

Behandling av kvinner og barn

Hos fertile kvinner med hodepine må man utvise noe ekstra forsiktighet. Denne modulen presenterer temaer med caser og faglige vedlegg.

1. Hodepine og kvinner

Med kvinner må man særlig ta hensyn til faktorer som:

- a. Menstruasjon
- b. Graviditet
- c. Ammeperioden

2. Hodepine og barn

Det er hos barn og unge ikke så mye forsiktighetsregler som at det er spesielle forhold: migrene er litt annerledes, og det er færre medikamenter som har dokumentert effekt hos denne gruppen.

1. Kvinner

Migrene og menstruasjon

Migrene uten aura forekommer i økt hyppighet ved menstruasjon hos mange kvinner, (menstruasjonsrelatert migrene), og ofte er anfallene noe lenger og verre da. Noen få kvinner har kun anfall i perioden to dager før til to dager etter første menstruasjonsdag (såkalt ren menstruell migrene).

Prevensjon som gir amenoré kan gi redusert anfallsfrekvens ved ren menstruell migrene, likeledes kan det være nytte av å gå over til rent gestagenholdige p-piller der det kan være tilrådelig.

Miniprofylakse:

- Naproxen 250 mg x 2 gitt uken før og uken etter første dag av menstruasjonen kan vurderes som profylakse. Må være forsiktig for å unngå MOH.
- Triptan (med lang halveringstid: frova-, zolmi, naratriptan) x2 i 6 dager med start 2-3 dager før forventet menstruasjon.

Behandling av graviditet

Under graviditeten er det spesielt viktig å forsøke ikke-medikamentelle tiltak. Kvinnen bør prøve å unngå anfallsutløsende faktorer, sørge for avslapning og evt få sykemelding ved behov.

Medikamenter under svangerskap

Paracetamol er tryggest, evt kombinert med metoklopramid ved kvalme. Ved utilstrekkelig effekt kan paracetamol kombineres med kodein dersom inntaket er begrenset.

1. **trimester:** NSAIDs bør unngås i første trimester pga. økt risiko for abort og medfødte misdannelser.
2. **trimester:** I andre trimester og starten av tredje trimester kan enkle NSAIDs ved akutte migreneanfall brukes hvis ikke-farmakologiske tiltak og paracet ikke er tilstrekkelig.
3. **Senere:** Etter uke 32 bør NSAIDs unngås (fare for prematur lukning av ductus arteriosus).

Sumatriptan-bruk under graviditet har ikke blitt knyttet til negative effekter på foster eller fødsel. Om paracet med kodein eller NSAIDs ikke er tilstrekkelig kan derfor sporadisk bruk av sumatriptan vurderes.

Forebyggende behandling under svangerskap

- **Før graviditet:** Hos fertile kvinner bør man ved start av forebyggende behandling informere om at behandlingen må seponeres når graviditet planlegges.
- **Under graviditet:** Under graviditet bør profylakse kun gis dersom det tross ikke-medikamentelle tiltak og akuttbehandling er:
 - hyppige hodepineanfall (>3-4 per måned)
 - langvarige hodepineanfall
 - alvorlige anfall
 - manglende respons på symptomatisk behandling og anfall som kan gi dehydrering, anoreksi og stress hos fosteret.
- **Førstevalget:**
 - I så fall er **metoprolol** eller **propranolol** i laveste effektive dose førstevalget. Metabolismen av metoprolol er markert økt under svangerskap, og dosen må økes i tilsvarende.

- **Oppfølging av nyfødte:** Nyfødte som har blitt eksponert for betablokkere nær fødselen bør overvåkes særlig med tanke på bradykardi, hypotensjon og hypoglykemi. Amitriptylin er andrevalget som forebyggende behandling, men må kun brukes på streng indikasjon i siste del av svangerskapet.
- **Botox:** Botulinumtoksin A-injeksjoner i hode/nakke (se tidligere) kan vurderes behandlingsrefraktære tilfeller. Valproat og topiramat er kontraindisert under svangerskap.

Behandling i ammeperioden

1. Paracet

2. **NSAIDs** (spesielt ibuprofen på grunn av kort halveringstid, ingen aktive metabolitter og lav sekresjon i morsmelk, likeledes metoklopramid i relativt sjeldne doser.)

3. **Av triptaner** kan sumatriptan (Imigran) og eleptriptan (Relpax) brukes. Sporadisk bruk av opiat er i laveste effektive dose kan være et alternativ når ingen andre medikamenter virker, men forsiktighet må utvises hos premature og nyfødte (reduert metaboliseringskapasitet for opioider).

Forebyggende behandling

1. **Betablokkere** er førstevalget når profylaktisk behandling er nødvendig.

- **Propranolol** og metoprolol skilles ut i brystmelken, men konsentrasjonen er svært lav.
- **Valproat** kan også brukes ved amming, men en må huske å informere om teratogenisitet og viktigheten av prevensjon.
- **Amitriptylin** kan vurderes som migreneprofylakse der betablokkere er ineffektive eller kontraindisert.

Migrene og hjerneslag

Migrene med aura gir noe økt risiko for TIA og iskemisk hjerneslag, og særlig gjelder dette yngre kvinner som røyker, bruker p-piller, og har andre risikofaktorer for hjerneslag.

Pasienter med migrene med aura bør frarådes å røyke og de bør ikke bruke østrogeninnholdige p-piller.

2. Migrene hos barn og unge

Psykiske (mobbing, konflikter, foreldres bekymring for barnets hodepine) og atferdsmessige faktorer (søvn, mediebruk, rusmidler) betyr minst like mye hos barn som hos voksne, og disse faktorene er det viktig å diskutere med foreldre og barnet/ungdommen.

Migrene hos barn er oftere bilateral og den varer ofte kortere enn hos voksne (typisk under 2 timer). Bakhodepine hos barn er sjelden og bør avstedkomme bildediagnostikk (obs. hjernetumor).

Behandling av akutt migrene:

- Ibuprofen 10 mg/kg kroppsvekt og paracetamol 15 mg/kg kroppsvekt.
- Domperidon (registreringsfritak) kan gis mot kvalme til barn opptil 12 år.
- Sumatriptan 10 mg nesepray er anbefalt dose for unge over 12 år, likeledes zolmitriptan 2,5 mg tabl. og 5 mg nesespray og rizatriptan 5-10 mg tabl.

Forebyggende behandling:

- 10 mg flunarizine (Sibelium[®], registreringsfritak)
- eller 40-80 mg propranolol har best dokumentert effekt.
- 12,5-100 mg topiramat har også vist effekt