

- ²⁰ Saikku P, Leinonen M, Tenkanen L, Linnanmaki E, Ekman MR, Manninen V, et al. Chronic Chlamydia pneumoniae infection as a risk factor for coronary heart disease in the Helsinki heart study. *Ann Intern Med* 1992;116:273-8.
- ²¹ Kuo CC, Shor A, Campbell LA, Fukushi H, Patton DL, Grayston JT. Demonstration of Chlamydia pneumoniae in atherosclerotic lesions of coronary arteries. *J Infect Dis* 1993;167:841-9.
- ²² Laurila A, Bloigu A, Nayha S, Hassi J, Leinonen M, Saikku P. Chronic Chlamydia pneumoniae infection is associated with a serum lipid profile known to be a risk factor for atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Biol* 1997;17:2910-3.
- ²³ Godzik KL, O'Brien ER, Wang SK, Kuo CC. In vitro susceptibility of human vascular wall cells to infection with Chlamydia pneumoniae. *J Clin Microbiol* 1995;33:2411-4.
- ²⁴ Gupta S, Leatham EW, Carrington D, Mendall MA, Kaski JC, Camm AJ. Elevated Chlamydia pneumoniae antibodies, cardiovascular events, and azithromycin in male survivors of myocardial infarction. *Circulation* 1997;96:404-7.
- ²⁵ Gurfinkel E, Bozovich G, Daroca A, Beck E, Mautner B. Randomised trial of roxithromycin in non-Q-wave coronary syndromes: ROXIS Pilot Study. ROXIS Study Group. *Lancet* 1997;350:404-7.
- ²⁶ Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Symptoms of chronic bronchitis and the risk of coronary disease. *Lancet* 1996;348:567-72.
- ²⁷ Spodick DH, Flessas AP, Johnson MM. Association of acute respiratory symptoms with onset of acute myocardial infarction: prospective investigation of 150 consecutive patients and matched control patients. *Am J Cardiol* 1984;53:481-2.
- ²⁸ Sprenger MJW, Naelten MAMG van, Mulder PGH, Masurel N. Influenza mortality and excess deaths in the elderly, 1967-82. *Epidemiol Infect* 1989;103:633-41.
- ²⁹ Colden-Stanfield M, Ratcliffe D, Cramer EB, Gallin EK. Characterization of influenza virus-induced leukocyte adherence to human umbilical vein endothelial cell monolayers. *J Immunol* 1993;151:310-21.
- ³⁰ Mendall MA, Goggin PM, Molineaux N, Levy J, Toosy T, Strachan D, et al. Relation of Helicobacter pylori infection and coronary heart disease. *Br Heart J* 1994;71:437-9.
- ³¹ Wald NJ, Law MR, Morris JK, Bagnall AM. Helicobacter pylori infection and mortality from ischaemic heart disease: negative result from a large, prospective study. *BMJ* 1997;315:1199-201.
- ³² Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH. Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. *N Engl J Med* 1997;336:973-9.
- ³³ Haverkate F, Thompson SG, Pyke SDM, Gallimore JR, Pepys MB. Production of C-reactive protein and risk of coronary events in stable and unstable angina. European Concerted Action on Thrombosis and Disabilities Angina Pectoris Study Group. *Lancet* 1997;349:462-6.
- ³⁴ Ridker PM, Glynn RJ, Hennekens CH. C-reactive protein adds to the predictive value of total and HDL cholesterol in determining risk of first myocardial infarction. *Circulation* 1998;97:2007-11.
- ³⁵ Chiu B, Viira E, Tucker W, Fong IW. Chlamydia pneumoniae, cytomegalovirus, and herpes simplex virus in atherosclerosis of the carotid artery. *Circulation* 1997;96:2144-8.
- ³⁶ Ridker PM. Inflammation, infection, and cardiovascular risk: how good is the clinical evidence? *Circulation* 1998;97:1671-4.

Aanvaard op 3 december 1998

Voor de praktijk

Chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen. Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie

p.j.koehler*

Hoofdpijn is een vaak voorkomende klacht, zowel in de huisartsenpraktijk als tijdens het spreekuur van de neuroloog. De 'life-time'-prevalentie van migraine¹ en de prevalentie van clusterhoofdpijn²⁻⁵ en spanningshoofdpijn⁶ staan vermeld in tabel 1. De prevalentie van clusterhoofdpijn varieert van 0,7 tot 2,4 per 1000 inwoners.²⁻⁵ De life-timeprevalentie, waarmee wordt aangeduid dat iemand ooit in het leven hoofdpijn heeft gehad, dient onderscheiden te worden van de 1-jaarsprevalentie, waarmee men de patiënten aanduidt die tenminste een aanval in het afgelopen jaar hadden.⁷ Veel patiënten met migraine of spanningshoofdpijn consulteren nimmer hun huisarts of een neuroloog. In een onderzoek van Rasmussen en Olesen had ongeveer de helft van de migrainepatiënten en een zesde van de patiënten met span-

samenvatting

- De diagnostiek van chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen is gebaseerd op de anamnese en het lichamelijk onderzoek; in het algemeen bestaat er geen indicatie voor het verrichten van EEG of ander aanvullend onderzoek.
- Bij de behandeling van migraine wordt aanvalsbehandeling, bij voorkeur met niet-specifieke middelen (analgetica en niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's)) ná eventuele aurasymptomen, onderscheiden van profylactische behandeling (eerstekeus: β -receptorblokkerende stoffen).
- Clusterhoofdpijn dient zo snel mogelijk na het stellen van de diagnose adequaat te worden behandeld, meestal met zowel een aanvalsbehandeling (sumatriptan s.c. of zuurstof) als profylactica (eerstekeus: verapamil).
- Bij de behandeling van spanningshoofdpijn geniet een niet-medicamenteuze behandeling (relaxatie) de voorkeur boven een medicamenteuze (tricyclische antidepressiva).
- Aan patiënten met chronisch recidiverende hoofdpijn dient gevraagd te worden naar overmatig gebruik van analgetica en cafeïnehoudende dranken, omdat deze (of onthouding hiervan) de oorzaak kunnen zijn van de klachten.

*Namens de werkgroep Richtlijnen Hoofdpijn van de commissie Kwaliteitsbevordering van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, waarvan de leden aan het eind van het artikel worden genoemd.

Atrium Medisch Centrum, afd. Neurologie, Postbus 4446, 6401 CX Heerlen.
Dr.P.J.Koehler, neuroloog.

tabel 1. 'Life-time'-prevalentie van migraine (n = 4000)¹ en 1-jaars-prevalentie van clusterhoofdpijn²⁻⁵ en spanningshoofdpijn^{6*}

	mannen	vrouwen	totaal
<i>migraine</i>			
zonder aura	8	16	
met aura	4	7	
met aura zonder hoofdpijn	1	3	
totaal	12	24	18
<i>clusterhoofdpijn</i>			
			0-0,2
<i>spanningshoofdpijn</i>			
episodische vorm	56	71	63
chronische vorm	2	5	3

*De weergegeven getallen zijn percentages.

ningshoofdpijn hun huisarts geconsulteerd.⁸ Van de migrainepatiënten bezocht 8% een specialist; de overige patiënten kochten zelf hun pijnstillers of hadden er weinig vertrouwen in dat hun arts meer voor hen kon doen.⁸

De diagnostiek en behandeling bij patiënten met chronisch recidiverende hoofdpijn vertonen bij vergelijking van verschillende plaatsen in Nederland aanzienlijke verschillen. In het kader van de protocollering in de gezondheidszorg bestond er behoefte om de diagnostiek en de behandeling bij hoofdpijnpatiënten die naar de neuroloog worden verwezen te uniformeren. Ook in andere landen zijn dergelijke richtlijnen voor hoofdpijn geformuleerd.⁹⁻¹⁰ Onlangs werden door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) nieuwe richtlijnen gepresenteerd voor de diagnostiek en de behandeling van chronisch recidiverende hoofdpijn.¹¹ Aangezien deze richtlijnen ook implicaties voor de huisarts en andere geneeskundigen met zich brengen, worden ze in het navolgende kort weergegeven en becommentarieerd.

werkwijze

Op basis van het principe van 'evidence-based medicine'¹²⁻¹³ werden richtlijnen ontworpen die, voorzover beschikbaar, gebaseerd waren op gegevens uit gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (klasse-A-bewijs dat een sterke aanbeveling mogelijk maakt). Indien dergelijke gegevens niet voorhanden waren, werd gebruikgemaakt van patiënt-controleonderzoeken of cohortonderzoeken (klasse-B-bewijs, waarbij minder sterke adviezen mogelijk zijn). In de literatuur over hoofdpijn waren over veel onderwerpen geen klasse-A- of -B-gegevens beschikbaar. In dat geval werd de richtlijn gebaseerd op de mening van deskundigen, casuïstische mededelingen en historische-controleonderzoek (klasse-C-bewijs, waarbij niet meer dan een voorzichtig advies is te geven).

Het is van belang dat gebruikers van de richtlijnen zich het onderscheid tussen de drie bewijsklassen realiseren. Vaak wordt de vraag gesteld welke juridische consequenties kunnen voortvloeien uit dergelijke richtlijnen. Het zal duidelijk zijn dat, wanneer men bij een

richtlijn geïnformeerd is over de sterkte van het bewijsmateriaal (A, B of C), men gemakkelijker kan beargumenteren wanneer men afwijkt van een voorzichtig advies dan van een sterke aanbeveling.

De werkgroep heeft een aantal onderwerpen met betrekking tot hoofdpijn die in de dagelijkse praktijk vaak voorkomen, uitgekozen, beseffende dat ze daarmee niet volledig kon zijn. Dit waren onder andere 'beeldvormende en klinisch-neurofysiologische diagnostiek', 'migraine', 'clusterhoofdpijn' en 'medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van spanningshoofdpijn'. Omdat de richtlijnen werden beperkt tot chronisch recidiverende hoofdpijn, werd recentelijk ontstane hoofdpijn uitgesloten (bij migraine te aanval en bij spanningshoofdpijn eerste 3 maanden). In de criteria van de International Headache Society (IHS) wordt aangegeven hoe vaak en hoe lang een bepaald type hoofdpijn aanwezig moet zijn alvorens men de diagnose kan stellen. Bij de definiëring van de verschillende typen idiopathische hoofdpijn werd uitgegaan van de IHS-criteria uit 1988 (tabel 2).¹⁴

De onderwerpen werden volgens een van tevoren vastgestelde methode door leden van de werkgroep voorbereid en vervolgens binnen de werkgroep besproken. Er werd voor het literatuuronderzoek gebruikgemaakt van *Medline*. Voor de hoofdonderwerpen werd gezocht over de periode 1975-1995. Het hoofdstuk 'Aanvalsbehandeling van migraine' werd aangevuld met eigen literatuur, aangezien een aantal referenties niet via *Medline* gevonden werd.

Na het gereedkomen van de conceptrichtlijn werd deze voorgelegd aan de opleiders neurologie (leden van het Consilium Neurologicum) en het Bestuur van de NVN. Het commentaar werd verzameld en in de definitieve richtlijn verwerkt. Vervolgens werd de richtlijn tijdens de Algemene Ledenvergadering ter goedkeuring gepresenteerd en vervolgens aangenomen. Daarna kregen alle leden van de Vereniging de richtlijn toegestuurd. Tenslotte werd op een viertal plaatsen in Nederland een informatie- dan wel vragenbijeenkomst georganiseerd teneinde de implementatie te bevorderen.

resultaten

Diagnostiek

Bij de diagnostiek van hoofdpijn gaat het enerzijds om uitsluiting van een structurele afwijking, zoals een hersentumor, anderzijds om het stellen van de juiste diagnose: van welk type idiopathische hoofdpijn is er bij de patiënt sprake? De differentiatie geschiedt voornamelijk op grond van anamnese en fysische diagnostiek. Bij een onduidelijke anamnese en bij mengvormen kan het gebruik van een hoofdpijndagboek voor zowel de patiënt als de behandelaar inzicht verschaffen. Er bestaat geen indicatie voor het verrichten van een EEG of verwante onderzoeksmethoden ('evoked potentials') (bewijsklasse B en C). Hiermee kan immers geen ruimte-innemend proces worden uitgesloten en het onderzoek differentieert niet beter dan de anamnese tussen de verschillende vormen van idiopathische hoofdpijn. Uit-

TABEL 2. Classificatie van hoofdpijn^{7 14}

migraine zonder aura

hoofdpijn met ≥ 2 van de volgende kenmerken:
 unilateraal
 pulserend
 matig tot hevig intens (verhindert dagelijkse activiteit)
 toenemend door fysieke activiteit
 ≥ 1 van de volgende kenmerken:
 misselijkheid of braken
 fotofobie en fonofobie
 duur van de aanval: 4-72 uur (onbehandeld of zonder succes behandeld)

migraine met aura

≥ 1 focaal neurologische, reversibele aurasymptomen
 geleidelijke ontwikkeling van één aurasymptoom of opeenvolging van meerdere aurasymptomen
 hoofdpijn volgend op of tegelijkertijd met aura
 duur van de aurasymptomen: 4-60 min

clusterhoofdpijn

hevige unilaterale orbitale, supraorbitale en/of temporale pijn
 ≥ 1 van de volgende verschijnselen aan de pijnlijke zijde:
 conjunctivale injectie
 tranenvloed
 neusverstopping
 rinorroe
 zweten van gezicht en voorhoofd
 miosis
 ptosis
 oedeem van het ooglid
 duur: 15-180 min
 frequentie: eens in de 2 dagen tot 8 keer per dag

spanningshoofdpijn

≥ 2 van de volgende kenmerken:
 drukkend of knellend (niet-pulserend)
 licht of matig intens (kan activiteiten storen doch niet verhinderen)
 bilateraal
 geen toename bij fysieke activiteiten
 geen misselijkheid of braken (eventueel wel anorexie)
 geen fotofobie en fonofobie, of één van beide
 duur: 30 min tot 7 dagen

zonderingen vormen hoofdpijn bij kinderen, met name wanneer basilaire migraine (met aurasymptomen vanuit de hersenstam of beide occipitaalkwabben), al dan niet samengaand met verwardheid, of epilepsie in de differentiaaldiagnose voorkomt. Een uitzondering bij volwassenen is hoofdpijn na een mogelijk insult.

Migraine. Bij patiënten bij wie de diagnose 'typische migraine met of zonder aura' gesteld kan worden, is er geen indicatie voor het gebruik van beeldvormende diagnostiek in de vorm van CT of MR-scan. Uitzonderingen hierop kunnen patiënten zijn bij wie de aura-verschijnselen telkens aan dezelfde kant optreden, acuut optreden zonder spreiding of heel kort (minder dan 4 min) of juist heel lang (meer dan 60 min) duren. Plotselinge verandering van de migrainekarakteristieken, plotselinge, duidelijke toename van de aanvalsfrequentie, een eerste aanval boven de leeftijd van 50 jaar,

aura zonder hoofdpijn, de aanwezigheid van hoge koorts of abnormale bevindingen bij het neurologische onderzoek kunnen eveneens aanleiding zijn voor verder onderzoek (bewijsklasse C). Aura zonder hoofdpijn onderscheidt zich van een 'transient ischaemic attack' (TIA) door de geleidelijke ontwikkeling gedurende tenminste 4 min of door meerdere achtereenvolgende symptomen (zie tabel 2). Bij een TIA ontstaan de klachten in de regel binnen enkele seconden. Bij een visuele aura is er vaak sprake van het zien van lichtflitsen of zigzaglijnen.¹⁵

Spanningshoofdpijn. Voor patiënten met spanningshoofdpijn is nog onvoldoende gedocumenteerde literatuur te vinden over de waarde van aanvullend onderzoek. Patiënten die een hoge aanvalsfrequentie hebben of die meer dan 2 dagen per week hoofdpijn hebben, dient gevraagd te worden naar het gebruik van pijnstillers, migrainemiddelen en cafeïnehoudende dranken, aangezien overmatig gebruik hiervan (≥ 2 dagen per week pijnstillers of migrainemiddelen; ≥ 5 eenheden cafeïnehoudende dranken per dag, zoals koffie, cola en thee) hoofdpijn kan doen verergeren. Er kan dan sprake zijn van medicatieafhankelijke hoofdpijn.

Clusterhoofdpijn. Ook over de waarde van aanvullend onderzoek bij de diagnostiek van clusterhoofdpijn was er onvoldoende literatuur beschikbaar en kon geen harde uitspraak worden gedaan. Bij typische gevallen (zie tabel 2) behoeft geen diagnostiek plaats te vinden. Symptomatische gevallen met afwijkingen rond de sinus cavernosus zijn in de literatuur beschreven, maar uiterst zeldzaam.

Behandeling

Migraine. De behandeling van migraine begint met het geven van uitleg en het bespreken van eventuele uitlokkende momenten. Het effect van het vermijden van uitlokkende factoren is in de praktijk vaak teleurstellend.⁷ Bij de medicamenteuze behandeling van migraine worden aanvalsbehandeling en profylactische behandeling (tabel 3) onderscheiden. Enkele praktische adviezen kunnen hieraan worden toegevoegd. Het is nuttig te vragen naar frequent (≥ 2 dagen per week) gebruik van pijnstillers, ergotamine, sumatriptan en ≥ 5 eenheden per dag van koffie, thee of cola, aangezien overmatig gebruik of onttrekking hiervan kan leiden tot hoofdpijn.

Alle specifieke migrainemiddelen, inclusief sumatriptan, en de nieuwere 5-hydroxytryptamine(5HT)_{1B,1D}-agonisten, zoals zolmitriptan, naratriptan en rizatriptan, die nog niet in de richtlijn vermeld staan, dienen pas tijdens de hoofdpijnfase te worden toegediend en niet tijdens de aura. Gelet dient te worden op het fenomeen van het terugkeren van de hoofdpijn binnen een aanval: na een initiële goede reactie op de medicatie keert de hoofdpijn binnen 24-48 uur terug. Het is vooral beschreven bij gebruik van 5HT_{1B,1D}-agonisten, maar komt ook bij alle andere middelen voor. Sommige patiënten beschouwen het als een nieuwe aanval, zodat in de anamnese speciaal moet worden gevraagd of het gaat om een terugkerende hoofdpijn binnen de periode van een aanval of om

TABEL 3. Aanbevolen behandeling van migraine

aanvalsbehandeling*

1. niet-specifieke middelen (eventueel 30 min tevoren: anti-emetica: metoclopramide 20 mg supp. of domperidon 60 mg supp.)
 - algemene analgetica
 - paracetamol 500 mg 2 tab. of supp.
 - acetylsalicylzuur 500 mg 2 tab. of supp.
 - niet-sterioïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's)
 - naproxen 500 mg 1-2 tab. of supp.
 - tolfenaminezuur 200 mg 1-2 tab.
 - diclofenac 50-100 mg 1-2 tab. of supp.
 - ibuprofen 600 mg 1-2 tab.
 - ketoprofen 100 mg 1-2 supp.
2. specifieke middelen
 - sumatriptan 100 mg 0,5-1 tab.; bij terugkomen hoofdpijn eventueel herhalen tot maximaal 300 mg in 24 uur
 - sumatriptan 6 mg (1 ampul) per subcutane auto-injector; bij terugkomen hoofdpijn eventueel herhalen tot maximaal 2 ampullen per 24 uur
 - ergotamine 1-2 mg tab. of supp. (maximaal 1 dag per week)

profylactische behandeling†‡

1. β -receptorblokkerende stoffen:
 - propranolol 160 mg per dag (uitersten: 40-240)
 - metoprolol 150-200 mg per dag
 - atenolol 50-100 mg per dag
2. valproïnezuur 1000 mg per dag (uitersten: 900-2000)
3. pizotifeen 1,5 mg per dag (uitersten: 0,5-3)
4. methysergide 3 mg per dag (uitersten: 2-6) met een medicatievrije periode bijvoorbeeld om de 5 maanden
5. flunarizine 10 mg per dag (uitersten: 5-10)

*Keuze van de middelen: bewijsklasse A (gebaseerd op gegevens uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek) en B (gebaseerd op gegevens van patiëntcontrole- of cohortonderzoek); keuze van de volgorde: bewijsklasse C (gebaseerd op de mening van deskundigen, casuïstische mededelingen en resultaten van historische-controleonderzoek).

†Keuze van de middelen: bewijsklasse A; keuze van de volgorde: bewijsklasse C.

‡Ter bevordering van de therapietrouw verdient het aanbeveling waar mogelijk de middelen 1 maal per dag te doseren met een preparaat met gereguleerde afgifte.

een nieuwe aanval. Bij terugkerende hoofdpijn na een aanvankelijk gunstige reactie kan het middel opnieuw worden toegediend. Hierbij dient te worden gelet op de maximumdosis die per dag is toegestaan. Het gebruik van ergotamine is niet obsoleet, maar dient in verband met de hogere kans op belastende bijwerkingen (11% versus 5% voor sumatriptan),¹⁶ en problemen bij overmatig gebruik, zoals ergotisme en medicatieafhankelijke hoofdpijn, onder controle van bij voorkeur één arts te geschieden. Geadviseerd wordt niet meer dan één dosering per week toe te staan. Tijdens migraineaanvallen is de absorptie van oraal ingenomen medicatie vermindert. De inname van anti-emetica 30 min vóór het analgeticum bevordert de absorptie, maar er is geen bewijs dat dit het effect van het analgeticum verbetert.

Bij het gebruik van profylactica dient de patiënt erop te worden gewezen dat het middel de aanvalsfrequentie

kan reduceren en de ernst van de aanvallen kan doen afnemen. Het leidt niet tot genezing. Er kan met profylactica begonnen worden, indien er ≥ 2 aanvallen per maand bestaan die niet of onvoldoende op aanvalsmedicatie reageren. De middelen moeten voldoende lang, tenminste 3 maanden, en in een voldoende hoge dosering worden voorgeschreven alvorens beoordeeld kan worden of ze wel of niet werkzaam zijn. Indien er bijwerkingen zijn, kan met het middel uiteraard eerder gestopt worden. De behandelingsduur wordt in overleg met de patiënt bepaald, bijvoorbeeld 6 tot 9 maanden. Men moet zich realiseren dat patiënten soms aan meerdere soorten hoofdpijn lijden, waarbij de profylactica alleen effect hebben op de migraine. Indien er overmatig analgeticagebruik bestaat, dient dit gestaakt te worden alvorens profylactica voor te schrijven. De behandeling van medicatieafhankelijke hoofdpijn is echter vaak ingewikkeld. Tenslotte is het nuttig de patiënt van te voren te wijzen op veelvoorkomende bijwerkingen, teneinde de therapietrouw te verhogen.

Clusterhoofdpijn. Clusterhoofdpijn behoort tot de ernstigste vormen van hoofdpijn en dient zo snel mogelijk na het stellen van de diagnose adequaat behandeld te worden, meestal met zowel profylactica als aanvalsbehandeling (tabel 4). Verapamil is het effectiefste profylacticum voor beide vormen. In tegenstelling tot bij migraine moet bij clusterhoofdpijn wel direct een profylacticum worden voorgeschreven teneinde de clusterperiode zo kort mogelijk te houden. Bij de aanvalsb-

TABEL 4. Aanbevolen behandeling van clusterhoofdpijn

aanvalsbehandeling*

1. 100% zuurstof 7 l/min gedurende 15 min via een masker
2. sumatriptan 6 mg subcutaan

profylactische behandeling†

episodische clusterhoofdpijn

1. verapamil 80 mg 3 dd tot 240 mg 2 dd
2. lithiumcarbonaat 1200 mg met gereguleerde afgifte 1 dd of 300-400 mg 3 dd, met een streefdalbloedspiegel van 0,8-1,2 mmol/l
3. methysergide 1 mg 3 dd
4. pizotifeen 1,5 mg 1 dd
5. ergotamine (1-2 mg voor de nacht)
6. prednison (te beginnen met 60 mg)

chronische clusterhoofdpijn

1. verapamil 80 mg 3 dd tot 240 mg 2 dd
2. lithiumcarbonaat 1200 mg met gereguleerde afgifte 1 dd of 300-400 mg 3 dd, met een streefdalbloedspiegel van 0,8-1,2 mmol/l
3. pizotifeen 1,5 mg 1 dd
4. methysergide 1 mg 3 dd

*Keuze van de middelen: bewijsklasse A (gebaseerd op gegevens uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek); keuze van de volgorde: bewijsklasse C (gebaseerd op de mening van deskundigen, casuïstische mededelingen en resultaten van historische-controleonderzoek).

†Keuze van de middelen: bewijsklasse B (gebaseerd op gegevens van patiëntcontrole- of cohortonderzoek) en C; keuze van de volgorde: bewijsklasse C.

handeling dient erop gelet te worden dat sumatriptan in verband met de snelle werkzaamheid die gewenst is niet oraal, maar subcutaan wordt toegediend. Zuurstof dient bij voorkeur per masker te worden gegeven. De keuze tussen beide is afhankelijk van het praktisch voorhanden zijn op het moment van de aanval en van de individuele werkzaamheid. Bij de profylaxe is het van belang te weten dat propranolol, in tegenstelling tot de situatie bij migraine, niet werkzaam is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen episodische clusterhoofdpijn, de meest voorkomende vorm, en chronische clusterhoofdpijn (ongeveer 15%).

Spanningshoofdpijn. Spanningshoofdpijn is een vorm van hoofdpijn die in episoden van minuten tot dagen kan optreden en waarvoor geen duidelijke oorzaak is gevonden. Ten onrechte wordt vaak een verband met spanningen gelegd. Dat is slechts zelden het geval. De pijn is drukkend of knellend van karakter, licht tot matig qua intensiteit, bilateraal aanwezig en neemt niet toe bij dagelijkse activiteiten. Misselijkheid ontbreekt, maar lichte foto- of fonofobie kan aanwezig zijn.¹⁴ Bij de behandeling van patiënten met spanningshoofdpijn wordt de niet-medicamenteuze behandeling onderscheiden van de medicamenteuze (tabel 5). De resultaten van beide zijn bescheiden.¹⁷

beschouwing

Rol van de huisarts. Bij verwijzing naar de neuroloog in verband met hoofdpijn dient de huisarts naar onze mening de patiënt erop voor te bereiden dat er een gesprek en een neurologisch onderzoek zullen plaatsvinden. Zoals gezegd, is geen aanvullend onderzoek in de zin van EEG of CT-scan geïndiceerd indien de diagnose 'migraine' op grond van de criteria kan worden gesteld. De patiënt kan na geruststelling naar de huisarts terugverwezen worden. Indien de huisarts erom heeft gevraagd, kan de neuroloog een behandeling instellen. Dit vereist echter meestal meerdere consulten. Indien er sprake is van een andere vorm van chronisch recidiverende hoofdpijn, is het slechts zelden nodig aanvullend beeldvormend onderzoek aan te vragen. Wanneer periodes met spanningshoofdpijn geruime tijd onveranderd voorkomen, is bij normaal neurologisch onderzoek geen hulponderzoek noodzakelijk. Naarmate de klacht meer recentelijk is ontstaan, is het moeilijker te differentiëren tussen idiopathische en symptomatische hoofdpijn. Het huidige beleid om de patiënt eenmalig door de neuroloog te laten beoordelen, zonder de mogelijkheid de patiënt enige tijd te controleren, ontleent de neuroloog een belangrijk diagnosticum. De huisarts heeft meer mogelijkheden om de veranderingen in de tijd te volgen, maar hij dient de patiënt dan wel regelmatig te zien.

Vergelijking met andere richtlijnen. Op dit moment wordt de huisarts bij de behandeling van migraine ondersteund door de NHG-standaard 'Migraine' uit 1991 en een artikel uit het *Geneesmiddelenbulletin* (GEBU) uit januari 1997.^{18,19} De richtlijnen van de NVN behandelen meer hoofdpijnvormen: migraine bij kinderen (die

TABEL 5. Richtlijnen voor de behandeling van spanningshoofdpijn

*niet-medicamenteus**

Een eenvoudige en gestandaardiseerde relaxatietraining geniet de voorkeur boven een meer complexe geïndividualiseerde behandeling van patiënten met spanningshoofdpijn. De eerstgenoemde benadering vereist minder technische vaardigheden van de therapeut en is mogelijk voor de meeste patiënten gemakkelijker uit te voeren. Hierbij kan gedacht worden aan progressieve relaxatie of autogene training. Indien deze behandeling weinig of niet effectief blijkt te zijn, kan alsnog worden gekozen voor bijvoorbeeld elektromyografiebiofeedback of een meer geïndividualiseerde behandeling, zoals cognitieve therapie.

*medicamenteus**

Wordt alleen dan voorgeschreven wanneer maatregelen zoals uitleg, adviezen en geruststelling en veranderingen in levensstijl, en de niet-medicamenteuze behandeling van spanningshoofdpijn geen effect sorteren. Amitriptyline kan hiertoe worden voorgeschreven in een dosering van 10-25 mg 's avonds; pas na 6 weken kan het effect worden beoordeeld en de dosering zo nodig worden verhoogd tot maximaal 100 mg. Een periode van 6 tot 12 maanden is vaak voldoende, zo nodig kan het middel langer worden voorgeschreven. Profylactische behandeling kan alleen succesvol zijn wanneer overmatig gebruik van analgetica, migrainemiddelen en/of cafeïne tevoren wordt gestaakt. Op basis van een vermoedelijk multifactoriële pathogenese is een multidimensionale behandelingsbenadering bij patiënten met chronische spanningshoofdpijn nodig.

*Bewijsklasse A: gebaseerd op gegevens uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.

hier niet besproken wordt), clusterhoofdpijn en medicatieafhankelijke hoofdpijn. De NHG-standaard is gebaseerd op onderzoek tot 1990, waardoor de nieuwere specifieke migraine middelen, in het bijzonder sumatriptan, nog geen aandacht konden krijgen. Het verschil tussen de richtlijnen en de NHG-standaard is voornamelijk hierin gelegen. Als specifieke medicatie voor de aanvalsbehandeling van migraine verkiezen wij het inmiddels beschikbare sumatriptan boven ergotamine. De nieuwere 5HT_{1B,1D}-agonisten waren ten tijde van het verschijnen van de richtlijnen van de NVN nog niet op de markt, zodat deze middelen nog niet in de aanbevelingen werden opgenomen.

Ten aanzien van de profylaxe bestaan er ook enige verschillen. Clonidine kunnen wij niet aanbevelen, aangezien het middel aangetoond niet werkzaam is. Valproïnezuur wordt daarentegen wel genoemd en neemt een tweede plaats in, omdat meerdere goede onderzoeken een profylactisch effect hebben aangetoond. Methysergide komt samen met pizotifeen op een derde plaats in verband met de aard van de bijwerkingen (gewichtstoename bij pizotifeen en retroperitoneale en pleuropulmonale fibrose bij langdurig gebruik van methysergide).

In het GEBU-artikel wordt vaak naar oudere onderzoeken verwezen – het merendeel van vóór 1995 – en is sterk op de Amerikaanse situatie gericht. In dit artikel wordt een in Nederland niet gehanteerd verschil gemaakt tussen een migraineaanval die bij het opstaan aanwezig is en een aanval die in de loop van de dag ontstaat. Ergotamine werd boven sumatriptan verkozen. In de adviezen aangaande de profylaxe kwam pizotifeen op een eerste plaats en clonidine op een tweede, samen met flunarizine, amitriptyline, valproïnezuur en niet-steroïde

anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's). Amitriptyline, dat vooral bekendheid geniet bij de preventie van spanningshoofdpijn, heeft in de richtlijnen van de NVN voor de profylaxe van migraine geen plaats, evenmin als NSAID's.

Leden van de werkgroep Richtlijnen Hoofdpijn van de commissie Kwaliteitsbevordering van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, allen neurologen, waren: dr.P.J.Koehler, voorzitter, Atrium Medisch Centrum, Heerlen; M.A.M. Bomhof, Ignatius Ziekenhuis, Breda; E.G.M.Couturier, Amsterdam; dr.M.D.Ferrari, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden; dr.R.H.J.M.Gooskens, Academisch Ziekenhuis, Utrecht; dr.A.Keyser, Academisch Ziekenhuis, Nijmegen; J.G.Kok, Gemini Ziekenhuis, Den Helder. Consulente waren: dr.J.G.van Dijk, neuroloog, en mw.dr.M.M.ter Kuile, psycholoog, beiden Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

abstract

Chronic recurrent headache without neurological abnormalities. Guidelines issued by the Netherlands Society of Neurology

– The diagnosis of chronic recurrent headache without neurological abnormalities is based on the anamnesis and physical examination; EEG or other supplementary examinations as a rule are not indicated.

– Regarding treatment of migraine, a distinction is made between attack treatment, preferably with non-specific drugs (analgetics and non-steroid anti-inflammatory agents (NSAIDs)) after aural symptoms if any, and prophylactic treatment (agents of choice: beta-receptor blockers).

– Cluster headache requires adequate treatment as soon as possible after the diagnosis, usually with attack treatment (sumatriptan s.c. or oxygen) as well as prophylactic treatment (agent of choice: verapamil).

– In the treatment of tension headache, a non-pharmaceutical treatment (relaxation) is to be preferred to pharmacotherapy (tricyclic antidepressants).

– Patients with chronic recurrent headache should be asked about excessive use of analgetics and caffeine-containing beverages, because these (or abstinence from them) may be the cause of the symptoms.

literatuur

- ¹ Russell MB, Rasmussen BK, Thornvaldsen P, Olesen J. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. *Int J Epidemiol* 1995; 24:612-8.

- ² D'Alessandro R, Gamberini G, Benassi G, Morganti G, Cortelli P, Lugaresi E. Cluster headache in the Republic of San Marino. *Cephalalgia* 1986;6:159-62.
- ³ Ekblom K, Ahlborg B, Schele R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. *Headache* 1978;18:9-19.
- ⁴ Kudrow L. Clusterheadache: mechanisms and management. Oxford: University Press, 1980:10-8.
- ⁵ Sjaastad O. Cluster headache syndrome. Londen: Saunders, 1992.
- ⁶ Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Interrelations between migraine and tension-type headache in the general population. *Arch Neurol* 1992;49:914-8.
- ⁷ Ferrari MD. Migraine. *Lancet* 1998;351:1043-51.
- ⁸ Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. *Neurology* 1992;42:1225-31.
- ⁹ Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 1994;44:1353-4.
- ¹⁰ Practice parameter: the electroencephalogram in the evaluation of headache (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 1995;45:1411-3.
- ¹¹ Commissie Kwaliteitsbewaking van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Richtlijnen diagnostiek en behandeling chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen. Utrecht: NVN, 1997.
- ¹² Crevel H van. Van evidence naar behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1915-20.
- ¹³ Lombarts MJMH, Everdingen JJE van, Theuvenet PJ, Casparie AF, redacteuren. Consensus over medisch-specialistische richtlijnen. Utrecht: Landelijke Specialisten Vereniging, 1996.
- ¹⁴ Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 Suppl 7: 1-96.
- ¹⁵ Gijn J van, Koudstaal PJ, Vermeulen M, Lodder J, Urk H van. 'Transient ischaemic attacks', niet-invaliderende herseninfarcten en het voorkomen van erger: nieuwe gegevens over de behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:2259-62.
- ¹⁶ Ferrari MD, Haan J, Bax WA, Coevorden RS van, Timmerman H, Meijler WJ. Onterechte gelijkschakeling van sumatriptan met ergotamine en dihydroergotamine in het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:846-50.
- ¹⁷ Bogaards MC, Kuile MM ter. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Clin J Pain* 1994;10:174-90.
- ¹⁸ Bartelink MEL, Duijn NP van, Knuistingh Neven A, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Post D. NHG-standaard Migraine. *Huisarts Wet* 1991;34:504-8.
- ¹⁹ Spierings ELH. Migraine: behandeling en preventie. *Geneesmiddelenbulletin* 1997;31:13-20.

Aanvaard op 3 augustus 1998

Fysische diagnostiek – loslaatpijn

w.a.bemelman en j.kievit

Buikpijn is een algemeen voorkomende klacht en vraagt in het geval van de zogenaamde 'acute buik' om snelle herkenning en behandeling van de eraan ten grondslag

Samenvatting: zie volgende bladzijde.

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Heelkunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
Dr.W.A.Bemelman en prof.dr.J.Kievit, chirurgen.
Correspondentieadres: dr.W.A.Bemelman.

liggende aandoening. Het stellen van de juiste diagnose bij een patiënt met een acute buik blijft hierdoor een van de grote uitdagingen van het medisch handelen. De huisarts is in het algemeen aangewezen op de anamnese en