

Nr. 4 november2007

MigræneNyt



MIGRÆNIKERFORBUNDET
- så er du ikke alene -



Indhold

Leder: Migrænikere på privathospitaler	1
Migræneforskningen sulter.....	2
Foredrag i Odense og København	3
Lokalmøder	4
Imigran uden recept i Storbritannien.....	5
Blinkende cykellygter fortsætter selvom de kan udløse migræne.....	5
Migrænebehandling på privathospitaler	6
Frit sygehusvalg – nu også for migrænikere	8
Pas godt på dit helbred, hvis du har migræne.....	8
Duftfølsomhed hos migrænikere	9
Migræne skyldes genetik og udløses af triggerere!	9
Hjernesvulster – hvordan føles de?	10
Grave's sygdom (overaktiv skjoldbruskkirtel) kan give migræne	11
Unge migrænikere har snævrere pulsårer.....	11
Gener afgør om ydre provokerende faktorer fremkalder migræne.....	12
Predinsolon duer ikke som nødmedicin i en afgiftning.....	12
Toipmax	13
Stor forskel på hvordan blodårer reagerer på samme triptan.....	14
Nakkeflexion-rotations test som diagnostisk hjælpemiddel	15
Viden om aura - status.....	16
Migrænikere med aura bevarer korttidshukommelsen	18
Migræne og fedme	19
Von Willebrand faktor – måske en forklaring på blodpropper	21
Vidste du at.....	22
Røg, sex og aura giver 10 gange øget risiko for blodpropper	23
Kvinder med endometriose og migræne har problemer	24
Sov mere og få færre og mildere migræneanfald	25
Søvnproblemer giver morgenmigræne	25
Forstyrret nattesøvn på grund af støj giver migræne.....	26
Stigningen i salget af sukkerfri sodavand kan give mere migræne	26
Menstruationsmigræne— det sidste nye	27
Kort uddannelse og kronisk sygdom følges ad.....	28
Computere og migræne	28
Læserbrev: Atacand depression.....	29
Hvor svært må det være – at diagnosticere en børnemigræne?.....	30



Leder

Lægelig faglig standard har ingen mening

Hvis en læge overser en sygdom, eller giver en behandling, som ikke er hensigtsmæssig, har patienten et problem. Lægen har måske et problem med sin faglige stolthed og sin samvittighed, hvis konsekvenserne er store, men så er historien heller ikke længere, for lægen. Mens patienten bogstaveligt talt hænger på smerterne.

Vi har set det med den medicinfrige periode i forbindelse med en afgangning. Den enkelte læge kan vælge kun at tilbyde en behandling, som klart ikke er tidssvarende, selvom Sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen erkender at andre, mindre ubehagelige, behandlinger er lige så gode.

En fejldiagnose er også umulig at få revurderet. Børnemigræne er lidt anderledes end voksenmigræne, men det burde ikke hindre en børnelæge i at genkende symptomerne (se s. 30). Og når en fejl er begået, begynder et Kafka'sk spil, hvor ingen vil indrømme, at noget kunne være gjort bedre. Lægerne gemmer sig bag deres lægefaglige standard, som åbenbart er mere vigtig end patientens helbred.

Sagen om den manglende diagnose af børnemigræne blev ført helt til ombudsmanden, som heller ikke kunne vurdere den lægefaglige standard.

Der er ingen hjælp at hente nogetsteds. Sundhedsministeren har ikke musklerne til at pålægge lægerne at tilbyde den mindst ubehagelige behandling, og klagesystemet, med slutpunkt hos ombudsmanden, vil ikke vurdere lægens eventuelle manglende omhu i en diagnose.

Lægernes autorisation burde være vores garanti for en faglig god behandling. Men autorisationen har ingen mening, for den lægefaglige standard er den enkelte læges skøn, og ingen tør røre ved det.

Vi håber lægestanden vil rydde op i dette morads.

Anne Bülow-Olsen



Migræneforskningen sulter

Regner man ud hvor mange penge der investeres i forskning indenfor en sygdom, og sat i forhold til hvad sygdommen koster samfundet i tabt arbejdsfortjeneste og udgifter til medicin, udsultes forskningen i migræne voldsomt.

I USA er der ca. 36 millioner mennesker med migræne, og ca. 20 millioner med astma og andre ca. 20 millioner med diabetes. Forskningsbudgettet for diabetespatienterne er \$47 per patient om året, mens astmatikerne fik ca. \$14 per næse. Migrænikerne fik sølle 36 cents per hoved, eller i alt omkring \$13 millioner. Det svarede til 166 artikler fra amerikanske forskere om migræne, 3835 artikler om astma og 11.866 artikler om diabetes (1).

Det er selvfølgelig en urimelig sammenligning, for man dør af astma

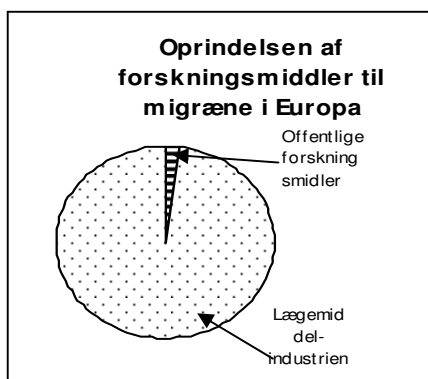
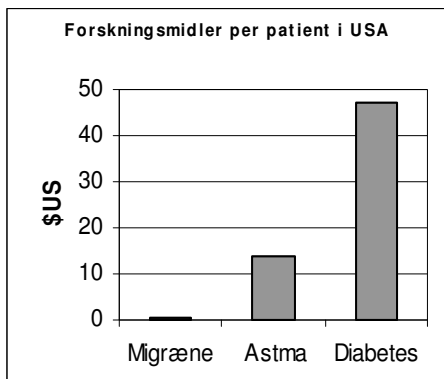
og diabetes. Migræne lever man med. Men for os, der lever med migrænen i årtier, forekommer det ikke rimeligt, at vores læger skal have så lidt at forske for, sammenlignet med andre alvorlige sygdomme.

I Europa koster migræne samfundet ca. 27 milliarder Euro om året. Migræneforskningen fik 315 millioner Euro i 2004; heraf kom de 308 millioner fra den farmaceutiske industri (2). Dvs. industrien betaler 98% af den samlede migræneforskning i Europa.

Tallene vækker stor bekymring.

(1) R. E. Shapiro og P. J. Goadsby, 2007. *The long drought: the dearth of public funding for headache research.* *Cephalalgia* 27, 991-994.

(2) J. Olesen, I. Lekander, P. Andlin-Sobocki og B. Jönsson, 2007. *Funding of headache research in Europe.* *Cephalalgia* 27, 995-999.





Foredrag

Onsdag den 28 november kl. 19.00
Lokalhistorisk Bibliotek,
Klosterbakken 2, 5000 Odense C.

Neurolog Unni Jeppesen,
som har åbnet klinik i Odense,
vil fortælle om sygehistorier og erfaringer
og selvfølgelig om migræne generelt.
Der er også sat tid af til at man kan stille spørgsmål.

Fredag d. 30. november kl. 19.00
Medborgerhuset, Århusgade 103, København Ø

Cand. psych. Søren Frølich
er ekspert i smertebehandling ved hjælp af psykologiske metoder.
Denne metode hjælper både migrænikere og andre smertepatienter, og
der er erfaring for at det er muligt at reducere mængden af
smertestillende medicin efter introduktion til den psykologiske
metode.

Medlemskab af Migrænikerforbundet er vigtigt!

Vi hører om medlemmer, som ikke længere har migræne, og som derfor melder sig ud af forbundet. Vi er rigtigt glade på deres vegne, men Migrænikerforbundets indtægter kommer fra medlemmernes kontingent og andre bidrag fra medlemmerne samt Tips og Lotto, som tildeles på grundlag af medlemmernes kontingentindbetaling.

Derfor håber vi du fortsat vil støtte Migrænikerforbundets arbejde, også hvis du er så heldig at blive migrænefri.

Hvis vi er mange kan vi udrette mere!



Medlemsmøder landet rundt

Medlemsmøderne er helt uformelle og vi snakker om hvordan det er at have migræne, hvad man selv kan gøre for at få det bedre, og meget andet, som har relation til migræne.

Værten ved mødet er som regel en erfaren migræniker.

Der sendes en invitation til medlemmerne i kommunen, hvor der holdes medlemsmøde ca. 2 uger før mødet. Hvis du bor i en kommune, hvor der ikke er et medlemsmøde, er du velkommen til at melde dig til i en anden

Solrød kommune:

30. januar 2008 kl. 18.30—21.00

Hos Janeth Svendsen

Horseløkke 15, 4622 Havdrup,

Tlf. 4082 9038

e-mail js2 [at] post.tele.dk

Tilmelding: senest 25. januar 2008

Hillerød og Helsingør kommuner:

4. februar 2008 kl. 19.00—ca. 21

Hos Annette Schneider

Gl. Skolevej 16, 3400 Hillerød

Tlf. 4826 0980

e-mail ars [at] get2net.dk

Tilmelding: senest 30. januar 2008

Herning kommune (Postnr 7400 og 7500):

28. nov. 2007 kl. 19.15—ca. 22

Hos Lene Simmelkjær

H.C. Ørstedesvej 44, st.tv.,

7400 Herning

Tlf. 4035 1158

E-mail l.simmelkjaer [at] gmail.com

Tilmelding: senest 24. nov. 2007

Lyngby-Taarbæk kommune:

29. Januar 2008

Hos Anne Bülow-Olsen

Furesø Parkvej 23, 2800 Virum

Tlf. 2144 4904

E-mail migraene [at] migraeniker.dk

Tilmelding: senest 25. januar 2008

Vi har fået nyt telefonnummer:

70 22 01 31



Imigran uden recept i Storbritannien

Vi hørte for et par år siden at Imigran ville blive solgt uden recept i de britiske apoteker.

Migrænerforbundet har prøvet at købe Imigran uden recept på et apotek i Skotland.

Først spurgte vi forsigtigt om tabletterne også var tilgængelige for udlændinge. Det var de. Men kun hvis vi udfyldte et skema. Der var ikke 3 spørgsmål, som GSK havde forventet, men 30 spørgsmål. Om alder (under 18 eller over 65 år), om graviditet, om antal migræneanfald og dage med migræne om måneden. Så blev der spurgt om anfaldene – med kvalme, lysfølsomhed og om anfaldene var nogenlunde ens hver gang.

Heldigvis spurgte de også om der var noget med hjertet, blodtrykket eller kredsløbet eller lever og nyrer. Alle spørgsmål var formuleret, så det var

patientens ansvar at viderebringe oplysninger, hvis en læge havde omtalt at der var noget galt med kredsløbet, hjertet osv.

Endelig var der spørgsmål om sukkersyge, kolesterol og rygning, og om vægten.

Så alt i alt blev det en lang stribe krydser. Skemaet blev båret hen til en farmaceut, som så stemplede at det var OK at udlevere tabletterne. Stemplet sad på en lille slip, som patienten fik, og som på næste apotek kunne bruges til at få udleveret flere Imigran'er. Skemaet sagde intet om hvor længe 'slippen' er gyldig.

To stk. 50 mg tabletter kostede £8 (ca. 85 kr.).

Anne Bülow-Olsen

Det britiske spørgeskema kan ses på www.migraeniker.dk/documents/mign

Blinkende cykellygter fortsætter selvom de kan udløse migræne



Migrænerforbundet har bedt Færdselsstyrelsen om at overveje at forbyde de blinkende cykellygter som ofte bruges i vintermørket. Færdselsstyrelsen har svaret at "Generelt betragtet er det Færdselsstyrelsens opfattelse, at blinkende cykellygter er til gavn for



Migrænebehandling på privathospitaler

Vi har spurgt **6 danske privathospitaler**, som skriver på internettet, at de har ekspertise på

migræneområdet. Vi har spurgt dem om nogle af de vigtige detaljer, og har fået svar fra tre (se tabel).

	Arresødal Privathospital www.arresødal.dk	Center for Neurologi, Hellerup www.ryghospitalet.dk	Esbjerg Privathospital www.esph.dk
1. Diagnose af migræne-type i henhold til IHS's seneste definitioner	ja	ja	ja
2. Afgiftning			nej
a. med indlæggelse	nej	nej*	
b. hjemme, med vejledning	ja	ja	
c. den medicin frie periodes længde	1 måned	8 uger	
3. Forebyggende behandling			
a. med antiepileptika	ja	ja	ja
b. med beta-blokkere	ja	ja	ja
c. med akupunktur	nej	nej	nej
d. med magnesium, riboflavin eller andre stoffer, som ikke er omtalt ovenfor	ja, magnesium	ja	ja
e. kan forebyggende behandling påbegyndes inden en afgiftning	nej	nej	nej
4. Botox-behandling	nej	nej	ja
5. Behandling af børnemigræne	nej	nej	i begrænset omfang
6. Andre tilbud til migrænikere	nej	nej	

* Henviser til Dansk HovedpineCenter i Glostrup

Hvis man bestiller tid hos et privathospital, skal man selv betale for behandlingen med mindre man er omfattet af ventetidsgarantien. Det er derfor klogt at checke prisen på en konsultation, inden man beslutter sig

for denne løsning. Se s. 21 om frit sygehusvalg.

Allerød Privathospital, Neurologisk Klinik i Charlottenlund og Privathospitalet Mølholm i Vejle har



Ligesom vi spurgte de danske privathospitaler om muligheden for en privat behandling, spurgte vi 9 klinikker eller **hospitaller i vores nabolande**, om de i givet fald ville behandle danske patienter på privat basis.

Vi har hørt fra to, som begge gerne tager danske patienter.

Ligesom ved behandling på danske privathospitaler, er det klogt at checke prisen og evt. også forløbets varighed, hvis man overvejer at komme i behandling et sted i

	City of London Migraine Clinic	SchmetrtzKlinik Kiel
Hjemmeside	www.colmc.org.uk	www.schmerzKlinik.de
1. Diagnose af migræne-type I henhold til IHS's seneste definitioner	ja	ja
2. Afgiftning		
a. med indlæggelse (hvor længe)	nej	14 dage
b. hjemme, med vejledning	ja, 2 – 3 konsultationer	ja, 4 konsultationer
3. Forebyggende behandling		
a. med antiepileptika	ja	ja
b. med beta-blokkere	ja	ja
c. med akupunktur	ja	nej
d. med magnesium, riboflavin eller andre stoffer, som ikke er omtalt ovenfor	ja	ja
e. kan forebyggende behandling påbegyndes inden en afgiftning	ja, men ikke ved overforbrug af medicin	ja
4. Botox-behandling	nej	ja
5. Behandling af børnemigræne	ja	ja
6. Andre tilbud til migrænikere	efter behov	se hjemmeside

Anne Bülow-Olsen



Frit sygehusvalg – nu også for migrænikere

Hvis der er mere end 1 måneds ventetid (ændret fra 2 måneder inden 1. oktober 2007) på en behandling (ikke nødvendigvis en operation), kan man henvises til et privathospital.

Ventetiden begynder, når man har en klar diagnose. Den vil migrænikere normalt have når de har været hos deres egen læge og har haft god virkning af en eller flere triptaner.

Kysthospitalet Skodsborg
(<http://www.kysthospitalet.dk/>)

tilbyder ambulat migrænebehandling på deres smerteklinik og er omfattet af frit sygehusvalg. Tilbuddet omfatter bl.a. akupunktur, men er ikke specielt rettet mod migrænikere.

Der er pt. ikke andre privathospitaler, som tilbyder migrænebehandling omfattet af det frie sygehusvalg.

Se <http://www.sygehusvalg.dk>

Pas godt på dit helbred, hvis du har migræne

En gennemgang af 5 store undersøgelser viste, at det ser ud til at migrænikere med aura har lidt øget risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme. Formentlig er risikoen ikke øget for migrænikere uden aura (1).

De typer hjertekar-sygdomme, som migrænikere især er udsatte for er hjerneblødning og åreforkalkning (2).

Der er derfor ekstra god grund til at migrænikere passer godt på sig selv og husker rimelige mængder af motion, fedtfattig kost, holder en rimelig vægt og dropper smøgerne

(1) *M. E. Bigal og R. B. Lipton, 2007. Migraine as a risk factor for deep brain lesions and cardiovascular disease. Cephalalgia 27, 976-80.*

(2) *G. E. Tietjen, 2007. Migraine and ischaemic heart disease and stroke: potential*





Duftfølsomhed hos migrænikere

4 ud af 10 migrænikere oplever at visse dufte/lugte er ubehagelige når de har migræne. Reaktionen kommer samtidig ned det allerførste migræneanfald (dvs. det udvikler sig ikke efterhånden som man bliver mere erfaren migræniker).

De lugte som især opfattes som ubehagelige er 'dufte' (det angives ikke specifikt, men henviser formentlig til parfume og lignende dufte; 'scents' på engelsk), mad (især kaffe, stege-os og løg) og cigaretrøg.

En ud af fire af de migrænikere, som generedes af lugte, mente at dufte mindst en gang havde udløst et migræneanfald, men effekten kom langt fra hver gang de kom i kontakt

med lugten.

Der var i alt 807 migrænikere med i undersøgelsen og forholdsvis lidt flere kvinder end mænd oplevede ubehag ved lugtene. Kvinder har – i gennemsnit – en mere følsom duftopfattelse end mænd. Der var ikke forskel på reaktionen på lugte hos migrænikere med og uden aura.

Blandt 198 personer med spændingshovedpine var der ingen som følte problemer med lugte.

G. Zanchin, F. Dainese, M. Trucco, F. Mainardi, E. Mampreso og F. Maggioni, 2007. Osmophobia in migraine and tension-type headache and its clinical features in patients with migraine. Cephalalgia 27, 1061-68.



Migræne skyldes genetik og udløses af triggere!

Migræne skyldes formentlig at migrænikere har genetiske afvigelser, som betyder, at de har mindre modstand overfor en eller flere triggere, siger et team af canadiske

forskere.

R. C. G. van de Ven, S. Kaja, J. J. Plomp, R. Frants, A. M. J. M. van den Maagdenberg, M. D. Ferrari, 2007. Genetic Models of Migraine Arch Neurol. 64:643-646.

Vi glæder os til at der kommer mere forskning i triggere, så vi migrænikere kan undgå flere anfald og dermed også undgå de hjerneskader, som synes at følge med anfaldene. Det bliver næppe medicinalindustrien, som vil støtte denne forskning, så bolden ligger hos universiteter og forskningsinstitutioner.



Hjernesvulster – hvordan føles de?

Mange migrænikere har oplevet at være bekymrede for om der måske skulle være en hjernesvulst. Heldigvis er hjernesvulster forholdsvis sjældne. Men der er alligevel grund til at vide lidt om hvordan de mærkes.

Hjernesvulster opdeles i metastaser – dvs. spredning fra kræft andre steder i kroppen, gliomer, som er opstået i gliacellerne (dvs. de celler i hjernen, som ikke er nerveceller), svulster i hjernebinderne (meningeomer) og 'andre'.

Ud af 85 personer med en hjernesvulst havde 60% hovedpine på grund af svulsten. Der er altså ca. en ud af tre svulster, som ikke giver hovedpine.

Gliomerne gav i de fleste tilfælde en dump hovedpine – der var ingen pulsering, og smerterne virkede ikke

migræneagtige.

Meningeomerne gav derimod ofte pulserende hovedpine. Metastaserne kunne give enten pulserende eller ikke-pulserende smerter.

Patienternes oplevelse af hvor smerterne sad svarede stor set ikke til hvor svulsterne sad. Der er heller ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem svulstens størrelse og hovedpinen.

Hvis du oplever at din migræne ændrer karakter, bør du straks søge læge. Hovedpine og/eller migræne er en væsentlig risikofaktor for at udvikle en hjernesvulst.

C. J. Schankin, U. Ferrari, V. M. Reinisch, T. Birnbaum, R. Goldbrunner og A. Straube, 2007. Characteristics of brain tumour-associated headache. Cephalalgia 27, 904-911.

Der er ca. 500 danskere, som får en hjernesvulst hvert år. Dertil kommer et større antal som får metastaser i hjernen i forbindelse med kræft andre steder i kroppen.

Ud af de ca. 500, der får en hjernesvulst, får ca. 100 meningeomer, som er bindevævsknuder og ca. 200 får kræftsvulster (bl.a. gliomer).

Lægens bord

www.dr.dk/DR1/laegen/Programmer/2004/041028/20051119162318.htm



Måske er jeg hypokonder—men kunne det være fordi jeg har en



Grave's sygdom (overaktiv skjoldbruskkirtel) kan give migræne og/eller hovedpine

Der er altid grund til en snak med lægen, hvis man pludseligt får anderledes hovedpine eller migræne. Måske er der en årsag, som kan justeres.

Tre patienter kom til lægen fordi de havde udviklet en hovedpine/migræne som ikke pulserede, og de havde ikke lys- lyd eller duftfølsomhed, men de havde kvalme og opkastninger, og hovedpinen ville ikke gå væk.

Alle tre blev undersøgt grundigt, og viste sig at have Grave's sygdom – dvs. deres skjoldbruskkirtel producerede for meget hormon.

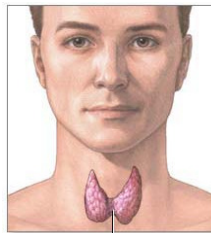
Da de fik skjoldbruskkirtlen under kontrol, blev de to fri for hovedpinen/migrænen, og den tredje, som havde haft 'normale'

migræneanfald tidligere, vendte tilbage til sit oprindelige migræne-mønster.

Forfatterne af artiklen opfordrer til, at man er opmærksom på, at en overaktiv skjoldbruskkirtel kan give symptomer, som kan forveksles med migræne. Hvis du har hovedpine med kvalme, ryster, taber vægt og er træt, kan det være tegn på problemer med skjoldbruskkirtlen.

Læs mere om Grave's sygdom på Thyriodea landsforeningens hjemmeside <http://www.thyreoidea.dk/>. Klik på Fakta nederst på siden.

J. Stone, A. Foulkes, K. Adamson, L.



Skjoldbruskkirtlen

Unge migrænikere har snævrere pulsårer

50 migrænikere med mellem 1 og 6 års 'erfaring' i migræne blev sammenlignet med en tilsvarende gruppe ikke-migrænikere. Gennemsnitsalderen var 25 år (dvs. de var forholdsvis unge), og ingen havde haft et overforbrug af anfaldsmedicin.

Migrænikernes pulsåre i overarmen (den løber på indersiden af

overarmen) var snævrere og kunne ikke udvide sig lige som ikke-migrænikernes.

Undersøgelsen viser ikke om det er migrænen eller den medicin, som migrænikerne har taget, som har givet denne forskel.

F. H. van Molko, L. M. van Bortel og J. N. de Hoon, 2007. Altered arterial function in



Gener afgør om ydre provokerende faktorer fremkalder migræne

Der er – sådan ca. – 3 gange så mange kvinder som mænd, som har et eller flere migræneanfald i deres liv. Omkring hver tredje kvinde og ca. hver 10. mand får, på et eller andet tidspunkt i tilværelsen, 'fornøjelsen' af et migræneanfald.

Det fik et hold amerikanske forskere til at spekulere på, om kvinder og mænd har lige mange slægtninge med migræne. De kontaktede 41 migrænikere og spurgte dem om hvem i deres familie der havde migræne.

Slægtningene til migrænikerne havde 3 gange så stor sandsynlighed for at have migræne end slægtninge til en ikke-migræniker. Og der var ikke forskel på mænd og kvinder her.

Denne sidste lille sætning fik forskerne til at konkludere, at mænd og kvinder har samme genetiske risiko for at udvikle migræne. Forskellen mellem kønnene kan derfor kun skyldes, at kvinderne er udsatte for risikofaktorer, som mændene ikke er. Den oplagte risikofaktor er selvfølgelig kvindelige hormoner.

Der synes derimod ikke at være forskel på mænd og kvinder, siger forskerne, når det gælder ydre triggere som f. eks. fødevarer.

Gruppen af migrænikere er forholdsvis lille, men det er bemærkelsesværdigt at de amerikanske forskere nu diskuterer hvilke triggere, der udløser anfaldene.

N. C. P. Low, L. Cui og K. R. Merikangas,

Predinsolon duer ikke som nødmedicin i en afgiftning



Det er konklusionen på det første kontrollerede blindede forsøg, hvor 40 migrænepatienter

under afgiftning (28 dage uden anfaldsmedicin) blev opdelt i en gruppe som fik prednisolon og en

gruppe som fik placebo. Der var ingen forskel i virkningen af placebo og Prednisolon, målt som dage med anfald eller intensiteten af anfaldene i den medicin frie periode.

M. G. Bøe, Å. Mygland og R. Salvesen, 2007. Prednisolone does not reduce withdrawal Headache. Neurology 69, 26 - 31



Topimax

Undersøgelse af bivirkninger ved topiramater, i Danmark bedst kendt som Topimax: hvornår kommer de, og hvor længe varer de?

Migrænepatienter angives at være tilbageholdende med forebyggende medicin på grund af bekymring for bivirkninger. For at mindske denne bekymring er 774 patienter blevet undersøgt. Efter en medicinfri periode fik halvdelen af dem topiramater, halvdelen placebo. Man opererede med 4 ugers optrapning af dosis og 22 ugers vedligeholdelse. Man registrerede de bivirkninger, som førte til, at 2 % eller flere af patientgruppen holdt op med at tage medicinen.

Disse var

- paræstesier (snurren og prikken): 8 % ophørte med behandlingen af denne grund
- adfærdssymptomer (hukommelsesforstyrrelse, desorientering): 7,3 %
- træthed: 4,7 %
- søvnløshed: 3,4 %
- kvalme: 2,3 %
- appetitløshed: 2,1 %
- ængstelse: 2,1 %
- svimmelhed: 2,1 %

Undersøgelsens resultat var, at næsten alle bivirkninger begyndte i optrapningsperioden, - hvilket vil sige, at hvis en patient ikke mærker bivirkninger her, er det usandsynligt, at han/hun vil mærke dem overhovedet.

Det bemærkes endvidere, at det antal, der mærkede de forskellige bivirkninger, er langt højere end det antal, der afbrød behandlingen; halvdelen af alle de forsøgspersoner, der fik topiramater, oplevede lammelser. Dette tolkes således, at hos det store flertal optrådte lammelserne kun i mild grad.

Der mærkes en tydelig holdning i undersøgelsesrapporten: det er ærgerligt, at patienterne er så bekymrede for at tage forebyggende medicin. Topiramater har således i en anden undersøgelse vist sig at føre til en signifikant nedsættelse af hyppigheden af migræneanfald. Det er derfor, siger rapporten, vigtigt, at lægerne kan rådgive præcist om, hvilke bivirkninger, de kan forvente, hvornår.

Undersøgelsen er lavet af 6 læger, hvoraf den ene er fuldtidsansat i det firma, der producerer Topimax, to andre er fuldtidsansatte i et andet medicinalfirma, og de tre sidste har modtaget økonomisk støtte fra forskellige medicinalfirmaer i forbindelse med undersøgelsen.

Denne skribent skal ikke tage stilling til, om migrænikere ønsker at forsøge sig med forebyggende medicin. Men



Topiramax. Det er dejligt, hvis nogle kan have glæde af medicinen, men det må til syvende og sidst være den enkeltes beslutning, om man ønsker at forsøge, - uden at man bliver mødt med forundring, hvis man siger nej tak. De omtalte bivirkninger er ganske ubehagelige, måske lige så ubehagelige som periodevis migræneanfald.

Undersøgelsen som sådan er god,

men hensigten gør én forstemt.

Man kan så være tilfreds med, at forskerne selv angiver, at de ikke er økonomisk uafhængige.

M.J.A.Láinez, F.G.Freitag, J.Pfeil, S.Ascher, W.H.Olsen & S.Schwalen: Time Course of adverse events most commonly associated with topiramate for migraine prevention. European Journal of Neurology 2007, 14, 900-906.

Karen Thorsen

Stor forskel på hvordan blodårer reagerer på samme triptan

Nogen af os har erfaret det – samme triptan virker forskelligt på forskellige migrænikere. Nu er det også dokumenteret eksperimentelt.

Svenske læger brugte menneskelige blodkar og udsatte dem for en række koncentrationer af to triptaner, nogenlunde svarende til det, der cirkulerer i vores blod når vi har taget en tablet. Nogle personers blodkar trak sig meget sammen som følge af triptan-påvirkningen, andres reagerede næsten ikke. Der var også

forskell mellem personerne på hvilken koncentration der skulle til for at få den maksimale reaktion.

P. Tjet-Hansen og L. Edvinsson, 2007. Pharmacokinetic and pharmacodynamic variability as possible causes for different drug response in migraine. A comment. Cephalalgia 27, 1091-93.

Der er derfor rigtig god grund til at prøve flere triptaner – og i flere styrker. Det er ikke sikkert din læge lige netop foreslår den, der er bedst egnet til din fysiologi.

Vidste du at...

Der er **aspartam** i triptan **smeltetabletter** (både Maxalt og Zomig), og også i **Sumatriptan fra Sandoz**.

Aspartam kan fremkalde migræne, hvis man er følsom for phenylethylamin (dvs. man får migræne af chokolade og rødvin men ikke af stærk ost og sojaprodukter). Vi ved desværre ikke hvor meget aspartam der er i pillerne.



Nakkefleksions-rotations test som diagnostisk hjælpemiddel

Forskere har undersøgt værdien af nakkefleksions-rotations testen som diagnostisk hjælpemiddel mht. udpegning af hovedpine, der udspringer af spændinger mellem første og anden halshvirvel. Denne form for hovedpine kaldes cervicogen hovedpine og minder en del om migræne. I undersøgelsen indgik 23 personer med cervicogen (nakke) hovedpine, 12 migrænikere med aura og 23 raske personer uden hovedpine.



Cervicogen hovedpine klassificeres af International Headache Society som en separat undergruppe af hovedpine. Cervicogen hovedpine skyldes dysfunktion af nakkens strukturer. Sondringen mellem migræne og cervicogen hovedpine kan være vanskelig. Nedsat bevægelighed af

nakken er dog et typisk tegn på cervicogen hovedpine, men kan være svær at påvise med sikkerhed. Nakkefleksions-rotations testen viser, om der er nedsat bevægelighed mellem første og anden halshvirvel. Under nakkefleksions-rotationstesten bøjes nakken maksimalt fremover, hvorefter det undersøges, hvor meget hovedet kan roteres til siderne. Testen er blevet underkastet en undersøgelse for at vise, hvor sikker den er til at diagnosticere cervicogen hovedpine.

I første stadie af undersøgelsen fastslog en erfaren fysioterapeut, hvorvidt forsøgspersonerne med cervicogen hovedpine havde en dysfunktion mellem første og anden nakkehvirvel. De der havde en dysfunktion gik videre til andet stadie af undersøgelsen, hvor to ligeledes erfarne og uafhængige fysioterapeuter anvendte nakkefleksions-rotations testen. Disse to fysioterapeuter var ikke vidende om den første fysioterapeuts klassificering af forsøgspersonerne. I 91 % af tilfældene var testen sikker med hensyn til udpegelse af personer med cervicogen hovedpine.

M. Ogince, T. Hall, K. Robinson og A. M. Blackmore, 2007. The diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test in C1/2-related cervicogenic headache. Manual Therapy 12, 256-262.



Viden om aura - status

Tidsskriftet The Neurologist bragte i maj i år følgende oversigtsartikel om, hvad man i øjeblikket ved om aura.

IHS-definition: (IHS = International Headache Society, en international forsamling af læger, som bl.a. arbejder med klassifikation af hovedpine). Læs evt. mere i Ugeskrift for Læger. 2006; 168(10) side 1019.

Tilbagevendende sygdom, der viser sig som angreb af reversible fokale neurologiske symptomer, som normalt udvikler sig gradvis over 5-20 minutter og varer op til 60 minutter.

”Fokale smerter” betyder, at smerten kan lokaliseres, modsat diffuse smerter.

”Reversibel” betyder, at når anfaldet er ovre, er der ikke sket nogen skade.

Der findes, stadig iflg. IHS, 3 forskellige typer af aura:

- Visuel aura (opleves af 99% af alle, der har aura): man ser syner af forskellig art.
- Sansemæssig aura (opleves af knapt halvdelen af alle, der har aura): man oplever falske sanseindtryk på én eller flere andre sanser.
- Sproglig aura (opleves af ca. en fjerdedel af alle, der har aura): man kan ikke tale, evt. ikke tale tydeligt,

undertiden ses også besvær med at læse og skrive.

Man opererer også med motorisk aura, vanskeligheder med at bevæge sig, men denne form opleves kun af patienter med hemiplegisk migræne.

Auraen kommer typisk før hovedsmerterne, men kan også komme efter, eller den kan komme alene, uden smerter.

Udbredelse: Mindst 4% af befolkningerne i Vesteuropa og USA har aura. Til sammenligning har 6-8% migræne uden aura. Flere kvinder end mænd har migræne med aura (én undersøgelse fandt 3,4% af mænd og 7,4% af kvinder); årsagerne hertil kendes ikke.

Migræne med aura begynder hyppigst

- hos drenge i eller før 5-års-alderen (migræne uden aura begynder i 10-11-års-alderen)
- hos piger i 12-13-års-alderen (migræne uden aura i 14-17-års-alderen).

Karakteristika: Hvordan kan man skelne aura fra andre neurologiske udfald, grundet f.eks. blodpropper eller epileptiske anfald?

Auraen spreder sig langsomt og gradvis og ophører igen efter 20-60 minutter; undertiden ophører den i det



den vandrer videre til andre områder. Ved blodpropper og epileptiske anfald ses derimod et pludseligt angreb, evt. med en trinvis udvidelse, ikke den langsomme, gradvise spredning.

Aura forløber ofte i to faser: først en positiv (se ting, der ikke er der) og dernæst en negativ (ikke se ting, der er der).

Typisk er også, at mange i ét anfald oplever først én type aura (oftest visuel), dernæst en anden (oftest sansemæssig) og til sidst evt. en tredje (typisk taleforstyrrelse). De tre former optræder altid hver for sig, aldrig samtidig.

Forklaringer: Indtil 1980'erne mente man, at aura skyldes, at blodkarrene trækker sig sammen (en fase i et migræneanfald), og hjernen derfor oplever forbigående iltmangel. Denne teori er forladt, fordi aurasymptomerne netop forløber anderledes end symptomerne ved iltmangel, som ses ved f.eks. blodpropper, cf. ovenfor.

I dag hælder man mere til, at auras skyldes en nedgang i den elektriske aktivitet på hjernebarken, der spreder sig hen over overfladen af cellerne i hjernebarken. Fænomenet kaldes (eller ligner det, der kaldes) CSD, Cortical Spreading Depression. Den mindre blodgennemstrømning skulle ifølge denne teori være en følge, ikke

en årsag.

Billeddiagnostik: Moderne scanningsteknologi kan undersøge blodgennemstrømning, indhold af ilt i blodet, hvor længe blodet er om at passere og meget andet. Der er opnået mange målingsresultater, men der tegner sig endnu ikke noget samlet billede. Dog synes ovennævnte CSD-teori indtil videre at overleve.

Ændringer i hjernebarkens funktioner hos migrænikere med aura:

Scanninger har bl.a. vist følgende:

- den aerobe energiomsætning i hjernen (dvs. den energiomsætning, der kræver ilt, modsat den anaerobe energiomsætning) synes at være mangelfuld
- der er fundet et lavt indhold af magnesium
- hjernebarken hos aura-patienter synes at være dårligere til at tilpasse sig ændringer i omgivelserne end hjernebarken hos andre mennesker.

Også her er der indtil videre tale om spredte observationer, der ikke kan samles til en teoridannelse, men sandsynligheden for, at aura-patienter har ændrede funktioner i hjernebarken, er stigende.

Arvelighed er tydelig; der forskes i, hvor arveligheden ligger i generne, men indtil videre uden resultat.

Auraens forbindelse med



- Ikke alene aura, men migræne i det hele taget, skyldes nedsat elektrisk aktivitet i hjernebarken (CSD). Auraen opstår, når CSD påvirker hjernens synscenter hhv. sanscenter og sprogcenter (de 3 typer aura); migræne uden aura opstår, når CSD ikke rammer disse 3 centre.
- Aura kan være én af mange måder at stimulere de nerver, der får os til at føle smerte (det nociceptive system; andre måder er f.eks. at brænde sig). CSD kan ifølge undersøgelser aktivere det nociceptive system.

Imod denne teori taler, at målinger af blodgennemstrømning i forbindelse med aura synes at tyde på, at de to fænomener slet ikke er så beslægtede.

- Aura og migræne følges somme tider ad, men har ingen egentlig forbindelse.

Dette modsiges af, at aura og migræne ses sammen så hyppigt, at det ikke kan være tilfældigt.

Gælder denne sidste teori, bliver det naturligvis vigtigt at blive i stand til at nedsætte patienternes sårbarhed over for de tilbagevendende anfald af aura.

Medicinsk behandling af aura: har været forsøgt, men har til dato været udsigtsløs.

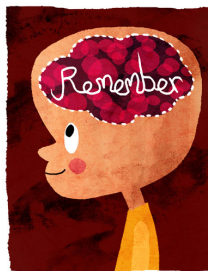
F.M. Cutrer og K. Huerter, 2007. Migraine Aura. The Neurologist 13, 118-125.

Migrænikere med aura bevarer korttidshukommelsen

Læger i USA testede migrænikere og ikke-migrænikere for at se hvordan deres hukommelse og kombinationsevne udviklede sig i løbet af 12 år. De fandt at migrænikere beholdt deres mentale evner bedre end ikke-migrænikere. Det var især migrænikere med aura over 50 år, som bevarede deres korttidshukommelse.

Det bemærkes, at migrænikerne i undersøgelsen ikke var hårdt belastede af migræne, men var fra

den almindelige population. Resultaterne siger derfor ikke noget specifikt om hårdt ramte migrænikere, som har flere subkliniske skader i den hvide hjernemasse end befolkningen som gennemsnit.



A. Kalaydjian, P. P. Zandi, K. L. Swartz, W. W. Eaton og C. Lyketsos, 2007. How



Forkortet stilleperiode viser nedsat kontrol over hjernebarken hos migrænikere

På trods af intensiv neurofysiologisk forskning er det stadig uklart, hvorvidt den unormale udladningsfølsomhed i hjernebarken ved migræne skyldes en primær forstyrrelse i hjernebarken eller en nedsat kontrol over hjernebarken. Til belysning af dette spørgsmål er udført et forsøg hvor 26 migrænikere, heraf 14 uden aura og 12 med aura, og 15 raske kontrolpersoner fik sat elektroder rundt om munden.

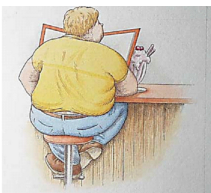
Forsøgspersonerne blev i anfaldsfrie perioder udsat for kraftig magnetisk påvirkning gennem kraniet, og dernæst blev hjernebarkens stilleperiode målt i ansigtsmusklene ved hjælp af elektromyografi. Ansigtsmusklernes stilleperiode afspejler udladningsfølsomheden af de hæmmende motoriske interneuroner i hjernebarken. Selve stilleperioden er den afbrydelse i den frivillige motoriske aktivitet, der sker på grund af den kraftige magnetiske påvirkning.

Ansigtsmusklernes stilleperiode var

kortere hos migrænikerne end hos kontrolpersonerne. Blandt migrænikerne var der ingen forskel på, om det var migræne med eller uden aura, mand eller kvinde, eller om patienterne brugte triptaner, NSAID ("almindelige hovedpinepiller") eller acetaminophen. Anfaldslængde og længden af det samlede sygdomsforløb var ligeledes uden betydning for stilleperiodens længde.

Forskerne tolker forkortningen af stilleperioden således, at der er en nedsat udladningsfølsomhed af hjernebarkens hæmmende hjerneceller hos migrænikere mellem deres anfald. Forskerne støtter dermed teorien om en nedsat kontrol over hjernebarken på grund af nedsat aktivitet af de thalamo-corticale loops. De thalamo-corticale loops er mekanismer, der udøver kontrol over hjernebarken.

A. Curra, F. Pierelli, G. Coppola, P. Barbanti, M. G. Buzzi, F. Galeotti, M. Serrao, A. Truini, C. Casali, F. Pauri og G. Cruccu, 2007. Shortened cortical silent period in facial



BMI (body mass index) = vægt (kg)/højde (m)*højde (m).
Normal BMI er mellem 18 og 25.
BMI over 30 er svært overvægtig.



Migræne og fedme

Flere forskellige undersøgelser har vist en sammenhæng mellem migræne og fedme. Den ene undersøgelse viser, at personer med episodisk migræne OG fedme (BMI > 30) udvikler kronisk daglig hovedpine 5 gange hyppigere end normalvægtige personer. Overvægtige personer (BMI 25-29) udvikler kronisk daglig hovedpine 3 gange hyppigere end normalvægtige personer. En anden undersøgelse bekræfter, at fedme er en risikofaktor for udvikling af kronisk daglig hovedpine, og antyder, at denne sammenhæng primært eksisterer mht. kronisk migræne og ikke kronisk spændingshovedpine. En tredje undersøgelse viser, at forekomsten af episodisk migræne ikke har nogen afgørende sammenhæng med BMI (Body Mass Index). Det vil sige, at fede personer er ikke i forøget risiko for at udvikle migræne, MEN blandt migrænikere med et højt BMI sås en højere anfaldshyppighed. I gruppen af normalvægtige havde 4,4 % af migrænikerne 10-14 anfald pr. måned. Dette steg til 5,8 % i den overvægtige gruppe, og til hele 13,6 % i gruppen af fede migrænikere.

Der kan være flere årsager til en sammenhæng mellem migræne og fedme. Et migræneanfald ledsages af inflammation (steril betændelsestilstand), og i forbindelse hermed frigives en række stoffer, som

også kan påvises i forøget mængde hos fede personer, da stofferne ligeledes udskilles fra fedtceller. Det drejer sig blandt andet om TNF-alpha (tumor nekrosefaktor-alpha) og IL-6 (interleukin-6). TNF-alpha og IL-6 udskilles fra fedtceller, og findes i øget mængde ved et migræneanfalds begyndelse. Begge stoffer har i dyreforsøg vist sig at forøge, fremkalde eller nedsætte tolerancen overfor smerter.

CGRP (calcitonin gene-related peptide som får blodkar til at slappe af) og andre peptider med effekt på blodkarrene frigives under migræneanfald. Hos fede mennesker er indholdet af CGRP i blodet også forhøjet. Endvidere stiger CGRP-indholdet efter indtagelse af fedt.

Orexiner, som findes i nedsat mængde hos fede, er en gruppe af stoffer, der har effekt på appetitreguleringen og vægten, men også på søvncyklus, funktionen af hjertekarsystemet, hormonudskillelsen og reguleringen af smerteopfattelsen. En nedsat mængde orexin i kroppen nedsætter tilsyneladende tolerancen overfor smerter. Muligvis spiller orexiner også en mere direkte rolle mht. migræne, men det er stadig et meget nyt og uafklaret område.

M. E. Bigal, R. B. Lipton, P. R. Holland og P. J. Goadsby, 2007. Obesity, migraine, and chronic migraine: possible mechanisms of



Von Willebrand faktor – måske en forklaring på at migrænikere får blodpropper

Von Willebrand-faktoren (vWF) er et protein, som bl.a. medvirker til at stoppe blødninger. Mængden af vWF i blodet er et godt mål for i hvor høj grad vores blodkar er i stand til at producere NO som får blodkarrene til at udvide sig. Stort indhold af vWF svarer til at blodkarrene ikke producerer de normale mængder NO og dermed heller ikke udvider sig som normalt, når der er pres på.

Har man for lidt vWF i blodet har man tendens til at få blå mærker og bløde mere end andre fra sår og skrammer. Kvinder har desuden større mængder menstruationsblødning end andre. Har man et højt indhold af vWF har man øget risiko for at udvikle blodpropper.

Under migræneanfald er mængden af vWF næsten fordoblet i blodet, sammenlignet mellem anfaldene og sammenlignet med kontrolpersoner (1).

Migrænikere, som har Livedo reticularis (blodkarrene er forsnævrede og danner et mørktfarvet net som kan ses gennem huden), har øget risiko for blodpropper og har specielt store mængde vWF i blodet (2).

Hvis du har eller tror du har Livedo reticularis bør du drøfte med lægen om du bør tage triptaner.

Også patienter med hjerneblødning og/eller blodprop har forhøjet vWF-indhold i blodet. Måske er det høje indhold af vWF hos migrænikerne en medvirkende årsag til den øgede risiko for blodpropper i hjernen eller hjertet hos migrænikere (3).

Forskerne benytter lejligheden til at fremhæve, at det er vigtigt at brugerne af triptaner ikke har tendens til blodpropper (3).

(1) J. M. Cesar, A. García-Avello, A. M. Vecino, J. L. Sastre og J. C. Alvarez-Cermeño, 1995. *Increased levels of plasma von Willebrand factor in migraine crisis.* *Acta Neurol Scand.* 91 412-3.

(2) G. E. Tietjen, M. M. Al-Qasbi, K. Athanas, C. Utley og N. A. Herial, 2007. *Altered hemostasis in migraineurs studied with a dynamic flow system.* *Thromb Res.* 119, 217-22.

(3) G. E. Tietjen, 2005. *The risk of stroke in patients with migraine and implications for migraine management.*





Vidste du at ...

- alle triptaner bortset fra Almogran, Imigran sprint, Maxalt smelt, Sumatriptan BMM Pharma og Zomig rapimelt (og rigtig mange andre tabletter) indeholder **laktose**. Nogle migrænikere er laktoseintolerante, og kan derfor få problemer af laktose i tableterne.

Se <http://www.migraeniker.dk/documents/anfaldsbehandling.html> for en fuldstændig liste over indholdsstofferne i triptanerne.



- Man kan udvikle **medicininduceret migræne** (dvs. man får mere migræne af at tage sin medicin) hvis man tager triptaner mere end ca. 10 dage om måneden eller smertestillende medicin mere end ca. 15 dage om måneden i nogle måneder.

Der er kun en behandling—en afgiftning. Du kan klare det selv, få lægens hjælp, eller blive indlagt til afgiftning.



- 1—3 % af alle voksne har kronisk hovedpine—dvs. hovedpine næsten hver dag. De fleste er migrænikere.

Kronisk migræne kan skyldes et overforbrug af medicin, men kan også have andre årsager. Nogle migrænikere, men desværre ikke alle, kan få reduceret migrænedagene ved forebyggende medicin.



- Migrænikere med et optimistisk livssyn håndterer også migrænen bedre end de, der er knapt så optimistiske.

Man kan øve sig i at blive mere positiv, f.eks. gennem patientuddannelse.



Røg, sex og aura giver 10 gange øget risiko for blodpropper

Migræne med aura hos unge kvinder giver syvdobling af risikoen for en blodprop. Bruger kvinderne også p-piller og ryger, er risikoen øget til 10 gange så stor som for kvinder uden migræne med aura, som ikke ryger, og som ikke bruger p-piller. Det er resultatet af en undersøgelse blandt kvinder med blodprop.

Risikoen var størst hos unge kvinder, som havde haft mindre end et år med migræne, og hos kvinder, som havde mere end 12 anfald om året (1).

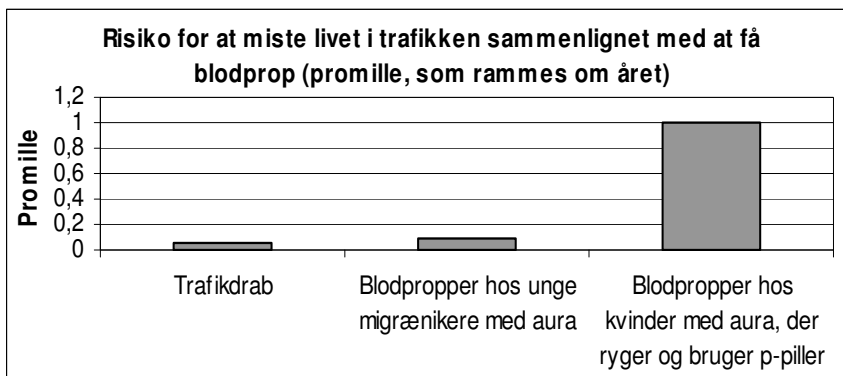
Der er 1 ud af 10.000 (dvs. 0,1 promille) unge kvinder som får en blodprop i løbet af et år mens ca. 2 ud af 10.000 unge kvinder med migræne får en blodprop (2). Det er en lidt

større risiko end for at blive dræbt i trafikken (ca. 300 personer eller 0,06 promille, tal fra Vejdirektoratet). Kombinationen af p-piller, røg og migræne med aura øger denne risiko til 1 ud af 1000 eller én promille, eller ca. 15 gange risikoen for at blive dræbt i trafikken.

(1) L. R. MacClellan, W. Giles, J. Cole, M. Wozniak, B. Stern, B. D. Mitchell og S. J. Kittner, MD, 2007. *Probable Migraine With Visual Aura and Risk of Ischemic Stroke. The Stroke Prevention in Young Women Study. Stroke* 38, 2438-2445.

(2) L. Parnetti, M. Paciaroni og V. Gallai, 2002. *Headache and ischemic stroke. J Headache Pain* 3, 15–20.

Har du aura — så drop smøgerne og p-pillerne! NU!!





Kvinder med endometriose og migræne har problemer

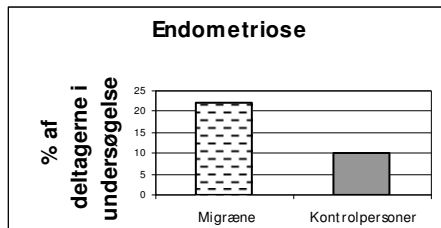
Hos kvinder med endometriose vokser livmoderens overflade (den der afstødes ved menstruationen) også uden på livmoderen. De giver smerter, især omkring menstruationen.

Migrænikere har ca. dobbelt så stor sandsynlighed for at have endometriose, som andre kvinder. Knap hver fjerde kvinde med migræne har også endometriose.

Sammenlignet med 104 kontrolkvinder havde 36 kvinder med migræne og endometriose betydeligt større gener i forbindelse med deres menstruationer. 127 kvinder med migræne, men ikke endometriose, havde noget større menstruationsgener end kontrolkvinderne.

Bortset fra problemerne omkring menstruationerne, havde kvinderne

med både migræne og endometriose også større frekvens af en andre sygdomme, f.eks. tyktarmsbetændelse (Irritable bowel syndrome), kronisk blærebetændelse (Interstitial cystitis), kronisk

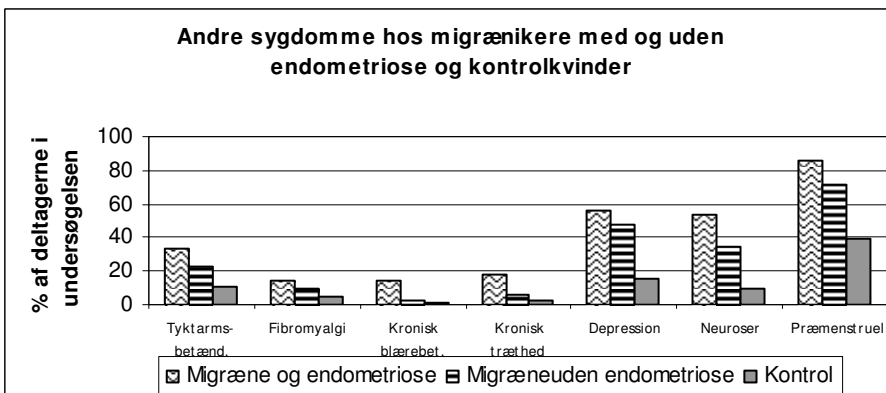


træthedsyndrom, depression, neuroser og præmenstruelle problemer. Kvinderne i undersøgelsen var fra USA.

G. E. Tietjen, C. D. Bushnell, N. A. Herial, C. Utley, L. White og F. Hafeez, 2007.

Endometriosis is associated with prevalence of comorbid conditions in migraine. Headache 47, 1069-78.

Det er ikke let at være kvindelig





Sov mere og få færre og mildere migræneanfald

43 kvinder med migræne næsten hver dag blev delt i to grupper. Den ene fik instruktion i at

- 1) de skulle blive liggende i 8 timer fra de gik i seng, uden at se TV, læse eller høre musik,
- 2) de skulle tælle får eller tilsvarende for at falde i søvn så hurtigt som muligt,
- 3) de skulle spise aftensmad senest 4 timer før sengetid,
- 4) de måtte ikke drikke de sidste to timer før sengetid, og
- 5) de måtte ikke tage en middagslur.

Kontrolgruppen fik en række instruktioner, som ikke handlede om søvn.

Alle deltagere som havde et

overforbrug af anfaldsmedicin (ca. 70% af deltagerne i begge grupperne) blev nedtrappet i løbet af 2 uger.

Efter 6 uger var migræneanfaldene blevet reduceret fra 24 dage om måneden til 17 dage om måneden blandt dem der sov efter instruktionerne, mens kontrolgruppen stadig havde 23 migrænedage om måneden. Søvngruppens migræner var også blevet mildere.

Efter 12 uger havde halvdelen af deltagerne, der fik instruktion i at sove, kun spredte migræneanfald. De der overholdt alle 5 instruktioner fik de bedste resultater.

A. H. Calhoun og S. Ford, 2007. Behavioural

Søvnproblemer giver morgenmigræne

Ud af 68 migrænikere havde de 13 svært ved at falde i søvn mindst 3 dage om ugen, og var trætte i løbet af dagen, fordi de ikke fik sovet tilstrækkeligt om natten.

Både dem med søvnproblemer og de andre migrænikere førte omhyggelig dagbog over deres søvn og migræne. Blandt migrænikere med søvnproblemer kom kun 12% af anfaldene så migrænikerne vågnede med migræne, mens 28% af anfaldene var der når de vågnede hos migrænikere som sov fint om natten.

Man ved ikke om søvnproblemerne f.eks. kunne være en følge af migrænen, f.eks. i form af forvarsler om et anfald.

I begge grupper kom de fleste anfald omkring middagstid (klokken 11 – 14).

Forskerne konkluderer, at migræne ikke udløses af søvn.

K. Alstadhaug, R. Salvesen og S. Bekkelund, 2007. Insomnia and circadian variation of attacks in episodic migraine. Headache 27, 1184 – 1188.



Forstyrret nattesøvn på grund af støj giver migræne

Børn og voksne, som bor i hjem, hvor deres nattesøvn forstyrres af støj har større risiko for at udvikle migræne, end folk, som bor i roligere omgivelser.

Blandt dem, som anså støjen som meget generende var der 2½ gange så mange med migræne, end forventet fra den samlede befolkning. Støjen kunne være trafikstøj eller støj

fra naboer.

H. Niemann og C. Maschke, 2004. WHO LARES Final report Noise effects and morbidity. EUR/04/5047477
(http://www.euro.who.int/document/NOH/WHO_Lares.pdf)

Undersøgelsen blev gennemført i Ungarn, og er publiceret af WHO, som anbefaler at der gøres noget ved støjen.

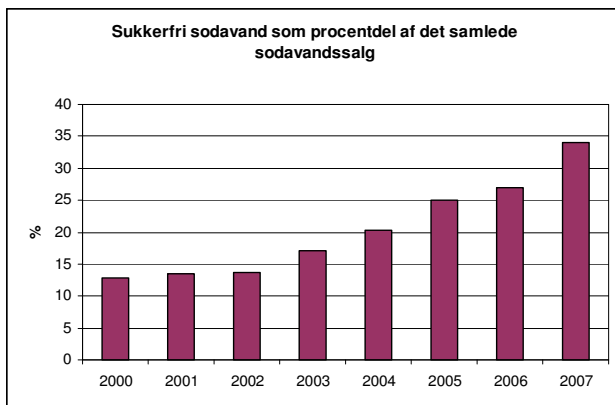
Stigningen i salget af sukkerfri sodavand kan give mere migræne

En del migrænikere kan identificere, at de får migræne af at drikke sukkerfri sodavand (eller f.eks. spise sukkerfrit tyggegummi eller slik).

Nu fortæller Bryggeriforeningen, at salget af sukkerfri sodavand har været stigende de sidste 7 år eller mere. Siden 2000 er salget tredoblet, målt i liter sodavand uden sukker.

Det er jo fint, at man kan undgå unødige kalorier ved at vælge sukkerfrit. Men hvis du har mistanke om at fødevarer med aspartam giver migræne er det måske bedre at drikke vand uden smag.

http://www.bryggeriforeningen.dk/data/58061/2719/Laeskedrik_2006.pdf





Menstruationsmigræne— det sidste nye

Ca. 60% af kvinder med migræne har flere anfald omkring menstruationen, og ca. mellem 6 og 14% har kun migræne omkring denne periode. Så der er en klar sammenhæng mellem menstruation og migræne. Og nogle kvinder oplever at menstruationsmigræne oftere er stærkere end andre anfald (1).

Den accepterede forklaring har hidtil været, at anfaldene kom på grund af et fald i østrogenmængden i blodet med følgende sammentrækning af blodkar i hjernen, med følgende frigørelse af stoffet NO (nitrogenoxid) i blodkarrene, og deraf følgende udvidelse af karrene. Nu er forskerne ikke helt så sikre på denne simple forklaring.

Østrogen har nemlig mange flere funktioner end blot at udvide blodkarrene. Østrogen øger bl.a. aktiviteten af enzymet MAO-A, dvs. det enzym, som nedbryder tyramin (2). Når østrogenindholdet i blodet bliver lavt omkring menstruationen bliver kvinder mere følsomme for tyramin i maden.

Samtidig nedsættes dannelsen af GABA, som regulerer transporten af ioner ind og ud af nervecellerne. Reduktion i GABA-mængden menes at kunne udløse Cortical Spreading Depression (en ændring i den

elektriske aktivitet på overfladen af hjernens bageste del), som leder til aura (2). GABA-mangel giver også reduceret indhold af endorphiner i blodet. Endorphiner dannes f.eks. ved fysisk aktivitet og reducerer vores oplevelse af smerter.

Progesteron (også et kvindeligt hormon) varierer også gennem kvindernes cyklus. Også dette hormon kan udløse migræne, og det frigives specielt lige omkring afstødningen af endometriet (den blodfyldte hinde som afstødes ved menstruationen) (1).

Når kvinder har et forholdsvist lavt indhold af østrogen i blodet, sker der således mange ting, som tilsammen kan give migræne.

(1) L. C. Newman, 2007. *Understanding the causes and prevention of menstrual migraine: the role of estrogen. Headache 27, suppl 2, S86-S94*

(2) A. G. Herzog, 2007. *Neuroactive properties of reproductive steroids. Headache 47, suppl 2, S68-S78.*

Wikipedia (om enzymer)





Erfaringer fra L. C. Newman, videregives med bemærkning om at man skal overveje brugen af triptaner som 'forebyggende' alvorligt, med tanke på risikoen for at udvikle medicininduceret migræne.

- Et magnesiumtilskud kan evt. modvirke den magnesium-mangel i hjernen der opstår under et migræneanfald
- Der er ikke belæg for at

østrogenplastre kan modvirke menstruationsmigræne, men østrogencreme (gel) synes at have en vis effekt.

- Hvis menstruationsmigrænen er helt uudholdelig kan man – efter aftale med lægen – tage triptaner 'forebyggende' i dagene omkring menstruationen.
- Man kan også – efter aftale med lægen – undlade pausen i p-pillerne og dermed udsætte

Kort uddannelse og kronisk sygdom følges ad

En ny rapport fra Region Midtjylland omtaler at der er flere og flere, der lider af migræne og/eller hyppig hovedpine. De der lider af migræne og/eller hyppig hovedpine er i gennemsnit yngre end hele befolkningen. Som ventet er der flere kvinder end mænd, som har migræne og/eller hyppig hovedpine. Blandt mændene er det især de mindst uddannede migrænikere/hovedpinepatienter, som ryger. Tilsvarende spiser de højst uddannede generelt en sundere kost. En oversigt over hvor meget motion folk med migræne og/eller hyppig hovedpine viste derimod, at kun dem

med den korteste uddannelse motionerede væsentligt mindre end gennemsnittet. Dem med mellemlange og lange uddannelser motionerede meget (eller lidt).

Rapporten konkluderer, at en kort uddannelse ofte følges af en eller flere kroniske sygdomme, og at der især skal sættes ind med oplysning om kroniske sygdomme til denne målgruppe.

Finn Breinholt Larsen 2007. Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner, 12 sider.

http://www.sundhed.dk/Images/alle/amt_aarh

Computere og migræne...

... kan være en stærk cocktail.

Jeg ville gerne vide, om andre af bladets læsere har vanskeligheder med brug af computer. Jeg ved, at fladskærme er bedre for migrænikere

(og i øvrigt også for epileptikere) end andre skærme, men selv en fladskærm giver mig problemer.

Har jeg nogen lidelsesfæller?

Karen Thorsen.



Læserbrev: Atacand depression

I knap 2 år har jeg fået 16 mg Atacand dagligt som forebyggende migrænebehandling. Det har haft en fin effekt - både antallet af anfald og de enkelte anfalds styrke er dalet, og jeg responderer hurtigere på triptaner ved anfald. Imidlertid har jeg i løbet af de sidste måneder fået en mistanke om, at Atacand påvirker mit humør i negativ grad – depression er for stærk en betegnelse, men mit ellers livsglade og rimeligt ligevægtige sind er ofte lidt tungere til mode. Ind imellem dykker jeg kortvarigt ned i en tilstand af stærk bekymring; bekymringsanfald eller anfald af irritation har jeg da også kunnet have før, ikke mindst ved ægløsning og menstruation, men dette er stærkere. Jeg føler mig også mere labil.

Der kan naturligvis være tale om en tilstand, der er uafhængig af medicinen. Jeg har netop i startfasen af behandlingen haft problemer og sorger, bl.a. dødsfald i familien, og det er da også grunden til, at jeg først har fået mistanken efter mere end et års behandling. Imidlertid har jeg prøvet at stoppe behandlingen 4-5

uger henover denne sommer for derefter at genoptage den (naturligvis med den obligatoriske ned- og optrapning), og det har bestyrket min mistanke: Efter 1 uges tid uden medicin fik jeg det psykisk bedre, og atter efter ca. 2 ugers indtagelse af blot en halv dosis Atacand (8 mg) fik jeg det igen dårligere.

Jeg synes, det kunne være interessant at høre, om nogle af MigræneNyts læsere evt. skulle have en lignende erfaring. Jeg har prøvet at Google på søgeordene "Atacand depression", men det ser ikke umiddelbart ud til, at der er observeret andet end en mulig svag sammenhæng. Én hjemmeside nævner depression som en sjælden bivirkning med en hyppighed på mellem 1 og 0,1 promille, en anden nævner det som en mulig, men forholdsvis sjælden bivirkning.

Er jeg virkelig en sådan raritet, eller kunne der gemme sig et hidtil overset problem her? Det er jo brandærgerligt, når det nu ellers virker så godt!

**Har du erfaringer du tror andre kan gøre brug af?
Så send et læserbrev til MigræneNyt
(migraenenyt@migraeniker.dk).**



Hvor svært må det være – at diagnosticere en børnemigræne?

Eller en historie om almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Hospitalsafdelingen.

Det kan være svært at diagnosticere en børnemigræne. Alligevel undrer man sig, når et barn med langvarige, invaliderende hovedsmerter indlægges, og migræne end ikke overvejes.

Barnet undrede sig også selv, da det senere blev voksent og diagnosen for længst var stillet, - det undrede sig og søgte en forklaring på flere års udiagnosticeret og derfor ubehandlet migræne. Barnet/den unge klagede til Patientklagenævnet for at få en forklaring.

Patientklagenævnet

Patientklagenævnet afgjorde, at afdelingen ikke kunne kritiseres for deres behandling af barnet. Det hed i afgørelsen, at overlægen havde foretaget relevante undersøgelser og vurderinger, og at han havde handlet ”i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard”.

Altså: det er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ikke at nære mistanke om migræne, når et barn lider af stærke hovedsmerter.

Klageren undrede sig stadig og henvendte sig til patientklagenævnets sekretariat for at bede om en uddybende begrundelse, men fik blot

at vide, at der ikke var foretaget sagsbehandlingsfejl, og at sekretariatet derfor ikke kunne indkalde nævnet med henblik på en genoptagelse af sagen. Det blev telefonisk meddelt, at man kunne bede Ombudsmanden pålægge Patientklagenævnet at genoptage sagen

Ombudsmanden.

Klageren henvendte sig nu til ombudsmanden. Afgørelsen herfra var, at den lægefaglige vurdering, som Patientklagenævnets afgørelse byggede på, kunne ombudsmanden kun i ringe omfang tage stilling til: ”en kontrol af de lægefaglige vurderingers rigtighed – som er af afgørende betydning for denne sag – kræver en fagkundskab, som ombudsmanden ikke har”.

Almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Der er således ikke muligt at få at vide, hvad der gemmer sig bag ”almindelig anerkendt (læge)faglig standard”.

Måske er det udtryk for overdreven demokratiseringsiver at ønske indsigt i en sådan kodeks's indhold? Men så forekommer det at være tidsspilde at have et patientklagenævn.

Karen Thorsen



Kommentar:

Denne historie er rystende. Et barn været igennem flere hospitalsophold og masser af forkert medicin for at få stillet diagnosen migræne. Efter en klage er det eneste svar, at lægerne undervejs har handlet efter 'normen for anerkendt faglig standard'. Denne standard er elastisk, og vil næppe nogensinde kunne bruges til andet end at beskytte lægen, så en eventuel fejl eller undladelse ikke skal erkendes.

Vi har derfor som migrænikere ikke den mindste mulighed for at få ret i en klage over en manglende korrekt diagnose af vores migræne.

Og selv ombudsmanden gav op—han kunne ikke håndtere en faglig vurdering.

Vi må konstatere, at der ikke er meget at gøre, hvis man først er ramlet ind i en uheldig læge, som ikke kan genkende migræne. Journalen følger jo med til næste læge...som dækker over kollegaen.

Vi håber at alle læger efterhånden vil kunne genkende migræne når de ser os, både som børn og voksne. Møder vi en af dem, der endnu ikke har lært om vores sygdom, må vi skifte læge hurtigst muligt.

Også hvis det er en speciallæge!

Anne Bülow-Olsen

Få nyheder—og spar foreningens porto

Vi vil gerne kunne sende meddelelser ud til medlemmerne— f. eks. om arrangementer i lokalområdet eller om opdateringer på hjemmesiden.

Migrænikerforbundets nyhedsbrev (tilmelding via www.migraeniker.dk) er en kort meddelelse, som udsendes hver gang der er noget nyt på hjemmesiden.

Hvis du vil hjælpe os med at spare porto, og få mail fra Migrænikerforbundet i stedet for breve, kan du indtaste dine oplysninger (navn, adresse, postnummer og e-mail) på hjemmesiden—i medlemsområdet.

Log ind med **migrænenyt** og **2007**.



Migrænikerforbundets ambassadører

Kommune:	Ambassadør:	Telefon:
Bornholm	Ane Marie Kaas Hansen	5695 9515
Fredericia	Lis Fibæk Sørensen*	7592 8828
Odense	Randi Duus	6448 1601
Færøerne	Alice Simonsen	002 9831 9248
Helsingør	Mona Schmidt	4926 0445
Hillerød	Annette Schneider	4826 0980
Lyngby-Tårnbæk	Anne Bülow-Olsen	4585 5954
Rødovre	Else Harsing	3641 1216
Kalundborg	Mette Sørensen	2830 8906
Køge-Solrød	Janeth Svendsen	4082 9038
Roskilde	Camilla Brødsgaard	-
Fåborg	Karen Thorsen	62601987
Herning	Lene Simmelkjær (efter 17:00)	4035 1158
Århus	Dorrit Bjerregård	8627 9927

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



**Vi har fået nyt telefonnummer:
70 22 01 31**



Migrænikerforbundet har brug for flere ambassadører

Ambassadørerne repræsenterer Migrænikerforbundet lokalt. Man kan påtage sig få opgaver eller lidt flere, ganske som man har lyst og energi til.

Læs mere på <http://www.migraeniker.dk/documents/mignyt/ambassadører.html> (log in med **migrænenyt** og **2007**, hvis du kommer fra forsiden) og ring eller mail til Anne (migraene@migraeniker.dk) hvis du har lyst til at være ambassadør for vores gode sag!

Med venlig hilsen
Bestyrelsen



Migrænerforbundet
Postboks 115
2610 Rødovre

Tlf./fax: 7022 0131
E-mail: info@migraeniker.dk
Hjemmeside: www.migraeniker.dk
Redaktørens e-mail: migraeneyt@migraeniker.dk
Girokonto: 440-7652

Bestyrelse

Formand: Anne Bülow-Olsen
Næstformand: Ane Marie Kaas Hansen
Kasserer: Eva Aspir
Sekretær: Else Harsing
Bestyrelsesmedlem: Dorrit Bjerregaard
Bestyrelsesmedlem: Lis Fibæk Sørensen
Bestyrelsesmedlem: Lene Simmelkjær
Suppleant: Annette Schneider
Suppleant: vakant

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

Hovedsagen er Migrænerforbundets 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@yahoogroups.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.