

• Nr. 1 • februar 2018

MigræneNyt

- **Virker afgiftning?**
- **Regler for frivilligt arbejde**
- **Terror giver migræne**

Migræne danmark
så får du ærlig information



Leder

Vi må se fremad

Der har sandt at sige ikke været mange solskinsdage i året, der er gået. Det har regnet hver dag så hatten passer, men vi er nødt til at fokusere på det positive, og at alt kan blive til det bedre. Så lad os i stedet få det positive frem. Vi ved at der kommer ny medicin frem på markedet for os migrænikere, og Folketinget har åbnet for et 4-årigt forsøg med Cannabis.

Der er for mig ingen tvivl om, at nogle migrænikere i den hårdest ramte gruppe (bl.a. nogle som er opgivet af lægerne) kan blive hjulpet med disse tiltag.

Det nye hovedpinecenter i Glostrup indvies 28. februar, til stor glæde for os patienter såvel som for personalet, som arbejder der. Det bliver rart at få det hele samlet i nye flotte rammer i stedet for det gamle, som var fordelt mellem 4 forskellige bygninger.

*Knud Østberg
Formand*



Det nye hovedpinecenter i Glostrup vil samle behandling og forskning i migræne og hovedpine i samme bygning. Den nære tilknytning mellem de to dele af hovedpinecenteret vil give både forskere og behandlere et miljø, hvor inspiration og motivation er i fokus.

Bygningen er desuden designet specielt, så den er migrænevenlig i f.eks farvevalg og belysning.

Vi siger tillykke med det nye hus, og glæder os over de gode rammer om arbejdet for staben på Dansk Hovedpinecenter.

Forsidebillede: Den lille hund på forsiden savner sine mennesker. På samme måde savner Migræne danmark dig, der synes, at foreningens arbejde er vigtigt og derfor vil være med i bestyrelsen.

Vi har brug for dig med friske kræfter, nye idéer, gåpåmod og en god portion sund fornuft.

Kom med i bestyrelsen på generalforsamlingen den 22. april i København. Overvejer du at blive medlem af bestyrelsen, så send gerne en mail til info@migraeniker.dk eller ring på telefon 7022 0131.

Vi glæder os til at byde dig velkommen i bestyrelsen!

Foto: Shutterstock

Migræne danmark
Havrevej 2
4040 Jyllinge
Telefon 7022 0131
info@migraeniker.dk
www.migraeniker.dk



MigræneNyt sendes til forbundets medlemmer 4 gange om året.

Bladet kan købes i løssalg ved henvendelse til Migræne danmark (kasserer@migraeniker.dk).

Personligt medlemskab, biblioteker og institutioner: 225 kr.
Unge under 25 år og pensionister: 110 kr.
Familiemedlemskab (alle på adressen): 330 kr.

Kontingentet dækker kalenderåret.

Tilmelding til Migræne danmarks nyhedsmails sker på hjemmesiden.

Redaktør: Anne Bülow-Olsen
migraenenyt@migraeniker.dk

Kontingent opkræves via PBS. Betaling via bankoverførsel eller giro er også muligt efter aftale med kassereren kasserer@migraeniker.dk

Migræne danmarks bestyrelse:
Formand Knud Østberg
Kasserer Keld Köcher
Sekretær Marina Rubini Rordam
Bestyrelsesmedlem Dorrit Bjerregaard

Oplag: 500 stk.

Layout: MECATUM
Tryk: DegnGrafisk A/S

LEDER	2	Vi må se fremad
MEDICIN	4	Koffein øger virkningen af håndkøbsmedicin
	4	Topimax i 1. trimester øger risiko for ganespalte
	5	Langtidsvirkning af afgangning?
	6	Hver 6. migræniker bør ikke tage tricykliske antidepressiver, siger ny guideline
	7	Virker triptaner ikke for dig?
	8	Galcanezumab injektioner mod episodisk migræne
MIGRÆNE	9	Aura med blinde pletter og farverige områder – hvad er forskellen?
	10	Rod i hjernen giver øget smerteoplevelse
	10	Pas på hovedet, piger!
	11	Elastans omkring hjernen
	12	Kronisk migræne, insulinresistens og glutamat
	13	Terror giver migræne
ÆLDRE	13	Migræne med svimmelhed påvirker, hvordan vi går
ANDRE SYGDOMME	14	Migrænenes følgesvende
	14	Fibromyalgi og migræne
ANDET	15	Indkaldelse til generalforsamling
REGLER	16	Nye regler om medicintilskud fra 9. april 2018
	17	Hvad siger Lægemedelstyrelsen om de nye tilskudsregler?
	18	Recepter på papir udfases
	19	Hvad er reglerne for frivilligt arbejde på overførselsindkomst?
BØRN	20	Drenge kaster op, piger bliver bekymrede
	20	Migrænebørn har ofte jernmangel eller astma
REFERAT	21	Jakob Møller Hansen holdt foredrag i Lyngby
	23	Formandens beretning for 2017
BAGSIDEN	24	Hvor mange migrænikere er det nu vi er?

ÆRLIG INFORMATION

MigræneNyt er Migræne danmarks medlemsblad. Her får du blandt andet de aller nyeste resultater fra dansk og international forskning på migræne-området, grundig viden om medicin og sociale forhold, og du kan læse om erfaringer fra mennesker, der selv lider af migræne.

Koffein øger virkningen af håndkøbsmedicin

medicin

Snup en kop kaffe (ca. 100 mg koffein) sammen med en smertestillende håndkøbstablet. Så virker medicinen i tabletten lidt bedre.

Man kan også vælge at købe smertestillende tabletter som indeholder koffein. Koffeinen virker som adjuvant, dvs. den forstærker virkningen af medicinen.

Virkningen blev målt som forskellen i smerteregistrering i 4 timer efter ind-

tagelsen af medicinen. Paracetamol (f.eks. Pamol) eller acetylsalisylsyre (Aspirin) tilsat 100 mg koffein reducerede smerter fra både migræne og spændingshovedpine væsentligt mere end paracetamol eller aspirin i samme dosis uden koffein.

Forskerne advarer dog mod at overdri-ve brugen af koffein, dvs. drikke mere end 3 – 4 kopper kaffe om dagen. De har fundet studier, som peger på, at koffein kan øge risikoen for medicin-overforbrugshovedpine (MOH), og at



det kan øge virkningen af de smertestillende midler, hvis man dropper kaffen.

R. B. Lipton, H.-C. Diener et al., 2017. *Caffeine in the management of patients with headache. The Journal of Headache and Pain* 18:107.

Forfatterne til undersøgelsen er stærkt støttede af en lang række medicinalfirmaer. Det kan ikke udelukkes, at deres ærinde er at støtte salget af smertestillende medicin med koffein.

Topimax i 1. trimester øger risiko for ganespalte

medicin

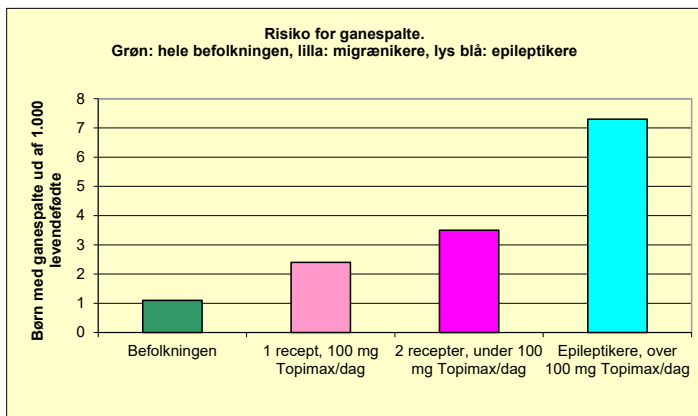
Gravide er generelt meget opmærksomme på, at der er medicin, man ikke bør tage, mens man er gravid. Men det er alligevel lykkedes forskere fra Harvard University at finde en stor gruppe amerikanske

kvinder, som har indløst en eller flere recepter på Topimaxi de første 3 måneder af deres graviditet.

Den generelle risiko for ganespalte er ca. 1,1 ganespalte per 1.000 levendefødte børn. De mødre, som tog Topimax mod deres epileptiske anfald (dvs. de tog mere

end 100 mg om dagen) i første trimester, fik 7 børn med ganespalte ud af 1.000 levendefødte, dvs. risikoen for ganespalte var 7-doblet.

Kvinder, som tog mindre doser af Topimax i 1. trimester (dvs. under 100 mg/dag), fik 'kun' 3,5 børn med ganespalte ud af 1.000 levendefødte. Dette tal er beregnet ud fra de kvinder, som indløste to recepter på Topimax i løbet af 1. trimester, dvs. de fortsatte med at tage denne medicin som forebyggende mod migræne. Kvinder, som kun indløste én recept i perioden, kunne have droppet den



forebyggende medicin mod migrænen, da de opdagede at de var gravide. De havde da også en væsentligt lavere risiko for at få et barn med ganespalte.

S. Hernandez-Diaz, K. F. Huybrechts et al., 2018. *Topiramate use early in pregnancy and the risk of oral clefts. A pregnancy cohort study. Neurology*, 90, e1-e10.

Undersøgelsen omfattede ikke oplysninger om virkningen af Topimax senere i graviditeten.

Sæt dit præg på Migræne danmark

Har du empati og lyst til at styrke arbejdet for vores hårdt ramte migrænikere? Så glæder vi os til at byde dig velkommen i bestyrelsen, hvor vi mødes 4 gange om året.

Som medlem af bestyrelsen er du med til at udvikle Migræne danmark og sætte kursen for vores fremtidige arbejde. Det gavner alle vores medlemmer og giver dig erfaring til dit CV. Alle kan være med, og du behøver ikke have særlig ekspertise.

Migræne danmark dækker samtlige rejseomkostninger, hvis du er bosiddende i Danmark. Så kom med i bestyrelsen på vores ordinære generalforsamling den 22. april. Vi glæder os til at se dig!

Med venlig hilsen
Formand Knud Østberg

Langtidsvirkning af afgiftning?

medicin

Det er jo lidt at et projekt, at kaste sig ud i en afgiftning. Mon det virker? Holder virkningen? Er det umagen værd?

Netop de tanker fik et norsk forsker-team til at opsøge 56 migrænikere med medicinoverforbrugshovedpine (MOH), som var blevet afgiftet 9 år tidligere.

I gennemsnit havde afgiftningen en rimelig virkning. Gruppen havde 25,3 migræne dage om måneden i gennemsnit inden afgiftningen. Et år senere havde de 16,7 migrænedage om måneden, og efter ni år havde de i gennemsnit 13,3 migrænedage om måneden. Så gruppen som helhed fik en ganske fin reduktion i migrænedagene.

Men gevinsterne var ikke helt tilfældigt fordelt. De 14 deltagere i undersøgelsen (25%), som allerede i selve afgiftningsperioden ikke fik nogen væsentlig bedring, havde heller ikke nogen reduktion i antal migrænedage efter 9 år. 12 af de 14 havde stadig kronisk migræne, og 2 havde kronisk spændingshovedpine. I gennemsnit

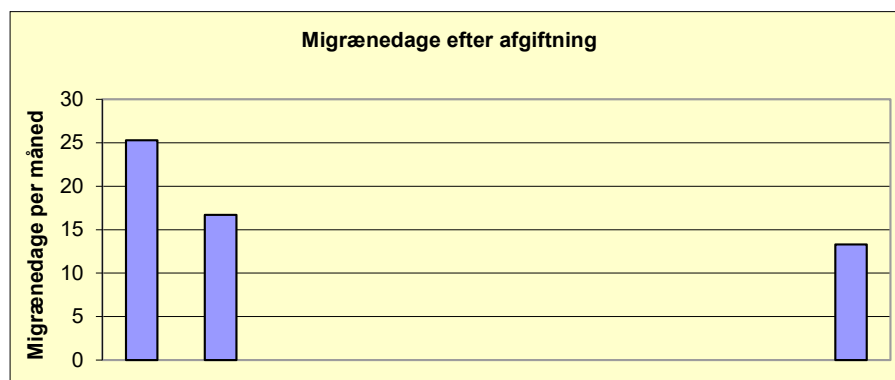
havde de stadig 25 migræne/hovedpinedage om måneden efter 9 år. Denne gruppe migrænikere brugte forebyggende medicin i samme omfang som de migrænikere, som oplevede en væsentlig reduktion i migrænedagene, men fik alligevel ikke bugt med den kroniske migræne.

Et gennemsnit kan skjule mangt og meget. Et år efter afgiftningen var der kun 13% af deltagerne, som havde MOH (defineret ved et medicinforbrug ud over 9 triptandage og 15 dage med smertestillende medicin om måneden), men efter 9 år var der næsten 3 gange så mange, nemlig 32% med MOH.

1 ud af 4 afgiftede fik ingen reduktion i antal migrænedage

I gruppen, som ikke havde kronisk migræne (dvs. de, som fik gavn af afgiftningen), havde 86% episodisk migræne efter 9 år. Kun 14% udviklede MOH i løbet af de 9 år.

M. G. Bøe, E. Thortveit et al., 2017. Chronic headache with medication overuse: Long-term prognosis after withdrawal therapy. Cephalalgia 37, 1215–1221.



Resultaterne er sådan set ikke overraskende. De 25% af deltagerne i undersøgelsen, som ikke fik det bedre af afgiftningen, fik heller ikke en langtidsvirkning. De havde formentlig 'ægte kronisk migræne', dvs. det var ikke et overforbrug af medicin, som udløste de mange migrænedage. Selv efter en afgiftning, som gav en pæn reduktion i antal migrænedage, var der en gruppe migrænikere, som udviklede MOH i løbet af de 9 år. Det tyder på, at det kan være vanskeligt at holde medicinforbruget under de anbefalede grænser.

Hver 6. migræniker bør ikke tage tricykliske antidepressiver, siger ny guideline

medicin

Vi får guidelines for brugen af medicin fra mange kilder. En international gruppe af eksperter i farmakologi (dvs. virkningen af medicinen) og genetik udgiver nu guidelines for brugen af en række forskellige mediciner, set i forhold til vores genetik. Gruppens guidelines udgives som publikationer fra Consortium Guideline (CPIC). CPIC står for Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium, og der er ca. 200 medlemmer – de fleste eminente forskere indenfor medicin og genetik.

Den seneste guideline handler om brugen af tricykliske antidepressiver (ofte omtalt som TCA), dvs. bl.a. Amitriptylin, som bl.a. bruges (har været brugt?) som forebyggende mod migræne.

CPIC-guiden forklarer, at TCA nedbrydes af to forskellige leverenzymmer: CYP2D6 og CYP2C19, og at patientens genetiske mulighed for at nedbryde TCA-medicinen med begge disse enzymer skal tages i betragtning, hvis lægen vil udskrive TCA (uanset formålet).

Hvis patientens CYP2D6-enzym nedbryder medicinen hurtigt eller lang-

somt, bør TCA ikke bruges. Er patienten en langsom nedbryder mht. CYP2C19, bør TCA også undgås.

Faktisk er der kun to kombinationer af de to enzymesystemer, som åbner for brugen af TCA uden forbehold. Det er personer med normal CYP2D6 og normal eller under normal aktivitet af CYP2C19 (de tomme felter i tabellen på næste side).

Op til 88 % af befolkningen (dette er et gennemsnit fra mange lande) er normale nedbrydere af CYP2D6. Kun op til 50 % af befolkningen er normale nedbrydere mht. CYP2C19 (se de to grafer). Men yderligere op til 45 % er under-normale nedbrydere, og eksperterne, der har samlet rådene i guiden, mener at disse også godt kan tage TCA uden større problemer.

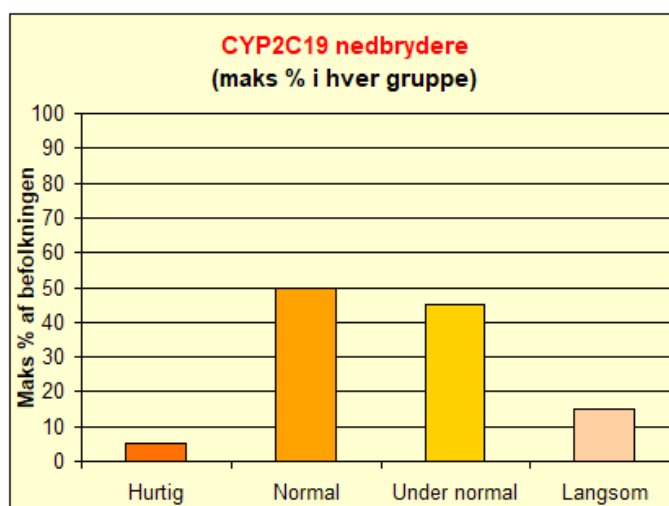
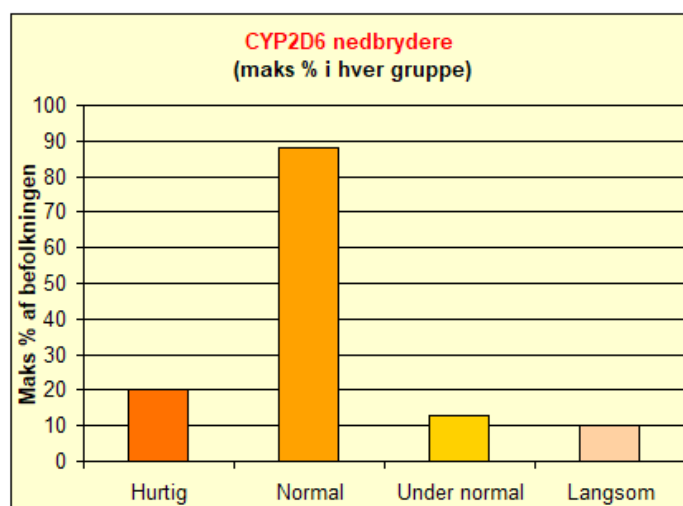
De gener, som afgør hvor hurtigt man nedbryder TCA, nedarves uafhængigt af hinanden, for de sidder på forskellige kromosomer. Det betyder, at der – i runde tal – må forventes at være mak-

Danske betegnelser for enzymaktiviteten	Engelske ord for enzymaktivitet (hvis du vil læse mere om dette)
Hurtig nedbryder	Ultra rapid metabolizer
Normal nedbryder	Normal metabolizer
Under normal nedbryder	Intermediate metabolizer
Langsom nedbryder	Poor metabolizer

simult 84 % af befolkningen, som kan tage TCA uden større problemer – eller med andre ord, guidelinen anbefaler at mindst 16 % af befolkningen (100 % - 84 %) bør behandles med andre typer medicin end TCA. Op til hver 6. mand (og derfor formentlig også op til hver 6. migræniker) vil få det dårligt, hvis de tager TCA.

Guidelinens forfattere anbefaler en gentest, inden man begynder at behandle med TCA.

J. K. Hicks, K. Sangkuhl et al., 2017. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guideline (CPIC) for CYP2D6 and CYP2C19 Genotypes and Dosing of Tricyclic Antidepressants: 2016 Update. Clinical Pharmacology & Therapeutics 102, 1. doi:10.1002/cpt.597



Tallene i guidelinen for hvor mange der er i hver gruppe for de to enzymer, er gennemsnit af mange landes befolkning.

Danske data for CYP2D6 viser at 1 % er hurtige nedbrydere, mens ca. 12 % er langsomme nedbrydere. For CYP2C19 er frekvenserne i den danske befolkning ca. 5 % hurtige nedbrydere og ca. 2 % langsomme nedbrydere. Det svarer til, at ca. hver 5. dansker ikke bør tage TCA.

*R. S. Pedersen, C. Brasch-Andersen et al. 2010. Linkage disequilibrium between the CYP2C19*17 allele and wide type CYP2C8 and CYP2C9 alleles: identification of CYP2C haplotypes in healthy Nordic population. Eur J Clin Pharmacol. 66: 1199-1205. 10.1007/s00228-010-0864-8.*

CYP2D6	Hurtig nedbryder	Normal nedbryder	Under normal nedbryder	Langsom nedbryder
CYP2C19				
Hurtig nedbryder	Undgå TCA	Overvej anden medicin end TCA	Overvej anden medicin end TCA	Undgå TCA
Normal nedbryder	Undgå TCA		Overvej anden medicin end TCA	Undgå TCA
Under normal nedbryder	Undgå TCA		Overvej anden medicin end TCA	Undgå TCA
Langsom nedbryder	Undgå TCA	Undgå TCA	Undgå TCA	Undgå TCA

Virker triptaner ikke for dig?

medicin

Så kan det være din hjerne er en lille smule anderledes end flertallets.

Den gennemsnitlige hjerne har to kerner (områder med mange neuroner), som ligger på hver sin side af midtlinjen på ryggsiden af midthjernen. Kernerne producerer serotonin, som spredes over hjernen fra disse kerner. Serotonin er med til at bestemme vores sociale gøren og laden, og vores døgnrytme. Og sikkert meget andet (1).

Forskere har diskuteret, hvordan serotonin påvirker migræne, men det har været lidt sparsomt med beskrivelser af hjernens anatomi i denne sammenhæng. Derfor har en gruppe forskere fra Tyskland og Italien scannet 51 migrænikeres hjerner (og 25 kontrolpersoners), for at se om de kunne finde forskelle, bl.a. omkring de serotonin-producerende kerner.

Og ja – de fandt et område, hvor 53% af migrænikerne og 19% af kontrolpersonerne havde en afvigende opbygning i mellemrummet mellem de to kerner, sammenlignet med en

normal-hjerne. Afvigelsen fra normalen kunne være mellemstor eller stor (uanset at det vi taler om er farven på et meget lille område på et scanningsbillede).

Når migrænikernes afvigelse i midthjernen blev sammenholdt med deres medicinforbrug, viste det sig, at de migrænikere, som havde den største afvigelse fra gennemsnitshjernen, havde langt større tendens til at foretrække håndkøbsmedicin frem for triptaner, end de migrænikere, som havde en mere gennemsnitlig hjerne.

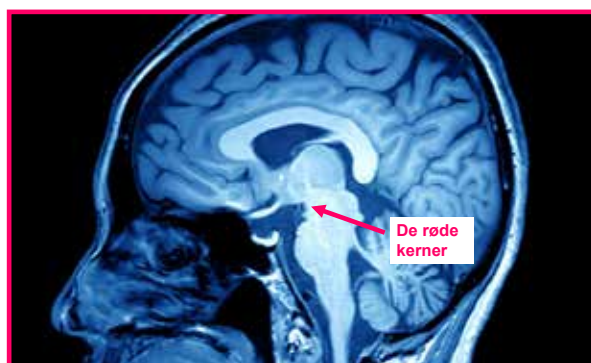
Uanset hvilken gruppe migrænikerne tilhørte mht. stor, mellem eller ingen afvigelse fra gennemsnittet, tog ca. 20% af migrænikerne triptaner. Nogle kombinerede triptaner og håndkøbsmedicin.

Migrænikerne havde i gennemsnit 5 migrænedage om måneden (med stor variation). Der var en tendens til at jo større afvigelse

fra normalhjernen, jo flere migrænedage per måned. Sammenlignet med migrænikere med normal hjerne, havde dem med den afvigende hjerne, det største forbrug af håndkøbsmedicin, og det mindste forbrug af triptaner (2).

(1) A. Westphal, 2013. *Midbrain Raphe*. In: Volkmar F.R. (eds) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer, New York, NY

(2) G. Hamerla, P. Kropp et al., 2017. *Midbrain raphe hypoechoogenicity in migraineurs: An indicator for the use of analgesics but not triptans*. *Cephalalgia* 37, 1057–1066.



Vi ved stadig ikke ret meget om, hvad disse små forskelle i hjernens opbygning betyder. Men undersøgelsen viser, at en lille forskel i et vigtigt område af hjernen kan afgøre, om man foretrækker at tage triptaner eller smertestillende medicin.

Forskerne gik ikke ind i, om triptanbrugerne kunne få de triptaner de havde brug for, eller om de kunne komme i en situation, hvor de havde taget månedens kvote og derfor blev presset til at tage smertestillende medicin.

Galcanezumab injektioner mod episodisk migræne

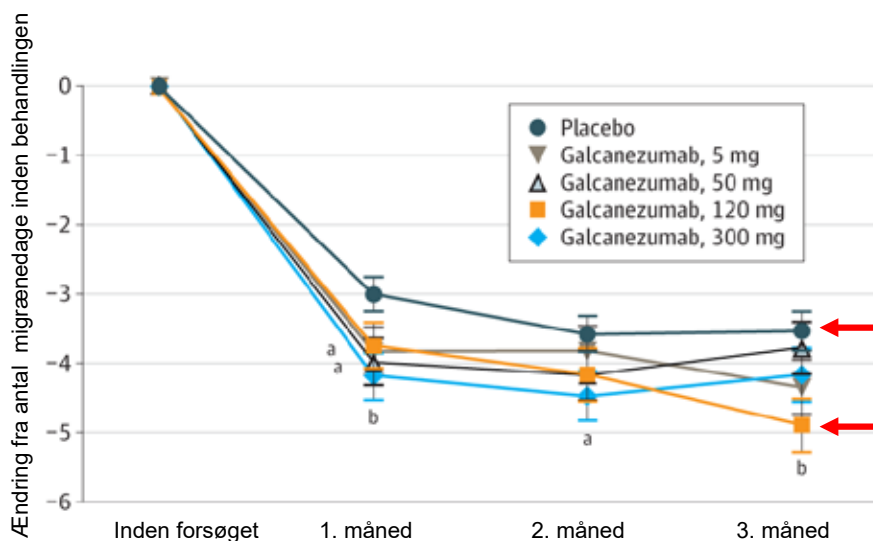
medicin

Endelig kom der resultater fra den kliniske afprøvning af CGRP-medicinen Galcanezumab (LY2951742). Denne medicin er testet på forsøgspersoner med mellem 4 og 14 migrænedage om måneden. Forsøgspersonerne fik en injektion hver 4 uge, i alt 4 injektioner. De skrev selvfølgelig migrænedagbog.

I gennemsnit var forsøgspersonerne 40 år og migrænikerne havde i gennemsnit 8 migrænedage om måneden inden forsøget. Der var 126 personer som fik placebo (saltvandsinjektioner), og de øvrige blev opdelt i grupper på mellem 56 og 66 personer. De fik injektioner med henholdsvis 5 mg, 50 mg, 120 mg eller 300 mg aktivt stof (se figuren).

Forskerne søgte selvfølgelig efter resultater, som ville vise, at medicinen virkede bedre end placebo. Det eneste resultat, som på troværdig vis viste, at medicinen virkede bedre end placebo, var injektioner med 120 mg, og effekten viste sig kun i den sidste måned af forsøget (markeret med røde pile i figuren).

Et hurtigt blik på figuren viser også, at



120 mg og 5 mg aktivt stof (den grå og den orange linje) havde nogenlunde samme effekt, og at virkningen blev større med tiden (større ændring i forhold til antal migrænedage inden forsøget). Dette var ikke tilfældet for 50 mg og 300 mg-injektionerne, som synes at give en mindre effekt til sidst i forsøget. Det viser sig ved at linjerne krydser.

Forskerne skriver, som de skal, hvilken statistik de har benyttet til at dokumentere den troværdige virkning (dvs.

en større effekt end placebo) i dette forsøg. De har valgt det, der kaldes den Bayes statistik. Der er en del polemik blandt statistikere, om værdien af denne form for statistik.

V. Skljarevski, T. M. Oakes et al., 2017. *Effect of Different Doses of Galcanezumab vs Placebo for Episodic Migraine Prevention A Randomized Clinical Trial.* JAMA Neurol. Preprint. doi:10.1001/jamaneurol.2017.3859

Vi kender ikke det oprindelige datamateriale, men det forekommer usandsynligt, at stort set alle deltagere i forsøget (både kontrolgruppen og dem, der fik et aktivt stof) oplevede en ændring i antal migrænedage på nær ved 4 dage om måneden den første måned. Reduktionen på 4 dage om måneden kom, uanset om deltagerne fik placebo eller aktivt stof, og uanset om de havde 14 migrænedage inden forsøget eller kun 4 dage.



At være bestyrelsesmedlem giver indsigt og forståelse af sundhedsvæsenet, som vi med din hjælp kan være med til at gøre bedre.

Som bestyrelsesmedlem bruger vi en del tid på at få nogle gode foredragsholdere. Som nyt medlem kan du få dine ønsker opfyldt.

Hvis du ønsker at blive nyt bestyrelsesmedlem, så vil du være med til at forme fremtiden for vores medlemmer i en positiv retning.

Mvh. Knud Østberg

Aura med blinde pletter og farverige områder – hvad er forskellen?

migræne

Nogle auraer er flotte farvede billeder, som breder sig ud over synsfeltet. Det kaldes positiv aura. Andre er grå områder, hvor billedet af virkeligheden forsvinder.

Det sidste kalder lægerne for scotoma. Mange migrænikere med aura oplever begge typer af synsforstyrrelser.

Nu har vi en forklaring på, hvorfor billederne varierer så meget.

Hvis man scanner en migræniker med aura, mens auraen er der, kan man på hjernens overflade måle forholdet mellem iltet hæmoglobin i de røde blodlegemer og hæmoglobin, som har afleveret ilten. Det kaldes BOLD (Blood Oxygenation Level-Dependent functional magnetic resonance imaging).

Forskere fra Dansk Hovedpinecenter i Glostrup scannede 6 migrænikere med aura, mens de havde deres aura. Resultaterne viste, at de farverige billeder dukkede op i synsfeltet, når blodgennemstrømningen i et område i synsbarken øgedes så meget, at der er rigeligt med ilt – dvs. der var forholdsvis få hæmoglobin-molekyler, som havde afgivet deres ilt. De grå pletter uden billede i synsfeltet dannes, når iltforsyningen bliver lille – dvs. forholdsvis flere hæmoglobin-molekyler har afgivet deres ilt.



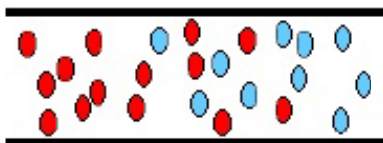
Scotoma, dvs. et 'blindt' område



Positiv aura – dvs. farvede mønstre

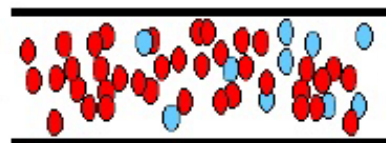
Mængden af iltede/ikke-iltede røde blodlegemer viser, hvor der er aktivitet i synsbarken.

Når der ikke er aktivitet i neuronerne i synsbarken, er forholdet mellem iltede og ikke-iltede blodlegemer normalt



Intet aura-billede

Aktivitet i neuronerne i synsbarken øger blodgennemstrømningen. Så er der plads til forholdsvis flere iltede røde blodlegemer i blodkarret



● Iltet rødt blodlegeme
● Blodlegeme der har afleveret ilt

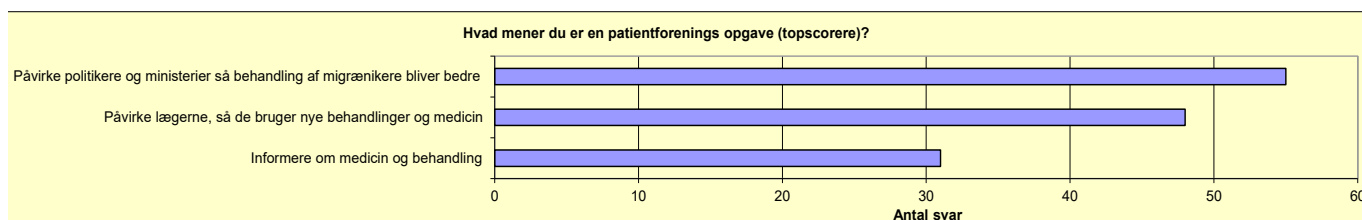
Aura-billede med farver

Figur delvist efter K. Vincent, J Moore et al., 2008. Blood oxygenation level dependent functional magnetic resonance imaging: current and potential uses in obstetrics and gynaecology. *BJOG*. 116, 240–246.

N. Arngim, A. Hougaard et al., 2017. Heterogenous Migraine Aura Symptoms Correlate with Visual Cor-

tex Functional Magnetic Resonance Imaging Responses. *Annals of Neurology preprint*, DOI: 10.1002/ana.25096

Migræne danmark spurgte i januar på foreningens facebook-gruppe, hvad der er vigtige opgaver for en patientforening. Man kunne sætte kryds ved flere svar. Her er topscorerne. Tak til alle som svarede.



Rod i hjernen giver øget smerteoplevelse

migræne

Man kan få et mål for, hvor stor entropi (dvs. uforudsigelighed eller rod) der er i de beskeder, der sendes mellem dele af hjernebarken. Det måles i en EEG-scanning, hvor man har elektroder på hovedet. De kortlægger de signaler, som går gennem nervetrådene i den grå bark. Er der almindelig tilfældig forvirring i hvilke veje signalerne tager, så er entropien stor. Er der 'hovedveje' og mindre befærdede 'veje', så er entropien lille – dvs. det er ikke tilfældigt, hvilken vej signalerne går.

Et forskerteam antog, at der måske kunne være forskel på, hvordan signalerne går i hjernebarken i den forreste del af hjernen (brun på figuren), når man sammenligner raske personer med migrænikere uden aura. Forskerne fandt 40 forsøgspersoner, som havde migræneanfald af og til. De



tog ikke forebyggende midler, og led ikke af andre sygdomme. Tilsvarende blev fundet 40 raske kontrolpersoner. Gennemsnitsalderen var for begge grupper 38 år – dvs. det var forholdsvis unge mennesker.

Migrænikerne kom til EEG-scanning:

1. mens de havde et migræneanfald.
2. indenfor 72 timer efter de havde haft et anfald
3. i en periode hvor de ikke havde migræne.
4. indenfor 72 timer lige inden et migræneanfald.

Kontrolpersonerne blev kun scannet en enkelt gang.

Det viste sig, at 3 ud af 4 migrænikere mens de havde migræneanfald havde mere rod (mindre tendens til signal-hovedveje), hvis man sammenlignede med timerne inden anfaldet. Den sidste fjerdedel reagerede præcis omvendt.

Migrænikerne havde også i gennemsnit mere rod i signalerne (færre signaler ad hovedvejene) end kontrolpersonerne. Det var tilfældet både mellem og under anfaldene.

Og så kommer det, som måske specielt har interesse for migrænikerne.

Forskerne tolker disse resultater som, at migrænikernes større rod i signalerne i frontallapperne gjorde, at migrænikernes hjernefunktion var mindre robust end kontrolpersonernes.

Mindre robusthed kan skyldes fysiske forhold eller funktionelle forhold. Graden af entropi (hvor meget rod der var i signalerne) blev genoprettet mellem anfaldene. Derfor mener forskerne, at det ikke er fysiske forhold, som giver ændringerne i entropien, mens man har migræne.

Forskerne foreslår desuden, at den større grad af rod i signalerne mens man har et migræneanfald, giver mindre mulighed for at dæmpe opfattelsen af smerter. Det falder fint i tråd med, at andre undersøgelser har vist, at netop hjernebarken i den forreste del af hjernen er aktiv i at dæmpe smerteopfattelsen. Med andre ord, der er rod i signalerne, og derfor opfatter vi migrænesmerterne stærkere.

Z. Cao, K.-L. Lai et al., 2017. Exploring resting-state EEG complexity before migraine attacks. Cephalalgia preprint. DOI: 10.1177/0333102417733953

Pas på hovedet, piger!

migræne

Teenagepiger som får deres første hjernerystelse under sportsudøvelse, er længere end drengene om at komme sig helt. Pigerne får migræne langt oftere end drenge i samme alder, som også har haft en sportsrelateret første hjernerystelse.

Drengene slår nok hovedet voldsommere end pigerne. Tre gange så mange drenge med hjernerystelse i forbindelse med sport mistede bevidstheden, sammenlignet med pigerne.

Drengene havde desuden i højere grad end pigerne problemer med korttidshukommelsen efter hjernerystelsen.

Men drengene synes at ryste de fysiske gener af sig væsentligt hurtigere end pigerne. Drengene var fysisk OK igen efter 11 dage i gennemsnit, mens pigerne brugte 28 dage på at blive fysisk OK igen.



J. M. Neidecker, D. B. Gealt et al., 2017. First-Time Sports-Related Concussion Recovery: The Role of Sex, Age, and Sport. The Journal of the American Osteopathic Association, 117, 635-642.

Undersøgelsen er amerikansk med deltagere i en række sportsgrene, der måske er en anelse mere udsatte for hjernerystelser end her i landet.

Undersøgelsen tog ikke hensyn til, at procentdelen af piger med migræne stiger voldsomt (fra ca. 5 % til ca. 15 %) i puberteten. Pigerne i undersøgelsen var i gennemsnit 14 år.

Elastans omkring hjernen

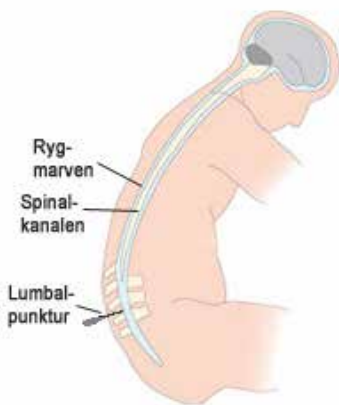
migræne Vi skal lige lære et nyt ord – elastance hedder det på engelsk, og kan oversættes til elastans på dansk. Måske kender vi det fra tøj, som kan strække sig og derefter vende tilbage til den oprindelige facon.

<p>Populært sagt (og meget firkantet og med ovedrivelse) kan dura hos personer med IIH siges at være en plasticpose (som ikke er særligt elastisk), mens andre menneskers dura er mere som en ballon (som tilpasser størrelsen til den mængde væske der er i ballonen).</p>		
	<p>Dura hos mennesker med IIH</p>	<p>Dura hos mennesker med migræne, epilepsi og andre kontrolpersoner</p>

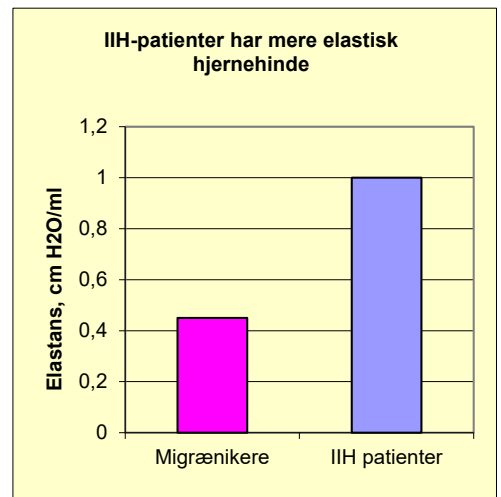
Hjernehinden (dura) er formentlig elastisk på samme måde som strækbukser og t-shirts. Men vores hjernehinder er ikke alle lige gode til at strække og trække sig sammen igen, hvis trykket omkring hjernen ændres.

Det kan man måle, når man laver en lumbar-punktur, dvs. man måler trykket i hjernevæsken, tager en smule væske ud, og måler trykket igen. Forskellen i tryk er et mål for, hvor elastisk hjernehinden er.

J. T. Chisholm, P. Sudhakar et al., 2017. Intracranial elastance is increased in idiopathic intracranial hypertension. European Journal of Neurology 4, 1457–1463.



Nu viser det sig, at mennesker, som har det, der kaldes IIH (interkraniel idiopatisk hovedpine, dvs. hovedpine på grund af unormalt højt tryk i væsken omkring hjernen) i gennemsnit har ca. dobbelt så stor elastans i hjernehinden, sammenlignet med mennesker med almindelig migræne eller andre typer hovedpine. Eller med andre ord, hjernehinden trækker sig ikke så godt sammen til den oprindelige størrelse hos mennesker med IIH.



IIH kaldes også ofte for pseudotumor cerebri eller falsk hjernetumor. Det opleves som hovedpine, nakkesmerter/rygsmerter, pulserende tinnitus, tab af syn af og til, lysfølsomhed, horisontalt dobbeltsyn, svimmelhed og koncentrationsbesvær. Langt de fleste patienter er overvægtige kvinder i den fødedygtige alder. Op til 20 kvinder ud af 100.000 menes at have denne type hovedpine.

Forskerne, som lavede disse målinger, forklarer ikke hvad det er, der gør, at nogle mennesker har den nedsatte elasticitet. En mulig forklaring kunne være, at 'broen' mellem hjernehinden og den lille muskel med det mundrette navn Rectus capitis posterior minor fungerer lidt forskelligt hos migrænikere og mennesker med IIH.

Ubehandlet migræne

Hovedpine – hvad er det? Vent lige – den kommer Øv! Av, av...av! For f... det gør ondt Jeg kan ikke huske livet uden smerter Bare jeg snart dør...

Kronisk migræne, insulinresistens og glutamat

migræne

Har man kronisk migræne, er det sandsynligt, at man også har insulinresistens(1). Man har også stor sandsynlighed for at have en lidt forhøjet mængde glutamat i spyt(2).

Det lyder lidt kryptisk. Lad os se lidt nærmere på, hvad det betyder.

Insulinresistens kender vi også som den første advarsel om, at vi måske udvikler diabetes 2. Kroppens celler lukker ikke insulin ind i de mængder, der er brug for, selvom bugspytkirtlen producerer tilpas mængder insulin til at omsætte det sukker, der er i blodet. Det giver træthed, og det giver forhøjet blodsukker. Men det er langt fra sikkert, at man lægger mærke til ændringen fra den normale insulin-omsætning til den langsommere omsætning, fordi det sker gradvist.

Glutamat er en neurotransmitter – dvs. et af de stoffer, som sender besked fra en nervevælle til den næste i rækken. Glutamat er faktisk den neurotransmitter, der er mest af i kroppen. Og de kroniske migrænikere har ikke kun forhøjet indhold af glutamat i spyt, men også i blodet og i væsken omkring hjernen og rygmarven. Neurotransmitteren glutamat åbner de bitte små porer i nervecellerne, så bl.a. calcium-ioner (Ca^{2+}) kan transporteres ind og ud af nervecellen. Når der lukkes mere op end normalt for disse porer, øges vores smertefølsomhed.

Mitokondrierne, som er det sted, hvor cellerne danner energi fra blodsukkeret, har brug for Ca^{2+} og insulin for at kunne omdanne blodsukker til energi. Så det højere indhold af glutamat i blodet modvirker i nogen grad insulinresistensens effekt. Vi ved ikke med sikkerhed, om det er insulinresistensen, som udløser det højere glutamatindhold, eller om det måske er omvendt.

Der var kun kvindelige forsøgspersoner i glutamat-undersøgelsen, som ligger bag disse konklusioner. 46 af dem havde kronisk migræne (dvs. mere end 15 migrænedage om måneden), 50 havde episodisk migræne (dvs. mindre end 15 migrænedage om måneden) og der var også 19 raske kvinder. Alle kroniske migrænikere tog forebyggende medicin, og 34 ud af de 50 kvinder med episodisk migræne tog forebyggende medicin.

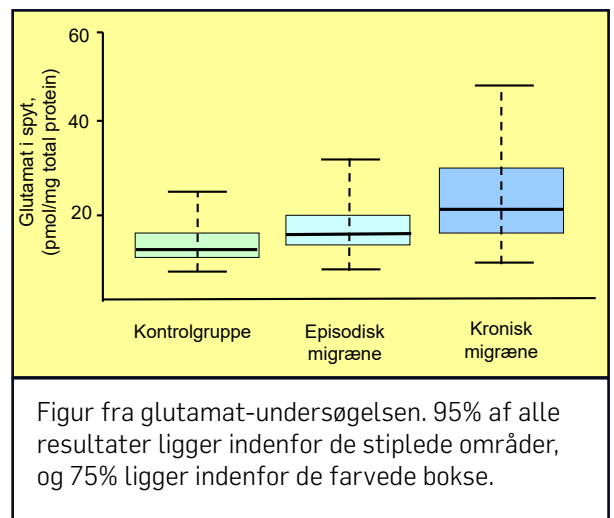
2 ud af 3 kroniske migrænikere i glutamat-undersøgelsen led også af fibromyalgi. Det er velkendt, at fibromyalgi følges med forhøjede mængder af glutamat i kroppens væsker. Blandt kroniske migrænikere regner forskerne med, at der er mellem 30% (3) og 65% (som i glutamat-undersøgelsen, som er fra Korea), som også har fibromyalgi.

(1) C. R. Ferrario og L. P. Reagan, 2017. *Insulin-mediated synaptic plasticity in the CNS: Anatomical, functional and temporal contexts. Neuropharmacology preprint. doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.12.001*

(2) J. H. Nam, H. S. Lee et al., 2017. *Salivary glutamate is elevated in individuals with chronic migraine. Cephalalgia preprint DOI: 10.1177/0333102417742366*

(3) M. A. Giamberardino, G. Affaitati et al. 2016. *Impact of migraine on fibromyalgia symptoms. J Headache Pain. 17, 28.*

(4) *Global Monosodium Glutamate Market Poised to Surge from USD 4,500.0 Million in 2014 to USD 5,850.0 Million by 2020 –MarketResearchStore.Com. NasdaqMarch 17, 2016.*



Glutamat er også den smagsforstærker, som vi kender fra det tredje krydderi (E621). Indholdet af glutamat (som neurotransmitter) stiger stærkt lige efter et måltid tilsat rigelige mængder smagsforstærker.

Glutamat anses for en migrænetrigger, og er f.eks. årsag til det, som af og til kaldes Chinese restaurant syndrome, fordi kinesisk mad på restauranter ofte indeholder meget glutamat. Med den stigende tendens til at vi spiser industrifremstillet mad (eller delvist tilberedt mad) får vi også glutamat fra mange andre fødevarer.

På verdensbasis stiger forbruget af smagsforstærker med 4,5% om året(4). Det er en af grundene til at Migræne Danmark anbefaler migrænikere at spise friske rene råvarer (dvs. at købe madvarer, som ikke er delvist tilberedt, inden de sælges).

Antallet af migrænikere på verdensbasis kendes ikke nøjagtigt. Der er mange forsøg på optællinger, men de bruger lidt forskellige opgørelsesmåder. Der synes dog at være enighed om, at antallet af migrænikere er stigende.

Selvom der synes at være en talmæssig sammenhæng mellem stigningen af mængden af glutamat i vores fødevarer og stigningen i antal migrænikere, er det ikke sikkert, at glutamat i vores fødevarer er den eneste grund til denne stigning.

Terror giver migræne

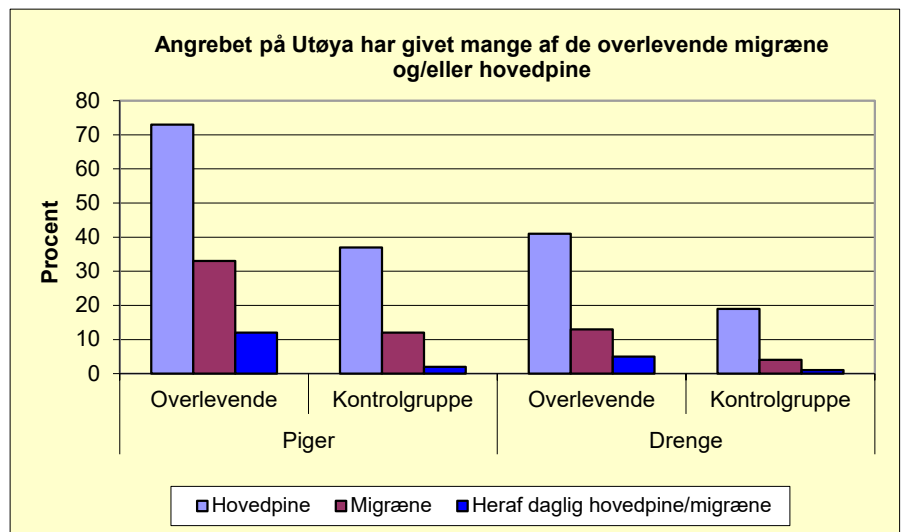
migræne

Det er en af de ting, som vi har lært af massakren på Utøya i 2011.

229 overlevende blev interviewet 4 – 5 måneder efter angrebet på Utøya. Halvdelen var piger, og alle de interviewede var under 20 år. En tilsvarende kontrolgruppe indgik selvfølgelig også i materialet.

Som forventet ud fra den generelle befolkning var det især pigerne, som fik migræne og hovedpine efter angrebet. For både piger og drenge blev procentdelen med hovedpine eller migræne fordoblet i forhold til kontrolgruppen.

Der blev ikke brugt andre former for terror end skydning på Utøya. Det kan derfor udelukkes, at kemiske våben eller trusler om tortur osv. kunne påvirke de overlevende og måske udløse hovedpine og/eller migræne.



Men det må formodes, at resultaterne fra de 229 deltagere i undersøgelsen måske ikke er helt repræsentative for de overlevende. Der var yderligere 123 deltagere i lejren på Utøya, som ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Det kan nok formodes, at de generelt har været hårdere ramt end

dem, som var villige til (og i stand til) at deltage i interviewene.

S. Øien Stensland, J.-A. Zwart et al, 2018. *The headache of terror A matched cohort study of adolescents from the Utøya and the HUNT Study. Neurology 90,e1-8.*

Migræne med svimmelhed påvirker, hvordan vi går

ældre

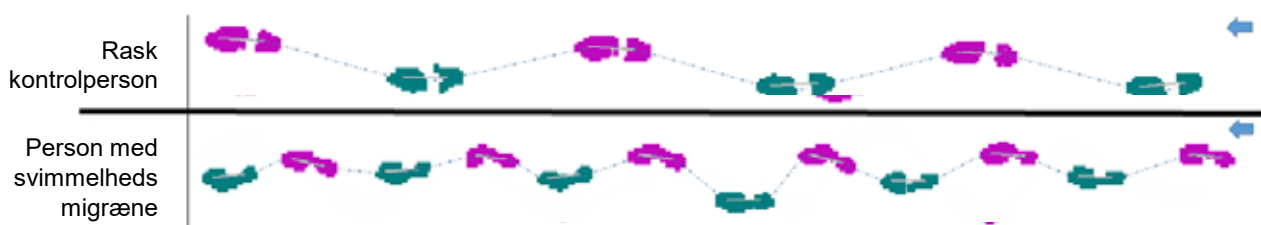
Hver 7. migræniker lider af svimmelhed. Måske ikke hele tiden, men af og til. Svimmelhed påvirker måden vi går på. Vi har svært ved at gå lige frem, og af og til træder vi nok lidt mere til siden end ellers. Er man svimmel, bliver skridtene også kortere.

En række forsøg omfattede også grup-

per med svimmelhed uden migræne, som også gik i mørke. Disse forsøg viste, at ændringen i gang-mønstret ikke skyldtes problemer i balanceorganet i ørerne (buegangene). I stedet for skyldtes ændringen, at et område i lillehjernen, som koordinerer synet og vores bevægelser, ikke fik styret bevægelserne korrekt, hos dem der var svimle.

Alle forsøgspersoner var omkring 50-60 år gamle.

Y. Gimmon, J. Millar et al. 2017. *Central not peripheral vestibular processing impairs gait Coordination. Exp Brain Res preprint. DOI 10.1007/s00221-017-5061-x*



Migrænenens følgesvende

andre sygdomme

Migræne kommer ikke alene. Der kommer advarsels-symptomer inden anfaldet. Hovedpinefasen har sine egne problemer (ud over hovedpinen), og når anfaldet klinger ud, er der også en række reaktioner, som vi normalt ikke har.

Det er konklusionen på en gennemgang af den videnskabelige litteratur om dette emne. Men de 24 artikler, som ligger til grund for gennemgangen, er langt fra ensartede. Svarene fra over 7.000 migrænikere afhænger givetvis af, hvordan spørgsmålene er stillet. Men nogle få resultater falder stærkt i øjnene:

Migrænikere gaber ofte, inden et anfald begynder. Og når hovedpinen sætter ind, bliver man træt og (derfor?) også mere irriteret end ellers. Desuden ændres væskebalancen, så kroppen ophober væske.

Det omtales ofte, at migræne ned-sætter de kognitive evner (opført som

tankevirksomhed i tabellen). Dette rammer ca. halvdelen af migrænikerne, viste sammenstillingen af resultaterne. Undersøgelsen viste ikke, om dette måske kunne skyldes, at smerter ganske enkelt fylder en del rent mentalt, så det bliver vanskeligere f.eks. at løse krævende opgaver. Tilsvarende synes det som om, at irriterabilitet kunne være en direkte følge af hovedpinesmerterne.

Det blev ikke oplyst om resultaterne fra de 24 artikler, der lå til grund for sammenstillingen, stammede fra migrænikere som var vel medicinerede, eller om de stammede fra ube-



handlede anfald.

R. Gil-Gouveia og I. Pavao Martins, 2017. *Clinical description of attack-related cognitive symptoms in migraine: A systematic review. Cephalalgia preprint, DOI: 10.1177/0333102417728250*

Hyppige følgevirkninger af migræne	Inden anfaldet	Hovedpine-fasen	Efter anfaldet
Gaben	20 %	25 %	20 %
Træthed	32 %	32 %	70 %
Væskeophobning		56 %	
Tankevirksomhed		50 %	>40 %
Irritabilitet		37 %	

Fibromyalgi og migræne

andre sygdomme

Mere end hver anden patient, som har fibromyalgi, lider også af migræne (1). Og de der har begge lidelser, rammes oftere og stærkere af lys- og lydfølsomhed, angst, depression og søvnproblemer, end migrænikere uden fibromyalgi (2).

Det kunne tyde på, at der er nogle fællestræk i de to sygdomme. Begge sygdomme følges bl.a. af (eller udløses af) ændringer i, hvor stærkt smerter opleves.

Fibromyalgi forekommer i langt mindre omfang hos mennesker med spændingshovedpine. I den gruppe, som både har spændingshovedpine og fibromyalgi, følges kombinationen ikke af ekstra lys- eller lydfølsomhed, angst, depression eller søvnproble-

mer. Dette ses også som tegn på at fibromyalgi og migræne har nogle fællestræk, som ikke findes hos mennesker, som 'kun' har spændingshovedpine.

(1) B. Vij, M. O. Whipple et al. 2015. *Frequency of Migraine Headaches in Patients With Fibromyalgia. Headache*

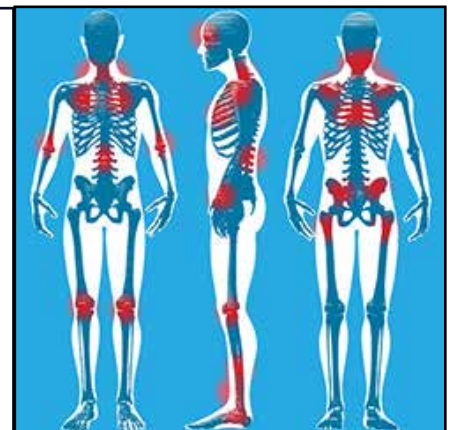
55, 860-5.

(2) S.-J. Cho, J.-H. Sohn, et al., 2017. *Fibromyalgia Among Patients With chronic Migraine and Chronic Tension-Type Headache: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. Headache* 57, 1583-1592.

Fibromyalgi kendetegnes ved muskel- og ledsmerter mange steder i kroppen (de røde områder), træthed, søvnproblemer og koncentrationsbesvær.

Sygdommen bryder ofte ud efter et traume eller en infektion.

Fibromyalgi er hyppigst hos kvinder.



Indkaldelse til ordinær generalforsamling søndag den 22. april 2018

KFUKs bygning Store Kannikestræde 19, 1169 København C.

Kl 13 kommer speciallæge Tina Horsted, som vil fortælle om cannabis olie. (se også side 22 med omtale af foredraget)

Kl ca 15 starter generalforsamlingen.

Dagsorden til generalforsamling:

1. Valg af dirigent
2. Godkendelse af dagsordenen
3. Godkendelse af referat af sidste års generalforsamling (se referatet i MigræneNyt 2017-2)
4. Formandens beretning
5. Godkendelse af revideret regnskab (se <http://www.migraeniker.dk/regnskaber> 2 uger før generalforsamlingen)
6. Fastsættelse af kontingent (ingen ændringsforslag)
7. Valg til bestyrelsen:
 - a. formand Knud Østberg på valg
 - b. næstformand Kresten Søe på valg, ønsker ikke genvalg
 - c. kasserer Keld Köcher ikke på valg
 - d. bestyrelsesmedlem Dorrit Bjerregaard ikke på valg
 - e. bestyrelsesmedlem Marina Rordam ikke på valg
 - f. bestyrelsesmedlem ledig
 - g. bestyrelsesmedlem ledig
 - h. suppleanter 2 stk. ledige
 - i. revisor og revisorsuppleant
8. Indkomne forslag (skal være bestyrelsen i hænde senest 3 uger før generalforsamlingen)
9. Eventuelt

Med venlig hilsen
Knud Østberg

Foreningens pixibog "Få indsigt på 60 sekunder" er mit første projekt i foreningen. Heldigvis var bestyrelsens andre medlemmer med på ideen.

Jeg havde været i jobcenter-systemet i flere år og følte, at alle de system-mennesker jeg kom i kontakt med, manglede en kort intro til migræne. En pixibog der var bakket op af dels foreningen, dels af en lægefaglig ekspert.

Mvh. Marina Rordam



Nye regler om medicintilskud fra 9. april 2018

regler

Lægemiddelstyrelsen har 1. november 2017 besluttet, at priserne på nogle af triptanerne, som migrænikere tager, udløser tilskud, som er lidt for store. Derfor fjernes det generelle tilskud på følgende midler fra 9. april 2018:

- alomriptan, tabletter (f.eks. Almogran)
- eletriptan, tabletter (f.eks. Relpax)
- ergotamin + koffein, tabletter (Ergokoffin)
- frovatriptan, tabletter (f.eks. Migard)
- naratriptan, tabletter (f.eks. Naragran)
- zolmitriptan smeltetabletter (f.eks. Zolmitriptan "Stada")

Enkelttilskud

Når det generelle tilskud fjernes, kan man vælge at betale den fulde pris for disse triptaner. Eller man kan bede sin egen læge om at søge om enkelttilskud (dvs. et personligt tilskud, som er livsvarigt) til den medicin, man foretrækker. Enkelttilskuddet gælder kun denne ene type medicin, og er livsvarigt.

Lægen skal begrunde, at man har brug for netop denne type medicin. Begrundelsen kan være, at patienten har forsøgt at behandle migræneanfaldene med flere af de triptaner, som stadig har tilskud, uden at få den

forventede virkning, og at erfaringen er, at f.eks. eletriptan (eller en af de andre midler på listen) virker fint.

Lægemiddelstyrelsen har lovet at sagsbehandlingstiden vil ligge i omegnen af 2 uger for disse ansøgninger.

Enkelttilskuddet vil fra 1. januar 2018 omfatte alle midler i samme substitutionsgruppe. Det vil derfor ikke være muligt at få enkelttilskud til f.eks. original-udgaven af en triptan. Hvis man ønsker at få en bestemt products medicin, gives der kun tilskud til det billigste medicin i gruppen, ligesom vi nu kender det for det generelle tilskud.

Klausuleret tilskud

Tilskuddet til injektioner og næsespray med sumatriptan ændres fra generelt tilskud til klausuleret tilskud. I Lægemiddelstyrelsens informationsmateriale om ændringerne står der, at det klausulerede tilskud til injektionerne gives til patienter med klyngehovedpine (som også kaldes Hortons hovedpine). Næsespray kan tilsvarende få klausuleret tilskud, hvis migrænikeren har kvalme og kaster op.

For begge disse midler (injektioner og næsespray) kan egen læge udløse tilskuddet ved at skrive **TILSKUD** på recepten. For næsespray er kravet, at patienten skal lide af kvalme og opkast, så tabletter ikke er en god måde

at få medicinen på. Men det er jo ikke en diagnose, så apoteket og Lægemiddelstyrelsen stoler her på lægens vurdering.

Men for injektionerne er klausulen, at patienten har diagnosen Hortons hovedpine. Apoteket bør i dette tilfælde kikke efter om begge ord (Horton og TILSKUD) står på recepten.

Læs om de nye regler:

Afgørelsen: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2017/nogle typer medicin mod migræne ændrer tilskudsstatus/~media/C1EABB3A2DE544E2B1F9EDD07C-1C895D.ashx>

Lidt forklaring: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2017/nogle typer medicin mod migræne ændrer tilskudsstatus/>

Nye regler om enkelttilskud:

<https://dagenspharma.dk/nye-regler-enkelttilskud-skal-beregnes-billigste-medicin-laegemiddelgruppe/>

Forklaring om klausulen på næsespray: Mundtlig oplysning på apoteket.



Robot-agtig vurdering af medicintilskud

Migræne Danmark har i et års tid brugt mange timer på at mildne effekten af disse ændringer i medicintilskuddene. Vi har mødt med ledende medarbejdere i Lægemiddelstyrelsen, og vi har skrevet lange breve, hvor vi har begrundet, at ændringerne vil formodes at få alvorlige konsekvenser for et stort antal migrænikere. Men det ser ud til at Lægemiddelstyrelsen har haft en bunden opgave.

Vi har i forløbet bl.a. peget på, at Medicintilskudsnævnet, som rådgiver Lægemiddelstyrelsen i revisionen af medicintilskud, ikke havde nogen form for erfaring eller ekspertise i migrænemedicin, og at anbefalingerne fra nævnet til Lægemiddelstyrelsen derfor ligeså godt kunne være lavet af en grønthøster-robot, på grundlag af medicinpriserne en tilfældig dag.

Vi håber, at Lægemiddelstyrelsen i fremtiden vil involvere både patienter, som bruger medicinen, og eksperter i behandlingen af de diagnoser, som rammes af ændringer i medicintilskuds-ændringerne.



Hvad siger Lægemiddelstyrelsen om de nye tilskudsregler?

Lægemiddelstyrelsen har skrevet således til Migræne danmark d. 15. december 2017 om de nye tilskudsregler:

"Lægerne kan godt søge om enkelttilskud, selvom det ikke er helt samme fremgangsmåde som vanligt.

Når lægerne søger i FMK-online skal de markere "andre lægemidler" og så skrive i feltet, hvilket lægemiddel der er tale om.

Herefter følger de vanlig fremgangsmåde og beskriver hvorfor patienten ikke kan anvende de lægemidler, der bevarer generelt tilskud.

Vi har desværre ikke en direkte informationskanal til lægerne, hvorfor det er sandsynligt, at der er flere, der ikke er orienteret om ændringerne endnu.

For at nå lægerne har vi orienteret regionerne, de regionale lægemiddelkonsulenter, lægeforeningen, PLO samt de videnskabelige selskaber på området og bedt dem om at være behjælpelig med at viderebringe informationen. Det er meget sandsynligt, at de ikke har nået at viderebringe informationen endnu, da de også kun lige er blevet orienteret."

Og i en senere mail samme dag, om klausuleret tilskud f.eks. til injektioner:

"Det er lægen der vurderer, hvorvidt patienten er omfattet af klausulen[om at injektioner kun gives til patienter med Hortons hovedpine], og såfremt han vurderer dette, markerer han det på recepten ved at skrive tilskud på recepten. Apoteket ekspederer recepten efter lægens anvisning."

Migræne danmark ønsker ikke at de danske læger skal lyve for at deres hårdt ramte migrænepatienter kan få klausuleret tilskud til injektionerne.

Men det kan være vanskeligt at være sikker på, om patienterne har migræne eller Hortons hovedpine. Der er mange eksempler på, at patienter har haft diagnosen migræne og efter en (lang) årrække får den ændret til Hortons.

Dette skyldes formentlig, at symptomerne på de to typer hovedpine i nogen grad overlapper.

A. M. Applebee og R. E. Shapiro, 2007. Cluster-migraine: does it exist? Curr Pain Headache Rep. 11, 154-7.

Kom ud af busken og ind i Migræne danmarks bestyrelse!

Jeg har selv on and off siddet i bestyrelsen i en årrække.



- Gennem foredrag rundt i landet, vores blad og hjemmeside formidler vi international forskningsviden og fælles erfaringer med diverse migræneformer og behandling af dem.
- Vi har haft migræneseminarer for unge og blandede grupper rundt om i landet.
- Vi er involveret i politiske og medicinske problematikker direkte og via medierne.

Brænder du for at gøre livet for mennesker med migræne bedre, så hører vi hjertens gerne fra dig. Og du er velkommen i bestyrelsen!

Mvh. Dorrit Bjerregaard

Vi er forskellige personer med hver sin indgang til bestyrelsesarbejdet, og det giver forskellige oplevelser – men **fælles for os er migrænen.**

Mit job som kasserer giver til tider en del udfordringer, men det hele falder altid på plads. Jeg har været med til at sørge for en nemmere aflæggeslse af regnskabet, opdatering af vores foldere og bestille foredragsholdere. Jeg sender breve/foldere/blade ud, og det vil være super godt, hvis vi er flere, der kan deles om det.

Vi har brug for flere hænder til at løfte det vigtige arbejde, det er at tale vores sag som migrænikere. Og vi har fuld forståelse for, at vi alle har gode og dårlige dage.

Kom og vær med til at præge udviklingen i Migræne Danmark – det er der brug for. Nye initiativer og et nyt syn på bestyrelsesarbejdet er vigtigt.

Mvh. Keld Köcher

Recepter på papir udfases

regler

Fra 1. januar 2018 skriver lægen ikke længere en recept ud på gult papir, hvis det drejer sig om de almindelige typer receptpligtig medicin.

Recepterne erstattes af elektroniske recepter. Lægen kan skrive recepten, mens du er i konsultationen, eller du kan genbestille medicin via Medicinkortet på Sundhed.dk. Er man ikke selv i stand til at bestille medicinen via computeren, må man bede om hjælp til dette. Måske fra en yngre slægtning eller nabo.

Ofte vil den elektroniske recept kun

gælde for én udlevering, men den kan, ligesom papirrecepterne, også gælde for flere udleveringer med angivelse af tidsmellemløbet mellem udleveringerne.

1. april udfases de aller sidste papir-recepter. Indtil da vil det stadig være muligt at få en recept på papir til magistrel medicin. Det er medicin, som er specialfremstillet på Glostrup eller Skanderborg apotek.



Bekendtgørelse om recepter og dosisdispensering af lægemidler, 29. september 2017

For og imod...

Apotekerne er glade for at slippe for de gule recepter, og fremhæver, at de ikke bliver væk, er hurtigere at ekspedere på apoteket og at de er lettere at læse end de håndskrevne.

Data fra recepterne ligger i den database, som også er grundlaget for, at vi som patienter i app'en Medicinkortet kan se, hvilken medicin vi har fået recept på.

Databasen giver også mulighed for, at den enkelte læges **udskrivning af medicin kan overvåges**, og med tiden forventes det, at der kan komme advarsler på skærmen, hvis lægen udskriver medicin, som er uforlignelig med andre typer medicin, som patienten tager.

Det, der ikke tales så meget om, er, at databasen også vil kunne danne basis for **langt bedre forståelse af langtids effekter af medicin**, og om udviklingen i forbruget. Det vil være interessant for medicinproducenterne, og sikkert også for patienterne. Der er allerede i medierne tale om at regionerne vil sælge oplysninger fra Medicinkortet.

Endelig vil **forsikrings selskaberne** formentlig have en interesse i at kende kundernes risiko for at pådrage sig en sygdom, ud fra deres medicinforbrug.

Der er mange interesser i dette spil.

Hvad er reglerne for frivilligt arbejde på overførselsindkomst?

regler

Hovedreglen er, at man gerne må lave frivilligt arbejde, og at der ikke er nogen faste grænser for omfanget. Men den frivillige indsats må selvfølgelig ikke stå i vejen for de aktiviteter, som jobcenteret iværksætter, eller for at påtage sig lønnet arbejde.

Sådan en meget fleksibel tilgang til hvor meget frivilligt arbejde, der er OK, giver selvfølgelig anledning til nogle gråzoner. Derfor er det altid bedst at oplyse til sagsbehandleren om, hvad man gerne vil påtage sig f.eks. for Migræne Danmark.

Der er enkelte begrænsninger i hvilke typer opgaver man kan påtage sig. Der skelnes mellem **frivillige aktiviteter** og **frivilligt ulønnet arbejde**.

Frivillige aktiviteter er f.eks. bestyrelsesarbejde i en patientforening. Medlemmer, som er på overførselsindkomst, kan uden betænkning stille op til bestyrelsen på den kommende generalforsamling. Dog anbefales det, at få en snak med sagsbehandleren om dette, i god tid inden generalforsamlingen. Andre opgaver, som anses for frivillige aktiviteter, er at servere kaffe på et værested, være besøgs-



ven, eller yde rådgivningen via telefonen, på et niveau, som ikke kræver en særlig uddannelse.

Frivilligt ulønnet arbejde defineres i Bekendtgørelse af lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. (LBK nr 784 af 21/06/2017) således i § 100e:

Stk. 2. Ved frivilligt, ulønnet arbejde efter stk. 1 forstås arbejde, som et medlem udfører for frivillige organisationer, foreninger el.lign., som kan udbydes som almindeligt lønarbejde, og som ikke vedrører primær drift og vedligeholdelse.

Frivilligt ulønnet arbejde er bl.a. at deltage i en telefonrådgivning, som kræver en uddannelse som f.eks. jurist eller præst, eller at være rådgiver

i retshjælpen. Det er opgaver, som i anden sammenhæng ville være lønnet arbejde.

Er man på efterløn, kan man påtage sig denne type opgave op til 15 timer om ugen, mens en dagpengemodtager kan udføre frivilligt ulønnet arbejde i 10 timer om ugen (nye regler, der er trådt i kraft d. 1. januar 2018), uden at blive trukket i efterlønnen.

Lovgivning: Bekendtgørelse af lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=191962>

*Se også **Regler for frivillige på dagpenge og efterløn** (<https://frivillighed.dk/guides/regler-for-frivillige-paa-dagpenge-og-efterloen>)*

Migræne Danmark mangler bestyrelsesmedlemmer. Bestyrelsesarbejde er klart en frivillig aktivitet, som kan varetages uden modregning i offentlige ydelser. Men snak gerne med din sagsbehandler for en sikkerheds skyld, hvis du overvejer at stille op til bestyrelsen.

Vidste du at...

børn

børns aura opleves ligesom de voksnes?

Men både auraens og hovedpinens varighed er ofte kort – helt ned til 5 minutter for auraen og under en time for hovedpinen for knapt halvdelen af børnene. Migræneaura kan findes hos børn under skolealderen og i alle ældre aldersklasser.

M. Balestri, L. Papetti, 2017. Features of aura in paediatric migraine diagnosed using the ICHD 3 beta criteria. Cephalalgia DOI: 10.1177/0333102417748571



Drenge kaster op, piger bliver bekymrede

børn

Der er tydelig forskel på, hvordan migræne påvirker drenge og piger med alderen. Det gælder specielt mht. at kaste op og at være bange/bekymrede over migrænen. Opkast og kvalme var langt hyppigere blandt pre-teen drenge end blandt deres jævnaldrende piger med migræne. Men når børnene blev teenagere, udjævnedes denne forskel. Til gengæld steg hyppigheden af bekymrede piger.



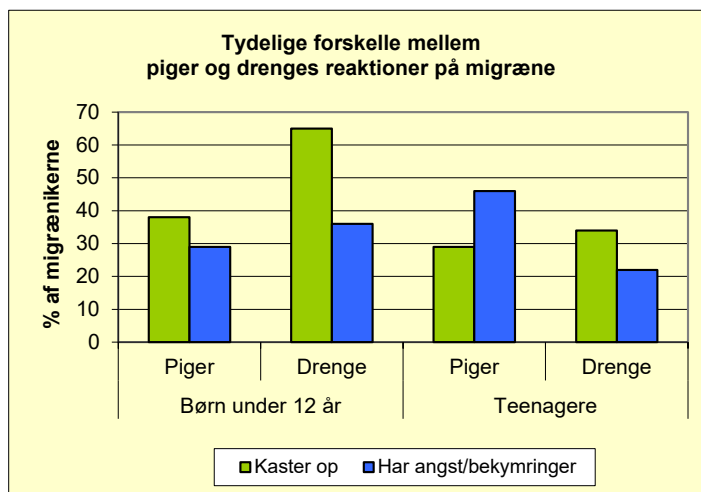
Pigernes bekymringer fulgtes også af, at flere led af depressive træk.

De 359 børn i undersøgelsen havde forholdsvis mange migrænedage (10–15 dage om måneden). Som forventet var teenage-pigerne topscorer mht. migrænedage.

Dette kan nok forklare deres større tendens til depressive træk.

Børnene i undersøgelsen var i alderen 7-18 år.

S. L. Wilcox, A. M. Ludwick et al., 2017. Age- and sex-related differences in the presentation of paediatric migraine: A retrospective cohort study. *Cephalalgia* preprint. DOI: 10.1177/0333102417722570



Migrænebørn har ofte jernmangel eller astma

børn

Migræne hos børn skyldes –måske– at de også lider af jernmangel og/eller astma. Både jernmangel og astma skyldes ofte en inflammation i kroppen, som måske er den egentlige årsag til børnenes migræne. 9% af migrænebørnene havde jernmangel, mens kun 3% af børnene med spændingshovedpine havde jernmangel. Astma var 4 gange så hyppig blandt migrænebørnene, sammenlignet med børn med spændingshovedpine.

Det er konklusionen på en undersøgelse af 401 israelske børn med enten migræne eller spændingshovedpine. Børnene kom alle til undersøgelse på en højt specialiseret hovedpineklínik, så de var alle hårdt ramte.

Overraskende var det også, at stress, f.eks. pga. forældrenes skilsmisse eller mobning i skolen, var væsentligt hyppigere hos børn med spændingshovedpine, sammenlignet med børn med migræne.

Undersøgelsen kom ikke med råd til, hvordan de israelske børn kunne behandles.

T. Eidlitz-Markus, S. Zoldenet al., 2017. Comparison of comorbidities of



migraine and tension headache in a pediatric headache clinic. *Cephalalgia*. 37, 1135-1144.

Jernmangel har som et af de hyppige symptomer, at man får hovedpine. Her ser det ud til at det især er migræne, som følges med jernmanglen, da jernmangel havde en langt mindre hyppighed hos børn med spændingshovedpine.

Læge Jakob Møller Hansen holdt foredrag i Lyngby

referat

Migræne findes overalt i verden. Der er forholdsvis flere migrænikere i de rige lande. I Danmark er mellem 10 og 13 % af alle migrænikere.

Migræne kan ikke ses på folk – det er en usynlig sygdom – og netop derfor er det uhyre vigtigt at tale om migræne. Ikke-migrænikere fatter simpelt hen ikke, hvor slemt det er at have migræne.

Hovedpine opdeles i primære, sekundære hovedpiner og så ansigtsslammer. Primære hovedpiner er dem, der ikke har en anden årsag – de sekundære er følger af en anden sygdom. Hvis man har migræne (eller en anden usynlig hovedpine) er kalenderen det vigtigste 'arbejdsredskab' i samarbejdet med lægen. Papir og blyant eller app på telefonen – alle former for en kalender er gode oplysninger. Det næstvigtigste 'redskab' når lægen stiller diagnosen migræne, er, at lægen lytter. Der kommer mange gode oplysninger, når lægen og patienten snakker sammen. Og ud fra kalenderen og snakken stiller lægen så diagnosen migræne. Behandlingen sker derefter i store træk som beskrevet i "Referenceprogram Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter" (kan findes her: <http://dhos.dk/reference-program/>).

Aura

Aura kan varsele, at der nu kommer et migræneanfald. De første gange

man oplever en aura, kan det være skræmmende. Måske er det en svulst i hjernen – noget man kan dø af? Aura er (bl.a.) synsforstyrrelser, som flytter sig i synsfeltet. Man kan samtidig have føleforstyrrelser f.eks. i armen. De flytter sig også. Ændringerne i synsforstyrrelserne og i føleforstyrrelserne følger en bølge af elektriske og kemiske forandringer som vandrer hen over hjernebarken: Oftest starter denne bølge, som kaldes cortical spreading depression, i synsbarken (deraf synsforstyrrelserne) og derfra spreder sig henover hjernens overflade. Hvis bølgen er så kraftig at den når til de områder, hvor berøring af huden bearbejdes, kommer der føleforstyrrelser, og rigtigt kraftige bølger kan også nå til talecenteret.

Migræne aura er af en anden natur end f.eks. epileptisk anfald. Migrænen aura vandrer langsomt hen over hjernen, mens et epileptisk anfald spreder sig lynhurtigt. Auraen varer typisk omkring 1/2 time.

Auraer kan tage et utal af former, afhængigt af hvor bølgen starter og hvilke dele af synsbarken, der påvirkes. Vi ved endnu ikke hvorfor ændringerne i synsbarken dukker op – og derfor heller ikke, hvorfor ændringerne kan begynde mange steder og dermed give forskellige billeder. Billederne kan være streger, lysen-



de zig-zagmønstre, blinde pletter, flimmer og sære former. Og de kan komme efter hinanden, eller man har kun en enkelt type synsforstyrrelser i anfaldet.

Aura er svært at behandle, men en helt ny observationel undersøgelse tyder på, at en hjertemagnyl om dagen kan nedsætte hyppigheden af aura hos folk med kronisk aura (dvs. aura hver dag).

Man kan købe en lang række apparater, som har til formål at lindre migræne eller aura. Der er ikke så skræppe krav til disse 'medicinske apparater', som der er til medicin. Derfor er det langt billigere at få en markedsføringstilladelse til apparaterne. Men der følger heller ingen garanti med, for at de virker.

"Jeg er bange for at dette er noget alvorligt, og vil derfor gerne scannes", siger patienterne med aura ofte til lægen. Moderne scanninger (MR; magnetisk resonans og CT; computer tomografi) er meget detaljerede, men viser yderst sjældent noget abnormt. Scanninger er dyre, og finder sjældent en årsag til migrænen, og de kan give bivirkninger. Derfor er lægerne tilbageholdende med at scanne migrænikerne, hvis der ikke er andre tegn på sygdom.

God behandling bygger på forståelse af hvad migræne er!

I disse år er der stor interesse for stoffet CGRP (calcitonin gen-relateret

Primære hovedpiner:

- Migræne med eller uden aura
- Spændingshovedpine
- Klyngehovedpine (Hortons hovedpine)

Sekundære hovedpiner skyldes en anden sygdom eller overforbrug af medicin. Eksempler er:

- Medicinoverforbrugshovedpine
- IIH (se side 11)
- Tumorer

peptid). Det er et signalstof i hjernen, et såkaldt neuropeptid, og migrænikere er mere følsomme overfor dette stof end ikke-migrænikere. CGRP er et ud af mange stoffer, som for tiden studeres, fordi de måske kan være lige netop det stof, som starter et migræneanfald. CGRP har den egenskab, at en injektion med CGRP kan fremkalde hovedpine hos migrænikere. De fleste migrænikere får et migræneanfald efter ca. 5 timer, når de har fået en CGRP-injektion. Men der er også migrænikere, som ikke reagerer på stoffet. Et vigtigt studie viste, at hvis man blokerede effekten af CGRP med en såkaldt CGRP-antagonist kunne migræne standses hos 85 % af forsøgspersonerne. Det samme skete for 41% af dem, der fik placebo. CGRP-antagonist som anfaldsmedicin må vente lidt endnu – der var problemer med bivirkninger i de tidlige forsøg.

Den nyeste migræne medicin som nu udvikles, er CGRP-antistoffer. Dvs.

det er kemiske stoffer, som binder sig til CGRP, så det ikke fremkalder migræneanfald. Nu er der mindst 4 forskellige medicinfirmaer, som forsøger at udvikle og få godkendt CGRP-antistoffer som forebyggende mod migræne.

CGRP-antagonisterne nedsætter migrænefrekvensen med 4-6 dage om måneden. Hvis man trækker placebo-effekten fra, får man en nettogevinst på omkring 2 dage / måned. Det er en virkning, som i gennemsnit svarer til effekten af Topimax (et epilepsimiddel) eller Propranolol (en betablokker). De fleste af de nyeste studier er lavet af medicinfabrikanterne. Det vil være fint at se disse resultater reproduceret af uafhængige forskere.

Studier tyder på, at en mindre gruppe af patienter reagerer endog rigtig positivt på behandlingen. CGRP-antistofferne kan også anvendes hos migrænikere, som har prøvet flere af de almindeligt brugte forebyggende

midler. En vigtig opgave i forbindelse med indførelsen af CGRP-antistofferne bliver at identificere hvilke grupper af migrænikere, som får den bedste virkning af de nye mediciner.

Udviklingen af den nye medicin har været dyr, og vi kender endnu ikke langtidsvirkningen (ud over et år) af den nye medicin. Og nogle af de hidtil publicerede resultater ser ud til at være næsten for gode til at være sande. Så ingen ved, hvornår der kommer en godkendelse af den nye medicin.

CGRP påvirker blodkar rundt om i kroppen, og vi kender endnu ikke langtidsvirkningen af dette f.eks. på hjertepatienter. Vi ved heller ikke om CGRP-antagonisterne vil øge risikoen for blodpropper. Risikoen er forventet at være lille, men vil først blive kendt, efter at medicinen er markedsført og 'testet' på en meget stor gruppe brugere.

Referent: Anne Bülow-Olsen

Foredrag

Læge Tina Horsted

22. april 2018 kl. 13 -15,

KFUKs bygning, Store Kannikestræde 19, 1169 København C.

Smertebehandling og behandling af migræne med cannabis

Efter foredraget er der generalforsamling i Migræne Danmark.

Tina Horsted er kendt som lægen, der har behandlet smertepatienter med cannabis-produkter i flere år.

Fra 1. januar 2018 er smertebehandling med både THC (det euforiske stof i cannabis-planterne) og CBD (cannabisolie) blevet lovligt. Men ændrer det migrænikernes mulighed for at få lovlig behandling med cannabis?

Der er forskellige produkter, som nu kan udskrives på recept. Hvad med pris og medicintilskud? Er der forskel på produkterne? Hvor er de fremstillet? Er der tilstrækkelig kvalitetskontrol med cannabis-produkterne?

Der er rigtigt mange spørgsmål om cannabis, som er vigtige for en smertepatient. Tina Horsted har svar på langt de fleste spørgsmål.

Tilmelding til foredraget via Billetter.dk. Migræne Danmarks medlemmer har gratis adgang, andre betaler 100 kr for en billet. Alle er velkomne.



Formandens beretning for 2017

Bestyrelsen har i året 2017 bestået af 5 medlemmer, og vi har holdt foredrag i 4 regioner, samt udgivet et Pixi-hæfte beregnet for sagsbehandlere, familie-medlemmer og mange flere.

I året har der været en række problemer med vores hjemmeside. Den er nu gennemgået og fungerer optimalt, til gavn for samtlige og fremtidige medlemmer.

Vi har desuden drøftet de kommende ændringer i medicintilskud til triptaner med Lægemeddelstyrelsen. Vi blev lyttet til, men fik ikke indføjet væsentlige ændringer i den endelige beslutning. Derfor falder det generelle tilskud bort d. 9. april 2018 for de 4 nyeste triptaner.

Vores fine blad MigræNenyt udkom 4 gange, hver gang med 24 interessante sider omfattende lidt over 100 forskellige artikler om migræne.

Vores facebook gruppe Migræne

danmark har bragt en masse indslag, og formidlet en masse oplysninger og erfaringer. Der er ca. 900 medlemmer i Migræne danmarks lukkede gruppe, og omkring mindst 3.300 medlemmer af to lignende grupper (Migræne – ikke bare hovedpine og Migræne og mig). Disse tre grupper får løbende input fra foreningens medlemmer, og alle tre omtales som at værende en værdifuld støtte til migrænikere over hele landet.

Aktiviteterne for året har været som følger:

- 1. april i Region Sydjylland: Hotel Severin i Middelfart, generalforsamling og foredrag med hjerneforsker Peter Lund Madsen
- 5. september i Region Sjælland: Frivilligcenter Roskilde med forsker Kim Sahl
- 8. september i Region Midtjylland: Aarhus rådhus med smertelæge Tina Horsted (450 deltagere!)

- 9. november i Region Hovedstaden: Frivilligcenter Lyngby med læge Jakob Møller Hansen.

Hjemmesiden har haft 168.500 besøg i årets løb. Det er en flot udvikling fra 75.000 besøg i 2015 og 102.000 i 2016. Flest besøg på en enkelt dag kom i forbindelse med foredraget i Aarhus om cannabis.

Formanden takker overlæge Lars Bendtsen for hjælp med udarbejdelsen af Pixibogen, og for bestyrelsens store arbejde med bl.a. at arrangere foredragene. Endelig har Else Harsing omhyggeligt læst korrektur på MigræneNyt.

Migræne danmark har i 2017 modtaget midler fra Driftspuljen til landsdækkende sygdomsbekæmpende organisationer og har modtaget en donation fra en indsamling i forbindelse med et medlems begravelse.

Med venlig hilsen
Knud Østberg

Foredrag

Professor i neurologi

Messoud Ashina

**22. marts Kl 19 i Kantine Roskilde Rådhus,
Rådhusbuen 1, 4000 Roskilde**



Vi vil høre om de seneste fremskridt inden for medicin for migrænikere.

Mvh bestyrelsen

Tilmelding til lyngby@migraeniker.dk (først til mølle-princippet, begrænset antal pladser)

Gratis adgang

Rigtigt mange migrænikere kender Messoud Ashina, som er en af de førende danske migræneforskere. Messoud Ashina forsker sammen med en stribe yngre forskere bl.a. i, hvad der sker i hjernen på molekyle-niveau, når vi har migræneanfald. Denne forskning er med til at give os alle en bedre forståelse af, hvad der sker i hjernen, når vi har et migræneanfald. Denne forskning kan også være med til at danne grundlag for ny behandling af migræne.

Messoud Ashina behandler også patienter på Dansk Hovedpinecenter i Glostrup og er en fremragende foredragsholder.

Migræne danmark
Havrevej 2
4040 Jyllinge

Hvor mange migrænikere er det nu vi er?

Af: Anne Bülow-Olsen

Overdriver patientforeningerne? Eller citerer de bare andre kilder, som overdriver?

Dansk Hovedpinecenter (Rigshospitalet) har indtil ca. 2012 fortalt os, at der var ca. 500.000 migrænikere i Danmark. Det tal byggede formentlig på en rapport fra 2012 (1), som var baseret på en spørgeskema-undersøgelse, som bl.a. spurgte de 162.283 deltagere i undersøgelsen, om de selv mente de havde migræne eller hyppig hovedpine. Det kaldte forfatterne til rapporten så "migræne og hyppig hovedpine". De gentagne opgørelser viste en klar stigning i procent mennesker over 24 år, som led af migræne eller hyppig hovedpine.

Vi er (nok) mere end 1/2 million danske migrænikere

Danmarks statistik har tabeller over befolkningstallene, og i 2010 var der 1.883.868 mænd i denne gruppe og 1.972.089 kvinder (data fra 1. kvartal 2010, (2)). Det giver i alt **431.452 personer med migræne eller hyppig hovedpine i 2010**. Det kan med meget runde tal nok regnes for 1/2 million.

Institut for Folkesundhed ændrede i en rapport fra 2015 (3) navnet på gruppen, som omfatter migræne, til blot at hedde migræne. Ud fra de samme data (dem fra spørgeskemaundersøgelsen om migræne eller hyppig hovedpine) fandt Institut for Folkesundhed, at der nu (uden angivelse af årstallet for 'nu') var **640.000 migrænikere i Danmark**.

I rapporten fra 2015 nævnes, at dette tal "baseres på Den Nationale Sundhedsprofil 2010." Resultaterne omfattede i rapporten fra 2015 også gruppen mellem 16 og 24 år. De udgjorde 84.079 migrænikere, hvor tallene fra 2010 kun omfattede aldersgruppen 25 år og ældre. Så det samlede antal migrænikere i Danmark blev med et pennestrøg **øget med 84.079 unge migrænikere**.

(1) M. B. Koch, M. Davidsen og K. Juel, 2012. *Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987*, Statens Institut for Folkesundhed

(2) <http://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>

(3) E. M. Flachs, L. Eriksen et al., 2015. *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed.

Knapt 100.000 migrænikere (inklusive en mindre gruppe med Hortons hovedpine) tager triptaner. Det lyder rimeligt, at ca. 20% af migrænikerne er så hårdt ramt, at de tager triptaner.

Jyllandsposten mente i januar, at patientforeningerne blæser tallene for patienter op. Migræne danmark benytter alene data fra Dansk Hovedpinecenter og Sundhedsstyrelsen/Institut for Folkesundhed.

Vi kan ikke udelukke, at andre har ønsket, at antal migrænikere overestimeres. Dels vil 'eller hyppig hovedpine' øge de positive svar på, om man har migræne, dels øgede en udvidelse af populationen med 9 årgange (de 16 – 24-årige) selvfølgelig det officielle antal migrænikere.

Migræne danmark's fremskrivning af antal danske migrænikere i 2015 (baseret på folketal og procent migrænikere i grafen) giver ca. 555.000 danske migrænikere. Så vi regner med ca. 1/2 million danske migrænikere.

