

HOOFDPIJN (& WERK)

W.G.H. Oerlemans,
Neuroloog



ACHTERGROND

- 2003-2020: Neuroloog in Meander Medisch Centrum Amersfoort
- Lid werkgroep Pijn Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Bestuurslid Vereniging Nederlandse Hoofdpijncentra (VNHC)
- Bestuurslid Hoofdpijnnet
- 2010 - heden Onderwijs Altrecht en GGZ centraal AIOS psychiaterie
- Lid adviesraad patiëntenvereniging Restless Legs Syndrome
- 2003-2015: deelname adviesraden Parkinson medicatie bij meerdere farmaceutische bedrijven
- 2018-2022: Deelname adviesraden inzake CGRP antagonisten en overige hoofdpijn en migraine gerelateerde zaken bij meerdere farmaceutische bedrijven.
- Bestuurslid NVN werkgroep Pijn (secretaris)
- Lid NVN werkgroep Sport & Neurologie
- Sinds 2020 Neuroloog in DC Klinieken (afdeling Pijn) Almere
- Sinds 2021 Bestuurslid KNMG district Utrecht en Gooi en Vechtstreek







**HET
IS
TIJD VOOR
EEN FILMPJE**



PRIMAIRE HOOFDPIJNEN

- Migraine
- Spanningshoofdpijn
- Trigemineusneuralgie
- TAC's
 - Clusterhoofdpijn
 - Paroxysmale Hemicrania
 - SUNCT
 - Hemicrania continua
- Overigen



*International
Headache
Society*



IHS Classification ICHD-3

SECUNDAIRE HOOFDPIJNEN

- Trauma
- Beroertes
- KNO
- Tumoren
- Infecties
- Neuralgieën
- Middelenovergebruik
- Etc.

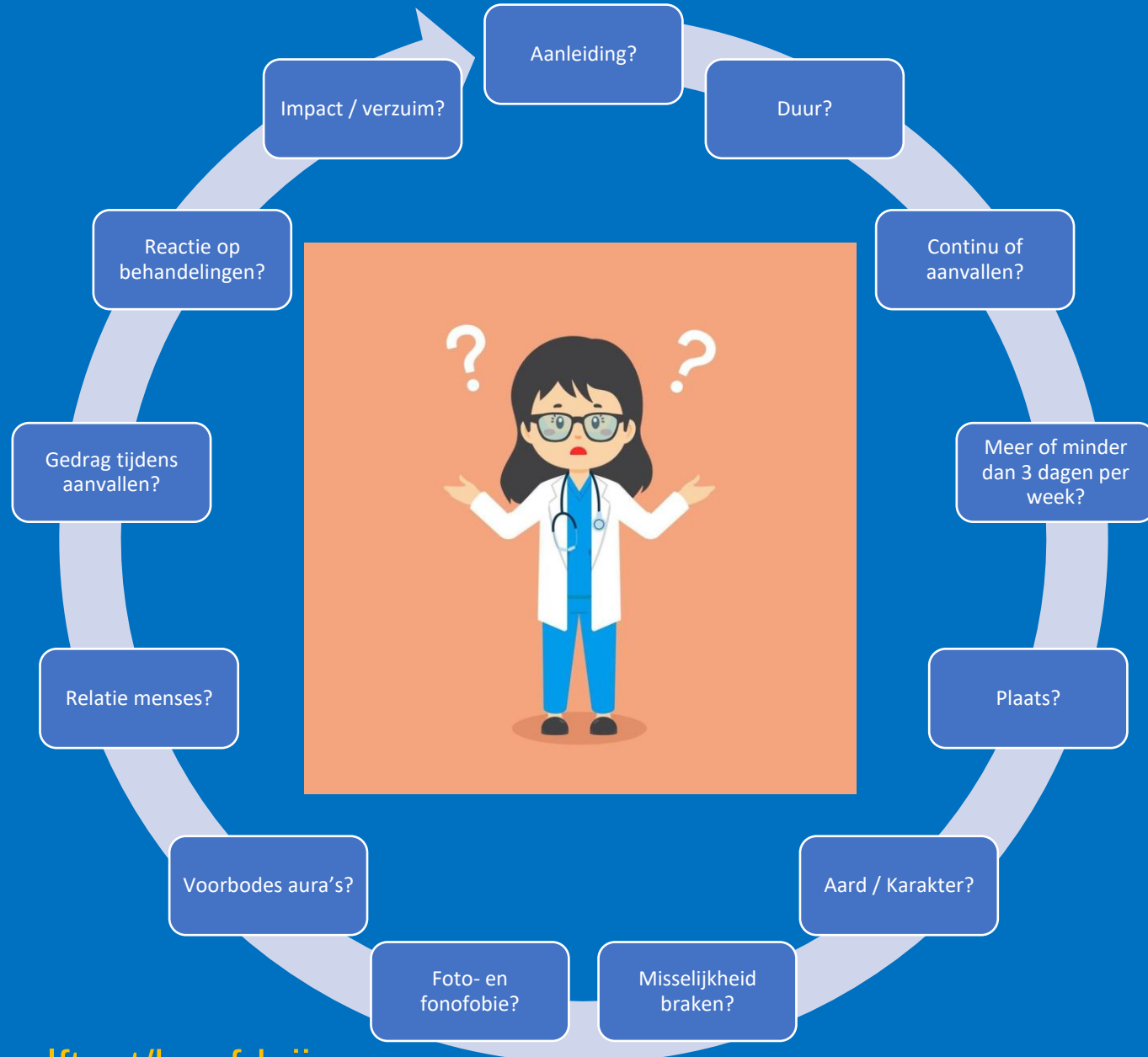


*International
Headache
Society*



IHS Classification ICHD-3

DE HOOFDPIJNANAMNESE



RODE VLAGGEN

- Eerste of ergste Hoofdpijn
- ↑ bij druk verhoging
- ↑ bij houdingsverandering
- Begin > 50 jaar
- Visusstoornissen
- Uitval
- Kaakclaudicatie
- HIV of maligniteit in VG

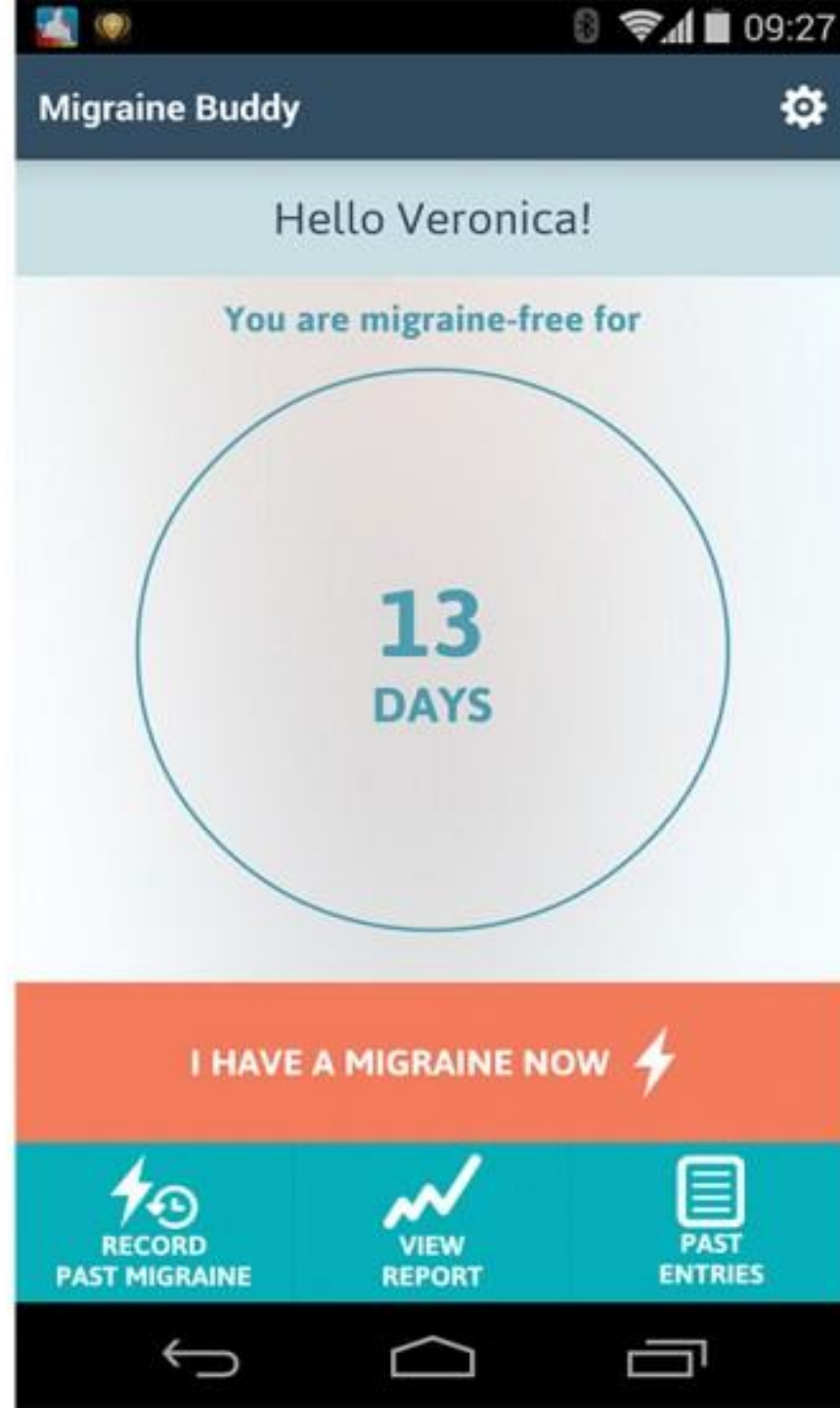
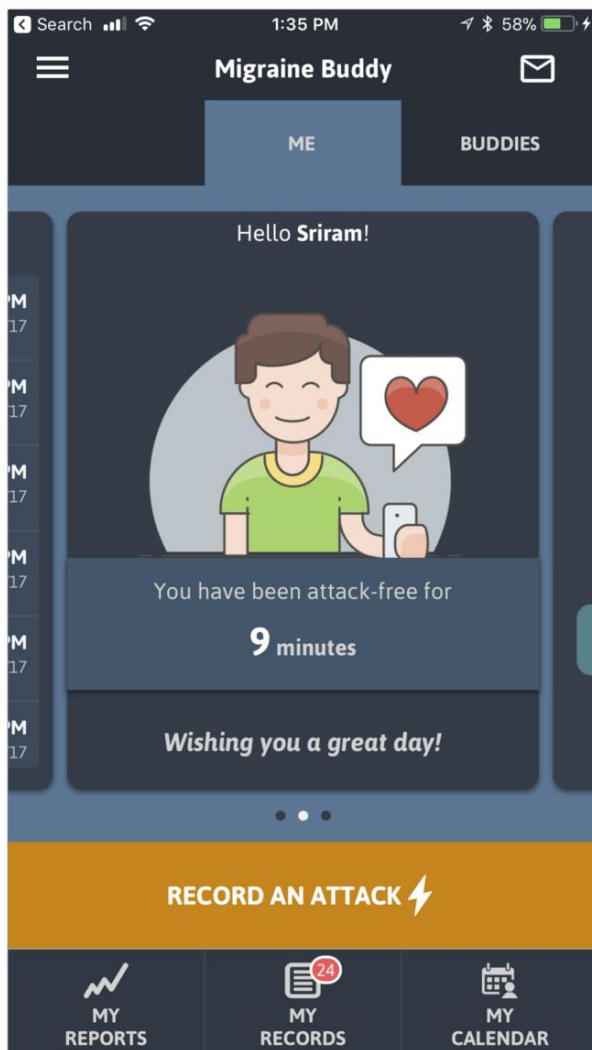


De hoofdpijnkalender

Naam..... Maand..... Jaar.....

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ernst van de hoofdpijn*)	3																														
2																															
1																															
Braken																															
Misselijkheid																															
Medicijnen	(+ sterkte) en hoeveelheid																														
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															
menstruatie																															

Ernst van de hoofdpijn*) 3 = zeer hevig, 2 = gemiddeld, 1 = matig



Lifting The Burden

in official relations with
the World Health Organization

The Global Campaign against Headache

HALT-30 Index*

Uw antwoorden op de vijf eenvoudige vragen kunnen ons helpen te begrijpen in welke mate hoofdpijn uw leven beïnvloedt.

(Verloren tijd als gevolg van hoofdpijn – 30 dagen)

Beantwoord alstublieft de vijf volgende vragen zorgvuldig

- 1 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen maand** kon u **niet** naar uw werk of school gaan vanwege uw hoofdpijn?
- 2 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen maand** kon u **minder dan de helft** van uw gebruikelijke werkzaamheden uitvoeren op uw werk of school vanwege uw hoofdpijn?
(Tel niet mee de dagen die u bij vraag 1 hebt ingevuld, waarop u werk of school gemist heeft.)
- 3 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen maand** kon u **geen** huishoudelijke taken verrichten vanwege uw hoofdpijn?
(Tel niet mee de dagen die u bij vraag 1 of 2 hebt ingevuld.)
- 4 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen maand** kon u **minder dan de helft** van uw gebruikelijke huishoudelijke taken verrichten vanwege uw hoofdpijn?
(Tel niet de dagen mee die al geteld zijn bij de voorgaande vragen.)
- 5 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen maand** hebt u familie-, sociale- of recreatieve gebeurtenissen **moeten overslaan** vanwege uw hoofdpijn?

TOTAAL

* De HALT is nauw gebaseerd op de eerste vijf vragen van de MIDAS, ontwikkeld door R.B.Lipton en W.F.Stewart.

The translation and dissemination of these PRO tools is made possible thanks to independent medical educational sponsorship from Eli Lilly and Company. Neither Springer Healthcare IME nor Eli Lilly and Company have had any influence over the content.

Lifting The Burden

in official relations with
the World Health Organization

The Global Campaign against Headache

HALT-90 Index*

(Verloren tijd als gevolg van hoofdpijn – 90 dagen)

Mogelijk wordt u gevraagd deze korte vragenlijst voor het begin van de behandeling in te vullen.

Uw antwoorden op de vijf eenvoudige vragen kunnen ons helpen te begrijpen in welke mate hoofdpijn uw leven beïnvloedt, en uw behandeling daarop aan te passen.

Beantwoord alstublieft de volgende vijf vragen zorgvuldig

- 1 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen drie maanden** kon u **niet** naar uw werk of school gaan vanwege uw hoofdpijn?
- 2 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen drie maanden** kon u op uw werk of op school **minder dan de helft** van de gebruikelijke hoeveelheid werkzaamheden uitvoeren vanwege uw hoofdpijn?
(Tel niet mee de dagen die u bij vraag 1 hebt ingevuld, waarop u werk of school gemist heeft.)
- 3 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen drie maanden** kon u **geen** huishoudelijke taken verrichten vanwege uw hoofdpijn?
(Tel niet mee de dagen die u bij vraag 1 of 2 hebt ingevuld.)
- 4 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen drie maanden** kon u **minder dan de helft** van uw gebruikelijke huishoudelijke taken verrichten vanwege uw hoofdpijn?
(Tel niet de dagen mee die al geteld zijn bij de voorgaande vragen.)
- 5 Hoeveel **dagen** in de **afgelopen drie maanden** hebt u familie-, sociale- of recreatieve gebeurtenissen **moeten overslaan** vanwege uw hoofdpijn?

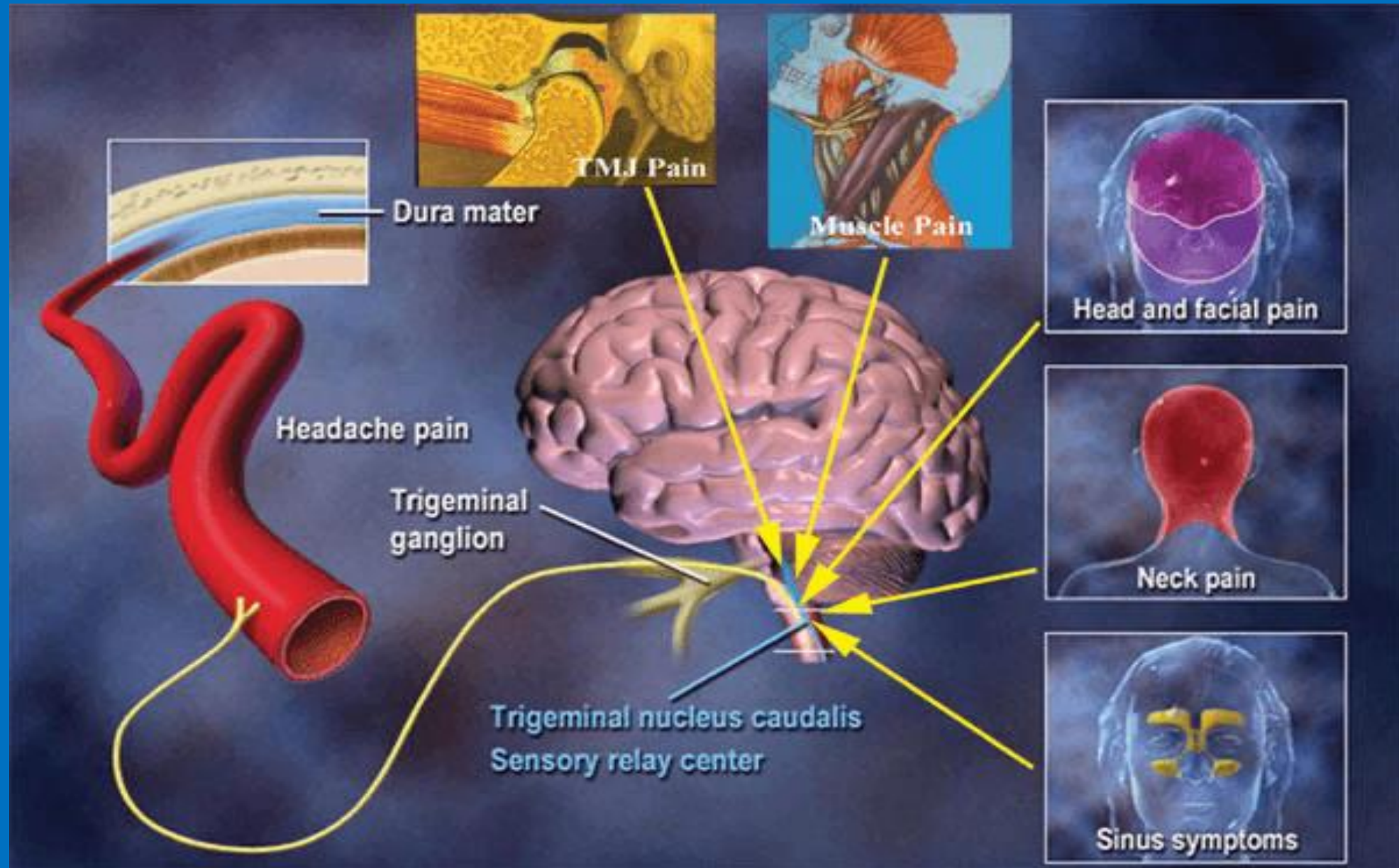
Beoordeling (I-IV geven in oplopende volgorde de noodzaak van medische zorg aan; zowel III als IV geven hoge noodzaak aan)

- | | | |
|--------------|--------------------------------------|-----------|
| 0-5 | Minimale of weinig frequente invloed | Graad I |
| 6-10 | Lichte of weinig frequente invloed | Graad II |
| 11-20 | Matige invloed | Graad III |
| 20+ | Ernstige invloed | Graad IV |

TOTAAL

* De HALT is nauw gebaseerd op de eerste vijf vragen van de MIDAS, ontwikkeld door R.B.Lipton en W.F.Stewart.

EIGENLIJK IS HET HEEL SIMPEL!







*International
Headache
Society*

MIGRAINE ZONDER AURA

- A: ≥ 5 aanvallen die aan B-D voldoen.
- B: Onbehandeld 4-72 uur durend.
- C: 2 van de volgende kenmerken:
 - Aan één kant
 - Bonzend
 - Matig tot ernstig
 - Toename bij inspanning
- D: Tijdens de hoofdpijnfase één van de volgende:
 - Misselijkheid en/of braken
 - Foto- én fonofobie
- E: Niet beter beschreven door een andere ICHD-3 diagnose





MIGRAINE MET AURA?

- A: ≥ 2 aanvallen die aan B en C voldoen.
- B: Eén of meer volledig reversibele visuele-, sensibele-, spraak/taal-, motorische-, hersenstam- of retinale symptomen, onbehandeld 4-72 uur durend.
- C: Tenminste 2 van de volgende kenmerken:
 - Ten minste 1 symptoom breidt zich uit over 5 minuten of meer en/of 2 of meer symptomen treden achtereenvolgens op.
 - Ieder afzonderlijk symptoom duurt 5-60 minuten.
 - Ten minste 1 symptoom is éénzijdig
 - Aura wordt begeleid of gevolgd door hoofdpijn. Fase tussen aura en hoofdpijn maximaal 60 minuten
- D: Niet beter beschreven door een andere ICHD-3 diagnose

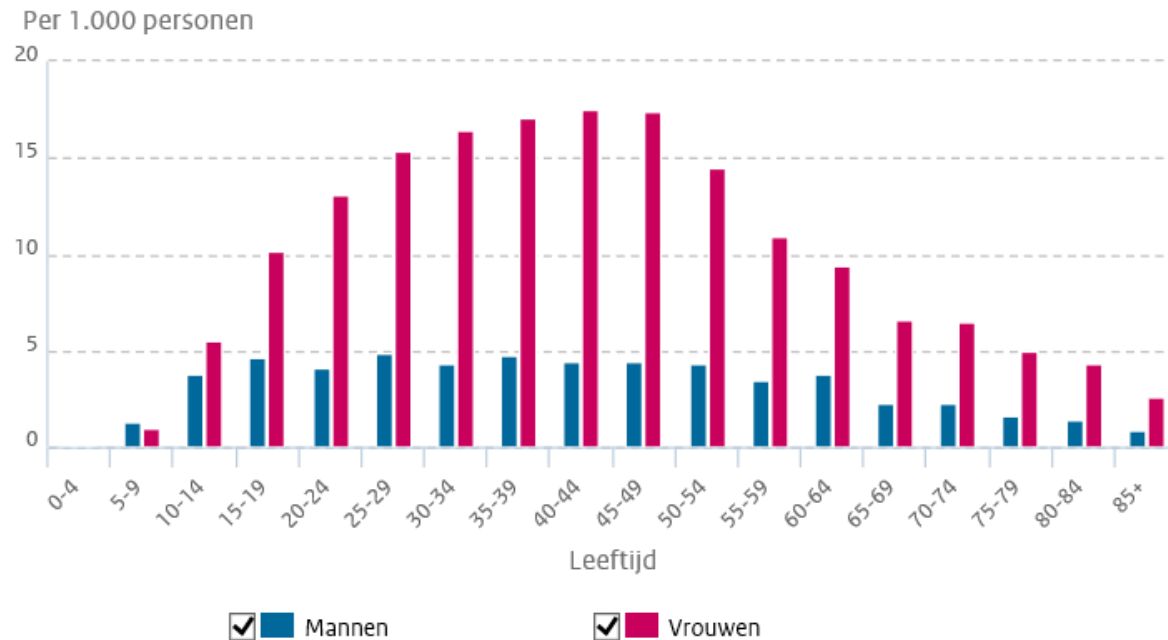




MIGRAINE VOLGENS NIVEL:

✓ Aantal nieuwe gevallen migraine in de huisartsenpraktijk

Aantal nieuwe gevallen van migraine 2017



- 2019: ± **279.900** patiënten bekend bij de huisarts.
- 2019: 60,200 mannen en 219,700 vrouwen (RIVM)
- **> 3 keer zo vaak** bij vrouwen
- In NL wordt ± **5%** van de mensen die met hoofdpijn bij de huisarts komen naar de neuroloog verwezen²

ONDERZOEK IN 2018 (MIGRAINECOALITIE)



- **80%** van de Nederlanders weet niet dat migraine een hersenziekte is¹.
- **1 op de 10** Nederlanders denkt dat migraine hetzelfde is als hoofdpijn¹.
- **58%** van de Nederlanders denkt ten onrechte dat migraine veroorzaakt wordt door stress of drukte¹.
- **53%** van de Nederlanders onderschat het aantal mensen met migraine¹.
- **70%** van de migrainepatiënten is niet tevreden met hun huidige behandeling²

1. Onderzoek GfK, 'Migraine - algemeen publiek'. (2018). In opdracht van de Coalitie Migraine.

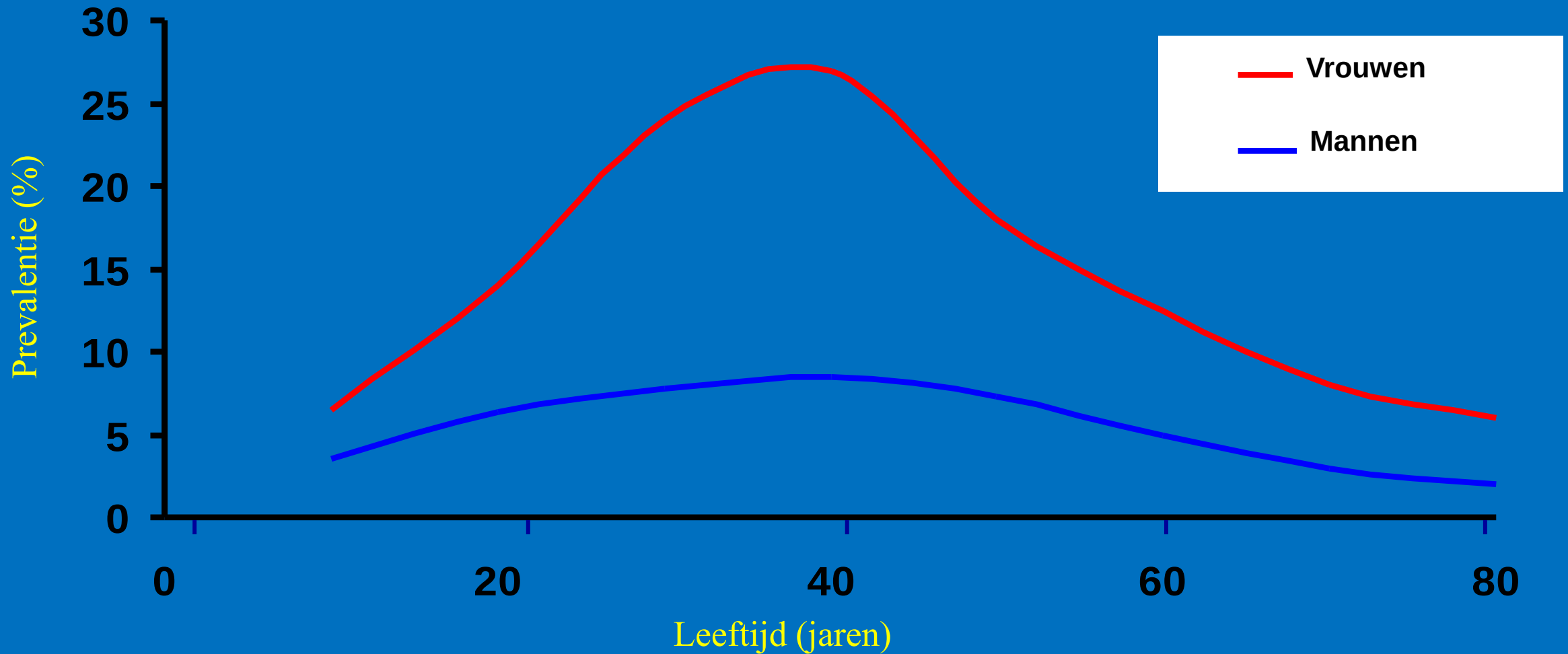
2. Van Leeuwen, E., Paemeleire, K., Van Royen, P., Goossens, M., & Dirven, K. (2010). Aanpak van migraine in de huisartsenpraktijk. Uitgave van Domus Medica, bijlage bij Huisarts Nu. Jaargang: 39.

EPIDEMIOLOGIE MIGRAINE

- $\pm 15\%$ bevolking heeft migraine, 1/3 met aura.
(± 1 op 6 vrouwen en 1 op 12 mannen)
- Gemiddeld 2 aanvallen/maand.
- 77% > 12 uur, 71% > 24 uur
- 60% gerelateerd aan menses.
- ± 2 miljoen patiënten in NL
 - Meestal episodisch (<15 d/m)
 - 2,5% transformeert naar chronisch / jaar
(= ± 50.000 patiënten)
 - ± 50.000 migraine aanvallen per dag
- > 60% tussen de 18-65 jaar is hiervoor nooit naar een dokter geweest...

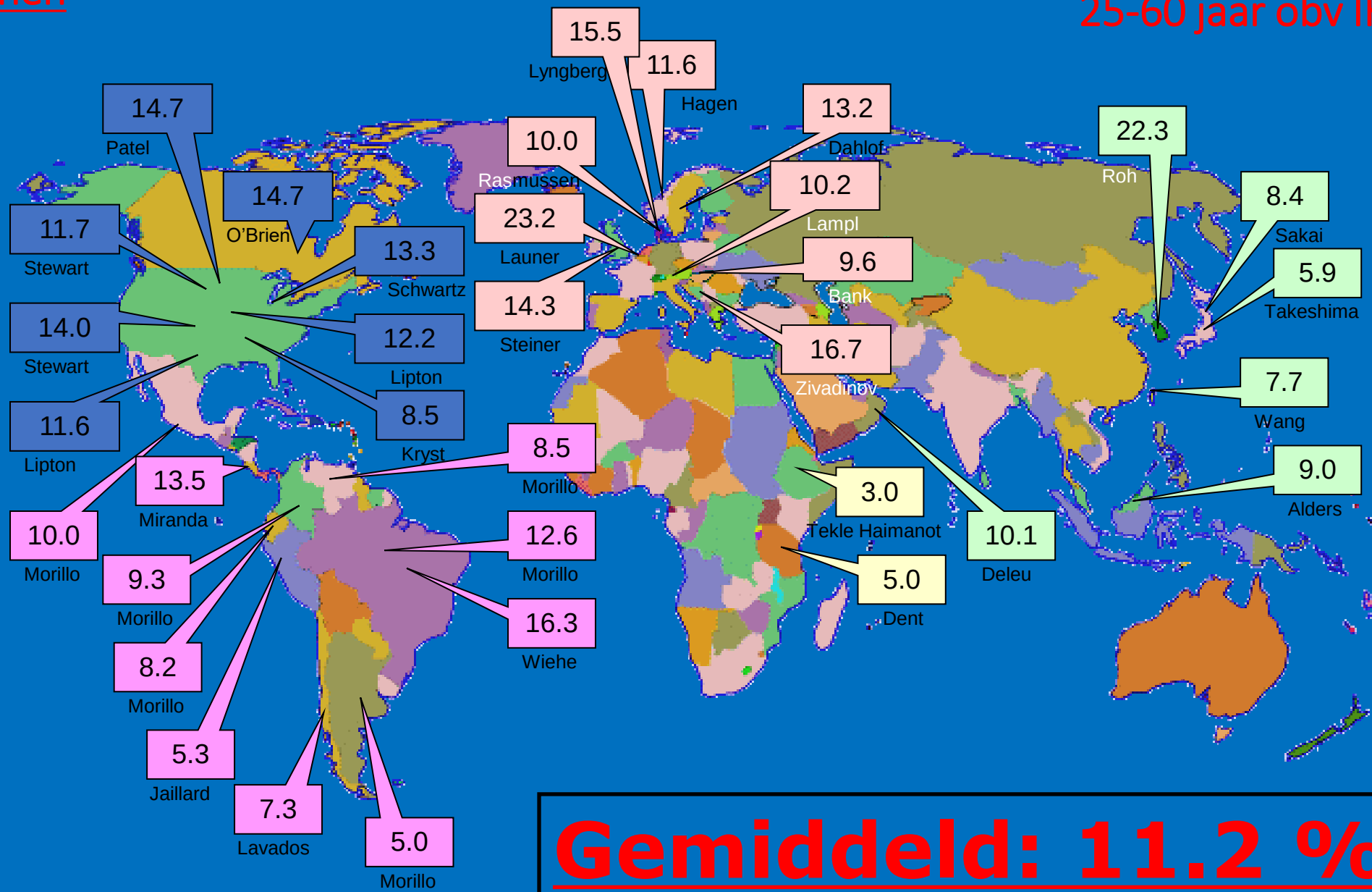


PREVALENTIE NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT



1 jaars prevalentie migraine bij
volwassenenen

Onderzoeken >500 patiënten
25-60 jaar obv IHS Criteria



Gemiddeld: 11.2 %!

MIGRAINE: ± 2 MILJOEN PATIENTEN IN NL

1/3 van hen heeft drie of meer aanvallen
per maand

55% moet tijdens aanval bedrust houden

Dagelijks 50.000 migraine-aanvallen

Iedere dag 1,5% van migrainepatiënten of
0,5% van beroepsbevolking uitgeschakeld

arbeidsverzuim ± 4 miljoen dagen / jaar



Hoofdpijnnet

ALLES OVER **HOOFDPIJN**



Hoofdpijnnet



Migraine
fonds



seo • economisch onderzoek
de wetenschap dat het goed is

Maatschappelijke kosten migraine

- Kosten productieverlies door ziekteverzuim en door verminderde productiviteit op het werk: €2.3 - 4.2 miljard / jaar. (0,3-0,5% BBP)
- Naar schatting 3-6 werkdagen per jaar door ziekteverzuim.
- Naar schatting 4-10 werkdagen per jaar > 50% verminderde productiviteit.
- Omgerekend: €2000 - 3600 / jaar per werkende migrainepatiënt.
- In Duitsland kwam men op €2700 / jaar uit
- Nauwelijks onderzoek naar effecten van migraine op arbeidsparticipatie...
- Japan: kosten **absenteïsme** was \$283.3/jaar/persoon per dag. Kosten door **presenteïsme** was hoger, namelijk \$375.4 /jaar/persoon.
- Werknemers met chronische migraine hebben veel meer dagen met presenteïsme...





DE IMPACT

- **WHO 2018:** Maatschappelijk de 1^e meest invaliderende aandoening ter wereld (na rugpijn) bij mensen in vruchtbare periode.
- 91% patiënten voelt zich beperkt
- 50% patiënten ervaart geen begrip collega's en ook niet van artsen
- 37% patiënten vertelt het niet
- Velen voelen zich **schuldig...** ☹️
- Juiste behandeling nu bij:
 - Episodische migraine: 26%
 - Chronische migraine: 5%



Migraine is *first* cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice?

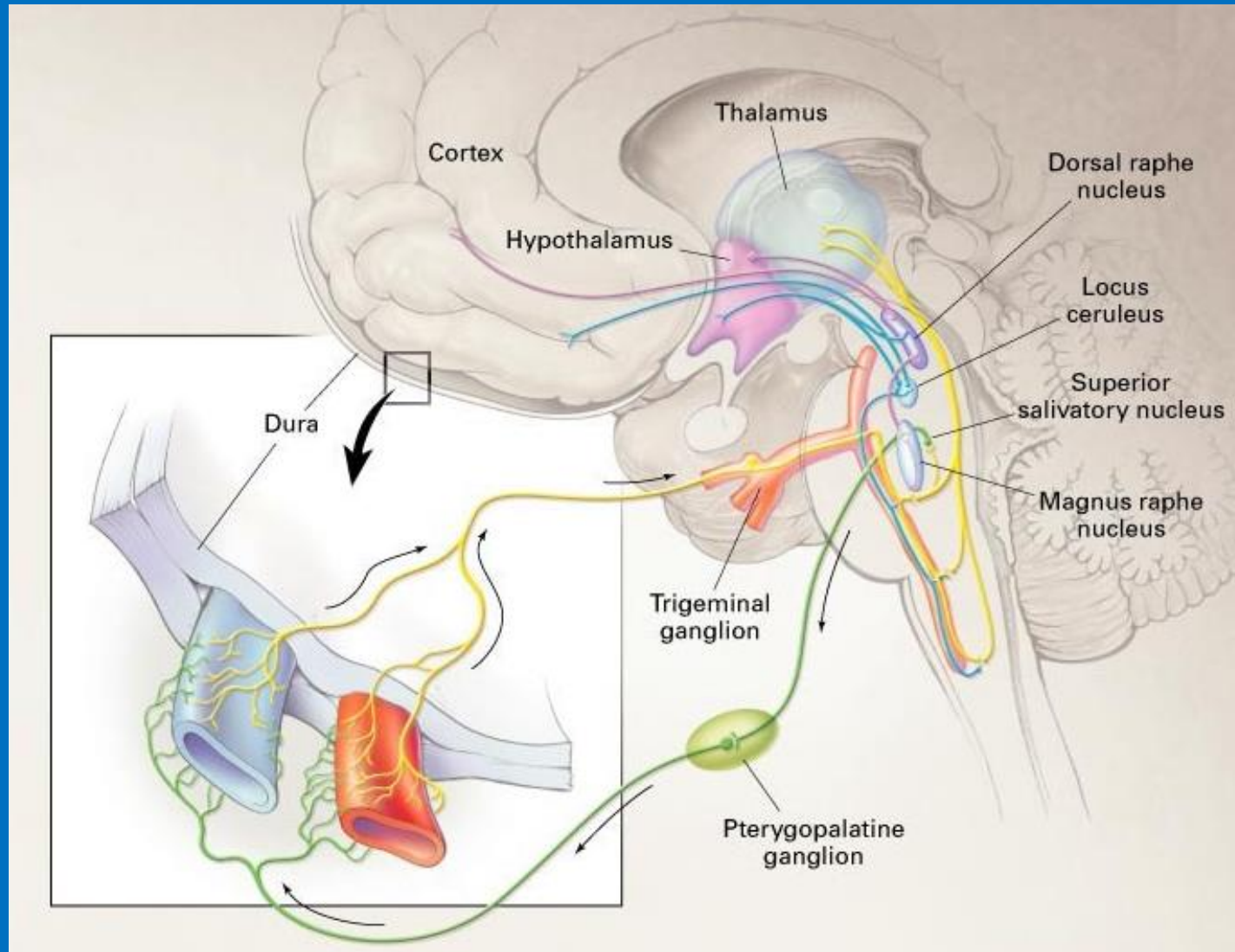
[Timothy J. Stainer](#)^{1,2} [Lars J. Stovner](#)^{1,3} [Theo Vos](#)⁴ [R. Jensen](#)⁵ and [Z. Katsarava](#)^{6,7}

[Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) ► [Disclaimer](#)

This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

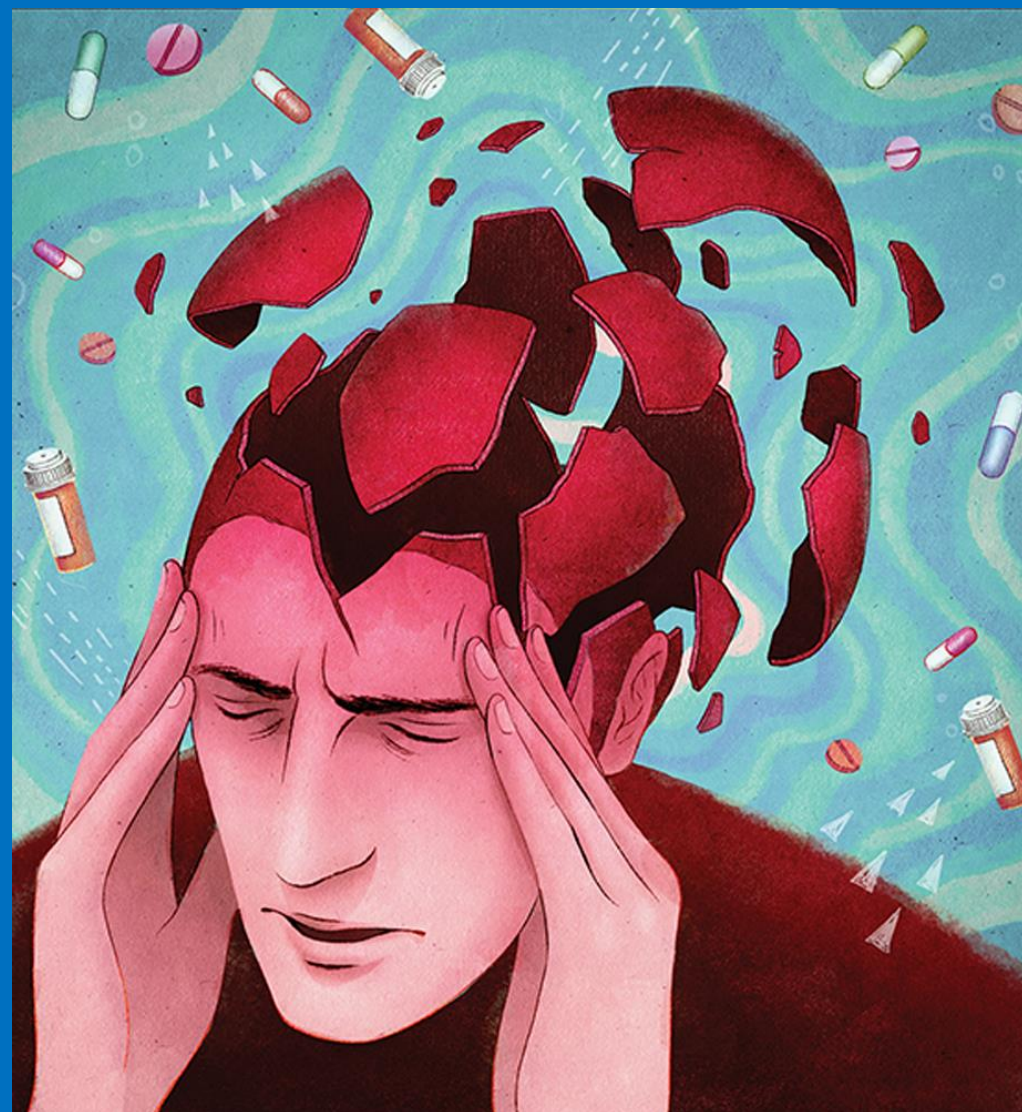
If it were needed, more evidence of the disconcerting under-treatment of headache disorders has come from the Eurolight study [1]. The topic is not new. Twenty years ago, the International and American Headache Societies jointly voiced their dismay at the inadequacies of health care for headache [2]. In 2006, the European Headache Federation and World Headache Alliance described migraine as a “forgotten epidemic” [3]. Meanwhile, in 2003, the Global Campaign against Headache [4–6] engaged the World Health Organization (WHO) as partner in this cause [7], embarking on a worldwide action programme which began by assessing the magnitude of headache in the world [4, 8]. In 2011, WHO’s global survey of headache disorders and resources, a Global Campaign project, laid bare the scale and scope of under-treated headache everywhere, and its consequences [9]. WHO wrote, in a message sent inter alia to the world’s Ministries of Health: “This first global enquiry into these matters illuminates the worldwide neglect of a major public-health problem, and reveals the inadequacies of responses to it in countries throughout the world” [9]. No words could be clearer but, to make sure, WHO repeated the message so

DE PATHOFYSIOLOGIE VAN MIGRAINE

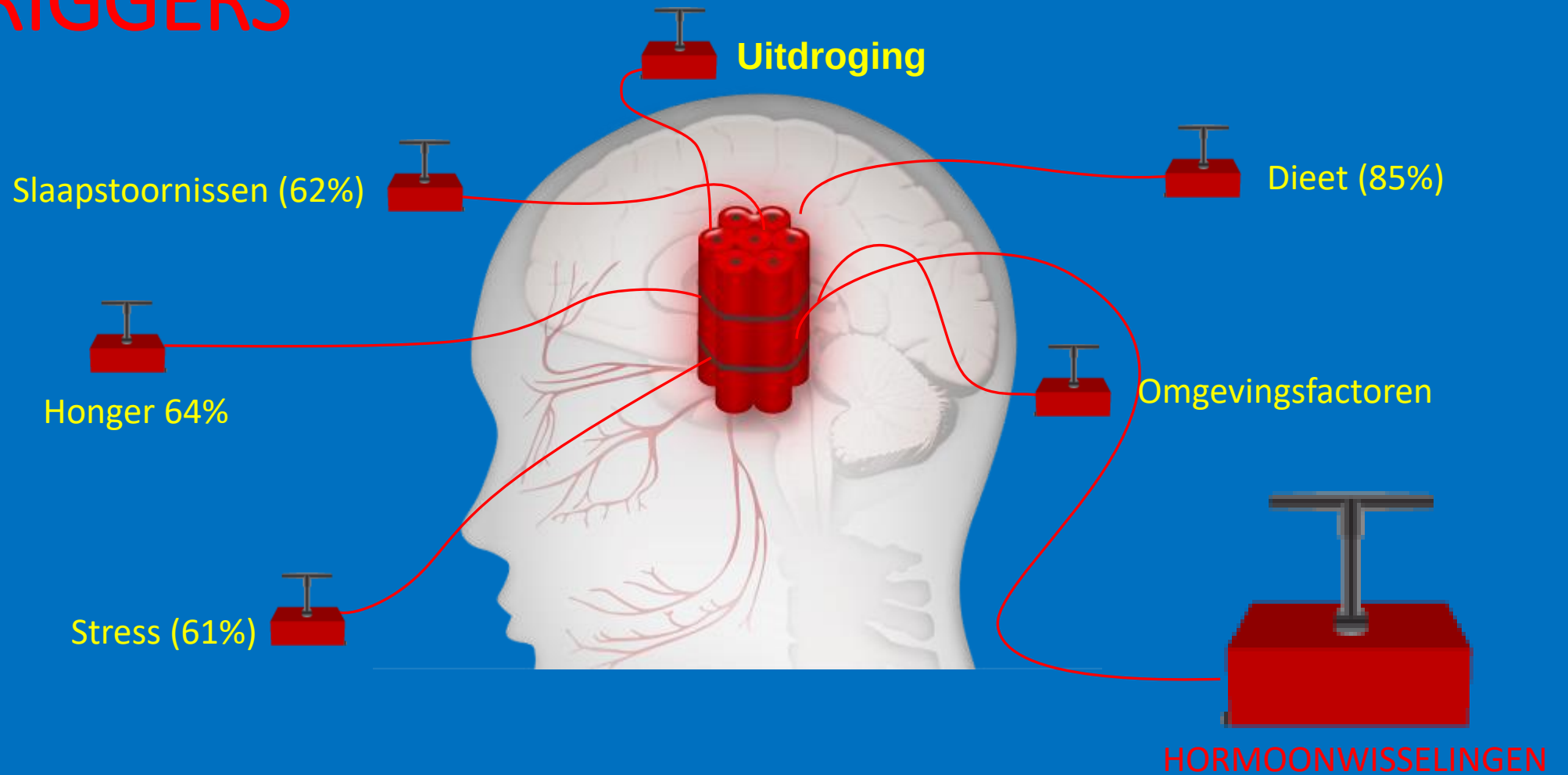


Goadsby PJ et al. *N ENGL J Med.* 2002; 346:257 – 270.

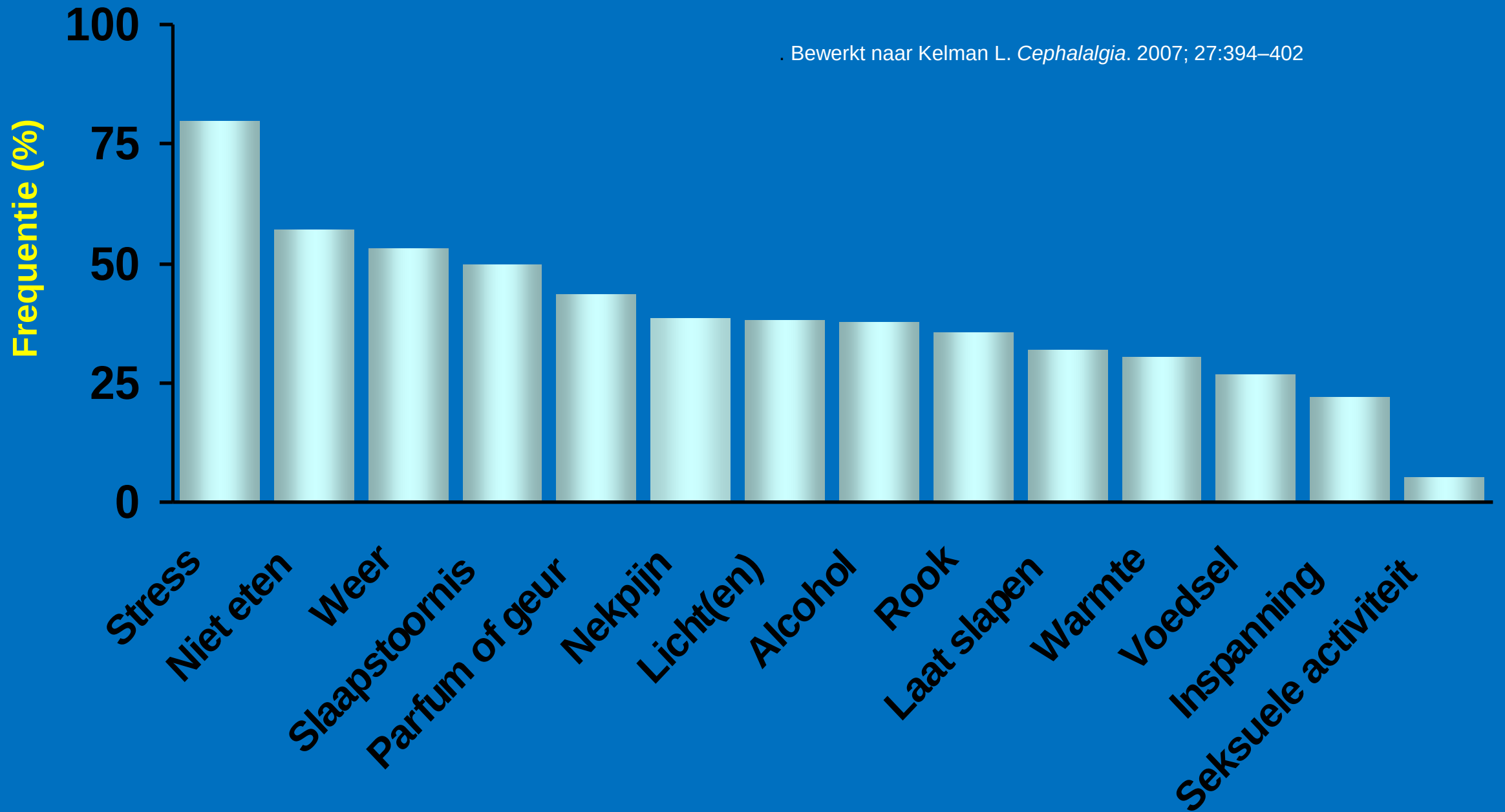
Pietrobon D et al. *NAT Rev neuro.* 2003; 4:386 – 398.



"TRIGGERS"



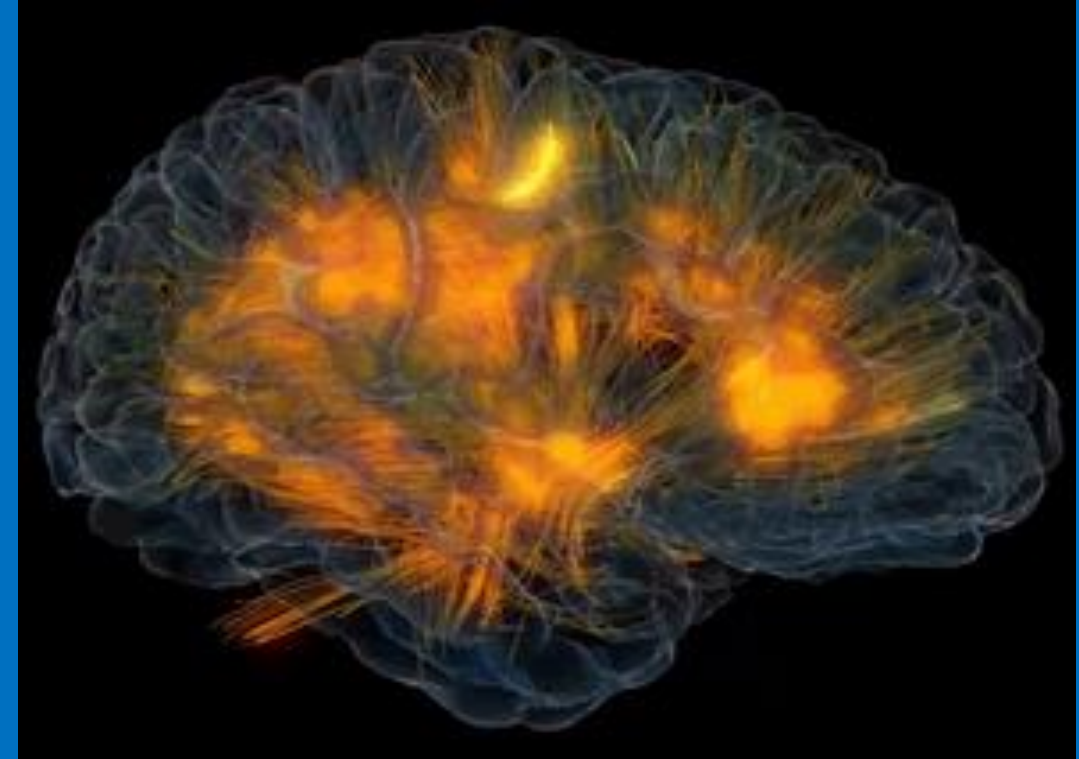
Bewerkt naar Kelman L. *Cephalalgia*. 2007; 27:394–402

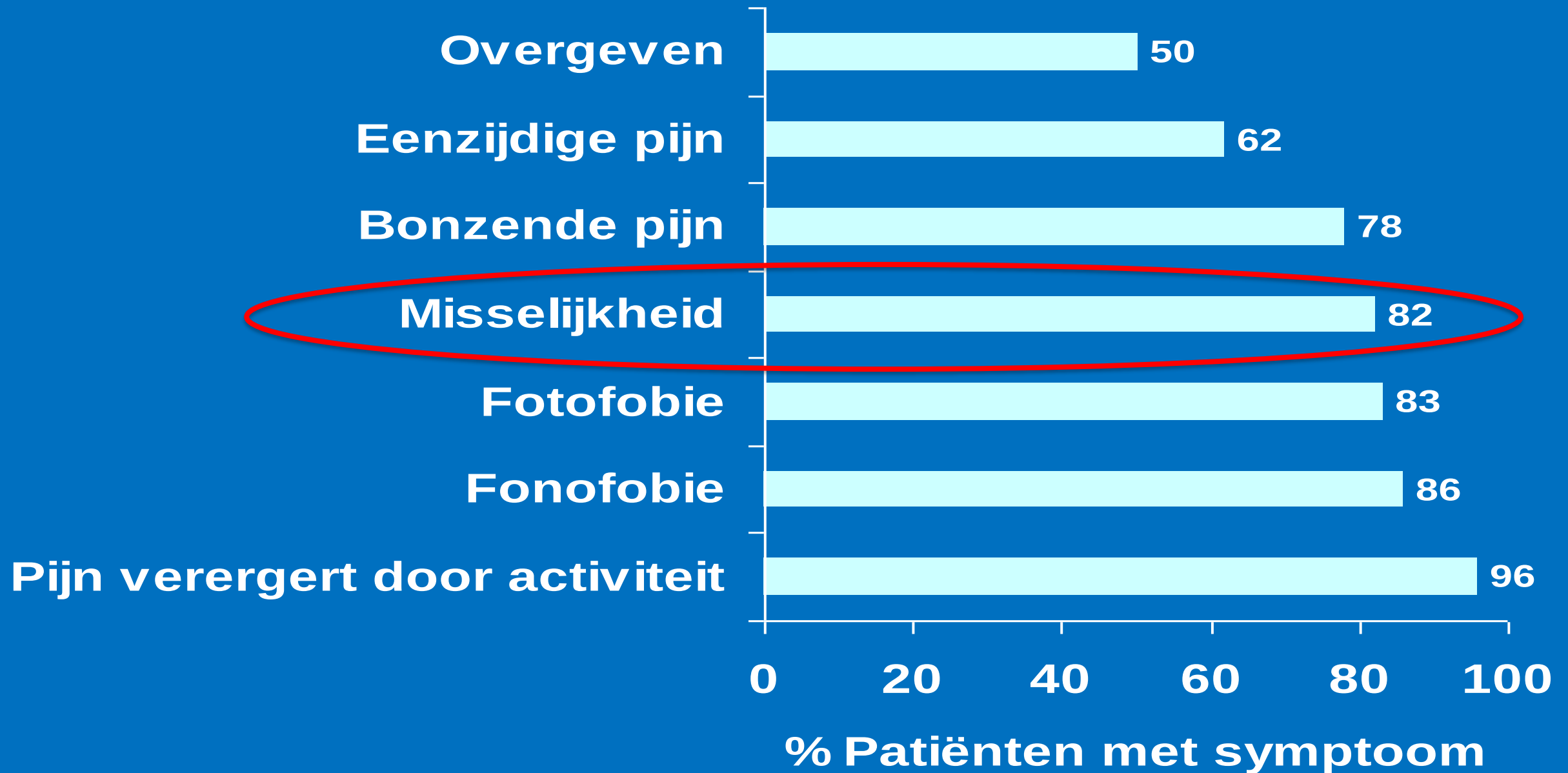




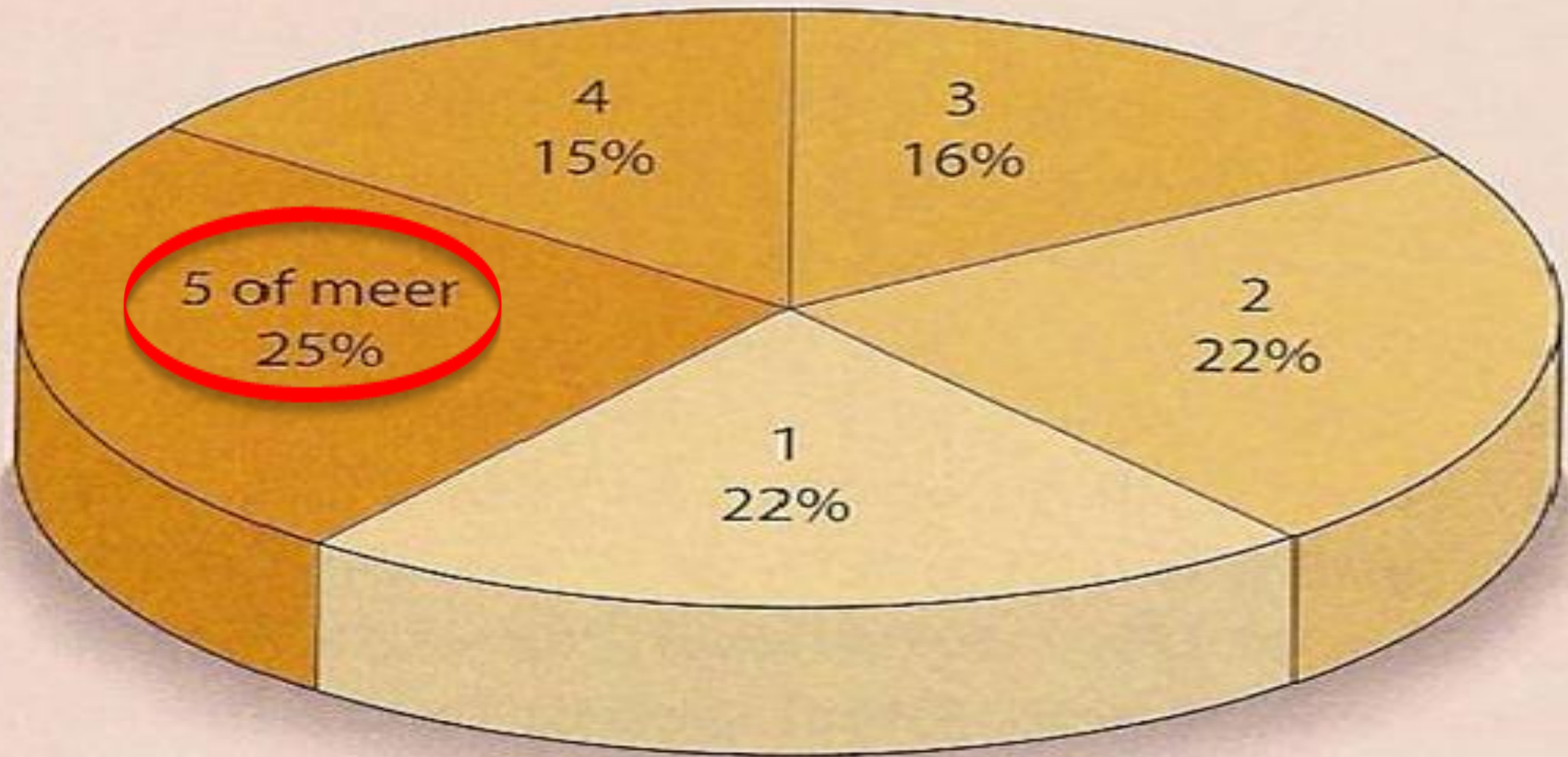
WAT GEBEURT ER BIJ EEN AANVAL?

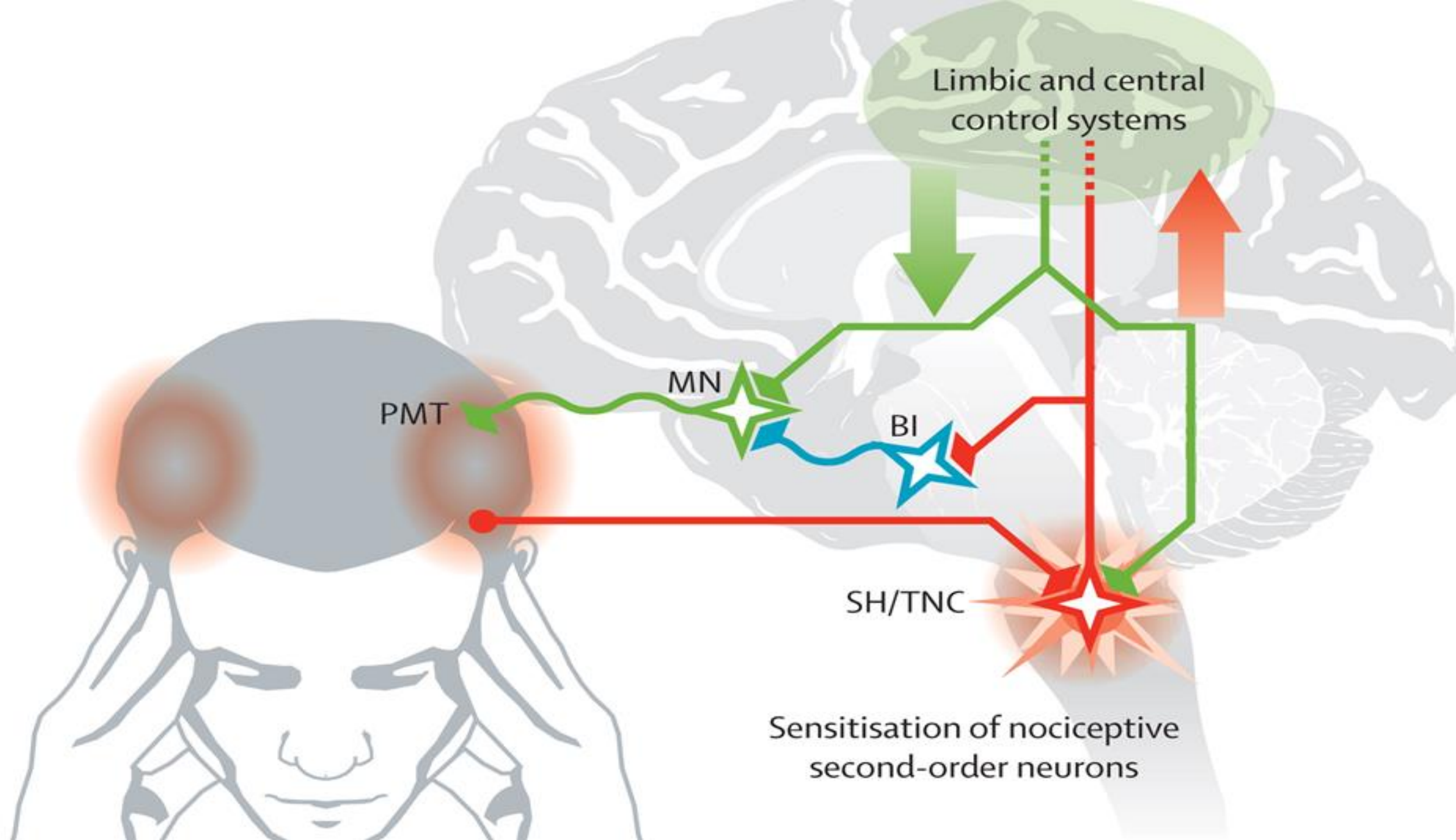
- Ontregeling serotonine metabolisme geeft tekort aan 5-hydroxytryptamineserotonine (=5-HT↓↓).
- Dat geeft een neurogene ontstekingsreactie (CGRP ↑↑)
- Dit prikkelt de pijncentra in het trigeminovasculaire systeem en de vaten.





FREQUENTIE PER MAAND







CHRONISCHE MIGRAINE

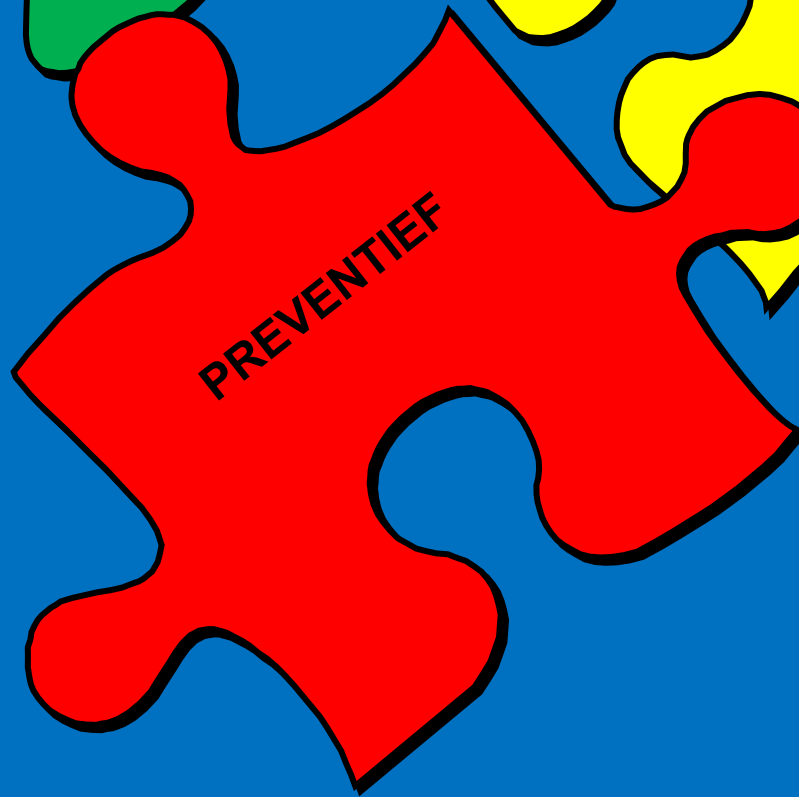
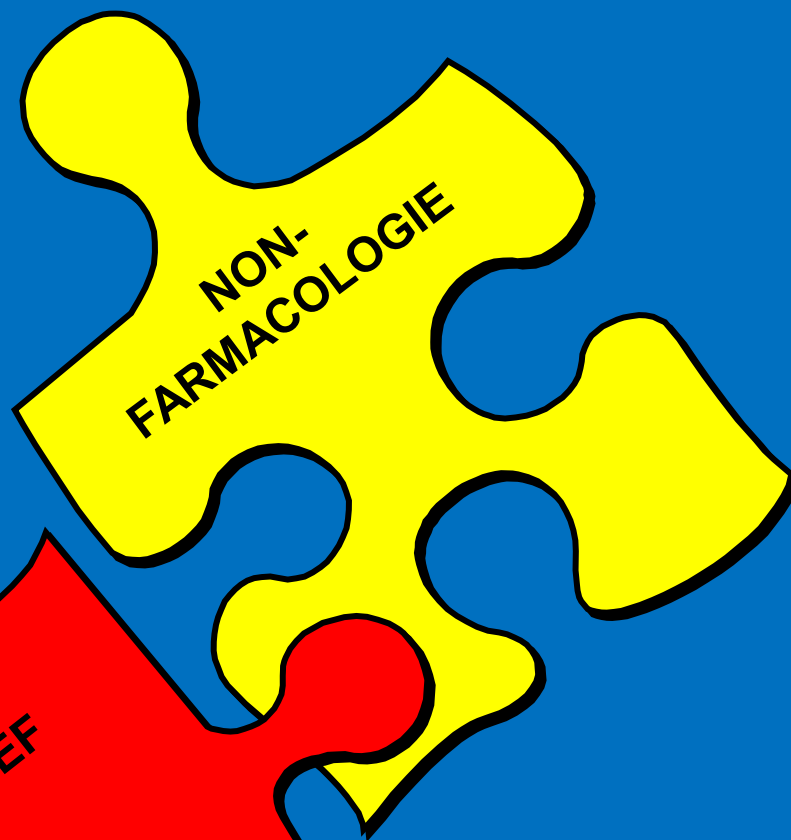
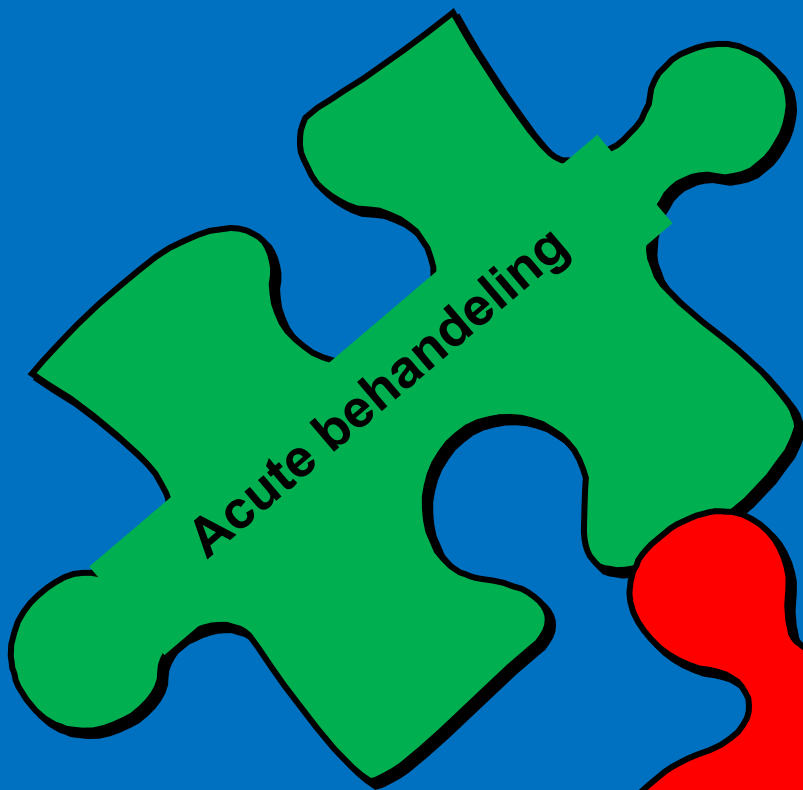
- A: Hoofdpijn ≥ 15 dagen/maand gedurende ≥ 3 maanden.
- B: Voorkomend bij een patiënt die voldoet aan de IHS migraine zonder of met aura.
- C: Op ≥ 8 dagen per maand ≥ 3 maanden hoofdpijn die voldoet aan
 - Migraine zonder aura
 - Migraine met aura
 - Hoofdpijn die door de patiënt ervaren werd als migraine en behandeld is met triptanen of ergotamine inname
- E: Niet beter beschreven door een andere ICHD-3 diagnose



- Episodische migraine ontregelt bij $\pm 2,5\%$ / jaar in chronische migraine
- Chronische migraine patiënten:
 - Gaan 3x vaker naar huisarts
 - Gaan 5x vaker naar neuroloog
 - Hebben 6-7x meer ziekteverzuim
 - Maken 4-5 x hogere kosten (direct en indirect)
 - Hebben meer psychiatrische co-morbiditeit
 - Hebben vaker medicatie overgebruik

(Munakata J. AMPP. Headache 2009, Bloudek. LM. IBMS J Headache Pain 2012)





BELANGRIJKE REDENEN OM TE BEHANDELEN

- Migraine patiënten die beter behandeld worden gaan minder vaak naar de dokter...

(Wu J. J Headache Pain 2012)

- Daling aantal dagen hoofdpijn = daling aantal dagen ziekteverzuim... (linear verband)

(Stewart WF. JOEM 2011)

- Voorkomt chronificatie van migraine!



MIGRAINE BEHANDELING IN NL?

- 44% patiënten heeft nooit de diagnose migraine gehad
- 49% gebruikt alleen drogist medicatie
- 29% drogist én receptmedicatie
- 26% heeft wel eens preventieve medicatie gehad maar is gestopt
- 12% gebruikt preventie



NIET MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Neem ziekte, klachten en beperkingen serieus!
- Geef informatie en uitleg
- Zorg dat patiënt(e) de ziekte zelf ook serieus neemt en zich vooral niet schuldig voelt!
- Dat zijn de belangrijkste voorwaarden om überhaupt te kunnen gaan behandelen!

**JE KOP IN
HET ZAND STEKEN**

**DAAR KUN JE BETER
MEE WACHTEN
TOT JE DOOD BENT**

Loesje

Postbus 1045
6801 BA Arnhem www.loesje.nl

ALLES OVER HOOFDPIJN



[Home](#) | [Leven met hoofdpijn](#) | [Soorten hoofdpijn](#) | [Onze diensten](#) | [Over ons](#) | [Help mee](#) | [Contact](#) 

The banner consists of three panels. The left panel shows a close-up of a man's face, looking down with his hand covering his eyes, suggesting pain. The middle panel is a teal background with text 'MELD JE HIER AAN ALS LID VAN HOOFDPIJNNET EN KIES GRATIS BOEK' and an image of a book titled 'Alles over hoofdpijn en aangezichtspijn' and a smartphone displaying an app. A red circle says 'TOT €25 VOORDEEL'. The right panel shows a woman sitting at a desk, looking down with her hand on her forehead, also suggesting pain. Two orange text boxes are overlaid on the banner: 'Help mee met een donatie' on the left and 'Vragen? Bel de Hoofdpijnlijn' on the right.

Waar bent u naar op zoek?

[Leven met
hoofdpijn](#)

[Soorten
hoofdpijn](#)

[Ik wil iets
doen](#)

[Over ons](#)

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN MIGRAINE, MEDICATIE- OVERGEERUIGSHOOFDPIJN EN SPANNINGSHOOFDPIJN



NIET SPECIFIEKE AANVALSBEHANDELING

- **Stap 1 (oraal)**

- Aspirine 3dd 1000
- PCTM 3dd 1000
- Ibuprofen 2dd 600
- Naproxen 3dd 500
- Diclofenac 2dd 100
- + metoclopramide 3dd10

- **Stap 2: (zetpillen)**

- Diclofenac 2dd 100
- Metoclopramide 3dd 10

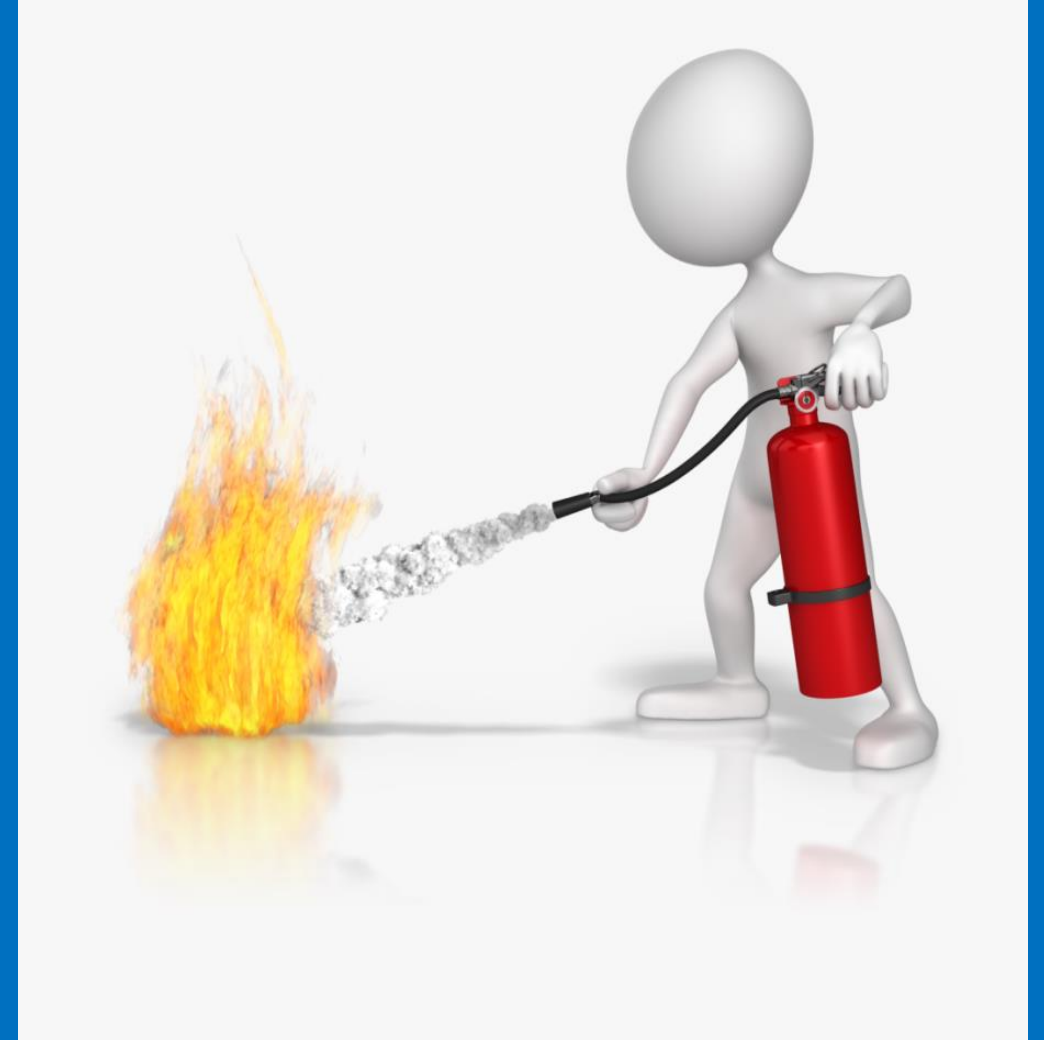


SPECIFIEKE AANVALSBEHANDELING

- **Stap 3: (triptanen)**

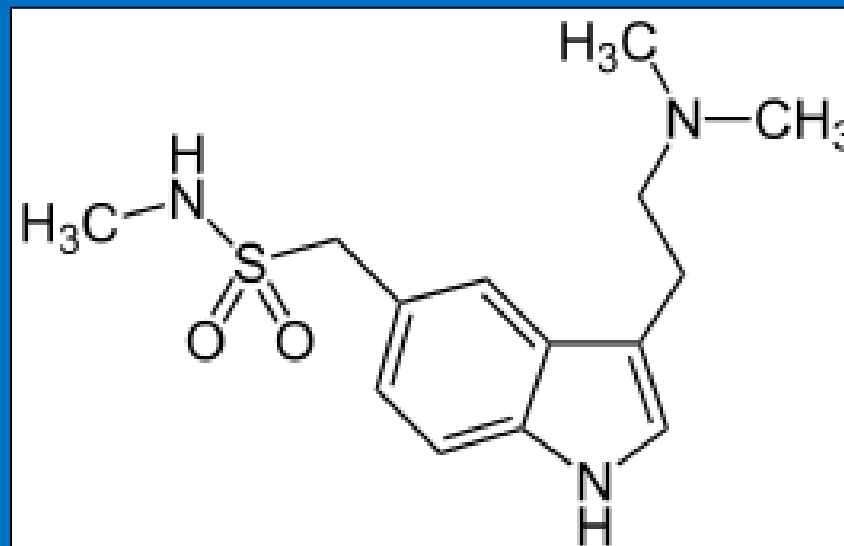
- Almotriptan 2dd 12.5
- Eletriptan 2dd 40-80
- Frovatriptan 2dd 2.5
- Naratriptan 2dd 2.5
- Rizatriptan 2dd 10
- Sumatriptan 100, supp, nasaal of s.c.
- Zolmitriptan 2dd 2.5/5
- Ergotamine 2dd 1-2 mg supp

- **Stap 4: combinaties met niet specifieke middelen**



WERKINGSMECHANISME TRIPTANEN

- Triptanen zijn 5-HT₁-agonisten.
- En ze remmen CGRP.
- Selectieve *activering* 5-HT-receptoren geeft:
 - Neurogene ontstekingsremming
 - Craniale vasoconstrictie
- Daardoor:
 - Snelle remming trigeminocervicale pijn
 - Minder prikkeling meningen?



BIJWERKINGEN

- Pijn op de borst
- Misselijkheid
- Duizeligheid
- Slaperigheid
- Vermoeidheid
- Tintelende gevoelens
- “Terugkeerhoofdpijn”

Zelden een reden om te staken (<5%)



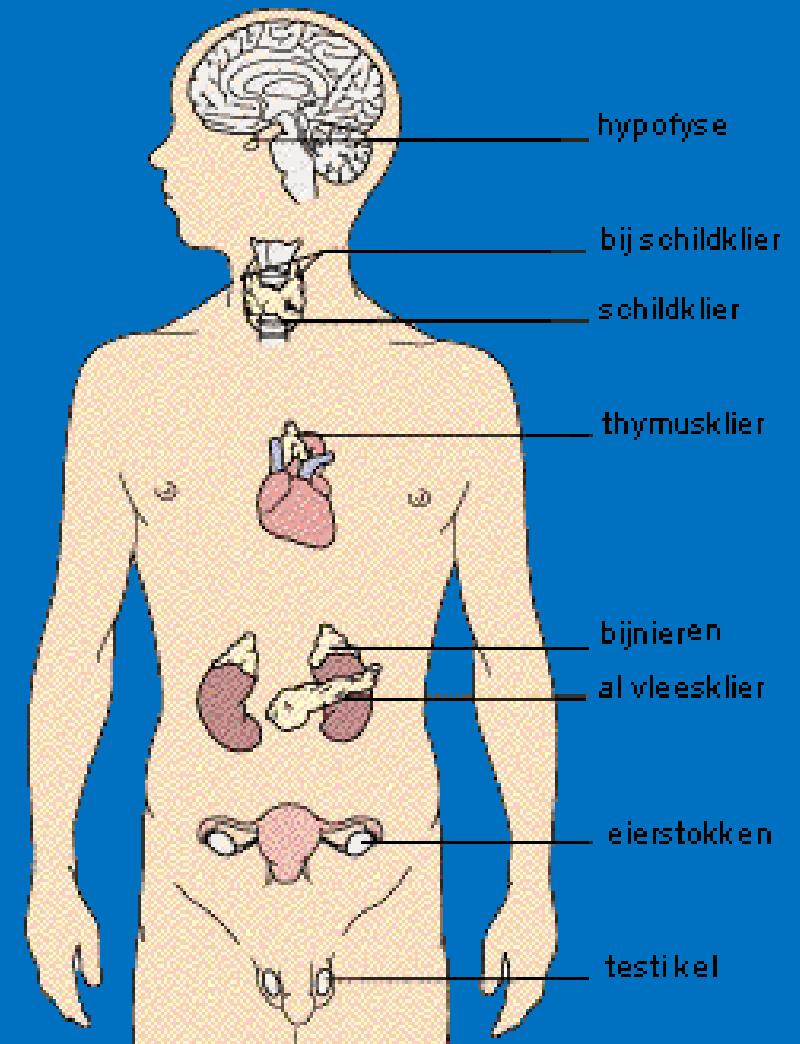
	snelheid van optreden van effect	aanhoudend hoofdpijnvrij	consistentie van effect	verdraagzaamheid
sumatriptan 50 mg	=	=	=/-	=
sumatriptan 25 mg	-	=/-	-	+
zolmitriptan 2,5 mg	=	=	=	=
zolmitriptan 5 mg	=	=	=	=
naratriptan 2,5 mg	-	-	-	++
rizatriptan 5 mg	=	=	=	=
rizatriptan 10 mg	+	+	++	=
eletriptan 20 mg	-	-	-	=
eletriptan 40 mg	=/+	=/+	=	=
eletriptan 80 mg	+(+)	+	=	-
almotriptan 12,5 mg	=	+	+	++
frovatriptan 2,5 mg	=	+	+	++

Bron: Ferrari, et al. Lancet 2001, aangevuld met Pascual et al., 2007.

- = geen verschil met sumatriptan 100 mg
- + beter dan sumatriptan 100 mg
- slechter dan sumatriptan 100 mg

HORMONEN EN MIGRAINE

- Oestrogenen spelen zeker een rol bij migraine maar er is helaas nog **weinig goed onderzoek** over.
- Hypothese versterkt door:
 - Vrouwen > migraine dan mannen
 - Begin migraine vaak rond menarche
 - Relatie aanvallen en menstruatie
 - Relatie zwangerschap en borstvoeding
 - Relatie menopauze
- Nu: WHAT studie in LUMC / Erasmus





INDICATIES DAGELIJKSE PREVENTIE



1. *Invaliderende aanvallen ≥ 2 per maand; ≥ 3 maanden achtereen, ondanks adequaat gedoseerde én gebruikte aanvalsbehandeling.*
2. *Aanvallen van ernstige intensiteit of lange duur.*
3. *Frequente en /of invaliderende aura's*



DOELEN PREVENTIEVE BEHANDELING ¹⁻⁴



1. Silberstein SD. Neurologie 2000; 55:754 – 62;
2. Evers S et al. EUR J Neuroel 2006, 13:560 – 72;
3. Estemalik E, Tepper S. Neuropsychiatr DIS behandelt 2013; 9:709 – 20
4. NHG standaard hoofdpijn, beschikbaar op <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/1737#idp85920>, geraadpleegd juni 2019

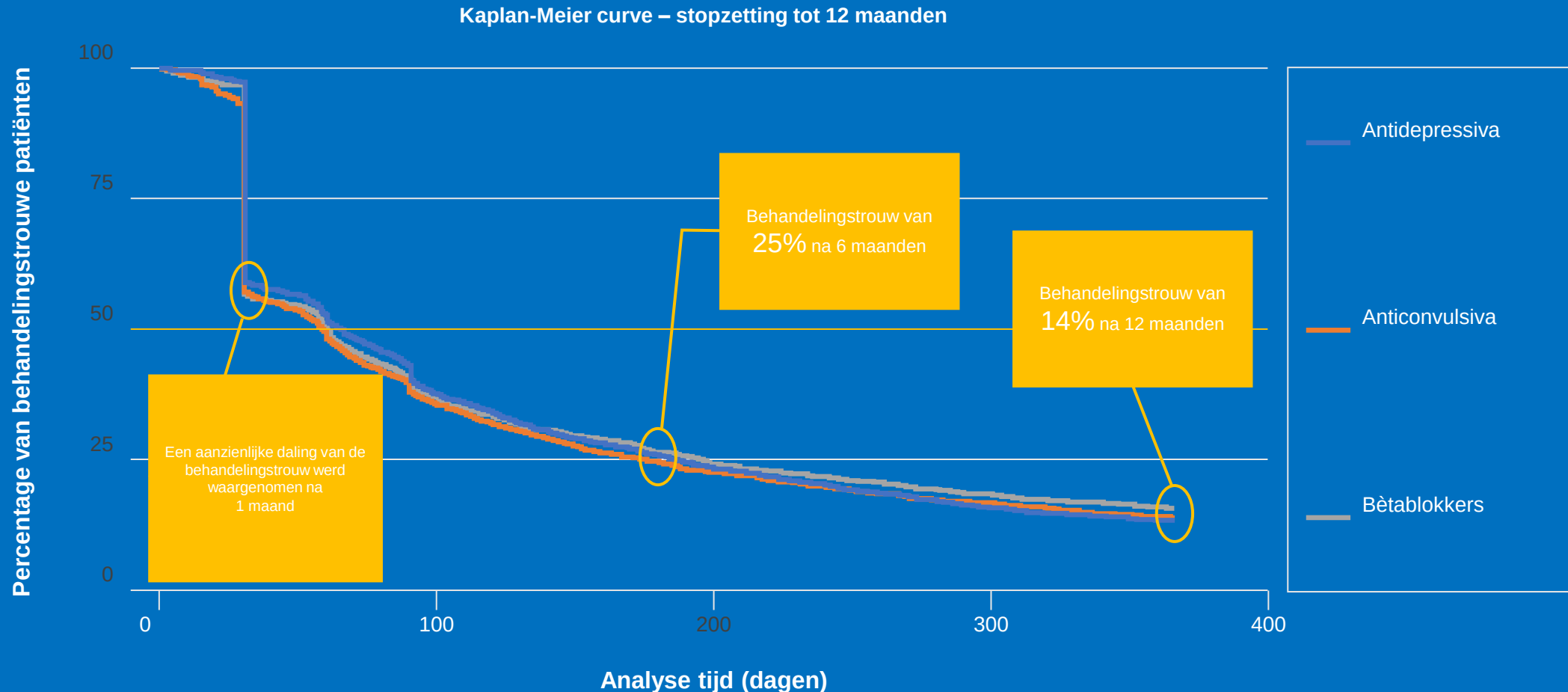
<u>Episodische migraine</u>	
<i>Effectief, gunstig veiligheidsprofiel</i>	<u>Candesartan</u> start: 1 dd 4 mg, per maand opvoeren; doel: 1 dd 8-16 mg (max 32 mg) <u>Metoprolol</u> start: 1dd 50 mg, opbouwen per 2 weken tot 1 dd 100 mg; doel: 1 dd 100-200 mg (max 200 mg) <u>Propranolol</u> start 2 dd 10 mg, opbouwen 20 mg per 2 weken tot 2 dd 40 mg, vanaf 80 mg retardvorm, doel: 1 dd 80-160 <u>Topiramaat</u> start: 1 dd 15/25 mg, per week of per 2 weken opvoeren; doel 2 dd 50 mg (kan verder tot max 200 mg maar geen verschil in effect met 100 mg aangetoond) <u>Valproaat MGA</u> (mannen) start 1 dd 300 mg, opvoeren per 2 weken; doel 2 dd 300-500 mg (max 1500 mg)
<i>Effectief, ongunstig veiligheidsprofiel</i>	<u>Valproaat MGA</u> (vrouwen: zie richtlijn CBG) <u>Flunarizine</u> 1 dd 5 mg, opvoeren per maand tot 1 dd 10 mg <u>Amitriptyline</u> a.n. start: 1 dd 10 mg, opvoeren met 10 mg per 4-6 weken; doel: 1 dd 40 mg (max 75-100 mg)
<i>Gering effectief</i>	<u>Pizotifeen</u> 1 dd 0,5 mg, opvoeren per week tot 1 dd 1,5 mg (max 4,5 mg)
<u>Chronische migraine, eerst detoxificatie</u>	
<i>Gering effectief</i>	<u>Topiramaat</u> <u>Valproaat</u> <u>Botulinetoxine A</u>

“het beste spul”

	AANTAL TE BEHANDELEN VOOR GOED EFFECT (NNT)	RELATIEVE RISICO OP BIJWERKINGEN (NNTH)
Propranolol / metoprolol	4	2,1
Candesartan	4	1,2?
Topiramaat	3	1,8
Valproaat	4	1,2
Amitryptiline (nortryptiline beter?)	4	1,9

BEHANDELINGSTROUW: LAAG!

LAGE BEHANDELINGSTROUW ZOALS BLIJKT UIT DE 'TIJD TOT STOPZETTING TOT EN MET OPVOLGING GEDURENDE 12 MAANDEN VAN DE INITIËLE PROFYLACTISCHE BEHANDELING'

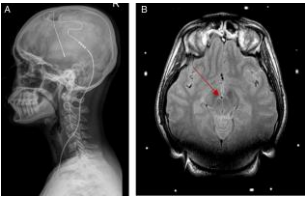


Meer dan 80% van de patiënten met chronische migraine beëindigde de profylactische behandeling binnen 1 jaar

BOTULINEBEHANDELING

- Downregulatie van vasoactieve peptiden en CGRP waardoor sensitisatie doorbroken wordt?
- NIET effectief gebleken bij:
 - Chronische spanningshoofdpijn
 - Episodische migraine
- Mogelijk wél effectief bij chronische migraine
- Behandeling onder voorwaarden NVN
- 31 s.c injecties hoofd / nek, elke 3 maanden
- Studies door Allergan...
- >65% MOH?, blinding?
- Is 1,8 dagen reductie per 24 weken klinisch relevant?





Supraorbital Nerve Stimulation

Dural Vessels



V1

Trigeminal Ganglion

SPG

SSN

Sphenopalatine Ganglion Stimulation

Occipital Nerve Stimulation



Cervical Afferents

Transcranial Magnetic Stimulation

Deep Brain Stimulation

Hypothalamus

PAG

LC

NRM

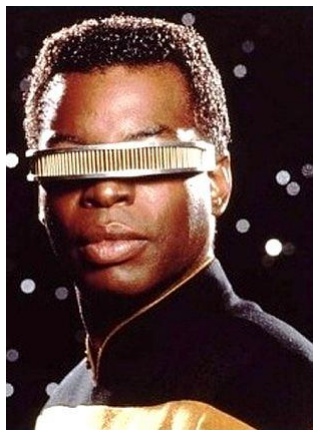
TNC

Cortex

Thalamus

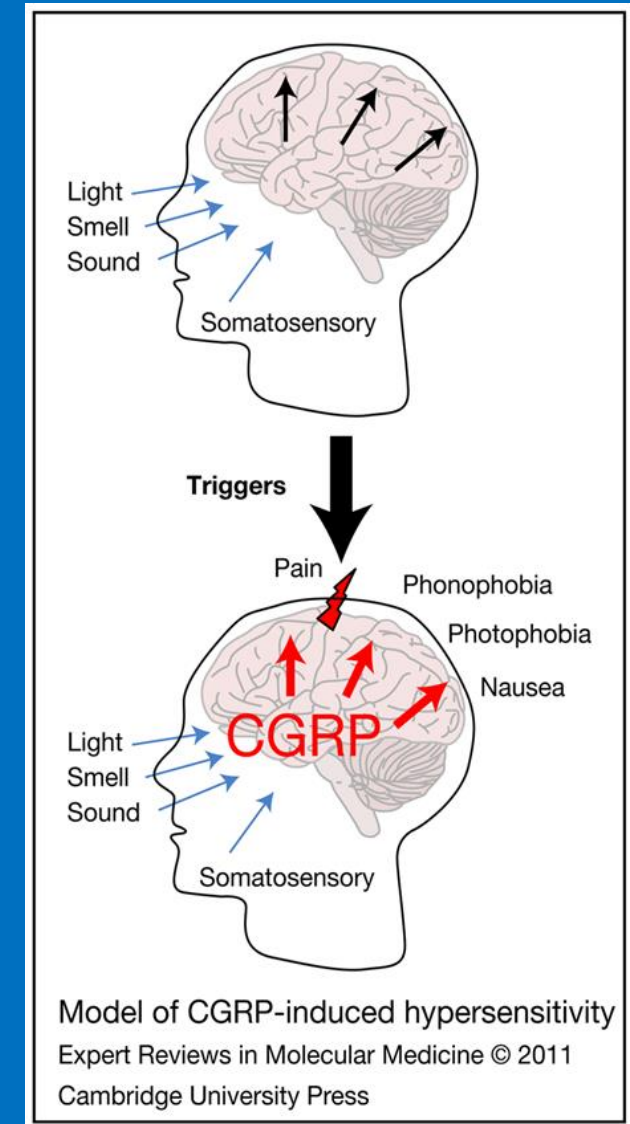
Vagal Nerve Stimulation

Vagal Afferents



CALCITONINE GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP)

- Neuropeptide dat een centrale- of perifere rol speelt in de trigeminovasculaire respons
- Perifere effecten CGRP zijn ontsteking en vasodilatatie
- Centraal effect CGRP: neuromodulatie?
- Rol in sensitisatie?
- Triptanen blokkeerden vrijkomen CGRP al..



Anti CGRP antilichamen

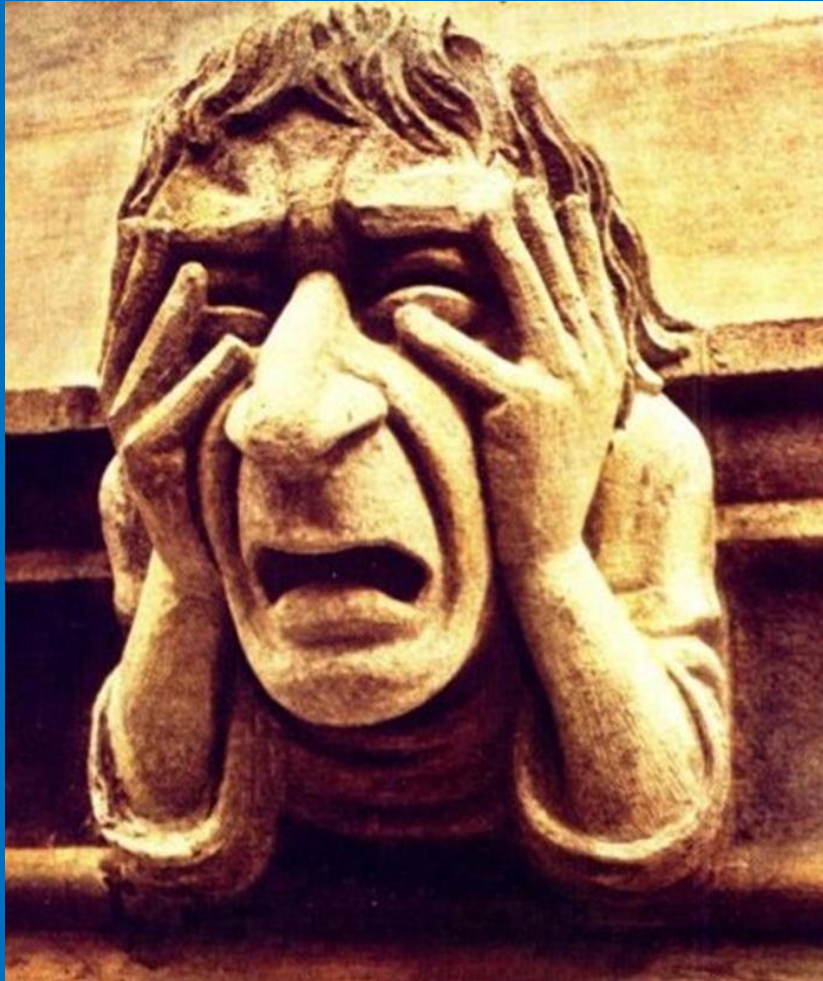
- Monoklonale antilichamen
- Vangen CGRP weg of blokkeren receptor.
- T½ van 4-6 weken.
- Nog niet voor de acute behandeling
- Wel voor preventie.
- Milde bijwerkingen
- Duur: ± 6000 Euro / jaar



CHRONISCHE DAGELIJKSE HOOFDPIJN

(> 4 uur per dag, > 15 dagen per maand > 3 maanden)

IS EEN KLACHT, GEEN DIAGNOSE!!!!



EPIDEMIOLOGIE

- ± 500.000 patiënten / jaar
- Gemiddelde leeftijd 42 jaar
- 70% vrouw
- 50-90% heeft mogelijke MOH
- Veel co morbiditeit met stemmingsstoornissen, angstklachten en “ALK”.
- Allodynie bij aanvallen (aanraken huid doet pijn) is indicatief voor chronische migraine!

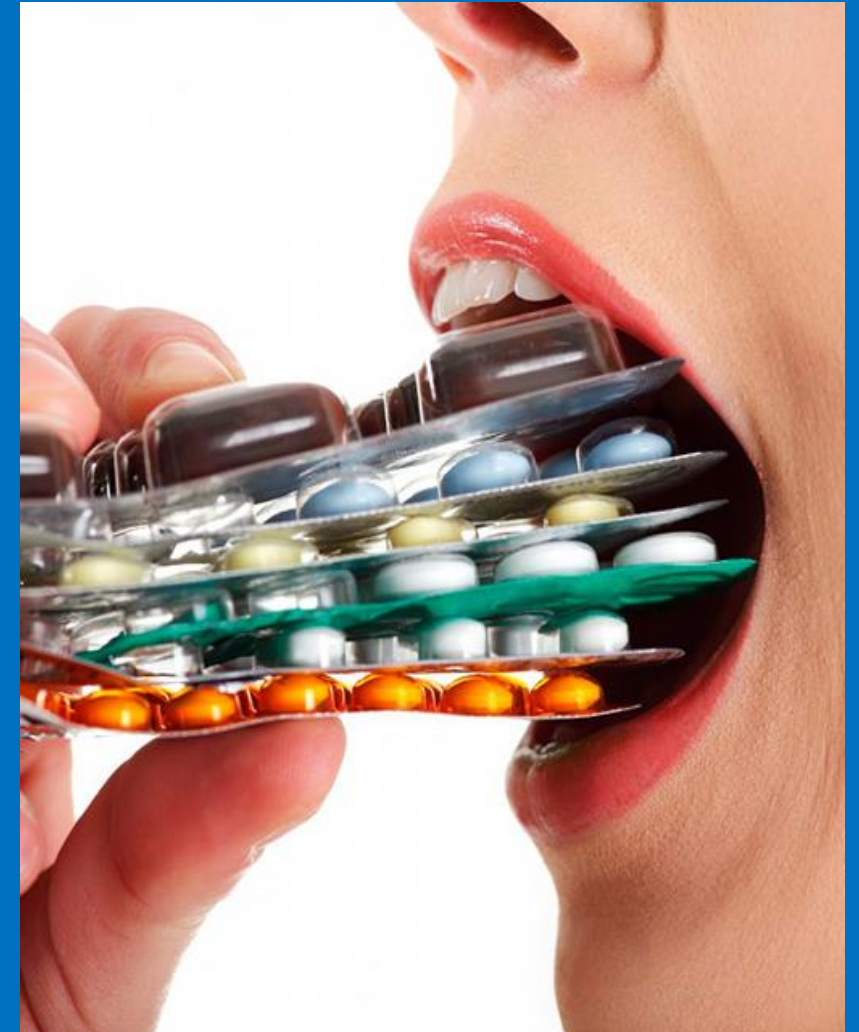




International
Headache
Society

MEDICATIE-OVERGEBRUIKSHOOFDPIJN

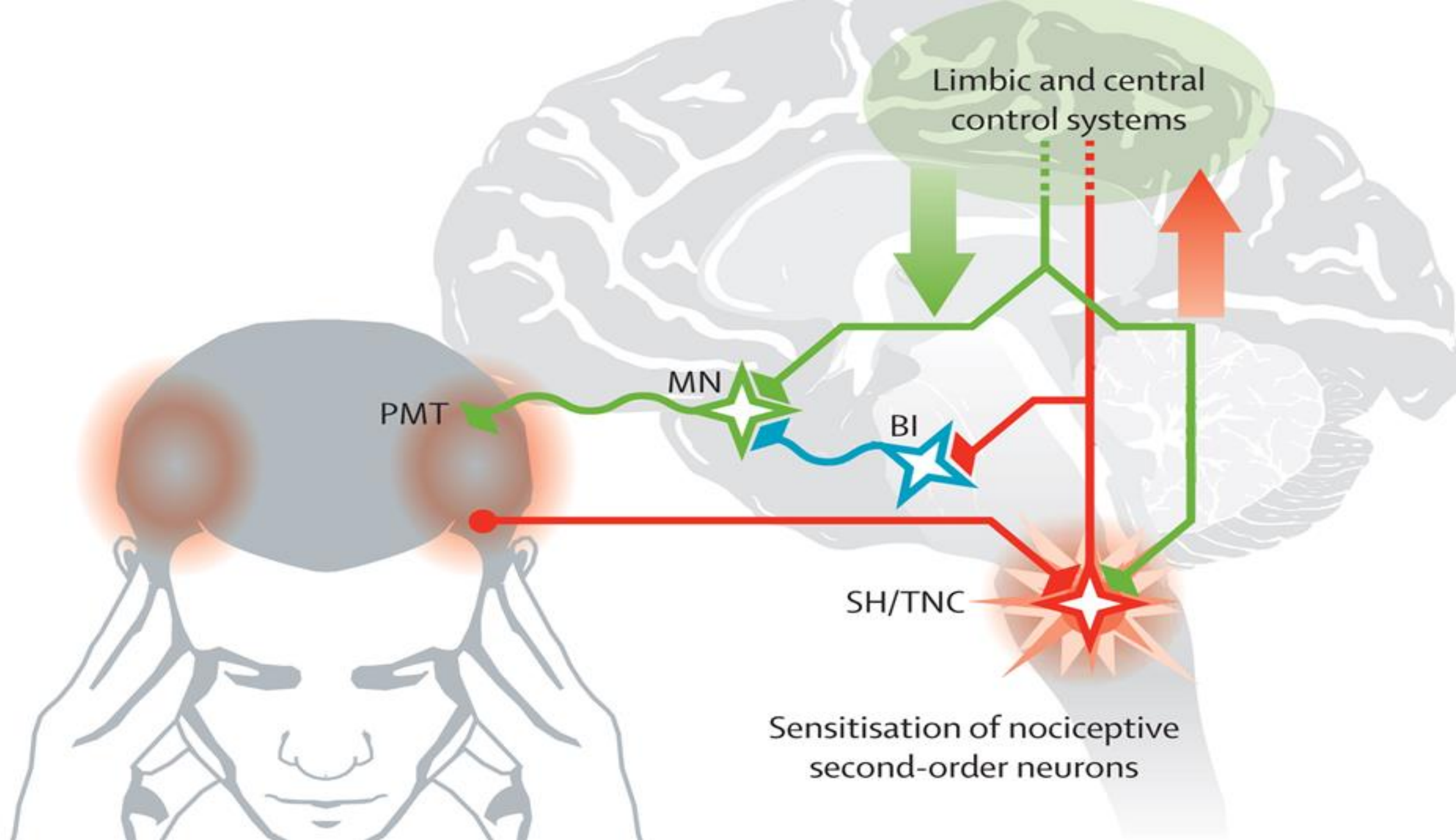
- A: Hoofdpijn ≥ 15 dagen per maand bij een patiënt met een eerder bestaande primaire hoofdpijn.
- B: Overmatig gebruik ≥ 3 maanden van 1 of meer soorten medicatie
- C: Niet beter verklaard door een andere ICHD-3 diagnose
- Incidentie 2,6% / jaar.
- Op WHO lijst 20^e plaats!
- Verbetering na afkicken bevestigt de diagnose pas!



Wanneer heb je dat dan?

Overmatig gebruik van	Aantal dagen
Pijnstillers	>15 dagen per maand
NSAID's	>15 dagen per maand
Triptanen	>10 dagen per maand
Combinatie pijnstillers + triptanen	>10 dagen per maand
Ergotamine preparaten	>5 dagen per maand
Koffie	>5 koppen per dag
Coffeïne bevattende frisdranken	>5 glazen per dag





“COLD TURKEY AFKICKEN”

- Uitleg + Plan
- Onttrekking moet ineens en kan thuis.
- Begeleid door (hoofdpijn) verpleegkundige
- Zelden opname ziekenhuis nodig
- $\pm$ 2 maanden voor triptanen
- $\pm$ 3 maanden voor de rest.
- Soms ondersteunende medicatie



HELPT AFKICKEN?

(Duur studie 249 dagen)

	Hoofdpijn frequentie (dgn/mnd)		
	<u>Begin</u>	<u>Na 2 mnd</u>	<u>Ontslag</u>
Migraine	23 [16–30]	11 [0–30]	9 [0–30]
Spanningshoofdpijn	29 [18–30]	23 [0–30]	20 [0–30]
Migraine + Spanningshoofdpijn	27 [15–30]	18 [1–30]	12 [0–30]
Overig	29 [17–30]	26 [0–30]	17 [0–30]

RISICO TERUGVAL

- < 6 maanden: 31%
- > 1 jaar: 41%
- > 4 jaar: 45%

Factoren:

- Man
- > 8 hoofdpijndagen/maand
- Veel preventieve behandelingen gehad
- Spanningshoofdpijn
- Na onttrekking geen verbetering hoofdpijn
- Analgetica in combinatie gebruik (b.v. met cafeïne)



**(CHRONISCHE)
SPANNINGSHOOFDPIJN**

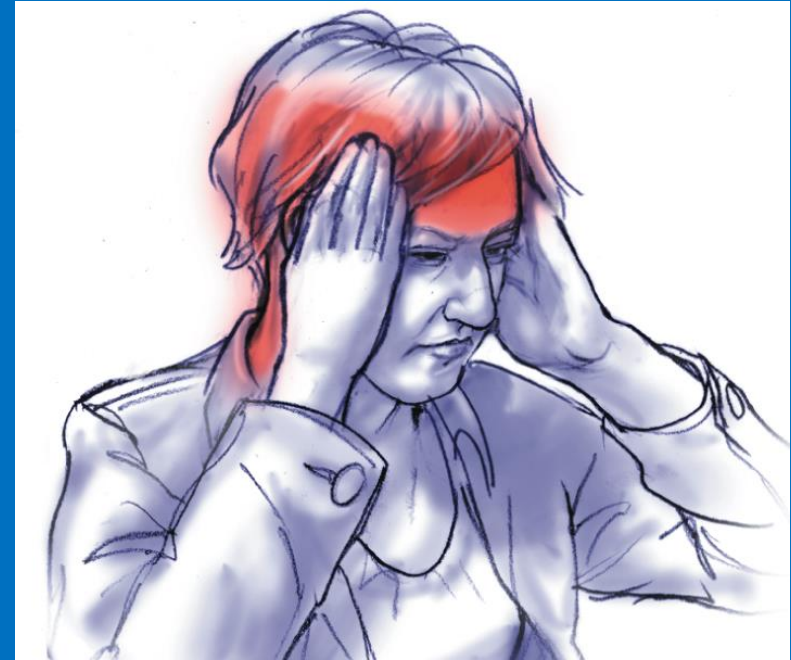
SPANNINGSHOOFDPIJN

- A: Infrequente spanningshoofdpijn (<1 dag / maand)
Frequente spanningshoofdpijn (1-14 dagen / maand)
Chronische spanningshoofdpijn (>15 dagen / maand)
- B: Duur 30 minuten – 7 dagen.
- C: Tenminste 2 van de verschijnselen:
 - Bilateraal gelokaliseerd
 - Drukken en bandvormig en niet kloppend van karakter
 - Mild tot matige intensiteit
 - Geen verergering door of vermijding van lichaamsbeweging
- D: Geen misselijkheid of braken en niet meer dan 1 van foto- of fonofobie
- E: Niet beter beschreven door een andere ICHD-3 diagnose



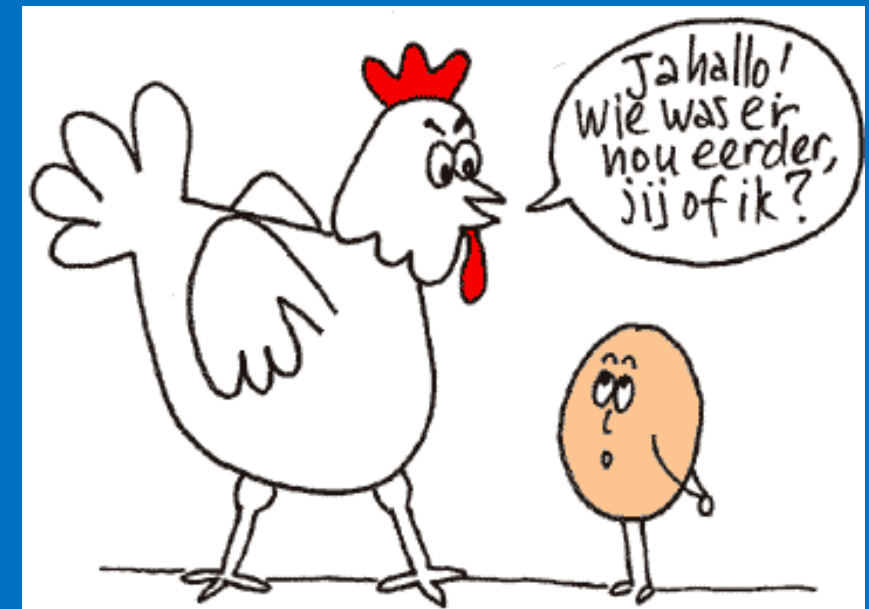
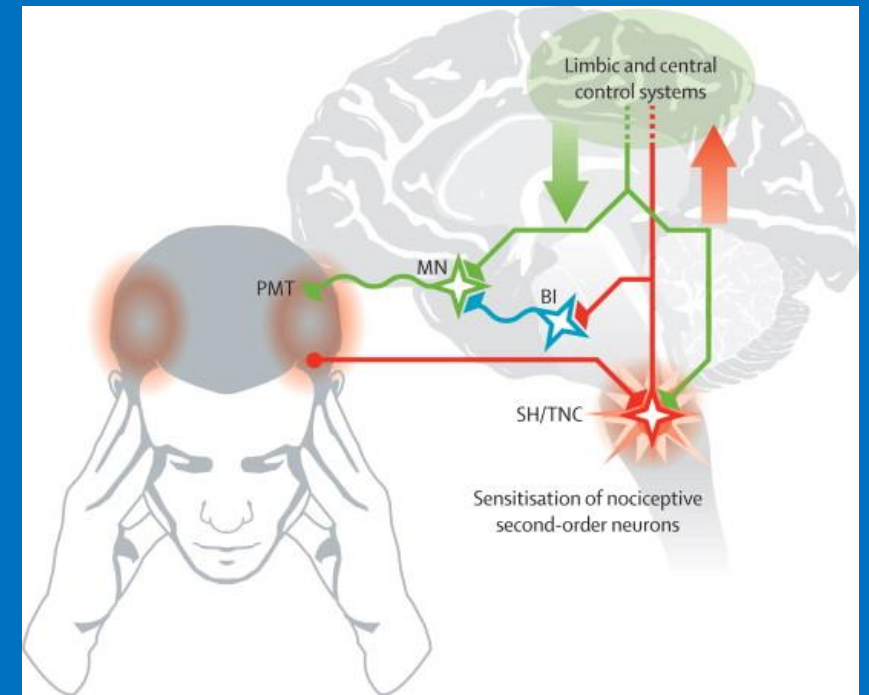
EPIDEMIOLOGIE

- Episodisch: 56% bij mannen en 71% bij vrouwen
- **Chronisch:** 2% mannen en 5% bij vrouwen
- Neemt af met de leeftijd
- 16% patiënten gaat er mee naar de huisarts
- 4% naar de specialist.
- Weinig goed wetenschappelijk bewijs voor therapie
- Socio-economische effecten: waarschijnlijk nog groter dan van migraine wegens de hoge prevalentie...



OORZAAK?

- Onbekend
- Centrale sensitisatie bij chronische?
- Overbelasting?
- Angst? / depressie?
- Er is nooit een causaal verband gevonden met spanningen, stress, nekafwijkingen of toegenomen spierspanning...
- Vaak “kip-ei” (correlatie-causaliteit) problematiek....



DIFFERENTIAAL DIAGNOSE

- Mogelijke MOH
- Chronische migraine
- TMD
- New daily persistent headache



Tabel 7.2 Acute medicatie voor spanningshoofdpijn*

geneesmiddel		werkzaamheid	bijwerkingen
analgetica	acetylsalicylzuur	2+	2
	paracetamol	2+	1
niet-steroïde anti-inflamma- toire middelen	indometacine	3	2
	ibuprofen	2+	2
	naproxen	3+	2
	fenoprofen	2	2
	ketoprofen	2	2
	ketorolac	3	3
combinatie	acetylsalicylzuur en/of paracetamol plus cafeïne	3+	2
	acetylsalicylzuur of paracetamol plus butalbital met cafeïne	3+	3
spierrelaxantia	orfenadrine	0 (?)	3
	carisoprodol	0 (?)	3
	methocarbamol	0 (?)	3
	diazepam	0 (?)	3
	cyclobenzaprine	0 (?)	3
	chloorfenesine	0 (?)	3
	chloroxazone	0 (?)	3

* beoordeeld op een schaal van 1-3.

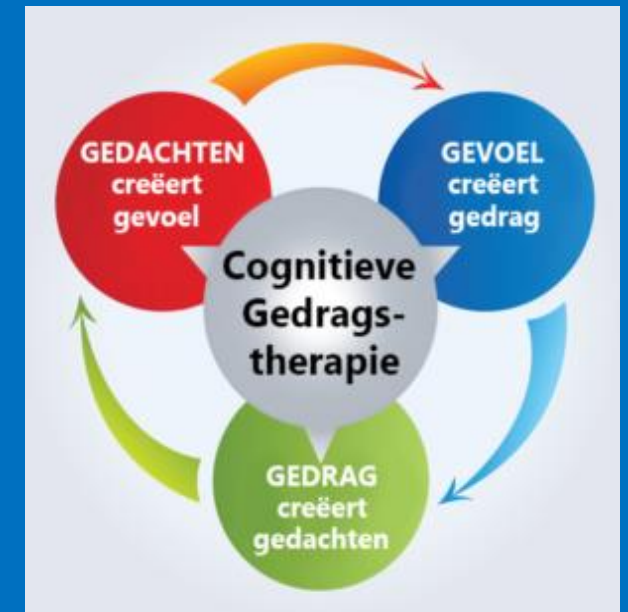
PREVENTIE CHRONISCHE SPANNINGSHOOFDPIJN

- Ami- en nortriptyline zijn effectief.
- Start 10 mg a.n. Opbouwen per maand tot 50 mg/dag (max 75-100 mg).
- Mirtazapine: start 7,5 mg. Opbouwen per maand tot max. 30 mg/dag.
- Geen bewijs dat SSRI's effectief zijn.
- Botulinetoxine aangetoond niet werkzaam!
- 3-6 maanden behandelen meestal voldoende...



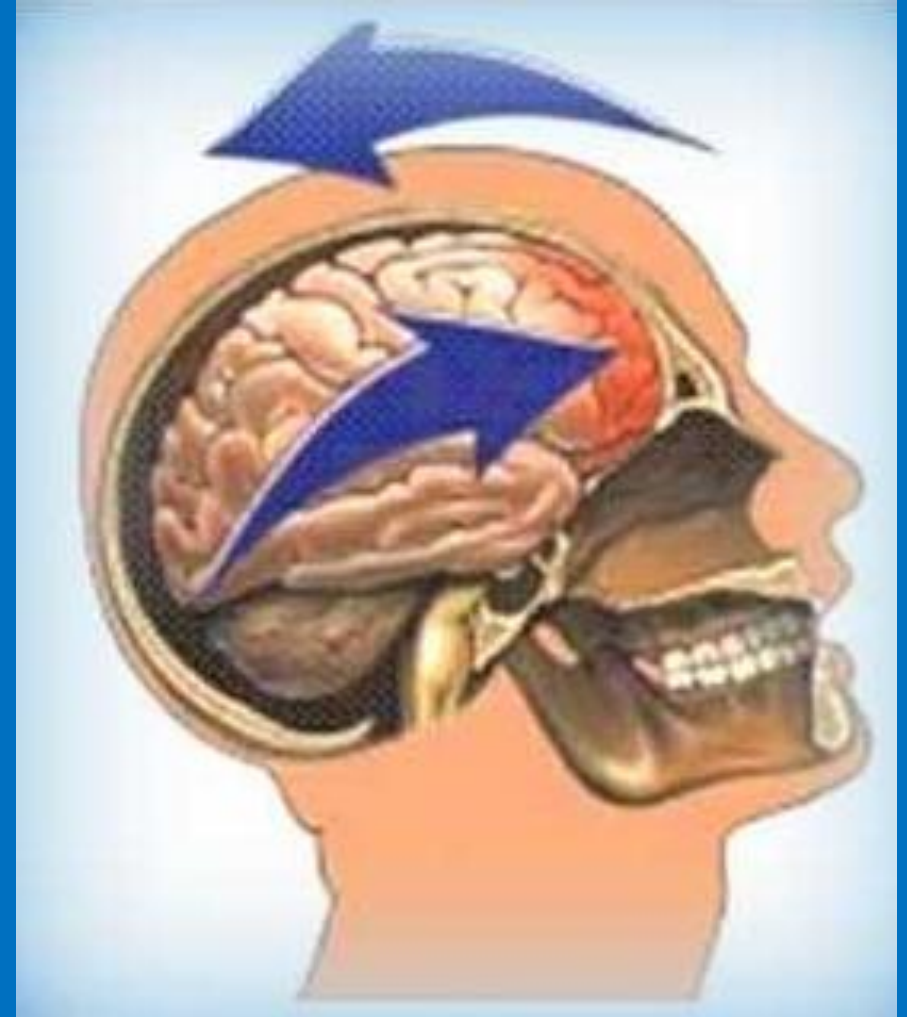
ANDERE BEHANDELINGEN (CHRONISCHE) SPANNINGSHOOFDPIJN

- Uitleg en geruststelling
- Staak overmatig gebruik van analgetica, en/of cafeïne.
- Mensendieck / Fysiotherapie
- Gnatoloog?
- Psycholoog
- Psychiater
- Pijnpoli



POSTTRAUMATISCHE HOOFDPIJN

- 85% lijkt op spanningshoofdpijn die verergert bij inspanning
- Ook migraine- en clusterhoofdpijn achtige beelden en orthostatische hoofdpijn worden gezien.
- Meestal ook allerlei postcommotionele problemen zoals: cognitieve klachten, boosheid, depressie, duizeligheid, prikkelbaarheid, slaapproblemen, geïrriteerdheid, verandering persoonlijkheid.
- Vrouw : Man = 1,9 : 1
- Hoe ouder hoe slechtere prognose...



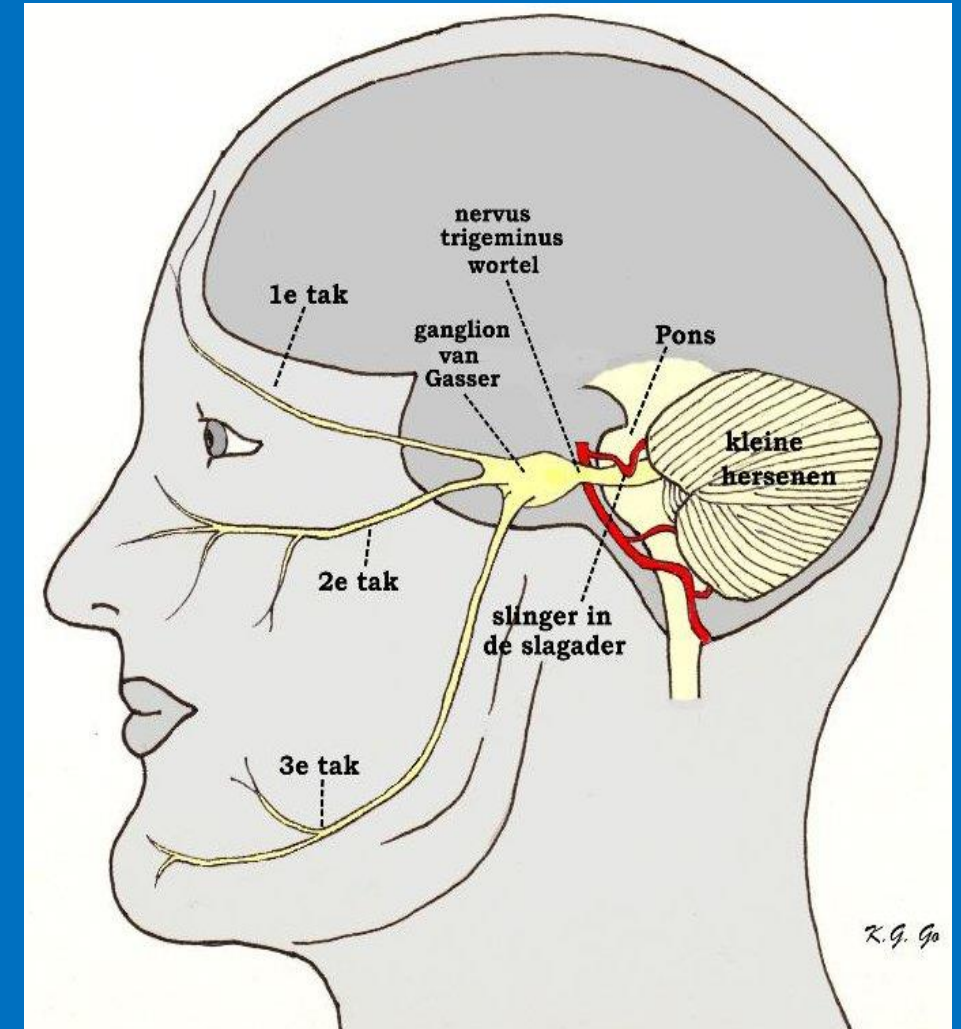
- Komt vaker voor bij patiënten die reeds migraine of spanningshoofdpijn hadden
- Duurt meestal 3-5 jaar.
- Behandelbare afwijkingen aanpakken.
- Uitleg geven; eventueel TCAD's, valproaat of af en toe triptanen.
- Ondersteun met FT en oefenprogramma's.
- Prognose lijkt matig.
- Ongeveer 1/3 kan niet meer werken...





TRIGEMINUSNEURALGIE

- **A:** Paroxysmale pijnaanvallen met een duur van een fractie van een **seconde tot twee minuten**, in het verloop van één of meer divisies van de n. trigeminus, en voldoen aan criteria B en C.
 - **B:** Pijn heeft minimaal één van de volgende kenmerken:
 1. intens, scherp, oppervlakkig of stekend.
 2. luxerend triggergebied of factoren.
 - **C:** Aanvallen verlopen stereotypisch
-
- **80-90% Idiopathisch**
 - Neurovasculaire compressie?



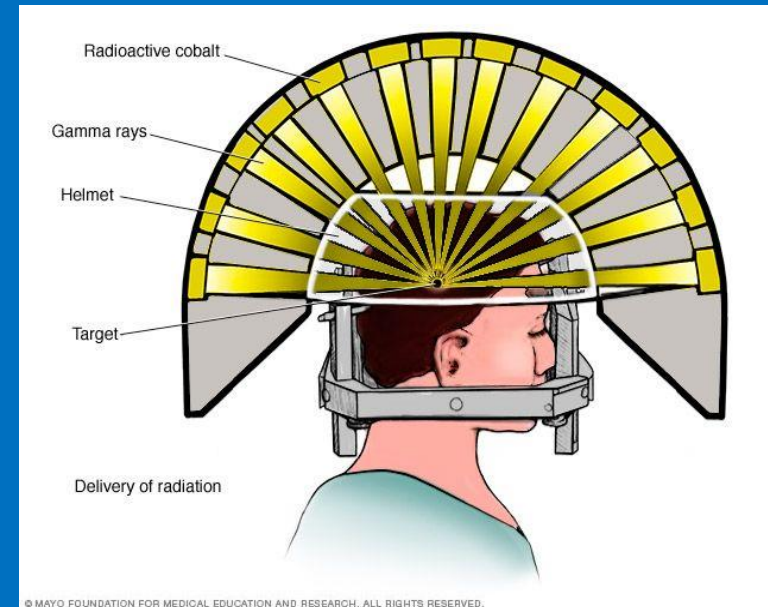
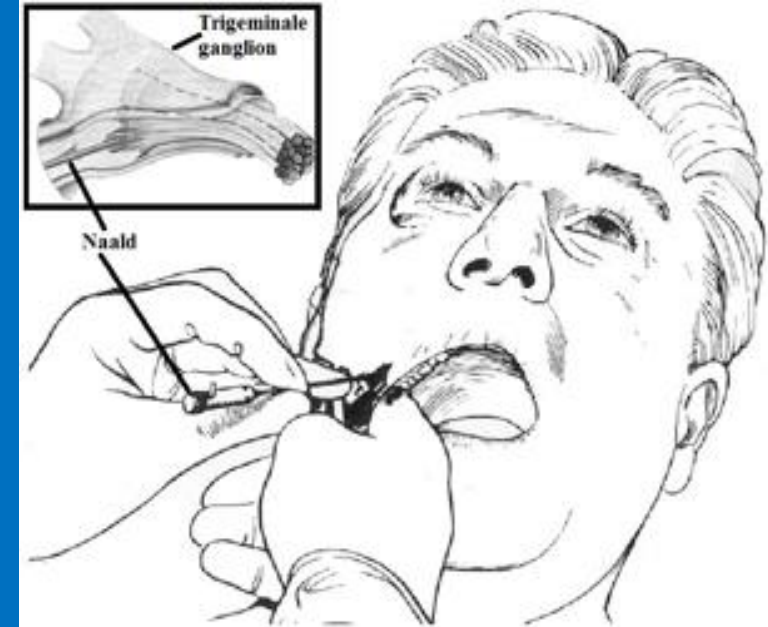
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Carbamazepine en oxcarbazepine 1^e keus.
- Bijwerkingen: huiduitslag, jeuk, sufheid, duizeligheid, droge mond, misselijkheid, impotentie en diarree.
- Oxcarbazepine heeft minder bijwerkingen en even effectief!
- 1 keer een spiegel en leg effect op pil en teratogeniteit uit...



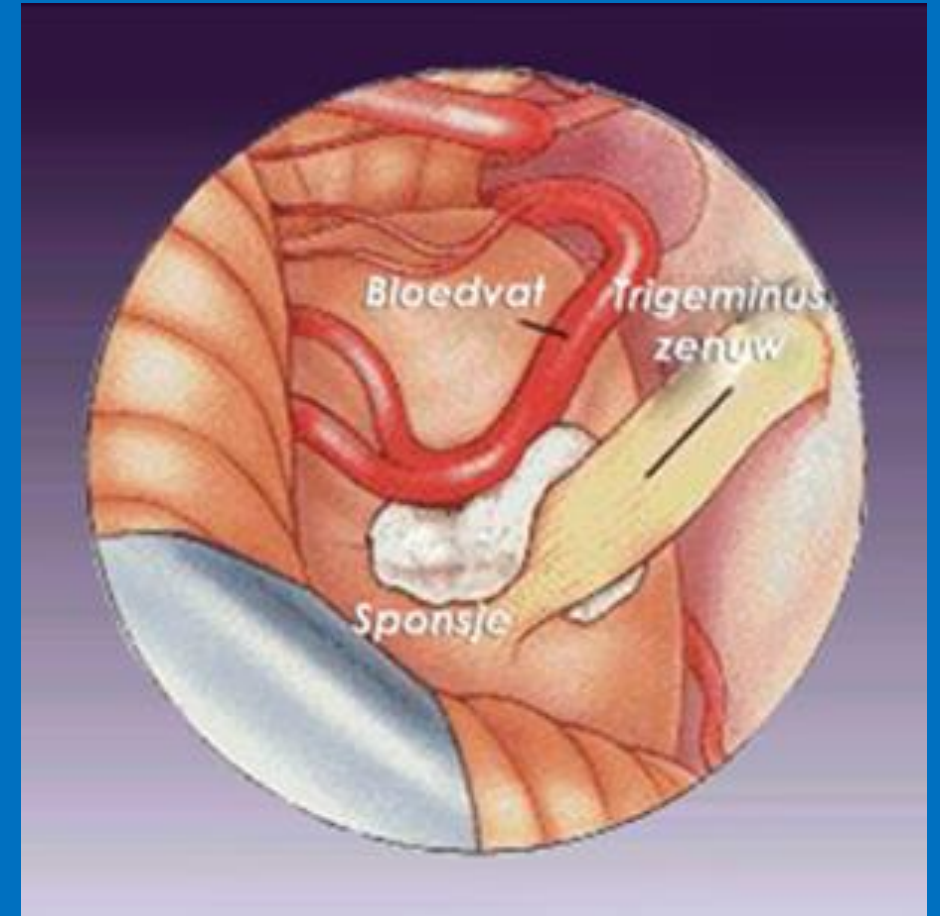
INVASIEVE BEHANDELING

- Percutaan rhizotomie n.V of gg.van Gasser (Sweetprocedure).
 - Bijwerkingen: 4-30% hypo-/dysesthesie. 0-10% anesthesia dolorosa of oogspierparesen
 - Recidief 20-50% na 5 jaar
- Radiochirurgie met gammaknife (30-50% na 5 jaar vrij van klachten). Tweede sessie lijkt te kunnen.
 - Bijwerkingen: 6-12% anesthesia dolorosa)
 - Recifief 30-50 % na 5 jaar



Micro vasculaire decompressie (Janetta)

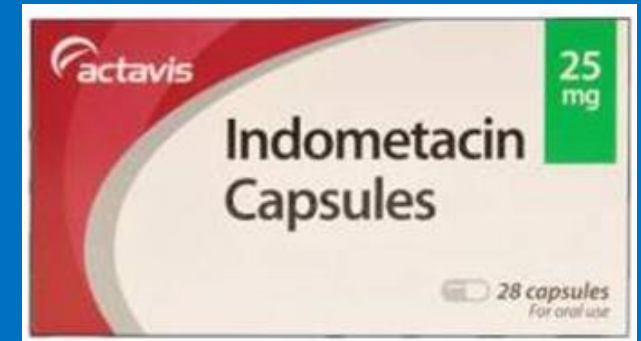
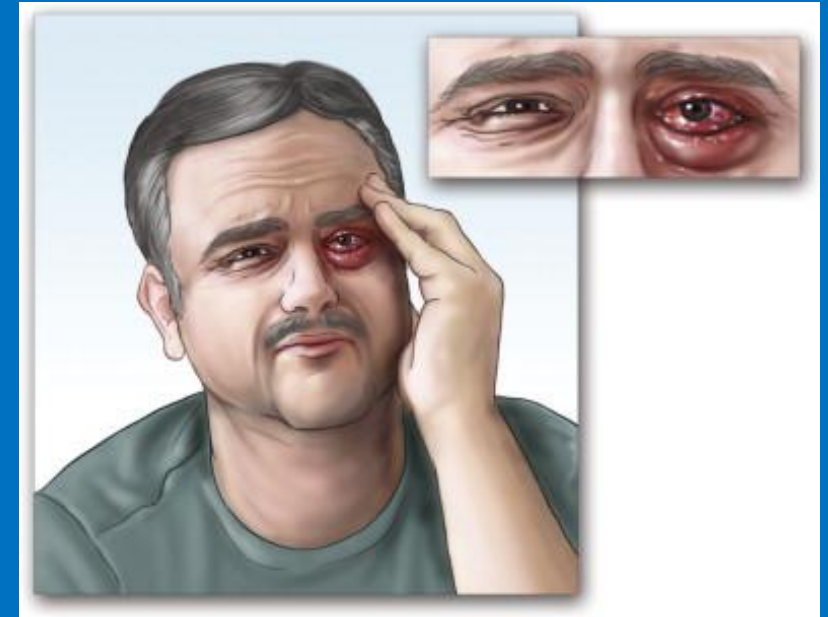
- 73 % vrij na 5 jaar (meest effectief!)
- Morbiditeit rond de 10%
- Kan na andere behandelingen
- Risico op anaesthesia dolorosa bij herhaald uitvoeren van rhizolyse neemt toe met het aantal behandelingen!
- Jonge patiënt in eerste instantie microvasculaire decompressie adviseren.



TRIGEMINO-AUTONOME PIJNSYNDROMEN (TAC's)

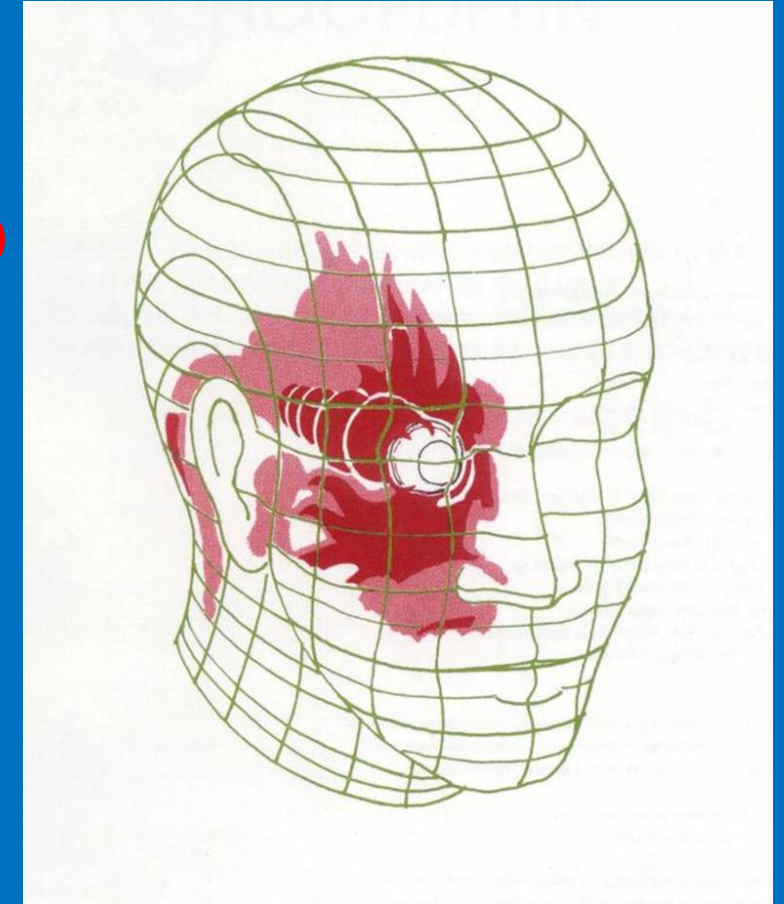
Cyclische ernstige hoofdpijn met autonome activeringen in het gelaat:

- Clusterhoofdpijn.
- Cluster-tic syndroom (clusterhoofdpijn met co-existente trigeminusneuralgie)
- Chronische paroxysmale hemicrania
- Hemicrania Continua
- SUNCT (Sudden Unilateral Neuralgiform Cephalgia with Tearing)



CLUSTERHOOFDPIJN

- **A:** Minstens **5** aanvallen die voldoen aan de criteria B-D
- **B:** Ernstige unilaterale orbitale en/of supraorbitale pijn **15-180** minuten (onbehandeld), vaak 's nachts.
- **C:** Hoofdpijn vergezeld van minstens één van de volgende symptomen:
 1. ipsilaterale conjunctivale injectie en/of tranenvloed
 2. ipsilaterale nasale congestie en/of lopende neus
 3. ipsilateraal ooglidoedeem
 4. ipsilaterale zweetsecretie van voorhoofd / gelaat
 5. ipsilaterale miosis en/of ptosis
 6. een onrustig gevoel en bewegingsdrang
- **D:** Aanvalsfrequentie varieert van 1 per twee dagen tot 8 aanvallen per dag
- **E:** niet verklaard worden door een andere aandoening



ALGEMEEN

- prevalentie van 0,07%
- Man : vrouw = 2,5-3,7 : 1.
- Vanuit de craniële circulatie ontstaat trigeminus prikkeling (1^e tak) met verwijding a. carotis met als gevolg pijn en het syndroom van Horner?
- Relatie met de “biologische klok”.
- In 43% seizoen gebonden (lente en herfst)
- 14% heeft een aura (?!)
- Bij episodische clusterhoofdpijn (80-85%) zijn er aanvalsvrije periodes van minimaal één maand of langer.
- Wanneer >1 jaar geen remissie van >1 maand voorkomt is sprake van “chronische clusterhoofdpijn”.



AANVALSBEHANDELING

- 6-12 l/min 100% zuurstof (70% effect)
- Sumatriptan 6mg s.c. of 20 mg nasaal
- Lidocaïne 4-10% intranasale spray enigszins effectief
- Somatostatine-analoon octreotide 0,1 mg subcutaan



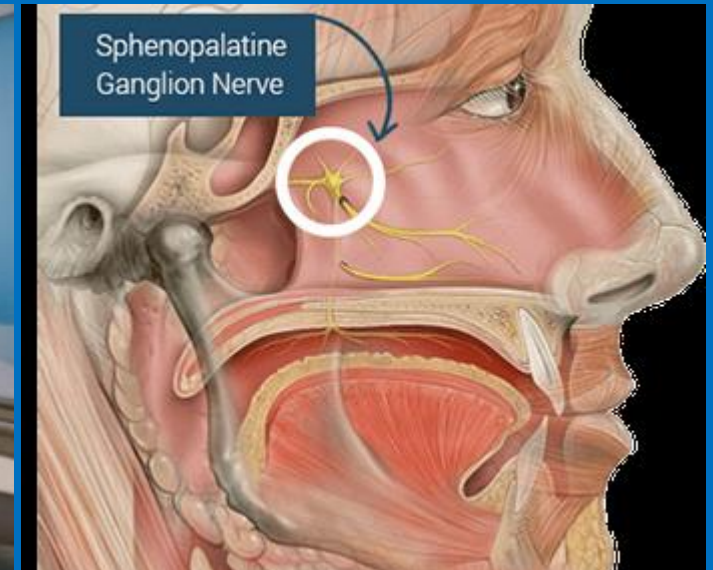
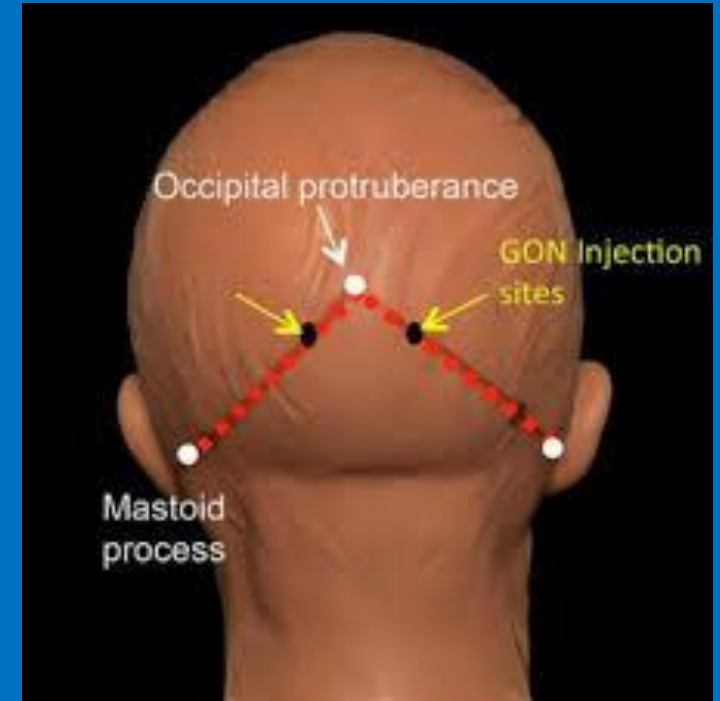
PROFYLAXE

- Verapamil 240-960 mg (af te bouwen na 3 weken aanvalsvrijheid)
- Topiramaat
- Methylprednisolon stootkuur
- Lithium
- Depakine / Gabapentin?
- Ergotamine? (mag niet samen met triptanen)

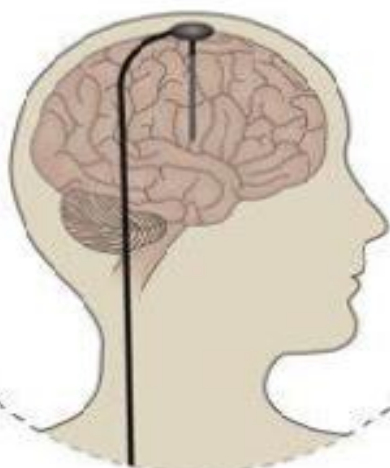


INVASIEVE BEHANDELINGEN

- GON (n. occipitalis major) blokkade
- Cervicale wortel blokkade
- Gammaknife radiochirurgie gg Gasser
- Onvoldoende bewijs radiochirurgie n. V
Sphenopalatine ganglionectomie



Hypothalamic DBS



SPG stimulation



Hypothalamus

Greater occipital nerve

Invasive ONS

Facial nerve

SPG

Vagus nerve

Noninvasive VNS



ICON



HOOFDPIJN NA COVID 19 - cijfers

- Eerste symptoom: 80%
- Prevalentie bij acute infectie: 13-75%
 - Gehospitaliseerd: 13-23%
 - Niet gehospitaliseerd: 59-75%
- Hoofdpijn in acute fase is risicofactor persisterende hoofdpijn
- Kans aanhoudende klachten na COVID 19 infectie: 10-20%
- Hoofdpijn bij post covid syndroom: 5% - 44%
- Prevalentie post covid syndroom 2.0% in UK in jan '22
- Vaker bij vrouwen (van middelbare leeftijd)

564862532487558585854
113787348194378129474
741328947328904732484
634127958932568256578
657891634578165895155
578758785688686515155
555553247853453245235
849235293453245234555
249578493865324959542
578758785688686515155
555553247853453245235
849235293453245234555
249578493865324959542
653786738496734896353

HOOFDPIJN NA COVID 19 - kliniek

- Aanhoudende holocraniëele hoofdpijn die drukkend-, matig in ernst is en die toeneemt bij inspanning en dan vaak bonzend wordt.
- Verergering (chronificatie) van reeds bekende migraine.
- Vaak bijkomend: moeheid, insomnia, foto- / fonofobie, en cognitieve klachten
- Waarschijnlijk afnemend in de tijd
- Na 3 maanden: aanhoudende hoofdpijn: 19%
- Na 9 maanden: aanhoudende hoofdpijn: 16%



HOOFDPIJN NA COVID 19 - behandeling

- Volgens de richtlijnen, voor meest passende primaire hoofdpijn
- Pas op met veel bijkomende COVID verschijnselen zoals cognitieve stoornissen / insomnie / stemmingsstoornissen: dan voorzichtig met bètablokkers / topiramaat
- Huidige literatuur adviseert: amitriptyline (en botox volgens PREEMT protocol)
- Betrek eerstelijns fysiotherapeut en ergotherapeut en evt psychologische ondersteuning en revalidatiearts of andere multidisciplinaire centra!



M.D.O'S



**WAAROM
MOEILIK DOEN
ALS
HET SAMEN KAN**

Loesje

POSTBUS 1045

6801 BA ARNHEM

GIRO3254768

(BIO-)PSYCHO-SOCIALE MODEL PIJNWAARNEMING VERHOOGEND?

Cognities

- Negatieve verwachtingen van de toekomst (catastroferen)
- Angst voor de pijn
- Machteloosheid
- Niet accepteren van de pijn

Emoties

- Depressie
- Angst
- Boosheid

Gedrag

- Passiviteit
- Overbelasting (niet doseren)

Sociale steun

- Niet geloofd worden
- Overmatige praktische steun

+ nog allerlei andere
Stressfactoren!!!



WEGWIJS
IN 1 UUR

Natuur- geneeskunde



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Kruiden- geneeskunde



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Chinese geneeskunde



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Ayurvedische geneeskunde



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Antroposofische geneeskunde



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Homeopathie



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Lichaam & geest therapieën



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Manuele behandelwijzen



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Spirituele westerse geneeswijzen



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Traditionele niet-westerse geneeswijzen



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

Voedings- therapie en -supplementen



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

WEGWIJS
IN 1 UUR

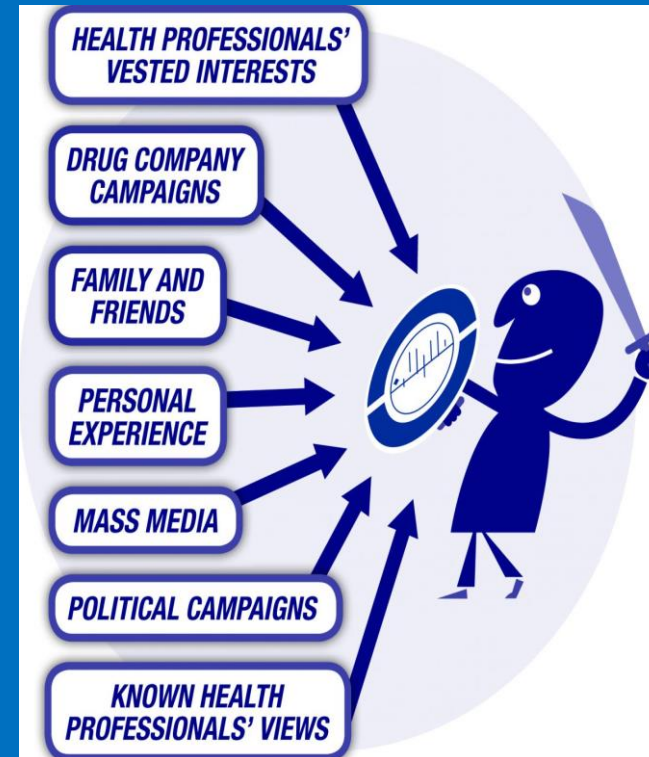
Integrale geneeskunde



CORWIN AAKSTER EN FLEUR KORTEKAAS

En ook...

- Psychologie
- Fysiotherapie
- “Droge naalden”
- Chiropraxie
- “Mindfulness”
- Supplementen
- Cannabis
- Cupping
- “Daith Piercing”
- Etc. Etc.



Zijn nooit in wetenschappelijk onderzoek werkzaam gebleken...

WERKEN DUS NIET, maar HELPEN SOMS WEL, als je er maar in gelooft! ☺

ORGANISATIE VAN ZORG

- Overweeg multidisciplinaire behandeling bij een geselecteerde groep patiënten, met name patiënten met hoge ziektelast of comorbiditeit zoals depressie of angst of mogelijk medicatie-overgebruik
- Het is onduidelijk welke zorgverleners er betrokken moeten zijn in de multidisciplinaire behandeling, maar tenminste een Hoofdpijnverpleegkundige naast de neuroloog







Waar ben je naar op zoek?

[Leven met
hoofdpijn](#)

[Hoofdpijn en
werk](#)

[Soorten
hoofdpijn](#)

[Word lid](#)

NIEUWS



4 OKTOBER 2022

[OVERZICHT: Hoofdpijn in de media](#)



4 OKTOBER 2022

[Hoofdpijnlijn voortaan te bereiken op lokaal tarief](#)



14 SEPTEMBER 2022

ACTIVITEITEN



[OVERZICHT: Alle activiteiten van 2022 op een rij](#)



[16 november 2022: Voorlichtingsavond 'Leven met ernstige hoofdpijn' \(Terneuzen\)](#)



[24/9, 29/10 en 26/11: Hoofdpijnet Schrijfcafé \(alleen voor leden\)](#)

Richtlijn



Zo zie je ze...

Mensen met migraine... aan het werk!

Publieksversie



...en zo zie je ze niet.

<https://allesoverhoofdpijn.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-Migraine-en-Werk-Publieksversie.Hoofdpijnnet.pdf>

MIGRAINE & WERK Van dilemma naar doorpakken

https://allesoverhoofdpijn.nl/wp-content/uploads/HPN001_digitaal_themanummer_5-1.pdf



EN DAN NOG EVEN OVER...



HOOFDPIJN & WERK

TIPS!!

- Ook al zijn er weinig tot geen “objectieve afwijkingen”. Hoofdpijn is een serieuze klacht en migraine een ernstige (chronische) hersenziekte...
- Laat patiënten eventueel zelf een hoofdpijndagboek bijhouden om de ernst te zien...
- Ben alert op medicatie-overgebruik...
- Vraag welke diagnose is gesteld en hoe het behandeltraject er uit ziet...
- Neem bij twijfel contact op met de behandelaar en werkgever, zodat er een reëel beeld ontstaat van over belastbaarheid en inzetbaarheid...
- Laat eventueel opnieuw een afspraak te maken bij de huisarts of neuroloog of een hoofdpijncentrum...
- De prognose is vaak matig. Coaching op “coping” hoort er dus bij!



The
E N D