



Nationalt Videnscenter
for Hovedpine

Hovedpine 1·2·3

Diagnose, behandling & forebyggelse



Hovedpine 1·2·3

© Nationalt Videnscenter for Hovedpine, 2024
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Nationalt Videnscenter for Hovedpine
Rigshospitalet - Glostrup
Valdemar Hansens Vej 2
2600 Glostrup

www.videnomhovedpine.dk

Version: 2.2

Udgivet af Nationalt Videnscenter for Hovedpine
Maj 2024



Indhold

Om Hovedpine 1·2·3	4
Introduktion	5
1. Diagnose	6
2. Anfaldsbehandling	6
3. Forebyggelse	7
Migræne	8
Spændingshovedpine	10
Medicinoverforbrugshovedpine	12
Klyngehovedpine	14
Trigeminusneuralgi	16
Posttraumatisk hovedpine	18

Om Hovedpine 1·2·3

Hovedpine 1·2·3 er udarbejdet af Nationalt Videnscenter for Hovedpine i samråd med fageksperter. Materialet er baseret på behandlingsvejledninger fra Dansk Hovedpinecenter, Dansk Hovedpineselskab og Dansk Neurologisk Selskab.

Formålet med Hovedpine 1·2·3 er at give et enkelt overblik over de mest almindelige hovedpinesygdomme samt sjældnere diagnoser, der er relevante i forhold til differentialdiagnostik. For hver enkelt hovedpinesygdom er der en beskrivelse af den kliniske præsentation samt en oversigt over behandlingsmuligheder.

Folderen er et redskab, der skal bruges til at understøtte diagnostik og behandling. Det er derfor ikke en udtømmende gennemgang, og fritager ikke behandlende læge for individuelt ansvar for at træffe korrekte beslutninger vedrørende den individuelle patient.

Redaktion

MESSOUD ASHINA

Professor, overlæge, ph.d., dr. med.
Dansk Hovedpinecenter

THIEN PHU DO

Læge
Dansk Hovedpinecenter

LARS BENDTSEN

Lektor, ledende overlæge, ph.d., dr. med.
Dansk Hovedpinecenter

CASPER CHRISTENSEN

Læge, ph.d.
Dansk Hovedpineselskab

ROAR MAAGAARD

Lektor, læge
Skødstrup Lægepraksis og Aarhus Universitet

JAKOB MØLLER HANSEN

Læge, ph.d.
Danske Nerve lægers Organisation

MIKALA DØMGAARD

Projektkoordinator
Nationalt Videnscenter for Hovedpine

SIMON STEFANSEN

Teamleder
Nationalt Videnscenter for Hovedpine

Introduktion

Hovedpine er den hyppigste neurologiske problemstilling. Knap en ud af fem danskere er påvirket af hyppig tilbagevendende hovedpine, oftest spændingshovedpine eller migræne.

Hovedpinesygdomme omfatter sygdomme med smerter i hovedet og/eller ansigtet. Differentiering mellem sygdommene og korrekt diagnostik er altafgørende for effektiv behandling af hovedpine, da der er tale om forskellige sygdomme med forskellige underliggende sygdomsmekanismer og anbefalinger for udredning og behandling.

Hovedpinesygdomme præsenterer sig typisk anfaldsvist med smertefulde episoder med forskellige ledsagesymptomer. Kroniske former for hovedpinesygdomme kan præsentere sig med så hyppige anfald, at der enten ikke er smertefri perioder, eller at der opleves en konstant baggrundshovedpine med anfaldsvise forværringer.

Behandlingen af hovedpinesygdomme opdeles i to kategorier:

- Anfaldsbehandling, som sigter mod at afkorte de enkelte smerteanfald
- Forebyggende behandling, som benyttes med faste intervaller til at reducere antallet af dage med smerter

Hovedpinesygdomme kan ikke kureres, men ofte behandles effektivt og føre til bedre funktionsevne og livskvalitet.



1. Diagnose

Sygehistorien er altafgørende for udredning af hovedpine. Objektiv undersøgelse er oftest uden fund. Yderligere undersøgelser er kun lejlighedsvis påkrævet for at bekræfte eller afvise mistanke om en underliggende sekundær årsag til hovedpinen (eksempelvis lumbalpunktur eller blodprøver).

Da man kan have flere hovedpinesygdomme samtidigt, bør det først afklares, om der er tale om én eller flere problemstillinger. En dækkende sygehistorie bør omfatte følgende:

- Alder ved debut af hovedpinen
- Varigheden af hovedpineanfald (uden behandling)
- Hyppighed af hovedpineanfald
- Smertekarakteristika (eksempelvis lokalisation, karakter, intensitet, forværende faktorer, lindrende faktorer)
- Ledsagesymptomer (eksempelvis lysfølsomhed, lydfølsomhed, kvalme, opkast, rastløshed, tåreflåd, næseflåd, hængende øjenlåg)
- Neurologiske udfald (eksempelvis forbigående og vandrende synsforstyrrelser)
- Eventuel disposition

Diagnostisk hovedpinedagbog muliggør anvendelse af diagnostiske kriterier (ICHD-3).

Hovedpinekalender anvendes til opfølgning på behandling.

2. Anfaldsbehandling

Da forskellige typer hovedpine har forskellige årsager og mekanismer er behandlingen af dem også forskellig.

Ved opstart af anfaldsbehandling bør hovedpinedagbog eller -kalender anvendes for at vurdere effekten.

Hvis man har mange dage med hovedpine og dermed mange dage med smertestillende behandling, er det vigtigt at være opmærksom på risikoen for udvikling af medicinoverforbrugshovedpine.

3. Forebyggelse

Der findes effektive forebyggende behandlingsmuligheder for flere hovedpinetyper, men der er ofte bivirkninger forbundet hermed. Det er derfor vigtigt følge op på effekten af igangsat behandling og eventuelle bivirkninger.

Forebyggende behandling vil typisk opstartes, hvis patienten har en nedsat livskvalitet på trods af optimeret anfaldsbehandling.

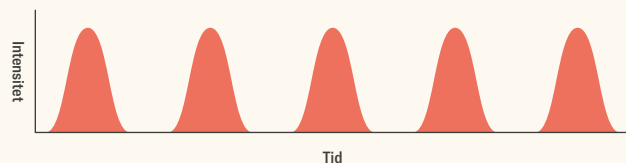
Forebyggende behandling skal afprøves korrekt i forhold til både dosis og behandlingsvarighed inden evaluering. Hovedpinekalenderen bør anvendes for at vurdere effekten af behandling og medicinforbrug.

Der er generelt sparsom evidens for effekten af ikke-medicinsk forebyggelse på de fleste hovedpinetyper. Der er faglig konsensus om, at manuel ledmobiliserende behandling og smerte- og stresshåndtering kan fungere som supplement til medicinsk forebyggende behandling af migræne og spændingshovedpine.



Migræne (med eller uden aura)

TYPISK SMERTEMØNSTER



1. Diagnose

- A. Mindst 5 anfald der opfylder B-D
- B. Hovedpineanfald, der varer 4-72 timer (uden behandling eller uden effektiv behandling)
- C. Hovedpinen har mindst to af følgende karakteristika:
 - 1. Ensidig
 - 2. Pulserende/dunkende
 - 3. Moderat eller svær intensitet
 - 4. Forværring ved fysisk aktivitet, f.eks. at gå op ad trapper
- D. Under hovedpineanfald, mindst ét af følgende:
 - 1. Kvalme og/eller opkast
 - 2. Lys- og lydoverfølsomhed

Vær opmærksom på at migrænehovedpine ikke nødvendigvis behøver at være ensidig, men kan være dobbeltsidig eller skifte side.

Hver tredje vil lejlighedsvist opleve migræneaura i forbindelse med deres anfald. Migræneaura vil i næsten alle tilfælde opleves som forbigående synsforstyrrelser. Andre symptomer såsom føleforstyrrelser er mindre hyppige.

Kronisk migræne defineres ved ≥ 15 hovedpinedage om måneden, hvoraf ≥ 8 er migrænedage.

2. Anfaldsbehandling

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Ibuprofen, paracetamol eller kombinationspræparat (f.eks. acetylsalicylsyre med koffein)
2. valg: Triptan (f.eks. sumatriptan, eletriptan, rizatriptan, zolmitriptan)
3. valg: Gepant (rimegepant)

Anfaldsmedicin bør indtages tidligt i migræneanfaldet, mens hovedpinen stadig er mild. Ved migræne med aura indtages triptaner først, når hovedpinefasen indtræder.

Anfaldsbehandling skal afprøves på tre på hinanden følgende anfald før evaluering.

Tre forskellige typer triptaner skal afprøves, før man går videre til 3. valg. Anvend eventuelt '3x3 Triptan' hertil.

Ved kvalme/opkast kan prokinetiske kvalmestillende medicin anvendes, såsom domperidon eller metoclopramid.

Opioider bør ikke anvendes til behandling af migræne.

3. Forebyggelse

Forebyggende behandling bør overvejes til patienter, hvor livskvaliteten fortsat er negativt påvirket trods optimeret anfaldsbehandling.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Candesartan
2. valg: Metoprolol eller propranolol
3. valg: Gepant (rimegepant eller atogepant)

Målet for forebyggende behandling er en betydende reduktion i migrænen ($\geq 30\%$ i hyppighed og/eller intensitet) uden generende bivirkninger.

Forebyggende behandling bør forsøges i minimum 2-3 måneder på fuld dosis, før det endeligt kan vurderes, om der er effekt (medmindre den ikke tolereres pga. bivirkninger).

Ved manglende effekt af et antihypertensivum (candesartan, metoprolol eller propranolol) og et antiepileptikum (topiramal)* kan patienter med kronisk migræne særskilt tilbydes behandling med monoklonale antistoffer mod CGRP eller botulinum type A toxin eller hos en specialist.

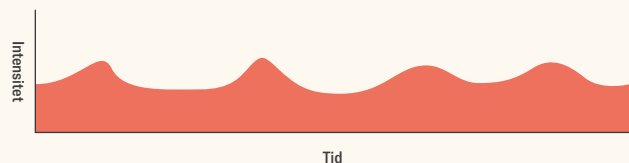
NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

En række non-farmakologiske tilbud kan anvendes enten som tillægsbehandling, eller hvis farmakologisk behandling er kontraindiceret, om end evidensen er sparsom.

* topiramal kan ikke bruges til kvinder i den fødedygtige alder

Spændingshovedpine

TYPISK SMERTEMØNSTER



1. Diagnose

- A. Hovedpine varende 30 minutter til 7 dage
- B. Hovedpinen har mindst to af følgende karakteristika
 - Dobbeltsidig
 - Trykkende/strammende (ikke pulserende)
 - Mild til moderat intensitet
 - Ingen forværring ved fysisk aktivitet, f.eks. at gå på trapper
- C. Begge følgende:
 - Ingen kvalme eller opkastning
 - Højest et af følgende: lyd- eller lysfølsomhed

Ved episodisk spændingshovedpine (sporadisk eller hyppig) har man

- Mellem 1-14 dage om måneden med hovedpine

Ved kronisk spændingshovedpine har man

- 15 eller flere dage om måneden med hovedpine eller konstant hovedpine
- Højest et af følgende: lyd- eller lysfølsomhed eller mild kvalme
- Ikke moderat eller svær kvalme eller opkast i forbindelse med anfald

Spændingshovedpine er den hyppigst forekommende hovedpinetype, og næsten alle vil i løbet af deres liv opleve et anfald.

2. Anfaldsbehandling

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Ibuprofen, naproxen eller paracetamol
2. valg: Kombinationspræparater (acetylsalicylsyre med koffein)

Ved kronisk spændingshovedpine har almindelige smertestillende sjældent effekt, så forebyggende behandling bør overvejes.

Opioider bør ikke anvendes til behandling af spændingshovedpine.

3. Forebyggelse

Forebyggende behandling bør overvejes hos patienter med hyppig episodisk eller kronisk spændingshovedpine.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Amitriptylin
2. valg: Mirtazapin
3. valg: Venlafaxin

Effekten af disse præparater er uafhængig af eventuel komorbid depression.

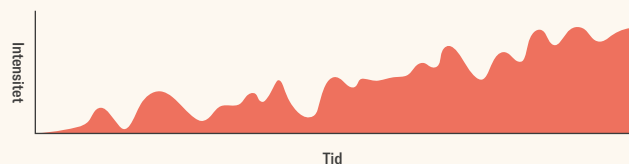
Forebyggende behandling bør forsøges i minimum 2-3 måneder på fuld dosis før det endeligt kan vurderes, om der er effekt (medmindre den ikke tolereres pga. bivirkninger).

NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Man bør identificere og begrænse udløsende faktorer såsom stress, muskelspændinger, uhensigtsmæssige arbejdsstillinger og manglende søvn. Der er beskedent evidens for brug af fysioterapi, adfærdsterapi samt stress- og smertehåndtering.

Medicinoverforbrugs- hovedpine

TYPISK SMERTEMØNSTER



1. Diagnose

- A. Hovedpine 15 dage eller mere om måneden hos en patient med en i forvejen eksisterende hovedpine
- B. Regelmæssigt overforbrug i mere end 3 måneder af et eller flere af følgende
 - Simple analgetika i 15 dage eller mere om måneden
 - Triptaner, ergotaminer, opioider eller smertestillende kombinationsanalgetika i 10 dage eller mere om måneden
 - Vilkaerlig kombination af ovenstaende praeparater i 10 dage eller mere om maaneden

Medicinoverforbrugshovedpine (MOH) er en hovedpinetilstand med gradvist tiltagende hovedpine over flere uger til en kronisk hovedpinetilstand (hovedpine 15 dage eller mere om maaneden). Patienterne har ofte en mangeaarig hovedpineproblematik, som er blevet gradvist forvaerret over maanedes til ar.

MOH er en komplikation til en eksisterende hovedpinelidelse, oftest migræne eller spaendingshovedpine. Patienter med migræne estimeres at udgøre 2/3 af alle tilfaelde med MOH.

Naar man har MOH, vil man opleve aftagende eller utilstraekkelig effekt af smertestillende eller forebyggende medicin.

2. Anfaldsbehandling

MEDICINSANERING

MOH behandles effektivt med medicinsanering.

Det er mere effektivt at seponere den udløsende medicin end at forsøge gradvist nedtrapning (undtagen for opioider).

Medicinsanering ledsages oftest af forbigående forværring i hovedpine. Derefter oplever man en bedring af hovedpinen over uger til måneder med færre dage med hovedpine, mindre smerte ved hovedpine og bedre effekt af smertestillende medicin.

Det kan være nødvendigt med sygemelding de første 2-3 uger af medicinsaneringen, hvor man kan opleve tiltagende hovedpine.

STØTTEMEDICIN

Det kan være nødvendigt med støttemedicin de første 1-3 uger (sløvende og/eller kvalmestillende medicin) for at udholde tiltagende hovedpine.

Sløvende medicin:

- Promethazin eller chlorprothixen

Kvalmestillende medicin:

- Metoclopramid eller domperidon

3. Forebyggelse

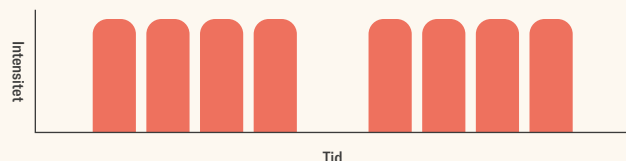
Det er vigtigt, at man løbende er opmærksom på, at medicinforbrug holder sig indenfor det maksimale antal dage med medicin per måned.

Mere end hver anden med kronisk hovedpine tager smertestillende medicin for ofte. Det anbefales at bruge en hovedpinekalender for at dokumentere effekt og indtag af smertestillende medicin.

Forebyggende behandling af den underliggende hovedpinesygdom (typisk migræne eller spaendingshovedpine) bør som hovedregel startes samtidigt med medicinsanering.

Klyngehovedpine (Hortons hovedpine)

TYPISK SMERTEMØNSTER



1. Diagnose

- A. Mindst 5 anfald der opfylder kriterierne B-D
- B.
 - Voldsom, brændende og borende smerte
 - Smerten sidder typisk omkring/bagved det ene øje
 - Anfald varer 15 minutter til 3 timer
- C. Mindst et af følgende symptomer i samme side som smerten
 - Tåreflåd og/eller øjenrødme
 - Næsetilstopning og/eller næseflåd
 - Hængende øjenlåg og/eller pupilsammentrækning
 - Pande- og ansigtssved
 - Øjenlågsødem (hævede øjenomgivelser)
- D. Optræder med en hyppighed mellem et anfald hver anden dag og 8 anfald i døgnet

Anfaldene kommer i klynger af typisk 4 til 12 ugers varighed. Imellem klyngerne er der symptomfri perioder af meget varierende længde (fra uger til flere år).

Der skelnes mellem episodisk og kronisk klyngehovedpine alt efter varigheden af anfaldsfri perioder imellem klyngerne.

Klyngehovedpine rammer oftere mænd end kvinder, men sygdommen ses også hos kvinder.

Behandling af klyngehovedpine er generelt en specialisopgave. Overvej derfor henvisning til praktiserende neurolog eller neurologisk afdeling.

2. Anfaldsbehandling

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Inhalationsbehandling med ilt
2. valg: Triptaner (som hovedregel injektion eller næsespray)

Inhalation af ren (100%) ilt med Hortonmaske (ikke genåndingsmaske). Ilt kan leveres af privat firma efter ordination fra neurolog.

Triptan til behandling af klyngehovedpine bør indgives ved injektion i underhuden, der virker efter ca. 15 min. Næsespray kan være effektivt, men virker generelt langsommere end injektion. Det er vigtigt at bruge næsesprayen i det modsatte næsebor i forhold til smerten. Tabletbehandling virker oftest for langsomt og benyttes generelt ikke til klyngehovedpine.

Vær opmærksom på risiko for medicinoverforbrugshovedpine ved behandling med triptaner ved klyngehovedpine.

3. Forebyggelse

Forebyggelse bør opstartes hurtigst muligt ved hver ny klynge.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Verapamil

Binyrebarkhormon kan anvendes i korte kure (f.eks. 5 dage med følgende nedtrapning) indtil effekten af andre forebyggende midler indtræffer.

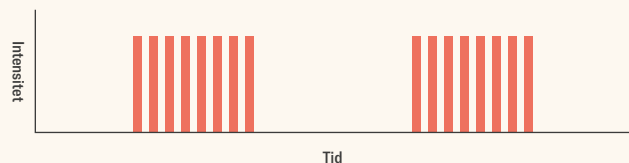
En GON-blokade, dvs. en injektion med kombination af glukokortikoid og lidokain ved n. occipitalis major, kan også benyttes forebyggende. Dette regnes for en specialisopgave.

NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Der er ingen evidens for non-farmakologisk behandling af klyngehovedpine.

Trigeminusneuralgi

TYPISK SMERTEMØNSTER



1. Diagnose

- A. Tilbagevendende voldsomme jag i en eller flere af trigeminusnervens grene, som opfylder B og C
- B. Jagene kan vare fra en brøkdel af et sekund op til 2 minutter. Smerten har svær intensitet og elektrisk, stød-lignende, jagende eller stikkende kvalitet
- C. Anfald udløses af ikke-smertefulde sensoriske stimuli i det berørte område (f.eks. tygning, blæst i ansigtet, tandbørstning mv.)

Smertejagene er typisk lokaliseret i de områder i ansigtet, der er forsynet af 2. eller 3. gren af trigeminusnerven.

Behandling af trigeminusneuralgi er en specialistopgave. Der skal iværksættes forebyggende behandling, og patienten skal henvises til speciallæge.

2. Anfaldsbehandling

Der findes ingen effektiv anfaldsbehandling. I meget svære tilfælde tilbydes indlæggelse til loading med fenytoin.

Smertestillende medicin inklusive opioider har ringe effekt mod akutte anfald.

3. Forebyggelse

Alle patienter, der diagnosticeres med trigeminusneuralgi, bør tilbydes forebyggende behandling i form af antiepileptika.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

1. valg: Carbamazepin eller oxcarbazepin
2. valg: Gabapentin, pregabalin eller lamotrigin

Ved suboptimal effekt af 1. valgs præparater kan 2. valgspræparater tillægges den højest tolererede dosis - eller overvejes som monoterapi.

KIRURGISK BEHANDLING

Ved utilfredsstillende medicinsk forebyggelse (ca. 30% af patienter) kan kirurgisk intervention overvejes:

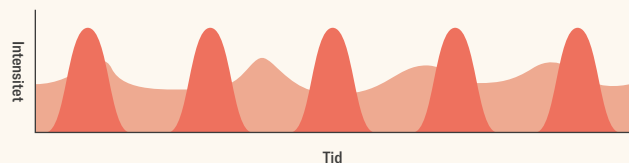
- Mikrovaskulær dekompression anvendes til patienter, hvor der er fundet kontakt med et blodkar og trigeminusnerven.
- Læsionsbehandling bruges hos patienter, der ikke er kandidater til mikrovaskulær dekompression.

NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Der er begrænset evidens for brugen af non-farmakologisk behandling af trigeminusneuralgi.

Posttraumatisk hovedpine

TYPISK SMERTEMØNSTER



1. Diagnose

- A. Enhver ny hovedpinetype, eller en forværring af kendt hovedpine, der opfylder nedenstående
- B. Et hovedtraume er forekommet forud for hovedpinen (slag, fald, stik (penetrationstraume), eksplosion etc. er alle inkluderede)
- C. Hovedpinen opstår inden for 7 dage efter traumet
Hovedpinen kan ligeledes opstå inden for 7 dage efter genvunden bevidsthed efter traumet eller ophør med medicin, der sløver opfattelsen af smerte eller bevidsthed efter traumet.
- D. Hovedpinen klassificeres enten som akut (under 3 måneders varighed) eller persisterende/kronisk (over 3 måneders varighed)

I den akutte fase tages der stilling til behov for CT- eller MR-scanning af hjernen.

Ud over hovedpine er der hyppigt koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, træthed, overfølsomhed for lys og lyde, synsforstyrrelser, svimmelhed og irritabilitet.

Behandlingen af posttraumatisk hovedpine beror på, hvilken primær hovedpinetype hovedpinen ligner mest. Langt de fleste med posttraumatisk hovedpine har en fænotype, der minder om migræne og/eller spændingshovedpine.

2. Anfaldsbehandling

Evidensgrundlaget for behandling af posttraumatisk hovedpine er sparsomt.

Ekspertkonsensus baserer behandlingen på den enkelte patients fænotype. I de fleste tilfælde vil behandlingen altså være som ved migræne eller spændingshovedpine.

Akut behandling bør forsøges til mindst 3 hovedpineanfald, før man går videre til et alternativt præparat. Ved hovedpine 8 dage om måneden eller mere, anbefales forsøg med forebyggende behandling.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Migræne-lignende:

1. valg: Ibuprofen, paracetamol eller kombinationspræparat (f.eks. acetylsalicylsyre med koffein)
2. valg: Triptan (f.eks. sumatriptan, eletriptan, rizatriptan, zolmitriptan)

Spændingshovedpine-lignende:

1. valg: Ibuprofen, naproxen eller paracetamol
2. valg: Kombinationspræparater (acetylsalicylsyre eller paracetamol med koffein)

3. Forebyggelse

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Migræne-lignende:

1. valg: Candesartan
2. valg: Metoprolol eller propranolol
3. valg: Topiramet

Spændingshovedpine-lignende:

1. valg: Amitriptylin
2. valg: Mirtazapin

NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Der findes meget begrænset viden herom, og det vil formentlig afhænge af, hvordan hovedpinen manifesterer sig. Nogle patienter kan have gavn af fysioterapi med fokus på ergonomisk arbejdsstilling og holdning samt fysisk træning og af psykologisk behandling med smerte- og stresshåndteringsforløb.

FIND WEBVERSION OG BESTIL FLERE EKSEMPLARER

