

Smerteklinik og forskningsklinik fusionerer

behandling

Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser (FFL) er fusioneret med Smerteklinikken (Neurologisk afdeling) i Århus fra 1. oktober 2014.

Migrænerforbundet har spurgt Overlæge Helge Kasch, leder af Hovedpineklinikken i Århus (som er en del af Smerteklinikken), om det får betydning for behandlingen af migrænere på Hovedpineklinikken.

Helge Kasch svarede således:

"Kære Anne Bülow-Olsen.

Patienter med primære hovedpiner (overvejende svær migræne, Hortons hovedpine og varianter af denne, kompliceret spændingshovedpine, samt sjældne primære hovedpiner) vil fortsat blive visiteret direkte til Hovedpineklinikken. Dette gælder også for visse sekundære hovedpiner, f.eks. lavtryks- og højtrykshovedpine. Er der tale om medicinoverforbrugs hovedpine (bortset fra hvis patienten er i morfin behandling) samt kronisk migræne, er det derfor også fortsat Hovedpineklinikken opgave at behandle disse patienter. Første kontakt vil være enten en neurologisk speciallæge eller en læge, som er under uddannelse på neurologisk afdeling (typisk en introduktionsreserve-læge i neurologi eller en kursus reserve-læge i neurologi, psykiatri eller sjældnere neurokirurgi).

Patienter som kommer i Hovedpineklinikken har typisk haft



hovedpine i 3-20+ år, og har ofte prøvet talrige medicinske og ikke-medicinske behandlinger. Hovedpinen vil have første fokus i behandlingen, men når/hvis der er komplicerende faktorer, f.eks. forskellige typer af hovedpine samt andre smertetilstande eller anden sygdom, vil det selvfølgelig blive taget i betragtning i forhold til behandlingsplanen. Så mange af vore patienter er at betragte

"Mange af vore patienter er at betragte som kroniske smertepatienter, og deres livskvalitet er væsentligt nedsat på grund af de bio-psykosociale elementer i hovedpinen.

Som det er nu, bliver omkring 3-8 af Hovedpineklinikken patienter om måneden henvist til FFL".

som kroniske smertepatienter og deres livskvalitet er væsentligt nedsat på grund af de bio-psykosociale elementer i hovedpinen.

Som andre smertepatienter har migræne- og andre hovedpinepatienter (som kommer i en tertiær hovedpine-klinik) en øget forekomst af psykiske problemer (ca. 3-5 gange højere Odds Ratio), herunder helbredsangst, depressioner og også øget forekomst af såkaldte somatoforme klager, og der kan derfor (forhåbentlig) være yderligere behandlingstilbud med den kommende klinik. Som det er nu, bliver omkring 3-8 af Hovedpineklinikken patienter om måneden henvist til FFL. Det svarer til at ca. hver 15.-20. patient i vores klinik anses for at kunne have gavn af FFL's tilbud; mange af disse afvises dog af FFL i dag på grund af kapacitetsproblemer. Ca. hver 7.-10. patient i Hovedpineklinikken vurderes og behandles i dag af en smertepsykolog, som vi fortsat deler med Smerteklinikken.

Behandlingstilbuddet fra FFL er hidtil meget begrænset og afspejler slet ikke behovet, og forhåbentlig udvides dette med den ny Smerte- og Hovedpineklinik.

Hvis en patient afviser en foreslået behandlingsplan, medicinsk eller ikke-medicinsk, er det jo et valg, der skal respekteres. Hovedpineklinikken har kun kapacitet til at fastholde en meget lille gruppe til fortsat kontrol, og derfor vil vi ofte efter 1-3 lægelige konsul-

Migrænerforbundet har spurgt professor Rigmor Jensen, om Dansk HovedpineCenter henviser migrænere til smerteklinikker og/eller psykiatrisk behandling.

Rigmor Jensen svarede:

"På DHC henviser vi normalt ikke migrænepatienter til smerteklinikker, og tværtimod har vi indgået en aftale med de lokale smerteklinikker, at de henviser alle deres patienter med hovedpine eller ansigtssmerter til DHC i

stedet. Vi er neurologer og har ekspertise i hovedpine-lidelser og ansigtssmerter, mens lægerne på smerteklinikkerne oftest er narkoselæger og har ekspertise i de andre smertetilstande i kroppen. Vi har dog et tæt samarbejde med smerteklinikkerne i andre sammenhænge og i relation til den tværfaglige behandling, hvor mange af de samme principper som psykologer og fysioterapeuter anvender, er sammenfaldende".

tationer afslutte patienten til videre behandling hos egen læge.

Med hensyn til uddannelse har du jo ret i, at klinikken ville være bedre tjent med, at der var flere hovedpinespecialister; indtil videre må vi glæde os over, at

der i hvert fald bliver bedre støtte af øvrigt personale omkring hovedpinebehandlingen i Vest-Danmark med ovennævnte fusion.

Mvh
Helge Kasch"

Smertes er ikke psykiske

behandling

Migrænerforbundet kom i kontakt med en af verdens førende smerteforskere, professor John N. Wood, på migrænekongressen i september. Vi bad om en udtalelse om hensigtsmæssigheden af at behandle kronisk migræne som en psykisk lidelse. Professor Wood svarede (i oversættelse fra engelsk):

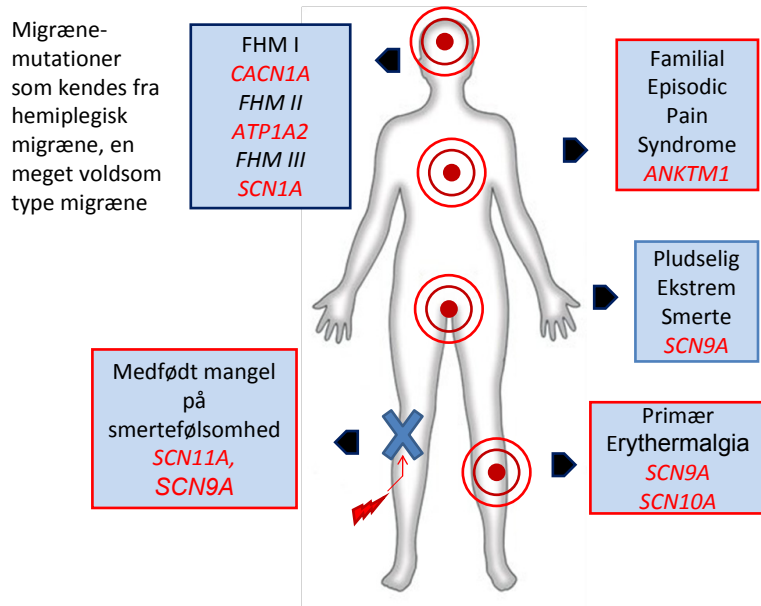


Visse læger har i nogen tid afsporet diskussionen om, hvorfor smerte opstår. F. eks. mener disse læger, at smerter pga. fibromyalgi

kun findes i patienternes fantasi, uanset at det nu synes bevist, at smerterne skyldes aktivitet i de yderste nerve-ender. Tilsvarende er psykiatrisk behandling af smerte og migræne efter min mening uhensigtsmæssig og uacceptabel, fordi vi bl.a. kender mekanismen bag migræne bedre og bedre, og vi har medicin, der virker i behandlingen af migræne. Medens mekanismerne bag depression og "affective disorders" (psykisk sygdom) stadig er mystiske, tvivler jeg på at psykiatrisk behandling af disse lidelser har større virkning end behandling af en præst, en heksedoktor eller en sympatisk ven. Det er klart en misklassifikation at behandle migræne som en "affective disorder" (psykisk sygdom), og det kan føre til mange unødige fysiske lidelser.

Professor Wood vedlagde denne figur, hvor det er angivet, hvilke smerter, der skyldes mutationer af et enkelt gen. Der er tre forskellige typer familiær hemiplegisk migræne (FHM i figuren), hver med sin specifikke mutation. Disse tre mutationer påvirker langt flere funktioner i kroppen end lige netop migræne, så medicin,

Arvelige smertesygdomme, som skyldes en enkelt mutation hos mennesket



I figuren er med rød skrift angivet de mutationer, som er årsag til de 'uforklarlige' smerter.

Tre arvelige migrænetyper (FHM I, FHM II og FHM III) skyldes mutationer i ion kanaler eller ion pumper, som er en del af et bredt spektrum af nervernes aktiviteter. De er derfor ikke egnede som mål for behandlingen af migræne. Men de viser, at nervernes aktivitet er den vigtigste årsag til disse typer migræne.

I andre smerte-syndromer er årsagen til smerterne at finde i mutationer i TRP kanaler (Familiær episodisk smerte) eller natrium kanaler (primær erythermalgia, også kendt som rød neuralgi, dvs. smertefulde røde pletter i huden), pludselig ekstrem smerte og medfødt mangel på smerteoplevelse, dvs. disse lidelser kan behandles med medicin. Der er allerede nu ny medicin mod disse lidelser i fase 2 afprøvninger (dvs. de første afprøvninger på mennesker).

som modvirker virkningen af mutationen, vil få mange og alvorlige bivirkninger. De øvrige kroniske smerter, som er angivet på figuren, kan formentlig i fremtiden behandles med medicin, som præcis 'retter' på effekten af den mutation, som giver smerterne (eller helt udelukker at man kan føle smerte).

Professor John N. Wood
Molecular Nociception Group
University College London.

Hvad er fysiske smerter?

Vi har alle lært, at vi kan mærke smerte, når vi slår os. Og at andre nerver fra huden fortæller os om varme eller kulde. Men smerter er langt mere komplicerede.

behandling

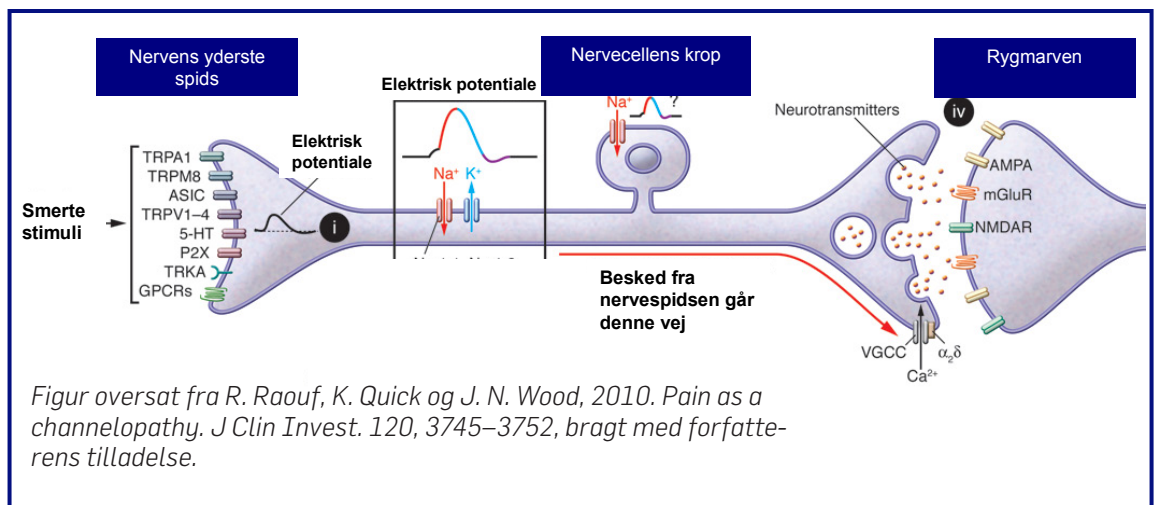
I figuren her er vist en nervetråd. Denne nervetråd er en sammenstilling af alle de nerve-tråde, som vi har i kroppen. I virkeligheden har nervetrådene stort set kun en af de 'følere' for impulser, som er vist til venstre på figuren (ud for smertestimuli). Dvs. der er nervetråde, som sender besked, når vi føler smerte, men de sender ikke besked om at noget er varmt. Andre sender besked om f.eks. en ætsende syre, men ikke om varme eller smerte. Og så fremdeles.

Helt speciel er opfattelsen af migræne/hovedpine. Denne type smerte skyldes stimulation af den 'føler', som kaldes 5-HT. TRPV giver smerteoplevelsen, når hammeren lander på tommelen eller vi brænder os. TRPA fortæller os at vi strækker musklerne for meget, ASIC mærker ætsning fra syrer, TKRA regulerer hvor mange nerveceller der får lov at fungere, og GPCR sender besked om lys, smag og meget andet. De er f.eks. 'følerne' som måler blodsukkeret, eller lyset, så vi kan danne melatonin, når det bliver mørkt og dermed lettere falde i søvn.

Påvirkningen kan være udefra (f.eks. en hammer på tommelfingeren) eller interne (f.eks. tryk fra en svulst eller mavesyre, som opløser mavens slimhinder). Nogle af os oplever smerterne stærkere (eller slet ikke), sammenlignet med almindelige raske mennesker. Det kan skyldes mutationer, som ændrer, hvor effektivt impulsen sendes fra nervens yderste spids til rygmarven og derefter til hjernen.

Når nervetrådens yderste ende har modtaget et signal,

begynder en proces, hvor Na^+ og K^+ transporteres ind og ud af nervetråden. Nervetrådens ydre membran har en masse porer, som aktivt kan sende Na^+ og K^+ ind og ud af nervecellen. Det ændrer det elektriske potentiale i væsken inde i tråden og udenfor og får de næste porer, lidt længere henne ad tråden, til at blive aktive. Impulsen løber derved hen ad nervetråden, og når den møder det sted, hvor nervetråden skal kommunikere med den næste nervetråd (f.eks. i rygmarven eller hjernen, højre side af figuren) frigives de neurotransmittere, som vi oftest hører om, fra nervecellens ende – f.eks. glutamat,



acetylcholin, dopamin, histamin, serotonin og mange andre. De har hver deres helt specifikke opgaver, f.eks. får acetylcholin muskler til at arbejde, dopamin får os til at føle velbehag og serotonin styrer bl.a. vores sultoplevelse, søvn, hukommelse og temperatur.

Ud over disse mange faktorer i smertesignalernes vej fra nerveende til hjernen, kan en række mutationer (se side xx) ændre nervetrådernes evne til at få Na^+ og K^+ (eller Ca^{++}) til at bevæge sig ind og ud af nervetråden. Hvis nervetråden sender for mange ioner enten ind eller ud, går der et forkert signal til den næste nervecelle, og vi får 'uforklarlige' smerter, som f.eks. hemiplegisk migræne og formentlig også allodynia (øget smerteoplevelse ved berøring).