

Nr. 1 februar 2007

MigræneNyt



MIGRÆNIKERFORBUNDET

- så er du ikke alene -



Indhold:

Leder: Det kan man drive et mindre hospital for!.....	1
Indkaldelse til Generalforsamling 21. april 2007.....	2
Foredrag om børnemigræne 22. maj 2007.....	3
Formandens beretning for 2006.....	4
Hønen og ægget – eller migræne og psykiske problemer	5
10 % af migrænikere med aura har også basilær migræne.....	7
Kombination af Topimax og betablokker måske en mulighed	7
Østrogenforbruget falder hos de over 40-årige	7
Migrænikere besvimer lidt mere	8
En gang triptaner – og så ikke mere... ..	8
Nye regler for akupunktører	8
Abort og brug af smertestillende medicin.....	9
Afgiftning har større effekt end forebyggende medicin.....	10
Migrænikere kan køre bil... ..	11
Hjerte/blodpropsmedicinen Persantin kan give migræne.....	11
Hårdt ramte migrænikere har mere fravær i Norge.....	12
Ændringer i den grå hjernemasse hos migrænikere	13
Forebyggende behandling anbefales til øjenmigræne.....	13
Ny vin-gær, som – måske – kan gøre rødvin migrænevenlig.....	14
Halvdelen af de, der tager Topimax,	14
bør måske fortsætte i mere end et år.....	14
Tryptofanmangel giver kvalme	15
Migrænikere ser farver og striber lidt anderledes	16
Topimax og orgasme.....	16
Kronisk migræne følges med øget tendens til at blinke	16
Hvor længe varer et migræneanfald?.....	17
Om migræne hos børn og unge	18
Færrest migræneanfald i skoleferien	20
Hvad er migræne?	21
Ondt i håret? Tag triptanen tidligt i migræneanfaldet	22
Injektion med Sumatriptan virker på migrænikere med allodynia	22
Hvad kan Viagra fortælle os om migræne? ,	23
Estradiol-creme flytter menstruationsmigrænen, men fjerner den ikke	26
Hormonbehandling efter overgangsalderen og migræne	26
Petras historie, fortsat.....	27
Mænd har større forhåbninger til behandlingen... ..	29
Erfaring med kosttilskuddet Magnesium mod migræne	29
Rapport fra en afgiftning, fra Hovedsagen	30
Socialrådgiver	31
Hjemmesiden — område kun for medlemmer.....	32
Kontaktpersoner	32



Leder

Det kan man drive et mindre hospital for!

Prisen på Sumatriptan har nu stabiliseret sig på ca. 6 kr for 50 mg i tablet. Det er 10% af prisen på Imigran Sprint. En væsentlig besparelse for den enkelte, og en gigantisk besparelse for samfundet. I TV-udsendelsen Kontant d. 2. januar 2007 fremgik det, at besparelsen nok er på 80 – 100 millioner kr. om året, for samfundet som helhed, alene for Sumatriptan. Og at det er nok til at drive et mindre hospital!

Udviklingen for Sumatriptan blev sammenlignet med udviklingen for to andre typer medicin, som også er markedsført i lidt ændrede udgaver, men hvor der ikke er presset på for at få substitution mellem billigere kopipræparater og den nye, lidt ændrede medicin. Hverken de relevante patientforeninger eller Lægemiddelstyrelsen har taget initiativ til at få vurderet, om ændringen er så væsentlig, at substitution er (u)mulig.

Det er forståeligt - om end ikke sympatisk - at patientforeninger, som er påvirket af producenternes reklamebrøl, ikke kan vurdere, om der er en egentlig forskel mellem den gamle og den 'forbedrede' udgave af pillerne. Men det er en unndladelssynd af de store, at

Lægemiddelstyrelsen ikke på eget initiativ vurderer substitutionsmulighederne for disse 'let forbedrede' udgaver af medicin, som kommer på markedet lidt før patentet på den oprindelige udgave er ved at udløbe.

Vi ser gerne, at Lægemiddelstyrelsen i fremtiden aktivt vurderer alle nye ansøgninger om 'forbedrede' typer medicin, med henblik på aktivt at søge efter disse potter guld, som bare venter på at blive samlet op.

Lægemiddelstyrelsen siger selv at de arbejder for at der er sikre og effektive lægemidler på markedet, og at de har fokus på samfundsøkonomien. I disse tilfælde ser det ud til at Lægemiddelstyrelsen har glemt sine visioner.

Vi har en rigtig skidt situation – patientforeningerne er ikke i stand til at vurdere om de 'forbedrede' midler faktisk er bedre eller om det er reklamegas, og Lægemiddelstyrelsen påtager sig ikke opgaven. Hvordan får vi så råd til de nye hospitaler?

Anne Bülow-Olsen



Indkaldelse til Generalforsamling

Lørdag den 21. april 2007 kl. 15.30 - 17.00

Valby Medborgerhus, Valgårdsvej 4, lokale 1, 3. sal, 2500 Valby.

Dagsorden:

1. Valg af mødeleder.
2. Godkendelse af dagsorden.
3. Godkendelse af referat fra generalforsamlingen den 1. april 2006
4. Formandens beretning (se side 4).
5. Godkendelse af revideret regnskab.
6. Fastsættelse af kontingent for år 2008. Uændret kr. 175,00
7. Valg af bestyrelse:

Formand	Anne Bülow-Olsen	ikke på valg
Næstformand	Janeth Svendsen	ikke villig til genvalg
Kasserer	Eva Aspir	på valg, villig til genvalg
Sekretær	Else Harsing	ikke på valg
Bestyrelsesmedlem	AneMarie K. Hansen	ikke på valg
Bestyrelsesmedlem	Dorrit Bjerregaard	på valg, villig til genvalg
Bestyrelsesmedlem	Lis Fibæk Sørensen	ikke på valg,
Suppleant for bestyrelsen	Maiken Severinsen	ønsker ikke genvalg
Suppleant for bestyrelsen	Aase Lauritsen	ønsker ikke genvalg

8. Indkommende forslag
9. Eventuelt

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være Migræneikerforbundet i hænde **senest den 31. marts 2007**

Kun medlemmer, der har betalt kontingent, har stemmeret.
Kontingent kan evt. betales ved mødet.

Medborgerhuset ligger 7-8 min. gang fra Valby Station
og har også indgang fra Toftegårds Plads.

Buslinjerne 16-18-21-39-121-133-100S-650S-171E og 539P kører lige til døren.



Foredrag om børnemigræne

22. maj kl. 19,00

Østerbrohuset, Århusgade 103, København Ø

**Overlæge Susanne Holst Ravn,
Leder af Glostrup Hospitals nye børneafdeling for migræne**

fortæller bl.a. om

- hvordan børnemigræne adskiller sig fra voksnes migræne,
- hvad vi som forældre kan gøre for børnene (hvilken medicin er egnet),
- hvordan migrænebørn klarer sig sammenlignet med andre børn, og
- hvad man gør, hvis barnet er rigtigt hårdt ramt af migrænen.

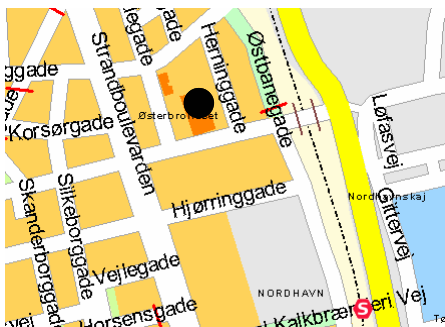
Susanne vil selvfølgelig også fortælle om spændingshovedpine hos børn og unge, og om det mon er rigtigt, at der bliver flere og flere børn med ondt i hovedet.

Vi håber der kommer rigtigt mange tilhørere — både forældre og børn!

Fortæl gerne andre om foredraget — børnemigræne er en alvorlig belastning for barnet.

Gratis adgang —

Østerbrohuset ligger 5 minutters gang fra Nordhavn Station.





Formandens beretning 2006

Migrænerforbundet har brugt 2006 på at påvirke det politiske system, så der nu dels er mulighed for at få kopipræparater, der er billigere end de originale (Sumatriptan), dels er en national rekommandationsliste med grundig dokumentation for de udvalgte præparater. De amtslige rekommandationslister er nu en saga blot, og en national rekommandationsliste, som er langt bedre under-bygget end de amtslige, er under opbygning. Og så har vi arbejdet for at få indført en bedre afgiftnings-procedure. Efter klage til DADL og Sundhedsstyrelsen har vi skrevet til Sundhedsministeren og bedt om at der kan indkaldes udenlandske eksperter til vurdering af potentielt uhensigtsmæssige behandlingsmetoder.

Prisen på Sumatriptan var ved årets udgang på ca. 10% af originalproduktet, en besparelse på ca. 100 millioner kr. om året for migrænikerne og samfundet.

Vi har arrangeret 3 ungdomsdage i henholdsvis Århus, Odense og København. Der var foredrag med en lokal neurolog og alle steder en meget livlig og givtig drøftelse af hvad der er vigtigt for unge med migræne. Ungdomsdagene blev omtalt i Urban, specielt om det er klogt at oplyse at man har migræne når man er søger

sine første jobs (såmænd også senere).

Hjemmesiden besøges af mange, specielt efter at der er sat aktuelle nyheder på forsiden og oprettet et nyhedsbrev. Der blev sendt 21 nyhedsbreve ud fra oktober til årets udgang hvor der var ca. 100 modtagere af nyhedsbrevet. Hovedsagen, vores mailgruppe, drøfter masser af migrænerelaterede sager, og har over 60 deltagere.

Forbundet havde ved årets udgang 802 medlemmer og de senere års svage medlemstilbagegang er nu vendt til fremgang.

Der blev desuden afholdt foredrag i København (2 stk.) og Tórshavn og 11 lokale medlemsmøder rundt om i landet og udgivet 4 blade.

Endelig tog Migrænerforbundet de første spæde skridt til at oprette en migræneklinik, som fokuserer på patientens ønsker, f.eks. om effektiv behandling og at undgå unødige smerter og ubehag i forbindelse bl.a. ved afgang.

Til slut en stor tak til bestyrelsen og kontaktpersonerne – det har været et år med mange aktiviteter, og en stor indsats fra alle.

Anne Bülow-Olsen



Hønen og ægget – eller migræne og psykiske problemer

Der er skrevet stribevis af artikler, som har påvist at der er en lidt øget sandsynlighed for at en migræniker har en afvigende adfærd. Og nu er der udgivet en hel bog (Headache 46 S3) med 16 artikler om sammenhængen mellem migræne og et eller flere 'afvigende træk'.

Vi kan ikke afvise at der kan være en sammenhæng. Men vi kan pege på, at det ikke er beskrevet, hvad der er hønen og hvad der er ægget her. Vi ved ikke om personer med tendens til 'afvigende træk' oftere udvikler migræne, eller om migrænikere udvikler 'afvigende træk' i løbet af deres karriere som migræniker.

Migræne har i de senere år opnået anerkendelse som en sygdom med klart definerede kemiske reaktioner i kroppen. Vi kender mange af de fysiologiske processer som ændres, og vi kan med rimelig sikkerhed udløse et anfald ved en kontrolleret påvirkning (f.eks. med Viagra, nitroglycerin eller synspåvirkninger).

De afvigende træk, som kædes sammen med migræne er f.eks. frygt for at gå på gaden med mange mennesker, generelle bekymringer eller tendens til at checke alting

mange gange. Træk, som ikke er voldsomt afvigende, og som mange nok lever med i mindre grad. Men nu foreslår nogle af de fremmeste psykologer at vi udspørges om dem, så denne del af vores 'sygdomsbillede' kan blive behandlet inden der gøres noget alvorligt ved migrænen (1).

Dette kædes sammen med at overforbrug af medicin er et psykologisk problem. Medicinoverforbrug udvikles oftere hos migrænikere, som har en 'personality disorder'. Så anbefalingen er – selvfølgelig – at problemet (herunder personalitydelen) først skal identificeres. Dette omfatter urin-prøver, for at vise om patienten måske ikke fortæller om alle de typer medicin (eller andre stoffer) som han/hun tager. Derefter iværksættes et uddannelsesprogram, som skal rette op på patientens misforståelser, som f.eks. at det kun er mere af en enkelt type medicin, som kan holde anfaldene nede (2).

Der er en lang række forskellige spørgeskemaer, som kan bruges til at identificere depression og andre psykologiske problemer. Normalt er det alene ud fra svarene på disse spørgeskemaer, lægen stiller diagnosen. Spørgsmålene går



generelt på om man er træt og uoplagt – lige netop som man har det efter et voldsomt migræneanfald. Kommer man til at svare at man er lidt træt, uoplagt, ukoncentreret og måske ikke kan falde i søvn (fordi hovedet værker), har man en depression, som – måske – skal behandles inden migrænen, eller som i hvert fald skal tages med i betragtning ved behandlingen (3).

Sådan fortsætter historierne, som ser ud til at have til formål at

underbygge at migrænikere bør undersøges for om de har en depression, som kan behandles.

(1). S. M. Baskin, G. L. Lipchik og T. A. Smithermann, 2006. *Mood and anxiety disorders in chronic headache. Headache 46 (S3), S76-87.*

(2). A. E. Lake, 2006. *Medication overuse headache: Biobehavioural issues and solutions. Headache 46 S3, S88-97.*

(3). M. Maizels, T. A. Smitherman og D. P. Penzien, 2006. *A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. Headache 46 S3, S98-109.*

Migrænikerforbundet advarer migrænikere om at de kan få diagnosen 'depression' ud fra nogle få spørgsmål på et ark papir. Det er uhensigtsmæssigt, hvis læger kommer til at behandle 'depressioner' som skyldes at migrænikere har tendens til at være trætte eller uoplagte efter anfaldene.

Lægen burde i stedet bruge tiden på at hjælpe migrænikeren med at identificere triggerne til migrænen, så anfaldshyppigheden kan nedsættes. Desværre er der kun få læger som påtager sig denne opgave.

Møde for medlemmer på Herningkanten!

Lene Simmelkær inviterer til lokalmøde
torsdag d. 8. marts kl. 19,
H.C. Ørstedsvej 44 st. tv, 7400 Herning.
Tilmelding på telefon 30530158 senest 3 dage før mødet.

Husk at melde til på www.migraeniker.dk for at få Migrænikerforbundets nyhedsbrev. Du kan melde fra samme sted, hvis du ikke længere vil have det.



10 % af migrænikere med aura har også basilær migræne

Danske forskere fandt 362 migrænikere med aura, og spurgte dem om deres følgesymptomer, når de havde anfald. 38 migrænikere havde af og til basilær migræne – dvs. ca. 10% af auramigrænikerne oplevede denne form for migræne.

Basilær migræne giver ofte svimmelhed i aura-fasen (61%), talebesvær (53%), tinnitus (45%)

eller dobbeltsyn (45%), eller kombinationer af disse. Selvom forskerne ledte grundigt efter kromosomfejl, som kunne hænge sammen med denne type migræne, fandt de ikke en sammenhæng.

M. Kirchmann, L. L. Thomsen og J. Olesen, 2006. Basilar-type migraine: Clinical, epidemiologic, and genetic features. Neurology 66, 880-886.

En kommentar i tidsskriftet Headache nævner, at hvis basilær migræne og auramigræne er samme sag, bør de også behandles ens. Hidtil har lægerne ment, at man ikke skulle tage triptaner, hvis man har basilærmigræne.

Kombination af Topimax og betablokker måske en mulighed

En spansk undersøgelse omfattede 58 migrænepatienter. De havde alle forsøgt Topimax og betablokkere som forebyggende, hver for sig, uden virkning. Kombinationen af de to midler hjalp så meget at tre ud af fire, der gennemførte behandlingen, fik reduceret migrænedagene til det halve eller

mindre end det. En ud af fire fik ingen væsentlig virkning. En ud af seks stoppede behandlingen på grund af bivirkninger.

J. Pascual, M. T. Rivas og R. Leira, 2007. Testing the combination beta-blocker plus topiramate in refractory migraine. Acta Neurol Scand. 115, 81-3.

Østrogenforbruget falder hos de over 40-årige

Antallet af brugere af hormoner over 40 år faldet fra 180.000 til 125000 fra 2001 til 2005. Forbruget af migræne medicin blandt de ældre

er ikke faldet i den samme periode.

http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/forbrugsanalyser/hormoner_kvinder/pdf/Forbruget_af_hormoner.pdf



Migrænikere besvimer lidt mere

323 migrænikere og 153 kontrolpersoner blev udspurgt om de af og til besvimede. Det viste sig at flere migrænikere oplever at de besvimer (46% mod 31% af kontrolpersonerne), at migrænikerne har flere besvimelser end kontrolpersonerne, og at migrænikerne oftere besvimer når de står op, end kontrolperso-

nerne. Det var ikke muligt at finde en sammenhæng til blodtryk eller hjerteslag.

R. D. Thijs, M. C. Kruit, M. A. van Buchem, M. D. Ferrari, L. J. launer og J. G. Dijk, 2006. Syncope in migraine: the population-based CAMERA study. Neurology 66, 1034-37.

En gang triptaner – og så ikke mere...

841 ud af 1498 israelske migrænepatienter, som havde fået deres første recept på en triptan, hentede kun triptanerne på apoteket en enkelt gang. Dvs. at over halvdelen af dem, der prøvede triptanerne ikke mente de var værd at fortsætte med.

fortsætte med triptanerne. Det var især mændene, som fandt at de ikke ville have flere triptaner.

Forskerne spekulerer på hvorfor der er så mange som ikke synes triptanerne var værd at fortsætte med, og peger på at prisen nok har haft indflydelse på valg af medicin.

Det var især de ældste (over 70 år) og de yngste (under 30 år) migrænikere, som ikke ønskede at

G. Ifergane, I. Wirguin og P. Shvartsman, 2006. Triptans – Why once?. Headache 46, 1261-63.

Nye regler for akupunktører

Efter 1. januar 2007 kan personer, som ikke er læger, udføre akupunktur med nåle. Det betyder at enhver kan kalde sig akupunktør og tilbyde denne behandling.

Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (lov nr. 451 af 22/05/2006 gældende fra 1 januar 2007)





Abort og brug af smertestillende medicin

Der har været en del omtale i medierne af sammenhængen mellem brug af NSAID (f.eks. ibuprofen og naproxen). Medierne har blandet andet hæftet sig ved at der er en 80% øget risiko for abort hvis man tager de smertestillende piller tidligt i graviditeten.

Opmærksomheden stammer fra en statusartikel i Ugeskrift for læger (1). I artiklen refererer de danske læger blandt andet en artikel fra British Medical Journal, hvor abortrisikoen hos kvinder, der tog NSAID, aspirin eller paracetamol, blev sammenlignet med abortrisikoen hos kvinder, der ikke tog disse midler (2).

Tabellen viser de data fra British Medical Journal som ligger til grund for mediernes omtale.

Blandt ca. 2000 kvinder, som ikke tog nogen af disse midler var der 15% der aborterede.

Sammenlignet med abortrisikoen hos ca. 2000 kvinder, som ikke tog nogen af præparaterne, var der ikke en statistisk signifikant forskel på

risikoen for abort, bl.a. fordi antallet af kvinder der tog de smertestillende midler og aborter er så lille, at resultaterne kan skyldes tilfældigheder.

Dette betyder ikke, at det er en god idé at tage store mængder medicin når man planlægger at blive gravid, eller er blevet det. Ud fra resultaterne advarer forskerne specielt om at brug af smertestillende midler lige omkring befrugtningen specielt øger abortrisikoen. Desværre var der heller ikke tilstrækkeligt mange data til at det kunne afgøres, om en enkelt tablet i ny og næ var lige så slem som konstant brug af de smertestillende midler.

J Borregaard Larsen og S. Thirstrup Pedersen, 2006. Nonsteroidie antiinflammatoriske stoffer - mulige risici ved anvendelse under graviditet. Ugeskr. Læger 168, 3709.

(2) D.-K. Li, L. Liu og R. Odouli, 2003. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. BMJ 327, 368-373.

Lægemiddel	Aborterede	Ikke-abort.	% aborterede
NSAID	13	40	25
Aspirin	5	17	23
Paracetamol	24	148	14



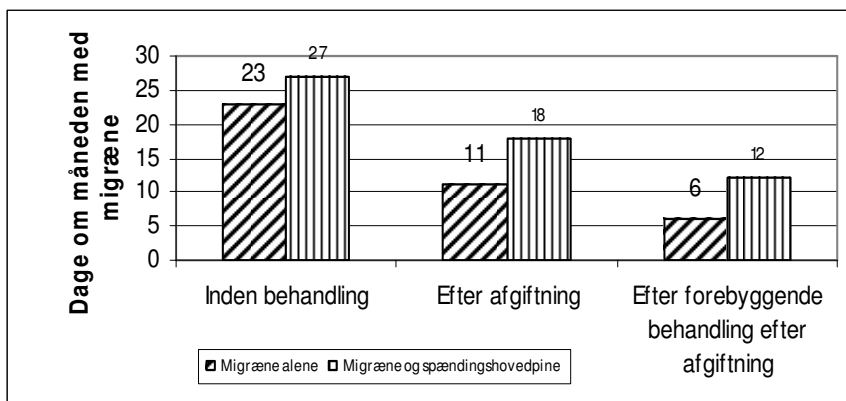
Afgiftning har større effekt end forebyggende medicin

Dansk HovedpineCenter i Glostrup behandlede 337 migrænikere/-hovedpinepatienter med diagnosen medicininduceret hovedpine i 2002 og 2003. Heraf var der 121, som ikke gennemførte den 2 måneders medicin frie periode, som er behandlingen. 41 af de 215 patienter opgav behandlingen efter den medicin frie periode, og 175 patienter blev indrulleret i et studium af effekten af forebyggende behandling. 17 af disse havde migræne og 79 havde en blanding af migræne og spændingshovedpine. For de 17 migrænikere var effekten af behandlingen i gennemsnit, at de havde 23 dage med migræne om måneden inden de kom i

behandling, havde 11 dage med migræne om måneden efter afgiftningen, og efter forebyggende medicinering i nogle måneder (ca. ½ år i gennemsnit), havde de i gennemsnit 6 dage med migræne om måneden.

For migrænikere, som også havde spændingshovedpine, var resultaterne at de gik fra 27 dage med hovedpine om måneden til 18 dage efter afgiftning, og til 12 dage om måneden med forebyggende medicinering.

P. Zeeberg, J. Olesen og R. Jensen, 2006. Discontinuation of medication overuse in headache patients: recovery of therapeutic responsiveness. Cephalalgia 26, 1192 – 1198.



Migrænikerforbundet konkluderer, at der er et væsentligt frafald i behandlingsforløbet (ca. en ud af tre patienter), og at den største effekt fås ved afgiftning, mens efterfølgende forebyggende behandling har en lidt mindre effekt. Effekten er bedst for 'ren' migræne.



Migrænikere kan køre bil....

Vi omtalte i sidste MigræneNyt at migrænikere kan have mindre fornemmelse for hvordan verden bevæger sig omkring dem. Et australsk forsker-team har testet om det påvirker vores evne til at køre bil på en sikker måde.

De satte 25 migrænikere og 25 raske forsøgspersoner foran computerskærmen, og viste dem billeder af landskaber, som personerne 'kørte' igennem med 50 km/timen, eller 'gik' igennem med 5 km/timen. Forsøgspersonerne skulle indikere, hvilken vej de oplevede at de 'kørte'.

Selvom der var nogle af migrænikerne, som klart havde en unormal opfattelse af bevægelse, var de lige så gode til at fortælle, hvordan de 'kørte' på skærmen, som de andre migrænikere og de raske forsøgspersoner.

Lægerne konkluderer, at det er betryggende at vide, at selvom nogle migrænikere opfatter verden lidt anderledes, reagerer de på samme måde som andre når de kører bil.

A. M. McKendrick, A. Turpin, S. Webb og D. R. Badcock, 2006. Do migraineurs have difficulties judging direction of simulated heading? Cephalalgia 26, 949-959.



Hjerte/blodpropsmedicinen Persantin kan give migræne

Det aktive stof dipyridamole i lægemidlet Persantin, udløser hovedpine hos 10 ud af 10 migrænikere uden aura og hos 8 ud af 10 ikke-migrænikere, viser en dansk undersøgelse. En af de raske og 5 af migrænikernes hovedpine var tydeligvis migræne.

Hovedpinen/migrænen varede oftest kun få timer. Persantin gives til folk, som har fået en ny hjerteklap

eller generelt som forebyggende mod blodpropper. Lægerne har ikke en forklaring på hvorfor stoffet fremkalder hovedpine eller migræne.

C. Kruse, L. H. Lassen, H. K. Iversen, S. Østergaard og J. Olesen, 2006. Dipyridamole may induce migraine in patients with migraine without aura. Cephalalgia 26, 925-933.



Hårdt ramte migrænikere har mere fravær i Norge

44% af en stor gruppe norske voksne fra Nord-Trøndelag uden hovedpine eller migræne havde en eller flere sygedage i året forud for at de blev spurgt. Blandt migrænikerne havde 59% en eller flere sygedage. Så der var mange migrænikere og andre, som ikke havde fravær overhoved.

Forskerne spurgte migrænikerne, hvor mange dage med migræne de havde, og hvor mange dage de havde været fraværende fra arbejdet på grund af migræne i det seneste år.

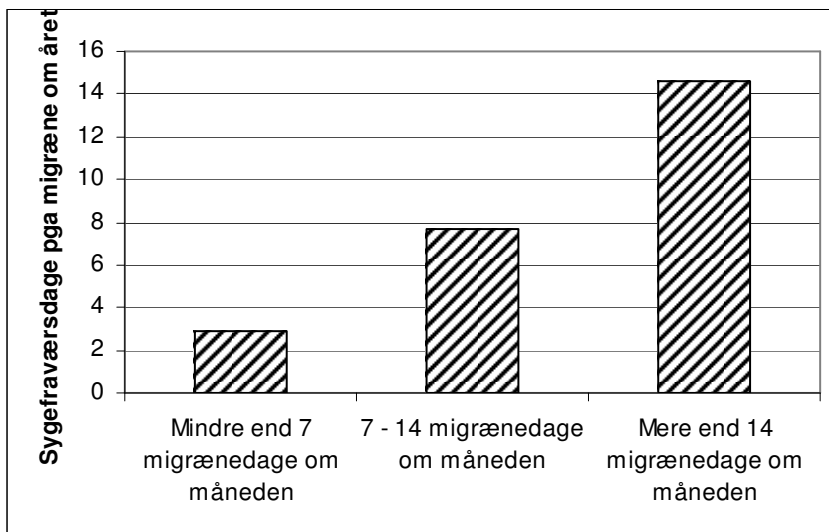
Det viste sig at de hårdt ramte

migrænikere havde væsentligt flere sygedage på grund af migræne end de, der kun havde få anfald. I gennemsnit havde migrænikerne 4,4 sygefraværsdage om året (1).

Det gennemsnitlige sygefravær i Norge er på mellem 6 og 7% af arbejdstiden. I Danmark er sygefraværet ca. 2,5% (2).

(1) I. Fiane, M. E. Haugland, L. J. Stovner, J.-A. Zwart, G. Bowim og K. Hagen, 2006. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache – the HUNT study. *Cephalalgia* 26, 960-967.

(2) <http://www.frifagbevegelse.no/loaktuelt/temasaker/article1707182.ece>



Skal du flytte? Husk at melde adresseændring til Migrænerforbundet



Ændringer i den grå hjernemasse hos migrænikere

Vi har vidst i et par år at migrænikere har lidt flere ændringer i den hvide del af hjernen end andre. Nu har et hold italienske forskere også set på den grå del af hjernen – dvs. overfladen, hvor de fleste hjerneaktiviteter foregår.

16 migrænikere og 15 kontrolpersoner blev skannet med mri (magnetic resonance imaging) og det viste, at de grå dele af hjernen hos migrænikerne ikke var ændrede sammenlignet med

kontrolpersonerne. Men der var mindre gennemstrømning i den grå masse hos migrænikerne. Lægerne konkluderer, at migrænikerne havde ganske små ændringer i den grå masse.

M. A. Rocca, A. Ceccarelli, A. Falini, P. Tortorella, B. Colombo, E. Pagani, G. Comi, G. Scotti, og M. J. Filippi, 2006. Diffusion tensor magnetic resonance imaging at 3.0 tesla shows subtle cerebral grey matter abnormalities in patients with migraine. Neurol Neurosurg Psychiatry 77, 686-9.

Forebyggende behandling anbefales til øjenmigræne

Øjenmigræne (retinal migraine), hvor patienten taber synet helt på det ene øje i op til en time i forbindelse med anfaldet, er sjælden, men rammer især kvinder i 20'erne eller 30'erne. De fleste har tidligere haft migræne med aura. Synet forsvinder som regel i den side, der også gør ondt.

Selvom synet kommer tilbage efter kort tid, blev 46 tilfælde med øjenmigræne gennemgået for om de på langt sigt havde normalt syn. Det viste sig at halvdelen af patienterne

udviklede en eller anden form for permanent synstab på det øje, der oftest var påvirket. Det tog fra mindre end et år til 52 år før synstabet var permanent.

Lægerne anbefaler, at man får forebyggende behandling mod migræne, hvis man har mange anfald af øjenmigræne, og at man undgår triptaner og ergotamin.

B. M. Grosberg, S. Solomon, D. I. Friedman og R. B. Lipton, 2006. Retinal migraine reappraised. Cephalalgia 26, 1275 – 1286.





Ny vin-gær, som – måske – kan gøre rødvin migrænevenlig

En canadisk vin-forsker har fremstillet en genmodificeret gær til vinfremstilling. Gæren har fået indsat et par gener fra de bakterier, der normalt bruges til at nedbryde malonsyre til mælkesyre inden gæren tilsættes. Det er bl.a. i denne 'malolaktiske forgæring', at der i nogle vine dannes biogene aminer, som giver nogle af os migræne.

Den nye gær er så ny, at der endnu ikke er resultater af afprøvninger, som sammenligner vin produceret

med den nye gær og vin fremstillet på traditionel vis, mht. indholdet af tyramin og phenylethylamin.

Så vidt vides er vin fremstillet med den nye gær (som hedder ML01) endnu ikke på markedet i Canada endnu, og slet ikke her i landet.

J. Coulon, J. I. Husnik, D. L. Inglis, G. K. van der Merwe, A. Lonvaud, D. J. Erasmus og H. J.J. van Vuuren. 2006. Metabolic Engineering of Saccharomyces cerevisiae to minimize the production of ethyl carbamate in wine. Am. J. Enol. Vitic. 57, 113-24.

Halvdelen af dem, der tager Topimax, bør måske fortsætte i mere end et år

Normalt giver lægerne Topimax i 3 til 6 måneder som forebyggende mod migræne. Spanske læger tilbød 80 migrænikere, som havde fået Topimax i 3 måneder, og som var glade for det, at de kunne fortsætte med pillerne. Efter 6 måneder blev behandlingen afbrudt. Hvis migrænen blev værre af den afbrudte behandling fortsatte behandlingen med Topimax. Halvdelen behøvede ikke at fortsætte med Topimax efter de første 6 mdr. mens den anden halvdel fik det klart værre af at

afbryde behandlingen. Kun 2 af disse 40 patienter ophørte med behandlingen efter et år – de øvrige ønskede at fortsætte med behandlingen.

Lægerne anbefaler at behandlingen med Topimax forlænges, hvis den ikke har den forventede effekt når pillerne stoppes.

J. Pascual, Y. El Berdei og J. C. Gomez-Sanchez, 2007 How many migraine patients need prolonged (>1 year) preventive treatment? Experience with topiramate. J Headache Pain. Epub ahead of print





Tryptofan-mangel giver kvalme, hovedpine og lysfølsomhed hos migrænikere

19 kontrolpersoner og 22 migrænikere fik en drik med et højt indhold af aminosyren L-tryptofan. Efter en let morgenmad fik deltagerne i forsøget enten en drik med højt indhold af L-tryptofan eller en blanding af andre aminosyrer.

Tanken bag forsøget var, at mangel på tryptofan kunne udløses ved at få et overskud af andre aminosyrer. Tryptofan er et stof, som indgår i dannelsen af serotonin, som er samlebegrebet for transmittere mellem nerverne i hjernen (budbringere mellem nervecellerne i hjernen men ikke i resten af kroppen).

Forsøgspersonerne belv derefter undersøgt for deres lysfølsomhed 5 og 8 timer senere.

Det viste sig at migrænikere, som

havde fået drikken med de mange aminosyrer (dvs. de havde tryptofanmangel), opfattede stærkt lys som langt mere ubehageligt end de raske forsøgspersoner, og også sammenlignet med migrænikere, som havde fået drikken der var tilsat tryptofan.

Alle grupper, som havde mangel på tryptofan, følte kvalme. Kvalmen blev stærkere efter at personerne havde været udsat for stærkt lys. Migrænikerne fik desuden hovedpine efter lyspåvirkningen når de havde tryptofanmangel.

Forskerne foreslår, at migrænikere måske kunne få det lidt bedre, hvis de kunne holde deres tryptofanniveau oppe.

P. D. Drummond, 2006. Tryptophan depletion increases nausea, headache and photophobia in migraine sufferers. Cephalalgia 26, 1225-33.

Tryptofan findes bl.a. havregryn, bananer, dadler, mælk, yoghurt, rødt kød, fisk, kikærter, solsikkefrø og peanuts. Vi kan ikke selv danne tryptofan, men skal have det ind via kosten. Tryptofan omdannes til serotonin, som igen kan omdannes til melatonin, som medvirker til at vedligeholde vores dagsrytme.

Få Migrænikerforbundets nyhedsbrev—tilmeld dig ved at skrive din mail-adresse på www.migraeniker.dk. Så kommer der en mail hver gang der er noget vigtigt nyt om migræne.



Migrænikere ser farver og striber lidt anderledes

25 migrænikere og 25 kontrolpersoner deltog i undersøgelsen. De så på billeder med farver og stregmønstre, og skulle f.eks. fortælle hvor store forvridninger der så i de stribede billeder.

Det viste sig at migrænikere som gruppe ser farver lidt mindre klart end andre, men der er et stort overlap – dvs. nogle migrænikere ser farver ganske som ikke-migrænikere, mens andre ser

farverne lidt anderledes. Oplevelsen af de stribede billeder gav en tydeligere forskel mellem migrænikere og andre, da mere end halvdelen af migrænikerne oplevede mange forvridninger i de stribede billeder, mens dette var forholdsvis sjældent blandt ikke-migrænikere.

D. E. Harle, A. J. Shepard og B. J. W. Evans, 2006. Visual stimuli are common triggers of migraine and are associated with pattern glare. Headache 46, 1431-40.

Topimax og orgasme

En artikel i tidsskriftet Headache omtaler 7 migrænikere, som fik Topimax som forebyggende mod migræne, og som mistede evnen til at få orgasme mens de tog Topimax. Heldigvis forsvandt denne bivirkning i løbet af en uge, da de holdt op med Topimax. De 7

migrænikere tog mellem 45 og 200 mg Topimax om dagen, da de havde problemer med orgasmen.

C. Sun, C. Lay, S. Broner, S. Silberstein, S. Tepper og L. Newman, 2006. Reversible anorgasmia with torpramate therapy for headache: A report of 7 patients. Headache 24, 1450-53.

Kronisk migræne følges med øget tendens til at blinke

35 personer med kronisk migræne (ifølge IHS' definition) og 35 kontrolpersoner blev undersøgt. Migrænikerne blinkede mere end kontrolpersonerne i perioderne, hvor de IKKE havde migræne, og lige så meget som kontrolpersonerne, når de havde migræneanfald.

Jo flere migræneanfald en patient havde, jo stærkere var tendensen til at blinke mellem anfaldene.

M. De Marinis, A. Pujia, E. Colaizzo og N. Accornero, 2007. The blink reflex in "chronic migraine". Clin Neurophysiol. 118, 457-63.



Hvor længe varer et migræneanfald?

253 canadiske migrænikere som var henvist til neurolog på grund af migræne fortalte om deres anfald.

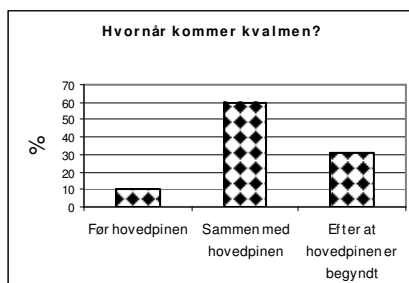
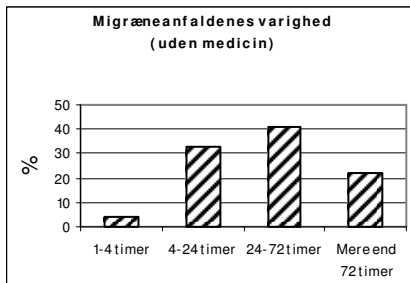
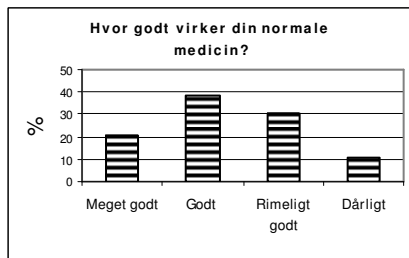
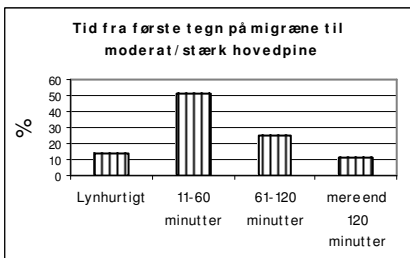
Der var en lille tendens til at migrænikere med aura fik kvalme tidligere end dem uden aura, og at aura-migrænikerne hurtigere fik moderat til stærk hovedpine, når først anfaldet var i gang.

Generelt tog det 1 – 2 timer fra de første tegn til anfaldet var i fuld udfoldelse, de fleste anfald varede mere end 24 timer, og næsten hvert fjerde anfald varede mere end 3 dage. Omkring 10% var ikke tilfredse med deres medicin, mens 2

ud af 3 var godt tilfredse. Kvalmen kom for de flestes vedkommende på samme tid som hovedpinen.

Forfatteren fremhæver, at auraanfald ikke nødvendigvis er kortere end migræneanfald uden aura, og at 20% af patienterne havde så meget kvalme, at de ikke kunne tage piller. Aura-migrænikernes kvalme varede længere end de andres.

W. Pryse-Phillips, M. Aubé, P. Bailey, W. J. Becker, A. Bellavance, M. Gawel, R. Giammarco, G. Mackie, R. A. Purdy, G. Robinson, G. Shapero og K. Wilson, 2006. A clinical study of migraine evolution. Headache 46, 1480-86.





Om migræne hos børn og unge

Har det nogen effekt at indlægge børn, der lider af hovedpine?

På Universitetshospitalet i Pavia testede man en gruppe børn og unge, der havde lidt af hovedpine (migræne eller spændingshovedpine) i 2-6 måneder; tankegangen var, at der skulle handles, når hovedpinen havde vist sig at være varig, men inden den blev kronisk. Patienterne blev tilfældigt delt i to grupper, den ene blev indlagt, den anden blev fortsat fulgt ambulant.

50 børn/unge deltog, ca. halvdelen med migræne, halvdelen med spændingshovedpine; migrænikerne skulle have mindst 3 anfald om måneden, patienterne med spændingshovedpine skulle mindst have hovedpine halvdelen af tiden..

De indlagte patienter blev grundigt undersøgt (blodprøver, EEG, MR-/CT-scanning) og fik tilbudt psykologisk rådgivning. Såvel patienter som deres forældre deltog også i en psykologisk spørgeundersøgelse, som handlede om frygt for hovedpine, om familieforhold og andre sociale forhold, om adfærdsproblemer og om skolegang.

De ambulante patienter blev

undersøgt via blodprøver og EEG, og også de ambulante patienter kunne man forsikre, at hovedpinen ikke skyldtes andre sygdomme. Begge kategorier fik smertelindrende, men ikke forebyggende medicin.

Formodningen, der lå til grund for undersøgelsen, var, at indlæggelse syntes at have større effekt end ambulant behandling, og den formodning viste sig at holde stik: efter 6 måneder var der kun 4 af dem, der havde været indlagt, der ikke havde fået det bedre, mens der var 14 af de ambulante, der ikke havde fået det bedre.

Undersøgelsen kunne ikke besvare det spørgsmål, om det var psykologhjælpen eller selve indlæggelsen, der gjorde udslaget.

Lanzi, D'Arrigo, Termine, Rossi, Ferrari-Ginevra, Mongelli, Millul & Beghi 2006. The Effectiveness of Hospitalization in the Treatment of Paediatric Idiopathic Headache Patients. Psychopathology 40, 1-7.

Hvordan tegner fremtiden sig for et barn / en ung med migræne?

I en anden italiensk undersøgelse fulgte man en tidligere undersøgelse fra 1989 op: På Sicilien blev 80



unge migrænikere i alderen 11-14 år 1 1989 undersøgt. I 1999 undersøgte man, hvordan det var gået dem (55 ud af de 80 kunne deltage).

Af de 55 var de 21 sluppet af med migrænen; hos yderligere 11 var den blevet svækket til lejlighedsvis spændingshovedpine.

Alt i alt en ganske fin prognose. Ser man imidlertid nøjere efter, kommer det an på to ting, om man kan håbe på dette alt i alt optimistiske resultat:

1. Migrænikere uden aura beholdt i langt højere grad deres migræne, og den var heller ikke så tilbøjelig til at ændre karakter over tiden, noget, næsten alle andre migræner/hovedpineformer syntes at gøre. 1/3 af de undersøgte med denne migræneform var blevet migrænen kvit, 1/3 havde uforandret aurafri migræne, og hos den sidste tredjedel var der sket et skift til andre migræneformer.

2. Migrænikere med arvelig disposition havde generelt også vanskeligere ved at blive migrænen kvit.

I øvrigt var der ingen markant forskel på kvinder og mænd eller på, om man brugte NSAID eller ej.

Derimod syntes folk med fysisk arbejde at have en lidt bedre prognose end andre.

Monastero, Camarda, Pipia & Camarda 2006. Prognosis of migraine headaches in adolescents. A 10-year follow-up study. Neurology 67, 1353-1356.

Er børn og unge med migræne fysisk skrøbelige?

I den medicinske litteratur, også i den nyeste, findes den opfattelse, at børn og unge med migræne er sarte, følsomme, ængstelige, forsigtige, frygtsomme, mindre fysisk udholdende og svage i konfliktsituationer. Et canadisk forskerhold overvejede, om denne opfattelse hænger sammen med, at man hidtil kun havde undersøgt patienter, man kendte fra behandlingssystemet, og som altså var mere medtaget end gennemsnittet.

Derfor spurgte man i en generel folkesundhedsundersøgelse 17.500 børn/unge, om de havde migræne. Man bad endvidere de unge svare på, hvilke af en lang række aktiviteter, de havde dyrket inden for de seneste tre måneder.

6,76% havde migræne. Disse aktiviteter holdt man op mod de (i hvert fald i denne sammenhæng) raskes.



Undersøgelsen viste, at migrænikerne udfoldede sig mere fysisk end sammenligningsgruppen på bl.a. følgende områder:

Svømning, ishockey, skøjteløb, vægtløftning, basketball, vandring, have- og markarbejde, folkedans, løbetræning, baseball/softball og fiskeri.

Som man kan se, holder migrænikere sig ikke tilbage, heller ikke fra det fysisk krævende eller fra kontaktsport.

Så myten om skrøbelige og ængstelige migrænikerbørn må vist hermed være punkteret.

Dooley, Gordon, Wood og Brna 2006. Activity Level Among Adolescents with Migraine. Pediatr Neurol 35, 119-121.

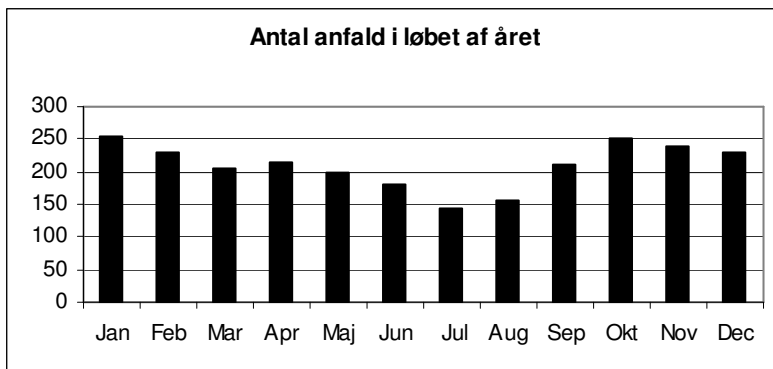
Færrest migræneanfald i skoleferien

115 italienske børn (5 – 18 år) skrev ned hver gang de havde migræne i et helt år. Det viste sig at de havde betydeligt flere anfald om vinteren, sammenlignet med juli og august.

Der var også en døgnrytme ligesom for voksne. De fleste børn oplever at anfaldene begynder om morgenen – men der er også mange der får anfaldet om eftermiddagen – efter skoletid.

Lægerne foreslår, at anfaldene har noget at gøre med om børnene går i skole, eller har ferie – især fordi juli og august (feriemåneder i Italien) var betydeligt 'bedre' for børnene end skolemånederne.

S. Soriani, E. Fiumana, R. Manfredini, B. Boari, P. A. Battistella, E. Canetta, S. Pedretti og C. Borgna-Pignatti, 2006. Circadian and seasonal variation of migraine attacks in children. Headache 46, 1571-74.





Hvad er migræne? Foredrag af Læge Steffen Birk i Tórshavn 2. september 2006

Hvordan påvirker det os og vores pårørende at leve med migræne, generelt og mens vi har anfald? Og hvordan kan vi få det bedre?

Allerede fra start kunne vi mærke en stor viden og forståelse fra Steffens side, da han på sin behagelige og humoristiske måde kunne fortælle os alle en masse af ny viden om migræne.

Der var mødt 51 mennesker til foredraget, og det var meget mere end vi havde forventet.

Forholdsvis mange mænd var mødt, hvilket vi er meget glade for at opleve, da vi ikke før har set én eneste mand til vores foredrag og møder.

Steffen snakkede blandt andet om hvad der sker i hjernen, når vi får et anfald. Han forklarede om de forskellige typer migræne, og spurgte blandt publikum, hvordan deres oplevelser og erfaringer var i forhold til deres migræne. På den måde blev publikum aktive og lyttede med stor interesse. Der er ikke stor viden om og fokus på

migræne på Færøerne. Det kunne vi også mærke til foredraget. Folk hungrede efter at få så meget at vide om migræne som muligt, når nu de endelig havde mulighed for det.

Steffen var meget inde på livskvalitet på trods af at være migræniker. Han lagde stor vægt på, at vi skal prøve at leve så afslappet som muligt. Han gjorde opmærksom på, at det er meget belastende og hæmmende for livskvaliteten, hvis vi giver os selv forbud for alt, som vi læser og hører om kan være skadeligt for migrænikere.

Vi skal hellere prøve at finde ud af, hvad hver enkelt af os kan tåle og ikke kan tåle, både i forhold til medicinbrug, fødevarer, søvn, stressfaktorer og andre ting, som kan påvirke os.

Der var mulighed for at stille spørgsmål, og der var flere, der benyttede chancen. En stor del af dem, der var mødt, var pårørende, og det er positivt. Det vil gøre det meget nemmere for migrænikeren selv, men også for forståelsen fra de øvrige i familien.



Petra Arge Poulsen var den af os, som på sin hjertelige og klare måde talte til publikum på vegne af os i Migrænerkerforbundet og afdelingen på Færøerne. Hun beskrev vores hidtidige aktiviteter og informerede ellers om vigtigheden af at stå sammen med andre, som er i samme situation som en selv.

Det var en god eftermiddag, og vi siger tak til Steffen for at have rejst den lange vej for at oplyse os om, hvad vi kan gøre for at få det bedre med vores besværlige og pinefulde sygdom.

Referent Alice Simonsen

Ondt i håret? Tag triptanen tidligt i migræneanfaldet!

Hvis man har tendens til at have allodynia – dvs. bliver ekstra følsom overfor smerter, f.eks ved berøring eller fra hårbørsten – under migræneanfaldene, er det ekstra vigtigt at tage triptanerne tidligt i anfaldet. Ellers er der tendens til at de ikke rigtigt virker. Allodynia udvikles ofte ca. 2 timer efter at anfaldet er begyndt.

En teori siger at dette skyldes, at de migrænere, som har allodynia, har en lidt speciel form for migræne. Smerterne stammer fra den centrale

del af nervesystemet, mens migrænere uden allodynia formentlig oplever smerterne 'direkte' fra de steder i hjernen, hvor der er noget der bliver påvirket på en unormal vis.

Triptaner taget tidligt (dvs. inden en time) kan dog stoppe udviklingen af den centrale påvirkning, og så kan også allodynia-migrænere få den ønskede virkning af medicinen.

D. Dodick og S. Silberstein, 2006. Central sensitization theory of migraine: Clinical implications. Headache 46 (S4) S182-91.

Injektion med Sumatriptan virker på migrænere med allodynia

43 migrænere med allodynia og erfaring for at tabletter ikke virkede på deres anfald, blev tilbudt 3 injektioner med Sumatriptan. 91% af migrænerne fik den forventede virkning (hovedpinefri efter 2 timer) hvis de tog injektionen indenfor 1½

time efter at anfaldet var begyndt.

S. Diamond, F. G. Freitag, A. Feoktistov og G. Nissan, 2007. Sumatriptan 6 mg subcutaneous as an effective migraine treatment in patients with cutaneous allodynia who historically fail to respond to oral triptans. J Headache Pain. Epub ahead



Hvad kan Viagra fortælle os om migræne?

**Foredrag af læge Christina Kruise,
København, 27. november 2006.**

Forskning i f.eks. migræne er vejen frem mod nye behandlingstyper – dvs. grundlaget for at patienterne kan tilbydes en bedre behandling. Desværre er de fleste danske læger, der forsker, fritidsforskere – de har så mange andre opgaver, at der ikke er tid til forskningen i arbejdstiden.

Tidligere er de fleste forskningsmidler gået til kræft og hjertesygdomme, men nu er der rimelige midler også til hovedpine- og migræneforskningen.

For de fleste er hovedpine eller migræne ikke en alvorlig sygdom, men det koster samfundet 3 milliarder kr. om året, at nogle af os har hovedpine og/eller migræne. Hovedpine og migræne er også den hyppigste årsag til at folk går til lægen – over 50% af al smertestillende medicin bruges mod hovedpine.

Hovedpine opdeles i primær og sekundær hovedpine. Primær hovedpine har ikke en anden årsag. Migræne med og uden aura er typiske primære hovedpiner. Sekundære hovedpiner har en årsag – f.eks. er tømmermænd en

sekundær hovedpine, men også hovedpine på grund af forhøjet blodtryk, overmedicinering, rygproblemer eller hjernesvulster.

Et migræneanfald

Et migræneanfald varer som regel 4 – 72 timer, smerterne er normalt halvsidige, pulserende og moderate – stærke, og forværres ved bevægelse. Der er ofte kvalme og lys- og/eller lydoverfølsomhed (og duftoverfølsomhed). Spændingshovedpine har ikke disse ledsagesymptomer, og smerterne sidder i begge sider.

Aura (typisk synsforstyrrelser, men kan også være manglende følelse, taleproblemer eller lammelser) varer mindre end en time, og skyldes en mindsket blodgennemstrømning i den bageste del af hjernen. Man ved ikke hvorfor det sker, men regner med at det har noget at gøre med signalstoffer (se senere) i hjernen. Ca. hver tredje migræniker har aura.

Vi kender nogle af de faktorer, der kan udløse migræne: Arvelige forhold (forældre har migræne), stress, dårlig søvn, uregelmæssige



måltider, vandmangel, østrogen, medicin, søvnændringer, fødevarer og vejrforandringer kan være med til at udløse anfald. Det er summen af disse, som udløser et anfald, så det er svært at holde rede på, hvad der lige netop udløste det enkelte anfald.

Nervesygdom eller blodkarsygdom

Forskerne spekulerer nu på om migræne er en sygdom i blodkarrene eller i nervecellerne. Der er to hypoteser:

1. Blodkarrene udvider sig, og så kommer der smerter fordi nervecellerne i blodkarrene bliver påvirkede, der sker en unormal aktivering af nervecellerne i blodkarrene, og vi oplever smerte; derefter udvider blodkarrene sig.

Forskerne tror for tiden mest på at migræne er en nervesygdom. Man regner med at migrænikeres nerver i hjernen reagerer stærkere på nogle påvirkninger end andre, dvs. små påvirkninger, som andre ikke lægger mærke til, giver smerter. Når nervecellerne reagerer, siver der irriterende stoffer ud, og blodkarrene udvider sig.

2. En anden forklaring kunne være, at migræne er en ion-kanal-sygdom. Migrænikere med den

sjældne form hemiplegetisk migræne har i hvert fald forandringer i ion-kanalernes reaktioner. Ion-kanalerne fungerer ligesom små døre, som lader et eller flere stoffer sive fra nervecellerne til blodet. Har man ion-kanal-problemer, udløses migrænen fordi blodkarrene udvides, der frigives nogle signalstoffer (se senere) og det giver smerterne.

For nerve-teorien taler, at mange migrænikere har forvarslers – vi gaber, er trætte eller opstemte, eller har ekstra lyst til at spise. Disse forvarslers tolkes som resultatet af at et eller flere signalstoffer findes i ændrede mængder.

For blodkar-teorien taler, at man kan måle, at de store blodkar i hjernen udvides; men måske er det en følge af migrænen, og ikke årsagen. Udvidelsen giver i hvert fald smerter.

Triptanerne virker på de fleste migrænikere, men vi ved ikke helt hvordan eller hvorfor. De trækker blodkarrene sammen, men virker også på den vigtige 'relæstation' i hjernestammen. Der er smertefølsomme nerver omkring blodkarrene i hjernen. De sender besked om at blodkarret er udvidet til trigeminusgangliet, som derefter sender besked til hjernestammen.



Herfra sendes der besked til hjernebarken, og vi oplever at det gør ondt.

Vi ved ikke om alle migrænikere har de samme ændringer. Derfor er der meget der skal undersøges.

Signalstoffer

Signalstoffer er kemiske stoffer, som kan smutte ud og ind af nervecellerne via ion-kanalerne. De vigtigste signalstoffer er CGRP og NO. Under migræneanfald er der en øget mængde CGRP. CGRP udvider blodkarrene og hvis man giver stoffet til raske, kan det udløse et migræneanfald. Der arbejdes på at udvikle en medicin, som modvirker effekten af CGRP. NO bruges af hjertepatienter (som Nitroglycerin), og det kan optages gennem huden, men dannes også naturligt i kroppen. Hvis man hæmmer dannelsen af NO i kroppen, reducerer man også migrænen, men samtidig får patienten forhøjet blodtryk.

CGRP og NO taler med cellerne via to stoffer – cAMP og cGMP.

Ikke-migrænikere vænner sig hurtigt til lys og lyd-påvirkningerne (flimrende lys og larm).

Migrænikere er ikke så gode til at vænne sig til den slags stimuli. Men lige netop mens vi har migræne, kan vi vænne os til flimrende lys og lyde. Måske er det kroppens måde at sige, at nu skal der altså lige holdes en pause, når vi får et migræneanfald.

1 ud af 3 migrænikere har migræne på grund af østrogener. Andre vigtige årsager er medicinoverforbrug, brug af nitroglycerin, reaktioner på histamin, CGRP og Viagra (og lignende præparater).

I Glostrup laver lægerne forsøg på raske først og derefter på migrænikere. NO giver større effekt (i form af migræne) hos raske end CGRP.

Også stoffet dipyridamol, som bruges mod blodpropper i hjernen, kan udløse migræne. Viagra virker ved at hæmme et enzym (PDE5), og så afslappes blodkarrene i penis og der kommer en rejsning. PDE5 nedbryder de to stoffer cAMP og cGMP, som er budbringerne fra CGRP og NO til cellerne. Når Viagra hæmmer virkningen af PDE5, bliver der et øget signal, større mængde cGMP og deraf følgende udvidelse af blodkarrene i penis og hjerne.



Både raske og migrænikere kan få migrænelignende hovedpine af Viagra, men forskerne kunne ikke finde nogen udvidelser af karrene i hjernen. Det tolkes som at det er nerverne der udløser anfaldene, ikke blodkarrene.

operationer) fra hjernen viste, at der skal en større koncentration af Viagra til, før blodkarrene udvider sig. Så lige nu er konklusionen at blodkarrenes udvidelse er en følgevirkning af at vi får migræne, ikke årsagen.

Eksperimenter med isolerede blodkar (fra dyr og stumpere fra

Anne Bülow-Olsen

Estradiol-creme flytter menstruationsmigrænen, men fjerner den ikke

35 kvinder med menstruationsmigræne brugte creme med estradiol (et hormon ligesom østrogen) eller en placebo-creme fra 10 dage efter ægløsningen til den 2 dag af menstruationen. Det viste sig at cremen reducerede antal migrænedage med 22% og at migrænedagene var mindre slemme. De første 5 dage efter creme-

perioden var der 40% flere anfaldsdage end uden creme.

Nu overvejer forskerne at udvide antal dage med creme.

E. A. MacGregor, A. Frith, J. Ellis, L. Aspinall og A. Hackshaw, 2006. Prevention of menstrual attacks of migraine: a double-blind placebo-controlled crossover study. Neurology 67, 2159-63.

Hormonbehandling efter overgangsalderen og migræne

5507 norske damer efter menopause fortalte et forskerteam om deres brug af østrogentilskud og migræne mv. 2375 af dem havde brugt eller brugte hormontilskud. Kvinder der havde taget eller stadig tog hormontilskud havde en væsentlig større sandsynlighed for at have migræne eller anden hovedpine.

Undersøgelsen afslørede ikke om der var en årsagssammenhæng mellem hormontilskuddet og hovedpinen.

K. L. Aegidius, J. A. Zwart, K. Hagen, B. Schei og L. J. Stovner, 2007. Hormone replacement therapy and headache prevalence in postmenopausal women. The HEAD-HUNT study. Eur J Neurol. 14, 73-8.



Petras historie, fortsat

Fortsat fra sidste nummer

I min karriere som migræniker har jeg altid prøvet at være positiv, tage tingene, som de kommer, for hvis jeg blev syg af sorg over min situation, ville min krop være mindre stærk, og det ville tage længere tid for mig, at få det bedre. Men denne Saroten gav det, der på fagsprog hedder en paradoksreaktion. Lægemidlet forårsager det, som det egentlig skulle modvirke. I et par måneder var jeg depressiv. Når man har smerter, kan man glemme dem, eller lægge dem væk, og lave ting, som glæder en, men i den situation, var der intet der glædede mig. På trods af mange og lange smertefulde dage, var den periode med depression den værste tid. Jeg var ikke i stand til at tænke selv. Min neurolog begyndte at sige, at mine smerter i virkeligheden var udtryk for angst, og at jeg havde brug for en psykolog. Jeg kom til psykolog, og her var vedkommende sikker på, at min depression var kommet af medicinen. Han har senere sagt, da jeg kom ud af medicinen, at jeg var en af de stærkeste mennesker, psykisk, han nogensinde havde behandlet. Neurologen sendte mig videre til Epilepsihospitalet Filadelfia.

Her startede de med at tage mig af al den medicin jeg tog, og som de fleste migrænikere har erfaret, kan det hjælpe betydeligt. At være på Filadelfia er som at være på en feriekoloni. Man er indlagt i lang tid (ca tre uger er deres almindelige indlæggelsestid). Her bor man på værelser på ti kvadratmeter, man går i en forholdsvis stor skole, og man er sammen med andre børn og unge, som også er syge. Man har lov til at være dårlig en dag, uden der er nogen der syntes det er mærkeligt. Her kom jeg i kontakt med en dygtig neurolog. Det blev fastslået, at jeg ikke havde epilepsi, men at jeg havde en biologisk betinget søvnforstyrrelse. Jeg var igennem nogle undersøgelser (elektroder på hele kroppen, 24 timer i døgnet, i to døgn!), som viste at jeg af en eller anden grund ikke sov så meget som andre mennesker. Man kan ikke forklare hvorfor, sådan er det bare. Jeg fik noget medicin, melatonin. Melatonin er det hormon, alle mennesker producerer helt naturligt og falder i søvn på, men som jeg af en eller anden grund enten ikke producerer eller omsætter i kroppen eller hvad der nu sker. I to måneder sov jeg mellem ti og elleve timer i døgnet. Og min hovedpine holdt op. Jeg havde selvfølgelig været så træt, at jeg ikke kunne fungere. Jeg havde set syner, stået op klokken to om natten og lavet morgenmad, fordi jeg var sikker på, at vækkeuret var forkert på den, og at klokken var otte, og jeg har haft overanstrengelsessmerter.



Det hele var jo så simpelt, men dog kompliceret. Min migræne var der stadig, men kun fire fem gange om måneden. Til gengæld begyndte jeg at få anfald af hemiplegisk migræne. Jeg fik lammelser og af en eller anden grund vejrtrækningsproblemer, som til sidst resulterede i ambulancetur til sygehuset for at få ilt. Og ilten hjalp. Efter tyve minutter holdt hovedpine og aura op. Det var et fantastisk middel. Jeg havde i mellemtiden fået en ny og meget kompetent neurolog, som med meget besvær fik skaffet mig et iltapparat (instanserne i det danske sundhedssystem mangler det, som vi andre kalder samarbejde, hjælpsomhed, venlighed, imødekommenhed ...). I dag har jeg kun små anfald en til to gange om måneden. Jeg sover nogenlunde normalt, men en gang imellem smutter det, og jeg sover igen dårligt i en længere periode og får daglig hovedpine og meget mere migræne. Men alt i alt er det meget bedre. Jeg kan nogenlunde passe mit gymnasium, men det ville ikke være gået uden forstående lærere og gode venner.

Jeg har desværre fået noget, der ligner Hortons hovedpine. Jeg har det kun en til to gange om året. Det er et smertehelvede, men jeg ved, at det går over. Jeg får desværre hele tiden nye læger, og det er lidt noget rod, Jeg vil bare gerne have en, som jeg er tryk ved, og som jeg ved er der, når jeg har brug for vedkommende, hvilket forhåbentlig ikke er særlig tit. Men den eneste læge, som var sådan (ham der skaffede mig iltapparatet) fik privatpraksis, og jeg kunne ikke gå hos ham længere.

I de sidste snart ti år, hvor jeg har haft smerter, har jeg været meget hjemme, ikke kunnet gå særlig meget i skole, og har til tider måske været meget isoleret fra skole og venner osv., men jeg er ved at komme efter det nu. Men når man ikke er i stand til at være sammen med andre mennesker kan man ikke kræve, at de skal være sammen med én.

I skolen har jeg altid klaret det fint. Jeg er foran, for mens jeg har siddet hjemme, har jeg læst. Jeg har selv klaret min undervisning fra sjette til ottende. Desuden har jeg lært mig selv at spille klaver, hvilket jeg har brugt mange timer på. Jeg har holdt fast i en ting, lige meget hvor mange smerter jeg har haft, det er min violin. Musik kan hjælpe én til at glemme. Jeg har været i stand til at glemme smerten, og det har båret mig langt. Det har også sine ulemper: Jeg er ikke i stand til at sige stop, når jeg egentlig skal.

Engang da jeg gik hjemme, besluttede jeg at lægge et puslespil. Jo længere jeg kom med det, jo mere blev jeg sikker på, at når jeg blev færdig, ville jeg blive rask. Jeg kæmpede med det, jeg arbejdede på det,



så jeg drømte om det om natten, og da jeg ikke blev rask, da jeg var færdig, slog jeg det bare hen med overtro. Men håbet styrkede mig; de små ting har været vigtige. At få et stykke på violin til at lyde godt, at lære om pythagoræernes verdensbillede, købe det klaver, jeg altid havde ønsket mig, eller lege med små killinger har alt sammen været med til at få mig til at se frem til, at jeg kommer fri fra smerter. Og det er jeg næsten nu. Jeg kan overkomme at gå til fester nu og være væk hele dage uden at få hovedpine. Jeg kan næsten gøre alt det, alle andre på min alder kan. Selvom man kender smerter, behøver de ikke at tage glæden fra én, for det må de ikke. Men jeg har besluttet, at jeg vil være læge, en der ikke tager hovedet under armen.

Anna Petra Thorsen
17 år, Fyn.

Mænd har større forhåbninger til behandlingen...

1750 canadiere som første gang kom til lægen med migræne blev spurgt om hvad de forventede af den medicin de tog mod migræne. 28% håbede på at blive kureret, 80% håbede at blive symptomfrie, og 96% håbede at få færre anfald, mindre stærke anfald og en bedre

livskvalitet. Mændene var mere opsatte end kvinderne på at få reduceret angrebnes styrke.

L. Kelman, 2006. The broad treatment expectations of migraine patients. J Headache Pain 7, 403-6.

Erfaring med kosttilskuddet Magnesium mod migræne

Jeg har i de sidste 50 år lidt af migræne og de sidste mange år haft et forbrug på ca. 100 Zomig eller Imigran. I forbindelse med en anden sygdom blev jeg anbefalet at tage bl.a. 1 – 2 Magnesium Forte tabletter før sengetid.

Efter nogle måneder blev jeg opmærksom på at der gik længere tid mellem migræneanfaldene. Da jeg samtidig læste om forsøg med

Magnesium mod migræne, mener jeg at det er det stof, der har den virkning jeg oplever nu, med kun et par anfald om måneden. Jeg har, som de fleste migrænikere, prøvet mig frem med alverdens forebyggende medicin og alternativ behandling, men bortset fra Propanolol har jeg ikke oplevet en positiv virkning før nu.

Rita Kjær



Rapport fra en afgiftning, fra Hovedsagen

I dag, mandag, er det præcist 14 dage siden, jeg startede afgiftning - og sikke en omgang!

Jeg har aldrig haft så ondt før, men fredag aften i den første uge begyndte det at klinge af, og søndag aften var der bare almindeligt ubehag tilbage i kroppen, det værste er de 4-5 første dage.

Derefter har jeg haft almindelig hovedpine i lettere grad til og med torsdag i anden uge, men fredag og lørdag havde jeg det så godt, som jeg ikke kan huske, jeg nogensinde før har haft det. Men det er også over 38 år siden, jeg begyndte med at få migræne, og hvem kan huske en følelse så lang tid efter?...

Det var simpelthen pragtfuldt at være 100% klar i hovedet og i vigør igen! Jeg glædede mig til at kunne fungere optimalt på jobbet igen - det skal dog lige nævnes, at mine kolleger i den sidste uge har sagt til mig, at nu har de fået den "gamle" mig igen! De havde godt kunnet mærke på mig, at der var noget galt inden afgiftningen!

Så vågnede jeg søndag morgen med et ordentligt anfald i højre side af hovedet. I løbet af natten er det kravlet bag om nakken og baghovedet og sidder nu, mandag, og dunker i venstre side og lige midt i panden. ØV! Dog er det ikke nær så slemt, som før jeg startede afgiftning. PUHHA!

Til morgen har jeg konfereret af med min læge, som siger, forløbet er lige efter bogen, og han synes, det er flot, jeg har holdt det ud. Jeg kunne så fortælle ham, at jeg fremover ikke agter at bruge hverken Zomig, Pinex, Pamol eller Panodil, hvis jeg på nogen måde kan blive fri, for jeg vil ikke forgiftes én gang til. Så vil jeg hellere tage et par døgn under dynen. Det syntes han, var meget fornuftigt, for vi kan jo godt være enige om, at det er kemikalier, vi propper i kroppen, og hvad er langtidseffekten? Han mente desuden, at jeg godt kan regne med, at anfaldene bliver mindre og længere imellem, når jeg helt holder mig fra pillerne. - Så er det bare jeg tænker: Hvorfor i alverden har han så givet mig dem i første ombæring?!?

Jeg håber, nogen af jer kan bruge min oplevelse. Ellers har I bare fået et



referat. Jeg kunne i hvert fald godt bruge jeres tilkendegivelser og erfaringer, da det så allermest håbløst ud. Det er rart at kunne udveksle meninger med nogen, der forstår, hvad man taler om. TUSINDE TAK, ALLE SAMMEN!

Knus fra Madammen i Vejle

Der er over 60 medlemmer af Migrænikerforbundets e-mailgruppe **Hovedsagen**. Gå ind på hjemmesidens medlemsområde (se password nedenfor) og skriv din mailadresse i vinduet på det lilla og gule ikon. Så modtager du alle de mails, som de andre deltagere sender, og du kan skrive til hele gruppen for at få råd, støtte eller andet, som vi kan hjælpe hinanden med.

Har du lyst og tid til at blive bestyrelsesmedlem i Migrænikerforbundet?

Vi afprøver ofte nye veje. Der træffes derfor mange beslutninger i bestyrelsen. De fleste via e-mail, men vi mødes også ca. 4 gange om året (rejseudgifter betales).

Ring til Anne Bülow-Olsen på 21 44 49 04 hvis du har lyst og energi til at støtte forbundet som bestyrelsesmedlem.

Socialrådgiver-bistand

Har du brug for et godt råd fra en, der kender de sociale love henviser vi indtil videre til SR-bistand. SR-bistand er en forening, som har til formål at tilbyde rådgivning til bl.a. foreninger og enkeltpersoner. SR-bistand har ikke speciel ekspertise vedrørende migræne. Der er telefontid på 35 39 71 97 mandag til torsdag kl. 10.00 – 15.00 og fredag kl. 10.00 – 14.30. Rådgivningen er gratis.

Hjemmesiden — område kun for medlemmer

Medlemsområdet på www.migraeniker.dk nås ved at klikke på Medlemsområde øverst til højre på alle siderne på hjemmesiden, og logge ind med brugernavnet **Migrænenyt** og password **2007**.

Password bliver skiftet ud af og til men vil altid stå på en af de sidste sider i det seneste nummer af MigræneNyt.



KONTAKTPERSONER

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.

OMRÅDE:	KONTAKTPERSON:	TELEFON:
Bornholm	Ane Marie Kaas Hansen	5695 9515
Fredericia	Lis Fibæk Sørensen*	7592 8828
Fyn	Vinni Hansen (efter 17:00)	6592 1160
Færøerne	Alice Simonsen	002 9831 9248
Helsingør	Mona Schmidt	4926 0445
Herning	Lene Simmelkjær (efter 17:00)	3053 0158
Kalundborg	Mette Sørensen	2830 8906
Køge-Roskilde	Janeth Svendsen	4082 9038
Randers	Else Bärtel	8643 9085
Ringkøbing	Yvonne Søberg	9734 2508
Århus	Dorrit Bjerregård	8627 9927

**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. Vi vil f.eks. være glade for en kontaktperson i Nordjylland. Så lad os høre fra dig.

Med venlig hilsen
Bestyrelsen

Migrænikerforbundet
Postboks 115
2610 Rødovre

Tlf./fax: 3641 1216
E-mail: info@migraeniker.dk
Hjemmeside: www.migraeniker.dk
Redaktørens e-mail: migraeneyt@migraeniker.dk
Girokonto: 440-7652

Bestyrelse

Formand: Anne Bülow-Olsen
Næstformand: Janeth Svendsen
Kasserer: Eva Aspir
Sekretær: Else Harsing
Bestyrelsesmedlem: Dorrit Bjerregaard
Bestyrelsesmedlem: Ane Marie Kaas Hansen
Bestyrelsesmedlem: Lis Fibæk Sørensen

Få Migrænikerforbundets nyhedsbrev om opdateringer på hjemmesiden. Tilmelding på www.migraeniker.dk

Hovedsagen er Migrænikerforbundets e-mail-cirkel. Få en lille snak med andre migrænikere. Der er gode råd, lidt trøst af og til, og også gode tilbud på mailen. Aktiviteten varierer – det er helt op til deltagerne, men der er altid svar fra nogen.

Man kommer med ved at sende en tom mail til hovedsagen-subscribe@yahoo.co.uk. Du får så en mail med et link til Yahoo. Her kan du blive registreret som bruger, og får så alle de mails, som andre deltagere sender. Man kan sagtens være anonym - du bestemmer selv hvad du vil kendes som. Og man kan til enhver tid melde fra igen.