

• Nr. 3 • november 2023

MigræneNyt

- Migrænedagbog og Migrænekalender – en guide
- Migræne og højtider
- Genetik og migræne
- At gå fra episodisk til kronisk migræne



Migræne danmark
så får du ærlig information



Spændende tider for migræneramte

Eletriptan og Zolmitriptan

Tilskuddet til Eletriptan og Zolmitriptan bortfalder ved udgangen af november. Det har vi i Migræne danmark forsøgt at gøre opmærksom på uhensigtsmæssigheden af i en artikel publiceret i Sundhedspolitisk Tidsskrift. Find artiklen i bladet, men husk at vi heldigvis kan søge om enkelttilskud.

Møde med Danske Regioner

Migræne danmark arbejder sammen med de andre to patientforeninger intensivt med at skubbe på for at få forbedret migrænebehandlingen. Lige nu er vi i konstruktiv dialog med forpersonen Karin Friis Bach, og både Regionerne og foreningerne forsøger at skubbe til Sundhedsministeriet, så de kan arbejde med at f.eks. CGRP kommer ud i privatpraksis. Jeg må også ærligt sige, med undtagelse af Karin Friis Bach, så har myndighederne ikke voldsomt travlt med at handle, så der skal skubbes på. Endnu en rigtig god grund til at melde sig ind i Migræne danmark. Vi opnår bedst pres, hvis vi er mange.

Jeg vil benytte lejligheden til at takke mine kolleger i de to andre hovedpine/migræneforeninger for et godt samarbejde. Vi har arbejdet sammen på en række dagsordener i den seneste tid, og det er ubetinget positivt, når vi kan mødes om fælles dagsordener.

Om bladet

Der sker meget i migrænebehandlingen i disse år, som over tid vil betyde, at endnu flere bliver hjulpet med deres migræne. I de senere år er der kommet mere og mere fokus på genetik og migræne, og vi får også kigget mere på MOH. I det hele taget sker der rigtig meget indenfor forskningen i disse år, og vi har et udluk med.

Der er mange, som er noget forvirrede omkring hovedpinekalendere, hovedpinedagbøger, og ikke mindst hvilke apps, der er kan være hjælpsomme. Lone Marquard Jensen er dykket ned i det felt for at kunne guide dig.

Gitte Hildebrandt dykker ned i, hvad vi kan opfatte som de største udfordringer, men jeg vil især anbefale artiklen om, hvordan man kan gå fra at have episodisk til kronisk migræne. Vi er måske mange, der startede med den episodiske, som over tid og af forskellige årsager forværredes. Man kan blive klogere på årsagerne her.

Nu nærmer julen sig

Jeg synes hvert år, at det kommer bag på mig, som tiden bare går. Endnu et år går på hæld, og jeg vil benytte lejligheden til at ønske alle, der fejrer jul en glædelig en af slagsen! Dem, som bare holder ferie, ønskes en fantastisk ferie. Og jeg ønsker at alle formår at passe rigtig godt på sig selv. Jeg er i kontakt med så mange, som kæmper så bravt for at have et OK liv på trods af smerter. Jeg synes virkelig, at I er seje. Alt godt til jer!

Med venlig hilsen
Anne Egelund
Forperson

Forsidebillede: Lige om lidt er det jul! Vi ønsker jer en dejlig juletid.

Billedcredits, inkl. forside, hvis ikke andet angives: Pixabay.

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 er markeret med forfatterens initialer:
Anne Egelund (AE)
Anne Bülow-Olsen (ABO)
Gitte Hildebrandt (GH)
Lone Marquard Jensen (LMJ)

LEDER	2	Spændende tider for migræneramte
MOH	4	MOH-forvirring i vejledningerne
MIGRÆNE	5	Sensitivitet, excitabilitet eller habituation?
	6	At gå fra episodisk til kronisk migræne
	7	Migræne og demens
	8	Kinesiske forskere har undersøgt genetisk variation i tre vigtige leverenzzymer
	9	Gentest er grundlaget for, at vi får den rette medicin i den rette dosis
	10	SLCO1B1 – en vigtig faktor for hver 5. patient
	10	MOH og triptan-nedbrydning
	11	Seneste nyt om CGRP antistof-virkning og migrænesmerter
MAD	12	Lækker migrænevenlig mad i december
ØKONOMI	14	Er Eletriptan og Zolmitriptan for dyre?
	15	Kassetækning – eller giv migrænikere effektiv medicin
	16	Ændringer i medicinmarkedet
SAMFUND	17	Det generelle tilskud til Eletriptan (Relpax) og Zolmitriptan er i fare
BEHANDLING	18	Medicinerådets nye behandlingsvejledning for migræne er en opdatering
	19	CGRP anfaldsmedicins virkning er uafhængig af triptan-virkningen
	19	En sniksnak hjælper
	20	Migrænedagbog og migrænekalender – hvorfor er der forskel?
	21	Hvad kan du og din læge gøre for at undgå, at migrænen udvikler sig til det værre
SOCIAL	22	Migræne og højtider
BIVIRK- NINGER	23	Medicin mod migræne øger sandsynlighed for forstoppelse
BAGSIDEN	24	Hvide fingre (Raynaud's sygdom) og CGRP-antistoffer

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-forvirring i vejledningerne

moh

Lægernes vejledninger siger, at man skal droppe al smertestillende medicin (inklusive triptaner) i 8 uger, for at komme ud af medicin-overforbrugs-hovedpine.

Men der er flere og flere, som finder information på internettet, som er helt anderledes. Her er et lille udpluk af seriøse kilder om, hvor længe man skal være medicinfri, for at MOH er forsvundet:

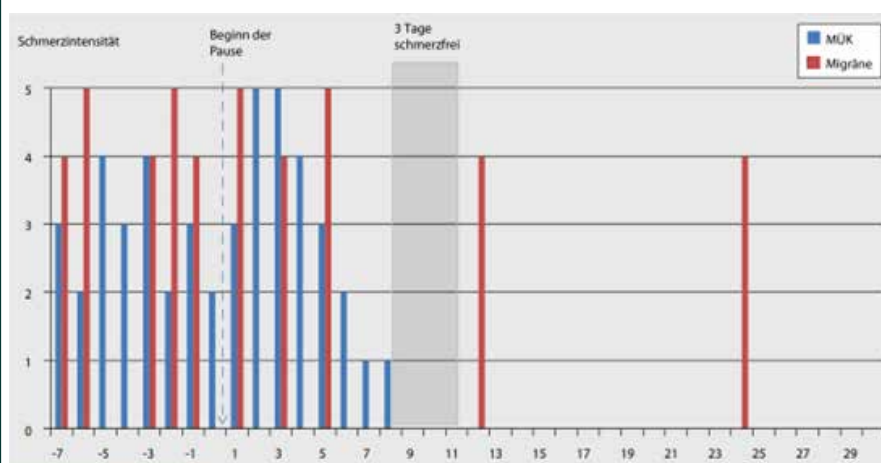
Dansk forskning har vigtige resultater, som bør indgå i vejledningerne

I den danske behandlingsvejlednings basis-tekst, som kaldes [Reference-program Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter](#)⁴ omtales en publikation fra 2020, som lige netop ikke var udgivet da Referenceprogrammet blev revideret i 2020.

Publikationen er en rapport fra et forsøg med behandling af MOH. Der var 3 forskellige behandlinger:
1. To måneders afgiftning som begynder samtidig med den forebyggende behandling.
2. Kun forebyggende behandling (ingen afgiftning).
3. Kun afgiftning i 2 måneder. Der var 40 deltagere i hver gruppe.

Resultaterne var klare. Se grafen med lilla og grønne søjler. NB: skalaen går fra 0 til 100%.

Tysk definition på at MOH forsvinder og anfaldsmedicinen bruges igen¹ fra 2014



Forløb af den typiske medicinpause ved medicinoverforbrugs-hovedpine (MOH). Pausen starter på dag 1. Du kan se overlejringen af MOH (blå søjler) med den primære migræne (røde søjler). Efter 8 dage aftager MOH, og der kommer en lindring af hovedpinen. Hvis man er migrænefri i mere end tre på hinanden følgende dage, kan medicinpausen afsluttes. Det næste migræneanfald kan behandles med anfaldsmedicin.

Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition)³ fra 2019

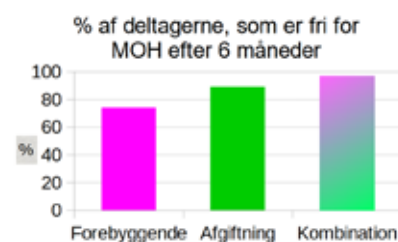
Supplement fil nr. 12 siger:

Det er patientens valg, hvilken af disse tre måder at komme ud af medicinoverforbrugshovedpine. 1. en abrupt ophør med overforbrugte medicin, eller 2. en nedtrapning af den overforbrugte medicin i løbet af 2 til 4 uger eller 3. behandling med Naproxen efter behov i stedet for den overforbrugte medicin i 3 eller maks 4 uger. Forebyggende medicin gives, når migrænen vender tilbage, eller samtidig med at den overforbrugte medicin fjernes.

Europæisk guideline² fra 2020

Der er stadig usikkerhed om forebyggende medicin bør startes tidligt eller sent, og dette problem afventer yderligere undersøgelser.

Kombinationen med samtidig start på afgiftning og forebyggende behandling var klart den mest effektive behandling til fjernelse af MOH (hos 96,8% af deltagerne – søjlen med grøn og lilla farve). Afgiftning alene (den grønne søjle) frigjorde 88,9% for MOH. Forebyggende behandling alene (den lilla søjle) gjorde 74,3% af deltagerne fri af MOH.



Disse resultater blev bl.a. omtalt i [Dagens medicin](#)⁵ som basis for fremtidens behandling af medicinoverforbrugshovedpine. Desværre udkom Referenceprogrammet lige før denne vigtige undersøgelses resultater. Så resultaterne blev kun sporadisk omtalt i Referenceprogrammet, og mange migrænikere har ikke fået mulighed for at begynde afgiftning og forebyggende behandling med samtidig start.

Med disse meget forskellige bud på, hvordan man bedst kommer ud af MOH, bør patienterne tilbydes muligheden for at vælge en model, som de mener de bedst kan passe ind i deres tilværelse.

Der er mange andre nationale vejledninger. Her er kun omtalt nogle af dem, som er offentligt tilgængelige.

Kilder:

1) https://schmerzlinik.de/wp-content/uploads/2014/04/Klassifikation-und-Therapie-des-Medikamenten-Übergebrauch-Kopfschmerzes-10042014.pdf?fbclid=IwAR1XpceUDFEh8S-S8_6F7rDAQuQUVnn1lki3EkIYOI-uYVvX0a0dDuCOCFF0g

2) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.14268>

3) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734476/#MOESM12>

4) http://dhos.dk/wp-content/uploads/2020/06/2932-Reference-program_2020_final_web-24.06.20.pdf

5) <https://dagensmedicin.dk/ny-forskning-goer-op-med-aarelang-praksis-for-behandling-af-hovedpine-for-aarsaget-af-medicinoverforbrug/>

/ABO



Sensitivitet, excitabilitet eller habituation?

migræne

Der har de senere år været mindst tre forskellige hypoteser om, hvad der gør, at nogle mennesker får migræne, mens andre ikke får det. De bygger alle tre på, at en stimulering udløser migrænen, fordi migrænikeren reagerer anderledes end en ikke-migræniker.

De tre hypoteser er at migrænikere har en

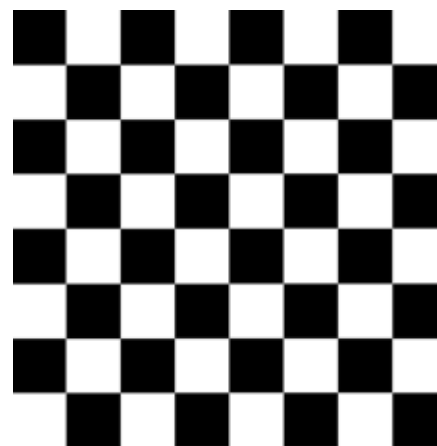
1. Øget sensitivitet: reagerer på små stimuli
2. Øget excitabilitet: reagerer stærkt på stimuli (dvs. stærkere end forventet)

3. Nedsat habituation: lægger mærke til gentagen stimulus

En [spansk publikation](#) konkluderede, at migrænikere har en øget sensitivitet for visuelle stimuli (når de kigger på et skakbræt-mønster). Men de kunne ikke eftervise, at migrænikere havde øget excitabilitet (overfor visuelle stimuli) eller nedsat habituation.

Forfatterne skriver, at deres resultater nok bør efterprøves i yderligere undersøgelser.

Kilde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10405481/>



/ABO

At gå fra episodisk til kronisk migræne

migræne

Denne artikel tager til dels udgangspunkt i et interview fra dette års Migraine World Summit med professor i neurologi Stephanie J. Nahas. Emnet var, hvordan man kan gå fra at have episodisk til kronisk migræne. Hvis du synes, det lyder bekendt, så læste du måske med i det seneste nummer af "MigræneNyt", hvor problematikken var vendt om. Her handlede det om, hvad man kan gøre for at opnå bedring i form af færre migræneanfald eller dage med mildere symptomer.

The Migraine World Summit er en stor konference, hvor eksperter hvert år deler ud af deres viden, fortæller om ny forskning og deres daglige virke. Du kan læse mere på <https://migraine-world-summit.com/>.

Episodisk og kronisk migræne

Først skal vi lige have definitionerne på plads, for hvad vil det egentlig sige at have episodisk kontra kronisk migræne?

Definitionerne går på **antallet af dage med migræne eller hovedpine**. Desuden betyder kronisk langt fra, at migrænen aldrig kan bedres, selv om kronisk kan lyde så endegyldigt. Netop fordi antallet af hovedpinedage over tid kan ændres.

Hvordan tæller man?

Når man skal finde ud af, om en person har kronisk eller episodisk

Episodisk migræne: 1-14 migrænedage per måned

Højfrekvent episodisk migræne: 8-14 migrænedage per måned

Kronisk migræne: Defineres ved, at hovedpinen er til stede 15 dage eller mere om måneden, hvoraf mindst 8 dage er med migræne. Man kigger på en periode på mindst 3 måneder.

migræne, kigger man på en **30 dages periode** og tæller dagene sammen ud fra, hvad personen fortæller. Det er en af grundene til, at lægerne ønsker, at du udfylder en hovedpinedagbog. Som noget nyt er en del neurologer begyndt at spørge til, hvor mange krystalklare (crystal clear) dage du har. Forstået på den måde, at du er helt symptomfri på de dage. Dette er en nyere tilgang, da migræne jo er så meget mere end selve hovedpinen.

De vigtigste risikofaktorer

1. Man ved, at en ubehandlet migræne kan eskalere, derfor anbefaler neurolog Stephanie J. Nahas til, at man sætter ind med forebyggende behandling allerede ved 4 migrænedage om måneden
2. Man ved også, at et overforbrug af medicin kan medføre en forværring, selvom det ikke er alle med migræne, der udvikler medicinoverforbrugshovedpine (MOH)
3. Depression nævnes også som en årsag til, at en del udvikler kronisk migræne
4. Udvikling af såkaldt smerteoverfølsomhed, bidrager også til en forværring af symptomer. Lidt populært betyder smerteoverfølsomhed, at nervesystemet kammer over og sender smertesignaler til hjernen, på trods af at der ikke er en åbenlys årsag til det
5. En sidste ting jeg vil nævne er overbelastning. Kroppen er skabt til kortvarige perioder med stress. Kører du på for længe uden at reagere på advarselssignaler fra kroppen, risikerer du, at nervesystemet råber op og du mærker det i form af flere smerter. Måske tager du også for meget medicin for at klare hverdagen og ender med MOH. Noget der igen kan bidrage til en forværring. Hville er en del af anfaldsbehandling udover medicin, men det kan være svært at efterleve, når vi vil passe vores arbejde og være noget for vores familie. Jeg vil dog opfordre til, at du passer på dig selv.

Frygten for bivirkninger

En af grundene til, at du kan være tøvende med at afprøve forebyggende



medicin, er frygten for bivirkninger. Personligt takkede jeg nej til forebyggende i en lang periode, da jeg oplevede en markant forværring, hver gang jeg testede forebyggende medicin som f.eks. blodtrykssænkende.

Måske har du også oplevet at få det værre af din forebyggende medicin?

Det er tungt, hvis du i forvejen er hårdt ramt og så får det endnu værre.

Eksempel: Vi var på ferie i Barcelona og jeg havde fået betablokkere forebyggende af min læge. Mit blodtryk var så lavt, at alt sejlede og jeg måtte støtte mig til borde og stole for overhovedet at holde mig på benene. Jeg nåede aldrig at tage medicin i de 10-12 uger, som lægen anbefalede, da jeg slet ikke kunne fungere. Den erfaring sad i mig i lang tid, så jeg var tøvende med at afprøve noget andet.

Det skal lige siges, at vi reagerer forskelligt. Det kan sagtens være, at du oplever bedring, når du tager betablokkere. Mit eksempel er med for at illustrere, hvorfor frygten for evt. bivirkninger voksede hos mig.

Skuffelse over manglende effekt

Måske kender du til følelsen af spænding, når du vil teste noget nyt mod migrænen?

Det kunne være forebyggende medicin, som du har hørt, hjælper rigtig

mange. Eller noget i livsstilen, som du har en fornemmelse af, også vil hjælpe dig.

For tænk nu, hvis det virker?

Skuffelsen når du ikke har effekt, kan være overvældende og du kan føle dig forkert. Det er ikke dig, der er noget i vejen med. Vi er forskellige og det er ofte en kombination af ting, der giver forbedringer.

Det var også en af konklusionerne i artiklen om "At gå fra kronisk til episodisk migræne" i det seneste nummer af "MigræneNyt". Ofte er det netop kombinationen af forebyggende medicin, at leve mere migrænevenligt og f.eks. benytte ikke-medicinske metoder som mindfulness, der hjælper på længere sigt.

Hvornår bør man søge hjælp?

Afslutningsvis i interviewet blev neurolog Stephanie J. Nahas spurgt



om, hvornår man skal søge hjælp. De kommer her.

Du bør søge hjælp ved :

- Anfald som ikke reagerer på akut anfaldsbehandling
- Hyppige anfald som ikke reagerer på forebyggende behandling
- Pludselig voldsom hovedpine
- Hovedpine som forværres over uger
- Hovedpine som ledsages af lys og lydoverfølsomhed, kvalme og eventuelt opkastning.

Kilder

Interview fra the Migraine World Summit med Stephanie J. Nahas: How to Get Back From Chronic to Episodic Migraine. March 2023.

<https://migraineworldsummit.com/talk/how-to-get-back-from-chronic-to-episodic-migraine/>

Buse et. al., 2019: Migraine progression: A systematic Review.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30589090/>

Når nervesystemet kammer over:

<https://www.bispebjerghospital.dk/presse-og-nyt/viden/tema-er/hvordan-foeles-smerte/Sider/N%C3%A5r-nervesystemet-kammer-over.aspx>

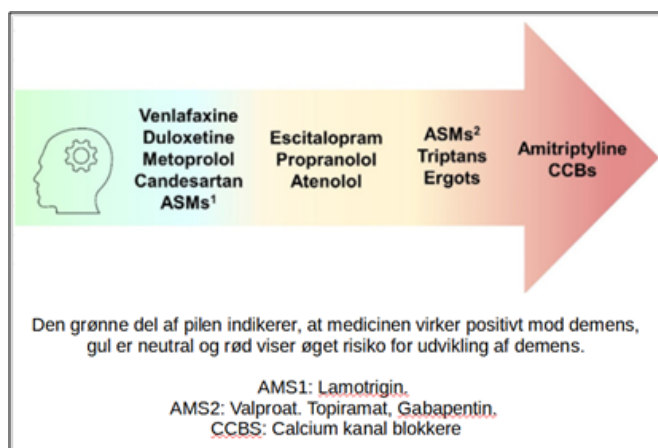
/GH

Migræne og demens

migræne Der synes at være en lille øget risiko for at få demens, hvis man lider af migræne. Det er konklusionen på en [gen-nemgang af 16 studier](#)¹ med i alt 107.112 migrænikere og 346.376 ikke-migrænikere som kontrolgruppe. Hvis 100 kontrolpersoner fik demens, var der mellem 113 og 140 migrænikere, som blev demente.

Forskerne skriver, at der ikke var oplysninger om migrænikerne havde få eller mange migrænedage om måneden, og heller ikke om deres alder. Så jo – der er nok en lille øget risiko for at udvikle demens som migræniker, men vi kender ikke den faktiske risiko.

Et [andet studie](#)² ser ud til at have gennemtrawlet alle indlægssedler, og fundet enkelte ord, som tyder på demens. En omtale om "memory impairment" for Maxalt ([Produktresumé](#)



fra 1998³) er f.eks. basis for at triptaner som gruppe er blevet 'lyserøde' i figuren med pilen.

Udvalget af medicin i figuren er baseret på behandlingen i Italien.

Det handler således om en meget lille øget risiko.

Men der er formentlig basis for at være opmærksom på begyndende demens ved længerevarende behandling med Amitriptylin og Calcium kanal blokkere.

Kilder:

1) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37721571/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37721571/>

2) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9569564/>

3) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9569564/#B222-ij-ms-23-11418>

/ABO

Kinesiske forskere har undersøgt genetisk variation i tre vigtige leverenzzymer

migræne

På disse sider er det flere gange anført, at brug af viden om vores gener kunne spare migrænikere (og andre patienter) for mange unødige bivirkninger og andet ubehag. Nu har en gruppe af kinesiske forskere set på lige netop dette. De har målt aktiviteten af tre forskellige enzymer, som nedbryder Ibuprofen.

De tre enzymer er CYP3A4, CYP2C19 og CYP2C9. Hvert af disse enzymer findes hos mennesker i et stort antal varianter. Nogle varianter nedbryder Ibuprofen hurtigere end andre. Ja, nogle varianter er decideret langsomme. Nedbrydningshastigheden afgør dels, hvor længe medicinen virker (hurtig nedbrydning = kortvarig virkning), dels hvor mange bivirkninger, man får (langsom nedbrydning giver ophobning af medicinen i kroppen = bivirkninger).

Variationen mellem de mange varianter er overraskende stor. For [CYP3A4](#) fandt forskerne 12 varianter. 4 af dem var kun halvt så aktive som den mest aktive variant. Der er næppe nogen danske migrænikere, som ved, hvilken genetisk variant de er mht. nedbrydningen af Eletriptan, som primært nedbrydes af CYP3A4.

De kinesiske forskere kikkede også på, hvor aktivt enzymet [CYP2C19](#) var i nedbrydningen af Ibuprofen. Her var der over 50 varianter, og der var meget stor variation. Vildtypen af enzymet (den almindeligste og mest oprindelige variant) blev sat til 100%. Flere andre varianter var mere end dobbelt så aktive, og en enkelt var helt nede på 20%. Det er derfor sandsynligt, at der er nogle mennesker, som vil blive overdoserede med standard-dosis, mens andre stort set ikke vil have nogen effekt, bortset fra bivirkninger.

Nu må vi lige huske, at etniske grupper har lidt forskellig genetik. Kineseres genetik svarer ikke nøjagtigt til europæernes genetik. Der kan være både små og store forskelle i, hvor hurtigt kinesere og europæere



nedbryder f.eks. Ibuprofen – og alle andre mediciner. Men princippet – at nogle af os er hurtige nedbrydere, og andre er langsomme, og de fleste er midt i mellem, er det samme i Kina og i Europa.

En forholdsvis enkel test (en spyt-analyse) kunne på kort tid afgøre, om en dansk migræniker vil få en rimelig dosis af mediciner, som f.eks. nedbrydes af CYP2C19. Det er bl.a. Amitriptylin og Propranolol (begge anses for forebyggende medicin mod migræne).

For [CYP2C9](#) var der 51 varianter, og 8 af dem var mere end dobbelt så aktive som vildtypen (den, som forskerne sammenlignede med for dette enzym). Andre 16 varianter havde en aktivitet, som var under 25% af vildtypens. Det giver en voldsomt stor forskel fra patient til patient. Det er næppe nødvendigt at gentage her, at nogle patienter ikke får den ønskede virkning, og andre patienter får en super virkning.

Triptanerne nedbrydes (heldigvis) ikke af hverken CYP2C19 eller CYP2C9. Men der er givetvis nogle migrænikere, som af og til snupper en Ibuprofen som smertestillende. Og den nedbrydes netop af de tre enzymer.

Der er lagt mange kræfter i disse målinger af aktiviteten af 3 enzymer, som er vigtige for medicinbrugere. Ibuprofen er den medicin, som sælges i størst mængde i Kina. Ibuprofen bruges også i mange andre lande. Så valget af denne medicin som 'test-case' er forståeligt.

Resultaterne viser, at en gentest kunne give information om en patients evne til at nedbryde medicin, som kunne hjælpe lægen med at vælge den medicin, som er bedst egnet, og patienterne kunne spares for at tage en medicin, som ikke rigtigt dner til dem, med følgende ekstra konsultationer. Det vil spare lægetid og give patienterne et bedre liv. En rigtigt win-win-situation.

Kilde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37406757/>

/ABO

De kinesiske artikler omfattede ikke den enzymgruppe, som i mangel af et dansk navn kaldes Solute Carrier Family. Det er enzymer, som generelt findes i cellevæggen, specielt i levercellernes vægge. De 'styres' af et gen (med mange varianter) som kaldes [SLCO1B1](#). Ligesom for andre gener og deres tilhørende enzymer, er der her også langsomme, intermedieære og hurtige udgaver af enzymerne. Har man den langsomme udgave, går transporten gennem cellevæggen langsomt. Har man den hurtige version, går transporten hurtigt.

Langt de fleste mediciner nedbrydes af leverenzzymer (dem, der har navne der begynder med CYP). Dvs. at langt de fleste mediciner skal ind i en levercelle, for at blive nedbrudt. Er 'døren' (som styres af genet [SLCO1B1](#)) i cellevæggen langsom, tager det længere tid for medicinmolekylerne at komme ind til de enzymer, som bryder medicinmolekylerne i stykker, så de kan sendes videre til afføringen. Og tilsvarende – er 'døren' hurtig, kan nedbrydningen gå rask, hvis CYP-enzymene også er hurtige. Men der er altså et samspil mellem CYP-aktiviteten og [SLCO1B1](#)-aktiviteten.

Lægen vil med brug af gentest kunne se efter aktiviteten af begge grupper enzymer ([SLCO1B1](#) og dem, der hedder noget med CYP) og indrette dosis af medicinen derefter.

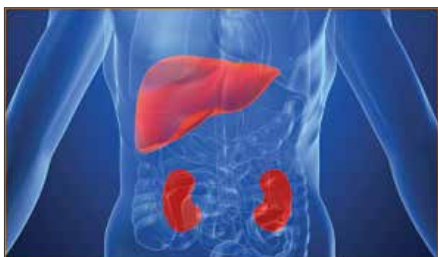
Gentest er grundlaget for, at vi får den rette medicin i den rette dosis

migræne

Her kommer en række tekster, som jeg har ønske at kunne skrive i mange år – ja faktisk siden jeg i en periode havde "meget tæt" på de magiske maksimale 9 medicindage om måneden.

Sagen er den, at al medicin nedbrydes af enzymer i vores krop. Enzymerne kan være mere eller mindre aktive. Det afgøres af vores gener. Hos nogle af os, er (f.eks.) enzymet CYP3A4 mere aktivt end hos naboen, hvilket så gør, at hos naboen nedbrydes medicinen langsomt.

Producenten af medicinen har valgt en normal dosis, som passer til langt de fleste brugere. Medicinen har to 'opgaver'. Den skal f.eks. mildne en smerte, eller fjerne en inflammation, eller 100-vis af andre symptomer. Langt det meste medicin nedbrydes og udskilles uden, at medicin-molekylerne har været i nærheden af det, som de var beregnet til at påvirke. Det er der taget højde for i den dosis, vi tager. Og så skal den ud af kroppen. Den skal nedbrydes og ekspederes bort via leveren og afføringen, eller via nyrerne og urinen.



Lever og nyrer er de mest aktive steder for nedbrydning af medicin.

Her fokuserer vi på nedbrydningen, for den er vigtig for, om vi får bivirkninger. Nedbrydningsprocesserne i vores krop er typisk afhængige af forskellige enzymer. Den største gruppe af enzymer findes i leverens celler. De kaldes leverenzym, og har navne som begynder med CYP efterfulgt af nogle tal og bogstaver – f.eks. CYP2D6, som nedbryder rigtig mange mediciner.

Hvert leverenzym findes i forskellige varianter, som er mere eller mindre aktive. Ofte grupperes varianterne i langsomme nedbrydere, intermediære nedbrydere, og hurtige nedbrydere (eller lidt flere grupper, hvis det er vigtigt for forståelsen af en forklaring).



Tyndtarm. Her nedbrydes bl.a. tyramin og sumatriptan.

Andre enzymer findes fortrinsvis i tarmen. Et for migrænikere vigtigt enzym er MAO-A (og søsterenzymet MAO-B). MAO-A nedbryder tyramin (som kan udløse migræne), og nedbryder også Sumatriptan, Rizatriptan og Zolmitriptan.

Så medicinalfirmaerne gør sig umage med at finde den dosis (for alle deres forskellige mediciner), som passer til hovedparten af målgruppen. De finder en balance mellem mængden af medicin, og nedbrydningen i den store mellemgruppe – de intermediære eller 'normale' mennesker. De langsomme og de hurtige nedbrydere får henholdsvis flere bivirkninger (de langsomme) eller en nedsat virkning (de hurtige nedbrydere). Og det må de leve med eller – hvis de har et godt samarbejde med lægen – ved at justere på dosis.



Vi kender det fra virkningen af triptanerne. Nogle migrænikere får en lindring, som varer få timer (de hurtige nedbrydere), nogle får en virkning i ca. 12 timer, og atter andre (de langsomme nedbrydere) får 24 timers smertefrihed af en triptan-tablet, og ofte bivirkninger.

Kilder

Video: https://www.youtube.com/watch?v=Ar_Slk9M1SA

<https://diapharma.com/news-and-events/diapharma-newsletter-winter-2017>

/ABO

Se en [lille film](#) (knap 3 minutter) på engelsk, som opsummerer dette. Vil du læse mere, så søg på internettet med ordet **Pharmacogenomics**. Det er studiet af samspillet mellem vores genetik og den medicin, vi tager.

Læs evt. mere her, <https://upgx.eu/>.

SLC01B1

– en vigtig faktor for hver 5. patient

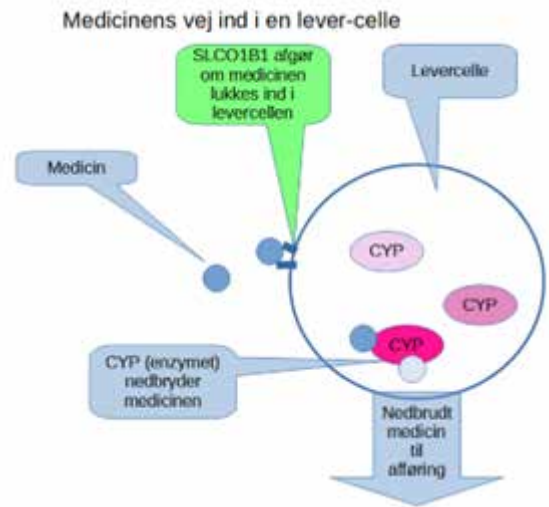
migræne

En faktor, som ofte overses, er, at leverenzymene stort set kun findes i levercellerne. Og at medicin-molekylerne skal ind i levercellerne, for at blive nedbrudt. Levercellernes membran (deres 'hud') har ganske små åbninger, som kan lade forskellige kemiske stoffer komme ind i levercellerne. En sådan lille åbning kontrollerer, om f.eks. et triptan-molekyle kan komme ind i en levercelle, hvor molekylet så nedbrydes og sendes videre til afføringen. Den lille åbning kontrolleres af enzymet [SLC01B1](#), som afgør, hvilke molekyler, der kan passere ind i levercellen. Også her er der langsomme, intermediære og hurtige enzymer. Men der er rigtigt meget, som forskerne endnu ikke helt har undersøgt.

Er SLC01B1 langsomt, bliver strømmen af en medicin ind i levercellen langsom. Så uanset om leverenzymene, som nedbryder medicinen, arbejder hurtigt, får de kun lidt at

arbejde med. Personen som har en langsom SLC01B1-variant, vil opleve, at stort set al medicin i normale doser giver kraftige bivirkninger, og at der nok er en rimelig god virkning. Der er en del geografiske forskelle. For Europa regner man med at 5% af befolkningen er meget langsomme nedbrydere, og at yderligere 15% er langsomme nedbrydere. Så i alt (for europæere) vil omkring 20% af befolkningen alene på grund af SLC01B1 være langsomme nedbrydere af de fleste mediciner.

Desværre er der meget lille opmærksomhed på denne del af nedbrydningen af medicin.



Kilder

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gtr/genes/10599/>

<https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpt.2705>

/ABO

MOH og triptan-nedbrydning

migræne

Lægernes definition af MOH er, at migrænikeren i mere end 3 måneder har taget triptaner mere end 9 dage om måneden, og/eller smertestillende medicin mere end 15 dage om måneden.

Den definition gælder for alle migrænikere, og tager ikke hensyn til, om de er langsomme, intermediære eller hurtige nedbrydere af f.eks. den triptan, de foretrækker. Er man en hurtig nedbrydere af den triptan, man foretrækker, vil man måske ikke opleve, at få medicininduceret hovedpine, selvom man overskrider lægernes grænser i længere perioder. De langsomme nedbrydere af den samme triptan vil måske mærke tendenser til, at der kommer flere migrænedage, inden de når den (arbitrære) grænse, som lægerne har sat. Og den store

mellemgruppe kan – formentlig – godt overskride grænsen i kortere perioder, uden at der kommer ekstra migrænedage.

Men det er aldrig blevet undersøgt, så ovenstående er baseret på teori og sund fornuft – ikke på evidens fra kontrollerede forsøg.

/ABO



Seneste nyt om CGRP antistof-virkning og migrænesmerter

migræne

Forskere fra Boston, USA, har længe tumlet med tanker om, hvad der faktisk sker, når vi har migrænesmerter, og de forsvinder, når vi er i behandling med CGRP-antistof. Nu har de [undersøgt sagen](#) med hjælp fra 36 migrænikere i 3 måneder.

"De, som får den gode virkning, får i løbet af 3 måneder igen den normale tykkelse på den grå bark."

Migrænesmerter får neuroner i den grå bark (overfladen på hjernen) til at blive lidt tykkere. Det sker kun i de områder af hjernens overflade, som 'håndterer' smerteoplevelsen. Forebyggende behandling med Galcanezumab (Emgality) dæmper smerterne hos nogle migrænikere (ca. halvdelen), mens den anden halvdel får en mindre virkning. De, som får den gode virkning, får i løbet af 3 måneder igen den normale tykkelse på den grå bark. Det tolker forskerne som, at de enkelte neuroner i den grå bark udvider sig, når de har travlt med at

sende budskabet om smerter, og vender tilbage til den oprindelige tykkelse, når smerterne er væk.

Neuroner i den grå bark, som f.eks. er aktive i tale, hukommelse, forståelse og meget andet, som ikke er smerter, blev ikke påvirket af smerterne. De migrænikere, som ikke fik en halvering af migrænedagene i løbet af de 3 måneders behandling med Emgality, havde kun små områder, hvor den grå bark reagerede, ligesom den gjorde hos dem, som fik den gode virkning.

Undersøgelser for andre diagnoser med smerter har vist, at der også forekommer "cortical thinning" hos patienter med en række andre diagnoser. Det kan føre til ubeslutsomhed, hukommelses-problemer, taleproblemer, f.eks. svært ved at finde ord og danne sætninger foruden hjernetåge.

Forskerne fulgte 36 migrænikere i 3 måneder. Det er en forholdsvis lille gruppe forsøgspersoner.

"Migrænesmerterne anses stadig for at være udløst af udvidede blodkar, som trykker på hjernebinderne (der er 3 lag)."

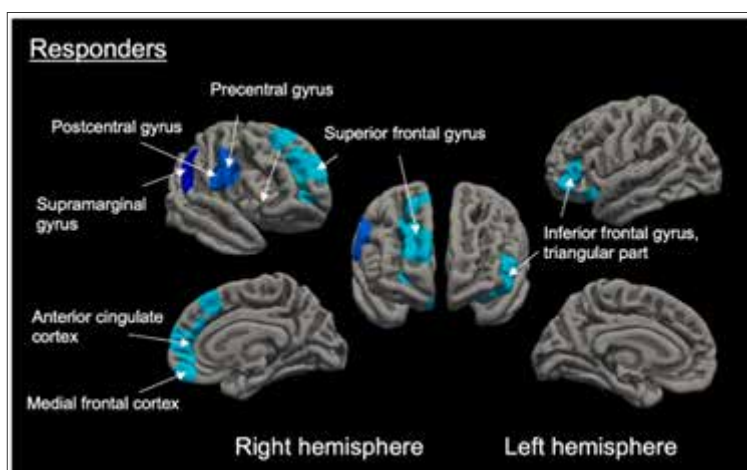


Migrænesmerterne anses stadig for at være udløst af udvidede blodkar, som trykker på hjernebinderne (der er 3 lag). Så det må antages, at neuronerne i den grå bark svulmer op i forbindelse med at de transporterer budskabet om smerterne fra hjernebinderne til andre steder i hjernen, så vi faktisk kan føle smerterne.

Der er stadig mange ubesvarede spørgsmål. Giver behandling med triptaner eller smertestillende medicin den samme virkning? Og er virkningen den samme for de andre CGRP-antistoffer (Aimovig, Ajovy og Vyepti)? Hvad sker der med den grå bark hos migrænikere, som har kronisk migræne i mange år? Og meget mere... Vi må vente i spænding.

Kilde

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221315822300222X?via%3Dihub>



Figur fra forskningsartiklen. De blå områder er der, hvor neuronerne påvirkes af migrænesmerter.

/ABO

Lækker migrænevenlig mad i december

mad

Dette nummer af MigræneNyt udkommer i november, så december og julemåneden er lige om hjørnet. Derfor får du inspiration til nogle migrænevenlige lækkerier, der også kan nydes resten af året, selvom en del af dem dufter meget af jul. Opskrifterne er lavet med migrænevenlige ingredienser. Det vil sige, at de ikke er kendt for at trigge migræne.

Velbekomme!

Kyllingefrikadeller (4 personer)

Det skal du bruge:

400 g hakket kylling
1 æg
1 fintrevet gulerod
1/2 fintrevet squash
1-2 tsk. timian
1 håndfuld havregryn
1 dl mælk
1 tsk. salt
Peber efter smag
Smør eller olivenolie til stegning

Sådan gør du:

Rør kyllingefars, æg, revet gulerod, revet squash, timian, havregryn, mælk, salt og peber og lad farsen hvile, mens du koger bulgur. Steg frikadellerne i smør eller olivenolie og smag til med salt og peber.

Server med enten grønkålssalat, coleslaw med æble eller fetacreme, hasselbackkartofler, kogte kartofler eller ris vil passe godt til.

Ps. Både løg og hvidløg er kendte triggere, da de indeholder stoffet octopamin, derfor er de udeladt i opskrifterne.

TIP: Andebryst kan være et lækkert alternativ til frikadeller i julemåneden.



Hel lakseside med krydderurter

Vi skal også have noget, der er knap så juleligt, men let at lave til mange. Næmlig en hel lakseside, som du bager i ovnen med krydderurter.

Brug evt. rester til laksesalaten og server den til frokost dagen efter. Du finder opskrifter på laksesalat under denne opskrift.

Det skal du bruge:

En hel lakseside med skind
1 bundt krydderurter f.eks. bredbladet persille, frisk basilikum eller frisk estragon

Sådan gør du:

Læg laksen på en bageplade beklædt med bagepapir.
Drys salt peber og hakkede krydderurter over og bag den ved 200 grader (180 grader varmluft) i ca. 20-25 minutter.
Stik en gaffel eller en kødnål ned i midten af laksen for at tjekke, om den er færdig. Gafflen eller kødnålen skal være varm at føle på, når du tager den op.
Server laksen med enten grønkålssalat med feta og granatæble, coleslaw med æble eller fetacreme. Et godt stykke brød vil også passe til.

Vær opmærksom på, at brød bagt med surdej kan trigge migræne og vælg et bagt med gær. Undlad desuden citron, med mindre du ved, at det ikke er en trigger hos dig.

Hjemmelavet laksesalat (2 personer)

Det skal du bruge:

250 g ovnbagt afkølet laks
2 tsk. mayonnaise (uden E330) f.eks. Hellman's
1 dl creme fraiche
Salt, peber
Dild

Sådan gør du:

Mos laksen let med en gaffel. Bland mayonnaise, creme fraiche, salt og peber, og smag dressingen til. Bland hakket dild i dressing sammen med laksen.

Lad gerne laksesalaten trække noget tid på køl, inden den skal spises. Server laksesalaten på et godt stykke brød (bagt med gær) eller med små kogte kartofler og en enkelt salat af salatblade, agurk og dild.



Grønkålssalat med feta og granatæble (4 personer)

Det skal du bruge:

200 g frisk grønkål
1 spsk. olivenolie
1 tsk. salt
2 æbler
150 g fetaost (brug den pasteuriserede)
1 granatæble (kernerne)
1/2 bundt bredbladet persille

Sådan gør du:

Sorter evt. grove stilke fra grønkålen og skær den i mindre stykker. Kram nu kålen i en stor skål med olivenolie og salt, så den bliver blødere. Du skal massere kålen med hænderne.

Vend kålen med skrællede æbler i tynde skiver, fetaost i passende stykker, granatæblekerner og bredbladet persille.

Server grønkålssalaten til frikadellerne med kogte kartofler eller ris.

TIP: Du kan bruge alle typer af kål og f.eks. udskifte æblerne med pærer.



Coleslaw med æble

(4 personer)

Det skal du bruge:

1 lille hvidkål, spidskål eller spidskål (ca. 300 g)
2 æbler
2 dl. græsk yoghurt (lavet af pasteuriseret mælk)
2 spsk. mayonnaise (uden E330) f.eks. Hellmann's
Sukker, paprika, salt og peber efter smag

Sådan gør du:

Hak kålen fint.

Skræl og riv æblerne groft.

Rør yoghurt, mayonnaise, sukker, paprika, salt og peber sammen i en skål, og vend grøntsagerne i yo-

ghurten. Smag til. Stilles på køl indtil servering.

Krydrede peberkagemuffins

(9 store eller 12 små)

Nu er snart december, hvor den står på julehygge, arrangementer og en del kage og andre søde sager. Mange af de kager du køber færdigt, indeholder citronsyre (E330), der kan give migræne hos nogle. Du kan med fordel bage dine egne lækkerier, så ved du, hvad de indeholder, og jeg lover dig, at de her muffins er gode.

Det er oplagt at servere de krydrede peberkagemuffins i december, men de kan efter min mening spises året rundt.

Det skal du bruge:

3 dl hvedemel
1,5 dl sukker (gerne rørsukker)
1 tsk. kanel
1 tsk. stødt nellike
1 tsk. stødt ingefær
1 tsk. natron
100 g smør
1 dl piskefløde eller creme fraiche
1 dl mælk
1/2 dl lys eller mørk sirup

Sådan gør du:

Tænd ovnen på 175 grader (150 grader varmluftsovn).

Bland alle de tørre ingredienser i en skål. Smelt smørret og rør det ned i dejen sammen med resten af ingredienserne. Dejen skal ikke piskes, kun røres og samles til en ensartet dej.

Smør muffinsformene med lidt smeltet smør og fyld dem 2/3 op med dej ved at bruge en spiseske.

Bag dem i 15-20 minutter. Hold øje med dem undervejs, og prik med en gaffel for at tjekke, om de er bagt færdigt.

Pynt evt. med små dekorative julestokke for at gøre dine muffins ekstra julede.



Lækker pæretærte med ingefær og kardemomme

(8 stykker)

Det skal du bruge:

100 g smør
3 spsk. græsk yoghurt eller creme fraiche (gerne med 9% fedt)
2 æg
1,5 dl sukker
2 dl hvedemel
1 tsk. bagepulver
1/2 tsk. stødt kardemomme
1/2 tsk. stødt ingefær
1 tsk. vaniljesukker
2-3 pærer (du kan også bruge æbler).

Sådan gør du:

Pisk æg og sukker til det skummer. Tilsæt græsk yoghurt eller creme fraiche og rør om.

Bland hvedemel med bagepulver, vaniljesukker, kardemomme og stødt ingefær.

Vend melblandingen ned i æggemassen og tilsæt det smeltede smør som det sidste. Rør dejen jævn.

Kom dejen i en smurt tærte- eller springform (diameter 22 cm) Skræl pærerne (eller æblerne) og skær dem i tynde både. Placer dem i dejen i et smukt mønster. Bag tærten ved 175 grader (160 grader varmluft) i ca. 35 minutter. Server med græsk yoghurt, creme fraiche eller flødeskum

/GH

Er Eletriptan og Zolmitriptan for dyre?

Økonomi

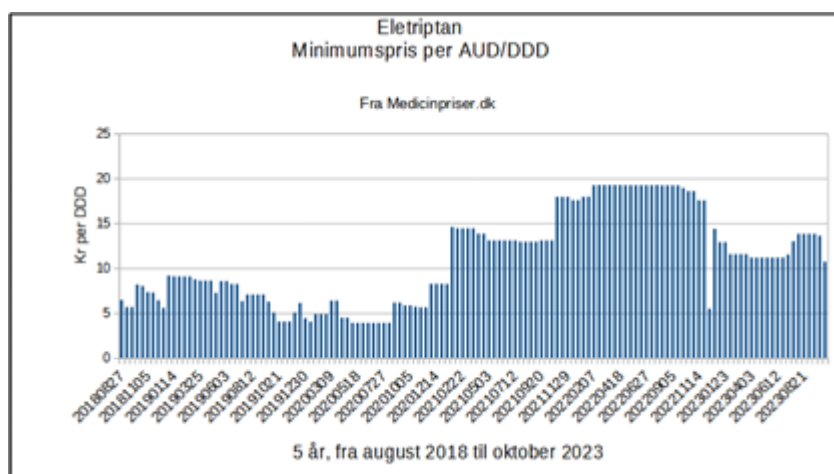
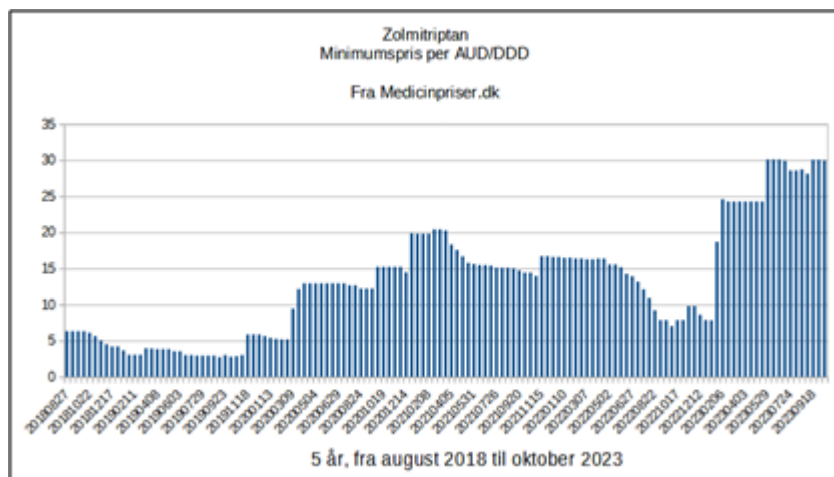
Dette er en del spekulation, og nogle få facts. Det eneste vi faktisk ved er, at Lægemedelstyrelsen har peget på de to triptaner, og mener de er [for dyre](#). En fjernelse af det generelle tilskud vil putte 7 til 8 millioner i Regionernes kasser om året (beregnet ud fra medicinpriser i august 2023 og ud fra antagelsen om at ca. 12% af triptanbrugerne tager enten Eletriptan eller Zolmitriptan). Og så har vi ikke medregnet lægers tid til ansøgning om enkelttilskud, sagsbehandling i Lægemedelstyrelsen og diverse andre administrative procedurer.

Lad os først se på prisen for en døgn-dosis, som sælges fra apoteket. Det kaldes AUP (Apotekets Udsalgs Pris). DDD betyder Defineret DøgnDosis, og er prisen på den normale brugbare enhed – f.eks. en tablet. Der er tilgængelige tal for de seneste 5 år.

Minimumspriserne for Eletriptan lå indtil midt i 2020 under 10 kr per DDD. Derefter kom der en periode med minimumspriser op til knapt 20 kr per DDD. Derefter faldt prisen til ca. 12 kr per DDD, indtil der kom en mindre stigning i sommeren 2023. Dvs. omtrent samtidig med at Lægemedelstyrelsen annoncerede bortfaldet af det generelle tilskud. I oktober 2023 er der tegn på et prisfald.

For Zolmitriptan lå priserne for den billigste tablet under eller lige omkring 5 kr indtil foråret 2019. Derefter steg prisen til omkring 15 kr per DDD indtil slutningen af 2020. Den højeste minimale pris nåede knapt 20 kr per DDD i det meste af 2022. Derefter faldt prisen lidt og landede på lige over 10 kr, indtil varslet om bortfaldet af det generelle tilskud kom. Det gav et nyk opad, som nu ser ud til at blive ændret til et nyk nedad.

De seneste dages prisfald på både Eletriptan og Zolmitriptan varsler – måske – en reaktion på bortfaldet af det generelle tilskud 26. november 2023. Der vil givetvis være brugere af de to mediciner, som vil finde den seneste tids priser for



umulige at honorere. Så rent forretningsmæssigt, er det – måske – fornuftigt at få prisen ned til den 'normale' pris indtil sidste del af 2020.

Zolmitriptan har kun et lille marked her i landet, og er dermed mindre interesseret i at bevare kunderne, men tager gerne fortjenesten, hvis der er nogen, som kan få et enkelttilskud.

Vi kan ikke vide, hvor mange brugere af Eletriptan og Zolmitriptan, der vil gå over til de billigere Rizatriptan og Sumatriptan, så ovenstående er ren spekulation.

Men for hver migræniker, som mister muligheden for at kunne betale for den triptan, som han/hun har kunnet stole på, er der endnu en migræniker, som måske kommer til at sidde

yderst på bænken, når der kommer en fyringsrunde. Med efterfølgende vanskeligheder med at få et nyt job og mulig overgang til det sociale system. Alt sammen for at Regionerne kan spare 7 - 8 millioner kr om året i tilskud. En kronisk migræniker i det sociale system koster (i gennemsnit) 100.000 kr. om året. Regn selv ud, hvor mange (hvor få) migrænikere, som skal falde ud af arbejdsmarkedet, for at modsvare besparelserne på medicintilskud.

Er det lidt svært med de store tal? Se svaret nederst på side 17.

/ABO

Kassetænkning – eller giv migrænikere effektiv medicin

økonomi

Migrænemedicin kan være dyr. CGRP-midlerne er meget dyre (omkring €3,562 per patient per år.) Men [sammenligner man udgifterne per patient](#)¹, som får en af de tre CGRP-midler (Aimovig, Ajovy og Emgality) med de socio-økonomiske besparelser, der kan opnås, hvis migrænikeren sættes i behandling med en af de dyre mediciner, så er der en faktor 13 til forskel for de kroniske migrænikere og op til over 50 for de episodiske migrænikere. Eller med andre ord, giv en migræniker en medicinsk behandling, der fungerer, og spar (især) arbejdstimer, hvor migrænikeren ikke fungerer optimalt. Det er det, som fagfolk kalder presenteeisme – man er til stede på arbejdet, men udretter ikke ret meget.



Lægemedelstyrelsen og Medicinrådet skal – selvfølgelig – passe godt på deres midler. Men hvis der spares på de mediciner, som kan hjælpe migrænikere til at være selvhjulpne, dvs. udfylde et job med en indtægt, så ser det ud til, at kassetænkningen har katastrofale konsekvenser.

Tallene her er fra en [dansk undersøgelse](#)², og bygger på interviews med 362 patienter, heraf 59, som var i behandling med CGRP antistof. De blev stillet spørgsmål, som handlede om deres helt aktuelle tilstand, på den dag de besvarede surveyet.

Kilder

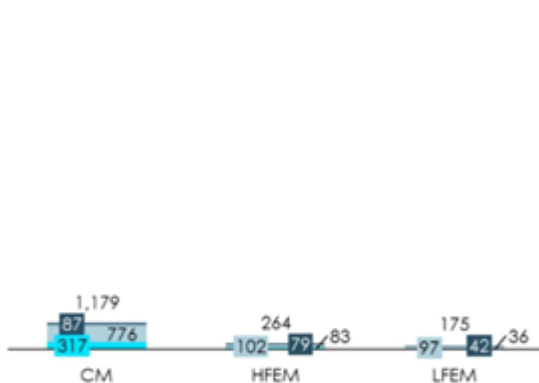
1) <https://bmcneuro.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-023-03302-7>

2) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10316628/>

/ABO

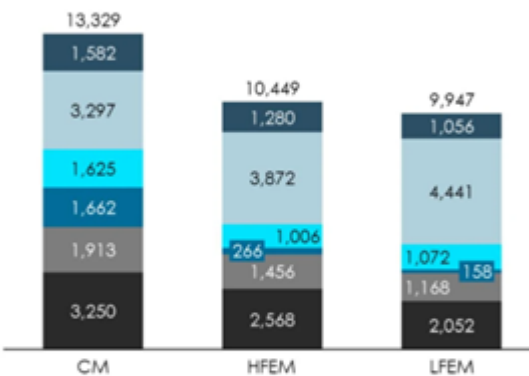
Sundhedsbesparelser EUR per patient per år

■ Anfaldsmedicin
■ Forebyggende
■ Sundhedsudgifter



Socialgevinst EUR per patient per år

■ Absenteeism
■ Presenteeism
■ Working part time
■ Arbejdsmarkedet
■ Uddannelse
■ Karriereskift



CM: Kronisk migræne (>15 migrænedage/måned), HFEM: Hyppig episodisk migræne (10 – 15 migrænedage/måned) LFEM: Lav-frekvent episodisk migræne (op til 9 migrænedage per måned)

Figuren er fra BMC [Neurol.](#) 2023 Jul 3;23(1):254. doi: 10.1186/s12883-023-03302-7.

Ændringer i medicinmarkedet

Økonomi

Fra [1. september 2023](#) er Vyepti (Eptinezumab) førstevalget blandt CGRP-anti-stofferne¹. Det er en CGRP-injektion, som gives intravenøst hver 3. måned på et hospital. Samtidig har Aimovig (Erenumab) selvfølgelig mistet status som førstevalg.

Fra 26. oktober 2023 mistede Eletriptan og Zolmitriptan deres generelle tilskud². Lægen kan søge om enkelt-tilskud, hvis de andre triptaner ikke fungerer for dig.

Fra 16. oktober 2023 kan speciallæger i neurologi udskrive Vydura med klausuleret tilskud på disse betingelser ([citat fra Lægemiddelstyrelsen](#)³):

"Akut behandling af migræneanfald, iværksat af speciallæge i neurologi, hos patienter i optimal oral forebyggende behandling, og hvor behandling med simple analgetika (eventuelt kombineret med antiemetika) og mindst 3 triptaner (eventuelt kombineret med NSAID) har vist sig utilstrækkelige, er kontraindicerede eller ikke tolereres. Patienten må højst indtage 8 tabletter per måned, og behandlingen skal seponeres ved utilstrækkelig effekt på 3 forskellige anfald."

Det må forstås som disse krav for at få Vydura med klausulen:

- Optimal oral forebyggende behandling.
- Hvis triptaner ikke er kontraindicerede (dvs. der er sundhedsmæssige årsager til ikke at bruge triptaner) skal patienten have prøvet mindst 3 triptaner med dårligt resultat.
- Maks 8 Vydura-doser per måned.
- Hvis Vydura ikke giver lindring i 3 forskellige migræneanfald, stoppes Vydura-behandlingen.

Det giver anledning til følgende overvejelser og kommentarer:

- Det er uklart, hvad optimal oral forebyggende behandling er.
- Der kræves, at håndkøbsmedicin ikke er tilstrækkeligt, og at 3 triptaner er forsøgt, med mindre patienten f.eks. er i behandling med anden medicin, som blokerer for triptan-brug (f.eks. antidepressiv medicin).

Kravet om 3 fejlslagne triptaner medfører i realiteten, at patienten skal prøve Sumatriptan, Rizatriptan og Eletriptan (de tre billigste, med priser på 3 kr,

5 kr og 12 kr pr tablet i oktober 2023). De øvrige triptaner har en mindstepris på over 30 kr. i oktober 2023.

- 8 doser Vydura om måneden er den generelle grænse for anfaldsbehandling med Vydura. Men her taler vi om en optimal, fejlslået forebyggende behandling, som ikke kan afhjælpes med triptaner. Hvad er mon tanken bag at begrænse til 8 doser, frem for at benytte Vydura til forebyggende behandling med max 15 doser Vydura om måneden?

Og så lige et godt råd: Hvis du får medicin på klausul-ordningen, skal lægen på hver af de følgende recepter også indikere, at det er et klausuleret tilskud. Mind gerne lægen venligt om dette.

Kilder

1) <https://medicinraadet.dk/media/4wleztbh/medicinr%C3%A5dets-l%C3%A6gemiddelrekommendation-vedr-l%C3%A6gemidler-til-kronisk-migr%C3%A6ne-version-2-0.pdf>

2) <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2023/tilskuddet-til-migraenetabletter-med-indhold-af-zolmitriptan-og-eletriptan-bortfalder-om-tre-maaneder/□/media/ECF8C5628054F808914A79067388888ashx>

3) <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2023/vydura-mod-migraene-bliver-ende-af-forsogsordningen-med-risikodeling-og-faar-klausuleret-tilskud/>

/ABO



Det generelle tilskud til Eletriptan (Relpax) og Zolmitriptan er i fare

samfund

Af Anne Egelund, forperson for Migræne danmark og Anne Bülow-Olsen, Patientrepræsentant, Migræne danmark

(Først publiceret i Sundheds-politisk Tidsskrift)

Lægemiddelstyrelsen/Medicintilskudsnævnet har varslet, at det generelle tilskud til Eletriptan og Zolmitriptan vil bortfalde d. 27. november 2023. Migræne danmark foreslår, at beslutning ændres.

Brugere af Eletriptan og Zolmitriptan har allerede afprøvet de billigere triptaner

12% af de danske triptanbrugere er i behandling med Eletriptan eller Zolmitriptan (tal fra Lægemiddelstatistikregisteret). De har givetvis allesammen først fået Sumatriptan (lægernes førstevalg), og har fundet, at Sumatriptan ikke var en god løsning. Så er den almindelige 'rute' at afprøve Rizatriptan. Og hvis den heller ikke giver en god oplevelse for migrænikeren, er det næste skridt en af de to triptaner, som nu står til at miste tilskuddet. Lægemiddelstyrelsen/ Medicintilskudsnævnet angiver, at der kan søges enkelttilskud til disse midler, men kriterierne for at modtage tilskuddet beskrives ikke.

Det er forståeligt, at regionerne skal spare. Men det er ikke let at forstå, at sparekniven lige netop skal ramme en gruppe migrænikere, som antageligt for de allerflestes vedkommende allerede har dokumenteret overfor deres

læger, at de ikke har det godt med de billigere triptaner.

Risiko for alvorlige bivirkninger

Væsentligt at bemærke i den sammenhæng er også, at Sumatriptan og Rizatriptan øger risikoen for det sjældne, men farlige serotonin syndrom ved samtidig brug af de mest brugte antidepressiva og visse former for medicin mod Parkinsons. Eletriptan indebærer ikke risiko for serotonin syndrom. Uhindret adgang til Eletriptan kan derfor være vigtig for den gruppe af patienter, som tager f.eks. antidepressivt medicin, men samtidig har brug for triptaner.

"Så alt i alt må det konkluderes, at der kan spares en del lægetid til ansøgninger om enkelttilskud til Eletriptan eller Zolmitriptan, hvis der etableres et klausuleret tilskud."

Migræne danmark har ikke oplysninger om, hvor mange danske migrænikere, som har diagnoser, som udløser behandling med de mest brugte antidepressiva. Men et review med 4,19 millioner deltagere med hovedpine fordelt på 139 studier viste, at 23% af deltagerne led af depression. Derfor må vi antage, at der er et betydeligt

antal patienter, som bruger både antidepressiva og triptaner.

Migræne danmark foreslår

Migræne danmark foreslår derfor, at 1. det generelle tilskud bevares, eller 2. der skal etableres et klausuleret tilskud til de to triptaner, hvorved patienten får automatisk tilskud, hvis klausulen opfyldes. Klausulen bør være, at a) patienten har prøvet Sumatriptan og Rizatriptan, og har måttet opgive begge disse triptaner på grund af væsentlige bivirkninger og/eller en manglende acceptabel virkning, eller b) patienten tager anden medicin, der øger risikoen for serotonin syndrom

Klausulen vil sikre, at de brugere af Eletriptan og Zolmitriptan, som allerede har 'kvalificeret sig' til de lidt dyrere triptaner, automatisk får det klausulerede tilskud. Det sparer lægerne for individuelle ansøgninger, og migrænikerne for bekymringer og evt. betaling til lægen for ansøgningen.

Så alt i alt må det konkluderes, at der kan spares en del lægetid til ansøgninger om enkelttilskud til Eletriptan eller Zolmitriptan, hvis der etableres et klausuleret tilskud.

Endelig ønsker vi at påpege, at det ikke er rimeligt, at pålægge en tilfældig gruppe migrænikere med et lidt specielt behov for deres anfaldsmedicin at skulle betale egen læge for at skrive en ansøgning om enkelttilskud. Alene fordi de ikke kan bruge de to billigste triptaner.



Svaret på spørgsmålet på side 14 er 70 kroniske migrænikere (ud af omkring 10.000 brugere af de to triptaner. Hver migræniker, som ikke har råd til selv at betale fuld pris for f.eks. Eletriptan, koster samfundet 100.000 kr om året i sociale udgifter, hvis den billigere medicin ikke kan gøre migrænikeren arbejdsduelig hver dag. 70 x 100.000 kr = 7 millioner.

Medicinrådets nye behandlingsvejledning for migræne er en opdatering

behandling

Medicinrådet har i august 2023 opdateret deres behandlingsvejledning for de CGRP-antistoffer, som gives med injektioner – dvs. Aimovig, Ajovy, Emgality og (som noget nyt) Vyepti. Vyepti gives intravenøst, hvilket betyder at man skal til lægen (indtil videre hospitalet) for at få injektionen.

Der har helt klart været behov for denne [opdatering](#)¹. Men resten af teksten er en sproglig redaktion. Der er ingen substantielle ændringer, selvom de kunne være tiltrængte.

Og der er en del ubesvarede spørgsmål.

Vydura/Rimegepant er et CGRP-antistof, som gives i tabletform, og som kan bruges som forebyggende (med en tablet hver anden dag) eller som anfaldsmedicin. Men Vydura omtales ikke. Vi ved derfor ikke, om Vydura kan/bør kombineres med de 4 injicerede CGRP-antistoffer. Vydura blokerer for CGRP, og det ville have været godt, hvis Medicinrådet havde medtaget en sætning om en evt. kombination med behandling med Vydura og de CGRP-antistoffer, som gives ved injektion.

Det er endnu for tidligt at drage en endelig konklusion, men tidlige [resultater](#)² tyder på, at de tablet-bårne akutvirkende CGRP-antistoffer kan kombineres med dem, som injiceres, uden at der opstår problemer.

Tilsvarende ser det ud til, at migrænikere med MOH vil kunne få en væsentlig reduktion i migrænedagene ved behandling med CGRP-antistoffer, [uanset om de har MOH inden behandlingen](#)³. Faktisk så væsentlig, at MOH forsvinder hos en stor del af de behandlede. Dette er ikke omtalt i Medicinrådets vejledning. Derimod kræver vejledningen stadig, at man skal være fri af MOH, inden man kan få behandling med de 4 indsprøjtning-CGRP'er, selvom ovennævnte artikel blev publiceret i juli 2022 – dvs. i god tid inden revisionen.

Vejledningen kræver desuden, at CGRP antistof-behandlingen ikke kombineres med Botox. En [review-artikel fra juni 2022](#)⁴ viste, at Botox og CGRP-antistoffer begge giver den samme effekt (smertelindring), men på to forskellige måder. De to mediciner samarbejder derfor mod samme mål. Men, skriver forfatterne, mange landes behandlingsvejledninger undlader at anbefale kombinationen på grund af omkostningerne ved at kombinere to dyre behandlinger. Det ville have været klædeligt, om Medicinrådets behandlingsvejledning havde medtaget en kattelerm her. Den kunne give de migrænikere, som for tiden sendes hjem med besked om, at der ikke er mere at gøre, en mulighed for denne kombinationsbehandling.

"Alt i alt er der nogle 'smuttere' i den opdaterede vejledning."

I august 2023 kom en artikel, som viste, at [Ubrelvy/Ubrogapant samarbejder smukt med Botox](#)⁵. Men det var selvfølgelig for sent til at resultaterne kunne omtales i Medicinrådets behandlingsvejledning, og Ubrelvy er endnu ikke godkendt til brug i Danmark.

Vejledningen indeholder desuden stadig en klausul om, at behandlingen med CGRP-injektioner skal sættes på pause efter 16 måneder, så måned 17 bliver behandlingsfri. Hensigten er at vise, om der stadig er behov for behandlingen.

Men ordvalget i denne sammenhæng er ændret. Der står: "... behandlingen genoptages, hvis patienten har oplevet klar forværring under pausen og fortsat opfylder inklusionskriterierne (kronisk migræne uden MOH) den sidste måned op til besøget". Det betyder, at det er ikke nok, at der kommer en klar forværring. Migrænen skal i pausen være kronisk, og patienten må ikke tage medicin, så forbruget overskrider definitionen på MOH. Sædvan-



ligvis, når det vurderes om en patient har MOH, ses forbruget af medicin som et [gennemsnit af 3 måneder](#)⁶ og ikke en måned. Vejledningen synes ikke at tage hensyn til dette.

Hidtil har praksis i vidt omfang (vistnok) været, at hvis migrænen i løbet af måned 17 (og derefter) har eskaleret, så fortsættes behandlingen. Det, håber vi, vil fortsætte, selvom formuleringerne ikke i samme grad lægger op til det.

Så alt i alt er der nogle 'smuttere' i den opdaterede vejledning. Vi må håbe at den snart bliver revideret endnu en gang.

Kilder

1) <https://medicinraadet.dk/media/4wleztbh/medicinraadets-lægemedelrekommendation-vedr-lægemedler-til-kronisk-migræne-version-2-0.pdf>

2) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818780/>

3) <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-022-06265-8>

4) <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-022-06195-5>

5) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10399003/>

6) [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538150/#:~:text=Overarching criteria are that \(1,of a headache and \(3\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538150/#:~:text=Overarching criteria are that (1,of a headache and (3))

CGRP anfaldsmedicins virkning er uafhængig af triptan-virkningen

behandling

Nu kommer de længe ventede resultater, som sammenligner virkningen af triptaner og CGRP anfaldsmedicin, på den enkelte patient.

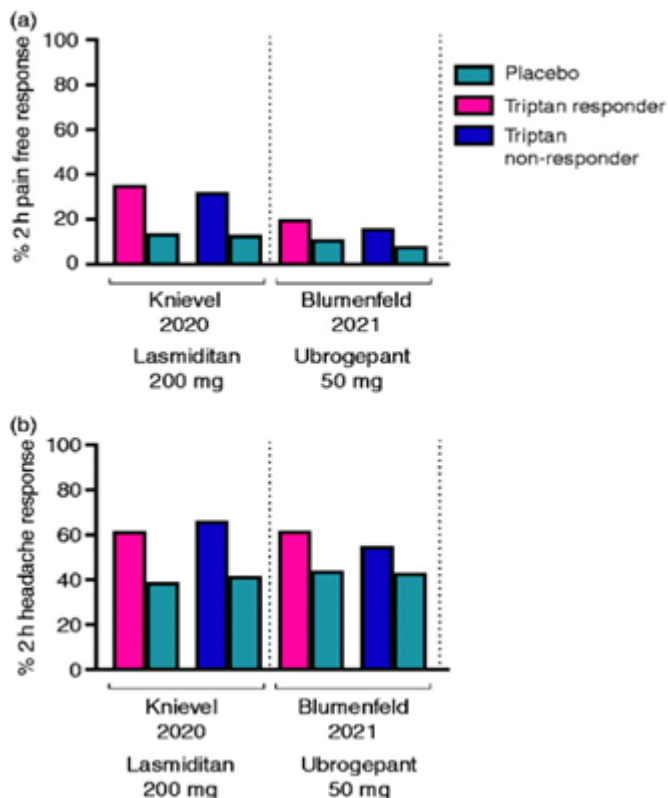
De [allerførste resultater](#) viser, at der ikke er forskel i virkningen af Lasmiditan/Rayvow eller Ubrogapant/Ubrelvy for migrænikere, som fik virkning af triptaner, og dem, der ikke fik virkning af triptaner.

I figuren er de røde søjler % migrænikere som fik gavn af triptaner (smertefrihed efter 2 timer øverst) og smertelindring efter 2 timer (nederst).

De blå søjler viser virkningen på migrænikere, som ikke fik virkning af triptaner.

Lasmiditan gav smertefrihed efter 2 timer til ca. 35%, uanset om de fik virkning af triptaner eller ej. Og ca. 60% fik smertelindring efter 2 timer – uanset virkningen af triptaner.

Ubrogapant gav smertefrihed til omkring 20% - uanset triptanernes virkning, og smertelindring til 50 – 60%, uanset om triptanerne virkede.



Kilde: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/03331024221143773?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org

/ABO

En sniksnak hjælper

behandling

Måske er det slet ikke overraskende, men et 10 minutters telefonopkald som opfølgning på en behandling gør, at patienterne bliver væsentligt mere tilfredse med behandlingen. Telefonopkaldet kom 2 til 4 måneder efter opstart af behandlingen. Der var 100 patienter, som fik telefon samtalen og en tilsvarende kontrolgruppe, som ikke fik et opkald.

Telefonsamtalen gav også patienterne mulighed for at skifte medicin eller dosis. Og bare det, at vide, at der er nogen som tænker på ens velvære,



er sikkert også med til at øge tilfredsheden.

Det er resultatet af en [dansk undersøgelse](#) (på Dansk Hovedpinecenter). Kilde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10099919/pdf/HEAD-62-1312.pdf>

/ABO

Mon ikke den samme tendens vil kunne findes i mange behandlinger i sundhedsvæsenet, hvor der ikke er jævnlig kontakt mellem patient og behandler.

Migrænedagbog og migrænekalender

– hvorfor er der forskel?

behandling

En ting du vil blive bedt om af næsten enhver læge, neurolog eller hovedpinecentre, der skal behandle din migræne er, at føre dagbog over dine anfald. Det er sandsynligvis det første den behandlende læge vil bede dig om, så hvorfor ikke begynde allerede nu? Det er en god idé af mange årsager.

Formålet med både kalender og dagbog er at afklare, hvor mange dage om måneden du har migræne eller spændingshovedpine, hvad dine symptomer er under anfald, hvornår du tager medicin og hvilket medicin du tager.

På længere sigt er formålet selvfølgelig at reducere dine anfald eller gøre dem mildere eller kortere. Nogle gange vil kalender og dagbog hjælpe dig med at finde et mønster og i hvert fald vil de hjælpe lægen med at iværksætte den bedst mulige behandling.

På Dansk Hovedpinecenter skelner man mellem hovedpinedagbog og hovedpinekalender. Men hvad er forskellen og hvorfor bruges der 2 forskellige ting.

Hovedpinekalenderen

Hovedpinekalenderen er den simpleste. Den handler konkret om at undersøge, hvor mange dage, du har migræne eller hovedpine. Og dermed give dig selv og lægen en oversigt over, om du har episodisk migræne (under 15 anfald af migræne og /eller spændingshovedpine om måneden) eller om du har den kroniske form med over 15 dage med migræne og /eller spændingshovedpine om måneden. Du vurderer også styrken på en skala fra 1-3. Styrken regnes som et gennemsnit over dagen. Hovedpinekalenderen i den form, lægen anbefaler, kan hentes her: <https://vid-enomhovedpine.dk/hovedpinedagbog-og-kalender>.

Hovedpinedagbogen

Hovedpinedagbogen er mere nuanceret og har til formål at finde ud af mere specifikt, hvilken hovedpineform

du lider af, og om du får det rette medicin. Også hovedpinedagbogen, i det format hovedpineklubberne anbefaler, kan hentes på ovenstående link. Der findes også mange udmærkede apps til formålet, min favorit er Migraine Buddy, eller du kan bruge en fysisk kalender på papir, indtale lyd-filer eller lave dit eget system. Det er ikke vigtigt, hvordan du gør det, men kan du overkomme at gøre det, er det en rigtig god idé.

Dagbogen skal gerne indeholde flest mulige oplysninger. De kan variere fra person til person og kan fx være

- Har du aura eller andre symptomer før anfaldet?
- Hvilke ugedage har du anfald?
- Hvornår tager du medicin og hvilken type? Hvor hurtigt hjælper den?
- Styrken af dine anfald og udvikling over dagen?
- Evt. Menstruationscyklus?
- Har du svært ved at finde ord eller stave?
- Er du svimmel?
- Har du kvalme eller kaster op?

Det kræver lidt tid her og nu, at få overblik over dine anfald. Men på sigt vil det hjælpe både dig og hjælpe lægen. Og forhåbentlig give dig færre anfald, for dagbogen viser sammenhæng mellem anfald og triggere, der måske kan undgås. Og den viser, om du tager medicin korrekt og om du får det rette medicin.

Bliver du stresset over at udfylde den, anbefaler dansk hovedpinecenter, at du registrerer mindre udførligt eller helt stopper en periode. Eller hvis du kan, indlægger det som en daglig rutine og betragter det som et redskab til at hjælpe dig selv.

Registreringer på anfaldsfri dage

Dagbogen kan udvides til også at gælde andre ting, mulige triggere, kostdagbog, vejrrapporter, andre lindringer end medicin. Og er det formålet at finde triggere, bør du også føre den på anfaldsfri dage. Men det vigtigste er, at notere selve anfaldene. Måske forlanger lægen, neurologen eller sygehuset en bestemt type

kalender. Ring og spørg ad, så snart du får en tid. Men det betyder ikke, at du behøver bruge præcis det format til hverdag. Hvis den anbefalede kalenderform ikke passer til dig, så find en type, der gør og før oplysningerne over i den, som lægen ønsker, umiddelbart før konsultationen. Selvom lægens valg forekommer dig ulogisk, kan det have en årsag, du ikke kender til. Eksempelvis kan lægen have nemmere ved at overskue det, hvis patienterne skriver i samme format og læger er ofte travle, så passer formatet dig dårligt, så før den dagligt i et format, der passer dig bedre og flyt det over i den ønskede, inden du sender den til lægen. Det væsentligste er, at man får ført dagbog.

Og husk - først og fremmest - vi er ikke ens. Nogle kan ikke stave under anfald, eller ikke bruge skærm, nogle sover eller har timelang aura. Nogle kan ikke tale, mens andre ikke kan læse. Find den, der er den rette for DIG uanset hvad andre gør. Ud over dem, der er linket til længere oppe, er der nogle, der noterer i en fysisk kalender, har farvekoder eller indtaler på lyd-filer eller i videoklip. Det er ikke vigtigt HVORDAN du gør det, bare AT du gør det, så meget du kan magte.

Apps, der er gode at kende

Der findes mange apps til din smartphone, du kan bruge til formålet. En af de mest brugte er Migraine Buddy, der er meget detaljeret. Man udfylder ved at markere ikoner og der er mulighed for at tilføje og fjerne efter behov. Det er også muligt at springe sektioner over og udfylde dem ind senere. Du kan også sætte dine egne muligheder ind ligesom du kan fjerne muligheder, hvis de ikke er relevante for dig. Du kan også udfylde på anfaldsfri dage.

Andre apps til dagbøger kan være "Min migræne", "Migrenelogg", "Migræne App" og "Headache diary". Det vil være en god ide at installere flere, lave nogle prøveintastninger og vurdere, hvilken du er bedst venner med. Men vær realistisk og find en, DU vil få brugt, hvis ikke den anbefalede fra læge, neurolog eller hovedpinecenter umiddelbart passer til dig.

Men vigtigst af alt: det må ikke blive så omstændigt, at det stresser dig oven i den stressfaktor, som migrænen selv er. Så er det bedre at lave en simplere registrering eller slet ingen. Men migrænekalenderen mi-

grænedagbogen og vigtige redskaber til hjælp med at finde ud af, hvornår og måske hvorfor du får anfald. Så brug dem i en grad, der fungerer for dig, hvis du på nogen måde kan.

/LMJ

Hvad kan du og din læge gøre for at undgå, at migrænen udvikler sig til det værre

behandling

Nogle fremtrædende migrænelæger fra flere lande peger på, at fremadskridende migræne (flere migrænedage efterhånden, som tiden går) muligvis kan skyldes en række faktorer, som lægen og migrænikeren kan påvirke.

I en artikel (se kilde) har forfatterne listet alle de faktorer, som de mener, kan ændres (mere eller mindre) og give migrænikeren et bedre liv og formentlig et liv, som ikke påvirkes (helt så slemt) af stigende antal migrænedage.



Jo, listen er lang, og ansvaret ligger i høj grad hos lægen. Og det er måske lidt optimistisk at tro, at alle læger

kan overskue sådan en spiseseddel. Mange af rådene er det, som forfatterne kalder ekspertvurderinger, dvs. det er de kyndige lægers erfaringer, som afspejles. Og der er selvfølgelig ingen garanti for, at migrænen ikke forværres.

Men det er måske et forsøg værd at lade sig inspirere af listen.

Kilde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37615752/>

/ABO

Lægerne begynder med at se på medicinen:

1. Er medicineringen optimal?
2. Er migrænikeren informeret om gavnlige livsstilsændringer?
3. Er migrænikeren opdateret mht. mulighederne for muskelafslappelse?
4. Informerer lægen om andre behandlinger end receptmedicin?
5. Har lægen anbefalet at prøve forskellige typer medicin (piller, næsespray, injektioner osv)?
6. Har patienten prøvet at skifte mellem forebyggende og anfaldsmedicin eller en kombination?
7. Har lægen forklaret hvordan anfaldsmedicinen tages for at få den bedste virkning?

8. Har lægen forklaret om risikoen ved at tage for meget medicin eller medicin for mange dage i træk?
9. Brug gerne midler, som ikke ordineres af lægen.

Derefter ser de på følgesygdomme:

10. Måske skyldes migrænen en anden sygdom? Specielt bør lægen være opmærksom på andre smerter end migrænen. Henvis til specialist.
11. Lægen bør fortælle om ikke-medicinske gode råd til at få det bedre.
12. Lægen bør sørge for, at migrænikeren sover godt. Lægen bør holde øje med migrænikerens mentale tilstand.

Og endelig på fysiske forhold:

13. Får migrænikeren rimelige mængder motion?
14. Har migrænikeren været ude for traumer (især i og omkring hovedet)?
15. Er migrænikeren over- eller undervægtig?
16. Har migrænikeren allergier eller astma?
17. Spiser og drikker migrænikeren optimalt?
18. Indtager migrænikeren rigeligt med koffein eller ryger?
19. Anbefal migrænikeren at skrive dagbog og holde øje med triggerne.

(listen er en forkortet udgave af den oprindelige liste).

Migræne og højtider

social

Julen nærmer sig og det er på sin vis dejligt, men det kan også være en prøvelse for mange af os, der lever med migræne. Det er helt naturligt, hvis du føler en form for uro omkring, hvordan det skal gå i år.

Opskruede forventninger fra både børn og voksne, ekstra aftaler i kalenderen, tanker omkring hvor meget du må melde afbud til og ikke mindst bekymringer om evt. konflikter i familien eller andre oplevelser, der betyder, at julen vækker nogle ubehagelige minder til live.

Hvis du f.eks. er blevet skilt for nylig, eller der har været dødsfald i familien, bliver julen måske anderledes i år. Og vi vil for alt i verden helst have, at julen forbliver den samme. År efter år. Eller sådan har jeg det i hvert fald og hvis du har oplevet, at der f.eks. blev serveret en anden menu juleaften og hvad det førte med sig af: "Sådan plejer vi ikke at gøre og kan I huske dengang Britt og Ole serverede juleskinke i stedet for and. Eller dengang mandlerne ikke var ordentligt hakkede i ris a la manden og vi sad med 9 hele mandler den aften? Jamen altså".

De to eksempler er taget fra min egen familie og vi kan heldigvis også grine af det, selvom der er noget om det her med "Rør blot ikke ved min gamle jul".



Selvomsorg er vigtigt

Selvomsorg er vigtigt i det daglige, men endnu vigtigere i pressede perioder. Og i december er der mere pres på, især hvis du har mindre børn og der skal holdes julefester, juleafslutning til gymnastik og i skolen.

Selvomsorg handler om, at du tager ansvar for dig selv, for ellers kan du ikke være noget for andre. Det er banalt, men det er ligesom det med iltmasken i flyet. Husk at passe på dig selv. Det er langt fra nok at tage i spa en gang om året eller på weekend i et sommerhus, hvor du lader op. Der er flest hverdage og du har fortjent at have det godt.

Selvomsorg handler også om accept, at du accepterer, hvordan din nuværende situation er, om du kan lide det eller ej. Du er nødt til at være ærlig over for dig selv. Det er også det første skridt, når du vil ændre en situation eller din måde at se tingene på. Det starter med, at du erkender, hvor du er nu. Det er dit udgangspunkt, og så kan du flytte dig med små skridt.



Prioritering og planlægning

I en hverdag med mindre overskud er det vigtigt at prioritere og planlægge, for har du f.eks. 10 migrænedage om måneden, så er din måned gevaldigt kortet ned sammenlignet med andre, som har færre begrænsninger. Det er derfor essentielt, at du gør op med dig selv, hvad der er vigtigt for dig. Hvor meget kan andre forvente af dig? Og er det rimeligt set i forhold til, hvad du får igen? Hvad giver dig energi og hvad dræner dig?

Det var mange spørgsmål, så nu får du en konkret øvelse, som kan bruges til at få et overblik over din dag, uge eller måned og hvor du økonomiserer med energi frem for tid. Jeg har selv brugt øvelsen især op til december måned. Der var nemlig 3 år i træk, hvor jeg bare mosede på i hele december. Deltog i alt uden overhovedet at mærke efter, om det var ting, jeg havde lyst til at deltage i eller om jeg havde energien. Ofte deltog jeg med

anfaldsmedicin i kroppen og der var faktisk 3 juleaftener i træk, som jeg knapt kan huske, da jeg var så pumpe med medicin og følte mig som en zombie. Havde det ikke været for mine børns skyld, var jeg ikke dukket op. Av og mig der elsker julen.

Og hvordan gik det så? Jo, jeg prioriterede behårdt året efter og tænkte faktisk, at nu var det næsten for kedeligt med så få aftaler. Det resulterede i 3 uger uden migræne i december og en meget gladere udgave af undertegnede.



Øvelse: Energistyring

Energistyring er et effektivt redskab, når du vil passe på din energi. Måske kender du det allerede? Det kaldes også energiforvaltning og her planlægger du ud fra din energi og ikke hvor meget tid du har.

Når du kigger på din uge, hvilke ting kræver så meget af din energi og hvornår skal du lade op? Med øvelsen her får du et rigtigt godt overblik og du kan se, om der skal justeres på noget i løbet af ugen.

- Tag et stykke papir og en skriver frem
- Lav 7 lodrette kolonner og skriv mandag til søndag på dem, så du har et skema for ugen
- Skriv ind, hvad du skal de forskellige dage f.eks. arbejde, frisør, arrangementer, fritidsinteresser og familiebesøg
- Marker nu de forskellige aktiviteter med grøn, gul eller rød, alt efter, hvor meget energi, de kræver af dig
- Tænk på farverne som et trafiklys, hvor rød kræver meget

- af dig, gult kræver mindre og grønt bidrager til at lade dig op
- Er der balance i din uge energimæssigt? Eller din måned, hvis du kigger på december som helhed
- Er der noget, du vil ændre, så der kommer en bedre balance?
- F.eks. flytte et møde eller planlægge en gåtur?

Du kan lave øvelsen, når det passer dig og bare det at sætte sig ned og få et overblik, kan give ro. Det kræver, at du tager dig tiden, men øvelsen kan også bruges over et par dage, hvis du synes, det er uoverskueligt med en hel måned. Du kan også markere aktiviteterne med farver i din Google Kalender på telefonen, så får du syn for sagen, hvis det hele pludselig er

rødt. Du kan altid justere dine planer undervejs. Energistyring er et levende redskab, forstået på den måde, at du måske også får mere energi ved at mærke efter, hvad du virkelig har behov for og på den måde får mere energi.

/GH

Medicin mod migræne øger sandsynlighed for forstoppelse

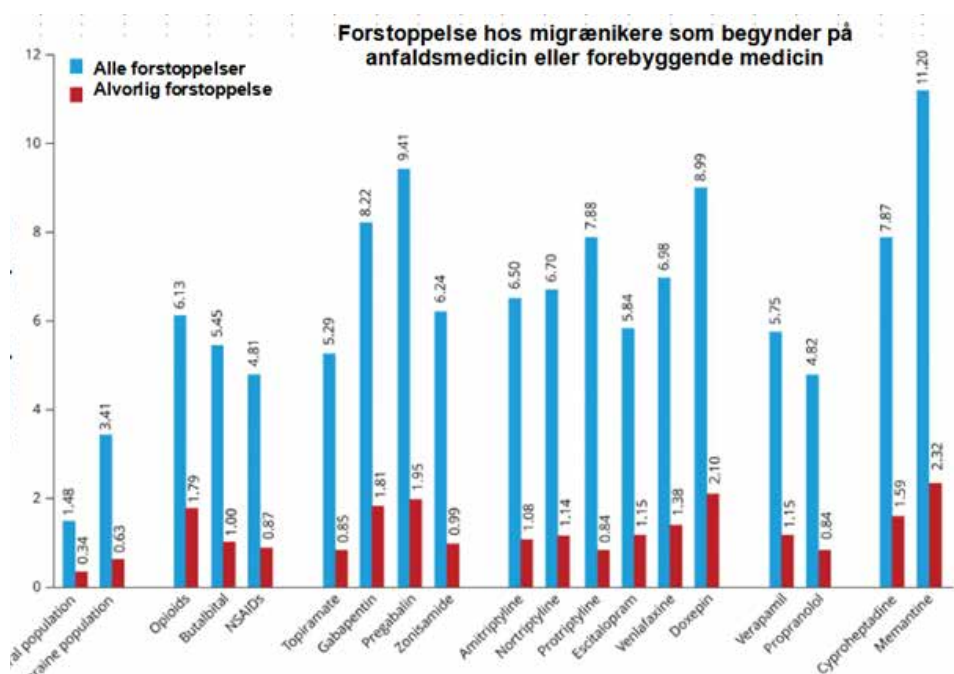
bivirkninger

Mon ikke de fleste læsere har hørt om eller oplevet, at Aimovig giver en klar risiko for forstoppelse. Aimovig er fra 1. september 2023 ikke længere førstevalget blandt CGRP-antistofferne – bl.a. på grund af risikoen for forstoppelse. Men Aimovig er ikke den eneste migræne-medicin, som øger antallet af migrænikere med forstoppelse. I gennemsnit for (amerikanske) migrænikere var hyppigheden af forstoppelse hos migrænikere 3 gange så stor som i den generelle befolkning.

Men Aimovig er langt fra den eneste migrænemedicin, som giver forstoppelse. Se figuren med de oftest brugte mediciner i USA.

Her i landet bruger vi en række andre mediciner. Her følger en liste med de mediciner blandt de mest brugte (i henhold til [Referenceprogrammet for hovedpine](#)), hvor forstoppelse (eller diarré) er nævnt som bivirkning hos mere end 1% af brugerne i [Medicin.dk](#).

- Kodein er kendt for at give forstoppelse. Det kan Naproxen også. Treo og NSAID kan give diarré.
- Triptanerne giver ikke problemer med fordøjelsen.



Role of Calcitonin Gene-Related Peptide on the Gastrointestinal Symptoms of Migraine—Clinical Considerations.

- Aimovig og Emgality kan give forstoppelse. De øvrige CGRP-antistoffer har ikke bemærkninger om dette.
- Betablokkerne Propranolol og Metoprolol kan give diarré, og Metoprolol kan også give forstoppelse.
- Topiramat kan give både diarré og forstoppelse. Flunarizin og Amitriptylin kan give forstoppelse. Valproat og Lisinopril kan give diarré.

Vi kender ikke de nøjagtige tal for hvor mange, der får forstoppelse eller diar-

ré af medicin i Danmark. Migrænepatienter kan måske derfor have gavn af at læse lidt om, hvad der kan gøres for at håndtere både forstoppelse og diarré.

Kilder

<https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/neuro/hjerne-og-nervesygdomme/dansk-hovedpinecenter/for-fagfolk/Documents/for-fagfolk/referenceprogram.pdf>

/ABO

Migræne danmark
Anne Egelund
Mosevangen 49
3460 Birkerød



Hvide fingre (Raynaud's sygdom) og CGRP-antistoffer

Vi har efterhånden i snart 5 år haft et eller flere CGRP-antistoffer til rådighed som forebyggende migrænemedicin. Så nu er det tid til at gøre [status](#)¹.

Tager du, eller har du i en periode taget, et af de nye CGRP-antistoffer? De hedder Aimovig, Ajovy, Emgality, Vyepti eller Vydura. Hvordan har dine fingre det? Er de lidt kolde på fingerspidserne? Måske bliver de af og til hvide? Måske især hvis det er koldt? Måske prikker det lidt i fingerspidserne?



Hvis du siger ja til det meste af dette, har du måske udviklet Raynaud's syndrom, også kaldet hvide fingre. Det er nedsat blodcirkulation i de yderste dele af kroppen – startende i fingerspidserne og tåspidserne. Det rammer primært personer, som har et knapt så velholdt blodkredsløb, som så tager CGRP-antistoffer, som får de små blodkar i de yderste dele af kroppen til at trække sig sammen. Så kan ilttilførslen til de yderste finger- og tå-spidser blive så lille, at huden ikke holdes ved lige som hos unge mennesker.

Nu viser de seneste opgørelser fra [WHO's database over bivirkninger](#)², at specielt de tidligste (og derfor længst brugte) CGRP-antistoffer øger risikoen for at få Raynaud's sygdom sammenlignet med den generelle befolkning. Symptomerne dukkede i gennemsnit op efter ca. 3 måneders medicinering og ramte fortrinsvis kvinder. Der blev noteret ca. 100 tilfælde af Raynaud's sygdom, og 30% af dem genvandt deres varme fingre og gode følesans.

Kilder

1) <https://link.springer.com/article/10.1186/s10194-022-01424-w#Tab1>

2) <https://who-umc.org/vigibase/>