Hoofdpijn

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

Afstemming beleid rond diagnostiek, behandeling en verwijzen van patiënten met hoofdpijn.

Diagnostiek

a. Voorgeschiedenis en anamnese

- Aard, ernst, tijdstip van de dag, lokalisatie, patroon, duur en frequentie van de hoofdpijn;
- Begeleidende symptomen (misselijkheid, braken, foto- en fonofobie), aura, prodromale verschijnselen of autonome verschijnselen (bv loopneus, ptosis, conjunctivale hyperemie), visusklachten;
- Provocerende of onderhoudende factoren (hormonale of andere factoren als alcohol of spanning, angst, stemming, slaapdeprivatie);
- (Zelf)medicatie, aandacht voor analgetica overgebruik en cafeïnegebruik (denk ook aan ice-tea en energiedrankjes);
- Gedrag tijdens een hoofdpijnaanval (bedrust of juist bewegingsdrang);
- Familieanamnese m.b.t. hoofdpijn;
- De lijdensdruk, de mate van belemmering in het dagelijks functioneren thuis of op het werk;
- Bij kinderen: drinkgedrag, slaapgedrag, reisziekte, buikpijn, beeldschermgebruik;
- Bijhouden hoofdpijndagboek: hoofdpijn patroon, identificatie van triggers, medicatiegebruik.

b. Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Conform NHG standaard:

- Bloeddruk meting;
- Algemeen lichamelijk onderzoek en oriënterend neurologisch onderzoek;
- Op indicatie: bepaling visus; zo nodig verwijzen naar oogarts (jonge kinderen) of opticien (>10jaar);
- Aanvullend (bloed)onderzoek op indicatie.

c. Alarmsymptomen

Alarmsymptomen	Differentiële diagnose
Nieuwe hoofdpijn/migraine > 50 jaar; Hoofdpijn beneden de leeftijd van 6 jaar; Hoofdpijn met tekenen van drukverhoging (bewustzijnsdaling, misselijkheid/braken anders dan ten tijde van migraine aanval, visusstoornissen); Focale neurologische afwijkingen; ochtendhoofdpijn al dan niet gepaard gaand met misselijkheid en braken; braken niet gerelateerd aan hoofdpijn; Persoonlijkheidsveranderingen/achteruitgang schoolprestaties; Nekstijfheid, epileptische insulten.	Hersentumor, c.q. metastasen
Ouderen met pijn temporaal; nieuwe hoofdpijn > 50 jaar.	Arteritis temporalis
Zwangerschap en onbekende hoofdpijn.	Pre-eclampsie, sinustrombose
Toename van hoofdpijn na een ongeval.	Sub/epiduraal hematoom, c.q. gebruik anticoagulantia
Heftige hoofdpijn met een zeer hoge bloeddruk.	Maligne hypertensie
Peracute hoofdpijn, hypertensie, visusklachten, cognitieve klachten, hoofdpijn met koorts, meningeale prikkeling, neurologische afwijkingen.	Subarachnoïdale bloeding, glaucoom, meningitis

In deze RTA gaan we in op de behandeling van de meest voorkomende vier primaire vormen van hoofdpijn: Spanningshoofdpijn, migraine en migraine bij kinderen, medicatieovergebruikhoofdpijn en clusterhoofdpijn.

Beleid

a. Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

Spanningshoofdpijn (IHS: Tension Type Headache):
Oefentherapie (fysiotherapie, Cesar, Mensendieck) kan worden overwogen bij frequente of chronische klachten en onvoldoende effect van uitleg, geruststelling en kortdurend gebruik van analgetica. Activerende behandeling heeft voorkeur boven massage.

Cognitieve gedragstherapie kan effectief zijn bij ernstig disfunctioneren, vermijdingsgedrag en/of angst/depressie.

Bij kinderen aandacht geven aan voeding, slaaphygiëne, beeldschermgebruik en gebruik cafeïne en analgetica.

Migraine:
Doel van de behandeling: de baas worden over je migraine. Voorlichting en uitleg is heel belangrijk. Heb aandacht voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) waaronder stoppen met roken en ontraad de gecombineerde anticonceptiepil bij migraine, in het bijzonder migraine met aura.

Migraine bij kinderen:
Vraag patiënt/ouder/verzorger naar slapen, cafeïne gebruik, analgeticagebruik, beeldschermgebruik, intoxicaties en psychosociale factoren.

Medicatieovergebruikhoofdpijn (MOH)
De patiënt met ≥ 15 dagen/maand hoofdpijn, die gedurende > 3 maanden gebruik maakt van conventionele pijnstillers (paracetamol, NSAID's) op > 15 dagen per maand, en/of triptanen/opioïden/gecombineerde pijnstillers (zoals acetylsalicylzuur/PCM/coffeïne) > 10 dagen per maand), dient uitgelegd worden wat de relatie is tussen de hoofdpijn en het gebruik van medicatie. De patiënt dient bij MOH volledig te stoppen met analgetica en cafeïnehoudende dranken gedurende 3 maanden. Bij kinderen is er al eerder en bij lagere frequentie inname risico op MOH.
Bij twijfel: overweeg een meedenkadvies.

Clusterhoofdpijn:
Verwijzen met verkorte toegangstijd/ spoedverwijzing naar neuroloog of hoofdpijncentrum.

b. Medicamenteuze behandeling

Spanningshoofdpijn
Aanvalsbehandeling:
- Kortdurend paracetamol (1000 mg) of NSAID. Kinderen: conform kinderformularium.

Chronische spanningshoofdpijn:
- Amitriptyline of nortriptyline start 10 mg a.n. Opbouwen met 10-25mg per maand tot 40 mg/dag (max 75 mg). Cave contra-indicaties, zie Farmacotherapeutisch Kompas/NHG.
- Mirtazapine start 15 mg a.n. Opbouwen per maand tot 30 mg/dag.

Migraine (volwassenen)
Aanvalsbehandeling:

- Innemen op moment van start hoofdpijn, dus niet al bij aura of prodromale verschijnselen.
- Vroegtijdig metoclopramide (10 mg) + paracetamol en/of NSAID/triptaan.
- Indien PCM/NSAID niet effectief, start triptaan. Tenminste 3 aanvallen proberen om effectiviteit te beoordelen. Bijvoorbeeld:
    - Sumatriptan tablet 50mg, indien niet effectief dan laagdrempelig ophogen naar 100mg.
        - Subcutane toediening kan sneller effectief zijn dan per os., maar kent bij langere aanvalsduur meer recurrence van hoofdpijn.
    - Rizatriptan 10mg.
- Bij misselijkheid/braken of wanneer orale medicatie onvoldoende werkt triptan per subcutane injectie overwegen.
- Let op: Niet vaker dan 2 keer per week en maximaal 2 dagen achter elkaar innemen tijdens één migraine aanval, patiënt mag zo nodig 2 uur later nog een triptaan nemen.
- Let ook bij triptanen op medicatieovergebruik, adviseer een triptaan maximaal 8(-10) dagen per maand in te nemen.

Preventieve behandeling bij 2 of meer aanvallen per maand:

- Candesartan (start: 1 dd 4 mg, zo nodig met 4 mg per 2-4 weken te verhogen, doel: 1 dd 8-16 mg (max 32 mg).
- Bètablokker; metoprolol mga 1dd 50 mg, opbouwen per 2 weken tot 1 dd 100 mg; doel: 1 dd 100-200 mg (max 200 mg) of propranolol, 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 mg.
  Let bij jongen mensen op voor bijwerkingen a.g.v. bradycardie.

Preventieve behandeling bij migraine rond menstruatie:

- Estradiol: oraal: 2-4 mg per dag gedurende de hele menstruatie, of transdermaal: 3 oestrogeenpleisters van 50-100 microgram: 1 pleister op dag 3 vóór, 1 pleister op dag 1 vóór en 1 pleister op dag 2 van de menstruatie.
- Miniprofylaxe middels frovatriptan (2,5 mg): start 2 dagen voor de menstruatie, op de eerste dag van de behandeling 2 dd 2 en daarna gedurende 5 dagen 2 dd 1.
- Migraine door orale anticonceptiva (OAC): andere OAC proberen. Migraine tijdens stopweek: overweeg door te laten slikken.
- Ontraad gecombineerde OAC bij migraine met aura.

Migraine bij kinderen
Aanvalsbehandeling:

- Niet altijd nodig vanwege korte duur. Vaak volstaat paracetamol paracetamol (< 3x/week 30 mg/kg in eenmalige dosis) evt. (in combinatie met) NSAID in combinatie met ondansetron (als sprake is van misselijkheid en mits negatieve (familie)anamnese m.b.t. ritmestoornissen). Ook slapen is effectief.
- < 12 jaar, bij twijfel aan diagnose, bij onvoldoende effect eerste lijns triptanen: overweeg verwijzen naar kinderarts met expertise hoofdpijn/kinderneuroloog.
- Boven de 6 jaar kunnen triptanen worden voorgeschreven (geregistreerd zijn sumatriptan nasaal 10 mg (> 40 kg en onvoldoende effectief 20 mg) of rizatriptan.
- Bij noodzaak tot subcutane toediening sumatriptan verwijzing kinderneuroloog/kinderarts (en de kinderhoofdpijnverpleegkundige).
- Cave ook bij kinderen medicatieafhankelijke hoofdpijn, m.n. bij chronische hoofdpijn, vaak icm migraine. Cave ook combinatie met cafeïnehoudende dranken, energiedrinks etc.

Onderhoudsbehandeling:

- Overweeg onderhoud als > 2 hoofdpijndagen per maand, als medicatieafhankelijke hoofdpijn is uitgesloten!
- Overweeg dan ook verwijzing kinderneuroloog/ kinderarts met expertise in behandeling kinderen met hoofdpijn.
- Eerste keus startdosering candesartan 4 mg in de avond, op te hogen met 4 mg op geleide van klachten en bijwerkingen (zoals bloeddrukdaling), conform kinderformularium.
- Tweede keus bètablokker als propranolol (NB bijwerkingen: opflakkering astma/ nachtmerries)

Clusterhoofdpijn:
Aanvalsbehandeling:

- Sumatriptan 6mc s.c. met een maximum tot 8x/dag (Let op: dit is veel hoger dan bij migraine). Sumatriptanneusspray heeft een langere inwerktijd dan subcutane toediening en is bij clusterhoofdpijn minder geschikt.
- 100% O_2, 7-15 liter per kapje gedurende 15 minuten.

Controle

- Bij spanningshoofdpijn individueel inschatten.
- Controleer bij een aanvalsbehandeling van migraine na 3 aanvallen op effect; controleer bij preventieve behandeling na 2 weken op bijwerkingen, en na 3 maanden op effect.
- Ondersteun bij chronische hoofdpijn met vervolgcontacten (zie evt. RTA chronische pijn).
- Waak voor medicatieovergebruikhoofdpijn bij routinematig (telefonisch) herhalen van analgetica of triptanen.
- Bied na het stoppen van medicatie bij medicatieovergebruikhoofdpijn frequente (telefonische) consulten aan.
- Overweeg ondersteuning met hoofdpijndagboek/migraineapp.

Verwijzen

Verwijzen naar (kinder)neuroloog, kinderarts, hoofdpijnpolikliniek of hoofdpijncentrum:

- Bij alarmsymptomen;
- Bij twijfel aan de diagnose;
- Als migraine plotseling van karakter verandert of aanvalsfrequentie toeneemt;
- Chronische migraine *≥15 dagen/maand*;
- Bij falen van stap 2 van de medicamenteuze behandeling van migraine;
- Om een andere preventieve behandeling van migraine in te stellen (conform NHG standaard);
- Om kinderen met migraine in te stellen op triptanen of preventieve behandeling;
- Bij verdenking zeldzame migraine variant bij kinderen;
- Indien de behandeling van medicatieovergebruikhoofdpijn niet lukt of haalbaar is;
- Bij vermoeden van clusterhoofdpijn of ter instelling van een preventieve behandeling van clusterhoofdpijn.

NB. Overweeg bij complexe[1] hoofdpijn een multidisciplinaire benadering in de 2e lijn.

[1] Complexe hoofdpijn: combinatie van verschillende primaire hoofdpijnvormen, chronische hoofdpijn, of comorbiditeit met psychische c.q. psychiatrische problematiek.

Terugverwijzen

- Indien pathologie is uitgesloten.
- Wanneer behandeling voldoende effect heeft.

Namens huisartsen:
Meggy Hurenkamp

Namens regionale neurologen:
Sammy Olijslagers, Catharina Ziekenhuis
Yvonne Raaijmakers, Máxima MC (voorzitter)
Dorien Hemminga, Elkerliek ziekenhuis
Sabine Janssen-Doves, Anna Ziekenhuis

Namens kinderartsen:
Miranda Beeren, Anna Ziekenhuis

Referenten:
Marieke Kerskes, ziekenhuisapotheker, Catharina Ziekenhuis

Namens de transmurale centra:
Yvonne van Oosterhout, medisch coördinator transmurale zorg, HaCa

Voor deze samenwerkingsafspraak is uitgegaan van de volgende richtlijnen: NHG-standaard, IHS-ICHD3 criteria.

Namens de transmurale stichtingen HaCa, THEMA TransMáx en Transmurale Zorg Elkerliek:
Niets uit deze RTA mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming en bronvermelding van HaCa.

Deze RTA is goedgekeurd door de commissie RTA's en zorgpaden in oktober 2026.
© 2026, HaCa