

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Murat Tatenov, (murta1), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-04

Giltig till: 2027-08-04

## Huvudvärk

---

### Klassifikation (International Headache Society)

**Primär** (ingen bakomliggande sjukdom)

**Sekundär** (bakomliggande sjukdom t ex infektion, tumör, kärllmissbildning m m föreligger). Huvudvärken försvinner vid behandling av grundsjukdomen.

Migrän + spänningshuvudvärk = över 90 % av fallen med huvudvärk.

#### Primär huvudvärk:

- 1) Migrän
- 2) Spänningshuvudvärk
- 3) Hortons huvudvärk och andra trigeminala, autonoma huvudvärksformer
- 4) Övriga primära huvudvärksformer

#### Sekundär huvudvärk:

- 5) Posttraumatisk huvudvärk
- 6) Huvudvärk som tillskrivs kraniell eller cervikal kärlsjukdom
- 7) Huvudvärk som tillskrivs intrakraniell icke-vaskulär sjukdom
- 8) Toxiskt utlöst huvudvärk, inklusive läkemedel och droger
- 9) Huvudvärk som tillskrivs infektion
- 10) Huvudvärk som tillskrivs störd homeostas (hypoxi, hyperkapni, sömnapné, dialys m m)
- 11) Huvudvärk från kraniets adnexorgan
- 12) Huvudvärk som tillskrivs psykiatrisk sjukdom
- 13) Kranieella neuralgier och andra ansiktssmärter
- 14) Annan huvudvärk, kraniell neuralgi, central eller primär ansiktssmärta

#### Utredning:

- Anamnes
- Status

- Vid behov konsultation av andra specialister
- Radiologi (CT, MR), LP, lab m m.

### Anamnes:

- Ögonanamnes
- Övriga sjukdomar
- Tidigare neurologisk anamnes (Skalltrauma? Meningit? Yrselattacker? Medvetandeförlust? Epilepsi?)
- Aktuella läkemedel (Biverkningar av mediciner? Kontraindikationer? Överkänslighet?)
- Socialt (Exposition för kemiska eller toxiska ämnen relaterade till yrket? Buller, drag, stress, dålig belysning, olämplig arbetsställning? Familjesituation? Missbruk?)
- Hereditet (Migrän, hypertoni, malignitet?)

Viktiga frågor vid anamnesupptagandet gällande huvudvärk:

- 1) Typ av huvudvärk (attacker, kontinuerlig)?
- 2) Duration av attacken (sekunder, minuter, timmar, dagar o s v)?
- 3) Hur ofta kommer huvudvärken (frekvens)?
- 4) Associerade symptom och övriga karakteristika?

### Flödeschema vid huvudvärksdiagnostik

Huvudvärkstyp	Duration	Frekvens	Övriga karakteristika	Sannolik typ av huvudvärk
Klart avgränsade attacker	4 tim- 3 dygn	6/mån-1/år	Illamående, fotofobi, hyperakusi, ofta halvsidig, ibland aura före attacker, hereditet. Ligger ned helt stilla.	<b>Migrän</b>
Klart avgränsade attacker	15 min- 3 tim	1-8/dygn under 1 vecka – 1 år		<b>Hortons huvudvärk (=cluster headache)</b>
Nästan dagligen	Tim- dygn	Minst hälften av dagarna under minst 3 mån	Oftast dubbelsidig, dov, molande. Tvärs över pannan eller runt om huvudet. ”Som ett band över pannan”, ”Som en mössa som sitter åt för hårt”.	<b>Kronisk spänningssvärk</b>
Kontinuerlig			Uppstår inom den 1:a veckan efter nack- eller	<b>Posttraumatisk huvudvärk</b>

			skalltrauma och upphör inom 3 månader efter trauma. Ofta intensiv occipitalt, dubbelsidig, tryckande eller stramande karaktär. Övriga symptom (illamående, kräkningar, medvetandeförlust, amnesi, neurologiska bortfallssymtom m m) varierar beroende på våldets karaktär och grad.	
Vanligen kontinuerlig			Nära anslutning till debuten av neurologiska bortfallssymptom. Vanligare vid hemorragisk stroke jämfört med ischemisk. 17-34 % av patienter har huvudvärk. Kan vara diffus, occipital m m. Lokalisation i övrigt stämmer dåligt med drabbat kärlgebit. Lindrig – måttligt intensiv. Kan ha migränliknande karaktär.	<b>Akut ischemisk stroke/TIA</b>
Kontinuerlig			Startar plötsligt ensidigt och vanligtvis generaliseras snabbt till dubbelsidig värk. Ofta mest intensiv occipitalt och i nacken. Nackstyvhet, medvetandepåverkan, subfebrilitet, fokala neurologiska symptom och ev ep-anfall. Tilltagande ”åskknallshuvudvärk”, ”ett slag mot huvud eller nacke”.	<b>Sub-arachnoidal blödning</b>
Kontinuerlig			Huvudvärk, alt. hals-/nacksmärta, alltid samsidig med dissektion. Främre del av huvudet (60 %). Kan upplevas i öga, käkvinkel, öra och tinning. Plötslig debut. Jämn (75 %) och pulserande (25 %). Smärtan brukar upphöra inom 1 månad. Horner syndrom (40 %). Amaurosis fugax (25 %).	<b>Karotis/vertebralis dissektion</b>

			Kranialnervpåverkan (15 %). Tinnitus (10 %). Symptom p g a fokal cerebral ischemi (50 %) debuterar vanligen några dygn efter smärtan. Dissektion i carotis interna > a.vertebralis.	
Nästan dagligen	Timdygn	Varierar, ökar efter hand	Varningssignaler med neurologiska/psykiska symptom. Övrig malignitet i anamnesen.	<b>Hjärntumör</b>
Kontinuerlig			Normalt neurologiskt status eller med avvikelser (papillödem, abducens pares m m). ↑ likvortryck med normal likvorkemi och cellularitet. Ej andra intrakraniella sjukdomar som orsak. Förbättring efter likvortappning. Riskfaktorer: tetracykliner, vitamin-A, kortison, obsitas hos kvinnor i fertil ålder, p-piller m m.	<b>Benign intrakraniell hypertension</b>
Huvudvärk vid varje uppvaknande	Timdygn		Trötthet, duffusa symptom. Läkemedelsanamnes, ev drogmissbruk viktigt. Exempel: Antabus, Nitroglycerin, Alvedon, Kodein, Ergotamin (om >3 dagar/vecka → MOH, medication overuse headache). Tyramin (finns i ost) + icke-selektiv MAO-hämmare = hypertensiv kris och svår huvudvärk.	<b>Läkemedelsutlöst huvudvärk</b>
Klart avgränsade attacker	Några sek – 2 min	Flera ggr/dygn under månader	Hög intensitet. Oftast 2:a eller 3:e grenen. Triggerpunkter. Ansiktstvätt, tandborstning,	<b>Trigeminus neuralgi</b>

			rakning m m → attack	
Vanligen kontinuerlig		Initialt intermittent → kontinuerlig → progredierande	Anamnestiskt tillstånd med ↑ trombosrisk: p-piller, graviditet, postpartum, polycytemi, trombocytos, SLE, lupus antikoagulans, fosfolipidantikroppssyndrom, dehydrering, malignitet, alkoholmissbruk. Normaliseras inom 1 månad på behandling av grundsjukdomen. Vanligare hos yngre och kvinnor. Kan vara diffust utbredd alt. lokalt avgränsad värk var som helst i huvudet, ev. enbart i nacken. Vanligt med hemorragisk infarkt och ↑ intrakraniellt tryck. Stas i öga och ögonlock, chemos, proptos, smärtsam oftalmoplegi, nervpareser (III-, IV-, V-, VI) p g a kavernös sinustrombos.	<b>Sinustrombos</b>
Vanligen kontinuerlig			Pulserande. Bilateral. Vanligtvis BT > 180/110. Förbättring inom 1 timma efter normalisering av BT.	<b>Arteriell hypertension</b>
Nästan dagligen	Dygn		Hög ålder, ömma tinningkärl, tuggclaudicatio, palpömheter i skalpen.	<b>Temporalisarterit</b>
Kontinuerlig Tilltagande			Vanligen snabbt insättande, högintensiv, bilateral. Feber, nackstyvhet, illamående, kräkningar, ev medvetandepåverkan.	<b>Intrakraniell infektion</b>
Vanligen kontinuerlig			Gröngul snuva, ömhet över bihålorna, värk i bihåleområdet eller tänderna, värk vid framåtböjning.	<b>Sinuit</b>

Huvudvärk vid varje uppvaknande	Timdygn		Missljud, krepitationer i läkleder, tandgnissling, läpp – eller kindbitning, tungpressning. Ömhet i masseter- och temporalismuskler. Hypertrofiska tuggmuskler.	<b>Spänningshuvudvärk p g a spänningar i tuggmuskler</b>
Vanligen kontinuerlig			Vid akut/kronisk hypoxi (PaO <sub>2</sub> < 70 mm Hg). O <sub>2</sub> → kärlsammandragning. Således hypoxi → kärldilatation → huvudvärk. Ex. höjdsjuka, lungsjukdom, atrium septumdefekt. CO <sub>2</sub> → kärldilatation. Således hyperkapni (PaCO <sub>2</sub> > 50 mm Hg) → kärldilatation → huvudvärk. Ex. vistelse i en dåligt ventilerad lokal.	<b>Hypoxi/hyperkapni</b>
			Överviktiga män vanligast. Kraftig dagtrötthet. Ökad förekomst av öppetstående foramen ovale. Hypoxi + ev hyperkapni → huvudvärk	<b>Sömnapné</b>
			Startar vanligen några timmar efter dialysen. Lindrig till måttligt intensiv. Bilateral, kan vara pulserande och med illamående/kräkning. Relateras till ↑BT, ↓Na <sup>+</sup> och ↓plasmaosmolaritet. Försvinner inom 72 timmar efter dialystillfället.	<b>Dialys</b>
			Huvudvärk i samband med psykiatrisk sjukdom är ej välstuderad och få studier	<b>Somatiseringsyndrom</b>

			<p>har publicerats avseende detta ämne. Bäst definierade i klassifikationen är huvudvärk som tillskrivs somatiseringssyndrom och psykotiskt syndrom.</p> <p>Minst 4 smärtsymptom + 2 GI-symptom ( ej i form av smärta) + 1 sexuellt eller reproduktionsrelaterat syndrom + 1 pseudoneurologiskt syndrom under en period av flera år med debut före 30 års ålder, vilket lett till att personen efterfrågat behandling eller till försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden. Symptomen kan, efter adekvat utredning, ej relateras till någon sjukdom eller någon substans. Det finns ingen annan sjukdom som kan förklara huvudvärken.</p>	
			<p>Vanföreställningar om förekomst och/eller etiologi av huvudvärk som uppträder i samband med vanföreställningssyndrom, schizofreni, egentlig depression med psykotiska symptom, manisk episod med psykotiska symptom eller andra psykotiska syndrom. Huvudvärken uppträder enbart i samband med vanföreställningar. Huvudvärken försvinner när vanföreställningarna upphör. Det finns ingen annan sjukdom som kan förklara huvudvärken.</p>	<b>Psykotiskt syndrom</b>

## Huvudvärkstillstånd med sekundära ögonsymptom och fynd i ögonstatus

- **Intrakraniellt tryck** (IIH, tumör, meningit, abscess, subarachnoidal blödning m m): Visuella obskurationer (tillfällig fördunkling av synen), diplopi, bilateralt papillödem, förstoring av blindfläcken, VI-pares.
- **Arteriell hypertension**: Hypertensiv retinopati, näthinneblödningar, mjuka- och hårda exsudat.
- **Temporalisarterit**: Grav synnedsättning, vanligen unilateralt papillödem.
- **Migrän**: Fotofobi, retrobulbär värk, aura (ljusa/mörka fläckar, zig-zag mönster, schintillerande skotom, tunnelseende, homonym hemianopsi, auras duration < 30 min – 1 tim)
- **Hortons huvudvärk**: Okulotemporal värk, ökat tårflöde, ev Horner syndrom.
- **Akut sinusit (etmoidit)**: Ev diplopi, proptos, optikuspåverkan.
- **Kavernös sinustrombos**: ↓visus, kemos, proptos, papillödem, näthinneblödningar, III-, IV-, V-, VI-pareser.

## Ögontillstånd med sekundär huvudvärk

- ↑Ögontryck
- Inflammation: irit, keratit, sklerit, optikusneurit
- Okulärt ischemiskt syndrom (OIS)
- Orbital patologi: infektion, endokrin oftalmopati, tumör m m.
- Astenopi: ametropi (framför allt hyperopi), astigmatism, anisometri, dekompenenserad fori, konvergensinsufficiens m m.

## Status

- Allmäntillstånd? Kognitiv påverkan? Feber?
- Oftalmologiskt och neurooftalmologiskt status inklusive optimal refraktion
- Palpation av temporalartärer och hårbotten? Blodtryck? Auskultation av hjärta/hals: blåsljud?
- Övriga fokalneurologiska fynd?
- Övriga fynd i status?

## Konsultation av andra specialister

Vid behov konsultation med:

- Medicinjour
- Neurolog
- ÖNH-läkare
- Käkkirurg m m

## Radiologi, LP, lab m m.

- Radiologi (CT, MR) + LP i huvudvärkssammanhang brukar oftast inte beställas av oftalmolog.
- Lab (akut CRP, SR) vid misstänkt temporaliserit.

## Flödesschema för vidare huvudvärksutredning

- **Typisk migrän** (nydebuterad och utan behandling, svårbehandlad) → Vårdcentral (vanlig remiss).
  - **Atypisk migrän** (migrän med aura utan huvudvärk, aura med huvudvärk som ej är förenlig med migrän m m) → Neurologen (vanlig remiss).
  - **Atypisk migrän hos barn** (cyklisk kräkning, ”bukmigrän” m m) → Barnakuten (akut remiss).
  - **Spänningshuvudvärk** → Vårdcentral (vanlig remiss).
  - **Hortons huvudvärk** → Neurologen (subakut remiss). Viktigt med snabb insättning av behandling p g a svåra plågsamma värkattacker.
  - **Posttraumatisk huvudvärk** → Neurorehabilitering (vanlig remiss).
  - **Toxiskt utlöst huvudvärk**, inklusive läkemedel och droger:
    - Vid beroendeproblematik (Morfin, Citodon m m) → Beroendekliniken (vanlig remiss).
    - Vid icke beroendeframkallande polyfarmaka → Vårdcentral (vanlig remiss).
  - **Kraniella neuralgier och andra ansiktssmärtor** → Neurologen (vanlig remiss).
  - **Symptomatisk huvudvärk** (misstanke om intrakraniell blödning, intrakraniell tumör, temporaliserit, karotis/vertebralisdissektion, central ventrombos, arteriell hypertension, benign intrakraniell hypertension eller intrakraniell infektion) → Medicinakuten (akut remiss).
  - **Huvudvärk i samband med psykiatrisk problematik** (ångest, depression, somatiseringssyndrom, psykotiskt syndrom m m):
    - Vid nydebuterad huvudvärk → telefonkontakt med medicinkonsult för att utesluta somatisk genes → telefonkontakt med psykkonsult om somatisk genes ej föreligger + vanlig frågeremiss.
    - Vid känd och återkommande huvudvärk → telefonkontakt med
- psykkonsult + vanlig frågeremiss (bedöms inom 24 tim).
- **Huvudvärk från extrakraniella adnexorgan:**
    - Huvudvärk med oförklarbar hörselnedsättning → ÖNH-läkare (akut remiss).

- Misstanke om sjukdom i bihålor, svalg, ansiktsregion eller öron som orsak eller bidragande till huvudvärk → ÖNH-läkare (vanlig remiss).
- Tandgnissling, tandpressning eller tungpressning. Smärta eller dysfunktion inom tuggapparaten → Käkkirurg (vanlig remiss).
- Tandvärk → Hänvisa till tandläkare (ingen remiss)

- **Oklar, akutdebuterad huvudvärk utan fokala neurologiska symptom** → Ring till medicinjouren för hjälp med bedömning.
- **Oklar, kronisk, återkommande/persisterande huvudvärk** → Vårdcentral (vanlig remiss).

## Referenser:

- Ann Helgen, ÖNH-konsult (Flödesschema för huvudvärksutredning)
- Dahlöf C, Carlsson J, Hardebo J.E, Laurell K, Lygner P-E. (2006).

Huvudvärk – teori och klinik. (s 49 – 245). Göteborg: Studentlitteratur.

- Denniston A, Murray P. (2006). Oxford handbook of ophthalmology. (s 880-881).

Oxford University Press.

- Deseree Ricken, psykkonsult (Flödesschema för huvudvärksutredning)
- Huvudvärk, primär utredning. Hämtad 25 september 2017, från

<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=250>

- Kate Christensen, käkkirurg (Flödesschema för huvudvärksutredning)
- Ole Nielsen, neurologkonsult (Flödesschema för huvudvärksutredning)
- Per Holmberg, neurologkonsult (Flödesschema för huvudvärksutredning)
- Under redaktion av Matti Anniko. (2012). Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud- och halskirurgi. (s 125 – 127). Stockholm: Liber.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Ögonsjukvård

**Innehållsansvar:** Murat Tatenov, (murta1), Överläkare

**Godkänd av:** Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10102-675416934-141

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2025-08-04

**Giltig till:** 2027-08-04