

Migraine

Antonette Smelt

Wat is het probleem?

Migraine is een veelvoorkomend probleem; 33% van de vrouwen en 13% van de mannen krijgen twee of meer aanvallen in hun leven. Ongeveer de helft van de migrainepatiënten bezoekt de huisarts. Het is voor de huisarts niet altijd eenvoudig onderscheid te maken tussen migraine en andere vormen van hoofdpijn.

Wat moet ik weten?

Bij migraine is sprake van ten minste vijf hoofdpijnaanvallen die (zonder succesvolle behandeling) 4 tot 72 uur duren. De hoofdpijn voldoet aan twee of meer van de volgende karakteristieken: éénzijdig, kloppend/pulserend/bonzend, matig tot ernstig van karakter, toename bij lichamelijke inspanning. De hoofdpijn gaat gepaard met minstens één van de volgende symptomen: misselijkheid en/of braken, overgevoeligheid voor licht en/of geluid. De aanvallen worden in 15 tot 25% van de gevallen voorafgegaan door een aura.

Neem de tijd voor een goede hoofdpijnanamnese en vraag de patiënt een hoofdpijndagboek bij te houden waarin hij de frequentie en ernst van de aanvallen, de bijkomende verschijnselen en het effect van de medicatie noteert. Bij patiënten die dagelijks hoofdpijn hebben, is vaak sprake van spierspanningshoofdpijn of medicatieafhankelijke hoofdpijn. Veel van deze patiënten gebruiken bijna elke dag pijnstillers wat de klachten in stand houdt, zo niet verergert. Bij vrouwen met menstruatiegerelateerde hoofdpijn is meestal sprake van migraine. De hoofdpijnaanvallen treden vooral op in de periode van twee dagen vóór tot vier dagen na het begin van de menstruatie.

Wees alert op alarmsymptomen zoals acuut ontstane heftige hoofdpijn, progressieve hoofdpijnklaften, nieuwe hoofdpijn boven het 50^e levensjaar, een aura die langer dan een uur aanhoudt of progressieve uitvalsverschijnselen.

Wat moet ik doen?

Aanvullend onderzoek is meestal niet nodig. Bij diagnostische twijfel of ongerustheid van de patiënt kan je oriënterend neurologisch onderzoek, visusonderzoek of bloeddrukmeting uitvoeren. De behandeling bestaat uit drie stappen. Begin met paracetamol in combinatie met een anti-emeticum. Vervang bij stap twee paracetamol door een NSAID. Stap drie zijn de triptanen. Contra-indicaties voor triptaangebruik zijn ischemische aandoeningen, vaatlijden en hypertensie. Als na drie aanvallen blijkt dat een

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: A.F.H. Smelt, aiotho.

Correspondentie: a.f.h.smelt@lumc.nl

triptaan niet het gewenste effect heeft, probeer dan een andere. Bespreek bij een aanvalsfrequentie van twee of meer aanvallen per maand de mogelijkheid van profylactische medicatie. De eerste keuze is een bètablokker. Start hiermee in een lage dosering, verhoog deze om de twee weken in kleine stapjes tot het gewenste resultaat is bereikt of tot er te veel bijwerkingen optreden. Schrijf valproïnezuur voor als een bètablokker niet leidt tot een afname van de frequentie en/of ernst van de aanvallen.

Bij menstruele migraine lijkt 'miniprofylaxe' het effectiefst en veiligst: een NSAID, bètablokker of triptaan van twee dagen vóór tot vier dagen na aanvang van de menstruatie. Overweeg hormonale profylaxe (anticonceptiepil) als deze methoden niet werken.

Verwijs naar een neuroloog bij verdenking op andere pathologie of bij onvoldoende effect van de behandeling. Behandel kinderen met migraine met paracetamol en een anti-emeticum. Verwijs naar een (kinder)neuroloog als deze behandeling onvoldoende effect heeft.

Wat moet ik uitleggen?

Leg uit op welk moment de patiënt de medicatie moet innemen en welke (bij)werkingen hij kan verwachten. Een triptaan moet worden ingenomen ná een eventuele aura, maar voordat de aanval op zijn hoogtepunt is. Wijs de patiënt erop dat de behandeling van migraine een kwestie is van 'trial and error' en dat hij de moed dus niet moet verliezen als de behandeling niet meteen het gewenste resultaat heeft. Waarschuw de patiënt dat frequente inname van pijnstillers en triptanen kan leiden tot medicatieafhankelijke hoofdpijn. Bij toename van de aanvalsfrequentie is het beter om profylaxe te overwegen dan om meer triptanen voor te schrijven.

De oorzaak van migraineaanvallen is onduidelijk. Erfelijke factoren spelen een rol; bij familiale belasting is de drempel om hoofdpijn te krijgen lager. Voor triggerfactoren als stress, bepaald voedsel en het nuttigen van alcohol is geen wetenschappelijk bewijs. Adviezen om triggers te vermijden om aanvallen te voorkomen, leiden zelden tot verbetering van de klachten.

Literatuur

- 1 Dekker F. Practicum huisartsgeneeskunde. Hoofdpijn. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.
- 2 Hutchinson S, Peterlin BL, eds. Menstrual migraine. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- 3 Knuistingh Neven A, Bartelink MEL, De Jongh TOH, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Van der Weerd PCM, et al. NHG-Standaard Hoofdpijn. Huisarts Wet 2004;46:411-22.
- 4 NHG-Patiëntenbrief Migraine en Hoofdpijndagboek. www.nhg.org/kenniscentrum/nhg-patiëntenbrieven.
- 5 www.hoofdpijn-eerstelijngeneeskunde.nl.