
Kvinner, hodepine og hjerneslag

REDAKSJONELT

STOVNER LJ

To litteraturgjennomganger om hodepine i dette nummer av Tidsskriftet har særlig relevans for kvinnelige pasienter (1, 2). Nilsen og medarbeidere har sett på om det de kaller "ikke-migrenebetingede hodepiner" er hyppigere hos kvinner enn menn (1). I 13 populasjonsbaserte studier med tilfredsstillende metodologisk design finner de i samtlige en viss kvinneovervekt. Det finnes som kjent hodepinetyper med en klar overvekt av menn, men litteraturgjennomgangen viser at de vanligste hodepineformene bortsett fra migrene er hyppigst hos kvinner.

Salvesen har gjennomgått studier som kan belyse hvorvidt migrene kan føre til hjerneslag (2). Han finner holdepunkter for at særlig kvinner under 45 år med migrene er mer utsatt enn gjennomsnittet for å få slag, og det er mulig at overhyppigheten er særlig stor hos dem som røyker, bruker hormonell antikonsepsjon eller har migrene med aura.

Det er fra før godt dokumentert at migrene viser en klar kvinneovervekt (3). Før ti års alder er tilstanden faktisk litt hyppigere hos gutter enn hos jenter, men etter puberteten blir kvinnedominansen synlig. Prevalensratioen kvinner/menn er høyest i 40-45-årsalderen (ca. 3,3), men selv etter menopause er den ca. 2. Mange kvinner vil oppleve betydelig forverring av sine migreneplager før og under menstruasjon, idet anfallene kommer regelmessig i denne fasen og disse anfallene er spesielt kraftige, langvarige og behandlingsresistente. En liten del av kvinnene med migrene har anfall nesten utelukkende i denne fasen. Det har vært foreslått at man bør anvende betegnelsen menstruasjonsrelatert migrene kun der migreaneanfall opptrer innen ± 2 dager fra 1. menstruasjonsdag (4). Under svangerskap blir ca. 70% av kvinner som før har hatt migrene bedre, især i 2. og 3. trimester (5). Dette gjelder særlig kvinner med menstruasjonsrelatert migrene og migrene uten aura. De fleste får dessverre tilbake hodepinen rett etter fødselen. Noen, særlig pasienter med migrene med aura, blir verre eller debuterer med migrene under svangerskapet, og differensialdiagnoser som TIA og preeklampsi må da overveies (6).

Hormonell antikonsepsjon vil oftest forverre migrene, selv om dataene her ikke er helt entydige. Til tross for at p-pillebruk later til å være en av risikofaktorene for slag hos migrenepasienter, konkluderer Salvesen (2) at migrene iseg selv ikke er noen kontraindikasjon for slik prevensjon fordi risikoen for slag uansett er svært lav i

denne aldersgruppen. Man anbefaler imidlertid spesielt god oppfølging av migrenepasienter som bruker p-piller, og dersom hodepinen forverres, bør annen prevensjon tilrås. Ved markert endring av hodepine under hormonell antikonsepsjon (sterkt økende eller akutt innsettende hodepine, start av migrene med aura) anbefales rask utredning med henblikk på cerebrovaskulær sykdom (6).

I noen etter hvert klassiske studier av sammenhengen mellom migrene og hormoner påviste Somerville at menstruasjonsrelatert migrene kan forklares av det kraftige fallet i østrogennivå premenstruelt, og at bedring undersvangerskap kan skyldes de stabilt høye østrogennivåer kvinnene da har (7). Fall i østrogennivå fremkalte anfall kundert som nivåene hadde vært høye i noen dager, og fall i progesteronnivå lot ikke til å fremkalle anfall.

Mekanismene bak sammenhengen mellom migrene og østrogennivåer er kompleks. Østrogen kan påvirke reseptorsystemer som man vet er av stor betydning ved migrene bl.a. ved å øke antall 5-HT₂-reseptorer og redusere 5-HT₁-reseptorer og betaadrenerge reseptorer. Også andre faktorer kan være viktige. Pasienter med menstruasjonsrelatert migrene har økte nivåer av endometriale prostaglandiner og lavere nivåer av nattlig melatoninutskilling (6).

Ved menstruasjonsrelatert migrene følger i alminnelighet behandlingen de samme retningslinjer som ved annen migrene, både når det gjelder anfallsbehandling og forebyggende behandling. Fordi denne hodepinen ofte er forutsigbar, kan man sette inn forebyggende behandling (ikke-steroid antiinflammatoriske midler, ergotamin) et døgn før anfallet forventes å komme. I enkelte behandlingsrefraktære tilfeller er det rapportert god effekt av korttids østrogenbehandling i stabildosering (plaster) før og under menstruasjon (4, 8).

Mye av litteraturen er hittil konsentrert om mulige hormonelle årsaker til kvinners migreneplager. Hos kvinner med mye hodepine bør man ikke glemme at mentale og fysiske belastninger i en dobbeltarbeidende kvinnes liv kan virke anfallsutløsende i minst like stor grad som svingende østrogennivåer.

Nilsen og medarbeideres studie (1) gir ikke svar på spørsmålet om kvinneovervekten ved de vanligste ikke-migrenebetingede hodepinene skyldes biologiske eller psykososiale forhold. Uansett er kjønnsperspektivet viktig fordi hodepine totalt sett er hyppigst hos kvinner, og fordi det er en del kvinnespesifikke forhold ved migrene, både når det gjelder anfallsutløsende mekanismer, behandlingsmuligheter og komplikasjoner. Det bør utarbeides klarere retningslinjer for hvordan man skal håndtere de problemer som er spesifikke for kvinners hodepine. Dette arbeidet bør involvere så vel gynekologer som neurologer, kan hende også psykiatere og allmennmedisinere.

Lars Jacob Stovner

LITTERATUR

1. Nilsen CV, Lande SA, Malterud K. Er hodepine en kvinnesykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1404-7.
2. Salvesen R. Migrene og hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1410-2.
3. Stewart WF, Lipton RB. Migraine headache: epidemiology and health care utilization. Cephalalgia 1993; 13 (suppl 12): 41-6.
4. MacGregor A. Menstruation, sex hormones and migraine. Neurol Clin 1997; 15: 125-41.
5. Somerville BW. A study of migraine in pregnancy. Neurology 1972; 22: 824-8.

6. Bousser M-G, Massiou H. Migraine and the reproductive cycle. I: Olesen J, red. The headaches. New York: Raven Press, 1993: 413-9.
 7. Somerville BW. The role of estradiol withdrawal in the etiology of menstrual migraine. Neurology 1972; 22: 355-65.
 8. Granella F, Sances G, Messa G, de Marinis M, Manzoni GC. Treatment of menstrual migraine. Cephalalgia 1997; 17 (suppl 20): 35-8.
-

Publisert: 30. mars 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.