

• Nr. 3 • august 2020

# MigræneNyt



- **Forholdet mellem læge og patient**
- **Nyt referenceprogram**
- **Kronisk migræne efter 10 år**
- **Coronavirus og migræne**

**Migræne danmark**  
så får du ærlig information

## En opfordring

Vi er kun nogle få aktive i Migræne Danmark, og vi har brug for lidt hjælp. Du behøver ikke være medlem af bestyrelsen eller lægge et stort stykke arbejde for at gøre en positiv forskel. Vil du stå for at organisere et foredrag i dit lokalområde? Vil du skrive en artikel til Migræne Nyt? Vil du skrive et debatindlæg? Vil du stå i en bod til en sundhedsmesse? Det er ind i mellem for stort et arbejde for de få aktive i bestyrelsen at sørge for det hele. Selv en lille aflastning gør en stor forskel. Er du interesseret, skriv til [kasserer@migraeniker.dk](mailto:kasserer@migraeniker.dk).

I dette MigræneNyt bringer vi en artikel af Gitte Lone Hildebrandt, som til daglig arbejder som sundhedscoach. Hun vil gerne bidrage med det, hun ved noget om. Vi håber I synes om det. Tak til Gitte. Også en stor tak til migræneforsker Sabrina Islamoska for hendes spændende bidrag, hvor vi bliver klogere på sammenhængen mellem demens og migræne. Malene Pilegaard har dykket ned i forholdet mellem læge og patient og Anne Bülow-Olsen skriver fantastisk engagerende om seneste nyt fra forskningen. Jeg selv har kigget lidt nærmere på det nye referenceprogram, og ikke mindst om vi nu egentlig skal bekymre os om demens.

## Elektronisk MigræneNyt

Dette blad er den første udgave af MigræneNyt i elektronisk version. Vi evaluerer forsøget i begyndelsen af 2021. Vi er spændte på, hvad I siger til det. Nogle enkelte har meldt sig ud i protest. Det er vi meget kedede af, for vi har jo truffet valget af økonomiske hensyn, og her hjælper det bestemt ikke, at folk melder sig ud. Printet af bladet kostede ca. 30% af årets omsætning, og det er en betydelig post på budgettet.

## Generalforsamling

Som med alt muligt andet i samfundet har Covid19 også sat sit præg på Migræne Danmarks mulighed for at afholde generalforsamling. Lige nu forventer vi at holde en online-version i efteråret. Se på hjemmesiden eller følg vores facebookgruppe 'Migræne Danmark' for mere nyt. Vi forventer en zoom-version af generalforsamlingen. Det er meget nemt at betjene, og man får bare et online-link, når man melder sig til. Men mere om det senere!

Vi glæder os meget til at se jer.

Anne Egelund  
Formand

---

*Forsidebillede: Forholdet til din læge er vigtigt.*

*Foto: Pixabay*



---

MigræneNyt sendes elektronisk  
4 gange om året.

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

Kontingentet dækker kalenderåret.

Redaktør: Anne Egelund  
[migraenenyt@migraeniker.dk](mailto:migraenenyt@migraeniker.dk)

Kontingent opkræves via PBS eller  
giro. Medlemskabet kan også beta-  
les via mobilepay 91134.  
Husk at skrive navn, adresse og  
mail i meddelelsesfeltet.

Migræne Danmarks bestyrelse:  
Formand Anne Egelund  
Næstformand Mille Johnsen  
Kasserer Malene Brix Pilegaard  
Bestyrelsesmedlem Dorrit Bjerre-  
gaard

Layout: MECATUM

Indlæg markeret med initialerne AE  
eller ABO er skrevet af henholdsvis  
Anne Egelund og Anne Bülow-Ol-  
sen. Artikler markeret med MBP er  
skrevet af Malene Brix Pilegaard.

|          |    |   |
|----------|----|---|
| LEDER    | 2  | En opfordring   |
| MIGRÆNE  | 4  | Kommunikation og tillid mellem læge og patient  |
|          | 6  | Mit forløb med neurologen   |
|          | 7  | Migræne og udvidede blodkar i hjernen   |
|          | 8  | Hvordan får du mest muligt ud af din læge?  |
|          | 9  | Mange andre diagnoser sammen med migræne tredobler risikoen for at få kronisk migræne |
|          | 10 | VIP kan udløse hovedpine  |
| MEDICIN  | 11 | CGRP antibodies (de nye forebyggende mediciner) kan udløse en immunreaktion           |
| MIGRÆNE  | 11 | Maskinel diagnose?  |
|          | 12 | Migrænediagnoser og risikoen for demens   |
|          | 12 | Covid19 og hovedpine  |
|          | 13 | Demens og migræne – skal man nu være bekymret?  |
|          | 13 | Søvn og migræne   |
|          | 14 | Sundere livsstil med små skridt   |
|          | 16 | Tre forskellige grupper inden for kronisk migræne?                                    |
| MEDICIN  | 17 | Corona-virus og migræne   |
| MIGRÆNE  | 17 | Migræne <-> astma   |
|          | 18 | Migræne er en skuffe med symptomer  |
|          | 19 | Har du mistet lugtesansen? Så er det muligvis fordi du har IIH                        |
| MEDICIN  | 20 | Ny behandlingsvejledning for hovedpinesygdomme  |
|          | 21 | Læger med migræne vælger Ibuprofen  |
| BØRN     | 21 | Forebyggende behandling mod migræne virker ikke for børn                              |
| MOH      | 22 | Der er tre behandlingsmuligheder, hvis du har MOH                                     |
| BØRN     | 23 | Duftfølsomhed er almindelig blandt børn med migræne                                   |
| BAGSIDEN | 24 | Elektronisk udgave af MigræneNyt  |

## 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.

# Kommunikation og tillid mellem læge og patient

## migræne

### Hvorfor er det så vigtigt - og hvorfor går det ofte galt?

"En dygtig læge behandler sygdommen, en fremragende læge behandler patienten, der har sygdommen" (citater Sir William Osler, berømt canadisk læge (1)). Forskning viser, at når en læge har gode evner til at kommunikere og har blik for hele patienten (snarere end blot sygdommen), så opnås et højere niveau af tillid, der fører til større patient-tilfredshed, en generelt mere positiv opfattelse af sundhedssystemet og – vigtigst - bedre behandlingsresultater (2).

Det kan virke banalt, men er det desværre ikke. Mange patienter, og ikke mindst patienter med kroniske, multifaktorielle sygdomme som migræne oplever, at udredningen og behandlingen af deres sygdom er utilstrækkelig. De føler sig ikke set og hørt, og det medfører unødvendig lidelse, usikkerhed og spildte kræfter, både for patienten og for det sundhedssystem, der er sat i verden for at hjælpe.

### Tillid og kommunikation

Forskningen viser, at tillid og kommunikation er tæt forbundne størrelser. Tillid kan opdeles i den der opstår mellem mennesker og den tillid man har til de institutioner, man skal forholde sig til. Mellemmenneskelig tillid opbygges, vedligeholdes eller skades, gennem møderne mellem patient og læge. Patienten sættes i en sårbar situation i mødet med lægen, hvor

han/hun opfordres til at dele følsomme, private oplysninger og stole på at lægen vil ham/hende det bedste. Den institutionelle tillid handler om troen på 'systemet' og de institutioner, der er sat i verden for at yde patienten støtte. Tilliden til lægen opstår i et samspil mellem den mellemmenneskelige og den institutionelle tillid.

God kommunikation starter altid med spørgsmål – indledningsvis åbne spørgsmål, der skal skabe rum for den individuelle patients oplevelser og betragtninger (og herved skabe tillid gennem dét, at behandleren faktisk lytter). Senere kan lægen gå over til mere lukkede spørgsmål, der kan zoome ind på mere konkrete behov og tiltag. Hele tiden er målet at komme så tæt på den rette diagnose som muligt.

Jo mere viden både læge og patient har på forhånd, og jo mere begge parter deltager og tager ansvar for processen, desto bedre bliver resultatet.

### Manglende viden

Så, hvorfor går det så ofte galt? Når det kommer til migræne, peger ledende forskere på, at der er en udbredt mangel på viden om hovedpinesygdomme, både blandt læger og patienter (3). Dertil kommer, at hovedpinesygdomme, herunder migræne, er omkranset af fordomme og ofte banaliseres, både af lægen og patienten selv.

Ifølge Dr. Robert Cowan, Md, professor i neurologi og leder af Center for

Hovedpinesygdomme på Stanford Universitet, gælder den mangelfulde uddannelse især de alment praktiserende læger, men også mange neurologer, hvilket kan synes helt skævt i lyset af, at hovedpine er den hyppigste årsag til neurologiske akutindlæggelser, er en af de mest udbredte sygdomme i verden, og koster samfundet dyrt i sygefravær og tabt livskvalitet (4). Hovedpine og migræne er komplekse, multifaktorielle størrelser, som det kræver specialiseret viden at udrede og behandle. Samlet fører det til mange fejldiagnoser, men også underdiagnosticering, som ifølge Dr. Cowan er et næsten større problem end fejldiagnosticering. Kombineres manglende viden med dårlige kommunikationsegenskaber, er vejen banet for et ufrugtbart læge-patient forhold, hvor patientens i forvejen knappe ressourcer risikerer at komme til kort.

For patienternes vedkommende, hersker der også manglende viden og fordomme. Mange vil ikke associeres med migræne på grund af omgivelsernes fordomme, og mange er måske slet ikke bevidste om, at deres gentagne hovedpine kan være fx genetisk betinget og kan behandles. Det estimeres, at cirka halvdelen af alle migrænikere ikke går til lægen, og blandt dem der gør, får halvdelen en fejlagtig diagnose. Mange søger akut hjælp under et anfald, men tager ikke yderligere handling når de har det godt mellem anfaldene. Dr. Cowan skelner også i grove træk mellem de patienter der kommer for at blive 'fikset' og dem der tager aktivt del i den

### Udredning og behandling af Migræne i Danmark

Udredningen og behandlingen af migræne i Danmark har typisk tre niveauer. Man starter hos den praktiserende læge, der i mange tilfælde kan udrede mere almindelige hovedpinesygdomme. Ved behov for yderligere udredning, kan den praktiserende læge henvise til en speciallæge i neurologi eller den lokale neurologiske afdeling, som herefter kan henvise til et af landets hovedpinecentre, eller evt. en smerteklinik. Ventetiden er ofte lang (flere år) til de mere specialiserede udredninger og behandlinger.

Lægens 'opslagsværk' i forhold til migræne, hedder "Referenceprogrammet for diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter". Dette er netop blevet opdateret, og omtales nærmere på side 20 i dette nummer. [http://dhos.dk/wp-content/uploads/2020/06/2932-Referenceprogram\\_2020\\_final\\_web-24.06.20.pdf](http://dhos.dk/wp-content/uploads/2020/06/2932-Referenceprogram_2020_final_web-24.06.20.pdf). Det kan hævdes, at Referenceprogrammet indeholder 'blinde vinkler', som kan blokere for det gode samarbejde mellem læge og patient. For en kritisk gennemgang af det opdaterede Referenceprogram, se bloggen 'Annes Migræne' fra 6. juli 2020 - <https://www.annemigraene.dk/samarbejde-mellem-laege-og-patient-blokeres/>.

længerevarende proces det kan være at blive udredt. Sidstnævnte gruppe har i sagens natur en langt større chance for at få en præcis diagnose og en målrettet behandling.

### Ændrede mønstre

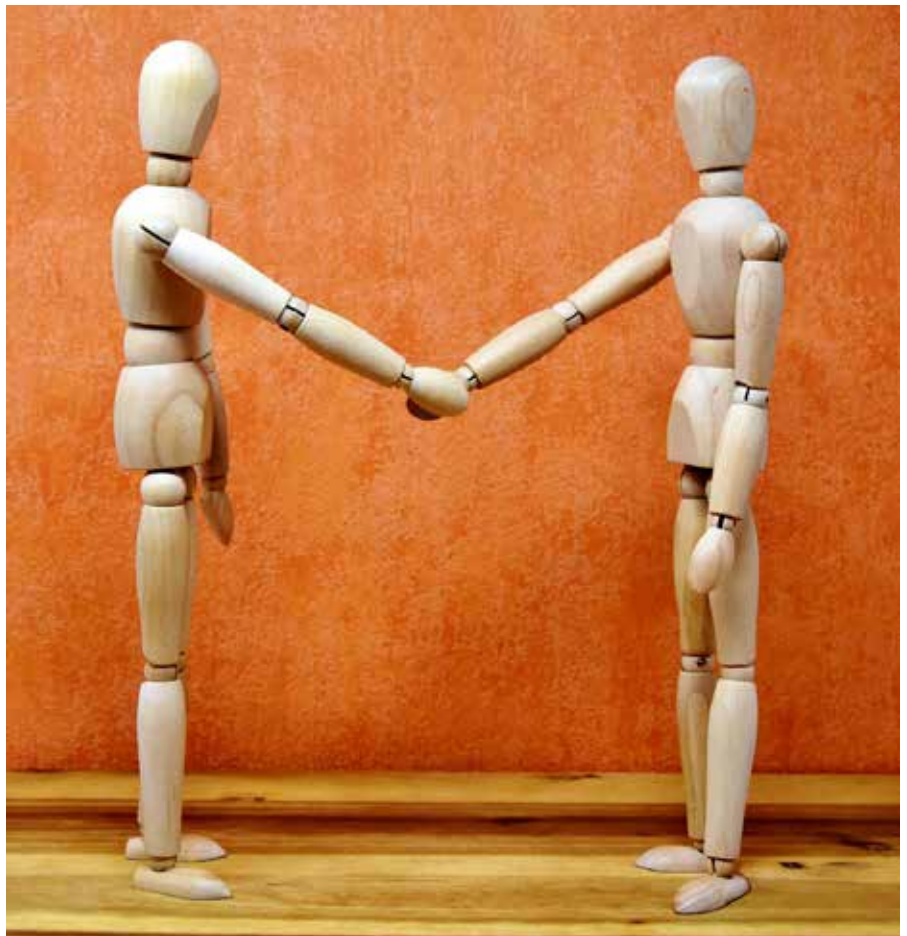
Med den store samfundspensel har læge-patient forholdet ændret sig fundamentalt over de seneste mange år. Stadig mere avancerede behandlingsmetoder og nemmere tilgang til medicinsk information stiller begge parter i en ny situation. Tidligere blev lægen betragtet som det eneste ophav til medicinsk viden, men efterhånden er den viden blevet til en forhandlingsbrik mellem lægen og patienten, og behandlingen kan i langt højere grad forventes tilpasset den enkelte patient. Det stiller nye og store krav til patienten, i det omfang han/hun ønsker at tage ejerskab over forløbet, hvilket flere og flere gør. Og det stiller også nye krav til lægernes kommunikationskompetencer.

### Projekter i Danmark

Generelt er der efterhånden kommet øget fokus på betydningen af kommunikation og patientinddragelse i lægefaglige kredse. I Danmark har Danske Patienter og De Lægevidenskabelige Selskaber fx i fællesskab lanceret projektet 'Center for Fælles Beslutningstagning' (link: <https://www.cffb.dk/>). Som der står i introduktionen på hjemmesiden: "Klinikeren er ekspert i diagnosen. Som patient er du ekspert i dit eget liv. Derfor er beslutningen om den rette behandling og pleje en beslutning, som du og din kliniker tager i fællesskab. Det giver tryghed og bedre resultater." Man kan kun bifalde sådanne projekter og håbe at denne tilgang i fremtiden bliver mere reglen end undtagelsen.

### Så hvad kan man gøre?

Som patient har man en række greb man kan ty til for at tage hånd om sit eget udrednings- og behandlingsforløb. Dr. Rosich (5), en af de førende migræneforskere i Europa, giver sine bud på hvad patienten selv kan gøre for at få mest muligt ud af sin læge, og hvordan lægen bedst støtter op om patienten i den indledende og de



efterfølgende konsultationer.

(1) Centor RM (2007) *To be a great physician, you must understand the whole story.* *Med Gen Med* 9: 59.

(2) <https://healthcare-communications.imedpub.com/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.php?aid=23072>

(3) <https://migraineworldsummit.com/talk/why-most-doctors-get-the-diagnosis-wrong/>;  
<https://migraineworldsummit.com/talk/how-to-get-the-most-from-your-doctor/>

(4) <https://migraineworldsummit.com/talk/why-most-doctors-get-the-diagnosis-wrong/>;

(5) <https://migraineworldsummit.com/resource/how-to-get-the-most-from-your-doctor/>

Andre kilder

<https://www.patientkommunikation.dk/forskning/forskningsartikler/>

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-12/patientinvolvering-et-begreb-med-praktisk-potentiale>

<https://healthcare-communications.imedpub.com/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.php?aid=23072>

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1095>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s13162-019-00137-9>

<https://migraineworldsummit.com/resource/clinical-errors-that-undermine-migraine-care/>

MBP

# Mit forløb med neurologen

## migræne

Af Caroline Thåstrup Mejlbjerg

Jeg har lidt af migræne lige siden jeg var ca. 4 år gammel. Da jeg var barn, var det kun ca. 1-2 gange om måneden.

Da jeg var i midten af 20'erne begyndte min migræne gradvist at blive værre med kortere tid imellem anfaldene, og jeg havde migræne ca. 4-5 dage om måneden – Nogle måneder var jeg oppe på 6-7 dage. Fra januar 2019, da jeg var 28 år, blev min migræne igen endnu værre med ca. 9-15 triptan-dage om måneden - Sådan har det været i ca. halvandet år nu, og udover de mange behandlingskrævende dage med migræne, har jeg også mange dage med begyndende og "let" migræne, hvor jeg undgår at tage triptaner.

I august 2019 startede jeg hos en neurolog, og det så jeg meget frem til. Desværre blev det et rigtig dårligt forløb, hvor jeg følte mig meget svigtet af neurologen! Udover migræne har jeg også et medfødt psykisk handicap, og jeg har været meget bagud i min udvikling. I maj 2019 blev jeg tilkendt førtidspension pga. mit handicap.

Jeg følte, at neurologen manglede forståelse for min situation og mit handicap – Jeg oplevede at neurologen tænkte meget mere på tal og behandlingsvejledninger, end på min livskvalitet! Jeg har i forvejen en lav stresstærskel pga. mit handicap, og nu er den blevet endnu lavere pga. den kraftige forværring af min migræne. Jeg tager stort set kun triptaner og ingen smertestillende medicin for at mindske risikoen for MOH. Det stresser enormt meget ikke at have nok triptaner, og jeg forsøgte mange gange i den tid, som jeg gik hos neurologen, at få lavet en aftale med hende om at få nok triptaner, og jeg forklarede også, at jeg slet ikke kan holde ud at være til, når jeg har ubehandlet migræne - Jeg kan intet andet, end bare at ligge i min seng med forfærdelige smerter og opkastninger! Men jeg løb hele tiden panden mod en mur, og det gik meget ud over min livskvalitet. Min neurolog ville kun udskrive 12 triptaner hver 6. uge, og

jeg ofte har brug for 2 triptaner om dagen, når jeg har migræne, så det var slet ikke nok. Jeg fik det endnu mere skidt psykisk pga. neurologens dårlige behandling, og jeg følte mange gange, at jeg var på vej til et sammenbrud, og at jeg slet ikke kunne mere!

Som forebyggende medicin fik jeg udskrevet candesartan af neurologen, og det har desværre heller ikke hjulpet på hyppigheden af min migræne. I december 2019 henviste neurologen mig til Hovedpineklinikken på OUH, og hun sørgede for at sige, at det ikke var fordi vi havde prøvet al medicin af, og at hun havde hun stadig andre ting i ærmet, som vi kunne prøve af, hvis candesartan ikke hjalp – Hun lavede henvisningen til hovedpineklinikken tidligt pga. at der er 2-3 års ventetid.

I starten af marts 2020 sagde neurologen at jeg skulle trappe op i fuld dosis i Candesartan. Det var samtidigt med at Danmark blev lukket ned pga. corona-krisen. Jeg kom i tanke om, at man har en øget risiko for luftvejsinfektioner, da candesartan kan give nedsat immunforsvar. Så før jeg begyndte at trappe op i candesartan, ringede jeg til neurologen, og hun bad mig om at trappe helt ud af candesartan pga. corona. Hun sagde også, at hun ville skrive til min læge, og at jeg kunne forny recepter på sumatriptaner hos min egen læge.

Det undrede mig lidt, og efter telefonsamtalen tænkte jeg også over, hvilken forebyggende medicin, som jeg nu skulle i gang med, for det havde neurologen ikke sagt noget om. Jeg ringede til min egen læge, da jeg også overvejede at skifte neurolog, og så sagde min læge at neurologen havde opgivet mig! Jeg blev meget rystet over, at neurologen bare havde afsluttet mig, og det følte som et kæmpe tillidsbrud bare at blive smidt ud midt i en plan! Neurologen havde jo sagt, at jeg kunne prøvet noget andet medicin hvis candesartan ikke hjalp. Derudover synes jeg også, at det er uforsvarligt, at hun afsluttede mig, samtidigt med at jeg skulle trappe helt ud af candesartan, især hvis min migræne skulle blive værre pga.



udtrapningen. Jeg følte mig virkelig svigtet af neurologen, og det bliver på en måde enormt utrygt for mig, at skulle åbne mig og skabe tillid til fagpersoner igen, pga. af sådan nogle oplevelser, og det sætter sig som et stort sår og mistro inden i mig!

Min egen læge syntes heller ikke, at det var en god idé at jeg skulle trappe ud af candesartan, så vi aftalte, at jeg skulle fortsætte med det. Min læge syntes også, at det var i underkanten, at jeg kun fik udskrevet 12 triptaner hver 6. uge, så vi fik lavet en aftale om, at jeg kunne få 12 triptaner hver 3. uge, i stedet for. Det var en stor lettelse og det hjalp på mit stressniveau!

Nu har jeg en tid på hovedpineklinikken her i august (jeg fik heldigvis en tid hurtigt), og jeg håber meget, at de kan hjælpe mig, og at det bliver et bedre forløb, end hos neurologen.

Migræne Nyt har en snak med Caroline efter at have læst hendes fortælling, hvor vi stiller et par opfølgende spørgsmål:

*Hvad var det – som du så det - der gik galt i kommunikationen med neurologen?*

"At hun ikke så mig og lyttede til mig. At hun ikke så hvordan jeg kæmpede i min hverdag og ikke kunne klare mig uden triptaner."

Hvilke egenskaber lægger du især vægt på hos en læge?

"At blive hørt og forstået. At de forstår, at min stress-tærskel er lav."

Var der noget du selv kunne have gjort anderledes og som du vil gøre anderledes næste gang?

"Det ville have været rart at have haft en med - at der var en der kunne tale min sag. Næste gang har jeg aftalt, at min mor tager med"

Efter det forløb du har været igennem, er der så nogle gode råd du gerne vil dele med Migræne Nyt's læsere?

Caroline tænker sig godt om og siger

"...ikke andet end at man skal forsøge at kæmpe videre, og turde tale om de svære ting med personer man har tillid til, så man ikke er alene med alle de svære tanker og følelser. Det betyder meget, at man har støtte fra andre."

MBP

## Migræne og udvidede blodkar i hjernen

migræne

Der har været en del usikkerhed om migrænesmerterne skyldes, at et eller flere blodkar i hjernen udvider sig og derved skaber lokal pladsmangel – dvs. tryk på det omgivende væv. Nogle forskere har hævdet, at det slet ikke var det, der sker i migrænikernes hjerner, andre har forholdt sig mere nysgerrige overfor teorien.

Tanken om at migræne skyldes udvidede blodkar i hjernen, har ellers været fremme siden 1940. Men med udviklingen af de nye CGRP-antibodies, som ikke påvirker blodkars diameter, blev denne teori skubbet i baggrunden.

Forskere fra Dansk Hovedpinecenter har nu eftervist, at [ved kunstigt fremkaldt migræne udvides en enkelt arterie i den side af hovedet, som også har migrænesmerter](#). Det er den der kaldes MMA på grafen (Middle Meningeal Artery på engelsk, dvs. den mellemste arterie, der tilfører blod til hjernehinden). Denne arterie kommer fra halspulsåren, og går ind i kraniet, hvor den deler sig i forskellige grene. En af grenene er MMA. MMA ligger lige under kraniet, og udenpå hjernehinderne (som også kaldes meninges).

Forskerne målte også omkredsen på den mellemste arterie, som går til storhjernen (MCA, Middle Cerebral Artery) og på et stykke af halspulsåren (ICA, Internal Cavernous Artery). Disse arterier udvidede sig i begge sider, da migræneanfaldet blev fremprovokeret. Hals-pulsåren trak

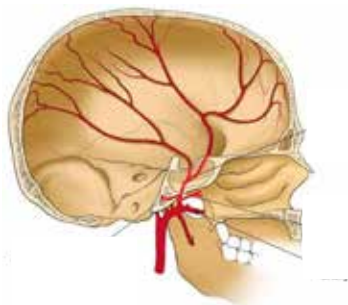
sig sammen af Sumatriptan, men det gjorde pulsåren til storhjernes overflade ikke.

Der er stadig meget, der skal undersøges, inden vi helt har et billede af,

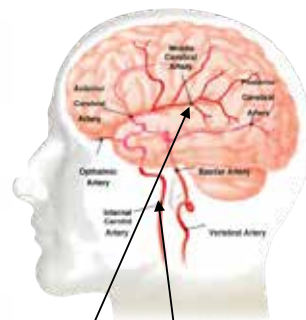
hvad der sker i hjernen, når vi har migræneanfald. Men denne undersøgelse er et godt skridt på vejen.

Se også side 10.

ABO



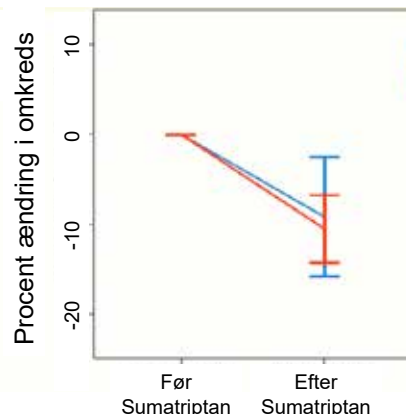
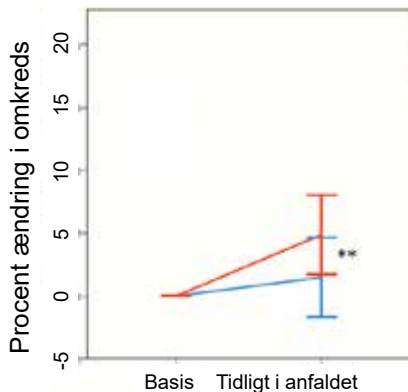
MMA løber lige under kraniets knogler, og udenpå hjernehinden. Når den udvider sig trykker den på hjernehinden, som er tryk-følsom.



MCA og ICA ligger inde i selve hjernen – dvs. i områder, der er forholdsvis bløde, og som ikke er trykfølsomme. Det betyder at vi ikke oplever smerter, når disse blodkar udvides.

MMA siden uden smerter

MMA siden med smerter



# Hvordan får du mest muligt ud af din læge?

## migræne

Artiklen er en gengivelse og oversættelse af hovedpine-terne fra et online interview med Patricia Pozo Rosich, MD, PhD, Director of Headache and Neurological Pain Research, Vall d'Hebron University

Hospital, Spain. Interviewet blev lavet i forbindelse med Migraine World Summit 2019, og kan tilgås i sin fulde længde på følgende link: <https://migraineworldsummit.com/talk/how-to-get-the-most-from-your-doctor/>

Dr. Pozo Rosich er en af de førende migræneforskere i Europa. Et af hendes fremmeste mål er at uddanne klinikere og patienter i migræne, hvilket hun, udover sin daglige praksis, blandt andet gør via Facebook og et website hun har grundlagt (midolor-decabeza.org).

Hun mener helt generelt, at der mangler opmærksomhed på betydningen af et godt forhold mellem læge og patient, og indenfor hendes felt er missionen at uddanne begge parter, både i forståelsen af migræne, men også i værdien af samarbejde og god kommunikation.

Mange læger mangler viden om hovedpinesygdomme, og kan derfor komme til at virke famlende og usikre, måske ligefrem afvisende, og omvendt er der mange patienter der går til lægen for at blive 'fikset' uden selv at tage ansvar for deres udrednings- og behandlingsforløb. På spørgsmålet om hvorfor et godt forhold mellem læge og patient er så vigtigt, svarer Dr. Rosich at "lægen er din partner i sundhed". Det kan være en lang rejse at finde den rette behandling, og her har man som patient brug for en god, kompetent partner, som man er tryk ved. Og samtidig har lægen brug for en åben og samarbejdsvillig patient, der tager medansvar for det gode partnerskab.

### Forberedelse er helt centralt

Et godt og frugtbart forløb kræver, at begge parter forbereder sig bedst muligt og at for-



ventningerne bliver afstemt. Konkret bør lægen inden konsultationen sende materiale ud om, hvilke informationer han/hun vil efterspørge. Informationerne bør være lettilgængelige og gerne visuelle, fx 'animeret' materiale, som en lille video, der viser hvad konsultationen drejer sig om, og hvad der kan forventes fra begge parter.

For patientens vedkommende er forberedelse også helt afgørende, og for migrænikeren spiller en hovedpinedagbog en helt central rolle. Det lægen skal bruge, er en opgørelse, dag for dag, over en længere periode (fx 20 dage) over hyppighed, styrke, aura eller ej, hvor meget akut-medicin der tages og hvor hyppigt, mv. Dr Rosich's erfaring er nemlig, at menneskets hukommelse er meget kort, og at man har en tendens til at glemme. Dels fordi det er menneskeligt at ønske at glemme ubehagelige oplevelser, men også fordi det er stressende at være syg, og man glemmer, når man stresser. Dertil kommer, at meget medicin har bivirkninger, der kan gå ud over hukommelsen. Så man bør gøre det til en fast rutine at registrere sine anfald – "hvad der bliver målt, bliver håndteret", som hun siger ("what is measured, is managed"). Med andre ord, så kan man ikke håndtere/forholde sig til ting, der ikke er blevet registreret. En løbende registrering af anfaldene sikrer også, at man kan følge udviklingen, hvis der sker væsentlige forandringer i sygdomsforløbet. Op til den enkelte konsultation kan man

med fordel lave en opsummering for perioden, så man sparer tid til selve konsultationen. De fleste Hovedpinedagbøger som man kan finde online, har en sådan opsummerings-funktion. Det er også en god idé at skrive spørgsmål ned inden din aftale med lægen, så du husker dem.

### "Kæmp for at komme til en specialist!"

Det næste centrale råd fra Dr. Rosich er at tage en pårørende med til konsultationen, især den første. Forskning har vist at patienter kun husker ca. 10 % af, hvad der bliver sagt til en lægekonsultation. 'Så tag din skeptiske og engagerede partner, mor eller kusine med', som Dr. Rosich udtrykker det.

Det tredje råd er at tage noter – eller endnu bedre, optage konsultationen på din telefon. Med en telefon sikrer du dig, at du får alle informationerne med og ikke bliver distraheret af at sidde og skrive samtidig med, at du lytter.

Dr Rosich går videre til sit fjerde centrale råd: Kæmp for at komme til en specialist. Hvis man ikke er tilfreds med sin behandling, så skal man op-søge andre muligheder, for de findes derude, selvom det indimellem kan synes kringlet at finde frem til dem.

På spørgsmålet om hvad man skal være opmærksom på i forholdet til sin læge, siger hun: "Er forholdet godt, føler du dig lyttet til og forstået. Føler du dig ikke lyttet til og føler du dig ligefrem afvist, så er det tid til at se dig om efter en anden læge. For de er derude, de gode læger, med specialiseret viden om lige netop din sygdom. Man skal aldrig give op", slutter Dr. Rosich.

MBP

### Ofte anvendte Hovedpinedagbøger i Danmark:

Migraine Buddy (App): <https://app.migrainebuddy.com/>

Min Hovedpine (App): <https://apps.apple.com/dk/app/min-hovedpine/id589448055?l=da>

Dansk Hovedpineselskab: <http://dhos.dk/>

Sundhed.dk: <https://www.sundhed.dk/>



# Mange andre diagnoser sammen med migræne tredobler risikoen for at få kronisk migræne

migræne

Forskere fulgte [8.658 amerikanske migrænikere](#) i et år. De spurgte ind til migræne-dage per måned og hvilke andre sygdomme/diagnoser, migrænikerne havde. Nogle af migrænikernes migræne udviklede sig fra episodisk migræne til kronisk migræne i løbet af det år, undersøgelsen varede.

Ikke overraskende viste det sig, at migrænikere, som selv opfattede deres livskvalitet som ringe, havde den største risiko for at udvikle kronisk migræne.

Allergiske reaktioner og hoste (bronkitis) eller bihulebetændelse var også væsentlige faktorer, som øgede risikoen for at udvikle kronisk migræne.

Angst og depression gav ligeledes en øget risiko for kronisk migræne, ligesom smerter i ryggen og nakken. Generelle smerter og smerter pga. f.eks. fibromyalgi var derimod ikke stærkt repræsenteret som risikofaktorer. Søvnpro-

blemer var derimod en væsentlig risikofaktor (se også side 13).

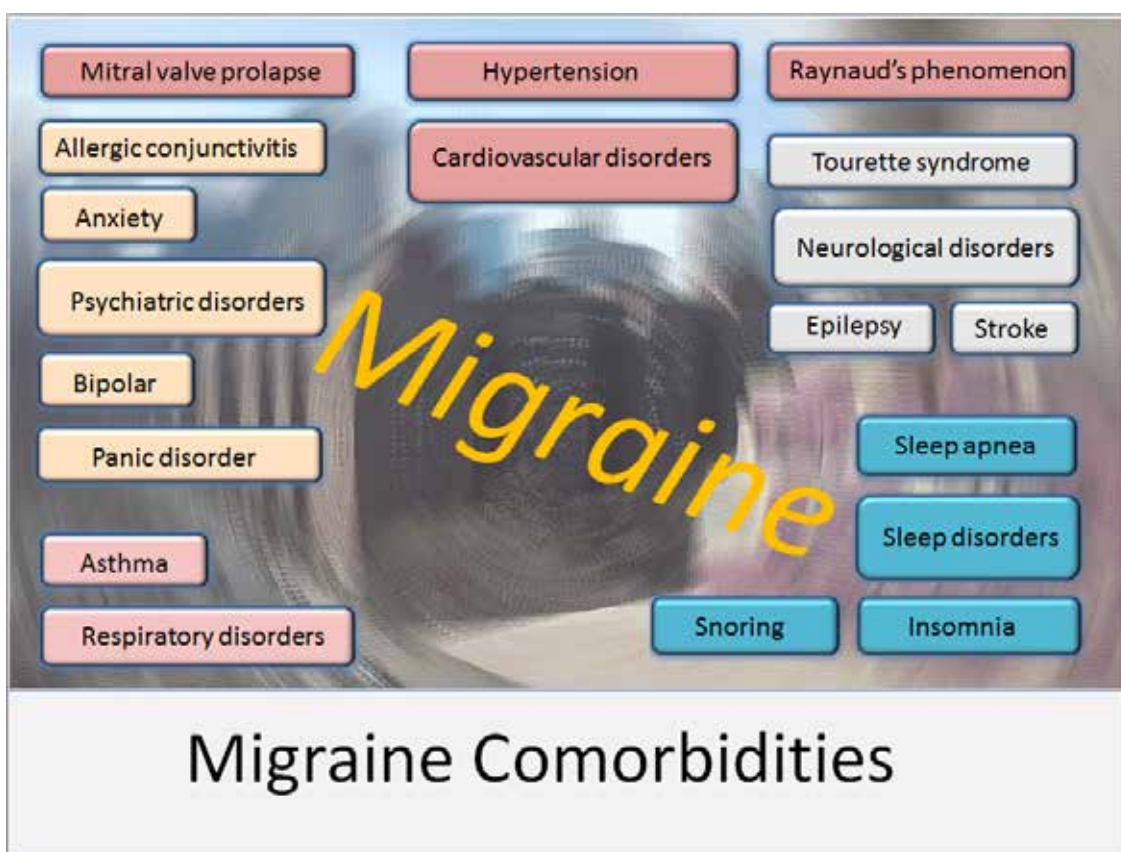
Jo flere af disse diagnoser en migræniker havde, jo større var risikoen for at udvikle kronisk migræne. I gruppen med flest andre diagnoser, var risikoen for at få kronisk migræne i løbet af undersøgelsen tre gange så stor, som i gruppen som kun havde en enkelt anden diagnose end migræne.

Et højt BMI (Body Mass Index) øgede desuden risikoen for at få kronisk migræne.

Forskerne understregede i rapporten, at nogle af disse symptomer kunne være udløst af migrænen, andre kunne have årsager, som ikke havde forbindelse til migræne.

Forskerne så også på deltagernes alder. For hvert 10-år (stigende alder), faldt risikoen for at udvikle kronisk migræne.

ABO



Comorbidity er det ord, som forskerne bruger om de mange diagnoser, som de fandt sammen med migræne. Det betyder blot, at flere diagnoser findes hos den samme person. Det siger altså ikke noget om, hvilken diagnose der kom først, eller som var årsag til de andre.

Vi ved, at der er mange diagnoser, som oftere end tilfældigt følges med migrænen. Men vi ved kun i få tilfælde, om de er en følge af migrænen, dvs. skyldes migrænen.

Vi kan derfor heller ikke anbefale, at man f.eks. skal forsøge at undgå at få angst eller depression sammen med migrænen. Angst og depression kan være udløst af migrænen, eller kan måske være en del af migrænenens symptomer, som vi bare ikke helt har fået øjnene op for endnu. Eller sammenfaldet kan være helt tilfældigt.

# VIP kan udløse hovedpine

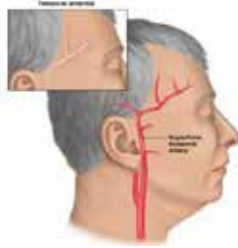
migræne

VIP betyder ofte Very Important Persons, men her betyder det Vasoaktive Intestinal Polypeptid. Men det gør ikke begrebet mindre vigtigt! Et forsker-team fra Dansk Hovedpinecenter kiggede på, [hvad VIP gør ved omkredsen af en række blodkar i hjernen](#) for lidt over 10 år siden, og fandt, at VIP ikke rigtigt gjorde noget ved blodkarrenes omkreds.

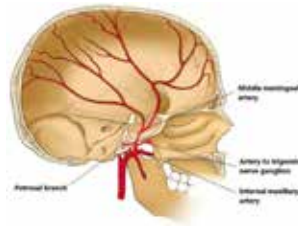
Nu har nogle af de samme forskere set på sagen en gang til. I 2008 gav de forsøgspersonerne en intravenøs langsom tilførsel af VIP i 20 minutter. I en [undersøgelse fra 2020](#) forlængede de den tid, det tog at tilføre den samme mængde VIP. Og så reagerede to af de tre blodårer i og omkring hjernen, som forskerne målte på.

Det mest yderligt liggende blodkar, som blev målt, var det blodkar, som løber udenpå kraniet, og som vi af og til kan se banke i tindingen. Det kaldes på engelsk Suprafacial Temporal Artery (STA), eller oversat det overfladiske tindinge blodkar. Efter 1

De tre blodkar, som blev målt i forsøget



*Superficial temporal artery* ligger uden på kraniet



*Middle meningeal artery* forsyner hjerneinden med blod



*Middle cerebral artery* forsyner den grå bark med blod

time, var dette blodkars omkreds øget med 40 %.

På overfladen af hjernen, lige under kraniet, finder vi hjerneinden. Den får sin blodforsyning fra et blodkar, som kaldes Middle meningeal artery (MMA) på engelsk. Det kan oversættes til det midterste hjerneinde artery. Dette blodkars omkreds steg med 20 %.

Inde i hjernen er der et stort blodkar, som forsyner meget af hjernen med blod. Det kaldes Middle Cerebral Artery (MCA), eller oversat til dansk, den midterste hjerne-arterie. Det udvidede sig slet ikke ved behandlingen med VIP.

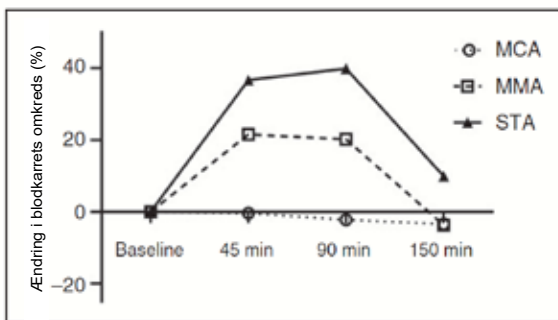
## Hvad er VIP?

VIP er en neurotransmitter, dvs. et stof som dannes i mange væv i

kroppen, og som kan sende besked til en receptor på en nervecelle, om at der – i dette tilfælde – er brug for at glatte muskler slapper af. Det betyder, at VIP bl.a. kan få arteriernes vægge til at slappe lidt af (som vi har set ovenfor), men VIP er også involveret i fordøjelseskanalens bevægelser og aktivitet mht. at opsuge væske fra tarmkanalen. VIP er desuden også vigtigt for lungernes funktion.

Ny [forskning i fordøjelsesystemet](#) har vist, at har man IBS (Irritabel Bowel Syndrome = irriteret tyktarm) eller mavesår, har man øget VIP-produktion og også øget risiko for at have migræne. Det er endnu ikke sikkert, at der er en årsagssammenhæng mellem den øgede VIP produktion og den øgede forekomst af migræne hos disse mennesker.

ABO



MCA: Middle Cerebral Artery (ligger inde i hjernen)  
MMA: Middle Meningeal Artery (ligger lige under kraniet)  
STA: Superficial Temporal Artery (ligger udenpå kraniet)

Der kan være mange forskellige årsager til, at nogle mennesker får migræne. Et højt VIP-tal kan være én årsag. Migræne er jo en konsensus-diagnose (førende forskere er blevet enige om at en række symptomer skal være opfyldt for at få diagnosen, uden at nogen kender den egentlige årsag), og mange andre forhold i vores fysiologi og levevis kan også være vigtige årsager til migrænen.

Det er beundringsværdigt, når forskere åbent indrømmer, at deres tidligere resultater ikke var det endelige svar på et problem. Messoud Ashina og hans kolleger har her, ved at gentage en undersøgelse fra 2008 som ikke rigtigt gav de forventede resultater, givet os gode nye oplysninger om, hvad der kan være en af årsagerne til migræne.

**Migræne danmark siger tak!**

# CGRP antibodies (de nye forebyggende mediciner) kan udløse en immunreaktion

## medicin

Forskere fra firmaet Ely Lilly, som markedsfører galcanezumab (Emgality), har [fremlagt resultater](#), som viser, at op til ca. 10 % af brugerne af denne medicin udvikler en immunreaktion pga medicinen.

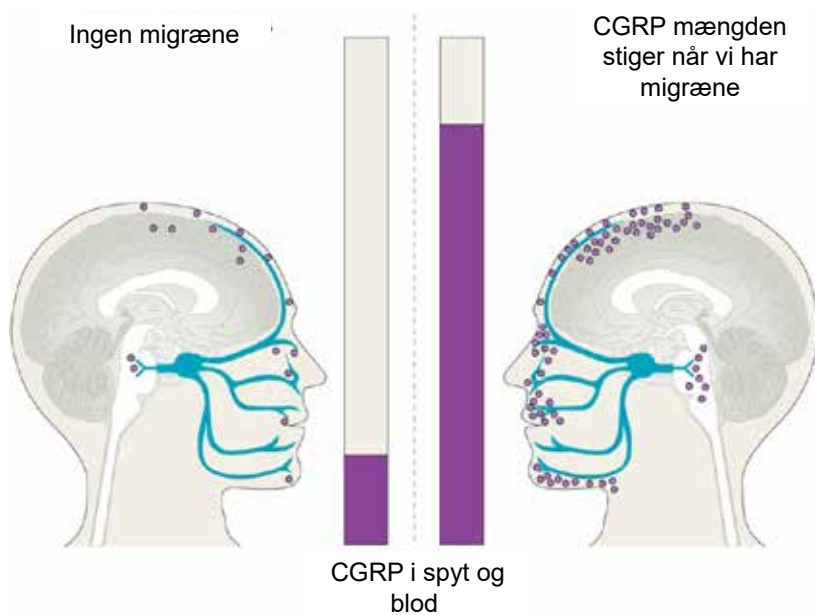
Op til ca. 2 % af deltagerne i placebogrupperne havde også denne immunreaktion.

Forskerne fremhævede, at tilsvarende reaktioner også er observeret for brugere af andre CGRP antibodies.

Men, fremhæver forskerne, immunreaktionen ændrede ikke på medicinens effekt, og brugerne mærkede ikke noget til immunreaktionen. Immunreaktionen blev fundet i en række fase-3 afprøvninger, med ca. 900 deltagere og tilsvarende placebogrupper.

Procentdelen af forsøgsdeltagere med en immunreaktion steg indtil forsøget afsluttedes efter 12 måneder.

ABO



Figur fra [Nature](#)

Der gives ingen forklaring på, hvorfor nogle af personerne i placebo-gruppen havde en immunreaktion over for Emgality. Der gøres heller ikke forsøg på at forklare, om det er denne immunreaktion, som medfører, at en del brugere af CGRP-antibody medicinerne oplever, at medicinen efter nogen tid mister sin effekt.

## Maskinel diagnose?

## migræne

Vi er ikke helt i mål. Men en tysk forskergruppe har bygget [et lille computerprogram](#), som i 86 tilfælde ud af 102 gav migrænikere den samme diagnose som lægen.

Migræne er jo en [konsensus-diagnose](#), dvs. migræne er defineret ud fra, hvad en række specialister mener, er de nødvendige og tilstrækkelige symptomer. Når en migræniker ikke helt passer ind i den aftalte definition, er det i dag op til den enkelte læge at bruge sin erfaring, for at give migrænikeren den 'rette' diagnose.

Auto-værksteder har brugt computer diagnosticering i flere år. Så det kan måske også blive virkeligheden for

migrænikere. Selvom vi nok er lidt mere komplicerede end selv de mest avancerede biler.

ABO



# Migrænediagnoser og risikoen for demens

migræne

Af Sabrina Islamoska, forsker, ph.d., Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

På verdensplan er migræne og demens to af de mest almindelige neurologiske lidelser samt hyppigste årsager til funktionsnedsættelse. Migræne er den mest almindelige neurologiske lidelse blandt alle aldersgrupper, mens demens er det mest almindelige neurologiske syndrom blandt ældre.

Flere studier har fundet en sammenhæng mellem migræne og risikoen for demens samt reduceret kognitiv funktion. Men tidligere studier har haft metodiske begrænsninger, og derfor er der behov for større populationsstudier over mange år for at kunne vurdere, hvorvidt der er en klinisk relevant sammenhæng mellem migræne og demens.

De præcise fysiologiske mekanismer som forbinder migræne til demens er endnu ikke veletablerede, men mulige mekanismer kan være vaskulære sygdomme, øget dannelse af de skadelige proteinfragmenter amyloid plaques, inflammation og underskud af nervevækstfaktorer pga. depression, stress eller strukturelle hjerneforandringer.

I vores nye forskningsstudie tog vi højde for tidligere studiers begrænsninger og udførte et stort, nationalt populationsstudie baseret på alle personer i Danmark født mellem 1935 og 1956, som var blevet registreret med en hvilken som helst migrænediagnose i alderen 31 til 58 år i sygehusvæsenet i Danmark. Vi fulgte personerne

i nationale registre fra 1988, hvor de internationale diagnosekriterier for migræne blev defineret og frem til 2017. Over de 30 år observerede vi, om personer med migrænediagnoser havde en større risiko for demens efter 60-årsalderen end personer uden migrænediagnoser.

Demens blev defineret som demensdiagnoser registreret i sygehusvæsenet i Danmark, eller ved indløsning af receptpligtig demensmedicin. Demensdiagnoserne er derfor stillet af specialister, som har udredt demenspatienter ved forskellige neurologiske tests. Det vil sige, at glemsomhed, manglende orientering om tid og sted, forandringer i humør og adfærd, eller andre kognitive udfordringer, som vi kan opleve over en periode eller i forbindelse med migræne er normalt. Disse symptomer betyder derfor ikke, at man har demens, da demens altid skyldes sygdom, oftest opstår senere i livet og ikke er en naturlig konsekvens af aldring.

Vores resultater viste, at personer med en hospitalsregistreret migrænediagnose havde en 50% højere risiko for at få demens sammenlignet med personer uden hospitalsregistreret migræne. Personer med diagnosen migræne med aura havde en dobbelt så stor risiko for at få demens i forhold til personer uden hospitalsregistreret migræne. Migræne med aura har vist sig at have stærke vaskulære mekanismer, hvilket vores studie også understøtter.

I dette studie har vi kun inkluderet de mere alvorlige tilfælde af migræne, som kræver kontakt til sygehusvæse-



net f.eks. i forbindelse med yderligere udredning i specialiserede centre eller ved akut kontakt med hospitalet pga. svære migræneanfald. Det vil sige, at disse migrænepatienter i højere grad lider af migræne af kompliceret, uafklaret og sjælden karakter, mens størstedelen af personer med migræne generelt har mindre alvorlig migræne og bliver behandlet hos deres praktiserende læge. Vi kan kun udtale os om de svære migrænetilfælde, og vores fund er ikke gældende for mindre alvorlige migrænetilfælde.

Fremtidige studier er nødvendige for at forstå de fysiologiske mekanismer mellem migræne og demens, samt hvorvidt effektiv profylaktisk behandling af migræne kan forebygge risikoen for demens. Samtidig er der behov for at undersøge demensrisikoen blandt mindre alvorlige migrænetilfælde, som ikke er i hospitalskontakt.

## Covid19 og hovedpine

migræne

Der begynder at tegne sig et billede af, at Covid19 kan give langvarige hovedpiner, som minder om migræne. Hovedpinen er pulserende ligesom migræne ofte er det, og er tosidig. Ligesom migræne

forværres smerterne af fysisk aktivitet. Håndkøbsmedicin giver ikke den forventede lindring.

Der er beretninger om hovedpine både i begyndelsen af et Covid19 udbrud, og

efter at de fleste andre symptomer er forsvundet.

Læs mere på [Healthline](#).

ABO

# Demens og migræne – skal man nu være bekymret?

migræne

## Migræne Danmarks holdning

Nej, du skal ikke være bekymret. På papiret er der en ret signifikant øget risiko, men risikoen for at udvikle demens er heldigvis generelt lav indtil 70-års alderen, hvorfra risikoen stiger år for år rent statistisk.

## Fakta om demens

Blandt de 60-64-årige er det 1-2% af befolkningen som rammes af demens. Det betyder, at blandt hårdtramte migrænikere er det måske 1,5-3%, som vil rammes af demens. Med andre ord er risikoen heldigvis stadig lav.

De senere år er sket et fald i antallet af nye demenstilfælde registreret pr. år. I 2009 blev 8.832 ældre registreret med en demensdiagnose, hvilket i 2015 faldt til 8.017 ældre registreret med en demensdiagnose indenfor pågældende år. I perioden 2004 til 2015 er andelen af ældrebefolkningen, der registreres med en demensdiagnose indenfor et givent år (incidensrate), faldet med ca. 2% årligt. Data fra 2015 og fremefter er ikke opgjort. Det er særdeles positivt at antallet af demensdiagnoser falder.



## Forebyggelse af demens

Man kan forebygge demens ved ikke at være stor-ryger og ved at leve nogenlunde sundt (rimelig sund kost og motion), samt ved at have et såkaldt højt kognitivt aktivitetsniveau. Man har et højt kognitivt aktivitetsniveau, hvis man bruger sin hjerne. Det er f.eks. godt at læse bøger eller løse Sodoku. Er du en flittig læser af MigræneNyt er du formodentlig en af dem, som har et relativt højt kognitivt

aktivitetsniveau. Bemærkelsesværdigt nok ser personlighedstræk som samvittighedsfuldhed, åbenhed og venlighed også ud til at være knyttet til en nedsat risiko for demensudvikling. Så vær venlig derude!

Kilde: [www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk)

AE

# Søvn og migræne

migræne

Sover du dårligt? Måske alt for lidt? Vågner flere gange i løbet af natten?

Så er det sandsynligvis IKKE årsagen til din migræne.

Det er konklusionen på [søvn-målinger og dagbogsoptegnelser](#) fra 98 ellers raske migrænikere i 6 uger. Det gav data fra 4.406 nætter, foruden data om migræne den følgende dag og dagen derefter. 2 ud af 3 deltagere i undersøgelsen mente selv, at de sov for lidt, og at det bidrog til deres migræne. Der blev registreret 870 migrænedage.

Forsøgspersonerne var voksne, havde mellem 2 og 14 migrænedage om



måneden, og en læges diagnose for migræne med eller uden aura. De fik en 'actigraf' – et apparat som minder om et armbandsur, som måler deres aktivitet om natten og skrev omhyggeligt dagbog (natbog?) over hvordan de selv oplevede deres søvn.

Til alles overraskelse viste det sig, at der ikke var sammenhæng mellem nattesøvnens længde eller kvalitet, og migræne den næste eller den følgende dag.

Der var dog en lille øget sandsynlighed for at have migræne om morgenen, efter en nat med mere end 15 % vågen tid.

Selv to nætter i træk med mindre end 6½ times søvn, øgede ikke sandsynligheden for efterfølgende migræne.

Migrænikernes egen opfattelse af nætter med dårlig søvnkvalitet øgede dog sandsynligheden for at vågne op med migræne på dag 1 (morgenen efter en nats søvn kaldes dag 0; den følgende dag er dag 1 i undersøgelsen). Så måske er der faktorer, som mennesket opfatter som dårlig søvnkvalitet, som ikke registreres af actigrafen.

ABO

# Sundere livsstil med små skridt

## migræne

Af Gitte Hildebrandt

Det kan være svært at opretholde en sund livsstil i en hverdag med en del dårlige dage. Mon ikke de fleste af os kan genkende, at overskuddet er lavt på migrænedage og også dagen efter. Eller i perioder hvor migrænen tager over og overskuddet er på nulpunktet.

Det kan føles som om, du skal starte forfra med de sunde vaner flere gange hver måned og mange gange dropper du projektet efter noget tid, da det bliver for uoverskueligt.

### Regler og drastiske ændringer

Oftest lægger forskellige kure op til, at du skal ændre en masse på én gang, når du vil leve sundere og f.eks. opnå et vægttab. Der er regler, du skal følge og du skal passe ned i en kasse, hvor du f.eks. spiser efter et bestemt system.

Det kunne være på 5:2 diæten eller LCHF (low carb high fat). Den første metode kan være barsk for én med migræne, da faste og et muligt blodsukkerfald kan resultere i anfald, mens LCHF kræver, at du er meget vedholdende med f.eks. at holde dig fra brød og sukker, samtidig med, at det kan være svært at spise ude hos andre, der ikke følger den samme diæt.

*"Det er normalt at have cravings, altså lyst til bestemte madvarer op til et anfald, men også efter. Så hvis du både skal være på kur og håndtere trangene til noget sødt, salt eller fedt flere dage om måneden, kan det hurtigt blive overvældende."*

### Sundhed handler ikke kun om vægttab

Nu handler sundhed jo om andet end vægttab og stressen over de forskellige regler, der skal overholdes på en kur, kan være anstrengende samtidig med, at du skal håndtere en hverdag med forpligtelser og migrænen, der griber forstyrrende ind.

Vil du gerne leve sundere eller tabe dig, men synes, at det virker uoverskueligt at skulle starte på endnu en kur?

Måske bruger du endda en masse energi på at overveje, hvad du skal prøve som det næste, fordi du har et stort ønske om at ændre livsstil. Samtidig vil du gerne give nogle sunde vaner videre til dine børn og den dårlige samvittighed kan i perioder fylde en del.

Der er heldigvis andre muligheder end at gå på endnu en drænende kur, hvor det eneste du kan tænke på er, hvornår det holder op. En metode der kan tilpasses din hverdag og som tager udgangspunkt i dine vaner.

### Små skridt

Små skridt metoden bygger på begrebet Kaizen, der betyder "små forbedringer" på japansk. Metoden bruges til alle former for forandringsprocesser og går ud på, at du foretager små positive ændringer i det, du allerede gør. Den er oplagt, for dig som har en hverdag præget af dage eller perioder med mindre overskud.

### Udgangspunkt, veje og små skridt

Der er 3 begreber, som er gode at kende, inden du går i gang med at bruge metoden.

**Udgangspunkt:** Dit udgangspunkt er der, hvor du er lige nu. Du er nødt til først at erkende, hvor du er, f.eks. at du har den vægt, du har og så tage små skridt i en sundere retning derfra.

**Vej:** Vejene repræsenterer de mange forskellige muligheder, du har for at skabe forandring. Vil du opnå et vægttab kan du f.eks. arbejde med dine tanker omkring mad, din kost og

motion. Du tager så små skridt ud af de veje, du har valgt at fokusere på. Du kan forestille dig, at du udstikker en retning og en kurs, som du går efter.

**Små skridt:** Små skridt er de konkrete ændringer, du foretager. De små skridt er individuelle, forstået på den måde, at det der er et lille skridt for dig, ikke nødvendigvis er det for en anden. Du kan arbejde med det, der er relevant for dig og der er ingen forbud.

### Ydre og indre små skridt

De ydre små skridt handler om en fysisk forandring, f.eks. at du udskifter en madvare med en anden, mens du bruger dine sanser, når du tager indre små skridt. Det kunne f.eks. handle

*"14 dage er en god tidsramme, når du vil afprøve et lille skridt. Du har mulighed for at få vanen ind under huden og opdage, om vanen er til at holde i længden eller om du skal justere fremadrettet."*

om at arbejde med at mærke sult og mæthed og på den måde regulere vægten.

### Planlægge eller være spontan

Der er 2 måder, du kan tage små skridt på. Du kan enten planlægge,

*"Når du vil tage små skridt spontant, bruger du spørgsmålet 'Hvad kan jeg gøre lige nu, som er sundere end det, jeg plejer at gøre og som jeg også har lyst til?'"*

| Vane - det du plejer                    | Små skridt - det du vil afprøve              | Din vurdering - +/- (er den nye vane realistisk?) |
|---|--|---|
| Bruger sødmælk i kaffen                 | Bruger minimælk i kaffen                     |   |
| Spiser hvid pasta                       | Spiser fuldkornspasta                        |   |
| Spiser fuldkornspasta                   | Udskifter en del af pastaen med grøntsager   |   |
| Drikker 2 glas cola med sukker hver dag | Udskifter det ene glas cola med et glas vand |   |
| Spiser 2 portioner til aftensmad        | Spiser én portion til aftensmad              |   |
| Går i et langsomt tempo                 | Går i et tempo, så pulsen kommer op          |   |
| Spiser kl. er 7, 12 og 18               | Spiser, når jeg mærker sult                  |   |
| Spiser til jeg er stopmæt               | Spiser til, jeg ikke er sulten længere       |   |

#### Eksempler på små skridt

hvad du vil fokusere på eller tage små skridt spontant. Det er optimalt at veksle imellem de 2 måder at bruge metoden på, da du på den måde kommer længst.

Hvis du for eksempel har planlagt, at du vil gå en tur på 15 minutter hver

dag, men får lyst til at gå lidt længere, nu du er kommet afsted, så er det en oplagt mulighed for at tage et spontant skridt og gå lidt længere.

Over tid kan de små skridt gøre en stor forskel for din sundhed og hvis du samtidig arbejder med at etablere et

kalorieunderskud, vil din indsats også kunne ses på vægten.

#### Du samarbejder med hjernen

En af de helt store fordele ved at tage små skridt er, at du samarbejder med hjernen. Hjernen kan bedst lide at gøre, som den plejer for at spare energi og den stritter derfor imod, når du presser drastiske ændringer igennem.

Det er en af grundene til, at det er hårdt at være på kur og så er det heller ikke en holdbar løsning i længden, da en kur er noget, du er på i en periode.

Når du ændrer dine vaner lidt ad gangen over tid, er det desuden lettere at vedligeholde dem på sigt.

Så hvilket lille skridt vil du tage som første?

#### Om Gitte Lone Hildebrandt:

Gitte er formidler, coach og underviser, og hun arbejder med livsstil, sundhed og læreprocesser.



# Tre forskellige grupper inden for kronisk migræne?

migræne

Forskere fra Stanford University i USA har opdelt 100 kroniske migrænikere i tre rimeligt forskellige grupper. Den ene gruppe klarede tilværelsen rimeligt godt, uanset den kroniske migræne,

den anden gruppe var stærkt påvirket (invalideret) af migrænen, og så var der en stor mellemgruppe.

For at foretage den opdeling, stillede forskerne migrænikerne en lang række spørgsmål, der både omhandlede fysisk målbare karakteristika og mere psykologisk orienterede karakteristika. De spurgte f.eks. ind til deres vægt, deres smertehåndtering og om de led af depressioner.

Gruppe 1 (røde søjler i figuren), som blev mest påvirket af den kroniske migræne, havde flere migrænedage om måneden, havde oftere depression, led af angst, sov dårligt og dyrkede ikke ret meget motion. Generelt var deres livskvalitet meget lav.

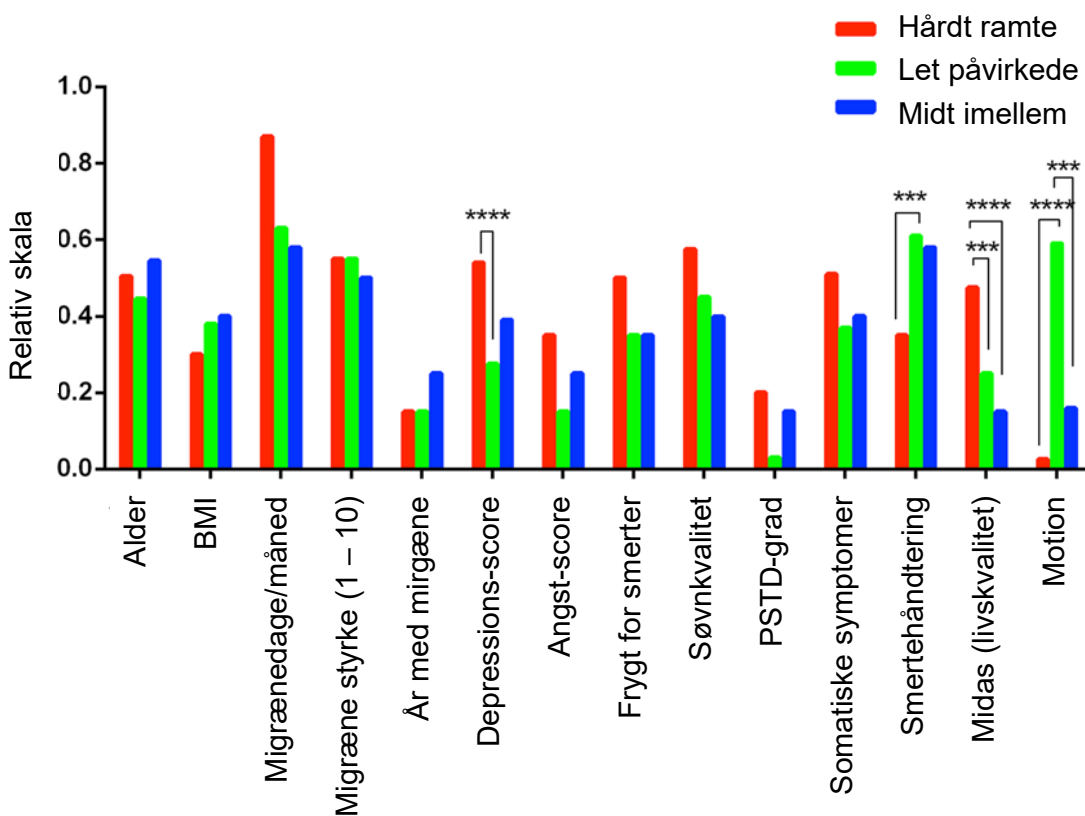
Gruppe 2 (grønne søjler i figuren), som var mindst påvirket, havde færre migrænedage, sjældent depressioner eller angst, led ikke af PTSD, var gode til at håndtere smerter og dyrkede en masse motion.

Mellemgruppen (gruppe 3, blå søjler) lå som forventet midt imellem de to andre, på de nævnte parametre.

menhængsgrad) ikke er det samme som en forklaring. Selvom der til en vis grad kan defineres tre forskellige 'typer' af kroniske migrænikere, betyder det ikke, at de karakteristika, som indgår i opdelingen i de tre grupper, er årsag til den kroniske migræne eller dens påvirkning af migrænikernes evne til at håndtere migrænen.

ABO

Det er her vigtigt at notere, at en korrelation (et statistisk mål for sam-



Dette ligner et let forklædt salgsmateriale for psykofarmaka. Og som sådan burde vi måske ikke omtale disse resultater. Men de vil – formentlig – dukke op som anbefalinger på nettet og måske fra de danske læger. Så her tager vi emnet op for forkant!

Forskerne fra Stanford University har i artiklen dokumenteret, at kroniske migrænikere rammes hårdere, jo flere migrænedage, de har. Men det nævnes ikke som en vigtig parameter. Og ses kun hvis man nærlæser en lille, gnidret graf.

Det er velkendt fra andre undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem mange dage med migræne og depression. Depressionerne rammer desuden hårdere, hvis migrænebehandlingen ikke virker ret godt. Men det finder forskerne ikke at de behøver at omtale. Deres budskab er, at de 'stærke' migrænikere ikke får psykiske problemer af kronisk migræne, mens de 'svage' nok skal have medicinsk behandling for deres depressioner mv. Ordene 'stærke' og 'svage' er ikke brugt i artiklen.



# Corona-virus og migræne

## medicin

I skrivende stund ser det ud til, at Danmark er nogenlunde på rette vej mht. at tæmme Coronas-virussen. Her er – alligevel – lidt om migræne-medicin og virussen. Resten af verden har ikke så godt styr på Corona-situationen. Så, just in case...

### ACE II hæmmere (f.eks. Lisinopril)

[Enkelte medier](#) har fortalt, at visse forebyggende mediciner mod migræne kan mildne et angreb af Covid19. Forklaringen er, at de forebyggende midler af typen ACE II hæmmere (det er f.eks. Lisinopril), påvirker de receptorer, som Corona-virussen hæfter sig til. Medicinen får receptoren til at afgive et protein, som opløst i blodvæsken binder sig til virussens 'horn'. Så kan virussen ikke trænge ind i receptor-cellen. På billedet er de blå hestesko de fritsvømmende proteiner, som stort set har gjort virussen på billedet uskadelig. Den røde hestesko, som sidder fast på nervecellen, kan derimod ikke modstå virussens indtrængen.

Den del af billedet, som er indenfor den sorte cirkel, er nok en lidt

forskønnet udgave af virkeligheden. En behandling med en Angiotensin II hæmmer giver ikke en fuldstændig beskyttelse mod Covid-19, men kan i heldigste fald mildne angrebet.

[EU's lægemiddel-agentur](#) har i juni 2020 konkluderet, at ACE II hæmmerne ikke hjælper mod Covid 19.

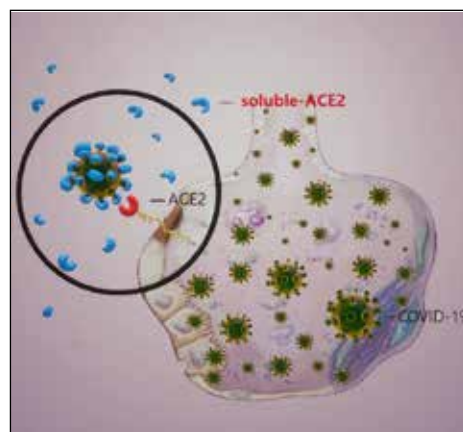
### Børn og gamle

ACE II er et enzym. Vi er fra fødslen udrustet med gener, som afgør, i hvor høj grad dette enzym er aktivt. Nogle mennesker vil derfor blive ramt mildt af Coronavirussen, andre har svært ved at bekæmpe virussen.

Børn har et højere niveau af ACE II end de voksne. Og ældre mennesker har et lavere niveau end yngre. Derfor kan børn gå i skole og evt. være udsat for smitte, men de får som regel kun en mild infektion. Og de ældre angribes hårdere end de yngre voksne.

### Ibuprofen

Der har også været [medieomtale](#), som har angivet, at Ibuprofen skulle kunne gøre Corona-angrebet voldsommere.



[Billedet](#) viser en nervecelle, som angribes af en corona-virus. Nervecellen har allerede været udsat for mange angreb (de grønne 'stjerner' inde i cellen). Men nu er patienten i behandling med en ACE II hæmmer, og der er dannet fritsvømmende små blå hestesko, som sætter sig på virussens 'horn', så de ikke kan lukke cellevæggen op, så virussen kan komme ind i nervecellen.

Der synes nu at være enighed om, at dette ikke er tilfældet.

ABO

## Migræne <-> astma

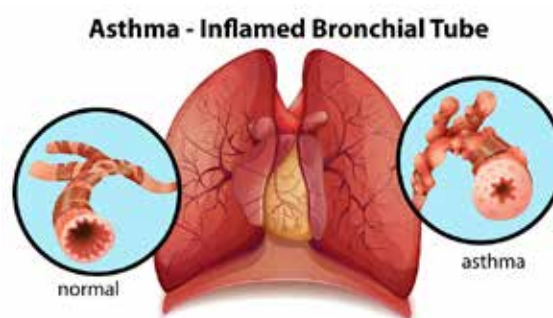
## migræne

Lider du af migræne, har du en øget risiko for også at have astma, og har du astma, har du også en øget risiko for at lide af migræne. Det er det, som forskerne kalder en bi-directional association.

Den øgede risiko er ganske stor. I den generelle befolkning i Korea er der ca. 10% migrænikere. Blandt astmatikere er der i Korea ca. 15% migrænikere. Tallene bygger på en registerundersøgelse med 113.000 migrænikere og 130.000 matchende kontrolpersoner uden migræne. De er matchet, så der er samme aldersfordeling, kønsfordeling og indtægtsfordeling i begge grupper.

Overraskende nok var det, at der ikke var forskelle mellem aldersgrupper (fra 20 til 85+ år gamle) og heller ikke mellem mænd og kvinder. Forskerne hælder til, at der må være en eller flere fælles faktorer, som påvirker de to sygdomme. Blandt mulige faktorer nævnes luftforurening, allergier, stress, rygning samt overvægt.

S. Y. Kim, C. Min et al., 2019. *Bidirectional association between asthma and migraines in adults: Two longitudinal follow-up studies.* *Nature Scientific Reports* 9, 18343 <https://doi.org/10.1038/s41598-019-54972-8>



Astma er giver fortykkede vægge i lungernes små passager, hvor luften passerer ud i alveolerne (se billedet). Muskelafslappende medicin (via inhalator) kan bruges som anfaldsmedicin.

ABO

# Migræne er en skuffe med symptomer

## migræne

Lægerne kalder migræne for en samle-diagnose. Det vil sige, at det er et navn man klister på en 'skuffe' med en række symptomer, uden at man dykker nærmere ned i, hvad der udløser dem.

Man kender formentlig langt fra alle triggere eller årsager til migræne, men behandlingen, der tilbydes, er stort set den samme, uanset hvad årsagerne til anfaldene måtte være. Dermed bliver behandlingen til udpræget symptombehandling, hvilket kun burde være en begyndelse og en lindring, men ikke en slut-destination i behandlingen af patienter med jævnlige anfald.

Hvis migrænen er udløst af en anden sygdom, et hormon i kroppen, eller en påvirkning udefra, så er det her vi skal lede for effektivt at behandle og korrigere ubalancen. Dermed kunne man med rette reservere ordet

diagnosen 'migræne' til en ren symptom-beskrivelse, snarere end en egentlig, specifik sygdom.

Andre kendte samle-diagnoser er 'hovedpine', 'ondt i maven' og 'feber'. Et andet eksempel er Bodily Distress Syndrom (BDS), som bruges til alle uforklarlige smerter eller andre problemer, der ikke umiddelbart lader sig diagnosticere efter gængse metoder.

MBP



### Lægerne kan behandle disse årsager til migræne, så migrænen bliver mindre hyppig eller generende:

- Østrogensvingninger hos kvinder (snak med lægen om minipiller)
- Allergier, specielt hvis enzymet, som nedbryder histamin, ikke er særligt aktivt i din krop
- Hjernerystelser, især hos personer med en genetisk disposition for at reagerer stærkt på hjernerystelser
- IIH (Idiopatisk Interkraniel Hypertension), er højt tryk i den væske, som ligger udenom hjernen og rygmarven. Lavt tryk kan også give migræne
- Autoimmune sygdomme, f.eks. lupus, fibromyalgi, lavt stofskifte og mange flere
- Højt blodtryk – som kan være en følge af andre sygdomme
- Forstoppet næse (Lægerne vil nok kalde det sinus-migræne)
- Stress

### Lægerne kan (endnu) IKKE behandle disse årsager til migræne:

- Biogene aminer i vores mad, hvis de enzymer, som nedbryder de biogene aminer enten er blokerede af medicin eller fordi disse enzymer ikke er særligt aktive. Det er genetisk bestemt
- Flimrende eller stærkt lys
- Dufte
- Larm
- Svingende blodsukker
- Svingende lufttryk (f.eks. vejrskifte, kørsel op eller ned af bjerge, flyveture)
- Manglende søvn
- Dehydrering

### **Migræne (eller medicin mod migræne) kan også udløse andre diagnoser/sygdomme:**

- Depression – varige smerter er kendt for at udløse symptomer, som svarer til en depression
- Angst - specielt for det næste smertefulde migræneanfald
- Tinnitus – et stort forbrug af migrænemedicin (nok især smertestillende håndkøbsmedicin) kan udløse tinnitus
- Mavesår – kan være en følgevirkning af f.eks. Treo
- Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)

**Ordet 'diagnose' kommer fra græsk**, og betyder oprindeligt dia = gennem og gnosis=kundskab. Det tolkes som at lægen ser på symptomerne og derudfra giver samlingen af symptomer et navn (f.eks. migræne). Begrebet 'diagnose' er således et arbejdsredskab – en forkortelse – i forhold til at opregne alle symptomerne hver gang, man vil omtale patientens problemer.

En **samlediagnose** (f.eks. migræne) er derfor en beskrivelse af nogle fælles symptomer, uanset årsagen til symptomerne. Diagnosen 'migræne' fører til symptombehandling, men ikke til en opklaring af årsagen til migrænen.

## Har du mistet lugtesansen? Så er det muligvis fordi du har IIH

### migræne

IIH står for Idiopatisk Interkranial Hypertension – dvs. at trykket i væsken omkring hjernen og rygmarven er forhøjet. Det giver daglige eller næsten daglige migrænelignende hovedpiner. De følges ofte af pulserende tinnitus, lys og lyd-overfølsomhed, kvalme og opkast og svimmelhed.

Diagnosen IIH ses oftest hos svært overvægtige kvinder i den fertile alder, men kan også findes hos normalvægtige.

Når der er mistanke om IIH, kikker lægen patienten i øjet. Hvis synsner-

ven er opsvulmet, der hvor den går ind i øjet (se billederne af et rask øje og et øje med opsvulmet synsnerve), er der grund til at måle trykket i væsken omkring hjernen og rygmarven. Det gøres ved en lumbalpunktur – dvs. hospitalslægen stikker en kanyle ind i væsken og måler trykket. Er trykket forhøjet, kan der tappes lidt væske ud, og hovedpinen kan bedres. Behandles IIH ikke, er der bl.a. øget risiko for at miste synet, fordi synsnerven presses sammen og derved beskadiges.

Nu viser helt ny forskning, at IIH ofte viser sig ved, at patienten mister lugtesansen. Hvis trykket reduceres ved at tappe lidt af cerebrospinalvæsken



Rask øje. Synsnerven ses som det lyse område

Synsnerven hos en IIH patient er opsvulmet på grund af overtryk i væsken omkring hjernen.

(væsken omkring hjernen og rygmarven) ud, kommer lugtesansen igen.

ABO

Risikoen for at udvikle IIH stiger med vægten. Ligesom et væggtab kan reducere trykket i cerebrospinalvæsken.

Der bliver flere og flere overvægtige kvinder. Derfor stiger antallet af kvinder med diagnosen IIH også.

Desværre er diagnosen ikke helt så enkel som beskrevet her. Der er også personer med IIH som (endnu) ikke har udviklet den fortykkede synsnerve, og som er normalvægtige mænd. Så hvis du tror du har IIH, og lægen siger, at det kan ikke passe, så kan det godt være at du har ret og lægen tager fejl.

PS – Covid19 kan også være årsag til, at lugtesansen forsvinder.

# Ny behandlingsvejledning for hovedpinesygdomme

medicin

Det er små-tung læsning - men ikke helt umulig for den garvede migræneramte - at grave sig igennem den nye behandlingsvejledning for læger. Dokumentet hedder 'Referenceprogram: Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter' og udkom i 2020.

## Medicinsanering skal nu gøres anderledes

Medicinsanering - tidligere ofte beskrevet som afgiftning - skal nu foretages på anden vis. Tidligere var det god tone, at lade patienterne gennemgå saneringsperioden uden hjælp. Her er det trods alt blevet mere menneskeligt, da man nu anbefaler noget akut døsemedicin. Medicinen er typisk noget sløvende, som betyder man kan lettere slumre/sove igennem et anfald.

Samtidig er det nu på s. 41 anbefalet, at man påbegynder forebyggende medicin under saneringen, hvor det tidligere var god tone ikke at påbegynde forebyggende behandling før medicinsaneringen var overstået. Pudsigt nok, står det så stadigt på s. 19, at 'medicinoverforbrug skal være saneret forinden'. Så man skal lige frem til s. 41, før det fremstår klart hvad der bør gøres. Her står det dog ret grundigt forklaret, at man nu anbefaler samtidig start på forebyggende. Det er lidt anderledes for GCPR-midlerne (Aimovig/Ajovy eksempelvis), hvor det stadig anbefales, at medicinoverforbrug bør være forsøgt saneret, inden behandlingen begyndes.

Alene ud fra en betragtning om, at placebo kan have en midlertidig positiv effekt mener Migræne Danmark, at man selvfølgelig skal initiere forebyggende behandling allerede samtidig med medicinsaneringen for at hjælpe patienterne igennem den ekstremt smertefulde proces, som en medicinsanering er. Desuden har dette været gjort i mange år i udlandet, så det er kun på sin plads, at det gøres i Danmark også. Dertil kommer at man nu også skriver, at man kan medicinsanere på to triptaner om ugen, fremfor 8 uger uden medicin. Dog skriver de også at en total sanering, dvs. ingen medicin (bortset fra døsemedicin) har vist sig mest effektiv.

## GON-blokade er slet ikke nævnt

Mange patienter oplever gavn af en GON blokade (injektion af binyrebarkhormon/lokalbedøvelse i Occipitalis nerven på kraniet) og man kan få den på Hovedpinecentre - men den gives kun sjældent. GON-blokade er slet ikke omtalt i behandlingsvejledningen, selvom den anvendes rutinemæssigt på hårdt ramte migrænikere i f.eks. Tyskland.

## Det anerkendes, at man lettere kommer ud af triptan-overforbrug end overforbrug af NSAID-præparater

I behandlingsvejledningen angives det som noget nyt, at der er forskel på at trappe ud af triptaner og NSAID-præparater. NSAID er midler som ipren, treo og panodil. Her omtales, at patienterne kan opleve abstinens-



symptomer i 2-3 dage med triptaner og 9-10 dage med NSAID. Man fastholder dog de 8 uger uden hverken det ene eller det andet præparat som medicinsaneringsperiode. Her har Migræne Danmark tidligere konstateret en stor forskel i de medicinske anbefalinger på verdensplan, hvor anbefalingerne er dramatisk forskellige (se evt. Migræne Nyt fra februar 2019).

## Konklusion: Gode takter

Der sker fremskridt. Det er et stort fremskridt at MOH ramte nu kan få en bedre behandling, og at fødevare-migræne anerkendes (lidt), men der er stadig et stykke vej at gå, før man kan sige at behandlingen tager højde for, hvor lidelsesfuld migræne er.

AE

## Vidste du at...

migrænikere, som bruger smartphones, har flere kortvarige hovedpiner (op til fire timer) og et større forbrug af smertestillende medicin end personer med hovedpine, som ikke bruger smartphones?

[Undersøgelsen](#) er fra Indien, og omfattede 200 smartphone-brugere og 200, som ikke brugte en smartphone. De var 30 - 35 år gamle.



ABO

Det er nok svært at finde ret mange danskere i 30'erne, der ikke bruger smartphones. Men budskabet om, at brugen af de smarte telefoner kan give hovedpine, er vigtigt. Tidsskriftets redaktør gør opmærksom på, at vi ikke ved, om de forholdsvis korte hovedpiner skyldes øget belastning af synet, i nakken eller i ryggen.

# Læger med migræne vælger Ibuprofen

## medicin

I nogle situationer stemmer vi med fødderne. Det gør vi når vi vælger, hvilket supermarked vi handler i, eller når vi vælger den mælk, vi bærer hjem derfra (mini, skummet, let, sød osv). Når vi får receptpligtig medicin, kan vi kun i mindre omfang selv vælge. Men migrænelægerne kan "stemme med fødderne", når de vælger, hvilken medicin de tager mod deres egen hovedpine eller migræne.

Lægerne kender jo selvfølgelig de lægelige anbefalinger for, hvordan de skal behandle migræne. Men hvordan behandler de sig selv? Vælger de, de samme mediciner, som de udskriver til patienterne?

Det var emnet for en [rundspørge til tyske speciallæger i neurologi](#). Der var 418 læger, der besvarede spørgsmålene. 175 af dem led af migræne. 2 ud af 3 af disse havde haft 1 – 4 migrænedage de seneste 4 uger, og 8 % havde haft 5 eller flere migrænedage. Resten (25 %) havde ikke haft migræne de sidste 4 uger. Så der var ikke ret mange hårdt ramte migrænelæger. Migrænelægernes medicinvalg til eget

brug svarede da også rimeligt til, at migrænedagene var få og spredte. 108 af de 175 læger (62 %) tog Ibuprofen, når de havde migræne, og 50 læger (29 %) tog en triptan. 135 af lægerne tog også andre NSAID-mediciner end Ibuprofen (f.eks. Aspirin, Paracetamol, Naproxen), så 71 % af lægerne havde taget svage smertestillende midler mod migrænen i de seneste 4 uger.

Svarene viste også, at hver læge kunne tage mere end en slags anfaldsmedicin.

10 % af lægerne tog forebyggende medicin. Det svarer pænt til de 8 % af lægerne, som havde 5 eller flere migrænedage om måneden. Lægerne valgte primært beta-blokkere.

Så stort set valgte lægerne deres medicin i overensstemmelse med den [tyske behandlingsvejledning](#).

Men der var nogle få læger, som synes at have konkluderet, at de har behov for andre midler end de anbefalede. De havde bl.a. forsøgt sig med ergotamin, prednisolon, stærke opioider eller kokain.

Vi patienter hører ganske tit, at [risikoen for at få medicinoverforbrugshovedpine \(MOH\) er størst](#), når vi tager håndkøbsmedicin, og at det er hårdere at komme ud af et overforbrug af håndkøbsmedicin, end af et lidt for stort triptanforbrug. Og det er sjældent, at en patient får en recept på Koka-in, Prednisolon eller Ergotamin.

Mon migrænelægerne ikke hører efter disse oplysninger? Eller satser de fleste bare på de gode gamle smertestillende? Ud fra tallene for, hvor mange migrænelæger der tager smertestillende og triptaner, fristes man til at tænke, at migrænelægerne mikser triptaner og smertestillende medicin – og at de dermed får en endnu større risiko for at udvikle MOH, selv ved et moderat forbrug af medicin.

Eller er der noget vi patienter ikke ved?

ABO

## Forebyggende behandling mod migræne virker ikke for børn

## børn

Et stort [review](#) af resultaterne af forebyggende behandling af migræne hos børn viser at behandlingernes effekt ikke er større end effekten af placebo.

Børn har i mange andre sammenhænge også en [stærk virkning af placebo](#) – måske bl.a. fordi børn påvirkes stærkt af det, de får fortalt om medicinens gode virkning. For børn med migræne, gælder dette altså ikke.

Så det må konkluderes, at der ikke er en reel effekt af medicinen. Det er besøget hos lægen og forældrenes snak om medicinens virkning, som giver den forebyggende virkning. Eller måske skyldes bedringen, at børnene vokser sig mere eller mindre ud af migrænen.

ABO



Redaktøren af JAMA Pediatrics fremhæver i en kommentar til artiklen, at de praktiserende læger bør være overordentligt tilbageholdende med at give børn forebyggende medicin mod migræne.

# Der er tre behandlingsmuligheder, hvis du har MOH

MOH

Hvad skal man vælge? Total pause i anfaldsmedicinen? Eller måske en pause i anfaldsmedicinen sammen med et forebyggende middel? Eller fortsætte med anfaldsmedicinen og få et forebyggende middel oveni?

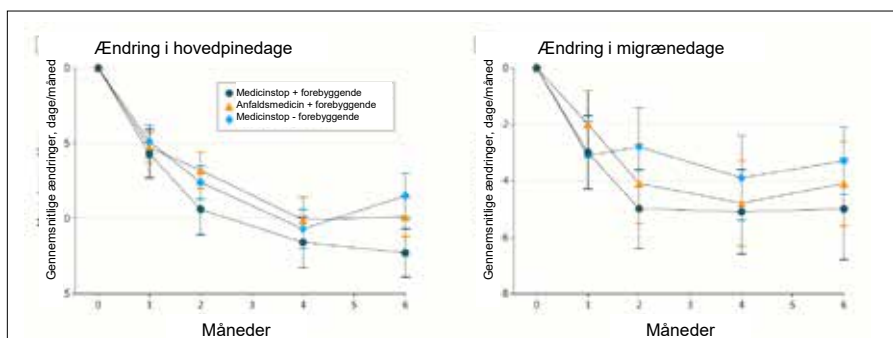
Mon ikke både læger og migrænikere har tænkt over det i mange år?

Nu har læger ved Dansk Hovedpinecenter gennemført et mindre studie med mellem 31 og 36 deltagere, tilfældigt fordelt i disse tre grupper:

1. Stop anfaldsmedicin (i seks måneder),
2. Stop anfaldsmedicin i seks måneder og tag forebyggende medicin, eller
3. Fortsæt med anfaldsmedicin og tilføj forebyggende medicin.

Lægerne konkluderer, at virkningen er en smule bedre for kombinationen af ophør af anfaldsmedicin samtidig med start på forebyggende behandling, sammenlignet med de to andre muligheder.

Konklusionen (det der huskes) siger ikke, at virkningen af de to andre behandlinger giver næsten lige så gode resultater (set over en 6 måneders periode).



Figur fra den artikel, som denne tekst bygger på, med tilladelse fra forfatterne.

Alle tre behandlinger giver en væsentlig reduktion i både hovedpinedage og migrænedage. For alle tre behandlinger er der en spredning i resultaterne, som gør, at det ikke er sikkert, at medicinstop + forebyggende (de sorte, runde symboler) er meningsfuldt bedre for patienterne end en behandling, hvor den forebyggende behandling kombineres med anfaldsmedicin efter behov (de gule trekanter).

*"This randomized clinical trial of 120 patients with medication overuse headache compared treatments consisting of withdrawal and preventive medication, preventive medication, and withdrawal alone. Withdrawal and preventive medication achieved the best results with a mean reduction of 12.3 headache days per month."*

Effekten af de tre behandlinger viste sig efter 2 måneder, og var nogenlunde stabil indtil forsøgets afslutning efter 6 måneder.

Deltagerne havde i gennemsnit 27

hovedpinedage om måneden inden forsøget, heraf i gennemsnit ni migrænedage om måneden. Så i gennemsnit fik deltagerne i alle tre grupper ca. en halvering af migrænedagene og en reduktion i hovedpinedagene på et sted mellem en tredjedel og en halvering.

| Reduktion i hovedpine og migrænedage per måned efter to måneder i forsøget |   |  |
|--|---|--|
|  | Ændring i <b>hovedpinedage</b> (spændingshovedpine + migræne) per måned | Ændring i <b>migrænedage</b> per måned |
| 1. Stop anfaldsmedicin   | 12,3  | 5                                      |
| 2. Stop anfaldsmedicin, tag forebyggende medicin                           | 10  | 4,5 til 5                              |
| 3. Fortsæt med anfaldsmedicin og tilføj forebyggende medicin               | 8 til 11  | 3,5 til 4                              |

Denne undersøgelse er nu basis for, at det netop opdaterede [Referenceprogram](#) (lægerens 'køgebog' for behandling af migræne og andre hovedpinesygdomme) anbefaler, at man begynder en forebyggende behandling samtidig med at man standser med at tage anfaldsmedicin (dvs. smertestillende medicin og triptaner). Desværre omtales i samme afsnit i Referenceprogrammet, at en medicinsanering inden den forebyggende behandling også kan anbefales.

Hvis din læge ønsker den forudgående medicinsanering inden du får forebyggende medicin, og er du bekymret for otte uger uden anfaldsmedicin, kan du evt kopiere denne artikel og give den til lægen.

Der var stor variation i hvor mange hovedpine- og migrænedage deltagerne havde, og vi ved f.eks. ikke om der var grupper (f.eks. de hårdest ramte), som ikke fik en meningsfuld reduktion.

Forsøgspersonerne fik Metoprolol,

Candesartan, Amitriptylin, Topiramet, Magnesium, Lisinopril eller Mirtazapine. Vi ved heller ikke om der var forskel i effekten af disse midler.

L. N. Carlsen, S. Bruun Munksgaard et al., 2020. [Comparison of 3 Treatment](#)

[Strategies for Medication Overuse Headache A Randomized Clinical Trial.](#) JAMA Neurology preprint doi:10.1001/jamaneurol.2020.1179.

ABO

## Duftfølsomhed er almindelig blandt børn med migræne

børn

Men det er ikke alle migrænebørn, som er duftfølsomme.

Duftfølsomheden blev defineret ved, at børnene (6 til 17 år gamle) fandt duften ubehagelig, og/eller at den kunne udløse et migræneanfald. 135 ud af 253 børn med migræne oplyste, at de var duftfølsomme (53%). [Undersøgelsen](#) blev gennemført i Brasilien.

De dufte, som hyppigst blev nævnt som ubehagelige af migrænebørnene, var parfumer (61%), madlugte (47%), benzin og lignende olie-derivater (31%) og klorin (desinfektionsvæske, 21%).

De børn, som både havde migræne og var duftfølsomme, led af alvorlige migræneanfald, som varede mere end 4 timer, de kastede oftere op end de øvrige migrænebørn og de var i højere grad ramt af lys- og lydfølsomhed. De ældste børn var især ramt af duftfølsomheden, ligesom mange migrænedage og aura øgede risikoen for at lide af duftfølsomhed.

Børnene oplyste, at en duft ofte udløste et migræneanfald indenfor få minutter.

Så duftfølsomheden rammer især de hårdest ramte børn med migræne.

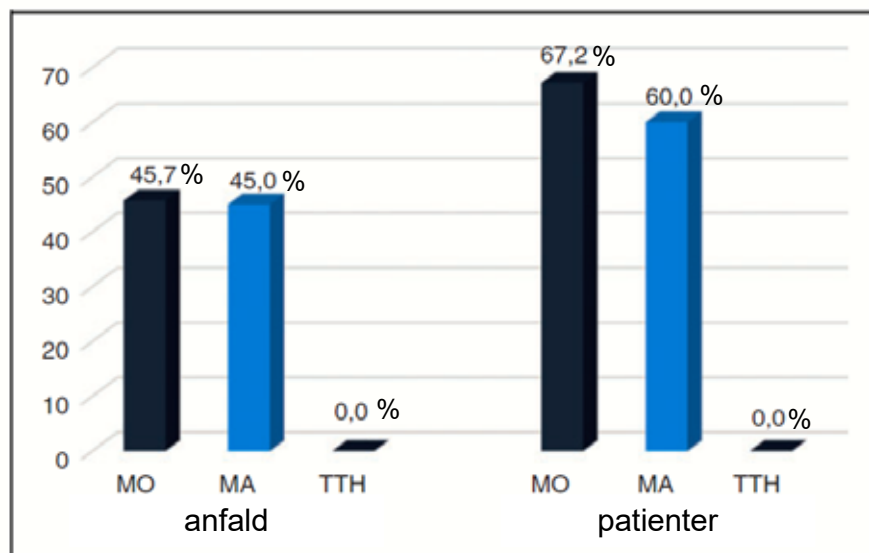


Tilsvarende resultater blev fundet i en [italiensk undersøgelse](#) af voksne migrænikere. Her sammenlignede forskerne også med voksne med spændingshovedpine.

Der var 53 deltagere med spændingshovedpine. Ingen af dem var duftfølsomme. Blandt de 140 migrænikere i undersøgelsen havde mere end 60% duftfølsomhed, om end ikke ved alle migræneanfald. Og ca. 45% af alle migræneanfald (med eller uden aura) fulgtes af duftfølsomhed.

Ligesom for børnene var det især de hårdest ramte migrænikere, der havde duftfølsomhed sammen med migrænen.

ABO



MO: migræne uden aura MA: migræne med aura, TTH: spændingshovedpine

Hvorfor nu al den opmærksomhed på duftfølsomhed? Forklaringen er, at ordet duftfølsomhed (osmophobia på engelsk) er forsvundet i den [seneste revision af den internationale klassifikation af hovedpinesygdomme](#). Osmophobia var i [2. reviderede udgave af klassifikationen af hovedpinesygdomme](#) et symptom på migræne. Den ændring er der nogle migræneforskere, som ikke er tilfredse med.

Figuren er omarbejdet fra den italienske undersøgelse.

Migræne danmark  
Anne Egelund  
Mosevangen 49  
3460 Birkerød

## Elektronisk udgave af MigræneNyt

### Af formand Anne Egelund

Som beskrevet på Facebook og i det foregående blad overgår vi til en elektronisk udgave af bladet. Vi evaluerer i begyndelsen af 2021, hvor vi ser på, hvordan medlemmerne har modtaget det.

Vi har på nuværende tidspunkt modtaget en del modsatrettede meldinger. Nogle få typisk ældre medlemmer melder sig desværre ud, andre synes det er en stor fordel, da de ikke får det læst det trykte blad.

Skriv meget gerne på [info@migraeniker.dk](mailto:info@migraeniker.dk).

