

# Oogheekundige oorzaken van hoofdpijn

DOOR DR C. C. KOK-VAN ALPHEN, OOGARTS TE LEIDEN

Pijn kan worden veroorzaakt door prikkels ter plaatse en door prikkels, afkomstig van dieper gelegen weefsels of organen. De hoofdpijn, veroorzaakt door afwijkingen van het oog, moet als de laatste soort worden beschouwd. Een betrekkelijk onbetekenende afwijking van het oog en de omliggende weefsels kan oorzaak zijn van hoofdpijnen, die zeer storend zijn voor de patiënt en hem soms zelfs ongeschikt maken voor zijn werk.

Experimenten hebben aangetoond, dat pijn kan worden veroorzaakt door tractie aan de extra-oculaire spieren of door prikkeling van het corpus ciliare en van de iris. Ook kan verhoogde tensie van de spieren van het aangezicht hoofdpijn teweeg brengen. Deze verhoogde tensie kan ontstaan door inspanning van deze spieren bij de poging een slechte visus te overwinnen.

Onder de patiënten, die de oogarts op zijn spreekuur krijgt, neemt het aantal met hoofdpijnklachten een belangrijke plaats in. *Foster* zag op 434 willekeurige uitgezochte patiënten er 163 (37,5 procent) met hoofdpijnklachten. Op onze polikliniek telden wij op enkele willekeurige dagen op 300 patiënten, 51 met hoofdpijn. Bij 33 bleek een oogheekundig aanknopingspunt te vinden te zijn, bij 18 in het geheel niet.

Wanneer we de hoofdpijn naar lokalisatie van de pijn willen indelen kunnen we spreken van cephalé anterior en van cephalé posterior, waarbij de scheidingslijn loopt van oor tot oor over de kruin. Bij een derde, gecombineerde groep wordt de pijn zowel voor als achter in het hoofd gevoeld. Deze indeling kan althans een oppervlakkige leidraad zijn bij de diagnose. Voor de cephalé posterior zouden vooral in aanmerking komen: presbyopie en convergentie insufficiëntie. Refractieafwijkingen zouden ongeveer even vaak cephalé posterior als cephalé anterior kunnen geven. Pijn in het voorste deel van het hoofd kan worden veroorzaakt door prikkeling van conjunctiva, iris, of corpus ciliare. Glaucoom geeft meestal pijn vlak boven het oog, in de wenkbrauw gelokaliseerd, hoewel deze pijn ook geheel kan ontbreken, terwijl over pijn in achterhoofd en zelfs in de nek kan worden geklaagd.

De grootste groep oogheekundige oorzaken van hoofdpijn is die, waarbij geen werkelijke ziekelijke afwijking van het oog bestaat. Deze groep zullen we afscheiden van de groep van de werkelijke „oog-ziekten”.

Zeer vele van de afwijkingen van de eerste groep kunnen gemakkelijk worden verholpen, zodat hier

een dankbare taak is voor de oogarts en voor de huisarts, die zich op oogheekundig terrein begeeft.

In de eerste plaats de *refractieafwijkingen*. Hypermetropie geeft aanleiding tot een te sterke accommodatie en zal dus typische hoofdpijnklachten geven bij lezen en fijn werk op korte afstand. Het is dus steeds van groot belang de patiënt te vragen naar zijn werk- en leesgewoonten en na te gaan, of hij werkelijk goed is gecorrigeerd voor de afstand, waarop hij moet lezen of zijn werk verrichten. Myopie geeft de patiënt de neiging de ogen tot een spleet dicht te knijpen om zodoende de verstrooiingscirkels op het netvlies te verminderen en het beeld scherper te maken. De te grote spanning van de aangezichtsspieren, hiervoor nodig, kan aanleiding zijn tot hoofdpijn.

Hypermetropie en myopie kunnen zeker zeer goed door de huisarts, die wat oogheekundige belangstelling heeft, worden gecorrigeerd. Van belang is de hypermetropie zo hoog mogelijk te corrigeren, de myopie vooral zo laag mogelijk. Vooral kinderen hebben vaak neiging een te hoog negatief glas te kiezen. Het beeld is dan extra mooi scherp, maar de extra hoofdpijnklachten blijven bij de te hoge correctie meestal niet uit.

Niet of slecht gecorrigeerd astigmatisme is een veel voorkomende oorzaak van hoofdpijn. Het is merkwaardig dat, hoewel het astigmatisme meestal vanaf de geboorte bestaat en weinig aan verandering onderhevig is, de hoofdpijnklachten op een vrij willekeurig tijdstip in het leven kunnen beginnen. Soms is een verzwakking van de algemene toestand, door ziekte of operatie, de aanleiding. Op dezelfde wijze kan ook een congenitale oogspierparese van de schuine oogspieren jaren lang latent blijven om door een stoornis in de algemene toestand, fysiek of psychisch, plotseling manifest te worden en klachten te geven. Deze klachten kunnen ook bestaan uit hoofdpijn of zelfs manifeste diplopie.

Het *oogspierevenwicht* is in het algemeen een veel besproken onderwerp bij hoofdpijn. Er kan een manifest strabisme bestaan. Dit is echter zelden een reden voor hoofdpijn. Bovendien wordt tegenwoordig het strabisme in de kleuterjaren verholpen; weinig volwassenen hebben nog deze afwijking. De zogenaamde heteroforie, het latent strabisme, vraagt meer onze aandacht wanneer hoofdpijn in het spel is. Het is zeer eenvoudig na te gaan of er een heteroforie bestaat. Wanneer men één oog laat fixeren en het andere met de hand afdekt, ziet men, wanneer men de hand wegneemt, het oog, dat was af-

gedekt, van stand veranderen: bij exoforie beweegt het naar binnen, bij esoforie naar buiten; bij hyperoforie beweegt het respectievelijk naar beneden of naar boven. Exoforie, gepaard met convergentie-insufficiëntie, is de meest voorkomende „hoofdpijnverwekker” onder de heteroforieën.

Men moet deze heteroforieën onderscheiden van de oogspierverlammingen. Bij het strabisme en de heteroforie zijn de oogbewegingen in alle blikrichtingen concommitterend; bij de verlamming is de afwijking verschillend van grootte in de verschillende blikrichtingen. Soms vindt men toevallig heteroforie, terwijl de patiënt totaal geen last heeft. Degeenen, die klachten hebben, zijn vaak wat neurasthene patiënten. Hoe belangrijk het vaststellen van een heteroforie ook diagnostisch kan zijn, de therapie van de afwijking is ondankbaar. Prismaglazen geven soms tijdelijk verlichting, maar schieten meestal spoedig weer tekort. Oogoperaties leveren zelden goede resultaten op. Speciaal bij de exoforieën kan oefenen — eventueel onder leiding van de orthoptiste — althans een subjectieve verbetering brengen (oefenen van de convergentie).

De oogspierverlammingen van de schuine oogspieren gaan vaak gepaard met een scheefhals: het hoofd wordt scheef gehouden om de hinderlijke diplopie te vermijden. Soms vraagt men zich af, waarom een bepaalde persoon zo „hautain” kijkt, totdat blijkt dat de oorzaak van deze houding een oogspierparese is. De oogspierparesen van de musculi obliqui zijn nogal eens operatief te verbeteren door operatie van de antagonist.

Bij verlammingen van de rechte oogspieren zal de diplopie meer op de voorgrond staan dan de hoofdpijn.

Naast de uitwendige oogspieren kunnen dan ook de inwendige oogspieren een afwijking vertonen, die tot hoofdpijn kan leiden. Een enkele keer bestaat er een accommodatieparese of zelfs paralyse, die het dicht bijzien bemoeilijkt. Het is zeer eenvoudig enig idee over de accommodatie te krijgen door de patiënt een klein object te laten fixeren en na te gaan, op welke afstand van het oog dit nog scherp wordt waargenomen. Men bepaalt dan het punctum proximum. Dit moet dan bij beide ogen afzonderlijk worden bepaald. Afwijkingen bij jeugdige patiënten moeten als pathologisch worden beschouwd en een nader onderzoek naar de oorzaak is noodzakelijk. De therapie zal bestaan uit positieve glazen. Kramp van de m. sphincter iridis kan hoofdpijn veroorzaken. In de praktijk zal dit kunnen voorkomen bij het gebruik van miotica, dus bij het glaucoom dat reeds onder behandeling is.

Hiermede komen we bij de werkelijke ziekten van het oog en de adnexa terecht. Ook hier kan vaak een geringe afwijking aanleiding zijn tot hoofdpijn. Om te beginnen de conjunctivitis. Een geringe chronische conjunctivitis kan een „beurs gevoel” om het oog en in het voorhoofd geven. Men werpe dus steeds een blik op de conjunctivae. Een keratitis, speciaal de veel voorkomende herpes corneae, kan

heftige hoofdpijn geven. Dieper in het oog zijn het de iritis en de iridocyclitis waarop we moeten letten. Er kan een iridocyclitis bestaan zonder veel vaat-injectie van de conjunctiva, dus bij een betrekkelijk blank oog. Vooral in het begin is ook de visus nog weinig gestoord. Inspectie van het oog met goed gecentreerd opvallend licht en een loep kan leiden tot de ontdekking van enkele descemetstippen of van een duidelijke vaattekening in de iris. Ik behoef er niet de nadruk op te leggen hoe belangrijk het is deze aandoening tijdig te ontdekken. Het dadelijk instellen van therapie — vooral mydriatica, om achterste synechiën te voorkómen! — redt niet alleen de visus van het oog, maar doet ook de hoofdpijn snel verdwijnen.

De differentiële diagnose tussen keratitis en iridocyclitis is van het hoogste belang. Bij de keratitis herpetica zijn corticosteroiden beslist contra geïndiceerd, terwijl ze bij de iridocyclitis noodzakelijk zijn.

Een andere zeer bekende hoofdpijnverwekker is het glaucoom. Een acuut glaucoom zal als oorzaak van barstende hoofdpijn niet moeilijk zijn te onderkennen. Het is het chronisch glaucoom, dat ons soms kan ontgaan. Bij patiënten boven de 40 jaar zullen wij steeds aan het glaucoom moeten denken bij hoofdpijnklachten. De pijn kan, zoals we reeds opmerkten, zowel in het voor- als in het achterhoofd zijn gelokaliseerd. Typisch is het periodiek optreden, steeds op hetzelfde uur van de dag. In de vroege ochtenduren is de tensie-curve doorgaans het hoogst, zodat hoofdpijn bij het opstaan kan worden aangegeven. Het manueel voelen van de oogdruk heeft niet veel waarde, het is een grove methode. Waar men glaucoom vermoedt is nauwkeurig oogheelkundig onderzoek nodig door middel van meting van de oogdruk met de tonometer en gezichtsveldonderzoek. Het is frappant hoe het instellen van therapie met miotica na het ontdekken van glaucoom een soms reeds lang bestaande hoofdpijn geheel doet verdwijnen.

Neuritis optica of neuritis retrobulbaris geeft meestal eenzijdige hoofdpijn. De oogheelkundige klachten zullen echter wel meestal de hoofdpijn domineren.

Behalve voor het vaststellen van de directe oogheelkundige oorzaken van hoofdpijn kan het oogonderzoek nog van veel nut zijn voor het ontdekken van andere oorzaken; zo wijzen stuwingspapillen op een centrale afwijking en kunnen vaatafwijkingen in fundo onze aandacht vestigen op hypertensie of diabetes.

Deze opsomming van veelsoortige oogheelkundige mogelijkheden om hoofdpijn te veroorzaken is in dit korte bestek zeker niet volledig, maar het belang van een onderzoek van de ogen door de huisarts bij hoofdpijnklachten moge er niettemin duidelijk uit naar voren komen.

Wanneer we de hoofdpijn fysiologisch analyseren, zouden we verwachten dat iedereen door een gegeven stimulus eenzelfde hoofdpijn zou hebben. Wij zijn ons allen bewust dat dit niet waar is. De ene

patiënt zal door een bepaalde afwijking ernstige hoofdpijnen hebben, anderen in het geheel niet. Vooral bij de oogheeskundige oorzaken van hoofdpijn zijn de individuele verschillen zeer groot. De persoonlijkheidsstructuur van de patiënt speelt hierbij een grote rol. Zo zien we de ene patiënt met een oude, scheefzittende bril, die zijn afwijking zeker niet goed corrigeert, zonder hoofdpijnklachten, terwijl bij een ander  $\frac{1}{4}$  dioptrie verschil van glazen of een kleine verandering van de cylinderas een hinderlijke hoofdpijn kan doen verdwijnen. Het werk van de patiënt, zijn milieu en zijn psychische toestand speelt naast de eigenlijke oogheeskundige afwijking een rol.

Het oogheeskundig onderzoek bij patiënten met hoofdpijnklachten is noodzakelijk; moge het vaak tijdrovend zijn, het is een dankbaar werk, omdat we degenen met oogheeskundige oorzaken van hoofdpijn meestal eenvoudig en doeltreffend kunnen helpen.

#### *Schema voor oogheeskundig onderzoek bij hoofdpijnklachten*

##### *Anamnese:*

1. Sinds hoelang bestaat de hoofdpijn?
2. Verband met werk, lezen, naaien?
3. Op welke tijd van de dag? (cave glaucoom: hoofdpijn soms geregeld in de ochtenduren).
4. Hele dag door, of als aanval? (denk aan migraine).
5. In welk deel van het hoofd wordt de pijn gelokaliseerd?
  - a. cephalaea anterior (mogelijk conjunctivitis, iritis of glaucoom);
  - b. cephalaea posterior (mogelijk presbyopie, convergentie-insufficiëntie);
  - c. cephalaea anterior en posterior of één van beiden (mogelijk refractieafwijking).

##### *Onderzoek*

1. Opnemen van visus met en zonder glazen. Myopie zo laag mogelijk corrigeren. Hypermetropie zo hoog mogelijk corrigeren. Astigmatisme moet meestal naar oogarts verwezen.
2. Ogen in alle richtingen laten bewegen. Letten op achterblijven (oogspierparese) van één oog. Onderzoek van oogspierevenwicht: ogen beurtelings met de hand afdekken en laten fixeren. Kijk ook of het oog achter de hand een abnormale stand inneemt. Let op torticollis of abnormale stand van hoofd.
3. Inspectie van pupillen. Gelijke grootte? Normale reacties op licht en convergentie?
4. Inspectie van voorste oogsegment. Concentreer licht van een lamp van 75 W. met een oogspiegel lensje van +13 of +20 op het oog en bekijk het oog met een loep. Een kleine Hartnack's loep kan hiervoor goed dienen.
  - a. Conjunctiva: Conjunctivale vaatinjectie, kleur rood: conjunctivitis. Ciliaire vaatinjectie, kleur rose-paars: prikkeling van diepere delen.
  - b. Cornea: Let op defecten; kleuren met een druppel fluoresceïne 1 procent, daarna uitwassen met wat boorwater; defecten duidelijk als groene vlekken te zien. Desceemetstippen wijzen op iritis.
  - c. Iris: Teveel vaatinjectie of groezelige tekening duidt op iritis of iridocyclitis.
5. Spiegelen. Eerst even met doorvallend licht de media bekijken. Een beginnend cataract tekent zich dan duidelijk af. Fundus: Kijken naar papil (stuwingspapil, diepe excavatie bij glaucoom, bleke papil bij atrofie, bijvoorbeeld multipole sclerose). Kijken naar vaten, onregelmatigheden aan de vaten en bloedingen.

Foster, C. B. (1950) Amer. J. Ophthal. 33, 733.

## *De stage sociale geneeskunde bij de huisarts\**

DOOR PROF. DR A. MERTENS TE NIJMEGEN

Toen de Nijmeegse medische faculteit ongeveer vier jaar geleden een stage sociale geneeskunde van vier weken als eerste co-assistentenschap na het semi-artsexamen instelde, deden zich twee vragen voor. Ten eerste: Waar kunnen de semi-artsen het beste deze stage lopen? Ten tweede: De gehele stage bij één en dezelfde arts of dienst óf bij meer dan één, om liefst met zoveel mogelijk velden van de sociale geneeskunde kennis te maken?

Op de redenen, die mij de tweede vraag met „bij één en dezelfde arts of dienst” deden beantwoor-

den, ga ik thans kortheidshalve niet in. Op de eerste vraag was het antwoord: ter keuze van de semi-arts bij een huisarts, bij een gemeentelijke geneeskundige dienst, bij een bedrijfsgeneeskundige dienst, bij een Kruisvereniging, bij een ziekenhuis-maatschappelijke werkster of in een verpleegtehuis.

Van de ruim honderd semi-artsen, die de Nijmeegse medische faculteit tot nu toe heeft opgeleverd, heeft driekwart een stage bij de huisarts verkozen, terwijl van de overige mogelijkheden het meest een stage is gelopen bij de Nijmeegse G.G. en G.D. Tot nu toe hebben achttien huisartsen uit de kring Nijmegen en drie huisartsen uit de kring Arnhem als gastheer semi-artsen in hun praktijk

\* Voordracht, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961.