

De fleste kan tolerere litt hodepine av og til, men for enkelte kan hodesmerter formørke tilværelsen totalt

«Bare» hodepine – store plager

Vondt i hodet er en vanlig plage, og de fleste har erfaringer med fenomenet. Tall fra Norge tyder på at 2 % av den voksne befolkning har kronisk hodepine, dvs. mer enn 14 dager per måned (1). Troen på at «hodepine er hodepine er hodepine» synes å være gjengs, nærmest som om plagene er de samme hos alle og at det bare er «plinglene» som trenger sykmelding. Men hodepine er mangfoldig i fremtreden, alvorlighetsgrad, ledsagerfenomener og bakenforliggende årsaker.

Hvis du spør en kontorsekretær om hodepine kan stamme fra nakken, vil nok vedkommende svare ja. Etter noen timer foran dataskjermen med hodet i samme stilling og med hender og skuldrer hevet, vil nakken ofte bli stiv og hodepinen melde seg etter hvert. Til tross for denne vanlige observasjonen har hodepine med utspring i nakken vært lite omtalt i medisinsk litteratur. Det er derfor prisverdig at Dalius Bansevicius & Rolf Salvesen i dette nummer av Tidsskriftet presenterer denne hodepineformen (2). Ottar Sjaastad, norsk hodepineforsknings grand old man, beskrev symptombildet ved cervikogen hodepine i 1983 (3). Senere har diskusjonen, ikke minst om årsaksfaktorene, gått høyt.

Sjaastad har satt spor etter seg internasjonalt ved sine beskrivelser av ulike hodepineformer. Kronisk paroksysmal hemikrani (Sjaastads syndrom) (4) og hemicrania continua (5) er begge kjennetegnet ved at indometacin gir full smertelindring. Personer som har hatt invalidiserende plager i en årrekke, oppnår total smertelindring ved hjelp av ett bestemt ikke-steroid antiinflammatorisk middel, mens nær beslektede legemidler er nesten uten effekt. Senere kom beskrivelsen av det mer «spektakulære» SUNCT-syndromet (short-lasting, unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing), et syndrom kjennetegnet av sekunders ev. få minutters unilateral symptomatologi (6). Alle disse diagnosene har fått innpass blant fagfolk.

Når denne forskningen også har vært kontroversiell, skyldes det ikke minst Sjaastads langvarige engasjement omkring cervikogen hodepine. Tilstanden kan være vanskelig å skille fra tensjonshodepine og migræne, hvor man i dag mener at sentralnervøse mekanismer er dominerende, mens cervikogen hodepine synes å skyldes patologiske forhold i nakken. Som Bansevicius & Salvesen beskriver (2) er det mange strukturer i nakken som kan forårsake symptombildet, og følgende varierer også behandlingsstrategien. Enkelte tilfeller av cervikogen hodepine med rotaffeksjon i nedre cervikale avsnitt har respondert på operativ behandling (7). Kirurgi bør likevel være unntaket ved hodepine fra nakken, idet langtidsresultatene i studier med god design ofte har vært skuffende. I mangel av spesifikke behandlingsformer bør vanlige mestringsstrategier utprøves på en grundig måte.

En del av diskusjonen dreier seg om hvorvidt traumer av moderat grad mot nakken (nakkesleng) kan forårsake kronisk besvær. Mange pasienter med cervikogen hodepine har nakketraume i anamnesen, men det er så langt ikke dokumentert noen sikker årsakssammenheng (8, 9). Diskusjonen har mange interessante aspekter, ikke minst legale, men den er ikke relevant for spørsmålet om cervikogen hodepine er et fruktbart medisinsk begrep.

Har det noen betydning å diagnostisere cervikogen hodepine når man sjelden kan tilby effektiv behandling? Ett poeng er at pasientene med denne tilstanden kan slippe langvarige terapiforsøk med migrenemedisiner. Dessuten kan man hos noen få finne nakkeforandringer som kan behandles. Sist, men ikke minst, har det forskningsmessig betydning.

Plagens alvorlighetsgrad indikerer ofte hvor omfattende hodepinediagnostikk bør være. Et godt anamneseopptak alene vil ofte avdekke riktig diagnose, men for mange er den terapeutiske alliansen avhengig av at man kan utelukke strukturell hjernesykdom på en måte som beroliger pasienten. Ved mistanke om cervikogen hodepine bør derfor også nakken undersøkes med bildediagnostikk.

Hodepine er et stort samfunnsmedisinsk problem. Stortingets sosialkomité tok derfor i 1999 initiativ til å etablere et nasjonalt kompetansesenter for hodepine, som ble lagt til Trondheim.

Ottar Sjaastads innsats har gjennom årene resultert i over 15 doktorgrader for forskere fra Norge, Danmark, Brasil, Spania, Italia, Ungarn, Polen, Litauen og Kina. Senteret ved St. Olavs Hospital/ Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, som fortsatt er i en oppbyggingsfase, har som hovedoppgave å generere og spre kompetanse. En av pasientene uttrykte sin frustrasjon slik: «Nå er det over 30 år siden de første menneskene landet på månen, men fortsatt kan ikke du kurere min hodepine!» Vi ser på kommentaren som en stimulans til fortsatt forskningsinnsats.

Lars Jacob Stovner
lars.stovner@medisin.ntnu.no
Gunnar Bovim

Lars Jacob Stovner (f. 1953) er overlege ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi ved St. Olavs Hospital og professor i nevrologi ved Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU. Han er leder av Nasjonalt kompetansesenter for hodepine samme sted.

Gunnar Bovim (f. 1960) er professor i nevrologi ved Institutt for nevromedisin, NTNU. Han er dekanus ved Det medisinske fakultet i Trondheim.

Litteratur

- Hagen K, Zwart JA, Vatten L, Stovner LJ, Bovim G. Prevalence of migraine and non-migrainous headache – head-HUNT, a large population-based study. *Cephalalgia* 2000; 20: 900–6.
- Bansevicius D, Salvesen R. Cervikogen hodepine. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2701–4.
- Sjaastad O, Saunte C, Hovdal H, Brevik H, Grønabæk E. Cervicogenic headache; an hypothesis. *Cephalalgia* 1983; 3: 249–56.
- Antonaci F, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania (CPH): a review of the clinical manifestations. *Headache* 1999; 29: 648–56.
- Bordini C, Antonaci F, Stovner LJ, Schrader H, Sjaastad O. «Hemicrania continua»: a clinical review. *Headache* 1991; 31: 20–6.
- Pareja J, Caminero A, Sjaastad O. SUNCT syndrome: diagnosis and treatment. *Headache* 2003; 43: 306.
- Michler RP, Bovim G, Sjaastad O. Disorders in the lower cervical spine. A cause of unilateral headache? A case report. *Headache* 1991; 31: 550–1.
- Obelieniene D, Bovim G, Schrader H, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I et al. Headache after whiplash: a historical cohort study outside the medico-legal context. *Cephalalgia* 1998; 18: 559–64.
- Schrader H, Stovner LJ, Ferrari R. Nakkeslengsyndrom – en oversikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1296–9.