

Migrene er en kompleks sykdom der behandlingen ofte må skreddersys den enkelte pasients sykdomsform og livssituasjon. Når anfallene er menstruasjonsrelatert, gir det spesielle utfordringer i behandlingen

## Migrene på minusdagene

Pasienter med sjeldne sykdommer risikerer manglende diagnostisering og ikke å få tilbud om spesifikk behandling fordi legen ikke kjenner til tilstanden. Man skulle ikke tro dette var et problem for dem med migrene, som rammer anslagsvis 12–14 % av den voksne befolkning hvert år (1) og som i henhold til WHO's beregninger kommer på 12. plass av sykdommene som forårsaker invaliditet hos kvinner (2). Men kun halvparten av dem som lider av migrene får diagnosen (3). For dem som blir diagnostisert, er det et stort problem for mange at de ikke får et oppdatert behandlingstilbud som er tilpasset den enkeltes spesielle situasjon og sykdomsform. Fordi hodepine er en triviell plage for de fleste av oss, blir kanskje alle hodepineformer trivialisert? Dette kan medføre at de mange som virkelig sliter med sykdommen, ikke blir tatt alvorlig.

Migrene er en kompleks og heterogen sykdom. Sjablongmessig bruk av enkle behandlingsregimer kan derfor være uvirksomt for mange. Artikkelen om menstruell migrene i dette nummer av Tidsskriftet behandler på en praktisk og nyttig måte et spesielt fenomen som mange migrenepasienter opplever og som kan kreve spesielle tiltak nevrologer, gynekologer og allmennpraktikere bør kjenne til (4). Mens noen kvinner har anfall bare under menstruasjonen (ekte menstruell migrene), er det mange flere som får anfall også til andre tider, i tillegg til relativt faste anfall før menstruasjonen (menstruasjonsrelatert migrene). Anfallene rundt menstruasjonen er ofte spesielt lange og harde. Forfatterne påpeker viktigheten av at kvinnen fører dagbok over hodepine og menstruasjon for at diagnosen skal kunne stilles. Anfallsbehandlingen skiller seg ikke fra den man bruker hos de øvrige migrenepasientene. Men hos mange kvinner med menstruell migrene har man mulighet til å gi forebyggende medikasjon, enten med ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller med lavdose triptaner i en del av menstruasjonssyklusen. Dessverre er lavdose triptaner ikke tilgjengelig i Norge. Migreneanfall som opptrer regelmessig rundt menstruasjonen, utløses av fallet i østrogennivå etter langvarig høyt nivå. Det virker derfor logisk å prøve profylakse med ulike østrogenholdige medikamenter hos disse pasientene. Østrogenformuleringer som gir jevnt serumnivå (plaster, krem) bør antakelig foretrekkes fremfor tabletter, som gir svingende nivåer med døgnfluktusjon (4).

Det er usikkert hvordan bruk av p-piller påvirker menstruasjonsrelatert migrene. Data fra den store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at de som bruker østrogenholdige p-piller, har mer hodepine enn det som er vanlig i samme aldersgruppe (5) – men dette beviser ikke at slike preparater gir hodepine. Det kan også skyldes at en del bruker p-piller bl.a. fordi de synes det lindrer smerter som er relatert til menstruasjonen, deriblant hodepine. Likevel kan det være verdt å forsøke en annen prevensjon enn østrogenholdige p-piller for å se om migreneplagene da blir mindre.

Av artikkelen fremgår det at mange av de refererte behandlingsformene er basert på relativt små materialer, som regel bare én studie per behandlingsform. Dette er en klar svakhet som dessverre reflekterer at forskning på migrenebehandling og på hodepine i sin alminnelighet har dårlige kår – ikke bare i Norge, men også internasjonalt. Som forskningsobjekt fremstår migrene som en lite «sexy» sykdom som få forskere ønsker å satse på. Slik burde det ikke være. I Europa har mange studier vist at migrene har stor innflytelse på folkehelsen (6). Helseøkonomiske beregninger der man sammen-

likner kostnadene ved alle «hjernesykdommer» (dvs. både psykiatriske og nevrologiske) tyder på at migrene er den mest kostnads-krevende av de rent nevrologiske sykdommene (mer enn hjerneslag, hjernesvulster, multippel sklerose, Parkinsons sykdom og epilepsi) (7). Til tross for dette blir det bevilget mindre midler til forskning på migrene enn på de andre «hjernesykdommene». Den eksisterende migreneforskning er nærmest utelukkende finansiert av legemiddelindustrien, og mangelen på offentlige midler er påfallende (8). Trivialiseringen av sykdommen gjør seg tydeligvis også gjeldende når offentlige forskningsmidler skal prioriteres. Det er velkjent at farmakoterapeutisk forskning med rimelige medikamenter der patentet har gått ut eller forskning med henblikk på mindre undergrupper av pasienter (f.eks. dem med menstruell migrene), ofte kan gjennomføres med offentlige midler. Slik forskning kan ha stor nytteverdi for mange mennesker og for samfunnet som helhet.

For at behandlingen av dem med vanskelig migrene skal bli bedre må den enkelte lege erkjenne at dette er en viktig sykdom og oppdatere seg når det gjelder sykdommens ulike fasetter. Dernest må det settes av nok tid under konsultasjonen til at den enkelte pasients spesielle problemer kan bli utdypet, for eksempel må man få rede på anfallenes relasjon til menstruasjonssyklusen. Dessuten må vi få mer robust og kunnskapsbasert viten om patofysiologi og behandling ved migrenens subtyper. Det er flere årsaker til at så mange mennesker, særlig kvinner, plages mye av migrene. En av dem er faktisk at det forskes altfor lite.

**Lars Jacob Stovner**  
lars.stovner@ntnu.no

*Lars Jacob Stovner [f. 1953] er professor i nevrologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og leder for Nasjonalt kompetansesenter for hodepine ved St. Olavs Hospital.*

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt forskningsbidrag, støtte til reiser eller honorar fra Allergan, AstraZeneca, Desitin, GSK, Janssen-Cilag, MSD, Nycomed, Pfizer og Serono.

### Litteratur

1. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K et al. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol* 2006; 13: 333–45.
2. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Headache Pain* 2005; 6: 429–40.
3. Lipton RB, Diamond S, Reed M et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 638–45.
4. Vetvik KG, Russell MB. Menstruell migrene. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2575–8.
5. Aegidius K, Zwart JA, Hagen K et al. Oral contraceptives and increased headache prevalence: the Head-HUNT Study. *Neurology* 2006; 66: 349–53.
6. Stovner L, André C on behalf of the Eurolight Steering Committee. Impact of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* 2008; 9: 139–46.
7. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU et al. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12: 1–27.
8. Olesen J, Lekander I, Andlin-Sobocki P et al. Funding of headache research in Europe. *Cephalalgia* 2007; 27: 995–9.