

Altijd hoofdpijn

D. Keizer

Mevrouw Pietersma komt voor de derde keer in drie maanden op het spreekuur van de huisarts. Zij klaagt over een constante, doffe hoofdpijn. De pijn zit in het hele hoofd, zowel links als rechts, voor en achter, en is niet duidelijk beïnvloedbaar. Ze wordt ermee wakker en staat ermee op. Alhoewel ze ondanks de pijn nog goed kan slapen, baart het haar steeds meer zorgen dat de pijn niet weggaat. “Er zal toch niks ernstigs zijn, dokter?”

De anamnese verder uitdiepend, leert de huisarts dat er geen duidelijke oorzaak is voor de pijn. Mevrouw Pietersma is niet gevallen en is ook niet noemenswaardig snottig of verkouden geweest de afgelopen maanden. Ze heeft een baan als verkoopster in een delicatessenwinkel en desgevraagd geeft ze aan dat het niet drukker is dan anders. Overige spanningen worden bij doorvragen niet aangegeven. Er zijn geen neurologische alarmsymptomen en een lichte hypertonie in de nek is het enige wat de huisarts kan vinden bij lichamelijk onderzoek.

Na het eerste consult had de huisarts geadviseerd het rustiger aan te doen en paracetamol te nemen tegen de hoofdpijn. Hij kon haar geruststellen over de oorzaak van de pijn: er waren geen aanwijzingen voor pathologie in het hoofd. Een maand later was de pijn wel minder erg geworden, maar mevrouw Pietersma vertelde nog steeds paracetamol te moeten nemen om de pijn onder controle te krijgen. De huisarts verwees haar naar de fysiotherapeut voor behandeling van de hypertone nekspier. Dit had geheel geen effect gehad, zodat mevrouw Pietersma haar huisarts opnieuw verwachtingsvol aankijkt.

Wat zou u doen?

- U adviseert mevrouw Pietersma te stoppen met paracetamol.
- U verwijst mevrouw Pietersma naar de neuroloog.
- U verwijst mevrouw Pietersma naar een psychosomatische fysiotherapeut om de hypertonie te laten behandelen.
- U bespreekt de invloed van spanningen op het lichaam. Vaak leiden spanningen tot hoofd- en nekpijn.

■ Toelichting

Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor ernstige aandoeningen, is een verwijzing naar een neuroloog (nog) niet nodig. Er zijn nog zaken die door de huisarts geregeld kunnen worden. Voor de werkzaamheid van manuele therapie bij hoofdpijn is onvoldoende bewijs. Spanningen zijn een belangrijke oorzaak van nek- en hoofdpijn, maar bij mevrouw Pietersma lijken deze nu niet op de voorgrond te staan. Een belangrijke mogelijke oorzaak van de hoofdpijn van mevrouw Pietersma is *drug-induced headache*, oftewel medicatieafhankelijke hoofdpijn.

Medicatieafhankelijke hoofdpijn (DIH) ontstaat vaak in aansluiting op een ander type hoofdpijn, waarvoor de patiënt destijds medicatie ging slikken. Gewenning aan de pijnstillers leidt ertoe dat onttrekkingsverschijnselen ontstaan wanneer de medicatie niet – of te laat – wordt ingenomen. DIH kan ontstaan wanneer paracetamol, NSAID's of tryptanen gedurende langere tijd (weken) vrijwel dagelijks worden genomen *tegen hoofdpijn*. Het is een interessant gegeven dat patiënten die dagelijks pijnstillers slikken vanwege een andere reden (bijvoorbeeld rugpijn), géén medicatieafhankelijke hoofdpijn krijgen. De reden hiervoor is niet goed bekend.

- A de hoofdpijn is >15 dagen per maand aanwezig met minstens een van de volgende drie uitingen en C + D
 - 1 bilateraal
 - 2 drukkend (niet pulserend)
 - 3 mild tot matig ernstig
- B simpele analgetica op >15 dagen per maand gedurende >3 maanden
- C de hoofdpijn is ontstaan of duidelijk verergerd tijdens overmatig gebruik van medicatie
- D de hoofdpijn verdwijnt of keert terug naar het oorspronkelijke patroon binnen twee maanden na stoppen

Uit: Handboek Pijngeneeskunde 2014.

De beste behandeling van medicatieafhankelijke hoofdpijn is het stoppen van alle pijnstillers die DIH kunnen veroorzaken, gedurende minstens twee maanden. Gedurende een maand kan de hoofdpijn toenemen, en er kunnen allerlei andere onttrekkingsverschijnselen ontstaan, zoals misselijkheid, algehele malaise, rusteloosheid en slaapstoornissen. Hierop moet de patiënt goed worden voorbereid en een intensieve begeleiding strekt hier tot de aanbeveling. Na deze eerste maand zal de hoofdpijn geleidelijk afnemen en verdwijnen. Na twee tot drie maanden zal de hoofdpijn sterk verbeterd zijn, waarmee de diagnose DIH met terugwerkende kracht kan worden bevestigd.

Uiteraard is voorkomen beter dan genezen. Daarom is het goed om dagelijks gebruik van pijnstillers (en/of tryptanen) voor hoofdpijnklasten langer dan twee weken achtereen te ontraden. Kijk niet alleen naar de medicatie in uw elektronisch patiëntdossier, maar vraag ook wat de patiënt zelf koopt bij de drogist!

Te raadplegen literatuur

- Dekker, F., Duijn N. P. van, Ongerling, J. E. P., Bartelink, M. E. L., Boelman, L., Burgers, J. S., et al. (2014). *NHG-Standaard Hoofdpijn*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Huygen, F. J. P. M., Kleef, M. van, Vissers K. C. P., & Zuurmond, W. W. A. (2014). *Handboek Pijngeneeskunde* (red.) Utrecht: De Tijdstroom.

Pijnproblemen in de praktijk
een casusboek

Keizer, D.; van Wilgen, C.P.; van Wijhe, M.
2016, VII, 144 p., Softcover
ISBN: 978-90-368-1254-2