

Wegwijs in hoofdpijn

“Klinisch onderzoek blijft het belangrijkste diagnosemiddel.”

Op maandag 17 oktober vond in het Jessa Ziekenhuis het symposium ‘Kopzorgen: hoofd- en aangezichtspijn in de huisartsenpraktijk’ plaats. Huisartsen en specialisten scherpten er hun kennis aan omtrent één van de meest voorkomende maar ook vaak moeilijk te diagnosticeren aandoeningen. Hoofdpijn is immers een vlag die een brede lading dekt. Hoe wegwijs geraken in hoofdpijn? Dr. Peter Soors, neuroloog in het Jessa Ziekenhuis en prof. dr. Koen Paemeleire, verbonden aan de afdeling neurologie van UZ Gent, lichten toe.



dr. Peter Soors, neuroloog



prof. dr. Koen Paemeleire

Hoofdpijn komt vaak voor, zowel bij volwassenen als kinderen. Studies wijzen uit dat 95% van de vrouwen en 90% van de mannen ooit wel eens hoofdpijn heeft. Het is ook één van de meest voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk. Het thema is trouwens zeer actueel. De International Association for the Study of Pain riep 2012 uit tot het Global Year Against Headache.

Meer dan 200 hoofdpijnsyndromen

De ene hoofdpijn is de andere niet. Hoe maak je een onderscheid tussen de verschillende hoofdpijntypes? Dr. Peter Soors: “Bij een symptoom van pijn in de craniale regio van het hoofd kan het gaan om een goedaardige geïsoleerde gebeurtenis of om een manifestatie van een breed scala van hoofdpijnstoornissen. We onderscheiden verschillende types of vormen van hoofdpijn. De classificatie van de International Headache Society (IHS) geeft een accuraat en compleet overzicht. Ze onderscheidt en beschrijft meer dan 200 hoofdpijnsyndromen.”

IHS-classificatie

Prof dr. Koen Paemeleire: “De classificatie maakt een onderscheid tussen primaire en secundaire hoofdpijntypes. Tot de eerste groep behoren o.m. spanningshoofdpijnen,

migraine en clusterhoofdpijn. Secundaire hoofdpijntypes zijn hoofdpijnen die het gevolg zijn van een andere pathologie, zoals sinusogene hoofdpijn, arteritis temporalis, spontane liquor hypotensie hoofdpijn - hoofdpijn die ontstaat bij het rechtkomen en weer verdwijnt met het neerliggen van de patiënt -, hoofdpijn door een psychiatrische stoornis, door medicatie uitgelokte hoofdpijn en zo meer.” De volledige classificatie is te raadplegen op http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/.

Low risk vs high risk

Dr. Soors: “Zeker in de acute setting is het belangrijk een juiste triage te realiseren. 4% van de patiënten die op spoed terechtkomen, melden zich aan met verontrustende hoofdpijnklaachten. Maar ook in de eerste lijn is een correcte diagnose de eerste en belangrijkste stap in de behandeling. Om tot een correcte diagnose te komen, is een systematische anamnese essentieel. Het belang van klinisch onderzoek en anamnese staan dus buiten kijf. Low van high risk patiënten onderscheiden, doen we in een acute setting op een systematische manier. Patiënten met een gekend en ongewijzigd hoofdpijnpatroon, die geen nieuwe symptomen vertonen zoals koorts of trauma en waarbij de resultaten van het neurologisch onderzoek geen afwijkingen vertonen, beschouwen we als low risk patiënten.” Prof dr. Pae-



HET HOOFDPIJNDAGBOEK: VAN INZICHT TOT OPLOSSING

Het kan zinvol zijn om gedurende een bepaalde periode een hoofdpijndagboek bij te houden om meer inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op de hoofdpijn. Het hoofdpijndagboek brengt het patroon van de hoofdpijn, de ernst en de impact op het dagelijks functioneren in kaart. Ook provocerende factoren en het gebruik van medicatie kunnen aan bod komen. Tot slot helpt het hoofdpijndagboek om de behandeling te evalueren.

meleire: "Alarmsymptomen bij ernstige, met hoofdpijn gepaard gaande aandoeningen, zijn o.m. nieuwe hoofdpijn boven 50 jaar, toename van hoofdpijn na een ongeval, heftige hoofdpijn met zeer hoge bloeddruk, acuut ontstane, zeer heftige pijn, verandering in hoofdpijnkenmerken, hoofdpijn met koorts, nekstijfheid of neurologische afwijkingen. Deze patiënten verdienen zeker doorverwijzing."

Systematische anamnese

Wat kan een huisarts doen om tot een juiste diagnose te komen? Dr. Soors: "Een correcte hoofdpijnscreening is essentieel. De arts kan een aantal zaken onderzoeken en bevragen: de duur, de frequentie en de intensiteit van de hoofdpijn. Vervolgens kan er gevraagd worden naar geassocieerde symptomen en naar mogelijke uitlokkende factoren. Tot slot kan de arts polsen naar de impact op het dagelijks functioneren. Het is van belang om dit grondig te doen en ook door te vragen op de criteria omdat die door de patiënt niet altijd spontaan gemeld worden."

Overlappende symptomen

De meeste hoofdpijnsyndromen presenteren zich met typische symptomen, maar er is vaak ook overlap in hoofdpijntypes, pathologie of symptomen. Zo kunnen bijvoorbeeld typische sinusklachten zoals drukpijn op de

sinus, neusloop en waterige ogen soms ook bij migraine optreden. Dit maakt het niet altijd gemakkelijk om de juiste diagnose te stellen. Maar door de resultaten van de screening bij de patiënt af te toetsen aan de IHS-beschrijvingen, krijgt de huisarts toch al een prima indicatie van het hoofdpijntype. Hoe sneller de juiste diagnose wordt gesteld, hoe beter voor de patiënt.

Spanningshoofdpijn

Wat is spanningshoofdpijn en wat zeggen de IHS-criteria over dit type hoofdpijn? Dr. Soors: "Het gaat om een hoofdpijn die duurt van 30 minuten tot 7 dagen. De patiënt voelt een drukkende, niet-kloppende pijn, met een milde tot matige intensiteit die meestal weinig impact heeft op het dagelijks functioneren. De pijn neemt niet toe bij fysieke inspanningen, en nausea en braken komen doorgaans niet voor. Bij spanningshoofdpijn maakt men ook een onderscheid naargelang de duur van de symptomen: weinig frequent, frequent episodisch en chronisch."

Migraine

Bij migraine is er een onderscheid tussen migraine met en zonder aura. Men spreekt van migraine als er minstens 5 aanvallen zijn geweest, die variëren van 4 tot 72 uren. Dr. Soors: "Meestal gaat het om een unilaterale,

kloppende hoofdpijn die heviger wordt bij fysieke inspanning en met een matige tot ernstige impact op het dagelijks functioneren. Meestal gaat migraine ook gepaard met nausea en/of braken. Zijn deze symptomen aanwezig, dan kan je vrij zeker zijn dat er geen secundaire oorzaak is. Migraine kan al dan niet gepaard gaan met een aura. Die kan visueel, sensibel of motorisch zijn. Eigenlijk is een aura een neurologisch symptoom dat zich meestal gradueel opbouwt. Als de aurafase voorbij is, ontstaat er meestal binnen het uur een periode van hoofdpijn."

En wat met migraine bij kinderen?

"Bij kinderen is het ziektebeeld anders. Migraine-aanvallen bij kinderen zijn meestal van kortere duur, van 1 tot 72 uur. De hoofdpijn is vaak bilateraal. Occipitale hoofdpijn is zeldzaam. Bij kinderen kunnen zich tijdens de aanval ook andere symptomen voordoen die we klassiek niet zien bij volwassenen, zoals het Alice-in-Wonderland syndroom: de omgeving ►

*"Studies wijzen uit dat
95% van de vrouwen
en 90% van de mannen
ooit wel eens hoofdpijn heeft."*



“Systematische anamnese in de huisartsenpraktijk is belangrijk om de juiste hoofdpijndiagnose te stellen en de juiste behandeling te starten.”

wordt vergroot of verkleind, wat een aanwijzing kan zijn voor een migraineprobleem. Ook een paroxysmale vertigoperiode kan geassocieerd voorkomen en cyclisch braken. Ten slotte is ook abdominale migraine geen zeldzaam verschijnsel bij kinderen.”

Wanneer spreken we van chronische hoofdpijn?

Prof dr. Paemeleire: “Het gaat om hoofdpijn van meer dan 15 dagen per maand in een periode van minstens drie maanden. Als een patiënt met hoofdpijn een huisarts consulteert, kan dat een eerste vraag zijn: hoeveel dagen per maand hebt u last? Dan kan je een episodische (< 15 dagen) of chronische (> 15 dagen) hoofdpijn onderscheiden. Een volgend niveau om binnen die chronische hoofdpijnklacht een lijn te krijgen, is aan de patiënt vragen of de hoofdpijnepisodes lang of kort duren: meer of minder dan 4 uur. Zo kan je al heel snel een onderscheid maken tussen een aantal aandoeningen. Onderzoek wijst uit dat 4 à 5% van de bevolking aan een chronisch hoofdpijnsyndroom lijdt. Binnen de groep ‘chronische hoofdpijn’ onderscheiden we onder andere chronische migraine, chronische spanningshoofdpijn, chronische clusterhoofdpijn en ‘medication-overuse headache.’”

SYMPOSIUM KOPZORGEN: THEORIE EN PRAKTIJK

Tijdens het symposium dat op 17 oktober 2011 door het Jessa Ziekenhuis georganiseerd werd, kregen de aanwezige huisartsen en andere deelnemers uitleg over de omvang van de hoofd- en aangezichtspijnproblematiek en de manier waarop de diagnose en behandeling vorm krijgen.

- **DR. FRANK WEEKERS**, medisch directeur, schetste het belang van hoofd- en aangezichtspijn in de ziekenhuis- en huisartsenpraktijk.
- **DR. PETER SOORS**, neuroloog, maakte de deelnemers wegwijs in de differentieel diagnostische aanpak van hoofd- en aangezichtspijn.
- **DR. NINA DE KLIPPEL** en **DR. CAROLINE HENS** zoomden met hun bijdragen in op de diagnose en behandeling van acute aangezichtspijn.
- Ook de chronische hoofdpijnvarianten passeerden de revue. **PROFESSOR DR. KOEN PAEMELEIRE**, verbonden aan de afdeling neurologie van UZ Gent, gaf tekst en uitleg bij de diagnose en behandeling van chronische hoofdpijntypes.
- **Nathalie Cardinaels**, klinisch psychologe, toonde aan dat ook een psychologische behandeling van patiënten met chronische hoofdpijn, in combinatie met het bijhouden van een hoofdpijndagboek, soelaas kan bieden.

Na de presentaties kreeg het publiek de gelegenheid om kennis en ervaring uit te wisselen en gerichte vragen te stellen.

Chronische hoofdpijn door teveel pijnstillers

Prof. dr. Paemeleire: “Regelmatig en overmatig gebruik van pijnstillers is een belangrijke oorzaak van chronische hoofdpijn. Ook in België kampen naar schatting minstens 100 000 mensen met chronische hoofdpijn als gevolg van overmatig gebruik van pijnstillers. Bij sommige middelen treedt er al vanaf een gebruik van tien dagen per maand extra hoofdpijn op.” De professor raadt dan ook iedereen aan om niet vaker dan acht dagen per maand en twee dagen per week pijnstillers te nemen.

Ontwenning is anders de boodschap. Prof. dr. Paemeleire: “Mensen die vaak hoofdpijn hebben, raad ik aan om hun aandoening preventief te bestrijden. Een hoofdpijndagboek bijhouden kan nuttig zijn om meer inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op de hoofdpijn. Veel patiënten onderschatten hun pijnstillergebruik. Door het te noteren kunnen ze inzien dat ze hun gebruik best matigen. Ook de rol van de eerste lijn - artsen en apothekers - is in deze niet onbelangrijk. Informatie en advies over het beperken van pijnstillers is een onmisbare schakel in het oplossen en voorkomen van dit type hoofdpijn.” ■

BEKNOPT HOOFDPIJNSCREENING

De classificatie van de International Headache Society biedt een complete en accurate beschrijving van alle hoofdpijnsyndromen. Het nadeel is dat ze niet altijd even handig is in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Daarom werd een beknopt screeningsinstrument ontwikkeld, bestaande uit een set van vragen, die de huisarts op weg zetten naar de juiste diagnose. Daarbij vraagt de arts naar:

- de aard (Hoe lang bestaat de hoofdpijn al? Hoe vaak komt ze voor? Welke pijn ervaart de patiënt?)
- de ernst en de impact op het dagelijks functioneren
- het tijdstip van de dag
- de lokalisatie
- het patroon
- de duur van de hoofdpijn
- geassocieerde symptomen (nausea, braken, aura, ...)
- uitlokkende factoren (hormonale of andere factoren zoals cafeïne of stress)
- zelfmedicatie (overmatig gebruik van pijnstillers)
- gedrag tijdens een hoofdpijnaanval
- familieanamnese