

ABSTRACT

Klyngehovedpine kan forveksles med tandsmerter

Klyngehovedpine er en smertefuld hovedpineform med betydelige konsekvenser for livskvalitet samt sociale og erhvervsmæssige forhold. De næsten uundgåelige smerteanfald er lokaliseret unilateralt til øjen-, tindinge- og overkæberregionen. Da patienterne med klyngehovedpine typisk oplever smerter i relation til kæber og tænder, henvender de sig ofte til tandlæge, inden hovedpinediagnosen bliver stillet.

Vi foretog en spørgeskemaundersøgelse af smertelokalisation – karakteristika og eventuel behandling hos 11 patienter med klyngehovedpine og 20 patienter med akutte tandsmerter. Undersøgelsen viste et mindre sammenfald af symptomer, men også betydelige forskelle. Fire af patienterne med klyngehovedpine havde opøgt deres tandlæge for deres smerter, og to havde fået irreversible og formodentlig unødvendige tandbehandlinger.

De tydeligste forskelle mellem tandsmerter og klyngehovedpine var de udløsende og provokerende faktorer i form af kemisk, termisk og mekanisk stimulation af tænderne ved førstnævnte, og indtagelse af alkohol sammen med karakteristiske autonome ledsagesymptomer som tåreflåd og øjenrødme ved klyngehovedpine. Kendskab til hovedpinen er derfor af betydning for tandlæger, selvom diagnostik oftest og behandling altid foregår i lægeligt/neurologisk regi.

Klyngehovedpine (Hortons hovedpine) – karakteristik og fællestræk med tandsmerter

Katrine Bindslev Budolfson, BSc. odont., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Kathrine Schwartz Andersen, BSc. odont., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Merete Bakke, lektor, speciallæge, dr. et lic.odont., Afdeling for Oral Medicin, Klinisk Oral Fysiologi, Oral Patologi & Anatomi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Rigmor Højland Jensen, professor, dr.med., Dansk Hovedpinecenter, Neurologisk afdeling, Glostrup Hospital

Klyngehovedpine eller Hortons hovedpine (eng. Cluster headache, CH) viser sig typisk ved tilbagevendende, kortvarige anfald af meget voldsomme, unilaterale jagende, brændende, borende og pulserende smerter i og omkring øje, kind og næse, der stråler ned i overkæbetænderne (Fig. 1) (1-5). Smerteniveauet er højere end ved migræne og beskrives som den værste tænkelige af alle smertetyper, endog mere intense end trigeminusneuralgi (1,3). Klyngehovedpinen debuterer som regel i 20-40-årsalderen, men er dog beskrevet hos børn fra fireårsalderen. Den følger patienterne gennem resten af livet, men anfaldene kan falde i frekvens og intensitet med alderen (1,2). Diagnostikken foregår i neurologisk regi, og behandlingen er som regel succesfuld og kan enten bestå af anfaldsbehandling (iltinhalation og injektion med imigran) og/eller profylaktisk behandling (verapamil, litium, kortikosteroid, gabapentin og metysergid) (2,4).

Smerterne er ledsaget af et eller flere autonome symptomer som tåreflåd, næseflåd, sved på pande og ansigt, øjenrødme, øjenlågsødem, palpebral ptose, alle ipsilateralt, samt kvalme, opkast og fotofobi (Fig. 1) (1-4). Der er også ofte motorisk uro under anfaldene. Dette viser sig ved, at patienten føler sig rastløs, sidder og rokker frem og tilbage eller vandrer hvileløst op og ned ad gulvet og banker hovedet ind i væggen.

Smerteanfaldene kan optræde på forskellige tidspunkter af døgnet og gerne på samme tid for den enkelte patient. Der er helt smertefri

EMNEORD

Autonomic features;
cluster headache;
differential diagnosis;
Horton's headache;
orofacial pain;
tooth ache

intervaller mellem anfaldene. Varigheden af et anfald er typisk mellem 15 min og 180 min med et gennemsnit på 45-70 min, og de kan forekomme flere gange i døgnet i en klyngeperiode (1). I klyngeperioderne kan REM-søvn og afslapning udløse et anfald. Derfor kommer anfaldene ofte om aftenen, og når patienten sover (1,4). Andre provokerende faktorer er alkohol og vasodilaterende medicin, nitroglycerin eller potensmidler (fx Viagra).

Der er to former for klyngehovedpine, en episodisk, som 85-90 % af patienterne lider af (3), og hvor anfaldene er samlet i klynger på uger eller måneder, og en kronisk uden anfaldsfri perioder. Den gennemsnitlige klyngeperiode er 6-12 uger ved episodisk klyngehovedpine med en symptomfri remissionsperiode på et år. I den kroniske form varer klyngeperioden mindst et år, og der er mindre end en måneds symptomfrit interval mellem perioderne. Klyngehovedpinen kan ændre form, og hos omkring halvdelen af patienterne ændrer forløbet sig enten fra kronisk til episodisk eller fra periodisk til kronisk (1).

Klyngehovedpine blev først beskrevet i 1641 af den hollandske læge Nicolaas Tulp og senere mere systematisk af den amerikanske læge Bayard T. Horton i 1939, som har lagt navn til hovedpinen. Lidelsen hører til gruppen af trigeminale autonome cefalalgie (TAC'er), som omfatter unilaterale hovedpiner og ansigtssmerter med autonome symptomer. Patofysiologien for disse cefalalgie er uklar, men den anatomiske lokalisering af smerterne tyder på en involvering af første gren af n. trigeminus, der anses for at være forbundet med neurogene inflammatoriske mekanismer svarende til intra- og ekstrakraniell vaskulatur (4). Endvidere synes hypothalamus at spille en væsentlig rolle i hovedpinen.

Klyngehovedpinen er fire gange hyppigere hos mænd end

hos kvinder og har en prævalens på 0,5-1 %, svarende til 4-5.000 personer i Danmark. Da der kun er diagnosticeret omkring 3.000 patienter i Danmark, er der formodentlig over 1.000 udiagnosticerede patienter. Der kan være flere forhold, der spiller ind med hensyn til den manglende eller forsinkede diagnostik. En væsentlig årsag hertil er klyngehovedpinens form med smerteklynger og lange smertefri perioder. Dette medfører, at mange patienter ikke når at henvende sig til læge, før den pågældende smerteklynge er overstået (4). En anden årsag kan være differentialdiagnostiske problemer, da smerterne fornemmes svarende til strukturer i øjne, næse, kæber og mund. Klyngehovedpinen er derfor blevet fejldiagnosticeret som migræne, sinusitis, tand- og kæbeproblemer, spændingshovedpine og trigeminusneuralgi og kan bl.a. give anledning til overflødig behandling, herunder af tænder (2,4,6-9). Da patienterne med klyngehovedpine tit oplever smerter i relation til kæber og tænder, henvender de sig ofte først hos en tandlæge. Kendskab til hovedpinens karakteristika er derfor væsentligt for tandlæger (10, 11).

I nærværende artikel fokuseres derfor på den overlapning, der findes mellem smertebilledet ved klyngehovedpine og odontogene smerter. Til hjælp ved differentialdiagnostik mellem klyngehovedpine og odontogene smerter blev der således på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse foretaget en sammenligning mellem karakteristika for de to patientgrupper til belysning af sammenfald og forskelle i smertebilledet.

Materiale og metode

I undersøgelsen deltog 11 konsekutive patienter (10 mænd og en kvinde i alderen 29-65 år, median 45 år) med diagnosticeret klyngehovedpine fra Dansk Hovedpinecenter, Neurologisk

Klyngehovedpine (International Headache Society, ICHD II 2004 (5))

Diagnostiske kriterier:

- A. Mindst fem anfald, der opfylder B-D
- B. Svær eller meget svær unilateral orbital, supraorbital og/eller temporal smerte, der varer 15-180 min uden behandling
- C. Hovedpine forbundet med mindst et af følgende kliniske fund:
 - 1. Ipsilateral rødme af øje og/eller tåreflåd
 - 2. Ipsilateral tilstoppet og/eller rindende næse
 - 3. Ipsilateralt hævet øjenlåg
 - 4. Ipsilateralt sved på pande eller ansigt
 - 5. Ipsilateralt lille pupil og/eller hængende øjenlåg
 - 6. En følelse af rastløshed og uro
- D. Anfaldene har en hyppighed fra et hver anden dag til otte pr. dag
- E. Uden sammenhæng med nogen anden lidelse
- F. Opfyldelse af A-D
- A. Mindst to klyngeperioder, der ubehandlet varer fra syv dage til et år adskilt af smertefri perioder af 14 dage eller flere
 - Kronisk klyngehovedpine:
 - A. Opfyldelse af A-D
 - B. Ingen smertefri intervaller over 14 dage i mindst et år

Fig. 1. Definition af klyngehovedpine (CH).

Fig. 1. Classification of Cluster Headache (CH).



afdeling, Glostrup Hospital, og 20 konsekutive patienter (10 mænd og 10 kvinder i alderen 19-67 år, median 37 år), der henvendte sig i Tandlægeskolens hovedmodtagelse med tandpine. Patienterne blev gjort opmærksom på, at det var helt frivilligt at deltage i undersøgelsen, samt at deres valg ikke ville influere på deres behandling.

Efter informeret samtykke blev der indsamlet anamnesticke oplysninger vedrørende smertebilledet med fokus på lokalisa-

tion, karakter, intensitet, provokation og ledsagesymptomer ved hjælp af et standardiseret spørgeskema, som var ens for begge patientgrupper. Deltagerne skulle markere lokalisatio- nen af deres smerter på en ansigtsskabelon. I spørgeskemaet indgik også en 100 mm visuel analogskala (VAS) til angivelse af smerteintensiteten og generel påvirkning af almentilstanden, hvor 0 angav ingen smerte/ingen påvirkning af almentilstan- den, og 100 den værste smerte/påvirkning af almentilstanden,

Beskrivelse af 11 patienter med diagnosticeret klyngehovedpine

Køn	
Mænd	10 (91 %)
Kvinder	1 (9 %)
Alder ved debut	
10-20 år	3 (27 %)
31-40 år	4 (37 %)
41-50 år	3 (27 %)
> 50 år	1 (9 %)
Type	
Episodisk	7 (64 %)
Kronisk	4 (37 %)
Varighed af anfald	
0-30 min	1 (9 %)
30-60 min	4 (37 %)
60-90 min	3 (27 %)
> 90 min	3 (27 %)
Behandling af klyngehovedpine	
Anfaldsbehandling (ilt og Imigran)	4 (37 %)
Både anfalds- (ilt og Imigran) og forebyggende medicin (Verapamil/litium)	7 (64 %)
Tandbehandling på grund af hovedpinesmerterne	
Tandekstraktion, endodontisk behandling, beslibning af tænder	2 (18 %)
Fordeling af henvendelser til sundhedspersoner inden endelig diagnostik (0-4 pr. patient):	
Egen læge	73 %
Neurolog	46 %
Tandlæge	36 %
Øjenlæge	9 %
Ørelæge	9 %

Table 1. Demografisk beskrivelse og karakteristiske forhold ved 11 patienter (29-65 år) med klyngehovedpine.

Table 1. Demographic description and characteristics in 11 patients (29-65 yr) with Cluster Headache.

man kan forestille sig. Endvidere blev der indsamlet oplysninger for begge grupper vedrørende deres præcise diagnose.

På baggrund af gruppernes forskellige og for CH-gruppens beskedne størrelse anvendtes først og fremmest kriterier for, hvornår de anamnesticke oplysninger blev anset for at være karakteristiske for henholdsvis klyngehovedpine og tandsmerter. Symptomerne skulle således være til stede hos mindst 45 % af patienterne i en eller begge grupper. Samtidig blev der foretaget statistisk analyse med t-test af VAS-værdierne for smerteintensitet og generel påvirkning af almentilstanden samt af forekomsten af de forskellige typer smertekarakter hos CH-patienterne sammenlignet med tandpinepatienterne. Signifikansniveauet blev sat til $P \leq 0,05$.

Resultater

Af de 11 CH-patienter var syv episodiske og fire kroniske (Tabel 1). Hos fire af patienterne var klyngehovedpinen skiftet siden debuten fra at være episodisk til at gå over i en mere kronisk form. Tiden fra symptomdebut til diagnose varierede meget, fra en måned til 20 år (median 4 år). Hovedparten af CH-patienterne havde i den periode været hos egen læge (Tabel 1), og fire af de 11 patienter havde opsøgt egen tandlæge for smerterne. Heraf havde to fået tandbehandling. Yderligere to CH-patienter havde opsøgt henholdsvis øre-, næse-, hals-læge og øjenlæge.

Hos hovedparten af de 20 patienter, der henvendte sig med tandsmerter, var årsagen cariesfølger. Diagnoserne var således caries dentalis, pulpitis irreversibilis, parodontitis apicalis og fractura dentis (Fig. 2). Smerterne havde været fra to dage til flere måneder før deres henvendelse, og hos halvdelen af patienterne kom smerterne i anfald af mindst ½ times varighed, resten var vedvarende.

Fordeling af odontologiske diagnoser

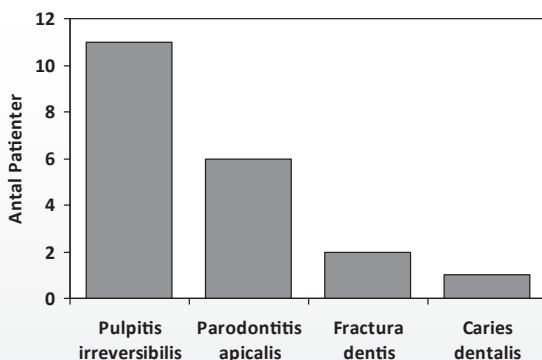


Fig. 2. Diagnoser hos 20 patienter (10 mænd og 10 kvinder, 19-67 år) med akut tandpine.

Fig. 2. Diagnoses in 20 patients (10 men and 10 women, 19-67 yr) with acute toothache.

Smerteintensiteten hos CH-patienterne var i gennemsnit 91 på VAS (standarddeviation 7, variationsbredde 85-100) og påvirkning af almentilstanden 79 (standarddeviation 24, variationsbredde 10-100). Den gennemsnitlige smerteintensitet på VAS hos tandpinepatienterne var 58 (standarddeviation 26, variationsbredde 20-95) og påvirkning af almentilstanden 53 (standarddeviation 26, variationsbredde 10-95). Statistisk var niveauerne dog ikke signifikant højere hos CH-patienterne end hos tandpinepatienterne (smerter $P = 0,06$, almentilstand $P = 0,11$). Beskrivelse af smerterne som stikkende-prykkende-jagende og som borende var signifikant hyppigere ($P \leq 0,05$) hos CH-patienterne end hos patienterne med tandpine (stikkende-prykkende-jagende 64 % versus 45 %, borende 45 % versus 20 %). Smertekarakteren beskrevet som trykkende-murrende og som bankende-dunkende forekom derimod signifikant sjældnere ($P \leq 0,03$) hos CH-patienterne end hos patienterne med tandpine (trykkende-murrende 27 % versus 70 %, bankende-dunkende 27 % versus 45 %).

Alle patienter med klyngehovedpine havde ipsilaterale symptomer fra øjet (tåreflåd 91 %, rødme og hævelse af øje 64 %) og/eller næsen (næseflåd 64 %, tilstoppet næse 64 %) under deres anfald. Kun 20 % af patienterne med tandpine havde sådanne autonome symptomer (tåreflåd 5 %, næseflåd 15 %, tilstoppet næse 10 %). CH-patienterne lokaliserede primært deres smerter til kind-, øjen- og panderegionen og tandpinepatienterne udelukkende til kinden (Fig. 3). Ellers var det især svarende til udløsende/forværende faktorer, at smertebilledet for de to patientgrupper afveg fra hinanden (Fig. 4). Det drejede sig specielt om de udløsende og provokerende faktorer, henholdsvis kemisk, termisk og mekanisk stimulation af tænderne, som kun forekom hos tandsmertepatienterne, og indtagelse af alkohol, som forekom hos 64 % af klyngehovedpinepatienterne og kun hos én tandsmertepatient.

De overlapninger, undersøgelsen viste mellem smertebeskrivelserne fra patienterne med tandsmerter og patienterne

KLINISK RELEVANS



Smerterne ved klyngehovedpine vil kunne forveksles med tandsmerter, da smerterne ofte er lokaliseret til overkæben. En del af patienterne vil derfor søge tandlæge. Da smerterne er næsten uudholdelige, vil patienterne insistere på behandling. Uden kendskab til symptomerne ved klyngehovedpine kan tandlægen være tilbøjelig til at give efter for patienternes pres og foretage indgreb på tænderne for at lindre smerterne. Patienterne kan derfor få unødigt fyldningsterapi og endodonti samt tandekstraktion. Det er derfor vigtigt at huske, at tænderne ikke er årsag til al smerte omkring mundhule og kæber, men at tandsmerter kan være smerter meddelt fra andre strukturer og dermed opfattes som odontogene.

Smertelokalisation

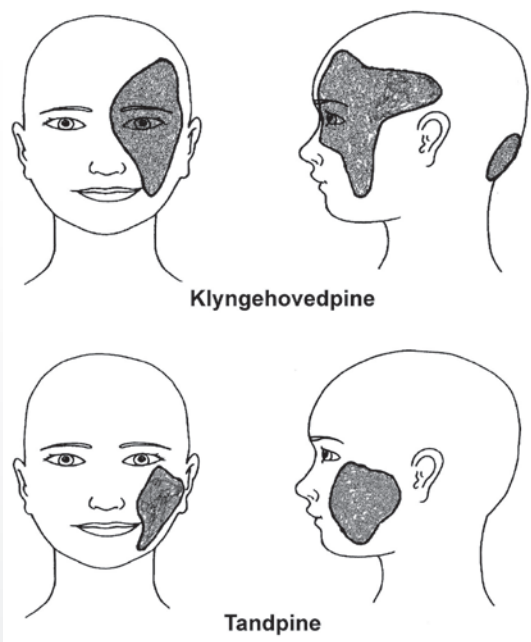


Fig. 3. Smertelokalisation hos 11 patienter med klyngehovedpine og hos 20 patienter med tandsmerter. Den grå markering viser, hvor patienterne følte deres smerter.

Fig. 3. Pain location in 11 patients with Cluster Headache and in 20 patients with tooth pain. The gray areas indicate the pain sites reported by the patients.

med klyngehovedpine, var med hensyn til unilateral lokalisation i ansigtet og angivelserne af, at smerterne føltes vellokaliserede og skarpe, at de var anfaldsvise, samt at de var søvnforstyrrende dels med besvær med at falde i søvn dels med at blive vækket af smerterne (Fig. 4).

Diskussion

Spørgeskemaerne var konstrueret ud fra kendte smertekarakteristika for klyngehovedpine og tandsmerter, da undersøgelsen blev udfærdiget med henblik på differentialdiagnostik. Dette gjorde, at de indsamlede resultater var meget klart afgrænsede. Gruppen af patienter med klyngehovedpine var lille og selekteret fra et specialiseret hovedpinecenter, men formodentlig rimelig repræsentativ. Således passede kønsfordeling, debutalder, anfaldsvarighed og ledsagesymptomer godt med tidligere arbejder, mens antallet af patienter med den kroniske form lå lidt højt. På samme måde blev patienterne med tandsmerter anset for at være typiske (12,13). På grund af patientantallets størrelse og skæv fordeling i grupperne anvendte vi dels et groft kriterium til at finde de karakteristiske symptomer, dels simple t-test til at sammenligne de registrerede symptomer fra grupperne.

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at en tredjedel af patienterne med klyngehovedpine opsøgte deres tandlæge for behandling af deres smerter, dvs. en patientandel, der svarer til de tidligere beskrevne 42-47 % (2). Endvidere resulterede disse henvendelser i irreversible og formodentlig unødvendige behandlinger. Der var også overlappning mellem symptomerne hos de to patientgrupper, der kunne bidrage til forveksling. Det er

Symptomer ved klyngehovedpine sammenholdt med tandsmerter

Typiske karakteristika ved klyngehovedpine Lokalisation: Øjenregionen Karakter: Stikkende-prikkende-jagende, borende Intensitet: Svær til uudholdelig Udløsende/forværrende faktorer: Alkohol, varme Ledsagesymptomer: Tåreflåd, øjenrødme, hævelse af øjenlåg, løbende næse, tilstoppet næse, motorisk uro	Overlappning mellem karakteristika ved klyngehovedpine og tandsmerter Lokalisation: Unilateralt i ansigt Karakter: Vellokaliserede og skarpe Intensitet: Søvnforstyrrende Variation: Anfaldsvise	Typiske karakteristika ved tandsmerter Karakter: Trykkende-murrende, bankende-dunkende Intensitet: Moderat til svær Udløsende/forværrende faktorer: Kulde, sødt-surt, tygning Ledsagesymptomer: Sjældne
--	--	---

Fig. 4. Sammenligning mellem karakteristiske symptomer oplyst af 11 patienter med klyngehovedpine (syv episodiske og fire kroniske) og af 20 patienter med tandsmerter. Symptomerne var til stede hos mindst 45 % af patienterne i hver gruppe.

Fig. 4. Comparison of characteristic symptoms reported by 11 patients with Cluster Headache and by 20 patients with tooth pain. The symptoms were present in at least 45 % of the patients in each group.

derfor væsentligt at bemærke, hvor der var mest markante forskelle mellem tandsmerter og klyngehovedpine, for det er dem, man som tandlæge skal sikre sig at have med i sin smerteudredning. Det drejer sig specielt om de udløsende og provokerende faktorer, henholdsvis stimulation af tænderne hos tandsmerterpatienterne og indtagelse af alkohol hos klyngehovedpinepatienterne samt de karakteristiske autonome ledsagesymptomer som tåreflåd, næseflåd og øjenrødme ved klyngehovedpinen.

For at undgå fejldiagnoser og unødigt tandbehandling af disse patienter er kendskab til klyngehovedpinens karakteristika væsentligt sammen med en grundig anamnese, selvom diagnostik og behandling foregår i lægeligt regi.

Taksigelser

Patienter og personale på Dansk Hovedpinecenter, Glostrup Hospital, og i Hovedvisitationen, Tandlægeskolen, Københavns Universitet, takkes for deres medvirken og hjælpssomhed.

ABSTRACT (ENGLISH)

Cluster headache (Horton's disease) – characteristics and similarities with tooth pain

Cluster headache is a painful headache with major consequences for life quality, social relations and occupation. The almost intolerable attacks of pain are unilateral, localized to the orbital, temporal and maxillary region. As patients with cluster headache often experience pain in the jaws and teeth, they may contact their dentist before they are diagnosed.

The pain location, type and possible treatment were recorded with a questionnaire with 11 patients with cluster headache and 20 patients with acute tooth pain. The investigation showed a minor overlap of symptoms, but also significant differences. Four patients with cluster headache had consulted their dentist for pain treatment, and for two these visits resulted in irreversible and probably unnecessary dental treatments.

The most marked differences between tooth pain and cluster headache were the eliciting and provoking factors of chemical, thermal and mechanical stimulation of teeth, and the consumption of alcohol together with the characteristic concomitant autonomic symptoms associated with cluster headache. Knowledge of the headache is therefore important for dentists, even though diagnostics and treatment are medical.

Litteratur

- Chong MS. Headache syndromes presenting with facial pain and autonomic features. In: Zakrzewska JM, Harrison SD, eds. Assessment and management of orofacial pain. Pain research and clinical management vol. 14. Amsterdam: Elsevier, 2002;209-46.
- Balasubramaniam R, Klasser GD, Delcanho R. Trigeminal autonomic cephalalgias. A review and implications for dentistry. J Am Dent Assoc 2008;139:1616-24.
- Eversole LR. Nonodontogenic facial pain and endodontics: pain syndromes of the jaws that simulate late odontalgia. In: Cohen S, Burns RC, eds. Pathways of the pulp. 7th ed. St. Louis: Mosby-Yearbook, 1998;50-8.
- Jensen RH, Jensen R. Klyngehovedpine (Hortons hovedpine). Tandlægebladet 2005;109:880-3.
- HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The international classification of headache disorders (ICHD-II), 2nd ed. Cephalgia 2004;24 (Supp 1):1-60.
- Van Alboom E, Louis P, Van Zandijck M et al. Diagnostic therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. Acta Neurol Belg 2009;109:10-7.
- Peñarocha M, Bandrés A, Peñarocha MA et al. Relationship between oral surgical and endodontic procedures and episodic cluster headache. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;92:499-502.
- Larner AJ. Unnecessary extractions. Br Dent J 2007;203:442.
- Shoji Y. Cluster headache following dental treatment: a case report. J Oral Sci 2011;53:125-7.
- Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW et al. Orofacial cluster headache. Cephalgia 2008;28:903-5.
- Alonso AA, Nixdorf DR. Case series of four different headache types presenting as tooth pain. J Endod 2006;32:1110-3.
- Bjørndal L, Bindsløv HP. Odontogene smerter. Tandlægebladet 2010;114:224-31.
- Seltzer S, Hargreaves KM. Differential diagnosis of odontalgia. In: Hargreaves KM, Goodis HE, eds. Seltzer and Bender's dental pulp. Chicago: Quintessence, 2002;229-63.

Vidste du, at du selv kan opdatere dine medlemsoplysninger?

– Log ind på Tdlnet.dk og klik på Mine medlemsdata

TDLnet