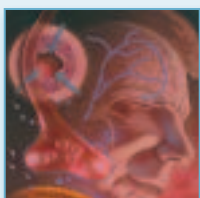
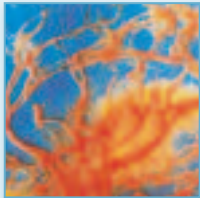


THEMA

Hoofdpijn



Clusterhoofdpijn: moeilijk te diagnosticeren,
lastig te behandelen

Geen verwijding slagader in hersenvliezen
bij migraine-aanval

Bijdrage van patiënten aan de preventie
van migraine-aanvallen

Migraine bij kinderen

Migrainebehandeling met triptanen
levert 1,25 miljard euro op

Clusterhoofdpijn: moeilijk te diagnosticeren, lastig te behandelen

De Canadese arts W. Osler, een van de pioniers van het moderne onderwijs in de geneeskunde, zei al in 1904: 'luister naar de patiënt; hij vertelt je de diagnose'. Dat geldt zeker voor de patiënt met clusterhoofdpijn, vindt de Haarlemse neuroloog dr. J.A.M. Kuster, die de behandeling van hoofdpijnpatiënten als aandachtsgebied heeft. 'Clusterhoofdpijn' is volgens hem niet eenvoudig te diagnosticeren.

Uit het promotieonderzoek van dr. J. van Vliet blijkt, dat het bij de helft van de patiënten langer dan drie jaar in beslag neemt om de juiste diagnose te stellen.¹ 'Dit komt doordat er veel patiënten zijn met niet-typische klachten en doordat er een zeer beperkte hoeveelheid diagnostische hulpmiddelen beschikbaar is. Clusterhoofdpijn is bijvoorbeeld niet zichtbaar te maken op een scan. Soms beschikken we over een video-opname die door een huisgenoot van de patiënt is gemaakt tijdens een aanval; dat kan verhelderend zijn. Verder kunnen we ons voor de diagnose alleen verlaten op het verhaal van de patiënt.'

Een valkuil bij het stellen van de diagnose is verwarring met secundaire vormen van hoofdpijn, zoals KNO-problemen, intracraniale afwijkingen, acuut glaucoom en afwijkingen in de bovenkaak. Daarnaast lijken de symptomen soms op andere vormen van primaire hoofdpijn, zoals migraine, paroxysmale hemicrania, trigeminus neuralgie en SUNCT (*Short Lasting Unilateral Neuralgiform Headache*).

Wekkerhoofdpijn

Het aantal patiënten met clusterhoofdpijn in Nederland wordt geschat op 7.500. De aandoening is al geruime tijd bekend. In de *Observationes Medicae* van Nicolaes Tulp uit 1641 wordt al een beschrijving van clusterhoofdpijn gegeven. Zoals de naam al aangeeft, komen de hoofdpijnaanvallen in clusters. Het gaat om aanvallen van zeer intense pijn aan één kant van het hoofd, bij of achter een oog of bij de slaap. Aangenomen wordt, dat clusterhoofdpijn de ernstigste vorm van hoofdpijn is. De pijn komt snel op, vaak 's nachts, en wordt daarom ook wel

'wekkerhoofdpijn' genoemd. De patiënt wordt elke nacht op hetzelfde tijdstip wakker door de pijn, slaapt na de aanval weer in, en krijgt soms later in de nacht nog een aanval. Begeleidende verschijnselen zijn roodheid en tranen van het oog, gezwollen oogleden, een hangend ooglid en een oogspleet die kleiner lijkt. De patiënt heeft vaak een loopneus aan de kant van de pijn, of er treedt een enkelzijdige neusverstopping op. Patiënten met clusterhoofdpijn hebben last van bewegingsdrang en willen vaak niet gestoord worden. Dit in tegenstelling tot migrainepatiënten.

Bij de episodische vorm van clusterhoofdpijn (80% van de gevallen) treden de clusters gedurende enige weken of maanden op. Een cluster duurt gewoonlijk tussen de twee en twaalf weken. De meest voorkomende clusterfrequentie is één- of tweemaal per jaar, vaak gebonden aan een seizoen. Bij de chronische vorm kunnen clusters langer dan een jaar optreden, soms vele jaren achtereen. 'Patiënten met chronische clusterhoofdpijn zijn zeer moeilijk te behandelen', aldus Kuster. De duur van de aanvallen varieert sterk van patiënt tot patiënt, van vijftien minuten tot drie uur. De aanvalfrequentie loopt uiteen van één tot acht aanvallen per dag.

De aanvallen worden in de meeste gevallen niet uitgelokt door een bekende trigger, hoewel vliegretzen en het gebruik van nitrobaten en alcohol wel clusters kunnen induceren. Kuster: 'we weten dat veel clusterpatiënten stevig drinken, maar dat doen ze niet tijdens de clusters. Ook is bekend dat veel clusterhoofdpijnpatiënten roken. Onder de algemene bevolking rookt 30 tot 35%; van de clusterhoofdpijnpatiënten ongeveer 70%. Stoppen met roken heeft geen invloed op de klachten. Clusterhoofdpijn komt bij mannen drie- tot viermaal vaker voor dan bij vrouwen. De klachten beginnen meestal rond het dertigste levensjaar. De aandoening komt zelden voor in families. Als dit wel het geval is, is de aandoening meestal niet duidelijk overgeërfd. Er lijkt wel enige relatie te zijn tussen clusterhoofdpijn en migraine in de familie, maar dat is nog niet goed onderzocht.'

In dit artikel genoemde geneesmiddelen

a. sumatriptan	– Imigran
b. verapamil	– Isoptin
c. lithium	– Camcolit, Litarex, Priadel
d. topiramaat	– Topamax
e. naratriptan	– Naramig
f. frovatriptan	– Fromirex
g. pizotifeen	– Sandomigran
h. flunarizine	– Sibelium
i. melatonine	– als generiek in de handel
j. gabapentine	– Neurontin
k. lamotrigine	– Lamictal
l. valproaat	– Depakine, Orfiril, Propymal
m. propranolol	– als generiek in de handel
n. amitriptyline	– Sarotex, Tryptizol
o. carbamazepine	– Tegretol

Medicatie en bijwerkingen

Voor de aanvalsbehandeling is sumatriptan^a 6 mg sc. het middel van eerste keus. Deze behandeling werkt snel en is zeer effectief. Een probleem kan zijn, dat het middel niet vaker dan tweemaal daags gegeven mag worden. Voor patiënten die acht aanvallen per etmaal hebben, is deze behandeling dus niet geschikt. Verder is sumatriptan gecontra-indiceerd bij patiënten met hartproblemen, en bestaat het risico van medicatieafhankelijkheid.

Toediening van zuurstof (8 liter per minuut tot de aanval wijkt met een maximum van 15 minuten) is eveneens een effectieve therapie, die bij ongeveer tweederde van de patiënten tot succes leidt. In sommige gevallen kan ook sumatriptan 20 mg als neusspray gegeven worden. Orale middelen werken te traag om aanvallen te couperen.

Van de preventieve behandelingen tijdens een cluster wordt verapamil^b het meest toegepast. Soms is een hoge dosering vereist. Een nadeel hiervan is een verhoogd risico van geleidingsstoring van het hart, zodat ECG-controle vereist is bij het verhogen van de dosering. Andere bijwerkingen zijn obstipatie en vermoeidheid. Ook lithium^c in een dosering van 800 tot 1200 mg/d kan bijdragen aan de preventie van aanvallen. Een bezwaar is het grote aantal bijwerkingen, waaronder vermoeidheid.

Bij de preventie van heftige of zeer frequente aanvallen van clusterhoofdpijn kunnen corticoste-

roïden worden gebruikt. Deze middelen zijn effectief, maar ze kunnen bij langdurig gebruik ernstige bijwerkingen met zich meebrengen zoals botontkalking en diabetes. Corticosteroïden worden daarom voornamelijk voor heel korte tijd voorgeschreven in combinatie met andere middelen, zoals verapamil, waarmee de behandeling wordt voortgezet terwijl het gebruik van de corticosteroïden wordt afgebouwd. Uit onderzoek naar slecht in te stellen patiënten is gebleken, dat het optreden van aanvallen bij clusterhoofdpijn voorkomen kan worden door het anti-epilepticum topiramaat^d in lage dosering (tot 100 mg/d).

Stimulatie van de hypothalamus

‘Het gebruik van naratriptan^e en frovatriptan^f voor de preventie van aanvallen is in open studies met kleine aantallen patiënten onderzocht’, aldus Kuster. ‘De middelen zijn redelijk effectief, maar hebben een risico van het induceren van medicatieafhankelijkheid. Frovatriptan in combinatie met verapamil bleek goed te werken bij episodische clusterhoofdpijn; bij de chronische aandoening heeft de combinatie weinig effect. Pizotifeen^g, flunarizine^h en melatonineⁱ zijn matig effectief, terwijl gabapentine^j en lamotrigine^k waarschijnlijk niet werkzaam zijn. Valproaat^l, propranolol^m, amitriptylineⁿ en carbamazepine^o werken zeker niet.’

Van de niet-medicamenteuze preventiestrategieën hebben chirurgie en bestraling weinig effect. Spoeling van de neusbijholten en het trekken van tanden en kiezen zijn volgens Kuster absoluut zinloos: ‘een strategie die bij verder onbehandelbare clusterhoofdpijnpatiënten wel wordt gehanteerd, is stimulatie van de hypothalamus aan de kant van de pijn. Dat geschiedt door een elektrode in te brengen in de hersenen en deze te verbinden met een pacemakerachtige stimulator. Met deze toepassing is enige ervaring opgedaan in Italië en België. De ingreep kan effectief zijn: 11 van de 17 op deze wijze behandelde patiënten waren vrijwel van de hoofdpijnaanvallen af. De ingreep is echter zeer riskant. In België is één van de vijf behandelde patiënten overleden aan een hersenbloeding op de plaats waar de stimulatie plaatsvond.’ ■

Referenties:

1. Vliet JA van. Trigeminal autonomic cephalgias – with focus on cluster headache.(WvS), promotie 2 november 2006, IUMC.

Geen verwijding slagader in hersenvliezen bij migraine-aanval

Leidse neurologen publiceerden onlangs in het *Journal of Magnetic Resonance Imaging* een studie naar de toepassing van MRA (*Magnetic Resonance Angiography*) als niet-invasieve methode om veranderingen te meten in de diameter van bloedvaten in de hersenen.¹

G. Schoonman en zijn collega's bepaalden de doorsnede van de arteria meningea media bij 19 gezonde vrijwilligers die werden behandeld met de vaatverwijder nitroglycerine^a (1,2 mg sublinguaal). De onderzoekers zagen inderdaad een toename van de doorsnede van de slagader, van $1,5 \pm 0,26$ mm voor de toediening van nitroglycerine, tot $1,79 \pm 0,30$ mm na de toediening ervan. Deze toename van 20% is statistisch significant ($p < 0,001$). De conclusie luidt, dat met behulp van MRA doorsnede-veranderingen in de hersenbloedvaten kunnen worden gemeten.

Elf deelnemers aan de studie kregen last van hoofdpijn. Bij hen nam de diameter gemiddeld toe met 0,34 mm. Bij de acht deelnemers die geen hoofdpijn kregen, bedroeg de gemiddelde toename 0,22 mm. Dit verschil is niet significant. Er is dus bij gezonde personen geen bewijs voor een verband tussen toename van de diameter van de meningea media slagader en het ontstaan van hoofdpijn. Wellicht was de groep deelnemers te klein om een effect te kunnen waarnemen.

In dit artikel genoemd geneesmiddel

a. nitroglycerine	– Nitrolingual en merkloze Nitroglycerine
-------------------	---

Deze studie is klinisch relevant, omdat wordt verondersteld, dat verwijding van de arteria meningea media in de hersenvliezen een van de oorzaken is van hoofdpijn bij patiënten met migraine. Tijdens het jubileumsymposium van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten vorige maand in Utrecht, meldde prof. dr. M. Ferrari, dat de Leidse onderzoekers een follow-up studie hebben uitgevoerd bij migrainepatiënten.



In deze studie, waarvan de resultaten begin 2007 zullen worden gepubliceerd, werd de diameter van de slagader bepaald voor en tijdens de hoofdpijnaanval. De onderzoekers zagen geen toename van de diameter van de slagader tijdens het optreden van de aanval. De hypothese dat verwijding van de meningea media de oorzaak is van hoofdpijn bij migrainepatiënten, lijkt dus onjuist te zijn. ■

Referentie:

1. Schoonman GG, Bakker D, Schmitz N et al. Magnetic resonance angiography of the human middle meningeal artery: implications for migraine. *J Magn Resonance Imaging* 2006;24:918-21.

Bijdrage van patiënten aan de preventie van migraine-aanvallen

'Er zijn ongeveer driehonderd studies uitgevoerd naar het effect van gedragstraining ter preventie van migraine-aanvallen. Van die studies werden er zeventig uitgevoerd met een controlegroep. Uit de studies bleek, dat gedragstraining kan leiden tot een gemiddelde aanvalsvermindering van 35 tot 55%. Er zijn wel aanzienlijke interindividuele verschillen: bij sommige patiënten is er geen enkel effect, terwijl andere patiënten veel baat hebben bij de training.'

Dit meldt prof. Marjolijn Sorbi, hoogleraar gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Met collega's uit Utrecht en Rotterdam doet Sorbi onderzoek naar het succes van gedragstraining bij kleine groepen migrainepatiënten. De gedragstraining is gericht op het herkennen van uitlokkers van migraine-aanvallen, en op het leren van vaardigheden om lichamelijke overgevoeligheid tegen te gaan. 'Het effect kan lang aanhouden: in een aantal onderzoeken was de verbetering na zeven jaar nog steeds waarneembaar. Hoewel er nog relatief weinig direct vergelijkend onderzoek is gedaan, lijkt het effect van gedragstraining bij patiënten met ongecompliceerde migraine vergelijkbaar met dat van preventieve medicatie met β -blokkers en calciumantagonisten', aldus Sorbi.

'In de prodromale fase van migraine zijn al symptomen waarneembaar, als veranderingen in eetlust en slaap-/waakritme, overgevoeligheid voor licht en geluid, stemmingsveranderingen en vermoeidheid', aldus Sorbi. 'Veel patiënten slaan onvoldoende acht op deze symptomen. Maar in feite zijn het tekenen van hypersensibiliteit die kenmerkend zijn voor migraine. De Engelse migrainedeskundige Peter Goadsby zei in 2003: 'The world shouts at the migraine patient'. In de hersenen van patiënten is de habituatie aan zintuiglijke prikkels verminderd. Dat is al het geval in de fase voordat de hoofdpijn optreedt. Meteen

na de hoofdpijnfase is de habituatie weer normaal.²

De migraine-aanval begint in de hersenstam, waar het trigeminale systeem gelokaliseerd is. De hersenstam reguleert ook het dag/nachtritme, de waakzaamheid en de alertheid. Daarom is het volgens Sorbi ook begrijpelijk dat ontspanningstraining, gericht op lichamelijke en mentale rust, remmend kan werken op de ontregeling die tot de aanval leidt.

Dagboeken bijhouden

De deelnemers aan het Utrechts/Rotterdamse onderzoek houden dagboekjes bij. Sorbi citeert uit het dagboek van mevrouw Van Zon, onderwijzeres: 'ze heeft slecht geslapen, veel werk, een drukke klas, ze grijpt niet in, neemt geen pauze, verwijt zichzelf dat ze geen orde kan houden, gaat zich opgejaagd voelen, gaat snel praten, maakt geen keuzes, gaat dingen tegelijkertijd doen, ze eet niet, gaat niet naar het toilet, krijgt een stijve nek, kramp in de schouders, koude handen, gaat bleek zien in het gezicht, voelt zich prikkelbaar, krijgt druk op de ogen, pijn in de nek, lichte hoofdpijn en voelt zich besluiteloos en lusteloos'. En dan, laat in de middag, komt de aanval die zich uit in hevige, pulserende pijn, misselijkheid en braken. Sorbi: 'de opbouw van de aanval is al de hele dag aan de gang. Hoe eerder mevrouw Van Zon ingrijpt in deze opbouw, des te groter is de kans dat ze de aanval kan afwenden.'

De training bestaat uit zeven bijeenkomsten, waarin het herkennen van symptomen en het toepassen van ontspanningstechnieken wordt geoefend. S. Mérelle, verbonden aan de universiteiten van Utrecht en Rotterdam, gaat in een promotieonderzoek na of de training effectief is als deze wordt aangeboden door patiënten als trainers.³

Gedragsverandering is in de dagelijkse praktijk lastiger te realiseren dan tijdens een training. In een ander project krijgen de deelnemers gedurende de laatste drie weken van de training een palmtop-computer of 'personal digital assistant'

(PDA) met internetverbinding, waarop ze hun dagboek kunnen bijhouden aan de hand van voor-geprogrammeerde vragen. De vragen bestrijken drie gebieden: het optreden van migraine en het gebruik van migrainegeneesmiddelen, het optreden van prodromale symptomen en uitlokkers, en maatregelen om de aanval te voorkomen.

Tweemaal per dag krijgen de deelnemers een oproep om hun dagboekgegevens naar de universiteit te zenden, waarna ze een reactie krijgen. De feedback bestaat uit drie delen. Allereerst verschijnt er een stoplicht, waarbij de toestand van de patiënt wordt samengevat. Bij een oranje licht staat bijvoorbeeld: 'je hebt slecht geslapen, je hebt een drukke dag en je sloeg je lunch over. Nu zijn je nek en schouders gespannen en je hebt last van het licht.' Dan volgt een advies: 'doe de steekwoordrelaxatie die je tijdens de training geleerd hebt, doe nek- en schouderoefeningen, neem een pauze en laat een paar taken vallen.' De feedback sluit af met een opsteker: 'dit gaat je heus wel lukken.'

'Vriendelijke stok achter de deur'

Van de 103 deelnemers zijn er 44 die de PDA gebruikt hebben in de laatste drie weken van de training. De overige deelnemers vormden de controle-groep. Het effect van de interventie op de preventie van migraine-aanvallen wordt direct na afsluiting van de training geïnventariseerd en zes maanden later nog eens. Daarna wordt de interventie herhaald bij de deelnemers uit de oorspronkelijke controlegroep. De resultaten van de interventie worden in het najaar van 2007 verwacht.

Er zijn al wel uitkomsten bekend van een onderzoek naar de waardering van de PDA-computer. De gebruiksvriendelijkheid is goed: de deelnemers hebben geen problemen met het bijhouden van hun dagboek. De interventie wordt vooral als zinvol, maar ook als enigszins belastend ervaren. Gebruik van de PDA lijkt te helpen om symptomen en uitlokkers te herkennen en om op tijd de ontspanningsoefeningen te doen.

Op de open vraag naar minpunten zegt 52% van de ondervraagden, dat het gebruik van het apparaatje tijd kost, maar dat vinden de meesten acceptabel. 14% vindt dat de PDA onrust kan geven en 5% zegt dat het apparaat hen herinnert aan het patiënt-zijn. Als pluspunten noemt 84% dat de PDA ervoor zorgt, dat het gewone gedrag



Deze illustratie toont de bron en de gebieden van ontsteking in de hersenen gedurende een migraineaanval. Vanuit de cerebrale cortex wordt via de thalamus (paars) of hypothalamus een signaal gestuurd naar de hersenstam. Dat leidt tot het ontstaan van migraine.

doorbroken wordt. 73% werd zich bewust van het eigen functioneren en voelde zich gestimuleerd om op tijd rust te nemen en 34% vond dat 'je er niet alleen voor staat.' Sorbi: 'meerdere deelnemers omschreven het apparaatje als een vriendelijke, maar duidelijke stok achter de deur, die met de patiënt meedenkt. Als de PDA door veel deelnemers zo ervaren wordt, kan het gebruik ervan zeker bijdragen aan de motivatie voor de vereiste gedragsverandering.' ■

Referenties:

1. Rains JC, Penzien DB, McCorry DC, Gray RN. Behavioral Headache Treatment: History, Review of the Empirical Literature, and Methodological Critique. *Headache* 2005;45(suppl. 2):S92-S109.
2. Kropp P, Gerber WD. Slow cortical potentials in migraine. Predictive value and possible novel therapeutic strategies to prevent an attack. *Functional Neurology* 2005;20:193-7.
3. Mérelle SYM, Sorbi MJ, Passchier J. The preliminary effectiveness of migraine lay trainers in a home-based behavioral management training. *Patient Education and Counseling* 2006;61:307-11.

Migraine bij kinderen

Over de prevalentie van migraine bij kinderen zijn geen betrouwbare gegevens voorhanden. In verschillende studies loopt de prevalentie uiteen van 4 tot 16%, afhankelijk van de gehanteerde criteria en de leeftijdsopbouw van de onderzochte groep. In een Zweeds cohort van 9.000 schoolkinderen die in 1955 voor het eerst onderzocht werden, bleek dat 1,4% van de kinderen op zevenjarige leeftijd migraine had.¹ Toen de kinderen vijftien jaar oud waren, was de prevalentie van migraine opgelopen tot 5,3%. Vervolgens is een subgroep van 93 migrainepatiënten uit het cohort langer gevolgd. Op de leeftijd van 25 jaar was 23% van hen migrainevrij.



In Aberdeen (Schotland) is een onderzoek uitgevoerd bij 2.165 leerlingen van 67 scholen voor primair en secundair onderwijs. De leeftijd van de onderzochte kinderen bedroeg vijf tot vijftien jaar.² Bij dit onderzoek zijn de criteria van de *International Headache Society* gehanteerd. Volgens deze criteria is er sprake van migraine bij minimaal vijf aanvallen zonder aura of twee aanvallen met aura. Van de kinderen in deze studie had 7,8% migraine met aura en 2,8% migraine zonder aura. De prevalentie nam toe met de leeftijd. Onder kinderen tot twaalf jaar kwam migraine het meest voor bij jongens; onder de oudere kinderen bij meisjes. Het schoolverzuim bedroeg in deze studie gemiddeld 7,8 dagen per jaar bij de migrainepatiënten, tegen 3,7 dagen per jaar bij gezonde leeftijdsgenoten.

In Nederland bedraagt de prevalentie van migraine bij schoolgaande kinderen ongeveer 8%.

In Nederland bedraagt de prevalentie van migraine bij schoolgaande kinderen ongeveer 8%, aldus de Nijmeegse kinderneuroloog prof. dr. W.O. Renier in zijn boek 'Onweer in de hersenen'.³ Daarmee is migraine de op één na meest voorkomende vorm van hoofdpijn bij kinderen. Bij 60% van de patiënten is de aandoening sociaal invaliderend.

Verstoord slaapritme kan migraine uitlokken

'In vergelijking met de aandoening bij volwassenen wordt migraine bij kinderen gekenmerkt door een hogere aanvalsfrequentie, met een kortere

duur van de aanvallen (onbehandeld tussen 30 minuten en 48 uur). Er is vaker sprake van generaliseerde hoofdpijn met misselijkheid en braken. De hoofdpijn kan eenzijdig of tweezijdig optreden, en is kloppend van karakter. Ook overgevoeligheid voor licht en geluid komt voor. De pijn verergert bij lichamelijke inspanning. Bij kinderen treedt minder frequent een aura op dan bij volwassenen. Tussen de aanvallen door treden geen klachten op, er is geen organisch lijden, en er is over het algemeen een goede reactie op medicamenteuze behandeling', aldus Renier.

De NHG-Standaard Hoofdpijn adviseert bij sporadische, niet-ernstige migraineaanvallen allereerst geruststelling.⁴ De Groningse neuroloog prof. O.F. Brouwer stelde in een recente lezing, dat de behandeling allereerst bestaat uit voorlichting

over de aard van de aandoening. Opvallend vaak is het bij familieleden van de patiëntjes niet bekend dat migraine ook op de kinderleeftijd kan voorkomen, ook als ze zelf migraine hebben.

In dit artikel genoemde geneesmiddelen

a. paracetamol	– als generiek in de handel
b. sumatriptan	– Imigran
c. flunarizine	– Sibelium
d. propranolol	– als generiek in de handel
e. topiramaat	– Topamax
f. amitriptyline	– Sarotex, Tryptizol
g. valproaat	– Depakine, Orfiril, Propymal

Vervolgens dient onderzocht te worden of er uitlokkende factoren zijn, zoals lichamelijke inspanning, slaapttekort of een verstoord slaapritme.⁵

Voor de medicamenteuze aanvalsbehandeling in ernstigere gevallen gaat de voorkeur uit naar een analgeticum, indien noodzakelijk voorafgegaan door een anti-emeticum. Als analgeticum kan paracetamol^a worden gegeven, en in tweede instantie een NSAID. Bij oudere kinderen met langdurige aanvallen die op deze medicatie niet of onvoldoende reageren, kan men overwegen een triptan voor te schrijven. In Nederland is sumatriptan^b neusspray geregistreerd voor gebruik bij kinderen vanaf 12 jaar. Voor het instellen op triptanen is volgens de NHG-standaard verwijzing naar een (kinder-)neuroloog of een op dit terrein deskundige kinderarts op zijn plaats.

Weinig studies naar medicamenteuze profylaxe

Profylactische behandeling komt volgens Brouwer in aanmerking bij kinderen met meer dan twee tot drie aanvallen per maand, indien ze onvoldoende reageren op acute aanvalsbehandeling. Er zijn echter niet veel studies uitgevoerd naar het effect van medicamenten als profylacticum bij kinderen met migraine.⁶ Alleen van flunarizine^c is een effect aangetoond. In een systematisch overzicht van farmacologische studies naar de profylaxe van migraine bij kinderen, werd vastgesteld dat flunarizinebehandeling een factor vier effectiever is dan placebo.⁷ Een bezwaar van het gebruik van flunarizine is echter gelegen in veel waargenomen bijwerkingen, waaronder sufheid en een gewichtstoename.

Veel ouders weten niet dat migraine ook op de kinderleeftijd kan voorkomen.

Volgens een recent overzichtsartikel⁸ is ook propranolol^d een effectief migraineprofylacticum bij kinderen, en zijn er enige aanwijzingen voor de werkzaamheid van topiramaat^e. Amitriptyline^f en valproaat^g worden eveneens gebruikt, hoewel er geen betrouwbaar bewijs is voor hun werkzaamheid bij de preventie van migraineaanvallen. ■



Referenties:

1. Bille B. A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalalgia* 1997;17:488-91.
2. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994;309:765-9.
3. <http://www.umcn.nl/userfiles/other/Renier.ppt#276>
4. Knuistingh-Neven A, Bartelink MEL, Jongh TOH de et al. NHG-Standaard Hoofdpijn (M19). *Huisarts Wet* 2004;46:411-22.
5. Bruni O, Galli F, Guidetti V. Sleep hygiene and migraine in children and adolescents. *Cephalalgia* 1999;19(suppl 25):57-9.
6. Victor S, Ryan SW. Drugs for preventing migraine headaches in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, issue 4.
7. Damen L, Bruijn J, Verhagen AP et al. Prophylactic treatment of migraine in children. Part 2. a systematic review of pharmacological trials. *Cephalalgia* 2006;26:497-505.
8. Hamalainen ML. Migraine in children and adolescents: a guide to drug treatment. *CNS Drugs* 2006;20:813-20.

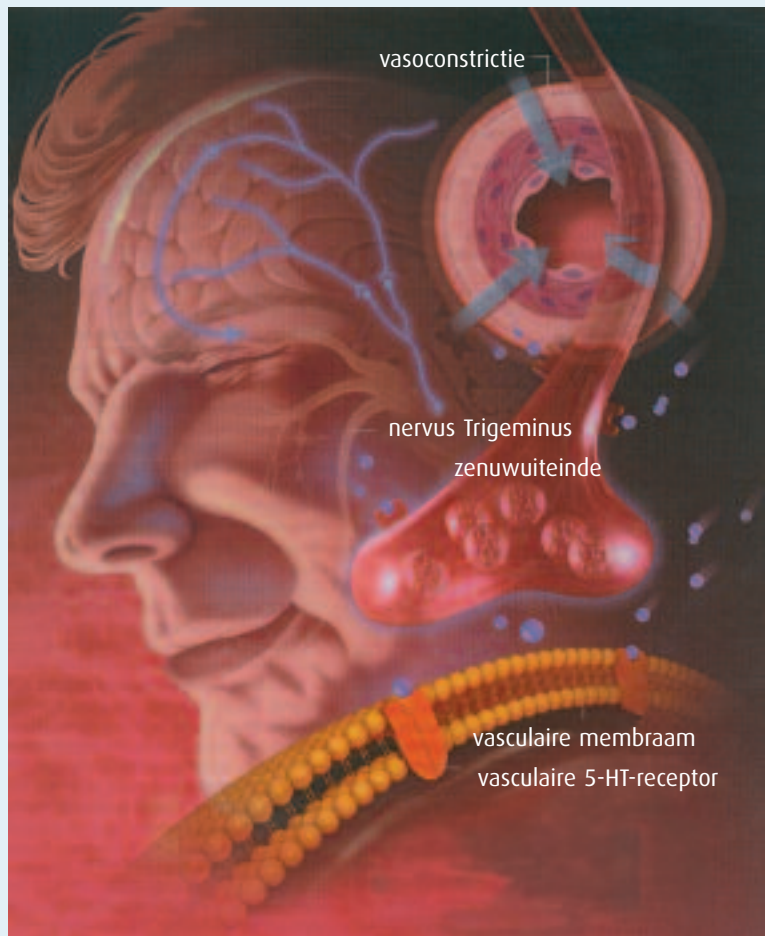
Migrainebehandeling met triptanen levert 1,25 miljard euro op

Dr. Nout Wellink is directeur van de Nederlandsche Bank en migrainepatiënt: 'tot mijn veertigste jaar heb ik karrevrachten pillen geslikt. Chefarine, Saridon, noem maar op. Ik slikte ze in grote hoeveelheden, maar zonder succes. Toen ben ik onderzocht door een specialist in het noorden van het land.

Ik kreeg metoprololtartraat voorgeschreven, eens in de week aangevuld met een Imigranspuit. Ik heb er goede ervaringen mee: als ik mijn medicijnen goed gebruik heb ik de migraine goed onder controle.'

Wellink is sinds kort beschermheer van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten (NVvHP), gevestigd in Amersfoort. De NVvHP behartigt de belangen van de twee miljoen migrainepatiënten en andere patiënten met hoofdpijn in Nederland. De vereniging heeft onder meer een belangrijke rol gespeeld bij het tot stand komen van de ziekenfondsvergoeding van triptanen. Daarnaast werkt de NVvHP aan de ontwikkeling van zelfmanagement-trainingen voor de leden, die hen moeten helpen zo goed mogelijk met hun hoofdpijn te leren leven. In contacten met huisartsen en neurologen brengt de vereniging wensen en behoeften van de patiënten naar voren. Ook worden specifieke voorlichtingsprogramma's opgesteld voor jongeren en hun schoolleiding, en voor personeelsvoorlichting aan bedrijven.

'Van de twee miljoen migrainepatiënten in Nederland zou ongeveer een miljoen geholpen kunnen worden door behandeling met triptanen, zo is mij verteld door deskundigen', zegt Wellink. 'Dat zijn er 800.000 meer dan vandaag de dag. Als patiënt zeg ik dat het leven van die 800.000 mensen enorm aan kwaliteit kan winnen als ze met triptanen behandeld worden. Als president van de



Selectieve 5-HT-receptoragonisten, triptanen genaamd, hebben mogelijk anti-migraine effecten doordat zij de neurogene ontsteking remmen, de gevoeligheid van de trigeminale celkernen versterken en vasoconstrictie geven van de craniale bloedvaten.

Nederlandsche Bank wijs ik op de consequenties voor de samenleving. Migraine leidt tot veel werkverzuim. Die verzuimdagen leiden naar schatting tot een schade in de grootte-orde van 1,25 miljard euro. Behandeling van deze migrainepatiënten zou een opsteker zijn voor de economie.' ■