



Klinisk vejledning

Hovedpine

Udarbejdet af
Janni Bang
Pernille Popp
Kristina Boe Dissing
Henrik Hein Lauridsen

Godkendt af Dansk Selskab for Kiropraktik d. ...

Revisionsdato: ...

Udløbsdato: ...

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Klassifikation	3
Sygehistorie (anamnese)	4
Undersøgelse.....	6
Den basale objektive undersøgelse	6
Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om patologi og migræne	6
Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om spændings- eller cervikogen hovedpine.....	7
Røde flag.....	7
Udredning og diagnostik.....	7
Udredning	8
Diagnostik	8
Spændingshovedpine.....	8
Medicinoverforbrugs-hovedpine (MOH)	9
Migræne	9
Klyngehovedpine	10
Trigeminusneuralgi (TN).....	11
Sekundære hovedpineformer	11
Cervikogen hovedpine	12
Viderehenvielse.....	12
Behandling.....	13
Migræne	13
Spændingshovedpine.....	14
Cervikogen hovedpine.....	14
Bivirkninger	14
Forbigående bivirkninger	14
Alvorlige komplikationer.....	15
Prognose.....	15
Forebyggelse	15
Høring.....	15
Referencer	16

Forord

Hovedpinesygdomme er blandt de 10 mest invaliderende sygdomme globalt set i forhold til erhvervsudygtighed (1) og ca. hver 3. dansker har på et eller andet tidspunkt i livet søgt hjælp for sin hovedpine i primær praksis (2). Hovedpine er derfor ikke kun problematisk for den enkelte patient, men i høj grad en tung samfundsøkonomisk belastning, da hovedpine udgør ca. 20% af det samlede sygefravær på det danske arbejdsmarked og migræne alene koster årligt ca. 1.600 mio. kr. i behandling og tabt arbejdsfortjeneste (3).

En rettidig, homogen og tværfaglig behandlingsindsats i primærsektoren er derfor essentiel af flere grunde. For det første er det her patienterne ses, og det giver derfor god mening at håndtere problemstillingerne her. For det andet findes de nødvendige kompetencer til at behandle flertallet af alle hovedpinesygdomme blandt de fagprofessionelle i primærsektoren, og sidst men ikke mindst kan det reducere dyre og unødvendige hospitalsbesøg og indlæggelser.

Angående brugen af manuel behandling, er der ikke konsensus omkring hvilke modaliteter der anbefales og effekten heraf, men flere studier tyder på, at bl.a. manipulationsbehandling har en positiv effekt på både hyppighed og intensitet af hovedpine (4-6), og derfor bør den manuelle behandling muligvis have en mere fremtrædende plads i anbefalingerne. Dette også set i lyset af, at ca. 6% af de patienter der ses i kiropraktorpraksis, er personer med hovedpine (7, 8).

Klassifikation

Almindelige hovedpinesygdomme deles typisk op i primære og sekundære hovedpine. Primær hovedpine opstår uden påviselig underliggende sygdom, hvorimod sekundær hovedpine oftest kan begrundes med en underliggende sygdom.

Almindelige hovedpinesygdomme
<p>Primære</p> <p><i>Migræne</i> For det meste episodisk, opstår hos 12-16% af den almindelige befolkning, for kvinder hyppigere end for mænd i forholdet 3:1</p> <p><i>Spændingshovedpine</i> For det meste episodisk, berører >80% af befolkningen fra tid til anden; i mindst 10% af tilfældene vender den hyppigt tilbage, og hos 2-3% voksne og nogle børn er den kronisk, optræder næsten hver dag</p> <p><i>Klyngehovedpine</i> Intense og hyppigt tilbagevendende, men kortvarige hovedpineanfald, berører op til 3 ud af 1000 mænd og op til 1 ud af 2000 kvinder</p>
<p>Sekundære</p> <p><i>Cervikogen hovedpine</i> Inkluderer typisk nakkesmerter og berører fra 0.2-17% af befolkningen.</p> <p><i>Medicinoverforbrugs hovedpine</i></p> <p><i>Post-traumatisk hovedpine</i></p> <p><i>Hovedpine grundet patologi (fx SAH, tumor)</i></p>

Kilde: Europæiske principper for behandling af almindelige hovedpinesygdomme i almen praksis (2).

For at vurdere om en hovedpine er primær eller skyldes alvorligere underliggende sygdom, er det nødvendigt at lave en tilbudsående anamnese og objektiv undersøgelse. Tabel 1 giver eksempler på hovedpinetyper og ansigtssmerter grupperet efter hyppighed og varighed af smerterne.

Tabel 1. Eksempler på differentialdiagnoser ved akut, episodisk og kronisk hovedpine.

Karakter	Mulig diagnose	Beskrivelse
Akut opstået hovedpine	Subarachnoidalblødning m.fl.	Hyperakut, svær hovedpine +/- neurologiske symptomer
Episodisk hovedpine	Spændingshovedpine	Pressende hovedpine uden ledsagesymptomer
	Migræne +/- aura	Pulserende hovedpine, forværring ved fysisk aktivitet med kvalme, lyd- og lysoverfølsomhed
	Klyngehovedpine m.fl.	Ensidig hovedpine med ipsilaterale autonome symptomer i ansigt
	Trigeminusneuralgi	Sekunder varende, ensidige jagende smerter
Kronisk hovedpine	Medicinoverforbrugshovedpine	Forbrug af hovedpinemedicin mere end 10-15 dage pr. måned
	Kronisk spændingshovedpine	Pressende hovedpine uden ledsagesymptomer eller medicinoverforbrug
	Forhøjet intrakranielt tryk inkl. tumor cerebri	Ofte tiltagende styrke, ofte med kvalme og neurologiske symptomer

Kilde: Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter (9).

Sygehistorie (anamnese)

Anamnesen er altafgørende i diagnostikken af alle primære hovedpinetilstande, ansigtssmerter samt ved medicinoverforbrugshovedpine. Historien skal afklare eventuelle advarselstegn på en alvorlig sekundær hovedpine.

Sygehistorien tager afsæt i stamoplysninger til journalen:

1. Stamoplysninger til journalen

- Patientidentifikation
 - Fulde navn
 - CPR-nummer
- Behandler/notatansvarlig
 - Fulde navn
 - Behandlingssted
 - Datotidsmærke
- Stamoplysninger om patienten
 - Bopæl
 - Kontaktoplysninger
 - Samtykke til behandling af data
 - Kontakt til egen læge
 - Køn
 - Alder
 - Sprog

Herudover kan de nyttige spørgsmål, som er beskrevet i Tabel 2 og de uddybende spørgsmål i Tabel 3 anvendes. Vi anbefaler ydermere, at hovedpineanamnesen understøttes af en hovedpinedagbog og/eller en hovedpinekalender (se afsnittet om 'Udredning og diagnostik'), til monitorering af hovedpinen og understøttelse af den givne diagnose.

Tabel 2. Nyttige spørgsmål ved udredning af hovedpine.

Hvor mange forskellige hovedpinetyper/ansigtssmerter har du? Separat anamnese for hver type!	
Almene anamnesticke oplysninger	<ul style="list-style-type: none"> • Almen helbredstilstand (herunder andre kendte sygdomme eller diagnoser) <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Generel malaise, vægttab, træthed, anæmi, kvalme, konstipation, konfusion, feber, kold sved, influenza lignende symptomer, kardiovaskulær lidelse eller insufficiens, tidligere arteriel endoskopi, kendt bindevævslidelse, allergier</i> • Ernæringstilstand • Øvrig medicin • Tidligere operationer • Tidligere alvorlig sygdom • Tidligere traumer • Arvelige og miljømæssige dispositioner • Tobak og alkoholforbrug • Udenlandsrejse • Erhverv • Social status • Fritidsaktiviteter
Beskrivelse af hovedpinen	<ul style="list-style-type: none"> • Karakteren af smerterne • Hvornår er den startet? • Hvor ofte kommer den (episodisk, daglig og/eller konstant)? • Hvor længe varer det enkelte anfald? • Hvor lang tid har du haft det? • Tidligere episoder?
Karakter	<ul style="list-style-type: none"> • Intensitet af smerten? • Smertekvalitet og type? • Hvor sidder smerten og breder den sig? • Ledsagesymptomer? • Døgnvariation?
Årsager	<ul style="list-style-type: none"> • Disponerende og/eller trigger faktorer? • Forværrende og lindrende faktorer? • Familiære dispositioner til hovedpine/ansigtssmerter?
Reaktionsmønster	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad gør du under anfaldet? • Påvirkning af aktivitetsniveau? • Medicinindtag, hvilken og hvor meget?
Generel helbredstilstand mellem anfald	<ul style="list-style-type: none"> • Helt rask eller vedvarende symptomer mellem anfald? • Bekymringer, angst, eller frygt for nye anfald og deres årsager?
Diverse	<ul style="list-style-type: none"> • Tidligere undersøgelser (herunder billeddiagnostik) • Anden behandling og evt. effekt • Daglig funktionsniveau (herunder sygemelding) • Forventninger

Kilde: Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter (9).

Yderligere anamnesticke oplysninger, som er anbefalet efter behov, er beskrevet i Tabel 3.

Tabel 3. Yderligere anamnesticke oplysninger

	Spørgsmål
Debut og anfald	Debuterede symptomerne pludseligt og uden grund? Har du være udsat for et traume til hovedet? Fortæl om forløbet af din hovedpine (hovedpinehistorik) Anfald af mere eller mindre end 3 timer
Ledsagesymptomer	Har du: <ul style="list-style-type: none"> • Kvalme • Opkastning • Lys- og lydoverfølsomhed • Røde øjne • Næseflåd • Svimmelhed • Synsforstyrrelser
Præ-disponerende symptomer	Har du: <ul style="list-style-type: none"> • Smerter i nakkesmerter • Kæbesmerter • Været udsat for fysisk anstrengelse • Hostet voldsomt • Stresset
Tidligere behandling	Har du tidligere fået behandling for din hovedpine? Hvad var effekten?
Øvrig sygdom	Bl.a.: Søvnbesvær, depression, angst, forhøjet BT, astma og hjertesygdomme

Kilde: Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter (9).

Undersøgelse

Den objektive undersøgelse gennemføres for at bekræfte primær hovedpine og udelukke eller bekræfte sekundær hovedpine.

Den basale objektive undersøgelse

Den basale objektive undersøgelse skal indeholde følgende elementer:

- Måling af blodtryk
- Eksamination af nakken, herunder
 - Holdning
 - Bevægelseslag
 - Bløddelspalpation
- Neurologisk screening, herunder
 - Vurdering af mental status (patienten svarer relevant på spørgsmål)
 - Screening af kranienerverne:
 - Tale, læse, følesans og motorik i ansigtet
 - Rhombergs test og balance
 - Gangafvikling

Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om patologi og migræne

Ved mistanke om anden patologi eller migræne skal følgende elementer undersøges i tillæg til den basale undersøgelse:

- Fokuseret neurologisk undersøgelse, herunder
 - Fuld kranienervescreening
 - Plantar respons

- Undersøgelse for unilateral over- og underekstremitets svaghed(er), refleks asymmetri og sensibilitet
- Over- og underekstremitets koordination (finger-næse test, knæ-hæl test, hurtige alternative bevægelser)

Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om spændings- eller cervikogen hovedpine

Objektiv undersøgelse skal indeholde en vurdering af:

- Patientens nakkeholdning
- Nakkebevægelighed (range of motion)
- Bevægepalpation af columna cervicalis, særligt Co-C₃
- Evaluering af nakkens muskulatur, herunder refereret smerte fra triggerpunkter

og kan indeholde:

- Cervikal fleksions-rotations test (10)
- Undersøgelse af kæbeledet
- Evaluering af kæbeledets muskler, herunder refererede smerter fra triggerpunkter

Røde flag

Faresignaler ved sygehistorien eller den objektive undersøgelse, som skal medføre yderligere undersøgelse:

- Tordenskraldshovedpine (pludselig indsættende hovedpine af svær styrke)
- Hovedpine med atypisk aura (varer over 1 time, eller inkluderer motorisk udfald)
- Nyopstået hovedpine hos en patient kendt med cancer eller HIV
- Hovedpine/ansigtssmerter ledsaget af feber eller neurologiske udfald
- Progredierende hovedpine over uger
- Nyopstået hovedpine hos patienter under 10 år eller over 40 år
- Symptomer på øget intrakranielt tryk:
 - Morgenhovedpine
 - Hovedpine som forværres ved hoste, nys, brug af bugpresse
 - Ændret syn

Kilde: Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter (9).

Yderligere faresignaler for en hovedpinepatient kan fx være: feber, vægttab, tidligere malign sygdom, synsforstyrrelser (fx dobbeltsyn), hemiparese, dysartri eller ændring i hovedpinen (lokation, frekvens mv.).

Ved hovedpine, der vurderes at komme fra nakken, henvises til gældende retningslinjer for billeddiagnostik af nakken: [Hjemmeside](#), [pdf-dokument](#).

Udredning og diagnostik

En kiropraktor ser primært tre former for hovedpine: spændingshovedpine, migræne og cervikogen hovedpine, men andre sjældnere former for hovedpine ses også. Da kiropraktoren er en primær

indgang til sundhedsvæsenet er udredningen og diagnostik en vigtig del af den indledende konsultation.

Udredning

I forhold til hovedpine arbejder kiropraktoren ved at foretage en indledende diagnostisk triage:

1. Er der 'røde flag', som kunne indikere en potentiel alvorlig underliggende patologi
2. Kan der med rimelighed stilles en 'specifik hovedpinediagnose'
3. Ellers må hovedpinen betegnes som uspecifik

Som en del af udredningen anbefales det, at anvende en hovedpinedagbog og/eller en hovedpinekalender (se afsnittet om 'Udredning og diagnostik') til monitorering af hovedpinen og understøttelse af den givne diagnose.

Hovedpinedagbogen hjælper med at finde en diagnose og vil derfor være nyttig i den tidlige del af patientudredningen. Vi anbefaler Migræne og Hovedpineforeningens hovedpinedagbøger i elektronisk og papirversion til både børn og voksne, som kan findes på foreningens [hjemmeside](#) (11).

Hovedpinekalenderen anvendes overvejende til opfølgning af hovedpine behandling, og vi anbefaler kalenderen publiceret fra enten Migræne og Hovedpineforeningen (klik [her](#)) eller fra på www.sundhed.dk (klik [her](#)) (12).

Diagnostik

I dette afsnit er de vigtigste hovedpinetyper kort beskrevet med de tilhørende subjektive diagnostiske kriterier. Informationen er taget fra Dansk Neurologisk Selskabs hjemmeside, og yderligere information om de enkelte hovedpinetyper kan også findes her (13).

Spændingshovedpine

Spændingshovedpine er karakteriseret ved en bilateral, pressende, trykkende smerte af let til moderat intensitet. Hovedpinen er ikke associeret med de typiske migrænekaraktistika så som forværring ved fysisk aktivitet, opkast eller svær kvalme og overfølsomhed for lys og lyde (se Tabel 4).

Tabel 4. Diagnostiske kriterier for spændingshovedpine (ICPC-2: N95; ICD10: G44.2).

Sporadisk episodisk hovedpine af spændingstype

- A. Mindst 10 episoder der forekommer <1 dag/måned i gennemsnit (<12 dage/år) og opfylder kriterierne B-D
- B. Hovedpine varende fra 30 minutter til 7 dage
- C. Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika:
 1. Bilateral lokalisation
 2. Pressende/strammende (ikke pulserende) karakter
 3. Mild eller moderat intensitet
 4. Ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op ad trapper
- D. Begge de følgende:
 1. Ingen kvalme eller opkastning
 2. Højst et af følgende: fotofobi eller fonofobi
- E. Hovedpinen kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype

Som sporadisk episodisk hovedpine af spændingstype bortset fra:

- A. Mindst 10 episoder der forekommer 1-14 dage/måned i gennemsnit i >3 måneder (≥12 men <180 dage/år)

Kronisk hovedpine af spændingstype

Som sporadisk episodisk hovedpine af spændingstype bortset fra:

- A. Hovedpine forekommer ≥ 15 dage/måned i gennemsnit i > 3 måneder (≥ 180 dage/år) og opfylder kriterierne B-D
- B. Hovedpinen varer timer eller kan være konstant til stede
- C. Begge de følgende:
 1. Højest et af følgende: fotofobi, fonofobi eller mild kvalme
 2. Hverken moderat eller svær kvalme eller opkastning

Hovedpinedagbogen anbefales brugt til at understøtte den korrekte diagnose, specielt for at skelne mellem spændingshovedpine og milde migræneanfald samt for at udelukke medicinoverforbrugshovedpine. Objektiv undersøgelse er vigtig for at udelukke alvorlige sekundære hovedpineformer. Komorbide sygdomme, specielt depression og angst, skal overvejes for den enkelte patient og ved mistanke viderehenvises til egen læge.

Medicinoverforbrugs-hovedpine (MOH)

MOH er en kronisk hovedpine (≥ 15 dage/måned) betinget af et overforbrug af analgetika og/eller anfaldsmedicin mod migræne. Et overforbrug er defineret som indtagelse af anfaldsmedicin ≥ 15 dage/måned for simple analgetika/NSAIDs eller ≥ 10 dage/måned for triptaner, ergotamin, opioider eller kombinationer heraf igennem en 3 måneders periode.

Det typiske mønster for MOH er en gradvist tiltagende hovedpine over uger til måneder. Ifølge kriterierne skal patienten blot have hovedpine mindst 15 dage pr. måned igennem en 3 måneders periode, men i praksis præsenterer disse patienter sig typisk med en mangeårig, daglig hovedpine af spændingstype iblandet hyppige migrænelignede anfald. De diagnostiske kriterier er beskrevet i Tabel 5.

Tabel 5. Diagnostiske kriterier for medicinoverforbrugs hovedpine (ICPC-2: A85; ICD10: G 44.4).

Medicinoverforbrugshovedpine

- A. Hovedpine ≥ 15 dage/måned hos en patient med en præ-eksisterende hovedpinesygdom
- B. Regelmæssigt overforbrug gennem > 3 måneder af
 1. ergotaminer, opioider, triptaner eller kombinationspræparater ≥ 10 dage/måned
 2. simple analgetika ≥ 15 dage/måned
 3. vilkårlig kombination af ovenstående præparater ≥ 10 dage/måned
- C. Hovedpinen kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Migræne

De to hyppigste undertyper er migræne uden aura og migræne med aura. Migræne uden aura er en anfaldsvis hovedpinelidelse som varer 4-72 timer. Typiske karakteristika er halvsidig hovedpine af dunkende kvalitet, moderat til svær intensitet og med forværring ved almindelig fysisk aktivitet. Hovedpinen er typisk ledsaget af kvalme, opkastninger samt fono- og fotofobi (se Tabel 6). Mange patienter lider både af migræne og spændingshovedpine, og Tabel 7 angiver nogle typiske træk ved de 2 former for hovedpine.

Tabel 6. Diagnostiske kriterier for migræne uden aura ((ICPC-2: N89; ICD10: G43.0).

Migræne uden aura

- A. Mindst 5 anfald der opfylder kriterierne B-D
- B. Hovedpineanfald varende 4-72 timer (ubehandlet eller behandlet uden held)
- C. Hovedpinen har mindst 2 af følgende 4 karakteristika:
 1. Unilateral lokalisation
 2. Pulserende karakter
 3. Moderat eller stærk intensitet

4. Forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op ad trapper
- D. Under hovedpinen mindst ét af følgende:
 1. Kvalme og/eller opkastning
 2. Fotofobi og fonofobi
- E. Hovedpinen kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Cirka en tredjedel af patienter med migræne har aura. Aurafasen består af lateraliserede reversible symptomer der afficerer syns- eller følesansen, såsom flimmerskotomer og føleforstyrrelser. Forbigående afasi og lammelser kan også ses. Typisk er gradvis udvikling af symptomerne over minutter, en varighed af hvert aurasymptom på 5-60 minutter, og at forskellige typer af symptomer efterfølger hinanden. Hvis auraen inkluderer lammelser klassificeres som hemiplegisk migræne. Auraen er oftest relateret til hovedpine som typisk kommer efter auraen. Ved migræne med aura opfylder hovedpinefasen ofte kriterierne for migræne uden aura men migræne med aura kan også forekomme med uspecifik hovedpine eller uden ledsagende hovedpine.

Tabel 7. Karakteristika der kan bruges til at skelne mellem migræne og spændingshovedpine.

	Migræne	Spændingshovedpine
Tidsmønster	Anfaldsvis, varende 4-72 timer	Variierende, fra episoder varende 30 minutter til kontinuerlig hovedpine
Hovedpine karakteristika	Ofte unilateral og pulserende med forværring ved fysisk aktivitet	Ofte bilateral og pressende, normalt ingen forværring ved fysisk aktivitet
Intensitet	Typisk moderat til svær	Typisk mild til moderat
Ledsage symptomer	Ofte kvalme og/eller opkastning samt fotofobi og fonofobi	Ingen eller kun mild kvalme, fotofobi eller fonofobi

Klyngehovedpine

Klyngehovedpine, også kaldet Hortons hovedpine, kommer i serier af anfald, de såkaldte klynger, som typisk varer 4-12 uger. Imellem klyngerne er der symptomfri perioder af meget varierende længde (fra uger til flere år). Der er tale om voldsomme brændende og borende smerter bag, omkring eller over det ene øje eller temporalt. Smerterne varer typisk 45-90 minutter og kan komme flere gange i døgnet. Smerterne ledsages af ipsilaterale autonome symptomer som f.eks. næseflåd, tåreflåd, ptose, miosis og øjenlågsødem som tegn på parasympatisk hyperaktivitet og sympatisk hypoaktivitet (se Tabel 8 for diagnostiske kriterier).

Tabel 8. Diagnostiske kriterier for klyngehovedpine (ICPC-2: N90; ICD10: G44.0).

Klyngehovedpine	
A.	Mindst 5 anfald der opfylder kriterierne B-D
B.	Stærk unilateral orbital, supraorbital og/eller temporal smerte varende 15 til 180 minutter ubehandlet
C.	En eller begge af følgende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hovedpinen ledsages af mindst ét af følgende symptomer ipsilateralt til hovedpinen: <ol style="list-style-type: none"> a. Konjunktival injektion og/eller tåreflåd b. Nasalstenose og/eller rhinorrhoea c. Øjenlågsødem d. Pande- og ansigtssved e. Pande- og ansigts flushing f. Propfornemmelse i øret g. Miosis og/eller ptose 2. Følelse af rastløshed eller agitation
D.	Anfaldshyppighed fra et anfald hver anden dag til 8 om dagen i mere en 50 % af tiden når sygdommen er aktiv
E.	Hovedpinen kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Trigeminusneuralgi (TN)

Trigeminusneuralgi er en unilateral neuropatisk lidelse med ultrakorte intense jag svarende til en eller flere af trigeminusnervens grene, hyppigst 2. og/eller 3. gren. Smerterne udløses af lette sensoriske stimuli som berøring, tale, tandbørstning, barbering og kold blæst men kan også forekomme uden stimuli. Hyppigt findes triggerpunkter i ansigtet eller i mundhulen. Smerterne kommer, forværres og forsvinder i et uforudsigeligt mønster. Udover de jagende intense smerter kan der forekomme en murrende, borende baggrundssmerter i samme område (se Tabel 9).

Tabel 9. Diagnostiske kriterier for klassisk trigeminusneuralgi (ICPC-2: N92; ICD10: G50.o).

Klassisk trigeminusneuralgi

- A. Mindst tre anfald af unilaterale smerter der opfylder kriterierne B og C
- B. Involverer en eller flere af trigeminusnervens grene. Smerterne stråler ikke udenfor trigeminusnervens innervationsområde
- C. Smerterne har mindst 3 ud af følgende 4 karakteristika:
 1. Tilbagevendende anfald varende fra et splitsekund til 2 minutter
 2. Kraftig styrke
 3. Elektrisk stødagtig, jagende, stikkende eller skarp kvalitet
 4. Udløses af stimuli som normalt ikke medfører smerte mod ipsilaterale ansigtshalvdel
- D. Ingen deficit ved neurologisk undersøgelse
- E. Smerterne kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Kan underinddeles i:

- 13.1.1.1 Klassisk trigeminusneuralgi, udelukkende paroxysmal
- 13.1.1.2 Klassisk trigeminusneuralgi med ledsagende persisterende baggrundssmerter

Sekundære hovedpineformer

Hovedpine kan optræde som det første symptom på en alvorlig livstruende sygdom. Selvom de alvorlige tilstande repræsenterer langt mindre end 1 % af alle typer hovedpine kræver en nyopstået, svær hovedpine ekstra bevågenhed og en grundig udredning. Er der en tidsmæssig tæt relation til et hovedtraume eller systemisk sygdom bør udviklingen af hovedpinen følges tæt under indlæggelse eller regelmæssigt hos egen læge. I den almene befolkning lider ca. 2 % af sekundær hovedpine.

Sekundær hovedpine er defineret som en hovedpine, der optræder i tæt tidsmæssig sammenhæng til en anden sygdom, som kan forårsage hovedpine. Dette gælder også, hvis den nyopståede hovedpine klinisk ligner en primær hovedpine (fx migræne eller spændingshovedpine).

Såfremt en eksisterende primær hovedpine bliver signifikant forværret (dvs. en fordobling i anfaldfrekvens eller smerteintensitet) eller kronisk i tæt tidsmæssig sammenhæng til en sygdom, der er kendt for at forårsage hovedpine, bør både den primære og sekundære hovedpinediagnose gives.

Tabel 10. Diagnostiske kriterier for sekundær hovedpine.

Sekundær hovedpine

- A. Enhver hovedpine der opfylder kriterium C
- B. Diagnosticering af en sygdom som kan forårsage hovedpine
- C. Evidens for årsagssammenhæng mellem anden sygdom og hovedpine demonstreret ved mindst to af følgende punkter:
 1. Hovedpinen er udviklet i tæt tidsmæssig sammenhæng til sygdommen som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
 2. Mindst én af følgende:
 - a) Signifikant forværring af hovedpinen i forbindelse med forværring af sygdommen, som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
 - b) Signifikant bedring af hovedpinen i forbindelse med bedring af sygdommen, som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
 3. Hovedpiness karakteristika er typiske for den forårsagende sygdom

4. Anden evidens for årsagssammenhæng mellem hovedpinen og sygdommen som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
- D. Hovedpinen kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Cervikogen hovedpine

Cervikogen hovedpine er en diagnostisk udfordring, da symptombilledet overlapper med andre hovedpinetyper (fx spændingshovedpine og migræne), og de diagnostiske kriterier er uklare. En grundig anamnese og objektiv undersøgelse er derfor essentiel for at stille den rigtige diagnose (10, 14).

Cervikogen hovedpine er karakteriseret ved uni- eller bilateral hovedpine lokaliseret til nakke og occiput, evt. med udstråling til hoved og/eller ansigt. Hovedpinen er ofte associeret med nakkesmerter og stivhed i columna cervikalis. Smerten formodes forårsaget af en problematik omkring den øvre del af columna cervicalis inkl. knogle, discus eller bløddelselementer; oftest men ikke nødvendigvis ledsaget af nakkesmerter. Cervikogen hovedpine kan forværres ved bevægelse af nakken eller ved at holde nakken i samme stilling i længere tid (15, 16).

Når triggerpunkter i muskulatur fra nakke/kæbe alene kan fremkalde hovedpine anbefales det, at diagnosen "Spændingshovedpine" benyttes.

Tabel 11. Diagnostiske kriterier for cervikogen hovedpine (ICPC-2: N01; ICD10: G44.8)

Andre specificerede hovedpine syndromer (cervicogen hovedpine)

Klinisk eller radiologisk bevis på sygdom eller læsion i cervical columna eller de tilhørende bløddele, kendt for at kunne forårsage hovedpine.

Årsags sammenhæng fundet ud fra mindst 2 af følgende:

1. Hovedpinen er opstået i tidsmæssig sammenhæng med debut af nakke symptomer og/eller problematik.
2. Hovedpinen er signifikant forbedret eller forsvundet samtidigt med forbedring eller ophør af nakke symptomer og/eller problematik.
3. Nedsat nakke bevægelighed og hovedpine forværres ved provokations manøvrer (fx direkte tryk på nakkens muskler eller bestemt bevægelser).
4. Hovedpinen forsvinder som følge af diagnostisk blokade af cervikal struktur eller dennes nerve forsyning.

Obs: overlap med spændingshovedpine.

Kvalme, opkast og fono- og fotofobi kan være til stede, og dermed skelnes fra spændingshovedpine.

Viderehenvising

Viderehenvising anbefales i forhold til hovedpinens sværhedsgrad jf. Tabel 12.

Tabel 12. Oversigt over, hvornår en kiropraktor bør viderehenvise og til hvilken instans (17).

Hovedpine	Symptombilleder	Henvi sning
Svær	Hovedpine og bevidsthedspåvirkning.	--> Ring 112 (evt. konfereres med neurologisk bagvagt)
	Meget stærk hovedpine, begyndt over sekunder til få minutter.	--> Ring 112 (evt. konfereres med neurologisk bagvagt)
	Hovedpine og nyopstået fokal neurologi.	--> Ring 112 (evt. konfereres med neurologisk bagvagt)
	Mistanke om underliggende patologi	--> Henvis til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)

Hovedpine	Symptombilleder	Henvisning
Moderat	Hovedpine og feber uden oplagt benign årsag.	--> Egen læge.
	Ved: Fokal neurologi, petekkier, bevidsthedspåvirkning, nakke-ryg-stivhed, påvirket AT	--> Henvis til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
	Husk patienter med kræft der rapporterer om subakut progredierende hovedpine.	--> Henvis til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
	Mistanke om underliggende patologi	--> Henvis til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
Let	Kendt hovedpine, hvor behandling med manuelle modaliteter eller øvelsesterapi ikke hjælper.	--> Egen læge.
	Langsamt progredierende hovedpine, især > 65 år.	-> Egen læge.
	Mistanke om underliggende patologi	--> Henvis til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)

*Med nyopstået fokal neurologi menes: Nyopstået neurologisk udfaldssymptom (f.eks. halvsidig lammelse, styringsbesvær, føleforstyrrelse eller afasi).

Derudover anbefales det, at en kiropraktor overvejer at viderehenvise ved:

- Mistanke om alvorlig sekundær hovedpine mhp. eventuel scanning (kræftpakke/neurologisk afd.)
- Truet erhvervsevne
- Manglende effekt af vanlig behandling
- Medicin-overforbrugshovedpine, som ikke kan håndteres i kiropraktorpraksis
- Mistanke om klyngehovedpine
- Skærpet opmærksomhed ved tordenskraldshovedpine, nyopstået hovedpine hos 50+ årige eller i præpuberteten
- Progredierende hovedpine over få uger/måneder
- Hovedpine, som forværres ved stillingsændring
- Nyopstået hovedpine hos patient med cancer eller HIV/immundefekt
- Feber ved bestående hovedpine
- Lokaliserede neurologiske tegn i forbindelse med hovedpinen
- Aura:
 - Aura uden hovedpine hos patienter uden tidligere migræne m. aura
 - Langvarig aura (> 1 time) og aura med lammelser/motorisk svaghed
- Ændring af hovedpinekarakter hos kendt hovedpinepatient.

Kilde: www.sundhed.dk (18)

Behandling

Migræne

Behandling af primær migræne skal varetages af egen læge eller neurolog. I tilfælde hvor den primære migræne er kombineret med andre hovedpinetyper, herunder spændings- og cervikogen hovedpine, kan medicinsk behandling suppleres med manuel behandling efter nøje overvejelse. Se behandling under "Spændingshovedpine" og "Cervikogen hovedpine".

Spændingshovedpine

Behandlingstilgangen til spændingshovedpine målretter sig bløddelene omkring den øvre del af columna cervicalis (evt. også omkring kæbeledet). Valg af behandlingsmodalitet er op til den enkelte behandler og kan indeholde:

- Træning, herunder nakke- og skuldertræning
- Bløddelsbehandling, f.eks.
 - Stræk af muskler (fx post-isometric relaxation) (19)
 - Afspændingsøvelser
 - Triggerpunktsbehandling
- Ergonomisk rådgivning
- Vejledning i forhold til farmakologisk behandling (håndkøbsmedicin)

Manuel behandling af nakken kan overvejes, men studier viser ikke overbevisende effekt af manuel behandling på denne hovedpinetype. Enkelte studier viser dog effekt af spinal manipulation i kombination med bløddelsbehandling (20).

Cervikogen hovedpine

Behandlingstilgangen til cervikogen hovedpine fokuserer på cervikal dysfunktion, bløddelsbehandling og træning (6, 21-23):

- Manuel behandling af nakken
 - Dog manipulation frem for mobilisering på kort sigt
- Træning med styrke-, udholdenheds- og strækøvelser
- Evt. bløddelsbehandling - se spændingshovedpine
- Overvej vejledning i forhold til farmakologisk behandling (håndkøbsmedicin).

Bivirkninger

Der opstår sjældent bivirkninger ved manuel behandling af columna cervicalis hos patienter med hovedpine. Såfremt der opstår bivirkninger, er de som regel af kortvarig og uvæsentlig karakter (24). Potentielle komplikationer inddeles i forbigående og alvorlige bivirkninger.

Forbigående bivirkninger

Omkring 30-60% af de patienter, der modtager manuel behandling af nakken, oplever forbigående lette bivirkninger over de første 3 behandlinger (25). Ca. 10-13% oplever kortvarige bivirkninger med høj smerteintensitet. Langt de fleste bivirkninger er smerter af muskuloskeletal oprindelse (fx forværring af hovedpinen eller øget stivhed i nakken) mens andre sjældnere symptomer er træthed, svimmelhed, kvalme og ringen for ørerne (26). Forbigående smerter forsvinder oftest efter 24 timer og forringer kun aktivitetsniveauet minimalt (27). Risikofaktorer for forbigående bivirkninger er bl.a. (25, 28):

- Alder (30-50)
- Køn (♀>♂)
- Cervikal rotationsbehandling
- Sygemelding
- Langvarige nakkesmerter inden for det sidste år

Alvorlige komplikationer

Flere systematiske reviews har vist ingen eller en svag sammenhæng mellem apoplexi og manipulationsbehandling i den øvre del af nakken. Hyppighedsestimaterne varierer og er rapporteret som 'ingen kausativ sammenhæng', 1 ud af 300.000-500.000 (29, 30), 1 ud af 1,3 millioner (31) eller 1 ud af 5,85 millioner cervikale manipulationer (32).

Risikoen for udvikling af en vaskulær bivirkning er blevet undersøgt i flere studier (33, 34). Undersøgelserne viser, at risikoen for at udvikle apoplexi er den samme blandt patienter med nakkesmerter og hovedpine, der besøger en læge som en kiropraktor. Dette betyder, at cervikal manipulation højst sandsynligt ikke er årsagen til den apoplexi-tilfældet, men et tegn på apoplexi i udvikling. Desuden lider de fleste patienter, som oplever et apoplexi-tilfælde efter besøg i enten læge- eller kiropraktorpraksis, af mindst én cerebrovaskulær komorbiditet (35).

Prognose

Et systematisk review over prognostiske faktorer for patienter med kronisk hovedpine konkluderer følgende (36):

Der findes moderat evidens for dårlig prognose og behandlingsrespons for patienter med hovedpine, som også har:

- Depression
- Angst
- Dårlig søvn
- Stress
- Overforbrug af medicin
- Uhensigtsmæssig sygdomsadfærd ift. Hovedpiner

Der er inkonklusiv evidens for prognose og behandlingsrespons for patienter med hovedpine ift.:

- Forventninger til behandlingen
- Alder
- Alder for debut af hovedpine
- BMI
- Jobtype
- Flere hovedpine detaljer

Forebyggelse

Motion i form af lav belastning og udholdenhedstræning, forbedret kost, rygestop, forbedret søvnmønster og en god arbejdsstilling har vist sig at kunne forebygge cervikogen- og spændingshovedpiner til en vis grad (37).

Migræneanfald kan fremkaldes af forskellige føde- eller drikkevarer, men kan variere meget fra patient til patient. Derfor er en forebyggelse individuel og vigtigt at tale med en læge om hvordan man bedste muligt forebygger anfald. Derudover er der nogen belæg for, at migræne kan afhjælpes af afspændingsøvelser, termisk biofeedback kombineret med afspændingsøvelser, elektromyografisk biofeedback og kognitiv adfærdsterapi (38).

Høring

[Under udarbejdelse]

Referencer

1. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
2. Steiner TJ, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez M, Diener HC, et al. Europæiske principper for behandling af hovedpinesygdomme i almen praksis. Det Europæiske Hovedpineforbund, 2008.
3. Flachs EM, L. E, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2015.
4. Nilsson N, Christensen HW, Hartvigsen J. The effect of spinal manipulation in the treatment of cervicogenic headache. *J Manipulative Physiol Ther*. 1997;20(5):326-30.
5. Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001;24(7):457-66.
6. Bryans R, Descarreaux M, Duranleau M, Marcoux H, Potter B, Ruegg R, et al. Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache. *J Manipulative Physiol Ther*. 2011;34(5):274-89.
7. Beliveau PJH, Wong JJ, Sutton DA, Simon NB, Bussieres AE, Mior SA, et al. The chiropractic profession: a scoping review of utilization rates, reasons for seeking care, patient profiles, and care provided. *Chiropr Man Therap*. 2017;25:35.
8. Hartvigsen J, Sorensen LP, Graesborg K, Grunnet-Nilsson N. Chiropractic patients in Denmark: a short description of basic characteristics. *J Manipulative Physiol Ther*. 2002;25(3):162-7.
9. Bentsen L, Birk S, Kasch H, Aegidius K, Schmidt Sørensen P, Thomsen LL, et al. Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter. Dansk Hovedpine Selskab, 2010.
10. Rubio-Ochoa J, Benitez-Martinez J, Lluch E, Santacruz-Zaragoza S, Gomez-Contreras P, Cook CE. Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: A systematic review. *Man Ther*. 2016;21:35-40.
11. Redskaber og dagbøger: <https://www.hovedpineforeningen.dk>; 2018 [cited 2018- 10-22]. Available from: https://www.hovedpineforeningen.dk/diagnostisk_hovedpinedagbog.html.
12. Kruuse CR. Hovedpinekalender og hovedpinedagbog: www.sundhed.dk; 2017 [cited 2018- 10-22]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/migraene/hovedpinekalender-og-hovedpinedagbog/>.
13. Neurologisk National Behandlingsvejledning: <http://neuro.dk/wordpress/nnbv/>; 2018 [cited 2018- 10-22]. Available from: <http://neuro.dk/wordpress/nnbv/>.
14. Blumenfeld A, Siavoshi S. The Challenges of Cervicogenic Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2018;22(7):47.
15. Al Khalili Y, Murphy PB. Headache, Cervicogenic. *StatPearls*. Treasure Island (FL)2018.
16. Antonaci F, Sjaastad O. Cervicogenic headache: a real headache. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011;11(2):149-55.
17. Akuthåndbogen for hovedpine: www.dsam.dk; 2013 [cited 2018- 10-22]. Available from: <https://vejledninger.dsam.dk/akut/?mode=chart&chartId=31>.
18. Rosendahl L, Kasch H, Geisler K, Bech E, Moeslund N-J, Gram-Hansen J, et al. Hovedpine, forløbsbeskrivelse: www.sundhed.dk; 2014 [cited 2018- 10-22].
19. Lewit K, Simons DG. Myofascial pain: relief by post-isometric relaxation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1984;65(8):452-6.
20. Anderson RE, Seniscal C. A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches. *Headache*. 2006;46(8):1273-80.
21. Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain: a Cochrane Review. *Man Ther*. 2010;15(4):315-33.

22. Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27(17):1835-43; discussion 43.
23. Ylinen J, Nikander R, Nykanen M, Kautiainen H, Hakkinen A. Effect of neck exercises on cervicogenic headache: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2010;42(4):344-9.
24. Bryans R, Decina P, Descarreaux M, Duranleau M, Marcoux H, Potter B, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Headache Disorders in Adults: www.chiropracticcanada.ca; 2012 [cited 2018- 10-22]. Available from: https://www.chiropractic.ca/wp-content/uploads/2014/09/Headache-CPG-final-Jan2012_English.pdf.
25. Eriksen K, Rochester RP, Hurwitz EL. Symptomatic reactions, clinical outcomes and patient satisfaction associated with upper cervical chiropractic care: a prospective, multicenter, cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:219.
26. Rubinstein SM, Leboeuf-Yde C, Knol DL, de Koekkoek TE, Pfeifle CE, van Tulder MW. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2007;30(6):408-18.
27. Rubinstein SM, Knol DL, Leboeuf-Yde C, van Tulder MW. Benign adverse events following chiropractic care for neck pain are associated with worse short-term outcomes but not worse outcomes at three months. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(25):E950-6.
28. Rubinstein SM, Leboeuf-Yde C, Knol DL, de Koekkoek TE, Pfeifle CE, van Tulder MW. Predictors of adverse events following chiropractic care for patients with neck pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2008;31(2):94-103.
29. Dvorak J, Orelli F. How dangerous is manipulation to the cervical spine? Case report and results of a survey. *Journal of Manual Medicine*. 1985;2:1-4.
30. Durrett LC. Management of patients with vertebrobasilar ischemia. *Chiropractic Technique*. 1994;6(3):95-7.
31. Assendelft WJ, Bouter LM, Knipschild PG. Complications of spinal manipulation: a comprehensive review of the literature. *J Fam Pract*. 1996;42(5):475-80.
32. Haldeman S, Carey P, Townsend M, Papadopoulos C. Arterial dissections following cervical manipulation: the chiropractic experience. *CMAJ*. 2001;165(7):905-6.
33. Cassidy JD, Boyle E, Cote P, He Y, Hogg-Johnson S, Silver FL, et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: results of a population-based case-control and case-crossover study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 Suppl):S176-83.
34. Cassidy JD, Boyle E, Cote P, He Y, Hogg-Johnson S, Silver FL, et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: results of a population-based case-control and case-crossover study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32(2 Suppl):S201-8.
35. Choi S, Boyle E, Cote P, Cassidy JD. A population-based case-series of Ontario patients who develop a vertebrobasilar artery stroke after seeing a chiropractor. *J Manipulative Physiol Ther*. 2011;34(1):15-22.
36. Probyn K, Bowers H, Caldwell F, Mistry D, Underwood M, Matharu M, et al. Prognostic factors for chronic headache: A systematic review. *Neurology*. 2017;89(3):291-301.
37. Varatharajan S, Ferguson B, Chrobak K, Shergill Y, Cote P, Wong JJ, et al. Are non-invasive interventions effective for the management of headaches associated with neck pain? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J*. 2016;25(7):1971-99.
38. Duncan CW, Watson DP, Stein A, Guideline Development G. Diagnosis and management of headache in adults: summary of SIGN guideline. *BMJ*. 2008;337:a2329.