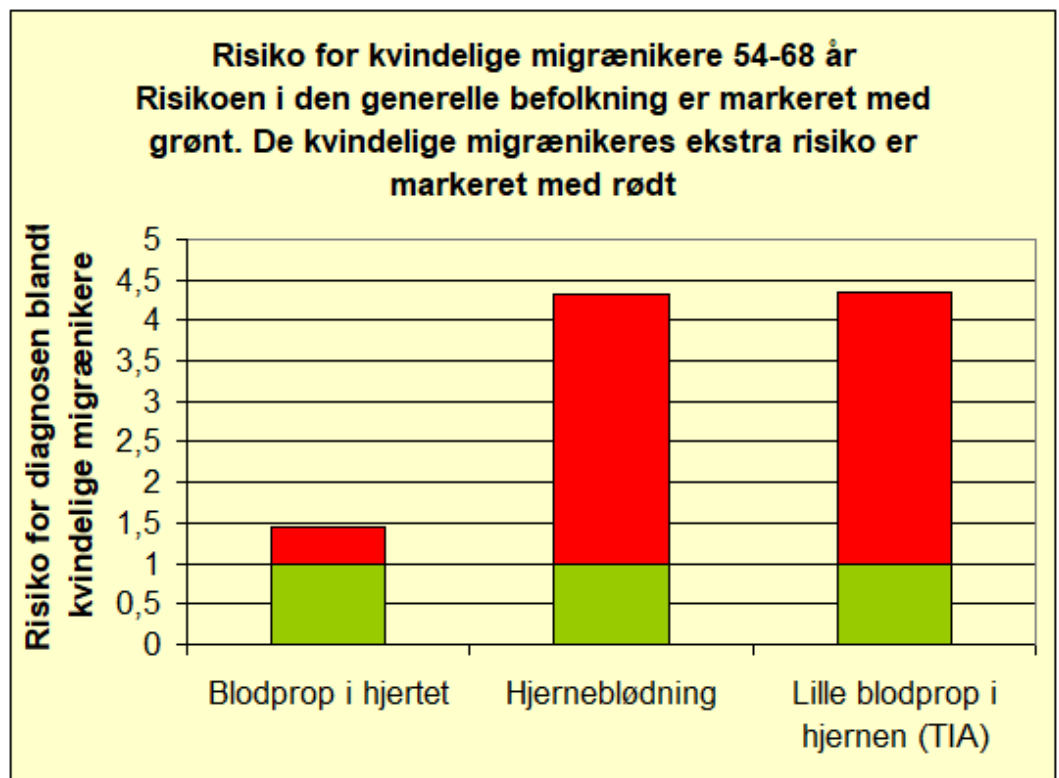
Omkring menopausen kommer der en række variationer i kønshormonerne. Hormone replacement treatment (HRT) har derfor været en oplagt behandling. Men det har vist sig, at denne behandling øger antallet af migrænedage. Eftersom specielt østrogen-niveauet i kroppen falder i løbet af overgangsalderen, har man også forsøgt at erstatte den 'manglende' østrogen med f.eks. hormonplastre. Også vegetabilsk østrogen (f.eks. fra rødkløver eller soja-bønner) har været forsøgt, da disse østrogener reducerer de mere generelle gener i overgangsalderen.

Efter overgangsalderen er der en del kvinder, som gerne vil have hormonbehandling. For migrænkere, som har en øget risiko for hjerte-kar-sygdomme, bør det overvejes nøje, om denne behandlings goder står mål med den øgede risiko for f.eks. blodpropper.

En finsk undersøgelse af bl.a. forekomsten af [hjerte-kar-problemer blandt ældre kvinder med migræne](#) fandt, at risikoen for hjerte-kar-problemer var mere end tredoblet for kvinder med migræne (som stadig tog triptaner) i alderen 54 – 68 år, dvs. de var efter overgangsalderen. En god snak med

lægen om denne risiko er nok tilrådelig. Det er vanskeligt at afveje en mulig bedre livskvalitet med en øget risiko for bl.a. hjerneblødning og forbigående blodpropper i hjernen (de kaldes TIA, transient ischemic attacks).

/ABO



Børn og unge med migræne

alder

Antallet af børn og unge, der oplever slem hovedpine og migræne, er steget kraftigt i de senere år. Eksperter peger på et øget pres i hverdagen, der leder til mistrivsel, som en del af forklaringen.

Nye tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at i 2019 kom 2.621 børn og unge under 19 år på hospitalet på grund af migræne eller spændingshovedpine. I 2014 var tallet 2.443, og i 2005 var det færre end 1.000.

Det er dog langt fra alle børn og unge med alvorlige hovedpineproblemer, der søger læge eller kommer i kontakt med hospitalet.

Susanne Munck Klansø, overlæge på hovedpineklinikken for børn og unge på Herlev og Gentofte Hospital, fortæller, at 15 procent af alle børn og unge lider af hyppig eller kronisk spændingshovedpine i et omfang, der påvirker deres hverdag, så de ikke kan deltage på lige fod med andre i skolen og til fritidsaktiviteter. Cirka tre til fem procent af børn inden puberteten døjer med migræne, mens det for teenagere gælder for op mod 13 til 15 procent.

"Vi har især set en stigning i spændingshovedpine hos børn og unge hen over en lang årrække nu. Vi ved, at spændingshovedpine kan trigge migræneanfald, og det er formodentlig derfor, vi også ser en stigning i børn med migræne"

*Susanne Munck Klansø,
Overlæge, hovedpineklinikken
for børn og unge, Herlev og
Gentofte Hospital*

Flere forklaringer på de stigende tal

Udover belastende søvn- og skærmvaner samt stress peger eksperter på, at forældrene har fået mere fokus på hovedpine hos børn. Det forklarer også de stigende tal. Man accepterer altså ikke bare, at de unge går rundt og har ondt i hovedet, som man måske har gjort før, men søger råd og behandling.

Dog kan det øgede fokus og adgang til smertestillende piller også have den uheldige sideeffekt, at nogle børn og unge tager for meget medicin. Det kan i sig selv udløse hovedpineanfald, og dermed bidrage til stigningen i tallene.

Stress: Debat om stigende mistrivsel blandt børn og unge

En af de centrale forklaringer på de ærgerlige tal er, at der er stigende mistrivsel og stress blandt nutidens børn og unge. Når hverdagen bliver for presset, og barnet oplever en slags krisetilstand, kan det nemt forfalde til at tage piller for at kunne præstere i hverdagen.

Helt op til 15 procent af pigerne i 9. klasse oplyser, at de ugentligt tager piller mod hovedpine, mavepine, nervøsitet eller søvnbesvær, og dermed kan pilleforbruget i vid udstrækning kædes sammen med stress og mistrivsel. Men der er også eksperter der fremhæver, at der næppe er den store forskel på trivsel i dag og tidligere, men at de stigende tal er udtryk for det øgede fokus og den øgede synlighedsrelse af unges trivsel i forhold til tidligere generationer.

Disse 'skeptikere' fremhæver også, at det øgede fokus på unges trivsel kan få den uheldige effekt, at flere ungdomsudfordringer sygeliggøres, måske unødigt, hvilket kan lede til overdiagnosticering og fejl-/overbehandling.

Corona

Ovenstående undersøgelser er lavet før Corona-pandemien satte ind, og der er blandt eksperter ikke nogen tvivl om, at pandemien har øget mistrivsel blandt børn og unge – især de, der i forvejen havde udfordringer. Isolation og diverse restriktioner har med andre

ord haft en negativ effekt på de unges trivsel, og dermed også på deres sygdomsbillede.

Større bevågenhed og aftabuisering

Alt i alt tegner der sig et komplekst billede af årsagerne til stigningen i hovedpine sygdomme blandt børn og unge. Selvom kompleksiteten også gælder for andre aldersgrupper, så har vi som pårørende, behandlere og som samfund selvsagt et stort ansvar, når det kommer til de yngre generationer. Man kan håbe at den større bevågenhed – og selvfølgelig de bedre behandlingsmuligheder – kan skabe grobund for tidligere indsatser, så de unge kan få sygdommen under kontrol, så tidligt i livet som muligt.

/MBP

Kilder:

[Sundhedsdatastyrelsen.dk](https://www.sst.dk)

<https://www.sst.dk/da/Viden/Ulighed-i-sundhed/Sygdomsbyrden>

Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. 2010. Abu-Arafah I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Developmental Medicine & Child Neurology

<https://www.dr.dk/nyheder/indland/tema/migraene>

<https://www.berlingske.dk/samfund/flere-boern-og-unge-doejer-med-hovedsmerter-pludselig-kan-de-slet-ikke>

<https://www.berlingske.dk/samfund/boern-bruger-piller-i-stort-omfang-for-at-dulme-stress-og-mistrivsel>

Når fremtidsdrømmene sættes på pause

alder

Flere unge i 20'erne end nogensinde lider af migræne, hvilket har store konsekvenser for både studie- og arbejdsliv. Heldigvis kan der være støtte at hente i SU-systemet.

Kan jeg passe mit studiejob? Kan jeg overholde min deadline på næste opgave? Kan jeg være med til fre-dagsbaren, eller ender jeg med at melde afbud igen? Konsekvenserne af at være ung med migræne er ikke bare aflyste fester, deadlines og fore-læsninger, det er en grundlæggende usikkerhed i forhold til fremtiden. Når migræne rammer én lige der, hvor man skal stå på egne ben og forme sit voksne liv, så splintres drømme og planer, fordi man gang på gang må rulle gardinerne ned og melde sig ud af det omgivende samfund.

Kraftig stigning i hospitalsbehandlinger

I 2019 sendte migrænesymptomer 870 unge mellem 20 og 29 år på hospitalet for at modtage behandling. Det er en stigning på 51 procent i forhold til fem år tidligere, viser tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

Messoud Ashina, professor i neurologi og overlæge ved Dansk Hovedpine-center i Glostrup, mener på sin vis at stigningen i antal behandlinger er positivt: "Uden muligheden for effektiv behandling – i yderste konsekvens på hospitalet – kan migræne have store konsekvenser, og det rammer unge ekstra hårdt", siger han.

Han anfører, at stigningen kan hænge sammen med, at flere simpelthen har fået øjnene op for, at det er muligt at få hjælp, når man har migræne.

Men han understreger dog også, at det ER en markant stigning, og at tallene jo kun dækker de allersværeste tilfælde, og altså kun er toppen af isbjergtet.

Overordnet set, er det en tendens blandt børn og unge, at flere lider af hovedpine. Forklaringerne er mange, blandt andet peges der på stress, kost

og andre miljøfaktorer, som mulige årsager til de stigende tal (se næste side for en uddybning af dette).

Den rette behandling er afgørende – men ventetiden kan være lang

Ubehandlet kan migræne føre til flere og mere smertefulde anfald, specielt hvis man har kvalme mere end hver anden dag. Derfor er det afgørende at der sættes så tidligt ind som muligt, i udredningen og behandlingen af migrænikere.

Egen læge kan godt udskrive den

"Det kan tage fra 6-18 måneder overhovedet at få en tid, der hvor ventetiden er længst. Og herefter kan der yderligere være flere måneders ventetid på den nyeste behandling ..."

mest almindelige migrænemedicin til behandling og forebyggelse, men man må man væbne sig med tålmodighed, hvis det ikke virker. Ventetiden på at komme i behandling hos eksperterne kan nemlig være lang. Det kan tage fra 6-18 måneder overhovedet at få en tid, der hvor ventetiden er længst. Og herefter kan der yderligere være flere måneders ventetid på den nyeste behandling, nemlig antistofbehandling, som kun er godkendt til folk med kronisk migræne, der ikke har oplevet effekt af to andre forebyggende behandlinger.

På Dansk Hovedpinecenter i Glostrup, som dækker hele Sjælland, er ventetiden helt oppe på tre år for antistofbehandling. Og det er ikke tilfredsstillende med så lange ventetider, siger Messoud Ashina. Antistofbehandling kan give både færre og mildere migræneanfald, som varer i kortere tid. Og det betyder virkelig meget for patienterne. Det giver en kæmpe

forbedring af deres livskvalitet, men også deres funktionsevne.

Det handler med andre ord om at give migrænepatienterne flere dage, hvor de er i stand til at fungere helt normalt, være en del af familielivet og passe deres uddannelse eller job.

Derfor er det også særligt kritisk for unge, der er i gang med at starte deres liv og karriere, hvis de skal vente længe på at få behandling for deres migræneanfald, siger Jes Olesen, der er professor i migræne og hovedpine ved Dansk Hovedpinecenter. De mister selvtilliden og skruer ned for deres ambitioner, fordi de ikke oplever, at de kan stole på, at de kan fungere næste dag. Og det har større konsekvenser for de unge, der skal til at finde sig selv, end for de ældre, der i mange tilfælde har lært at leve med deres sygdom.

Mulighed for handicap-SU

Studerende med migræne har mulighed for at få et tillæg til SU'en på 8.991 kroner, så der er råd til husleje, mad og studiebøger, uanset om man er lagt ned i adskillige dage hver måned.

I 2019 var 717 studerende en del af ordningen med handicap-SU, fordi de lider af en neurologisk lidelse. Og flere får øjnene op for, at den findes, viser nye tal fra Uddannelses- og Forskningsministeriet.

På fem år er antallet af godkendte ansøgninger fordoblet. I 2020 fik 290 studerende med neurologiske lidelser 'ja' til forhøjet SU. I 2016 var det tal 144. Man kan blive en del af ordningen, hvis man har migræne, men også hvis man har fx epilepsi og sklerose. Men ministeriet peger på, at de fleste af de 717 er plaget af hovedpine. Ministeriet skriver på sin hjemmeside, at de bruger mellem tre og fem måneder på at behandle hver ansøgning.

Plads til forbedring

Der ER altså hjælp at hente i både behandlings- og SU-systemet – men der er sandelig også plads til forbedring. Ikke mindst adgangen til forebyggen-

de behandlinger bør komme kraftigt under lup, hvis man for alvor vil sikre, at de unge kan undlade at sætte livet på pause i deres formative år.

/MBP

Kilder

Sundhedsdatastyrelsen.dk

<https://www.sst.dk/da/Viden/Ulighed-i-sundhed/Sygdomsbyrden>

Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. 2010. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Developmental Medicine & Child Neurology

<https://www.dr.dk/nyheder/indland/>

[tema/migraene](#)

<https://www.dr.dk/nyheder/indland/24-aarige-anna-har-migraene-alene-i-april-har-jeg-vaeret-lagt-ned-med-anfald-22>

<https://www.berlingske.dk/samfund/flere-boern-og-unge-doejer-med-hovedsmerter-pludselig-kan-de-slet-ikke>

Unge menneskers migræne udløses af...

alder

En amerikansk artikel, [specielt rettet mod sygeplejersker](#), indeholder gode råd om de hyppigste årsager til teenageres migræne. Forskerne samlede informationer

fra 38 artikler, som drog troværdige konklusioner.

Stress er årsag til migræne hos 75% af de unge migrænikere

Stress var klart den hyppigste årsag til de unges migræne. Forskerne definerede stress således: "en ubalance mellem oplevelsen af krav til personen eller faktiske fysiske, mentale, følelsesmæssige, sociale eller samfundsmæssige krav, og personens evner eller ressourcer til at opfylde disse krav."

Sådanne overvældende krav kan give en overreaktion som kommer til udtryk i en nedsat forbindelse mellem pandelapperne og den grå bark i tindingelapperne. Det anses som en udløser af migræne.

Stress kan komme fra mobning i skolen (en hyppig årsag til kronisk migræne), forældre, som skælder ud eller straffer fysisk. Den fysiske afstraffelse var især årsag til migræne.



Angst og depression var også hyppige årsager til migræne hos teenagere. 44% af de unge migrænikere led af angst. Blandt

deres jævnaldrende ikke-migrænikere var det kun 20%.

Forfatterne anbefaler at reducere de unges stress niveau med kognitiv behavioural terapi, yoga, biofeedback, akupunktur og andre generelle stress reducerende behandlinger.

Overvægt/fedme giver flere migrænedage

Normalvægtige unge havde i gennemsnit 3,6 migrænedage om måneden. De overvægtige (BMI mellem 25 og 30) havde 4,4 migrænedage om måneden og dem med BMI over 30 havde 5,3 migrænedage om måneden i gennemsnit.

Anbefalingerne var ikke overraskende diæt, motion og behavioural terapi. Et forsøg med en 6 måneders kur, som derefter skulle følges individuelt (uden støtte fra nogen) viste, at resultaterne stadig holdt efter 12 måneder.

Kost – husk måltiderne!

Det vigtigste kostråd, skriver forskerne, er at de unge migrænikere aldrig springer et måltid over! Og husk at drikke rigeligt med væske! De bør desuden være tilbageholdende med at drikke kaffe og de efterhånden meget populære softdrinks med koffein.



Selvom der ikke var signifikante resultater for effekten, er det nok en god

idé at spørge de unge migrænikere, om de har en form for spiseforstyrrelse. De har spiseforstyrrelser i lidt højere grad end ikke-migrænikerne i samme aldersgruppe.

Søvn – den næsthøypigste årsag til migræne

Unge mennesker har brug for god og rigelig søvn. Dårlige søvnvaner er den næsthøypigste årsag til unges migræne. Søvn-åbne, søvnløshed og urolige ben er årsag til migræne hos 69% af de unge migrænikere.



For børn under 10 år har det vist sig, at mindre end 10 timers søvn hver nat giver en fordobling af unge med migræne.

Måske lyder alt dette som bedstemors gode råd. Ja, det er i høj grad 'hverdags-behandlinger'. Men alle de nævnte 'gode råd' har en dokumenteret virkning i forsøg med unge migrænikere (op til 18 år).

Og ja, for en stor teenager lyder rådene nok, som om de var skrevet i en helt anden tid,

Men de virker!

/ABO

Fakta om hovedpine og migræne hos børn og unge

alder

Hovedpine er et meget almindeligt symptom hos børn og unge. Som hos voksne er spændingshovedpine og migræne de mest udbredte hovedpinetyper, men børn kan også have mere sjældne typer hovedpine.

"Migræne hos børn adskiller sig fra migræne hos voksne, især ved kortere anfaldsvarighed, og kan være dobbeltsidig (i begge sider af hovedet)."

I vurderingen af børn og unge med hovedpine, er det vigtigt at skelne mellem primær og sekundær hovedpine. Sekundær hovedpine er hovedpine forårsaget af anden sygdom og kan f.eks. skyldes infektion med feber, hjernerystelse eller for meget hovedpine-medicin i for lang tid (medicin-overforbrugs-hovedpine). Hjer-netumorer og andre årsager til øget tryk i kraniet kan give hovedpine hos børn og unge og forekommer meget sjældent. Bekymringen for dette er alligevel ofte den primære årsag til, at forældrene henvender sig til lægen.

Migræne hos børn adskiller sig fra migræne hos voksne, især ved kortere anfaldsvarighed, og kan være dobbeltsidig (i begge sider af hovedet). Hvis der er kvalme og opkastning, så fylder det meget for barnet, og selve migræneanfaldet kan være overstået, når de har fået kastet op. Migræne kan debutere allerede i førskolealderen, og en udfordring hos de mindre børn er, at de sjældent kan udtrykke, at det er "ondt i hovedet", som generer dem. Spændingshovedpine og klyngehovedpine kan også debutere helt fra tidlig barnealder. Symptombilledet adskiller sig ikke fra, hvad man ser hos voksne, men beskrivelsen af symptomerne er mere uklare hos børn og unge.

Symptomerne på medicinoverforbrugs-hovedpine (MOH) hos børn og

unge adskiller sig ikke fra symptomerne MOH hos voksne, men afdækning af medicinforbruget kan være vanskeligt, da der ofte er flere medicingivere.

Diagnostik og behandling

En grundig sygehistorie er et vigtigt redskab, når man skal stille en korrekt hovedpinediagnose. Den bliver altid suppleret med en objektiv undersøgelse. Ved tvivl om mulig sekundær hovedpine suppleres med blodprøver og billeddiagnostik.

"Behandlingen hos børn og unge med hovedpine indbefatter også deres forældre. Forklaring og information om den oftest godartede tilstand er vigtig."

Der skal spørges om familiær disposition, psykomotorisk udvikling, psykosociale forhold og tidligere sygdomme. Livsstilsfaktorer som søvn, mad og drikke og generel trivsel med bevægelse og skærmb brug er betydende for tilgangen til barnet og den unge med hovedpine, og det tager tid at afdække dette.

Hovedpinedagbogen er et vigtigt diagnostisk redskab. En visuel analog skala kan bruges til at bestemme smerteintensiteten hos børn. Yngre børn vil have behov for hjælp til at registrere, og hos små børn må forældrene observere og registrere. Behandlingen hos børn og unge med hovedpine indbefatter også deres forældre. Forklaring og information om den oftest godartede tilstand er vigtig. Den non-farmakologiske behandling er som hos voksne med fokus på at afdække triggerfaktorer og tydeliggøre, hvad der afhjælper hovedpinen.

Den medicinske behandling er baseret på svage smertestillende medicin som Panodil og Ipren. Ofte i kombination

med kvalmestillende. Ved manglende eller utilstrækkelig effekt suppleres i tilfælde af migrænesygdom med triptaner. Behandling og udredning sker i almen praksis, hos praktiserende speciallæge eller lokal børne- og ungeafdeling. Børn under 12 år med migræne, hvor der er hovedpine i baghovedet eller mistanke om sekundær hovedpine sendes altid til speciallæge i sygdomme hos børne- og unge. Der findes flere steder med tværfaglige tilbud blandt andet på

- Herlev -Gentofte hospitals Børne- og ungeafdeling, hvor der siden 2006 har været etableret et tværfagligt tilbud til behandling og udredning af børn- og unge med hovedpinesygdom.
- Sydvestjysk Sygehus Esbjergs børne- og ungeafdeling, hvor der siden 2017 har været hovedpine-klinik med tværfagligt tilbud til udredning og behandling af børn og unge med hovedpine.

/MBP

Triggerfaktorer

Når man har en hovedpinesygdom, kan der være mange ting, der kan udløse hovedpinen, såkaldte triggerfaktorer. Triggerfaktorer kan f.eks. være mangel på væske, manglende måltider, uregelmæssig søvn og stress. Overraskende mange børn og unge oplever stress og belastninger i deres hverdag, så deres ressourcer ikke slår til. Psykiatriske diagnoser og indlæringsvanskeligheder kan hos op til 10% først blive tydelige, når barnet eller den unge er blevet henvist med hovedpine.

En rapport fra Center for Ungdomsforskning viser, at 34,8 pct. af de unge, der ofte har hovedpine, også føler sig stressede mod kun 21,1 pct. af alle unge i undersøgelsen. Rapporten bygger på telefoninterviews med 3500 unge mellem 15 og 24 år.

Kilde: Videnscenterforhovedpine.dk

Foredrag

Foredrag i Roskilde 27. oktober 2021 kl. 19 – 21 Byens hus, Stændertorvet 1 4000 Roskilde



Professor Rigmor Jensen Nyt fra Dansk Hovedpinecenter

Adgang er gratis. Der er begrænsede pladser (maks. 80) til rådighed. Døren åbnes 18.30. Der er trapper op til den gamle byrådsal. Tilmelding på foredrag-rigmor@migraeniker.dk (først til mølle, hvis der bliver pladsmangel).

Der sker meget på migrænefronten for tiden. Så det skal nok blive en spændende og interessant aften.

Online foredrag

Gitte Lone Hildebrandt Kost, migræne og migrænevenlig livsstil Mandag den 22. november fra 19-21



Lær om sammenhængen mellem kost og migræne. Ikke kun i forhold de typiske stoffer i kosten som f.eks. tyramin, der er kendt for at trigge migræne, men også set i et mere bredt perspektiv.

Når du lever migrænevenligt, bliver du bedre i stand til at forebygge anfald, så de bliver færre og/eller mildere og det giver dig overskud til at lave det, der giver mening for dig.

Fokus er på, hvad du selv kan gøre i din søgen for at få det bedre - og ikke mindst hvordan du kan gribe det an.

Gitte er sundhedscoach, har selv migræne og så er hun medforfatter til bogen "Mor med migræne - Lær at håndtere familielivet før, under og efter graviditet".

Tilmelding på foredrag-gitte@migraeniker.dk senest den 21. november. Så får du et link til præsentationen. Foredraget foregår online og det er gratis at deltage.

Aura eller blodprop i hjernen?

migræne

Aura gør de fleste migrænere forskrækkede de første gange de oplever synsforstyrrelserne. Der må bestemt være noget helt galt et eller andet sted i hjernen.

Heldigvis er det som regel ikke tilfældet. Auraen forsvinder efter ½ times tid, og alt er som før – bortset fra at der måske kommer et migræneanfald lige om lidt.

Men i et fåtal af tilfælde, er auraen udløst af en blodprop i hjernen. Og det skal selvfølgelig tages alvorligt. Nu har [italienske forskere](#) set på, om der er 'noget' som måske kan bruges som fingerpeg for at identificere blodprop-erne. Læs en [lidt længere forklaring fra forskerne her](#). De sammenlignede 497 patienter med en blodprop i hjernen men ingen aura med 42 patienter, som havde en blodprop, som samtidig udløste et aura-anfald og 94

patienter med aura, som ikke havde haft en blodprop.

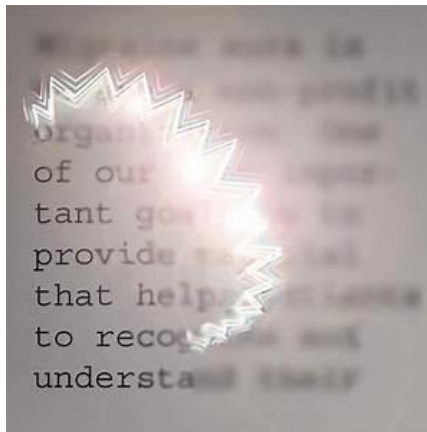
Det viste sig, at den vigtigste forskel på 'auraerne' udløst af en blodprop og migræne-auraerne, var varigheden af aura-symptomerne. Kortvarig aura (dvs. kortere end 15 minutter) var klart et signal om, at auraen KUNNE være tegn på en blodprop. En anden vigtig indikator på at auraen kunne være udløst af en blodprop, var at patienten tidligere havde haft en (lille) blodprop i hjernen.

Det har tidligere været foreslået, at risikoen for blodprop i hjernen er øget for patienter med hul mellem hjertets forkamre. De italienske forskere fandt, at dette kun var en af mange faktorer, som øger risikoen for en blodprop i hjernen. Andre risikofaktorer (dvs. større risiko for en blodprop) var det at være kvinde og at have højt blodtryk.



/ABO

Snak gerne med lægen, hvis du oplever at få en eller flere kortvarige aura'er (dvs. kortere end 15 minutter).



Her er eksempler på visuel aura, dvs. synsforstyrrelser. Aura kan have mange former og farver.

Aura kan også give talebesvær og/eller kortvarige lammelser i f.eks. den ene arm.

Migrænere er ikke gode til rutchebaner

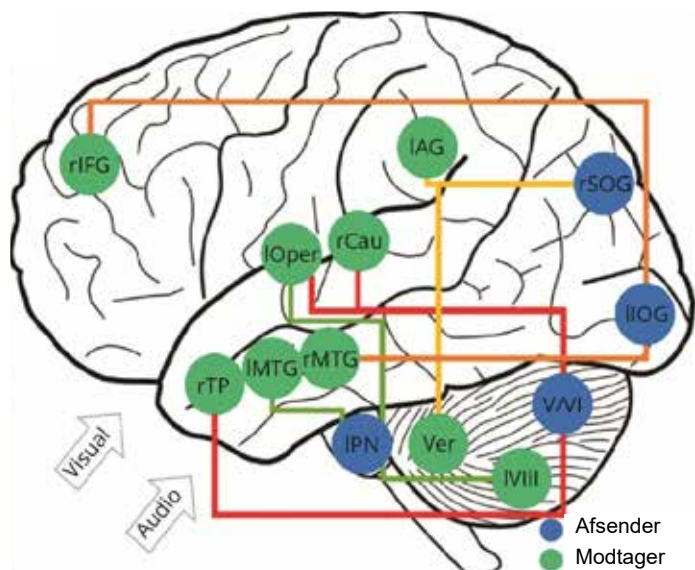
migræne

Bliver du køresyg? Undgår du rutchebaner? Så er du ikke alene. Migrænere reagerer i gennemsnit stærkere på en virtuel rutsjebanetur end personer uden migræne!

Det er [konklusionen på en lille undersøgelse](#) med 20 migrænere og 20 tilsvarende kontrolpersoner. De lå i en MRI-scanner og så på en virtuel rutsjebane-tur på en skærm. Der var tilhørende lyde på filmen, så det oplevedes ganske som en rigtig tur i rutsjebanen.



Blandt migrænerne oplevede 13 (dvs. 65%) en kraftig svimmelhed,



mens kun 6 (30%) af kontrolpersonerne fik mild kortvarig svimmelhed.

Så migrænerne reagerede klart stærkere på rutsjebanens op og nedture.

Forskerne kikkede samtidig på, hvilke signaler der blev sendt fra og til hjernens forskellige dele. Se figuren med hjernen, hvor blå pletter viser 'afsender-områder' mens grønne pletter viser 'modtager-områder' i migræne-hjernen.

Forskernes konklusion er, at de fleste migrænere hjerner har en række forbindelser, som er mere følsomme overfor bevægelser (i en rutchebane eller lignende), end hos ikke-migrænere.

Så du behøver ikke at bortforklare noget, når du ikke har lyst til rutsjebanetur i Tivoli.

/ABO

Søvn og migræne – optimal behandling af migrænen hjælper på søvnen

migræne

En god nats søvn er vigtig for migrænerne. Det hører vi både fra læger og 'migræne-kolleger'. Og det lyder tilforladeligt – en god nats søvn er godt for livskvaliteten, energien, gå-på-modet og meget mere.

Men hvad siger videnskaben? Hvordan får vi den gode nattesøvn?

Det seneste review (en gennemgang af mange enkelt-undersøgelser om emnet) kommer [til denne konklusion](#) (forkortet udgave af den oprindelige tekst på engelsk):

Der er stadig behov for mere forskning på dette område. Vi ved alt for lidt om der kunne være anatomiske og biokemiske forhold, som giver både søvnproblemer og migræne. Lægen bør kikke efter søvnproblemer, som så kan behandles.

Men den vigtigste behandling er at få den bedst mulige anfaldsbehandling og evt. forebyggende behandling. En optimal behandling af migrænen kan formentlig forebygge udviklingen af en række søvnproblemer, som nedsætter migrænerens livskvalitet.



/ABO

Vi har tre bolværker mod tyramin og andre fremmedstoffer

enzymer

Når vi spiser, danner vi spyt, som får maden til at glide ned. Spytet indeholder også enzymer, som begynder at fordøje maden.

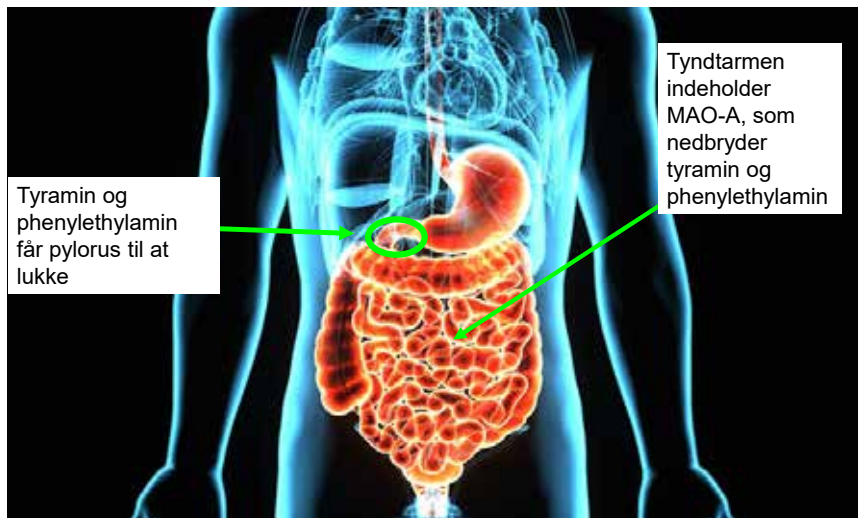
Hvis maden smager grint, så spytter vi ud. Det er en helt generel reaktion.

Første bolværk mod tyramin og phenylethylamin er maveporten – dvs. det sted, hvor maven går over i tyndtarmen. Her sidder en stribe TAAR-receptorer. De reagerer på stoffer, som kroppen opfatter som farlige. TAAR står for Trace amine-associated receptor. Dvs. receptorer som reagerer på 'trace aminer'. Tyramin er sådan en 'trace amin' (spor-amin på dansk), en amin som vi normalt har i kroppen i meget små mængder. Så tyramin i maden får hos mange af os (nok specielt hos fødevare-migrænikere) mavens udløb til at lukke sammen, så maden ikke kan komme ned i tarmen. Samtidig producerer mavevæggen ekstra meget mavesyre og andre fordøjelsvæsker. Så inden længe begynder vi at få kvalme. Det udvikler sig måske til opkast. Så har vi ekspederet den upassende fødevarer ud, og vi får det hurtigt bedre.

Andet bolværk er tyndtarmens indhold af MAO-enzymene. Lukkemekanismen i maveporten klarer langt fra alle problemerne. Derfor er tyndtarmen udrustet med celler, som danner enzymerne MAO-A og MAO-B. Hvis der er gledet lidt tyramin eller phenylethylamin forbi maveporten, går de to enzymer på jagt efter tyramin og phenylethylamin. Det er ganske effektivt hos de fleste mennesker, og hovedparten af os får derfor ikke migræne af tyramin og/eller phenylethylamin. Men nogle af os er udrustet med knapt så effektive MAO-enzymene. Så lidt af tyraminen og/eller phenylethylaminen optages fra tyndtarmen til blodkredsløbet.

Vi har alle sammen ganske små mængder af de to biogene aminer (tyramin og phenylethylamin) i blodet. De to stoffer er f.eks. med til at holde blodtrykket nogenlunde stabilt. Men

De to første bolværker



hvis der kommer en (forholdsvis) stor portion fra tarmen og ud i kredsløbet, påvirker det diameteren i en række blodkar – og specielt blodkar, som ligger mellem kraniet og hjernehinden. Det giver den pulserende migrænesmerte.

Det tredje bolværk

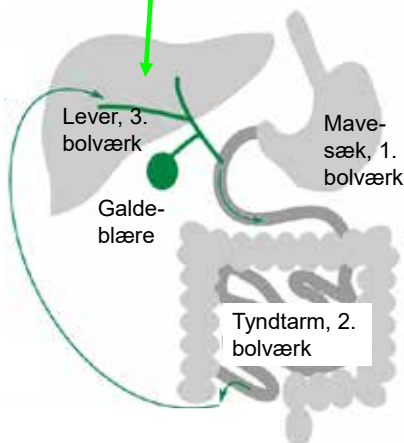
Blodkredsløbet kommer rundt i alle kroge af kroppen, og samler fremmedstoffer og andet overflødig op. Disse unødige kemiske stoffer føres gennem leveren. Her er der celler, som er udrustet med receptorer på overfladen, som kan optage fremmedstofferne. Men receptorerne (f.eks. OATP1b1 i figuren med det tredje

bolværk) kan være langsomme eller hurtigere til at optage fremmedstofferne. Er receptorerne langsomme, smutter tyramin og phenylethylamin forbi, og optages måske først senere. Så tager det længere tid, før blodet er fri for overflødig tyramin eller andre fremmedstoffer.

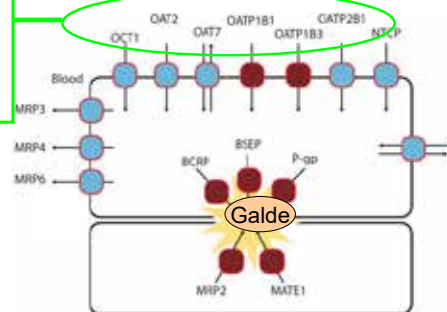
Så vi har tre bolværker mod f.eks. tyramin; receptorerne i maveporten, enzymerne i tyndtarmen, og receptorerne på levercellernes overflade.

Hvis de alle tre fungerer fint, får vi næppe migræne af chokolade eller stærk ost i rimelige mængder. Er der et af bolværkerne, som er knapt så

Receptorer på levercellernes overflade afgør, hvor effektivt medicin og f.eks. tyramin nedbrydes i leveren. Receptorerne kan være hurtige, intermediate eller langsomme til at optage medicin eller tyramin. Langsom optagelse medfører, at det varer længe før medicinen eller tyramin er nedbrudt.



De 3 bolværker



Leverceller nedbryder fremmedstoffer og danner galde

Tyramin og evt. medicin kan føres fra tyndtarmen til leveren via portvenen. I leveren lukkes fremmedstofferne ind i levercellerne af bl.a. OATP1B1.

effektivt, får vi nok migræne af lidt rigelige mængder tyramin. Er der to eller alle tre bolværker, som er knapt så effektive, vil selv små mængder fødevarer med tyramin eller phenylethylamin udløse et anfald.

Bolværkerne er genetisk bestemte

Alle tre bolværker er genetisk bestemte. En passende gentest kan vise, hvordan det står til. Sådan en test kunne give lægen et objektivi 'mål' for, om vi faktisk har fødevarer-migræne.

Det ville gøre livet ulig lettere for de migrænikere, som har et eller flere bolværker, som reagerer langsomt på f.eks. tyramin og phenylethylamin.

De fire triptaner, som delvist nedbrydes af MAO (Almotriptan, Rizatriptan, Sumatriptan og Zolmitriptan),



'behandles' i kroppen på samme måde som tyramin. Så sådan en gentest ville også kunne pege på, om migrænikeren måske hellere skulle tage

en triptan, som nedbrydes af andre enzymer end MAO.

/ABO

Kan ubehandlet migræne øge antallet af anfald?

migræne

[American Headache Associations](#) årlige kongres bragte bl.a. denne undersøgelse: OR9, Persistent Frequent Nausea as a Predictor of Progression to Chronic Migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP)

Study. Den viste, at episodiske migrænikere med kvalme mere end halvdelen af dagene, havde tendens til at få flere migrænedage. 3,4% af denne gruppe udviklede kronisk migræne. Kun 1,5% af de episodiske migrænikere uden den voldsomme kvalme udviklede kronisk migræne. Den gang var definitionen mere end 15 migrænedage om måneden.

Det var selvfølgelig noget, der interesserede bl.a. daværende og potentielle producenter af forebyggende medicin mod migræne.

Så resultatet med de stigende migrænedage blev selvfølgelig citeret mange steder. Med den lille udeladelse, at det kun gjaldt for migrænikere med kvalme mere end hver anden dag. Mange sekundære kilder (dvs. ikke kilder, som er forskningsresultater) har gentaget budskabet.

MigræneNyt bringer også dette budskab på side 14. Dog med tilføjelsen, at det gælder specielt for migrænikere med kvalme mere end halvdelen af tiden.

/ABO



TAAR – en meget vigtig receptor

enzym

TAAR står for "Trace Amine-Associated Receptors", eller på dansk, "receptorer som reagerer på biogene aminer". Der er (mindst) tre 'familier' af disse receptorer. Indenfor 'familien' ligner de hinanden meget, mens der er lidt større forskel til de andre 'familier'. Den ene familie findes især i det område i næsen, hvor vi opfatter dufte. De to andre familier findes bl.a. i fordøjelseskanalen.

De duftfølsomme receptorer reagerer på meget små mængder duftstof. Det kan f.eks. være feromoner, f.eks. de duftstoffer som hunlige sommerfugle udskiller for at tiltrække hanner, så æggene kan befrugtes. Det er også derfor en tyr går rundt og snuser til køernes bagende. Når duften er rigtig, bestiger han koen. Vi kan måske trække billedet en smule længere, og påstå, at en velduftende kvinde (enten af parfume eller hendes naturlige duft) tiltrækker potentielle partnere. Uden at mændene rigtigt lægger

mærke til hvad det er, der gør damen imodståelig.

Tyramin dufter af umami ('kødsmag') og phenylethylamin dufter af fisk. Begge dele findes i let (eller stærkt) fordærvede madvarer, som vi ikke bør spise. Mængderne af de to biogene aminer i fordærvet mad er langt højere end de naturlige mængder, der findes i blodet. Når de biogene aminer når frem til mavesækkens overgang til tyndtarmen, 'fanger' TAAR-receptorer i mavesækkens væg tyramin og phenylethylamin. Det får lukkemuskler i pylorus (der hvor mavesækken bliver til tyndtarmen) til at trække sig sammen. Så lukningen af passagen fra mavesækken forhindrer at større mængder af usund mad kommer ud i tarmen. Samtidig afsondrer mavesækkens væg en øget mængde fordøjelsesvæsker.

Når trykket i mavesækken så stiger, får vi kvalme og kaster den dårlige mad op. Men vi skåner kroppen for en

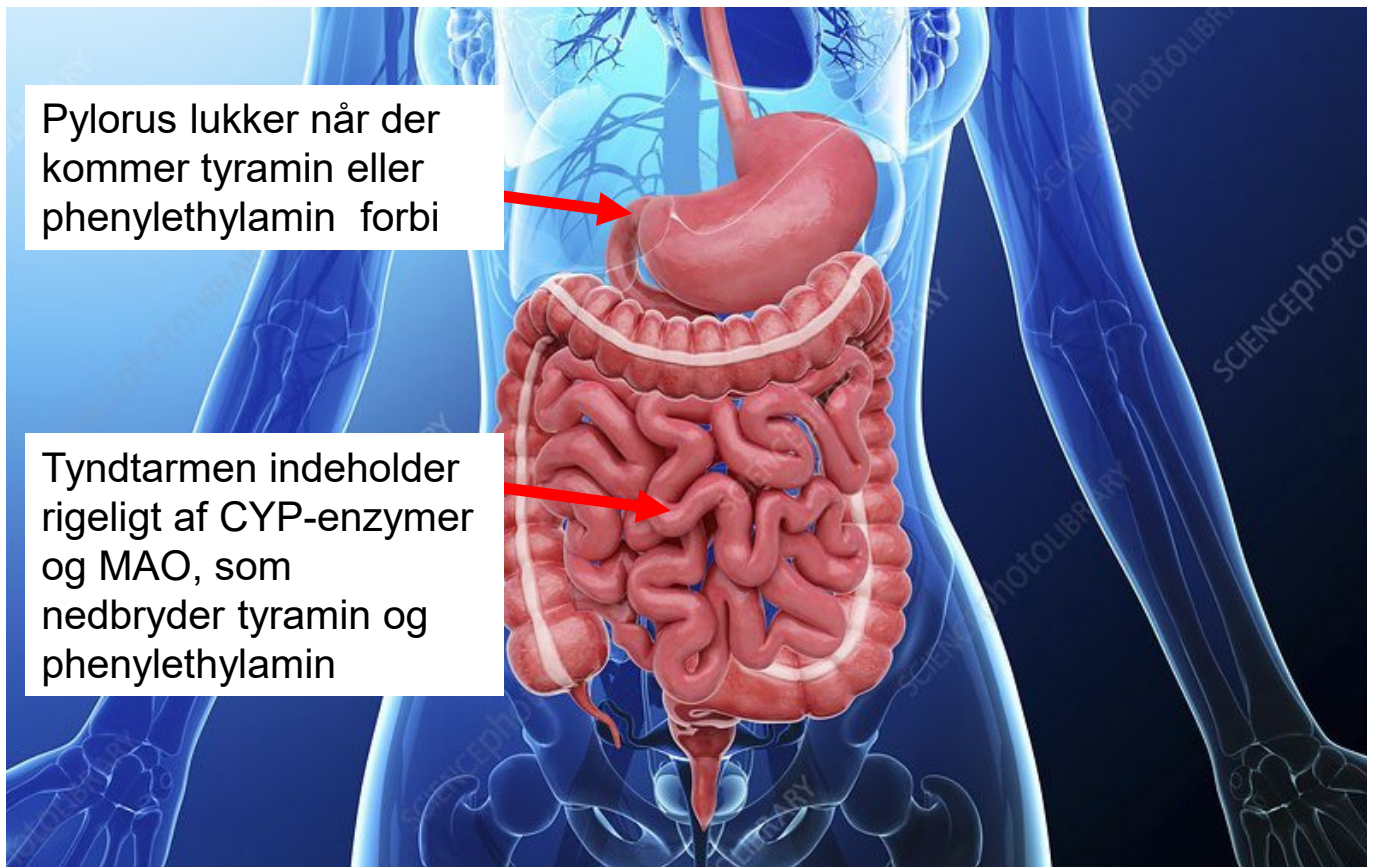
mulig forgiftning pga. bakterier, som har dannet tyramin og phenylethylamin i maden.

TAAR-aktiviteten styres af et gen på kromosom 6. Der er mange varianter. Så der er nok forskel fra person til person, i hvor effektiv denne lukkemekanisme er.

Selvom vi har denne fine lukkemekanisme ved indgangen til tyndtarmen, vil der uvægerligt komme biogene aminer ind i tarmen. Vi har (heldigvis) et stort og veludviklet lager af enzymer i tyndtarmen, som nedbryder de fleste skadelige stoffer. For migrænikere er det nok mest interessant, at vi har rigelige mængder af MAO (som nedbryder bl.a. tyramin og phenylethylamin) i tyndtarmen.

Der er ikke lavet undersøgelser som sammenligner lukkemekanismen nederst i mavesækken hos migrænikere og ikke-migrænikere, Men det er sandsynligt, at ikke-migrænikere kun

Vi har to 'forsvarssystemer' mod tyramin og phenylethylamin



lukker for transporten ind i tarmen ved højere koncentrationer af biogene aminer, f.eks. i forbindelse med 'Roskildesyge' (maveforgiftning). Ikke-migrænikernes forsvar mod tyramin og phenylethylamin ligger så alene i tyndtarmen. En [ganske lille undersøgelse](#) af MAO-indholdet

i 10 personers tyndtarme viste, at MAO-mængden i tyndtarmen var nogenlunde ens hos de 10 forsøgsdeltagere. Ingen af forsøgsdeltagerne oplyste at de led af migræne.

[forskere](#). Men det har vist sig, at der er masser af gode forklaringer, hvis vi tager fat på at analysere virkningen af TAAR-receptorerne.

/ABO

Der er stadig store huller i vores viden om disse receptorer, [skriver](#)

Er du rig får du bedre migrænebehandling (i USA)

behandling

Vejen mod en super god behandling af migræne er belagt med frustrationer. Det har amerikanske forskere kikket nærmere på. Data er [for amerikanske migrænikere](#), som har en sundhedsforsikring. Så det er ikke sikkert, at de kan overføres direkte til danske forhold, men der er – måske – nogle af de samme tendenser i det danske behandlingssystem.

Forskerne fik svar fra 9.184 amerikanske migrænikere (7.930 med episodisk migræne og 1.254 med kronisk migræne – dvs. mere end 15 hovedpinedage om måneden, heraf mindst 8 migrænedage). Så der var et pænt stort antal deltagere i undersøgelsen.

De blev udspurgt om deres erfaringer med lægelig behandling af deres migræne.

Forskerne kunne også opdele svarene på køn, etnisk oprindelse og indtægt.

- Det viste sig, som forventet, at dem med den højeste indtægt fik den bedste behandling.
- Amerikanere med afrikansk etnicitet fik oftere MOH end de øvrige grupper.
- Kvinder fik lidt bedre behandling end mænd.

Men det er nok overraskende for en dansk migræniker, at kun 13% fik den korrekte diagnose 'kronisk migræne' i første forsøg, og at kun 21% af dem med episodisk migræne fik den korrekte diagnose ved første konsultation.

Forskerne synes ikke at være overraskede over disse resultater – lignende tal er publiceret flere gange tidligere, men ikke specifikt fra Danmark.

Måske er der en sammenhæng med, at [lægeuddannelsen i de fleste lande](#) omfatter i alt 4 timers undervisning i hovedpinesygdomme, og uddannelsen til neurolog (speciallæge) generelt ser hovedpinesygdomme som et lille område.

/ABO



Der kan være langt til målet (god behandling af migrænen), men giv ikke op. Det ER muligt at få et godt liv med migræne.

	Episodisk migræne (7.930 personer)	Kronisk migræne (1.254 personer)
Fik du diagnosen migræne hos den første læge du kom til	28%	41%
Var diagnosen specifik (episodisk eller kronisk)	21%	13%
Var behandlingen korrekt (anfaldsmedicin eller forebyggende)	13%	7%
Undgik du at udvikle MOH (ud fra medicinforbrug)	8,5%	1,8%

Migræne danmark
Anne Egelund
Mosevangen 49
3460 Birkerød

Det er kvaliteten af forskningen der er vigtig – men kvantiteten er det måske også lidt

Af Anne Bülow-Olsen

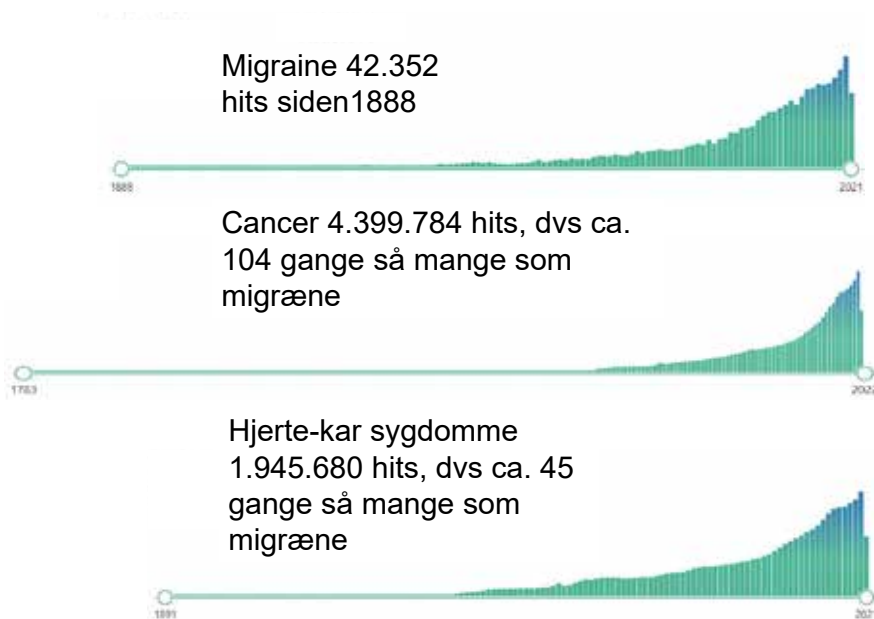
Langt de fleste lødige (og nogenlunde lødige) forskningsresultater om de store folkesygdomme indgår i den database, som kaldes Pubmed. Her er det samlede antal forskningsrapporter for migræne (migraine på engelsk), kræft/cancer og hjertekarsygdomme (cardio-vascular diseases på engelsk).

Man dør af kræft og hjerte-kar-sygdomme, mens mange dør med migræne. Måske er det derfor, der er mere interesse for kræft og hjerte-karsygdommene?

Antallet af forskningsrapporter stiger hver dag – disse tal blev trukket ud 20. juli 2021. Prøv selv af søge på ordet 'migraine', og tallet vil have vokset.

Nej – vi skal ikke være misundelige på dem med diagnoser, som er populære blandt forskerne. Det er ikke kun antallet af forskningsrapporter, som afgør, hvor god en behandling vi får. Men de dygtigste forskere skeler nok lidt til, om de kan få de forskningsmidler, som de selv mener, de har brug for.

Migræne har heldigvis tiltrukket en stribe eminente forskere (ingen nævnt, ingen glemt, men se på side 7). Vi har derfor først fået triptanerne, som har revolutioneret mange migrænikeres liv. Og nu senest CGRP antistofferne (f.eks. Aimovig), som nok vil vise sig at gøre livet tåleligt for endnu flere migrænikere.



Tal trukket fra Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) 20. juli 2021

