

Noggrann anamnes kan ge besked om typ av primär huvudvärk

Redovisning av och kommentarer till omfattande översiktsartikel

■ Tillkomsten av ett nytt internationellt klassifikationssystem, tillsammans med imponerande forskningsinsatser under de senaste årtiondena, har dramatiskt ökat möjligheterna till att korrekt kunna diagnostisera och vid behov behandla olika smärttillstånd utlösta inom huvudregionen. Det nya förslaget till klassifikation och diagnostiska kriterier av huvudvärks-åkommor publicerades 1988 i form av ett supplement i *Cephalalgia* [1]. Från de tidigare alltför diffust uppfattade huvudvärkssyndromen kan man idag urskilja ett stort antal specifika sjukdomstillstånd som ofta kräver särskild behandling och/eller omhändertagande. Den nya internationella huvudvärkssklassifikationen består av 13 olika grupper, varav de 4 första skall täcka in de primära huvudvärksformerna och de övriga de sekundära (Faktaruta 1). Diagnostisering av primära huvudvärksformer baserar sig helt och hållet på de anamnestiska uppgifterna.

Huvudvärkssjukdomar

Två huvudvärkssjukdomar är betydligt vanligare än alla övriga, nämligen migrän och huvudvärk av spänningstyp. Dessa två huvudvärksformer står för över 90 procent för alla som söker sjukvård med just huvudvärk som dominerande symtom. Migrän delas primärt in i två undergrupper, migrän utan respektive med aura. Migrän utan aura (tidigare använda beteckningar är vanlig migrän eller hemicrania simplex) beskrivs enligt följande: idiopatiskt, attackvis återkommande huvudvärkssjukdom som manifesteras i attacker med 4–72 timmars duration. Huvudvärken kännetecknas av ensidig lokalisering, pulserande karaktär, måttlig till svår intensitet, försämring av normal fysisk aktivitet samt tillhörande symtom som illamående, ljus- och ljudkänslighet (Faktaruta 2).

Migrän med aura (tidigare använda beteckningar är klassisk, oftalmisk, hemiparetisk, hemiplegisk eller afatisk migrän, migrän accompagnée eller komplicerad migrän) beskrivs enligt följande: idiopatiskt, attackvis återkommande huvudvärkssjukdom som manifesteras i attacker med neurologiska symtom, vilka otvetydigt kan lokaliseras till hjärnbarken eller hjärnstammen, vanligtvis utvecklas under loppet av 5–20 minuter och sällan pågår längre än 60 minuter. Huvudvärk, illamående och/eller ljuskänslighet följer vanligtvis direkt efter de neurologiska symtomen eller inom ett fritt intervall på mindre än en timme. Huvudvärken varar

SAMMANFATTAT

Primära huvudvärksformer är kliniska diagnoser som närmast uteslutande baseras på anamnes. Somatiska och neurologiska undersökningar kan dock ge viss försäkran om att huvudvärken inte är orsakad av sekundära huvudvärksformer.

Existerande kriterier för klassifikation och diagnostisering av huvudvärk, enligt internationella rekommendationer, upplyser inte om vilka kliniska symtom och egenskaper som är mest betydelsefulla för att fastställa eller utesluta primära huvudvärksformer.

Baserat på tillgängliga engelskspråkliga artiklar och tillhörande bibliografi januari 1966–maj 1999 har Smetana beräknat sensitivitet och specificitet för kliniska symtom och egenskaper, som ett mått på det diagnostiska värdet av anamnestiska uppgifter vid primära huvudvärksformer.

De kliniska egenskaper som är mest prediktiva för migrän i jämförelse med huvudvärk av spänningstyp är illamående, fotofobi, fonofobi och intensifierad huvudvärk/smärta vid fysisk ansträngning samt aura.

Dietära triggerfaktorer är mer prediktiva för migrän. Andra utlösande faktorer är lika vanliga vid migrän och huvudvärk av spänningstyp.

Hortons huvudvärk (klusterhuvudvärk) skiljer sig från migrän och huvudvärk av spänningstyp med uppgifter om strikt halvsidighet, intensiv periorbital smärta och attackduration på mindre än en timma hos de flesta individer.

Evidensbaserad medicin

II Fakta 1

Primära och sekundära huvudvärksformer enligt International Headache Society

Primära huvudvärksformer

1. Migrän
2. Huvudvärk av spänningstyp
3. Hortons huvudvärk och kronisk paroxysmal hemikrani
4. Övrig huvudvärk – ej associerad med vävnadsskada

Sekundära huvudvärksformer

5. Huvudvärk associerad med trauma mot huvudet
6. Huvudvärk associerad med vaskulär sjukdom
7. Huvudvärk associerad med icke vaskulär intrakraniell sjukdom
8. Huvudvärk associerad med substanser eller utsättande av substanser
9. Huvudvärk associerad med icke-cefal infektion
10. Huvudvärk associerad med metabolisk sjukdom
11. Huvudvärk eller facial smärta associerad med sjukdom i kraniet, nacken, ögon, öron, näsa, bihålor, tänder, mun eller andra ansikts- eller kranieala strukturer
12. Kranieala neuralgier, nervtrådsmärta och deafferentations smärta
13. Icke klassificerbar huvudvärk

vanligtvis mellan 4 och 72 timmar, men kan saknas helt (Faktaruta 2).

Huvudvärk av spänningstyp delas primärt in i två undergrupper, episodisk form respektive kronisk form (minst 15 dagar varje månad under minst 6 månader). Episodisk huvudvärk av spänningstyp (tidigare använda beteckningar är spänningshuvudvärk, psykomogen huvudvärk, stresshuvudvärk, vanlig, essentiell, idiopatisk eller psykogen huvudvärk) beskrivs enligt följande: återkommande episoder av huvudvärk som varar från minuter till flera dygn. Huvudvärken är i typiska fall tryckande eller åtstramande till karaktären, med lätt till måttlig svårighetsgrad, dubbelsidig lokalisation och utan försämring vid normal fysisk aktivitet. Yrsel saknas, men ökad ljus- eller ljudkänslighet kan förekomma (Faktaruta 2).

Hortons huvudvärk delas primärt in i två undergrupper, episodisk respektive kronisk form.

Hortons huvudvärk (tidigare använda beteckningar är Bings erytroprosopalmi, ciliarisneuralgi, migränös neuralgi (Harris), erytromelalmi i huvudet, histaminhuvudvärk, petrosusneuralgi (Gardner), sfenopalatinusneuralgi, Vidians eller Sluders neuralgi eller hemikrania periodica neuralgiformis) beskrivs enligt följande: Attackerna av svår, strikt ensidig smärta belägen i eller ovanför ögat och/eller tinningen, som varar mellan 15 minuter och 3 timmar, och som kan uppträda från 1 gång varannan dag till 8 gånger under samma dygn. Under attackerna förekommer ett eller flera av följande symtom: blodkärlfyllnad i ögats bindhinna, tårflöde, nästäppa, rinnsnuva, pann- och ansiktssvettning, liten pupill, nedsjunket ögonlock samt ögonlockssvullnad. Attackerna uppträder i serier som varar från veckor till månader (så kallade Hortonperioder), vilka är åtskilda av remissionsperioder (smärtfria intervall) som vanligtvis varar månader till år. Hortonperiodernas längd är vanligtvis mellan två veckor och tre månader. Hos cirka 10 procent av patienterna är förloppet kroniskt, utan remissionsperioder (Faktaruta 2).

Trots den nya huvudvärksklassifikationen kan migrän och

huvudvärk av spänningstyp ibland vara svåra att skilja åt, såväl för patienten som den diagnostiserande läkaren. En patient kan dessutom ha flera olika former av huvudvärk samtidigt. Inte sällan förekommer migrän och huvudvärk av spänningstyp hos en och samma patient [2]. Än idag saknas objektiva test för de flesta huvudvärkssjukdomar. Det finns inte några specifika laboratorieundersökningar, röntgenologiska, neurofysiologiska eller några andra metoder som kan användas för att påvisa sjukdomsorsaken. Läkaren är därför i mycket hög grad beroende av patientens egen sjukdomsbeskrivning vid huvudvärksdiagnostik. En grundlig genomgång av en patient som söker på grund av huvudvärk tar tid, inte sällan mer än 30 minuter. Huvuddelen av denna tid bör ägnas åt en grundlig huvudvärksanamnes då resultatet av klinisk somatisk/neurologisk undersökning oftast är av underordnad betydelse vid huvudvärksdiagnostik. I allmänhet kan läkaren efter avslutad intervju och undersökning ställa en preliminär diagnos enligt den nya huvudvärksklassifikationen eller bedöma om ytterligare kompletterande undersökningar behövs för att kunna ställa rätt diagnos. Det som ofta driver en patient med huvudvärk till sjukvården är fruktan för en bakomliggande hjärntumör. Även om hjärntumör är en relativt ovanlig orsak till huvudvärk så motiverar inte minst denna rädsla hos huvudvärkspatienten att anamnesupptagandet och statusgenomgången får ta sin väl tilltagna tid. Det är psykologiskt oerhört viktigt att en huvudvärkspatient kan gå hem med klara lugnande besked. En noggrant tagen huvudvärksanamnes minskar markant behovet av ytterligare utredning för att utsluta sekundära huvudvärksformer.

Översiktsartikelns bakgrund och metod

Utgångsläget för Smetanas översiktsartikel i Archives of Internal Medicine är att den nya huvudvärksklassifikationen förefaller vara ett bra verktyg för huvudvärksspecialister, men kanske ett alltför komplicerat instrument för att användas i primärvårdsläkarens dagliga kliniska arbete. Vidare att det av huvudvärksklassifikationen inte framgår vilka av de föreslagna kliniska symtomen/egenskaperna som är mest värdefulla för differentiering mellan och diagnostisering av olika primära huvudvärksformer.

Målsättningen med artikeln var att bestämma det diagnostiska värdet av anamnestiska uppgifter vid primära huvudvärksformer.

Författaren gjorde en sökning på MEDLINE av engelskspråkiga artiklar som publicerats 1 januari 1966 till 31 maj 1999, varav 85 stycken finns medtagna i författarens referenslista. De sökord som användes inkluderade migrän (migraine), huvudvärk av spänningstyp (tension-type headache), Hortons huvudvärk (cluster headache), kliniska egenskaper (clinical features), symtom (symptoms), anamnes (history), aura (aura), utlösande faktorer (precipitants), triggerfaktorer (trigger), ärftlighet (family history) och åksjuka (motion sickness). Ytterligare artiklar identifierades vid genomgång av tidigare översiktsartiklar, läroböcker och monografier. Artiklarna klassades efter vilka huvudvärkskriterier som använts vid diagnostisering (den nya huvudvärksklassifikationen eller äldre traditionella metoder). Av naturliga skäl kunde författaren vid genomgång av artiklar omfattande en tidsperiod på drygt 33 år inte använda sig av någon enhetlig och specifik diagnostisk standard.

Smetana bestämde att enskilda symtom och anamnestiska uppgifter i de granskade artiklarna skulle utgöra det diagnostiska testet för de primära huvudvärksformerna migrän, huvudvärk av spänningstyp och Hortons huvudvärk [3]. Sensitivitet definierades som andelen patienter som hade en given primär huvudvärksdiagnos med symtomet/egenskapen ifråga. Specificitet definierades som andelen patienter utan den

II Fakta 2

Diagnoskriterier enligt International Headache Society

Migrän utan aura (IHS 1.1)

- A. Åtminstone fem attacker som uppfyller kriterierna B–D krävs.
- B. Huvudvärksattacker som pågår under 4–72 timmar (obehandlade eller icke framgångsrikt behandlade).
- C. Huvudvärk som har åtminstone två av följande kännetecken: 1. Ensidig lokalisering. 2. Pulserande karaktär. 3. Måttlig till svår intensitet (hämmer eller förhindrar dagliga aktiviteter). 4. Försämring av gång i trappor eller motsvarande normal fysisk aktivitet.
- D. Under huvudvärken åtminstone ett av följande: 1. Illamående och/eller kräkningar. 2. Ljus känslighet och ljudkänslighet.
- E. Åtminstone ett av följande: 1. Sjukhistoria, allmän somatisk och neurologisk undersökning tyder inte på något av de sjukdomstillstånd som listas i grupperna 5-11 (Faktaruta 1). 2. Sjukhistoria och/eller allmän somatisk och/eller neurologisk undersökning tyder på ett sådant sjukdomstillstånd, men detta är uteslutet genom lämpliga undersökningar. 3. Ett sådant sjukdomstillstånd finns, men migränattacker uppträder inte för första gången i nära tidsmässigt samband med detta tillstånd.

Migrän med aura (IHS 1.2)

- A. Åtminstone två attacker som uppfyller kriteriet B krävs.
- B. Åtminstone tre av följande fyra kännetecken: 1. Ett eller flera helt reversibla aurasymtom som tyder på fokala hjärnbarks- och/eller hjärnstamsdysfunktion. 2. Åtminstone ett aurasymtom som utvecklas gradvis under mer än fyra minuter eller två eller flera symtom som uppträder efter varandra. 3. Inget enskilt aurasymtom varar mer än 60 minuter. Om mer än ett aurasymtom förekommer kan durationen vara proportionellt ökad. 4. Huvudvärk följer efter auran med ett fritt intervall på mindre än 60 minuter (den kan också börja före eller samtidigt med aurasymtomen).
- C. Åtminstone ett av följande: 1. Sjukhistoria, allmän somatisk och neurologisk undersökning tyder inte på något av de sjukdomstillstånd som listas i grupperna 5-11 (Faktaruta 1). 2. Sjukhistoria och/eller allmän somatisk och/eller neurologisk undersökning tyder på ett sådant sjukdomstillstånd, men detta är uteslutet genom lämpliga undersökningar. 3. Ett sådant sjukdomstillstånd finns, men migränattacker uppträder inte för första gången i nära tidsmässigt samband med detta tillstånd.

Episodisk huvudvärk av spänningstyp (IHS 2.1)

- A. Minst tio tidigare episoder av huvudvärk med följande karaktär, B–D:
- B. Duration 30 minuter–7 dygn (högst 180 dagar/år).
- C. Minst två av följande smärtekaraktäristika: 1. Molande, tryckande (inte pulserande). 2. Lätt till måttlig (kan hämma men inte hindra aktiviteter). 3. Bilateral lokalisering (dubbelsidig). 4. Förvärras inte av trappgång eller måttlig fysisk aktivitet.
- D. Bägge av följande: 1. Inget illamående eller kräkningar (matleda får förekomma). 2. Avsaknad av fotofobi och fonofobi (ettdera får förekomma).
- E. Inte orsakad av somatisk, kranio cerebral sjukdom eller skada.

Hortons huvudvärk med obestämd periodicitet (IHS 3.1)

- A. Åtminstone fem attacker som uppfyller kriterierna B–D.
- B. Svår ensidig smärta i ögat, ovanför ögat och/eller vid tinningen, vilken obehandlad varar mellan 15 och 180 minuter.
- C. Huvudvärken är förenad med åtminstone ett av följande kännetecken, som måste finnas på smärtsidan: 1. Konjunktival kärilinjektion. 2. Tårflöde. 3. Nästäppa. 4. Snuva. 5. Svette i panna och ansikte. 6. Sammandragen pupill. 7. Nedsjunktet ögonlock. 8. Svullnad i ögonlock.
- D. Attackfrekvensen varierar från en varannan dag till åtta per dygn.
- E. Åtminstone ett av följande: 1. Sjukhistoria, allmän somatisk och neurologisk undersökning tyder inte på något av de sjukdomstillstånd som listas i grupperna 5-11 (Faktaruta 1). 2. Sjukhistoria och/eller allmän somatisk och/eller neurologisk undersökning tyder på ett sådant sjukdomstillstånd, men detta kan uteslutas genom lämpliga undersökningar. 3. Ett sådant sjukdomstillstånd finns, men Hortons huvudvärk uppträder inte för första gången i nära tidsmässigt samband med detta tillstånd.

Episodisk Hortons huvudvärk (IHS 3.1.2)

Uppträder i perioder som varar mellan sju dygn och ett år, med mellanliggande remissionsperioder som varar 14 dygn eller längre.

- A. Uppfyller kriterierna för 3.1.
- B. Minst två perioder av huvudvärk (Hortonperioder) som (hos obehandlade patienter) varar från sju dygn till ett år och är åtskilda av remissionsperioder (smärtfria intervall) som varar 14 dygn eller längre.

primära huvudvärksdiagnosen som inte hade symtomet/egenskapen ifråga. För migrän och huvudvärk av spänningstyp förelåg tillräckligt många observationer för att beräkna den positiva respektive negativa sannolikhetskvoten för kliniska egenskaper/symtom och för utlösande faktorer [4, 5]. En positiv kvot, sensitivitet/(1 – specificitet), indikerar en ökad sannolikhet för en viss primär huvudvärksdiagnos om en specifik klinisk egenskap eller ett specifikt symtom finns närvarande. En negativ kvot, (1 – sensitivitet)/specificitet, indikerar en minskad sannolikhet för en viss primär huvudvärks-

diagnos om specifik klinisk egenskap/specifikt kliniskt symtom inte finns närvarande. Konfidensintervall beräknades enligt metod beskriven av Simel och medarbetare [4].

Huvudresultaten

Andelen patienter med diagnosen migrän, enligt International Headache Society (IHS), som hade symtomen/egenskaperna (sensitivitet) ensidig huvudvärk, pulserande karaktär, måttlig till svår intensitet, försämring av normal fysisk aktivitet samt tillhörande symtom som illamående, ljus- och ljudkänslighet

Annons

Annons

Tabell IV. Sensitivitet och specificitet för symtom/egenskaper för migrän enligt International Headache Society jämfört med huvudvärk av spänningstyp samt beräknad positiv sannolikhetskvot [1].

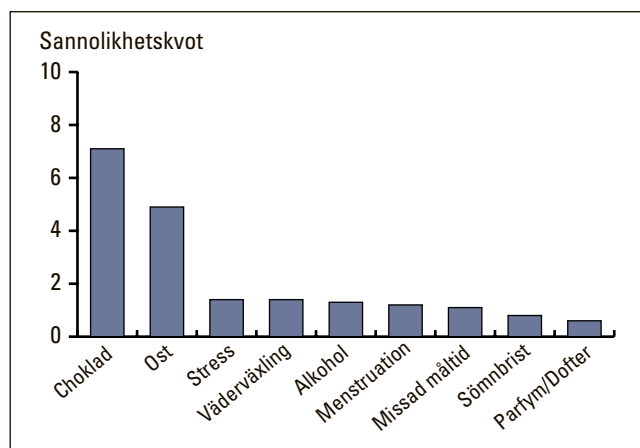
Symtom/egenskap	Sensitivitet	Specificitet	Sannolikhetskvot
Illamående	82 procent	96 procent	23,2
Ljuskänslighet	79 procent	87 procent	6,0
Ljudkänslighet	69 procent	87 procent	5,2
Huvudvärk förstärks av fysisk aktivitet	81 procent	78 procent	3,7
Dunkande/pulserande	76 procent	77 procent	3,3
Halvsidig huvudvärk	66 procent	78 procent	3,1
Duration 4–24 tim.	57 procent	67 procent	1,7
Duration 24–72 tim.	13 procent	91 procent	1,4

anges i Tabell I. I samma tabell anges även andelen patienter utan migrän men med huvudvärk av spänningstyp enligt IHS som inte hade symtomen/egenskaperna ifråga (specificitet).

Mest sensitiva för diagnosen migrän var illamående, försämring av huvudvärken vid normal fysisk aktivitet, ljuskänslighet och dunkande/pulserande kvalitet. Dessa angavs av 82, 81, 79 respektive 76 procent av dem med migrän. Sensitiviteten för ljudkänslighet och halvsidighet var lägre och angavs enbart av 69 respektive 66 procent av de med diagnosen migrän. Illamående, ljus- och ljudkänslighet var de mest specifika symtomen då 96, 87 respektive 87 procent av de med huvudvärk av spänningstyp inte hade dessa symtom. Försämring av huvudvärken vid fysisk ansträngning, den dunkande/pulserande kvaliteten liksom halvsidigheten hade något lägre specificitet, 78, 77 respektive 78 procent av dem med huvudvärk av spänningstyp hade inte dessa symtom. Dessa procentsatser på sensitivitet och specificitet användes för beräkning av den positiva sannolikhetskvoten för diagnosen migrän. Förekomst av illamående (kvot 23,2), ökad känslighet för ljus (kvot 6,0) och ljud (kvot 5,2) talar mest för migrän (Tabell I). Försämring av huvudvärken vid normal fysisk aktivitet (kvot 3,7), dunkande/pulserande kvalitet (kvot 3,3) och halvsidighet (kvot 3,1) var förenade med en något mindre sannolikhet för diagnosen migrän. Intressant nog visade sig den anamnestiska uppgiften om ärftlighet (förekomst av migrän hos nära anhörig) vara förenad med en sensitivitet på 58 procent och en specificitet på 88 procent. Det ger en beräknad positiv sannolikhetskvot på 5,0, vilket gör denna information till en värdefull differentialdiagnostisk uppgift. Betydligt starkare än anamnestiska uppgifter om kräkningsattacker i barndomen (kvot 2,4) och förekomst av åksjuka (kvot 2,2).

Den negativa sannolikhetskvoten för diagnosen migrän var mindre än eller lika med 0,4 för illamående (kvot 0,2), ökad känslighet för ljus (kvot 0,2) och ljud (kvot 0,4), försämring av huvudvärken vid normal fysisk aktivitet (kvot 0,2) och dunkande/pulserande kvalitet (kvot 0,3). Frånvaro av något av dessa symtom talar således mot diagnosen migrän.

Vad gäller utlösande faktorer föreföll de flesta (stress, menstruation, missad måltid, sömnbrist och starka dofter) vara gemensamma för migrän och huvudvärk av spänningstyp, och besatt därför inte något differentialdiagnostiskt värde. Möjligen utgör dietära triggerfaktorer och väderomslag undantag eftersom majoriteten (choklad 95 procent, ost 92 procent, alkohol 77 procent och väderomslag 74 procent) av individerna med huvudvärk av spänningstyp inte angav dessa som huvudvärksutlösande faktorer. Choklad var den mest specifika triggerfaktorn med en beräknad positiv sannolikhetskvot på 7,1 (motsvarande för IHS-diagnostiserade 4,6)



Figur 1. Positiv sannolikhetskvot för diagnosen migrän jämfört med huvudvärk av spänningstyp [3].

för migrändiagnos när individer med migrän jämfördes med individer med huvudvärk av spänningstyp (Figur 1).

Författaren konkluderar att den mest sensitiva egenskapen för migrändiagnos är illamående, förstärkning av huvudvärken vid normal fysisk aktivitet och ökad känslighet för ljus. De mest specifika symtomen för att särskilja migrän från huvudvärk av spänningstyp är illamående, ökad känslighet för ljus och för ljud. Bland aurasymtomen är de visuella fenomenen vanligast, och 84 procent av de med migrän med aura angav denna typ av aurasymtom. Durationen av auran är vanligen kortare än 30 minuter. Migränsjukdomen är tre gånger vanligare bland kvinnor, och mer än hälften uppvisar ärftlighet för migrän. Slutligen drar författaren slutsatsen att Hortons huvudvärk (klusterhuvudvärk) är strikt halvsidig, periorbital hos 80 procent av patienterna och med attacker som varar mindre än en timme hos 54 procent av patienterna.

Kommentar om arbetets betydelse

Den kliniska kunskapen om migränanfallets naturlförlopp är mycket begränsad då de flesta patienter i dagsläget använder symtomlindrande läkemedel. Mycket sällan låter individen anfallet fortgå obehandlat. Det kan därför vara svårt att uttala sig om vad som är äkta migränsymtom under anfallet, och att skilja biverkningar av läkemedelsbehandling från kvarstående symtom av anfallet. Det kliniska intrycket från individer som besväras av migränsjukdomen är att de under prodromalfasen, som kan föregå själva migränanfallet med mer än ett dygn, kan känna mer eller mindre uttalad trötthet, koncentrationssvårigheter, tankeblockad, ökad irritabilitet, begär efter vissa födoämnen, matleda, ökad törst med mera. I frånvaro av aurasymtom börjar därefter migränanfallet med en halvsidig, dunkande/pulserande huvudvärk av hög intensitet, vilken dessutom förvärras av fysisk ansträngning, skakning av huvudet eller Valsalvamanöver. Parallellt med huvudvärken kommer ökad känslighet för ljus och ljud (eventuellt även lukt) samt illamående, vilket kan kulminera i kräkning. Om denna kliniska bild styrks av typiska aurasymtom, periodicitet med normalt status mellan anfallen och en ärftlig belastning föreligger knappast någon tvekan om migrändiagnosen.

Huvudvärk av spänningstyp skiljer sig i flera avseenden från migrän, bland annat genom att det upplevs mer som tryckande eller åtstramande, som ett »pannband runt huvudet« eller en »blymossa«. Värken är normalt inte pulserande och förvärras inte heller av fysisk aktivitet. Huvudvärk av spänningstyp kommer under pågående stress, medan migrän oftast kommer efter stressituationen när man försöker koppla av. Den blir ofta, till skillnad från migrän, bättre under mo-

tionsaktiviteter. Det är emellertid inte ovanligt att patienten, trots lång personlig erfarenhet, har svårt att ge klara besked om vad som händer under huvudvärksepisoderna och om alla symptomens karaktäristika. Därför vore det naturligtvis av stort värde om man kunde bestämma det diagnostiska värdet av enskilda anamnestiska uppgifter vid primära huvudvärksformer, vilket var målsättningen med den aktuella översiktsartikeln.

Naturligtvis frågar man sig vilka svagheter som kan dölja sig i resultaten av en metaanalys av uppgifter som vaskats fram ur publikationer omfattande en tidsperiod på drygt 30 år. Vilken validitet besitter uppgifterna? I de flesta fall är informationen retrospektiv genom att man helt enkelt har samlat in uppgifter från huvudvärkspatienter om egenskaper, symptom, utlösande faktorer med mera utan att närmare försöka kontrollera giltigheten. Man slås av det faktum att i denna typ av undersökningar kommer även en »myt«, förutsatt att den omnämns tillräckligt ofta, att tillmätas lika stort värde som en rad »sanna« observationer. Ett exempel på detta utgör uppgiften om att choklad är en utlösande faktor för migränanfall. Enligt denna översiktsartikel skulle choklad dessutom vara den utlösande faktor som bäst diskriminerar migrän mot huvudvärk av spänningstyp. Detta trots att man i en klinisk kontrollerad undersökning inte kunde bekräfta att choklad är en utlösande faktor för migränanfall hos migräniker som angivit att så skulle vara fallet [6]. Mot denna bakgrund bör man kanske bedöma uppgifterna om de migränutlösande faktorerna med en viss försiktighet. I en dansk epidemiologisk undersökning fann man att huvudvärk av spänningstyp utlöstes av stress, mental spänning och trötthet. Vidare att enbart hos individer med migrän hade episoder med huvudvärk av spänningstyp triggats igång av alkohol, lagrad/övermogen ost, choklad eller fysisk ansträngning [2]. Kanske rörde det sig här i själva verket om »migränanfall« som mer liknade huvudvärk av spänningstyp än migrän?

Författaren har valt att inte utvärdera betydelsen av huvudvärkens intensitet vid respektive huvudvärkstillstånd. Orsaken till detta kan vara att huvudvärkens intensitet inte ingår som ett obligat symptom i den internationella klassifikationen för migrän samt att man i några undersökningar haft svårt att visa att migräniker anger en intensivare och mer smärtsam huvudvärk än de som har huvudvärk av spänningstyp [2]. Emellertid kvarstår det kliniska intrycket att hos individer som besväras av båda huvudvärkstyperna så anges migränanfallen som mer invalidiserande och migränsmärtan som mer intensiv jämfört med huvudvärk av spänningstyp.

Utöver det här redovisade innehållet ur den aktuella översiktsartikeln av Smetana finns i artikeln ytterligare intressant information om migrän, huvudvärk av spänningstyp och Hortons huvudvärk (klusterhuvudvärk) med motsvarande referenser, vilket gör den mycket läsvärd.

Referenser

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;7:1-96.
2. Ulrich V, Russell MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. *Pain* 1996;67(2-3):501-6.
3. Smetana GW. The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes: a comprehensive review. *Arch Intern Med* 2000;160(18):2729-37.
4. Simel DL, Samsa GP, Matchar DB. Likelihood ratios with confidence: sample size estimation for diagnostic test studies. *J Clin Epidemiol* 1991;44(8):763-70.
5. Taube A, Malmquist J. Räkna med vad du tror. Bayes' sats i diagnostiken. *Läkartidningen* 2001;98(24):2910-3.
6. Marcus DA, Scharff L, Turk D, Gourley LM. A double-blind provocative study of chocolate as a trigger of headache. *Cephalalgia* 1997;17(8):855-62

Inbjudan till Läkartidningens läsare och skribenter!

Välkomna till prisutdelningen för bästa artiklar publicerade i LT år 2001.

Möt pristagare, jury samt Läkartidningens redaktion under festliga former på Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm, torsdagen den 14 februari.

Program

17.30–18.00
Samling med drink och lätt förtäring.

18.00–19.30
Presentation av tävlingen.
Samtida musik av Hans Persson och Staffan Lang.
Presentation av pristagarna
»Att skriva vetenskap på svenska« – Karin Wahlberg (gynekolog och känd deckarförfattare).

19.30–ca 21.00
Middag (föranmälan).

Föranmälan

(senast den 7 februari)

Till buffén före prisutdelningen till
inga-maj.lagerholm@lakartidningen.se

Till middagen (150 kr) direkt till Läkaresällskapet
gunilla.karlsson@svls.se

Väl mött på Sällskapet den 14:e februari!

Josef Milerad
medicinsk chefredaktör

Marianne Kronberg
chefredaktör