

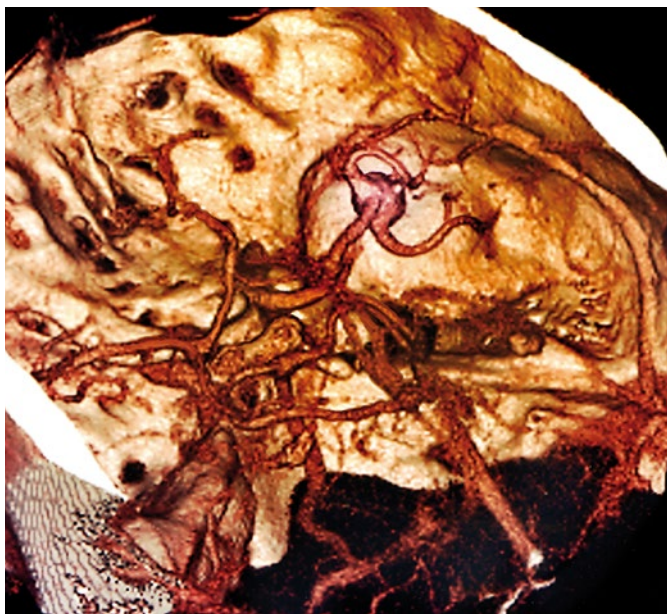
Subarachnoïdale bloeding bij meerdere dagen hoofdpijn

Ralf de Hoog, Bram Sprij

Vraag bij heftige hoofdpijn die meerdere dagen duurt en een normaal neurologisch onderzoek de ontstaanswijze uit. Soms wordt een spontaan ontstane subarachnoïdale bloeding (SAB) enkele dagen eerder voorafgegaan door een acuut ontstane hoofdpijn, de *sentinel headache*.

HEFTIGE HOOFDPIJN

De NHG-Standaard Hoofdpijn vermeldt de subarachnoïdale bloeding (SAB) als een van de mogelijke oorzaken van een (per)acuut ontstane heftige hoofdpijn die direct beoordeeld moet worden.¹ Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de hoofdpijn zo ernstig is dat de patiënt ook binnen enkele uren contact zoekt met een huisarts. Een Amerikaanse richtlijn over de SAB bevestigt het beeld dat 'de ergste hoofdpijn ooit' het meest kenmerkende symptoom is. Die aanval treedt op bij 80% van de patiënten met een SAB; slechts 20% beschrijft een eerdere heftige hoofdpijnaanval.² De ernst van de hoofdpijn bij een SAB kan echter variëren. Als de hoofdpijn minder hevig is, wordt het karakteristieke klinische beeld minder duidelijk en kan de diagnose gemist worden. Dit gebeurt bij 12% van de patiënten.^{2,3}



Het is belangrijk de ontstaanswijze van hoofdpijn goed uit te vragen.

Foto: anpfoto

CASUS

Een 43-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis meldt zich op de huisartsenpost met een vijf dagen durende, continu aanwezige en heftige hoofdpijn. Zij is niet misselijk en braakt niet, maar voelt zich niet lekker. Zij ligt veel op bed. Haar echtgenoot is ongerust. Zelf bagatelliseert ze haar klachten.

Eerder bezocht ze haar eigen huisarts na twee dagen hoofdpijn. Deze vermoedde een spanningshoofdpijn en schreef haar diclofenac voor. Op de post is het neurologisch onderzoek normaal, maar houdt de vrouw haar ogen tijdens het consult soms gesloten. Gezien de fotofobie denkt de arts aan migraine en schrijft sumatriptan en diazepam voor. Toch houdt de arts een niet-pluisgevoel; hij adviseert patiënte de volgende dag contact op te nemen met haar eigen huisarts als de klachten aanhouden.

De volgende dag is mevrouw rondom het middaguur niet wakker te krijgen. Haar echtgenoot belt de ambulance; zij heeft een EMV-score van 3 en in het ziekenhuis blijkt er een doorgebroken subarachnoïdale bloeding aanwezig die voor inklemming zorgt. Er zijn geen therapeutische opties meer en de vrouw overlijdt een dag later.

Zoals uit de casus blijkt kan de hoofdpijn al langer bestaan, maar er kan dus al eerder, tot wel twintig dagen tevoren, een acuut ontstane heftige hoofdpijnaanval zijn geweest.⁴ Deze zogeheten *sentinel headache* is een signaal van een eerste bloedlekkage uit een reeds bestaand aneurysma in één van de cerebrale arteriën en treedt vermoedelijk op bij 10 tot 43% van alle patiënten met een SAB, maar dit cijfer wordt enigszins beïnvloed door *recall bias*.⁵

Bij de patiënte in de casus ontstond de hoofdpijn zeven dagen voor het overlijden. Haar partner had weliswaar aangegeven dat de pijn peracuut was ontstaan, maar het lijkt erop dat dit in de arts-patiëntcontacten niet duidelijk genoeg naar voren is gekomen. Onder andere vanwege de duur van de hoofdpijn dachten de artsen op de post niet aan een SAB.

Deze pijnlijke casus bevestigt nogmaals hoe belangrijk het is de ontstaanswijze van een hoofdpijn goed uit te vragen, maar daarnaast ook de mate van pijn te beoordelen, zelfs als die al langer bestaat en de patiënt al eerder beoordeeld is. Bij elke patiënt met hoofdpijn moet een SAB een plaats hebben in de differentiaaldiagnose. Peracuut ontstane hoofdpijn die benoemd wordt als de heftigste ooit, misselijkheid of braken en bewustzijnsverlies zijn de klassieke symptomen die de kans op een SAB groter maken, maar ook als dit klassieke klinische

beeld niet aanwezig is, moet SAB in de differentiaaldiagnose staan als oorzaak van de hoofdpijn. ■

LITERATUUR

1. Dekker F, Van Duijn NP, Ongering JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Hoofdpijn (Derde herziening). www.nhg.org.
2. Bederson JB, Connolly ES Jr, Batjer HH, Dacey RG, Dion JE, Diringer MN, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke* 2009;40:994-1025.
3. Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, Bates JE, Ostapkovich ND, Connolly ES, et al. Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage. *JAMA* 2004;291:866.
4. Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986;36:1445.
5. Polmear A. Sentinel headaches in aneurysmal subarachnoid haemorrhage: what is the true incidence? A systematic review. *Cephalalgia* 2003;23:935.

De Hoog RW, Sprij B. Subarachnoïdale bloeding bij meerdere dagen hoofdpijn. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0244-7. Huisartsenpraktijk de Kade, Maassluis: R.W. de Hoog, waarnemend huisarts, ralfdehoog@gmail.com; B. Sprij, huisarts. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.