

Forfattere: Arbejdsgruppe under SFR for Pædiatri, Region Hovedstaden og Region Sjælland: Lise Lykke Thomsen (Børne- og Ungeafdelingen, Herlev Hospital), Christina Høi Hansen (BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet), Lene Lavard Svendsen (Børneafdelingen, Hvidovre Hospital), Charlotte Reinhardt Pedersen (Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital Hillerød), Lise Bjerglund (Børneafdelingen, Nykøbing Falster Sygehus)	Godkendt: Oktober 2014
Fagligt ansvarlig: SFR for Pædiatri, Region Hovedstaden og Region Sjælland	Revisionsdato:

Hovedpine hos børn og unge

Indholdsfortegnelse

Anamnese

Faresignaler

Undersøgelse – objektiv og neurologisk

Diagnostik – dagbog og kalender

Migræne uden aura – diagnostiske kriterier

Migræne med aura – diagnostiske kriterier

Spændingshovedpine (sjælden episodisk) – diagnostiske kriterier

Behandling – generelle principper

Ikke-medicinsk behandling

Medicinsk behandling

Meroverforbrugshovedpine (MOH)

Formål

Formålet med denne vejledning er at etablere fælles retningslinjer for:

- Diagnostik



- Udredning
- Behandling af de hyppigste primære hovedpinesygdomme som migræne og spændingshovedpine
- Beskrivelse af faresignaler for alvorlige livstruende og andre sekundære hovedpinetilstande, inklusiv medicinoverforbrugshovedpine.

Målgrupper og anvendelsesområde

Målgruppe

Alle læger og andet fagpersonale, der regelmæssigt møder børn og unge med hovedpine.

Anvendelsesområde

Diagnostik, udredning og behandling af de hyppigste primære hovedpinesygdomme som migræne og spændingshovedpine hos børn og unge samt beskrivelse af faresignaler for alvorlige og andre sekundære hovedpinetilstande, inklusiv medicinoverforbrugshovedpine (MOH).

Afgrænsning (ikke obligatorisk underpunkt)

Meget sjældne primære hovedpiner som fx Hortins hovedpine samt sekundære hovedpiner er ikke medtaget i denne vejledning

Definitioner

MOH: Medicinoverforbrugshovedpine

TTH: Tension Type Headache (= spændingshovedpine)

ICHD: International Classification of Headache Disorders

Baggrund

Hovedpine er et af de hyppigste symptomer hos børn og unge. Hovedpine klassificeres i primære hovedpinesygdomme (hovedpine der opstår uden påviselig underliggende sygdom) og sekundære hovedpiner (hovedpine forårsaget af anden sekundær sygdom). Den International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) (ICHD-3b) indeholder detaljerede diagnostiske kriterier for primære hovedpinesygdomme, sekundære hovedpinesygdomme og ansigtssmerter hos børn og voksne.

Tilbagevendende kraftig hovedpine er hyppig hos børn og unge. I USA rapporterer ca. 20 % af børn/ unge mellem 4-18 år at have tilbagevendende betydelige hovedpiner (inklusiv migræner) i løbet af det sidste år. Prævalensen af tilbagevendende hovedpiner øges med alderen svt. 4,5 % blandt børn 4-6 år til 27 % blandt unge mellem 14-18 år. Ca. 1,5 % af 12-14 årige har kronisk daglig hovedpine, hvilket ubehandlet har store konsekvenser for den enkeltes skolegang, uddannelse og sociale liv.

Fremgangsmåde

Evaluering



Korrekt evaluering af et barn eller ung med hovedpine inkluderer en **grundig anamnese** samt **objektiv og neurologisk undersøgelse**. Hvis der er faresignaler ved sygehistorien eller ved den objektive/ neurologiske undersøgelse, suppleres med relevante yderligere undersøgelser.

Anamnese

Anamnesen er altafgørende i diagnostikken af alle primære hovedpinetilstande samt ved medicinoverforbrugshovedpine. Der er ingen sikre diagnostiske tests. Sygehistorien skal afklare eventuelle advarselstegn på en alvorlig sekundær hovedpine.

Da samme patient kan have flere forskellige typer hovedpine på én gang, skal man ved optagelse af anamnesen spørge, hvor mange forskellige hovedpinetyper patienten har. Der laves separat anamnese for hver type!

Anamnesen skal afdække:

- **Tidsforløb**
Hvorfor søger du læge? Hvornår er hovedpinen startet? Hvor ofte er der hovedpine? Varighed af de enkelte hovedpineanfald. Ændring af hovedpinemønster/ forværring over tid.
- **Karakter**
Intensitet af smerten. Smertekvalitet og type. Hvor sidder smerten? Ledsagesymptomer
- **Årsager**
Disponerende og/ eller triggerfaktorer. Forstærkende og lindrende faktorer. Familiær disposition
- **Reaktionsmønster**
Hvad gør du under anfald? Påvirkning af aktivitetsniveau. Medicinindtag - hvilken og hvor meget?
- **Generel helbredstilstand mellem anfald**
Helt rask eller vedvarende symptomer mellem anfald? Bekymringer, angst eller frygt for nye anfald eller deres årsager.

Faresignaler

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

- Tordenskraldshovedpine (pludselig indsættende hovedpine af svær styrke)
- Hovedpine med atypisk aura (varer > 1 time eller inkluderer motorisk aura)
- Nyopstået kraftig hovedpine hos børn < 6 år – spec. hvis ledsagesymptomer
- Progredierende hovedpine over uger
- Hovedpine ledsaget af feber eller neurologiske udfald
- Nyopstået hovedpine ledsaget af krampeanfald
- Atypisk lokalisation – særlig opmærksomhed på sekundær årsag v./occipital hovedpine hos børn
- Ændring i hovedpinemønster hos hovedpinepatient
- Morgenhovedpine eller hovedpine, der vækker barnet om natten.



Undersøgelse – objektiv og neurologisk

Objektiv og neurologisk undersøgelse gennemføres for at udelukke eller bekræfte sekundær hovedpine. Blodtryk og puls bør altid foreligge. MR/CT scanning er sjældent indiceret, men bør foretages, hvis anamnesen eller den objektive eller neurologiske undersøgelse tyder på sekundær lidelse.

Diagnostik – dagbog og kalender

Når alvorlig sekundær hovedpine er udelukket, kan anvendelse af en hovedpinedagbog i mindst 4 uger samt hovedpinekalender over måneder anbefales (se under Bilag).

App'en "Min hovedpine" er et elektronisk alternativ til hovedpinekalenderen.

Hovedpinemønstre, triggerfaktorer og medicinforbrug klarlægges på denne måde for både patient og læge.

Migræne

Beskrivelse

Migræne er anfaldsvis hovedpine, der varer fra 2-72 timer. Hovedpinen er hos børn typisk bilateral (modsat mønstret hos unge og voksne med unilateral lokalisation). Smerten er af pulserende/ dunkende karakter af moderat-svær styrke og forværres typisk ved fysisk aktivitet. Hovedpinen ledsages af kvalme og/ eller opkast eller lys- og lydoverfølsomhed (børn søger stille mørkt rum).

Migræne med typisk aura er episodisk hovedpine, typisk forudgået af aura i form af karakteristiske synsforstyrrelser, føleforstyrrelser og/ eller taleforstyrrelser.

Hemiplegisk migræne er migræne med aura i form af kraftnedsættelse i arm og/ eller ben og/ eller ansigt.

Migræne med hjernestamme aura – her består auraen af symptomer fra hjernestammen og/ eller simultant fra begge hemisfærer.

Migræne uden aura – diagnostiske kriterier (ICHD, 3rd ed. (beta))

- A. Mindst 5 anfald, der opfylder kriterierne B-D
- B. Hovedpinen varer 2-72 timer (ubehandlet eller ikke-succesfuldt behandlet)
- C. Hovedpinen har mindst 2 af følgende 4 karakteristika:
 - 1. Unilateral/ bilateral lokalisation (hyppigst bilateral hos børn)
 - 2. Pulserende karakter
 - 3. Moderat eller svær smerteintensitet
 - 4. Forværring ved fysisk aktivitet eller trækker sig fra fysisk aktivitet
- D. Under hovedpinen mindst 1 af følgende 2 karakteristika:
 - 1. Kvalme og/ eller opkastning
 - 2. Lys og lyd-overfølsomhed
- E. Ikke-klassificeret bedre af anden ICHD-3 (beta) diagnose.

Migræne med typisk aura – diagnostiske kriterier (ICHD, 3rd ed. (beta))



- A. Mindst 2 anfald, der opfylder kriterierne B-C
- B. Aura bestående af visuel, sensorisk og/ eller tale-/ sprogproblemer, alle fuldt reversible, men ingen motoriske, hjernestamme- eller retinale symptomer
- C. Mindst 2 af følgende 4 karakteristika:
 - 1. Mindst et aurasymptom spreder sig gradvist over 5 min., og/ eller 2 eller flere symptomer optræder efter hinanden
 - 2. Hvert individuelt aurasymptom varer 5-60 min.
 - 3. Mindst 1 aurasymptom er unilateralt
 - 4. Auraen er ledsaget eller efterfulgt af hovedpine indenfor 60 min.
- D. Ikke bedre klassificeret af en anden ICHD-3 (beta) diagnose.

Undertyper af migræne med aura

Herudover findes yderligere følgende undertyper af migræne med aura, som hver har selvstændige kriterier (se kriterier i ICHD-3 (beta)):

- Typisk aura med hovedpine
- Typisk aura uden hovedpine
- Migræne med hjernestamme-aura
- Hemiplegisk migræne (familiar og sporadisk)
- Retinal migræne.

Spændingshovedpine (TTH – Tension Type Headache)

Beskrivelse

Hovedpine, der varer fra 30 min. til 7 dage. Hovedpinen er typisk bilateral, pressende eller strammende kvalitet, mild til moderat styrke og forværres ikke ved fysisk aktivitet. Der er ikke ledsagesymptomer i form af kvalme og/ eller opkast, men lys- eller lydoverfølsomhed kan være til stede.

Undertyper af spændingshovedpine

Spændingshovedpine inddeles i følgende undertyper, alt efter hyppighed:

- Ikke hyppig (sjælden) episodisk TTH: Under 1 anfald/ mdr.
- Hyppig episodisk TTH: 1-14 anfald/ mdr. gennemsnitligt i min.3 mdr.
- Kronisk TTH: > eller = 15 anfald/ mdr. gennemsnitligt i min.3 mdr.
- Formodet TTH: Benyttes ved usikkerhed om diagnose.

Spændingshovedpine, sjælden episodisk – diagnostiske kriterier (ICHD, 3rd ed. (beta))



- A. Minimum 10 episoder, der optræder på < 1 dag/ måned i gennemsnit (< 12 dage/ år) og opfylder kriterierne B-D.
- B. Varighed fra 30 min. til 7 dage.
- C. Mindst 2 af følgende 4 karakteristika:
 1. Bilateral lokalisation
 2. Pressende eller strammende (ikke pulserende) kvalitet
 3. Mild til moderat styrke
 4. Ikke forværret ved rutinemæssig fysisk aktivitet – fx gang eller trappegang
- D. Begge af følgende karakteristika:
 1. Ingen kvalme eller opkast
 2. Enten lys-overfølsomhed eller lyd-overfølsomhed – ikke begge!
- E. Ikke bedre klassificeret af en anden ICHD-3 (beta) diagnose.

Behandling – generelle principper

Fælles behandlingsstrategi for de forskellige primære hovedpineformer (migræne og spændingshovedpine).

1. Information

Den første del af behandlingen er information af barnet eller den unge og forældrene (barnet bør informeres i et sprog, som det forstår). Der bør informeres om:

- Formodet årsag til hovedpinen
- At hovedpinen er ufarlig
- At der kan gøres meget
- At fremtidsudsigterne er gode.

2. Ikke-medicinsk behandling

Behandlingens trin, kort skitseret:

1. Information om årsagerne til migræne og/ eller spændingshovedpine og om mulighederne for behandling, grundig undersøgelse så patienten føler sig tryk og ikke frygter at fejle noget livstruende, samt blot det at tage patienten alvorligt, kan hos nogle patienter have en gavnlig effekt.
2. Behandler bør identificere og reducere så vidt muligt disponerende faktorer, fx stress og depression/ angst.
3. Ligeledes bør behandleren identificere og så vidt muligt eliminere udløsende faktorer, fx uregelmæssig levevis (bl.a. dårligt søvnmønster eller uregelmæssig fødeindtagelse).
4. Fysioterapi bør primært rettes mod instruktion i korrekte arbejdsstillinger, holdningskorrektion og instruktion i aktive hjemmeøvelser. Fysisk aktivitet formodes at have en gavnlig forebyggende effekt.
5. Biofeedback-terapi (EMG-vejledt afspændingstræning) har dokumenteret effekt ved migræne.



6. Adfærdsterapi og kognitiv terapi (stress- og smertehåndtering) er sandsynligvis effektivt, men tilbydes kun i begrænset omfang i Danmark.
7. Kontrollerede undersøgelser af effekten af akupunktur har givet divergerende, men overvejende positive resultater.
8. Endvidere vigtigt at afklare synsproblematik, bihule-problematik og evt. tænderskæringsproblematik samt evt. cervikal-bevægeapparatsproblemer mhp. relevant intervention.

Der er ikke evidens for passiv massage, kiropraktik og udstrækningsøvelser, men evidens for progressiv afspænding og bio-feedback.

3. Medicinsk behandling

Samtidig med at barn og familie arbejder med elimination/ reduktion af hovedpine-triggerfaktorer, lægges plan for den medicinske behandling (se de forskellige hovedpinetyper ovenfor). Den medicinske behandling kan deles op i akut anfaldsbehandling og forebyggende behandling af hovedpine.

Migræne - akut anfaldsbehandling

- **1. valg:** Paracetamol. *Dosis:* 50 mg/kg/dgn fordelt på 3-4 doser.
- **2. valg:** Paracetamol. *Dosis:* 50 mg/kg/dgn fordelt på 3-4 doser + tabl. domperidon 10 mg (max x 3 dgl.) + evt. tabl./ mixt. Ibuprofen 20-30 mg/kg/dgn fordelt på 3-4 doser (alternativt supp. diclofenac 2 mg/kg/dgn fordelt på 2-3 doser, max 150 mg/dgn i **max 5 dgn**).

NB! Ibuprofen bør kun anvendes til børn > 6 mdr. og vægt > 7kg

NB! Domperidon er kun godkendt til børn > 12 år og > 35 kg.

- **3. valg:** Næsespray Sumatriptan. *Dosis:* 10 mg x1, max 10 mg x 2/dgn (doseringsinterval mindst 2 timer). Afprøves x 3 før skift til anden formulering eller præparat. Effekt potenseres i kombination med domperidon.

NB! Næsespray Sumatriptan er eneste triptan godkendt til børn og unge mellem 12-17 år i DK.

NB! Triptan bør først gives efter aurasfasen og aldrig til patienter med hemiplevisk migræne.

Migræne - forebyggende behandling

Forebyggende behandling overvejes ved:

- > 2 svære anfald/md, hvor anfaldsbehandlingen *ikke* er tilfredsstillende.
- > 4 anfald/md, hvor anfaldsbehandlingen er tilfredsstillende.

Generelle principper for forebyggende behandling:

- Medicinoverforbrug skal altid være saneret forinden



- Langsom optitrering for at minimere bivirkninger
- Forebyggende behandling bør forsøges i minimum 3 mdr. på fuld dosis, hvis det ellers kan tolereres uden bivirkninger.
- Ved effekt: altid seponeringsforsøg efter 6-12 mdr.
- Ved 4 anfald/md eller 10 hovedpinedage/md skal medicinoverforbrug udelukkes
- Informer om forventet effekt, så forventningerne er realistiske
- Informer grundigt om virkningsmekanismerne (Ex. Amitriptylin øger koncentrationen af smertehæmmende stoffer i CNS)
- Vælg profylaktisk medikament ud fra videnskabelig evidens for effekt, bivirkningsprofil og konkurrerende lidelser.

Farmaka anvendes i flg. prioriteret rækkefølge – (hvis ingen komorbiditet) dog obs. kontraindikation

- A. Tabl. flunarizin. *Dosis:* 5-10 mg x 1 dgl. før sengetid.
- B. Tabl. propranolol. *Dosis:* børn < 12 år 20 mg 2-3 gange dgl.; børn > 12 år initialt 40 mg x 2 dgl.. evt. stigende med 1 uges interval til max 80 mg x 2 dgl.
Cave: Astma, svær regulerbar diabetes, depression, overledningsforstyrrelser, bradykardi, hypotension, Raynauds syndrom og hjerteinsufficiens. BT og EKG bør foreligge før opstart.
- C. Tabl. topiramate. *Dosis:* 25 mg x 1 dgl., stigende med 25 mg per 2 uger til typisk 50 mg x 2 dgl.
Anvendelse bør overvejes grundigt, idet 50 % har markante kognitive bivirkninger.
Cave: Nedsat nyrefunktion og tidligere nyresten.
 - **NB!** Pizotifen og clonidin **bør ikke anvendes** pga. dokumenteret manglende effekt.
 - **NB!** De forskellige profylaktika **bør ikke kombineres.**

Spændingshovedpine – akut anfaldsbehandling

Almindelige svage analgetika er effektive (fx paracetamol, ibuprofen, diclofenac - vedr. dosering se ovenfor under Migræne – akut anfaldsbehandling). Max analgetika 14 dage per måned for at undgå medicinoverforbrugshovedpine.

Spændingshovedpine – forebyggende behandling

Børn og unge med kronisk spændingshovedpine bør altid først have udelukket medicinoverforbrugshovedpine før evt. opstart af forebyggende behandling.

Forebyggende behandling med tricykliske antidepressiva (Amitriptylin) har hos voksne med kronisk spændingshovedpine vist 30 % reduktion af hovedpine i forhold til placebo. Dobbeltblindede placebo-kontrollerede studier af behandling med tricykliske antidepressiva (Amitriptylin) på børn og unge er pågående.

Børn og unge med behov for forebyggende behandling bør henvises til behandling i specialiseret hovedpinecenter.



Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)

Beskrivelse

Hovedpine > 15 dage/md forårsaget af medicinoverforbrug af hovedpinemedicin (forbrug > 10 dage/md (triptan) eller 15 dage/md (svage analgetika) eller > 10 dage/md (blandet overforbrug)) i mere end 3 mdr. MOH forsvinder hyppigt efter medicinstop.

MOH – diagnostiske kriterier

- A. Hovedpine der optræder > 15 dage/md hos patient med præeksisterende primær hovedpinesygdom.
- B. Medicinoverforbrug i > 3 mdr. af enten triptan, svage analgetika eller ergotamin-præperater.
- C. Ikke bedre diagnosticeret af en anden diagnose i ICHD-3(beta).

MOH – behandling

Det vigtigste element er information, undervisning og støtte samt behandling af eventuelle abstinenssymptomer.

Det første trin er abrupt seponering af alle analgetika. Dette resulterer normalt i svær hovedpine, eventuelt tillige kvalme, opkastninger, søvnforstyrrelser, uro, angst, nervøsitet, hypotension og takykardi.

Symptomerne varer som regel 2-10 dage, hvorefter de gradvist aftager, samtidig med at hovedpinen spontant bedres.

Behandlingen foretages ambulantly eller under indlæggelse. I tilfælde af smerter og uro kan under indlæggelse i få dage forsøges med tabl. promethazin eller tabl. levomepromazin.

MOH – prognose

Prognosen kendes ikke hos børn. Prognosen hos voksne er god efter medicinafvænnning, frekvens af migræne reduceres til 1/3, frekvensen og intensiteten halveres for TTH, og den resterende hovedpine bliver modtagelig for profylakse.

Ansvar og organisation

Referencer

Internationale Hovedpine Klassifikation (ICHD-III (beta)). Cephalalgia 2013.

<http://www.ihs-classification.org/downloads/mixed/International-Headache-Classification-III-ICHD-III-2013-Beta.pdf>

Referenceprogram. Diagnostik og behandling af hovedpine og ansigtssmerter, Dansk Hovedpine Selskab 2010.

<http://www.dhos.dk/Referenceprogrammer/Hovedpine%20Referenceprogram%202010.pdf>

Kacperski J, Hershey AD. Preventive Drugs in Childhood and Adolescent Migraine. Curr Pain Headache Rep. 2014 Jun;18(6):422. doi: 10.1007/s11916-014-0422-7. Review.



Gelfand AA; Goadsby PJ. Medication overuse in children and adolescents. Curr Pain Headache Rep. 2014 Jul;18(7):428

Migræne og Hovedpineforeningen: www.hovedpineforeningen.dk (app'en "Min hovedpine" ligger under Redskaber og dagbøger).

Bilag

Hovedpinedagbog for børn og unge

Hovedpinekalender for børn og unge