

ICHD-3 diagnostiske kriterier for hodepine

til bruk i dette kurset

Innhold

Migrene	1
Migrene uten aura.....	1
Migrene med aura.....	2
Kronisk migrene.....	4
Spenningshodepine	5
Medikamentoverforbrukshodepine (MOH) og kroniske hodepiner	6
Trigeminal autonome cefalgier (TACs)	7
Klasehodepine	8
Proksymal hemikrani og hemigrania continua	9
Trigeminusneuralgi	9

Migrene

Migrene uten aura



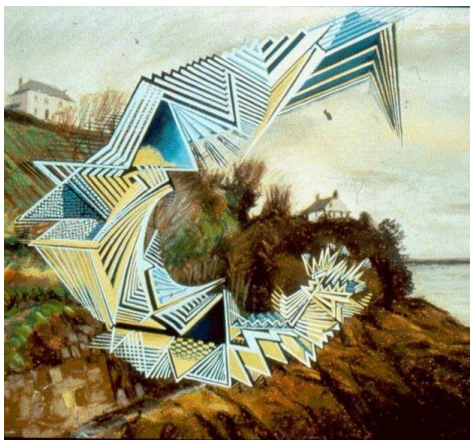
Migrene uten aura kommer i anfall (4 til 72 timer).

Merk at bare 2 av 4 smertekriterier (C), og én av to av kriterier for ledsagende fenomener (D) (lys- og lydskyhet, kvalme eller oppkast) trenger være til stede. Smerten er ofte ensidig, men som regel ikke alltid på samme side. Smerte på begge sider av hodet utelukker ikke migrene. På grunn av forverring ved anstrengelse ligger pasientene mest mulig i ro under anfall (til forskjell fra klasehodepine).

Migrene uten aura

- A. Minst fem angrep som oppfyller kriterium B-D.
- B. Hodepine som varer 4-72 timer (ubehandlet eller ikke vellykket behandlet)
- C. Hodepinen har minst to av følgende fire karakteristika:
 1. Ensidig
 2. Pulserende
 3. Moderat eller alvorlig smerteintensitet
 4. Blir verre av rutinemessig fysisk aktivitet
- D. Minst en av følgende under anfallet:
 1. Kvalme og/eller oppkast
 2. Fotofobi og fonofobi

Migrene med aura



Aura består vanligst av synsforstyrrelser i form av siksaklinjer på en side, farger og flimringer som utvikler seg i løpet av minst 5 minutter.

Nest vanligst er sensoriske forstyrrelser i form av nummenhet eller prikkinger på en side av ansikt eller en arm som gradvis øker på. Relativt sjelden er språkforstyrrelser (dysfasi). Se bilder! Aura kommer rett før (vanligvis < 60 min) hodepinen. Kriteriene er

utformet for å kunne skille migreneaura fra transitoriske iskemiske angrep (TIA).

Migrene med aura

- A. Minst to attack som oppfyller kriteriene B og C
- B. En eller flere av følgende fullt reversible aurasymptomer:
 1. Visuell
 2. Sensorisk
 3. Tale og/eller språk
 4. Motorisk
 5. Hjernestamme
 6. Retinal
- C. Minst tre av følgende seks karakteristika:
 1. Minst et aura symptom som spres gradvis over minst 5 minutter,
 2. To eller flere symptomer som kommer etter hverandre
 3. Hvert aura symptom varer 5-60 minutter¹
 4. Minst et aurasymptom er unilateralt²
 5. Minst ett aurasymptom er positivt³
 6. Auraen ledsages av eller etterfølges av hodepine innen 60 minutter
- D. Ikke bedre forklart av andre ICHD-3 diagnoser

¹Hvis 3 ulike aurasymptomer kommer etter hverandre kan de til sammen vare 3x60 minutter. Motorisk aura kan vare opptil 72 t!

²Afasi regnes alltid som ensidig symptom

³Flimringer /lysblink, eller prikkinger i huden regnes som positive fenomener.

Kronisk migrene

Februar							
Uke	man	tir	ons	tor	fre	lør	søn
5				1	2	3	4
6	5	6	7	8	9	10	11
7	12	13	14	15	16	17	18
8	19	20	21	22	23	24	25
9	26	27	28				

Kronisk migrene er en «blandingshodepine» definert ut fra hyppighet av hodepine (≥ 15 dager per måned over > 3 måneder), og at ≥ 8 av hodepinedagene har migrenepreg, mens resterende dagene kan være spenningshodepine.

Kronisk migrene

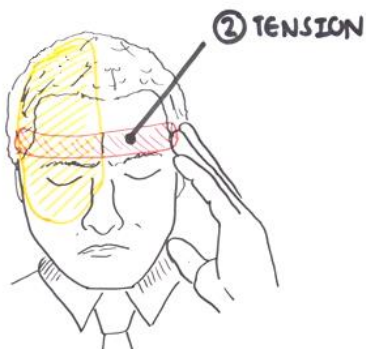
A: Hodepine (som ligner på spenningshodepine eller migrene) ≥ 15 dager per måned i > 3 måneder, og som oppfyller kriteriene B og C

B. opptrer hos en pasient som har hatt minst 5 anfall som oppfyller kriteriene for migrene uten eller med aura, og som

C. I mer enn 8 dager per måned i > 3 måneder oppfyller minst ett av følgende tre kriterier:

1. kriteriene C og D for migrene uten aura,
2. kriteriene B og C for migrene med aura,
3. oppfattes av pasienten å være migrene fra starten og lindres av triptan eller ergotamin

Spenningshodepine



Spenningshodepine («Tension-type headache») er den vanligst forekommende hodepine i befolkningen. Den er vanligvis ikke så intens, vanligvis hverken ensidig, pulserende, den forverres ikke av moderat fysisk anstrengelse, og den ledsages ikke hverken av kvalme eller oppkast, eller av lys- og lydskyhet (litt av en av dem kan foreligge). Dette betyr at pasientene kan være opp og bevege seg. Spenningshodepine deles inn i:

- sjelden episodisk (< 1 dag /måned)
- hyppig episodisk (1-14 dager/ måned)
- kronisk type (> 14 dager per måned)

Det er 3 typer, avhengig av hyppighet (kriterium A under)

- A. Minst ti episoder med hodepine som forekommer i <1 (sjelden), 1-14 (hyppig), eller ≥ 15 (kronisk) dager per måned i gjennomsnitt og oppfyller kriteriene B-D
- B. Hodepinen varer fra 30 minutter til 7 dager
- C. Minst to av følgende:
 1. Bilateral
 2. Trykkende (ikke-pulserende)
 3. Mild eller moderat intensitet
 4. Ikke verre ved rutinemessig fysisk aktivitet som trappegåing
- D. Begge følgende
 1. Ingen kvalme eller oppkast
 2. Ikke mer enn én av foto- eller fonofobi
- E. Ikke bedre forklart av annen type hodepine

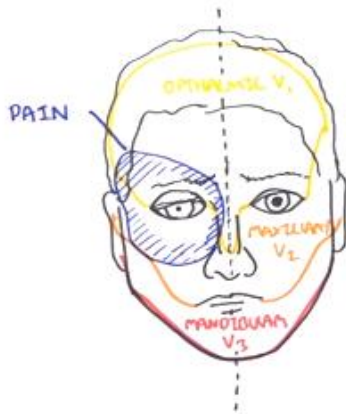
Medikamentoverforbrukshodepine (MOH) og kroniske hodepiner

Kronisk migrene eller kronisk spenningshodepine forekommer på flertallet av dagene (≥ 15 dager per måned i ≥ 3 måneder), ofte de fleste dagene. Fordi hodepinen da mister sitt anfallspreg kan den være vanskeligere å sette en eksakt diagnose på, ikke minst fordi slike pasienter ofte bruker mye anfallsmedisiner som også kan bidra til å endre på hodepinens karakter. De skal da i tillegg få diagnosen medikamentoverforbrukshodepine (MOH) hvis de bruker vanlige smertestillende ≥ 15 dager i måneden, eller triptaner, kombinasjonspreparater eller opiat ≥ 10 dager i måneden. MOH regnes som sekundær hodepine, forårsaket av ugunstig behandling av migrene eller spenningshodepine, og opptil 75% av pasientene blir bedre hvis de får redusert forbruket av smertestillende.

Medikamentoverforbrukshodepine (MOH)

- A. Hodepine tilstede > 15 dager per mnd hos en pasient som har en pre-eksisterende hodepine
- B. Overforbruk i > 3 mnd av et eller flere medikamenter som kan brukes for akutt og/eller symptomatisk behandling av hodepine
 - Ergotaminer, triptaner, opioider, kombinasjonsmedikamenter > 10 dager/mnd i > 3 mnd
 - Enkle analgetika > 15 dager/mnd i > 3 mnd
 - Enhver kombinasjon av ergotaminer, triptaner, analgetika og/eller opioider > 10 dager/mnd i > 3 mnd uten overforbruk av en type alene

Trigeminal autonome cefalalgier (TACs)



Trigeminal autonome cefalalgier (TACs) er en gruppe primære hodepine lidelser som kjennetegnes av ensidig hodepine og samtidig autonome symptomer fra øye og ansikt (se klasehodepine kriteriene) på samme side som smerten. De viktigste er klasehodepine, paroksysmal hemikrani (PH), og hemicrania continua (HC). Disse kan være svært smertefulle og invalidiserende tilstander, men kan oftest behandles. De skilles fra hverandre ved ulik frekvens og varighet av smerteattakker, samt at de to siste responderer veldig godt på

Indometacin (et NSAID).

Karakteristika ved ulike Trigemino-autonome cephalagier (TACs)			
	Klasehodepine	Paroksysmal hemikrani	Hemicrania continua
Intensitet	Ekstremt høy	Høy	Moderat
Anfallsvarighet	15-180 min	2-30 min	Kontinuerlig hodepine
Anfallsfrekvens	Ett hver annen dag til 8 per dag	>5 per dag over halvparten av tiden	Ikke anfall
Indometacineffekt	Nei	Ja	Ja
Anfallsbehandling	Sumatriptan Oksygen	Ingen	Ingen
Autonome fenomener på smertesiden	Ja, under anfall	Ja, under anfall	Hos mange, i perioder med mye smerte
Forebyggende behandling	Verapamil, lithiumsulfat	Indometacin	Indometacin

Klasehodepine

(=cluster-hodepine eller Hortons hodepine) Klasehodepine er den vanligste formen for TACs. Anfallene er ensidige og hos de fleste på samme side hver gang, men hos et lite antall pasienter (ca. 15%) kan hodepinen skifte til motsatt side i løpet av livet. Under de verste anfallene er smertene uutholdelige og pasientene klarer ofte ikke å ligge i ro, men går frem og tilbake over gulvet. Hos mange kommer anfallene på fast tid av døgnet, ofte om natten en til to timer etter innsovning. Anfallene kommer som regel i perioder av ukers til måneders varighet («klaser»), men tilstanden kan også være kronisk, d.v.s. uten anfallspauser ≥ 14 dager i løpet av ett år. Attakkene kan utløses av bl.a. alkohol i klasene.

Figur: Klasehodepine (ICHD-3 beta)

- A. Minst fem angrep som oppfyller kriteriene B-D
- B. Intens eller svært intens ensidig smerte som er lokalisert orbitalt, supraorbitalt og/eller i tinningen, som varer mellom 15 og 180 minutter ubehandlet
- C. Hodepinen ledsages av minst et av følgende tegn
 1. Minst et av de følgende symptomer eller tegn ipsilateralt til hodepinen:
 - a) Konjunktival injeksjon
 - b) tåreflod
 - c) Tetthet i og/eller renning fra nesen
 - d) Øyelokksødem
 - e) Svetting i panne og/eller ansikt
 - f) Rødme i panne og/eller ansikt
 - g) Miose og/eller ptose
 2. En følelse av rastløshet eller agitasjon
- D. Frekvens av smerteangrepene fra en gang annenhver dag til åtte ganger daglig i mer enn halvparten av tiden lidelsen er aktiv
- E. Ikke bedre forklart av annen diagnose

Episodisk klasehodepine: anfallene kommer i perioder der det pauser på minst en måned i løpet av et år.

Kronisk klasehodepine: Det er ikke pause på minst en måned i løpet av et år.

Proksysmal hemikrani og hemicrania continua

Paroksysmal hemikrani (PH) og hemicrania continua (HC) er to typer av TACs som er responsive til indometacin.

Både hemicrania continua og paroksysmal hemikrani er ensidige hodepiner som klasehodepine, med autonome fenomener (særlig PH), men PH har enda hyppigere og kortere anfall, og HC er kontinuerlig og oftest ikke så intens. Viktigst for diagnosen, og behandlingen, er indometacineffekten. Prøv ut Indometacin (Indomet[®], registreringsfritak), 25 mg x 3 i 3 dager, så evt. (hvis det ikke virker) 50mg x 3 i 3 dager («Indometacin-testen»).

Trigeminusnevralgi

Trigeminusnevralgi forekommer oftest hos eldre mennesker. At smerten utløses av berøring og bevegelse i trigeminusområdet (ansikt/munnhule) kan vanskeliggjøre å spise og drikke (avmagring og dehydrering), vaske seg, pusse tenner og barbere seg. Anfallene kommer ofte i perioder. Typisk trigeminusnevralgi kan ha andre årsaker (tumor, multippel sklerose), og bør utredes med MR med spesialsekvenser.

Trigeminusnevralgi

A) Minst tre anfall med unilaterale ansiktssmerter som oppfyller kriteriene B og C

B) Rammer en el. flere grener av n. trigeminus, uten utstråling utenfor området for n. trigeminus

C) Smerten har minst tre av følgende fire karakteristika:

1. Kortvarige episodiske smerteanfall av varighet <1 sek til 2 min
2. Sterk smerteintensitet
3. Elektrisk støt-lignende, stikkende, huggende eller skarp kvalitet
4. Forårsaket av lette stimuli på affisert side som spising eller snakking

D) Ingen nevrologiske utfall

E) Ikke bedre forklart av en annen ICHD-3-diagnose