

Hoofdpijn als vroeg symptoom van organische intracranieële afwijkingen*

DOOR DR. S.J. SCHAAFSMA, NEUROLOOG**

Patiënten met hoofdpijn zonder dat duidelijke objectieve afwijkingen aanwezig zijn, vormen diagnostische problemen. Bij een aantal van deze patiënten kan de cepheale de vroege uiting van een organische intracranieële afwijking zijn.

Een nadere studie van deze omineuze betekenis van de klacht hoofdpijn omvat een onderzoek van twee met elkander verbonden vraagstukken. In de eerste plaats moet worden bestudeerd bij welke intracranieële afwijkingen hoofdpijn in het bijzonder als dominerend, zo niet als enig vroeg symptoom voorkomt. In de tweede plaats moet worden nagegaan hoe vaak dit omineuze symptoom bij ogenschijnlijk niet of weinig zieke patiënten, die voor behandeling van hun hoofdpijn op het spreekuur komen, is te verwachten.

Het eerstgenoemde probleem kan op tweeërlei wijze worden aangevat namelijk prospectief en retrospectief. Bij de prospectieve studie wordt het verdere ziektebeloop bij ogenschijnlijk niet of weinig zieke patiënten met hoofdpijn nagegaan; bij de retrospectieve methode wordt de anamnese van patiënten met organische intracranieële afwijkingen bestudeerd, waarbij wordt onderzocht in hoeverre hoofdpijn als dominerend verschijnsel, als richting gevend symptoom („Leitsymptom”) in het begin der aandoening voorkomt. Voorwaarde van het laatstgenoemde onderzoek is dat de weergave van de vroege verschijnselen der ziekte door de patiënt en/of diens omgeving genoegzaam betrouwbaar en volledig is geschied.

Aan deze voorwaarde voldeden de anamneses van 453 patiënten met organische intracranieële afwijkingen, die in de loop van de laatste drie jaar in de Neurologische Kliniek werden opgenomen. Dit aantal is het resultaat van een selectie waarbij de ziektegeschiedenissen van patiëntjes, die nog geen zes jaar oud waren, buiten beschouwing werden gelaten; dit geschiedde ook met de gegevens betreffende die intracranieële afwijkingen, waarvan nog geen tien gevallen konden worden verzameld. De beperking, die uit deze selectie resulteert, wordt goed gemaakt door een grotere betrouwbaarheid en volledigheid van het materiaal en door een ruimere mogelijkheid van systematisatie der uitkomsten.

In tabel 1 is het vóórkomen van hoofdpijn in een

* Naar een voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus Hoofdpijn in praktijk en kliniek, Leiden, mei 1969.

** Uit de Neurologische Kliniek (hoofd: Dr. W. Kramer) van het Academisch Ziekenhuis te Leiden.

Samenvatting. Hoofdpijn kan, wat de meer voorkomende organische intracranieële afwijkingen betreft, het initiële richting gevende symptoom van intracranieële tumoren, subdurale hematomen, cerebropathieën en chronische meningitiden zijn.

Bij intracranieële tumoren en subdurale hematomen kan de hoofdpijn al een waarschuwend symptoom zijn nog voordat duidelijke stuwingspapillen kunnen worden geconstateerd. In dit verband is vooral bij kinderen en wat oudere patiënten het persisteren van achterhoofdpijn ook suspect voor het bestaan van een intracranieële tumor.

Het ontstaan van objectieve symptomen kan bij vele van deze patiënten binnen uiterlijk enkele weken na het ontstaan van de hoofdpijn worden verwacht. Frequente volledige herhalingen van het onderzoek van de patiënt verduidelijken de diagnose op korte termijn.

vroege of late fase der gerubriceerde afwijkingen aangegeven. Alleen die patiënten werden geteld bij wie hoofdpijn een onmiskenbaar gegeven was. Vagere sensaties, zoals bijvoorbeeld een „dof” gevoel in het hoofd, bleven buiten beschouwing. Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de gerubriceerde afwijkingen ongelijkmatig waren ver-

Tabel 1. Hoofdpijn bij 453 patiënten met organische intracranieële afwijkingen.

Intracranieële afwijking	Totale aantal patiënten	Aantal patiënten met hoofdpijn	Percentages
Commotio/contusio cerebri	150	79	54
Intracranieële tumor . .	63	50	80
Encefalomalacie	58	19	33
Epilepsie	46	13	28
Cerebropathie	35	6	17
Meningitis	26	25	96
„Spontane” sub-arachnoïdale bloeding .	24	23	96
Morbus Parkinson . . .	23	1	4
Haemorrhagia cerebri .	15	8	52
Chronisch subduraal hematoom	13	9	69

tegenwoordigd. Desondanks werd het aantal patiënten met hoofdpijn in procenten van het totale aantal patiënten met de respectievelijke afwijking weergegeven.

Onmiskerbare hoofdpijn kwam bij vrijwel alle patiënten met „spontane” subarachnoïdale bloeding en meningitis voor. Zij was zonder uitzondering een vroeg symptoom bij deze aandoeningen. Hoofdpijn kwam vroeg of laat, ook vaak bij patiënten met intracranieële tumoren en chronische subdurale hematomen – alle supratentorieel gelegen – voor. Zij was evenwel, althans als een voor de patiënt onmiskerbare afwijking, afwezig bij één op de vijf patiënten met tumoren en in iets minder dan één op de drie patiënten met subdurale hematomen.

Bij de patiënten met andere intracranieële afwijkingen bleken de respectievelijke percentages van

Tabel 2. Hoofdpijn als vroeg richting gevend symptoom bij 453 patiënten met organische intracranieële afwijkingen.

Intracranieële afwijking	Totale aantal patiënten	Aantal patiënten met hoofdpijn als vroeg richting gevend symptoom
Commotio/contusio cerebri	150	—
Intracranieële tumor	63	23
Encefalomalacie	58	—
Epilepsie	46	—
Cerebroopathie	35	6
Meningitis	26	1
„Spontane” subarachnoïdale bloeding	24	—
Morbus Parkinson	23	—
Haemorrhagia cerebri	15	—
Chronisch subduraal hematoom . .	13	8

Tabel 3. Hoofdpijn en stuwingspapillen.

Aandoeningen	Stuwingspapillen	
	Onmiskenaar aantal patiënten	Afwezig of dubieus aantal patiënten
Intracranieële tumoren (63 patiënten)		
Hoofdpijn aanwezig . . .	45	5
Geen hoofdpijn	4	9
Chronische subdurale hematomen (13 patiënten)		
Hoofdpijn aanwezig . . .	7	2
Geen hoofdpijn	2	2

patiënten met hoofdpijn duidelijk geringer te zijn. Zodra herstel van het bewustzijn een adequaat verbaal contact mogelijk maakte, klaagde ongeveer de helft der patiënten met een commotio of contusio cerebri over hoofdpijn. Deze verhouding komt overeen met de gegevens van *Guttmann*. In ongeveer dezelfde verhouding kwam hoofdpijn als initieel verschijnsel bij patiënten met hersenbloedingen voor. In mindere mate was dit het geval bij patiënten met herseninfarcten: ongeveer een op de drie patiënten klaagde over initiële hoofdpijn.

Er waren 46 patiënten met een epilepsie die niet door één der andere gerubriceerde afwijkingen werd veroorzaakt. Bij ongeveer een op de drie patiënten kwam hoofdpijn in het raam van een acute epileptische manifestatie voor; soms als preictale, vaker evenwel als postictale cephalaea. Bij de cerebroopathieën, toestanden van progressief organisch cerebraal defect zonder scherp bepaalde oorzaak, kwam hoofdpijn bij nog geen één op de vijf patiënten voor. In de symptomatologie van de morbus Parkinson bleek hoofdpijn nauwelijks een klacht van betekenis te zijn. Slechts bij één van deze patiënten bleek hoofdpijn het initiële richting gevende symptoom te zijn geweest.

In tabel 2 zijn de aantallen patiënten genoemd bij wie hoofdpijn gedurende tenminste enkele dagen het dominerende, zo niet het enige vroege symptoom der betrokken intracranieële afwijking was. Uit deze tabel kan worden afgelezen dat dit richting gevende symptoom vóórkam bij patiënten met chronische subdurale hematomen, intracranieële tumoren en cerebroopathieën. Dat tot deze groep ook een patiënt met meningitis behoort, suggereert dat zulks ook bij (chronische) ontstekingen der hersenvliezen het geval kan zijn.

Opmerkelijk is evenwel dat deze dominerende vroege hoofdpijn, afgezien van de subdurale hematomen, bij de patiënten met de genoemde afwijkingen slechts in een minderheid der gevallen voorkwam. Bij het grootste aantal der patiënten met tumoren en cerebroopathieën werd de aandoening door andere verschijnselen aangekondigd. Indien hoofdpijn bij deze patiënten in de vroege fase voorkwam, was zij niet meer dan een begeleidend symptoom.

Het kan dan ook worden gesteld dat hoofdpijn als initieel richting gevend symptoom, voor wat de meer voorkomende organische intracranieële afwijkingen betreft, hoofdzakelijk bij patiënten met chronische subdurale hematomen, intracranieële tumoren, cerebroopathieën en (chronische) meningitis is te verwachten. Met de mogelijkheid dat één van deze afwijkingen de oorzaak van de cephalaea bij de ogenschijnlijk niet of nauwelijks zieke patiënten met hoofdpijn is, dient rekening te worden gehouden. Dit is in overeenstemming met de literatuur (*Heyck en Nick*).

Aangezien de cephalaea bij deze patiënten allerm minst een obligaate vroeg richting gevend symptoom blijkt te zijn, is de betekenis van hoofdpijn voor de vroegtijdige herkenning van deze afwijkingen be-

perkt. Het vaakst nog kan zij helpen bij het stellen van de diagnose bij patiënten met chronische subdurale hematomen.

Door de gegevens van *tabel 3* wordt bevestigd dat deze dominerende initiële hoofdpijn bij patiënten met tumoren en chronische subdurale hematomen kan vóórkomen voordat onmiskenbare stuwingspapillen aanwezig zijn. Een klein aantal der patiënten werd in deze vroege fase der aandoeningen opgenomen. Dit maakte het mogelijk hun ziektegeschiedenissen te vergelijken met die van anderen, die in een later stadium met duidelijke tekenen van verhoogde intracraniale druk werden gehospitaliseerd. Zoals uit *tabel 3* kan worden afgelezen, kwam hoofdpijn als initieel richting gevend symptoom bij ongeveer een derde der vroeg opgenomen patiënten voor. Onmiskenbare stuwingspapillen ontbraken bij al deze personen. Soortgelijke ervaringen zijn in de literatuur vermeld (*Heyck en Wolff*). De afwezigheid van stuwingspapillen is dan ook geen contra-argument voor de verdenking op tumoren en subdurale hematomen.

Het eigen materieel bleek te klein te zijn om de kenmerkende eigenschappen van de dominerende vroege hoofdpijn, die bij de patiënten met tumoren en subdurale hematomen voorkwam, eruit af te leiden. Er waren wel aanwijzingen in overeenstemming met de literatuurgegevens (*Cohen, Heyck, Storch en Wolff*). Zo kan dan ook, hoofdzakelijk aan de literatuur ontleend, het volgende worden gesteld.

Bij patiënten met supratentoriële tumoren komt als initieel richting gevend symptoom vaak een halfzijdige hoofdpijn voor, die de grootste intensiteit in de voorste helft van het gebied heeft. Deze cephalea is niet altijd homolateraal ten opzichte van de ligging van de tumor. Zij verschilt gewoonlijk duidelijk van migraine.

Als vroeg richting gevend symptoom van infratentoriële tumoren kan gelden dat de hoofdpijn vaak in het achterhoofd wordt gelokaliseerd. Zij straalt in vele gevallen naar de nek uit. Aangezien bij kinderen en wat oudere patiënten gezwollen meer dan eens infratentorieel voorkomen, moet juist bij deze patiënten met persisterende achterhoofds- en nekpijn mede aan de mogelijkheid van een infratentorieel gezwel worden gedacht. Bij subdurale hematomen kan het initiële richting gevende symptoom hoofdpijn zowel dubbelzijdig als min of meer eenzijdig voorkomen. Bilaterale hoofdpijn behoeft niet erop te wijzen dat er een dubbelzijdig hematoom bestaat. Dit bleek ook uit het bestudeerde materiaal.

De vraag hoe lang het duurt voordat objectieve symptomen de diagnose helpen verduidelijken, kan bij een retrospectief onderzoek maar ten dele worden beantwoord. Belangrijke verschijnselen zoals afwijkingen van pupilreacties, stuwingspapillen, veranderingen van het reflexpatroon, kunnen immers aan de patiënt en/of zijn omgeving ontgaan.

Afgaande op de anamnestiche gegevens, lijken voor de „leek” merkbare objectieve afwijkingen bij tumoren eerder tot ontwikkeling te komen dan bij subdurale hematomen en cerebroopathieën. In de meeste gevallen werden objectieve afwijkingen door de patiënt en/of zijn omgeving in een periode van twee tot zes weken volgend op het ontstaan van de hoofdpijn, opgemerkt; in enkele gevallen van tumoren (meningeomen) en subdurale hematomen duurde het langer.

Voorzover de eigen ervaring reikt, lijkt de duur van de vroege fase, waarin hoofdpijn het richting gevende symptoom vormt, in vele gevallen dan ook tot enkele weken te zijn beperkt. Daarna kunnen objectieve afwijkingen de diagnose verduidelijken. Het lijkt niet onmogelijk dat deze afwijkingen bij een frequent onderzoek van de patiënt door de arts eerder worden waargenomen.

Het tweede vraagstuk betreft de verhouding waarin de organische intracraniale afwijkingen tot andere oorzaken van de cephalea bij ogenschijnlijk niet of nauwelijks zieke patiënten met hoofdpijn staan. Ook in dit opzicht zijn literatuurgegevens schaars.

Hier ligt ongetwijfeld een belangrijk terrein van onderzoek onbewerkt. Voor zover de neurologische ervaring reikt, lijkt deze verhouding op minder dan 20 procent te kunnen worden geschat (*Cohen en Nick*). Vermoedelijk is het percentage in de praktijk van de huisarts zeer veel lager (*Bremer, Hodgkin, Oliemans en Storch*).

- Bremer, G. J. Hoofdpijn in de huisartspraktijk. Boerhaave-cursus Hoofdpijn in praktijk en kliniek, Leiden, 1969.
- Cohen, H. (1939) Brit. med. J. I, 713.
- Guttman, E. (1943) Lancet I, 10.
- Heyck, H. Der Kopfschmerz. Differentialdiagnostik und Therapie für die Praxis. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1964.
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. E. & S. Livingstone Ltd. Edinburgh and London, 1963.
- Nick, J. (1968) Presse Méd. 76, 359-362.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. H. E. Stenvers Kroese n.v., Leiden, 1969.
- Storch, Th. J. C. von. Headache in intracranial disorders. In: A. F. Friedmann en H. H. Merritt: Headache, diagnosis and treatment. F. A. Davis Cy, Philadelphia, 1959.
- Wolff, H. G. Headache and other head pain. Oxford University Press, New York, 1945.
- Wolff, H. G. Headache. In: R. L. Cecil en R. Loeb. A Textbook of medicine. W. B. Saunders Cy, Philadelphia and London, 1960.