

• Nr. 2 • august 2023

# MigræneNyt

- **Er du ny med migræne?**
- **Medicingrænser og MedicinOverforbrugsHovedpine**
- **De socio-økonomiske fordele ved god migrænebehandling er overvældende**
- **Nyt fra Videnskabens Verden – hvad er migræne for noget?**
- **LGBT+ personer er overrepræsenteret i migrænestatistikkerne**

Migræne danmark  
så får du ærlig information



## Sommerferie

Så kom og gik sommerferien, og jeg håber, at I har haft en god ferie uden for meget migræne. For mit eget vedkommende fik jeg 6 skønne migrænefrie dage i Sverige. Ferie hjælper mig. Men lige så snart jeg var tilbage i Danmark, ramte den igen. Æv, men jeg er taknemmelig for de gode dage. Selvom det er august, bringer vejret allerede mindelser om efterårets komme.

## Om bladet

Bladet er igen fyldt med spændende artikler. Vi har længe talt om, at vi gerne vil have mere information til de helt nye migræneramte, og denne gang har vi derfor en artikel om netop dette emne. Jeg vil ikke udelukke at også mere erfarne hovedpine/migræneramte kan få noget ud af artiklen. Og så er der selvfølgelig et væld af spændende artikler om alt fra MOH til ny viden fra bl.a. forskningen.

## LGBT+

Jeg læste/hørte for nylig et interview med en LGBT+-aktivist (hvis du er i tvivl om hvad det er, så tænk andre seksualiteter og kønsidentiteter end den heteroseksuelle. Der er også en faktaboks bladet), som gjorde stort indtryk på mig. Det viser sig, at mennesker, som identificerer sig som LGBT+ er helt markant overrepræsenteret i migrænestatistikker. Man ved ikke hvorfor, men antager at det nok handler om minoritetsstress. Det binder an på min egen interesse for, hvordan det psykiske kan spille sammen med en fysisk neurologisk malfunktion, som migræne jo er. Det er også kendt, at andre minoriteter har en overrepræsentation af migræne. Og så er der så lige kvinderne, som ikke er en minoritet, men som også er klart overrepræsenteret. Det bliver spændende at se, hvordan forskningen på feltet udvikler sig. I første omgang har jeg kontaktet LGBT+ i Danmark og inviteret dem ind i et samarbejde om en tekst på vores nye hjemmeside om LGBT+ og migræne.

## Ny hjemmeside

Og ja, der er en ny hjemmeside på vej, som vores fantastiske næstforperson Vibeke er i fuld gang med. Vi tror, den er klar omkring jul.

Tak for jeres medlemskab og opbakning. Pas på jer!

Med venlig hilsen  
Anne Egelund  
Forperson

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  
migraeneyt@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 danmarks bestyrelse:  
Formand Anne Egelund  
Næstformand Vibeke Kristiansen  
Kasserer Malene Brix Pilegaard  
Bestyrelsesmedlem Lone Marquard Jensen

Layout: MECATUM  
Tryk: DegnGrafisk A/S

Indlæg markeret med initialerne AE eller ABO er skrevet af henholdsvis Anne Egelund og Anne Bülow-Olsen.

Forsidebillede: Velkommen tilbage fra sommerferie .

Foto: pixabay.com

LEDER	2	Velkommen tilbage fra sommerferie
MOH	4	MOH – vanskelige definitioner
MIGRÆNE	6	Migræne med ondt i eller omkring øjet
	7	Livet med migræne
	8	Ny daglig hovedpine
	9	Amerikanske hovedpinelæger fortolker behandlingsvejledningen for triptaner
	10	Er du ny med migræne?
	12	Dufte som udløser migræne
	13	Gliacellerne giver måske en forklaring på migræne
	13	Amerikanske migrænelæger er fleksible
	14	Hvad tror vi på (når det handler om migræne og behandling)?
	15	Migrænesmerter – hvor sidder de?
	16	LGTBQ og migræne
	17	Hvordan opleves det at få en blodprop i hjernen?
MEDICIN	18	Hvorfor tager det 2 timer, inden vi får virkning af Sumatriptan?
BEHANDLING	19	Aimovig giver hver 5. bruger forhøjet blodtryk
CGRP	20	Socio-økonomiske gevinster ved CGRP-behandling større end sundhedsudgifterne
MEDICIN	21	Zavegepant – en næsespray-gepant
FORENINGEN	22	Referat fra generalforsamlingen (GF)
MEDICIN	23	Triptaner – hvorfor (ikke)?
BAGSIDEN	24	Mindfulness øger opmærksomheden på kommende migræneanfald

## 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.

# MOH – vanskelige definitioner

**moh** Vi er vist mange, som ikke er helt sikre på, hvornår/om vi tager mere medicin mod migræneanfaldene, end det, der er defineret som MOH (medicinoverforbrugshovedpine).

Det ser så enkelt ud i en lille tabel i [Referenceprogrammet](#).

Men hvad er virkeligheden? I det følgende er ergotamin ikke nævnt, da de vistnok ikke bruges mere. Kombinations-analgesika er smertestillende midler (håndkøbs eller på recept) som indeholder to forskellige smertestillende stoffer. Det er bl.a. Treo (aspirin + koffein) og Kodymagnyl (codein + aspirin).

Drik	Mg koffein per 100 g af drikken
Kaffe (som de fleste nok drikker den)	40 til 85mg
Espresso og Mocca	Mere end 200 mg (drikkes ofte af små kopper)
Instant coffee	2 til 3 mg
Te	25 til 85 mg
En Treo i 100 ml vand	50 mg

## Koffein som adjuvant?

Koffein regnes normalt ikke som en smertestillende medicin, men når koffein kombineres med aspirin, forstærkes virkningen af aspirinen en smule. En måde at måle koffeinens ekstra virkning er at se, hvor mange forsøgspersoner, der får en halvering af smerterne. Deltagerne må selvfølgelig ikke vide, om de får [piller med eller uden koffein](#). I sådan et forsøg fik 41% af deltagerne den ønskede halvering af smerterne ved behandling med aspirin alene. I gruppen som fik aspirin med tilsat koffein, fik 48% halveret smerterne. Cochrane reviewet konkluderer, at der er en signifikant effekt af 100 mg koffein, men ikke af mindre doser.

Så koffein er en adjuvant – et hjælpestof. Men koffein regnes alligevel som et smertestillende middel i Treo.

TABEL 6.1. Klassifikation af medicinoverforbrugshovedpine.<sup>1</sup>

B.2 [G44.4] MEDICINOVERFORBRUGSHØVEDPINE	
A.	Hovedpine $\geq 15$ dage/måned hos en patient med en præ-eksisterende hovedpinesygdom
B.	Regelmæssigt overforbrug i >3 måneder af et eller flere af følgende medikamina: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergotaminer, triptaner, opioider, eller kombinationsanalgetika <math>\geq 10</math> dage/måned</li> <li>- Simple analgetika i <math>\geq 15</math> dage/måned</li> <li>- Vilkårlig kombination af ovenstående præparater <math>\geq 10</math> dage/måned</li> </ul>
C.	Kan ikke bedre tilskrives anden ICHD-3 diagnose

Indholdet af koffein i en Treo tablet er 50 mg. Der er ingen begrænsninger for, hvor mange kopper kaffe, man må drikke, sammen med f.eks. en aspirin-tablet.

Ca. halvdelen af [befolkningen i Europa](#) synes at være hurtige nedbrydere af

et kombinations-middel, uanset at adjuvanten (koffein) ikke fungerer for ca. halvdelen af brugerne.

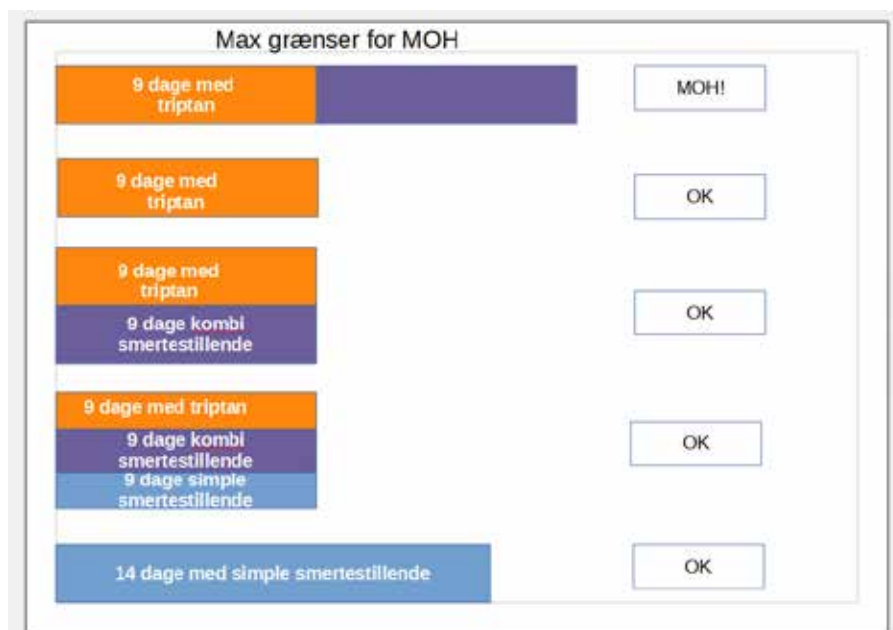
## Begrænsninger i brugen af anfaldsmedicin

Omsætter vi tabel 6.1 fra Referenceprogrammet til grafik, får vi figuren med orange bjælker.

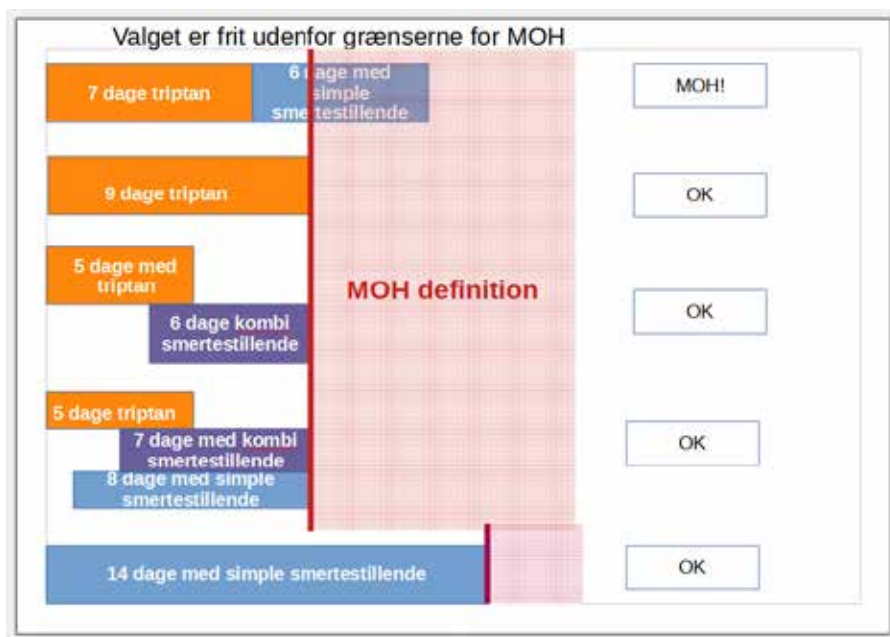
Indenfor de første 9 medicindage er der frit spil. Man kan tage en, 2 eller 3 forskellige typer medicin (triptan, simple smertestillende og kombi-smertestillende) hver af de 9 dage. Det er antal dage med medicin, som tæller, forklarer lægerne. Undtagen for de simple smertestillende, som – hvis man ikke mikser med andre typer medicin – kan tages i 14 dage om måneden.

koffein. Det betyder, at halvdelen af brugerne af Treo næppe får ret megen effekt af koffein-tilsætningen til tabletterne. Alligevel regnes Treo som

Men sådan ser virkeligheden jo ikke helt ud. Migrænikere snupper en Treo eller to, hvis anfaldet tegner til ikke at blive voldsomt. Og supplerer med







triptan senere på dagen. Og alle de andre varianter af kombinationer af de tre medicyntyper (simple smertestillende, kombi smertestillende og triptaner) som den enkelte foretrækker og/eller håber vil gøre kål på dagens migræne. Og så er det, det hele bliver lidt kompliceret.

Har man f.eks. taget triptaner (og ikke andet) i nogle dage, afskærer det for muligheden af at tage de 9 dages 'til-ladte' smertestillende midler – de må kun tages op til 9 dage sammen med enten triptan eller smertestillende. Holder man sig til kun at tage simple smertestillende, har man frit løb på 14 dage.

Jo, det er voldsomt kompliceret. Lægerne (nogle af dem) er meget restriktive mht. at skrive recepter på triptaner. Det presser selvfølgelig migrænikerne ud i at købe håndkøbs-medicin til dækning af de slemme migrænedage, som det lille antal triptan-dage ikke kan dække. Det er forståeligt, og der er ingen dokumentation på, hvor mange dage, der er smuttet en eller flere håndkøbspiller ned.

Systemet er dog nogenlunde egnet for migrænikere, som har behov for anfaldsmedicin mindre end 9 dage om måneden.

For kroniske migrænikere (med mere end 15 migrænedage om måneden) er situationen helt anderledes. De kan få smertelindring fra triptaner og smertestillende medicin 9 dage om måneden. Det efterlader mindst 6 dage uden smertelindring. Hvad gør man så? Lige nu siger lægerne 'forebyggende' – men der er mange, som det ikke virker for.

Vi skal jo huske på, at kroniske migrænikere kan have migræne hver eneste dag. Så er der – i værste fald – mere end 20 ubehandlede migrænedage.

### Hvilken medicin giver den største risiko for MOH?

Codein er klart den farligste smertestillende medicin, når vi snakker MOH. I USA er 10.000 vis af amerikanske codein-brugere døde pga. overdoser. De danske kombinations-piller med



Billedet viser opiumsvalmuen, som bruges til fremstillingen af bl.a. codein

codein (codimagnyl mv) har så små mængder codein, at man ved almindeligt, kortvarigt brug, ikke risikerer at blive afhængig. Men kombi-medicinerne er alligevel begrænsede til maks 9 dage om måneden.

Treo regnes for et kombi-middel. Uanset at tabletterne foruden aspirin også indeholder koffein svarende til en halv kop kaffe. Mængden af koffein er mindre end i en standard kop kaffe (100 ml). Vælger man at tage aspirin svarende til en Treo (500 mg), kan man tage 3 acetylsalicylsyre-tabletter (150 mg) sammen med en god hjemmelavet kop kaffe. Og så må man tage denne kombi i 14 dage om måneden.



Triptaner anses også for at kunne udløse MOH, men sammenlignet med MOH pga. smertestillende medicin, er en afgiftning lettere at komme igennem, og varer kortere tid.

### Behandling mod MOH

Det generelle råd mod MOH har i mange år været, helt at droppe migrænemedicinen (alle typer) i 2 måneder. Denne 'behandling' har flere navne: medicin-sanering, 'kold tyrker' (undskyld til alle tyrkiske læsere – begrebet har intet at gøre med folk fra Tyrkiet), afgiftning og medicinfri-erie. Men er det nu også en god måde at behandle de migrænikere, som i en periode har haft brug for mere medicin, end en behandlingsvejledning omtaler som 'tilstrækkeligt'?

Nyere forskning har vist, at [den største risikofaktor, for at udvikle](#)

**MOH** er at have mange migrænedage. Det giver – klart nok – en god grund til at tage mere medicin end det, som er grænsen for at have MOH. Andre vigtige faktorer er kortvarig uddannelse, rygning, angst og depression, og manglende fysisk aktivitet.

Efter en medicinsanering er der selvfølgelig en risiko for tilbagefald – medicinforbruget stiger igen, hvis migrænedagene ikke er reduceret i forbindelse med afgiftningen. Risikoen for tilbagefald er øget hos migrænikere med tendens til depressioner, langvarig kronisk migræne og mange migrænedage også efter saneringen.

MOH følges ofte af psykiske diagnoser som angst og depression, og er en byrde for patienten (dårlig livskvalitet) og en [væsentlig udgift for samfundet](#). En MOH-patient koster mere end 3.000 Euro om året (med en del variation fra land til land, og lidt hø-

jere udgifter for mænd). For EU som helhed (2012-priser) kostede MOH 37 milliarder Euro om året. Migræne kostede 111 milliarder Euro om året. I dette regnestykke er det godt at huske, at der er ca. 12% migrænikere og ca. 1% med MOH. Så rundt regnet koster en MOH-patient hvert år ca. det tredobbelte af en migræniker uden MOH.

### **De kroniske migrænikere hjælpes meget dårligt**

Indtil videre synes den eneste behandling at være medicinsanering (medicinpause) for dem, som har så meget migræne, at de tager for meget medicin. De får så stemplet MOH, og løsningen er så at de skal stoppe med medicin i mindst 8 uger ifølge danske læger. Det er 2 måneder (nogle får at vide at det skal være 3 måneder) i meget voldsom smerte. Der er en gruppe migræneramte, som gennemgår denne 'behandling'

og får det bedre, om ikke andet så i en periode. Der er desværre også en gruppe, som ikke får det bedre. Og her kommer både læger og patienter til kort. Det er gruppe, som ofte overses, og som hjælpes meget dårligt med de eksisterende behandlingsmuligheder. Der er læger, som er mere fleksible med triptanerne, men der er også læger, som holder fast på medicingrænserne. Det efterlader os patienter et meget svært sted, hvor vi er afhængige af enkelte lægers velvilje, og hvor mange patienter er desperate efter smertelindring. Der er også patienter, som er dårligt hjulpet af triptaner, og de har det endnu sværere. Det er grupper, som fortjener langt mere opmærksomhed end tilfældet er i dag. Alene det at man ikke 'opgives' af systemet, men fortsat tilses af en empatisk læge har betydning. SmerTELindring er mere end blot medicin.

ABO/AE

## Migræne med ondt i eller omkring øjet

migræne

Der er nogen (og det vides ikke med sikkerhed, om det er få eller mange) som får [smerter omkring øjet](#), samtidig med at de har migræne. Nu har denne variant af migræne i det mindste fået et navn – trochlear migræne. Det

fortæller, at smerterne stammer fra en nerve, som kaldes trochlear-nerven. Det er en nerve, som går fra hjerne-stammen til øjets overside. Det er en lang vej (for en nerve) og den snor sig gennem snævre knogle-åbninger. Så selv forholdsvis små hovedtraumer (f.eks. hvis man falder og slår hovedet) kan beskadige trochlear-nerven.

Er nerven beskadiget, kan man få dobbeltsyn, fordi de to øjne ikke længere følges ad helt nøjagtigt. Og så kommer der ofte migrænelignende anfald, som følges af smerter omkring øjet.

Der er ikke en standard-behandling, men erfaringerne viser, at beta-blokkere, som sænker blodtrykket, kan reducere (ændringerne i) blodtrykket omkring trochlear-nerven, og dermed reducere smerterne. Dosis skal afpasses til hver enkelt patient. Gabapentin ser også ud til at blive valgt som behandling, specielt pga. at den ikke giver mange bivirkninger.

Let læst (på engelsk) om Trochlear nerven: <https://healthjade.net/trochlear-nerve/>



Trochlea betyder garntresse på latin. Det hentyder til at trochlear-nerven snor sig gennem revner og sprækker på vejen mellem hjernestammen og øjet.

/ABO



# Livet med migræne

## migræne

Af Gitte Hildebrandt

Livet med migræne kan være noget af en balancegang. Helt almindelige ting såsom at passe et arbejde og samtidig være noget for familien, når du har fri, kan være en udfordring og mange med migræne kæmper for at få den kabale til at gå op.

Følelser som uforudsigelighed, utilstrækkelighed og ikke mindst dårlig samvittighed, kan komme til at fylde alt for meget og frygten for, hvornår næste anfald melder sin ankomst kan i perioder tage styringen i dit liv.

Frygten for at trigge et anfald kan betyde, at du afholder dig fra at deltage i arrangementer eller aktiviteter, som giver dig livsglæde. Det er ærgerligt og du kan komme til at isolere dig for at beholde kontrollen over migrænen. Men sandheden er, at du selvfølgelig kan tage dine forholdsregler og leve så migrænevenligt som muligt, men det er ingen garanti for, at du forbliver migrænefri.

Migræne er en neurologisk sygdom og indimellem kommer den, selvom alt kører på skinner. Du kan derfor både gøre, hvad du kan for at forebygge anfaldene f.eks. i samråd med din læge, men også ved at have en plan for, hvad du stiller op, når du er ramt.

Det at have en strategi f.eks. i form af en effektiv anfaldsmedicin samt en plan for, hvem der kan hente børnene i børnehaven, kan give mere ro på. Ængstelighed og stress kan forværre migræne, så det er værd at overveje, hvad du kan gøre for at mindske det i det daglige.

### Vi er en broget skare

Migrænikere er en broget skare. Måske har du 2 anfald om året, der er så invaliderende, at det alligevel fylder en del i dine tanker resten af året. En del har udelukkende de hormonelle anfald hver måned, mens andre er ramt næsten hver dag. Anfaldene kan variere i styrke

og varighed, selvom der er nogle symptomer der går igen hos de fleste som f.eks. pulserende smerte i den ene side af hovedet, kvalme, lyd- og lydfølsomhed. En person der har hjælp af anfaldsmedicin, kommer lettere igennem anfaldet end en, som må ride stormen af uden mulighed for lindring.

Faren ved, at anfaldsmedicinen virker, kan være, at du kører dig selv for hårdt og "glemmer", at kroppen har behov for hvile. Det kan gå i et stykke tid, men ofte trækker anfaldet bare i langdrag og stjæler endnu mere af dit liv, så pas på dig selv.

Vores livsomstændigheder er også forskellige. Alt efter hvordan du har lært, at man håndterer smerter og ubehag, kniber du måske balderne sammen og klarer, det du skal på trods af, at migrænen forværres og kroppen forsøger at råbe dig op. Måske har du en partner, der kan tage over, når du må stemple ud, eller også er du alene med 2 mindre børn og så er situationen jo en anden. Her kan

du måske trække på dit netværk. De fleste vil gerne hjælpe, når vi tør at række ud.

### Du er ikke alene

Migræne er til dels arvelig, så måske er der nogen tæt på, du kan spejle dig i. Desuden er det meget givende at være med i en patientforening. Du er en del af et fællesskab, hvor du møder forståelse, kan blive klogere på sygdommen og derved være bedre rustet i forhold til din egen behandling. Desuden støtter du et godt formål og dit bidrag i form af et medlemskab betyder blandt andet, at vi kan føre dine synspunkter videre til beslutningstagere, neurologer og i det hele taget øge kendskabet til livet med migræne.

Læs mere på: <https://www.migraeniker.dk/>.

Vi har også en Facebookgruppe, hvor du kan stille spørgsmål og udveksle erfaringer. Gå med her: <https://www.facebook.com/groups/Migraenedanmark/>.



# Ny daglig hovedpine

## migræne

Der er – ganske få – migrænikere, som pludselig (bogstavelig talt fra dag til dag) får hovedpine hver eneste dag. Hovedpinen er ofte migræneagtig (eller helt normal migræne), og det rammer omkring 0,03% af den voksne befolkning, svarende til ca. 4% af de kroniske migrænikere. Det kaldes [Ny Daglig Hovedpine](#) (NDH). Børn kan også have NDH.

Der er ikke nogen gode forklaringer på, hvorfor NDH pludselig rammer en person. De fleste har episodisk migræne, inden de får NDH. Kvinder er mere udsat end mænd. 4 ud af 10 NDH-patienter kan udpege en infektion (ofte influenza), en operation, eller en stressperiode som en mulig udløser. 2 ud af 3 NDH-patienter har migræne-symptomer, og resten har symptomer på spændingshovedpine. Der er – selvfølgelig – nogen med NDH, som kommer ud i et overforbrug af smertestillende medicin (ca. 1 ud af 5). Angst og depression er almindelige følgevirkninger, og det kan være svært at sove på grund af hovedpinen.

Migrænikere har ofte en eller flere nære slægtninge, som også har migræne. NDH-patienter har færre



slægtninge med migræne. Så NDH er nok ikke arveligt.

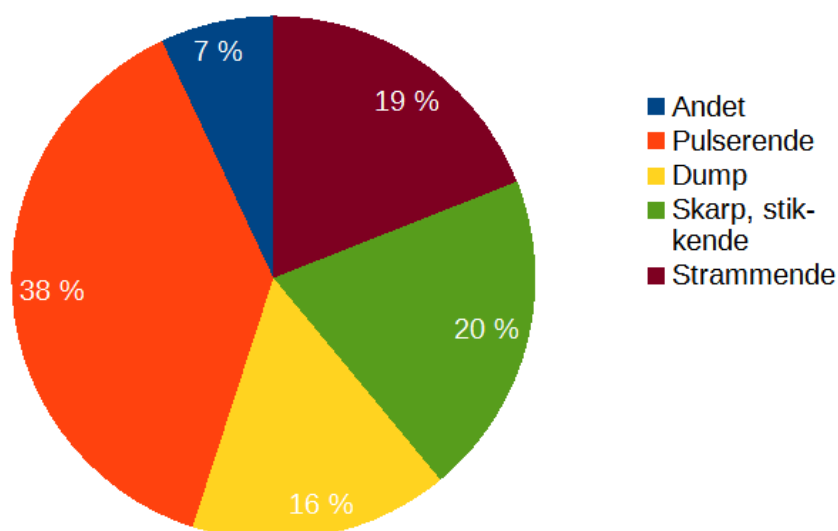
Der er meget sparsomme beretninger om behandling af NDH. Indtil videre

anbefaler migræneeksperterne at behandle patienterne, som om de har kronisk migræne eller spændingshovedpine. De normale (gamle) forebyggende mediciner ser i ganske små forsøg ud til kun at have en mindre virkning. GON-blokade eller Botox-injektioner har en væsentligt større effekt.

Der er usikkerhed om NDH kan forsvinde igen af sig selv.

/ABO

## Smerternes karakter hos patienter med Ny Daglig Hovedpine



For en ikke-professionel synes det, som om NDH kunne blive udløst af et traume. Der kan være forskellige traumer involveret, og de ser ikke ud til at forsvinde indenfor kort tid. Men generelt er vores nuværende viden om denne type hovedpine meget lille, og meget ser ud til at bygge på små grupper patienters reaktioner.



# Amerikanske hovedpinelæger fortolker behandlingsvejledningen for triptaner

migræne

Der ser ikke ud til at være en generelt accepteret behandlingsvejledning for de amerikanske migrænelæger. Men indlægssedlen for sumatriptan advarer mod at bruge (suma)triptan, hvis man har haft en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen, har hemiplegisk migræne eller har højt blodtryk.

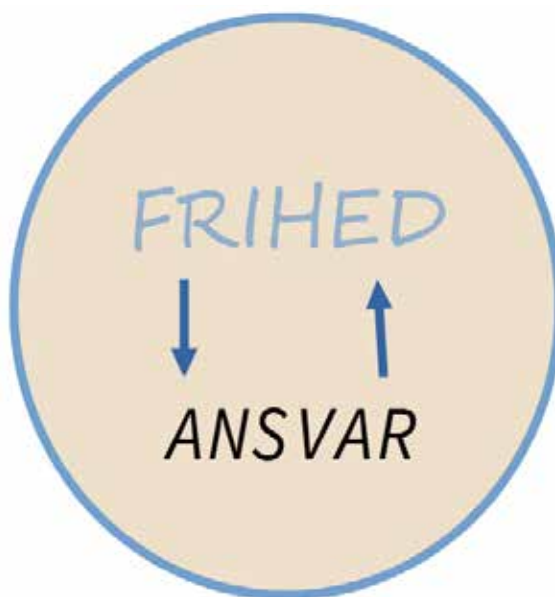
Ikke desto mindre svarede omkring halvdelen af de 148 læger, som besvarede [survey'et](#), at de "af og til" gav triptaner til patienter som havde haft en blodprop i hjernen eller en hjerneblødning.

Omkring halvdelen af de 148 migrænelæger svarede desuden, at de "ofte" eller "somme tider" udskrev triptaner til personer med hemiplegisk migræne.

Og endelig svarede halvdelen af lægerne, at de "somme tider" eller "sjældent" udskrev triptaner til patienter med ukontrolleret højt blodtryk.

Lægerne udskrev "ofte" triptaner til gravide (17% af lægerne), til migrænere over 65 år (45% af lægerne), og til patienter med langvarige aura (24% af lægerne).

Artiklen, som bringer disse oplysninger, fortæller ikke, om det var de samme læger, som var generøse i behandlingen af alle disse forhold, eller om den enkelte læge kunne være restriktiv på nogle forhold, og generøs på andre forhold hos patienten.



Her i landet siger [det nyeste produktresumé for Sumatriptan](#) at Sumatriptan "ikke må bruges" til patienter med blodpropper og hjerneblødning eller højt blodtryk, og at Sumatriptan ikke er godkendt som medicin til hemiplegisk migræne.

Det danske produktresumé skriver desuden, at vi ikke har tilstrækkelig erfaring mht. triptaner til gravide, men der er heller ikke nogen advarsel mod at bruge dem. Det danske produktresumé fraråder at bruge triptaner til personer over 65 år og har ingen holdning til længerevarende aura.

/ABO

Der er ikke en dansk undersøgelse som svarer til den amerikanske. Men det synes, som om der er en del danske læger, som i nogle tilfælde afviger en smule fra produktresuméets tekster.

De danske regler kan i nogle tilfælde opleves som snærende og begrænsende. Men mon ikke det styrker vores tillid til lægen, hvis vi kan være rimeligt sikre på, at vi ikke får en medicin, som vil øge risikoen for blodpropper og hjerneblødninger.

Eller – ville vi (som patienter) gerne selv få lov til at vurdere, om vi vil tage risikoen? Det kræver nok en del oplysninger om de aktuelle risici.

## Ting tager tid...

og da specielt, når det handler om ny medicin. FDA har nu [accepteret at modtage en ansøgning](#) om en næ-

sespray med ergotamin. Man håber på en afgørelse i januar 2024.

Patient = tålmodig på engelsk.

/ABO

# Er du ny med migræne?

migræne

Af Gitte Hildebrandt

Er du ny med migræne?

For det første skal du vide, at der er masser af muligheder for at opnå bedring. Alene i de sidste 5 år er der kommet nye behandlingsmuligheder på markedet og der er flere inden for forskning f.eks., som brænder for at skabe bedre betingelser for hovedpineramte.

For det andet skal du vide, at du ikke er alene. Det kan give så meget at være en del af et fællesskab f.eks. via en patientforening eller en Facebook-gruppe. Du kan opnå forståelse for andres situation, spejle dig i dem og måske bruge nogle af deres erfaringer, når det kommer til livet med migræne. Det kan sagtens være, at andre i din familie har migræne, da sygdommen tll dels er arvelig. Det kan også være et pejlemærke, når du vil undersøge, om det er migræne, du har.

## Hvor mange og hvilke hovedpinetyper?

Omkring 800.000 danskere (17,8 procent) har migræne eller hyppig hovedpine. Fra 2013 og frem ser man en stigning i antallet af ramte. Hovedpine er desuden udbredt blandt børn og unge. Hvis vi kan hjælpe f.eks. børn og unge tidligere, kan vi på sigt få færre udgifter til det sundhedsmæssige som samfund, og ikke mindst sikre en bedre livskvalitet for de mennesker.

De mest udbredte hovedpinetyper er spændingshovedpine og migræne, og de forekommer ofte samtidig. Både spændingshovedpine og migræne er primære hovedpineformer. Det betyder, at de ikke skyldes anden sygdom.

Man må formode, at en del danskere går rundt med udiagnosticeret migræne. Måske er man opvokset i en familie, hvor hovedpine var normalt, men man led i stilhed. Eller måske opsøgte man ikke hjælp, da symptomerne var anderledes end det til tider karikerede billede af, hvordan et typisk migræneanfald ser ud.

## Det typiske migræneanfald

Migræne kan se ud på mange måder. Anfaldene kan variere i styrke, der kan forekomme en række symptomer, som f.eks. kvalme, lyd- og lysfølsomhed samt en pulserende smerte i den ene side af hovedet, men smerten kan også sidde langs kraniekanten, i hele hovedet eller over det ene øje.

Mange er ikke klar over, at der er mange forskellige typer af migræne. Herunder migræne uden hovedpine (silent migraine), hvor en række symptomer er i spil, men hovedpinen udebliver. Det kan være enormt invaliderende f.eks. at have kvalme og være voldsomt svimmel, selvom den karakteristiske smerte i hovedet er fraværende.

Aurasymptomer som f.eks. delvise lammelser, synsforstyrrelser og afasi kan også forekomme. Typisk leder aura op til hovedpinefasen, men langt fra altid. Det kan være forvirrende, hvis man har et fasttømret billede af, hvordan et typisk migræneanfald ser ud.

Vi ser typisk en person med migræne for os som en person, der ligger for nedrullede gardiner i mørke, stilhed og kaster op. Det kan derfor være svært at opdage, at der er tale om migræne, hvis det er den opfattelse, man har.

Vi er forskellige som individer og vi oplever desuden smerte forskelligt. Der er selvfølgelig nogle karakteristika, som lægen bruger, når der skal stilles en diagnose. Diagnosen stilles på baggrund af en række spørgsmål og en evt. skanning foretages kun, når man vil udelukke, at det kan være andre sygdomme.

Migrænen kan også ændre sig over tid. Personligt kaster jeg aldrig op længe, hvilket er en stor lettelse, men derimod har jeg en massiv kvalme. Både op til anfaldet, under anfaldet og i fasen efter.

Ændrer din migræne karakter, vil vi til enhver tid anbefale, at du tager en snak med din læge for sikkerheds

skyld. Mere for at sikre, at det ændrede symptombillede hænger sammen med migrænen og ikke skyldes noget andet.

## Forskellen på spændingshovedpine og migræne

Det kan være svært at skelne mellem spændingshovedpine og migræne, og de kan som nævnt forekomme samtidig. Måske oplever du, at det er vanskeligt at vælge, om du skal tage håndkøbsmedicin eller anfaldsmedicin som f.eks. sumatriptan, hvis du har fået det af lægen.

Hvis triptaner virker, så er der tale om migræne. Den type af medicin virker nemlig kun mod migræne, så det kan være en form for tryktest, hvis du er i tvivl. Der er 7 forskellige triptaner og de fås som blandt andet næsespray eller smeltetabletter, som er en fordel, hvis du har svært ved at holde piller i dig.





du har anfald, men hånden på hjertet. Det er ikke der, du har overskud til at være nysgerrig på hovedpinen eller migrænen.

Jo bedre du kender din migræne, dens forløb og symptomer, jo bedre bliver du også i stand til at forebygge og behandle den. Det er også vores klare overbevisning som patientforening og det er en af de primære grunde til, at vi deler artikler med ny underbygget viden, som du kan bruge i forhold din egen migræne.



Det er oftest en kombination af tiltag, medicinske og ikke-medicinske, der skal til for at opnå bedring. Det er derfor vigtigt at være nysgerrig og bygge ovenpå, efterhånden som du lærer hovedpinen eller migrænen at kende. Det kan du gøre i samarbejde med din læge eller neurolog, men i høj grad også ved at uddanne dig selv eller opsøge hjælp andre steder.

Oftest kan selv små ting gøre en stor forskel, da de fleste triggere skyldes en afvigelse fra normalen. Migrænehjernen elsker regelmæssighed, så du kan f.eks. være opmærksom på at få drukket tilstrækkeligt med væske i løbet af dagen, spise regelmæssige måltider og ting i den dur. Både dehydrering og for lavt blodsukker er kendte triggere og du kan gøre dit til, at passe bedst muligt på dig selv.



### Vær nysgerrig og skriv hovedpinedagbog

Måske er du en af dem, der lukker ørerne, når nogen foreslår, at du skal være nysgerrig på din hovedpine eller migræne?

Det er forståeligt, da migrænen stjæler din tid og din energi. Måske orker du kun at beskæftige dig med den, når du er tvunget til det. Det vil sige, når

Det er den samlede mængde triggere, der afgør, om et anfald udløses. I de senere år er man begyndt at se på triggere på en lidt anden måde. De kan være med til at udløse anfaldet, men det er ikke nødvendigvis det ene glas vin, du drak, der gjorde udfaldet. Måske havde du menstruation, var presset på arbejdet og havde sovet dårligt, inden du drak vinen. Det var altså den samlede belastning, der resulterede i et anfald.

Måske kom anfaldet ud af det blå, som det indimellem gør, da migræne er en neurologisk sygdom, der ikke kan styres, selvom du kan arbejde med at undersøge, hvad der henholdsvis bedrer og forværer din migræne og hovedpine. Med andre ord få øje på mønstre. Dette arbejde kan lattes f.eks. ved at føre en hovedpinedagbog.

### Hovedpinedagbog

Hvor mange dage om måneden har du hovedpine eller migræne?

Hvad er du forhindret i at foretage dig, mens det står på?

Hvilken medicin tager du og hvordan fungerer det?

Det er oftest noget, lægen vil spørge om og du vil oftest blive bedt om at føre en dagbog over dine hovedpine- og migrænedage. En såkaldt hovedpinedagbog.



Her noterer du, hvornår hovedpine eller migrænen startede, hvornår den sluttede, hvor kraftige smerterne var og hvilken medicin, du tog. Det er en stor hjælp for lægen, men også for dig selv at have overblik. Du kan bruge en skala fra 1-3, hvor 1 er et mildt anfald, 2 er moderat, og 3 er det værste på din skala. Så sætter du et kryds i kalenderen og skriver f.eks. 1 ved et mildt anfald og så fremdeles. Skriv også, hvilken medicin du tog.

Der er gode apps til formålet f.eks. Migraine Buddy, som er på engelsk, men med ikoner, som er overskuelige. Du noterer det, der er relevant for dig. Du kan f.eks. være nysgerrig på symptomerne, om hovedpinen eller migrænen hænger sammen med din ægløsning og/eller menstruation eller

om den f.eks. ofte kommer i weekenden.

Det vigtige i at føre en migrænedagbog er, at du får nogle data, der giver dig et reelt billede af situationen. For indrømmet, i perioder med mange udfordrende dage føles det som om, at hovedpinen tager helt over. I virkeligheden er der pauser og bedre perioder, i hvert fald for mange af os. Det gælder om at få øje på dem.

Hvem ved, måske bliver du overrasket over dine anfalds styrke, varighed og hyppighed, når du begynder at føre dagbog?

Det er et godt redskab til dig selv. Også i din søgen efter at få det bedre. Jeg håber det bedste for dig.

Links:

Tal og statistik. Nationalt Videnscenter for Hovedpine:

<https://videnomhovedpine.dk/tal-og-statistik>

Triptaner - hvad er det? <https://www.migraeniker.dk/om-migraene-2/om-migraene/anfaldsbehandling-hvad-skal-man-vaelge/triptaner-hvad-er-det/>

<https://videnomhovedpine.dk/tal-og-statistik>

Migræne danmark: <https://www.migraeniker.dk/>

## Dufte som udløser migræne

### migræne

Rigtigt mange kender det. Der kommer en pust af en duft, som går lige i hjernen → et migræneanfald. Migrænen starter ganske kort tid efter at duften invaderede næsen. Det er f... uheld, for vi var lige på vej til noget vigtigt eller

sjovt. Disse duftudløste migræneanfald rammer kun personer, som allerede lider af migræne.

Nu har et forskerteam kikket på, [hvilke dufte der især udløser migræne](#).

De oftest nævnte dufte, som udløser migræne:

Parfume (55%), tobak(røg) (48%), blodgøringsmiddel til vaskemaskinen (33%), krops-dufte (33%), affald (25%), frisør-kemikalier (23%), biler (23%) og svedlugt (20%).

Forskerne gik et skridt videre, og undersøgte, om der var nogle duftelementer, som gik igen i disse dufte. Det viste sig at duften af (1) råd/affald/spildevand var det duftelement, som fandtes i de fleste af de migræne-ud-



løsende dufte. De næst-hyppigste derefter var (2) madlugte (krydderier, kød osv.), (3) olieholdige produkter (smøreolier, benzin mv.), (4) shampoo og balsam til hår, (5) sæber og andre rensesubstanter, og endelig, som (6) gruppe, parfumer, insektmidler og rosenduft(!).

Der var 101 deltagere i undersøgelsen.

Forskerne har ikke spekuleret voldsomt meget på, om disse dufte er naturlige (rosenduft kan f.eks. være naturlig fra roser, eller kan være syntetisk), og om der kunne være fordele eller ulemper for de ramte migrænikere, ved at reagerer på disse dufte.

/ABO

### De oftest nævnte dufte, som udløser migræne

Parfume (55%), tobak(røg) (48%), blodgøringsmiddel til vaskemaskinen (33%), krops-dufte (33%), affald (25%), frisør-kemikalier (23%), biler (23%) og svedlugt (20%).

Det synes, som om mange af de migræne-udløsende dufte er syntetiske eller dufte, som vores forfædre ikke ville møde ret tit – bortset fra duften af råd og madvarer. Vores forfædres madvaner har næppe været helt så hygiejniske som nutidens, og det kan derfor have været en fordel, at kunne identificere fordærvede madvarer. De øvrige grupper er opfindelser fra vores industrielle tidsalder.

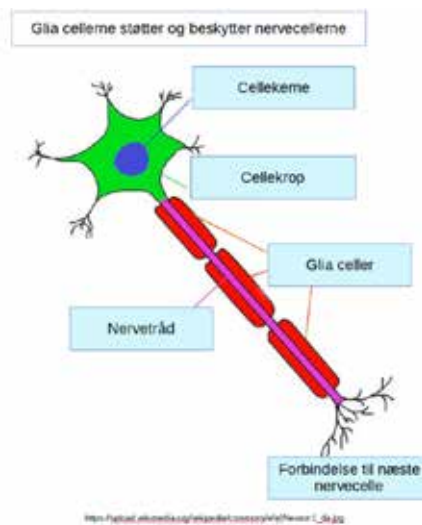
Kunne de mange industrielle dufte være medvirkende årsag til at vi nu oplever en stigning i antallet af migrænikere?



# Gliacellerne giver måske en forklaring på migræne

migræne

Vi (dvs. forskerne) får efterhånden en større og større forståelse af, hvad der sker i hjernen, når vi har migræne. En [kæmpestor gennemgang](#) af mere end 280 forskningspublikationer, har opsummeret noget af det, vi nu ved om migrænen. Her kommer de (måske) vigtigste konklusioner.



Migræne begynder (altid) med en [cortical spreading depolarization](#) – dvs. nogle elektriske impulser, som langsomt løber hen over hjernens overflade. Disse forstyrrelser medfører, at en del af de gliaceller, som beskytter hjernens nerveceller, bliver påvirket. Forskerne kalder det en inflammation – dvs. at gliacellerne ikke helt opfører sig, som de normalt har gjort. Der er mange forskellige typer gliaceller. Nogle ændringer medfører, at nogle migrænere får allodynia – dvs. at enhver berøring af huden opleves som smertefuld. Andre ændringer kan være lys- og lyd-følsomhed.

Samtidig påvirkes blodkarrene i hjernen, så de udvider sig, hos nogle af os. Blodkar på hjernens overflade kommer derved i pladmangel mellem kraniet og hjernehinden, som er trykfølsom. Denne effekt synes at være genetisk bestemt (migræne er arvelig), og giver dem, som er disponeret for de udvidede blodkar, et migræneanfald.

Så der skal (efter denne forskergruppes mening) være mindst to adskilte faktorer, for at få migræneanfald. Man skal være disponeret for at få en cortical spreading depolarization, og man skal være genetisk disponeret for, at de små blodkar i hjernen vil udvide sig, når gliacellerne udvikler en inflammation.

Forskerne mener også, at gliacellernes inflammation kan udvikle sig fra at være periodevis, til at være kronisk – og så bliver migrænen selvfølgelig også kronisk.

Der er mange gode grunde til, at det udmærket kan være, at (nogle af) forskernes konklusioner vil blive stående, som 'forklaringen på migræne'. Men som altid i forskningens verden, er der også andre tolkninger af dette komplekse system.

Så det er ikke sikkert, at dette er den allersidste, helt korrekte, forklaring på migrænenes mysterier.

/ABO

## Amerikanske migrænelæger er fleksible

migræne

Det ser ud til, at amerikanske læger er mere fleksible end de danske, i deres holdning til brugen af behandlingsvejledninger. De synes også at tænke over migrænikernes ønske om at få en god livskvalitet, både til 'normal hverdag' og i perioder, hvis der kan være brug for ekstra medicin.

Det er konklusionen på [et survey](#) med deltagelse af 19 amerikanske migrænelæger. De svarede på en lang række spørgsmål, og forfatterne af publikationen grupperede svarene. Her kommer de vigtigste positive anbefalinger.

1. Behandlingsvejledninger er ikke egnede; der skal være muligheder for individuel behandling, og vejledninger er ikke opdaterede

2. Anfaldsmedicin giver god livskvalitet.
3. Forebyggende medicin bør kun gives til hårdt ramte migrænere.
4. Lægens råd til patienten skal tage virkning og bivirkninger af medicinen med i overvejelserne.
5. Snak med patienten om særlige behov, f.eks. brug af anfaldsmedicin i forbindelse med gentagne hændelser som f.eks. menstruation. Tilsvarende skal der tages hensyn til andre forudsigelige perioder, hvor migrænefrihed er vigtig (det kunne f.eks. være eksamensperioder eller familiefester).
6. Hvis forebyggende behandling ikke reducerer migrænedagene betydeligt, kan behandlingen forsøgsvis afsluttes efter 10 dage.

7. Behandlingen skal altid indrettes efter patientens behov for f.eks. migrænefrie perioder.

De 19 lægers anbefalinger blev præsenteret for 1.008 praktiserende læger. De var meget enige i anbefalingerne, specielt den større fleksibilitet, kortere brug af forebyggende medicin og muligheden for at indrette behandlingen efter tilbagevendende hændelser som menstruation. Også de enkeltstående hændelser, hvor migrænere gerne vil være migrænefrie, fandt støtte hos de praktiserende læger.

/ABO

Den amerikanske tilgang giver mange valgmuligheder. De danske behandlingsvejledninger giver kun få valgmuligheder.

# Hvad tror vi på (når det handler om migræne og behandling)?

## migræne

Vi lever i et informationssamfund. TV, radio, internettet, og masser af andre kilder bombarderer os med information. Noget er faktisk (et uheld på motorvejen stopper for gennemførelse), noget har til hensigt at overbevise os om noget (denne migræne medicin er supergod), og noget er direkte misinformation. Informationen kommer som anekdoter og erfaringsberetninger, som billeder (et billede siger mere end 1000 ord) og som tørre tekster fyldt med svære fremmedord. Informationen kommer fra autoriteter, fra fustaster, fra venner osv.

Når vi snakker med lægen om behandling af migræne, [hvad er det så vi tror mest på?](#)

Det har forskere faktisk undersøgt. Det vi tror allermost på, er anekdoterne. De personlige beretninger. Ikke bare fra vores venner, men også fra medierne, som interviewer en, som har prøvet en medicin eller en behandling. Og måske især fra en influencer.

Så der er kamp om vores forståelse af, hvad vi gerne vil have (eller ikke vil have), når lægen foreslår en behandling.

Men – hvad med det skrevne ord? I bøger, blade, på internettet? Tjoh...

Det fylder faktisk ikke så meget i vores forventninger, til hvad der vil være godt mod vores migræne.

Der er 1 milliard migrænere her på kloden. Kun 300.000 har reageret på de sociale medier (facebook, twitter, instagram mv.) og nævnt de mange nye mediciner – CGRP antistoffer, gepanter og evt. ditaner. Det er en meget lille procentdel af verdens migrænere, som har fået øjnene op for at der er kommet helt nye mediciner. Selvom medicinalfirmaernes 'informations-budget' er i milliardklassen (i dollars).

Der er ca. 500.000 danske migrænere. Somme tider nævnes tallet 700.000, men det omfatter også personer med hyppig (spændings) hovedpine. Siden den seneste udgave af Referenceprogrammet (den danske behandlingsvejledning for migræne, spændingshovedpine, klyngehovedpine, trigeminusneuralgi og medicinoverforbrugshovedpine) udkom i 2020, har der været 5.000 omtaler af [Referenceprogrammet](#) på de sociale medier. Så der er mindst 495.000 migrænere, som ikke har drøftet dette vigtige dokument på de sociale medier.

Højdespringeren indenfor migræne på de sociale medier er en artikel, som har den velklingende overskrift "[Diagnosis and management of migraine](#)

[in ten steps](#)." Det er en forholdsvis let læst 'gør det selv-tekst' for læger, som måske ikke føler, de helt har tilstrækkelig viden om migræne. Artik-

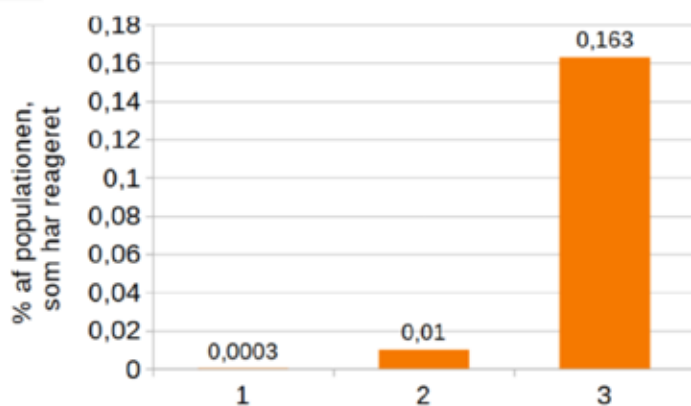
Det er ikke overraskende, at de dygtige læger tøver med at bruge tid til at popularisere de seneste forskningsresultater. Det må føles som at bruge tid på at dryppe små mængder vand i et ocean.

Men det efterlader os – patienterne – i en urskov af mere eller mindre troværdige informationer. Og vi stoler blindt på anekdoterne, som kan handle om alt fra en misforståelse til en succesfuld behandling.

Jeg bliver ofte ganske bange, når jeg taler med en læge. De allerfleste læger er meget overbevisende. Som ganske almindelig borger uden medietræning er det svært at protestere, stille vigtige oplysende spørgsmål, og at få alle detaljerne med, også ude i de hjørner, som lægen ikke lige havde regnet med at fortælle om. Men lægernes evne til at være overbevisende er formentlig deres bedste bolværk mod informationsstrømmen af smarte YouTube-film, medicinalfirmaernes informationsider, influencernes anekdoter, naboens erfaringer og mangt og meget andet, som vi, i vores naivitet, foretrækker at tro på.

Jeg savner ærlighed, redelighed, information fra lægen, som jeg kan stole på. Det skal være information, som ikke falder fra hinanden, når jeg googler mig gennem snesevis af forskningsresultater. Ofte spekulerer jeg på, om denne læge nu også har helt rent mel i posen, eller om jeg hører en salgstale for xx medicin, selvom en anden medicin ville være bedre. Førstevalget gør mig altid usikker på, om det nu også er det helt rigtige for mig, bare fordi det var den første medicin af sin art, der kom på markedet.

Procentdel af populationen, som har reageret på informationen



1. Verden, CGRP medicin mv., reaktion på sociale medier
2. Danmark, Referenceprogrammet 2020, reaktion på sociale medier
3. Verden, set Youtube film om migræne og behandling



len er omtalt 3 millioner gange på de sociale medier siden den blev udgivet i 2021. Vi ved ikke, om det er læger

eller migrænikere, som har kigget på artiklen og skrevet om den.

Og så bliver denne super gode artikel totalt overskygget af YouTube film om migræne (163 millioner visninger siden YouTube begyndte). Forskerne, som lavede opgørelsen, skelner her ikke mellem reklame-film og seriøse informations-film. Men kun 1 ud af 10 af YouTube filmene om

migræne er lavet af professionelle behandlere.

Så vi, patienterne, får masser af information, som i nogen grad har karakter af reklame for de seneste nye mediciner eller behandlinger, som virker – eller som er ren placebo. Og vores dygtige læger får stort set ikke seertid på de populære kanaler. I stedet for at læse om de seneste forskningsresultater om migræne stoler vi på, hvad naboen (eller en influencer) fortæller om en behandling.

/ABO

## Migrænesmerter – hvor sidder de?

### migræne

Kan du pege på lige netop det område, som gør ondt, når du har et migræneanfald? De fleste vil sige, at det gør ondt i den ene side af hovedet, men der er ikke et veldefineret område, som gør særligt ondt.

En lille gruppe har særlige migrænetyper, som har veldefinerede områder med smerter. Den ser vi nærmere på en anden gang.

### Trigeminusnerven har brug for en oversætter

Grunden til, at vi ikke kan pege på hvor migrænen 'sidder', er at det er trigeminus-nerven, som 'fortæller os', at der er smerter. Men den kan ikke sige præcist, hvor smerterne kommer fra. Man kan sige, at den fortæller, at der er smerter i et område, men ikke hvor i området, smerterne er. Og signaler fra hjernehindens tolkes i trigeminusnerven, som lige netop det – smerter et eller andet sted i hjernehindens – med den tilføjelse, at det er højre eller venstre hjernehalvdels hjernehinde, som smerter.

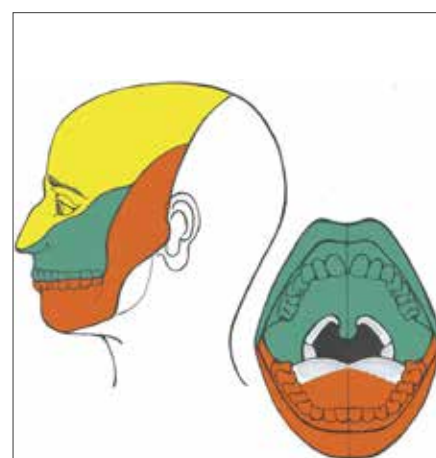
Det er også trigeminusnerven, som bringer bud om, at kaffen er for varm, eller at vi er blevet solskoldet

i panden, og alle de andre sensoriske informationer, vi får fra ansigtet. Det er kun muligt, fordi særlige kanaler, som kaldes TRP-kanaler (Transient Receptor Potential kanaler), virker som 'oversættere', som kan fortælle, hvilket område, der sender signalet om kaffen eller alle de andre budskaber fra ansigtet. Men dette gælder altså ikke for smerter fra hjernehindene.

### Botox – hvordan virker det så?

Botox lammer de muskler, der behandles. Men det er ikke kun det, der giver virkningen på migræne. [Forsøg med trigeminus-nerven fra mus](#) har vist, at nerveceller, som har ligget i en suppe som giver en inflammation, sender mindre signaler om smerte, hvis de behandles med botox. Og det er så, mener forskerne, grunden til at botox virker på migrænesmerter.

Der er ikke lavet forsøg med menneske-nerver endnu. Men det ser også ud til, at botox har en lidt længerevarende virkning, idet botox-molekylerne blokerer for de molekyler, som ville sende bud til TRP-kanalerne om at der er smerter et sted i hjernehindens.



Trigeminusnerven fortæller os om smerter og berøring i disse tre områder.

Se [originalbilledet](#)

### Fremtiden?

Disse forsøg kan – måske – danne basis for helt nye måder at behandle migræne. Vi må vente og se, hvad der kommer.

/ABO

# LGBTQ og migræne

## migræne

Nye undersøgelser viser, at prevalensen af migræne i LGBTQ-miljøet er betydeligt højere end blandt heteroseksuelle. Hvad er nogle af årsagerne? Og hvorfor er det, at nogle af de mest marginaliserede af os oplever dårligere helbredsresultater?

Joseph Coe, MPA, er direktør for Education and Digital Strategy for Global Healthy Living Foundation (GHLF) og medpræsident for GHLF Canada. Han forklarer i et interview ved World Migraine Summit om LGBTQ+ og migræne, hvor hovedpunkterne er oversat her.

### Hvorfor tror du, at så mange mennesker i LGBTQ-samfundet lider af migræne?

Joe Coe: Det er et dybt og kompliceret spørgsmål. Vi står over for systemisk undertrykkelse og diskrimination og bliver nogle gange afvist af vores familier på grund af, hvem vi er som LGBTQ-personer. Så jeg forestiller mig den øgede stress og traumer, som mange af os i LGBTQ-samfundet erfarer, giver anledning til en øget forekomst af migrænesygdom, såvel som flere andre kroniske sygdomme. Hvis vi ser på nogle af de mest marginaliserede mennesker i samfundet, har de en tendens til at have en større sygdomsbyrde på tværs af spektret, migrænesygdomme såvel som andre. Så vi er nødt til at se på dette som en diskussion om sundhedsforskelle.

### Hvorfor er det vigtigt for mindre synlige grupper, der er ramt af migræne, at være repræsenteret i migrænesamfundet?

Joe Coe: Det er så vigtigt for LGBTQ-samfundet at se og høre, at der er LGBTQ-personer, der lever med migræne, at de ikke er alene, at deres traumer og smerte er virkelige, og at der er mennesker, der vil arbejde med dem. Vi er nødt til at spørge os selv, hvor vi har magten til at påvirke forandringer, så 50 % af LGBTQ-personer, der lever med migræne, ikke vil have deres identitet som årsag til, at

**Faktaboks:** LGBTQIA+ er for forkortelse for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer (or Questioning), Intersex, and Asexual (lesbiske, bøsser, biseksuelle, transeksuelle, queer eller 'spørgende', intersex og asekuelle). + står for andre seksuelle minoritetsgrupper, som ikke ser sig som en del af de nævnte kategorier. I praksis forkortes det lange LGBTQIA ofte til LGBTQ+, LGBTQ eller LGBTQI. Interviewet bruger udtrykket 'LGBTQ', men redaktionen vælger i egen tekst at bruge LGBTQ+ for med 'plusset' at tydeliggøre, at der er tale om en mangfoldig gruppe og for forhåbentlig at kunne inkludere alle, som ser sig som en del af denne gruppe.

de ikke får behandling. Der er mange barrierer for at få migrænesygdom under kontrol. Vi kan ikke tillade, at det at være LGBTQ er endnu en barriere.

### Kommentar fra Migræne Danmark:

Om end LGBTQ+-miljøet i Danmark er mindre diskrimineret end i mange andre dele af verden, så er der ingen tvivl om, at mange reelt føler sig behandlet anderledes og som 'mindre end'. Der er stadig kun sparsom dokumentation (det er et ret nyt forskningsfelt) for, at minoritetsstress er årsagen til den øgede forekomst af migræne blandt LGBTQ+ personer, men det virker som en oplagt forklaring uden dermed at vi dermed ukritisk antage, at det er sådan.

Vi må som migræneforeninger tage på os, at vi i det daglige arbejde risikerer at overse minoritetsgrupper. Tendensen indenfor migræne er nok et fokus på kvinder i den fødedygtige alder, fordi det er en meget stor gruppe. Det ændrer dog ikke på, at der er mænd med migræne, kvinder over 60 med migræne, LGBTQ+, børn og unge, etniske minoriteter, mennesker med flygtningebaggrund, psykisk syge, multisyge og så videre med migræne. Vi forsøger at være opmærksom på det, og har derfor haft fokus på 'migræne gennem livet' med opmærksomhed på f.eks. ældre med migræne. Vi har også haft flere artikler om multisygdom og psykiske traumer. Artiklen her er så et lille forsøg på også her at vise diversiteten i, hvordan migræne påvirker mange forskellige mennesker og grupper i samfundet.

Læs om minoritetsstress her: <https://lgbtsundhed.dk/minoritetsstress/>. Om end artiklen er rettet mod LGBTQ+, så er mange af budskaberne også relevante for mange andre minoritetsgrupper.





## Hvordan kan folk i LGBTQ-samfundet gå ind for og blive opmuntret til at søge bedre migrænebehandling?

Joe Coe: Vi kan ikke sikre, at vi ikke bliver dårligt behandlet. Vi kan gøre ting for at øge sandsynligheden for en bedre behandling, men vi lever i en kultur, der betragter LGBTQ-samfundet som "mindre end", hvilket resulterer i, at vi skal debattere vores eksistens. Den magt, vi har, er at støtte hinanden og dele ressourcer. Hvis vi ved, at der er udbydere, der behandler LGBTQ mennesker ordentligt,

så lad folk vide det. Se i dit lokalsamfund efter LGBTQ-centre og klinikker. Der er pædagogiske støttecentre, der ikke leverer sundhedsydelser, men også LGBTQ-specifikke sundhedsklinikker. Sandsynligheden er meget større for, at du får bedre pleje og ressourcer fra dit lokalsamfund. Få venner eller kontakt dem. Vi fortjener at blive respekteret af vores sundhedsudbydere.

Kilde til interviewet: *Migraine World Summit, 2023*

Redaktionen har ikke kunnet finde viden/forskning om migræne og LGBT+ miljøet i Danmark. Læs her mere om migræne og LGBT+ i USA:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522771/>

<https://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/6.761658>

<https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/migraine-in-the-lgbtq-community/>

/AE

# Hvordan opleves det at få en blodprop i hjernen?

migræne

Migrænelægerne er bevidste om, at et uskyldigt migræneanfald, som måske er lidt anderledes end de sædvanlige, kan være en blodprop i hjernen (kaldes ischemic stroke på engelsk).

Heldigvis er langt de fleste blodpropper i hjernen ganske små, og opløses uden at der sker nogen skade. Men det er nok fornuftigt, at vi, som ikke er læger, også har nogle få pejlemærker, som vejledning til, hvem der specielt er i risikogruppen for en blodprop i hjernen.

[Spanske forskere](#) talte med 211 patienter, som kom til hospitalet med en blodprop i hjernen. Alle fik scannet hjernen. 53 (dvs. 25%) af dem havde hovedpine, da de kom til hospitalet. Alle patienterne blev interviewet om deres symptomer.

Der er ingen symptomer, som kun findes ved en blodprop, eller som kun findes ved migræne eller spændingshovedpine. Så her kommer nogle af de vigtigste symptomer på en blodprop.

Hovedpinen udvikler sig langsomt (det gør migræne og spændingshovedpine også), er ofte pulserende eller trykkende, og minder mest om

spændingshovedpine. Så ja – det er svært at vide, hvad der sker inde i hovedet. Smerten kan sidde alle steder i hovedet.

Omkring 3 ud af 4 personer i undersøgelsen led af en eller anden form for dårligt kredsløb. Dette gjaldt både for de 55 som havde hovedpine sammen med blodproppen, og de 166

## Hvordan ved man som lægperson, at man har en blodprop i hjernen?

Bed patienten om at smile. Er smilet symmetrisk, er det nok ikke en blodprop i hjernen. Bed også om at patienten rækker armene ud til siden. Hænger den ene arm, er der nok en blodprop. Og snak lidt – og lyt efter om samtalen lyder fornuftig. Er der problemer med at få ord og sætninger til at hænge sammen, kan det være tegn på en blodprop.



personer, som ikke oplevede hovedpine i forbindelse med blodproppen.

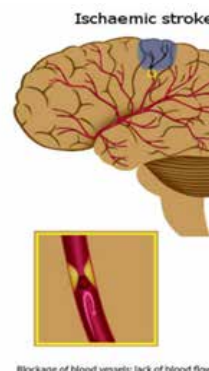
Personer med "[systemic arterial hypertension](#)" (dvs. åreforkalkning

i de mindre blodkar) har øget risiko for blodpropper i hjernen. En saltrig kost, for meget alkohol, rygning og mangel på motion er faktorer, som øger risikoen for systemic arterial hypertension. Det er ikke noget man selv kan mærke, men afsløres, når lægen måler blodtrykket, og resultaterne ligger over 180/120.

Især yngre mennesker med denne form for højt blodtryk har en øget risiko for en blodprop i hjernen.

/ABO

Der er vist ikke tvivl om, at blodpropper i hjernen er alvorlige – og at det derfor er vigtigt at sørge for at spise sundt, dyrke rimelig motion og undgå at ryge.



# Hvorfor tager det 2 timer, inden vi får virkning af Sumatriptan?

## medicin

Mon ikke der er mange migrænikere, som har undret sig over, at det skal tage 2 timer, inden en Sumatriptan-tablet virker, mens en Treo giver lindring indenfor 20 minutter eller måske en halv time.

Her kommer forklaringen!

Sumatriptan er det kemiske stof, som er grundlaget for at tabletten mildner migrænen. Men sumatriptan (de kemiske stof) skal nedbrydes til stoffet N-Desmethyl-sumatriptan for at give os virkningen. Det tager nogen tid. I forsøg 'in vitro', dvs. i glas og kolber, har det vist sig, at de enzymer, som omdanner Sumatriptan til N-Desmethyl sumatriptan, bruger ca. 1 time på at omdanne halvdelen af stoffet Sumatriptan til det aktive stof.

Dertil skal vi selvfølgelig lægge tiden fra vi tager tabletten, til den er opløst og er kommet ned i tarmen, og er optaget i blodet. Her møder medicinen enzymerne MAO-A og MAO-B. I laboratoriet mødtes Sumatriptan og enzymerne i reagensglas ved legemstemperatur, og mængden af N-Desmethyl-sumatriptan steg langsomt i reagensglassene. MAO-A var aktivt, mens MAO-B stort ikke var aktivt. Efter en time var 25% sumatriptan, 50% af N-desmethyl-sumatriptan og 85% af N,N-didesmethyl-sumatriptan nedbrudt af MAO-A.

De 5 lever-enzym CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 og CYP3A4, som nedbryder hovedparten af vores mediciner, havde kun en ganske lille effekt



på nedbrydningen af det kemiske stof sumatriptan.

Medicinen skal jo også ud af kroppen. N-desmethyl-sumatriptan nedbrydes kun af leverenzymene CYP1A2 og CYP2D6. Det betyder, at migrænikere, som er langsomme nedbrydere af det ene eller begge disse enzymer, nok vil få en fin virkning af Sumatriptan-tabletten, men også en del bivirkninger, fordi medicinen nedbrydes langsomt i leveren.

### MAO-A er vigtig for virkningen af sumatriptan

Så det er tydeligvis MAO-A, som er 'ansvarlig' for at Sumatriptan tabletter virker, og at det tager omkring 2 timer inden migrænikeren får virkningen. Pillen skal spises, skal opløses i maven, skal ned i tarmen og optages i blodet. Det tager nogen tid – længere tid, hvis pillen lander i maven ovenpå et stort måltid, mindre tid,

hvis pillen kun får følgeskab af lidt sødt, gerne med fibre og en slurk væske, som kan få maven til at reagere, hvis den er gået i stå pga. migrænen.

Ligesom for andre enzymer, er der [forskellige varianter af MAO-A](#). Det lille stykke DNA, som 'styrer' dannelsen af MAO-A-enzymet, findes på X-kromosomet. Drengene har et X-kromosom og et Y-kromosom. Piger har 2 X-kromosomer.

Det betyder, at de forskellige antal gentagelser (fra 2, 3, 3½, 4 til 5 gentagelser) afgør, hvor hurtigt det kemiske stof sumatriptan nedbrydes. 3½ og 4 gentagelser giver den største aktivitet for MAO-A-enzymet. Da pigerne har to X-kromosomer, får de (lidt firkantet sagt) den dobbelte virkning af MAO-A-gentagelserne. Det betyder også at pigerne i gennemsnit nedbryder sumatriptan hurtigere end mænd. Og burde, tilsvarende, have kortere virkning af Sumatriptan tabletterne og færre bivirkninger. Vi ved dog ikke, om forskellen i aktiviteten hos drenge og piger er større end variationen i aktiviteten fra 3 til 4 gentagelser. Så der er nok ikke en klar og entydig forskel mellem drenge og piger mht. nedbrydningen af sumatriptan.

### Hvad betyder dette for fødevaremigræne?

Den almindeligste årsag til fødevaremigræne er, at vi mangler enzymet





MAO-A til at nedbryde stoffet tyramin. Tyramin er karsammentrækende, og når vi spiser noget, som indeholder lidt rigeligt med tyramin, trækkes blodkar sammen, bl.a. i hjernen. En refleks træder straks i funktion og udvider blodkarrene – ofte

til lidt mere end deres normale diameter. De blodkar, som ligger på hjernens overflade, støder mod kraniet på 'ydersiden' og må derfor skubbe indad – og kommer derved til at øge trykket på hjernehinden, som ligger som en pose uden om hjernen. Hjernehinden er trykfølsom, og vi får migræne. Pulsens i blodkarret gør, at vi opfatter hovedpinen som pulserende.

Så måske kan vi gætte på, at forholdsvis flere mænd med migræne, har fødevaremigræne, sammenlignet med kvinderne. Vi kan måske også gætte på, at fødevaremigrænerne generelt har pulserende migræne.

Men det er endnu ikke eftervist i videnskabelige undersøgelser.

MAO-A og kvindernes hormoner spiller også sammen. Kvinder i 40'erne har generelt en [højere mængde MAO-A](#) end de yngre kvinder. Det samme ses hos kvinder med en depression.

Vi ved ikke, om det betyder, at det især er de yngre kvinder, som får migræne af tyramin (som nedbrydes af MAO-A), eller om kvinder med en depression er mindre udsatte for fødevaremigræne.

Ja – der er mange ubesvarede spørgsmål om hvad der sker, når vi har migræne.

/ABO

## Aimovig giver hver 5. bruger forhøjet blodtryk

### behandling

Dette er indtil videre den første undersøgelse af [blodtrykket hos brugere af Aimovig](#). Yderligere undersøgelser kan fortælle mere – eller måske, at disse første resultater er tilfældigheder. Men ud af 335 deltagere fik 20% øget deres blodtryk.

Det er producenten af Aimovig, som fortæller om dette i en lille film (på engelsk). Lægen siger, at det nok især er følgerne af det øgede blodtryk, som bekymrer producenten, for det øgede

blodtryk kan udløse blodpropper og hjerneblødninger. FDA (den amerikanske lægemiddelstyrelse) har taget resultaterne så alvorligt, at der er

indføjet en advarsel i den amerikanske indlægsseddel.

/ABO



Billedet er fra filmen <https://www.neurologylive.com/view/exploring-risk-hypertension-following-erenumab-treatment-migraine-nikita-chhabra>

Selvom det er en lille undersøgelse med mange usikkerheder, er det nok en god idé at få kontrolleret blodtrykket af og til, hvis man tager Aimovig. Hellere en gang for meget...

# Socio-økonomiske gevinster ved CGRP-behandling større end sundhedsudgifterne

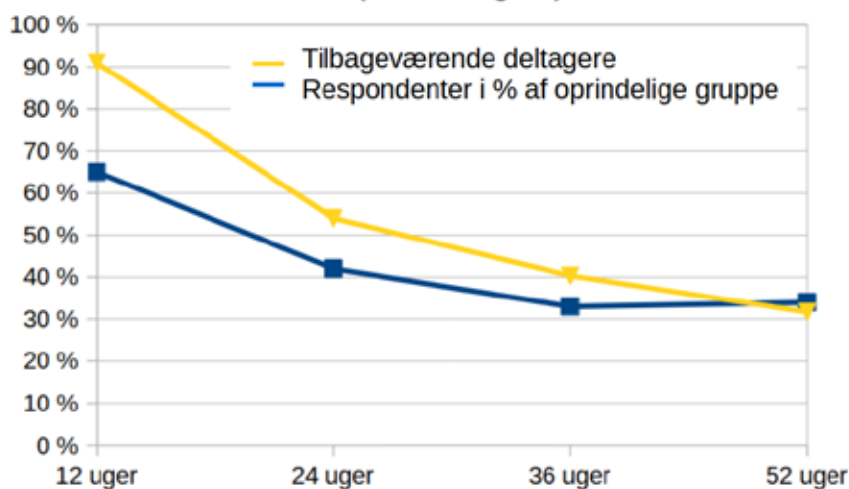
**cgrp** En rapport fra 2023, skrevet af forskere fra Copenhagen Economics (et konsulentfirma med speciale i anvendt økonomi), Smerte- og Hovedpineklinikken, Århus Universitet og Dansk Hovedpinecenter viser, at den socioøkonomiske gevinst (dvs. det, som statskassen kan indkassere fra en migræniker, der behandles med CGRP-midler) ved behandling med en CGRP-medicin, er mere end 10 gange større end udgifterne til behandlingen.

Rapporten er baseret på data fra 303 migrænikeres økonomiske data for deres forbrug af sundhedsvæsenet, medicin, interviews om deres livskvalitet og en vurdering af deres situation. 46 af dem fik CGRP-medicin som f.eks. Aimovig. De var det, som forskerne kalder 'respondenter', dvs. de fik en forventet (god) virkning af CGRP-midlerne. Definitionen på en respondent var, at de fik mere end en 30% reduktion i deres migrænedage de første 12 uger af behandlingen. De øvrige fik de traditionelle behandlinger (triptaner, smertestillende, forebyggende behandling).

Behandlingen med CGRP-midlerne resulterede i en halvering i forbruget af smertestillende, triptaner og lægekonsultationer. Omregnet til økonomi sparede sundhedsvæsenet 1.179 Euro per kronisk migræniker per år, 264 Euro per migræniker med 9 til 15 migrænedage om måneden og 175 Euro per episodisk migræniker (her defineret som 4 til 9 migrænedage per måned). Prisen for CGRP-behandlingen er ikke medtaget i disse beregninger, da den må forventes at ændre sig med tiden (se de mørke søjler i figuren med besparelserne).

Ser vi på de samfundsmæssige konsekvenser af CGRP-behandlingen, taler vi om noget større tal (se de orange søjler i figuren). De kroniske migrænikere sparede samfundet for 13.329 Euro om året, dem med 9 til 15 migrænedage om måneden sparede samfundet for 10.329 Euro om året, og de episodiske migrænikere med 4 til 9 migrænedage om måneden

Responders i % af den oprindelige gruppe (300 deltagere)



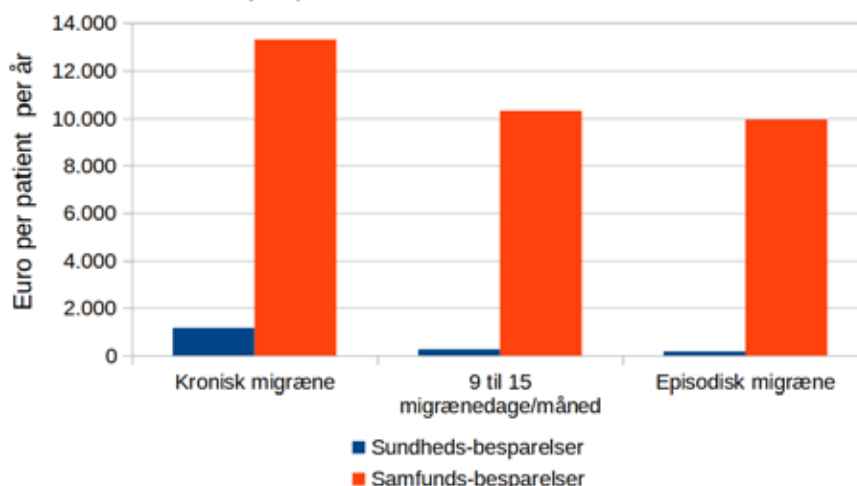
sparede samfundet for 9.947 Euro om året i gennemsnit, ud over sundhedsudgifterne.

I dette studie er der ikke så stor forskel på sundhedsudgifterne til henholdsvis en person med kronisk migræne og en episodisk migræne, så flere kunne måske tilbydes CGRP-midlerne. Men omvendt så er den økonomiske analyse baseret på 46 migrænikere (en forholdsvis lille gruppe forsøgspersoner) som fik CGRP-midler i mindst 12 uger og som fik en reduktion i migrænedagene på mindst 30%. Så resultaterne må tages som vejledende. En enkelt publikation fra 2022 viste, at kun 40% af de 300 kro-

niske migrænikere i forsøget fra 2022 fortsatte med CGRP-behandlingen indtil 36 uger (se den gule linje i grafen). Efter 36 ugers brug af CGRP-medicinen var der ca. 34% responders (beregnet af den oprindelige gruppe på 300 deltagere), eller stort set alle tilbageværende forsøgsdeltagere.

Dokumentationen i den økonomiske analyse kunne være stærkere. Forsøgsgruppen i CGRP-behandling var forholdsvis lille (46 CGRP-brugere). Disse må antages at være kroniske migrænikere, da de har prioritet til CGRP-behandlingen i Danmark. Gruppen som ikke fik CGRP er derimod en blanding af 80 migrænikere med 9

Besparelser ved CGRP-behandling per patient i Euro/år





til 15 migrænedage per måned og 83 med 4 til 9 migrænedage per måned, foruden 153 kroniske migrænikere. "Kontrolgruppen" (de, som ikke fik CGRP-midler) er derfor ikke reelt sammenlignelig med CGRP-gruppen, og kontrolgruppens udgifter til medicin og lægebesøg vil blive underestimeret.

Studiet her er væsentligt, da det sætter fokus på, at meget kan ændres i den danske behandling af migræne (og sikkert mange andre diagnoser),

hvis de vandtætte skodder mellem sundhedsudgifter og generelle samfundsomkostninger (eller gevinster) kan lettes, så vi kan få en samlet økonomisk tilgang til behandlingen af bl.a. kroniske sygdomme.

Migræne danmark mener her, at der bør komme mere fokus på de socioøkonomiske gevinster fremover for sikre, at en god behandling kan sikre, at flere med migræne kan være tilknyttet arbejdsmarkedet. Fremfor at være fodslæbende i forhold til at

sikre en bredere adgang til at forsøge CGRP-medicinen bør vi i stedet give almene neurologer og måske endda som i Tyskland almindelige praktiserende læger adgang til at udskrive CGRP-medicinen med offentligt tilskud til de hårdest ramte migrænikere. På den måde kan flere få gavn af medicinen og bevare eller øge deres tilknytning til arbejdsmarkedet, og/eller en øget livskvalitet i form af færre smerte og bedre relationer til familien.

/ABO

## Zavegepant – en næsespray-gepant

### medicin

Gepanterne er små molekyler, og det giver mulighed for at de kan optages via næsen. Det giver en hurtig virkning, og blokeres ikke af kvalme og opkast.

Zavegepant er nu igennem så mange kliniske forsøg, at producenten gerne vil [promovere medicinen](#). Så læs det

følgende med tanke på, at det i bund og grund er 'sales promotion' og ikke nødvendigvis den fulde sandhed, selvom det bestemt ligner en fin videnskabelig artikel.

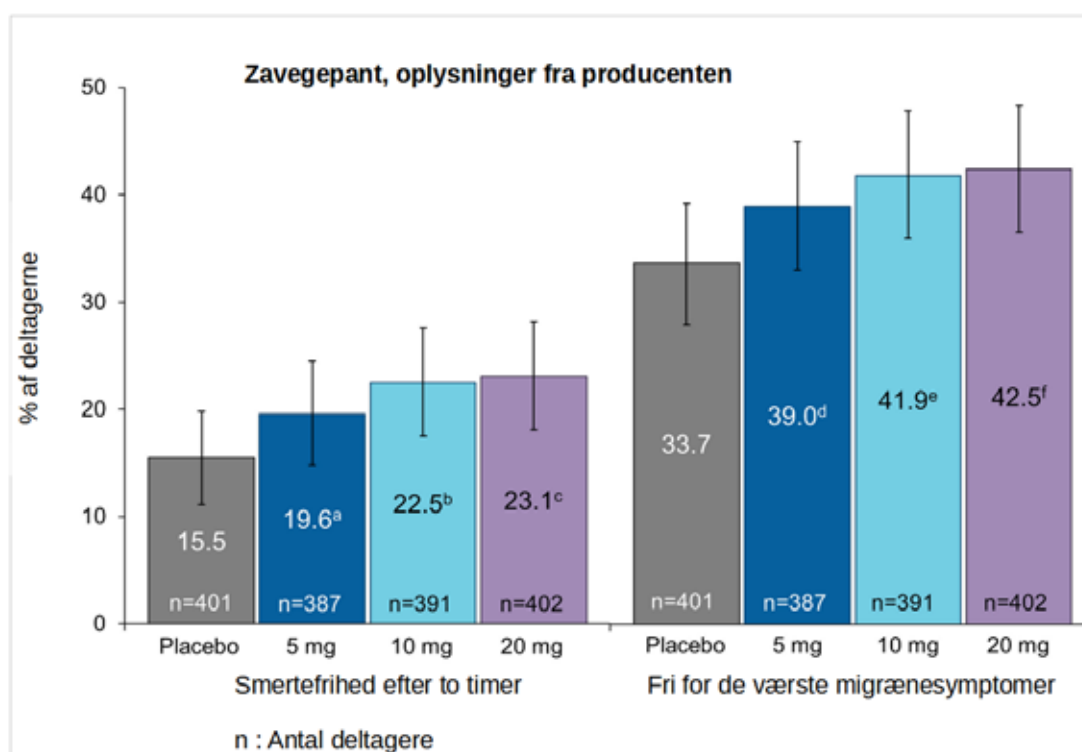
Bivirkningerne synes overkommelige – f.eks. at man kan få ændret smagsopfattelse, kvalme og ubehag i næsen.

Bemærk også, at placebovirkningen er stor. Den reelle virkning (f.eks. for smertefrihed efter 2 timer) er derfor at  $19,6\% - 15,5\% = 4,1\%$  af deltagerne fik virkningen af en 5 mg dosis. 20 mg dosis gav tilsvarende reel virkning hos  $23,1\% - 15,5\% = 7,6\%$  af forsøgsdeltagerne. Det er ikke helt så imponerende som det indtryk, man får ved et hurtigt blik på den

fine figur med de blålige søjler. Når det er sagt, så er god virkning vigtig for dem, det virker for! Og dermed kan zavegepant måske hjælpe nogle af de hårdest ramte migrænikere, der har enten mange anfald eller er dårligt hjulpet af anden medicin.

Figuren er fra den oprindelige artikel.

/ABO



# Referat fra generalforsamlingen (GF)

**Migræne danmark**  
**17. maj 2023**  
**Kl. 20.15-21.00**

## 1. Valg af mødeleder

Vibeke Bugge Kristiansen blev valgt. Generalforsamlingen er lovligt indkaldt.

## 2. Valg af referent

Lone Marquard Jensen tager referat.

## 3. Godkendelse af dagsorden

Dagsorden blev godkendt.

## 4. Godkendelse af referat fra forrige generalforsamling

Referatet blev godkendt.

## 5. Forpersonens beretning

Året 2022 har for Migræne danmark været et aktivt år.

Foreningen har arrangeret oplæg og foredrag i 2022. Her har vi bl.a. arrangeret online-foredrag i forbindelse med generalforsamlingen d. 28. april 2022 med Beate Vesterskov og d. 6. december holdt jeg sammen med Vibeke Bugge Kristiansen et online event, hvor vi sammen med deltagerne diskuterede, hvordan det er at leve med kronisk migræne. Det stort anlagte Migræne Topmøde d. 27. september 2022 var organiseret af Migræne Danmark, Danmarks Patientforening for Hovedpineramte, Dansk Hovedpine Selskab, Migræne & Hovedpineforeningen supporteret af kommunikationsbureauet LEAD Agency, som var sponsoreret af medicinalfirmaerne AbbVie, Lundbeck, Novartis og Pfizer. Topmødet fandt sted på Børsen og var målrettet beslutningstagere, herunder embedsmænd og politikere, hvor patienter, patientforeninger og eksperter kom med deres perspektiver på en forbedret migrænebehandling. Der var stor lydhørhed blandt deltagerne, og der blev udarbejdet et konklusionsdokument, som bl.a. efterlyste en handlingsplan for migræne.

En af patientforeningers vigtige opgaver er dialog med og fortaler-virksomhed rettet mod læger og myndigheder. Migræne Danmark har

fortsat dialogen med bl.a. Hovedpinecenteret og Nationalt Videnscenter for Hovedpine, hvor vi deltager og erfaringsudveksler med dem og de andre foreninger. Vi forsøger her at bringe patienternes perspektiver frem. Vi ønsker som forening også at udøve indflydelse, og som opfølgning på Migræne Topmødet, har de tre patientforeninger indledt en selvstændig alliance (selvstændig fra medicinalindustri og myndigheder), hvor vi har udarbejdet en liste over prioriteringer, som vi ønsker politikere og myndigheder skal tage fat på. Samtidig har vi indledt samarbejde med Nationalt Videnscenter for Hovedpine, formanden for de praktiserende neurologer, Dansk Hovedpineselskab og endelig medicinalfirmaer med interesse for migræne (der er en del). Vi er indgået samarbejde med medicinalfirmaerne, hvor vi forsøger at få dem til at betale for analyser, events eller lignende, som vi små foreninger ikke selv kan betale for. Samarbejdet foregår konstruktivt og i 2022 blev der afholdt møder og workshops. Her i 2023, har vi netop fået at vide, at de har afsat budget til en analyse af ventetiderne i sundhedsvæsenet på migræneområdet, som var en af vores ønsker. Vi foreninger vil deltage i hele processen omkring formål, metode og analyse. Herfra kan vi forhåbentlig føde vidensbaseret og konstruktiv udviklingen af migrænebehandlingen i Danmark.

MigræneNyt har beskæftiget sig med mange vigtige emner belyst fra forskellige vinkler, herunder nye vinkler på migrænebehandling, smertehåndtering og nyt fra forskningen. MigræneNyt er og bliver foreningens spydspids, som vi er utrolig stolte af. Vi er en god gruppe omkring bladet, hvor Lone Marquard Jensen, Malene Brix Pilegaard, Gitte Lone Hildebrandt, Anne Bülow-Olsen og jeg selv er skribenter. En stor, stor tak til Lone, Malene, Gitte og Anne for indsatsen! I er meget værdsat.

Der har også været livlig aktivitet på vores hjemmeside og i vores facebookgruppe, som hele tiden vokser, og hvor vi deler information og nyheder

om migræne. Migræne Danmarks facebookgruppe vokser hele tiden, og er nu oppe på mere end 2.600 medlemmer. Her er det muligt at få gode råd, men vi deler også nyheder og andre updates. Meget vigtigt er også muligheden for at få sparring og rådgivning i gruppen, hvor også mange finder vej til min messenger/inbox. Jeg vil opfordre alle til at kontakte mig, for jeg står gerne til rådighed for rådgivning/psykosocial støtte. Anne Bülow-Olsen er som altid en knag i forhold til mere specifik viden om f.eks. kost og migræne eller viden af mere videnskabelig karakter. Tak til frivillig Malene Hoberg, som styrer vores Instagram-konto! Find 'Migræne-danmark' på Instagram og følg os der.

Jeg vil gerne afslutte med at takke alle medlemmer for deres støtte og opbakning, ligesom jeg vil takke alle frivillige i og udenfor bestyrelsen. Vi har brug for hver og en af jer.

Anne Egelund

Desuden fortalte Vibeke Bugge Kristiansen om migrænetopmødet. Der blev fortalt, at der fremover skal arbejdes på mere samarbejde mellem de tre migræneforeninger og på at sætte mere fokus på, at migræne er værre end mange tror. De nye præperater; CGRP har vakt interesse hos medicinalvirksomhederne og det betyder forhåbentlig, at der fremover bliver forsket mere i migræne.

Der er meget aktivitet omkring Anne Bülow-Olsens Blog, ("Annes Migræne"), og tak for arbejdet! Synspunkterne er ikke nødvendigvis enslydende med foreningens.

Via Instagram kan vi nå et andet og yngre publikum end vi kan gennem facebook, men vi mangler en til at vedligeholde og udvikle den, da Malene Hoberg holder op nu. Dette vil Gitte Lone Hildebrandt gerne gøre fremover.

## 6. Godkendelse af revideret regnskab

Det reviderede regnskab ligger på

hjemmesiden. Regnskabet blev godkendt.

### 7. Indstilling fra bestyrelsen: Bestyrelseshonorarer

Forslag om omlæggelse af bestyrelseshonorarer blev vedtaget.

### 8. Valg af bestyrelsesmedlemmer

- Malene Brix Pilegaard er på valg, genopstiller, valgt

- Dorrit Vestergaard er på valg (genopstiller ikke)
- Ledig post: Lone Marquard Jensen stiller op og blev valgt
- Ledig post – ingen valgt

### 9. Valg af suppleanter

Ingen suppleanter blev valgt.

### 10. Evt. valg af revisor og revisorsuppleant

Indstilling om undersøgelse af evt. anden bogføring/revisionsordning vedtaget.

### 11. Indkomne forslag

Der var ingen indkomne forslag.

### 12. Eventuelt

Der var intet under eventuelt.

/AE

## Triptaner – hvorfor (ikke)?

### medicin

Facebookgrupperne om migræne har jævnlige opslag, som kommer fra migrænikere, som efter mange års behandling hos egen læge, spørger, om der dog ikke findes medicin, som kan dulme

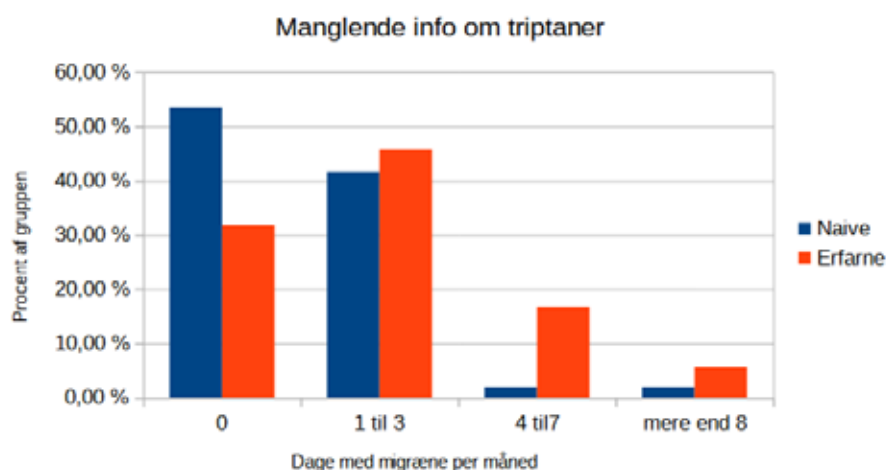
migrænen effektivt, eller måske helt fjerne smerterne i nogle timer.

Lægen har nemlig 'glemt' at fortælle dem om triptanerne.

Det har fået et team af danske migræneforskere til at se på, hvad der faktisk tales om ude i konsultationerne. Og det viser sig, at ud af 12.658 patienter, som var gået til lægen og havde fået diagnosen migræne, var der 10.020, som ikke havde hørt om triptaner.

101 patienter, som ikke havde prøvet triptaner (de var triptan-naive) og 299 triptanbrugere blev interviewet mere grundigt. Halvdelen af de naive, som ikke havde haft et migræneanfald de seneste 3 måneder, fik ikke information om triptanerne. Men 41% af de triptan-naive med op til 3 migrænedage per måned fik heller ikke noget at vide om triptanerne. 45% af de triptan-erfarne migrænikere uden anfald fik ikke en omtale af triptanerne, og de hårdt ramte triptanbrugere fik stort set heller ikke lidt ny viden om triptanerne eller valgmuligheder mellem triptanerne.

Behandlingsvejledningerne fortæller også lægerne, at de skal tilbyde



migrænikerne at prøve tre forskellige triptaner, så de kan finde den, som passer bedst til hver enkelt patient. 230 ud af de 299 triptanbrugere havde kun fået recept på én triptan. Sumatriptan var topscorer, idet 184 ud af de 230 triptanbrugere (dvs. 79%) ikke havde fået en valgmulighed. 50 patienter (dvs. 17%) havde prøvet 2 forskellige triptaner, og 10 patienter (dvs. 3%) havde prøvet tre forskellige triptaner.

Så det er måske ikke så underligt, at Facebook-grupperne med jævne mellemrum får spørgsmål i stil med, er der dog ikke bedre medicin end håndkøbs, eller er der ikke andre triptaner end sumatriptan.

De danske forskere konkluderede meget klart, at de danske praktiserende læger bør uddannes bedre, så de i det mindste følger behandlingsvejledningen mht. at udskrive triptanerne på rette vis.

Der er måske informations-overflow for tiden om de nye mediciner (CGRP antistoffer, gepanter og ditaner). Men det bør ikke være en undskyldning for at 'glemme', at langt størsteparten af de danske migrænikere vil fortsætte med at tage håndkøbsmedicin eller triptaner i mange år ud i fremtiden.

Der er en del Facebook-grupper som fokuserer på migræne. Her er et lille udvalg:

Migræne danmark  
Migræne og MIG  
Migræne – Er ikke bare hovedpine.

/ABO

Migræne danmark  
Anne Egelund  
Mosevangen 49  
3460 Birkerød

## Mindfulness øger opmærksomheden på kommende migræneanfald

Af Anne Bülow-Olsen

En [ny undersøgelse](#) fra et mindre amerikansk universitet har set på effekten af mindfulness på migrænikernes oplevelse af anfaldene. I modsætning til stort set alle de undersøgelser, som citeres i MigræneNyt, er denne videnskabelige undersøgelse støvsuget for forsøgs-resultater i form af tal. Derimod er der mange og lange citater fra forsøgspersonerne.

Der var 33 deltagere, som fuldførte 8 uger med Mindfulness (2 timer om ugen). Forskerne interviewede dem derefter, og skrev deres svar ned. Ud fra disse noter konkluderede forskerne, at mindfulness øger migrænikernes opmærksomhed på et kommende anfald og dets behandling. Derved kan mindfulness påvirke sygdomsbyrdens elementer af frygt for migrænen og katastrofetanker om smerterne.

Ofte omtaler vi om resultaterne af en undersøgelse er signifikante – dvs. om man kan stole på resultaterne. Det er selvfølgelig ikke muligt her, for der er ikke et tal-materiale at teste på.

