

Hoofdpijn

Analyse myofasciale

In de dagelijkse praktijk krijgt de fysiotherapeut regelmatig te maken met de 'hoofdpijn' patiënt. Hoofdpijn is een symptoom. Een zorgvuldige anamnese is essentieel om de verschillende soorten hoofdpijn van elkaar te onderscheiden. De volledige etiologie van vele hoofdpijnen is nog onduidelijk. Steeds meer worden myofasciale componenten van hoofd-, hals-, nek- en kaakspieren onderkend binnen de pathofysiologie. Het integreren van deze kennis binnen het onderzoek en de behandeling verbetert het klinisch eindresultaat bij de patiënt met 'pijn in het hoofd'.



component

Tekst: Frank Timmermans - PT,CGIMS.
www.dryneedling.nl

Er worden zo'n tachtig soorten hoofdpijnen beschreven binnen veertien categorieën volgens de International Headache Society criteria (1). Men onderscheidt met name primaire en secundaire hoofdpijnen.

Hoofdpijn classificatie

Bij een primaire hoofdpijn is 'pijn in het hoofd' de klacht op zich zonder aanwijzingen voor een onderliggende aandoening. Deze primaire groep omvat negentig procent van alle hoofdpijnen en de meest voorkomende zijn migraine hoofdpijn (MH) en spanningshoofdpijn (tensiontype headache; TTH) (2,3).

Ook kan er sprake zijn van een onderliggende aandoening waarbij hoofdpijn optreedt. Dit wordt een secundaire hoofdpijn genoemd; de overige tien procent. Voorbeelden hiervan zijn hoofdpijn als gevolg van medicatie of een nekprobleem, whiplash, virus, tumor of CVA (2).

De strakke indeling lijkt meer geschikt voor onderzoeksdoeleinden en minder voor de dagelijkse praktijk (3). Regelmatig verschijnen publicaties die pleiten voor een aangepaste indeling (4-11). Dit wordt onder meer veroorzaakt door het feit dat de meeste hoofdpijnen 'gemixt' zijn (2,3,12). Bijvoorbeeld 62% tot 83% van de migraine patiënten hebben ook spanningshoofdpijn en 23% tot 25% van de TTH patiënten geeft ook migraine aan. Afhankelijk van de ingestelde behandeling en het gedrag van de patiënt kunnen deze later weer samen gaan met (te)veel medicatie en leiden tot middelengeïnduceerde - of medicatie-overgebruik hoofdpijn (MOH) (2,12; tabel 3).

Epidemiologie van hoofdpijn

De lifetime prevalentie van hoofdpijn is rond de vijftien procent; van spanningshoof-

pijn tussen 63% en 78% en van migraine 16% (12-16). Globaal gezien heeft 47% van de mensen regelmatig hoofdpijn; 3% tot 4% heeft een chronische vorm, die meer dan 15 dagen per maand last geeft (17). Hoofdpijn komt op alle leeftijden voor met een incidentiepiek tussen de 15 en 35 jaar. Vrouwen hebben vaker hoofdpijn dan mannen: 2 tot 3:1 (2,3).

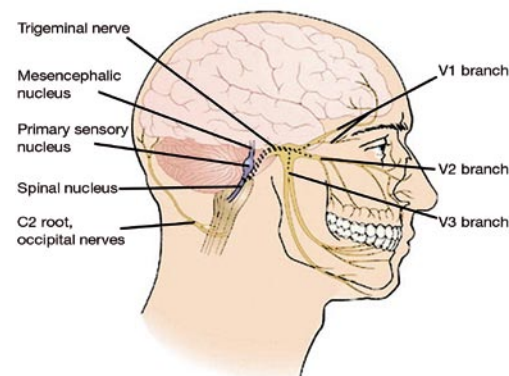
maatschappelijk probleem dat veelal on(der) gediagnostiseerd en ook on(der)behandeld blijft (3). Zo heeft tussen de 60% en 95% nog nooit een dokter geraadpleegd. Slechts 25% tot 50% van de MH patiënten is bekend bij de huisarts en maar 17% van de patiënten met TTH (12).

Toch is hoofdpijn op het spreekuur van de huis-



Bij onderzoeken onder de Nederlandse bevolking blijkt dat er 2,5 miljoen mensen met hoofdpijn zijn, waarvan 29% van de respondenten hoofdpijn had in de afgelopen twee weken; 9% meldde chronische, ernstige hoofdpijn of migraine te hebben (12). Eén op twintig volwassenen heeft bijna iedere dag hoofdpijn. Zodoende vormt hoofdpijn een groot

arts een van de meest voorkomende klachten. De helft komt uit ongerustheid en angst voor een ernstige aandoening, zoals een hersentumor (12). Echter, slechts bij een klein percentage van ongeveer 5%, was de hoofdpijn de enige reden om medische hulp te zoeken (18-20). Hoofdpijn die langer dan drie maanden bestaat als enig symptoom sluit een hersentumor vrijwel uit (2).



Figuur 1 Het trigeminocervicale complex (2).

Enkele cijfers via de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijn patiënten laten zien dat 'pijn in het hoofd' de Nederlandse samenleving jaarlijks 3,1 miljard euro kost. Diverse miljarden bestaan uit zorgkosten en kosten als gevolg van ziekteverzuim. De vereniging zet zich in voor kennisverspreiding en meent dat de kosten kunnen worden gehalveerd als meer patiënten een adequate behandeling krijgen (21).

Opvallend is verder dat ondanks de toegenomen kennis over de mogelijke oorzaken van hoofdpijnen de therapieën nog steeds veelal hetzelfde zijn (3). Een gebrek aan integratie van myofasciale kennis ligt daar zeer waarschijnlijk ook aan ten grondslag, ondanks de vele publicaties op dit gebied (22-32).

Pathofysiologie van hoofdpijn

De volledige etiologie van vele soorten hoofdpijn is nog onduidelijk (2,12). Vaak wordt het trigeminocervicale systeem als doorgangsstation gepresenteerd (figuur 1). Dit maakt de integratie van nekpathologie, temporomandibulaire en myofasciale componenten mogelijk binnen de fysiotherapeutische 'clinical reasoning' bij de hoofdpijnpatiënt (2,3).

De myofasciale componenten van hoofd-, hals-, nek- en kaakspieren worden in toenemende mate onderkend. Ze kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en het in stand houden van hoofdpijn (22-32). De myofasciale triggerpoints worden als perifere nociceptoren aangeduid, die bijdragen aan de sensitisatie van het zenuwstelsel (33). Spanningshoofdpijn heeft de grootste link met myofasciale componenten. Verder onderzoek op dit gebied is noodzakelijk, echter klinisch blijkt het relevant om deze myofasciale componenten mee te nemen in het onderzoek en de behandeling van de hoofdpijnpatiënt (2,3).

Fysio-en manueel therapeutisch onderzoek

Het eerste doel van het onderzoek is met name het herkennen van de soort(en) hoofdpijn. Hierbij

Belangrijke vragen zijn onder meer (2,3,12; tabel 1):

Lokalisatie van de pijn: aanwijzing voor welke soort(en) hoofdpijn?

Acute hoofdpijn: bijv bij trauma, CVA, cervicogeen, sinusitis, infecties ea.

Chronische hoofdpijn: chronische vorm van MH, TTH en/of MOH.

Karakter pijn: diep, dof, zeurend of scherp?

Ernst van de pijn: gescoord op de VAS of via een meer specifieke hoofdpijnlijst.

Verloop van de pijn: met name wanneer en waardoor meer of minder pijn.

is een zorgvuldig afgenomen anamnese het allerbelangrijkste. Zo gaf bijvoorbeeld alleen al een anamnese de correcte diagnose en behandeling bij 100% van 150 kinderen met hoofdpijn (34).

Anamnese

Door een aantal gerichte vragen wordt de 'pijn in het hoofd' verder uitgevraagd (2,3,12,35). Speciale aandacht gaat uit naar het herkennen van de 'rode vlaggen', die mogelijk urgente interventie nodig hebben; zie tabel 1. Specifieke details vallen buiten het kader van dit artikel, maar kunnen worden nagelezen in de literatuur en/of verkregen worden via nascholingsactiviteiten (2,3,12, 36-46).

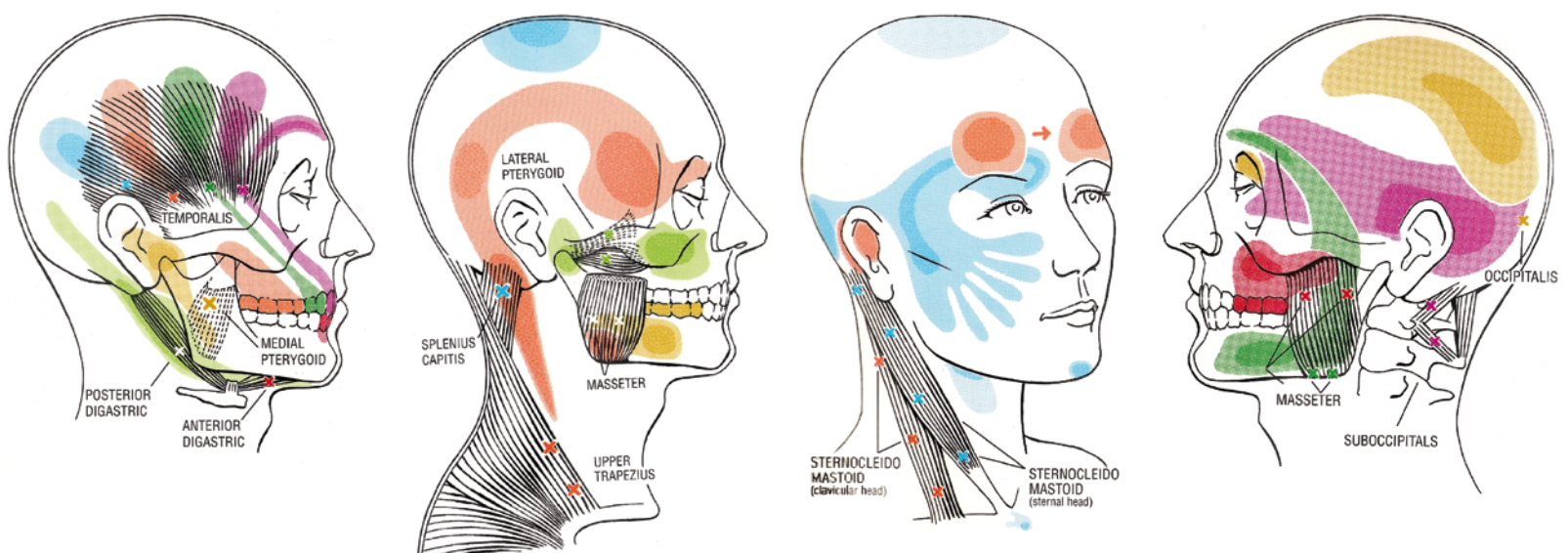
Dag-en nachtritme met onder anderen (2,12):

- hoofdpijn aanvallen 's nachts, waardoor de patiënt wakker wordt; clusterhoofdpijn?
- hoofdpijn bij het opstaan kan duiden op depressie, slaapstoornis, medicatie-afhankelijkheid (MOH) of een hersentumor.
- hoofdpijn die gedurende de dag toeneemt wijst meestal op TTH.

- hoofdpijn die persisteert ondanks toenemende medicatie duidt op MOH.
- hoofdpijn bij intracerebrale drukverhoging (HNP) kan duiden op een intracerebrale oorzaak, maar kan ook relatief onschuldig zijn.
- bij het ontstaan van hoofdpijn na een trauma moet gedacht worden aan een sub of epiduraal hematoom.

Andere verschijnselen, samengaan met de hoofdpijn bijvoorbeeld (2,3,12):

- misselijkheid, braken, aura en/of promodale verschijnselen
- trauma; eventuele invloed van de nek en/of schouders
- ogen, oren, sinussen, tanden, mond, aangezichtspijnen of TMD
- medicatie(over)gebruik
- neurologische factoren zoals bijv alertheid, verwarring, coördinatie, vallen?
- infectie, koorts, allergieën
- psychosociale omstandigheden
- 'triggers' zoals hormonen, alcohol en/of dieet



Figuren 2 t/m 5. Referred pain patronen die kunnen bijdragen aan 'pijn in het hoofd' (3).

Verder onderzoek

Diagnosering van een primaire hoofdpijn heeft een adequate interrater betrouwbaarheid (2, 47). Verder onderzoek is over het algemeen minder belangrijk bij MH dan bij TTH, CEH en TMD hoofdpijn (2,3). Specifieke (provocatie) testen voor de spieren, de nek, TMJ etc. vallen buiten het kader van dit artikel, maar kunnen belangrijk zijn ter bevestiging van het soort hoofdpijn (2,3,46).

De lokalisatie van de hoofdpijn kan aangeven welke spier(en) mogelijk myofasciaal zijn aangedaan (figuur 2 t/m 5). Deze hoofd-, hals-, nek- en kaakspieren kunnen verder worden uitgetest door zorgvuldige palpatie. Ook kunnen de kracht, coördinatie en uithoudingsvermogen van deze betrokken spieren worden nagegaan (48). Verdere wetenschappelijke onderbouwing is noodzakelijk (2,3,49,50).

Clinical prediction rules

Tevens kunnen de gegevens uit de anamnese en het verdere onderzoek vertaald worden in zogenaamde clinical prediction rules (CPR). Een CPR komt voort uit medisch onderzoek waarin geprobeerd wordt de beste combinatie van medische verschijnselen, symptomen en andere bevindingen te verzamelen. Op basis hiervan kan dan het voorkomen van een bepaalde aandoening en/of het verloop

ervan worden voorspeld. Tevens worden er dan beslissingen gemaakt ten aanzien van een diagnose en/of therapie (2,51,52). In die zin kunnen ze waardevol zijn. Ze moeten echter meer gezien worden als aanvulling op klinische opinie, ervaring en intuïtie. Meer en beter onderzoek is ook hier nodig binnen de fysiotherapie (2,3,52-55). Op het gebied van hoofdpijn zijn tot nu toe een beperkt aantal CPR's beschikbaar (3, 56-61).

ment van hoofdpijn. Dit geldt met name voor TTH, de meest voorkomende hoofdpijn in de dagelijkse praktijk. Verdere wetenschappelijke onderbouwing is hier ook sterk gewenst (2,3).

Verskillende vormen van needling, (triggerpoint)acupunctuur, dry needling en Botox zijn werkzaam, zowel ter preventie van bijvoorbeeld MH en als therapie voor MH en TTH (3,65-68). Bij de chronische vormen van

“Eén op de twintig volwassenen heeft bijna iedere dag hoofdpijn”

Therapie bij hoofdpijn

Over het algemeen is er weinig goed onderzoek gedaan naar de therapeutische waarde van fysio- en manuele therapie bij hoofdpijn (2,3,12,62,63). Het onderzoek naar en de behandeling van cervicogene hoofdpijn is het best onderbouwd (64). Er worden klinisch gezien betere resultaten geboekt door het meebehandelen van de myofasciale compo-

hoofdpijn is een multidisciplinaire samenwerking van belang (69,70). Naast een hands-on behandeling moet er dan aandacht zijn voor alle factoren die de hoofdpijn uitlokken en in stand houden, zodat deze kan worden doorbroken en secundaire preventie mogelijk wordt. Een hoofdpijndagboek kan hierbij ook behulpzaam zijn (2,3,12,70-72).

Samenvatting en aanbevelingen

In de dagelijkse praktijk krijgt de fysio- en manueel therapeut regelmatig te maken met de patiënt met 'pijn in het hoofd'. Een zorgvuldige anamnese is het allerbelangrijkste binnen het onderzoek. Speciale aandacht gaat uit naar de rode vlaggen. Hierbij is ook het tijdig onderkennen van middelengeïnduceerde en/of medicatie-overgebruik hoofdpijn (MOH) erg belangrijk. Bij de chronische vormen van hoofdpijn is een multidisciplinaire samenwerking van groot belang.

Spanningshoofdpijn en migraine komen klinisch het meest voor, waarbij in toenemende mate myofasciale componenten van hoofd, hals, nek- en kaakspieren worden onderkend. De aangegeven lokalisatie(s) van de hoofdpijn kan aangeven welke spieren mogelijk myofasciaal zijn aangedaan. Deze moeten vervolgens zorgvuldig worden gepalpeerd ter bevestiging.

Er zijn nog maar een beperkt aantal clinical prediction rules beschikbaar voor hoofdpijn. Bepaalde soorten hoofdpijn reageren meer op therapeutische interventie dan anderen. Het fysio- en manueel therapeutisch onderzoek naar en de behandeling van cervicogene hoofdpijn zijn wetenschappelijk beter onderbouwd. Er is ook bewijs voor verschillende vormen van 'needling' als therapie bij de hoofdpijn patiënt.

De 'spier' is bezig met een comeback binnen de fysio- en manuele therapie (73). Dit biedt nieuwe perspectieven, ook bij het onderzoek en de behandeling van de patiënt met 'pijn in het hoofd'.