

De kern

- ▶ De diagnostiek bij patiënten met hoofdpijn berust op een zorgvuldig afgenomen anamnese.
- ▶ Bij heftige, acuut begonnen hoofdpijn is het belangrijk ernstige oorzaken uit te sluiten.
- ▶ Bij nieuwe hoofdpijn bij patiënten ouder dan 50 jaar of een eerste migraineaanval boven 40 jaar moet rekening worden gehouden met een ernstige afwijking.
- ▶ Bij chronische hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen is aanvullend onderzoek zinloos.

pijn bij de huisarts komen naar de neuroloog verwezen.¹ De grootste groep bestaat uit patiënten die niet door de huisarts gerustgesteld konden worden. Verder betreft het patiënten met ernstige vormen van migraine en clusterhoofdpijn en patiënten bij wie de huisarts een ernstige oorzaak vermoedt. Voor aanvullend onderzoek bestaan de volgende richtlijnen:³

Bij een patiënt met migraine of chronische spanningshoofdpijn is een EEG of aanvullend beeldvormend onderzoek in het algemeen niet geïndiceerd. De kans op het vinden van een relevante afwijking bij patiënten met migraine is 0,4%,²⁶ bij chronische hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen is de kans nog kleiner.²⁷ **E**

Een EEG is alleen zinvol bij kinderen met kortdurende hoofdpijnaanvallen en indien epilepsie in de differentiële diagnose voorkomt.³ **C**

Een CT- of MRI-scan is geïndiceerd bij patiënten met hoofdpijn die niet in te delen is en waarvan de oorzaak niet duidelijk is, met een recente verandering in het hoofdpijnpatroon, herhaalde neurologische auraverschijnselen die steeds aan dezelfde zijde optreden, epileptische aanvallen in de voorgeschiedenis, focale neurologische symptomen of afwijkingen bij het lichamenlijk onderzoek.³ **C**

Literatuur

- 1 Donker G, Hutten J, Bijl D, Flierman H, Van der Velden J. Hoofdbrekens en Kopzorgen. Epidemiologie en handelen van patient en huisarts bij migraine en andere vormen van hoofdpijn. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 2 Foets M, Sixma H. Een nationale studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 3 Commissie Kwaliteitsbewaking van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Werkgroep richtlijnen hoofdpijn. Richtlijnen diagnostiek en behandeling chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen, 1997.
- 4 Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population- A prevalence study. J Clin Epidemiol 1991;44:1147-57.
- 5 Thomson AN, White GE, West R. The prevalence of bad headaches including migraine in a multiethnic community. NZ Med J 1993;106:477-9.
- 6 Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. BMJ 1994;309:765-9.
- 7 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.

- 8 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 9 Silbertstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice. Oxford: Isis Medical Media, 1998.
- 10 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 11 MacGregor A. Managing Migraine in Primary Care. Oxford: Blackwell Science, 1999.
- 12 Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The prevalence and characteristics of migraine in population-based cohort; the GEM study. Neurology 1999;53:537-42.
- 13 Van de Lisdonk EH. Perceived and presented morbidity in general practice. A study with diaries in four general practices in the Netherlands. Scand J Prim Health Care 1989;7:73-8.
- 14 Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. Neurology 1992;42:1225-31.
- 15 Walling AD. Headache. In: Weiss, B, editor. 20 common problems in primary care. New York: Mc Graw Hill, 1999.
- 16 De Jongh TOH, Lentze K. Ongerustheid en het bezoek aan de huisarts. Med Cont 1992;47:853-6.
- 17 Bartelink MEL, Van Duijn NP, Knuistingh Neven A, Ongerling JEP, Oosterhuis WW, Post D, et al. NHG-standaard Migraine [eerste herziening]. Huisarts Wet 1999;42:511-8.
- 18 Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalalgia 1988;8(S7):1-96.
- 19 Vermeulen M. Subarachnoid hemorrhage: diagnosis and treatment. J Neur 1996;243:496-501.
- 20 Pfund Z, Szapary L, Jaszberenyi O, Nagy F, Czopf J. Headache in intracranial tumors. Cephalalgia 1999;19:787-90.
- 21 Salander P, Bergenheim AT, Hamberg K, Henriksson R. Pathways from symptoms to medical care: a descriptive study of symptom development and obstacles to early diagnosis in brain tumour patients. Fam Pract 1999;16:143-8.
- 22 Couturier EGM. Wie uitgeslapen is slaapt nooit meer uit; weekendhoofdpijn door te late en te geringe inname van cafeïne. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137(39):1953-5.
- 23 Koehler PJ, Mulder LJMM. Hoofdpijn door pijnstillers. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:2577-9.
- 24 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 25 Smetana GW. The diagnostic value of historical features in Primary Headache Syndromes. Arch Intern Med 2000;160:1729-37.
- 26 Evans RW. Diagnostic testing for headache. Med Clin North AM 2001;85:847-63.
- 27 Dumas MD, Pexman W, Kreeft JH. Computed tomography evaluation of patients with chronic headache. Can Med Assoc J 1994;151:1447-523.

Intermezzo

Het laagste geboortegewicht in deze reeks (1000 bevallingen in twee praktijken in Middelburg tussen 1949 en 1961, red.) bedroeg 1125 gram. De lengte van dit kind, dat drie maanden te vroeg werd geboren, was 38 cm. Hoewel het nog tot onder de 1000 gram afviel, bleef het in leven; het heeft zich later volkomen normaal ontwikkeld.

Pel JZS, Pel-Mellink J. Een duizendtal bevallingen in een huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 1962;5:133-40.