

HODEPINE

– rett diagnose er avgjørende for rett behandling.

MED FOKUS PÅ MIGRENE

AV ANNE KVALHEIM

Som allmennleger møter vi nesten daglig pasienter som plages av hodepine. Ikke sjeldent nevnes det i en liten bisetning mot slutten av konsultasjonen, at de gjerne skulle hatt en ny resept på migrenemedisiner. Hvor mange av oss tar seg da tid til å spørre pasienten om hvor ofte de har hodepine og om medisinene har ønsket effekt? Du må gjerne skrive ut resepten, men lag for all del en ny avtale med en gang. Og til neste gang ber du pasienten registrere sin hodepine i en anfallskalender slik at dere har noe å jobbe ut fra.

Anfallens start: Klokkeslett nærmeste time 0-24:	Hvorfor bruke HodepineKalender?		
Anfallsgradi:	HodepineKalender		
1. Lett hodepine (gret å fungere)	• Kartlegge hodepinemonsteret		
2. Moderat hodepine (fungerer, men det er vanskelig)	• Stille diagnose		
3. Dørtig hodepine (blev ikke å fungerer)	• Oppdag endringer i monstret		
(IK Påføres etter tallet ved kvalme/oppkast)	• Bedre behandlingen		
Anfallsbehandling: A: C: B: D:	• Registrere bruk av medikamenter		
Efekt av behandlingen: I = Ingen V = Veldig bra M = Middels T = Tilbakfall	Maksetningen er å bedre den enkeltes mulighet til selv å take hodepine-problemet.		
Variitet: Antall timer anfallet påvirker deg	Ta med anfallskalender ved besøk hos legen.		
Menstruasjon: Blødningsdager markeres med ring rundt dato.	Hodepinekalenderen er et viktig hjelpemiddel for legen. Ta den derfor med til hvert legebesøk		
Forebyggende medisiner:	Utarbeidet av HCPC Norge		

Nøkkelen til effektiv hodepinebehandling kan oppsummes i tre hovedpunkter:

1. Hver enkelt pasient har ofte flere ulike typer hodepine.
2. Opplæring av pasienten i mulige triggere og beskyttende faktorer øker mestringsfølelsen og kan redusere hodepinen.
3. Ulike anfall krever ulik behandling, pasienten må utstyres med flere typer medisiner.

Hvor mange typer hodepine har pasienten?

Veldig ofte kan pasienten fortelle om flere ulike typer hodepine. De kan beskrive migreneanfall, pressende tensjonshodepine og kanskje er der i tillegg innslag av en medikamentoverforbrukshodepine på toppen. Pasienten trenger hjelp og opplæring for å kunne skille mellom de ulike typene og vite hvilken behandling hun skal velge i hvert enkelt tilfelle.

Anfallskalendre hjelper oss til å se hvor hyppig pasienten har hodepine, om der er forskjellig karakteristika ved de ulike anfallene og en evt sammenheng med kjente triggerfaktorer som for eksempel menstruasjon, stress, forskyving av døgnrytmene i helgene og lignende.

Anne Kvalheim

Cand. med Bergen '96, spesialist i allmennmedisin januar 2004, fastlegepraksis Haugesund Medisinske Senter, lege på Helsestasjon for ungdom 4 t/uke. Interessert i hodepine siden 2000. Deltar i «hodepinediskusjonsforum» med allmenpraktikere og neurologer.



Klinisk undersøkelse

Sammen med en grundig anamnese vil den kliniske undersøkelsen hjelpe oss i den videre tilnærming til pasientens ulike hodepiner. Ofte vil man kunne finne ømhet i ulike muskelgrupper i nakke og bakhode, samt løsninger i nakke og uttalt ømme kjeveledd. Bihulesmerter og bittproblematikk kan også medføre hodepine hos mange av våre pasienter.

Opplæring

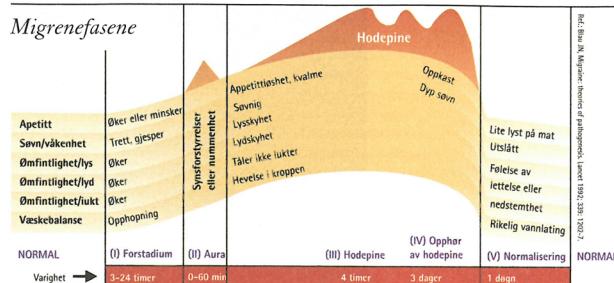
Migrenepasienter har et sårbart nervesystem og trenger informasjon om både beskyttende og utløsende årsaker til hodepineanfall.

Mulige triggere kan som kjent være alkohol, sjokolade, ost, citrusfrukter, sult, sterkt lys, sterke lukter, stress/etter stress, uregelmessig døgnrytmene og hormonelle svingninger (spesielt fall i østrogen). Tensjoner i muskulatur, kjeveledd eller bihuleproblematikk kan, som nevnt, også være medvirkende årsaker til økt anfallshyppighet.

En migrenepasient kan godt tåle en enkelt av disse triggerfaktorene, men ikke flere slike faktorer oppå hverandre. Det vil si ikke rødvin og sjokolade en sen fredagskveld etter en stressende uke – i alle fall ikke dersom hun i tillegg forsøker døgnrytmene og sover litt utover lørdags formiddagen ...

Kjennskap til de beskyttende faktorer er også viktig for at pasienten skal kunne mestre sin hodepine. Det å unngå migrantrigger og sørge for regelmessig sovn, regelmessige måltider og regelmessig mosjon er avgjørende i denne sammenheng.

I tillegg er det veldig nyttig for en migrenepasient å få opplæring om de ulike fasene i et migraneanfall. Ved å gjennomkjenne symptomer i prodromal fasen (f.eks. irritabilitet, gjesping, hunger for spesielle matvarer, økt væskeoppholding i kroppen, økt følsomhet for lys og lyd), kan hun forsøke sette inn tiltak før hodepinefasen setter inn.



Det blir her viktig å ta hensyn til eventuelt komorbide tilstander som f.eks. søvnforstyrrelser, tensjonshodepine, depresjon og angst.

Anfallsbehandling

Er hodepinnen et faktum, bør pasienten ta anfallsmedisin så raskt som mulig. De fleste har allerede forsøkt håndkjøpspreparater som Paracet og NSAIDs. Sistenevnte er viktig for å dempe den inflammatoriske komponenten i et migreneanfall, men er som regel ikke tilstrekkelig for å kupere hele anfallet. Vi bør derfor gå et steg videre på behandlingstrappen og i tillegg tilby behandling med triptaner. Vi har i Norge flere gode preparater, alle med noe ulik virkningsprofil og administrasjonsformer.

Dersom pasienten våkner med hodepine, er hun allerede langt uti anfallet og bør velge et preparat med raskt innsettende effekt. Ved tilbakefall av hodepine eller ved langvarige anfall, for eksempel under menstruasjon, bør et triptan med lang halveringstid forsøkes. For pasienter med menstruasjonsrelatert migrrene, kan man ofte ha god nytte av NSAIDs daglig f.o.m et par dager før forventet menstruasjon.

Ca. 90 prosent av migrenepasientene er kvalme under anfall. Ved kvalme oppstår gastrostase og derav redusert oppnak av medisiner tatt per os. Man bør da fortrinnsvis benytte injeksjon, nesespray eller stikkpille. Det finnes også smeltabletter. Disse tablettene løses opp i sputtet og tas opp via mageslimhinnen. De virker derfor ikke raskere/bedre enn tabletter, noen ganger snarere tvert om. Det er ikke som ved en sublingual nitroglycerin. Smeltablettene er bra å ha blant annet fordi det er en praktisk/grei administrasjonsform, men altså ikke spesielt indisert ved kvalme. Rezept på kvalmestillende medikament er også viktig.

For å gi en god behandling, bør altså pasienten utstyres med flere medisiner og administrasjonsformer. Slik kan hun forsøke seg frem til hvilke medisiner som fungere best for henne, hva som fungerer ved de ulike anfall, og når i anfallet hun bør ta hvilke medisiner.

Når det gjelder behandling av tensjonshodepine, bør hovedfokus her være på ikke-medikamentelle tiltak. Som f.eks. avspennning, egentrening, akupunktur, fysioterapi, kiropraktikk, yoga og lignende. Medisiner har lite/ingen plass i akutt behandlingen av denne typen hodepine. Effekten er ofte dårlig, og faren for medikamentoverforbruk er stor.

Forebyggende behandling

Endel pasienter har hyppige migreneanfall. Forebyggende behandling bør vurderes ved mer enn tre anfall per måned.

Vi benytter i dag bl.a Betablokkere (Pranolol, SeloZok), AT1-reseptor blokker (Atacand), Antiepileptika (Orfiril, Neurontin, Topimax), Tricykliske antidepressiva (Sarotex) og hormonell behandling (mest mulig kontinuerlig østrogen). Tradisjonelt har betablokkere vært 1.håndsvalg. Bivirkningene med blant annet redusert yteevne, impotens og kalde ekstremiteter, gjør at stadig flere nå foretrekker AT1-reseptorblokeren Atacand. Antiepileptika fungerer som nevrostabilisatorer og kan forsøkes dersom man ikke kommer til målet med antihypertensiva. Risiko for PCO med Orfiril, gjør at man i dag (i alle fall hos unge kvinner) foretrekker Neurontin eller Topimax. Sarotex er et godt basismedikament ved kroniske smarer da den synes å heve kroppens smertetærskel. Bivirkningene med blant annet sedasjon og munntørhet gjør at endel pasienter ikke kontinuerer denne behandlingen.

Enkelte alternative legemidler har noe dokumentasjon som profylakse ved migrrene. Dette gjelder bl.a Magnesium (600 mg/dag), Omega-3 fettsyrer, Vitamin B2 Riboflavin (200–400 mg/d), Krysantemum og Q10.

Anfallskalender

For å kunne registrere anfallshyppighet, evaluere effekt av medisiner og eventuelt andre ikke-medikamentelle tiltak, er det altså nyttig for både lege og pasient at det føres en anfallskalender. Det er alltid vanskelig å huske hvor mange anfall man har hatt siden siste konsultasjon, hvilke anfall som var ekstra kraftige og når og hvilken anfallsbehandling som hadde effekt. Vi husker alle best gårsdagen. Har pasienten hatt et kraftig anfall dagen før hun kommer til time, har hun en opplevelse av at hodepinnen er helt forferdelig. Er det derimot to til tre uker siden siste anfall, kan hun ha en tendens til å bagatellisere det hele. Nesten alle mine hodepinepasienter bruker anfallskalender, i alle fall i kartleggingsfasen, under utprøving av medisiner og dersom de etter en stund mener at medisinene ikke virker lengre/de får flere anfall. Da har vi et godt verktøy for å kunne optimalisere hodepinebehandlingen.

Til slutt

Husk at en og samme pasient ofte har flere hodepiner. Opplæring gir god mestring. Behandlingen bør skreddersys til hvert enkelt anfall og pasient. Lykke til!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

