

Huvudvärksfall att lära av

- allt är inte migrän och spänningshuvudvärk!

Maria Lantz, doktorand och specialistläkare

Anna Sundholm, doktorand och specialistläkare

Karolinska Institutet, Neurologiska kliniken

Karolinska Universitetssjukhuset



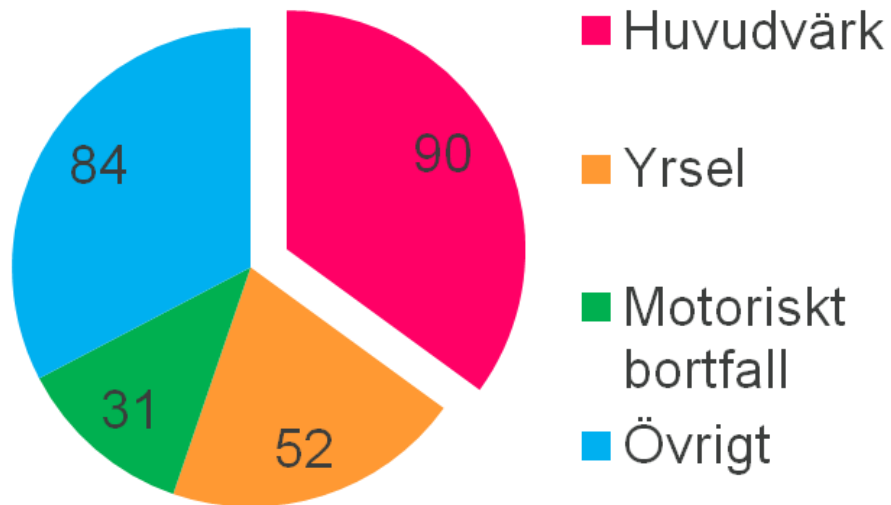
**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

Besöksorsak Neurologakuten KS Huddinge

16-04-25 till 16-05-08

Sökorsak (257 besök)



- Vanligaste sökorsaken på akuten.
- Hur skilja vanlig mot farlig huvudvärk?

Sökorsak: Huvudvärk sedan 2 dagar

37årig man, frisk, ingen tidigare huvudvärksbesvär.

Söker med huvudvärk sedan 2 dagar. Initialt occipitalt med spridning upp mot hjässan.

Successiv progress, igår smällt till med kraftig akut försämring. Kämt sig febrig. Illamående och kräkts.

Ljuskänslig. Måttligt smärtpåverkad, ej nackstyv.

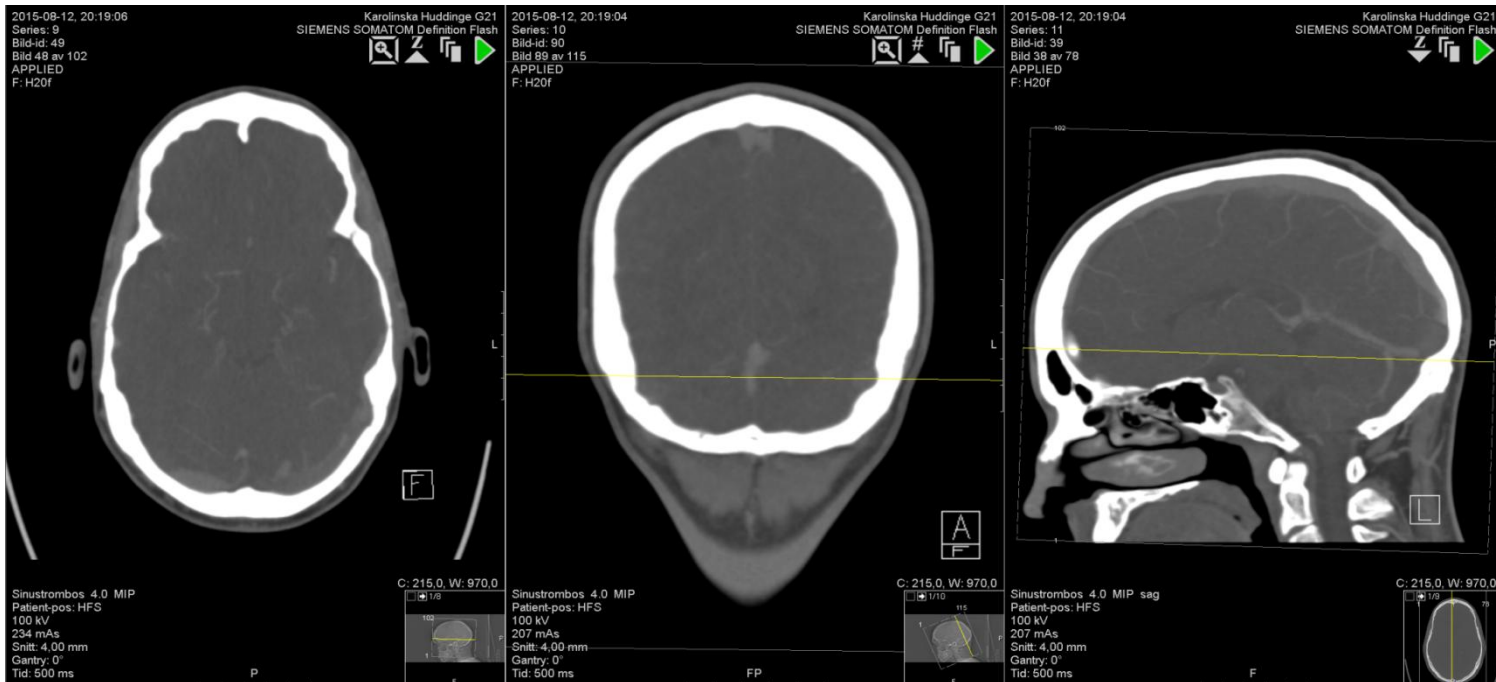
Neurologiskt status ua. BT 115/65.

Diagnosöverbägangen

1. Migrän?
2. Serös meningit?
3. Subarachnoidal blödning?
4. Sinustrombos?

Utredning

CT hjärna visar högattenuerande sinus transversus bilat. Venösa angiosekvenser bekräftar diagnos sinustrombos.



Behandling

Insättes Fragmin/Waran. Koagulationsprover ua.

Stabil under vårdtiden. Huvudvärk i regress.

Dehydrering/extensiv träning som möjlig utlösande faktor.

Förnyad radiologi efter 3 månader visar regress och rekanalisering.

Venös sinustrombos

Överväg vid:

- Nyttillkommen svår huvudvärk med progredierande symtom.
- Huvudvärk med neurologiska bortfall och/eller kramper.

Riskfaktorer; graviditet/post-partum, p-piller, Hyperkoagulabilitet, systemsjukdomar, infektion.

Åskknallshuvudvärk, debut i Gambia

43 årig man, tidigare frisk, ej tidigare huvudvärk.

På semester i Gambia. På dagen för hemresa debut av plötslig svår global huvudvärk, duration 1 timme.

Efter hemkomst ytterligare två liknande attacker.

Därefter kvarstående molvärk. I samband med attack dimsyn, illamående, kräkts, ljuskänslig.

God effekt av Alvedon och Diklofenak.

Neurologstatus: ua. BT 130/90. Afebril

Diagnosöverväganden

1. Subarachnoidal blödning / warning leak?
2. Sinustrombos?
3. RCVS?
4. Migrän?

Utredning på akuten:

CT hjärna: ingen blödning/infarkt däremot
högattenuerande hö sinus transversus, indirekt
tecken till sinustrombos?

Venös angiografi ua. LP på akuten ua.

Misstanke om vaskulär huvudvärk eller RCVS.
Insättes på Isoptin, hemskrives.

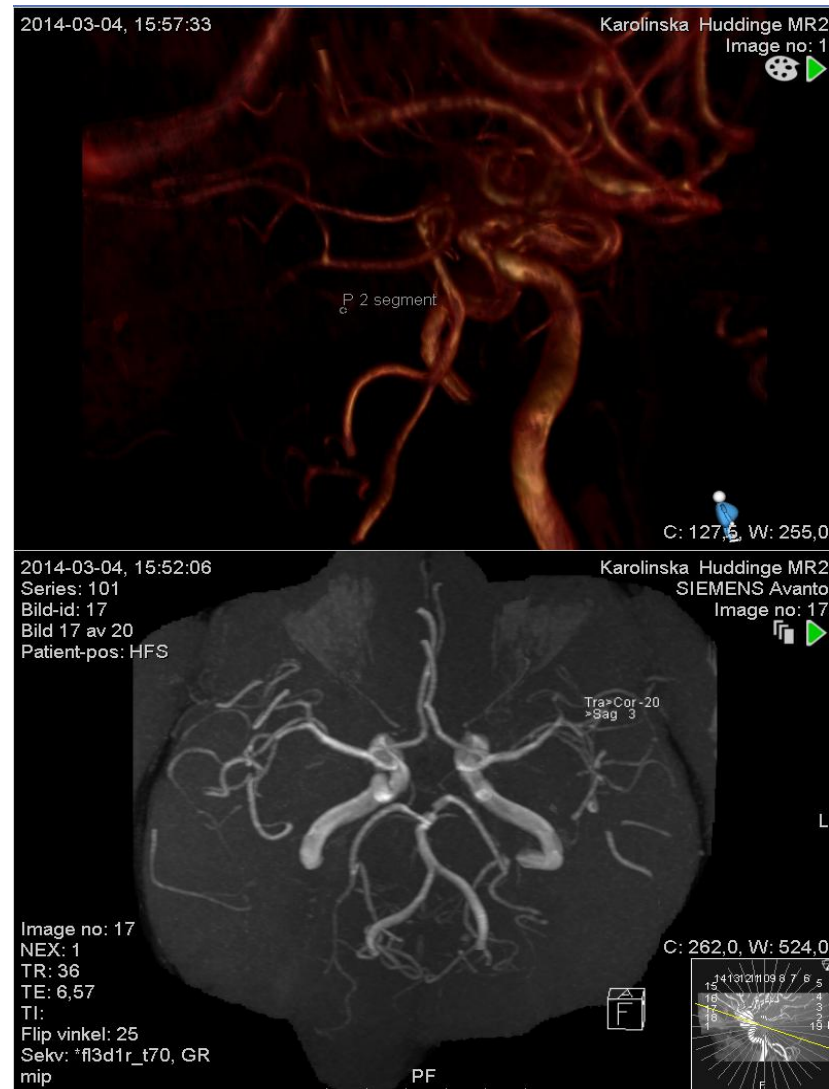
Söker igen pga. fortsatta attacker.

Trött, molvärk, känner sig dimmig i huvudet.

- MRT hjärna med angio visar nu kaliberväxlingar proximalt i flera kärl.

Diagnos: RCVS?

Isoptin ökas. Kontroll-
angio 3 månader ua.



RCVS (Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome)

Överväg vid:

- Återkommande åskknalls-huvudvärk under 1-4 veckor.

Kan kompliceras av stroke, epileptiska anfall, i värsta fall coma.

Diffdiagnoser: Primär CNS vaskulit, subarachnoidalblödning.

Orsak: spontant, sekundärt till läkemedel, graviditet

Behandling: calciumantagonister (t.ex. Nimodipin)

Nydebuterad huvudvärk m synpåverkan

48-årig man, frisk utan tidigare huvudvärksbesvär. Under helgen haft 2 episoder med kraftig central huvudvärk (smärtmax inom några minuter), samtidigt tunnelseende och känt sig svimfärdig. Komplett regress inom 2-3 timmar. Mån åter snabbt insättande huvudvärk men utan komplett regress. Kräkts en gång.

AT: Vaken och orienterad. BT 180/100. Inget fokalt i neurostatus men svårt att helt följa instruktioner.

Diagnosöverväganden

1. Subarachnoidal blödning?
2. Sinustrombos?
3. Akut hydrocephalus?
4. RCVS?

I väntan på CT: Patienten kollapsar strax innan röntgen, sträckkramper. Därefter GCS 1+2+1. Dilaterad pupill hö. Pos babinski.
CT hjärna: Kolloidcysta vid foramen monroe. Kraftig hydrocephalus.



Handläggning:

Akut transport till neurokirurgen/op, erhåller dubbla v-drän.

Efterföljande MRT hjärna visar tyvärr utbredd ischemi i hjärnstammen.

Obstruktiv hydrocephalus

Överväg vid:

- Akut huvudvärk i kombination med medvetandeförlust eller synpåverkan.
- Förvärring vid hosta, krystning, lägesändring.

Huvudvärk och aggressivt beteende

25 årig man. Känd migrän med aura sedan 12 års ålder.

Förs till akuten i handklovar av 6 polismän. Kräks upprepat, extrem huvudvärk, slår omkring sig/sparkar. Enligt anhörig startat som vanlig migrän, varit fumlig och haft balansproblem.

Neurologiskt status: svårt utföra, men inga uppenbara pareser. Sluddrig i talet. Cirkulatoriskt stabil. Sövs på akuten då uttalat orolig/aggressiv och ej respons på given analgetika.

Diagnosöverväganden

1. Subarachnoidalblödning?
2. Basilarismigrän?
3. Meningit/encefalit?
4. Intoxikation?
5. Epileptisk manifestation?

Utredning:

MR normal.

EEG under attack (sederad): ej epileptisk aktivitet, generellt långsam aktivitet.

Blodprov inkl. drogscreening ua.

DT angio: normal

LP : celler normala, csv - albumin 324 mg/L (<260mg/L), csv/p-albumin $8,7 \cdot 10^3$ (< $6 \cdot 10^3$)

Neuronala antikroppar: negativa

Sömn EEG: normal

Bedöms som basilarismigrän.

Sista 10 åren haft tre liknande attacker varav ytterligare ett krävt anestesi i 12h.

Oftast besvär av migrän med sin vanliga aura. Ibland aura med bilat domningar i händer, svårighet att styra händerna, yrsel och balanspåverkan, dysartri, uttalade kräkningar

Behandling: Fn. Lamictal (tidigare Isoptin Retard), Sumatriptan vb., använder Treo, Stesolid om stor attack.

Basilarismigrän

Överväg när:

- Aura med minst två av följande reversibla symtom men ej motorisk svaghet:
 - Dysarthri, vertigo, tinnitus, hypacusis, diplopi, visuella symtom bilat samtidigt i båda temporala- och nasala-synfälten, ataxi, medvetandepåverkan, bilaterala parestesier.
- Minst en av följande:
 - Minst ett aurasymtom utvecklas gradvist över ≥ 5 minuter och/eller olika aurasymptom uppträder efter varandra över ≥ 5 minuter
 - varje aurasymptom varar mellan 5 och 60 minuter.
- Annan bakomliggande orsak utesluten. För diagnos krävs minst två attacker.

IHS Classification ICHD-II

Migrän som snabbt ändrat karaktär.

42 årig man, migrän med aura sedan 25 års ålder.

Normalt aura i form av synbortfall, ibland följt av domning vänster arm (totalt ca 20-25 min) och därefter kraftig långvarig huvudvärk. Frisk för övrigt. Nyligen haft influensa.

Söker på grund migränanfall 5 dagar i rad. Samma aura men mer långdraget än vanligt (ca 1h totalt), enbart kortvarig lindrig huvudvärk. Idag även episod med rotatorisk yrsel vid huvudrörelse. Efterföljande aura.

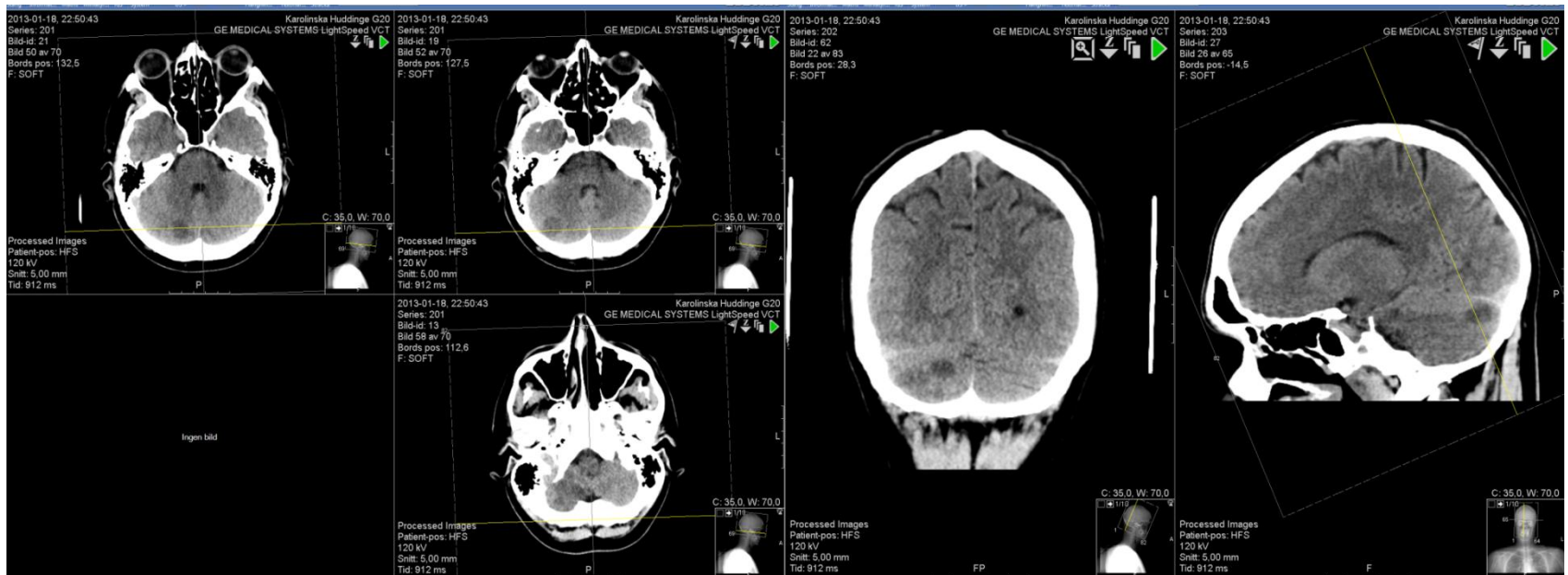
AT gott. BT 145/90. Neurostatus ua.

Diagnosöverväganden

1. Migrän med aura?
2. Migrän mimic - Dissektion?
3. Migrän och perifer yrsel?

Utredning

CT hjärna + angio: Cerebellär infarkter inom PICA-territoriet. Vertebralisdissektion hö.



Behandling

Inläggs med heparindropp, därefter insättning av Waran.

Under vårdtiden ytterligare episoder av synbortfall. MRT utan diffusionspåverkan i synbarken. Bedöms som migränauror. Insättes Isoptin på grund av upprepade auror. Utskrives utan kvarstående symptom.

Migrän mimics

Överväg vid:

- Vid atypisk debut eller snabbt förändrad karaktär av tidigare känd migrän.
- Underliggande orsaker kan vara t.ex. dissektion, karotisstenos, AVM, tumör.

Ref:

Migraine mimics. RW Evans, Headache 2015;55:313-322

The Link Between Migraine, Reversible Vasoconstriction Syndrome and Cervical Artery Dissection. J Mawet et al. Headache 2016;56:645-656

Atypisk huvudvärk med synpåverkan

52 årig man med mångårig psoriasis artrit (immunsuppressiv beh), obesitaskirurgi, höft artros.

Attacker börjar med ljuskänslighet, gult sken över hö synfält som tilltar i intensitet. Suddig syn, tårflöde men ej rött öga. Ibland halofenomen runt ljuskällor. Efter 30-60 min hö huvudvärk, VAS 9-10. Skärande smärta. Paracetamol och Tramadol vid attack, går och lägger sig. Borta när han vaknar. Initialt attacker 1/mån, nu 3-4/vecka.

Neurologstatus ua frånsett gångbesvär pga artrit + artros (kryckor).

Diagnosöverväganden

1. Amaurosis fugax?
2. Hortons huvudvärk?
3. Temporalisarterit?
4. Glaukom?

Utredning:

- DT ua. ASA på misstanke om amarousis fugax.
- Ögonläkare juni – 12 : normalt (lätt katarakt), normalt IOP.
- Ögonläkare nov -12: normalt IOP. Misstänker amarousis fugax.
- Doppler carotider dec – 12: ua
- DT + DT angio halskärl + cerebral angio: ua frånsett bifynd mindre aneurysm (kontrollfall)
- Misstanke om atypisk migränvariant – behandling med Losartan via VC, möjligen viss bättring.

Ökad frekvens, enstaka attack vä sida:

Okt -13 Ögonläkare:

IOP hö öga: 20 mmHg

IOP vä öga 23 mmHg

Dec -13 Ögonkontroll kvällstid:

IOP hö + vä öga: 54 mmHg

Behandling: Cosopt ögondroppar + jan -14 iridotomi
YAG laser beh. Attacker försvinner.

Akut glaukom

Överväg vid:

- Nydebuterad huvudvärk hos äldre person
- Ögonsymtom (synpåverkan (suddig syn), rött öga, halofenomen)
- Glaukom i släkten - om två eller flera nära släktingar har sjukdomen är risken för att utveckla glaukom betydligt förhöjd.

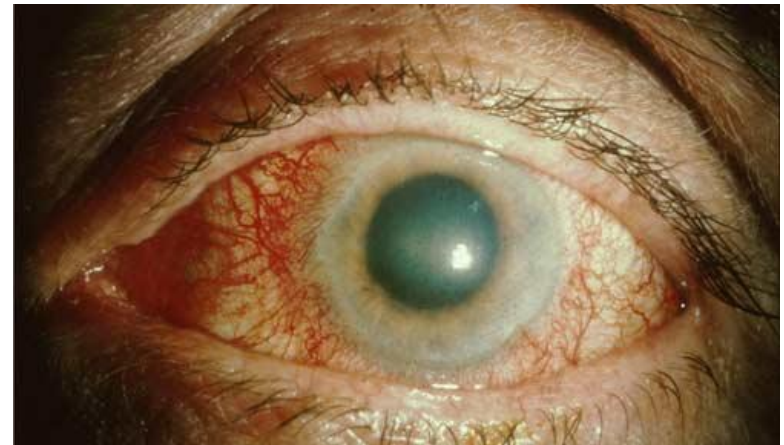


Bild hämtad från internetmedicin.

Nyttillkommen daglig huvudvärk

54-årig kvinna. Tidigare migrän, inga anfall efter klimakteriet. För övrigt frisk.

Söker akut på grund av daglig huvudvärk sedan 3 månader. Tryckande/pulserande smärta, värre vid uppresning samt när hon böjer sig framåt/krystar men även i liggande. Tilltagande läkemedelsförbrukning. CT via vårdcentral ua.

Neurologiskt status utan anmärkning. BT 125/70.

Diagnosöverväganden

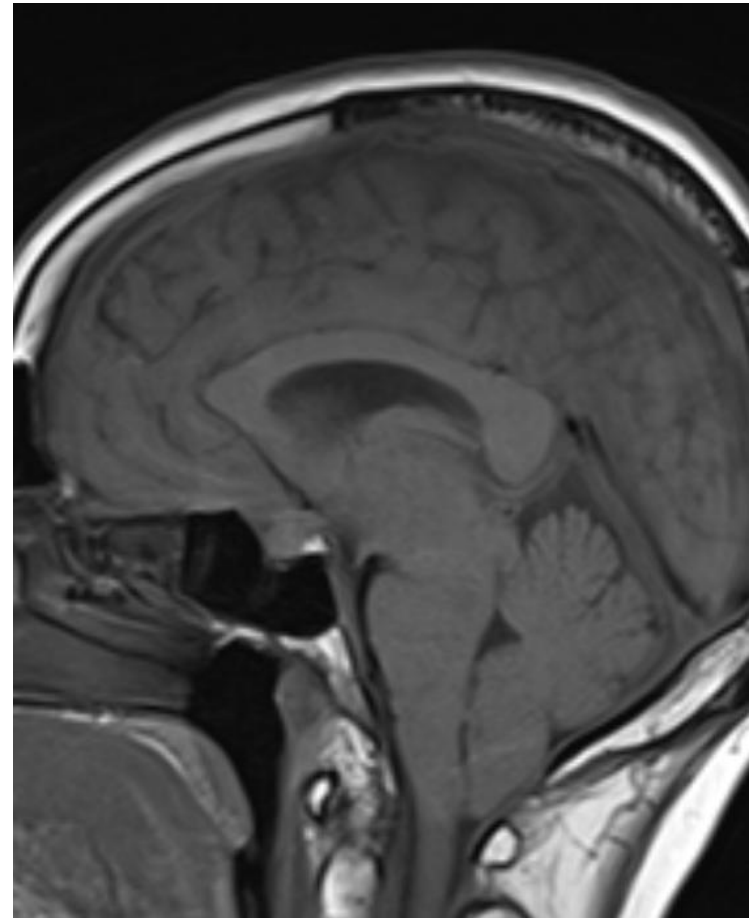
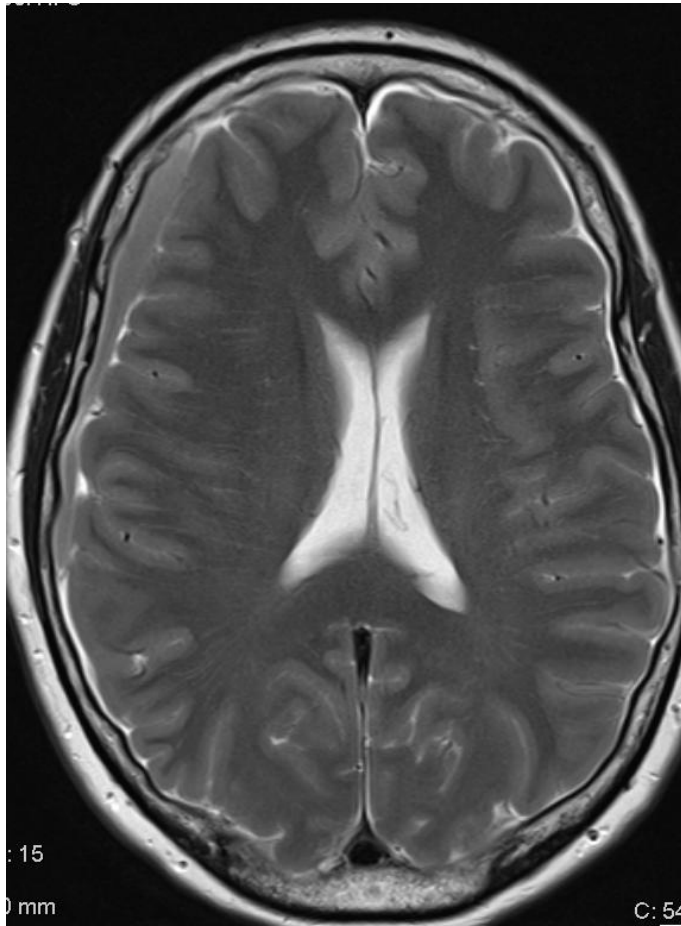
1. Spänningshuvudvärk?
2. Läkemedelsutlöst huvudvärk?
3. Neuroborrelios?
4. Spontan intrakraniell hypotension?
5. Expansivitet?

Uttredning:

Inlagd för observation 1 dygn. Utredd med LP som enligt journal visar normalfynd. Borreliaserologi negativ. Remiss skickas till neurologen för bedömning.

Vid nybesök snarast fortsatt progress med ökande besvär. Remiss skickas för MRT hjärna.

Utredning med MRT hjärna:



Fynd som vid uttalad intrakraniell hypotension.

Behandling:

Symtomatisk behandling dålig effekt.

Epidural blood patch. Sängläge efteråt.

Erhåller 4 stycken upprepade behandlingar.

Successiv regress av symtom.

Spontan intrakraniell hypotension

Överväg vid:

- Ortostatisk huvudvärk – kan vara mindre uttalad bild senare i förloppet – lätta att missa!
- Ny kronisk huvudvärk.
- Atraumatiska bilaterala subduralhematom.

Plötslig nackvärk hos långtradarchaufför

40 årig man med tidigare muskulära nackbesvär, tidigare MRT visat diskdegeneration.

Sedan tre dagar snabbt insättande nackvärk som tilltagit, svårigheter att röra på huvudet, ej kunnat ligga ner och sova, lite svårt att andas. Smärta i nacke och hals vid sväljning.

Neurologiskt status: normalt status. BT 160/95. Lite palpöm i nackrosetten. Afebril.

Diagnosöverväganden

1. Cervikalgi
2. Retrofaryngeal tendinit/abscess
3. Torticollis
4. Dissektion

Utredning och behandling:

ÖNH konsult - ua

DT halsrygg för att
utesluta retrofaryngeal
abscess: visade fynd som
vid en calcificerad longus
colli tendinit.

Behandling: NSAID kur 2
veckor.



Retrofaryngeal tendinit

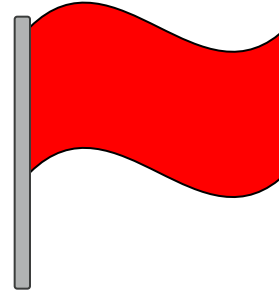
– Fahlgrens syndrom

Överväg vid:

- Akut insättande och progredierande värk och stelhet i nacken.
- Förvärras av rörelse och sväljning.
- Nackvärk i kombination med feber och SR-stegring.

Take home message:

Beakta varningsflaggor!



- Urakut eller snabbt progredierande svår huvudvärk
- Känd primär huvudvärk som ändrar karaktär
- Nydebuterad huvudvärk hos patient > 50 år
- Försämring av valsalvamanöver
- Allmänpåverkad patient
- Fokalneurologi.

Noggrann anamnes är A och O!

Tänk brett - allt är inte spänningshuvudvärk och migrän....



Uppfylls kriterierna för primär huvudvärk? (www.ihs-classification.org/en/) – om varningsflaggor – utred mer!

Tack till Dr Bimma Henderson och Dr Farouk Hashim, radiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, för hjälp med bearbetning av röntgenbilder!