

• Nr. 1 • februar 2019

MigræneNyt



HELP!

- **Temanummer om Medicin-Overforbrugs-Hovedpine – Læger, sygeplejerske og patienter fortæller**
- **Nyt fra forskningen**
- **Migræne danmark i udvikling**

Migræne danmark
så får du ærlig information

Ny redaktør og ny linje for MigræneNyt

Migræne danmark er i en rivende udvikling i forhold til aktiviteter, strategiarbejde og kommunikation. 2018 har allerede budt på en flot ny hjemmeside, og nu er vi gået i gang med at videreudvikle vores medlemsblad. Medlemsbladet har i mange år været Migræne danmarks anker, og det skal det blive ved med at være.

Anne Bülow-Olsen, vores tidligere redaktør, har imidlertid ønsket at gå ned i tid. Derfor er jeg blevet ny redaktør, som i tæt samarbejde med Anne vil videreudvikle bladet. Anne Bülow-Olsen og jeg kommer fra forskellige professionelle baggrunde, men vi supplerer hinanden rigtig godt. Jeg er også forskeruddannet, men jeg er en samfundsfaglig en af slagsen. Derfor kan jeg ikke skrive de mere naturvidenskabelige artikler, som Anne BO excellerer i. Til gengæld kan jeg skrive mere almene artikler, samt om emner indenfor psykologi og det samfundsfaglige felt.

Vi har i samarbejde med bestyrelsen besluttet, at vi fra nu af vil lave temanumre, som fylder ca. halvdelen (muligvis lidt mere) af bladet, hvor resten af bladet fortsat vil være alment nyt fra forskningen og andre emner. Vi vil lægge endnu større vægt på input fra studerende, forskere og læger, ligesom vi ønsker at sætte mere 'ansigt' på os patienter. Vi vil derfor inddrage patienthistorier. Det er vigtigt at dele de personlige fortællinger, fordi de viser, hvordan de mere almene temaer påvirker os som individer. I vil derfor også i dette blad kunne læse tre personlige beretninger om, hvordan en mand og to kvinder har oplevet en medicinsanering (også kaldet afgangning).

Temaet for dette blad er MedicinOverforbrugsHovedpine (MOH), og fremadrettet kommer der flere emner. I de kommende blade forestiller vi os for eksempel 'Hvordan (over)lever man med meget migræne', 'Migræne og kost' og 'Migræne og behandlingsmuligheder'.

Men intet er skrevet i sten. Vi hører meget gerne fra jer om, hvad I kunne tænke jer at læse om – og vi modtager også meget gerne jeres personlige historier. Vi glæder os rigtig meget til arbejdet.

Rigtig god fornøjelse!

Gode hilsner

Anne Egelund
sociolog, ph.d., næstformand og ny redaktør på
MigræneNyt
naestformand@migraeniker.dk



Forsidebillede: Med mange migrænedage kan det opleves, som om migrænen og medicinen totalt dominerer ens liv.

Foto: Dreamstime

Migræne danmark
Sirgræsvej 16
4660 St. Heddinge
Telefon 7022 0131
info@migraeniker.dk
www.migraeniker.dk



MigræneNyt sendes til Migræne danmarks medlemmer 4 gange om året.

Bladet kan købes i løssalg ved henvendelse til Migræne danmark (kasserer@migraeniker.dk).

Personligt medlemskab, biblioteker og institutioner: 225 kr.
Unge under 25 år og pensionister: 110 kr.
Familiemedlemskab (alle på adressen): 330 kr.

Kontingentet dækker kalenderåret.

Tilmelding til Migræne danmarks nyhedsmails sker på hjemmesiden.

Redaktør: Anne Egelund
migraeneyt@migraeniker.dk

Kontingent opkræves via PBS. Betaling via bankoverførsel eller giro er også muligt efter aftale med kassereren kasserer@migraeniker.dk

Migræne danmarks bestyrelse:
Formand Kresten Søe
Næstformand Anne Egelund
Kasserer Keld Köcher
Sekretær Marina Rubini Rordam
Bestyrelsesmedlem Dorrit Bjerregaard

Oplag: 500 stk.

Layout: MECATUM
Tryk: DegnGrafisk A/S

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

LEDER	2	Ny redaktør og ny linje for MigræneNyt
ANDET	4	Formandens beretning
	5	Invitation til generalforsamling
MOH	5	TEMA: Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)
	6	Hvad er MOH?
MIGRÆNE	8	Smerte avler mere smerte
MOH	9	Hvordan behandles MOH internationalt?
MIGRÆNE	11	Migræne påvirker vores udtale
	11	Mindfulness kan dæmpe frygten for migrænen
MOH	12	Gittes historie
	13	Behandling for MOH på Dansk HovedpineCenter
MIGRÆNE	14	Forvokset lille muskel i nakken og kronisk migræne
MOH	15	Ny forskning: MOH og medicinsanering
MIGRÆNE	15	Kronisk migræne hos unge kvinder øger risikoen for blodpropper
MOH	16	Krestens historie
	17	Ny Forskning: Personlighedstræk og medicinoverforbrugshovedpine
	18	6 skarpe til lægerne på Hovedpinecenteret
	19	Kirstens historie
	20	Hvad så med dem, som med åbne øjne tager for meget medicin pga. kronisk migræne?
	21	Hvad siger brugerne på facebook om effekten af en medicinsanering?
MIGRÆNE	21	Et godt job hjælper!
	22	Hvad øger risikoen for at få kronisk migræne?
	23	Kommende arrangementer
BAGSIDEN	24	Hvordan påvirker din migræne dig?

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.

Formandens beretning

andet

Af *Kresten Sæe, formand*

2018 blev et travlt år i aktiviteterne tegn. Nye skibe blev sat på beddingen og foregående års projekter sat i søen med håb om lykkebringende sejlads. Samtidigt var der travlt i tegnestuen med skitsering af fremtidige projekter.

En af Migræne danmarks hjørnesteene – hjemmesiden – blev lanceret i en helt ny skikkelse i efteråret. Et projekt, der har været længe undervejs, bl.a. fordi vi ønskede at bryde med det traditionelle layout på området. Der har været lagt mange resurser og stor energi i opdatering af artikler, nyttilskrivning af viden og udlugning af ældre uaktuelt stof. Et særligt punkt, som har haft opmærksomhed, er atmosfæren. Illustrationerne er med stor omhu valgt i stemningsfulde farver i naturscenerier med henblik på en rolig migrænikervenlig atmosfære. Hjemmesiden har da også efter færdiggørelsen indhentet rosende kommentarer både for sin overskuelige systematik og sit brud med det traditionelle patientforeningslayout.

Migræne danmarks facebookgruppe har været flittigt benyttet til bl.a. information og erfaringsudveksling

blandt et støt stigende antal brugere. Hertil er der i 2018 også været afviklet flere spændende arrangementer til glæde for medlemmer og pårørende. Eksempelvis et foredrag med migræneforskeren Messoud Ashina d. 22. marts, Rådhusbuen 1, Roskilde, smertelæge Tina Horsted om behandling med medicinsk cannabis d. 22. april, KFUK, Store Kannikestræde 19, København, mens Lotte Skytte Krøll fra første kuld af den nye Masteruddannelse, som foreningen har støttet, d. 26. oktober i DOKK1 i Aarhus har holdt et arrangement om sammenhængen mellem motion, migræne og livsglæde.

På den eksterne front blev 2018 også året, hvor Nationalt Videnscenter for Hovedpine blev en realitet. Vi glæder os til videre samarbejde og stiller med 2 repræsentanter i udvalget her. Hertil kommer yderligere spændende Migræne danmark indflydelse i form af en patientrepræsentant i fællesskab med Hovedpineforeningen i til Medicinrådets fagudvalg for migræne.

Et kikk på beddingen med egne igangværende skibe viser et 2018 med Migræne danmark i rivende udvikling. Det første resultat står du lige nu med i hånden, idet Migræne Nyt med dette nummer er sat i søen med en ny redaktør. Anne Egelund vil stå for en ny mere almen linje, som er tilnærmet migrænikerens dagligdag i form af f.eks. patientberetninger, temanumre og medlemsoplevelser med migrænenes mange ansigter.

Andre nye næsten sejlklare skibe, som i 2018 har været under konstruktion, står foran søsætning først i det nye år. Det drejer sig om initiativer til udvikling af medlemstallet, dels i form af fremstød via facebookgruppen, dels via et spændende initiativ med markedsføring via Go-Cards postkort med opfordring til medlemskab.

Hvad vil det nye år – 2019 – ellers bringe? På markedet venter vi spændt på de første



erfaringer med rækkevidden af den nye CGRP-medicin. Men aktiviteten på Migræne danmarks egen tegnestue bliver også høj. Første bestyrelsesmøde har således et oplæg for en ny foreningsstrategi på dagsordenen. Her skal der tages stilling til foreningens vej og prioriteter i nærmeste fremtid og de kommende år.

I efteråret blev samarbejdet med andre patientforeninger udbygget via et samarbejde med Hovedpineforeningen på arrangementsområdet. Her blev det til to fælles arrangementer Lotte Skytte Krøll 26. oktober (allerede omtalt) og osteopat Tommy Hedlund d. 15. november. Huset Trøjborg, Kirkegårdsvej 53, Aarhus. Et initiativ, som allerede er yderligere udbygget her i foråret. Der er god vilje til stede fra begge sider, og det er mit håb at samarbejdet her kan yderligere intensiveres frem mod en samlet, mere slagkraftig foreningskonstruktion.

2019 bliver et nyt år med spændende udfordringer. Udviklingen byder på nye opgaver, som kræver resurser. Mød derfor op til generalforsamlingen 4. april i København. Stil dine holdninger i spil og også gerne din person til rådighed som frivillig i det spændende arbejde. Vi savner både frivillige og bestyrelsesmedlemmer til opgaverne i den kommende tid. Dagsordenen vil i god tid kunne ses på hjemmesiden senest 14 dage før generalforsamlingen.



Vær med til at beslutte, hvilken vej Migræne danmark skal gå.

Kom til generalforsamlingen d. 4. april i København.

Dagsordenen lægges på hjemmesiden www.migraeniker.dk 14 dage før generalforsamlingen.

Invitation til generalforsamling

Årets generalforsamling finder sted kl. 19 d. 4. april 2019 på Admiral Geddes Gaard, Holberg salen, Store Kannikestræde 10 A, København.

Arrangementet indledes kl. 19 med foredrag af lederen for Nationalt Videnscenter for Hovedpine Jakob Møller Hansen, som fortæller om ny forskning og behandlingsmuligheder.

Efter foredraget starter generalforsamlingen. Alle medlemmer opfordres til at deltage, så I kan følge med i arbejdet og evt. bidrage.

Migræne danmark giver rejsegodtgørelse til togbillet fra Jylland/Fyn/ørerne for medlemmer.

Dagsorden vil være at finde på hjemmesiden senest 2 uger før generalforsamlingen. Forslag skal være bestyrelsen i hænde senest 3 uger før generalforsamlingen.

Tilmelding senest 28. marts på koebenhavn@migraeniker.dk.

TEMA: Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)

moh

Af Anne Egelund, næstformand i Migræne danmark

Du har måske hørt om MOH – Medicin-Overforbrugs-Hovedpine. Mange af de hårdest ramte migrænikere enten frygter den eller har den måske. Men hvad er det der sker i hjernen? Hvad kan man gøre ved det? Hvad ved lægerne med sikkerhed, og hvad er det de antager om migræne, smerter og MOH?

I dette temanummer har Migræne danmark sat sig for at give dig det bedst mulige indblik i emnet. Vi har derfor besøgt lægerne og sygeplejerskerne på Hovedpinecenteret i Glostrup og på Nationalt Videnscenter for

Hovedpine. Vi har også besøgt den afdeling på Glostrup Hospital, hvor nogle vælger at lade sig indlægge for at medicinsanere (tidligere kaldet afgiftning). Vi har interviewet Jakob Møller Hansen, leder af National Center for Hovedpine, Louise Ninett Carlsen, læge og ph.d.-studerende, samt sygeplejerske Annette Vangaa Rasmussen.

Vi har inviteret tre migrænikere til at fortælle om deres erfaringer med MOH og medicinsanering. Endelig har vi inviteret Louise Schlosser, sygeplejerske og ph.d. til at opsummere hendes forskning om MOH og personlighedstyper, ligesom ph.d.-studerende Louise Ninett Carlsen skriver om sin forskning i MOH og medicinsanering.

Tema-nummeret vil vise jer, at der er betydelige videnskabelige huller i behandlingen af migræne og MOH. Rigtig meget af behandlingen hviler på såkaldt 'klinisk erfaring', der betyder at lægerne er nødsaget til at træffe beslutninger pga af deres erfaringer med patienterne – men uden videnskabelig dokumentation. Det betyder på mange måder, at de er nødt til at arbejde ud fra en tese om, hvad 'det bedste bud' er lige nu.

Vi håber du får glæde af vores temanummer, og at du bliver bedre informeret, så du kan træffe de helt rigtige beslutninger for dig selv og din migræne.

Hvad er MOH?

moh

MOH er som nævnt medicinoverforbrugshovedpine. Udgangspunktet for diagnosen er, at man har taget mere medicin end det anbefalede

(mere end 9 triptandage på en måned, og/eller mere end 15 dage med almindeligt smertestillende om måneden over 3 måneder). Som oftest har de, som rammes af MOH, brugt både NSAID, paracetamol og triptaner til at behandle deres hovedsmerter.

Medicinoverforbrugshovedpine (MOH) er den tredje mest almindelige hovedpinesygdom, hvor migræne og spændingshovedpine er de mest hyppige primære hovedpinesygdomme. Det estimeres, at 63 millioner voksne lider af MOH på verdensplan – mens det estimeres, at tallet er 80.000-100.000 i Danmark.

Man ved ikke hvem, der særligt rammes af MOH ud fra hverken genetik, symptomer eller andet. Man ved dog at personer med 'lav socio-økonomisk status' især udvikler MOH, især hvis de i øvrigt lider af andre kroniske sygdomme. Som med så mange andre sygdomme er det typisk de lavt uddannede og de økonomisk mindre velstillede, som rammes hårdest. Dermed ikke sagt, at der ikke er højtuddannede eller økonomisk velstående, der udvikler MOH.

Ifølge Jakob Møller Hansen, leder af Videnscenter for hovedpine, antager man, at ca. 50% af dem, som har kronisk hovedpine, har MOH. Her er det altså vigtigt at notere sig, at selvom man har kronisk hovedpine, er det ikke sikkert, at det er pga. et overforbrug af medicin.

Teorien om MOH, smerter og nervesystemet

Louise Carlsen, læge og ph.d.-studerende med fokus på MOH forklarer:

'Migrænelægerne arbejder ud fra en teori om smerte som en naturlig beskyttelsesmekanisme. Hvis man skubber for meget til den naturlige mekanisme ved hjælp af for meget smertestillende medicin, begynder kroppen



at reagere modsat. Den forventer nu medicinen. Derfor mener man, at det er nødvendigt med en lang medicinpause for at komme tilbage til en normal smerteopfattelse.

Man mener også, at emotionel stress, angsten/forventningen/frygten for migrænen kan trigge migrænen. Derfor skal man lære at leve med smerterne.

Det er her værd at understrege, at det er en teori, som ikke videnskabeligt dokumenteret. Det er en antagelse om, hvordan man kan forstå migræne, smerte og overforbrug. Det er såkaldt 'klinisk erfaring', som underbygger teorien, dvs. det som lægerne erfaringsmæssigt mener at kunne konkludere på baggrund af deres kliniske praksis.

Teorien om MOH, smerter og nervesystemet

Vi migrænikere, der er hårdt ramt, kender alt til de maks. 9 triptandage om måneden, og vi kender alt til at skulle tælle dagene og forsøge med større eller mindre held at planlægge månedens aktiviteter efter, hvad vores hoveder byder os, og hvor mange migrænedage vi kan behandle os ud af. Derfor har mange også spurgt interesseret til, hvordan man egentlig er kommet frem til disse magiske 9 dage?

Det har vi spurgt hovedpinecenterets læger om.

Svaret er, at grænsen på de 9 dage med triptaner er en generel anbefaling for på den ene side at behandle migrænen og på den anden side undgå et overforbrug, som forværrer migrænen. Der er formodentlig lagt en vis sikkerhed ind med de 9 dage, men for nogle vil MOH kunne udløses af mindre end 9 dage om måneden over en periode. For andre ligger grænsen et helt andet sted, og kan altså være markant højere. Lægerne taler om et 'triggerpunkt' for, hvornår overforbruget indtræder, som altså for den individuelle patient kan ligge ret forskelligt. Det betyder altså, at Else måske kun kan klare 8 triptandage om måneden i gennemsnit over en periode, mens Mads kan klare 12 dage.

Det er da heller ikke alene overforbru-

get, som giver anledning til en anbefaling om medicinsanering. For langt de fleste, der søger hjælp til deres overforbrugshovedpine, **'fungerer deres liv simpelthen ikke'** fortæller læge og ph.d.-studerende Louise Carlsen. MOH-patienter har altså en væsentligt nedsat livskvalitet. Medicinen virker ikke længere ret godt, man har mistet kontrollen over sit forbrug, og migrænemønstret er 'mudret'. Det kan være, at man konstant har en lurende migræne, som man ikke havde tidligere, eller andre forandringer i hovedpinerne.

Der sker altså et skifte, hvor migrænen og/eller hovedpinen bliver hyppigere, men også hvor migrænen eller hovedpinen ændrer karakter. Meget væsentligt er også, at medicinen som regel ikke længere kan behandle migrænen effektivt, men kun tage toppen af smerterne. Ofte ses også symptomer på angst og depression, hvad ikke er ualmindeligt ved kroniske smerter i det hele taget. Det er faktisk også blevet vist, at patienter med MOH har en lavere smertetærskel sammenlignet med raske kontroller, og at smertetærsklen bliver normal henover året efter medicinsaneringen.

Mange migræneramte har på vores facebookgruppe spurgt ind til hvilken dokumentation, der egentlig findes for de 9 dage. Vi spurgte derfor interesserede forskere ind til hvilken forskning, der ligger til grund for anbefalingerne.

Faktisk er det begrænset, hvad der foreligger, men vi fik af Nationalt Videnscenter for Hovedpine tilsendt en amerikansk artikel fra 2012 af læge Stewart Tepper, som på baggrund af en gennemgang af en række publikationer bl.a. beskriver, at MOH forårsager strukturelle og funktionelle forandringer i hjernen, og at et forbrug af smertestillende medicin og triptaner mere end 10 dage om måneden øger risikoen for MOH. Tepper henviser til to artikler, hvoraf vi ikke kunne opstøve den ene (en ældre bog fra 1982, dvs. 10 år før triptanerne kom på markedet).

I forhold til den anden kilde ser det ikke ud til, at Tepper refererer korrekt. I kilden finder man 'kun' at de, som har mange migrænedage (evt. TM = transformed migræne, eller det vi nu

til dags kalder MOH), også er dem der tager flest triptaner. Det er ikke uventet, og er ikke dokumentation på, at det er triptanerne, som har givet de mange migrænedage. Faktisk står der direkte i artiklens opsummering (abstract), at opioider (morfin mv) og barbiturat (medicin til nervøse tilstande) og delvist NSAID er associeret med TM (altså MOH), men at triptaner ikke er associeret med MOH i det pågældende studie.

Her fra Migræne Danmark kan vi derfor ikke fremlægge håndfast dokumentation for vedtagelsen med præcis de 9 dage. Til gengæld skal dette dog ikke så tvivl om, at MOH eksisterer i hvert fald i forbindelse med et stort forbrug af smertestillende medicin. Som allerede nævnt sker overforbruget ofte i kombination med triptaner, ligesom mange også erfarer at triptanernes virkning nedsættes. Vi opfordrer derfor ikke til at bruge løs af triptaner.

Usikkerheden om, hvorvidt triptaner faktisk kan fremkalde MOH, gavner dog ikke migrænikerne. Migræne Danmark håber, at vi med denne gennemgang af publikationerne kan være med til at skabe opmærksomhed om, at vi tilsyneladende ikke har dokumentation på at et stort forbrug af triptaner giver MOH, eller om det i virkeligheden er de andre smertestillende præparater som udgør risikoen.

Behandlingen for MOH i Danmark

Der er lige nu kun én behandling for MOH i Danmark – og det er 8 uger uden medicin. Lægerne anbefaler medicinsanering for alle med et forbrug over det anbefalede af den enkelte grund, at **'det er svært at rydde op i et hus, der brænder'**, forklarer Jakob Møller Hansen.

Det er nemlig ikke altid indlysende for lægerne, om en patient med kronisk hovedpine har MOH, da det kun er ca. 50% af patienter med kronisk hovedpine som har MOH. Man anbefaler alligevel medicinpausen, fordi relativt mange har gavn af saneringen, men også fordi anden forebyggende behandling bliver svær, hvis en overforbrugshovedpine slører billedet eller forårsager en manglende effekt.

Det betyder så også, at følger vi lægernes anbefaling, skal mange af



os migrænikere med kronisk hovedpine/migræne igennem en frugtesløs medicinsanering – men lægerne har ikke andre værktøjer til at udelukke MOH-diagnosen. Det betyder altså, at lægerne først med sikkerhed kan sige, om du har haft MOH, når du har gennemgået en medicinsanering.

Af de patienter, som vælger at gennemgå en 8 ugers medicinsanering, har ca. 60-70% af danske patienter gavn af det ifølge hovedpinelægerne, siger Jakob Møller Hansen, mens resten af gruppen ikke har gavnlig virkning. Når man taler om god effekt, så er det at patienterne opnår en betydelig reduktion af antal migrænedage.

Der er 30-40% risiko for tilbagefald efter en medicinsanering indenfor et år. Her kunne man forestille sig, at det er mere eller mindre den gruppe, som ikke har gavn af afgiftningen, men det siger tallene ikke noget om.

8 uger uden medicin – hvorfor egentlig det?

Langt de fleste med MOH bruger både triptaner, NSAID (Ipren, Treo mv) og Panodil til at lindre deres smerter. Triptaner er relativt hurtigt ude af kroppen. Det tager ikke mere end 7-10 dage, før medicinresterne er helt væk, men ifølge de danske migrænelæger er det ikke nok, at triptanerne er ude af kroppen i forhold til at opnå en gavnlig effekt af en medicinpause – og det er fordi lægerne har en teori om at nervesystemet skal nulstilles.

De danske migrænelæger anbefaler 8 ugers medicinpause (medicinsanering) af triptaner OG smertestillende.

Den første måned er så 'afgiftningen' og den næste måned er der, hvor man kan begynde at se migrænenes 'naturlige' mønster.

Men hvad er det egentlig, der gør, at medicinpausen skal være 8 uger? Ifølge Louise Carlsen, så er det ikke videnskab, der dikterer, at det er 6, 8 eller 12 uger, men det er en beslutning, som er truffet af de danske migrænelæger på baggrund af deres kliniske erfaring. I Norge varer en sanering eksempelvis 12 uger, andre

steder mindre. Faktisk er det helt ned til 5 dage i Italien. Så det er meget forskelligt, hvad migrænelægerne anbefaler. I Danmark anbefaler man altså de 8 ugers pause.

Læs mere på de følgende sider om hvordan MOH behandles internationalt.

Kilder:

Tepper, S: Medication-Overuse headache, 2012;8(4):807-822, Review Article, Continuum Lifelong Learning

Neurology

Cevoli S, et al: Treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a pilot study, J Headache Pain. 2017; 18(1): 56.

Westergaard, M L et al: Prevalence of chronic headache with and without medication overuse: Associations with socioeconomic position and physical and mental health status, PAIN 155 (2014), p 2005-2013

AE

Smerte avler mere smerte

migræne

Jo flere steder i kroppen, man har smerter, og jo stærkere disse smerter er, jo større er risikoen også for at episodisk migræne udvikler sig til kronisk migræne (dvs. migræne mere end 15 dage om måneden).

En spørgeskemaundersøgelse med ca. 9.000 amerikanske migrænikere viste, at der i løbet af 3 måneder skete en del ændringer i, hvem der havde kronisk migræne. Af de 8.139 episodiske migrænikere ved undersøgelsens begyndelse, havde 3,4 % udviklet kronisk migræne i løbet af de 3 måneder. Det var især migrænikere, som havde andre smerter end hovedpine, som udviklede kronisk migræne. Specielt øgede smerter i nakken, ryggen og gigtsmerter risikoen for at migrænen blev kronisk.

Der viste sig desuden en tydelig tendens til, at jo stærkere de andre smerter end migræne eller hovedpine var, jo større var risikoen for at udvikle kronisk migræne.

Migrænikerne oplyste om de tog receptpligtig medicin (som i USA bl.a. omfatter triptaner, visse NSAID-

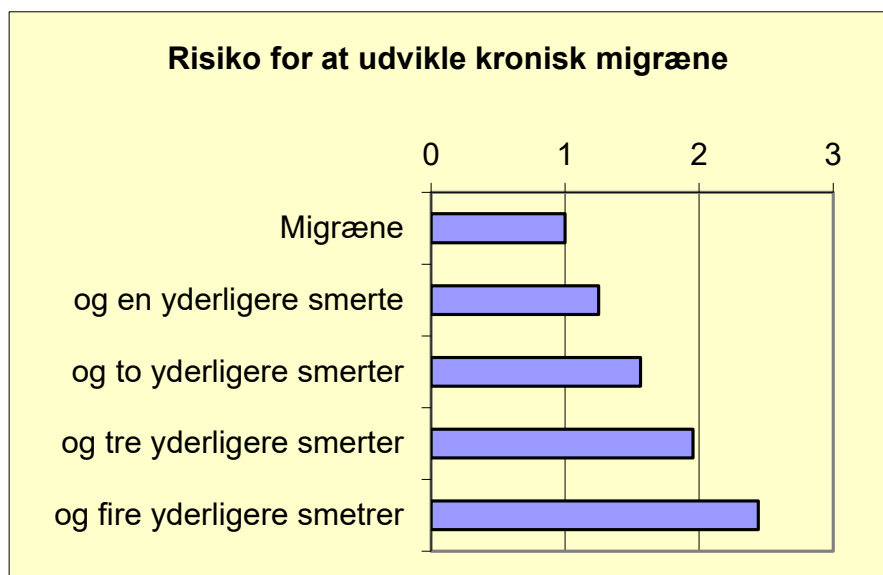
midler (f.eks. ibuprofen), opioider (f.eks. codein) og barbiturater. De svarede også på om de tog håndkøbsmedicin., f.eks. aspirin eller paracetamol. Der blev ikke påvist en effekt af hvilken medicin, migrænikerne tog.

Derimod var der en klar konklusion: For hver kronisk smerte, man har et andet sted end i hovedet, øgedes risikoen for at udvikle kronisk migræne med ca. 25%.

Forskerne peger på, at udviklingen fra episodisk til kronisk migræne

kan være genetisk bestemt. Nogle mennesker er mere disponerede for kronisk migræne, rent genetisk. Forskerne foreslår desuden, at migrænikere, som har andre smerter end migræne (f.eks. ondt i ryggen eller gigt) følges tæt af lægen, så der evt. kan sættes ind med forebyggende migrænemedicin.

A. I. Scher, D. C. Buse, et al., 2017. Comorbid pain and migraine chronicity The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes Study. Neurology 89, 461-468



Den publicerede udgave af resultaterne omtalte ikke noget specifikt om, hvor meget medicin migrænikerne tog, hverken for migrænen eller for de andre smerter. Der er derfor heller ikke nogen omtale af, om de kroniske migrænikere havde medicinoverforbrugshovedpine (MOH). Det er nærliggende, at mistænke, at nogle af dem, der udviklede kronisk migræne, faktisk havde MOH.

Under alle omstændigheder er der grund til at få en god snak med lægen om smertelindring, hvis man har migræne af og til, og også har en eller flere kroniske smerter andre steder end i hovedet.

ABO

Hvordan behandles MOH internationalt?

moh

Af Anne Bülow-Olsen,
Migræne danmarks patientrepræsentant

Det er der ikke helt enighed om! Det eneste som lægerne i Storbritannien, Tyskland, Holland, Schweiz, USA og Canada synes at være enige om, er, at man har det dårligt i 7-10 dage, hvis man stopper brat med at tage for mange triptaner, mens det tager længere tid, inden man får det nogenlunde godt, hvis man har haft et overforbrug af smertestillende medicin. Og jo – der er også enighed



Land	Forfatter	Abrupt ophør med medicin	Medicinfri periode	Forebyggende	Aflastningsmedicin
Schweiz*	Schweizerische Kopfwehrgesellschaft 2012	Ja	4 – 6 uger	Efter den medicinfrie periode	Ikke nævnt
Holland*	Federatie Medisch Sãcialisten, 2018	Ja	2 – 3 måneder	Efter den medicinfrie periode	Ikke hensigtsmæssigt at bruge andre smertestillende mediciner
Storbritannien	Migraine trust (en privat forening/fond)	Ja	?	?	GON-blokade, Ergotamin som intravenøst, Naproxen
USA	American Migraine Foundation (en privat forening)	Abrupt ophør eller nedtrapning efter lægens skøn	2 – 6 måneder	Maks 2 doser anfaldsmedicin om ugen	
Canada*	Canadian Headache Society 2012	Nej. Motiverer migrænikere med MOH til udtrapning	Gradvis nedtrapning	Botox og/eller Topiramaten i nedtrapningsperioden	
Tyskland*	Deutschen Migräne-und Kopfschmerzgesellschaft 2007	Ja	14 dage	Amitriptylin eller Valproat begyndes i den medicinfrie periode	Prednisolon, Naproxen, Acetylsalisylsyre
Danmark	Dansk Hovedpineselskab 2010	Ja	2 måneder	Efter den medicinfrie periode	Nozinan
Europa	European Federation of Neurological Societies 2011	Der mangler forsøg som viser, hvad er bedst.		Start med Prednisolon eller Amitriptylin før eller samtidig med begyndelsen af den medicinfrie periode	

om, at man har det værst de første dage af 'medicinferien'.

Men proceduren for en afgiftning varierer en del fra land til land.

De fleste af de nationale guidelines som IHS (International Headache Society) har links til, er nogle år gamle. Der er en del kommentarer, især i den tyske guideline fra 2007, om at man mangler dokumentation fra forsøg. Procedurene for

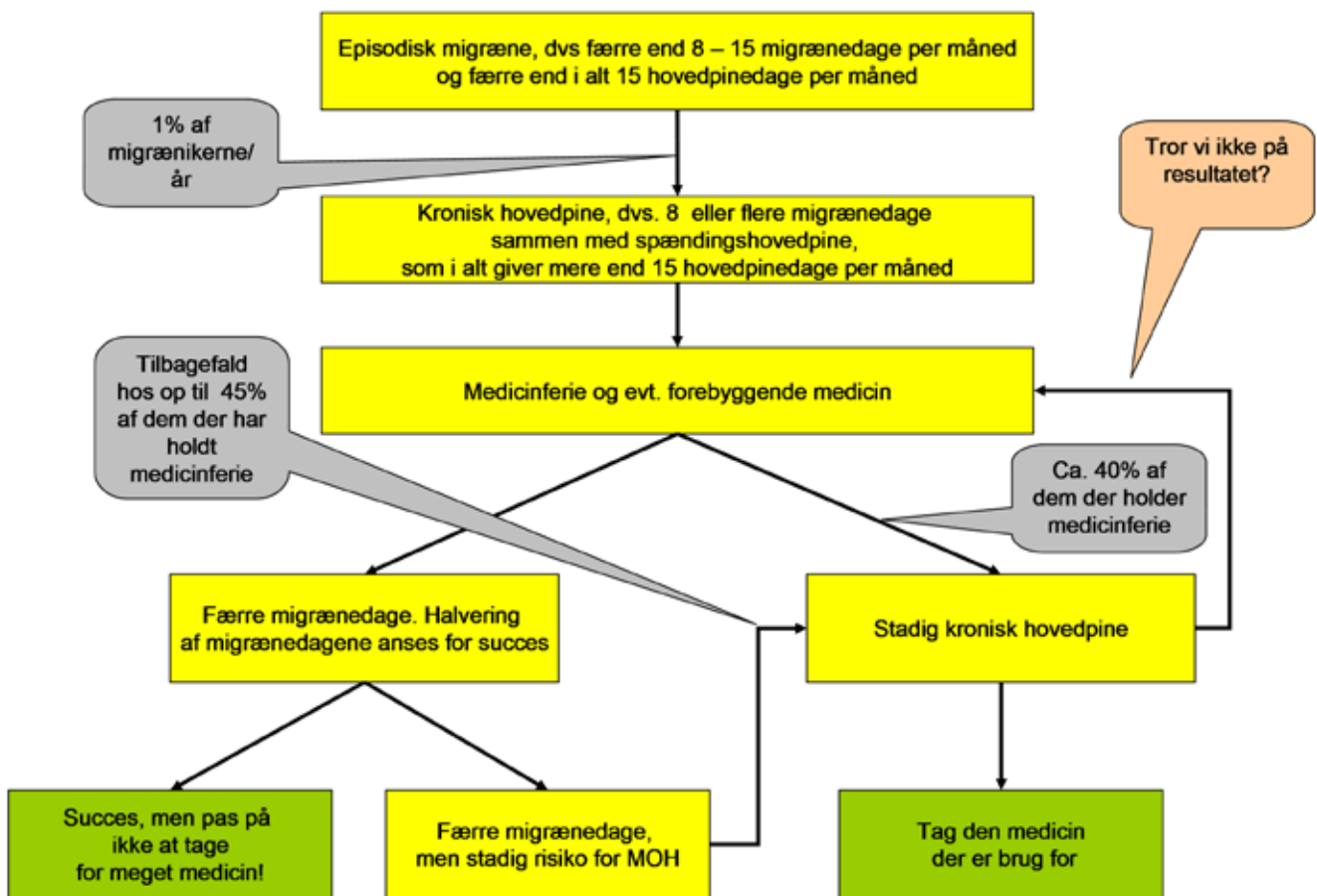
omtale af de reviderede udgaver, når de er publiceret.

Men der er - vist nok - nogenlunde enighed om at vejen gennem medicin-ferie-landet går nogenlunde som på rutediagrammet. Det kan være en lang rejse fra at have episodisk migræne, dvs. klart adskilte migræneanfald og mindre end 15 hovedpinedage om måneden, til man finder en løsning på det stigende antal hovedpinedage. En hovedpinedag kan enten

dig med ophør af anfaldsmedicinen, eller forebyggende medicin efter en medicinfri periode og sikkert flere andre faktorer.

Mere viden på vej – og ønsker fra de migræneramte

De seneste år har bragt en del ny viden. Danske resultater fra 2018 (1) viser f.eks., at man får en større reduktion i antal migrænedage ved totalt ophør af anfaldsmedicinen (triptaner og/eller smertestillende)



medicinferierne er i høj grad baseret på de førende lægers erfaringer. Det er f.eks. uvist, står der i den tyske guideline, om abrupt ophør med medicinen virker bedre end en gradvis udtrapning, ligesom man ikke kender forskellen i virkningen af at begynde en forebyggende behandling allerede samtidig (eller inden) udtrapningen/ophøret af brugen af anfaldsmedicin, og forebyggende behandling, som først begynder efter den medicin fri periode. Både den danske vejledning (publiceret af Dansk Hovedpineselskab) og den europæiske guideline er under revision. Vi bringer selvfølgelig

være en migrænedag, eller en dag med spændingshovedpine, hvis man læser den seneste udgave af IHS's beskrivelse af MOH.

Variationen i hvordan man tackler MOH i vestlige lande er stor. Dette skyldes nok, at der mangler gentagne forsøg, som undersøger, hvad effekten faktisk er, i de forskellige varianter af mindre anfaldsmedicin (totalt stop eller nedtrapning), virkningen af kontakten til behandleren (placeboeffekten af at tale med lægen/sygeplejersken), forebyggende medicin som startes inden, samti-

sammenlignet med et reduceret forbrug (2 dage om ugen). Patienternes livskvalitet er undersøgt af danske forskere, men resultaterne er endnu ikke publiceret. Vi ved derfor endnu ikke, om forsøgsdeltagerne var mere tilfredse med den knapt så effektive, men måske mindre belastende medicinferie.

Desuden savnes der en opsamling af viden om, hvilke faktorer, som øger eller reducerer sandsynligheden for en succesfuld medicinferie. Lægerne har nok tendens til at se på den primære effekt (antal hovedpinedage), men

for den enkelte migræniker, er den generelle livskvalitet nok en lige så vigtig parameter. Som migræniker er det vigtigt at være realistisk. Er der f.eks. sociale forhold (partner, uddannelse, børn osv) som påvirker sandsynligheden for et godt udfald af en medicinferie? Eller er der faktorer, som vi selv kan gøre noget ved, inden medicinferien? Det kunne være en kostomlægning, en slankekur, motion, en ny hovedpude eller måske en bolig uden skimmel?

Det virker nemlig, for en migræniker, som overvejer at påbegynde en medicinferie, som om der kunne være faktorer i hverdagen, som efter 'ferien' igen vil udløse lige så mange migrænedage, som da forbruges af

medicin løb løbsk første gang.

Af andre emner som kunne være til gavn for MOH ramte kunne være: Kan man holde triptanpause med hjælp fra almindeligt smertestillende og omvendt? En sådan skiften ville være en stor hjælp for dem, som udelukkende bruger enten det ene eller den ene eller den anden form for medicin.

Det kunne også være relevant for forskningen at undersøge effekten af omsorg (psyko-social støtte, såvel som rådgivning) i medicinsaneringsperioden og efterfølgende. Som lægerne beskriver det, har MOH-ramte dårlig livskvalitet og er i det hele taget både smerteplagede og psykisk pressede. De patienter, som 'hjemmeafgifter'

får en indledende samtale inden afgiftningen, en enkelt samtale halvvejs og endelig en aftale med lægen om en ny behandlingsplan, når medicinpausen er overstået. Det synes ikke af meget for så hårdt ramt en patientgruppe. Her kunne det være interessant at undersøge om intensiveret omsorg nedsætter smerteoplevelsen og utrygheden, og endelig om det kan forhindre tilbagefald.

Kilder

(1) L. N. Carlsen, S. Bruun Munksgaard, R. Højland Jensen og L. Bendtsen, 2018. Complete detoxification is the most effective treatment of medicationoveruse headache: A randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia* 38, 225–236.

Migræne påvirker vores udtale

migræne

Nogle migrænikere oplever, at de har problemer med at tale klart og tydeligt, når de har et migræneanfald. Det inspirerede til at et forsker-team optog over 43.000 stykker tale fra 15 migrænikere og 15 kontrolpersoner (13.000 stykker tale).

Optagelserne blev gennemført med en telefon app, som også fungerede som migrænedagbog for migrænikerne.

Alle optagelserne blev derefter analyseret for talehastighed, nøjagtighed i udtalen og det, som tale-eksperter kalder prosodi. Det er bl.a. intonation (talens melodi), rytme og variation i tryk.

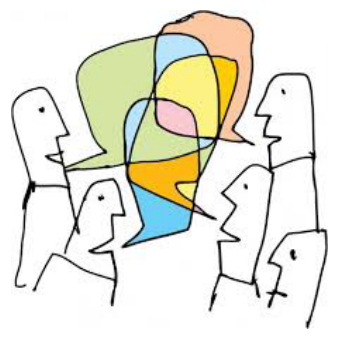
Det viste sig, at 7 ud af de 15 migrænikere (dvs. halvdelen) ændrede deres tale, når de havde et migræneanfald. De talte langsommere, holdt længere pauser, og havde mindre variation i stemmen. Ændringerne i talen begyndte op til 12 timer inden migrænikeren selv vidste, at der var et migræneanfald på vej.

T. J Schwedt, J. Peplinski et al, 2019. *Altered speech with migraine attacks: A prospective, longitudinal study of episodic migraine without aura. Cephalalgia preprint.*

ABO



Det er nok ikke smart at stille op i et debatforum, hvis ens tale er påvirket af et migræneanfald.



Mindfulness kan dæmpe frygten for migrænen

Men mindfulness ændrer hverken på migrænenes hyppighed eller anfaldenes styrke. Mindfulness kunne dog ikke ændre på, at folk med specielt smertefulde migræner også havde tendens til i højere grad at frygte det næste anfald.

Det er konklusionerne fra en spørgeskemaundersøgelse blandt 217

migrænikere, som havde fulgt et mindfulness kursus i Australien.

B. Komandur, P. R Martin og S. Bandarian-Balooch, 2017. *Mindfulness and Chronic Headache/ Migraine: Mechanisms Explored through the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. The Clinical Journal of Pain preprint. DOI:10.1097/*

AJP.0000000000000580

ABO



Gittes historie

moh

Nyskilt og sårbar

Jeg var 35 år og nyskilt med to mindre børn. Jeg havde fået min egen lejlighed. Jeg havde arbejde, men

var deltidssygemeldt pga. migræne og stress. Jeg havde nok altid haft migræne, men to år forinden var den eksploderet – måske som resultat af et meget svært ægteskab, som lakkede uafvendeligt mod enden.

Jeg kæmpede for at hænge sammen for børnenes skyld, men jeg havde det rædselsfuldt. Heldigvis hjalp triptanerne mig, men jeg var ekstremt træt, psykisk slidt og sårbar. Min forstående læge syntes, at mine næsten daglige anfald var bekymrende og henviste mig til neurolog.

Blev stemplet som 'overforbrug', selvom jeg ikke var det

Jeg havde ikke et medicinoverforbrug, for jeg holdt mig indenfor reglerne af de maks. 9 triptandage om måneden. Neurologen troede ikke på mig, og da jeg benægter at have et overforbrug, siger han triumferende til mig, at han kan se at 'lægen har udskrevet alt for meget medicin'.

Min læge havde da også udskrevet rigeligt medicin – i forståelse af, at jeg bedst kan lide at have et lager af medicin derhjemme, og i tillid til, at jeg netop ikke overforbruger. Det er neurologen upåvirket af og sender mig hjem med besked om, at jeg skal holde to måneders pause fra al smertestillende og triptaner. Jeg bryder grædende sammen, og han mener, at

min gråd bekræfter, at jeg har et 'misbrug'. Han får dog lidt medlidenhed og udskriver nozinan til mig.

Afgiftningen

Jeg går hjem. Det er i maj måned, og jeg husker ikke andet fra de næste 8 uger, end at jeg eksisterede i en fuldstændig smertedøs. Jeg lavede mad til mine børn med dundrende migræne og jævnlige ture til toilettet for at kaste op. Jeg læste godnathistorie, selvom jeg knap kunne fokusere på bogstaverne. Jeg smurte madpakker, og hjalp med lektierne. Hentede og bragte.

Det var der jeg indførte, at man så fjernsyn ved måltiderne, for så kunne jeg undgå at tale og børnene slap for at kunne se, hvor elendigt jeg havde det. Børnene var for små til rigtig at bekymre sig om mig, og de syntes bare det var optur med fjernsynet. Når det var helt slemt, krøb jeg sammen under bruseren, hvor jeg rystede af smerte. Bruserens vandstråler kunne aflede smerten lidt.

Jeg fik ingen hjælp. Ingen støtte. Ingenting. Men jeg kom igennem – og uden nogen som helst effekt overhovedet. Min migræne var uændret og stort set daglig – og ja, så var jeg en af de mange, som gennemførte en nyttesløs og smertefuld medicinsanering.

Jeg gik aldrig til den neurolog igen,



og selvom jeg på sin vis var stolt over, at jeg klarede de to måneder uden medicin, kan jeg ikke lade være med at være vred over, at jeg blev behandlet med så stor mistillid. Det var tydeligt, at han mente jeg løj. Det gør ondt, og det var ikke i orden. Lægerne på hovedpinecenteret siger man skal være afklaret og motiveret, før man starter en medicinsanering. Det tror jeg ikke, den neurolog havde hørt om.

Jeg kunne have valgt at ignorere neurologen og fundet en anden, men selvom jeg vidste, at jeg ikke havde et overforbrug, så var jeg alligevel bange for om han havde en eller anden pointe. Jeg tog jo meget medicin, og jeg havde det forfærdeligt. Men jeg bliver stadig vred. Lægerne har et enormt ansvar, og havde han ulejligen sig med at spørge ind til mit liv, havde han måske kunne se nogle andre perspektiver.

AE

Vidste du at...

færre mænd (forholdsvis) får diagnosen 'migræne' hos lægen, sammenlignet med kvinder. Mændene oplever migræneanfaldene som mindre belastende end kvinderne. Det er konklusionen på en amerikansk undersøgelse med 16.789 migrænikere, heraf 4.294 mænd.

Undersøgelsen var betalt af Allergan, som producerer migrænemedicin.

A. I Scher, S.-J. Wang et al., 2018. *Epidemiology of migraine in men: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study*. *Cephalalgia preprint* ABO



Behandling for MOH på Dansk HovedpineCenter

moh

Af Anne Egelund, ph.d., næstformand i Migræne Danmark

Medicinsanering (2 måneders medicinpause)

– hvordan?

Når en migræne-læge diagnosticerer en patient med mulig MOH, og vedkommende er indstillet på at gennemgå en sanering, sendes de hen til sygeplejerskegruppen på Hovedpinecenteret. Begge læger og sygeplejersken, som Migræne Danmark interviewede gjorde meget ud af at patienten skal være klar til og motiveret for at gennemgå en medicinsanering.

Patienten, som skal gennemgå en sanering, får et indledende møde med en sygeplejerske, hvor der bliver lagt en plan for, hvornår saneringen skal gå i gang, og hvilken medicinsk hjælp man kan få i forløbet. Medicinen man kan få er ikke triptaner eller almindeligt smertestillende medicin. Men man kan få noget, som er generelt lindrende og sløvende, så man kan døse sig igennem nogle af smerterne. Ifølge læge og ph.d.-studerende ved Glostrup Hovedpinecenter Louise Carlsen er der mange, der finder støtte i den medicin. Medicinen man kan få er phenergan (25 mg x 3 dagligt), som er et gammelt allergipræparat, som sløver meget, og nozinan (12,5 x 3 dagligt), som er et antipsykotisk middel, som på ikke-psykotiske mennesker også sløver og til dels lindrer smerten.

Sygeplejersken taler også med patienterne om, hvordan man kan organisere sit liv i den periode saneringen står på, f.eks. ved at lade være med at lægge for store planer, lave aftaler med familien og andre ting, som kan hjælpe en igennem. Sygeplejersken Annette Vangaa Rasmussen fortalte, at de gør deres bedste for at tage højde for individuelle omstændigheder, og hvordan man bedst muligt kommer igennem perioden uden medicin:

'Det kan lyde fjollet på nogen, men faktisk er der rigtig mange af vores patienter, som ikke spiser morgenmad. Jeg prøver at vejlede dem i at være særligt opmærksom på at passe deres



sovn, måltider og de skal drikke nok.'

Medicin-sanering hjemme

Langt hovedparten af migrænikere som vælger at medicinsanere (også kaldet afgiftning) gør det alene og derhjemme.

Hvis saneringen foregår med støtte fra Hovedpinecenteret, så ringer sygeplejersken efter 4 uger for at støtte op om processen. Når de to måneder uden medicin er gået, aftales en lægekonsultation med fokus på en behandlingsplan for både forebyggende og akutbehandling, samt evt. tværfaglig behandling hos fysioterapeut eller psykolog.

Medicin-sanering ved indlæggelse

Der er dog også nogle, som bliver tilbudt medicinsanering ved hjælp af



indlæggelse, hvor man så er indlagt i små to uger.

Nogle har brug for at kunne trække sig fra hverdagens krav og forpligtelser, andre igen har nogle andre sygdomme, som kan gøre det vanskeligt at afgifte derhjemme, især hvis de har fået morfin og er blevet afhængig af den. Den gruppe patienter får metadon i lav dosis.

Grunden til at man er indlagt i ca 2 uger er, at migræneintensiteten for mange vil falde efter de første par uger uden medicin, og så kan man bedre klare det derhjemme herfra. Selvom de ansatte på hovedpinecenteret helst ikke taler om det, er det dog naturligvis også et ressource-spørgsmål vedrørende, hvor længe

man kan have folk indlagt.

Ikke alle afdelinger, som bruges til medicin-sanering er indrettet udelukkende til formålet, men det er afdelingen på Glostrup Hospital. Her kan man blive indlagt i 12 dage. Tidligere var det 14, men af ressourcehensyn er det skåret ned.

Inden indlæggelsen indkaldes de 5-6 patienter i gruppen, der afgiftes sammen, til et informationsmøde. Personalet tilstræber, at dem, som skal indlægges sammen, mødes ved informationsmødet. I løbet af de 12 dage på afdelingen er der tre gruppe-seancer, hvor psykologer vejleder i smerte-



håndtering uden medicin. Der er også en fysioterapeut tilknyttet som opfordrer til lettere fysisk aktivitet, og f.eks. går stavgang med patienterne.

Fotos fra hospitalet: Anne Egelund

Jeres udsendte spurgte sygeplejersken om hun havde et budskab til dem, som skulle i gang med en medicinsanering: Hendes budskab er:

'Det er selvfølgelig ikke sjovt at undvære medicinen. Men jeg hører fra rigtig mange, når jeg taler med dem en måned inde i medicinsaneringen, at de har det OK. Jeg ved godt, at man aldrig kan fjerne patienternes usikkerhed, men jeg vil gerne have at de skal vide, at rigtig mange oplever at de godt kan klare det. Det var ikke så slemt, som de frygtede.'

Mange er også – fuldt berettiget – meget stolte af at have klaret det '

Forvokset lille muskel i nakken og kronisk migræne

migræne

Kronisk migræne øger størrelsen (målt som tværsnit) af musklen Rectus capitis posterior minor (markeret med rødt på figuren med kraniet). Musklen er lidt større hos mænd end hos kvinder, og i begge grupper var denne muskel væsentligt større hos personer med kronisk migræne, sammenlignet med kontrolpersoner uden migræne.

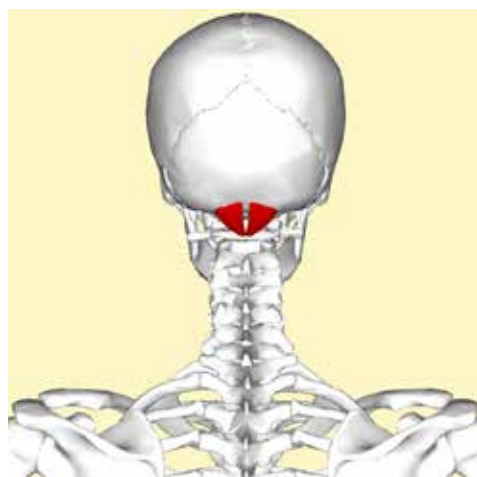
Der er mange muskler i nakken, og de spiller sammen i et kompliceret mønster, for at holde vores hoved oppe. Ud over at holde hovedet på plads, har lige netop Rectus capitis posterior minor en ekstra funktion. Denne muskel er forbundet med dura, den hinde, som ligger udenom hjernen og rygmargen. Dura er stort set uigennemtrængelig for væske og sørger for, at der altid er lige

netop så meget væske, at hjernen og rygmargen er godt beskyttet mod skader fra slag og hurtige bevægelser (f.eks. hjernerystelse).

Duras funktion som 'væskebeholder' er ikke kun at holde væsken inde. Trykket skal også være rigtigt. Fintuningen i trykket sker bl.a. ved, at der er en sene-forbindelse mellem dura og lige netop Rectus capitis posterior minor. Denne forbindelse kaldes "myodural bridge" (broen mellem en muskel og dura). Forskerne foreslår, at denne bro mellem dura og en muskel kan påvirke trykket og/eller bevægelsen i væsken omkring hjernen, og dermed måske være medvirkende til at udløse migræne. 120 kontrolpersoner og 115 kroniske migrænikere deltog i undersøgelsen.

X.-Y. Yuan, S.-B. Yu et. al., 2017. Correlation between chronic headaches and the rectus capitis posterior minor muscle: A comparative analysis of cross-sectional trail. *Cephalalgia* 37, 1051–1056.

ABO



Ny forskning: MOH og medicinsanering

moh

Af Louise Ninett Carlsen,
Læge og ph.d.-studerende

Som det fremgår her i bladet er der stadig mange ubesvarede spørgsmål, når det gælder medicinoverforbrugshovedpine (MOH). Vi er for eksempel udfordret af, at diagnosen udelukkende stilles på baggrund af antal dage med hovedpine og forbrug af smertestillende medicin*, og at vi rent faktisk ved meget lidt om, hvad et såkaldt overforbrug af smertestillende gør ved kroppen og smerteopfattelsen.

De seneste resultater fra vores forskning handler om, hvilken tilgang til medicinsaneringen der er mest effektiv og mest acceptabel for patienterne. De to tilgange, som vi sammenlignede, var 1) et fuldstændigt stop af al smertestillende medicin i 8 uger og 2) reduktion af forbruget til max 9 dage om måneden. Vi havde forventet, at tilgangene ville være lige gode til at få antal af hovedpinedage ned, men at en reduktion af forbruget til max 9 dage om måneden ville være den mest acceptable. Men det endte lige modsat: Et fuldstændigt stop af al

smertestillende medicin var den mest effektive tilgang og halverede antal dage med hovedpine. Derudover var et fuldstændigt stop også den mest acceptable tilgang, når vi spurgte patienterne.

I vores næste forskningsprojekt stiller vi så os selv spørgsmålet: Er medicinsanering overhovedet nødvendig i behandlingen af MOH? Her sammenligner vi 3 forskellige behandlingstilgange, som de 120 deltagere er blevet tildelt ved lodtrækning: 1) Medicinsanering som vanligt; 2) Medicinsanering som vanligt samt start af forebyggende hovedpinemedicin fra begyndelsen; 3) Start af forebyggende hovedpinemedicin og ingen medicinsanering. Deltagerne følges i 1 år, og vi forventer at kunne afslutte opfølgningerne i slutningen af 2019.

Samtidigt ønsker vi også at forstå mere om sygdomsmekanismen. Derfor tager vi løbende blodprøver på de 120 deltagere for at måle på det, vi kalder "epigenetik". Det er en betegnelse for de mekanismer, der regulerer, hvad vores krop udtrykker fra vores arvemasse. Man kender det



blandt andet også fra kræft- og diabetesforskning, og ved at vores epigenetik løbende kan ændres ved påvirkning af miljøfaktorer, kost, motion, m.m.

Derfor vil vi også undersøge, om et langvarigt højt forbrug af smertestillende medicin også påvirker vores epigenetik. Vores håb er, at vi på sigt kan blive bedre til at hjælpe den enkelte patient med en mere skræddersyet behandling fra begyndelsen, og f.eks. få mere viden om, hvem der har stor gavn af en medicinsanering, og hvem der ikke har.

* smertestillende medicin omfatter i lægernes sprogbrug både triptaner og de mediciner, som lægfolk normalt kalder smertestillende, f.eks. Paracetamol, Aspirin/Treo og Ibuprofen.

Kronisk migræne hos unge kvinder øger risikoen for blodpropper

migræne

17 % af alle kvinder med kronisk migræne har et gen, som gør at de har reduceret mængde antikoagulant i blodet. Derfor danner deres blod lettere blodpropper. I den generelle befolkning af kvinder er det kun 9 % som har denne nedsatte evne til at nedbryde små blodpropper..

Forskerne ønskede at se, om der var undergrupper blandt kvinderne, som havde specielt øget risiko for blodpropper.

Det viste sig tydeligt, at kvinder 1. inden overgangsalderen, 2. med mange migrænedage, 3. som havde migræne med aura og som 4. tog hormontilskud (p-piller eller tilskud efter overgangsalderen), havde nedsat evne til at opløse små blodpropper, og derfor havde en højere risiko for blodpropper. Blodpropper dannes af stoffet thrombin, hvis dette stofs virkning ikke modsvares af passende mængder antikoagulant,

Forskerne peger på, at disse kvinder med reduceret anti-koagulant bør tænke alvorligt over, om de vil tage

hormoner, og foreslår også, at disse kvinder bør vælge aspirin som smertestillende medicin. Aspirin virker blodfortyndende. Kvinderne bør også undgå NSAID, da denne gruppe smertestillende medicin øger risikoen for blodpropper.

P. Ferroni, P. Barbanti et al. 2017. Procoagulant imbalance in premenstrual women with chronic migraine. Neurology 89 (10), doi: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000004435>.

ABO

Krestens historie

moh

Den ultimative udfordring: Den kolde tyrker!

Af Kresten Sæ, formand for
Migræne Danmark

Forår 2012 Dommen

Efter tredje besøg hos neurologen faldt hammeren med en brutal besked om, at jeg kun undtagelsesvis måtte tage Triptan efter de 60 år. Den kontante uppercut blev efterfulgt af en besked om, at jeg skulle afgiftes med 4 uger uden hverken Panodil, Kodymagnyl eller lignende og absolut ingen Triptaner heller. Det slog bene fuldstændigt væk under mig som så mange andre i den situation. Jeg mumlede lammet noget om, at det kunne jeg vist ikke klare, mens neurologen for længst var videre i programmet og remsede op i sin diktafon med besked til hovedpineklinikken mht. indlæggelse og støttemedicin. Bang, kasseret som patient og sendt på hovedet ud af døren.

Beskeden sendte mig lammet hjem og efter fortvivlelsen en 1 ½ dag med overvejelser snak her og på arbejdet, så kom vreden. Jeg skulle fandeme vise dem, at jeg ville og kunne selv, selv om jeg faktisk ikke troede på at afgiftning kunne hjælpe en snus. Jeg besluttede mig at starte på egen hånd. Det skulle overstås her og nu - i hvert fald uden sygemelding og indlæggelse. Jeg ville både passe jobbet og være godt i gang, inden jeg efter små 2 uger skulle møde på Hovedpineklinikken i Aarhus.

8 uger med spanden

Den første weekend gik uden problemer, men tirsdag ved 5-tiden trak det op. Jeg tog på arbejde ud fra formening om, at jeg lige så godt kunne kaste mig ud i det. Ved middagstid kapitulerede jeg og tog hjem med en venstresidig voldsom migræne, og lagde mig for nedrullede gardiner med spanden ved min side. Først ved 22-tiden klingede det af, og jeg kunne omsider sove. Kl. 02 vågnede jeg igen med symptomer i højre side, som også hurtigt accelererede til fuld skala. Suk, efter yderligere 22 timer - altså to døgn i alt - slap migrænen grebet.

Efter yderligere et migræne-døgn nogle dage efter, mødte jeg op til min tid på hovedpineklinikken i Århus. Her fik jeg anerkendelse, men også besked om at afgiftningen ikke kun var en måned men hele to, men også at mine trængsler kunne lettes med Nozinan. Trods den forlængede periode var jeg dog endnu mere stålsat. Jeg havde fået afklaret min tvivl om, at jeg kunne klare det, og de første 10 dage var jo allerede overstået. Årsagerne var to. Dels, at jeg syntes, de første 3 migrænedøgns lidelser ikke skulle være forgæves og dels, at jeg mente at have konstatere, at der måtte være noget om afgiftnings-snakken. Den første uge havde jeg nemlig mærket nogle underlige symptomer, der virkelig skræmte mig. En slags abstinenser bestående af små kramper og elektriske isninger på kindbenene, der hvor migrænen normalt satte sig. Kroppen skreg formelig på Triptan! Jeg var altså blevet en slags narkoman?!

Altså fortsatte jeg, mens jeg så vidt muligt passede mit arbejde. Ugerne gled med store anfald hver 4-5. dag af op fra 14-20 timers varighed. Mens de andre nød solen på terrassen, lå jeg og vred mig bag nedrullede gardiner med min spand og talte timer med en kold klud på hovedet. Nozinaanen hjalp ikke på smerterne, men fik mig til at blackoute med mellemrum 10-15-30 minutter. Søvn som knap kunne registreres som søvn. Men det hjalp alligevel på sin vis, for urets visere flyttede sig lidt hurtigere, og når jeg havde nået de 16-20 timer vidste jeg jo, at det snart var ovre trods alt. Mønstret ændrede sig, og de små kramper og isninger tog gradvist af, ligesom der også kom små migræneanfald, som heldigvis fortog sig i løbet af et par timer. Men de store kom stadig med varierende mellemrum fra 4 og op til 10 dage. Jeg nåede i alt 10 store anfald, hvoraf 4 dobbelte to-døgns med skift fra højre til venstre side. Det var bastant hårdt, men som ugerne gik kom målet stadig nærmere, en faktor der yderligere skærpede viljen til at holde ud.



Yes, I did it

Det var overstået. Næste besøg på klinikken var således ren triumf. Ikke bare fik jeg grønt lys til igen at tage en Triptan og besked om, at op til 8 anfald på en måned kunne accepteres, men også besked om, at man efter et hjertekardiogram ikke anså Triptan som forbudt efter de 60 år. Min diagnose var spændingshovedpine som trigger for migræne, hvilket var godt i tråd med mine egne forestillinger. Som middel mod muskelspændinger i nakken fik jeg ordineret Tizanidin hver aften.

Og det hjalp - i hvert fald i en pæn periode

Og efter afgiftningen? Tja, i starten en nedtur med hele tre anfald på 9 dage, måske udløst af feriestress. Men som jeg syntes, at det hele så ud til at have været forgæves, så gik der pludselig 25 dage inden næste anfald og derpå 54 igen inden det følgende, hurra. Godt nok var der også ansatser, men de kunne i modsætning til tidligere ofte tages med Bonyl.

Anfald fik jeg stadig. Men pauserne var meget lange og anfaldene faldt typisk ret koncentreret, hvor der er megen aktivitet, hvor jeg fx i overmod lod sig friste til at klippe hele hækken på en dag i solen. Men jeg var nede på kun nu 1 ½ til 2 Triptan pr. måned mod tidligere ca. 10 inden afgiftningen. En

reduktion til under 20%! Hertil kommer at Triptanerne var langt mere virksomme.

Jeg kan derfor anbefale at prøve en afgiftning, men samtidigt pointere, at man skal være 100% indstillet på, at det kommer til at gøre ondt. At

blot at overveje at hoppe fra vil være ødelæggende, og er det ekstra svært at holde ud, så deponer dine triptaner ude af huset.

Efterskrift

Intet varer evigt og efter et par år steg frekvensen igen. Til sidst medio

2015 var jeg tilbage til maks 9 triptaner om måneden plus mindre anfald nogle af de andre dage. Fra ultimo 2016 gik jeg over til forebyggende blodtryksmedicin, der efterfølgende har reduceret migrænemedicineringen til maks 1-2 triptaner om måneden.

Ny Forskning: Personlighedstræk og medicinoverforbrugshovedpine

moh

Af Louise Schlosser Mose, ph.d.

MOH patienter oplever særligt nedsat livskvalitet og store hovedpinegener. Når MOH udvikles hos migrænepatienter, så kan det skyldes en intensivering af antallet af hovedpiner, hvilket man forsøger at klare ved at tage mere smertestillende medicin. Det øger risikoen for udvikling af MOH, men det er ikke alle migrænepatienter, som udvikler MOH.

Så hvad er egentlig risikofaktorer i udviklingen af MOH hos migrænepatienter, og kan psykologiske og adfærds-mæssige faktorer såsom eksempelvis personlighedstræk have indvirkning på, at nogle migrænere er mere disponerede? I tidligere forskningsprojekter har hovedpinefrekvens, medicinindtag og komorbiditet med andre smerteproblematikker været undersøgt som potentielle risikofaktorer i udvikling af MOH. Andre psykologiske og adfærdsrelaterede faktorer ved man mindre om.

En af de psykologiske faktorer der dog i mange år har optaget forskere er personlighedstræk hos migrænepatienter. Der er dog ikke noget klart svar på, hvorvidt bestemte personlighedstræk er særligt karakteristiske for netop migrænepatienter. Særligt høj score på personlighedstrækket

neuroticisme har været sat i relation til migrænepatienter. Høj neuroticisme score kan medføre en tendens til negative tanker, samt udvikling af depression og angst. I forhold til personlighedstræk hos MOH patienter, så har en del forskningsprojekter fokuseret på ligheder mellem andre patienttyper med afhængighedsadfærd og MOH patienter. Der er dog ikke entydig evidens. Adfærden med øget medicinindtag kunne også være udtryk for en anvendt coping strategi for at opretholde en funktionel hverdag med en følelse af kontrol over hovedpinen.

I et forskningsprojekt mellem Hovedpineambulatoriet på Neurologisk afdeling og Enheden for Sundhedsfaglig Forskning på Sydvestjysk sygehus i Esbjerg blev det således undersøgt, hvorvidt personlighedstræk var associeret med udviklingen af MOH hos migrænepatienter. I alt blev 131 diagnosticerede migrænepatienter fra Hovedpineambulatoriet inkluderet i et observationelt prospektivt spørgeskemaprojekt. Patienterne udfyldte ved inklusion personlighedstesten NEO Five-Factor-Inventory. Patienterne var inkluderet i projektet i 20 måneder hvorefter det diagnostisk blev opgjort hvor mange, der havde udviklet MOH. I alt havde 16 (12%) af patienterne udviklet MOH efter 20 måneder.

Ved sammenligning mellem migrænepatienter, der ikke havde udviklet MOH, og migrænepatienter der havde udviklet MOH, så fandtes der i dette forskningsprojekt ingen forskel i personlighedstræk. Personlighedstræk blev ikke fundet associeret med udviklingen af MOH hos migrænepatienter. Altså var der ingen klinisk relevans i at anvende personligheds-



testning i Hovedpineambulatoriet for at detekterer en subgruppe af migrænepatienter i risiko for udvikling af MOH. Resultaterne fra forskningsprojektet indikerer, at det er meget svært at undersøge personlighedstræk og adfærd hos migræne og MOH patienter. Begge sygdomme udgør for mange patienter komplekse lidelser, hvor mange forskellige risikofaktorer kan medvirke til, hvilke migrænepatienter der udvikler MOH.

Forskningsprojektet har indeholdt andre aspekter af personlighed hos migræne og MOH patienter, disse resultater er endnu ikke publiceret, men det vil de blive i løbet af 2019.

Kilder:

Mose et al. *The role of personality, disability and physical activity in the development of medication-overuse headache: a prospective observational study*, *The Journal of Headache and Pain*, 2018, 19:39

Silberstein et al. *Migraine: association with personality characteristics and psychopathology*, *Cephalalgia*, 1995

Bigal & Lipton, *Modifiable risk factors for migraine progression*, *Headache*, 2006



6 skarpe til lægerne på hovedpinecenteret

moh

1. Er man i 8 ugers smertehelvede, når man gennemgår medicinsanering?

Lægerne svarer: Nej, det er man som regel ikke, selvom man kan have det meget dårligt. Man får pauser mellem hovedsmerterne, og for de fleste aftager smerterne efter 2-3 uger.

Det er vigtigt at holde fast her, fordi hovedpinen bedre kan behandles, når man har et billede af det mere 'naturlige mønster' henover den sidste månedstid af medicinpausen.

2. Er der ved medicinsanering kendte abstinenser – og hvilke er de (udover ubehandlet migræne/hovedpine)?

De mest almindelige abstinenser er rebound-hovedpine, kvalme/opkast, hjertebanken, koldsved og nervøsitet.

3. Er medicinoverforbrug et misbrug?

Lægerne, vi talte med på hovedpinecenteret, forsøger at reducere det stigma, som kan være forbundet med at bruge meget medicin – måske så meget at det ligefrem kan være skadeligt eller forværre ens migræne/hovedpine.

Derfor kalder de ikke medicinpausen for hverken afgang eller 'en kold tyrker', som nogle måske ville kalde det. De kalder det medicinsanering – altså helt enkelt bare et 'stop' for medicin. De taler heller ikke om 'misbrug', men om 'overforbrug'.

Emnet misbrug/overforbrug er noget, der debatteres rigtig meget blandt hovedpinelæger, men ser man på kriterier for andre typer misbrug, f.eks. alkohol, så stemmer det utrolig dårligt overens med MOH. For eksempel ift alkoholoverforbrug kan man ikke fungere pga. sit misbrug, men for MOH er det jo netop ønsket om at fungere der bringer en til at tage smertestillende.

4. Hvad så med placebo-effekten i medicinsanering?

Placebo-effekten kan være meget stor og effektiv. Gør I jer overvejelser om placebo-effekten i jeres forskningsresultater om afgang? Man kunne tænke sig, at blot det at patienterne vejledes og støttes af læger vil have en positiv indvirkning på resultaterne af en medicinsanering.

Lægerne på hovedpinecenteret udtaler, at de ikke rigtig kan tage højde for placebo-effekten i forsøg med afgang (medicinsanering), da det ikke er muligt at give 'snydemedicin', når man netop ikke må give medicin.

De mener heller ikke at have mulighed for at korrigere forskningsresultaterne ud fra en antagelse om et eller andet niveau af placebo-effekt.

Kommentar fra Migræne danmark

I medicinske forsøg er placebo en betydelig faktor. Efter Migræne danmarks vurdering vil placeboeffekten formodentlig give en ikke ubetydelig andel flere 'positive' udsagn om effekten af medicinsanering end saneringen i realiteten alene bidrager til.

Placebo-effekten er mere markant end mange har lyst til at forholde sig til – læger som patienter. Dybest set er det jo uforklarligt at 'tro flytter bjerge'.

For triptaner er placebo-effekten markant. I nogle studier ligger den på gennemsnitligt 30% og i andre helt op på 50%. Et studie viser sågar, at selvom patienterne ved de får placebo (en pille med 'placebo' påskrevet og information om samme), så virker det positivt, om end ikke helt så positivt som en reel migrænepille. Det, at man følges af medicinsk personale, har også en stor betydning i en afgang, idet alene rådgivning og støtte af autoriteter gør en afgørende forskel.

Der er derfor grund til at forholde sig kritisk til resultater af forskning, som ikke tager højde for placebo.

Dimas D. Mitsikostas, Koen Paemeleire 2016: Pharmacological Management of Headaches. Springer

Slavenka Kam-Hansen et al: Altered Placebo and Drug Labeling Changes the Outcome of Episodic Migraine Attacks, Science Translational Medicine, 8 Jan 2014: Vol. 6, Issue 218

5. Hvis nu man har et overforbrug af triptaner alene, kan man så holde 8 ugers pause med triptaner, men bruge almindeligt smertestillende i den periode?

Nogle migrænepatienter bruger kun triptaner og ikke almindeligt smertestillende (kodymagnyl, treo, panodil, ipren osv). Her kunne vi i Migræne danmark godt tænke os at vide, om



man kunne forestille sig, at man kunne holde en pause med triptanerne, og så bruge almindeligt smertestillende til at komme igennem en triptanpause. Vi spurgte hovedpinecenterets læger. Svaret er, at langt de fleste bruger både almindeligt smertestillende og triptaner, og det er den gruppe lægerne primært forholder sig til:

'Man anbefaler ikke medicinsanering af triptaner med samtidig brug af almindeligt smertestillende, men der er ikke videnskabelig dokumentation for det.'

Man ved altså ikke, om man kunne holde triptanpause med hjælp fra almindeligt smertestillende, hvis man er en af dem, som næsten udelukkende tager triptaner for at behandle migrænen.

6. Hvorfor er der er migrænepatienter, der gang på gang skal igennem tilsyneladende nytteløse medicinsaneringer, hvor frekvensen af antal migrænedage ikke nedsættes?

Lægernes svar:
Migræne kan ændre sig over årene, og

der er ikke nødvendigvis den samme effekt af en sanering hver gang.

Det er ikke nødvendigvis nyttesløst at medicinsanere, selvom hovedpinefrekvensen ikke falder. En fordel kan være, at medicinen virker bedre efter en pause.

Kommentar fra Migræne Danmark

Dette er anbefalinger baseret på klinisk erfaring, og der er ikke videnskabelig dokumentation for effekten af gentagne medicinsaneringer.

AE

Kirstens historie

moh Jeg er 59 år. Jeg har altid haft migræne, så langt tilbage jeg kan huske. Min mormor, mine forældre, min søster og hendes datter og min egen søn har/havde det.

Blev fyret pga migræne

Det blev først rigtig slemt, da jeg havde arbejdet skiftehold i nogle år. Det blev egentlig bare værre og værre og til sidst var jeg nødt til at gøre noget, da jeg tog piller (Relpax 40mg) dagligt. Efter en lang periode på skifteholdsarbejde, blev jeg fyret, fordi jeg ikke kunne fungere på arbejdet mere – mit hoved var nærmest fyldt med vat pga. de mange piller.

Jeg kørte stadig bil – ca. 50 km hver vej, og nogle dage med så voldsom hovedpine hjem, at jeg måtte holde ind og sidde lidt. Nogle gange vidste jeg ikke, hvordan jeg var kommet hjem.

Men jeg blev fyret og hvilken befrielse!

Indlæggelsen

Da jeg på et tidspunkt når dertil, hvor jeg efter sigende har medicinfrøskaldt hovedpine – bliver jeg til sidst sendt til afgiftning på Glostrup hovedpinecenter i 2011. Det foregår sådan, at de tager alle piller fra en. Og man får nogle "erstatningspiller" som man kan tage hvis det bliver rigtig slemt – de virker dog ikke på mig, så jeg ligger bare og ligger, når det kommer. Jeg får egentlig ikke noget ud af dette



ophold udover at de finder ud af, at det er "familiært", og så er det svært at kurere.

Jeg er for dårlig til at deltage i sessionerne med psykologen, og jeg kunne heller ikke se, hvad det skulle hjælpe på min migræne, da jeg jo ikke er psykisk syg. Der er lidt info/træning mht. spændingshovedpiner osv. – men EGENTLIG ikke rigtig nogen hjælp, ud over at man ikke må tage piller i de 14 dage det står på og 2 mdr. efterfølgende.

Jeg ved ikke, om man senere er kommet frem til andre metoder – men dette er ikke løsningen, da hovedpinen jo ikke forsvinder – ikke for mit vedkommende, i hvert fald. Og heller ikke for de andre jeg var indlagt sammen med. Den ene af kvinderne var der for fjerde gang, hvilket jo siger det hele.

Det hjalp ikke

Efter de to måneder hvor man FOR-

SØGER at komme igennem anfald uden for mange piller, så starter det hele bare forfra igen. Jeg har nu taget Relpax siden – og er blevet førtidspensionist pga. migrænen, som jeg har minimum hver anden dag. Jeg kan godt have perioder, hvor jeg ingenting mærker – men i reglen er det hver/hver anden dag. Om jeg er afhængig igen ved jeg ikke – det føles ikke sådan, og jeg har aldrig følt det sådan, det er egentlig bare noget jeg har fået fortalt at jeg var.

Mit liv nu

Jeg kan ikke køre bil mere pga. meget dårlig koncentration, og jeg bliver hurtigt træt, især hvis jeg er blandt mange mennesker eller meget lyd/lys. Min migræne påvirker hele mit liv, da der altid skal tages hensyn til det. Alle ved det, og alle er søde – men JEG får dårlig samvittighed, især overfor min mand, som jo altså må leve med en kronisk syg.

AE

Hvad så med dem, som med åbne øjne tager for meget medicin pga. kronisk migræne?

moh

Af Anne Egelund, næstformand i Migræne Danmark

Mange migrænikere bliver noget frustreret ved budskabet om, at 'man skal lære at leve med smerterne'. Det er betydeligt lettere sagt end gjort, hvis man skal tjene til livets ophold, hvis man skal være noget for sine børn og ægtefælle/kæreste – eller hvis man vil bare have et liv i det hele taget.

Et mindretal af de hårdest ramte migrænikere vælger da også at gå imod lægernes anbefalinger om maks. 9 triptandage om måneden.

Der er simpelthen en gruppe, som med åbne øjne vælger at gøre noget andet.

Triptaner er typisk ikke 'synderne' i forhold til MOH – men det er kombinationen eller bare NSAID/paracetamol alene, der er det største problem.

Det er en mindre gruppe migrænikere, som efter aftale med deres læge får udskrevet flere end de anbefalede triptaner - som de så selv forvalter. Nogle tager triptaner næsten dagligt. Denne gruppe er bevidst om at der er en risiko forbundet med det – om end man ikke helt kender risikoen.

Denne gruppe undgår så til gengæld generelt almindeligt smertestillende, altså NSAID og paracetamol. Risikoen ved at overforbruge NSAID er nemlig ganske stor og ret velkendt i forhold til bivirkninger. Det er f.eks. fordøjelsesbesvær, mavesmerter og blødning i mavetarmkanalen.

Man kender derimod ikke så meget til risikoen ved overforbrug af triptaner. Man mener der er en risiko for at udvikle MOH, eller at medicinen holder op med at virke – men præcis hvor stor risikoen er, vides ikke.

Flere i denne gruppe vælger da også en periode med medicinpause for at forebygge eller nedsætte risiciene. Nogle tager en måned eller

to uden medicin om året.

Jeg spurgte Jakob Møller Hansen, migrænelæge/forsker og leder for Nationalt Videnscenter for Hovedpine, om hvad han mente om at tage triptaner (men ikke NSAID/paracetamol). Han tog det roligt:

'Der er naturligvis en risiko for at udvikle en overforbrugshovedpine, men hvis du har foretaget en medicinsanering på 2 måneder, inden du går i gang, kan jeg ikke fraråde dig det. Hvis jeg som læge ikke kan give dig et bedre alternativ til at behandle dine smerter, skal du gøre det, der virker. Det er din livskvalitet, der er den vigtigste'.

Triptaner bruges af millioner af mennesker verden over, og har været brugte i mere end 25 år. De har en række bivirkninger, men selvom de kan være ubehagelige, er de ufarlige, med mindre man har en forsnævret kranspulsåre. Både patienternes og lægernes erfaring synes at vise, at den enkelte migræniker kan opleve, at den foretrukne triptan mister noget af sin virkning. Årsagen til dette kendes ikke. Men det kan ofte afhjælpes ved at skifte til en anden triptan.

Et forbrug af triptaner, som i en tre-måneders periode ligger over

lægernes maksimale anbefalede forbrug (9 triptandage om måneden), menes at kunne føre til MOH. Det er migrænelignende hovedpine (eller lidt atypisk migræne), som støt og langsomt bliver hyppigere. Der findes ikke videnskabelig dokumentation eller anden erfaring på, hvad risikoen ved at tage triptaner består i på den lange bane.

Det er altid en afvejning mellem livskvalitet og en ukendt (formentlig lille) risiko for senvirkninger af et stort forbrug af triptaner.

Der vil være læger, som stiller sig tøvende overfor denne model, men vores erfaringer viser, at andre læger støtter deres patienter i den måde, de ønsker at forvalte deres liv og smerter på.

Ønsker du at forsøge dig med denne model, anbefaler vi at du tager kontakt til din læge og taler fordele og ulemper grundigt igennem. Evt. må du skifte læge, hvis I ikke kan få en god dialog. Du er også velkommen til at kontakte Migræne Danmark på naestformand@migraeniker.dk, hvis du ønsker en dialog om dette. Vi skal understrege, at vi ikke som udgangspunkt anbefaler et overforbrug af triptaner, men at det for nogle få kan være en vej at gå for at få et tåleligt liv.



Hvad siger brugerne på facebook om effekten af en medicinsanering?

moh Lægerne på hovedpinecentret fortæller, at ca. 60% har gavn af en medicinsanering – men det er ikke den samme oplevelse, som vores medlemmer i diverse Migrænegrupper på facebook har.

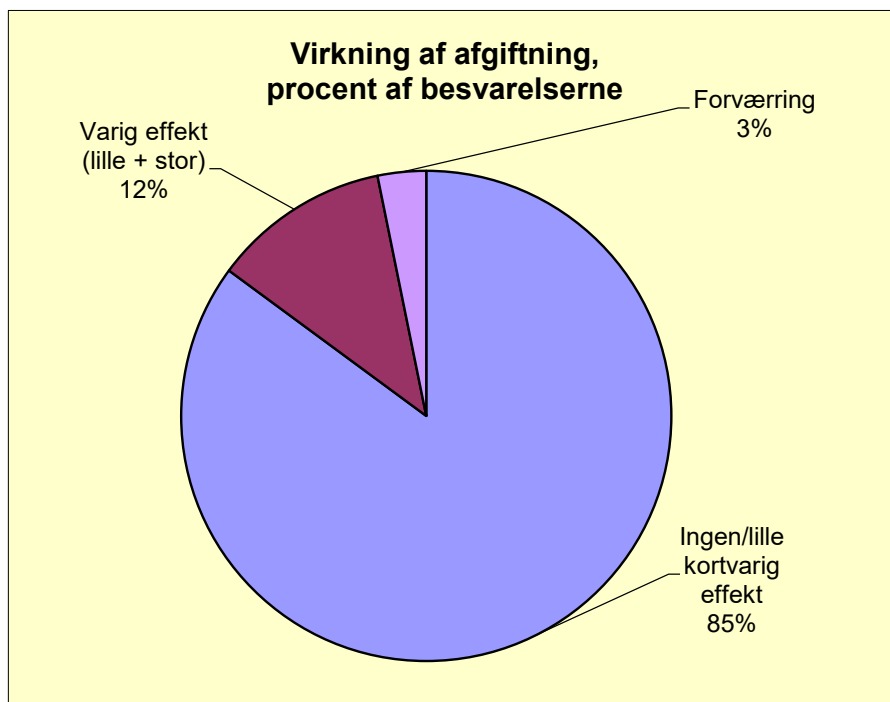
78 personer svarede på det survey, vi lagde op i gruppen 'Migræne danmark' og 'Migræne og Mig'. Her ser vi at 80% oplever ingen eller kun kortvarig effekt. Kun lidt over 10% oplever en positiv effekt (enten stor eller lille).

Der kan jo være mange forklaringer, hvorfor det er sådan, og vores lille survey er afgjort ikke en videnskabelig undersøgelse. Alligevel er det tankevækkende, at forskellen er så markant. Er vi for positive, når vi rapporterer effekt til lægerne? Er det især dem, der ikke oplever effekt, som deler deres oplevelse på facebook? Er det måske fordi de, som er med i facebookgrupperne er de hårdest ramte,

og dermed dem, som har mest brug for støtte og fælleskab i en gruppe på facebook?

Hvem ved? Påfaldende er det i hvert fald.

AE



Et godt job hjælper!

migræne Har du et job, som du er glad for? Hvor du føler du gør noget, som er til gavn og glæde for andre, og hvor du får din del af chefens tilfredse bemærkninger?

Så oplever du nok også din migræne, som mindre belastende, end din nabo, som har præcis den samme migræne som din, og som har et job, som ikke giver nogen form for job-tilfredshed.

Det er konklusionen på en undersøgelse over sammenhængen mellem migrænikeres (manglende) jobtilfredshed og om de lider af angst eller depression.

Svarene var klare, efter at 98 amerikanere med migræne var blevet

udspurgt. Forskerne havde ventet, at stærkere angst og depression ville blive fulgt af mere belastende migræne. I stedet viste det sig, at der var en (ikke-signifikant) sammenhæng mellem angst og depression og jobtilfredsheden, dvs. et godt og tilfredsstillende job gav mindre angst og depression hos migrænikerne.

Det, der især gav medarbejderne med migræne jobtilfredshed, var involvering i jobbet og støtte fra kollegerne.

Medarbejdere, som ikke var tilfredse med deres job, havde 10 gange så stor sandsynlighed for at få depressive træk.



E. Rogante, S. Sarubbi et al., 2019. *Illness Perception and Job Satisfaction in Patients Suffering from Migraine Headaches: Trait Anxiety and Depressive Symptoms as Potential Mediators.* Headache 59, 46-55.

ABO

Pas super godt på dit job, hvis du kan lide arbejdet og kollegerne. Et tilfredsstillende job er formentlig den allerbedste 'kur' mod at få en depression pga. migrænen.

Hvad øger risikoen for at få kronisk migræne?

migræne

Mon ikke vi alle er lidt bekymrede for, om vores mere eller mindre spredte migræneanfald pludseligt skulle begynde at blive hyppigere. Og ende med at vi har migræne næsten hver dag.

Så er det måske værd at vide lidt om, hvad forskerne har identificeret som 'risikofaktorer'.

Her defineres kronisk migræne som mere end 15 migrænedage om måneden. Forskerne fandt 17 videnska-

belige artikler, som var troværdige og omfattede store grupper mennesker, som blev fulgt i en årrække.

Forskerne kunne derefter identificere en række faktorer, som alle øger risikoen for at udvikle kronisk migræne (migræne mere end 15 dage om måneden). Nogle af disse faktorer kan vi ikke selv påvirke (vores køn, store livsbegivenheder som dødsfald i familien, og om vi har allodynia).

Andre faktorer kan vi måske, med hjælp fra læger og familie, nok modifi-

cere lidt. Koffein-indtaget kan f.eks. bestemt ændres af den enkelte, og det er for mange muligt at tabe sig, evt. med vejledning fra en behandler.

De vigtigste faktorer var mange migrænedage om måneden, depression og stort medicinforbrug. Jo flere faktorer, der spiller sammen hos en migræniker, jo større risiko er der for at udvikle kronisk migræne.

D. C. Buse, J. D. Greisman et al., 2019. Migraine Progression: A Systematic Review. Headache Preprint



Som migræniker i risikogruppen for at udvikle kronisk migræne (her mere end 15 dage med migræne om måneden), er det nok især vigtigt at holde øje med medicinforbruget, hvis der er andre risikofaktorer, som er en del af livet. Selvom der er meget man ikke kan ændre, er der også en del faktorer, som man i nogen grad selv kan påvirke.

Allodynia: oplevelsen af at enhver berøring af huden føles voldsom og ubehagelig.

ABO

Sociale faktorer, livsstil og vaner:
Kvinder
Lav socialøkonomisk status
Koffein-indtag
Fedme
Store livs-begivenheder
Hovedpine-faktorer:
*Hovedpinedage per måned
Vedvarende kvalme sammen med migræne
Allodynia
Andre sygdomme:
*Depression
Astma
Smerter andre steder end hovedpine
Skader i hoved og nakke
Snorken
Søvnløshed
Medicinsk behandling:
*Overforbrug af medicin (f. eks. mod migræne)
Effekten af anfaldsmedicin mod migræne
* viser de vigtigste faktorer

Kommende arrangementer



Film, Aarhus, 28. februar kl. 19-21

Out of my head – en dokumentar fra migrænenens helvede

Instruktøren Susanna Styron skildrer forløbet, da familiens teenagedatter bliver syg og i perioder blind og kaster op. Forude lå nu en lang proces med accept af livet med migrænen som ledsager.

Arrangement med Fan-Force for migræneramte, pårørende og venner.

Pris kr. 110, som forudbetales. Refunderes for medlemmer og alle, hvis deltagerantallet ikke når 82.

Tilmelding med forudbetaling senest 14. februar via Fan-force på <https://fan-force.com>.

Biografen Øst for paradiset, Paradisgade, Aarhus

Foredrag, Køge, 28. februar kl. 19-20.30

Hold migrænen i skak og få livskvaliteten tilbage

Fysioterapeut og ph.d. Lotte Skytte Krøll fortæller om en undersøgelse af Hovedpinecentret i Glostrup, som viser, hvordan du kan mindske hovedpine og migræne med let motion og træning. Lotte fortæller, hvordan du kommer i gang og får livskvaliteten tilbage. Alle er velkomne.

Medlemmer gratis adgang. Entre kr. 110 via mobilpay 91134. Kan veksles til et års medlemskab. Tilmelding senest 21. februar på koege@migraeniker.dk

Teaterbygningen – Galleriet, Bag Haverne 1, Køge

Foredrag, Varde, 26 marts kl. 18.30-21

Fysioterapi mod hovedpine og migræne, MOH og demonstration af Rehaler

Masteruddannet fysioterapeut Lars B. Nielsen fortæller om behandling af migræne- og hovedpinepatienter. Sygeplejerske Louise Schlosser om Medicin-Overforbrugs-Hovedpine og behandling. Troels Johansen, BalanceAir, afslutter med demonstration af engangsinhalatoren Rehaler.

Arrangement i fællesskab med Hovedpineforeningen.

Alle er velkomne. Pris medlemmer kr. 50. Ikke medlemmer kr. 75 via Mobilpay 91134.

Tilmelding senest 18. marts på varde@migraeniker.dk.

Fysiodanmark, Vestre Landevej 67, Varde

Generalforsamling, København 2019. Migræne danmark. 4. april 2019 kl. 19

Arrangementet indledes kl. 19 med foredrag af leder af Nationalt Videnscenter

Jakob Møller Hansen, som fortæller om ny forskning og behandlingsmuligheder.

Alle er velkomne. Efter foredraget er der generalforsamling for Migræne danmarks medlemmer.

Tilmelding senest 28. marts på kobenhavn@migraeniker.dk. Migræne danmark giver rejsegodtgørelse til togbillet fra Jylland/Fyn/øerne for medlemmer.

Admiral Geddes Gaard, Holberg salen, Store Kannikestræde 10 A, København



Migræne danmark
Sirgræsvej 16
4660 St. Heddinge

Hvordan påvirker din migræne dig?

Vi er mange med migræne, og der er stor forskel på, hvor hårdt vi rammes.

Jeg er en af dem, som er meget syg. Jeg har migræne næsten dagligt, og det er – for at sige det lige ud – hårdt. Det er hårdt, fordi det er smertefuldt. Det er hårdt, fordi jeg er træt. Det er hårdt (men også givende), fordi jeg nægter at give op, arbejder mange timer og er enlig mor. Det er også hårdt, fordi omverdenen ikke forstår, hvordan det er at have migræne.

Jeg brækkede anklen for nu snart et år siden. Det var da noget bøvl, og det gjorde også ondt. Men det var intet i sammenligning med migræne. Alligevel kunne min familie og omgangskreds langt bedre forstå min ankel. De hjalp med at støvsuge, købe ind og lave mad de første dage. I det hele taget var de utroligt omsorgsfulde. Det var virkelig dejligt, men det føltes også lidt fjollet, for jeg er ærligt talt vant til det, der var værre. Det sagde jeg ikke, for jeg nød omsorgen.

Og det er pinligt at indrømme, hvor presset man er – og det ligger ikke til mig at bede om hjælp. Og jeg klarer det jo. Men hvor ville det dog være en stor lettelse, hvis nogen kom forbi med en lasagne en gang i mellem, eller lige ryddede op i køkkenet, hvis det hele sejler.

Hvordan påvirker din migræne dig? Skriv til os, og vi bliver alle klogere. Vi lægger måske også din historie på hjemmesiden eller deler den i bladet, hvis du er med på det (evt. i anonymiseret form). Jo, flere, som åbner op, jo mere kan vi og andre forstå om vores sygdom, og hvad den gør ved os.

Med venlig hilsen

Anne Egelund, sociolog, ph.d.

Næstformand

