

# Menstruationsmigræne



[WWW.HOVEDPINEFORENINGEN.DK](http://WWW.HOVEDPINEFORENINGEN.DK)



MIGRÆNE & HOVEDPINE  
FORENINGEN

## Menstruationsmigræne

Menstruationsmigræne defineres som migræneanfald, der forekommer på menstruationens første dag  $\pm$  to dage i mindst to ud af tre menstruationscyklusser. Menstruationsblødning kan både opstå som en del af den normale menstruationscyklus eller på grund af ophør af medicinsk tilført kvindeligt kønshormon, som ved østrogenholdige p-piller og cyklisk hormonterapi.

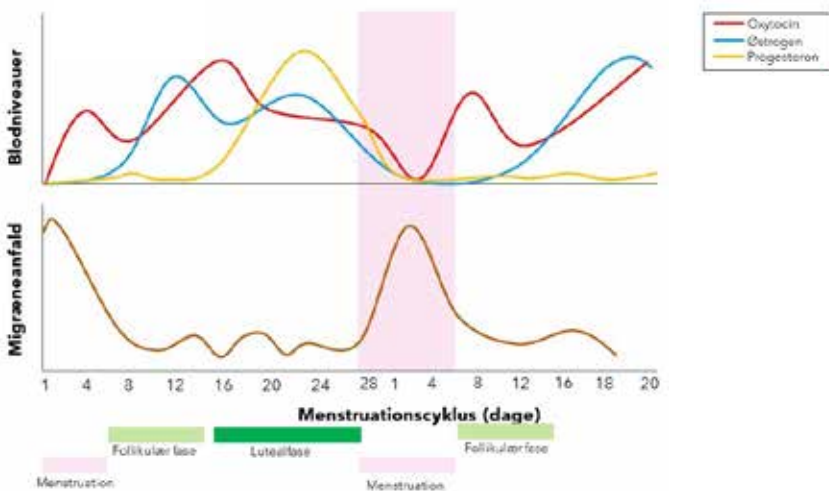
Omkring 17% af alle kvinder med migræne oplever migræneanfald, der opstår ved menstruation, såkaldt menstruationsmigræne<sup>1-3</sup>. Menstruationsmigræne inddeles i ren menstruationsmigræne, kvinder der udelukkende har anfald på menstruationstidspunktet, og menstruationsrelateret migræne, kvinder der har anfald både omkring og udenfor menstruation<sup>4</sup>.

Menstruationsmigræne adskiller sig fra almindelig migræne, da migræneanfald ved menstruation generelt er mere intense og langvarige, og hvor der oftere er udtalte ledsagesymptomer som kvalme, lyd-, lys- og lugtoverfølsomhed<sup>1,5-13</sup>. Desuden ved vi, at menstruationsmigræne kan være sværere at behandle end almindelige migræneanfald<sup>8,10,11,14</sup>.

## Østrogenniveauet er sandsynligvis relateret til menstruationsmigræne

Man mener, at migræne i forbindelse med menstruation udløses af det stærke fald i det kvindelige kønshormon, østrogen, der sker ved menstruation. Migræne kan udløses ved et pludseligt fald i østrogenniveau, men kun hvis der forud for dette har været et højt østrogenniveau gennem flere dage. Yderligere forskning på området er dog nødvendig for at kortlægge mekanismerne.

Dette forklarer, hvorfor migræne forekommer med øget hyppighed omkring menstruationen og med mindsket hyppighed under graviditet. Nedenstående figur viser det særlige forhold, der gør sig gældende mellem kønshormonerne østrogen, progesteron samt oxytocin og frekvensen af migræneanfald gennem menstruationscyklussen hos kvinder med menstruationsmigræne.



Revideret figur fra Krause et al., Nat Rev. 2021

## Behandling af menstruationsmigræne

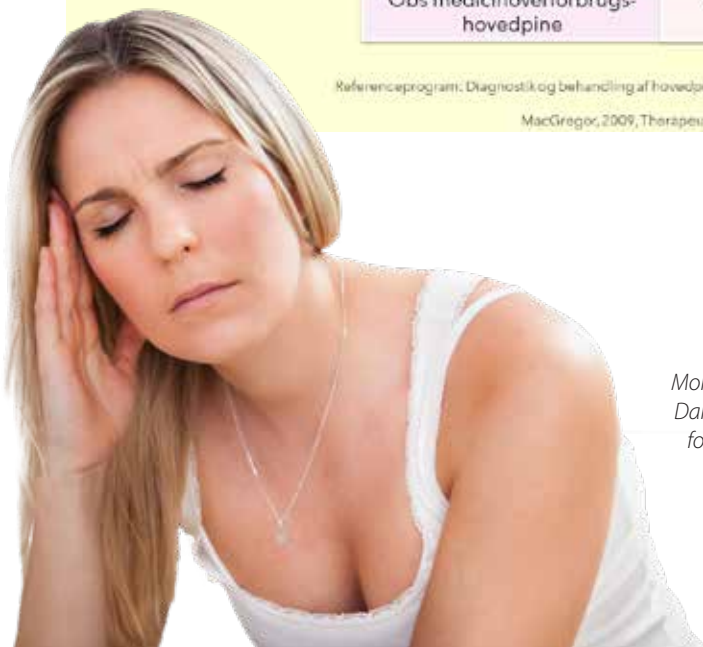
Principperne for farmakologisk behandling af menstruationsmigræne adskiller sig på flere punkter fra behandlingen af almindelig migræne og inddeles afhængig af frekvensen og sværhedsgraden af anfaldene. Hvis man kun oplever menstruationsmigræne indimellem, anbefales vanlig akut anfaldsbehandling, som man kender og er tryk ved, såsom simple analgetika (paracetamol, NSAID og acetylsalicylsyre) og/eller triptaner. Simple analgetika bør højst benyttes 14 dage per måned og triptaner højst ni dage per måned for at undgå medicinoverforbrugshovedpine.

Hvis menstruationscyklussen er helt regelmæssig, kan man forsøge kortvarig cyklisk profylakse. Hvis man oplever menstruationsmigræne af længere varighed, som er vanskelig at behandle med anfaldsmedicin, kan man forsøge forebyggende medicin, som inddeles i standard ikke-hormonel og hormonal forebyggende migrænebehandling<sup>15</sup>.

Selvom menstruationsmigræne oftere er vanskeligere at behandle end almindelig migræne, så er der stadig gode muligheder for behandling af menstruationsmigræne. Tal derfor med din læge om mulighederne for medicinsk behandling, og det kan være en stor hjælp at medbringe en udfyldt hovedpinekalender til konsultationerne.

Generelle principper for farmakologisk behandling af menstruationsmigræne		
<b>Hvis man kun oplever menstruationsmigræne engang imellem</b>	<b>Hvis menstruationscyklus er helt regelmæssig og anfaldsbehandling er utilstrækkelig</b>	<b>Hvis man har menstruationsmigræne og almindelig migræne 4 dage om måneden eller mere, og/eller der er utilstrækkelig effekt af anfaldsbehandling</b>
Anfaldsbehandling	Kortvarig cyklisk profylakse som påbegyndes enten på menstruationsdagen eller inden menstruationens første dag.	Forebyggende medicin standard ikke-hormonel behandling
	Obs medicinoverforbrugs-hovedpine	Kontinuerlig hormonal prævention

Referenceprogram: Diagnostik og behandling af hovedpine sygdomme og ansigtsmerter, 2020  
MacGregor, 2020, Maturitas  
MacGregor, 2009, Therapeutic Advances in Neurological Disorders



### Tekst af:

Mona Ameri Chalmer, læge, ph.d.  
Dansk Hovedpinecenter, Afdeling  
for Hjerne- og Nervesygdomme  
Rigshospitalet-Glostrup

## Kortvarig cyklisk profylakse ved regelmæssig menstruationscyklus

Hvis menstruationscyklus er helt regelmæssig: Perimenstruel behandling	
Kortvarig cyklisk profylakse som påbegyndes to dage før første menstruationsdag og gives i op til syv dage.	
<b>Naproxen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Særligt effektivt for kvinder der har dysmenoré (særligt smertefulde menstruationer)</li><li>- Perimenstruel forebyggende behandling med Naproxen 500 mg x 2 dagligt</li><li>- Kan startes på menstruationsmigrænenes første dag eller menstruationens første dag (den der kommer først) og fortsæt behandlingen i op til 7 dage</li></ul>	<b>Triptaner</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Størst evidens for Frovatriptan (1)</li><li>- Frovatriptan 5 mg x 2 dagligt påbegyndes 2 dage inden forventet menstruations første dag</li><li>- Efter menstruations første dag: Frovatriptan 2,5 mg x 2 i yderligere 5 dage</li><li>- I alt 7 dage</li></ul>
Perimenstruel østrogenbehandling kan reducere migræne, MEN behandlingen udskyder blot migræneanfaldene til senere i menstruationscyklussen, når østrogenbehandlingen ender. Derfor anbefales denne behandling ikke (2)	
<small>(1) Silberstein, Neurology, 2004 (2) Sacco et al, J Headache and Pain, 2018 Referencoprogram: Diagnostik og behandling af hovedpine sygdomme og ansigtsmerter, 2020</small>	

Hvis menstruationscyklus er helt regelmæssig, kan man forsøge kortvarig cyklisk profylakse, som påbegyndes to dage før første menstruationsdag og gives i alt syv dage, såkaldt perimenstruel behandling. Her kan bl.a. anvendes triptaner. Følgende triptaner er fundet effektive som kortvarig cyklisk profylakse, hvor de tages to gange dagligt: Frovatriptan, sumatriptan, zolmitriptan og naratriptan. Dog med størst videnskabelig evidens for tablet frovatriptan 5 mg to gange dagligt, der skal startes to dage inden forventet menstruations første dag, og nedjusteres til tablet frovatriptan 2,5 mg to gange dagligt efter menstruationens første dag og i yderligere fem dage (i alt syv dage). Vær derfor meget opmærksom på risiko for at udvikle medicinoverforbrugshovedpine, hvor triptanforbrug, eventuelt sammen med andre former for smertedæmpende medicin, ikke bør overstige ni dage per måned.

Anden cyklisk profylakse kan være med et NSAID-præparat. Denne behandling gælder særligt kvinder med dysmenoré, dvs. særligt smertefulde menstruationer. Her kan bl.a. anvendes tablet naproxen 500 mg to gange dagligt, som startes på menstruationsmigrænenes- eller menstruationens første dag (den der kommer først), og behandlingen fortsættes i op til syv dage. Man kan også forsøge med tablet magnesium 360-400 mg én gang dagligt, som tages dagligt fra dag 15 i cyklus, regnet fra første menstruationsdag<sup>15</sup> (Shytz et al, Reference programme).

Perimenstruel østrogenbehandling har været undersøgt. Behandlingen kan reducere migræne, men behandlingen udskyder blot migræneanfaldene til senere i menstruationscyklussen, når østrogenbehandlingen ender. Derfor anbefales denne behandling ikke.

## Forebyggende behandling

Hvis man oplever menstruationsmigræne af længere varighed som er vanskelig at behandle med anfaldsmedicin: Forebyggende ikke-hormonel migrænemedicin

Valg af forebyggende behandling beror på:

- Hvor regelmæssige menstruationerne er
- Er der andre menstruationsrelaterede lidelser
- Vasomotoriske symptomer/perimenopause symptomer (hedeture, svedtendens)
  - Søvnforstyrrelser
  - Depression
- Kvindens personlige præferencer

**Kvinder med hyppig, menstruationsrelateret migræne: Forebyggende ikke-hormonel migrænemedicin:**

Der er få studier vedr. effekt af ikke-hormonel forebyggende behandling til menstruationsmigræne

- Evt kortvarig dosisøgning af vanlig forebyggende behandling
  - Topiramát (epilepsimedicin):

Kan mindske migrænefrekvensen, dog ikke varigheden af det enkelte anfald eller sværhedsgraden (1).  
Startdosis 25 mg x 1 stigende med 25 mg med 14 dages mellemrum til 100 mg dagligt fordelt på 2 doser.  
Senere evt. dosisregulering til 50-200 mg dagligt fordelt på 2 doser

[1] Allats et al, Cephalalgia, 2011

Referenceprogram: Diagnostik og behandling af hovedpine/sygdomme og ansigtsmerter, 2020

Valg af forebyggende behandling for menstruationsmigræne beror på kvindens personlige præferencer, tilstedeværelse af andre menstruationsrelaterede lidelser, tilstedeværelse af vasomotoriske symptomer/perimenopause symptomer såsom hedeture og svedtendens, eller tilstedeværelse af søvnforstyrrelser, depression eller overvægt.

Generelt bør forebyggende behandling af almindelig migræne overvejes til patienter med hyppige migræneanfald, hvis antallet af dage med migræne per måned er fire eller højere, der er utilstrækkelig effekt af anfaldsmedicin, livskvaliteten er betydeligt forringet pga. migrænen, eller ved hyppige eller meget langvarige tilfælde af aura. Forebyggende behandling bør forsøges i minimum to til tre måneder på fuld dosis, før det endeligt kan vurderes, om der er effekt (med mindre det ikke tolereres pga. bivirkninger). Ved effekt bør medicinen forsøges seponeret hver 6-12 måneder for at sikre, at der fortsat er behov for og effekt af medicinen.

Til menstruationsmigræne kan hormonel- og standard ikke-hormonel forebyggende migrænebehandling benyttes. Der er få studier vedr. effekt af standard ikke-hormonel forebyggende migrænebehandling til menstruationsmigræne. Der er dog vist mindsket menstruationsmigrænefrekvens af antiepilepsimidlet topiramát 25 mg én gang dagligt stigende med 14 dages mellemrum til 100 mg dagligt fordelt på to doser. Dosisjustering herefter til 50-200 mg dagligt fordelt på to doser.

Hvis kvinden i forvejen får standard ikke-hormonel forebyggende migrænebehandling, kan man forsøge med kortvarig dosisøgning af den ikke-hormonelle forebyggende behandling under menstruationen, som nedtrappes igen efter menstruationen, som cyklisk profylakse.

## Hormonel forebyggende behandling

Hvis man oplever menstrationsmigræne af længere varighed som er vanskelig at behandle med anfaldsmedicin: Forebyggende medicin	
Kontinuerlig hormonal prævention.	
- Ikke behov for pauser (1) - Hvis pauser er nødvendige for fx at kontrollere blødninger, bør pauser minimeres til 4 dage max (1)	
Migræne med aura	Migræne uden aura
Obs let øget risiko for blodprop i hjernen <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Minipiller</li><li>▪ Hormonspiral</li><li>▪ P-stav</li></ul>	Ingen øget risiko for blodprop i hjernen. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Samme behandling som migræne med aura<ul style="list-style-type: none"><li>▪ I tillæg kan p-piller benyttes</li></ul></li></ul>
(1) MacGregor et al, Sex Reproductive Health, 2018 (2) Batur et al, Headache, 2023	
Referenceprogram: Diagnostik og behandling af hovedpine sygdomme og ansigtssmerter, 2020	

Hormonel prævention kan bruges forskelligt afhængig af, om det drejer sig om migræne med eller uden aura, og om det er menstrationsrelateret migræne eller ej.

For kvinder der har migræne med aura, er der en forøget risiko for blodprop i hjernen (cerebralt infarkt) selvom den absolutte risiko er lille. Flere studier peger på, at risikoen for blodprop i hjernen er øget med 1,5-2 gange hos personer med migræne med aura hos kvinder under 45 år. Risikoen for blodprop i hjernen er generelt meget lille hos kvinder under 45 år, hvis der ikke er andre risikofaktorer, og hvis man undlader at ryge og at tage østrogenholdige p-piller.

Ved behov for prævention hos kvinder med migræne med aura anbefales derfor præparater, som udelukkende indeholder gestagener eller med lavest muligt østrogenindhold: minipiller, subdermal implantat (p-stav), depot injektion og hormonspiral. Disse præparater involverer ikke en pause, og derved undgår man østrogenfaldet, der tit leder til et migræneanfald.

Hvis man lider af menstrationsmigræne, kan man vælge kun at holde p-pillepause hver tredje måned (i stedet for de vanlige tre uger), eller helt undlade p-pillepausen. Hvis man foretrækker helt at undlade p-pillepausen, men pauser er nødvendige, for f.eks. at kontrollere blødninger, bør man minimere pauser til max fire dage ad gangen<sup>16</sup>. Alternativt kan man også bruge minipiller, hvor man heller ikke har en hormonpause (indeholdende udelukkende desogestrel 75 µg/dagligt). Til kvinder, som har risikofaktorer for blodpropper som rygning, forhøjet blodtryk, overvægt, tidligere kardiovaskulær hændelse eller tidligere dyb venetrombose, bør p-piller helt undgås. Hormonspiral er det bedste alternativ.

## Kildehenvisninger

1. Chalmer MA, Kogelman LJA, Ullum H, et al. Population-Based Characterization of Menstrual Migraine and Proposed Diagnostic Criteria. *JAMA Netw Open*. 2023;6(5):e2313235. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.13235
2. Vetvik KG, MacGregor EA, Lundqvist C, Russell MB. Prevalence of menstrual migraine: A population-based study. *Cephalalgia*. 2014;34(4):280-288. doi:10.1177/0333102413507637
3. Mattsson P. Hormonal factors in migraine: A population-based study of women aged 40 to 74 years. *Headache*. 2003;43(1):27-35. doi:10.1046/j.1526-4610.2003.03005.x
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808. doi:10.1177/0333102413485658
5. MacGregor EA, Brandes J, Eikermann A, Giammarco R. Impact of migraine on patients and their families: The Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey - Phase III. *Curr Med Res Opin*. 2004;20(7):1143-1150. doi:10.1185/030079904125004178
6. MacGregor EA, Frith A, Ellis J, Aspinnall L, Hackshaw A. Incidence of migraine relative to menstrual cycle phases of rising and falling estrogen. *Neurology*. 2006;67(12):2154-2158. doi:10.1212/01.wnl.0000233888.18228.19
7. Calhoun A, Ford S. Elimination of menstrual-related migraine beneficially impacts chronification and medication overuse. *Headache*. 2008;48(8):1186-1193. doi:10.1111/j.1526-4610.2008.01176.x
8. Granella F, Sances G, Allais G, et al. Characteristics of menstrual and nonmenstrual attacks in women with menstrually related migraine referred to headache centres. *Cephalalgia*. 2004;24(9):707-716. doi:10.1111/j.1468-2982.2004.00741.x
9. MacGregor EA, Victor TW, Hu X, et al. Characteristics of menstrual vs nonmenstrual migraine: A post hoc, within-woman analysis of the usual-care phase of a nonrandomized menstrual migraine clinical trial. *Headache*. 2010;50(4):528-538. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01625.x
10. Pinkerman B, Holroyd K. Menstrual and nonmenstrual migraines differ in women with menstrually-related migraine. *Cephalalgia*. 2010;30(10):1187-1194. doi:10.1177/0333102409359315
11. van Casteren DS, Verhagen IE, van der Arend BWH, van Zwet EW, MaassenVanDenBrink A, Terwindt GM. Comparing Perimenstrual and Nonperimenstrual Migraine Attacks Using an e-Diary. *Neurology*. 2021;97(17):e1661-e1671. doi:10.1212/WNL.0000000000012723
12. Vetvik KvG, Benth JS, MacGregor EA, Lundqvist C, Russell MB. Menstrual versus non-menstrual attacks of migraine without aura in women with and without menstrual migraine. *Cephalalgia*. 2015;35(14):1261-1268. doi:10.1177/0333102415575723
13. Güven B, Güven H, Çomoğlu S. Clinical characteristics of menstrually related and non-menstrual migraine. *Acta Neurol Belg*. 2017;117(3):671-676. doi:10.1007/s13760-017-0802-y
14. Couturier EGM, Bomhof MAM, Neven AK, Van Duijn NP. Menstrual migraine in a representative Dutch population sample: Prevalence, disability and treatment. *Cephalalgia*. 2003;23(4):302-308. doi:10.1046/j.1468-2982.2003.00516.x
15. Schytz HW, Amin FM, Jensen RH, et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 3rd edition, 2020. *J Headache Pain*. 2021;22(1):1-31. doi:10.1186/s10194-021-01228-4
16. MacGregor EA, Guillebaud J. The 7-day contraceptive hormone-free interval should be consigned to history. *BMJ Sex Reprod Heal*. 2018;44(3):214-220. doi:10.1136/bmjsexh-2017-200036

Interessekonflikter: Mona Ameri Chalmer har modtaget honorar fra Pfizer. Ingen honorar blev modtaget i forbindelse med aktuelle patientpjecer.

## Migræne & Hovedpineforeningen:

Migræne & Hovedpineforeningen er en landsdækkende patientforening for folk med migræne og hovedpine. Foreningen er etableret i 1997 og har siden da arbejdet sammen med sundhedspersonale og forskere inden for migræne og hovedpine. Herunder også landets hovedpinecentre og førende neurologer.

Foreningen giver dagligt sine medlemmer hjælp og råd omkring hvordan de kommer videre i behandlesystemet, samt information om den seneste forskning inden for sygdommen og dens behandlinger.

## Migræne og hovedpine:

Migræne og hovedpine er to forskellige lidelser, som vi begge tager lige seriøst i foreningen, idet de begge kan være lige belastende for den person, det går ud over. I praksis er det dog kun migræne, der er anerkendt som en diagnose.



MIGRÆNE & HOVEDPINE  
FORENINGEN

Scan koden med din smartphone  
eller læs mere om foreningen på  
[www.hovedpineforeningen.dk](http://www.hovedpineforeningen.dk)



Find os på facebook:  
[facebook.com/hovedpineforeningen](https://facebook.com/hovedpineforeningen)