

NIET OVER DE EERSTE LIJN HEEN SPRINGEN

Een zorgketen **rond hoofdpijn**



Hoofdpijn is bij uitstek een domein waar alle schakels van onze gezondheidszorg optimaal moeten samenwerken. Het overgrote deel van de patiënten hoort thuis in de eerste lijn, bij de apotheker en de huisarts.



Dat zegt prof. dr. Koen Paemeleire van de dienst Neurologie in het UZ Gent. 'Op de hoofdpijnraadpleging in het UZ Gent aanvaarden we alleen patiënten die zijn doorverwezen door de eerste of tweede lijn. Patiënten die op eigen initiatief komen, verwijzen we voor een diagnose door naar de huisarts.'

U pleit dus voor echelonnering?

'In België hebben patiënten gemakkelijk toegang tot de verschillende niveaus van de gezondheidszorg. Dat is een groot goed, maar we

Prof. dr. Koen Paemeleire
van de dienst Neurologie

Een groot deel van de patiënten die een interventie voor cervicogene hoofdpijn ondergaan heeft eigenlijk migraine.

mogen niet blind blijven voor de nadelen. De kosten lopen op en heren der zie je langere wachttijden. Echelonnering kan de behandeling van hoofdpijn efficiënter maken – niet als doorverwijssysteem met rigide regels, maar als zorgmodel waarin elk echelon optimaal wordt ingezet. Zo vermijden we ook interventies zonder geverifieerde diagnose. Een groot deel van de patiënten die een interventie voor ‘cervicogene hoofdpijn’ ondergaan heeft eigenlijk migraine. Een correcte diagnostiek is erg belangrijk. Bij twijfel staat een goede samenwerking tussen huisarts en neuroloog garant voor correcte doorverwijzing naar de pijntherapeut.’

Migraine hoort volgens u in de eerste lijn thuis?

‘Migraine omvat natuurlijk een breed spectrum: van laagfrequente migraine tot de chronische vorm. Ook de intensiteit varieert: een hevige aanval zit volgens de WHO zelfs in dezelfde ‘disability’-klasse

als quadriplegie ... Maar het gros van de patiënten heeft de laagfrequente variant. Sommige patiënten kunnen zich redden met een gewone pijnstiller. De huisarts is het best geplaatst om te monitoren hoe de migraine bij een patiënt evolueert en fluctueert. Je moet zeker alert blijven: slecht behandelde migraine kan chronisch worden. Dat is bij minstens 1 procent van de bevolking het geval.’

Hoe behandel je een migrainepatiënt?

‘Sommige patiënten hebben baat bij medicamenteuze preventie, met bijvoorbeeld bètablokkers of anti-epileptica. Op sommige uitlokkende factoren – *triggers* – heeft de patiënt greep: onregelmatig eten en slapen, cafeïne, alcohol, stress. Je kunt hem of haar bij dat *trigger management* helpen, bijvoorbeeld door een gezondere levensstijl aan te moedigen. Om het migrainepatroon van je patiënt te leren kennen, kun je een hoofdpijndagboek

laten invullen: een eenvoudige agenda waarin patiënten de aanvallen registreren en bijvoorbeeld ook hoeveel pijnstillers ze gebruiken.’

Hoe pak je de migraine-aanvallen zelf aan?

‘Eigenlijk moet je de patiënt binnen twee uur hoofdpijnvrij krijgen: dat is het streefdoel. Je patiënt vier keer per dag paracetamol laten nemen, is dus geen adequate behandeling. Triptanen hebben bij veel patiënten de levenskwaliteit fors verbeterd. Veel huisartsen staan er nog huiverig tegenover, terwijl het middel

Aanbevelingen?

Prof. dr. Koen Paemeleire is co-auteur van de aanbeveling *Aanpak van migraine in de huisartsenpraktijk*: www.domusmedica.be, kijk bij Documentatie > Richtlijnen.

Hij schreef ook mee aan de *European principles of management of common headache disorders*, te vinden op de website van de European Headache Federation (EHF): <http://ehf-org.org>, kijk bij Publications > EHF Guidelines.

- › veilig is als je de tegenaanwijzingen respecteert: onbehandelde hoge bloeddruk en cardiovasculaire ziekten. Triptanen zijn natuurlijk wel voorschriftplichtig. Intussen zijn er ook generieken op de markt, zodat de prijs geen drempel meer is.'

Bij welke soorten hoofdpijn moet de huisarts wél doorverwijzen?

'Je moet altijd alert blijven voor secundaire hoofdpijn die wordt veroorzaakt door een drukprobleem in de hersenen, hersenvliesontsteking enzovoort. Een bejaarde patiënt

die voor het eerst zware hoofdpijn heeft; hoofdpijn met neurologische uitvalsverschijnselen of een zogenoemde *thunderclap headache*, een zeer acute hoofdpijn: dat zijn urgente gevallen. Ook bij clusterhoofdpijn verwijs je beter door. Die komt bij 1 op 1000 mensen voor. Een snelle diagnose is belangrijk om clusterhoofdpijn adequaat te kunnen behandelen. De helft krijgt eerst een migrainediagnose...'

Is het verschil makkelijk te herkennen?

'Bij clusterhoofdpijn zit de pijn altijd aan dezelfde kant. Een

aanval duurt 15 minuten tot 3 uur, terwijl een migraineaanval 4 tot 72 uur kan duren. Vaak zie je bij clusterhoofdpijn ook autonome symptomen aan de kant van de pijn: een rood of tranend oog, een lopende of verstopte neus ... Clusterhoofdpijn is een primaire hoofdpijn, maar soms verschijnt hij als een *mimic*: hij lijkt primair, maar verbergt een onderliggende ziekte. Om die uit te sluiten, nemen we in het UZ Gent altijd eenmalig een MRI-hersenscan. Als aanvalsbehandeling gebruiken we triptanen in injecteerbare vorm, en zuurstof. Patiënten moeten minstens 12 liter per minuut inhaleren. Daarom gebruiken we geen neusbril, maar een mondkmasker.'

Clusterhoofdpijn wordt wel eens verward met trigeminusneuralgie?

'Toch is die laatste makkelijk te herkennen: het is een zenuwpijn met korte en zeer hevige pijnstiepen aan één kant van het gezicht. Vaak maakt de patiënt ook pijngrimassen. Voor de behandeling zijn anti-epileptica - carbamazepine of oxcarbazepine - de eerste keuze. Als die niet aanslaan, is het zeker nodig om door te verwijzen. Een MRI-hersenscan moet bij oudere patiënten een neurovasculair conflict uitsluiten, en bij jongere patiënten multiple sclerose.'



Alert voor hoofdpijn door pijnstillers

Samen met collega's van de Eenheid Farmaceutische Zorg van de Faculteit Farmaceutische Wetenschappen deed prof. dr. Paemeleire onderzoek naar zelfmedicatie bij hoofdpijn. Via een netwerk van apotheken bevroegen ze 1.205 patiënten die minstens één keer per maand hoofdpijn hebben en daarvoor een pijnstiller halen. Een kwart van hen bleek te veel pijnstillers te gebruiken. De definitie van 'overgebruik' hangt af van van het geneesmiddel: van 10 tot 15 dagen per maand. Slechts 15 procent was ooit gewaarschuwd dat overgebruik tot *medication-overuse headache* kan leiden. Nog opvallend: 44 procent van de patiënten had geen

diagnose van de huisarts. In die groep bleek de meest waarschijnlijke diagnose bij 42 procent migraine te zijn.

'Daar ligt zeker een rol voor de apotheker', zegt prof. Paemeleire. 'Als patiënten regelmatig pijnstillers tegen hoofdpijn komen halen, moet je hen op de risico's wijzen en hen voor een diagnose naar de huisarts sturen. Pijnstillers tegen migraine zijn oké, maar meer dan 6 tot 8 dagen per maand moet je ze toch niet gebruiken. Als het met minder niet lukt, moet de huisarts ingrijpen, een preventieve behandeling overwegen en aan de *triggers* werken.'