

# Herkennen en behandelen van medicatieovergebruikshoofdpijn

Janneke Poelen, Wim Mulleners, Mieke Heitkamp-van Deursen, Suzanne Geerts-van den Boogaard, Henk Schers

**Medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH) is een veelvoorkomend probleem waar artsen te weinig alert op zijn. Het beste is abrupt stoppen met de pijnmedicatie, maar voor veel patiënten is dat erg lastig. Ondersteunende medicatie is niet bewezen effectief om een terugval te voorkomen. Wat wel helpt, is vertrouwen, begrip en intensieve begeleiding – zo nodig in een hoofdpijncentrum.**

## CASUS: VROUW MET HOOFDPIJNKLACHTEN

Op uw spreekuur komt mevrouw Bruining, 35 jaar. Zij heeft sinds jaren hoofdpijnklachten die u in het verleden als migraine en spanningshoofdpijn duidde en waarvoor u sumatriptan voorschreef. De laatste tijd heeft ze in toenemende mate last van deze hoofdpijnen. Mevrouw is getrouwd, zij en haar man hebben beiden een drukke baan en de zorg voor 2 kleine kinderen. Ook is ze mantelzorger voor haar zieke moeder. Om te kunnen blijven functioneren is ze steeds meer pijnstillers gaan slikken. Bij doorvragen blijkt dat zij op meer dan 10 dagen in de maand sumatriptan neemt en op andere dagen meerdere keren per week paracetamol. De pijnstillers helpen haar de laatste tijd minder goed. Ze vraagt u om andere pijnstillers.

Mevrouw Bruining uit de casus heeft medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH), een invaliderende vorm van hoofdpijn die in de praktijk niet altijd makkelijk te herkennen en te behandelen is. Er is sprake van MOH wanneer langdurig overmatig gebruik van pijnmedicatie leidt tot verergering van de intensiteit en/of de frequentie van de onderliggende (hoofd)pijn – meestal migraine, spanningshoofdpijn of een mengbeeld daarvan.<sup>1</sup> MOH staat wereldwijd in de top 20 van meest invaliderende aandoeningen en heeft niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor de maatschappij enorme gevolgen op het gebied van arbeidsproductiviteit, sociale activiteiten en beslag op de gezondheidszorg.<sup>2,3</sup> Er valt dus veel te winnen bij snelle herkenning, adequate behandeling, passende begeleiding en aandacht voor preventie en terugval. Dit artikel geeft handvatten om die aspecten van de zorgverlening voor MOH te optimaliseren.

## PREVALENTIE

MOH is een secundaire vorm van hoofdpijn, die wordt veroorzaakt door medicatie voor een primaire hoofdpijn of andere pijn-aandoening [kader].<sup>4</sup> Middelen die MOH veroorzaken, kunnen zowel pijnstillers zijn (eenvoudige analgetica;

NSAID's, acetylsalicylzuur, opioïden, combinatiepreparaten) als medicatie voor migraineaanvallen (ergotamine, triptanen), of combinaties van beide. We noemen dit soort middelen hierna 'acute medicatie'.

De prevalentie van MOH is wereldwijd 1-2% en bij vrouwen 4 keer zo hoog als bij mannen.<sup>5</sup> In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de prevalentie van chronische hoofdpijn ( $\geq 15$  hoofdpijndagen per maand gedurende  $> 3$  maanden) bij patiënten van 25-55 jaar 3,7%, waarvan ongeveer tweederde door overmatig gebruik van acute medicatie. Daarmee is acute medicatie de belangrijkste oorzaak van chronische hoofdpijn in de Nederlandse huisartsenpraktijk.<sup>6</sup> Ook op hoofdpijnpoli's is MOH met 30% van de patiënten een van de belangrijkste aandoeningen.<sup>1</sup>

## DIAGNOSTIEK EN RISICOFACTOREN

Het kan lastig zijn om hoofdpijn door overmatig gebruik van acute medicatie te onderscheiden van overmatig gebruik als gevolg van hoofdpijn. Daarom kan de diagnose strikt genomen pas worden gesteld na de behandeling.<sup>7</sup>

Wanneer u een patiënt ziet met lang bestaande hoofdpijn ( $\geq 15$  dagen per maand) is het raadzaam om duur en frequentie van het gebruik van alle acute medicatie nauwkeurig in kaart te brengen. Gebruik daartoe zo nodig een hoofdpijndagboek, waarin de patiënt de kenmerken van de hoofdpijn en de

## MEDICATIEOVERGEBRUIKSHOOFDPIJN VOLGENS DE ICHD-3

- Hoofdpijn op  $\geq 15$  dagen per maand gedurende  $> 3$  maanden bij een patiënt die tevoren een primaire vorm van hoofdpijn had
- Ontstaan tijdens gebruik  $> 3$  maanden van:
  - ▶ eenvoudige analgetica op  $\geq 15$  dagen per maand of
  - ▶ triptanen, ergotamine, opiaten of combinatiepreparaten op  $\geq 10$  dagen per maand of
  - ▶ een combinatie van bovenstaande middelen op  $\geq 10$  dagen per maand
- De primaire vorm van hoofdpijn keert meestal, maar niet altijd, terug na staken van het overgebruik.

## DE KERN

- Medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH) is behandelbaar en zelfs te voorkomen, maar wordt nog te weinig herkend.
- Abrupt staken van alle acute pijnstillers ('onttrekking') zorgt bij de meeste patiënten voor meer hoofdpijnvrije dagen; voor ondersteunende medicatie is onvoldoende bewijs.
- Geef de patiënt adequate voorlichting en intensieve begeleiding, schakel zo nodig de expertise van een hoofdpijncentrum in, eventueel als 'anderhalvelijnszorg'.
- Voorkom en behandel psychiatrische problematiek zoals depressie en angstklachten.
- Diagnosticeer na de onttrekkingsperiode de onderliggende hoofdpijnvorm en behandel deze adequaat (gebruik een hoofdpijndagboek).
- Geef aan patiënten met primaire hoofdpijn (spanningshoofdpijn of migraine) in elk geval voorlichting over MOH, pas de 2 × 2-regel toe en organiseer follow-up voor patiënten met risicofactoren voor MOH.

gebruikte acute medicatie bijhoudt. Omdat MOH pas kan worden vastgesteld na minimaal 3 aaneengesloten maanden overgebruik, is een dagboek gedurende 3 maanden optimaal. Wanneer dat voor de patiënt niet haalbaar of wenselijk is, kan registratie gedurende een maand aangevuld met anamnestiche gegevens ook voldoende zijn. Vraag ook altijd naar zelfzorgmedicatie voor pijn, want die wordt niet altijd spontaan gemeld en telt wel mee voor het aantal innamedagen per maand.

Het is belangrijk inzicht te krijgen in het hoofdpijnpatroon. Overgebruik van acute medicatie vertroebelt het beeld van de onderliggende primaire hoofdpijn. Zo presenteren migrainepatiënten zich vaak met een beeld van frequente spanningshoofdpijn met daarbovenop aanvallen met migrainekenmerken.

Alle acute medicatie kan MOH veroorzaken, maar triptanen en opioïden vormen het grootste risico.<sup>8</sup> Andere risicofactoren zijn leeftijd < 50 jaar, laag opleidingsniveau, roken, stress, slaapstoornissen, psychiatrische comorbiditeit (met name angst en depressie), lichamelijke inactiviteit, obesitas, andere pijnsyndromen en gebruik van kalmeringsmiddelen.<sup>6,9-11</sup> De relatie tussen cafeïne en hoofdpijn is complex, maar er zijn zeker aanwijzingen dat overmatig cafeïnegebruik (> 2 kopjes koffie à 125 ml per dag) een risicofactor is voor chronische migraine. Er is echter geen verband gevonden tussen cafeïnegebruik en MOH.<sup>12</sup> Een gedetailleerde bespreking valt buiten het bestek van dit artikel.

## DE BEHANDELING VAN MOH: ABRUPT ONTTREKKING

De Europese richtlijn adviseert alle acute medicatie abrupt te staken en dit 2 maanden vol te houden voor triptanen en 3 maanden voor analgetica en combinaties van acute me-

dicatie.<sup>19</sup> De Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de NHG-Standaard Pijn onderschrijven dit advies. Alleen patiënten die opiaten gebruiken, mogen niet abrupt stoppen maar moeten het gebruik gradueel afbouwen. Er is geen gerandomiseerd, geblindeerd placebogecontroleerd onderzoek naar deze aanpak gedaan, maar in observationeel onderzoek is aangetoond dat hij werkt.<sup>13-17</sup> Bij de meeste patiënten is het aantal hoofdpijndagen na 3 maanden 'onttrekking' met meer dan de helft verminderd en verbetert de respons op hoofdpijnmedicatie.<sup>13</sup> Abrupt staken lijkt effectiever dan minderen: in een klein Deens onderzoek was de afname van het aantal maandelijkse hoofdpijndagen na abrupt staken 2 keer zo groot als na beperking van de inname (46 versus 22%).<sup>18</sup>

## Medicamenteuze alternatieven

Veel patiënten zien op tegen abrupt staken en vragen of er medicamenteuze alternatieven zijn. Er zijn diverse onderzoeken naar het effect van ondersteunende strategieën tijdens de onttrekkingsperiode, zoals het gelijktijdig starten van een preventieve behandeling bij migraine. Er zijn aanwijzingen dat die aanpak kan werken, maar welk middel het effectiefst is, is niet duidelijk, ook omdat niet altijd bekend is wat het onderliggende type hoofdpijn was.<sup>19</sup> Daarbij is de kans groot dat er na de onttrekkingsperiode geen indicatie meer is voor preventieve medicatie. Een aantal ondersteunende interventies is in ieder geval niet effectief, waaronder prednison en botulinetoxine-A.<sup>20,21</sup> Eventuele psychiatrische problematiek, zoals een angststoornis of depressie, moet wel behandeld worden om de kans op terugval te beperken.

## Begeleiding van de patiënt

Toon allereerst begrip voor het medicatieovergebruik. Patiënten hebben geen schuld aan de situatie waarin ze zijn beland maar hebben een reden om hun medicatie te gebruiken, bijvoorbeeld angst voor pijn of vrees voor sociaal isolement. Sta ook stil bij de weerstand tegen onttrekking, dat voelt als 'kwaad met kwaad bestrijden'. Leg uit wat MOH is en welke voordelen het doorbreken van de neerwaartse spiraal kan hebben: meer dagen zonder hoofdpijn, meer effect van preventieve behandelingen en uiteindelijk een betere kwaliteit van leven.<sup>15,22</sup> Leg ook uit welke behandelmogelijkheden er na de onttrekking zijn voor de onderliggende hoofdpijn, als 'stip op de horizon' voor de patiënt. Benadruk tot slot dat staken van de overgebruikte medicatie de eerste, cruciale stap is in het bestrijden van de hoofdpijn. Bespreek ook de mogelijke problemen en hoe hiermee om te gaan. Het stopzetten van acute medicatie kan leiden tot ontweningsverschijnselen zoals misselijkheid, braken, tachycardie, slaapstoornissen, rusteloosheid, angst en nervositeit. Deze houden meestal 2-10 dagen aan (korter als de patiënt alleen triptanen gebruikte).<sup>9,23</sup> Ook kan 'ontweningshoofdpijn' ontstaan: de hoofdpijn verergert tijdelijk in de eerste 2 weken na het stoppen. Raad patiënten daarom aan om met familie, vrienden en collega's te bespreken dat ze gaan stoppen met de acute medicatie, zich te verzekeren van voldoende steun en een geschikt moment te kiezen. Blijf de patiënt de eerste tijd



Medicatieovergebruikshoofdpijn heeft een grote maatschappelijke en persoonlijke impact, maar het probleem wordt nog te weinig onderkend.

Foto: Shutterstock

volgen. Plan bijvoorbeeld een eerste telefonische controle na 2 weken en herhaal die iedere 2-4 weken. Therapietrouw is van groot belang.

Wanneer MOH eenmaal gesignaleerd is bij een patiënt, kan deze tijdens de onttrekking begeleid worden door de huisartsenpraktijk. Voorwaarde is wel dat de praktijkorganisatie erop is ingericht. Is dat niet of onvoldoende het geval, dan moet men de patiënt verwijzen naar een gespecialiseerd hoofdpijn-centrum met mogelijkheden voor multidisciplinaire behandeling. Dit geldt zeker voor patiënten bij wie de onttrekking mislukt, die opiaten gebruiken of die ernstige lichamelijke of psychische comorbiditeit hebben. Ondersteunende en motiverende gesprekken door een gespecialiseerde hoofdpijnverpleegkundige, die het copingmechanisme, de interne pijncontrole en catastroferende gedachten aanpakt, zijn van grote toegevoegde waarde gebleken. Dit zou gerealiseerd kunnen worden in een nieuw model voor 'anderhalvelijnszorg', waarbij de hoofdpijnverpleegkundige vanuit het ziekenhuis de patiënt begeleidt onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

### TERUGVAL EN PREVENTIE

Als de onttrekkingsperiode met succes is volbracht, moet als eerste de onderliggende hoofdpijn worden geïdentificeerd, bijvoorbeeld met een hoofdpijndagboek, en waar nodig worden behandeld.<sup>24</sup> Helaas krijgt een aanzienlijk deel van de patiënten een terugval. In een meta-analyse van 22 onderzoeken met een

follow-up tot 1 jaar had 25-35% van de patiënten een terugval.<sup>25</sup> Patiënten met migraine lijken een kleinere kans op terugval te hebben dan patiënten met spanningshoofdpijn of een mengbeeld van beide. Comorbide psychiatrische problemen, met name depressie, zijn een belangrijke voorspeller voor terugval.<sup>26</sup> Daarom wordt aangeraden deze comorbiditeit te behandelen en patiënten regelmatig te volgen. Daarnaast is het van belang om waar mogelijk de risicofactoren voor MOH aan te pakken. Als (beperkte) hervatting van de acute medicatie nodig is, kan dat volgens de 2 x 2-regel: pijnmedicatie maximaal 2 dagen per week en maximaal 2 dagen achtereen. Dit kan in samenspraak met de apotheek geregeld worden. Als de patiënt niet binnen 1 jaar terugvalt, lijkt de langetermijnprognose gunstig.<sup>27</sup> Omdat een aanzienlijk deel van de problematiek zich onder de radar bevindt moeten patiënten, maar ook zorgprofessionals, beter worden geïnformeerd over MOH. Zelfs publiekscampagnes zijn te overwegen.<sup>21,28</sup> Geef aan patiënten met primaire hoofdpijn (spanningshoofdpijn of migraine) in elk geval voorlichting over MOH, pas de 2 x 2-regel toe en organiseer follow-up voor patiënten met risicofactoren voor MOH. Preventie van MOH voorkomt dat men in de lastige onttrekkingsfase belandt.

### CONCLUSIE

MOH heeft een grote maatschappelijke en persoonlijke impact, maar het probleem wordt nog bij te weinig patiënten on-

derkend. Het is belangrijk oog te hebben voor risicofactoren zoals stress, slaapproblemen, angst en depressie bij gebruikers van (vooral) triptanen en opioïden. Laat patiënten die > 15 dagen per maand hoofdpijn hebben een hoofdpijndagboek bijhouden. De beste behandeling is abrupt staken van de acute pijnmedicatie. Ondersteunende medicatie om de onttrekking te verzachten is niet bewezen effectief. Bied vertrouwen, begrip, voorlichting en begeleiding om terugval te helpen voorkomen. Patiënten met ernstige lichamelijke of psychische comorbiditeit kunnen baat hebben bij intensieve, multidisciplinaire begeleiding in een hoofdpijncentrum. ■

## LITERATUUR

- Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, Lloyd J, Lupi C, Tischler H, et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *J Headache Pain* 2018;19:50.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1545-602.
- Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsavara Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project. *Eur J Neurol* 2012;19:703-11.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
- Russell M, Lundqvist C. Prevention and management of medication overuse headache. *Curr Opin Neurol* 2012;25:290-5.
- Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, Spinhoven P, Zitman FG, Assendelft WJ, et al. Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia* 2006;26:1434-42.
- Wakerley, B. R. Medication-overuse headache. *Pract Neurology* 2016;19:399-403.
- Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59:1011-4.
- Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol* 2004;3:475-83.
- Westergaard ML, Glumer C, Hansen EH, Jensen RH. Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: results from a population-based representative survey. *Cephalalgia* 2016;36: 15-28.
- Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart J. Risk factors for medication-overuse headache; an 11-year follow-up study: The Nord-Trøndelag Health Studies. *Pain* 2012;153:56-61.
- Nowaczewska M, Wicinski M, Kazmierczak W. The ambiguous role of caffeine in migraine headache: from trigger to treatment. *Nutrients* 2020;12:2259.
- Pijpers JA, Louter MA, De Bruin ME, Van Zwet EW, Zitman FG, Ferrari MD, et al. Detoxification in medication-overuse headache, a retrospective controlled follow-up study: Does care by a headache nurse lead to cure? *Cephalalgia* 2016;36:122-30.
- Bigal ME, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Lipton RB. Transformed migraine and medication overuse in a tertiary headache centre--clinical characteristics and treatment outcomes. *Cephalalgia* 2004;24:483-90.
- Munksgaard SB, Bendtsen L, Jensen RH. Detoxification of medication-overuse headache by a multidisciplinary treatment programme is highly effective: a comparison of two consecutive treatment methods in an open-label design. *Cephalalgia* 2012;32:834-44.
- Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Probable medication-overuse headache: the effect of a 2-month drug-free period. *Neurology* 2006;66:1894-8.
- Rossi P, Faroni JV, Nappi G. Short-term effectiveness of simple advice as a withdrawal strategy in simple and complicated medication overuse headache. *Eur J Neurol* 2011;18:396-401.
- Carlsen LN, Munksgaard SB, Jensen RH, Bendtsen L. Complete detoxification is the most effective treatment of medication-overuse headache: a randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia* 2018;38:225-36.
- Diener HC, Antonaci F, Braschinsky M, Evers S, Jensen R, Lainez M, et al. European Academy of Neurology guideline on the management of medication-overuse headache. *Eur J Neurol* 2020;27:1102-16.
- Boe MG, Mygland, A., Salvesen, R. Prednisolone does not reduce withdrawal headache: a randomized, double-blind study. *Neurology* 2007;69:26-31.
- Pijpers JA, Kies DA, Louter MA, Van Zwet EW, Ferrari MD, Terwindt GM. Acute withdrawal and botulinum toxin A in chronic migraine with medication overuse: a double-blind randomized controlled trial. *Brain* 2019;142:1203-14.
- Bendtsen L, Munksgaard S, Tassorelli C, Nappi G, Katsarava Z, Lainez M, et al. Disability, anxiety and depression associated with medication-overuse headache can be considerably reduced by detoxification and prophylactic treatment. Results from a multicentre, multinational study (COMOESTAS project). *Cephalalgia* 2013;34:426-33.
- Katsavara Z, Fritsche G, Meussig M, Diener HC, Limmroth V. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headachepain drugs. *Neurology* 2001;57:1694-98.
- Van Beek C, Mulleners W, Poelen J. Hoofdpijn bij volwassenen: Artikel voor onderwijs en opleiding. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D4146.
- Chiang CC, Schwedt TJ, Wang SJ, Dodick DW. Treatment of medication-overuse headache: a systematic review. *Cephalalgia* 2016;36:371-86.
- Raggi A, Giovannetti AM, Leonardi M, Leonardi M, Sansone E, Schiavolin S, et al. Predictors of 12-months relapse after withdrawal treatment in hospitalized patients with chronic migraine associated with medication overuse: a longitudinal observational study. *Headache* 2017;57:60-70.
- Katsavara Z, Muessig M, Dzagnidze A, Fritsche G, Diener HC, Limmroth V. Medication overuse headache: Rates and predictors for relaps in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005;25:12-5.
- Diener HC, Dodick D, Evers S, Holle D, Jensen R, Lipton RB, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol* 2019;18:891-902.

Poelen J, Mulleners WM, Heitkamp-van Deursen M, Geerts-van den Boogaard S, Schers HJ. Herkennen en behandelen van medicatieovergebruikshoofdpijn. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1492-0.  
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: J. Poelen, neuroloog, j.poelen@cwz.nl; dr. W.M. Mulleners, neuroloog; M. Heitkamp-van Deursen, verpleegkundig specialist; S. Geerts-van den Boogaard, verpleegkundig specialist. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof. dr. H.J. Schers, huisarts.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.