

Migrene

– mer enn bare hodepine



HVA ER MIGRENE?

Migrene er en kronisk, delvis arvelig nevrologisk sykdom som rammer rundt 15 % av befolkningen, dvs. ca. 750 000 nordmenn.¹ Sykdommen kjennetegnes først og fremst av anfallsvis kraftig hodepine som ofte er lokalisert til halve hodet. Den oppleves som dunkende eller pulserende og forverres ved bevegelse. Under hodepineanfall er mange følsomme for lyd, lys og lukter. Kvalme, oppkast og ømhet i hodebunnen er også vanlig. Under et migreneanfall vil mange helst være i et stille, mørkt rom og de færreste klarer å utføre sine vanlige gjøremål. Anfallene varer ubehandlet fra 4 timer til 3 døgn.² I etterkant av et migreneanfall føler man seg ofte utmattet og har konsentrasjonsvansker.

Det er stor variasjon i hyppighet av anfall. Noen har anfall med flere års mellomrom, mens andre har anfall daglig.

Migrene rammer begge kjønn i alle aldre, men er mest vanlig hos personer under 50 år.^{1,3} Det er den sjette vanligste sykdommen i verden og den sykdommen som forårsaker nest størst sykdomsbyrde for verdens befolkning.⁴ Hvert år forårsaker migrene ca. 400.000 tapte arbeids- og skoledager per 1 million innbyggere i i-land.

Riktig diagnose og behandling er derfor ikke bare viktig for den som har migrene, men også for pårørende, arbeidskolleger og for samfunnet generelt.

ULIKE TYPER MIGRENE

Migrene deles grovt inn i to hovedtyper – migrene med aura og migrene uten aura.² En og samme person kan ha begge typer. Migrene uten aura er den vanligste formen og kjennetegnes av anfallsvis, ofte halvsidig og dunkende hodepine av moderat til kraftig styrke. Hodepinen forverres av lett fysisk aktivitet og ledsages ofte av lys- og lydskjyhet samt kvalme og oppkast. Hodepinen varer ubehandlet fra 4 timer til 3 dager.

Migrene med aura kjennetegnes av forbigående nevrologiske symptomer som opptrer før, i starten av, eller under et hodepineanfall. Det vanligste symptomet er synsforstyrrelser i form av blinkende lys, sikk-sakk linjer eller synsbortfall i deler av synsfeltet. Nest vanligst er nummenhet og/eller prikninger i en arm, ben og/eller halve ansiktet. Talevansker kan også forekomme. Typisk for disse symptomene er at de utvikler seg gradvis og at hvert symptom varer mellom 5 og 60 minutter. Man kan ha ett eller flere symptomer i løpet av aurafasen og symptomene kan overlappe hverandre. De aller fleste får en typisk migrenehodepine i forbindelse med disse symptomene, men enkelte har bare migreneaura uten hodepine.

Noen har anfall flere dager i måneden, mens hos andre kan det gå år mellom hvert anfall. Hvor ofte man har anfall varierer gjennom livet. Mange kvinner opplever bedring under graviditet og etter overgangsalderen.

Basert på hvor mange migrenedager man har per måned, kan migrene også inndeles i en episodisk og en kronisk type.²

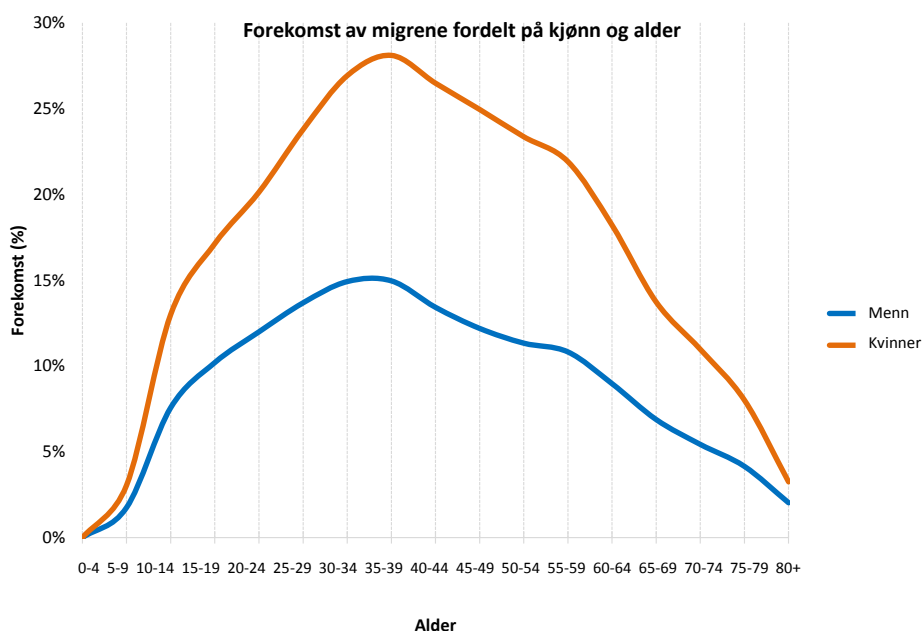
- Episodisk migrene 1–14 migrenedager i måneden
- Kronisk migrene ≥ 15 hodepinedager/måned i mer enn 3 måneder, hvorav 8 dager i måneden preges av migrenesymptomer.

FOREKOMST AV MIGRENE

Globalt er forekomsten av forskjellige hodepinesykdommer 46 %, hvorav migrene utgjør 10 % (Europa 15 %).¹

Migrene er vanligere hos kvinner enn hos menn og er vanligst forekommende hos både kvinner og menn i alderen mellom 30–39 år.^{1,3,5}

Sannsynligheten for å bli rammet av migrene reduseres med alderen og forekomsten er lavest i alderen ≥ 60 år.³



BYRDEN AV MIGRENE

Selv om migrene regnes som en «godartet» sykdom, er det den vanligste spesifikke årsaken til uførhet i det vestlige Europa og nummer to på verdensbasis.⁴ Hvert år forårsaker migrene ca. 400.000 tapte arbeids- og skoledager per 1 million innbyggere i i-land. Ifølge en europeisk studie koster en migrene-pasient samfunnet over 1200 Euro årlig.⁷ Over 90 % av disse kostnadene er såkalte indirekte kostnader pga sykefravær samt redusert effektivitet på jobb og skole. De resterende 10 % er direkte kostnader knyttet til medisiner, undersøkelser, legebesøk og innleggelse på sykehus.

Migrene utgjør med andre ord ikke bare en belastning for den som rammes, men påvirker også familie, arbeid og samfunnet for øvrig.

Migrenerelaterte kostnader er tre ganger høyere for kronisk migrene enn for episodisk migrene.⁸

MIGRENENS ULIKE FASER *2,6,9

Prodromalfasen

Også kalt varselfasen, opptrer noen timer eller til og med dager før aura- eller hodepinefasen starter^{2,6,9} Symptomer som kan forekomme i prodromalfasen:

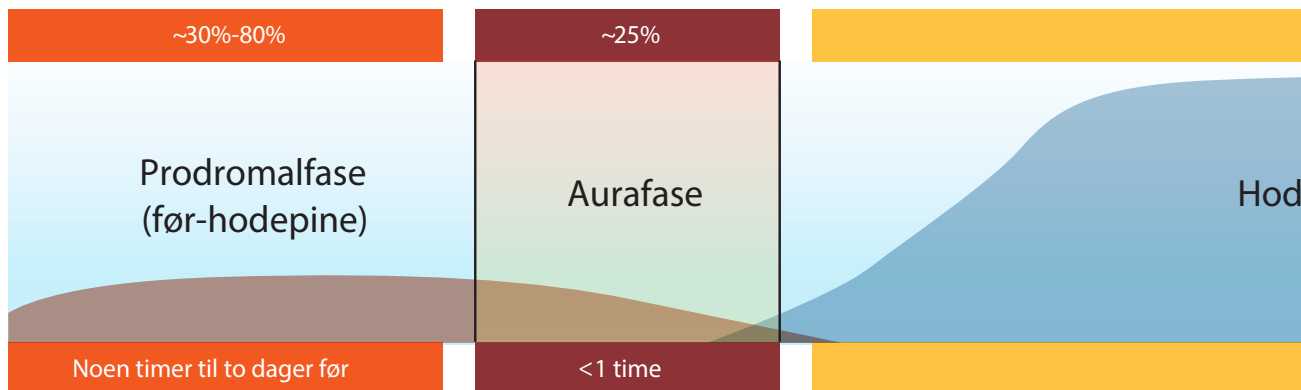
- Repetitiv gjesping
- Apati
- Konsentrasjonsvansker
- Tretthet
- Økt følsomhet for lys, lyd og lukt
- Irritabilitet
- Depresjon
- Økt matlyst og tørst
- Økt urinering
- Eufori, hyperaktivitet og søvnproblemer
- Nakkestivhet/-smerter

Aurafasen

Aura er et forbigående fokalt nevrologisk fenomen som inntreffer før eller under hodepinen. Aurasymptomene bygger seg gradvis opp over flere minutter og pågår vanligvis i mindre enn 60 minutter.^{2,6,9} Symptomer som kan forekomme i aurafasen kan være visuelle, sensoriske eller motoriske:

- Partiell synsfeltforandring som oppleves som blinking/flimring
- Uklart syn, tap av synsfelt
- Sikksakklinjier/flekker
- Prikking i en arm og halve ansiktet inkl. tunge
- Ensidig eller delvis lammelse, motorisk svakhet
- Nummenhet, nedsatt følsomhet
- Nedsatt eller tap av hørsel

Andel pasienter (%)



Tid

Hodepine-/smertefase

Hodepinefasen kalles også for smertefasen. I denne fasen opptrer flere karakteristiske symptomer som kan påvirke hele kroppen.^{2,6,9} Symptomer som kan forekomme i hodepine-/smertefasen:

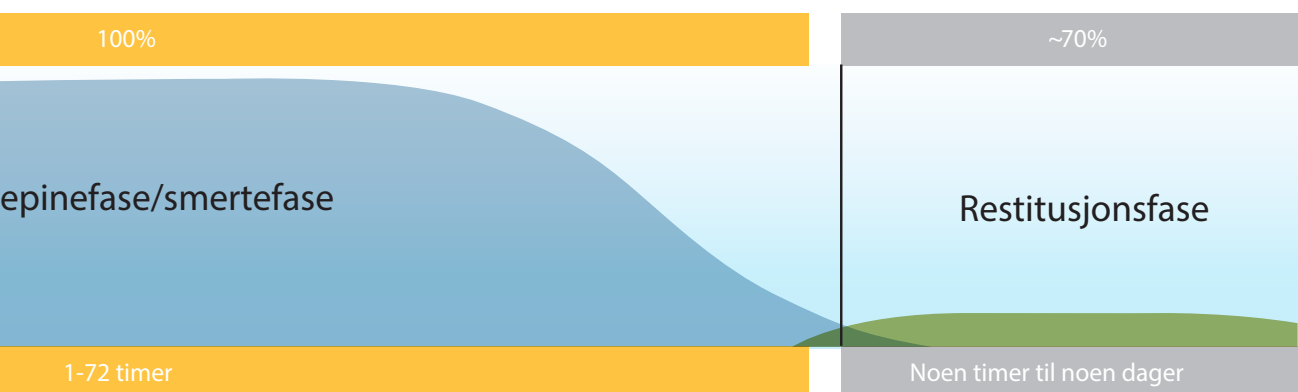
- Ensidig hodepine (kan også være bilateral)
- Smerter i øyne, tinner og kjeve
- Smerten varer fra 4 til 72 timer ubehandlet
- Smerten forverres av lett fysisk aktivitet
- Økt følsomhet for lys, lyd og lukt
- Kvalme og oppkast

Restitusjonsfase

Postdromalfasen kalles også resolusjonsfase eller restitusjonsfase. Mange beskriver en tretthet, de kan føle seg utslåtte, «bakfulle» og kan også kjenne smerter eller ømhet i det området der de har hatt hodepine*.

Symptomer som kan forekomme i postdromalfasen:

- Tretthet
- Svakheter
- Kvalme
- Svimmelhet
- Humørsvingninger
- Depresjon og/eller sykdomsfølelse
- Nedsatt konsentrasjonsevne



DIAGNOSE

Diagnosen migrene er basert på hvilke symptomer man rapporterer i forbindelse med anfall. Det finnes ingen diagnostisk test (for eksempel blodprøver, røntgenundersøkelse) som kan bekrefte diagnosen. International Headache Society (IHS) har definert diagnostiske kriterier for migrene som er relativt enkle for helsepersonell å kjenne igjen og følge opp.²

Det finnes 3 spørsmål som kan være med på å avgjøre om hodepinen er migrene eller ikke:

1. Blir du lysømfintlig under anfall?
2. Blir du kvalm eller uvel når du har hodepine?
3. Har hodepinen ført til at du ikke har kunnet fungere/har måttet være borte fra jobb eller skole minst en dag i løpet av de siste 3 månedene?

Dersom du svarer ja på 2 eller 3 av disse spørsmålene, er det sannsynlig at du har migrene. Personer med migrene anbefales å føre en hodepinedagbok for å kunne fastslå hodepinediagnose, tolke hodepinemønsteret og vurdere effekt av behandling.

BEHANDLING

Basert på den enkeltes sykehistorie skal eventuelle triggerfaktorer unngås. Det første trinnet i behandlingen er å lære personer med migrene å håndtere disse triggerne og utvikle såkalte mestringsstrategier for å kunne identifisere og eventuelt avlede migrenesymptomene. Typiske triggere er stress, for lite eller for mye søvn, værforandringer, uregelmessig inntak av mat og drikke, visse typer matvarer - og for enkelte kvinner menstruasjon.¹⁰

Mange personer med migrene opplever positiv effekt av regelmessig fysisk aktivitet, regelmessig søvn, meditasjon og stressmestring. Kvinner med migrene bør diskutere valg av prevensjonsmiddel med legen sin. Medikamentell behandling baseres ut fra alvorlighetsgraden og hyppigheten av migreaneanfall. Man skiller generelt mellom anfallsbehandling og forebyggende behandling.

- Anfallsbehandling er medisiner man skal ta i hodepinefasen for å redusere symptomer under anfallet. Dette kan være både vanlige smertestillende medisiner, kvalmestillende og mer spesifikke reseptbelagte migrenemedisiner. Medisinen virker best når man tar den tidlig under anfall. Man bør ikke ta slike medisiner mer enn 2 dager per uke i gjennomsnitt fordi et høyt forbruk over tid faktisk kan forverre hodepinen.

- Forebyggende behandling. Ved migreaneanfall oftere enn 2-3 ganger per måned bør man i tillegg vurdere oppstart av forebyggende behandling. Dette er medisiner som inntas regelmessig – også de dagene man ikke har migrene. Målet med forebyggende behandling er å redusere hyppigheten av migreaneanfall. Mange opplever i tillegg at anfallene blir kortere, mindre smertefulle og lettere å behandle med anfallsmedisin. Effekten av forebyggende medisin kommer ikke umiddelbart og man bør derfor prøve ut medisinen i minst 2-3 måneder i riktig dose før effekten evalueres. Det er svært viktig å føre hodepinedagbok når man starter med migreneforebyggende behandling for å kunne vurdere effekten av medisinene.

St. Olav Hospital og NTNU har utviklet en app, Hodepinedagboka, som kan lastes ned på [google.play](https://play.google.com/store/apps/details?id=no.ntnu.hodepinedagboka) og [AppStore](https://apps.apple.com/no/app/hodepinedagboka/id1444444444).

Hodepinedagboka



The app interface for Hodepinedagboka is shown below:

Anfallsregistrering

Velg dato

19	September
20	Oktober
21	November

Intensitet

 Mild	☐
 Moderat	☐
 Kraftig	☐

Inntatt medisin

 Migrenemedisin	☐
--	--------------------------

Oversikt

-  Registrer hodepine
-  Månedsvising
-  Årsvising
-  Medisinoppsett
-  Innstillinger
-  Hjelp
-  Om

HVOR FINNER DU MER INFORMASJON?

<https://stolav.no/avdelinger/nevroklinikken/nasjonal-kompetansetjeneste-for-hodepine>

www.ihs-headache.org (International Headache Society)

www.ehf-org.org (European Headache Federation)

www.hodepinenorge.no

REFERANSER

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
3. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68(5):343-9.
4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
5. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017;16(1):76-87.
6. Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, et al. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing. *Physiological reviews*. 2017;97(2):553-622.
7. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012;19(5):703-11.
8. Messali A, Sanderson JC, Blumenfeld AM, et al. Direct and Indirect Costs of Chronic and Episodic Migraine in the United States: A Web-Based Survey. *Headache* 2016; 56(2):306-322
9. Burstein R, Nosedà R, Borsook D. Migraine: Multiple Processes, Complex Pathophysiology. *J Neurosci*. 2015(17);35:6619-29.
10. Wang J, Huang Q, Li N, et al. Triggers of migraine and tension-type headache in China: a clinic-based survey. *Eur J Neurol*. 2013;20(4):689-96.

Novartis Norge AS
Pb. 4284 Nydalen
0401 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00
Faks: 23 05 20 01
www.novartis.no

