

Pijn in het aangezicht

WAT IS HET PROBLEEM?

Pijn in het aangezicht is een weinig gepresenteerde klacht bij de huisarts, maar het is belangrijk deze te herkennen. Uit enquêtes onder patiënten blijkt dat een juiste diagnose vaak pas laat wordt gesteld. Artsen, ook in de tweede lijn, herkennen de aandoening niet altijd.

Bij de meeste aangezichtspijnen zijn de klachten heftig en is er een negatieve invloed op het dagelijks functioneren. Door de uitgebreide differentiaaldiagnose is het stellen van een juiste diagnose niet gemakkelijk. Naast neurologische aandoeningen kunnen spanningshoofdpijn, migraine, sinusitis, kaakaandoeningen en aandoeningen in de mond eenzijdige pijn veroorzaken. Als er geen diagnose te stellen is, werd vroeger gesproken van 'atypische aangezichtspijn'; tegenwoordig heet dit 'persistent idiopathic facial pain' (PIFP).

WAT MOET IK WETEN?

Bij *clusterhoofdpijn* zijn er aanvallen van ernstige, strikt unilaterale pijn in of rond de oogkas. De klachten kunnen een kwartier tot uren duren, meermalen per dag, en vergezeld gaan van ipsilaterale conjunctivale injectie en/of tranenvloed, neusverstopping of loopneus.

Bij *trigeminusneuralgie* zijn er eenzijdig korte elektrische schokachtige pijnen, abrupt startend en eindigend, beperkt tot een of meer takken van de nervus trigeminus. De pijn wordt vaak uitgelokt door triviale stimuli zoals wassen, scheren, roken, praten en tandenpoetsen, maar kan ook spontaan optreden. De aandoening verloopt in periodes van gemiddeld 1,5 maand, waarna de pijn vaak langere tijd wegblijft.

Bij *SUNCT* (short lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing) zijn er kortdurende aanvallen (minuten) van eenzijdige pijn, veel korter dan bij andere aangezichtspijnen, met goed zichtbare tranenvloed en roodheid van het ipsilaterale oog. De paroxismale hemicrania lijkt veel op clusterhoofdpijn maar de aanvallen duren korter, zijn frequenter en reageren altijd op indometacine.

Bij *PIFP* is er persisterende aangezichtspijn zonder kenmerken van de andere craniale neuralgieën.

De etiologie van bovenstaande aandoeningen is meestal onbekend. De belangrijkste hypothese bij trigeminusneuralgie is vasculaire compressie en demyelinisatie van de nervus trigeminus. Hierbij is in ongeveer 10% van de gevallen sprake van neoplasmata en is beeldvormende diagnostiek wenselijk.

WAT MOET IK DOEN?

Geringe of infrequente klachten behoeven geen interventie. Clusterhoofdpijn geeft altijd ernstige klachten. Verwijs naar de neuroloog voor verdere diagnostiek in een eerste episode. Veelal kan de huisarts starten met behandeling, maar verwijzing is nodig voor verdere diagnostiek, waaronder MRI. Geef bij clusterhoofdpijn een triptaan (injectie, eventueel een spray) of zuurstof. Geef

daarnaast, in overleg met de neuroloog, altijd preventieve behandeling gedurende het cluster met een hoge dosis verapamil (3dd 80 mg tot 2dd 240 mg). Geef bij hinderlijke trigeminusneuralgie carbamazepine in een begin dosering van 2dd tot 3dd 100 mg. Hoog dit geleidelijk op tot de pijn is verdwenen, meestal bij 3dd tot 4dd 200 mg. Overweeg invasieve interventies bij onvoldoende effect, bij langdurige klachten of ernstige bijwerkingen: microvasculaire decompressie, stereotactische radiochirurgie (gamma knife) of percutane rhizotomie. Aan de aanval zelf is niets te doen; een NSAID is onwerkzaam door de snel optredende klachten.

De behandeling van *SUNCT* is moeizaam, soms kan topiramaat helpen (zelden behandeling nodig). Geef indometacine bij paroxismale en continue hemicrania. De behandeling van *PIFP* is niet altijd succesvol, soms kan amitriptylline werken.

Speel een duidelijke rol in de behandeling en initieer de diagnostiek. Bewaak samen met de patiënt het effect van de interventie en kies eventueel een andere behandelstrategie. Verwijs naar een neuroloog (behandel bij voldoende ervaring en beeldvormende faciliteiten clusterhoofdpijn eventueel zelf). Verwijs naar de tandarts bij twijfel over een mogelijk dentogene oorzaak. Geef een adequate verwijsbrief mee, waarin staat dat u aan aangezichtspijn denkt. Hierdoor kan de tandarts makkelijker relevant onderzoek uitvoeren. Behandel door de tandarts naar u verwezen patiënten op dezelfde manier. Waarschijnlijk presenteren evenveel patiënten met aangezichtspijn zich bij de huisarts als bij de tandarts. Ondersteun en begeleid de patiënt na initiële diagnostiek en het starten van de behandeling.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat aangezichtspijn vaak goed medicamenteus te behandelen is en dat medicijnen bij trigeminusneuralgie vaak effectiever zijn dan bij clusterhoofdpijn. Klachten treden vaak periodiek op en eindigen vanzelf. Dan eindigt ook het medicijngebruik. De medicamenteuze behandeling is maatwerk en wordt bij trigeminusneuralgie stapsgewijs opgebouwd. Leefregels of dieet hebben geen nut. Er is geen preventieve behandeling tussen de aanvallen. Bij ernstige en langdurige klachten bestaan er bij trigeminusneuralgie neurochirurgische interventies (hersenoperatie) of radiotherapeutische ingrepen. Dat geldt ook voor clusterhoofdpijn maar gezien de minder goede resultaten is dit een dubieuze indicatie. Clusterhoofdpijn is opgenomen in de NHG-Standaard Hoofdpijn en er is hierover een NHG-Patiëntenbrief. ■

LITERATUUR

- 1 Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, De Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC. Incidence of facial pain the general population. *Pain* 2009;147:122-7.
- 2 Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. *BMJ* 2007;334:201-5.
- 3 International Headache Society. IHS-ICHD-2 website. <http://ihs-classification.org/en>.