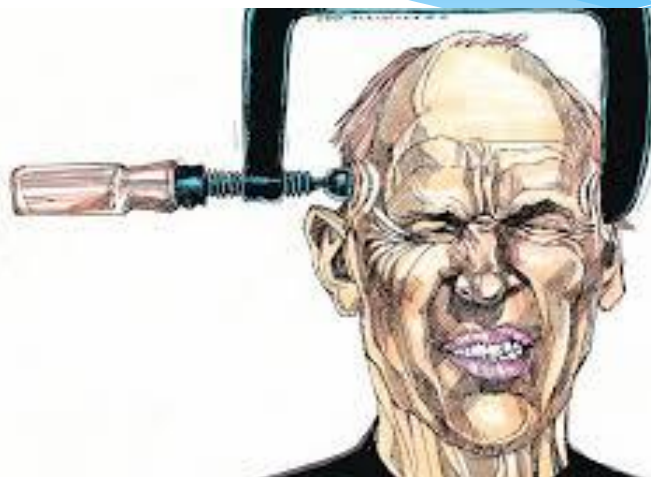


Hodepine 12/2-19



- * Stovnet et al (2007) Nasjonalt kompetansesenter for hodepine, St Olav : Global Campaign: Lifting the Burden: the Global Burden of headache.
- * 107 publikasjoner globalt.

- * Prevalens hodepine generelt :
- * Asia , Australia, Europa, Nord-Amerika 50% , Afrika 20%
- * Migreneprevalens: Europa 15%, Afrika 5% .
- * Spenningshodepine : Europa 80% , Asia ,Amerika 30%,
- * Kronisk daglig hodepine 3,4%
- * 10. mest invalidiserende sykdom for menn, 5. for kvinner

Migrene

- * Migraine; hemikranion.



Forekomst

- * 15% av kvinner
- * 7% av menn.
- * Oftest første anfall før 40 års alder.
- * Anfallene gjerne mildere med alder for begge kjønn
- * Stor variasjon i intensitet på anfall.

Patofysiologi ; uklar

- * Nevrovaskulær sykdom, trigeminale ganglion
- * Genetisk disposisjon
- * Aura: kortikal spreading depression
- * Hodepine: aktivering av nociceptorer i hjernebinner og blodårer
- * Økt smertefølsomhet i CNS.

Migrene uten aura 75%

- Hodepinen varer i 4-72 t (ubehandlet eller utilfredsstillende behandlet)
- Oftest unilateral
- Pulserende
- Moderat el alvorlig smerteintensitet
- Blir verre ved fysisk aktivitet.
- Kvalme
- Foto- fonofobi.

Migrene med aura 25%

- Et eller flere av reversible aura symptomer:
- Visuell, sensorisk, tale og / eller språk, motorisk, hjernestamme,
- Aurasymptom varer 5-60 min
- Etterfølges av hodepine innen 60 min

Anfallskuperende behandling

- * Acetylsalisylsyre : 1000 mg
- * Paracetamol : 1000 mg
- * Ibuprofen : 400-600 mg
- * Naproxen : 750 mg
- * Cataflam : 50-100 mg
- * Migea : 200 mg
- * Afipran.

Triptaner

- Generelt likeverdige, noe ulik halveringstid , individuelle variasjoner .
- Utprøve minst 3 ulike triptaner , hver ved 3 ulike anfall
- Nesespray og injeksjoner raskest effekt
- Smeltetabletter og hurtigopløsende :Ikke raskere enn vanlige tabletter.

Triptaner

- * Tidlig i anfallet -
- * Ikke i aurafasen ?
- * Max 9 dager pr mnd.

Triptaner

- Almogran tabl.12,5 mg : minst bivirkninger ?
- Relpax tabl 40 mg: 40 eller 80 mg som en dose
- Naramig tabl 2,5 mg
- Maxalt 5 og 10 mg tablett, 10 mg smeltetabl.
- Imigran : tabl 50, 100 mg : **max 300** mg pr døgn, Nesespray 10-20 mg , stikkpiller 25 mg
- Zomig: 2,5 mg og 5 mg tabl,smeltetabl. 2,5 mg, nesespray 5 mg
- Migard: lengre halveringstid.

Triptaner forts

- * Bivirkninger :
- * Trykkende følelse i brystet, kvalme, parestesier, svimmelhet, tretthet.
- * Kontraindikasjoner: coronarsykdom, tidl hjerneslag, dårlig kontrollert HT, graviditet, vaskulære sykdommer.

Forebyggende behandling

- * Hver 4. pas trenger profylakse , hver 10. får det.
- * Sjelden full anfallsfrihet.Effekt: def: 50% red. av anfallshyppighet og / eller triptanbruk.
- * Langsom opptrapping.Utprøving i min 2-3 mnd . Hodepinedagbok.
- * Prøvesep etter 6 mnd ?

Forebyggende behandling

- * Betablokker: SeloZok ; startdose 25-50 mg , maxdose 200 mg daglig. EKG før oppstart ? (tretthet, svimmelhet, kalde ex, muskulær tretthet, mareritt,
- * Atacand/ candersatan: All blokker: like effektivt som betablokker.. Færre bivirkninger . Ktr nyre-og leverprøver før oppstart. (lite bivirkninger) –hvit resept , startdose 4 mg

Forebyggende beh-forts

- * Topimax: 25 mg vesp, , øke med max 25 mg hver 2. uke til 50 mg x2.
- * (sedasjon, svimmelhet, parestesier, vekttap, nyrestein, kognitive bivirkninger)
- * Orfiril: effekt som betablokker. event leveraffeksjon. Opptroppende til 500-1200 mg daglig – mindre egnet hos fertile kvinner

Mindre dokumentert effekt

- * Sarotex: 10 mg vesp, øke med 1 tabl pr uke , vedlikeholdsdose 20-50 mg. – spes ved kombinasjonshodepine. Blå resept- (-71)
- * Tegretol, Keppra – bedre enn placebo
- * Efexor 75-150 mg
- * Lisinopril (ACE hemmer) . 20 mg x1
- * Prøvesep etter 6 mnd ?

Behandling av kronisk migrene



Botox behandling

- * Indikasjon: forsøkt minimum 2-3 forebyggende medikamenter hvorav en skal være betablokker
- * Ca. hver 3. mnd
- * Etter 2 og 3 behandlingssyklus, event flere ?
- * Minimum 30% reduksjon.
- * Hodepinedagbok

Ny: Erenumab / Aimovig

- * Calcitonin gene related Peptide
- * Erenumab: CGRP receptor antistoff / monoklonalt humant antistoff.
- * 4 eller flere anfall pr mnd
- * Hvit resept:kr 5400 / mnd- blå resept i april ?- indikasjon ? 2 for 1
- * 70 – 140 mg / mnd sc
- * 3 mnd ?



Behandling ved graviditet

- * Oftest bedring i svangerskap.
- * Ikke- medikamentelle tiltak.
- * Paracetamol , Afipran, PF,
- * NSAIDs skal unngås i 1. trimester og etter 32 uke.
- * Sumatriptan kan brukes sporadisk.
- * Forebyggende behandling :bør sep.
- * Men om helt nødvendig: betablokker i lavest mulig dose. ,- økt metabolisme , event amitriptylin.

Behandling ved amming

- * Paracet
- * Ibuprofen-kort halveringstid
- * Event Naproxen og Cataflam
- * Imigran , Relpax.
- * Opiater
- * Forebyggende behandling: betablokker.

Menstruell migrene

- Migrene uten aura
- Def: i perioden 2 dager før til 2 dager etter 1.menstruasjonsdag – for øvrig menstruasjonsrelatert migrene.- fall i østrogennivå.
- Prevensjon som gir amenorrhoe reduserer .
- Naproxen 250 mg x2 : startes 5-7 dager før menstruasjon og fortsetter 5-7 dager ut i blødningsperioden. Event.Imigran 1 tabl x3 i 5 dager med start 2 dager premenstruelt, event Zomig , Naramig Migard
- Østrogenbehandling / plaster.- siste valg.
-

Spenningshodepine



Forekomst

- * 30% flere ganger pr mnd
- * 10% ukentlig
- * 2-3 % kronisk

- * Sammensatt årsak , bla. mentalt stress.
- * ikke alltid stramme muskler..ikke påvist fys forandringer
- * Stramt bånd , trang lue
- * Trykkende , lett til moderat , øker gjerne utover dagen
- * Forverres ofte ikke av fys aktivitet
- * Evnt lys-og lydsky, lett kvalme

- * Ved hyppig / kronisk TH: stort lidelsestrykk !
- * -- energiløshet, konsentrasjonsvansker

Diagnose

- * Klinisk diagnose
- * Eliminerasjonsdiagnose
- * Utelukke strukturell patologi
- * Diff. diagnoser : medikamentoverforbrukshodepine
- * migrene , event kombinasjonshodepine

Behandling –ikke alltid enkelt ..

- * Lite spesifikk behandling og sammensatte problemer.
- * Ikke - medikamentell behandling:
- * Kartlegge stressfaktorer...
- * Trening, fysioterapi , egentrening
- * Psykomotorisk behandling / kognitiv terapi.

Medikamentell behandling

- * Paracet , NSAIDs ; ikke mer enn 9 dager pr mnd..
- * Profylakse: Sarotex , startdose 10 mg ; obs tid til effekt
- * Remeron 15 mg, event Efexor vesp
- * Inj av steroid og lokalanestetikum i triggerpunkter
- * (Botox)

Med.overforbrukshodepine MOH

- * Hodepine i mer enn 15 dager i over 3 mnd
- * Ved triptanbruk over 10 dager eller enkle analgetika-
bruk mer enn 15 dager i mer enn 3 mnd
- * 1%


Clusterhodepine




- * Parasympatisk hyperaktivitet/ sympatisk hypoaktivitet
- * Prevalens 0,1%
- * Kvinner: Menn : 1: 3-6
- * Debut 20-40 år
- * Permanent remisjon sjelden
- *

Symptomer

- * Ensidig ; intens retroorbitalt , supraorbitalt- og eller tinning (kan skifte side- ca 15%)
- * Ipsilat . autonome symptomer (konjunktival injeksjon, tåreflod, nesetetthet, miose, ptose, svetting , rødme i panne og/ eller ansikt)
- * Anfallsvarighet 15-180 min
- * Brå start og avslutning
- * Bevegelsestrang

- 
- * Triggere: alkohol, histaminer, aktivitet, nitroglycerin
 - * Oftest nattlige anfall ; 1-2 timer etter innsovning
 - * Hyppigere vår og høst
 - * Kan ha kvalme , lys-og lydskyhet

- 
- * Episodisk: 80-90%; oftest 4 uker- 3mnd
 - * Oftest 1-2 perioder/klaser pr år
 - * Kronisk: over 1 år uten smertefrihet i minst 1 mnd
 - *

Behandling

- * Anfallsbehandling: Imigran inj, event nesesypray
- * Surstoff: 7- 12 l/ min på maske i 15-20 min
- * Overgangsbehandling: -Prednisolon tabl 80 mg x1 i 5 dager, deretter nedtrapping med 10 mg pr dag .
- * - Suboccipitale steroidinj, event komb med lokalanestetikum
- * Blokkade av n occipitalis major.

Forebyggende behandling

- * Verapamil / Isoptin: 120 mg x2. øke gradvis til effekt eller til 960 mg daglig .EKG.Effekt etter 2-3 uker
- * Lithium
- * Topiramate
- * Valproate
- * Melatonin
- * Occipital nerve stimulator
- * Botox inj i sphenopalatine ganglion



Andre hodepine former: Hemicrani

- * Hemicrani : episodisk eller kronisk : ensidig hodepine med autonome symptomer- Indometacin responsiv hodepine.
- * Indometacin : 25- 75 mg x3 , prøvesep etter 6 mnd

Sinusvenethrombose



- * Subakutt
- * 75% kvinner
- * 10% mortalitet
- * Oftest sekundært ved thromboserendens; infeksjoner lokalt, sepsis, dehydrering, graviditet, postpartum, cancersykdom
- * Hodepine kan være eneste symptom
- *

Sinusvenethrombose

- * Økt ICP, event venøse infarkter : gradvis økende hodepine, kvalme, event krampeanfoll
- * Cerebral MR med venefase
- * Behandling: Fragmin- Marevan i 6 mnd. INR 2-3

Pseudotumor cerebri/ benign intrakraniell hypertensjon

- * Ukjent årsak.
- * Subakutt hodepine
- * 1/ 100.000 pr år
- * Økt ICP- papilleødem/ stasepapiller - red. visus / tåkesyn, event tinnitus. 6- 25% permanent synsaff
- * Ukjent årsak, ass med overvektige kvinner i fertil alder
- * CT/ MR normal. Spinalpunksjon: høyt trykk,

Behandling

- * Vektreduksjon: best effekt
- * Diamox: 500 mg x2-3 . (parestesier)
- * Furosemid 40-60 mg
- * Lumbal sil-midlertidig effekt
- * Steroider
- * Shunt
- * Øyelege og nevrolog

Benign angstregelsesutløst hodepine / coital hodepine

- * Akutt, kraftig, gjerne bilat
- * Ved angstregelse
- * Varighet opptil 24 t
- * Utelukke SAH ved første anfall
- * Behandling: NSAIDs før planlagt aktivitet

Temporalisartritt

- * Kan gi sterk ensidig hodepine
- * Eldre
- * Palpasjonsømheter over temporalis, manglende puls
- * Event synsaffeksjon
- * Trenger ikke ha høy SR
- * Behandling: Steroider raskt

Meningitt

- * Bakterier, inkl Borrelia
- * Viral / serøs meningitt: ofte etter / i forb med inf - sykdom; enterovirus . Kraftig hodepine , evt feber, nakkestivhet, ikke påvirket bevissthet.
- * Behandling: antiviral behandling / Acyklovir til svar på herpes PCR.
- *

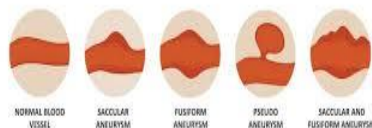
Sinusitt

- * Event afebril uten forkjørelsessymptomer
- * Og: alle infeksjonssykdommer kan gi hodepine.....

Subarachnoidalblødning

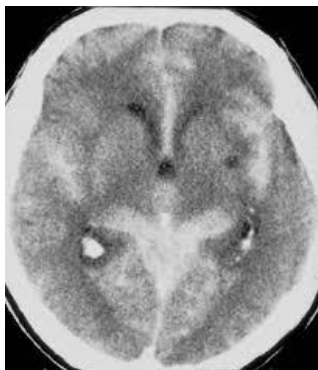
- * Aneurysmeblødning
- * Hyperakutt, kraftig
- * Aldri liknende tidl
- * Event syncope, kvalme/ oppkast, nakkestivhet
- * Event andre nev symptomer
- *

TYPES OF ANEURYSM



shutterstock.com • 1166937250

SAH



- * Hyppigst 30-65 år
- * «Warning leaks fra 24 t- 6 uker før
- * Ca 30% mortalitet ved første blødning
- * Total mortalitet 50% første året
- * Ofte store kognitive vansker som sekvele på tross av intakt motorisk funksjon

