

Migraine, een onderschat probleem

Hoofdpijn- dossier

Medewerkers met migraine denken vaak dat ze last hebben van gewone hoofdpijn. De eerste reactie van arbofunctionarissen en leidinggevenden is soms: 'neem een aspirine en kom werken.' Maar is dit wel terecht?

tekst Els Kremer

Twaalf procent van de Nederlandse bevolking heeft last van migraine. (1) Van deze twee miljoen mensen gaat bijna tweederde (63 procent) nooit met de klachten naar de huisarts. Ook weten deze mensen niet dat er goede manieren bestaan om met migraine om te gaan. (2) De kosten ten gevolge van direct verlies aan arbeidsdagen door alle vormen van hoofdpijn, worden voor Nederland geschat tussen de 273 en 680 miljoen euro per jaar. (1) Ervaring leert dat de kosten twee à drie maal zo hoog zijn als ze worden vermeerderd met indirecte kosten en de kosten van vervanging.

Migraine komt voornamelijk voor bij vrouwen in de geslachtenrijpe leeftijd (16-45). Maar liefst 25 procent van de vrouwen heeft er jaarlijks mee te kampen, tegenover 7,5 tot 12 procent van de mannen. (1, 3) Spanningshoofdpijn, die vaker voorkomt, kan tegelijk met migraine optreden, maar heeft minder effect op het functioneren. Migraine geeft een productiviteitsverlies van 50 pro-

cent. Een migrainepatiënt heeft gemiddeld elke maand een aanval en kan dan als gevolg één tot twee dagen niet normaal functioneren. (1) De kosten kunnen aanzienlijk zijn. Een zorginstelling met honderd medewerkers is bijvoorbeeld bij een gemiddelde aanvalsfrequentie 1,6 fte aan directe kosten kwijt. Veel bedrijven zijn zich niet bewust van deze financiële gevolgen van migraine. De schade is echter niet louter financieel. Zo zal een groepsleidster op een kinderdagverblijf bij een aanval van migraine kortaf en geïrriteerd reageren naar de kinderen, maar ook minder alert zijn bij ongelukken. En een verpleegster zal eerder fouten maken met het uitzetten van medicijnen. De risico's kunnen dus aanzienlijk zijn. Helaas herkennen veel medewerkers de symptomen van migraine niet of vinden ze hulp niet nodig, met als gevolg meer functioneringsproblemen. Zo'n 50 procent van de migrainegevallen is nog niet gediagnosticeerd. (4) Arbofunctionarissen en leidinggevenden kunnen een be-

langrijke rol spelen in het herkennen ervan.

Primaire vormen

Zoals gezegd is migraine niet de enige vorm van hoofdpijn. De belangrijkste andere primaire vormen zijn: spanningshoofdpijn, medicatie-afhankelijke hoofdpijn en clusterhoofdpijn. Het herkennen hiervan is van belang om het onderscheid met migraine te kunnen maken.

Migraine

Migraine kenmerkt zich door herhaalde aanvallen van hoofdpijn met een duur van vier uur tot drie dagen, waarbij zich minstens twee van de vier volgende symptomen voordoen:

1. Eenzijdig.
2. Kloppend.
3. Matige tot ernstige intensiteit.
4. Verergering bij lichamelijke inspanning.

Bij migraine treden deze symptomen op in combinatie met één of twee andere



verschijnselen:

1. Overgevoeligheid voor licht en/of geluid.
2. Misselijkheid, eventueel in combinatie met braken.

In een kwart van de gevallen wordt een migraineaanval voorafgegaan door een zogenaamd aura. Dit is een tijdelijke gezichtbeperking die tien tot dertig minuten duurt, waarbij sterretjes of kartellijntjes een deel van het blikveld innemen. Iemand is pas een migrainepatiënt als hij vijf aanvallen van migraine zonder aura heeft gehad, of twee aanvallen van migraine met aura (5). Kenmerkend is dat een migrainepatiënt tijdens een aanval niet in staat is tot enige activiteit, wat voor andere vormen van hoofdpijn niet geldt.

kennen dit niet. De verschijnselen doen zich niet altijd op dezelfde wijze voor, zodat lichtere vormen van migraine worden afgedaan als gewone hoofdpijn.

Spanningshoofdpijn

Van spanningshoofdpijn is sprake als twee van de volgende vier kenmerken zich voordoen:

1. Een doffe/drukkende en niet-kloppende hoofdpijn.
 2. Een lichte tot matige intensiteit.
 3. Dubbelzijdig.
 4. Geen verergering bij inspanning.
- Belangrijk verschil met migraine is dat misselijkheid, braken of overgevoeligheid voor licht ontbreken. Vaak is er pijn vanuit de nek naar het hoofd. Oorzaken: vermoeidheid, stress, klimaat/

vorm van hoofdpijn kan al optreden als iemand in de afgelopen drie maanden meer dan drie keer per week medicatie gebruikt heeft. Bij migrainepatiënten kan de combinatie met medicatie-afhankelijke hoofdpijn zich voordoen. Stoppen onder begeleiding is dan nodig. Cafeïne-afhankelijke hoofdpijn ontstaat ook bij frequent gebruik van ijsthee, Red Bull en chocolade.

Clusterhoofdpijn

Bij clusterhoofdpijn is sprake van een heftige eenzijdige hoofdpijn rond het oog, die vaak 's nachts begint, een kwartier tot drie uur minuten duurt, voornamelijk voorkomt bij mannen en optreedt in perioden. Bijkomende verschijnselen zijn rood tranend oog, verstopte neus of loopneus en bewegingsdrang. De aanvalsfrequentie is hoger (twee- tot zesmaal per dag), er is bewegingsdrang en de pijn is erger dan bij migraine. Clusterhoofdpijn is goed behandelbaar. Veroorzakers zijn alcoholgebruik, te weinig zuurstof of roken.

Triggers

Het mechanisme dat migraine veroorzaakt is complex. Migrainepatiënten hebben een verlaagde drempel voor normale prikkels, waardoor ze herhaalde aanvallen krijgen. Gevoeligheid voor deze prikkels is grotendeels erfelijk bepaald. Ook factoren als extreme vermoeidheid, menstruatie, weersveranderingen en ontspanning na langdurige stress spelen een rol.

Een migraine-aanval kan op twee manieren ontstaan. Ofwel door een verlaagde prikeldrempel, waardoor normale prikkels tot een aanval leiden, ofwel door blootstelling aan een sterke prikkel bij een normale prikeldrempel. Dan ontstaat een tijdelijke ontregeling in de hersenstam. Dat leidt via het trigemino-vasculaire systeem tot ontregeling van de bloedvaten en zenuwen in de hersenvliezen, met als gevolg hoofdpijn. Hierbij speelt serotonine een rol. (1)

Naast bovengenoemde triggers zijn de volgende factoren bekend, waarvoor de literatuur onvoldoende onderbouwing geeft: moeite met verblijf in warme ruimte, weinig zuurstof in de ruimte, voeding (gebruik cafeïnehoudende dranken, onregelmatig eten, alcohol) en geuren. Deze factoren worden vooral gezien als voortekenen voor een aanval, niet als directe aanleiding. »

Helaas herkennen veel medewerkers de symptomen van migraine niet

In 15 procent van de gevallen wordt een aanval van migraine voorafgegaan door waarschuwingssignalen voor zoals overdreven fitheid of vermoeidheid, of overgevoeligheid voor licht, geluid of geuren. De tijd tussen de eerste waarschuwingssignalen en de migraineaanval kan variëren van enkele uren tot twee dagen. Iedere migrainepatiënt heeft zijn eigen patroon aan waarschuwingssignalen, maar veel mensen her-

weer, hormonale schommelingen, voeding, ooginspanning of houdingsfouten zoals bij beeldschermwerk.

Medicatie-afhankelijke hoofdpijn

Medicatie-afhankelijke hoofdpijn is een chronische hoofdpijn – meer dan 15 dagen per maand – zonder duidelijk patroon van aanvallen, die wordt veroorzaakt door gebruik van pijnstillers, antimigrainemiddelen of cafeïne. Deze

Vragen naar symptomen

- » Is er sprake van hoofdpijn-aanvallen of continu hoofdpijn?
- » Bij aanvallen: wat is de gemiddelde duur?
- » Is de locatie eenzijdig of tweezijdig?
- » Is de pijn kloppend/bonkend of dof/drukkend?
- » Is de pijn licht/matig/ernstig?
- » Is de pijn erger bij bewegen of is er juist bewegingsdrang?
- » Zijn er bijverschijnselen zoals braken/misselijkheid, overgevoeligheid voor licht of geluid, tranend oog, loopneus of verstopte neus?

Er zijn geen factoren in het werk beschreven die migraine veroorzaken. Wel kunnen ontspanning na een flinke periode van stress in het werk of extreme vermoeidheid door weinig slaap een migraine-aanval veroorzaken.

Voorlichting

De hoofdpijn kan worden aangepakt met medicijnen. Er zijn twee soorten: aanvalsmedicatie en preventieve middelen. Helaas vinden veel migrainepatiënten medicatie niet zinvol omdat ze voorbeelden kennen van het beperkte effect en de vele bijwerkingen van oudere, niet-specifieke medicijnen. Inmiddels zijn er echter zogenaemde triptanen die specifiek tegen migraine werken en inwerken op de serotonine-aanwezigheid. (6) Werknemers kunnen hiervan veel profijt hebben. Bij onvoldoende begeleiding door hun eigen arts kunnen Nederlandse hoofdpijncentra of patiëntenverenigingen (7) hulp bieden. Er is een multidisciplinaire richtlijn migraine in de maak voor eenduidige begeleiding van migrainepatiënten. Verder zijn er non-medicinale behandelingen die gericht zijn op het beperken van de effecten van een migraineaanval, zodat deze minder heftig verloopt of korter duurt. Voorbeelden hiervan zijn cognitieve psychotherapie, ontspanningsoefeningen en biofeedback.

Voorlichting op het werk leert medewerkers om migraine-voortekenen te herkennen. Dit leidt tot adequater gebruik van medicatie: pijnstillers, eventueel met antibraakmiddel, voor lichte aanvallen en specifieke middelen voor zwaar-



Iedere migrainepatiënt heeft zijn eigen patroon aan waarschuwingssignalen

dere aanvallen. Medicatiegebruik moet goed begeleid worden. Er zijn verschillende middelen en toedieningsvormen, en wat het beste werkt verschilt per persoon. (6) Bij frequente aanvallen of onvoldoende respons op aanvalsmedicatie worden preventieve medicijnen voorgeschreven.

Arbofunctionarissen kunnen onnodig productiviteitsverlies voorkomen door te achterhalen of frequente verzuimgevallen te maken hebben met hoofdpijn, en ze kunnen overleggen met de bedrijfsarts. Leidinggevenden die medewerkers met migraine in hun team hebben, doen er goed aan het probleem uiterst serieus te nemen. Ze kunnen samen met de medewerker kijken welke beperkingen er zijn en of er adequaat met de klachten wordt omgegaan. Beperkingen analyseren kan met een vragenlijst (zie www.uwbedrijfsarts.eu). Verder is het goed om te kijken hoe de impact van stressvolle situaties kan worden verminderd. Al met al is migraine een omvangrijke kostenpost. Het loont om voorlichting

op het werk te geven en om preventie-medewerkers, leidinggevenden en bedrijfsartsen te betrekken bij de signalering en aanpak ervan. «

(1) Ferrari, M.D. en J. Haan, *Alles over Hoofdpijn en Aangezichtspijn*, 4e herziene druk. A.W. Brunna Uitgevers BV, Utrecht, 2004.

(2) Donker G., J. Hutten et al, *Hoofdbrekens en kopzorgen: epidemiologie en handelen van patiënten en huisarts bij migraine en andere vormen van hoofdpijn*, Utrecht, NIVEL, 1992.

(3) Launer L.J., M.D. Ferrari et al, 'The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study.' In: *Neurology* 1999; 53 (3): 537-42

(4) Lipton R.B., S. Diamond et al., 'Migraine diagnosis and treatment; results from the American Migraine Study II.' In: *Headache* 001:41(7):638-645

(5) 'Headache Classification,' Subcommittee of the international Headache society. *Cephalgia*. 2004;24 (suppl1): 1-160.

(6) Ferrari M.D., P.J. Goadsby, K.I. Roon, R.B. Lipton, 'Triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials.' In: *The Lancet* 2001; 358:1668-75.

(7) www.hoofdpijncentra.nl en www.hoofdpijnpatienten.nl

Els Kremer is vrijgevestigd bedrijfsarts en trainer.