

KRONISK DAGLIG HUVUDVÄRK – ETT FOLKHÄLSOPROBLEM

Kronisk daglig huvudvärk är vanligt bland den svenska befolkningen: en av tjugofem personer beräknas vara drabbad. Det humanitära lidandet är stort, men med bl a avslappningsträning och stresshantering kan många få hjälp.



MATTIAS LINDE, med dr, specialläkare neurologi

mattias.linde@neuro.gu.se

EMMA NORDLANDER, leg sjukgymnast; båda Cephelea Huvudvärkscentrum, Göteborg

JANE CARLSSON, professor, leg sjukgymnast; samtliga institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

Kronisk daglig huvudvärk är ett samlingsbegrepp som traditionellt används för huvudvärkstillstånd som föreligger minst 15 dagar i månaden sedan minst 3 månader. Flera samstämmiga, befolkningsbaserade epidemiologiska studier visar att 1-årsprevalensen är omkring 4 procent, motsvarande 1 per 25 vuxna individer.

Specifika data om förekomsten av kronisk daglig huvudvärk saknas från Sverige, men baserat på bl a danska och norska undersökningar är vår försiktiga bedömning att 360 000 svenskar är drabbade [1-7].

Diagnossystemet »The International Classification of Headache Disorders« (ICHD) betraktas som det enskilt viktigaste dokumentet för dem som är kliniskt och vetenskapligt aktiva inom huvudvärksområdet. ICHD har under de senaste två decennierna bidragit till nya kunskaper om underliggande sjukdomsmekanismer och – viktigare för den drabbade – stora behandlingsframsteg. I den första reviderade utgåvan (ICHD-II) som publicerades häromåret separeras bättre mellan olika typer av kronisk daglig huvudvärk [8]. Budskapet är tydligt även i ICHD-II: kronisk daglig huvudvärk skall inte användas som specifik diagnos. I stället skall man subklassificera patientens sjukdomsbild utifrån anamnestiska data till någon av de kategorier som listas i Tabell I.

I denna artikel har vi valt att gå närmare in på de fyra första tillstånden med långvarig duration (enligt Tabell I). Anledningen är att de två första är mycket vanliga och att de två följande introduceras i ICHD-II för första gången, därmed är de fortfarande okända för flertalet svenska läkare. Primär huggande huvudvärk är visserligen vanlig men i regel föga besvärande och möjlig att förebygga framgångsrikt med indometacin. Hemicrania continua är sällsynt och per definition väl behandlingsbar med indometacin.

Anamnesen är avgörande för korrekt diagnostik av alla huvudvärkssyndrom, inte minst kronisk daglig huvudvärk. Idealliskt i detta syfte, och även för att underlätta senare utvärdering, är att patienten i en dagbok dokumenterar huvudvärksintensiteten (genomsnittlig eller maximal dagligen) och antalet doser av akut medicinering. Vi har utvecklat en praktisk sådan kalender baserad på visuella analogskalor. Ytan under den re-

TABELL I. Översikt av tillstånd som ingår i samlingsbegreppet kronisk daglig huvudvärk.

Typ av kronisk daglig huvudvärk	1-årsprevalens, %
<i>Duration ≥4 timmar</i>	
Kronisk huvudvärk av spänningstyp	3
Huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning	1
Kronisk migrän	Data saknas
Ny daglig ihållande huvudvärk	Data saknas
Hemicrania continua	Data saknas
Kronisk posttraumatisk huvudvärk	Data saknas
<i>Kortvariga</i>	
Kronisk Hortons huvudvärk	0,01
Kronisk paroxysmal hemikrani	Data saknas
SUNCT ¹	Data saknas
Hypnisk huvudvärk	Data saknas
Primär huggande huvudvärk	2

¹ Kortvarig, ensidig, neuralgiliknande huvudvärksattack med konjunkival kärlinjektion och tårflöde

sulterande kurvan visar snabbt meningsfulla variationer i patientens upplevelse (Figur 1).

Kronisk huvudvärk av spänningstyp

Av alla former av kronisk daglig huvudvärk är kronisk huvudvärk av spänningstyp (ICHD-II, kod 2.3) vanligast. Omkring 3 procent av befolkningen är drabbad, oftare kvinnor än män. En majoritet har i barndomen besvärats av s k episodisk huvudvärk av spänningstyp. Transformeringsen sker oftast under andra levnadsdecenniet [4, 9, 10].

För att i första hand differentiera mot migrän bygger diagnostiken av huvudvärk av spänningstyp till stor del på negativa kriterier (Fakta 1) [8]. Hos de allra flesta med kronisk huvudvärk av spänningstyp är värken inte svår. Diagnosen kan ställas

SAMMANFATTAT

Över 300 000 svenskar beräknas ha kronisk daglig huvudvärk.

Kronisk daglig huvudvärk är en grupp av diagnoser av vilka de vanligaste är kronisk huvudvärk av spänningstyp, kronisk migrän och huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning.

Många personer med migrän återhämtar sig inte mellan anfallen, ofta på grund av kronisk migrän.

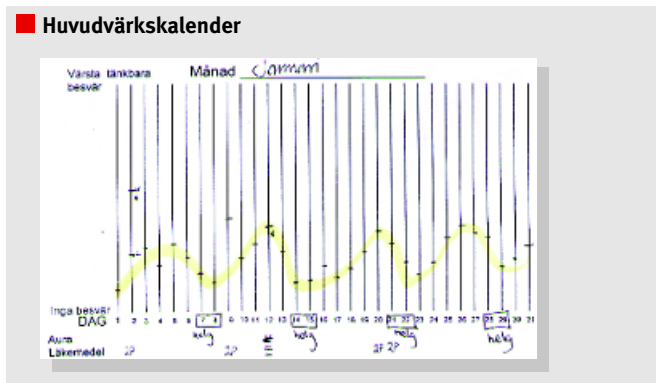
En ny form av kronisk daglig huvudvärk har definierats (ny daglig ihållande huvudvärk), och vi presenterar här den första serien svenska patienter.

Huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning kan debutera redan i småbarnsåldern.

Triptaner är mer benägna än äldre typer av mediciner att orsaka huvudvärk vid överanvändning.

Nyckeln till framgångrik läkemedelsavgiftning är att odla patientens motivation och insikt.

Behandling av kronisk daglig huvudvärk innefattar avslappningsträning och råd om stresshantering, gärna via sjukgymnast.



Figur 1. Typisk huvudvärkskalender (enligt mall vid Cephelea Huvudvärkscentrum, Göteborg) för kvinna med kronisk daglig huvudvärk. Notera försämring under vardagar.

trots förekomst av ett lätt illamående, vilket inte anses kunna föreligga vid episodisk huvudvärk av spänningstyp. Den väsentligaste skillnaden mellan episodisk och kronisk huvudvärk av spänningstyp är emellertid frekvensen. Vid den kroniska formen noteras i prospektiva dagböcker oftast 23–30 huvudvärksdagar/månad, dvs dagligen eller nästan dagligen. Två tredjedelar av patienterna anger frontotemporal lokalisation. I likhet med förhållandet vid andra kroniska smärtsyndrom föreligger depression och ångest onormalt ofta [11–13].

Patofysiologin anses vara en komplex interaktion mellan genetiska mekanismer och bl a psykosociala omgivningsfaktorer. Stress och mental anspänning är visserligen vanliga accentuerande faktorer, men sannolikt inte själva grundorsaken. Neurofysiologiskt har kolleger på Dansk Hovedpinecenter i Glostrup visat generellt sänkta smärtrösklar för bl a tryck och värme i hela kroppen hos personer med kronisk huvudvärk av spänningstyp men inte hos dem med episodisk.

Detta ger stöd för sensitisering av centrala nervsystemet under själva transformeringen mellan tillstånden. Muskulatur och nervsystem samspelar i varierande utsträckning från fall till fall. Nociceptiva andragsgradsneuron i trigeminuskärnan tar emot afferent flöde både från smärtekänsliga strukturer intrakraniellt och från kraniocervikal muskulatur. En funktionsstörning i tugg- och nackmuskulatur och/eller käkled kan därmed bidra till central sensitisering. Man har vid episodisk huvudvärk av spänningstyp visat att volontär sammanbitning av käkarna (en tiondel av maximal EMG-signal) leder till centralnervös påverkan med sänkt smärttolerans jämfört med kontroller.

Vid kronisk huvudvärk av spänningstyp föreligger palpationsömheter i perikraniell muskulatur oftare än vid både den episodiska varianten och migrän. Dessutom är ökad konsistens och stramhet i kraniocervikal muskulatur inklusive tuggapparat vanligt vid manuell palpation. Varken EMG (elektromyografi), laktatmätningar eller inflammationsmarkörer i ömma punkter har visat konsekventa avvikelser [14, 15].

Stora randomiserade och placebokontrollerade behandlingsstudier saknas vid kronisk huvudvärk av spänningstyp, och evidensgraden för terapirekommendationer är därmed generellt låg (Tabell II). Regelbunden analgetikaanvändning skall undvikas (se nedan) [17].

För att på kort sikt lindra bör icke-farmakologisk behandling med hjälp av sjukgymnast (fysioterapi) prövas [16]. Effekten av fysioterapi var i en studie bättre vid kronisk än vid episodisk huvudvärk av spänningstyp [18]. I en nyligen publicerad, större studie av fysioterapi mot kronisk huvudvärk av spänningstyp utförd inom primärvården i Göteborg fann man fler huvud-

FAKTA 1. Diagnoskriterier

Diagnoskriterier för kronisk huvudvärk av spänningstyp och ny daglig ihållande huvudvärk, enligt ICHD-II (International Classification of Headache Disorders) [8]

- Uppträder ≥ 15 dagar/månad i genomsnitt under > 3 månader (≥ 180 dagar/år)
- Varar alltifrån timmar till att vara kontinuerlig
- Huvudvärk med åtminstone två av följande:
 - Dubbelsidig lokalisation
 - Molande/tryckande karaktär (ej pulserande)
 - Lätt eller måttlig intensitet
 - Ingen försämring av fysisk aktivitet
- Under huvudvärken bägge av följande:
 - Varken medelsvårt/svårt illamående eller kräkningar
 - Högst endera av ljuskänslighet, ljudkänslighet eller lätt illamående
- Huvudvärken förklaras inte av annat sjukdomstillstånd

Diagnostiseras som ny daglig ihållande huvudvärk om kronisk inom 3 dagar från debuten, annars som kronisk huvudvärk av spänningstyp
Definitiv diagnos kan ställas bara om patienten avgiftat sig från analgetika

värksfria intervall efter avslappningsträning än efter såväl fysisk träning som akupunktur [19]. Hos barn kan avslappningssträningen med fördel läras ut av en skolsköterska [20]. I komplicerade fall av kronisk huvudvärk av spänningstyp bör bettfysiologi konsulteras.

Som långtidsprofylax har farmakologisk behandling med amitriptylin i särklass bäst dokumenterad effekt mot kronisk huvudvärk av spänningstyp. Andrahandsvalet är mirtazapin. Båda alternativen ges till kvällen och trappas långsamt upp till högsta möjliga tolererbara dos [21, 22].

Ny daglig ihållande huvudvärk

En inte helt sällsynt typ av kronisk daglig huvudvärk, som fortfarande är okänd för många svenska läkare, är s k ny daglig ihållande huvudvärk (ICHD-II, kod 4.8). Tillståndet kallades tidigare de novo kronisk daglig huvudvärk. Manifestationerna påminner om kronisk huvudvärk av spänningstyp (Fakta 1), i vissa fall omväxlande med symtom som vid migrän.

Ny daglig ihållande huvudvärk anses dock vara en entitet skild från kronisk huvudvärk av spänningstyp, baserat på bl a den snabba debuten [8, 23]. Enligt ICHD-II skall huvudvärken

TABELL II. Översikt över behandling vid kronisk huvudvärk av spänningstyp (efter Peatfield och Edmeads [16]).

Behandling	Evidensgrund
Akut	
Minska analgetika < 10 – 15 dagar/månad	++++
Avslappning	++
Lokal värme/kyla eller massage	(+)
Profylax	
Amitriptylin	++++
Avslappning och/eller biofeedback	+
Muskelrelaxantia	(+)
Akutupunktur	(+)
Botulinumtoxin	(+)
Manipulationsbehandling	(+)

TABELL III. Presentation av patienter med ny daglig ihållande huvudvärk vid Cephalea Huvudvärkscentrum i Göteborg. Rapporterade symtom syftar på dagarna före debut av huvudvärken.

Debutålder	Kön	Psykisk stress	Fysisk stress	Infektionssymtom	Annat
9	K			Förkylning/sinuit	
16	M				
17	K			Förkylning	Bells pares
17	K	Pojkvännen gjorde slut		Förkylning	
27	K			Halsinfektion	
34	K	Depression (slutenvård)	Hårdträning + självsvalt		
35	K	Kurs på nytt jobb			
43	M	Julafton efter extremt arbete			
45	M				
47	K		Gonadotropinbehandling		Bröstcancer vid 45 års ålder
48	K				
49	M	Stresskollaps på chefsjobb	Intensiv husrenovering	Krasslig	
49	M	Brodern omkom tragiskt			
53	M			Förkylning, halsont	
56	M	Grav hypersomni			Modafinil sedan 2 veckor
58	M	Grav insomni	Minuter efter ljusterapi		Melatonin sedan 6 månader

kronifieras inom tre dygn från första upplevelsen, men besynnerligt nog kan patienterna vanligen beskriva en betydligt mer distinkt inledning – ibland klockslaget – av kronisk daglig huvudvärk från att tidigare i livet »aldrig« ha besvärats av huvudvärk.

1-årsprevalensen i normalbefolkningen är okänd, men vanligen rör det sig om vuxna personer. Män och kvinnor drabbas lika ofta. Etiologin är okänd, men eftersom en tredjedel minns en influensaliknande upplevelse under debuten misstänker man immunologiska mekanismer.

Innan diagnosen ställs skall man med lämpliga undersökningar ha uteslutit högt eller lågt intrakraniellt tryck och virus-betagen huvudvärk.

Behandlingen är empirisk. Huvudvärksspecialister väljer vanligen i första hand amitriptylin. Prognosen är oviss trots aktiv behandling. Hos en majoritet (86 procent) av patienterna går huvudvärken i regress inom 2 år, men hos de övriga är den envist terapirefraktär, och dessa patienter betraktas ofta som den mest svårbehandlade kategorin av huvudvärkspatienter [24].

Eget patientmaterial. Vi presenterar här kortfattat en fallserie (Tabell III) av patienter med ny daglig ihållande huvudvärk, eftersom detta oss veterligen inte tidigare gjorts i Sverige. Gruppen härrör från ett selekterat patientunderlag vid Cephalea Huvudvärkscentrum i Göteborg, dit patienter i stor utsträckning remitteras från andra neurologer i landet. Under de senaste tre åren har prevalensen av ny daglig ihållande huvudvärk varit 0,6 procent bland nya patienter, närmare bestämt 16 personer (könsfördelning 1:1).

Medianåldern vid debut var 44 år. Sex personer kunde retrospektivt ange infektionsliknande känsla vid debuten i termer av att de kände sig krassliga med halsont, förkylning eller ont i bihålorna. Hos en flicka i tonåren förekom dessutom perifer facialispares utan patologiska fynd i en omfattande laboratorieutredning inklusive likvoranalys.

Närmare varannan person levde vid debuten under en för dem exceptionellt hård psykisk stress (nära anhörigas dödsfall etc) och ibland även fysisk stress (bröstcancerbehandling, hård fysisk träning etc). Anmärkningsvärt är att två män i samma ålder behandlades för grav sömnstörning. Den ene hade 2 veckor före debuten påbörjat behandling med modafinil mot hypersomni. Den andre mannen, som sedan ett halvår behand-

lats med melatonin på grund av insomni, var vid den abrupta debuten av huvudvärken på väg till spårvagnen utanför sömnklinikerna där han erhållit ljusbehandling. Det är i dessa fall rimligt att misstänka en hypotalamisk dysfunktion såsom påvisats vid Hortons huvudvärk.

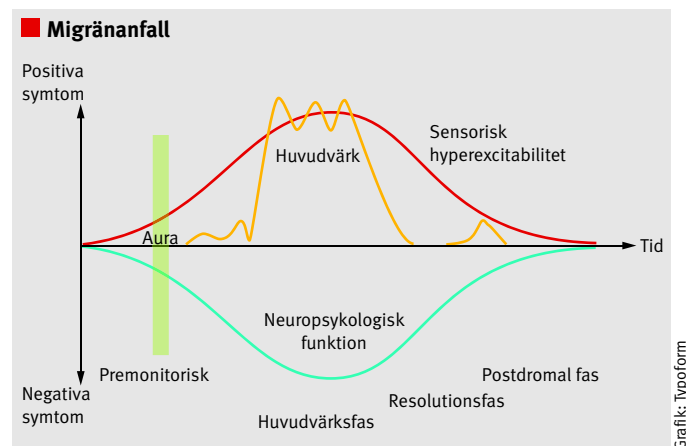
Kronisk migrän

Kronisk migrän (ICHD-II, kod 1.5.1) är en ny entitet i ICHD-II, klassificerad som en komplikation till migrän. Tillståndet definieras som migrän utan aura under minst hälften av månadens dagar sedan mer än ett kvartal utan överanvändning av akuta läkemedel [8]. Både vuxna och barn kan drabbas [25]. Epidemiologiska studier saknas fortfarande.

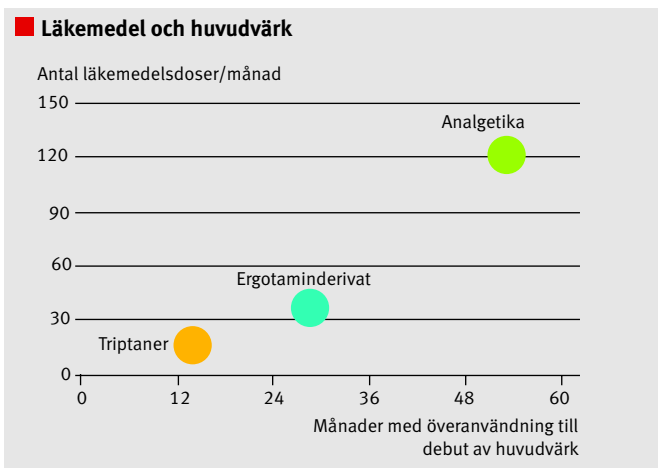
På Cephalea Huvudvärkscentrum hade 1 av 200 patienter med migrän subtypen kronisk migrän (1/2 003, 91 procent kvinnor). En kvalificerad gissning är att prevalensen bland svenska genomsnittsmigräniker är av samma storleksordning. Detta baseras på en befolkningsbaserad (n=423) undersökning där 10 procent rapporterade fyra anfall i månaden, 6 procent en anfallsduration ≥ 72 timmar och 9 procent utebliven återhämtning interiktalt [26].

Den totala symtomdurationen vid episodisk migrän är dessutom oftast längre än huvudvärksfasen (Figur 2).

När kronicitet utvecklas förlorar huvudvärken inte bara



Figur 2. Migränanfallens dynamik. Notera att huvudvärksfasen utgör endast en del av den totala symtomdurationen (efter Linde [27]).



Figur 3. Triptaner leder till sk huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning efter kortare tid och med färre dostillfällen än analgetika och ergotaminderivat (efter Diener och Silberstein [54]).

sitt attackvisa uppträdande, utan ibland även sin migränoida karaktär. Nuvarande diagnoskriterier har därför kritiserats för att vara alltför snäva med låg sensitivitet som följd [28, 29].

Patofysiologin baseras på en predisposition för migrän utan aura [27]. Frekvent medicinering är den vanligaste orsaken till att episodisk migrän transformeras till kronisk daglig huvudvärk (se nedan). I regel reverseras detta av avgiftning. Vid kronisk migrän gäller inte detta. Drabbade personer förbättras antingen inte av avgiftning eller överanvänder inte farmaka. Flera mekanismer kan spela in såsom central sensitisering och/eller desinhibition av inkommande sensoriska impulser [30-33]. Hos vissa patienter återgår sjukdomsbilden spontant till vanlig episodisk migrän, men naturalförloppet vid kronisk migrän är fortfarande dåligt känt.

Den europeiska behandlingsmodellen är att i första hand begränsa all symtomatisk, akut medicinering under två månader. Det är under denna period viktigt att i dialog med patienten identifiera fysiska och psykologiska faktorer som kan trigga migrän och nociceptivt inflöde eller som hämmar central smärtinhibition. Vid utebliven förbättring sätter man in farmakologisk profylax. I brist på väldesignade, dubbelblindade studier vid kronisk migrän följer man riktlinjer som gäller för vanlig episodisk migrän, vad gäller både profylaktisk medicinering och andra förebyggande behandlingar [29, 34].

Eftersom läkemedelsprofylax är otillräcklig och/eller inte tolererad av ett flertal patienter, bör man rutinmässigt överväga icke-farmakologisk profylax som komplement eller i monoterapi [35]. Vissa personer, inte minst barn och tonåringar, behöver regelbunden kontakt med en professionell terapeut för att få uppmuntran och tekniktips. I Sverige rör det sig ofta om intresserade sjukgymnaster. De terapimetoder som är bäst dokumenterade mot migrän kallas med ett gemensamt uttryck beteendeterapi, och de tillhör kategorierna avslappning, kognitiv beteendeterapi (ofta kallad stresshantering) eller biofeedback.

Avslappningstekniker inkluderar progressiv muskelavslappning, autogen träning och meditation. Viktigast är att man övar dagligen i sin vanliga miljö. Biofeedback syftar vanligen på elektronisk apparatur, som ger patienten information om fysiologiska processer, t ex muskelkontraktion. Detta används på de flesta specialiserade huvudvärkskliniker, hos oss i form av EMG. Ett flertal studier har visat effekt mot migrän. Som tillägg till profylaktisk medicinering beräknas det förbät-

»Anamnesen är avgörande för korrekt diagnostik av alla huvudvärkssyndrom, inte minst kronisk daglig huvudvärk.«

ra effekten med uppemot 20 procent. Man har försökt utreda mekanismerna bakom beteendeterapier mot migrän, dock utan större framgång. Effekten är ofta i nivå med de vanligast förekommande medicinerna, och ingen metod är tydligt överlägsen någon annan [35-40].

Ett begränsat antal kontrollerade, högkvalitativa studier av akupunktur mot migrän antyder ekvipotens med profylaktisk medicinering, men högre tolerabilitet. En metaanalys är inte genomförbar på grund av heterogena data, och evidensgraden är låg [41-44].

Kunskapen om sambanden mellan huvudvärk och utövande av fysisk aktivitet är begränsad. I en tysk undersökning hade patienter med olika former av huvudvärk signifikant sämre kondition (aerobisk uthållighet) än friska kontroller [45]. Fysisk aktivitet har hävdats kunna vara en metod att förebygga migrän med färre och lindrigare anfall som resultat [46, 47]. I små studier av begränsad kvalitet rapporteras att metoden minskar intensitet, frekvens och duration av migrän samt ökar patienternas välbefinnande [48-50]. En svårighet med fysisk träning som migränprofylax är att såväl huvudvärk av spänningstyp som migrän kan induceras av fysisk aktivitet [51-53]. Vi genomför för närvarande dels en randomiserad, kontrollerad studie av fysisk träning som profylax mot frekvent migrän, dels en epidemiologisk undersökning av den fysiska aktivitetsgraden i relation till förekomst och frekvens av migrän.

Huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning

Patienter med kronisk daglig huvudvärk och akutläkemedel ≥ 10 dagar i månaden skall misstänkas ha huvudvärk inducerad av läkemedelsöveranvändning (ICHD-II, kod 8.2) (Fakta 2) [8]. »Primär« kronisk daglig huvudvärk som beskrivits ovan kan diagnostiseras först om patienten i 2 månaders tid begränsat antalet dagar med akutläkemedel utan att någon förbättring uppnåtts.

Säker eller sannolik huvudvärk av läkemedelsöveranvänd-

FAKTA 2. Diagnoskriterier

Diagnoskriterier för säker och sannolik huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning, enligt ICHD-II (International Classification of Headache Disorders) [8]

Säker huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning

- Huvudvärk ≥ 15 dagar/månad och som uppfyller C och D nedan
- Akutläkemedel används ≥ 10 dagar/månad sedan ≥ 3 månader (hårdare krav för enkla analgetika: ≥ 15 dagar/månad sedan > 3 månader)
- Huvudvärken har utvecklats/försämrats under överanvändningen
- Huvudvärken försvinner eller återgår i tidigare mönster inom 2 månader efter inledd avgiftning

Sannolik huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning

- Huvudvärk som uppfyller A-C ovan
- Ett av följande:
 - Avgiftning ännu inte påbörjad
 - Avgiftning pågår sedan < 2 månader

»Migrän är en riskfaktor för huvudvärk inducerad av läkemedelsöveranvändning.«

ning förekommer hos 1 procent i normalbefolkningen och kan debutera vid 4 års ålder. Hos amerikanska familjeläkare är det den tredje vanligaste huvudvärkskategorin [1-3, 7]. På Cephalaea Huvudvärkscentrum har var femte patient huvudvärk som säkert eller sannolikt inducerats av läkemedelsöveranvändning.

Huvudvärken är oftast manifest vid uppvaknandet. Lokaliseringen är ofta diffus och bilateral men kan anta migränoid karaktär. Intensiteten hålls låg till måttlig så länge akutläkemedel överanvänds [54, 55].

Hos personer med episodisk huvudvärk har all akut anfallsopererande medicin potential att generera huvudvärk. Man har nyligen funnit att det sker vid färre doseringstillfällen och efter kortare tid med triptaner än med äldre och billigare läkemedelsalternativ (Figur 3) [54, 56-59].

Migrän är en riskfaktor för huvudvärk inducerad av läkemedelsöveranvändning. I en stor kohort patienter med migrän var incidensen 14 procent per år. Kronisk, frekvent användning av samma läkemedel ger inte huvudvärk hos personer utan primär huvudvärk i anamnesen. Andra predisponerande faktorer är kvinnligt kön, polyfarmaci och frekvent medicinering [7, 54, 60]. Patofysiologin är inte klarlagd. Regelbunden exponering för en substans förändrar neuronala receptorer uttryck och aktiveringströsklar. På råttan in vivo sker detta inom ett par dygn under exponering för triptaner. På människa fann vi att triptaner inducerar allodyni med sänkta smärtrösklar redan vid akut behandling [54, 61-63]. Med tilltagande frekvens migränanfall och ökande antal doser akutläkemedel lagras alltmer järn i periakveduktala grå substansen (PAG, periaqueductal grey), som länkar hjärnstammen med limbiska systemet och som har en nyckelfunktion i central reglering av trigeminskärnan [64]. Till dessa tänkbara mekanismer kommer ett eventuellt fysiskt beroende (opioidbruk) och psykologiska faktorer.

Huvudvärksavbrytande behandling har starkt positiv be-

tingande effekt. Den vanliga uppfattningen att behandlingen inte fungerar sent i förloppet bidrar. Personer behandlar sig ofta för säkerhets skull av oro för att annars inte klara av sina dagliga sysslor [54, 55, 65, 66].

Behandlingen av huvudvärk vid läkemedelsöveranvändning bygger på att motivera och underlätta för patienten att genomföra avgiftning i högsta möjliga tempo som patienten orkar med. De flesta patienter föredrar att i sin vardagsmiljö, utan sjukskrivning, genomföra en successiv uttrappning till under 10 dagar per månad med akutläkemedel. Typiska utsättnings-symtom såsom accentuerad huvudvärk, ångest och hjärtklappning är mindre markanta vid successiv avgiftning och avklingning är vanlig efter några dagar [54, 55, 67].

Nya studier har visat att information till patienten är det enda som krävs av läkaren. Ett personligt brev kan räcka. Man har inte uppnått bättre resultat genom större och kostnadskrävande avgiftningsprogram med sjukhusvård, prednisolonkur, parenteral vätskebehandling etc [68, 69]. Konsensus saknas för huruvida man skall sätta in läkemedelsprofylax direkt. Traditionellt anses effekten inte vara god innan patienten är avgiftad [70].

Vi brukar erbjuda förebyggande medicinering med i första hand amitriptylin till dem som inte orkar med avgiftning eller som inte har förbättrats. Man har visat bättre långtidsresultat (färre dagar med huvudvärk och färre recidiv) vid 3-årsuppföljning hos patienter som förutom farmakologisk profylax även behandlats med biofeedback och avslappningsträning [71]. En sjukgymnast bör därför rutinmässigt konsulteras. Patienter som inte förbättras skall utredas vidare avseende symtomatisk huvudvärk.

För att efter lyckad avgiftning undvika recidiv i huvudvärk av läkemedelsöveranvändning skall man informera patienten om att tidig behandling vid migrän inte är nödvändig. Åtminstone ett triptanmedel är effektivt även sent i förloppet vid högre smärtintensitet, under förutsättning att det inte tas i tablettform [72]. Återfallsfrekvensen i huvudvärk inducerad av läkemedelsöveranvändning är 40 procent på 5 år, de flesta återfall sker under första året. Det är därför lämpligt med ett eller flera återbesök under det första året [73, 74].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Colas R, Munoz P, Temprano R, Gomez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology*. 2004;62(8):1338-42.
- Hershey A, Kabbouche M, Powers S. Chronic daily headaches in children. *Curr Pain Headache Rep*. 2006;10(5):370-6.
- Zwart J, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Holmen J. Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse headache: the Head-HUNT Study. *Neurology*. 2003;61(2):160-4.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:1-160.
- Ashina S, Bendtsen L, Ashina M, Magerl W, Jensen R. Generalized hyperalgesia in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2006;26(8):940-8.
- Söderberg E, Carlsson J, Stener-Victorin E. Chronic tension-type headache treated with acupuncture, physical training and relaxation training. Between-group differences. *Cephalalgia*. 2006;26(11):1320-9.
- Larsson B, Carlsson J. A school-based, nurse-administered relaxation training for children with chronic tension-type headache. *J Pediatr Psychol*. 1996;21(5):603-14.
- Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Amitriptyline, a combined serotonin and noradrenergic re-uptake inhibitor, reduces exteroceptive suppression of temporal muscle activity in patients with chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61(3):285-90.
- Linde M, Dahlöf C. Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs. A nationwide, population-based survey in Sweden. *Cephalalgia*. 2004;24:455-65.
- Linde M. Migraine: a review and future directions for treatment. *Acta Neurol Scand*. 2006;114(2):71-83.
- De Marinis M, Pujia A, Colaizzo E, Accornero N. The blink reflex in »chronic migraine«. *Clin Neurophysiol*. 2007;118(2):457-63.
- Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby P, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2006;13(6):560-72.
- McGrath P, Holroyd K, Sorbi M. Psychological and behavioral treatments of migraine. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch K, editors. *The headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 371-8.
- Larsson B, Carlsson J, Fichtel Å, Melin L. Relaxation treatment of adolescent headache sufferers: Results from a school-based replication series. *Headache*. 2005;45:692-704.
- Marcus D, Scharff L, Mercer S, Turk D. Nonpharmacological treatment of migraine: incremental utility of physical therapy with relaxation and thermal feedback. *Cephalalgia*. 1998;18:266-72.
- Welch K, Nagesh V, Rozell K. Functional MRI of chronic daily headache. *Cephalalgia*. 1999;19:462-3.
- Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Probable medication-overuse headache: the effect of a 2-month drug-free period. *Neurology*. 2006;66(12):1894-8.
- Rossi P, Di Lorenzo C, Faroni J, Cesarino F, Nappi G. Advice alone vs. structured detoxification programmes for medication overuse headache: a prospective, randomized, open-label trial in transformed migraine patients with low medical needs. *Cephalalgia*. 2006;26(9):1097-105.
- Grazzi L, Andrasik F, D'Amico D, Leone M, Usai S, Kass S, et al. Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: outcome at 3 years. *Headache*. 2002;42(6):483-90.
- Linde M, Mellberg A, Dahlöf C. Subcutaneous sumatriptan provides symptomatic relief at any pain intensity or time during the migraine attack. *Cephalalgia*. 2006;26:113-21.