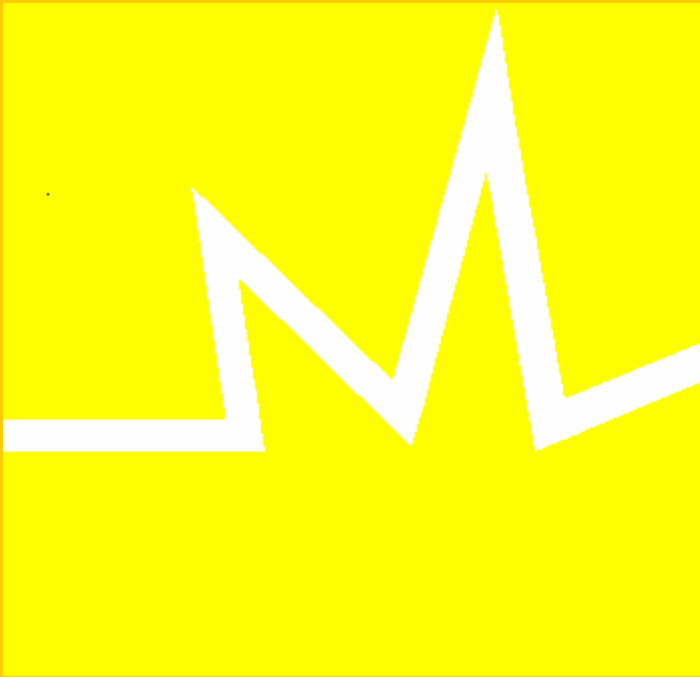


Nr. 1 Februar 2005

# MigræneNyt



MIGRÆNIKERFORBUNDET

- så er du ikke alene -



## Indhold:

De tre små spørgsmål .....	1
Botox reducerer også (lidt) på medicininduceret migræne!.....	2
Rynkernes og migrænenes tilbagekomst efter Botox behandling hænger ikke sammen .....	2
Det er svært at fortælle om bivirkninger for triptanbrugerne.....	2
Læger fortæller ikke om bivirkninger .....	3
Triptaners bivirkninger .....	5
Hvor længe skal man tage forebyggende medicin mod migræne? .....	6
Praktiserende lægers efteruddannelse må gerne offentliggøres .....	7
Sinus-hovedpine er ofte migræne .....	7
Betablokkere.....	8
Melatonin kan nedsætte antal migræneanfald .....	9
Hvornår skal vi behandle et anfald?.....	10
Har du polycystisk ovarie syndrom (PCO) eller migræne?.....	11
Unge kvinder forsømmer skole, arbejde og fornøjelser pga. migræne .....	12
Perfektionister har mere migræne? .....	13
Forvarsler om migræne.....	13
Referat af foredrag med Laila Launsø, 27. oktober 2004 .....	14
Viagra og lignende præparater og migræne .....	16
Referat af foredrag i Aalborg den 17. november 2004 med Neurolog Per Schmidt Sørensen, Hammel.....	17
En ud af fire migrænikere smager eller lugter anderledes .....	17
Lokalmøde i Odense den 17. november 2004 .....	18
Referat af medlemsmødet i Århus den 12. november 2004.....	19
Lokalmøde i Horsens.....	21
Læserbrev: En solstrålehistorie.....	22
Læserbrev: 30 år med migræne er slut.....	23
Læserbrev: Nu har jeg glemt det igen! Man bliver sgu egoist af ikke at have hovedpine .....	23
Medlemsmøde i Randers .....	24
Medlemsmøde i Ringkøbing.....	24
Kursus for unge migrænikere.....	25
Generalforsamling .....	26
Vi mangler et bestyrelsesmedlem .....	26
Formandens beretning (kort) .....	27



## De tre små spørgsmål

Det lød så smukt – nu kan man stille diagnosen migræne ved tre små spørgsmål.

- Har dine aktiviteter været hæmmet af hovedpine en dag eller mere i løbet af de seneste 3 måneder?
- Har du kvalme eller kaster op når du har hovedpine?
- Bliver du generet af lys, når du har hovedpine?

Svarer man ja til to af disse spørgsmål, er det meget sandsynligt, at man lider af migræne. Det var konklusionen på en artikel i *Neurology* i august 2003. Denne simple diagnose skulle gøre livet let for de praktiserende læger, som ikke længere behøver at huske hele den officielle definition på migræne.

GlaxoSmithKline forsøger nu at få tilladelse til at markedsføre Imigran på basis af at patienterne besvarer de tre enkle spørgsmål på apoteket, og på den måde får en 'hurtigdiagnose' og dermed mulighed for at købe den receptpligtige medicin. Men spørgsmålene viser ikke om vi

1. Har højt blodtryk, har åreforkalkning eller har haft blodpropper
2. blander med antidepressiver og ergotaminpræparater

3. er gravid eller ammer

Så længe apoteket ikke er forpligtet til at sikre, at patienterne er 'egnede' til at bruge triptanerne, er det risikabelt for patienterne at tage imod tilbuddet om hurtigdiagnosen og triptantabletterne. På den anden side kan det være rigtigt snildt for patienter, som allerede tidligere har fået triptaner på recept, at kunne undgå at skulle hente 'automat-recepter', hvor lægen end ikke kikker på os.

Apoteket ved allerede om vi tidligere har fået disse tabletter og kunne fint udlevere triptaner til migrænikere, som indenfor f.eks. det sidste halve år har fået udleveret triptaner på recept.

Vi har tidligere kritiseret, at lægerne fornyer recepten på triptaner i meget lange perioder uden at se patienterne. Vi gennemgår mange ændringer i f.eks. blodtryk på 10 år, og triptanerne kunne blive risikable for os. Derfor er det vigtigt at vi ikke går for længe mellem at vi bliver set efter for om vi stadig har et rimeligt blodtryk, og ikke har udviklet andre sygdomme, som påvirker triptanernes virkning.

Vi må derfor fastholde, at triptaner kun bør tages efter aftale med lægen. Men apoteket kan godt administrere en del af udleveringen og spare os



## Botox reducerer også (lidt) på medicininduceret migræne!

100 patienter, som havde fået Botox-injektioner på forskellige steder i ansigtet, havde i gennemsnit færre anfald de første 3 mdr. efter behandlingen. Virkningen var størst for migrænikere, som ikke havde medicininduceret hovedpine (ca. en

halvering af migrænedage per måned).

*S. J. Tepper, M. R. Bigal, F. D. Sheftell og A. M. Rapoport, 2004. Botulinum neurotoxin type A in preventive treatment of refractory headache: a review of 100 consecutive cases. Headache 44, 794-800.*

## Rynkernes og migrænenes tilbagekomst efter Botox behandling hænger ikke sammen

En Botox-behandling i panden 'holder' ca. 3 mdr. – så kommer rynkerne igen, fordi nerverne, som får musklerne til at stramme sammen, atter fungerer. Selvom nerverne var ved at fungere normalt igen efter 3 – 4 måneder, var antallet af migrænedage

stadig reduceret til ca. 60% af niveauet inden botox-behandlingen. Undersøgelsen blev afsluttet efter 4 mdr.

*J. A. Smuts, S. Schultz og A. Barnard, 2004. Mechanism of action of Botulinum toxin type A in migraine prevention: a pilot study.*

## Det er svært at fortælle om bivirkninger for triptanbrugerne

Det afhænger helt af hvordan man bliver spurgt, om triptanbrugere kan fortælle om de har bivirkninger af deres triptaner.

415 migrænikere (87% kvinder) i USA og Italien blev spurgt om hvilke bivirkninger de oplevede, når de tog triptaner. Når de selv skulle fortælle om bivirkningerne kunne kun 25% (i USA) og 35% (i Italien) huske nogen bivirkninger. Når triptanbrugerne fik

en liste over kendte bivirkninger, huskede de meget bedre, og 63% af amerikanerne og 54% af italienerne havde oplevet mindst en bivirkning. Hjertebanken og søvnforstyrrelser var de hyppigst nævnte bivirkninger.

*F. Sheftell, M. Feleppa, S. J. Trepper, A. M. Rapoport, L. Cianella og M. E. Bigal, 2004. Assessment of adverse events associated with triptans – methods of assessment influence the results. Headache 44, 978-982.*



## Læger fortæller ikke om bivirkninger

En gruppe danske forskere har set på om lægerne fortæller patienterne ærligt om bivirkningerne af den medicin de udskriver. De lavede en spørgeskemaundersøgelse blandt 450 praktiserende læger.

Der var stor forskel på, hvilken og hvor omfattende information den enkelte læge vil give patienten. I situationer, hvor lægen selv vurderede, at der er tale om en hyppig og alvorlig bivirkning, er det kun i 33 pct. af tilfældene, at lægen altid vil informere patienten. I 44 pct. vil man ofte informere, hvorimod man i hele 23 pct. af tilfældene enten ikke eller kun sjældent vil informere patienten.

Sundhedsstyrelsens vejledning kan findes på <http://www.retsinfo.dk/GETDOCM /ACCN/C19980016160-REGL>. Vejledningen specificerer (understregningerne er Migrænikerforbundets):

### ”3.2 Informationens indhold

Oplysninger om helbredstilstand og behandlingsmuligheder omfatter alle for patienten relevante oplysninger om helbred, sygdom, undersøgelsesmetoder, forebyggelses- og behandlingsmuligheder, prognoser, risici, bivirkninger, komplikationer, herunder senfølger, mulighed for pleje osv. Sundhedspersonen skal informere om eventuelle andre fagligt ligeværdige behandlingsmuligheder.

Fyldestgørende information er

Det vil sige, at lægerne i to tredjedele af tilfældene vil informere i strid med Sundhedsstyrelsens vejledning.

Ifølge en vejledning fra Sundhedsstyrelsen skal patienten altid informeres om alvorlige, hyppigt forekommende bivirkninger. Alvorlige bivirkninger, som forekommer sjældent, skal man ofte informere om. Det samme gælder mindre alvorlige, men hyppigt forekommende bivirkninger.

*A. Krag, H. Svarre Nielsen, M. Norup, S. M. Madsen og P. Rossel, 2004. Research report: do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments? Social Science & Medicine 59,*

betinget af god kommunikation mellem patient og sundhedsperson. Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger mv., således at patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Oplysningerne og omfanget heraf må hvile på den gældende, gode faglige norm på området.

I forbindelse med informationen skal sundhedspersonen tage udgangspunkt i, at patienten ikke har nogen



Herudover er sundhedspersonen naturligvis forpligtet til at svare på spørgsmål og give yderligere information.

Der er tale om minimumskrav til informationen. Den enkelte patients særlige situation kan bevirke, at yderligere information er nødvendig.

Sundhedspersonen har pligt til at give så megen information som er nødvendig for, at patienten kan overskue behandlingsforløbet samt eventuelle senfølger af behandlingen.

Da patienten også skal have mulighed for at tage stilling til, om der overhovedet ønskes behandling, skal der udover forskellige behandlingsmuligheder også informeres om konsekvenserne af, at der ikke iværksættes behandling.

### *3.3 Risiko for komplikationer og bivirkninger*

Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger, jf. lovens §7, stk.4, 2. pkt.

Det er ikke muligt entydigt at

fastsætte, i hvilket omfang sundhedspersonen har pligt til at informere om mulige komplikationer mv. i forbindelse med undersøgelse og behandling. Det må vurderes i forhold til sygdommens alvor, og til hvad man forventer at opnå ved den påtænkte undersøgelse/behandling.

Som udgangspunkt skal sundhedspersonen vurdere, om der er tale om:

- 1) alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv.
- 2) alvorlige og sjældent forekommende
- 3) bagatelagtige og ofte forekommende eller
- 4) bagatelagtige og sjældent forekommende.

På grundlag af en sundhedsfaglig vurdering skal der i tilfælde 1) altid informeres. I tilfælde 2) og 3) skal der ofte informeres og i tilfælde 4) er det som udgangspunkt ikke påkrævet at informere.

De nævnte tilfælde indeholder en række mellemstadier, hvor det vil være overladt til det sundhedsfaglige skøn, i hvilken udstrækning og hvor grundigt, der bør informeres om risici

**10% af de kvinder, der tager østrogen udvikler migræne i løbet af ca. 1/2 år. Migræneikerforbundet finder at denne bivirkning må anses for at være alvorlig og ofte forekommende, så lægerne bør ALTID fortælle om denne**



## Triptaners bivirkninger

Bivirkninger er vanskelige at registrere. 415 voksne migrænikere i USA og Italien blev spurgt (mens de var på en klinik) om de havde observeret nogen bivirkninger af deres triptaner. Mere end 2 ud af 3 migrænikere kunne ikke oplyse at de havde nogen bivirkninger, når de selv skulle beskrive dem. De der havde haft bivirkninger mente ikke de var særligt slemme. Så fik de et spørgeskema med 49 specifikke spørgsmål om bivirkninger, og over halvdelen skrev her at de havde oplevet en eller flere bivirkninger. 8% af deltagerne mente deres bivirkninger var slemme da de udfyldte spørgeskemaet, men kunne ikke huske dem uden at se listen over mulige bivirkninger.

Lægerne konkluderer, at patienterne nok har tendens til at rapportere mere, når de ser en liste over mulige bivirkninger (1).

Lægerne har beskrevet følgende bivirkninger:

Allodynia – dvs. øget følsomhed i huden overfor berøring og varme/kulde; denne virkning er kortvarig og især tydelig ved injektion (ses omkring 20 minutter efter injektionen) (2).

Sløvhed – omkring 15% af triptanbrugerne menes at opleve bivirkninger relateret til

centralnervesystemet, f.eks. sløvhed. Det er især afgørende i hvor høj grad det aktive stof er fedtopløseligt. Almogran, Naragran og Imigran er de mindst fedtopløselige triptaner (3) og skulle derfor også give mindst tendens til sløvhed. Nogle triptanbrugere (knap 10%) fortæller om træthed når de bruger triptanerne. (4)

Blodpropper – Alle triptaner har tendens til at sammentrække kranspulsåren (i hjertet), foruden at de virker på de blodkar i hjernen, som giver migræne (5). Derfor bør triptaner ikke bruges hvis man er i risikogruppe 2 eller 3 (medium til høj risiko) for at få blodpropper i hjertekranspulsåren (6).

Trykken for brystet – De symptomer i brystet en del migrænikere oplever, er som regel forbigående og medfører ikke at blodtilførselen stopper til dele af hjertet (7).

Man kender ikke det præcise antal patienter med trykken for brystet, men hvis man spørger direkte om triptanbrugere har oplevet dette, svarer 2 ud af 5 at det har de. I forsøg er det 1 – 4% af forsøgspersonerne, som fortæller om denne bivirkning. (8). En anden undersøgelse viste at ca. 20% af triptanbrugerne fik brystsymptomer, og andre fik prikken i huden og en følelse af varme.

Der er ingen rapporter om at triptaner



(1) F. D. Sheftell, M. Feleppa, S. J. Tepper, A. M. Rapoport, L. Ciannella og M. E.

Bigal, 2004. Assessment of adverse events associated with triptans-methods of assessment influence the results. *Headache* 44, 978-82

(2) M. Linde, M. Elam, L. Lundblad, H. Olausson og C. Dahlof. 2004. Sumatriptan (5-HT-agonist) causes a transient allodynia. *Cephalalgia*. 24, 1057-66.

(3) Dodick DW, Martin V 2004. Triptans and CNS side-effects: pharmacokinetic and metabolic mechanisms *Cephalalgia*. 24, 417-24.

(4). L. Robbins, 2004. Frequent triptan use: observations on safety issues. *Headache* 44, 178-82

(5) A. Maassen Van Den Brink og P. R.

Saxena, 2004 Coronary vasoconstrictor potential of triptans: a review of in vitro pharmacologic data. *Headache* 44 Suppl 1:S13-9.

(6) V. Papademetriou, 2004 Cardiovascular risk assessment and triptans. *Headache*. 44 Suppl 1:S31-9.

(7) Dodick DW, Martin VT, Smith T, Silberstein S. Cardiovascular tolerability and safety of triptans: a review of clinical data. *Headache*. 2004 May;44 Suppl 1:S20-30.

(8) *Cephalalgia*. 2004 Apr;24(4):298-304. Triptans and chest symptoms: the role of pulmonary vasoconstriction. Dodick DW.

(9) Nappi G, Sandrini G, Sances G. Tolerability of the triptans: clinical implications. *Drug Saf*. 2003;26(2):93-107.

## Hvor længe skal man tage forebyggende medicin mod migræne?

Det er et spørgsmål, som ikke har et enkelt svar. Lettest er at sige, at det kommer an på... men nu er der et par undersøgelser at bygge på.

De fleste migrænikere får anfald i samme omfang som inden behandlingen, hvis de stopper forebyggende behandling efter 8 uger. Fortsætter man med behandlingen i 6 måneder er det sandsynligt at effekten fortsætter ud over behandlingsperioden, hvis man kun har haft migræne i en kort årrække, ikke har depressioner eller fibromyalgi. Har man haft migræne i mange år, har depressioner og/eller fibromyalgi oveni migrænen, rådes der til forebyggende behandling i 12 måneder. Måske er det bedst at trappe

behandlingen ned langsomt, snarere end at stoppe pludseligt (1).

Dette er erfaringer fra en række migrænelæger i USA; behandlingen de omtaler er topiramate (sælges under navnet Topimax her i landet), som er et epilepsimiddel. Midlet har en række bivirkninger f.eks. koncentrationsbesvær, muskelsvaghed, sprogproblemer og vægttab og 40% af en forsøgsgruppe på 487 migrænikere opgav at tage medicinen inden forsøgets afslutning (2).

(1) E. Loder og D. M. Biondi, 2004. When can successful migraine prevention be discontinued? *Headache* 44, 1040-1042.

(2) *Ugeskrift for Læger* · 14. juni 2004, nr.





## Vidste du at...

### Praktiserende lægers efteruddannelse må gerne offentliggøres

Læger og andre sundhedsfagfolk må gerne oplyse hvilken efteruddannelse de har fået, blot skal de være ærlige, og kunne dokumentere, hvor de har fået den omtalte efteruddannelse. Det står i bekendtgørelse om markedsføring af sundhedsydelser (fra 21. august 2003). De må også gerne anføre deres efteruddannelse i eventuelle markedsføringsdokumenter, men ikke i TV eller på DVD og lignende billedmedier.

Vi håber flere og flere læger f.eks. vil hænge en lille oversigt op i venteværelset over deres efteruddannelse, så vi i ro og mag kan studere deres kvalifikationer.

De praktiserende lægers organisation (PLO) har tidligere afvist Migræneforbundets ønske om at lægerne oplyser om deres efteruddannelse, og de er stadig imod at lægerne fortæller om hvad de har

lært efter universitetsgraden (Rapport fra Arbejdsgruppen for praktiserende lægers efteruddannelse 1. september 2004, <http://www.dadlnet.dk/plo/pics/word/Rapport%20om%20praktiserende%20l%20E6gers%20efterudd.DOC>). Lægernes modstand begrundes i at lægerne dels kan tage på kurser i noget de er særligt interesserede i og dermed gode til, men de kan også vælge kurser i noget, som de føler de ikke er så gode til, og så bliver kursus-oversigten ikke meningsfyldt, siger organisationens talsmand Mogens Boy Christiansen.

Lægerne bruger i gennemsnit 13,5 dage om året på kurser som betales af Amtsrådsforeningen og PLO. Dertil kommer kurser betalt af medicinalindustrien. Men Amtsrådsforeningen får altså desværre ikke en 'kvittering' på uddannelsesarbejdet i form af at lægerne tør stå frem og fortælle hvad de har lært noget mere om!

### Sinus-hovedpine er ofte migræne

Patienter, der kommer til lægen med hovedpine på grund af bihulebetændelse viser sig ofte at have migræne. Det viser en opgørelse af 2991 patienter, som gik til lægen på grund af trykken eller smerter i bihulerne, eller forstoppet næse. 88% af disse patienter viste sig ved nærmere

undersøgelse at have migræne.

*C. P. Schreiber, S. Hutchinson, C. J. Webster, M. Ames, M. S. Richardson og C. Powers 2004. Prevalence of Migraine in Patients With a History of Self-reported or Physician-Diagnosed "Sinus" Headache. Arch Intern Med. 164:1769-1772.*



## Betablokkere

Hvis man har migræne mere end ca. 10 dage om måneden kan man blive tilbudt forebyggende behandling i stedet for anfaldsmedicinen (triptaner, ergotamin eller smertestillende præparater).

Mange er nok lidt usikre når de stilles i udsigt at de skal tage medicin hver dag som forebyggelse – der er jo trods alt også nogle gode dage... og hvad er virkningen af denne nye type medicin. Så her kommer lidt om betablokkere, en ofte brugt type forebyggende medicin.

### Hvordan virker betablokkere?

Betablokkere virker ved at blokere (nedsætte) virkningen af noradrenalin i arterier og i hjertes muskler. Noradrenalin er en neurotransmitter som sender bud mellem nerve og muskel eller mellem to nerver. Når denne besked blokeres, udvides blodkarrene og hjertets slag bliver langsommere og mindre kraftige. Det giver et fald i blodtrykket, og har vist sig også at reducere migrænen hos nogle hårdt ramte migrænikere.

### Bivirkninger

Sådan en effekt kan selvfølgelig give nogle bivirkninger. Ofte fortæller patienter om kolde hænder og fødder, mareridt, og enkelte beretter om

impotens, svimmelhed, problemer med vejtrækningen, fordøjelsesproblemer, udslet og tørre øjne.

### Ikke til gravide og ammende mødre

Gravide kvinder bør ikke tage betablokkere, da de kan give fostret problemer med blodsukkeret. Men det kan være en afvejning af risikoen for moderen, hvis hun har højt blodtryk. Er du gravid eller planlægger at blive det og tager betablokkere, bør du få en god snak med lægen. Betablokkere går i mælken hvis man ammer.

### Andre sygdomme og medicintyper

Hvis din læge tilbyder dig betablokkere, er det vigtigt at du fortæller om du har allergi, astma, eksem eller bronchitis fordi betablokkerne indsnævrer luftvejene, om du har usædvanligt langsomt hjerterytme, sukkersyge (betablokkere kan give højt blodsukker og øgede kredsløbsproblemer), nyre- eller leversygdomme (fordi betablokkerne forsinker udskillelsen af affaldsstoffer fra kroppen), om du lider af depressioner (de kan øges af betablokkere), om du har myasthenia gravis, psoriasis eller overaktiv skjoldbruskkirtel (betablokkerne kan skjule en øget hjerterytme).



Endelig er det ikke en god idé at blande betablokkere med kokain eller calcium kanal blokkere; har man taget monoamin oxidase hæmmere (mod depression) bør der gå mindst 2 uger før man begynder på betablokkere – ellers er der risiko for alvorligt forhøjet blodtryk.

Betablokkere går heller ikke godt sammen med smertestillende medicin (håndkøbs) og andre blodtryksnedsættende præparater (også urtemedicin). Det er heller ikke godt at blande betablokkere med nogen som helst typer medicin (incl.

urtemedicin mv.) der påvirker hjertets rytme, og en del medicin mod forkølelse og appetit-svækkere kan give en dramatisk øgning i blodtrykket sammen med betablokkere.

Så hvis du overvejer betablokkere skal du først have en god snak med lægen!

Kilder:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/uspdi/202087.html#SXX06> – fra U.S. National Library of Medicine.

[http://www.bupa.co.uk/health\\_information/html/medicine/beta\\_blockers.html](http://www.bupa.co.uk/health_information/html/medicine/beta_blockers.html) en industrisponsoreret virksomhed i UK som in-



## Melatonin kan nedsætte antal migræneanfald

Unge kvinder med migræne reagerer stærkere på lyspåvirkninger også når de ikke har anfald, end tilsvarende ikke-migrænikere (1), formentlig fordi migrænikerne udskiller melatonin hurtigere end andre. Det har fået forskere til at se på om melatonin (et hormon, som dannes i hypofysen i mørke, men ikke når vi oplever lys) kan bruges mod migræne.

32 patienter med og uden aura fik 3 mg melatonin lige før sengetid i 3 mdr. 25 af dem rapporterede at de

efter behandlingen havde halvt så mange anfald eller endnu færre som inden, og 8 af disse patienter havde slet ikke anfald i perioden efter forsøget. Den gavnlige virkning viste sig allerede efter en måneds behandling.

(1) B. Claustrat, J. Brun, C. Chiquet, G. Chazot, F. Borson-Chazot. 2004. Melatonin secretion is supersensitive to light in migraine. *Cephalalgia*. 24, 128-33.

(2) L. Barclay, 2004 Melatonin Decreases Migraine Frequency and Intensity *Neurology*. 2004;63:757



## Hvornår skal vi behandle et anfald?

En undersøgelse sponsoreret af AstraZeneca (producent af Zomig) sammenlignede effekten af behandlingen hos 136 patienter, som tog pillerne indenfor 15 minutter efter de følte anfaldet begynde, og 53 patienter, som tog pillen indenfor 30 minutter efter anfaldets begyndelse.

Der var en udmærket effekt af behandlingen sammenlignet med placebo i begge grupper. Men der blev ikke lavet en sammenligning mellem virkningen ved piller indenfor 15 minutter og piller taget mellem 15 og 30 minutter efter anfaldets begyndelse. Forskerne konkluderede alligevel at det er vigtigt at finde medicin som kan tages mens anfaldet stadig er mildt (1).

En artikel skrevet af medarbejder ved GlaxoSmithKline (producent af Imigran) undersøgte samme sag. Her tog 83 patienter deres medicin straks de erkendte anfaldet, og 70 patienter to den senere (når smerterne var moderate til stærke). Også her viste det sig at patienterne der tog deres

medicin straks fik større virkning af medicinen. Der var flere bivirkninger i gruppen der straks tog medicinen, men artiklen oplyser ikke om forskellen mellem gruppen der tog medicinen straks og gruppen der tog medicinen senere er signifikant (dvs. om vi kan stole på at den betyder noget). (2).

Artiklerne fik redaktøren af Cephalalgia til at fare i blækket, og hans kommentar var, at der stadig ikke er nogen resultater, som klart giver grund til at anbefale at behandle anfaldene tidligt, når man ser på om pillerne virker effektivt (3).

(1) J. Klapper, C. Lucas, Ø. Røsjø og B. Charlesworth, 2004. Benefits of treating highly disabled migraine patients with zolmitriptan while pain is mild. *Cephalalgia* 24, 918-924.

(2) J. Scholpp, R. Schellenberg, B. Moekesch og N. Banik, 2004. Early treatment of a migraine attack while pain is still mild increases the efficacy of sumatriptan. *Cephalalgia* 24, 925-933.

(3) M. D. Ferrari, 2004. Should we advise

Migræneikerforbundet finder at det som patient er rarest at behandle anfaldet straks – så har man færrest timer med smerter. Men samtidig håber vi nok alle sammen, at anfaldet vil gå i sig selv, så det ikke er nødvendigt med medicin, og kan derfor finde på at vente lidt med medicinen. Vi har derfor heller ikke det endegyldige svar.



## Har du polycystisk ovarie syndrom (PCO) og migræne?

Polycystisk ovarie syndrom (pco) (kaldes også Stein-Leventhal syndrome) rammer kun kvinder. Kvinder med pco har et unormalt hormonspejl, dvs. der er ikke den rette mængde af de hormoner, der skal arbejde sammen, for at få ægløsning. Æggene i deres æggestokke frigøres derfor ikke, men går til grunde i æggestokkens raske kvinders æggestokke udvikler og afgiver et enkelt æg hver måned.

Kvinder med pco har ofte disse symptomer:

- Uregelmæssig menstruation (eller den mangler helt)
- Som regel flere udviklede æggebærer i æggestokken
- Højt blodtryk
- Bumser
- Højt insulinniveau eller sukkersyge
- De kan ikke få børn
- De har ofte meget hår i ansigtet og på kroppen
- Til gengæld har de tendens til at tabe håret
- De er oftest overvægtige (tykke på midten)

Man kender ikke den præcise årsag til pco, men der er to teorier: 1) Hjernen

(hypofysen) danner mere lutein hormon (LH; det hormon der får ægget til at modnes) end normalt, og så stimuleres dannelsen af mandlige hormoner i æggestokkene; det får ægget til at gå til grunde, og dermed forstyrres østrogen-produktionen. 2) Kroppens celler udvikler insulin-resistens, dvs. insulinindholdet i blodet bliver så stort, at det udløser en unormal produktion af mandlige hormoner i æggestokkene, og ægget går til grunde. (2)

Der er ingen publikationer som sætter migræne og pco i forbindelse, men det synes oplagt, at der kan være en sammenhæng. Migræne udløses hos mange af østrogensvingninger fra et allerede højt østrogen-niveau. Kvinder med pco har et generelt højt østrogenindhold i blodet (1), og det svinger selvfølgelig også fra dag til dag.

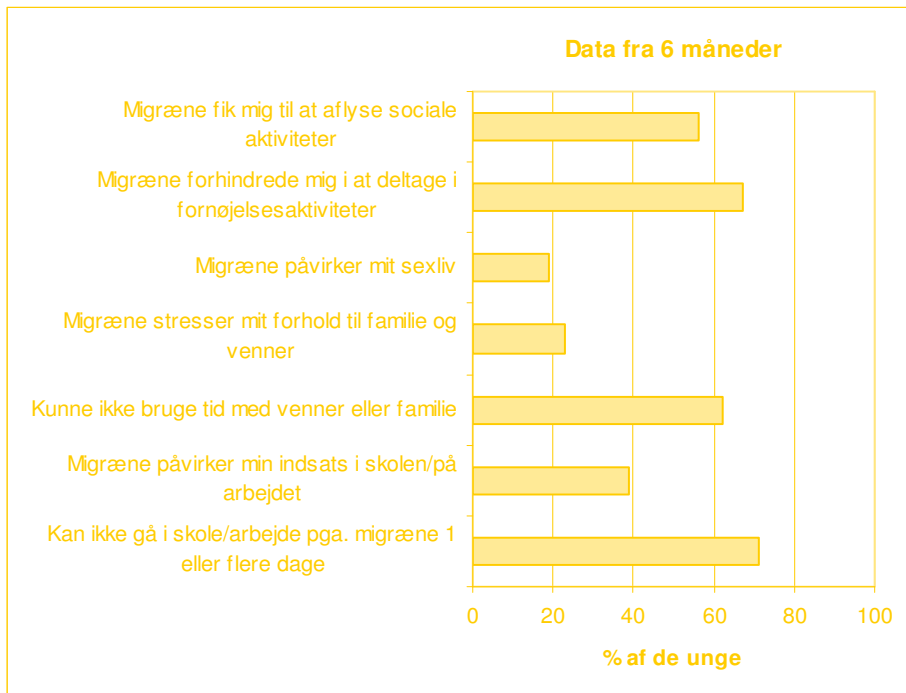
Så har man migræne og uregelmæssige menstruationer, svært ved at blive gravid, bumser, er tykke på midten og lidt tynd i toppen, er der måske grund til en snak med lægen om pco. Lægen kan fortælle om flere behandlingsmuligheder.



## Unge kvinder forsømmer skole, arbejde og fornøjelser på grund af migræne

Forskere ringede til unge kvinder i 8 EU-lande og Israel mellem 18 og 35 år, som alle tog medicin mod migrænen, og som var fuldtidsbeskæftigede som studenter eller med arbejde. De fandt frem til i

alt 1810 unge kvinder, og ud af dem oplyste 42% at de havde en læges diagnose på migræne. Forskerne spurgte så om hvor meget migrænen havde påvirket de unge kvinder i løbet af de seneste 6 måneder.



De allerfleste kvinders liv var påvirket af migrænen. Mere end 2 ud af 3 havde måttet forsømme arbejde/ skole, og i gennemsnit rapporterede de 4,3 dage med nedsat funktion i skolen eller på arbejdet på 6 måneder. Migrænen gik også ud over fornøjelserne (sociale

aktiviteter og samvær med familie og venner).

*A. N. Dueland, R. Leira, T. A. Burke, E. V. Hillyer og Susan Bolge 2004. The Impact of Migraine on Work, Family, and Leisure Among Young Women - A Multinational Study. Current Medical Research and Opin-*



## Perfektionister har mere migræne?

Der har været en del snak om at migrænikere er perfektionister, som får migræne, hvis ikke alt går lige præcis som det skal, fordi det ikke-perfekte giver stress. Derfor gik to amerikanske forskere i gang med at udsørg 291 universitetsstuderende om de havde migræne, og om hvordan de reagerede på dagligdagens stress og manglende system og orden. 18 af de studerende havde kronisk migræne, 179 havde hyppigt migræne og 69 havde migræne af og til. Forskerne fandt, at de studerende, som havde mest migræne, også var mere

perfektionister end dem, der kun havde få migræneanfald.

Forskerne konkluderer et sted i artiklen, at de studerende fik migræne fordi de blev stressede, når tilværelsen ikke levede op til deres perfektionisme, og et andet, at det selvfølgelig ikke kan afgøres, om der er en årsag og virkning mellem perfektionismen og migrænen.

*S. Bottos og D. Dewey, 2004. Perfectionists' appraisal of daily hassles and chronic headache. Headache 44. 772-779.*

Migrænikerforbundet finder, at hårdt ramte migrænikere har brug for en masse mental energi til at 'klare' migrænen. Derfor er det forståeligt, om hårdt ramte migrænikere har lidt mindre ressourcer at investere i dagligdagens problemer. Som forskerne skriver er der ingen sikkerhed for hvad der er årsag og virkning, så indtil andet er bevist må vi nøjes med at konkludere, at migrænikere med mange anfald også reagerer lidt mere på hverdagens problemer (og undlade at konkludere noget om hvorvidt stress giver migræne eller migræne giver stress).

## Forvarsler om migræne

893 migrænikere fra en klinik i USA blev spurgt om de havde forvarsler (prodrome på engelsk) i timerne inden de fik migræneanfald. De svarede også på en mængde andre spørgsmål.

1 ud af 3 havde varsler inden anfaldet, mest træthed, humørsvingninger og fordøjelses-symptomer. Varslerne varede oftest et par timer, men kunne

også vare mere end 12 timer.

Migrænikere med varsler var generelt mere bevidste om hvad der udløste anfaldene (alkohol, hormoner, lys, sult, parfume, stress og vejrskifte).

*L. Kelman, 2004. The premonitory symptoms (prodrome): a tertiary care study of 893 migraineurs. Headache 44, 865-872-*



## Referat af foredrag med Laila Launsø, 27. oktober 2004

Allerførst slog Laila fast at hun ikke er læge, men sociolog – dvs. hun er interesseret i hvorfor folk vælger en type behandling og ikke en anden, og i hvilke virkninger folk selv erfarer af forskellige former for behandling.

Der har tidligere været en stor afstand mellem lægerne og det alternative behandlingssystem, men i de senere år er afstanden blevet mindre. En del læger tager nu kurser i alternative behandlingsformer. Desværre er der nogen af dem som tager et enkelt weekend kursus i f.eks. akupunktur, og derefter bruger teknikken, selvom de langt fra er tilstrækkeligt uddannede til det. Læger, der har taget en grundigere uddannelse i alternative teknikker og har praktiseret disse i mange år, oplever ofte, at de bliver bedre til at lytte til patienterne.

I den alternative behandling tager terapeuten udgangspunkt i det hele menneske, mens patienter ofte vurderer, at lægerne koncentrerer sig om at fjerne enkelte symptomer. Siden 1980 er der dukket centre op rundt om i verden for integreret medicin, dvs. en kombination af konventionel lægelig behandling og alternative behandlingsformer. Integreret behandling kræver at patienten sættes i centrum og at behandlerne samarbejder og respekterer hinandens arbejde. Hvis de to typer behandling ikke samordnes, er der risiko for at de

to behandlinger modarbejder hinanden.

Laila fortalte at hun har interviewet masser af patienter, som har været i alternativ behandling, og nogle, bl.a. nogle migrænikere, er blevet helt symptomfrie. Symptomfri er ikke nødvendigvis det samme som at være helbredt, men for den enkelte er det jo fint at være symptomfri. Det er især sygdomme, som udløses af livsstil eller livsførelse (Lailas ord), som kan lettes af de alternative behandlere. Det er f.eks. migræne og astma.

Brækkede ben og blindtarmsbetændelse, hjertesygdomme og mange andre sygdomme skal altid under lægebehandling. En del alternative behandlere er gode til at sende folk til lægen, hvis de ser sygdomme, som ikke kan lettes af den alternative behandling. Mange mennesker vælger i dag alternativ behandling som første valg ved flere helbredsproblemer.

Livsførelsessygdommene bliver alt for ofte kroniske – noget vi finder os i. Laila mente, at der er store økonomiske interesser i at få patienterne til at acceptere deres livsførelsessygdomme og tage den tilhørende medicin, frem for at forsøge at ændre på livsførelsen. Det kræver sin patient at ændre sit liv, så det er især de ressourcerstærke patienter (dem med mentalt overskud)





er bl.a. at styrke patientens ressourcer, så det er lettere at ændre livsførelsen.

Tilhørerne blev derefter bedt om at beskrive hvor deres migræne sidder. Der var mange bud på steder i hovedet og enkelte i maven (kvalme). Det førte til en diskussion om meridianer. Zoneterapeuter mener, at migræne kan henføres til en af flere meridianer, og akupunktører sætter ofte nåle efter disse linier. Men terapeuternes opgave er også at lytte til og snakke med patienterne og det er vigtigt i en behandling at patienten selv er aktiv med at ændre i sin livsførelse i den udstrækning, dette er muligt.

Laila fortalte om en 12-årig pige, som næsten hver dag var plaget af migræne, hun havde kvalme, kastede op, var svimmel, træt, græd meget, deltog kun i absolut nødvendige aktiviteter, og som til sidst fik ordineret betablokkere af sin læge. Efter at have modtaget etablerede behandlinger i 4 år, besluttede hendes forældre og pigen at prøve en zoneterapeut. Efter 3 behandlinger var pigens migræne forsvundet. Zoneterapeuten fandt belastede nyre-, blære- og mavemeridianer. Gav zoneterapeutisk behandling suppleret med kostvejledning og vitamintilskud. Pigen stoppede herefter med alle former for medicin og fik det så godt.

Desværre er ikke alle alternative behandlere lige godt uddannede, og

det er svært at få et overblik over hvem der er uddannet og hvem der ikke er det. Men man kan altid sætte en 'ny' behandler på en prøve. Man beder om et 'service-eftersyn' og lader behandleren finde ud af, hvad man fejler. Det kan i en række tilfælde være gunstigt at få både lægens og alternative behandleres diagnoser, behandlingsplan og mål med behandlingen, så man selv kan vælge den behandling med de mål, man finder vil være den rigtige for en. Desværre er der ikke en offentlig tilgængelig oversigt over de alternative behandleres uddannelse. Men man kan selv spørge behandleren om hans/hendes uddannelse.

Erfaringen er efterhånden hos patienter og behandlere at patienten skal kunne mærke en effekt af en behandling inden for 3 – 4 behandlinger. Hvis en effekt ikke mærkes skal man overveje om behandlingen er den rigtige. En god terapeut beder ofte patienten føre en dagbog og analysere, hvad der f.eks. giver migræneanfald. Effekten af en behandling kan holde længe, eller kan aftage i løbet af nogle måneder. Laila fremhævede, at den aftagende effekt kan skyldes, at patienten glemmer at holde fast i de ændringer i livsførelsen, som var aftalt.

Homøopater regnes også som alternative behandlere. Deres antagelse er, at der kun skal gives ét



Patienter erfarer ofte positive sidegevinster af alternative behandlinger. Mange patienter erfarer, at de kan nedsætte deres lægemiddelforbrug over tid ved brug af alternative behandlere. Men det er vigtigt at have et samarbejde med en læge omkring nedsættelse af medicinforbruget. Laila har taget initiativ til et projekt hvor læger og homøopater skulle samarbejde, og inviterede 140 læger til at være med. Kun 6 tog imod tilbuddet, mens 11 ud af 11 adspurgte homøopater syntes det var sagen at være med.

Flere og flere læger anbefaler patienter med et stort medicinforbrug at søge en terapeut. Der er ikke i dag dokumentation for alvorlige bivirkninger af behandling udført af

alternative behandlere, hvis behandlingerne udføres korrekt. Alternative behandlinger kan afstedkomme ubehagelige og kortvarige reaktioner. Samtidig må det understreges, at kombinationer med forskellig naturmedicin og konventionel medicin kan afstedkomme alvorlige negative interaktioner. Disse oplysninger bør læger, farmaceuter og alternative behandlere være uddannet i at kunne give. Laila talte varmt for at patientforeninger skal presse på for at sundhedspersonalet skal fortælle mere om hvordan forskellige præparater, kosttilskud og naturlægemidler virker sammen. Mente også at patientforeningerne har en rolle som vagthunde som kan fortælle om



## Viagra og lignende præparater og migræne

Det er ikke kun Viagra, der udløser migræne hos en del migrænikere – de andre tilsvarende præparater, der styrker erektionen har samme kedelige bivirkning. En ekspert anbefaler, at mænd, som har erfaret at de får migræne i timerne efter brug af Viagra, og tilsvarende præparater (f.eks. Levitra eller Cialis) har en

triptan parat mod migrænen. Der er endnu ingen lægelige undersøgelser af effekten af at tage en triptan inden potens-pillen, hvis man har erfaring for at pillen giver migræne.

*C. Kruuse, 2004. Expert commentary on Phosphodiesterase-5 inhibitors and migraine. Headache 44, 925-926.*



## Referat af foredrag i Aalborg den 17. november 2004 med Neurolog Per Schmidt Sørensen, Hammel

Ca. 90 var mødt frem, heraf langt de fleste kvinder, men glædeligt at se også mænd var tilstede. Af de fremmødte var en stor del yngre mennesker.

Det var en meget interessant aften med en foredragsholder, der gav kontante og præcise svar. Spørgelysten var stor, og alle fik et fyldestgørende svar selvom tiden trak ud. Det var tydeligt at folk ikke kunne få tilfredsstillende svar hos egen læge.

Spørgsmålene gik på bl.a. om børn kan være født med migræne, hvilket de kan. Migræne kan opstå hos børn men oftest unge i puberteten/piger og fortsætter til efter overgangsalderen måske senere, samt kronisk migræne og behandling heraf.

Vi hørte bl.a. at migræne er blandt de 20 alvorligste sygdomme, hvad forringet leveår og livskvalitet angår.

51 %

af migrænikerne forsømmer skole og arbejdsplads.

Under foredraget fik vi en rigtig god og let forståelig gennemgang, først generelt om hovedpine med og uden aura, spændingshovedpine kontra migræne og hvordan man skelner her imellem, incl. en forklaring på hvad der sker i hjernen med blodårerne under et migræneanfald. Vi hørte også om hastigheden i optagelsen og dermed virkning af triptanerne, deres bivirkninger, og fordele og ulemper ved tabletter, stikpiller og injektion.

Det blev også nævnt at akupunktur som alternativ behandling har vist sig at være et godt bud, og at Per Smidt Sørensen i øjeblikket uddanner sig hertil. For at få en konsultation hos en neurolog går det via ens egen læge, men man kan selv vælge hvilken

### En ud af fire migrænikere smager eller lugter anderledes

1237 patienter med forskellige typer hovedpine og migræne blev undersøgt for om de opfattede smag og duft på samme måde som kontrolpersoner. Det viste sig at 25% af migrænikerne (men næsten ingen af de øvrige hovedpinepatienter) forsøgte at undgå

dufte når de havde anfald, eller undgik stærkt smagende fødevarer.

*L. Kelman, 2004. The place of osmophobia and taste abnormalities in migraine classification: a tertiary care study of 1237 patients. Cephalalgia 24, 940-946.*



## Lokalmøde i Odense den 17. november 2004

Det var et rigtig godt møde - der blev snakket uafbrudt. Vi har desuden lavet en mail-liste, så vi til enhver tid kan komme med input, ideer, spørgsmål mm.

Emnerne vi snakkede om var:

- Hvornår skal man stoppe med medicin, hvis man planlægger graviditet?
- Medicin under graviditet/amning? Der var divergerende oplysninger fra læger kontra indlægsseddel i f.eks. Imigran.
- Overgangsalder - har det nogen betydning om man tager hormoner eller ej? Forsvinder migrænen eller bliver den værre? (En fik migræne i en alder af 52 - hun er nu 63).
- Hvad er værst/farligst for kroppen, at tage triptaner eller gennemleve et anfald?
- Der var flere tilknyttet hovedpineklinikken i Glostrup, hvor det var blevet oplyst at der var grænse på max. 8-9 doser triptaner på en måned og 10-15 smertestillende håndkøbsmedicin som Panodil og Treo mm. Hvis dette overskrides kan man få en medicinprovokeret migræne. Flere havde prøvet at blive afgiftet - hvilket absolut var slemt.
- Der blev henvist til at cøliaki og migræne kan have en sammenhæng.
- En havde fulgt vejledning fra MigræneNyt vedr. kost og havde været anfaldsfri i 3 uger - hvilket aldrig er sket før - vi følger spændt udviklingen.
- En anden havde fulgt en amerikansk forfatters kostplan, Rudolfow, og undgået sukker i maden. Hun havde været næsten anfaldsfri i 6 mdr. men det var for besværligt for hende at leve efter.
- Desuden kom der råd om at spise lidt før en triptan tages - uanset om man har kvalme. Ifølge flere tilstedeværende virkede pillen meget bedre - og længere.
- Slutteligt var alle selvfølgelig kede af sidste nye MigræneNyt - at migrænen har mistet uskylden. Måske vi kan få nogle flere facts på bordet omkring dette?

Der blev udvekslet mange erfaringer og der var positiv opbakning omkring mødet - og enighed om opfølgning.

*Vinni*

*Vi prøver at tage disse emner op i de næste numre af MigræneNyt.*

*Redaktøren.*



## Referat af medlemsmødet i Århus den 12. november 2004

Ca. 45 tilhørere var mødt op til mødet med foredrag af overlæge, neurolog Rigmor Jensen fra Dansk Hovedpine Center.

Rigmor Jensen fortalte, at hovedpine i alle former koster samfundet 3 mio.kr. årligt. Hovedpine tegner sig for 20 % af alle henvendelser til de praktiserende læger. 50 % af al medicin gives til en eller anden form for hovedsmerter.

Disse opdeles i to kategorier, de primære og de sekundære.

Under de primære regnes migræne, spændingshovedpine, Hortons hovedpine og Icecreamheadache.

Under de sekundære regnes medicininduceret hovedpine og den hovedpine, der udløses af problemer fra den øverste del af rygsøjlen, tyggeapparatet og øjnene og kan være udløst af hjernetumor eller hjernebetændelse etc.

Desværre findes der ikke nogen klar diagnostisk test, som f. eks. blodprøve eller hjernescanning, der kan påvise hovedsmerter.

Herefter gik Rigmor Jensen over til tale om

### Emner relateret til migræne.

Bl. a. blev nævnt: Symptomer før et migræneanfald med aura kan være

sult, rastløshed eller en depressiv fornemmelse.

Før puberteten er der lige mange drenge og piger med migræne. Efter puberteten flest piger/kvinder. Man har konstateret, at de værste anfald optræder hos personer i 40-50 års alderen.

Et typisk migræneanfald varer mellem 4 og 72 timer.

Ved klassisk migræne har 1/3 af migrænerne anfald med aura, 2/3 uden aura. Aura er en synsforstyrrelse, der foregår i hjernen og forklares ofte som lyn set i natten. Aura opleves uden farver og kan forekomme både før, under og efter et anfald.

Man har bemærket, at i lokaler med én eller flere pc'er har det vist sig, at en del får hovedpine, hvorimod antallet af migræneanfald ikke ændres. Årsagen kendes ikke.

### De fysiologiske processer inden et migræneanfald

Blodkarrerne udvider sig i hjernehinden, hvilket medfører en dunkende fornemmelse i hovedet. Kan også medføre en øget smertefølsomhed i hele kroppen op til timer efter anfaldet.

### Forebyggelse

Det er meget vigtigt, at man laver en hovedpinedagbog (kan printes ud fra



eller bestilles på tlf. 3641 1216) og får kigget både på sit medicinforbrug og hele sin psykiske/fysiske situation samt får et øvelsesprogram for at nedsætte spændinger.

### Behandling

Triptaner bruges til både migræne og Hortons Hovedpine, men virker ikke på andre smertetilstande i hovedet. Stoffet går ind og virker på serotoninstofskiftet, hæmmer frigørelsen af signalstoffer i hjernen, sammentrækker blodkarrene og hæmmer øget smertefølsomhed i hjernestammen.

Triptaner har effekt på 80% af patienterne. Fratrullet placebo på 20-40% er den mere reelle medicinske effekt under 60%.

En forsker fra Boston fremhæver, at det er vigtigt at tage medicinen straks man mærker, at et migræneanfald er på vej for at opnå det bedste resultat. Børn må godt behandles med triptaner.

Ang. Imigran: Patentet udløber i maj 2005, hvorefter man kan forvente, at der kommer kopimedicin på markedet til langt lavere priser.

Af andre former for medicin kan nævnes:

Gigtmidler (Migea, Clotam), stikpiller som f. eks. Gynergen.

Gynergen kan være OK i en kortere

periode, da en del patienter ikke tåler triptanerne, men de har jo desværre mange bivirkninger.

Blodtryksmiddel (bl.a. Atacand) Beta-blokkere bruges forebyggende hos patienter med mere end 3 anfald pr. måned, og her ser man ikke hovedpine som bivirkning.

Generelt: Det er vigtigt at starte langsomt med lav dosis over 6-12 måneder.

Epilepsimidler (Valproat, Topimax) kan have effekt.

Panodil kan give hovedpine ved større forbrug.

Akupunktur må man have megen respekt for, da det har vist sig, at mange har haft gavn af denne behandlingsmetode.

### Forskellige triggerfaktorer

Arvelige faktorer  
menstruation  
vejrforandringer  
fødevarer

### Medicininduceret migræne

Tager man medicin mod migræne mere end 10 dage/mdr, er migrænen udløsende faktor sikkert medicinen. Migrænen kan fremkaldes af alle slags smertestillende midler, almindelig migrænemedicin og gigtmidler. For at behandle medicininduceret migræne er det vigtigt med en afvænningsperiode, hvilket ofte iværksættes på Dansk Hovedpine Center.



Dansk Hovedpine Center i Glostrup, som yder landsdækkende behandling, får en årlig bevilling på 2 mio. kr. Behandler ca. 1000 patienter pr. år, som kommer til ca. 4-6 kontrolbesøg. Målgruppen på centret er patienter med svære tilfælde af hovedsmerter, og det er typisk, at patienterne flere gange har været hos neurolog. Dette er vigtigt at påføre henvisningsedlen til Glostrup Hospital.

Henvisning kan udstedes af praktiserende læge eller neurolog.

På Dansk Hovedpine Center følges patienterne i op til to år. 65 % af patienterne kommer fra københavnsområdet, 35 % udenfor amtet.

*Dorrit Bjerregaard*

## **Lokalmøde i Horsens**

Den 18. november 2004 var der indkaldt til medlemsaften på Kløverbakken 19 i Horsens. Én meldte fra pga migræne, men tre mødte op, så vi var fire piger i 50'erne.

Vi fortalte hver især om, hvordan vi havde det med vores migræne, hvad vi brugte af medicin og hvad vi havde prøvet af alternativ behandling. Det viste sig, at vi alle stort set havde prøvet 'alt' uden at have fået det bedre, kun brugt tusindvis af kroner uden resultat. Én oplyste, at der er en smerteklinik i Århus, det vidste jeg i hvert fald ikke. To af deltagerne havde haft migræne fra de var børn.

Vi drøftede, hvordan vi klarede det med at have et arbejde, og hvor svært det er at planlægge noget og var også

inde på, hvordan andre opfatter os med migræne, og hvor dårligt man har det med gang på gang at måtte sygemelde sig.

Men vi blev enige om, at der i dag er så megen oplysning, at mange efterhånden er klar over, hvor alvorlig en lidelse, migræne er. Men mon ikke det først går helt op for andre, hvor ondt man kan have i hovedet, når man ligger i fire døgn, hvis de selv prøver det.

Jeg synes, vi havde en god aften, og det var rart at snakke med andre, der helt kunne forstå ens problem – og også opdage, at der er andre, der har det meget slemt.

*Gerda Arildsen  
Horsens*



## Læserbrev: En solstrålehistorie

Opfordret af Hovedpineklinikken i Glostrup, som jeg har besøgt i dag for sidste gang, skal jeg hermed fortælle hvordan det kan lykkes nogle af os at slippe ud af migrænefængslet.

Jeg er nu 55 år og har haft migræne siden jeg var en 12-13 år. I starten klart hormonrelateret, men fra omkring 40-årsalderen mere og mere ukarakteristisk, hyppigere og længere anfald og migæne medicin som fast inventar. Mange forebyggende behandlingsmetoder uden nævneværdige resultater, men ikke en medicinering i nærheden af noget der lignede et behov for afvænnning - sådan en 4-7 Relpax om måneden i de senere år.

I foråret skete der så det at jeg fik influenza et par gange og en vedvarende migræne som hver morgen startede forfra. På 10 dage havde jeg taget 9 Relpax, eller også var det omvendt. I hvert fald klart over det anbefalede loft. Derfor bad jeg min mand om at gemme pillerne på et for mig ukendt sted, tog en dyb indånding og satte mig til rette i sofaen med hovedet i hænderne, klar til en kold tyrker. Det tog cirka to

døgn, så lettede anfaldet efter at have været igennem det sædvanlige mønster (som jeg næsten havde glemt efter mange år med migræne medicin).

Noget medtaget og ret nervøs for hvornår det næste anfald ville komme - vel vidende at det ville vare en måneds tid før jeg igen kunne anvende medicin - tog jeg igen fat på mit arbejde og dagligliv.

Der gik en uge - to uger - en måned - kun med et par meget lette anfald på en halv dags tid som gik over af sig selv. Så et anfald på et par døgn som imidlertid kunne dysses ned med 2+2 Pinex og uden den sædvanlige sløvhed, nedstemthed og - vigtigst - uden nævneværdig smerte - og så var det overstået. Jeg turde næsten ikke kigge i kalenderen. En måned til og en til - og pludselig er der gået et halvt år. Jeg får ikke mere migræne af nogen betydning, det ved jeg nu.

Ingen havde vidst at det i virkeligheden var gledet over til at blive medicininduceret migræne. Jeg kan således anbefale en kold tyrker til lignende patientgrupper. God vind!





## Læserbrev: 30 år med migræne er slut.

Kort før min 11 års fødselsdag stiftede jeg bekendtskab med migrænen. Den har været min tro følgesvend i over 30 år. Tabletter, indsprøjtninger, dygtige "huslæger" har gjort deres for at hjælpe mig.

På trods af dette lå jeg altid, når vi skulle i byen, til barnedåb, ja sågar før og efter jeg fødte mine børn. Det var forfærdeligt. I løbet af årene udviklede migrænen sig, den blev værre og værre. Til sidst fik jeg morfin og primperan flere gange pr. måned. Men

så...

I foråret 2002 var jeg hos min rare læge, der sagde: "Lad os prøve at give dig Metoprolol" - i løbet af få dage forsvandt migrænen, og jeg har kun haft den i meget milde tilfælde siden.

Jeg har taget på - men jeg er blevet FRI. Jeg skal ikke være på forkant med alting.

Håber at det vil virke på andre.



## Læserbrev: Nu har jeg glemt det igen! Man bliver sgu egoist af ikke at have hovedpine.

I maj 1998 fik jeg konstateret sclerose og i september samme år begyndte jeg at få medicin, Rebif Interferon beta-1a. Året efter kom jeg til at tænke på, at jeg slet ikke havde haft migræne. Og det havde jeg ikke og jeg har ikke haft det endnu. Jeg har haft "almindelig" hovedpine, men ikke migræne. Jeg har fortalt det på sygehuset, men de har ingen patienter at sammenligne med, da de ikke har

sclerosepatienter, der også har migræne.

Men jeg kan ikke lade være med at tænke på, om der er noget i medicinen som hjælper mod migræne. Jeg syntes at jeg ville fortælle om mit tilfælde, for det kan være at andre kan få glæde af den information.

*Elin R. Wasilewski*



## **Medlemsmøde i Randers**

**Onsdag den 16. marts kl. 19**  
**Randers Centralsygehus - Patienthotellet**  
**Skovlyvej 1- Randers**

Foredrag ved Neurolog  
Per Schmidt Sørensen

### **Om migræne og de seneste landvindinger indenfor migræneforskningen.**

Der vil som sædvanligt være mulighed for  
at stille spørgsmål til foredragsholderen.  
Tag gerne familie og andre interesserede med.

Med venlig hilsen  
MIGRÆNIKERFORBUNDET

---

## **Medlemsmøde i Ringkøbing**

**Mandag den 11. april 2005 kl. 19.00**  
**Rådhushallen, Ved Fjorden 6 i Ringkøbing**

Foredrag ved  
Marry-Jette Rasmussen  
overlæge på neurologisk afdeling,  
Centralsygehuset i Esbjerg

- Hvad er migræne?
- Hvad kommer migræne af?
- Behandlingsmetoder
- Forskellige migrænetyper
- Overforbrug af medicin

Der vil som sædvanligt være mulighed for at stille spørgsmål til  
foredragsholderen og senere få en snak med de andre fremmødte.

Tag gerne familie og andre interesserede med.

Med venlig hilsen  
MIGRÆNIKERFORBUNDET



## Kursus for unge migrænikere (teenagere og de der lige har været teenagere)

Den 9.-10. april i Vejle (på Vejle Vandrehjem)  
kl. 13 (lørdag) til kl. 13 (søndag)

### Lørdag

- 12.00 – 13.00 Ankomst og værelsesfordeling  
13.00 -14.00 Fortæl lidt om dig selv og din migræne (alle)  
14.00 – 15.00 En ungs synspunkter – erfaringer fra det virkelige liv (Pernille)  
15.00 – 15.30 Te/kaffe + kage  
15.30 – 17.00 Hvad er migræne og hvilken medicin kan man bruge? (Rigmor Jensen, Dansk HovedpineCenter)  
18.00 – 19.30 Middag  
19.30 - ? Gruppearbejde om hvordan man klarer de specielle forhold migrænen giver  
? Te/kaffe/sodavand

### Søndag

- 8.00 – 9.00 Morgenmad  
9.00- 11.00 Studievejleder Margrethe Fink fortæller og der er tid til spørgsmål  
11.00 – 12.00 Opsamling – hvad kan vi gøre sammen osv...  
12.00 – 13.00 Frokost og derefter afgang

Du er velkommen til at tage din bedste ven eller veninde (eller en forældre) med. Overnatning på vandrehjemmet betales af deltagerne, og Migrænikerforbundet sørger for forplejningen. Husk lagenpose, hvis du ikke vil betale for sengelinned.

Vejle Vandrehjem: tlf. 75 82 51 88 <http://www.danhostel.dk/vandrerhjem.asp?lan=dk&id=56>,

-----  
Tilmelding til ungdomskursus sendes til Migrænikerforbundet, att. Else Harsing, Postboks 115, 2610 Rødovre eller på tlf. 36 41 12 16 **senest 15. marts 2005.**

Deltager: \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_ år

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Bedste ven(inde) som også deltager: \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_ år

Overnatning i enkeltværelse\_\_\_ dobbeltværelse\_\_\_ sovesal\_\_\_



## Generalforsamling

Migrænikerforbundet afholder generalforsamling den 2. april 2005  
kl. 15.30 – 17 i Valby Medborgerhus.  
Dagsorden ifølge vedtægterne (se [www.migraeniker.dk](http://www.migraeniker.dk)).

## Valg af bestyrelse

Anne Bülow-Olsen (formand), (ikke på valg)  
Else Harsing (sekretær) (ikke på valg)  
Ane Marie Kaas Hansen (ikke på valg)  
Lis Fibæk Sørensen (ikke på valg)  
Dorrit Bjerregaard (villig til genvalg),  
Michael Kaas Hansen (genopstiller ikke),  
Eva Aspir (kasserer) (villig til genvalg)  
Suppleant Aase Lauritsen (ikke på valg)  
Suppleant Maiken Severinsen (villig til genvalg)

## Vi mangler et bestyrelsesmedlem!

Bestyrelsen mødes ca. hver 3 måned i København. Udenbys bestyrelsesmedlemmer får togbilletten betalt. Vi mødes lørdag eller søndag middag, så det er muligt at komme hjem igen samme dag.

Opgaverne i bestyrelsen er varierede. Vigtigst er at bestyrelsesmedlemmerne tegner forbundet – dvs. bidrager til at udvikle forbundet, så det på bedste vis kan varetage medlemmernes interesse. Vi drøfter løbende hvad vi kan gøre for at blive bedre til dette. Bestyrelsesmedlemmerne påtager sig

desuden en række praktiske opgaver f.eks. at finde foredragsholdere, telefonservice, udsendelse af materiale, vedligeholdelse af hjemmesiden, skrive til bladet, lave nyt informationsmateriale, pakke kuverter, klare regnskabet, søge fonde om penge, snakke med journalister og meget andet.

Michael fra bestyrelsen er blevet far og har fået flere opgaver for sit arbejde. Hans opgaver i bestyrelsen er derfor ledige. Michael har bl.a. sørget for at lave aftaler med foredragsholdere og finde egnede



## Formandens beretning (kort)

MigræneNyt fik en ny forside i 2004. Bladet udkom som planlagt med 4 numre, hver på 28 sider fyldt med indhold om migræne. Vores væsentligste opgave er at informere om migræne. Det fremgik meget tydeligt af svarene fra den spørgeskemaundersøgelse, der var i MigræneNyt 2004-1. Nyheder i pressen var et stort ønske, men desværre er det ikke altid os der bestemmer, hvad aviserne trykker. Der har dog været en hel del i både dagblade og ugemagasiner mv. om migræne i 2004.

Migrænikerforbundet har desuden i 2004 udgivet tre foldere om østrogenmigræne, fødevaremigræne og børnemigræne. Folderne blev sendt til alle apoteker, neurologer og større lægehuse, og er forhåbentlig blevet læst af mange, både læger og patienter. Vi var i december desuden på skærmen i 160 apoteker hvert 6 minut med ½ minut om børnemigræne.

Disse aktiviteter har været mulige fordi vi i 2004 har fået driftstilskud fra Tips og Lotto og midler til trykning af informationsmateriale fra Helsefonden.

Vi arbejdede i slutningen af 2004 med at få et nyt look på hjemmesiden – så den nu er mere tidssvarende. Indholdet er stort set uændret, men siden er nu betydeligt mere indbydende og hurtigere at downloade.

Der blev holdt foredrag i Århus og Ålborg med mange tilhørere begge steder; da der generelt ikke kommer så mange til foredragene i København afholdt vi kun to her, i stedet for de 4 vi normalt har holdt. Der blev desuden afholdt lokale medlemsmøder i Rønne, Århus, Randers, Ringkøbing og Horsens; disse møder er ganske uformelle, men giver mulighed for at møde andre migrænikere fra lokalområdet.

Vi forsøgte at arrangere et weekend 'kursus' for unge migrænikere, men på grund af lille tilslutning blev det flyttet til april 2005.

Medlemstallet var i 2004 omtrent uændret siden 2003 på ca. 850 medlemmer. Det var første gang i 10 år at medlemstallet ikke har været klart stigende.



I næsten alle egne af landet er der oprettet kontaktgrupper, hvor vi kan mødes over en kop kaffe/te, udveksle erfaringer og måske få nogle gode råd. Der kan afholdes foredrag i lokalgrupperne.

<b>OMRÅDE:</b>	<b>KONTAKTPERSON:</b>	<b>TELEFON:</b>
Bornholm	Ane Marie Kaas Hansen	5695 9515
Fredericia	Lis Fibæk Sørensen*	7592 8828
Fyn	Vinni Hansen (efter 17:00)	6592 1160
Helsingør	Mona Schmidt	4926 0445
Hillerød	Annette Schneider (efter 16:00)	4826 0980
Horsens	Gerda Arildsen	7564 1105
Hjørring	Mette Gajhede	9897 7139
København	Maiken Severinsen	3670 1103
Randers	Else Bärtel	8643 9085
Ringkøbing	Yvonne Søberg	9734 2508
Sakskøbing	Elsebeth Brink Rasmussen	5470 7069
Århus	Dorrit Bjerregård	8627 9927
Færøerne	Alice Simonsen	00298 225148

*\*Lis har erfaring og viden om pensionsforhold mv.*

## **Migrænikerforbundet har brug for kontaktpersoner**

Hvis du har lyst til at blive kontaktperson, kan du ringe på Migrænikerforbundets kontakttелефон 3641 1216 og høre hvad det går ud på - det er ikke svært.

Du kan selv se, hvor i landet der mangler kontaktpersoner — f.eks. Ålborg, Viborg Amt, Sønderjyllands Amt og Vestsjællands amt samt Grønland.

Så lad os høre fra dig.

Med venlig hilsen  
*Bestyrelsen*