

Diagnose en behandeling van migraine

Dr. Anneke Govaerts, rz Tienen

Naar Consensus Statement, Nature Reviews Neurology, vol 17, Augustus
2021



Take home messages



- Als mensen terugkomen om te klagen over hoofdpijn is het waarschijnlijk Migraine
- Vraag naar (invaliderende) hoofdpijn bij angst en depressie.
- Nekpijn kan ook migraine zijn
- Pas op voor pijnstiller-overgebruik



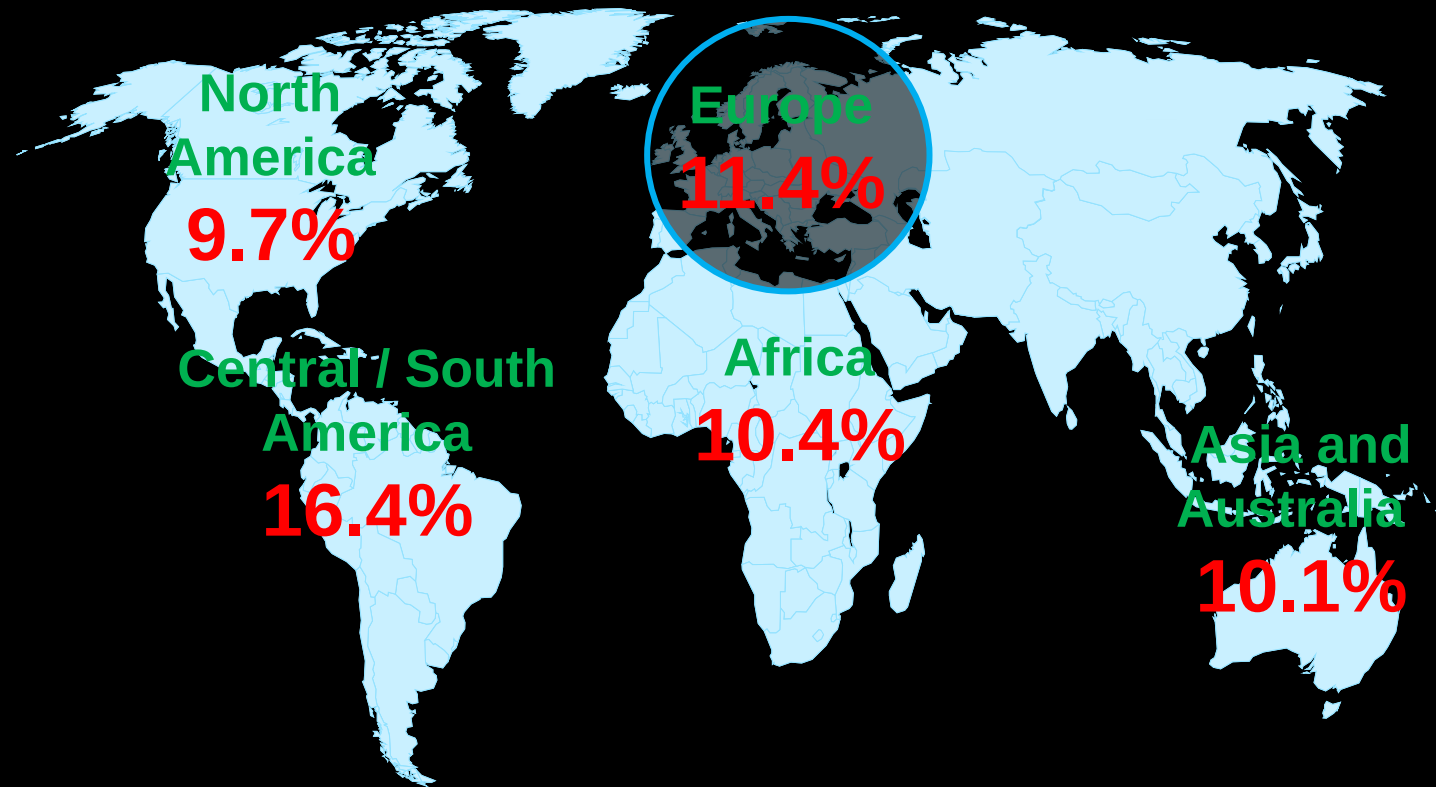
- Laat ze een dagboek bijhouden



Epidemiologie

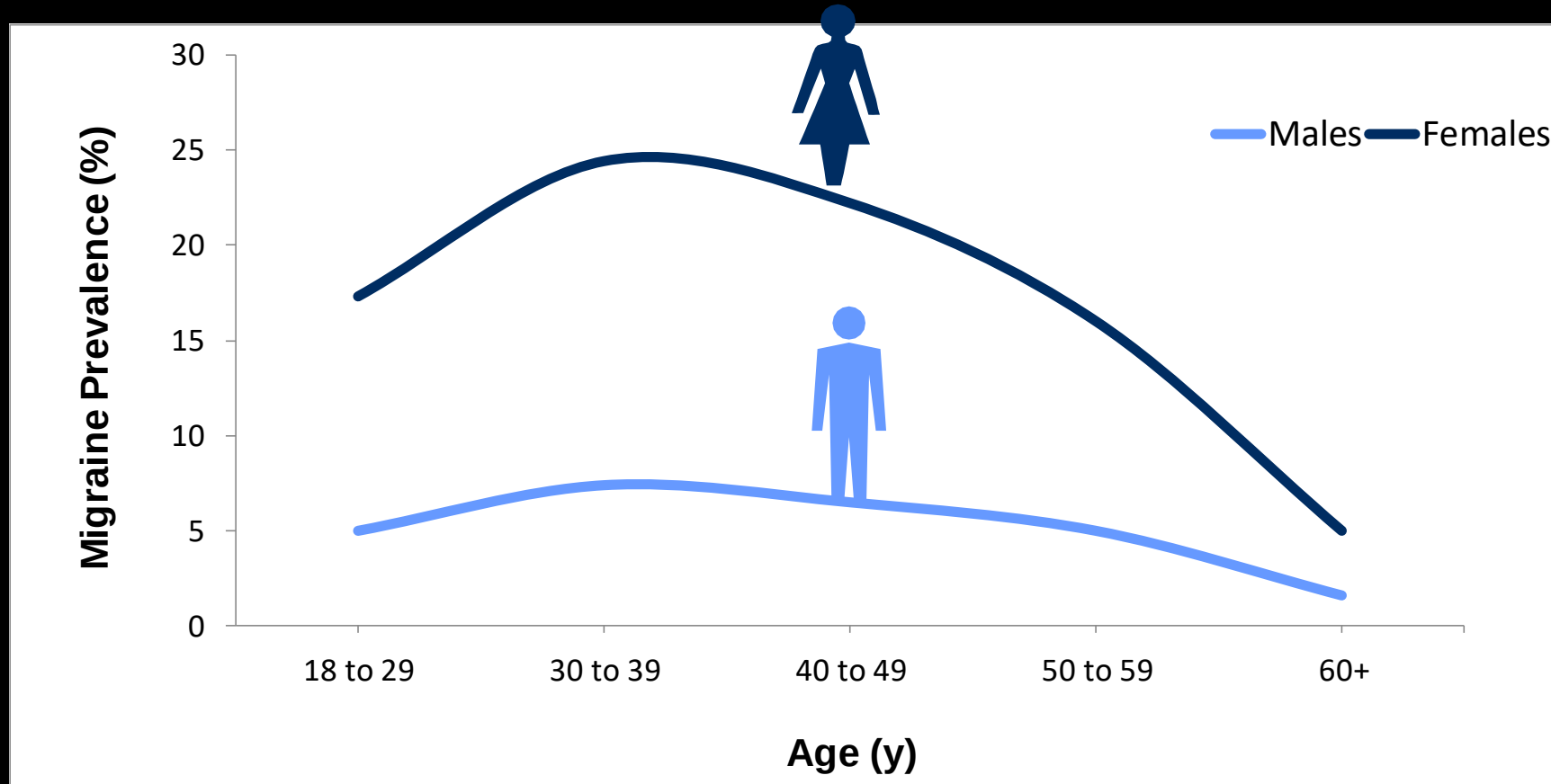
- 2^e oorzaak neurologisch lijden
- Prevalentie > 10 %
- 1 miljard

>10% van de bevolking lijdt aan migraine



Prevalentie

Migraine piek tussen 25-55 j

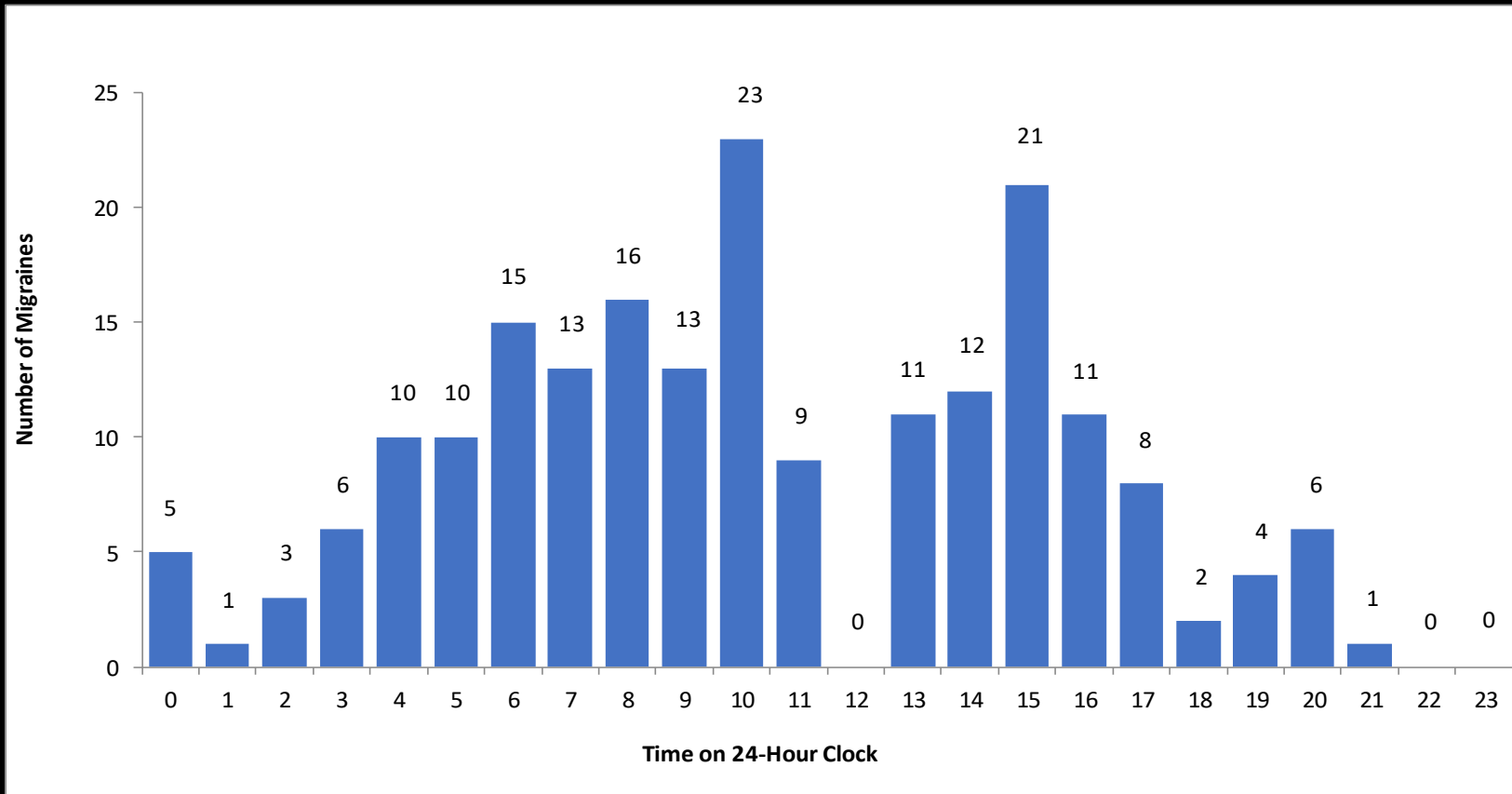


Economische impact

- Zesde oorzaak van arbeidsongeschiktheid wereldwijd
- 1,15 miljoen ziektedagen per jaar in Vlaanderen en Brussel

Timing en Impact van Migraine

58% van Migraines tijdens werkuren*

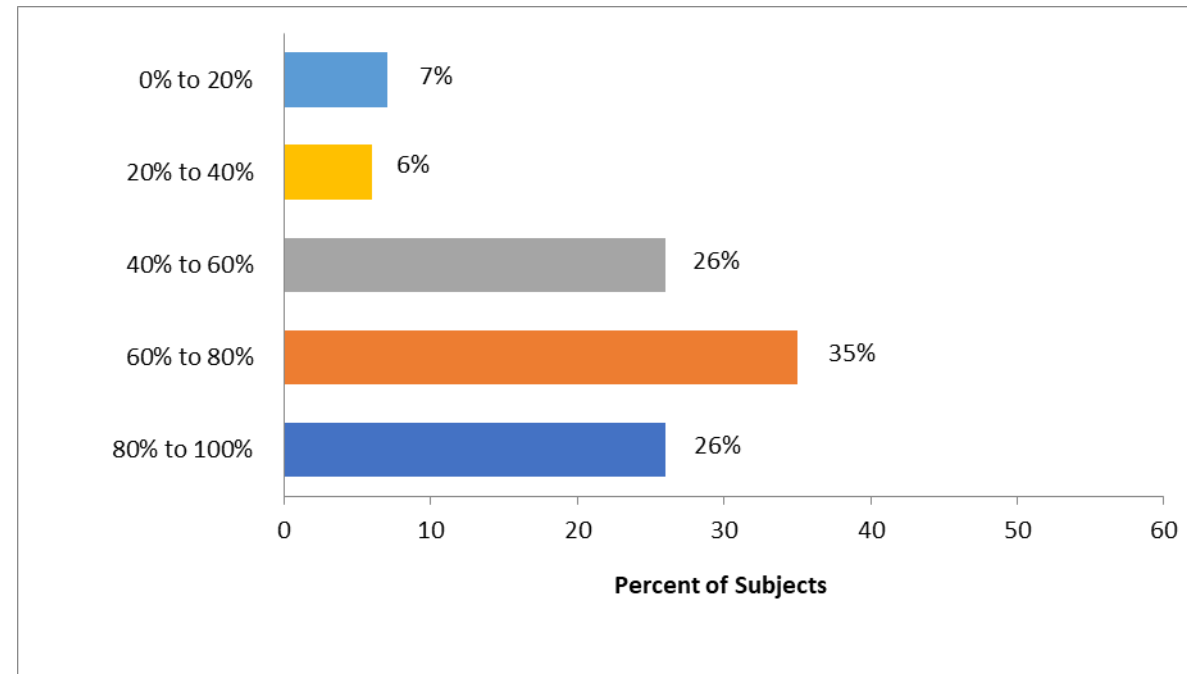


Landy SH, et al. Poster presented at: *50th Annual American Headache Society Meeting*, June 26-29, 2008; Boston, MA.

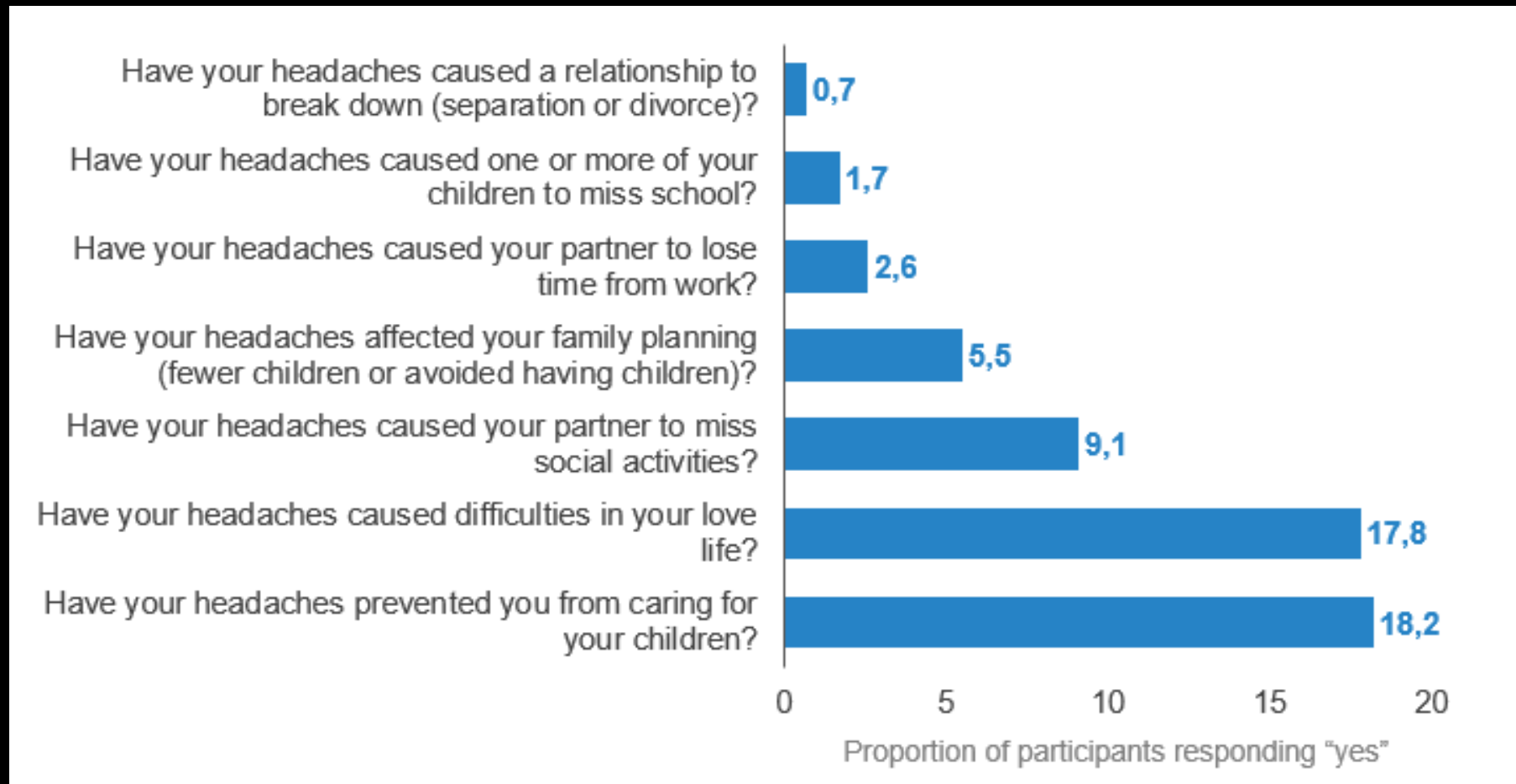
***N=200 Full-Time werknemers**

Impact van Migraine op productiviteit

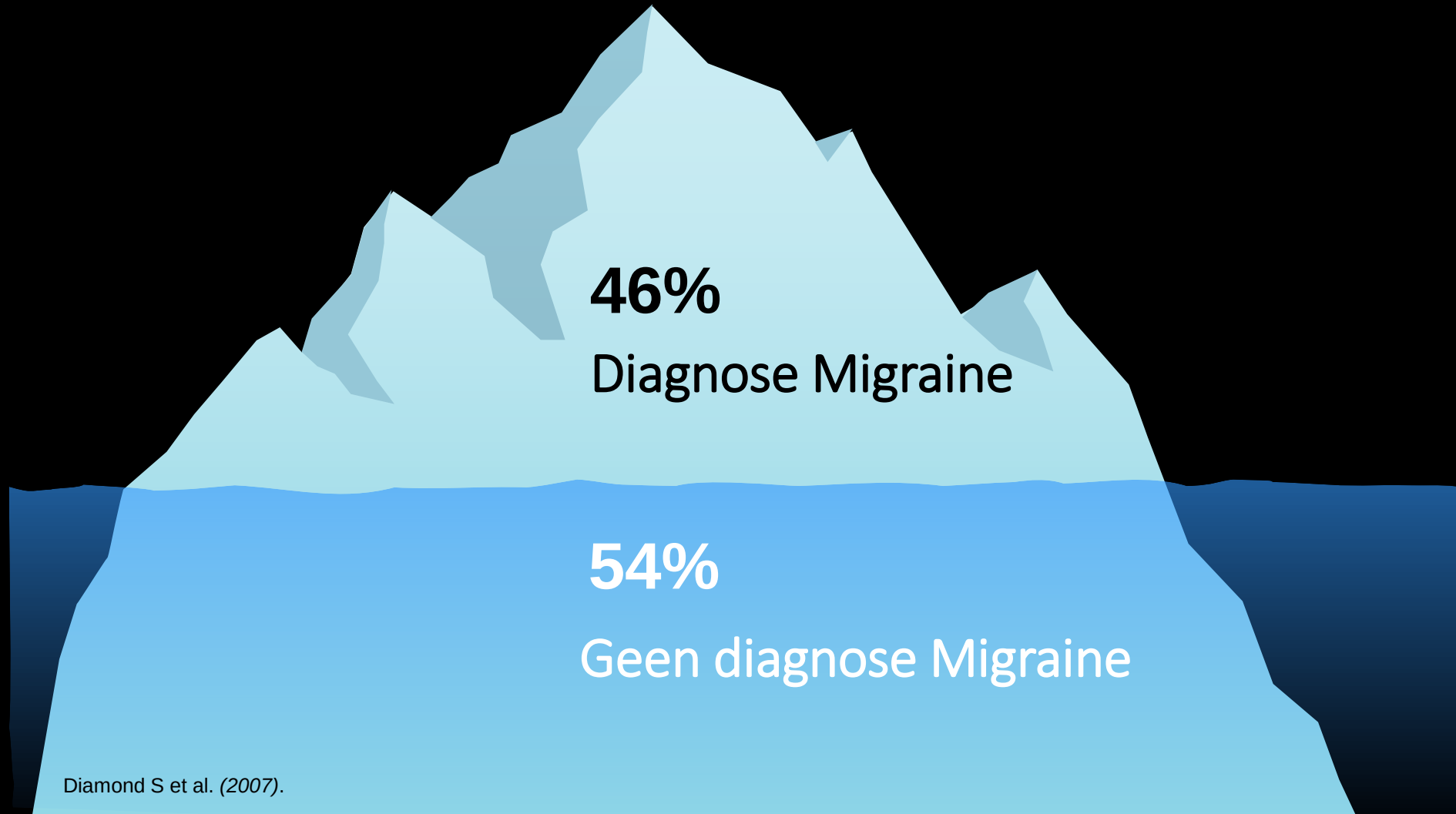
74% van patiënten met migraine heeft productiviteitsniveau onder 80%



Sociale impact



Ondergediagnosticeerd



Ondergediagnosticeerd en onderbehandeld

60%

60% geen diagnose door arts

50% zelf-medicatie

~50%



BEPERKTE OPLEIDINGSTIJD

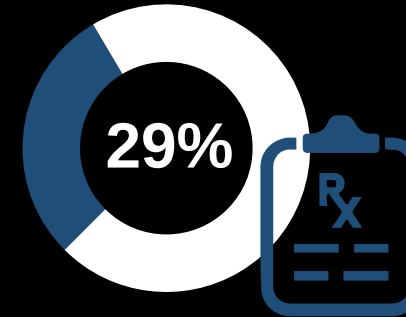
OPLEIDING ARTSEN

~4 uur algemene opleiding

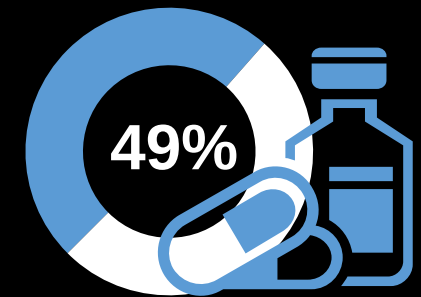
~10 uur specialistische opleiding



IN THE AMPP STUDIE MIGRAINE IN VS:



Op voorschrift en over-the-counter medicatie



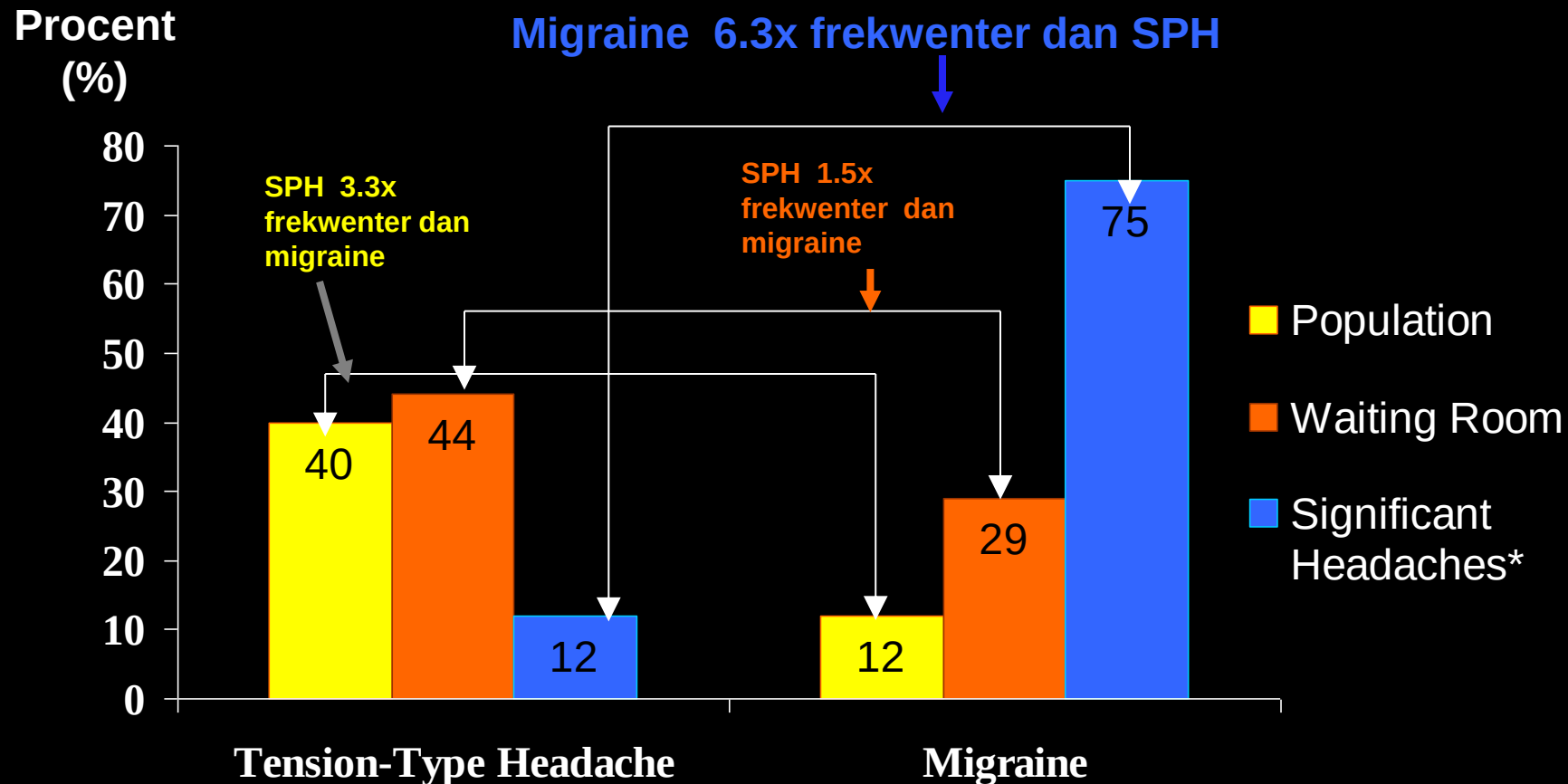
Enkel over-the-counter medicatie

**Meerderheid doet aan zelf-medicatie
1 / 8 preventieve behandeling door arts**

1. Wanneer er aan denken?

- Terugkerende hoofdpijn
- (Visueel) aura
- Familiale voorgeschiedenis
- Debuut tijdens puberteit

Spanningshoofdpijn of Migraine?



* Patienten die met hun arts over hun hoofdpijn willen praten en
patienten met hoofdpijn die interfereert met dagelijkse activiteiten

Casus 1

- Vrouw, 43 jaar
- Medische voorgeschiedenis
 - Art hypertensie
 - schildklierproblematiek
- Reden van consultatie

Dagelijkse hoofdpijn vanuit de nek, vooral rechts, gespannen
nekspieren

Kiné helpt maar kort

Staat er vaak mee op

Welke vragen stel je om tot een diagnose te komen?

Casus 1

- Bijkomende vragen over voorgeschiedenis?
- Familiale anamnese?
- Medicatie? Specifiek navragen wat betreft pijnstilling
- Hoofdpijntype: duur, ernst, medicatienood, geassocieerde symptomen zoals nausea, foto- en sonofobie, toename bij inspanning
- Hoe was het vroeger?
- Specifieker vragen naar slaap, gewicht, voeding, trauma, hormonaal, emotioneel, beweging, water-intake

Casus 1

- Als kind gemakkelijk wagenziek
- Hoofdpijn perimenstrueel sinds 18 jaar
- Enkele zware hoofdpijnaanvallen met voordien slechter zicht rond 25 jaar
- Familiale anamnese
 - Moeder en oma gemakkelijk hoofdpijn en duizeligheid
- Medicatie
 - Amlor
 - L-thyroxine
 - yasmin
 - Excedryn zo nodig, soms Dafalgan (frequentie onduidelijk)

Casus 1

- Hoofdpijn
 - Vroeger af en toe, duurt dan 2 dagen, soms minder goed zien voordien
 - Steeds aan de linker kant, vertrekkend vanuit de nek
 - Moet dan snel iets nemen
 - Altijd gevoel van overgevoelig te zijn voor licht, vermijdt scherp licht, wanneer erg kan ze geen tv kijken
 - Gemakkelijk spier- en gewrichtspijn
 - 1x/ week heel erg, vooral in het weekend, dan ook misselijk
 - Kan gaan werken, maar alleen met medicatie
 - Vermijdt inspanningen
 - Moet altijd gaan liggen als ze thuis komt van werk

Casus 1

- Gewicht laatste jaren + 8kg
- Eet onregelmatig, drinkt 3 flesjes cola zero per dag, 4 tassen koffie
- Geen sport, wandelt soms in weekend
- Piekert gemakkelijk, ging naar de kiné omwille van hyperventilatie
- Het is allemaal erger geworden sinds het overlijden van moeder

Casus 1

zeker geen pure spanningstypehoofdpijn!

- Aanpak 1 : lifestyle-aanpassingen!
- Aanpak 2 : gezien zeer frequent en veel impact -> preventieve therapie
- Angst en depressie?
- Voorlopig oppassen met aanvalsbehandeling, liefst enkelvoudige preparaten
- Hoofdpijndagboek- de zwaardere aanvallen gericht behandelen
- Evalueren van preventieve therapie

2. Hoe de diagnose stellen?

- IHS-3 Criteria
- Actief bevragen
- Cave at atypische kenmerken : red flags

Migraine zonder aura

Hoofdpijn duurt 4 tot 72 uur

Minstens 2 van de volgende :

- eenzijdige locatie
- Kloppende kwaliteit
- matige of ernstige intensiteit
- toename door routine fysieke activiteit

Minstens 1 van de volgende :

- Nausea en/of braken
- Fotofobie en fonofobie

Minstens 5 dergelijke aanvallen

Geen onderliggend organisch lijden



Migraine met aura

- A. Minstens 1 aura symptoom
 - visueel, sensibel, fatisch, motorisch, hersenstam, retinaal
- B. Minstens 2 van de volgende
 - *minstens 1 aura symptoom spreidt over 5 minuten of
 - minstens 2 aurasymptomen na elkaar
 - * elk aura symptoom duurt 5-60 min
 - * minstens 1 aurasymptoom is unilateraal
 - * hoofdpijn volgt binnen 60 min
- C. Minstens 2 dergelijke aanvallen

Autonome fenomenen

- conj.injectie e/o lacrimatie : rood tranend oog
- nasale congestie e/o rhinorroe : neusloop of verstopping
- Ooglidoedeem : zwelling ooglid
- voorhoofd / faciaal zweten
- miose e/o ptose : kleine pupil, neerhangend ooglid



Wetenschap

Het te waakzame brein : hypervigilantie

Activatie van de hersenstam

Prikkeling binnenin de schedel

Aura

Overgevoeligheid aan aanrakingen : allodynie

Te waakzame brein

Hersenen verwerken prikkels

Migraine hersenen zijn extra waakzaam, reageren sterker

Prikkels hebben groter effect

Er treedt geen gewenning op

Migraine hersenen hebben meer energie nodig!

Activatie van de hersenstam

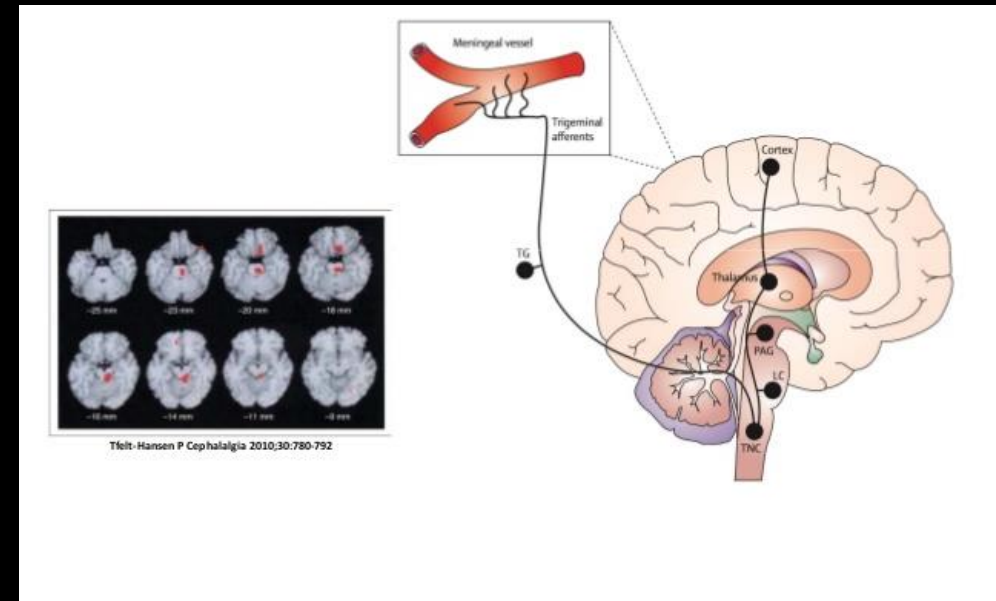
Specifieke regio's worden actief bij migraine-aanval

Bovenste deel hersenstam

Krijgt info uit delen die emoties analyseren

Verbonden met zenuwvezels die pijninformatie doorseinen

Ontvangt informatie uit bloedvaten



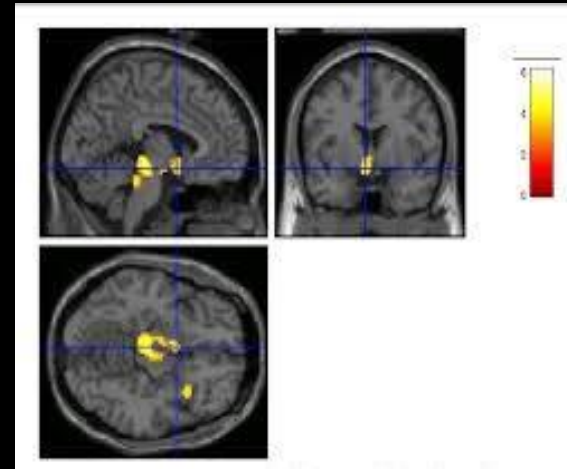
Activatie van de hersenstam

Bovenste deel hersenstam :
gangmaker

Nauw verband met hypothalamus

→ regelt ritmes :

Slaap-waak, hormonaal,
vochthuishouding, eetlustregulatie

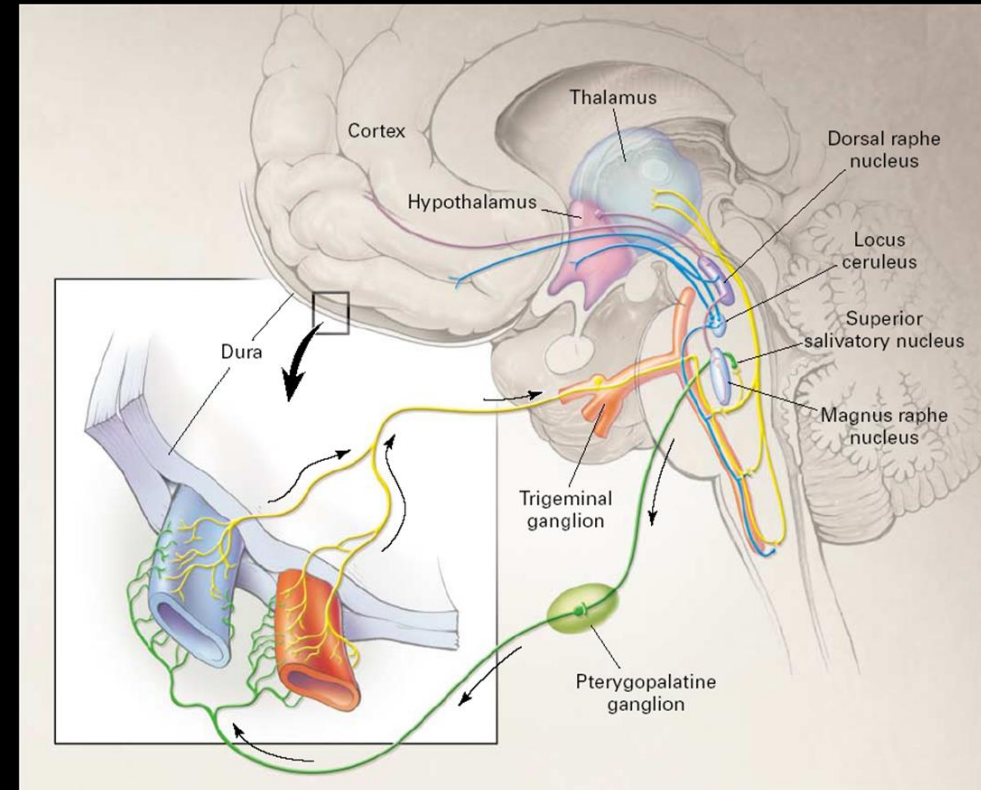


Prikkeling binnenin de schedel

Wanneer aanval gestart is, wordt trigeminovasculaire systeem actief

Vezels van trigeminus of drielingzenuw : gevoel van een kant hoofd

Uitlopers verbonden met bloedvaten in hersenvliezen



Trigeminovasculaire systeem

Vasculaire model

Vasodilatie van meningeale bloedvaten activeert trigeminale sensiebele zenuwvezels rond bloedvaten, wat leidt tot pijn.

Neuronale model

Veranderingen in prikkelbaarheid van zenuwvezels activeert het trigeminale systeem, wat leidt tot pijn

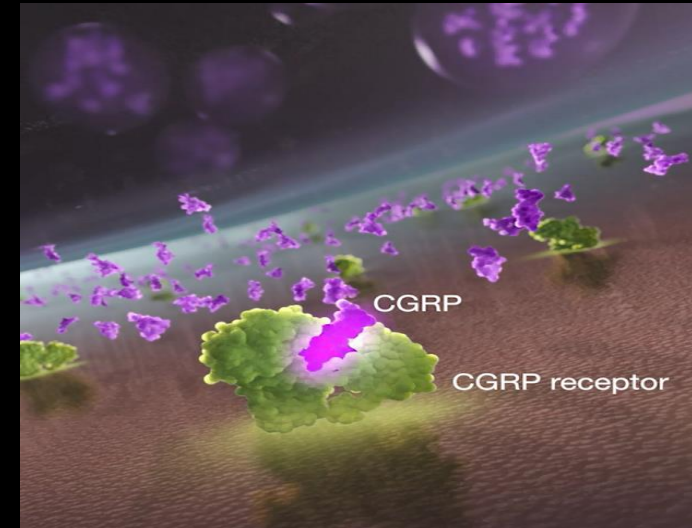


Neurovasculaire model

Migraine is een complexe aandoening met activatie en sensitisatie van zenuwvezels in trigeminovascular systeem

CGRP belangrijk neuropeptide

- CGRP neuropeptide CNS en PNS
- CGRP is een neurotransmitter vrijgezet door pijnvezels van het **trigeminale systeem**
- Activatie van de **trigeminuszenuw** leidt tot vrijzetten **CGRP** thv. Zenuwvezels



**TGN activatie veroorzaakt
vrijzetten van CGRP
pre-synaptisch,
CGRP bindt aan
post-synaptische receptor en
pijnsignaal wordt doorgeseind**

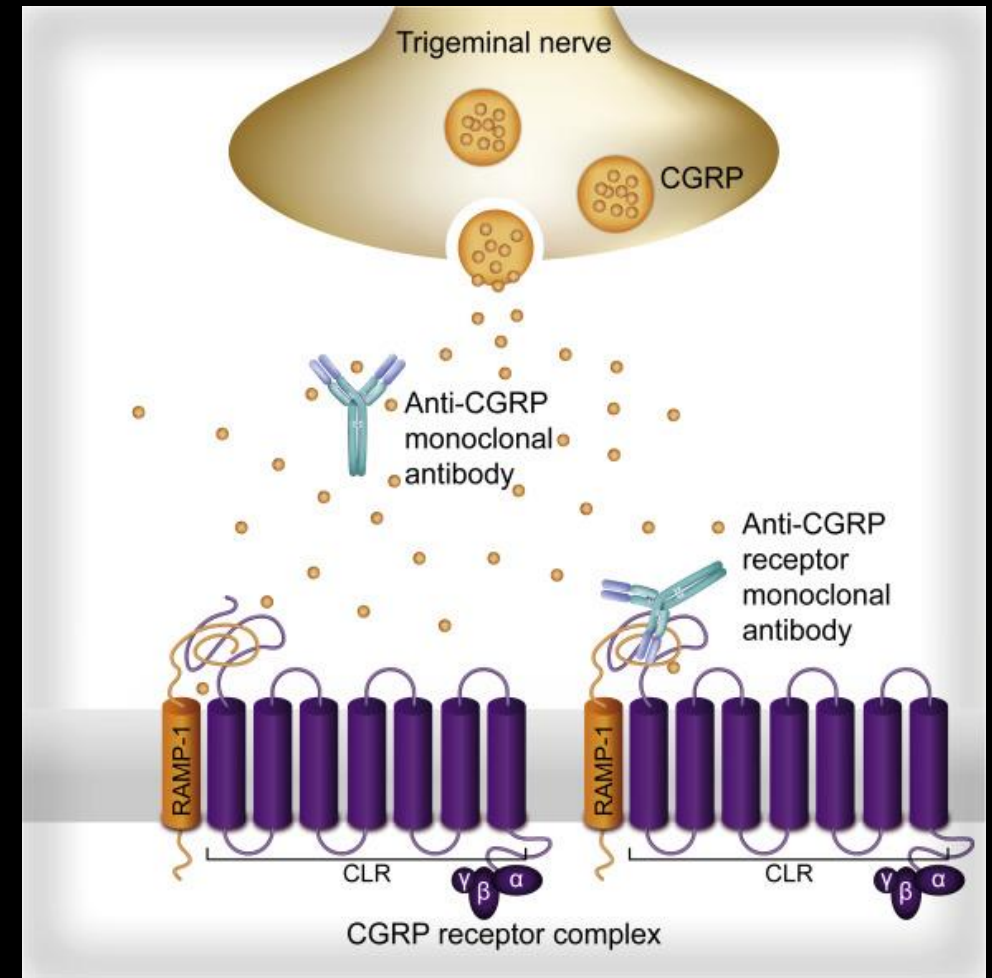
Blokkeren van CGRP kan migraine symptomen verlichten

Tijdens migraine aanvallen, CGRP in bloed verhoogd

CGRP infusie triggert migraine-like hoofdpijn

Triptanen verminderen CGRP, wat pijn vermindert

Selective antagonisten van CGRP en zijn receptor



Aura

Plaatselijk verhoogde elektrische activiteit die zich als een golf door hersenschors beweegt

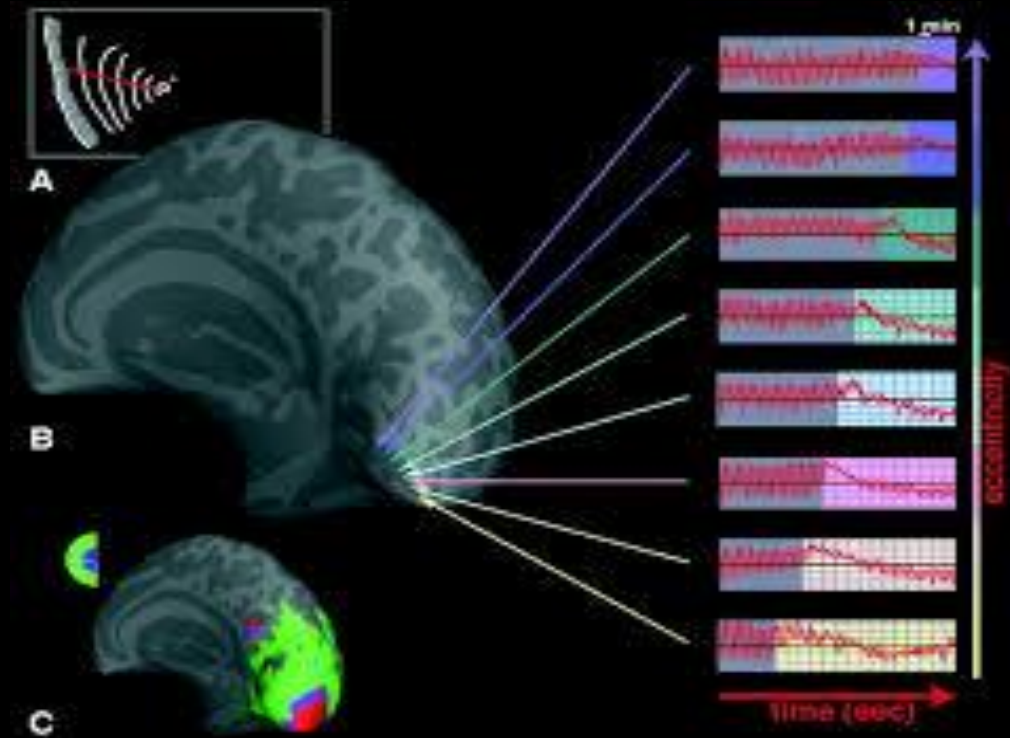
Bloedtoevoer neemt toe

Stipjes, kleuren

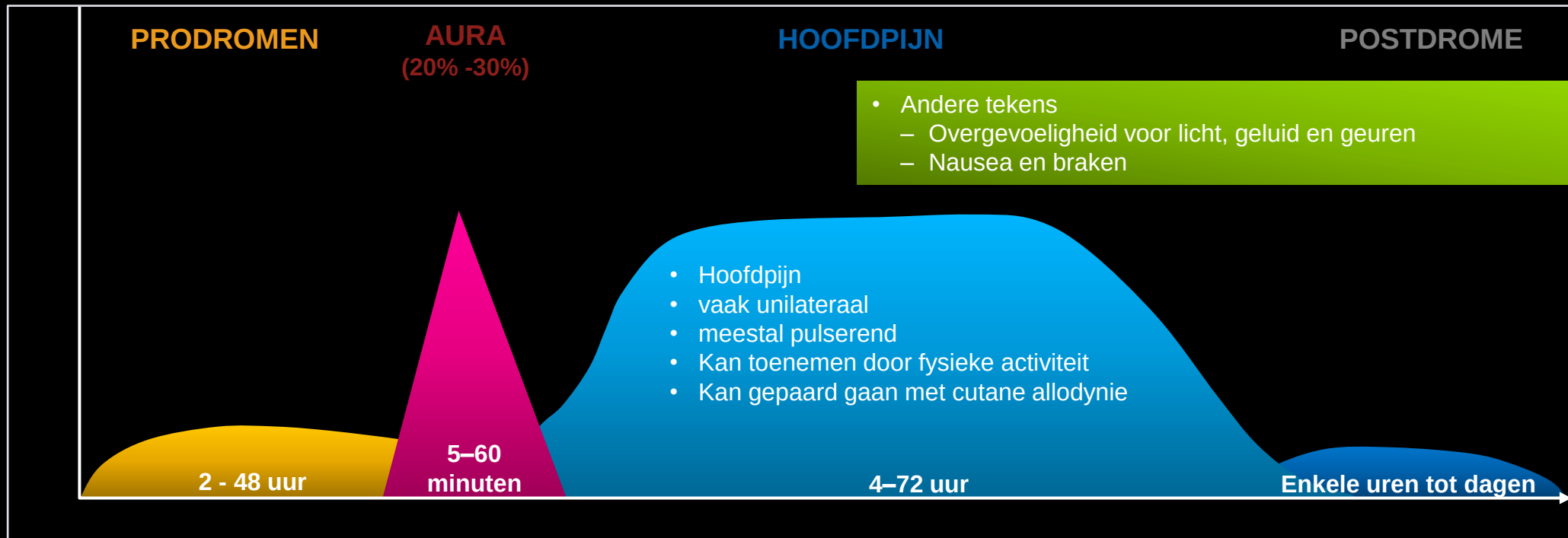
Gevolgd door golf van onderdrukte elektrische activiteit

Bloedtoevoer neemt af

Donkere vlekken

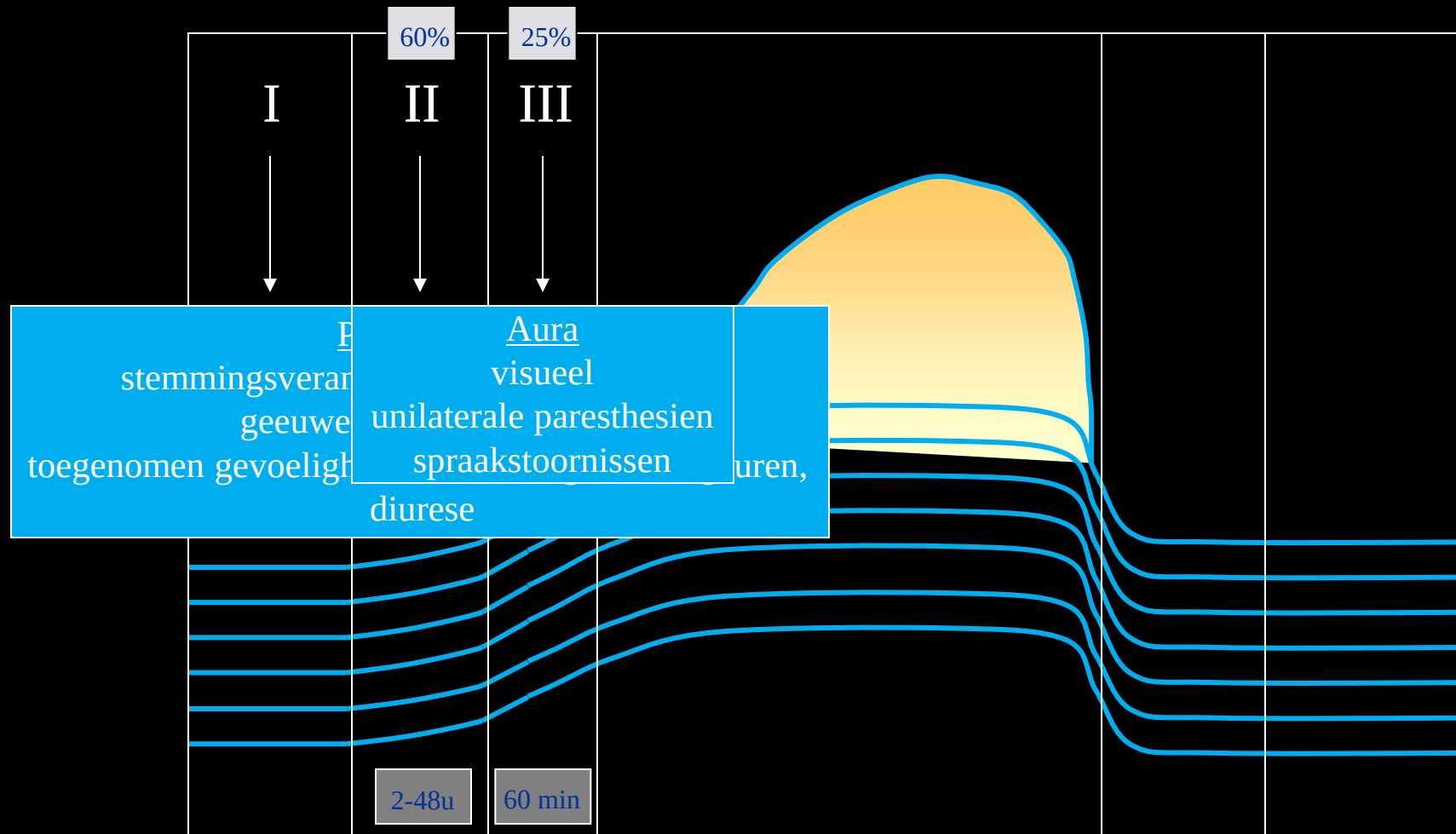


Migraine is meer dan hoofdpijn alleen



Een migraine aanval kan meerdere dagen duren → migraine aanval ≠ migraine dag

Fases



Symptomen van aura

Symptomen ontstaan over ≥ 5 min en verdwijnen meestal binnen 60 min	
Typisch	■ Visuele symptomen (in $>90\%$ of auras): traag groter wordend flikkerend scotoom en/of ■ Unilaterale prikkelingen en/of voosheid van hand, arm en/of gelaat
Minder vaak	■ Hersenstam symptomen (vertigo, tinnitus, diplopie, ataxia) ■ Spraakstoornissen
Zelden	■ Spierzwakte

Migraine Aura

Positieve Neurologische Symptomen

Reversiebel

Flitsen, vlekken, of zig-zag lijnen

Migrerende, tintelende gevoelens

Graduele ontwikkeling over >4 minuten

Verdwijnt binnen 1 uur

Negatieve Neurologische Symptomen

Reversiebel

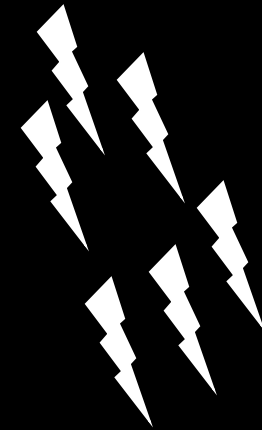
Blinde vlek

Voosheid

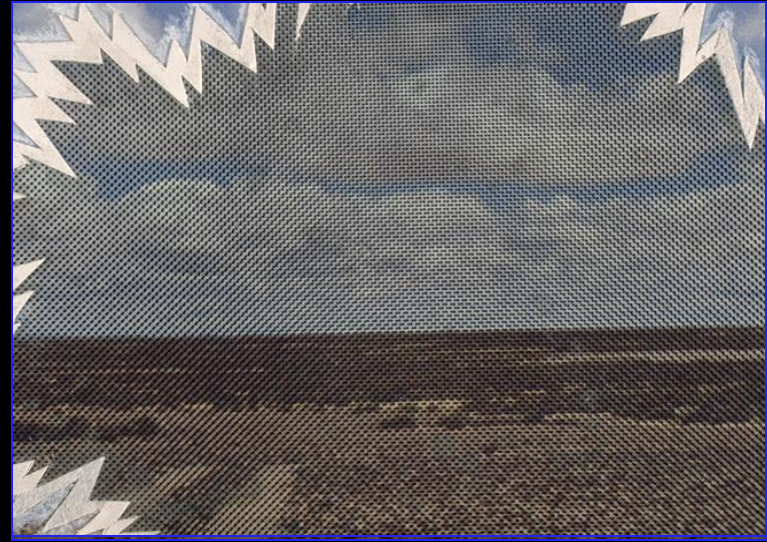
Spraak- of woordvindingsproblemen

Moeilijkheden met denken

Verdwijnt binnen 1 uur



Visueel Aura



Visueel aura



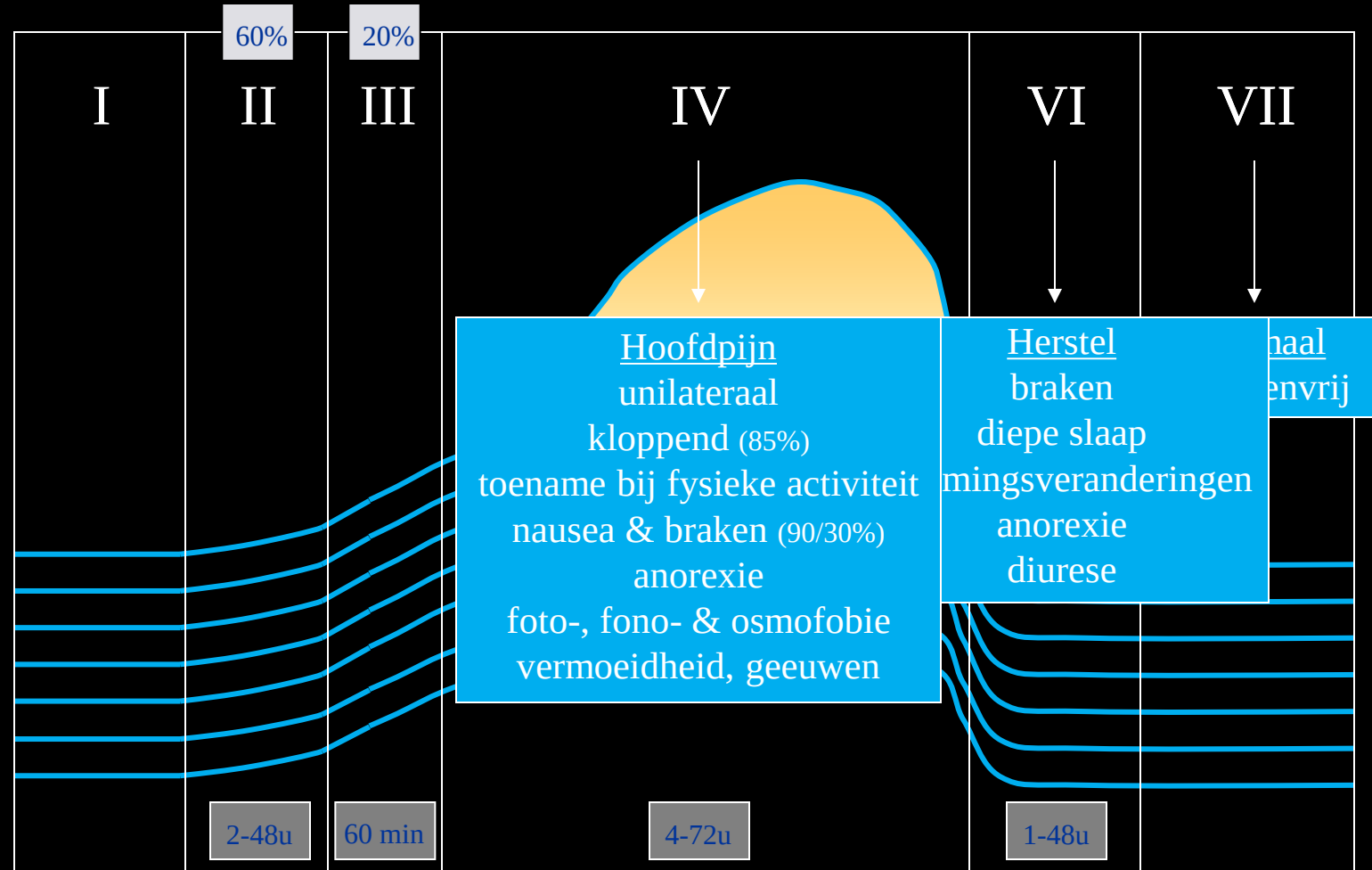
Visueel aura



Visueel aura



Fases



Verskil met andere primaire hoofdpijnen

TENSION-TYPE HEADACHE (TTH) ¹	MIGRAINE ¹	CLUSTER HEADACHE ^{1,3}
Milde / matige intensiteit / drukkend-spannend	Matige-tot-ernstige intensiteit / kloppend	Ernstige intensiteit
Bilateraal	Unilateraal	Unilateraal, rond / achter oog / slaap
30 min tot 1 week	4-72 uur	15-180 min
Variable frekwentie	Variable frekwentie	1-8/dag tijdens clusters
Pericraniale gevoeligheid, phonophobia of photophobia, niet toenemend door activiteit	Nausea, braken, phonophobia, photophobia, pijn toenemend bij bewegen	Rusteloosheid, ptose, conjunctival roodheid / tranen, neusloop, faciaal zweten en neusverstopping
Vaker bij vrouwen dan mannen ⁶	2-3 x vaker bij vrouwen dan mannen	3 x vaker bij mannen

Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Cephalalgia 2018;38:1-211;

2. Ahmed F. Br J Pain 2012;6:124-32; 3. Bahra A et al. Acta Neurol Scand 2004;109:175-9;

4. Russell MB et al. Int J Epidemiol 1995;24:612-8; 5. Diamond S et al. Headache 2007;47:355-63; 6. Russell MB. J Headache Pain 2007;8:71-6

Dilemma's bij Diagnose van Migraine

Visueel aura

→ 20-30 % van migraineurs

Hoofdpijn niet kloppend

→ ~40% van patienten

Hoofdpijn kan bilateraal voorkomen

→ ~ 43% van patienten

Aangezichtspijn en druk, verstopping, neusloop

→ in 45% van migraine-aanvallen

Nekpijn

→ In 75% van migraine-aanvallen

Hoofdpijnanamnese

Aanval

Hoe begint deze?

Uitlokkende factoren, ziekte, trauma

Aanvalsbeschrijving

Frequentie en patronen

Veranderingen in habituele hoofdpijn?

Locatie

Tijdsverloop tot maximale intensiteit

Duur

Kwaliteit en intensiteit

Waarschuwingssymptomen en aura

Geassocieerde symptomen en functionele impact

Triggers, aggraverende of verlichtende factoren

“A headache history is taken, and not given.”

Vraag: kunt U licht en lawaai verdragen?

Antwoord: ja.

Vraag: kunt U tv kijken, mag de radio opstaan?

Antwoord: neen

Vraag: bent U misselijk?

Antwoord: neen.

Vraag: hebt U minder eetlust?

Antwoord: ja.

Niet alle migrainepatiënten voldoen aan de IHS criteria.

I-D Migraine Test

Had U in de afgelopen drie maanden een van de volgende 3 symptomen bij hoofdpijn?

Voelde U zich misselijk?

Stoorde het licht U?

Belette de hoofdpijn U tot werken/studeren/spelen gedurende minstens één dag?

Screening vragenlijst: ID Migraine

ID Migraine

- Three-item migraine screener
- If the answer to any 2 questions is yes, then:
 - ✓ Sensitivity = 0.82
 - ✓ Specificity = 0.75
- Test reliability comparable to that of other screening tools
- Sensitivity and specificity not influenced by gender, age, presence of comorbid headaches, or previous diagnostic status

Ask the three items of ID-Migraine test:

During the last 3 months, did you have the following with your headaches?

1. You felt nauseated or sick to your stomach
2. Light bothered you (a lot more than when you don't have headaches)
3. Your headaches limited your ability to work, study or do what you needed to do for at least one day

Migraine screen questionnaire (MS-Q)

INSTRUCTIONS: The questions below refer to the headaches or migraine episodes without headache that you may have experienced in your lifetime. Answer each question as indicated. If you are not sure how to answer a given question, please answer what you believe is most correct.

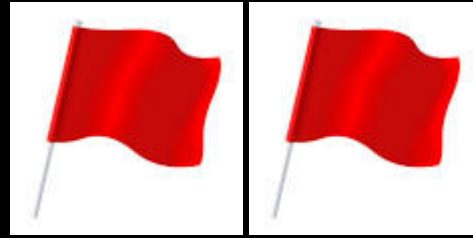
- | | |
|---|--------------|
| 1. Do you have frequent or intense headaches? | 0. No 1. Yes |
| 2. Do your headaches usually last more than 4 hours? | 0. No 1. Yes |
| 3. Do you usually suffer from nausea when you have a headache? | 0. No 1. Yes |
| 4. Does light or noise bother you when you have a headache? | 0. No 1. Yes |
| 5. Does headache limit any of your physical or intellectual activities? | 0. No 1. Yes |
-

Figure 1 Migraine Screen — Questionnaire (MS-Q).

Wanneer is beeldvorming nodig?

Bij atypische kenmerken : red flags

Red flags



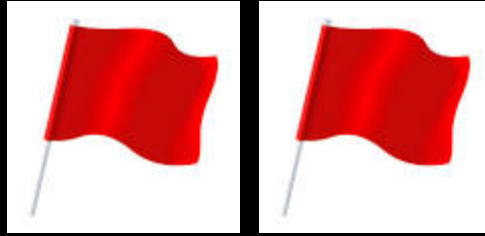
Hoofdpijn na 50 j

Plots begin van nieuwe ernstige hoofdpijn

Verandering in hoofdpijnpatroon/kenmerken

Progressief toenemende hoofdpijn

Red flags



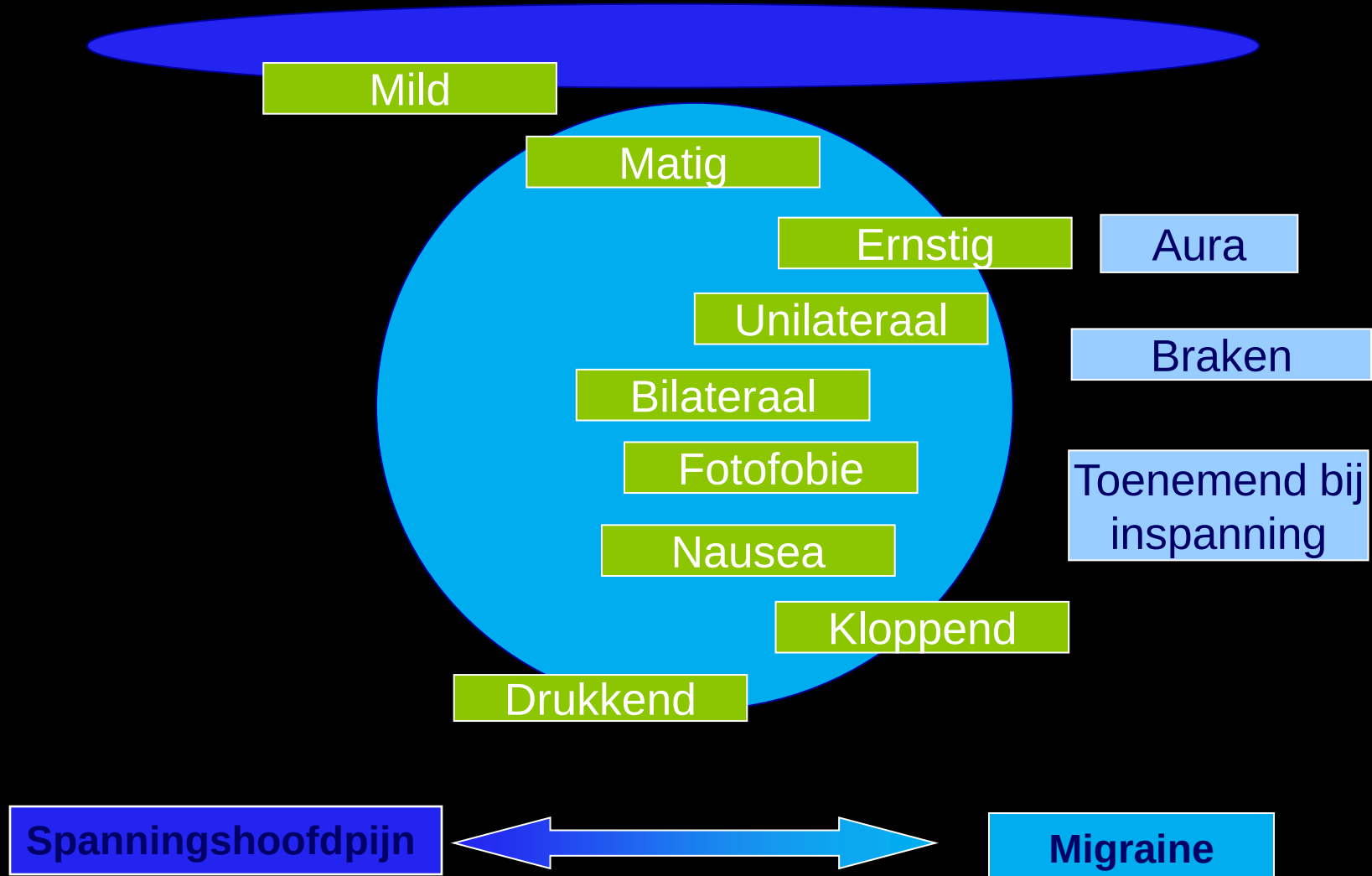
Gedaald bewustzijn

Nieuwe hoofdpijn bij patienten met kanker, HIV

Hoofdpijn met koorts, nekstijfheid, huiduitslag

Focale neurologische symptomen

Spanningshoofdpijn of Migraine



Sinusitis of Migraine?



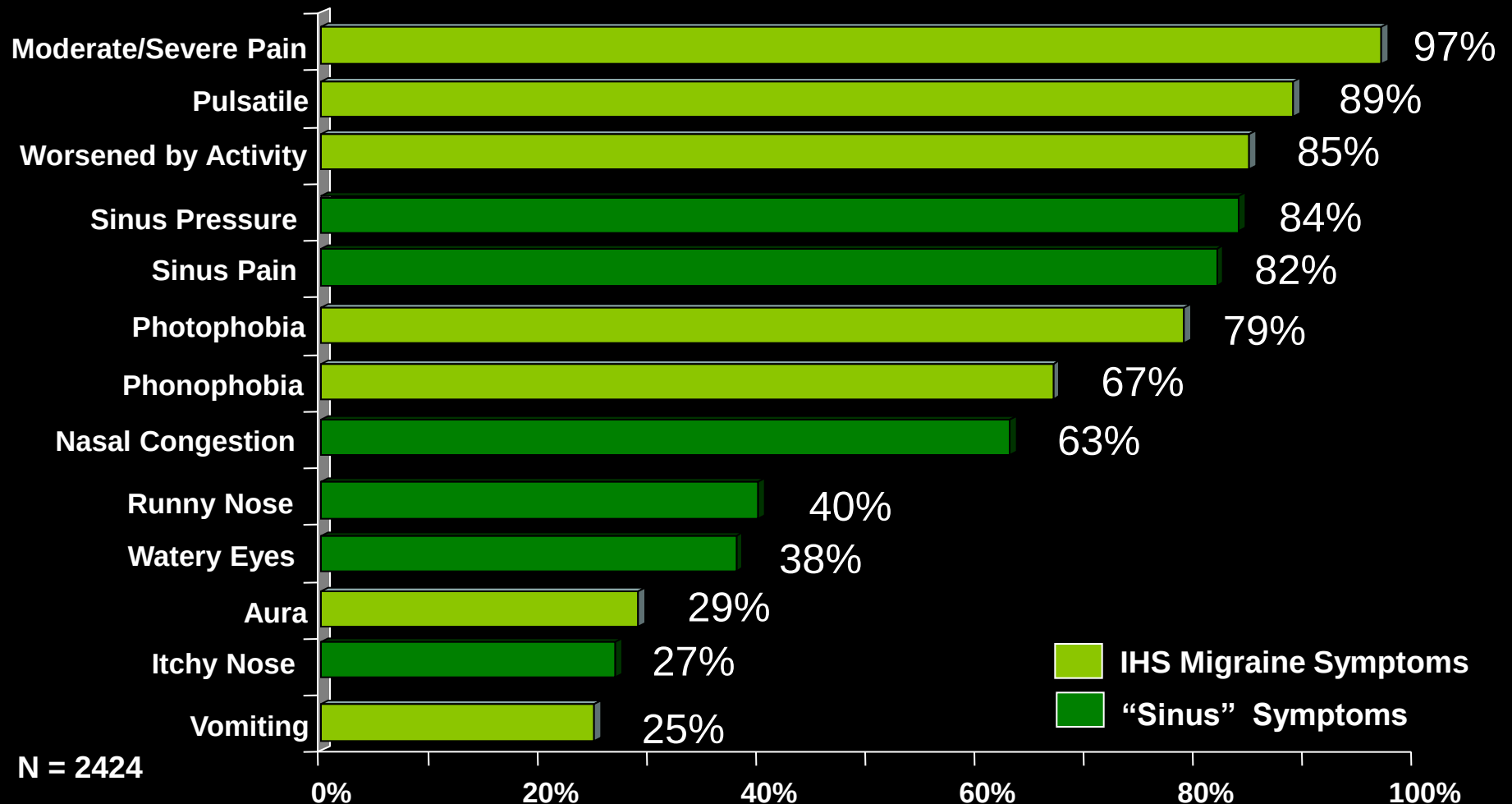
45% van migrainepatienten meldt 'sinus symptomen' zoals

- tranenvloed
- neusverstopping
- neusloop

1. Raskin NH. *Headache*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1998.

2. Barbanti P et al. *Cephalalgia*. 2001;21:295.

“Sinussympptomen” komen veel voor



Hoofdpijn geen belangrijke factor voor diagnose sinusitis

Major factoren

- Purulente beslag in neusholte
- Aangezichts pijn/druk/congestie
- Nasale obstructie/blockage/secreten
- Koorts (bij acute sinusitis)
- Hyposmie/anosmie

Minor factoren

- Koorts (chronische)
- Halitosis
- Hoofdpijn
- Vermoeidheid
- Tandpijn
- Hoest
- Oorpijn/druk/'water'

Aangezichtspijn/druk alleen is niet suggestief voor rhinosinusitis in afwezigheid van andere major nasale symptomen of tekens

* American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Lanza et al. Otolaryngol Head Neck Surg 1997.117(pt 2): S1-S7.

Nekarthrose of Migraine?

Prevalentie

75%

Beschrijving

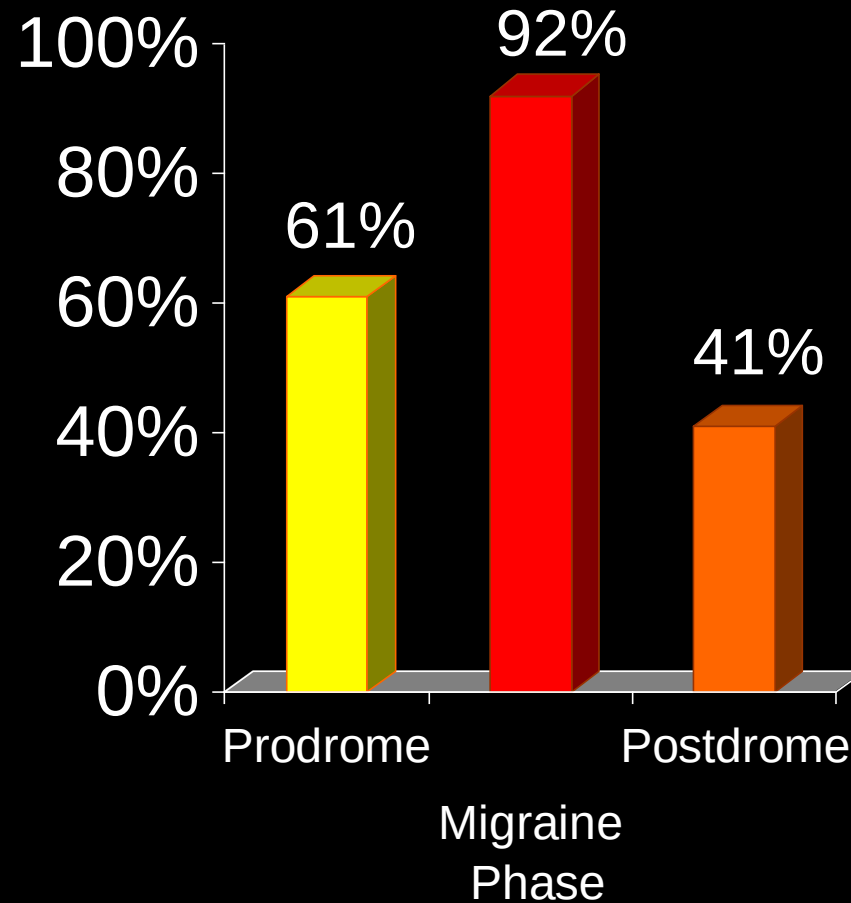
69% - stramheid

17% - stijfheid

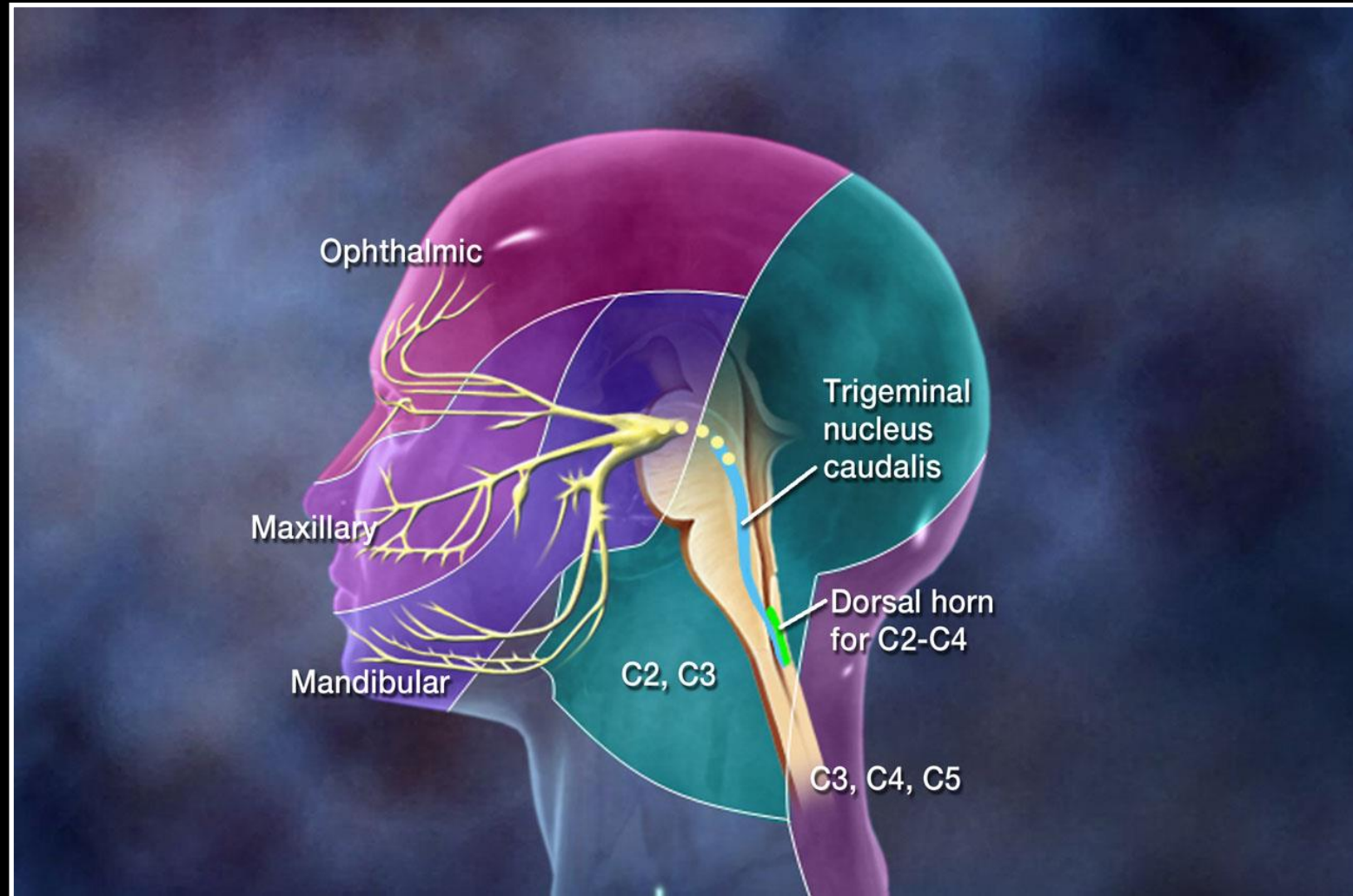
5% - kloppend

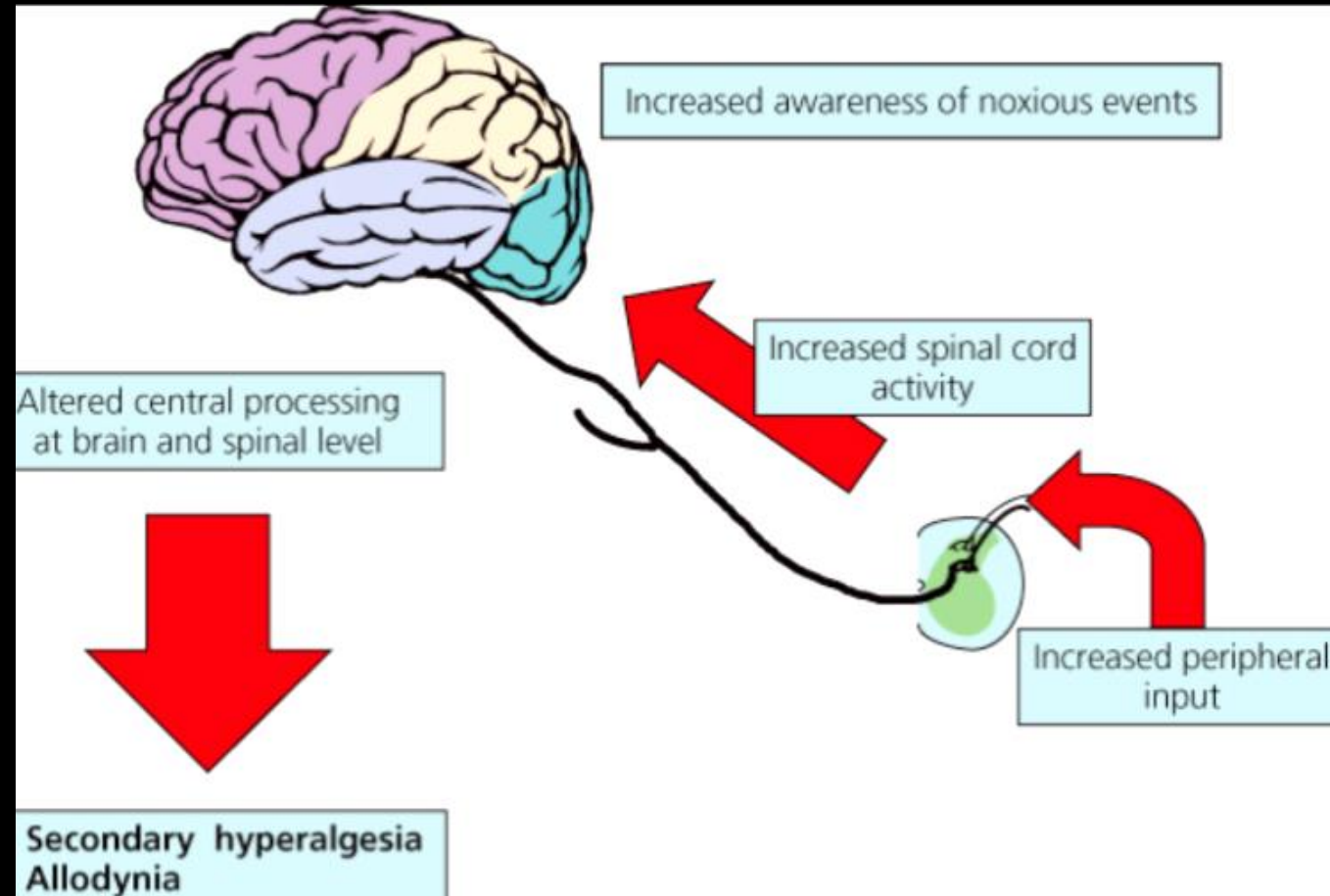
5% - overig

82% diagnose van
spanningstype hoofdpijn



Activatie van de TNC kan resulteren in gerefereerde pijn die eender waar langs het Trigemincervicale Netwerk kan worden gevoeld





3. Patient centraal stellen

Wie heb ik voor me?

Impact van migraine? → # hoofdpijnvrije dagen?

Levenshygiëne- en triggermanagement

Aanvalsbehandeling

Eventueel preventieve behandeling

Comorbiditeiten ? → therapie individualiseren

Zelfzorg : drink voldoende water
eet gezond, elke 4 tot 6 u
beweeg 5 x 30 min per week
slaap 7 tot 8 u per nacht
gebruik stressreducerende technieken

Triggers



Triggers

MIGRAINE

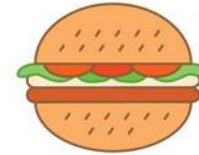
TRIGGERS



Alcohol



Smell



Foods



Medications



Sounds



Lights



Lack of sleep



Caffeine



Weather



Hereditary predisposition



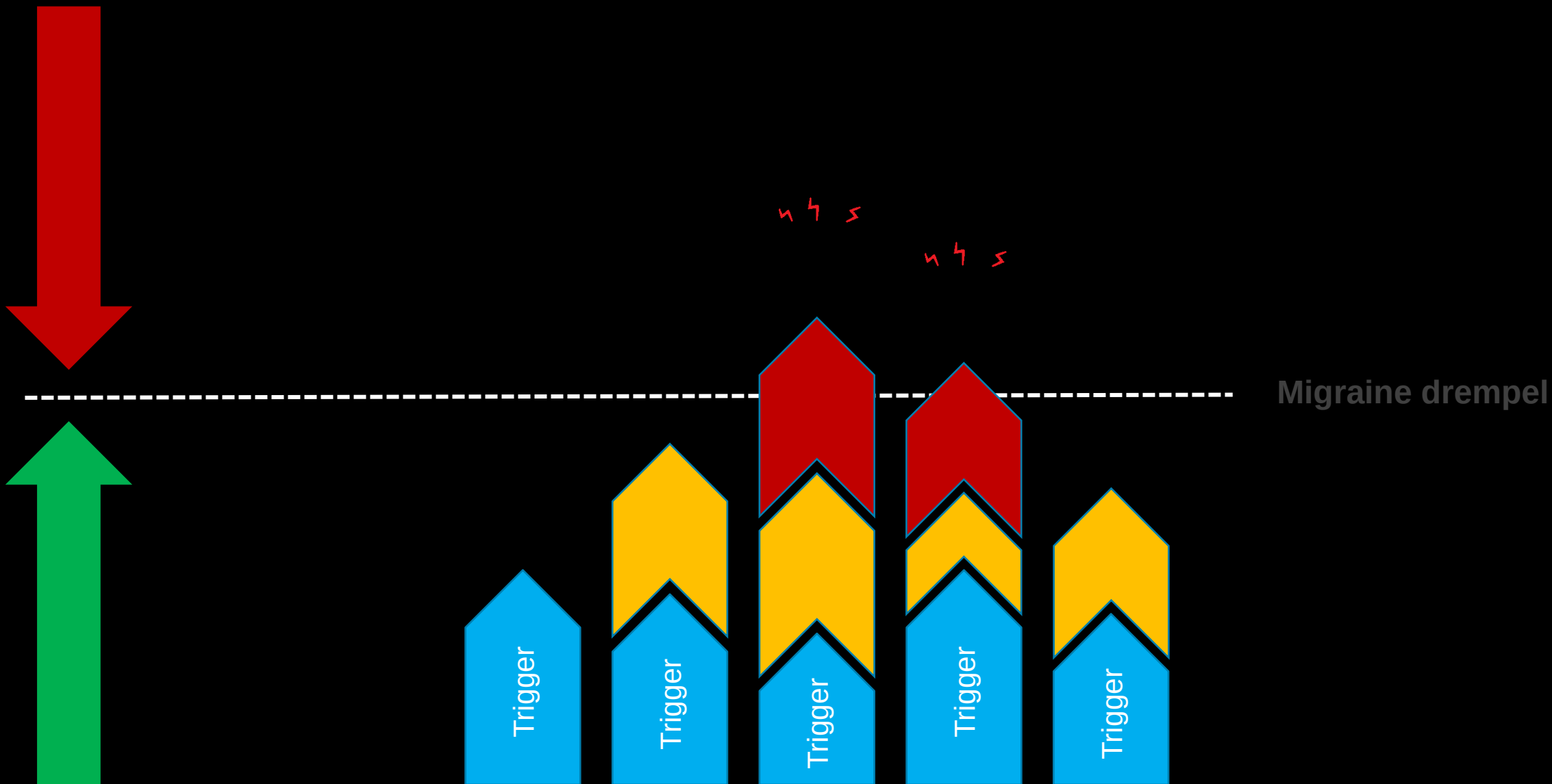
Stress

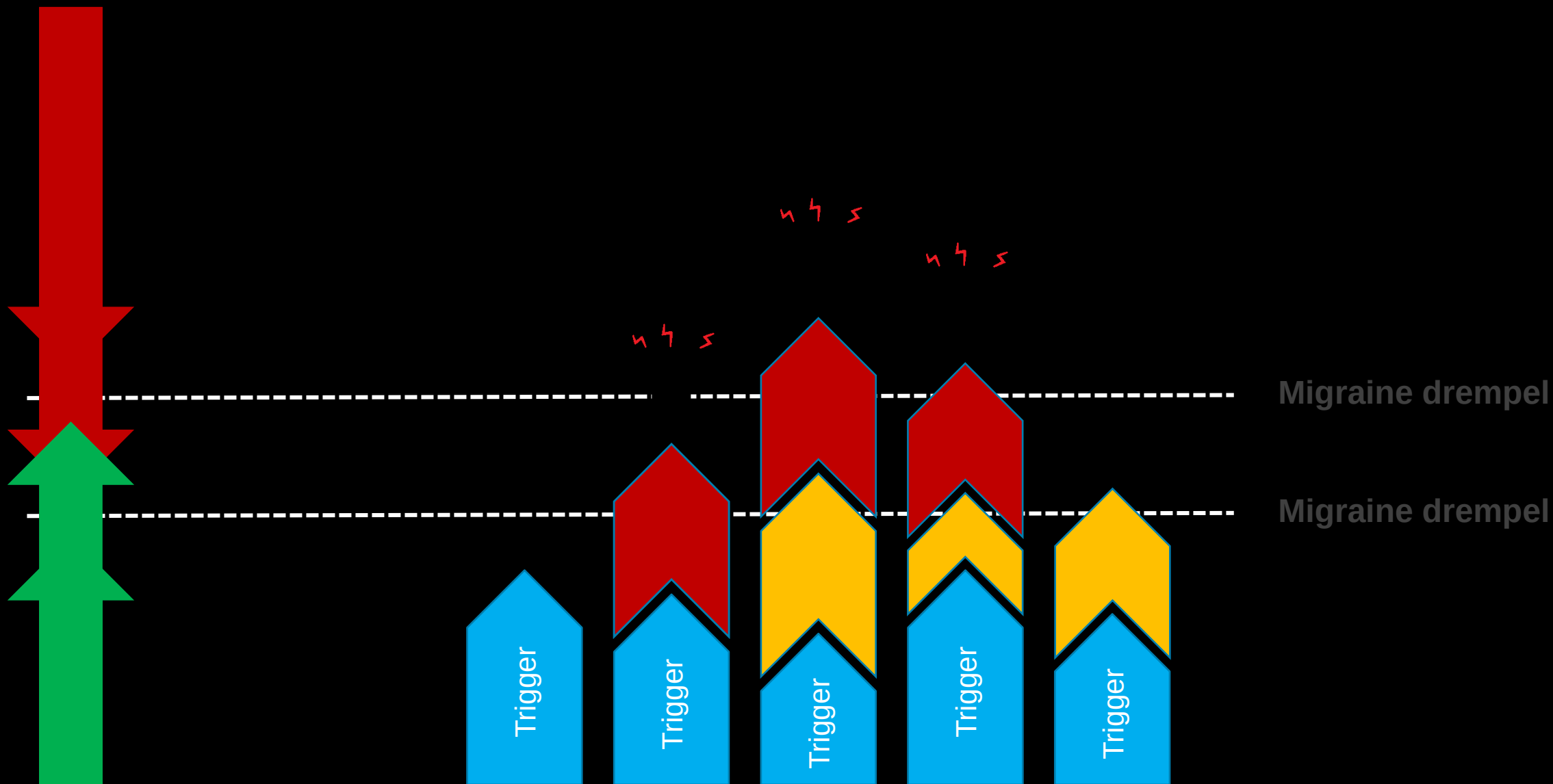


Skipped meals



Triggers





4. Aanvalsbehandeling

NSAIDs (Naproxene 500-550, Diclofenac 50-100, Ibuprofen 400-800)

Aspirine 900-1000 / Paracetamol 1000

Triptanen (selectieve 5HT1 agonisten)

Aanvalsbehandeling

Steeds antibraakmiddel (Motilium/Primperan) gebruiken
in de prodromale fase
in de aurafase
in de pijnfase

wegens anti-emetisch effect én
verhoogde opname van pijnstillers

Aanvalstherapie : stap 1

Analgetica

Non-steroidal anti-inflammatory drugs:

Ibuprofen 400-800 mg *of*

Diclofenac 50-100 mg *of*

Naproxène 500-550 mg *of*

Acetylsalicylzuur 900-1000 mg

Of (contraindicatie):

Paracetamol 1000 mg

Of (combinatie verschillende werkingsmechanismen):

Combinaties van paracetamol met acetylsalicylzuur of ibuprofen

Anti-emetica

- Domperidone 10 mg (bewijs voor effect voor 20 mg, maar EMA beveelt 10 mg aan oraal [tot 3x/dag] of 30 mg via suppo [tot 2x/dag]), of
- Metoclopramide 10 mg [tot 3x/dag]

➔ Na drie aanvallen zonder succes : triptanen

Specifieke anti-migraine geneesmiddelen : stap 2 (alfabetisch)

Almotriptan	▪ Tablet 12.5 mg
Eletriptan	▪ Tablet 20 and 40 mg ▪ Tablet 80 mg (soms is 80 mg effectief en 40 mg niet)
Frovatriptan	▪ Tablet 2.5 mg
Naratriptan	▪ Tablet 2.5 mg
Rizatriptan	▪ Tablet and mondoplosbare wafer 10 mg ▪ Tablet 5 mg (aan bevolen dosis bij gebruik propranolol)
Sumatriptan	▪ Tablet en oplostablet 50 en 100 mg ▪ Neusspray 10 mg (adolescenten) en 20 mg ▪ Subcutane injectie 6 mg
Zolmitriptan	▪ Tablet en oplostablet 2.5 en 5 mg ▪ Neusspray 5 mg

Triptanen: de luxe van de keuze

Sumatriptan 50-100 mg

Zolmitriptan 2.5 mg, 5 mg

Naratriptan 2.5 mg

Almotriptan 12.5 mg

Rizatriptan 5-10 mg

Eletriptan 40 mg

Frovatriptan

Sumatriptan en Natrium Naproxène

5. Preventieve behandeling

Bloeddrukverlagers

β -blockers

Propranolol
Bisoprolol
Metoprolol

Calciumantagonisten

Verapamil, Flunarizine

Andere

Candesartan, Lisinopril

Anti-epileptica

valproaat
topiramaat

Antidepressiva

TCA
SNRI's

Andere

Botulinum toxin A

Anti-CGRP-mAb

Melatonine
Aimovig
Ajovy
Emgality

G-pant

Aquipta

Voedingssupplementen

Coenzyme Q10
Riboflavine
Magnesium

Bèta-blokkers

Propranolol 40 - 160 mg (ontdekt in 1966)

Bisoprolol (Emconcor) 5 - 15 mg

Alternatieven:

Metoprolol (Selozok)

Atenolol (Tenormin)

Calciumkanaalblokkers

10 mg Flunarizine bij vestibulaire migraine

Verapamil: 2/3 studies positief maar hoge drop-out rate

→ voorkeur: migraine met aura

Lisinopril (Zestril 2 x 10 mg):

30% heeft > 50% reductie in aanvalsfrekwentie

(20% tov placebo)

3/60 hoest (5%)

Candesartan (Atacand 16 mg)

47 % heeft >50% reductie (20% tov placebo)

Anti-epileptica

Depakine 300-1500 mg

Topamax 25-100 mg

Gabapentine (Neurontin) 1800 – 2400 mg

36% (22% tov placebo)

Antidepressiva

Amitriptyline (Redomex) 10-150 mg

Venlafaxine (Efexor) 75-150 mg

→ Ook effect op spanningshoofdpijn

Recentere Behandelingsopties

Botuline toxine type A injectie

155 tot 195 E op 31 injectieplaatsen, elke 12 weken

CGRP (Calcitonin Gene Related Peptide) Antilichamen

Gpans

Neuromodulatie

Voedingssupplementen

Anti-CGRP-antilichamen

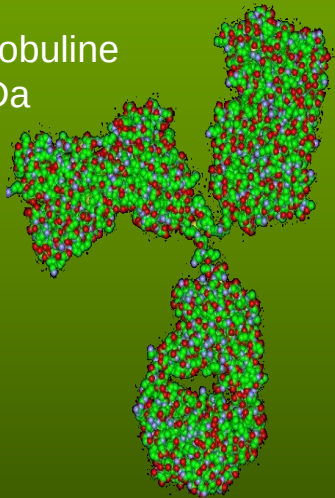
Klein molecule

Chemische stof
900 Da



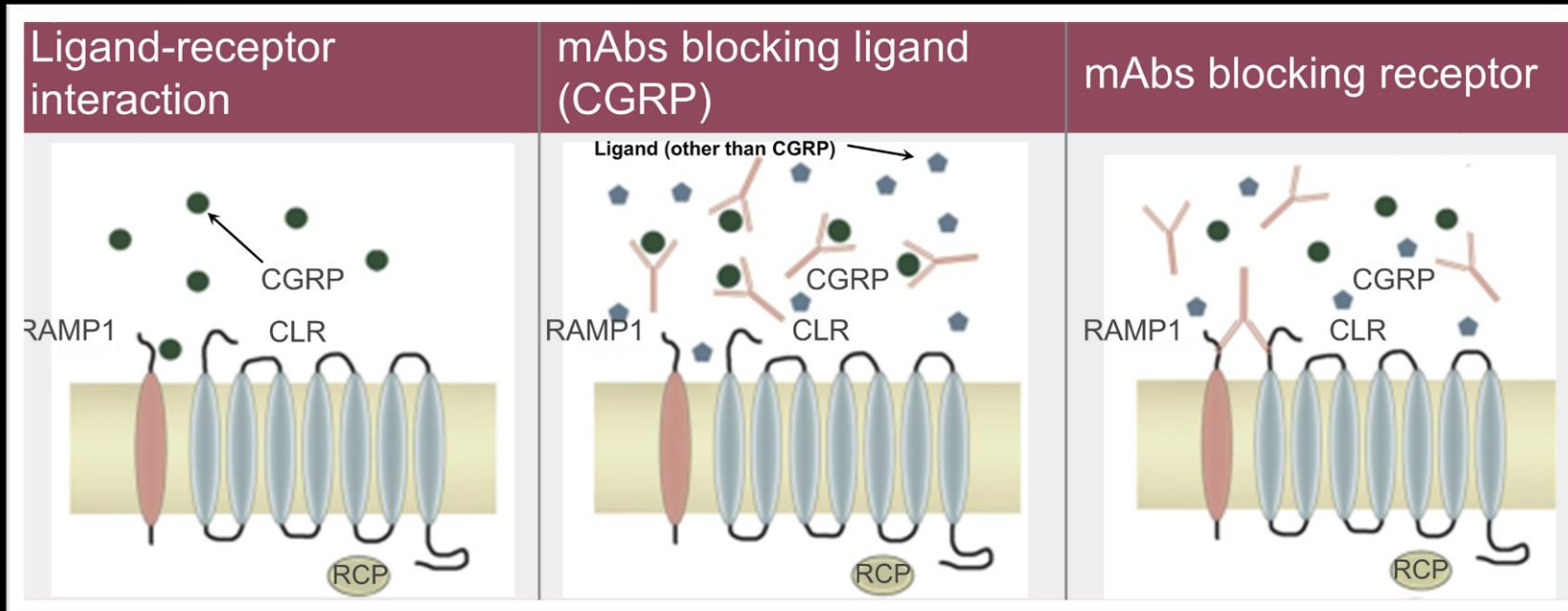
mAb

immunoglobuline
150,000 Da



Eigenschap	Klein molecule (gepants)	mAb (CGRP / CGRP receptor)
Doel¹	Intracellular or extracellular	Extracellular
Grootte¹	~900 Da	~150,000 Da
Specificiteit¹	Laag(er); meer off-target activiteit	Hoog; weinig off-target activiteit
Metabolisme¹	Hepatisch / renaal	RES
Drug–drug Interacties²	Meer kans	Minder kans
Passeren van BHB¹	Mogelijk*	Weinig waarschijnlijk
Toediening^{1,2}	Oraal	SC or IV
Half-leven²	Uren	Dagen tot weken
Dosering¹	Dagelijks	Maandelijks
Productie^{1,3}	Chemische synthese; relatief makkelijk te maken en reproduceren	Aangemaakt in unieke cellijnen van gemodificeerde levende cellen; moeilijk te maken en reproduceren

Anti-CGRP-antilichamen



Vier antilichamen voor preventieve behandeling

Drie blokkeren CGRP :

Galcanezumab

Eptinezumab

Fremanezumab

Een blokkeert de CGRP receptor:

Erenumab

G-pants

Aquipta

Neuromodulatie

Nervus vagusstimulator (Gammacore)

Transcutane trigeminale zenuwstimulatie (Cefaly)

Transcutane perifere zenuwstimulatie (Nerivio Migra)

Transcraniele magnetische stimulatie (rTMS)

Nervus occipitalis infiltratie (GON)

Voedingssupplementen

Riboflavin (Vitamin B2) 400mg/dag

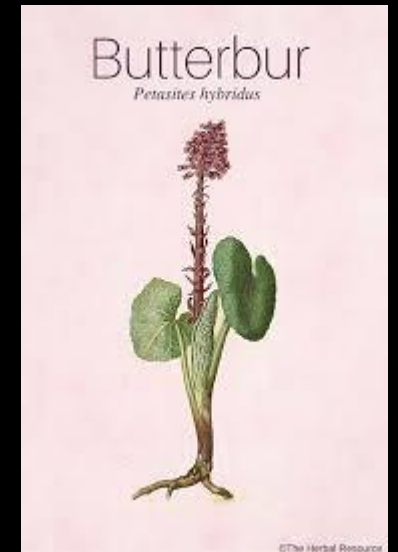
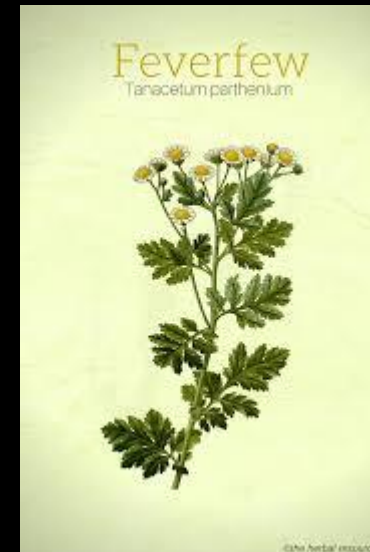
Magnesium 300-400mg/dag

Co-enzyme Q10 150mg/dag

Melatonine 3 mg

Feverfew : moederkoorn 50-83mg/dag

Butterbur : Hoefblad 150mg/dag



Aanvullende niet-medicamenteuze behandelingen

Biofeedback

Relaxatietechnieken

Acupunctuur

Yoga

Meditatie

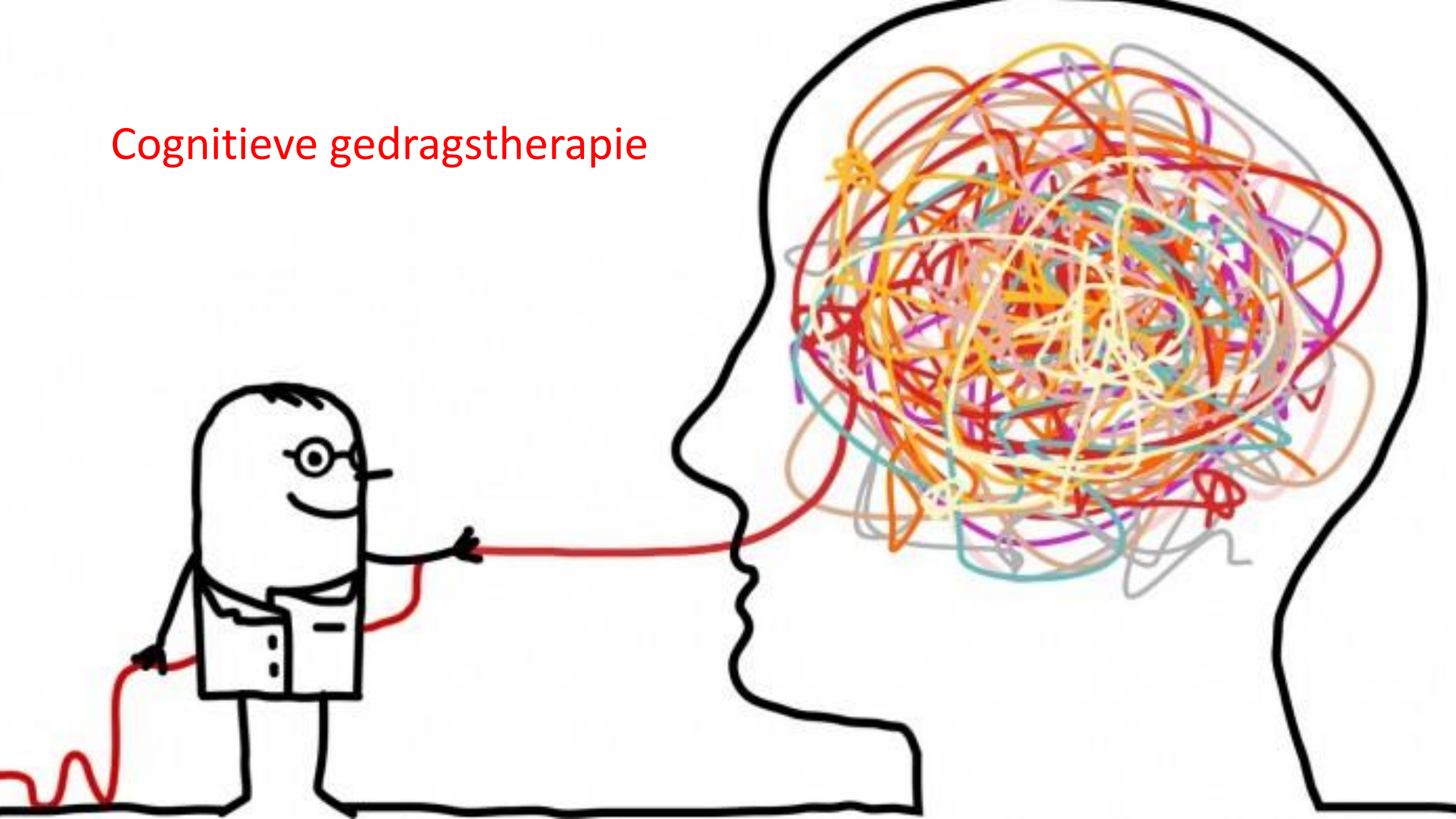
Massage

Cognitieve
gedragstherapie

Aerobe training



Cognitieve gedragstherapie

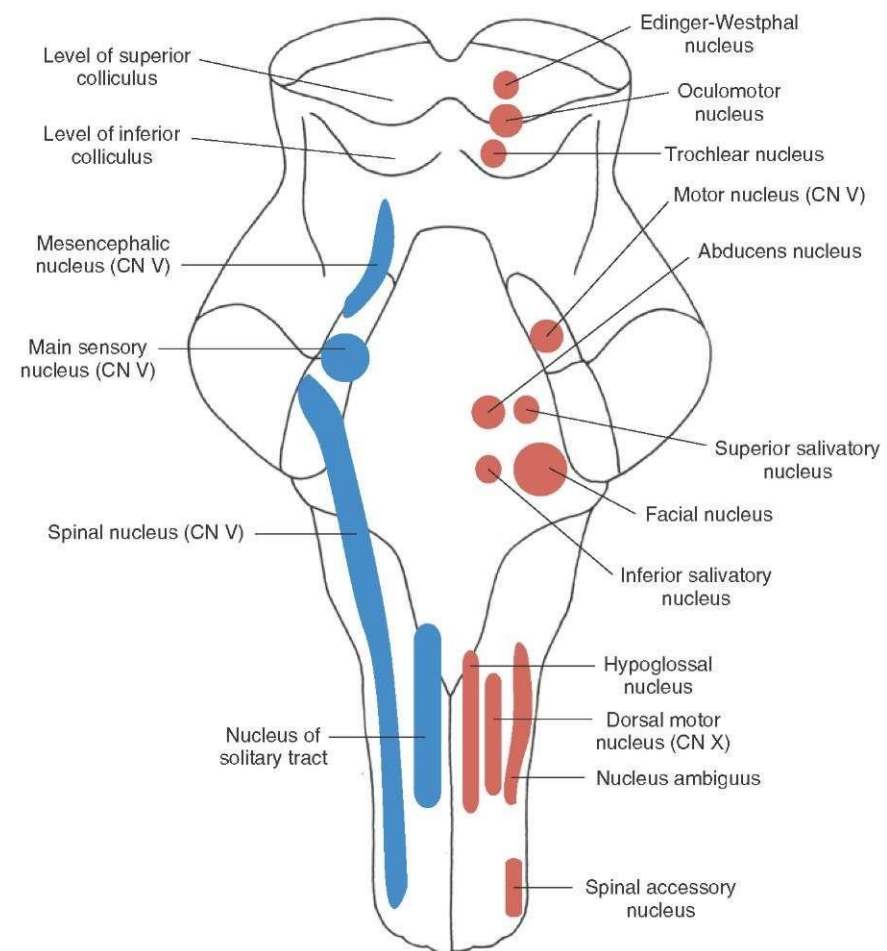


Aerobe Training





Belang van nervus vagus- stimulatie van parasympathicus



Relaxatietherapie





Manuele
osteopathie



acupunctuur

Yoga





Ergonomie

Biofeedback



Meditatie



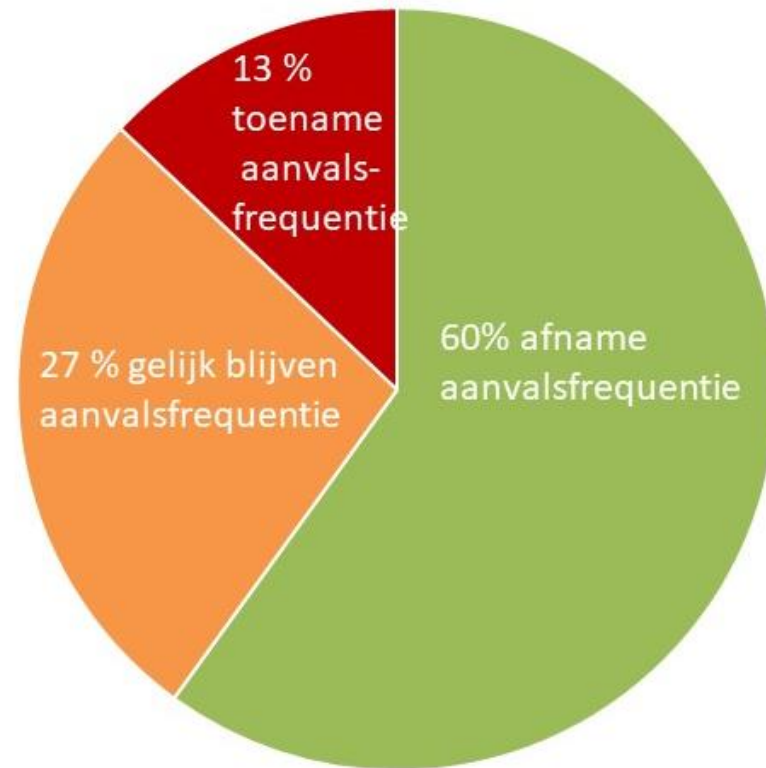
6.Ouderen en migraine



Kinderen en migraine



Migraine en zwangerschap



7. Evaluatie van behandelingseffect

Hoofdpijndagboeken

POQ's : HURT

m-TOQ-4

8. Complicaties behandelen

MOH

Chronificatie

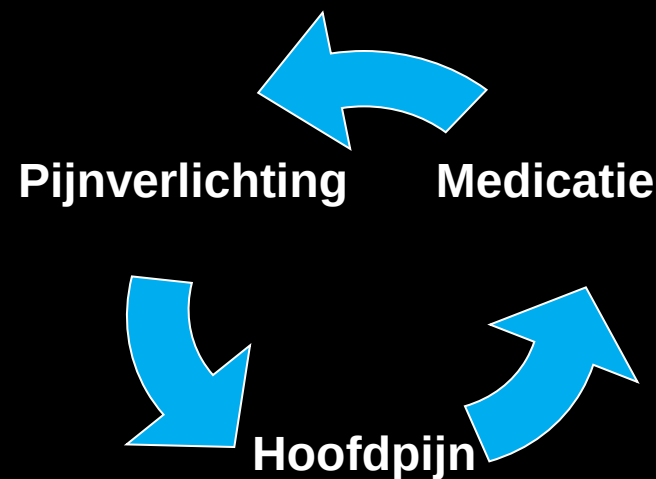
Let op voor Medication Overuse Headache (MOH)

Chronische hoofdpijn (> 15 dagen/maand) tgv abususs van acute hoofdpijnmedicatie (inname > 15 dagen/maand) welke verdwijnt na stop abususs

Prevalentie chronische hoofdpijn: 2 à 5%

Prevalentie van MOH: 1 à 2 %

81% vrouw; 71% migraine



Medication Overuse Headache

Welke geneesmiddelen ?

Analgetica 50% , waarvan de helft in combinatie met cafeïne

Triptanen 40%

Ergotamine 12%

Termijn om MOH te ontwikkelen:

Analgetica 4.8 jaar

Triptanen 1.7 jaar

Ergotamine 2.7 jaar

Triptanen : 40% van migrainepatiënten ontwikkelt enkel een toename in migrainefrekwentie

64% : TTH-like hoofdpijn

38% recidiveert : analgetica > ergotamine > triptanen

Medicatie overgebruik afhankelijk van aantal dagen per maand waarin medicatie wordt genomen

Enkelvoudige analgetica	Aspirine, paracetamol, NSAIDs (ibuprofen, naproxen)	≥15 dagen per maand
Gecombineerde analgetica	Combinaties met cafeïne, aspirine en/of paracetamol	≥10 dagen per maand
Triptanen en ergotamine derivaten	Sumatriptan, zolmitriptan, dihydroergotamine	≥10 dagen per maand

MOH: behandeling

Diagnose

Uitleg!!!

Beperking acute medicatie : Analgetica maximum 3 dagen per week,
triptanen maximum 10 dagen per maand,
ergotamine 2 mg/week of 10 mg/maand

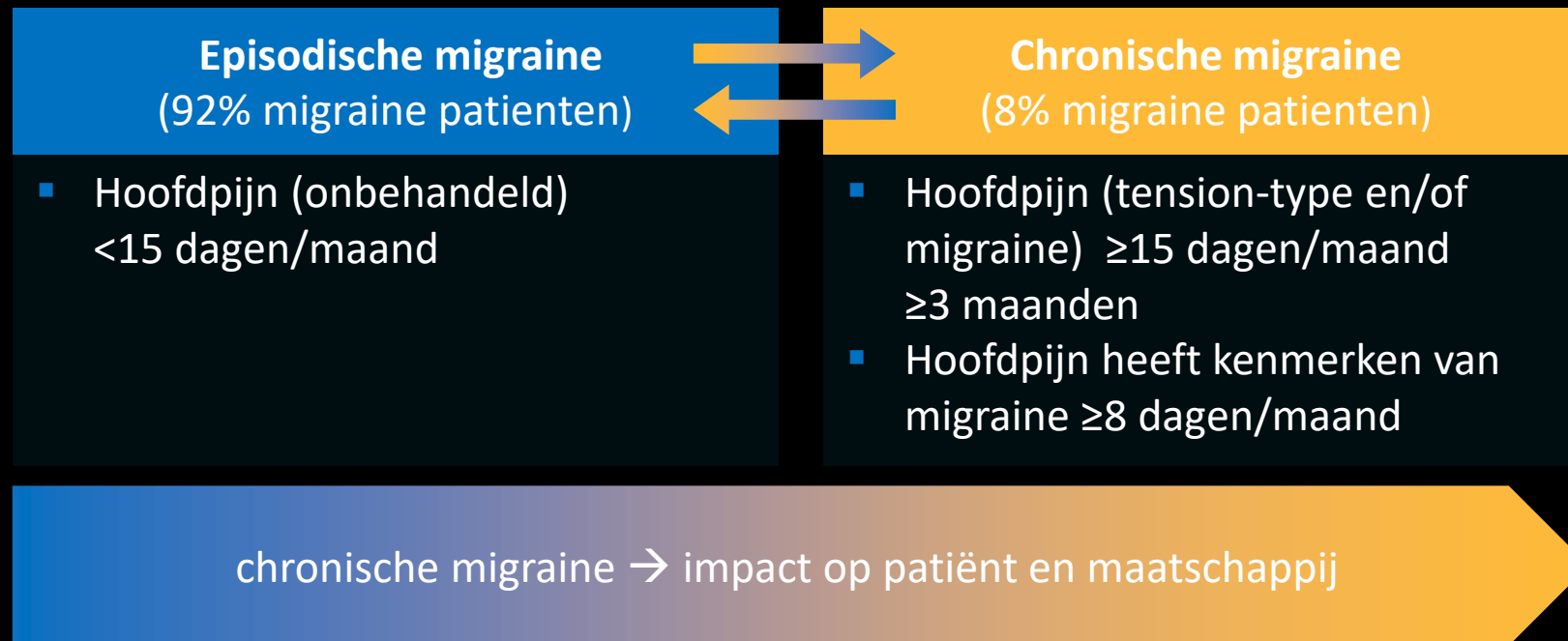
Preventie therapie

Zo nodig hospitalisatie: Depakine iv schema, preventieve therapie, snelle follow-up gevolgd door regelmatige follow-up

Toekomst: CGRP antagonist

Episodisch of chronisch

- Frekwentie van <15 of ≥ 15 dagen/maand onderscheidt EM en CM



- EM may transform to CM* at the rate of 2.5% per year^{2,3}
- CM often remits to EM (2-year transition rate of 26%)^{2,3}

Chronische migraine

>15 dagen per maand hoofdpijn

>3 maanden

Min 8 dagen per maand migraineus

Aanvallen die voldoen aan criteria migraine met of zonder aura

2,5% van de episodische evolueert elk jaar naar chronische migraine

1% van de bevolking lijdt hieraan

Episodisch wordt chronisch

Hoofdpijnkenmerken

- Frequentie van aanvallen
- Frequente nausea
- Allodynie

Comorbiditeiten

Exogene factoren

Behandelingsfactoren

Episodisch wordt chronisch

Hoofdpijnkenmerken

Comorbiditeiten

Depressie

Angst

Andere pijnstoornissen

Obesitas

Astma

snurken

Exogene factoren

Behandelingsfactoren

Episodisch wordt chronisch

Hoofdpijnkenmerken

Comorbiditeiten

Exogene factoren

- Stresserende life-events

- Hoofd- of nektrauma

- Cafeïne

- Familiale voorgeschiedenis

- Lagere sociale klasse

Behandelingsfactoren

Episodisch wordt chronisch

Hoofdpijnkenmerken

Comorbiditeiten

Exogene factoren

Behandelingsfactoren

- Aanvalsmedicatie weinig efficiënt

- Medicatie overgebruik

9. Comorbiede aandoeningen

Stress/nervositas: Bèta-blokkers

Slaapstoornissen: Redomex, Depakine

cave Bèta-blokkers

Depressie: idem maar géén Bèta-blokkers noch Flunarizine

Migraine met aura: Verapamil

Obesitas: Bèta-blokkers, Topiramaat

Cardiovasculair belast, Raynaud: géén Bèta-blokkers

Kans op zwangerschap: geen Depakine

Migraine en fibromyalgie

55% van de fibromyalgie- patiënten heeft ook migraine

33% van de migraine- patiënten heeft ook fibromyalgie

Oorzaak? Centrale pijnsensitisatie

Cave pijnstiller-overgebruik

Denk aan begeleiding voedselintoleranties

Migraine en angst en depressie

Bi directionele beïnvloeding

Bij migraine 2,2-4 meer kans op depressie

Ook grotere kans op gegeneraliseerde angst (OR 3.5-5.3), paniekstoornis en bipolaire stoornis

Bij deze psychiatrische diagnoses moet er gevraagd worden naar migraine en moet ook deze behandeld worden

10. Langetermijn follow-up

Vraag ernaar!

- Hoofdpijnkalender

- Medicatiegebruik

- Triggermanagement

Verwijzing neuroloog

- Onvoldoende aanvalscontrole

- (Neiging tot) medicatieovergebruik

- Vraag naar preventieve medicatie

Conclusie

Migraine is een onderschatte en onder gediagnosticeerde aandoening

Stel op tijd de diagnose

Begeleid qua aanvalsbehandeling, triggermanagement, preventieve medicatie

Wijs hen op het gevaar van medicatie-overgebruik

Laat patiënten hoofdpijndagboek bijhouden

Verwijs naar neuroloog zo nodig

Nog meer weten?

