

En ik wilde iets hebben voor mijn hoofdpijn...

N.P. VAN DUIJN
E.G.M. COUTURIER

Van Duijn NP, Couturier EGM. En ik wilde iets hebben voor mijn hoofdpijn... Huisarts Wet 1999;42(8):358-61.

Met vier casus wordt geïllustreerd dat hoofdpijndiagnostiek over het algemeen met weinig moeite tot een goed einde te brengen is. Voor de diagnostiek én de behandeling van zowel migraine als spanningshoofdpijn zijn de bestaande praktijkrichtlijnen goede richtsnoeren. Dit geldt ook voor het samen voorkomen van migraine en spanningshoofdpijn; hier bieden de praktijkrichtlijnen eveneens steun, al is wel wat meer geneeskunst nodig. De combinatie van twee hoofdpijnsoorten is niet in één consult af te handelen; terugbestellen met huiswerk – de hoofdpijnregistratie – is hiervoor een handige methode. Een vierde casus laat zien waar het moedeloze gevoel van dokters bij de klacht hoofdpijn zijn oorsprong vindt: niet in de klacht, maar in sommige patiënten.

Dr. N.P. van Duijn, huisarts, Divisie Public Health, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 1, 1105 AZ Amsterdam;
e-mail N.PvanDuijn@AMC.UvA.nl.
E.G.M. Couturier, neuroloog, Amsterdam.
Correspondentie: dr. N.P. van Duijn.

Inleiding

En, dokter, ik wilde iets hebben voor mijn hoofdpijn; het wordt de laatste maanden erger...

Als een patiënt dit zegt aan het eind van een consult, wordt menig arts wat moedeloos. Het receptenblok is dan gauw gepakt. In deze klinische les willen we laten zien dat een recept wel de snelste manier is om de klacht ‘chronisch hoofdpijn’ af te handelen, maar dat men dan professioneel gezien veel genoegen laat liggen. Eén minuut is daarvoor te kort, maar binnen tien minuten komt men een heel eind.

Migraine

De eerste stap is vaststellen of de patiënt stereotiepe aanvallen van hoofdpijn heeft of niet.

Mevrouw A, een 19-jarige notarisklerk, vertelt dat ze hoofdpijnaanvallen heeft met een duur van 6 tot 14 uur. Meestal begint het met felle strepen die vervormen wat ze ziet. Dan komt er een hevige, bonzende hoofdpijn op. 's Nachts wordt ze er wakker van, in het weekend gaat ze naar bed, en op haar werk wil ze dan het liefst naar huis. Ze is er altijd misselijk bij, soms met braken. Fel licht verdraagt ze niet goed, geluid wel. Ze heeft het nu acht keer gehad in zes maanden.

Mevrouw A heeft migraine. Het beeld wordt bepaald door vier hoofdkenmerken: aanvalsgewijs, misselijkheid of braken, toename bij lichamelijke activiteit en de ernst die normaal functioneren beperkt. De diagnose kan gesteld worden met patroonherkenning. Bij twijfel loopt men systematisch de criteria langs.¹⁻⁵

Mevrouw A dacht al dat het migraine was, haar broer heeft het ook.

De volgende maanden worden verschillende geneesmiddelen geprobeerd, op geleide van een hoofdpijnregistratie. We komen uit op een aanvalsbehandeling van diclofenac 100 mg met metoclopramide 20 mg. Soms helpt dat onvoldoende of kan ze zich geen aanval permitteren. Dan injecteert ze sumatriptan subcutaan, wat ze onaangenaam vindt, maar het helpt vlot. Toedie-

ning per neusspray, qua snelheid tussen tablet en subcutaan in, is nog niet geprobeerd.

De behandeling van migraine is strikt genomen niet lastig. De richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap of van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie zijn helder.^{2,3} Belangrijk is de patiënt terug te bestellen met huiswerk, de hoofdpijnregistratie. Pas dan krijgt men een goed beeld van frequentie, ernst en eventuele luxerende factoren. Ook wordt het behandel effect geobjectiveerd.^{6,7} Men kan een uitgebreid, voorgedrukt hoofdpijn dagboek meegeven, zoals dat door de Nederlandse Vereniging van Migrainepatiënten wordt uitgegeven, maar dit is meer een gestructureerde anamnese dan een handzame pijnregistratie. Eenvoudiger is het de patiënt te vragen op een blaadje of in de agenda de ernst van de hoofdpijn te registeren met een cijfer van 0 tot 10. Dit is een beproefde methode bij pijn in het algemeen, die vrijwel iedere patiënt begrijpt (kader).

De combinatie metoclopramide en een salicylaat of een NSAID, beide hoog gedoseerd, werkt alleen als de middelen aan het begin van een aanval worden ingenomen. Waarschijnlijk zijn een salicylaat en een NSAID even effectief. Er is een studie (zijn zelfs onderzoeken) waaruit een even groot effect blijkt van een combinatiepreparaat van metoclopramide en een bijzonder soort salicylaat, en sumatriptan.^{9,10} Paracetamol verdient niet meer de voorkeur, want paracetamol is matig werkzaam vergeleken met een NSAID, ook bij kinderen. In sommige onderzoeken blijkt paracetamol zelfs onwerkzaam.¹¹⁻¹³

De NHG-Standaard Migraine (1991) vermeldt dat het analgeticum een half uur na het prokineticum moet worden ingenomen, omdat bij een migraine-aanval de resorptie verminderd is.² Deze farmacologische redenering klinkt logisch, maar is het niet. Het analgeticum kan in de maag evengoed op zijn beurt wachten als in het doosje. Bovendien werden in alle onderzoeken beide geneesmiddelen tegelijk ingenomen. Bij braken kunnen zetpillen worden voorgeschreven.

Als deze aanvalsbehandeling van eerste keuze bij drie aanvallen niet helpt, dan is de volgende stap het voorschrijven van een triptan. De effectiviteit van de triptanen (sumatriptan, naratriptan, rizatriptan, zolmitriptan) is vergelijkbaar; de onderlinge plaatsbepaling is nog onduidelijk.¹ Een hogere dosering is vaker effectief, maar geeft ook meer bijwerkingen, evenals een subcutane injectie. Bij bijwerkingen lijkt verlagen van de dosering of veranderen van de toedieningsvorm logischer dan van merk veranderen.

Sumatriptan is effectiever en veiliger dan ergotamine.^{1,3} De tijd van ergotamine is voorbij, zoals ook adrenaline bij de behandeling van astma zijn tijd heeft gehad. De helft van de onderzoeken geeft geen effect van ergotamine te zien, de andere helft

een matig effect.¹⁴⁻¹⁷ Wie het grote prijsverschil een dilemma vindt en stelt dat een klein aantal patiënten met incidentele aanvallen ergotamine verkiest boven een triptan, kan beide laten uitproberen en dan kiezen. Lager doseren van het triptan of een andere triptan kiezen is overigens een rationelere oplossing. Lager doseren is bovendien goedkoper.

Hoe u het ook aanpakt, het gaat er om de behandeling op het spreekuur te controleren.

Spanningshoofdpijn

De heer B, een 28-jarige informaticus, heeft vaak drukkende hoofdpijn. Echt misselijk is hij niet. Het duurt een half uur tot

een paar dagen. Hij verzuimt hier nooit voor, maar het stoort hem wel in zijn concentratie; hij gaat dan wat anders doen. Het gebeurt ook dat de hoofdpijn verdwijnt als hij lekker bezig is. Met sporten gaat de hoofdpijn altijd over. Na een slechte nachtrust is het steeds raak.

Meneer B heeft spanningshoofdpijn. Ook deze diagnose is te stellen met patroonherkenning, naast het nalopen van een rijtje kenmerken volgens de praktijkrichtlijnen. De kernsymptomen zijn de geringe ernst, de aard van de pijn, het wisselende beloop en het kunnen blijven functioneren. Lichamelijke activiteit kan spanningshoofdpijn zelfs verbeteren; bij migraine komt dat nooit voor. Braken ontbreekt bij spanningshoofdpijn, maar anorexie komt voor. Enige fotofobie of fonofobie wordt weleens vermeld, maar nooit beide. Inslapen kan moeilijk gaan. Soms staan patiënten met deze hoofdpijn op, maar ze worden er niet wakker van, zoals bij migraine. Hoe meer onderzoeken er over spanningshoofdpijn verschijnen, des te minder wordt deze pijn begrepen.

Psychosociale factoren hebben geen voornamme etiologische betekenis voor spanningshoofdpijn en nauwelijks waarde bij de hoofdpijn diagnostiek.¹⁸ Wel gaan spanningshoofdpijn en migraine vaak samen met psychosociale comorbiditeit, maar vooral bij spreekuurbezoekers, nauwelijks in de ongeselecteerde populatie.¹⁹ Deze associatie zegt dus weinig over de hoofdpijn, maar veel over het spreekuurbezoek voor chronische gezondheidsproblemen. In polikliniekpopulaties is dit selectie-effect nog sterker. Psychosociale factoren kunnen wel een therapeutische ingang bieden, zoals bij elke chronische pijn.

Met meneer B wordt de diagnose spanningshoofdpijn besproken. Soms komt het door psychische spanningen, maar moe zijn en uren in een houding zitten geeft dezelfde hoofdpijn. Het komt dus neer op 'bewegingshygiëne' en voor de rest gebruikt hij de hoofdpijn als signaal dat hij zich te veel laat opjagen.

De behandeling van spanningshoofdpijn bestaat eerder uit inzicht geven dan uit ge-

Een eenvoudige hoofdpijnregistratie

De ernst van de hoofdpijn wordt weergegeven door een cijfer van 0 (geen hoofdpijn) tot 10 (de ergste hoofdpijn die je kunt voorstellen). Ervaring leert dat migraine meestal een score van 6-9 oplevert, episodische spanningshoofdpijn meestal 1-5. Chronisch dagelijks hoofdpijn zit in het middengebied, maar zonder pieken. Andere mogelijkheden voor het scoren van de ernst zijn een vierpunts zogenaamde Likert-schaal, met woorden, of een vijfpunts of zevenpuntsschaal.^{6,8} De Nederlandse Vereniging van Migrainepatiënten gebruikt een vierpuntsschaal die sterk lijkt op die van de International Headache Society.^{4,6} Beide hebben beperkingen in het dagelijks functioneren geïncorporeerd. Er is voorgesteld om een meer preciese maat voor de ernst op te nemen in de diagnostische criteria.⁵

Naast de kolom voor de ernst kunnen naar verkiezing meer of minder gestructureerde aantekeningen worden gemaakt; de patiënt kan hierin enige vrijheid worden gelaten. Niet iedereen vindt het leuk – of is in staat – om minutieus gezondheidsklachten te registreren.

Een cijfer voor de ernst, elke dag genoteerd in een agenda is het minimum. De rest kan worden aangevuld met de anamnese.

Datum	Ernst	Duur	Aantekeningen
1 februari	3	paar uur	drukke dag
2 februari	1		stressig
3 februari	6	3 brufen	zaterdag...
4 februari	8	4 brufen	flink braken
5 februari	0		gammel
6 februari	1	??	
7 februari	0	??	
8 februari	2	hele dag	Menstr.
9 februari	9	24 u, in bed	M
10 februari	3	niets gedaan	M
11 februari	7		M
12 februari	8	40 uur	M±
13 februari	2	hele dag	M±
14 februari	5	4 u, 2 parac	werken ging wel
...			

neesmiddelen voorschrijven. Ons inziens is het recept de verkeerde boodschap. Een recept suggereert een belangrijke rol voor de huisarts bij het direct en altijd verlichten van een klacht als spanningshoofdpijn. Weliswaar is de werkzaamheid van NSAID's aangetoond (die van paracetamol niet altijd),^{20,21} maar spanningshoofdpijn is een symptoomdiagnose. Een symptoomdiagnose dient te worden besproken en uitgelegd; er wordt geadviseerd en er wordt gerustgesteld, maar een symptoomdiagnose wordt niet 'behandeld door de dokter'. Spanningshoofdpijn verschilt hierin niet van voetpijn, kniepijn of rugpijn.

In tegenstelling tot migraine, waar alle middelen behalve de triptanen aan het begin van de aanval moeten worden ingenomen, is de patiënt met spanningshoofdpijn ons inziens beter af met pijnstillers die in het doosje blijven wachten tot het te erg wordt. Dit geldt zeker bij chronische spanningshoofdpijn, waar het gevaar bestaat van hoofdpijn door chronisch analgaticagebruik – dubbel hoofdpijn dus. Fysiotherapie kan zinvol zijn, tenminste als de therapeut hetzelfde doel heeft: inzicht geven en adviseren, eerder dan wegnemen van de pijn. Chronisch fysiotherapie is evenzeer gecontraïndiceerd als herhaalreceptuur voor analgetica.

De luxerende factoren zijn soms heel duidelijk, zoals een verkeerde houding of moeheid, wat vooral geldt voor jongelui die aan het begin staan van hun hoofdpijn-carrière. Maar bij jaren bestaande spanningshoofdpijn is elk verband met 'oorzaken' opgelost in de viciuze cirkel van chronische pijn, met zijn eigen aanpak.^{8,22}

Mengvorm

De heer C, een slager van 38 jaar, heeft altijd al hoofdpijn, maar het wordt de laatste tijd erger. Anamnestisch komt de arts er niet goed uit, en zeker niet in een paar minuten. Meneer C haalt ernst, duur, voorgeschiedenis, aanleiding en gevolgen allemaal door elkaar. Hij krijgt een hoofdpijndagboek mee en wordt terugbesteld voor over twee weken.

In het algemeen is bij chronische hoofdpijn de efficiëntste manier van diagnostiek de patiënt terug te bestellen met huiswerk, de hoofdpijnregistratie (*kader*). Dit terugbestellen is tegelijk een elegante manier om de vraag 'Heeft u wat voor mijn hoofdpijn?' te verplaatsen naar een volgende consult.

Uit het dagboek blijkt dat meneer C weinig ernstige spanningshoofdpijn heeft, waar mee hij gewoon doorwerkt. Daar bovenop heeft hij hevige hoofdpijnaanvallen met braken, lichtschuwheid en last van harde geluiden. Zo'n aanval kan hem in de slagerij overvallen en duurt 12 tot 24 uur. Hij kan dan nauwelijks doorwerken; naar huis rijden lukt evenmin. Hij had zich nooit gerealiseerd dat hij twee hoofdpijnsoorten heeft: spanningshoofdpijn en migraine. De migraine blijkt in frequentie toe te nemen van een paar keer per jaar tot nu eenmaal per week.

Na wat uitproberen is hij goed ingesteld met aanvalsmedicatie en profylactisch metoprolol eenmaal 100 mg. Migraine heeft hij nu maar eens in de paar maanden; de spanningshoofdpijn is onveranderd.

Inzicht krijgen in zo'n patroon van twee soorten hoofdpijn gaf deze patiënt al opluchting. De chronische, weinig ernstige spanningshoofdpijn van meneer C werd door dit inzicht een onschuldige hoofdpijn die geen dreiging meer inhoudt van een invaliderende hoofdpijnaanval. Zonder dit inzicht dreigt bovendien het gevaar van anticiperend analgaticagebruik, of erger, van chronisch gebruik van specifieke migrainemiddelen als ergotamines en triptanen.

Iets anders

Mevrouw D klaagt over hoofdpijn. Ze is 42 jaar. De hoofdpijn is een nieuwe klacht, maar misstaat niet in het rijtje klachten dat ze al 30 jaar presenteert. Ze bezoekt de huisarts elke twee weken met klachten van het bewegingsapparaat, de buik en de luchtwegen. Inmiddels is haar lijst chronische ziekten en (mislukte) operaties erg lang geworden. Verder heeft ze reflexdystrofie van de arm. Ze heeft nooit een psy-

chiater willen spreken, maar haar huisarts beschouwt haar als iemand met een dysthymie en een somatisatiestoornis. Deze triestigheid heeft vermoedelijk te maken met ernstige mishandeling als kind; hierover wil ze niet meer praten.

De hoofdpijn is bij mevrouw D zozeer ingebet in een gegeneraliseerd lijden, dat aparte diagnostiek en behandeling van de hoofdpijn waarschijnlijk zinloos, soms zelfs gecontraïndiceerd is.

Ook met een hoofdpijndagboek is er geen patroon te ontdekken in de hoofdpijn van mevrouw D. Er lijkt geen sprake te zijn van overgebruik van (zelf)medicatie, wat eerst hoog in de differentiële diagnose stond. De beste diagnose is tot nu toe chronisch pijsynsysteem bij een somatisatiestoornis. Amitriptyline tweemaal 40 mg heeft redelijk effect op het welbeinden, de slaap en alle pijnsoorten, maar ze verkiest 10 + 30 mg; anders is ze te suf. De hoofdpijn wordt verder niet besproken.

Achteraf was het beter geweest de hoofdpijn te negeren en een algemene pijnregistratie te vragen, met de nadruk op de ernst, het analgaticagebruik en de dagelijkse gebeurtenissen. Aan de andere kant kunnen ook patiënten met een somatisatiestoornis migraine hebben.

Beschouwing

Hoofdpijn is een klacht die door patiënten niet zomaar wordt gepresenteerd. De ijsberg aan hoofdpijnklachten die niet worden gepresenteerd, is waarschijnlijk groter dan bij andere klachten. Hoofdpijn wordt beschouwd als 'iets waar je niet over zeurt'. Deze gene maakt vaak dat hoofdpijn en passant gepresenteerd wordt. In zo'n situatie is terugbestellen beter dan even een pijnstiller voorschrijven.

Bij spanningshoofdpijn is een recept voor pijnstillers de verkeerde boodschap. Diagnostiek en uitleg zijn onze voornaamste taken, niet de behandeling. Bij migraine is het om een andere reden onverstandig de klacht hoofdpijn met alleen een recept te beantwoorden. Migraine is namelijk een chronische, soms invaliderende aandoening waar zware geneesmiddelen

aan te pas kunnen komen. Dit verdient een scherpe diagnose en een aantal controles.

Bij het samengaan van twee soorten hoofdpijn, zoals bij meneer C, zijn er dus twee redenen om niet alleen een recept te schrijven. Bovendien dreigt hier het gevaar van een medicatie-afhankelijke hoofdpijn, de derde reden om niet direct het receptenblok te pakken. Bij mengvormen van hoofdpijn kan de patiënt de simpele uitleg dat de hoofdpijn in feite bestaat uit twee verschillende soorten, als een opluchting ervaren. Patiënten, en zeker hoofdpijnpatiënten, kunnen veel pijn verdragen, maar niet als de pijn ongrijpbaar is.

Patiënten met een hoofdpijn die past in een veel groter lijden, patiënt D, zijn zeker niet gebaat met een recept voor pijnstillers. De hoofdpijn bij deze groep is immers een communicatiemiddel, een manier om in gesprek te komen. Ook bij deze groep ligt medicatie-afhankelijke hoofdpijn op de loer.

Literatuur

- 1 Ferrari MD. Migraine. Lancet 1998;351:1043-51.
- 2 Bartelink MEL, Van Duijn NP, Knuistingh Neven A, et al. NHG-standaard Migraine. Huisarts Wet 1991;34:504-8.
- 3 Koehler PJ, Bomhof NAM, Couturier EGM, et al. Richtlijnen diagnostiek en behandeling chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen. Utrecht: Commissie Kwaliteitsbewaking van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 1997.
- 4 Headache classification committee of the International Headache Society. Classification of headache disorders, cranial neuralgias and facial pain; and diagnostic criteria for primary headaches disorders. *Cephalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
- 5 Rasmussen RK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalgia* 1991;11:129-34.
- 6 Russell MB, Rasmussen BK, Brennum J, et al. Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalgia* 1992;12:369-74.
- 7 Metsähonkala L, Sillanpää M, Tuominen J. Headache diary in the diagnosis of childhood migraine. *Headache* 1997;37:240-4.
- 8 Passchier J, Trijsburg RW, De Wit R, Eerdmans-Dubbelt SLC, red. *Psychologie van onbegrepen chronische pijn*. Assen: Van Gorcum, 1998.
- 9 Chabriat H, Joire JE, Danchot J, et al. Combined oral lysine acetylsalicylate and metoclopramide in the acute treatment of migraine: a multicentre double-blind placebo-controlled study. *Cephalgia* 1994;14:297-300.
- 10 Tfelt-Hansen P, Henry P, Mulder LJ, et al. The effectiveness of combined oral lysine acetylsalicylate and metoclopramide compared with oral sumatriptan for migraine. *Lancet* 1995;346:923-6.
- 11 Hamalainen ML, Hoppu K, Valkeila E, Santavuori P. Ibuprofen or acetaminophen for the acute treatment of migraine in children; a double-blind, randomized, placebo-controlled, crossover study. *Neurology* 1997;48:103-7.
- 12 Karabetsos A, Karachalios G, Bourlinou P, et al. Ketoprofen versus paracetamol in the treatment of acute migraine. *Headache* 1997;37:12-4.
- 13 Lipton RB, Stewart WE, Ryan RE, et al. Efficacy and safety of acetaminophen, aspirin, and caffeine in alleviating migraine headache pain – three double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Arch Neurol* 1998;55:210-7.
- 14 Ruitenberg-Klerkx MB, Van den Brink G, Porruis AJ. Migraine hoeft niet lang te duren: een overzicht voor middelen voor profylaxe en therapie. *Pharm Weekbl* 1997;132:1806-12.
- 15 Dahlöf C. Placebo-controlled clinical trials with ergotamine in the acute treatment of migraine. *Cephalgia* 1993;13:166-71.
- 16 Welch KMA. Drug therapy of migraine. *N Engl J Med* 1993;329:1476-83.
- 17 Weening EC. Aanvalsbehandeling migraine; ergotamine, hoe lang nog? *Pharma Selecta* 1995; 11:108-13.
- 18 Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychological factors. *Int J Epidemiol* 1992;21:1138-43.
- 19 Essink-Bot ML. Health status as a measure of outcome of disease and treatment [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.
- 20 Dahlof CGH, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension-type headache. *Cephalgia* 1996;16: 117-23.
- 21 Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). *Cephalgia* 1998;18:38-43.
- 22 Beijaert RPH, Van Duijn NP. Reumatiek. *Huisarts Wet* 1997;40:110-3.