

Lifting The Burden

De mondiale campagne ter vermindering van
de belasting door hoofdpijn wereldwijd

Een actief samenwerkingsverband tussen de
Wereldgezondheidsorganisatie, de World Headache
Alliance, de International Headache Society en de
European Headache Federation

Informatie voor mensen met hoofdpijn

Hoofdpijnaandoeningen zijn echt - ze zitten niet
alleen maar tussen de oren. Als u last hebt van
hoofdpijn, moet u uw arts raadplegen. Het doel van
deze folder is u inzicht te geven in uw hoofdpijn, uw
diagnose en uw behandeling en om zó met uw arts
of verpleegkundige samen te werken dat u de beste
resultaten krijgt.



**World Health
Organization**



*International
Headache
Society*



Migraine

Wat is migraine?

'Wanneer ik migraine krijg, word ik erg ziek. Ik ben gewoon voor de rest van de dag of langer uitgeschakeld. Ik voel het aankomen en dan slaat de migraine in volle hevigheid toe. Dan ben ik zo beroerd dat ik op bed moet gaan liggen. Naarmate het erger wordt, word ik vreselijk misselijk. Uiteindelijk moet ik overgeven waarna de pijn begint af te nemen. De volgende dag heb ik nog een vage pijn en ben ik volkomen uitgeput, maar verder voel ik me goed.'

Migraine is een medische aandoening, die optreedt in aanvallen. Bij sommige mensen gebeurt dit een- of tweemaal per jaar, maar bij anderen tot wel een paar keer per maand. Het voornaamste kenmerk van deze aanvallen is hoofdpijn, die hevig kan zijn. Andere veelvoorkomende kenmerken zijn misselijkheid of braken, en overgevoeligheid voor licht en geluid.

Als u misselijk bent wanneer u hoofdpijn hebt, als licht en geluid u hinderen of u door uw hoofdpijn niet in staat bent uw gebruikelijke dagelijkse activiteiten uit te voeren, hebt u waarschijnlijk migraine.

Wat is de oorzaak van migraine?

Migraine ontstaat in de hersenen. Het is een aandoening van de delen van de hersenen die pijn en andere gewaarwordingen verwerken. Waarschijnlijk hebt u het geërfd van een van uw ouders of een grootouder.

Wie krijgen er migraine?

Ongeveer een op de zeven volwassenen heeft migraine, dus het komt vaak voor. Vrouwen hebben een drie keer zo grote kans op migraine als mannen. Het begint vaak op de kinderleeftijd of tijdens de adolescentie. Met name bij meisjes kan het beginnen in de puberteit. Migraine komt in families voor en kan erfelijk zijn.

Welke verschillende typen migraine zijn er?

Het meest voorkomende type is *migraine zonder aura* (de term 'aura' wordt verderop uitgelegd). Ongeveer driekwart van de mensen met migraine heeft alleen dit type; een op de 10 heeft *migraine met aura* en een op de vijf heeft van tijd tot tijd beide typen. Veel minder vaak voorkomend zijn aanvallen van alleen aura, zonder hoofdpijn. Dit type migraine doet zich vaker voor bij ouderen. Er zijn nog andere typen migraine, maar deze zijn zeldzaam.

Wat zijn de verschijnselen van migraine?

Verschijnselen zijn aanwezig tijdens de aanval, die vier fasen kent, hoewel deze fasen niet altijd allemaal worden doorlopen. Tussen de aanvallen voelen de meeste mensen met migraine zich volkomen gezond.

De *waarschuwingsfase* vindt plaats vóór alle andere verschijnselen van de aanval. Slechts de helft van de mensen met migraine is zich bewust van deze fase. Als u een van deze mensen bent, kunt u zich enkele uren tot zelfs een of twee dagen voor het begin van de hoofdpijn prikkelbaar, terneergeslagen of moe voelen. Sommige mensen voelen zich tijdens deze periode echter ongewoon energiek. Sommigen hebben enorme trek in bepaalde voedingsmiddelen. Anderen 'weten gewoon' dat er een migraineaanval op komst is.

De *aura*, wanneer deze zich voordoet, is vrijwel altijd de volgende fase. Slechts een derde van de mensen met migraine heeft ooit een aura, en zelfs bij hen hoeft deze niet bij elke aanval op te treden. Een aura is een signaal van de hersenen, die tijdelijk (maar niet ernstig) worden aangedaan door het migraineproces. Doorgaans houdt een aura 10 tot 30 minuten aan, maar langer is mogelijk. Een aura treft voornamelijk het gezichtsvermogen. U kunt blinde vlekken, fel licht of lichtflitsen of gekleurde zigzaglijnen voor uw ogen zien, doorgaans aan één zijde. Minder vaak treden *zintuiglijke* verschijnselen op – tintelingen of gevoelloosheid – die meestal in de vingers van één hand beginnen en zich uitbreiden naar boven langs de arm tot het gezicht of de tong aan dezelfde kant. In dit geval zijn er vrijwel altijd ook visuele verschijnselen. Moeite met spreken of met het vinden van de juiste woorden kan ook een onderdeel zijn van de aura.

De *hoofdpijnfase* is voor de meeste mensen het hinderlijkst, en duurt enkele uren tot twee of drie dagen. Migrainehoofdpijn is vaak hevig. Vaak is het een eenzijdige pijn, maar pijn aan beide zijden is ook mogelijk. Hoewel vaak gelokaliseerd aan de voorkant of bij de slaap, zijn andere plaatsen in het hoofd ook mogelijk. De pijn is meestal kloppend of bonzend, die vaak bij beweging verergert. Waarschijnlijk bent u misselijk en moet u zelfs (bijna) braken (wat de hoofdpijn lijkt te verlichten). Licht en geluid kunnen ook onaangenaam zijn en u bent misschien ook het liefst alleen in een donkere en stille omgeving.

De *herstelfase* treedt in zodra de hoofdpijn afneemt. Tijdens deze periode kunt u weer moe, prikkelbaar en terneergeslagen zijn en moeite hebben met concentratie. Het kan nog een hele dag duren voor u geheel hersteld bent.

Wat is mijn 'migrainedrempel'?

Migraine is onvoorspelbaar. Een aanval kan op elk moment beginnen. Sommige mensen zijn echter gevoeliger voor aanvallen dan anderen. Hoe hoger uw migrainedrempel, des te kleiner het risico dat zich bij u een aanval ontwikkelt, en hoe lager uw drempel des te groter uw risico.

Hierbij spelen zogeheten *uitlokkende factoren* ('triggers') een rol. Een uitlokkende factor zet een aanval in gang (hoewel we niet begrijpen hoe dit in zijn werk gaat). Dit gebeurt eerder als uw migrainedrempel laag is. Als uw drempel hoog is, moeten twee of drie triggers samenvallen om een aanval te veroorzaken.

Naast uitlokkende factoren zijn er ook *predisponerende factoren*. Deze hebben het effect dat ze uw drempel verlagen, zodat uitlokkende factoren gemakkelijker een aanval veroorzaken. Vermoeidheid, angstgevoelens en stress in het algemeen hebben dit effect, evenals menstruatie, zwangerschap en de menopauze bij vrouwen.

Wat zijn de triggers?

Iedereen wil weten wat zijn of haar migraine in gang zet. Dit is vaak lastig en soms onmogelijk te bepalen omdat triggers niet voor iedereen hetzelfde zijn en zelfs niet hetzelfde bij verschillende aanvallen bij dezelfde persoon. Veel mensen met migraine kunnen niet

aangeven wat de triggers bij hen zijn. Mogelijke uitlokkende factoren zijn talrijk en divers.

Voeding: sommige voedingsmiddelen (en alcohol), maar niet bij iedereen; vaker betreft het verlate, overgeslagen of ontoereikende maaltijden, cafeïneonthouding 'koffieverslaafden' en uitdroging.

Slaap: veranderingen in het slaappatroon, zowel slaapgebrek als uitslapen.

Andere leefgewoonte: intensieve inspanning, of reizen over grote afstanden, met name door verschillende tijdzones.

Omgeving: fel of flikkerend licht, sterke geuren en opvallende weersveranderingen.

Psychisch: emotionele opwinding of, verrassend genoeg, ontspanning na een stressvolle periode.

Hormonale factoren bij vrouwen: menstruatie, hormonale anticonceptie en hormoonsubstitutietherapie (HST).

De meest voorkomende trigger is honger of onvoldoende voedsel ten opzichte van de behoeften. Dit is met name het geval bij jongeren – kinderen die gevoelig zijn voor migraine, mogen nooit het ontbijt over slaan. Bij vrouwen zijn hormonale veranderingen die verband houden met de menstruatiecyclus, belangrijke potentiële triggers.

Deze, en de meeste andere triggers, vertegenwoordigen een of andere vorm van stress en duiden erop dat mensen met migraine niet goed reageren op verandering.

Welke medicatie kan ik innemen?

Geneesmiddelen voor de behandeling van de migraineaanval worden acute behandelingen genoemd.

De juiste middelen kunnen zeer effectief zijn, maar moeten op juiste wijze en niet te vaak worden ingenomen. Dit zijn onder meer vrij verkrijgbare pijnstillers, waarvan de meeste aspirine, ibuprofen of paracetamol bevatten. Van deze middelen is paracetamol voor de meeste mensen het minst effectief. In alle gevallen werken oplosbare preparaten of preparaten in bruisvorm sneller en beter.

U kunt ook zogeheten anti-emetica (antibraakmiddelen) gebruiken wanneer u misselijk bent en er een risico bestaat dat u moet braken. Sommige anti-emetica helpen zelfs de pijnstillers doordat ze ervoor zorgen dat uw lichaam ze sneller opneemt. U kunt deze als zetpil gebruiken als u erg misselijk bent of als u tijdens migraineaanvallen moet braken.

Uw apotheker kan u advies geven over de beste vrij verkrijgbare middelen die u kunt gebruiken. Als deze geen van alle bij u helpen of als u meer nodig hebt dan de aanbevolen dosis, kan de apotheker u adviseren een arts te raadplegen.

Uw arts kan een van de specifieke middelen tegen migraine voorschrijven. Deze zou u moeten proberen wanneer pijnstillers en anti-emetica geen verlichting van uw verschijnselen bieden en u niet redelijk snel weer op de been helpen. Ze werken op een geheel andere manier. Ze pakken niet de pijn aan maar bestrijden de processen in de hersenen die een aanval veroorzaken. Deze middelen zijn onder meer ergotamine, die in sommige landen op grote schaal worden gebruikt maar in andere landen niet, en een groep nieuwere geneesmiddelen, triptanen genaamd. Als uw arts u dit adviseert, kunt u deze geneesmiddelen naast pijnstillers, anti-emetica of beide gebruiken.

Er zijn enkele eenvoudige maatregelen die medicatie effectiever kunnen maken.

Gebruik medicatie op tijd...

Zorg ervoor dat u altijd ten minste één dosis van de door uw arts, verpleegkundige of apotheker aangeraden medicatie bij u hebt. Neem deze in zodra u een aanval voelt opkomen. Als medicatie vroeg wordt ingenomen, is er een grotere kans dat deze beter werkt. Tijdens een migraineaanval is de maag minder actief, zodat tabletten die via de mond worden ingenomen niet zo goed in het bloed worden opgenomen als normaal. Eet iets als u kunt, of drink iets zoets.

...maar niet te vaak.

Houd u altijd zorgvuldig aan de instructies bij uw medicatie. U mag met name niet te vaak acute medicatie gebruiken omdat u hoofdpijn kunt krijgen van de behandeling. Dit wordt *medicatieafhankelijke hoofdpijn* genoemd en er is een aparte folder over waar u naar kunt vragen als u zich zorgen maakt hierover. Om dit te voorkomen mag u nooit *geregeld* op meer dan twee of drie dagen per week medicatie tegen hoofdpijnverschijnselen innemen.

Wat als deze behandelingen niet werken?

Als veelvuldige of ernstige aanvallen niet goed onder controle worden gebracht met acute behandeling, is zogeheten *profylactische* medicatie een optie. Anders dan bij acute behandeling *moet* u deze medicatie dagelijks innemen omdat deze op een totaal andere manier werkt – namelijk door te voorkomen dat het migraineproces in gang wordt gezet. Met andere woorden: deze middelen verhogen uw migrainedrempel.

Uw arts of verpleegkundige kan u advies geven over de beschikbare geneesmiddelen en de mogelijke bijwerkingen. De meeste werden in eerste instantie voor geheel andere aandoeningen ontwikkeld, dus wees niet verbaasd als u een medicatie krijgt voorgeschreven die als behandeling voor hoge bloeddruk, epilepsie of zelfs depressie wordt gebruikt. Dit is *niet* de reden dat u het inneemt. Deze geneesmiddelen werken ook tegen migraine.

Als u een van deze geneesmiddelen gebruikt, houd u dan zorgvuldig aan de instructies. Wanneer dit type geneesmiddelen niet werkt, wordt dit vaak veroorzaakt door het feit dat patiënten vergeten ze in te nemen, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.

Wat kan ik nog meer doen om mezelf te helpen?

U zult baat hebben bij regelmatige lichaamsbeweging en fit blijven. Het vermijden van predisponerende en uitlokkende factoren is verstandig; daarom moet u zich bewust zijn van alle mogelijke triggers. Sommige triggers kunt u mogelijk voorkomen ook al zijn er andere waar u nauwelijks of geen controle over hebt.

Houd een dagboek bij.

Op dagboekkaarten kunt u veel relevante informatie over uw hoofdpijn bijhouden – hoe vaak u hoofdpijn hebt, wanneer, hoe lang en wat de verschijnselen zijn. Deze informatie is nuttig bij de diagnosestelling, het vaststellen van uitlokkende factoren en bij de beoordeling hoe goed de behandeling werkt.

Wat als ik denk dat ik zwanger zou kunnen zijn?

Dan moet u uw arts of verpleegkundige raadplegen. Sommige geneesmiddelen die bij migraine worden gebruikt, zijn ongeschikt als u zwanger bent.

Moet er onderzoek bij mij worden gedaan?

In de meeste gevallen is migraine gemakkelijk te herkennen. Er zijn geen onderzoeken die de diagnose bevestigen; deze wordt gesteld op grond van uw beschrijving van de hoofdpijn en op het ontbreken van abnormale bevindingen wanneer uw arts u onderzoekt. Een hersenscan is waarschijnlijk niet zinvol. Als uw arts twijfelt over de diagnose, kan hij of zij onderzoeken aanvragen om andere oorzaken van hoofdpijn uit te sluiten, maar deze zijn niet vaak noodzakelijk.

Wordt mijn migraine ooit nog beter?

Er is geen bekende remedie voor migraine. Bij de meeste mensen met migraine neemt het aantal aanvallen op latere leeftijd echter af.

Ondertussen kunt u het advies in deze folder zo goed mogelijk opvolgen, waardoor het van een oncontroleerbare aandoening een aandoening wordt die u wél onder controle hebt.

Ga voor meer informatie naar www.w-h-a.org

Spannings- hoofdpijn

Spanningshoofdpijn

Wat is spanningshoofdpijn?

'Ik heb last van hoofdpijn die een paar dagen aanhoudt en heb dan het gevoel alsof ik een hoed draag die te strak zit – meer als een druk dan echte pijn. Het weerhoudt me er niet echt van dingen te doen, maar het is moeilijker de dag door te komen.'

Spanningshoofdpijn is een veelvoorkomend type hoofdpijn waar bijna iedereen zo nu en dan last van heeft. Hoewel dit type hoofdpijn nooit ernstig is, kan het het normale functioneren bemoeilijken. Bij sommige mensen wordt deze hoofdpijn zo hinderlijk dat ze medische hulp inroepen, doorgaans vanwege het veelvuldige optreden ervan.

Wie krijgen spanningshoofdpijn?

De meeste mensen hebben van tijd tot tijd spanningshoofdpijn, maar dit type komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Ook kinderen kunnen er last van hebben.

Welke verschillende typen spanningshoofdpijn zijn er?

Episodische spanningshoofdpijn wordt vaak 'normale' of 'gewone' hoofdpijn genoemd. Deze treedt op in aanvallen (*episoden*) die een halfuur tot een aantal dagen kunnen aanhouden. De frequentie ervan varieert sterk tussen mensen onderling en in tijd per individu.

Ongeveer drie op de 100 mensen hebben vaker dagen met dan zonder spanningshoofdpijn. Dit wordt *chronische spanningshoofdpijn* genoemd; dit type is een van de chronische dagelijkse hoofdpijnsyndromen (er is een aparte folder over waar u naar kunt vragen). In sommige gevallen is spanningshoofdpijn voortdurend aanwezig – deze kan minder worden maar verdwijnt nooit volledig. Dit type hoofdpijn kan uitermate invaliderend en hinderlijk zijn.

Wat zijn de verschijnselen van spanningshoofdpijn?

Doorgaans wordt spanningshoofdpijn omschreven als klemmend of drukkend, als een strakke band om het hoofd of een pet die te strak zit. Vaak doet de pijn zich aan beide zijden van het hoofd voor en straalt dikwijls van de nek uit naar boven of beneden. De pijn is gewoonlijk matig of licht, maar kan zo ernstig zijn dat hij een belemmering vormt voor dagelijkse activiteiten. In het algemeen zijn er geen andere verschijnselen, hoewel sommige mensen met spanningshoofdpijn niet houden van fel licht of hard geluid, en mogelijk weinig eetlust hebben.

Wat is de oorzaak van spanningshoofdpijn?

Spanningshoofdpijn wordt over het algemeen gezien als een hoofdpijn die spieren betreft of voortkomt uit spieren en de aanhechtingen ervan. De oorzaken lijken talrijk en divers te zijn. Sommige factoren spelen echter een belangrijkere rol dan andere:

Emotionele spanning: dit kunnen angstgevoelens zijn of stress.

Fysieke spanning in de spieren van de hoofdhuid en nek: dit kan worden veroorzaakt door een slechte houding, bijvoorbeeld tijdens het werken achter de computer, of door verkeerd tillen van een zwaar voorwerp.

Wat kan ik zelf doen?

Ontspan u. Een pauze, een massagebehandeling of een warm bad nemen, gaan wandelen of lichaamsbeweging nemen om u uit de normale routine te halen kan helpen.

Pak stress aan. Als u een stressvolle baan hebt of geconfronteerd wordt met een stressvolle situatie die u niet kunt voorkomen, probeer dan ademhalings- en ontspanningsoefeningen te doen om een mogelijke hoofdpijn te voorkomen. Er bestaan veel geluidsbanden ter begeleiding van dergelijke oefeningen.

Neem regelmatig lichaamsbeweging.

Spanningshoofdpijn doet zich vaker voor bij mensen die niet veel dan bij degenen die wel voldoende lichaamsbeweging nemen. Probeer waar mogelijk te lopen of neem de trap in plaats van de lift zodat lichaamsbeweging een normaal deel van uw leven gaat uitmaken.

Behandel depressie. Als u het gevoel hebt dat u vaker wel dan niet terneergeslagen bent, is het belangrijk medische hulp in te roepen en een effectieve behandeling te krijgen.

Houd een dagboek bij.

Op dagboekkaarten kunt u veel relevante informatie over uw hoofdpijn bijhouden – hoe vaak u hoofdpijn hebt, wanneer, hoe lang en wat de verschijnselen zijn. Ze zijn nuttig bij het stellen van de diagnose, het identificeren van triggers en het beoordelen van de effectiviteit van behandelingen.

Neem zo nodig pijnstillers in...

Eenvoudige pijnstillers als aspirine of ibuprofen werken doorgaans goed bij episodische spanningshoofdpijn.

Paracetamol is minder effectief maar voor sommige mensen heel geschikt

...maar niet te vaak.

Medicatie behandelt alleen de verschijnselen van spanningshoofdpijn. Dit is heel aanvaardbaar als u er niet vaak last van hebt. Maar om op lange termijn vaak optredende hoofdpijn te behandelen is het beter te proberen de oorzaak aan te pakken.

Houd u altijd zorgvuldig aan de instructies bij uw medicatie. U mag met name niet te vaak pijnstillers gebruiken omdat uw hoofdpijn hierdoor erger kan worden. Dit wordt *medicatieafhankelijke hoofdpijn* genoemd en er is een aparte folder over als u zich zorgen maakt hierover. Om dit te voorkomen mag u nooit *geregeld* op meer dan twee of drie dagen per week medicatie tegen hoofdpijn innemen.

Welke andere behandelingen zijn er?

Als u veelvuldig episodische spanningshoofdpijn hebt, of zeker in het geval van chronische spanningshoofdpijn, zijn pijnstillers niet de oplossing. Na verloop van tijd maken deze de zaak alleen maar erger. Zogeheten *profylactische* geneesmiddelen zijn een mogelijkheid. Anders dan pijnstillers, moet u deze *wel* elke dag innemen omdat ze op een geheel andere manier werken. Deze middelen zijn bedoeld om u minder gevoelig te maken voor hoofdpijn en zo te voorkomen dat de hoofdpijn zelfs maar begint.

Uw arts of verpleegkundige kan advies geven over de beschikbare geneesmiddelen en de mogelijke bijwerkingen hiervan. De meeste werden in eerste instantie voor geheel andere aandoeningen ontwikkeld; wees dus niet verbaasd als u een middel krijgt

voorgeschreven dat als behandeling voor depressie, epilepsie of als spierontspanner wordt gebruikt. Dit is *niet* de reden dat u het inneemt. Deze geneesmiddelen werken ook bij spanningshoofdpijn, net als bij andere pijnlijke aandoeningen.

Als u een van deze geneesmiddelen gebruikt, houd u dan zorgvuldig aan de instructies. Wanneer dit type geneesmiddelen niet werkt, wordt dit vaak veroorzaakt door het feit dat patiënten vergeten ze in te nemen, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.

Aangezien lichaamshouding soms een rol speelt bij spanningshoofdpijn en vanwege de betrokken spieren kan uw arts of verpleegkundige fysiotherapie voor hoofd en nek voorstellen. Sommige mensen hebben hier veel baat bij.

Andere niet-medicamenteuze benaderingen zijn onder meer transcutane elektrische neurostimulatie (TENS; dit is een behandeling voor pijn), ontspanningstherapie waaronder biofeedback of yoga, en acupunctuur. Deze zijn niet voor iedereen geschikt, werken niet altijd en zijn niet overal beschikbaar. Ook hierover zal uw arts of verpleegkundige u adviseren.

Werken deze behandelingen?

Als de oorzaak wordt geïdentificeerd en behandeld, vormt episodische spanningshoofdpijn zelden nog een probleem. Heel vaak treedt vanzelf verbetering op of verdwijnt de oorzaak en is verder geen behandeling nodig.

Bij sommige mensen, met name die met chronische spanningshoofdpijn, helpen deze behandelingen niet of slechts gedeeltelijk. Als niets helpt, kunt u worden doorverwezen naar een pijnkliniek waar een groter aantal verschillende behandelingen wordt toegepast.

Moet er onderzoek bij mij worden gedaan?

Er zijn geen onderzoeken die de diagnose spanningshoofdpijn bevestigen. Deze wordt gesteld op grond van uw beschrijving van de hoofdpijn en het ontbreken van abnormale bevindingen wanneer u wordt onderzocht. Zorg dat u uw verschijnselen zorgvuldig beschrijft. Zeg ook tegen uw arts hoeveel pijnstillers of andere middelen u voor uw hoofdpijn gebruikt en hoe vaak u deze inneemt.

Een hersenscan is waarschijnlijk niet zinvol. Als uw arts twijfelt over de diagnose, kan hij of zij onderzoeken aanvragen om andere oorzaken van hoofdpijn uit te sluiten, maar deze zijn vaak niet nodig. Als uw arts er geen aanvraagt, wil dit zeggen dat deze onderzoeken er niet toe zullen bijdragen dat u de beste behandeling krijgt.

Ga voor meer informatie naar www.w-h-a.org

Cluster- hoofdpijn

Wat is clusterhoofdpijn?

'Vaak word ik er midden in de nacht wakker van, een paar uur nadat ik naar bed ben gegaan. Binnen enkele seconden wordt het erger en de pijn is gewoon ondraaglijk. Ik heb het alleen in mijn rechteroog, alsof er een roodgloeiende pook in wordt gestoken. Dan weet ik niet waar ik het zoeken moet.

Ik moet iets doen als afleiding van de pijn. Soms ijsbeer ik door de kamer en houd mijn hoofd vast, of ik ga in de stoel zitten en schommel heen en weer.'

Clusterhoofdpijn is de naam die wordt gegeven aan kortdurende aanvallen van zeer hevige, eenzijdige hoofdpijn, doorgaans in of rond het oog. Gewoonlijk beginnen ze zonder waarschuwing vooraf, een of meer keren per dag, meestal op hetzelfde tijdstip overdag of 's nachts. Heel vaak wordt iemand ongeveer een uur nadat hij in slaap is gevallen wakker van de eerste aanval.

Men zegt soms dat clusterhoofdpijn een bepaald type migraine is, maar dit klopt niet. Het is een heel ander soort hoofdpijn en moet heel anders worden behandeld dan migraine.

Wie krijgen clusterhoofdpijn?

Clusterhoofdpijn komt niet vaak voor. Tot drie op iedere 1000 mensen heeft hier last van. Mannen hebben een vijf keer zo hoog risico van clusterhoofdpijn als vrouwen, waarmee dit type een bijzondere plaats inneemt onder de hoofdpijnaandoeningen. De eerste aanval doet zich meestal voor tussen de 20 en 40 jaar, maar clusterhoofdpijn kan op elke leeftijd beginnen.

Welke verschillende typen clusterhoofdpijn zijn er?

Episodische clusterhoofdpijn komt vaker voor. Dit type doet zich dagelijks voor gedurende beperkte periodes (*episoden*) en stopt daarna; vandaar de aanduiding 'cluster'. Doorgaans duren deze periodes zes tot 12 weken, maar ze kunnen ook na twee weken ophouden of aanhouden tot wel zes maanden. Ze doen zich meestal elk jaar rond dezelfde tijd voor, vaak in het voor- of najaar, maar sommige mensen hebben elk jaar twee of drie episoden en sommigen hebben tussenperiodes van twee jaar of langer tussen de episoden.

Tussen deze episoden hebben mensen met episodische clusterhoofdpijn helemaal geen verschijnselen van de aandoening.

Chronische clusterhoofdpijn, goed voor circa 10% van de gevallen van clusterhoofdpijn, stopt niet. Dagelijkse of bijna-dagelijkse aanvallen doen zich jaar na jaar onafgebroken voor.

Episodische clusterhoofdpijn kan ontaarden in chronische clusterhoofdpijn en *andersom*.

Wat zijn de verschijnselen van clusterhoofdpijn?

Dit type wordt gekenmerkt door een zeer herkenbare groep verschijnselen. Het belangrijkste verschijnsel is dat clusterhoofdpijn ondraaglijke pijn veroorzaakt. De pijn is strikt eenzijdig gelokaliseerd en altijd aan dezelfde kant (hoewel deze bij episodische clusterhoofdpijn per episode van kant kan wisselen), in, rond of achter het oog en wordt omschreven als brandend, stekend of borend. De pijn verergert zeer snel en bereikt binnen 5 tot 10 minuten het ergste punt, en houdt indien onbehandeld tussen de 15 minuten en drie uur aan (meestal tussen de 30 en 60 minuten). In opvallend

contrast tot migraine, waarbij de meeste mensen alleen maar willen liggen en zich zo rustig mogelijk houden, veroorzaakt clusterhoofdpijn onrust. Mensen met deze aandoening kunnen niet stil blijven zitten – ze gaan rondlopen of hevig naar voren en achteren bewegen, of gaan zelfs naar buiten.

Ook wordt het oog aan de pijnlijke zijde rood en gaat tranen, en het ooglid kan gaan hangen. Het neusgat voelt verstopt aan of er loopt juist vocht uit. De andere zijde van het hoofd blijft volkomen onaangedaan.

Wat is de oorzaak van clusterhoofdpijn?

Ondanks een grote hoeveelheid medisch wetenschappelijk onderzoek naar clusterhoofdpijn is de oorzaak nog altijd onbekend. De meeste belangstelling gaat uit naar het tijdstip waarop de aanvallen zich voordoen, dat lijkt samen te hangen met circadiane ritmen (de biologische klok). Recent wetenschappelijk onderzoek heeft veranderingen aan het licht gebracht in een deel van de hersenen dat de hypothalamus wordt genoemd, het gebied dat de lichaamsklok aanstuurt.

Veel mensen met clusterhoofdpijn zijn zware rokers of zijn dit geweest. Hoe dit kan bijdragen aan het veroorzaken van clusterhoofdpijn, als dit inderdaad het geval is, is niet bekend. Stoppen met roken is altijd goed voor de gezondheid, maar heeft zelden effect op de aandoening.

Wat zijn de triggers?

Zogeheten *triggers* geven de aanzet tot een hoofdpijnaanval. Alcohol, zelfs een kleine hoeveelheid, kan een aanval van clusterhoofdpijn tijdens een clusterepisode triggeren maar niet op andere momenten. We begrijpen niet hoe dit kan. Er lijken geen andere veelvoorkomende triggers te zijn.

Moet er onderzoek bij mij worden gedaan?

Vanwege de reeks verschijnselen is clusterhoofdpijn gemakkelijk te herkennen. Er zijn geen onderzoeken die de diagnose bevestigen; deze wordt gesteld op grond van uw beschrijving van de hoofdpijn en andere verschijnselen en op het ontbreken van abnormale bevindingen wanneer uw arts u onderzoekt. Het is daarom erg belangrijk uw verschijnselen zorgvuldig te beschrijven.

Als uw arts twijfelt over de diagnose, kunnen onderzoeken waaronder een hersenscan worden uitgevoerd om andere oorzaken van hoofdpijn uit te sluiten. Deze zijn echter niet vaak noodzakelijk. Als uw arts geen hersenscan aanvraagt, wil dit zeggen dat zo'n scan er niet toe zal bijdragen dat u de beste behandeling krijgt.

Welke behandelingen zijn er?

Er is een aantal behandelingen voor clusterhoofdpijn die vaak goed werken. Deze zijn allemaal uitsluitend op doktersvoorschrift verkrijgbaar. De gebruikelijkste behandelingen voor de aanval is 100% zuurstof, waarvoor een cilinder, een 'high-flow'-regelaar en een masker van een leverancier nodig zijn, of een geïnjecteerd geneesmiddel, sumatriptan genaamd, dat u uzelf kunt toedienen met behulp van een speciaal injectiehulpmiddel.

Preventieve geneesmiddelen vormen voor de meeste mensen met clusterhoofdpijn de beste behandeling. U neemt deze elke dag tijdens de gehele clusterperiode in om te voorkomen dat de hoofdpijn terugkeert. Ze zijn effectief, maar een tamelijk intensieve medische controle is noodzakelijk, vaak met bloedonderzoek, vanwege de mogelijke bijwerkingen. Hiervoor kunt u naar een specialist worden doorverwezen. De verwijzing is urgent, omdat we weten dat u ernstig lijdt als u deze aandoening hebt.

Wat als deze niet werken?

Er is een aantal verschillende preventieve geneesmiddelen. Als het ene niet zo goed werkt, kan een andere wel goed werken. Soms worden er twee of meer tegelijk gebruikt.

Wat kan ik zelf doen?

Gewone pijnstillers helpen niet – het duurt te lang voor de werking intreedt en voor die tijd is de hoofdpijn doorgaans al verdwenen. Voor een effectieve behandeling moet u een arts raadplegen. Doe dit bij het begin van een clusterepisode, aangezien behandeling meer succes lijkt te hebben wanneer op deze op dat moment wordt gestart.

Houd een dagboek bij

U kunt dagboekkaarten gebruiken om veel relevante informatie over uw hoofdpijn bij te houden – hoe vaak u hoofdpijn hebt, wanneer, hoe lang en wat de verschijnselen zijn. Ze zijn nuttig bij het stellen van de diagnose, het identificeren van triggers en het beoordelen van de effectiviteit van behandelingen.

Wordt mijn clusterhoofdpijn ooit nog beter?

Clusterhoofdpijn kan jarenlang terugkomen. Bij de meeste mensen lijkt dit type op latere leeftijd echter te verbeteren, met name bij mensen met chronische clusterhoofdpijn.

Ga voor meer informatie naar www.w-h-a.org

Chronische dagelijkse hoofdpijn

Wat is chronische dagelijkse hoofdpijn?

'Ik begon geregeld hoofdpijn te krijgen halverwege de middag. Ik kon wel verder werken, maar het viel niet mee om me te concentreren. Ik merkte dat een paar pijnstillers de hoofdpijn verlichtten. De hoofdpijn kwam vaker terug en nu gebruik ik bijna dagelijks pijnstillers. Mijn hoofd lijkt er nooit helemaal vrij van te zijn.'

Chronische dagelijkse hoofdpijn is geen diagnose. Het is een handige omschrijving voor hoofdpijn die meer dan 15 dagen per maand gedurende meer dan drie maanden optreedt.

Welke verschillende typen chronische dagelijkse hoofdpijn zijn er?

Er zijn verschillende typen chronische dagelijkse hoofdpijn en ze worden over het algemeen gedefinieerd aan de hand van hun oorzaken. *Chronische spanningshoofdpijn* en *medicatieafhankelijke hoofdpijn* komen het meest voor. Er is een aparte folder over spanningshoofdpijn als u hiervoor belangstelling hebt. Medicatieafhankelijke hoofdpijn (zie hieronder) kan zich ontwikkelen uit migraine of spanningshoofdpijn.

Wie krijgen chronische dagelijkse hoofdpijn?

Dit type hoofdpijn komt verrassend vaak voor. Ongeveer een op de 20 mensen krijgt op enig moment in zijn leven met het probleem te maken. Het komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, en treedt ook op bij kinderen.

Wat zijn de verschijnselen van chronische dagelijkse hoofdpijn?

Het voornaamste kenmerk is zeer vaak optredende hoofdpijn. Hoewel de pijn varieert, is er vaak sprake van een doffe pijn. Andere veelvoorkomende verschijnselen behalve hoofdpijn zijn vermoeidheid, misselijkheid, prikkelbaarheid en slaapproblemen. Soms lijkt de hoofdpijn maar aan te houden, hoewel hij in de loop van de dag kan veranderen. Medicatieafhankelijke hoofdpijn is vaak 's morgens bij het ontwaken het ergst.

Wordt mijn chronische dagelijkse hoofdpijn ooit nog beter?

Hoe chronische dagelijkse hoofdpijn wordt behandeld, is afhankelijk van de diagnose en de oorzaak. Het krijgen van de juiste behandeling is zeer belangrijk, dus is medische zorg doorgaans noodzakelijk.

Alle typen chronische dagelijkse hoofdpijn kunnen tijdelijk worden verlicht door pijnstillers of behandelingen tegen migraine, maar in veel gevallen betreft dit slechts een gedeeltelijke verlichting en vermindert het effect in de loop van de tijd. De behandelingen zijn niet geschikt omdat ze uiteindelijk de aandoening verergeren.

Als uw hoofdpijn al wordt veroorzaakt door overmatig gebruik van dit type medicatie, dan verbetert de aandoening waarschijnlijk zodra u stopt met de medicatie, en niet andersom.

Moet er onderzoek bij mij worden gedaan?

Wat ook het type chronische dagelijkse hoofdpijn is, er zijn geen onderzoeken die de diagnose kunnen bevestigen. Deze wordt gesteld op grond van uw beschrijving van uw hoofdpijn en het ontbreken van abnormale bevindingen wanneer u wordt onderzocht. Daarom is het erg belangrijk dat u zorgvuldig beschrijft wat uw verschijnselen zijn en hoe ze zich hebben ontwikkeld. Het is ook heel belangrijk dat u zegt hoeveel pijnstillers of andere geneesmiddelen u gebruikt voor uw hoofdpijn en hoe vaak u deze gebruikt.

Uw arts zou tamelijk eenvoudig moeten kunnen zien of u een ziekte hebt die ernstiger is dan chronische dagelijkse hoofdpijn. Als hij of zij twijfelt over de diagnose, of als er een plotselinge verandering optreedt in uw hoofdpijn, kunnen onderzoeken als een hersenscan worden uitgevoerd om andere oorzaken van uw hoofdpijn uit te sluiten. Deze zijn echter niet vaak noodzakelijk. Als uw arts geen hersenscan aanvraagt, wil dit zeggen dat zo'n scan er niet toe zal bijdragen dat u de beste behandeling krijgt.

Wat is medicatieafhankelijke hoofdpijn?

Elk geneesmiddel dat u gebruikt om de verschijnselen van hoofdpijn te behandelen kan, wanneer het te vaak en te lang wordt gebruikt, medicatieafhankelijke hoofdpijn veroorzaken. Aspirine, paracetamol, ibuprofen, codeïne – in feite alle pijnstillers, ook de vrij verkrijgbare – gaan gepaard met dit probleem. En niet alleen pijnstillers. Geneesmiddelen die specifiek worden gebruikt ter behandeling van migrainehoofdpijn, leiden bij te veelvuldig gebruik ook tot dit probleem. Dit zijn onder meer triptanen en vooral ergotamine.

Een soortgelijke hoofdpijn (hoewel dit strikt genomen geen medicatieafhankelijke hoofdpijn is) kan het gevolg zijn van te veel cafeïne. De gebruikelijke bronnen hiervan zijn koffie, thee of coladranken, maar ook mogelijk zijn cafeïnetabletten of de cafeïne die aan veel pijnstillers is toegevoegd.

Het is onbekend hoe medicatieafhankelijke hoofdpijn precies ontstaat en het verschilt mogelijk afhankelijk van de aard van de medicatie. Triptanen en ergotamine kunnen een reboundeffect veroorzaken, waarbij hoofdpijn terugkeert zodra de werking afneemt. Pijnstillers zouden na verloop van tijd een verandering in de pijnsignaleringsystemen in de hersenen veroorzaken. Deze systemen raken gewend aan de effecten van de medicatie zodat u er steeds meer van nodig hebt.

Voor de meeste mensen die af en toe hoofdpijn hebben, zijn pijnstillers een veilige en effectieve behandeling. Medicatieafhankelijke hoofdpijn kan echter bij iedereen optreden die geregeld meer dan drie dagen per week hoofdpijnmedicatie gebruikt. Meestal begint medicatieafhankelijke hoofdpijn met incidentele aanvallen van spanningshoofdpijn of (vaker) migraine. Er zijn verschillende oorzaken die ervoor zorgen dat de hoofdpijn steeds vaker optreedt. Dit kan het gevolg zijn van natuurlijke variatie of doordat een nieuwe hoofdpijn is ontstaan, mogelijk als gevolg van stress of pijnlijke spieren. De toename van de hoofdpijn leidt tot het gebruik van meer medicatie om te proberen de verschijnselen onder controle te houden, tot deze situatie zich elke dag voordoet.

Veel mensen weten dan dat ze meer medicatie gebruiken dan verstandig is en proberen de hoeveelheid terug te brengen. Dit leidt tot een ontrekingsyndroom van verergerende hoofdpijn, waarvoor dan weer meer medicatie wordt ingenomen. Het is eenvoudig te zien dat dit leidt tot een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken kan zijn. Het doet er niet toe *hoeveel* u inneemt – als u geregeld slechts een of twee dagen per week de volledige dosis pijnstillers gebruikt, is het risico van medicatieafhankelijke hoofdpijn klein. Als u echter bijna dagelijks slechts een paar pijnstillers inneemt, is het heel goed mogelijk dat u uw hoofdpijn alleen maar erger maakt. Het is het *veelvuldige* gebruik gedurende een bepaalde periode dat het probleem veroorzaakt.

Wat kan ik zelf doen?

De **enige** manier om deze aandoening te behandelen is stoppen met de te veel gebruikte medicatie (*onthouding* of *ontwenning*). Uit klinisch onderzoek blijkt dat de meeste mensen die stoppen met te veel gebruikte medicatie een grote verbetering constateren. Het kan echter wel drie maanden duren voor u het volledige effect merkt. Ook wordt, als de hoofdpijn daarna ondanks het stopzetten van de medicatie aanhoudt, meestal wel de oorzaak duidelijk en reageert de hoofdpijn beter op een juist voorgeschreven specifieke behandeling.

U kunt het gebruik in één keer stoppen of de gebruikte hoeveelheid in twee of drie weken geleidelijk afbouwen. Waar u ook voor kiest, u moet tijdens de onthoudingsperiode veel drinken (maar zorgen dat u niet méér cafeïne gebruikt). Als u in één keer stopt, zult u vrijwel zeker onthoudingsverschijnselen krijgen – verergering van de hoofdpijn, misselijkheid, mogelijk braken, angstgevoelens en slaapproblemen. Deze verschijnselen treden binnen 48 uur op en kunnen

in het ergste geval tot wel twee weken aanhouden. Mensen die langzaam proberen te stoppen lijken echter een grotere kans op mislukken te hebben, waarschijnlijk doordat het zo veel langer duurt.

Het is verstandig een goed moment te kiezen om te stoppen, en hier niet vlak voor een belangrijke gebeurtenis mee te beginnen. Waarschuw uw collega's op het werk dat u mogelijk een paar dagen niet kunt komen werken.

En als ik nu gewoon op de oude voet doorga?

Als uw veelvuldige hoofdpijn wordt veroorzaakt door een teveel aan medicatie, dan is op de oude voet doorgaan geen optie. De hoofdpijn zal steeds vaker terugkomen en niet reageren op pijnstillers of preventieve geneesmiddelen. Uiteindelijk kunt u uzelf ook schade toebrengen, zoals beschadiging van uw lever en nieren.

Zijn er andere middelen?

Er zijn geneesmiddelen die uw arts u kan voorschrijven; deze kunt u elke dag innemen om u te helpen met ontwennen. Ze werken alleen als u met alle andere hoofdpijnmedicatie stopt, en zelfs dan is het niet zeker hoe goed ze helpen. Op een gegeven moment moet u ook met deze middelen stoppen en voor de meeste mensen is het beter om deze middelen helemaal niet te gebruiken.

Hoe kan ik ervoor zorgen dat het niet nog eens gebeurt?

Na verloop van tijd vervangt medicatieafhankelijke hoofdpijn grotendeels de oorspronkelijke hoofdpijn (migraine of spanningshoofdpijn) waarvoor u de medicatie op de eerste plaats innam. Dit houdt in dat naarmate uw medicatieafhankelijke hoofdpijn verbetert nadat u de medicatie hebt gestaakt, u kunt verwachten dat uw oorspronkelijk hoofdpijn weer terugkomt.

Er zijn speciale folders voor zowel migraine als spanningshoofdpijn. In deze fase zijn deze mogelijk nuttig voor u.

Indien nodig kunt u voorzichtig weer beginnen met het gebruik van medicatie voor deze hoofdpijn zodra het hoofdpijnpatroon weer normaal is geworden. Dit zal waarschijnlijk het geval zijn na ten minste enkele weken.

Wees voorzichtig in verband met het risico dat er weer hetzelfde gebeurt. Om dit te voorkomen moet u hoofdpijn niet meer dan drie dagen achter elkaar behandelen of geregeld drie of meer dagen per week geneesmiddelen gebruiken. Lees altijd de bijsluiter en de verpakking van elk geneesmiddel.

Als een hoofdpijn niet beter wordt of blijft terugkomen, blijf dan nooit de medicatie gebruiken zonder uw arts of verpleegkundige te raadplegen.

Raadpleeg uw arts of verpleegkundige als veelvuldige hoofdpijn niet weggaat of later terugkomt.

Houd een dagboek bij

U kunt dagboekkaarten gebruiken om veel relevante informatie over uw hoofdpijn bij te houden – hoe vaak u hoofdpijn hebt, wanneer, hoe lang en wat de verschijnselen zijn. Ze zijn nuttig bij het stellen van de diagnose en het beoordelen de werkzaamheid van behandelingen.

Voor mensen met een risico van medicatieafhankelijke hoofdpijn zijn dagboeken met name belangrijk doordat ze helpen bij te houden hoeveel medicatie er precies wordt gebruikt.

Ga voor meer informatie naar www.w-h-a.org