

# De problematiek van de posttraumatische hoofdpijn

DR. D. POST\*

„It has been amply pointed out in the medical literature that multiple symptoms may follow minor head injuries where compensation or litigation is involved and that self employed or professional men return to work more rapidly than employed after head injury and that sporting injuries are not usually followed by disability” (*Lance*). In deze ene volzin wordt de problematiek van de posttraumatische hoofdpijn duidelijk weergegeven: de ernst van het letsel is niet bepalend voor het ontstaan en continueren van de hoofdpijn, en is evenmin bepalend voor het hervatten van het werk. Uiteenlopende factoren spelen hierbij een rol.

## Casuïstiek en vraagstelling

In mijn huisartspraktijk deed ik in de jaren 1970-1980 een onderzoek dat betrekking had op de klacht hoofdpijn. Dit onderzoek resulteerde onder meer in een beschrijving van een methode van hulpverlening bij chronische hoofdpijnpatiënten (*Post*). Bij een aantal patiënten bestond de klacht sedert een ongeval. Hier was dus sprake van posttraumatische hoofdpijn. Het is mij opgevallen dat met name deze patiënten erg moeilijk met hun klacht kunnen omgaan, en dat werkhervatting soms zeer moeizaam verloopt.

• *Casus 1.* Een man van 45 jaar, die ik nooit tevoren op mijn spreekuur had gezien, kwam na een ongeval waarbij hij rijdend in zijn auto door een andere auto van achteren was aangereden, bij mij met klachten over pijn in nek en achterhoofd. Hij vertelde dat hij er soms misselijk van was. Sinds het ongeval, nu twee dagen geleden, had hij veel in bed gelegen. De pijn verergerde weer, nadat hij was opgestaan. Hij maakte zich er ongerust over en bezocht daarom mijn spreekuur. Het verhaal wees in de richting van een whiplash-syndroom, waarbij de ernst nogal leek mee te vallen. Bij onderzoek vond ik neurologisch geen afwijkingen. Wel was er enige drukpijn op de nek-

wervels. De meeste pijn gaf patiënt aan bij palpatie van de nek- en occipitaal spieren. Ik probeerde de patiënt gerust te stellen door hem uit te leggen waar de pijn naar mijn mening op berustte. Een kortdurende werkstaking en een aantal fysiotherapeutische behandelingen zouden hem van zijn klachten af kunnen helpen.

Na enige weken zag ik de patiënt terug. Hij was niet aan het werk gegaan, ofschoon de verzekeringsgeneeskundige gezegd had dat hij wel kon werken. In een gesprek bleek dat er problemen waren met de verzekeringsmaatschappij van de tegenpartij. Patiënt vertelde dat hij veel slapeloze nachten had en dat de pijn eerder erger dan minder was geworden: „Het lijkt of ze denken, dat ik simuleer, maar ik heb nog steeds erge pijn en ik kan er niet mee werken”. Na een aantal gesprekken en een verdere fysiotherapeutische behandeling, gelukte het na enige moeite de patiënt weer in het arbeidsproces te krijgen. De hoofdpijn bleef nog lange tijd bestaan.

• *Casus 2.* Een jongeman van 19 jaar was van een steiger gevallen tijdens zijn timmermanswerkzaamheden. Hij was kortdurend bewusteloos geweest en was vanaf zijn werk naar huis gebracht. Ik zag hem thuis, plat in zijn bed, zonder kussen, gordijnen gesloten. Hij had één keer gebraakt. Patiënt klaagde over hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid. Bovendien was hij nogal angstig.

Er bestond nauwelijks amnesie. Bij onderzoek vond ik geen aanwijzingen voor intracerebrale beschadigingen. Ik hield het op een commotio cerebri. Met enkele aanwijzingen voor de familie en de mededeling dat ik de volgende dag terug zou komen, liet ik de patiënt achter.

De dag daarop was het beeld veranderd in die zin, dat de hoofdpijn nog licht aanwezig was en de misselijkheid was verdwenen. In het gesprek over het ongeval kwam duidelijk naar voren, dat de patiënt zich ongerust maakte over de gevolgen van dit trauma. Ik trachtte hem hierover gerust te stellen, probeerde uit te leggen dat de gevolgen van een hersenschudding bij snelle mobilisatie nihil zijn en sprak met hem af, dat hij op zou staan, zodra de hoofdpijn verdwenen was. Ik sprak af om de volgende week nog een keer langs te komen om samen te bekijken, wanneer hij zijn werk zou kunnen hervatten.

De volgende week bleek, dat de patiënt mijn adviezen niet had opgevolgd: de familie had gezegd dat het erg gevaarlijk was om vroeg uit bed te komen na een hersenschudding: „de dokter had makkelijk praten met zijn opstaan, die voelde later de pijn niet”. Het werd een moeilijke weg om deze jongeman weer naar zijn werk te krijgen: hij bleef bang, dat hij hoofdpijn zou houden na zijn hersenschudding.

• *Casus 3.* Een meisje van 14 jaar was op school achterover gevallen en bewusteloos blijven liggen. Na de bewusteloosheid braakte ze flink. Ze had een flinke amnesie voor het gebeurde. Neurologische afwijkingen werden bij onderzoek niet gevonden. Op geleide van de klachten werd het meisje weer gemobiliseerd en vier dagen na het ongeval was zij hoofdpijnvrij. Na de eerste dag dat de patiënte weer op was, ontstond echter opnieuw hoofdpijn. Bovendien had ze toen ook nog concentratiestoornissen. Ik adviseerde niet opnieuw bedrust te nemen, maar rustig aan te doen: lang uitslapen, wat gaan fietsen en wandelen, 's middags even rusten en 's avonds vroeg naar bed. Ik stimuleerde haar steeds haar bezigheden uit te breiden. Na drie weken kon ze haar schoolarbeid weer hervatten. Ik heb haar daarna niet weer terug gezien.

Deze drie casus geven aan dat het verloop van posttraumatische hoofdpijn zeer verschillend kan zijn. De eerste patiënt vertoonde een langdurige posttraumatische hoofdpijn, de tweede patiënt vertoonde angst voor hoofdpijn na de commotio, vooral ook onder invloed

\* Huisarts te Wezep.

van de familie, en bleef lange tijd een „naar gevoel” in het hoofd houden. Bij de derde patiënt verdween aanvankelijk de hoofdpijn, om later weer terug te komen; na activatie verdween de hoofdpijn weer.

De vraag rijst, welke handelwijze de huisarts kan volgen bij patiënten met posttraumatische hoofdpijn, zodat dezen hun klacht op bevredigende wijze kunnen hanteren en hun werk kunnen hervatten.

### Praktijkobservaties en literatuuronderzoek

In het verleden werd patiënten met een commotio cerebri langdurige bedrust voorgeschreven. Er volgde dan meestal een moeizame herstelperiode. Onder artsen zowel als patiënten heerste de mening dat een (te) vroege mobilisatie een levenslange hoofdpijn tot gevolg kon hebben.

In de zeventiger jaren bracht ik in mijn praktijk voorzichtig de duur van de immobilisatieperiode terug. Het bleek toen dat de posttraumatische verschijnselen, met name de hoofdpijn, duidelijk minder aanwezig waren. Om deze ervaringen in een bepaald referentiekader te plaatsen en te toetsen, bestudeerde ik de literatuur over posttraumatische hoofdpijn. In het kort wil ik een paar zaken releveren, die in dit verband van belang zijn, waarbij de volgende vragen zullen worden beantwoord:

- hoe vaak komt posttraumatische hoofdpijn voor?
- wat is het klinisch beeld?
- is er iets bekend omtrent de pathogenese?

• *Frequentie.* In de literatuur lopen de getallen over het voorkomen van posttraumatische hoofdpijn nogal uiteen. *Lance* zag een incidentie van 33-80 procent van de gevallen van hoofdpijn, zeer uiteenlopend dus. *Balla and Moraitis* vonden in 50 procent van de gevallen hoofdpijnklachten na een ongeval. In een uitgebreid onderzoek dat *Van 't Hooft* (1973) uitvoerde, bleek dat bij 66 procent van de patiënten hoofdpijn optrad na het schedeltrauma. Gedurende de eerste maanden had 5-20 procent hoofdpijn; 15 procent klaagde na een half jaar nog over hoofdpijn; tweederde van deze groep (dus 10 procent van de gehele onderzoeksgroep) had vóór het ongeval geen last van hoofdpijn gehad. *Nick and Sicard-Nick*, die de chronische posttraumatische hoofdpijn bestudeerden – hoofdpijn die langer dan drie maanden na het ongeval bleef bestaan –

kwamen op een veel hoger percentage, namelijk 50 procent, waar *Van 't Hooft* 10 procent had; zij vermelden echter niet of de patiënten voor het ongeval geen hoofdpijn hadden.

Mijn observaties wijzen erop, dat het cijfer van *Van 't Hooft* het meest de werkelijkheid benadert: ongeveer 60-70 procent van de schedeltrauma's geeft direct na het trauma hoofdpijn, terwijl bij een klein aantal personen die voor het trauma geen hoofdpijn hadden na een half jaar nog steeds hoofdpijn bestond: in mijn observaties was dat slechts 5 procent.

• *Klinisch beeld.* De klinische verschijnselen na een schedeltrauma zijn zeer polymorf; met name de hoofdpijn kan zich op vele manieren manifesteren (*Miller*). Meestal ontstaat na het trauma, na een moeilijke fase van bewusteloosheid, een gegeneraliseerde hoofdpijn. Soms treedt de hoofdpijn unilateraal op, meestal aan de kant van de laesie. De hoofdpijn hangt nogal eens samen met opwinding, emotionele of fysische stress, ook nogal eens met mentale of visuele concentratie.

Hinderlijk zijn vaak de vegetatieve bijverschijnselen in de vorm van duizeligheid en misselijkheid en/of braken. Geheugenstoornissen in de vorm van een amnesie komen veelvuldig voor.

• *Pathogenese.* Na een trauma zou men een organische genese van de hoofdpijn veronderstellen, hetgeen in sommige gevallen ook het geval is. *Nick and Sicard-Nick* en *Jansen* menen dat de vroege hoofdpijn veroorzaakt wordt door een beschadiging van de schedel. Bij onderzoek vindt men dan een duidelijke drukpijn op sommige gebieden van de schedelhuid: bij nauwkeurige palpatie zal de patiënt die aan kunnen geven. De patiënt wordt dan tevens gerustgesteld, dat er niet een intracerebrale oorzaak voor zijn hoofdpijn is, maar dat de oorzaak gelokaliseerd kan worden buiten de schedel.

Bij de hoofdpijn die langer blijft bestaan, vindt men bij onderzoek vaak belangrijke psychologische momenten in samenhang met de hoofdpijn. Soms ziet men zelfs een langdurige hoofdpijn na een trauma, terwijl het hoofd nauwelijks of niet gelaedeerd is. In het algemeen zijn bij de langdurige posttraumatische hoofdpijn geen organische laesies vast te stellen. In een zeer beperkt aantal gevallen zal het kunnen voorkomen dat een chronisch subduraal hematoom als oorzaak van de hoofdpijn kan worden aangemerkt. Veel onderzoekers

wijzen op de cervicale letsels als oorzaak van posttraumatische hoofdpijn (*Nick and Sicard-Nick; Lance*). De symptomen van een spierspastische toestand staan hier vaak op de voorgrond. Bij patiënt 1 was dit duidelijk het geval.

• *Whiplash-letsel.* Voor de naam *whiplash* is nauwelijks een goed Nederlands equivalent te bedenken. *Van 't Hooft* (1975) spreekt van *hyperextensie-hyperflexie letsel* en *Jongkees* van *cervicaal zweeps slag syndroom*. Beide termen zijn echter nog niet ingeburgerd.

Het whiplash-letsel ontstaat wanneer men in de auto van achteren wordt aangereiden. Er ontstaat dan eerst een hyperextensie, die gevolgd wordt door een hyperflexie van de cervicale wervelkolom. Er kunnen hierdoor overrekkingen en verschuivingen van de cervicale ligamenten en spieren ontstaan met in een aantal gevallen (sub)luxaties en fracturen van de benige gedeelten. Het letsel komt steeds vaker voor, onder meer door de toename van het aantal stoplichten, waardoor de kans op kettingbotsingen toeneemt.

Het zal duidelijk zijn dat bij elk autoongeval een zeer uitgebreide anamnese dient te worden afgenomen om de aard van het letsel na te gaan. Kenmerkend voor de hoofdpijn na het whiplash-letsel is, dat de klacht niet direct optreedt: pas na twee tot drie dagen klagen de mensen over pijn, gelokaliseerd in het achterhoofd of boven op het hoofd. Om benige afwijkingen uit te sluiten is het in deze gevallen nodig een röntgenfoto te laten maken. *Jongkees* wijst op het voorkomen van duizeligheid, die soms jaren kan duren. Onze patiënt 1 vertoonde de typische klachten van het whiplash-syndroom, inbegrepen de psychische verschijnselen die nogal eens op de voorgrond staan (concentratiestoornissen, geheugenstoornissen en neuras-thene beelden).

Met name het whiplash-letsel verdient een serieuze aanpak van de huisarts, daar het snel tot somatische fixatie kan leiden.

### Relaties tussen het trauma en de hoofdpijn

In het verleden is vaak gedacht dat de ernst van het trauma bepalend zou zijn voor de hevigheid van de hoofdpijn. Uit onderzoekingen is echter vast komen te staan, dat er geen direct verband bestaat (*Wolff; Jansen; Van 't Hooft* 1973). Zelfs de duur van de bewusteloosheid staat niet in relatie tot de ernst van de hoofdpijn. Men ziet juist nogal eens dat

er grote hoofdletsels zijn, die geen post-traumatische hoofdpijn veroorzaken. Er zijn echter wel bepaalde relaties tussen trauma en hoofdpijn. *Miller* wijst op de bij de posttraumatische hoofdpijnlijders gevonden hogere psychoneurotische score. Hij schrijft: „With regard to pretraumatic personality it is certainly true, that inadequate neurotic or hypochondrial subjects show a higher than average incidence of persisting posttraumatic disability”. Een trauma bij een persoon die tevoren reeds neurotische verschijnselen vertoonde, lokt dus eerder hoofdpijn uit. *Jansen* noemt de angst voor blijvende beschadigingen als oorzaak voor de hoofdpijn. Vaak hangt deze angst samen met een neurotische angst voor allerlei lichamelijke afwijkingen. Bij de tweede patiënt die ik beschreef, vonden we dit heel duidelijk. Deze jongeman had al een aantal malen mijn spreekuur bezocht met een reeks kleine klachten, wijzend op ongerustheid omtrent zijn lichamelijk functioneren.

Een andere relatie tussen trauma en hoofdpijn is het fenomeen van de rente-neurose (*Nick and Sicard-Nick*). Vaak is er een strijd met een verzekeringsmaatschappij, die volgens de patiënt nogal eens het letsel minimaliseert. De patiënt moet dan bewijzen dat hij gelijk heeft. De persisterende hoofdpijn kan in zo'n geval opgevat worden als een uitdrukking van het feit dat de patiënt de verzekeringsmaatschappij duidelijk wil maken, dat hij nog steeds niet hersteld is. Patiënt 1 is hiervan een voorbeeld. Het is een ervaringsfeit dat vele patiënten zich beter voelen wanneer het percentage van hun arbeidsongeschiktheid is vastgesteld of wanneer de hoogte van de uitkering bekend is.

Een rente-neurose wordt ook wel verzekeringsneurose genoemd (*Zeegers*). We mogen dit verschijnsel zeker niet gelijk stellen aan simulatie. Van een echte rente-neurose moet worden gesproken als de sociale uitkering wegens ziekte of invaliditeit de neurotische symptomen in de hand werkt. *Kuiper* meent dat bij een rente-neurose in de anamnese van de patiënt een neiging tot infantiele oplossingen van conflicten wordt gevonden en vaak een veeleisende, afhankelijkke houding. Hij schrijft: „Vaak hoor je de klacht: Ik heb altijd m'n best gedaan en wat gebeurt er nu met me – ik word aan de dijk gezet, omdat ik niets meer kan. En het ongeluk is op het werk gebeurd. Zo wordt er met je gehandeld”.

Het stellen van de diagnose rente-neurose impliceert niet dat de patiënt niet

ziek of arbeidsongeschikt zou zijn. Meestal is hij dat wel. Ook het stopzetten van de uitkering is niet een methode om de rente-neurose te genezen. Eerder zal een verergering optreden.

### Therapie en werkhervatting

De behandeling van de patiënt na een schedeltrauma kan worden onderscheiden in een behandeling op korte termijn en een behandeling op lange termijn bij het persisteren van de klachten.

De korte-termijn behandeling is gericht op herstel binnen een aantal weken. De onderdelen van deze behandeling zijn:

- preventie van somatische fixatie;
- een goed uitgevoerd lichamelijk onderzoek;
- een voorlichtend gesprek;
- bedrust;
- mobilisatie op geleide van de klachten;
- eventueel fysiotherapeutische hulp;
- advies over werkhervatting.

• *Preventie van somatische fixatie.* Het is een bekend feit dat de schedel- en cervicale letsels in vele gevallen leiden tot een levenslang klaaggedrag, dat moet worden toegeschreven aan een somatische fixatie. De huisarts zal dus in de eerste plaats bedacht moeten zijn op signalen die kunnen worden herkend als tekenen van somatische fixatie. Hij dient te letten op het probleem-oplossend vermogen van de patiënt (*Grol*). Dit probleem-oplossend vermogen kan de huisarts beoordelen door te kijken naar de levensgeschiedenis van de patiënt, met name de medische voorgeschiedenis.

Bij posttraumatische hoofdpijn is voorts van belang hoe de klacht functioneert in het contact van de patiënt met zijn omgeving (relatie met de partner, met de werkgever en met de eventuele verzekeringsmaatschappij). Het is van groot belang de functie van de klacht op het spoor te komen door aandacht te besteden aan somatische en psychische symptomen. Een lichamelijk onderzoek en een gesprek zijn daarvoor de geëigende middelen.

• *Lichamelijk onderzoek.* *Wolff* stelt terecht, dat de gevolgen van een ongeval voor een groot deel afhankelijk zijn van de houding van de arts, en ook *Robertson* wijst er op, dat de genezing vaak wordt belemmerd door dokters die zeggen, dat hoofdpijn lang kan duren na een ongeval. Na het ongeval zal moeten worden nagegaan of er intracerebraal geen letsel aanwezig is, of er kans is op

fracturen van de schedel en of er geheugenstoornissen aanwezig zijn. Belangrijk is de duur van de amnesie: deze bepaalt de ernst van de commotio. Na de bewusteloosheid wordt hiernaar gevraagd. Vaak is de patiënt in lichte mate verward.

Intracerebrale letsels kunnen worden uitgesloten door een oriënterend neurologisch onderzoek, waarbij in het bijzonder wordt gelet op de pupilgrootte, links-rechts verschillen van de pupillen en pupilreacties op licht. Bij verdenking op schedelfracturen of cervicale wervelfracturen dient een röntgenfoto te worden aangevraagd.

• *Voorlichtend gesprek.* De uitslag van het onderzoek dient met de patiënt te worden besproken. Vaak is dit niet direct mogelijk maar pas de volgende dag. Wanneer er geen intracerebrale letsels aantoonbaar zijn, wordt de patiënt gerustgesteld. Duidelijk wordt gemaakt dat een commotio cerebri geen latere gevolgen heeft, dat wanneer de symptomen verdwijnen, de patiënt geneest, zonder verdere verschijnselen.

In de volksmond heet het nog steeds dat een commotio gevaarlijk is en levenslang hoofdpijn geeft, wanneer de patiënt te vroeg opstaat of aan 't werk gaat. Bij de tweede patiënt uit de beschreven voorbeelden was dit een duidelijke belemmering voor een actieve therapie.

In het gesprek met de patiënt dienen ook de verzekeringsproblemen te worden besproken. Er dient te worden geanticipeerd op latere rente-neurotische problemen.

• *Bedrust.* In het begin van de behandeling is bedrust altijd noodzakelijk in verband met de meestal aanwezige hoofdpijn en vegetatieve verschijnselen. Uit het onderzoek van *Van 't Hooft* (1973) komt naar voren dat bijna alle patiënten met langdurige hoofdpijn langer dan gemiddeld het bed hebben gehouden. Van de patiënten die snel werden gemobiliseerd, had slechts een klein percentage langdurige hoofdpijn. Een van de belangrijkste zaken bij de therapie is dus de dosering van de bedrust. Het is niet nodig zeer strenge voorschriften te geven in de zin van volkomen plat liggen, zonder kussen en in het donker. Met de patiënt en de familie kan worden overlegd, dat de patiënt rust kan nemen op een manier die hij zelf het meest plezierig vindt.

• *Mobilisatie.* Als na een aantal dagen de hoofdpijn vermindert, kan met mobi-

lisatie worden begonnen. Hoe moeilijk dit soms is, laat het verhaal van patiënt 2 zien. Bij patiënte 3 verliep het mobilisatieschema erg goed. Van groot belang is dat de huisarts de mobilisatie begeleidt door een aantal visites af te leggen met tussenpozen van een paar dagen. De huisarts kan de patiënt stimuleren een aantal lichte bezigheden te hervatten. Vaak zien we na het opstaan de hoofdpijn weer terugkomen. De patiënt heeft de neiging dan weer volkomen plat te gaan liggen. Het is echter gebleken dat dit niet noodzakelijk is. Wanneer er rustig over wordt gesproken en wordt uitgelegd dat dit niet ernstig is en dat een verdere mobilisatie geen schadelijke gevolgen heeft, lukt het vaak de patiënt gerust te stellen en de mobilisatie te continueren.

- *Fysiotherapie.* In een aantal gevallen is de actieve behandeling te vergemakkelijken met behulp van de fysiotherapeut. Dit is vooral wenselijk bij de cervicale traumata, waarbij de nekspatiologie pijnlijk is. De spastische component wordt door een lichte massage behandeld. De patiënt voelt op die manier een ondersteuning en dit geeft hem een bepaald vertrouwen dat de mobilisatie zal lukken.

- *Werkhervattingsadvies.* Langdurig bedrust leidt in het algemeen tot langdurig ziekteverzuim (Van 't Hooft 1973). Rolander et al. vergeleken de resultaten van een „actieve” behandeling zoals ik hierboven beschreef, met de routinebehandeling. De actieve behandeling in hun onderzoek bestond uit het dagelijks bezoeken van de patiënt en uitleggen wat het letsel precies had veroorzaakt. De hulp van de fysiotherapeut werd ingeschakeld en de patiënt werd al na een paar dagen gemobiliseerd. Het bleek dat bij de op deze wijze behandelde patiënten de werkhervatting in gemiddeld veertien dagen plaats vond, in tegenstelling tot de niet-actieve groep, waarbij dit tweeëndertig dagen was. Met de patiënt wordt al snel over werkhervatting gesproken. Het hangt natuurlijk van de aard van het werk en de ernst van het doorgemaakte trauma af, hoe snel de patiënt zijn werk kan hervatten. In mijn ervaring lukt het bij een actieve behandeling meestal binnen drie weken de patiënt volledig hersteld te verklaren.

In een aantal gevallen ziet men dat de hoofdpijn opnieuw optreedt, wanneer de patiënt aan de slag gaat. Ook hierop dient al tijdens de herstelperiode te worden geanticipeerd. Vaak heeft deze

hoofdpijn te maken met de spanning die werkhervatting met zich meebrengt. Een staken van de arbeid is vaak niet nodig; na een dag verdwijnt de hoofdpijn weer.

In een aantal gevallen blijft de patiënt klachten houden. We komen dan toe aan een behandeling op lange termijn. Hierbij dient nagegaan te worden wat de betekenis is van de hoofdpijn:

- heeft deze te maken met problemen die tevoren aanwezig waren?
- is het angst voor blijvende schade?
- is het een conflict met de verzekerings situatie?

- zijn er pre-existente neurotische factoren?

- bestaan er conflicten in gezin of op het werk, waardoor de patiënt liever in zijn ziekterol blijft?

Vaak blijkt er een uitgebreide spastische musculatuur in het cervico-occipitale gebied te bestaan, soms ook in het tempero-frontale gebied. De benadering van deze patiënten is in grote lijnen identiek aan die van de chronische hoofdpijnpatiënt, zoals beschreven in mijn dissertatie (Post).

### Conclusie

Vanuit de literatuur en vanuit observatie in mijn huisartspraktijk werd nagegaan, welke weg zou kunnen worden bewandeld met een patiënt met posttraumatische hoofdpijn. Hierbij bleek dat een actieve behandeling na een ongeval van groot belang is voor het weer normaal functioneren van de patiënt. Ik ben het eens met wat Wolff zegt: „The prognosis for longstanding post-traumatic headache cannot be expressed in general terms since much depends on the rapport between patient and physician”. De samenwerking tussen arts en patiënt is bij de door mij voorgestelde benadering van het grootste belang.

*Samenvatting.* De vraag hoe een patiënt met posttraumatische hoofdpijn het best kan worden gemobiliseerd, vormt het uitgangspunt voor een literatuuronderzoek en een analyse van een aantal observaties in de huisartspraktijk. De problematiek wordt duidelijk gemaakt aan de hand van een drietal casus. De behandeling is gericht op een snelle mobilisatie van de patiënt, op geleide van de klachten. Bij persisterende klachten wordt een behandeling voorgeschreven die gelijk is aan de behandeling bij chronische hoofdpijn zonder een trauma in de anamnese.

*Summary.* The problem of posttraumatic headache.

The question how best to mobilize a patient with posttraumatic headache prompted a study of the literature and an analysis of a number of observations in general practice. The problem is elucidated with the help of three cases. Treatment aims at rapid mobilization guided by the patient's complaints. In the case of persistent complaints, the treatment prescribed is identical with the same prescribed for chronic headache without a history of trauma.

Balla, J. J. and S. Moraitis. Knights in armour. A follow-up study of injuries after legal settlement. (1970) *Med. J. Aust.* 2, 355.

Brogdon, B. G., C. J. Frankel, W. K. Ishmael and H. B. Shorpe. Het whiplash letsel. (1975) *Patient Care* 2, 4.

Friedman, A. H., K. H. Finley, J. R. Graham et al. Classification of headache. Ad hoc Committee on classification of headache. (1962) *J. Amer. med. Ass.* 179, 717.

Jongkees, L. B. W. Cervicaal zweepslag syndroom. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1817.

Grol, R. (red.). Huisarts en somatische fixatie. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen*, 1981.

Hooft, F. van 't. Commotio cerebri en andere gevolgen van schedeltraumata. *Diss. Utrecht*, 1973.

Hooft, F. van 't. Schedeltraumata. *Stafleu, Leiden*, 1975.

Jansen, J. J. De neuroloog en de hoofdpijnpatiënt. In: J. J. Bremer (red.). Hoofdpijn. *Stafleu, Leiden*, 1970.

Kuiper, P. C. Neurosenleer. *Van Loghum Slaterus, Arnhem*, 1968.

Lance, J. W. Mechanism and management of headache. *Butterworths, London/Boston*, 1978.

Miller, H. Posttraumatic headache. In: P. J. Vinken and G. W. Bruyn (eds.). Headaches and cranial neuralgias. *North Holland Publishing Company, Amsterdam*, 1978.

Nick, C. and C. Sicard-Nick. Chronic post-traumatic headache. (1969) *Res. clin. Stud. Headache* 2, 115.

Post, D. De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. *Stafleu, Alphen a/d Rijn*, 1980.

Robertson, E. G. The investigation of headache. (1972) *Res. clin. Stud. Headache* 3, 1.

Rolander, M., H. Troupp and G. Börkjessten. Controlled trial of treatment for cervical concussion. (1972) *Brit. med. J.* II, 1777.

Wolff, H. G. Headache and other headpain. *Oxford University Press, Oxford*, 1963.

Zeegers, M. Psychiatrie. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1977.