

Differentieel diagnostische aanpak van hoofd- en aangezichtspijn in de huisartsenpraktijk

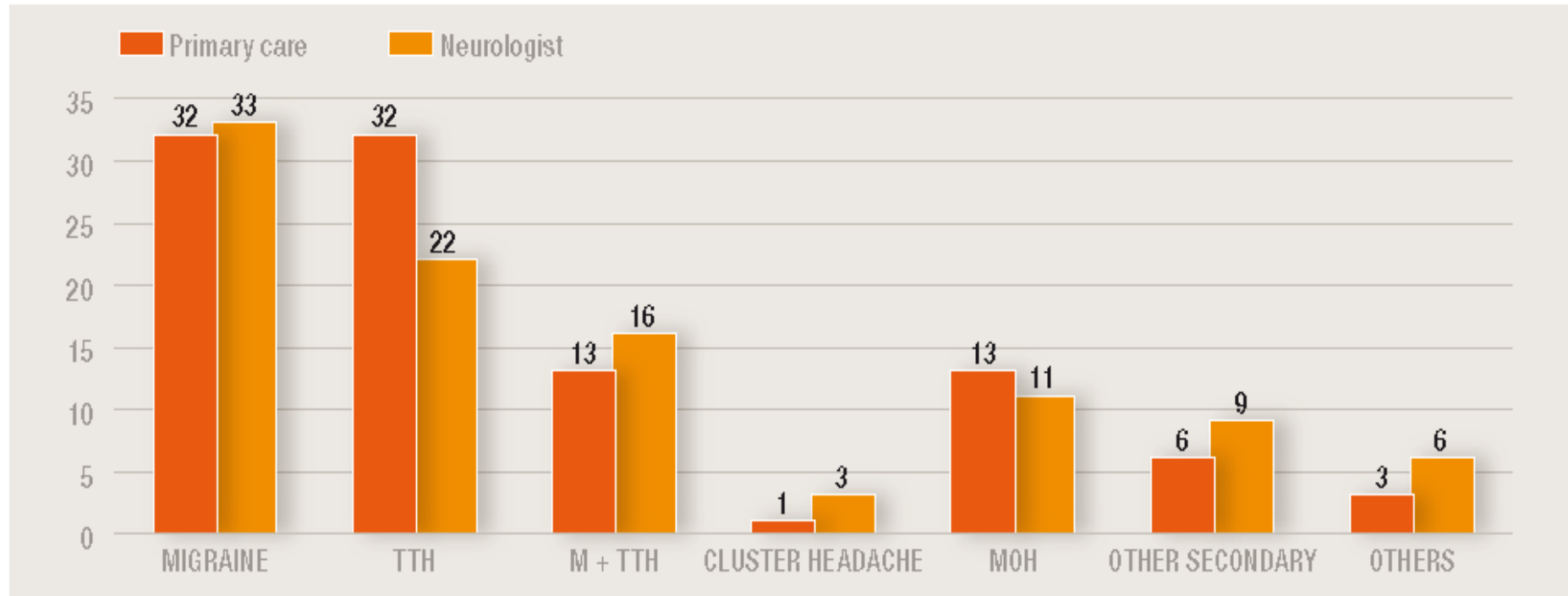
Dr. Peter Soors
Neurologie Jessa ziekenhuis

ATLAS

of headache disorders and resources in the
world 2011

A collaborative project of World Health Organization
and
Lifting The Burden

D. EUROPEAN REGION



OVERZICHT van de avond

- De trigeminale autonome hoofdpijntypes
 - Cluster headache
 - Paroxysmale hemicranie
 - SUNCT
- Trigeminusneuralgie
- Andere neuralgische pijntypes in het gelaat
- Chronische hoofdpijntypes en chronische migraine

OVERZICHT van de avond

- Primaire hoofdpijntypes
 - Spanningstype hoofdpijn of Tension type headache
 - Migraine
 - New daily-persistent headache
- Secundaire hoofdpijntypes
- Triage in de acute setting

Wegwijs geraken in de hoofdpijn



Vrij plotse retro-orbitale pijn:
verontrustend?



Een correcte diagnose is de eerste en belangrijkste stap in de behandeling

- **Systematische anamnese**
 - Duur, frequentie, intensiteit
 - Geassocieerde symptomen
 - Uitlokkende factoren
 - Invloed op functioneren
- De meeste hoofdpijnsyndromen presenteren met typische symptomen
- Vaak overlap in hoofdpijntypes en diagnoses

Classificatie IHS

- ▶ © International Headache Society 2003/5
- ▶ *Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1: 1-160*);
- ▶ *Cephalalgia 2005; 25: 460-465*
- ▶ **Classification**
- ▶ **Part 1: The primary headaches**
- ▶ 1. Migraine
- ▶ 2. Tension-type headache
- ▶ 3. Cluster headache
- ▶ and other trigeminal autonomic cephalalgias
- ▶ 4. Other primary headaches



Classificatie IHS

- ▶ **Classification**
- ▶ **Part 2: The secondary headaches**
- ▶ 5. Headache attributed to head and/or neck
 - ▶ trauma
- ▶ 6. Headache attributed to cranial or cervical
 - ▶ vascular disorder
- ▶ 7. Headache attributed to non-vascular
 - ▶ intracranial disorder
- ▶ 8. Headache attributed to a substance or its
 - ▶ withdrawal
- ▶ 9. Headache attributed to infection



Classificatie IHS

- ▶ **Classification**

- ▶ **Part 2: The secondary headaches**

- ▶ 10. Headache attributed to disorder of

- ▶ homeostasis

- ▶ 11. Headache or facial pain attributed to

- ▶ disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose,

- ▶ sinuses, teeth, mouth or other facial or

- ▶ cranial structures

- ▶ 12. Headache attributed to psychiatric

- ▶ disorder



Classificatie IHS

- ▶ **Classification**
- ▶ **Part 3: Cranial neuralgias, central**
- ▶ **and primary facial pain and other**
- ▶ **headaches**
- ▶ 13. Cranial neuralgias and central causes of
- ▶ facial pain
- ▶ 14. Other headache, cranial neuralgia, central
- ▶ or primary facial pain



IHS criteria voor tension type headache

- Weinig frequent en frequent episodisch
- Hoofdpijn durend van 30 minuten tot 7 dagen
- Minstens 2 van de volgende criteria:
 - Drukkend/ spannend niet kloppend
 - Milde tot matige intensiteit meestal weinig invloed op dagelijkse activiteiten
 - Bilateraal voorkomen
 - Geen toename bij trappen doen of gewone fysieke inspanning
- Geen van de twee volgende symptomen:
 - Geen nausea of braken
 - Geen fotofobie en sonofobie of 1 van de 2

IHS-criteria voor migraine

Migraine zonder aura

- ▶ Minstens 5 aanvallen
- ▶ Tijdspanne van 4 - 72 uren
- ▶ 2 typische kenmerken
 - unilateraal
 - Kloppend
 - geaccentueerd door fysieke activiteit
 - matige tot ernstige
- ▶ Gepaard gaande met nausea/ braken of fono/fotofobie
- ▶ Geen secundaire oorzaak

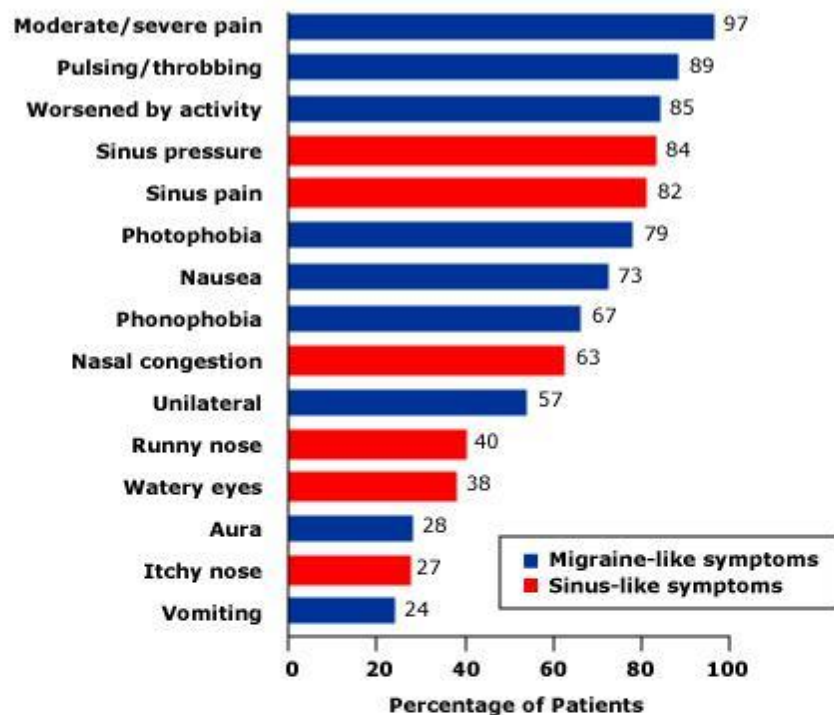
IHS-criteria voor migraine

Migraine met aura

- Minstens 2 aanvallen
- 3 typische kenmerken
 - reversibel aura
 - gradueel ontwikkeling
 - maximale duur van de aura: 60 min
 - hoofdpijn binnen het uur volgend op de aura
- geen secundaire oorzaak



Sinus symptoms are common in patients with migraine



In this observational study of patients with a history of sinus headache and no previous history of migraine, sinus pain, pressure, and congestion commonly occurred in association with typical migraine features such as pulsing head pain, and sensitivity to activity, light, and sound.

Reproduced with permission from: Schreiber, CP, Hutchinson, S, Webster, CJ, et al. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed "sinus" headache. Arch Intern Med 2004; 164:1769. Copyright © 2004 American Medical Association.

IHS-criteria voor migraine: kinderen

- Aanvallen duur van 1 u tot 72 u
- Hoofdpijn vaak bilateraal
- Occipitale hoofdpijn is zeldzaam
- Varianten:
 - Alice in Wonderland
 - Benigne paroxysmale vertigo
 - Cyclisch braken
 - Abdominale migraine



De korte hoofdpijn screening (AAN) om migraine te diagnosticeren in de primaire setting

- Hoe vaak heb je hevige hoofdpijn (zonder behandeling impact op functioneren)
- Hoe vaak heb je andere (mildere) hoofdpijn
- Hoe vaak neem je pijnstillers
- Is er onlangs een wijziging gekomen in de hoofdpijnkenmerken

New daily-persistent headache

- ▶ Hoofdpijn > 3 maanden met volgende criteria
- ▶ Hoofdpijn is dagelijks en onveranderd vanaf begin of vanaf 3 dagen vanaf begin
- ▶ Minstens 2 van de volgende kenmerken:
 - Bilateraal
 - Drukkend, aanspannend
 - Mild of matig
 - Niet toenemend door routine fysieke activiteiten
- ▶ Beide volgende kenmerken:
 - < 1 van foto-, sonofobie of milde nausea
 - Geen matige of ernstige nausea of braken



New daily-persistent headache

- Zelf limiterende vorm over maanden
- Refractaire vorm zeer therapieresistent
- In begin van diagnose beeldvorming om secundaire hoofdpijn uit te sluiten.
- DD:
 - Arteritis temporalis
 - Idiopatische intracraniale hypertensie-pseudotumor cerebri
 - Spontane liquorhypotensie hoofdpijn



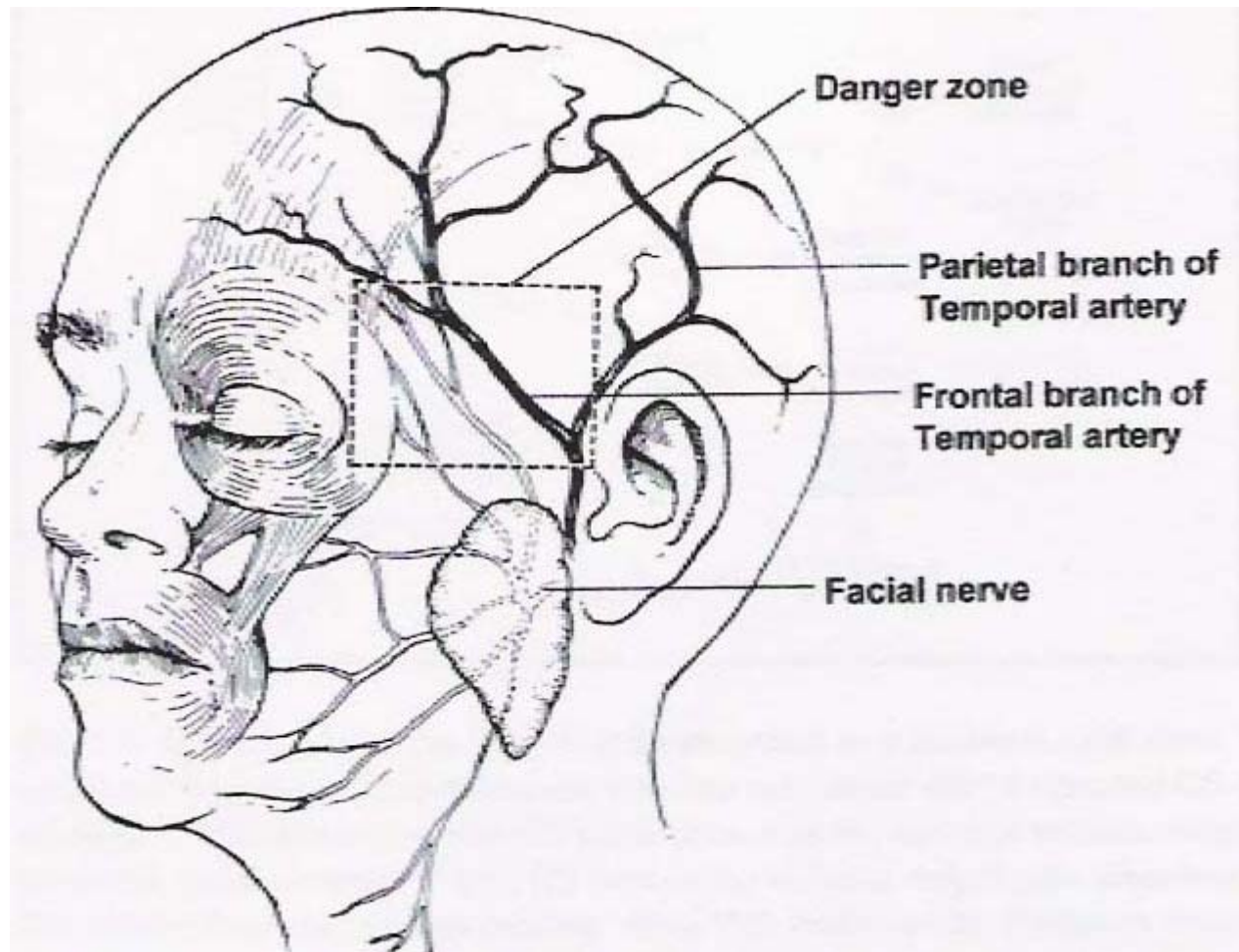
Secundaire hoofdpijntypes

- Sinusogene hoofdpijn
- Arteritis temporalis
- Spontane liquor hypotensie hoofdpijn
- Oogproblemen
- Dissectie a. carotis/vertebralis

Sinusogene hoofdpijn

- Overgediagnosticeerd
- Frontale hoofdpijn komt meer voor bij migraine en tensiotype headache
- Gelijktijdig ontstaan van hoofdpijn en sinusitis
- Hoofdpijn verdwijnt binnen 7 dagen na succesvolle behandeling.
- **CAVE sinusitis sfenoidalis:** hoofdpijn
 - Frontaal , temporaal en occipitaal of combinatie
 - Peri-orbitaal
 - Vaak met nausea en braken, weinig sinusklachten
 - Vaak toenemend bij valsalva

Arteritis temporalis



Arteritis temporalis

- Prevalentie: 1/500
- 'Nieuw' soort hoofdpijn boven 50 j leeftijd voornamelijk temporaal en/of occipitaal
- Plotse visusstoornissen
- Symptomen van polymyalgia rheumatica
- Kaakclaudicatio
- Onuitgelegde koorts of anemie
- Verhoogde sedimentatie > 40 mm/1u en/of CRP stijging

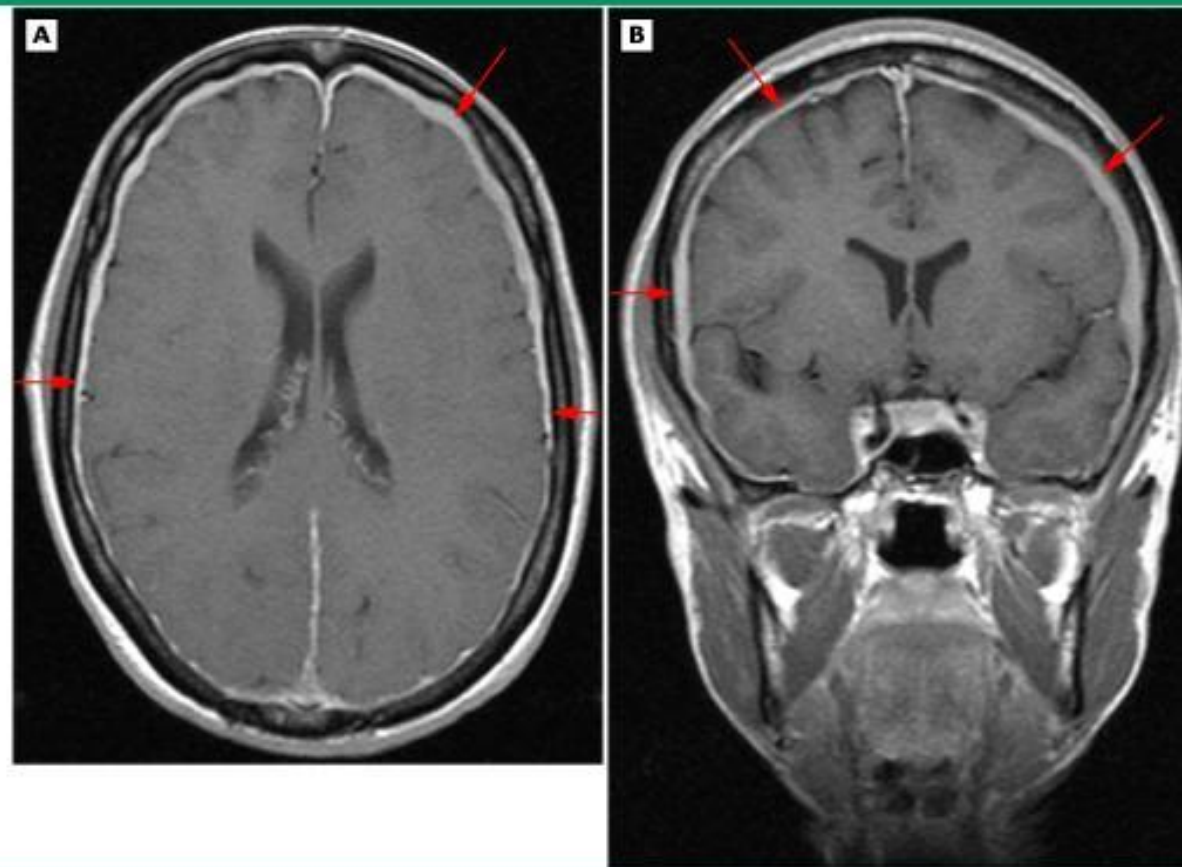
Arteritis temporalis

- Bij 10 tot 20% van de arteritis temporalis patiënten heeft de BSE een 'normale' waarde, lager dan 50 mm/u
- De combinatie van de BSE en CRP geeft de meest voorspellende uitkomst voor arteritis temporalis.
- Volgens Hayreh S.S. e.a. (2003) wordt arteritis temporalis met een nauwkeurigheid van 97% bepaald als zowel de BSE en de CRP getest worden.
- Biopsie
- Duplex a. temporalis/ PET scan

Spontane liquor hypotensie hoofdpijn

- Hoofdpijn die voorkomt bij het rechtekomen en rechtstaan en weer verdwijnt met het neerliggen
- Plots of gradueel opkomend focaal of diffuus
- Geassocieerde symptomen:
 - Nekstijfheid
 - Tinnitus
 - Hypoacusie
 - Fotofobie
 - Nausea

Diffuse meningeal enhancement (DME) with low cerebrospinal fluid (CSF) headache



Brain MRI of a patient with low CSF pressure headache. Contrast (gadolinium) enhanced T1-weighted images in axial (A) and coronal (B) planes show diffuse pachymeningeal enhancement (arrows).



Glaucoom

- Meestal wel visusstoornissen met ook aureool rond lichtpunt
- CAVE subacute gesloten hoek glaucoom met unilateraal relatief kortdurende (meestal minder dan een uur) hoofdpijn die niet voldoet aan de criteria van migraine

Vrij plotse retro-orbitale pijn:



Autonome stoornissen



Dissectie

- Carotidissectie:
 - Hoofdpijn, faciale pijn en nekpijn in 64-74% en is eerste symptoom bij 58.5%
 - Hoofdpijn meestal gradueel maar kan ook 'thunderclap'
 - 2.2-4.5% enigste manifestatie
 - Horner syndroom bij 28-41%
 - Lagere craniale zenuwaantasting
 - dd Cluster headache

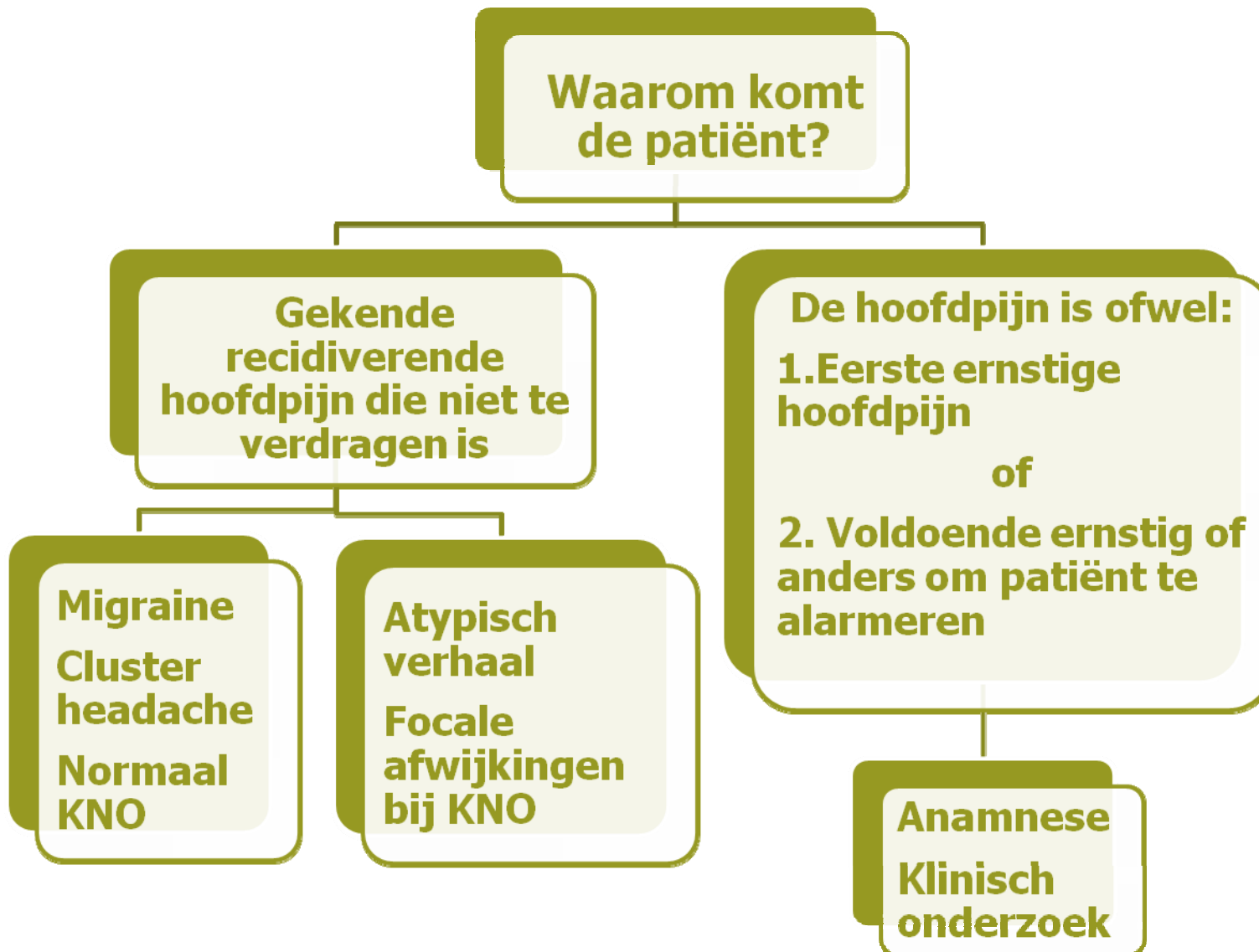
Dissectie

- Vertebralisdissectie
 - veel moeilijkere diagnose
 - Occipitaal gelokaliseerde hoofdpijn en/of cervicale pijn
 - TIA posterieure circulatie



Triage van hoofdpijn in de acute setting

- 4% van de patiënten op spoedgevallen
- Anamnese en klinisch onderzoek blijven het belangrijkste
- **Low risk patiënten:**
 - Geen verandering in gekend hoofdpijnpatroon
 - Geen nieuwe symptomen: E, trauma, koorts...
 - Geen focale neurologische symptomen, normaal neurologisch onderzoek



Kenmerken suggestief voor focale of infectieuze pathologie

of

Atypisch verhaal met focale afwijkingen bij KNO

- 1. Hoofdpijn plots en snel ontstaan**
- 2. Veranderd bewustzijn**
- 3. Occipitale of cervicale uitstraling**
- 4. Eerste ernstige hoofdpijnepisode na leeftijd 35 j**
- 5. Voorafgaand of begeleidend infectieus syndroom**
- 6. Ontstaan tijdens inspanning of Valsalva**
- 7. Immunosuppressie**

Indicatie voor beeldvorming

- Geen grote studies om strikte data te geven
- Recente wijziging in patroon, frequentie of intensiteit
- Progressieve verslechtering ondanks adequate R/
- Focale neurologische tekens of symptomen
- Ontstaan bij inspanning, hoesten of sexuele activiteit
- Begin boven leeftijd van 40 jaar
- Voorgeschiedenis van maligniteit
- Soms zinvol om patiënt gerust te stellen

Beeldvorming

- Geen harde data om onderscheid te maken tussen CT of NMR zeker in primaire hoofdpijn
- NMR zeker bij vermoeden fossa posterior pathologie of atypische kenmerken
- MRA of CTA bij vermoeden vasculair letsel zoals malformatie/dissectie/neurovasculair compressiesyndroom

Imaging patients with suspected brain tumour: guidance for primary care

David P Kernick 2008

- Schatting dat 2% tot 16% met een tumor zich presenteren met geïsoleerde hoofdpijn
- Niet acuut geïsoleerde hoofdpijn: afwijkingen bij migraine : 0–3.1% en ongespecificeerde hoofdpijn :0–6.7%.
- Hersenmetastasen bij 20–40% van patiënten met een tumor Longen (43% van secundaire tumoren) en borst(8% van secundaire tumoren)

Recommended guidance for investigating for tumour in primary care.

- Red flags — presentations where the probability of an underlying tumour is likely to be greater than 1%. These warrant urgent investigation.
- Papilloedema
- Significant alterations in consciousness, memory, confusion, or coordination
- New epileptic seizure
- New-onset cluster headache (imaging, particularly of the region of the pituitary fossa, required but non-urgent)
- Headache with a history of cancer elsewhere particularly breast and lung
- Headache with abnormal findings on neurological examination or other neurological symptoms (although evidence base suggests orange flag)

- Orange flags — presentations where the probability of an underlying tumour is likely to be between 0.1 and 1%. These need careful monitoring and a low threshold for investigation.
- New headache where a diagnostic pattern has not emerged after 8 weeks from presentation
- Headache aggravated by exertion or Valsalva-like manoeuvre
- Headaches associated with vomiting
- Headaches that have been present for some time but have changed significantly, particularly a rapid increase in frequency
- New headache in a patient over 50 years
- Headaches that wake the patient from sleep
- Confusion

Indicatie voor lumbale punctie

- Worst ever headache met een normale beeldvorming
- Vermoeden van infectieuze of inflammatoire etiologie, ook bijvoorbeeld bij vermoeden van chronische meningitis

Table 1. Selected Studies Reporting Prevalence of SAH in ED Headache Patients			
Study	Data	Prevalence	Comments
1. CT = computed tomography; CTA = computed tomography angiography; dx = diagnosis; GP = general practitioner; LP = lumbar puncture; SAH = subarachnoid hemorrhage.			
Bo et al. ²²	433 patients/71 SAH	16%	Norway, majority referred by GPs, possible selection bias
Perry et al. ¹	592 patients/61 SAH	10%	CT/LP verification study
Carstairs et al. ²¹	116 patients/5 SAH or aneurysm	4.3%	CT/CTA for aneurysm or SAH
	116 patients/3 SAH	2.5%	
Boesiger and Shiber ²⁰	177 patients/6 SAH	3.4%	Retrospective, found pt by LP/CT/final dx
Landtblom et al. ¹⁹	137 patients/23 SAH	11.3%	Sweden, University ED

Table 3. Selected Studies Reporting Sensitivity of Multidetector CTA for Cerebral Aneurysm

Study	Data	Sensitivity, %	Specificity, %	Comments
1. AN = cerebral aneurysm; AVM = arterial venous malformation; CT = computed tomography; CTA = computed tomography angiography; LP = lumbar puncture; SAH = subarachnoid hemorrhage.				
Kokkinis et al. ³²	198 patients SAH: 179 w/ AN, 15 AVM	97.9	100	Single detector, found all AVMs
El Khaldi et al. ³¹	104 patients, 84 w/ AN, 0 AVM	98.8	100	16-detector CT
Yoon et al. ³⁰	85 patients SAH 71 w/ AN, 0 AVM	100 for leaking AN 92.5 all AN	100 93.3	16-detector, caught 100% of culprit AN
Agid et al. ²⁸	65 patients w/SAH, 47 w/ AN, 0 AVM	97.9 for AN (95% CI = 88.9%– 99.9%)	100	64-detector CT

Besluit

- Diagnose gesteld op basis van symptomen waardoor anamnese en klinisch onderzoek het belangrijkste blijven
 - Korte hoofdpijn screening
- Vaak overlap in hoofdpijntypes of pathologie
- Beeldvorming vooral bij atypische presentatie, vermoeden van secundaire vorm en in acute setting volgens criteria