

KLINISK VEJLEDNING



H Ø V E D P I N E

Udarbejdet af:

Henrik Hein Lauridsen
Janni Bang
Pernille Popp
Kristina Boe Dissing
Sofie Thesbjerg
Nina Hougs Hesselberg
Cecilie Deleurang Testern

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Klassifikation	3
Sygehistorie (anamnese)	5
Undersøgelse	8
Den basale objektive undersøgelse	8
Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om patologi og migræne	8
Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om spændings- eller cervikogen hovedpine ...	8
Røde flag	9
Udredning og diagnostik	9
Udredning	9
Diagnostik	10
Spændingshovedpine	10
Cervikogen hovedpine	11
Migræne	11
Medicinoverforbrugshovedpine (MOH)	13
Klyngehovedpine	11
Trigeminusneuralgi (TN)	14
Sekundære hovedpineformer	15
Viderehenvisning	16
Behandling	17
Spændingshovedpine	17
Cervikogen hovedpine	17
Migræne	17
Manuel behandling	18
Bivirkninger	18
Forbigående bivirkninger	18
Alvorlige komplikationer	18
Prognose	19
Forebyggelse	19
Opfølgning	19
Høring	20
Referencer	21
Bilag	24

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. 1,6 mia. 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.

Denne retningslinje er udarbejdet til kiropraktorer, som behandler patienter med hovedpine som primærklage.

Klassifikation

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

Almindelige hovedpinesygdomme

Primære

Migræne

For det meste episodisk, opstår hos 12-16% af den almindelige befolkning, for kvinder hyppigere end for mænd i forholdet 3:1.

Spændingshovedpine

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, og optræder næsten hver dag. Globalt set er den standardiserede prævalens for mænd på 21.4%, mens den er på 30.8% for kvinder.

Klyngehovedpine

Intense og hyppigt tilbagevendende, men kortvarige hovedpineanfald, berører op til 3 ud af 1000 mænd og op til 1 ud af 2000 kvinder.

Sekundære

Cervikogen hovedpine

Inkluderer typisk nakkesmerter og berører fra 0.2-17% af befolkningen.

Medicinoverforbrugs hovedpine

Post-traumatisk hovedpine

Hovedpine grundet patologi (fx SAH, tumor)

Kilder: Europæiske principper for behandling af almindelige hovedpinesygdomme i almen praksis (2); Global burden of migraine and tension headache (4).

For at vurdere om en hovedpine er primær eller skyldes alvorligere underliggende sygdom, er det nødvendigt at lave en tilbunds gående 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 lysøverfølsomhed
	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 (5).

Sygehistorie (anamnese)

Anamnesen er altafgørende i diagnostikken af alle primære hovedpinetilstande, ansigtssmerter samt ved medicinoverforbrugshovedpine. Historien skal adskille primær hovedpinetyper fra sekundær hovedpine ved at afklare eventuelle advarselstegn på en alvorlig sekundær hovedpine. Den bør afdække om patienten har andre fysiske eller psykiske helbredsproblemer, som kan have betydning for hovedpinesygdommen.

Sygehistorien tager afsæt i stamoplysninger jf. journalbekendtgørelsen. 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 hovedpinedag-

bog 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.

Hor mange forskellige hovedpinetyper/ansigtssmerter har du? Separat anamnese for hver type!	
Almene anamnestiske 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 smerten • 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? • Forværende 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 (5).

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 (hovedpine-historik) 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 nakken • 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 (5).

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
 - Bevægeudslag (range of motion)
 - Bløddelspalpation
- Neurologisk screening (6), herunder:
 - Gangafvikling
 - Vurdering af mental status (patienten svarer relevant på spørgsmål)
 - Screening af kranienerverne:
 - Pupiller og øjenbevægelser
 - Følesans og motorik i ansigtet
 - Mundbevægelser
 - Bevægelser af tungen (observer ganen)
 - Overekstremiteterne
 - Trofik
 - Tonus ved håndled og albuer
 - Kraft
 - Sensibilitet
 - Reflekser
 - Koordination og balance
 - Rombergs test

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 alternerende bevægelser)

Yderligere undersøgelsesprocedurer ved mistanke om spændings- eller cervikogen hovedpine

Objektiv undersøgelse *skal* indeholde en vurdering af:

- Bevægepalpation af columna cervicalis, særligt C0-C3
- Evaluering af muskulaturen øvre cervikalt, herunder refereret smerte fra triggerpunkter

og *kan* indeholde:

- Cervikal fleksions-rotations test (7)
- Undersøgelse af kæbeleddet
- Evaluering af kæbeleddets 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
- Natlige hovedpiner hos børn
- 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 (5).

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.).

Udredning og diagnostik

En kiropraktor ser primært tre former for hovedpine: spændingshovedpine, migræne og cervikogen hovedpine, men andre sjældnere former for hovedpine ses også. Ydermere er det ikke usædvanligt, at en patient præsenterer sig med flere typer hovedpine, de såkaldte blandingshovedpiner, som fx en kombination af spændingshovedpine og migræne. Da kiropraktoren er en primær indgang til sundhedsvæsenet, er udredning 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 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 (https://www.hovedpineforeningen.dk/diagnostisk_hovedpinedagbog.html) (8).

Hovedpinekalenderen anvendes overvejende til opfølgning af hovedpine behandling, og vi anbefaler kalenderen publiceret fra enten Migræne og Hovedpineforeningen (https://www.hovedpineforeningen.dk/diagnostisk_hovedpinedagbog.html) eller på www.sundhed.dk (<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/migraene/hovedpinekalender-og-hovedpinedagbog/>) (9).

Diagnostik

I dette afsnit er de vigtigste hovedpinetyper kort beskrevet med de tilhørende subjektive diagnostiske kriterier. Med mindre andet er angivet er informationen taget fra Dansk Neurologisk Selskabs hjemmeside, og yderligere information om de enkelte hovedpinetyper kan også findes her (10).

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; ICHD-3: 2).

Hypig episodisk hovedpine af spændingstype

Minst 10 episoder der forekommer i gennemsnitligt 1-15 dage/måned i mere end 3 måneder og opfylder nedenstående kriterier:

- 1) Hovedpine varende fra 30 minutter til 7 dage
- 2) Hovedpinen har mindst 2 af følgende karakteristika:
 - a) Hovedpine svarende til begge sider af hovedet/ansigtet
 - b) Pressende/strammende (ikke pulserende) karakter
 - c) Mild eller moderat intensitet

Ingen forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op af trapper

- 1) Hverken kvalme eller opkastninger (madlede kan forekomme)
- 2) Højest ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed
- 3) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Kronisk hovedpine af spændingstype

Som hypig episodisk hovedpine af spændingstype bortset fra:

- 1) Hovedpinen forekommer mere end 15 dage/måned i mere end 3 måneder
- 2) Hovedpinen varer timer eller er konstant tilstede
- 3) Højest ét af følgende: lysfølsomhed eller lydfølsomhed eller mild kvalme
- 4) Hverken moderat eller svær kvalme eller opkastning

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (11).

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.

Cervikogen hovedpine

Cervikogen hovedpine er en diagnostisk udfordring, da symptombilledet overlapper med andre hovedpinetyper (fx spændingshovedpine og migræne), og de diagnostiske kriterier er uklare (se Tabel 5). En grundig anamnese og objektiv undersøgelse er derfor essentiel for at stille den rigtige diagnose (7, 12).

Cervikogen hovedpine er karakteriseret ved uni- eller bilateral hovedpine lokaliseret til nakke og baghoved, evt. med udstråling til hoved og/eller ansigt. Hovedpinen er ofte, men ikke nødvendigvis, associeret med nakkesmerter og nedsat bevægelse af columna cervicalis. Smerten formodes relateret til belastningsrelaterede spændinger og/eller artikulær dysfunktion af columna cervicalis, specielt omkring C0-C3 regionen. Cervikogen hovedpine kan forværres ved bevægelse af nakken eller ved at holde nakken i samme stilling i længere tid (11, 13, 14).

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

Ved hovedpine, der vurderes at komme fra nakken, henvises til gældende retningslinjer for billeddiagnostik af nakken: <http://www.bdretningslinjer.dk/>

Tabel 5. Diagnostiske kriterier for cervikogen hovedpine (ICPC-2: N01; ICD10: G44.8; ICHD-3: 11.2.1).

Andre specificerede hovedpine syndromer (cervicogen hovedpine)

Klinisk eller radiologisk bevis på sygdom eller læsion i cervical columna eller de tilhørende bløddel, 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 provokationsmanøvrer (fx direkte tryk på nakkens muskler eller bestemte bevægelser).
- 4) Hovedpinen forsvinder som følge af diagnostisk blokade af cervical struktur eller dennes nerveforsyning.

Obs: overlap med spændingshovedpine.

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

Migræne

Migræne kan inddeles i to undertyper: 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 fonoo- 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.

Migræne uden aura (ICPC-2: N89; ICD10: G43.0; ICHD-3: 1.1)

Mindst 5 anfald som opfylder nedenstående kriterier:

- 1) Hovedpineanfald varende 4-72 timer (ubehandlet eller behandlet uden effekt)
- 2) Hovedpinen har mindst 2 af følgende 4 karakteristika:
 - a) Unilateral lokalisation
 - b) Pulserende karakter
 - c) Moderat eller stærk intensitet
 - d) Forværring ved rutinemæssig fysisk aktivitet som f.eks. at gå op ad trapper
- 3) Mindst ét af følgende: Fotofobi, fonofobi, kvalme og/eller opkastning
- 4) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Migræne med aura (ICPC-2: N89; ICD10: G43.1; ICHD-3: 1.2)

Mindst 2 anfald som opfylder nedenstående kriterier:

- 1) Aura bestående af mindst ét af følgende:
 - a) Forbigående synsforstyrrelser (f.eks. flimrer, pletter eller linjer og/eller synstab)
 - b) Forbigående føleforstyrrelser (f.eks. prikken og stikken og/eller følelsesløshed)
 - c) Forbigående tale- eller sprog-forstyrrelser
 - d) Svimmelhed, dobbeltsyn, bevidsthedssvækkelse
- 2) Mindst 2 af følgende:
 - a) Mindst et aurasymptom udvikles gradvist over mindst 5 minutter, og/eller forskellige aurasymptomer opstår i forlængelse af hinanden
 - b) Hvert symptom varer mindst 5 minutter og under 60 minutter
 - c) Mindst et symptom er ensidigt
 - d) Hovedpine begynder under eller efter aura inden for 60 minutter
- 3) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (11).

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 unilaterale og pulserende med forværring ved fysisk aktivitet	Ofte bilaterale og pressende, normalt ingen forværring ved fysisk aktivitet
Intensitet	Typisk moderat til svær	Typisk mild til moderat
Ledsagesymptomer	Ofte kvalme og/eller opkastning samt fotofobi og fonofobi	Ingen eller kun mild kvalme, fotofobi eller fonofobi

Medicinoverforbrugshovedpine (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 iblandt hyppige migrænelignede anfald. De diagnostiske kriterier er beskrevet i Tabel 8.

Tabel 8. Diagnostiske kriterier for medicinoverforbrugshovedpine (ICPC-2: A85; ICD10: G 44.4; ICHD-3: 8.2).

Medicinoverforbrugshovedpine
1) Hovedpine i mindst 15 dage/måned 2) Regelmæssig overforbrug i mere end 3 måneder af et eller flere af følgende medikamina: a) Ergotaminer, triptaner, opioider eller en kombination heraf i mere end 10 dage/måned b) Simple smertestillende midler fx paracetamol/Acetylsalicylsyre/NSAID i mindst 15 dage/måned c) Hovedpine er udviklet eller markant forværret under medicinoverforbruket

Kilde: *The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (11).*

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 øjenlågssødem som tegn på parasympatisk hyperaktivitet og sympatisk hypoaktivitet (se Tabel 9 for diagnostiske kriterier).

Tabel 9. Diagnostiske kriterier for klyngehovedpine (ICPC-2: N90; ICD10: G44.0; ICHD-3: 3.1.1).

Episodisk klyngehovedpine

Mindst 2 perioder af hovedpine (klyngeperioder) varende 7-365 dage (ubehandlet) og adskilt af anfaldsfri perioder på mindst 1 måned.

- 1) Stærk ensidig smerte som er lokaliseret til øjet, over øjet eller i tindingen og varer 15 minutter til 3 timer uden behandling
- 2) Hovedpinen ledsages af mindst et af følgende symptomer på samme side som hovedpinen:
 - a) Rødt øje og/eller tåreflåd
 - b) Tæthed i næsen og/eller løbende næse
 - c) Hævet øjenlåg
 - d) Pande- og ansigtssved
 - e) Propfornemmelse i øret
 - f) Formindsket pupil eller hængende øjenlåg på samme side
 - g) Følelse af rastløshed eller ophidselse
- 3) Anfalds hyppighed fra et til hver anden dag til 8 om dagen
- 4) Hovedpinen skyldes ikke anden sygdom

Kronisk klyngehovedpine

Opfylder kriterierne 1-4, og ingen anfaldsfri perioder igennem minst et år, eller anfaldsfri perioder under 3 måneder.

Kilde: The International Classification of Headache Disorders 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (11).

Trigeminusneuralgi

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 baggrundssmerte i samme område (se Tabel 10).

Tabel 10. Diagnostiske kriterier for klassisk trigeminusneuralgi (ICPC-2: N92; ICD10: G50.0; ICHD-3: 13.11).

Klassisk trigeminusneuralgi

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

Kan underinddeles i:

13.11.1 Klassisk trigeminusneuralgi, udelukkende paroxysmal

13.11.2 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 11. Diagnostiske kriterier for sekundær hovedpine.

Sekundær hovedpine

- 1) Enhver hovedpine der opfylder kriterium 3
- 2) Diagnosticering af en sygdom som kan forårsage hovedpine
- 3) Evidens for årsagssammenhæng mellem anden sygdom og hovedpine demonstreret ved mindst to af følgende punkter:
 - a) Hovedpinen er udviklet i tæt tidsmæssig sammenhæng til sygdommen som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
 - b) Mindst én af følgende:
 - i) Signifikant forværring af hovedpinen i forbindelse med forværring af sygdommen, som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
 - ii) Signifikant bedring af hovedpinen i forbindelse med bedring af sygdommen, som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
 - c) Hovedpinens karakteristika er typiske for den forårsagende sygdom
 - d) Anden evidens for årsagssammenhæng mellem hovedpinen og sygdommen som mistænkes at have forårsaget hovedpinen
- 4) Hovedpinen kan ikke bedre tilskrives en anden diagnose

Viderehenvising

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

Tabel 12. Oversigt over, hvornår en kiropraktor bør viderehenvise, og til hvilken instans (16).

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	→ Henvi s til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
Moderat	Hovedpine og feber uden oplagt benign årsag	→ Egen læge
	Ved: Fokal neurologi, petekkkier, bevidsthedspåvirkning, nakkeryg-stivhed, påvirket AT	→ Henvi s til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
	Husk patienter med kræft der rapporterer om subakut progredierende hovedpine	→ Henvi s til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
	Mistanke om underliggende patologi	→ Henvi s til akut videre udredning (egen læge/lægevagt)
Let	Kendt hovedpine, hvor behandling med manuelle modaliteter eller øvelsesterapi ikke hjælper	→ Egen læge
	Langsomt progredierende hovedpine, især > 65 år	→ Egen læge
	Mistanke om underliggende patologi	→ Henvi s 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
- Medicinoverforbrugshovedpine, 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 (17)

Behandling

Spændingshovedpine

Behandlingsstilgangen til spændingshovedpine målretter sig bløddelene og ledkomplekset omkring columna cervikalis (evt. også omkring kæbeledet). Valg af behandlingsmodalitet er op til den enkelte behandler og kan indeholde:

- Manuel behandling af columna cervikalis (18)
- Bløddelsbehandling, f.eks.
 - Massage (18)
 - Stræk af muskler (fx post-isometric relaxation) (19)
 - Afspændingsøvelser, herunder vejtrækningsøvelser
 - Triggerpunktsbehandling
- Træning, herunder nakke- og skuldertræning samt holdningskorrigerende øvelser
- Ergonomisk rådgivning
- Vejledning i forhold til farmakologisk behandling (håndkøbsmedicin)

Manipulation af den øvre del af nakken i kombination med bløddelsbehandling har vist den bedste effekt i forhold til funktionsnedsættelse og livskvalitet ifm. hovedpine (18, 20-22).

Cervikogen hovedpine

Behandlingsstilgangen til cervikogen hovedpine fokuserer på cervikal dysfunktion, bløddelsbehandling og træning (23-26):

- 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)

Antal af behandlinger med manipulation af den øvre del af nakken med eller uden bløddelsbehandling/triggerpunkts terapi, øvelsesterapi og modificering af det daglige aktivitetsniveau har vist en lineær sammenhæng, hvor omkring 12 behandlinger over 3 uger gav det bedste behandlingsresultat (27).

Migræne

Behandling af primær migræne bør varetages primært af egen læge eller neurolog. Det bør overvejes at supplere den medicinske behandling med manuel behandling i de tilfælde, hvor

der er smerter i cervikalis/thorakalis og der findes dysfunktion i columna cervikalis/thorakalis. Ydermere kan man supplere med massage og afspændingsøvelser (28, 29). 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».

Manuel behandling

Ved brug af manuel behandling til hovedpinepatienter, 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 (25, 30, 31), 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 (32, 33).

Bivirkninger

Der opstår sjældent bivirkninger ved manuel behandling af columna cervikalis hos patienter med hovedpine. Såfremt der opstår bivirkninger, er de som regel af kortvarig og uvæsentlig karakter (34). 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 (35). 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 (36). Forbigående smerter forsvinder oftest efter 24 timer og forringer kun aktivitetsniveauet minimalt (37). Risikofaktorer for forbigående bivirkninger er bl.a. (35, 38):

- 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 (39, 40), 1 ud af 1,3 millioner (41) eller 1 ud af 5,85 millioner cervikale manipulationer (42).

Risikoen for udvikling af en vaskulær bivirkning er blevet undersøgt i flere studier (43, 44). 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 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 (45).

Prognose

Et systematisk review over prognostiske faktorer for patienter med kronisk hovedpine konkluderer følgende (46):

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

- Depression
- Angst
- Dårlig søvn
- Stress
- Overforbrug af medicin
- U hensigtsmæssig sygdomsadfærd ift. hovedpiner

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

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

Empirisk evidens fra klinikken peger på, at brugsisme, tilretning af tænder og synsproblemer kan prædisponere til hovedpine.

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 (47).

Migræneanfald kan fremkaldes af forskellige føde- eller drikkevarer, men kan variere meget fra patient til patient. Derfor er en forebyggelse individuel, og det er vigtigt at tale med en læge om, hvordan man bedst 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 (48).

Opfølgning

Opfølgning hos kiropraktor bør foregå efter en individuel vurdering, og består oftest af en anamnese, undersøgelse samt behandling med vejledning, manuelle teknikker og øvelsesterapi. Patienter, som ikke har effekt af behandlingen viderehenvises jf. afsnittet om viderehenvi sning.

Høring

Vejledningen har været i præ-høring på kiropraktorernes Faglige Kongres, som blev afholdt d. 8. november 2018.

Vejledningen har været i høring fra d. 11-12-2018 til d. 1-2-2019, hvor den er blevet sendt til:

- 1) Alle kiropraktorer i Danmark
- 2) Sundhedsstyrelsen
- 3) Dansk Selskab for Almen Medicin
- 4) Dansk Neurologisk Selskab
- 5) Hovedpineforeningen

Høringssvarene findes i det supplerende bilag 1.

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, Laine 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. Collaborators GBDH. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):954-76.
5. Bentsen L, Birk S, Kasch H, Aegidius K, Schmidt Sørensen P, Thomsen LL, et al. Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmter. Dansk Hovedpine Selskab, 2010.
6. Fuller G. Neurological Examination Made Easy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993.
7. Rubio-Ochoa J, Benitez-Martinez J, Lluich E, Santacruz-Zaragoza S, Gomez-Conterras P, Cook CE. Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: A systematic review. *Man Ther*. 2016;21:35-40.
8. Redskaber og dagbøger: <https://www.hovedpineforeningen.dk>; 2018 [cited 2018- 10-22]. Available from: https://www.hovedpineforeningen.dk/diagnostisk_hovedpinedagbog.html.
9. 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/>.
10. Neurologisk National Behandlingsvejledning: <http://neuro.dk/wordpress/nbnv/>; 2018 [cited 2018- 10-22]. Available from: <http://neuro.dk/wordpress/nbnv/>.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
12. Blumenfeld A, Siavoshi S. The Challenges of Cervicogenic Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2018;22(7):47.
13. Al Khalili Y, Murphy PB. Headache, Cervicogenic. *StatPearls*. Treasure Island (FL)2018.
14. Antonaci F, Sjaastad O. Cervicogenic headache: a real headache. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011;11(2):149-55.
15. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielte forløb for mennesker med hovedpinesygdomme. Sundhedsstyrelsen. 2019:1-90.
16. Akuthåndbogen for hovedpine: www.dsam.dk; 2013 [cited 2018- 10-22]. Available from: <https://ve-jledningner.dsam.dk/akut/?mode=chart&chartId=31>.
17. 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].
18. Espi-Lopez GV, Zurriaga-Llorens R, Monzani L, Falla D. The effect of manipulation plus massage therapy versus massage therapy alone in people with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(5):606-17.
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. Espi-Lopez GV, Rodriguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Molina-Martinez F, Falla D. Do manual therapy techniques have a positive effect on quality of life in people with tension-type headache? A randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(4):447-56.
22. Espi-Lopez GV, Rodriguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Benitez-Martinez JC, Lluich E, Falla D. Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014;50(6):641-7.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.

27. Haas M, Group E, Aickin M, Fairweather A, Ganger B, Attwood M, et al. Dose response for chiropractic care of chronic cervicogenic headache and associated neck pain: a randomized pilot study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2004;27(9):547-53.
28. Chaibi A, Benth JS, Tuchin PJ, Russell MB. Chiropractic spinal manipulative therapy for migraine: a three-armed, single-blinded, placebo, randomized controlled trial. *Eur J Neurol.* 2017;24(1):143-53.
29. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: a systematic review. *J Headache Pain.* 2011;12(2):127-33.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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 Musculoskeletal Disord.* 2011;12:219.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. Durrett LC. Management of patients with vertebralbasilar ischemia. *Chiropractic Technique.* 1994;6(3):95-7.
41. Assendelft WJ, Bouter LM, Knipschild PG. Complications of spinal manipulation: a comprehensive review of the literature. *J Fam Pract.* 1996;42(5):475-80.
42. Haldeman S, Carey P, Townsend M, Papadopoulos C. Arterial dissections following cervical manipulation: the chiropractic experience. *CMAJ.* 2001;165(7):905-6.
43. Cassidy JD, Boyle E, Cote P, He Y, Hogg-Johnson S, Silver FL, et al. Risk of vertebralbasilar 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.
44. Cassidy JD, Boyle E, Cote P, He Y, Hogg-Johnson S, Silver FL, et al. Risk of vertebralbasilar 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.
45. Choi S, Boyle E, Cote P, Cassidy JD. A population-based case-series of Ontario patients who develop a vertebralbasilar artery stroke after seeing a chiropractor. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011;34(1):15-22.
46. 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.
47. 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.
48. Duncan CW, Watson DP, Stein A, Guideline Development G. Diagnosis and management of headache in adults: summary of SIGN guideline. *BMJ.* 2008;337:a2329.

Bilag 1

Høringsvar fra DSAM modtaget d. 10-1-2019.



SDU, Henrik Hein Lauridsen

10. januar 2019

DSAM's høringsvar vedrørende vejledning om hovedpine i kiropraktorpraksis

DSAM har modtaget ovenstående udkast til vejledning og takker for muligheden for at komme med kommentarer.

Overordnet finder vi udkastet til en vejledning til kiropraktorerne ganske fornuftig. Specielt forekommer det relevant, at der er fokuseret på visitationskriterier, når kiropraktorerne anbefales at viderevisitere patienter med hovedpine til andre dele af sundhedssektoren (både akutte og ikke-akutte visiteringer).

Vi har ikke specifikke kommentarer til kiropraktorerens egne behandlingsforslag. Vi konstaterer dog, at vejledningen på seriøs vis beskriver, om der evt. kan være risiko ved behandling sv.t. column cervicalis.

Vores største anke går på tingen af udkastet: Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe vedrørende faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme. Vi mener ikke, at DKS' vejledning bør udkomme, før Sundhedsstyrelsens anbefalinger forligger senere på året. Det bør også sikres, at der er samklang mellem DKS' vejledning og SST's anbefalinger.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anders Beich', is written over a faint, circular stamp or watermark.

Anders Beich
Formand, DSAM

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Høringsvar fra kiropraktor Susanne Lynge modtaget d. 10-1-2019.

Jeg vil gerne komme med et par ting til retningslinjer for behandling af hovedpine. Det er et meget flot stykke arbejde, I har lavet omkring beskrivelser af hovedpine, anamnese og undersøgelse. Jeg ved, at I har kigget på nedenstående en gang, men prøver nu alligevel at komme med det igen:

Kommentarer til de udsendte kliniske retningslinjer for behandling af hovedpinepatienter:

1. Side 7: Den basale undersøgelse: "objektiv undersøgelse bør indeholde en vurdering af bevægelpalpation af columna cervikalis, særligt C0-C3"

Jeg foreslår, at man i stedet skriver: "objektiv undersøgelse bør indeholde en bevægelpalpation af hele columna, bækken og TMJ"

Begrundelse: Jeg mener ikke, at der er dækkende kiropraktisk evidens for, at spændings eller cervikogen hovedpine primært kommer fra øvre nakke. Jeg mener ligeledes, at vi som kiropraktorer altid skal vurdere hele columna, da et problem i nakken forårsagende hovedpine kan være kompenserende for problemer længere ned i columna eller bækken. TMJ bør altid evalueres ved hovedpine.

2. Side 7: Røde Flag- "progredierede hovedpine over uger"
Mener, at dette bør præciseres om muligt, hvis man kan- hvilken tidsramme og hvorfor?
3. Side 9: Cervikogen hovedpine: "smerten formodes forårsaget af en problematik omkring den øvre del af columna cervikalis"

Da dette mere er en formodning end en vished, mener jeg, at denne sætning bør ændres til- "problematik omkring cervical columna".

4. Side 9: Migræne: "typiske karakteristika er halvsidig hovedpine"
Dette er ikke altid tilfældet hos børn. Deres migræner kan skifte og sidde også ofte i panden uden at være halvsidige. Bør måske nævnes, da det understøttes af forskningen.
5. Side 14: Migræne: "behandling af primær migræne bør varetages primært af egen læge eller neurolog. Det kan overvejes at supplere medicinsk behandling med massage, fysioterapi, afspændingsøvelser og manipulation øvre cervikalt..."

Jeg synes som kiropraktor, at manipulation bør stå først på sætningen over supplerende behandlinger- mener ikke, at evidensen er bedre for de andre typer. Jeg mener igen, at der IKKE bør stå "manipulation øvre cervikalt", men åbne op for, at bevægeapparatet vurderes som en helhed, som skrevet under pkt.1 ovenover. Når det handler om disse patienter synes jeg, vi bør træde mere i karakter, da der er bivirkninger og risici forbundet med medicinen for mange, ligeledes er MOH (medicin-overforbrugs-hovedpine) en faktor. Jeg tror mange kollegaer hjælper migrænepatienterne, og disse patienter ønsker/søger alternativer til medicin- derfor ser vi så mange af dem. For børns vedkommende (og de er en stor del hos mange kiropraktorer) er evidensen for medicinen yderst sparsom.

Hvis anamnese og undersøgelse af en migrænepatient ikke viser nogle red flags eller andre kontraindikationer til kiropraktisk manipulationsbehandling, så mener jeg, at vi både kan og skal tilbyde disse patienter et alternativ og/eller supplement til medicinsk behandling, hvis de har dysfunktioner i bevægeapparatet.

Vi bør sætte et klart aftryk i disse retningslinjer, som jo gælder vores fag, ikke lægens.

