

Symptomatische cluster-hoofdpijn

T R E F W O O R D E N

CLUSTER-HOOFDPIJN; ATYPISCHE KENMERKEN; DIAGNOSTIEK; SYMPTOMATISCHE CLUSTER-HOOFDPIJN.

door J. Trip en G. de Jong

Samenvatting

Deze casus beschrijft een 51-jarige man met unilaterale, aanvalsgewijze hoofdpijn waarbij de werkdiagnose cluster-hoofdpijn wordt gesteld. Deze wordt in twijfel getrokken nadat de patiënt niet reageert op de ingestelde medicamenteuze behandeling. Beeldvormend onderzoek toont een meningeoom in de achterste schedelgroeve aan. De diagnose symptomatische cluster-hoofdpijn wordt gesteld. Dit is een zeldzame aandoening die men echter dient te overwegen indien er zich bij cluster-hoofdpijn één of meerdere atypische kenmerken voordoen.

(Ned Tijdschr Neurol 2001;1:29-31)

Inleiding

Cluster-hoofdpijn is een primaire hoofdpijn waarbij geen anatomische laesie kan worden aangetoond. Symptomatische cluster-hoofdpijn wordt veroorzaakt door organische pathologie. Onbekendheid met dit ziektebeeld kan leiden tot het missen van de diagnose. Aan de hand van de onderstaande casus zal worden besproken wanneer bij cluster-hoofdpijn aanvullende diagnostiek geïndiceerd is.

Ziektegeschiedenis

Patiënt A, een 51-jarige man met een blanco voor­ geschiedenis, bezoekt de polikliniek Neurologie omdat hij sinds twee jaar last heeft van een aanvalsgewijze hoofdpijn. De aanvallen bereiken binnen tien minuten hun hoogtepunt en zakken daarna in de loop van twee uur langzaam weer af. Ze komen voor in een frequentie van drie tot vijf keer per dag en kennen geen periodiek karakter. De pijn wordt omschreven als een snerpande pijn, die altijd rond

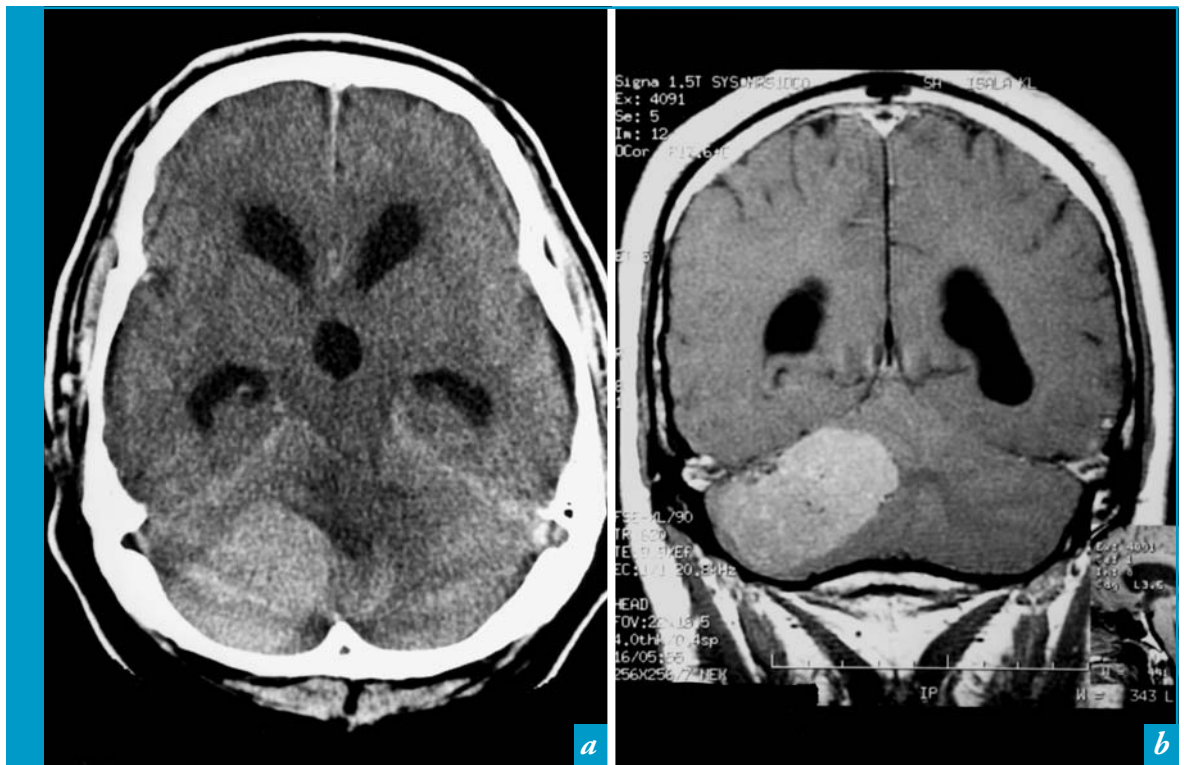
de rechter slaap gelokaliseerd is. Het is de ergste pijn die de patiënt ooit ervaren heeft. Tijdens de aanvallen bindt hij een theedoek zo strak mogelijk om zijn hoofd en loopt ijsberend door de kamer. Tussen de aanvallen door bestaat er een zeurende achtergrondhoofdpijn. De patiënt is tijdens de aanvallen niet misselijk en braakt niet. Er bestaan geen visuele prodromen of licht- of geluidsovergevoeligheid. Wel ontstaat tijdens de aanval een rechtszijdige neusverstopping, waarbij tevens sprake is van een rechtszijdige rhinorrhoea. Er is geen sprake van conjunctivale injectie, een tranend oog of een ptosis. De patiënt gebruikt matige hoeveelheden alcohol en is een forse roker. De alcohol is geen provocerende factor.

Bij lichamelijk onderzoek worden geen afwijkende bevindingen gevonden. Er zijn met name geen tekenen van lateralisatie, geen aanwijzingen voor een syndroom van Horner en geen uitval van hersenzenuwen.

Op grond van de anamnese en de niet afwijkende bevindingen bij het lichamelijk onderzoek wordt de werkdiagnose cluster-hoofdpijn gesteld. Hiervoor krijgt de patiënt zowel een medicamenteuze aanvalsbehandeling met sumatriptan (2 maal daags 6 mg subcutaan) als een profylactische behandeling met verapamilhydrochloride (3 maal daags 80 mg). Een maand later meldt de patiënt zich, ondanks de op juiste wijze gebruikte medicatie, met een toename van de klachten. Beeldvormend onderzoek wordt verricht. Een CT-scan met contrast toont rechts in het cerebellum een grote aankleurende laesie (zie *Figuur 1a*, op pagina 30). Een MRI-scan toont een met gadolineum aankleurende, vrij glad begrensd, extra-axiale tumor (*Figuur 1b*). Het beeld past bij een meningeoom. Bij neurochirurgische interventie wordt inderdaad een meningeoom gevonden en geëx­ tirpeerd. De patholoog-anatoom bevestigt de diagnose. Het postoperatieve beloop is onge­ stoord. Momenteel, een half jaar na de operatie, is de patiënt nog steeds geheel vrij van hoofdpijn.

Beschouwing

Cluster-hoofdpijn is een aanvalsgewijze, unilaterale pijn die orbitaal, supra-orbitaal of temporaal gelokali­ seerd is en vijftien minuten tot drie uur aanhoudt.¹ De term werd in 1952 door Kunkle et al. geïntrodu­ ceerd en verwijst naar het typische cluster-patroon



Figuur 1. Zowel de CT-scan (a) als de MRI-scan (b) tonen een ruimte-innemend-proces rechts in het cerebellum met omringend oedeem en verwijding van het ventrikelstelsel, dat aankleurt na contrast-toediening.

van de hoofdpijn-aanvallen.² De diagnostiek is gebaseerd op een gerichte anamnese en een adequaat neurologisch onderzoek. Indien het neurologisch onderzoek geen afwijkingen toont, is er geen indicatie voor aanvullend onderzoek en kan medamenteuze therapie gestart worden.³

Symptomatische cluster-hoofdpijn is zeldzaam. Tot op heden werden er in de literatuur een dertigtal gevallen beschreven.⁴⁻¹⁷ De aangetoonde organische pathologie bestaat uit arterio-veneuze malformaties, aneurysmata, hypofyse-tumoren, nasopharyngeale carcinomen, een epidermoïd tumor, hoofd- en nektraumata, orbito-sphenoïdale aspergillose en vertebraal dissecties.⁴⁻¹³ Vier patiënten met een meningeoom zijn beschreven.¹⁴⁻¹⁷ Eén meningeoom was hoog cervicaal gelegen, de overige waren alle supra-tentorieel gelegen.¹⁴⁻¹⁷ Een casus met symptomatische cluster-hoofdpijn veroorzaakt door een meningeoom of andere pathologie in de achterste schedelgroeve is volgens ons niet eerder beschreven. Differentiaal diagnostisch kan het SUNCT-syndroom (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing) overwogen worden.¹⁸ Dit is een vorm van kortdurende hoofdpijn-aanvallen met autonome functie-stoornissen.¹⁹ Bij

deze patiënt begonnen de aanvallen echter niet acuut genoeg en duurden de aanvallen te lang om de diagnose van het SUNCT-syndroom te kunnen stellen. Symptomatische cluster-hoofdpijn moet worden overwogen indien de klinische symptomen van cluster-hoofdpijn atypisch zijn.⁶ Atypische symptomen bestaan uit een eerste aanval na het veertigste levensjaar, de afwezigheid van periodieke aanvallen, achtergrondhoofdpijn die tussen de aanvallen door niet verdwijnt, een inadequate reactie op medamenteuze behandeling en als laatste kan de aanwezigheid van andere neurologische afwijkingen dan een miosis of een ptosis genoemd worden.⁶ Indien één of meerdere atypische symptomen zich voordoen, dient nadere diagnostiek in de vorm van beeldvormend onderzoek plaats te vinden om onderliggende cerebrale pathologie aan te tonen.^{5,6,9}

Conclusie

De hierboven beschreven patiënt presenteerde zich met klachten die het meest leken te passen bij cluster-hoofdpijn. Pas nadat de patiënt niet reageerde op de standaardmedicatie voor cluster-hoofdpijn werd gedacht aan symptomatische cluster-hoofdpijn.

- 1 Atypische kenmerken bij cluster-hoofdpijn bestaan uit een eerste aanval na het veertigste levensjaar, achtergrondhoofdpijn tussen de aanvallen door, andere afwijkingen bij het neurologisch onderzoek dan een miosis of ptosis, niet-periodieke aanvallen en een inadequate reactie op ingestelde medicatie.
- 2 Cluster-hoofdpijn met atypische kenmerken kan wijzen op symptomatische cluster-hoofdpijn en is reden tot het verrichten van beeldvormend onderzoek.

Achteraf gezien waren er al meerdere atypische kenmerken aanwezig die ons op het spoor hadden kunnen brengen van symptomatische cluster-hoofdpijn. Atypische kenmerken bij cluster-hoofdpijn zijn dan ook een reden tot het verrichten van beeldvormend onderzoek.

Referenties

1. The Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia* 1988;8:1-96.
2. Kunkle EG, Pfeiffer JB, Wilhoit WM, Hamrick LW. Recurrent brief headache in cluster Pattern. *Trans Am Neurol Ass* 1952;77:240-3.
3. Koehler PJ. Chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen. *Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. NTVG* 1999;143:295-300.
4. Sjaastad O. Cluster headache syndrome. Londen: Saunders, 1992.
5. Mathew NT. Cluster headache. *Neurology* 1992;42(suppl 2):22-31.
6. Mathew NT. Symptomatic cluster headache. *Neurology* 1993;43:1270.
7. Hannerz J. A case of parasellar meningioma mimicking cluster headache. *Cephalalgia* 1989;9:265-9.
8. Lefevre JP, Simmat G, Bataille B, Salles M, Gil R, Boissonnot L, Roualdes G. Algies vasculaires de la face dues a un méningiome. *Presse Med* 1984;13:2323.
9. Kuritzky A. Cluster headache-like pain caused by an upper cervical meningioma. *Cephalalgia* 1984;4:185-6.
10. Cremer P, Halmagyi GM, Goadsby PJ. Secondary cluster headache responsive to sumatriptan. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1995;59:633-4.
11. West P, Todman D. Chronic cluster headache associated with a vertebral artery aneurysm. *Headache* 1991;31:210-212.
12. Hunter CR, Mayfield FH. Role of the upper cervical roots in the production of pain in the head. *American Journal of Surgery* 1949;78:743-49.
13. Tfelt-Hansen P, Paulson OB, Krabbe AE. Invasive adenoma of the pituitary gland and chronic migrainous neuralgia. A rare coincidence or a causal relationship? *Cephalalgia* 1982;2:25-28.
14. Mani S, Deeter J. Arteriovenous malformation of the brain presenting as a cluster headache – a case report. *Headache* 1982;22:184-85.
15. Lance JW. *Mechanism and management of headache*, 5th edn. Butterworth Scientific, London, 1993.
16. Heidegger S, Mattfeldt T, Rieber A et al. Orbito-sphenoidal aspergillus infection mimicking cluster headache: a case report. *Cephalalgia* 1997;17:676-79.
17. Koenigsber AD, Solomon GD, Kosmorsky DO. Pseudoaneurysm within the cavernous sinus presenting as cluster headache. *Headache* 1994;34:111-113.
18. Sjaastad O, Saunte C, Salvesen R, et al. Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating, and rhinorrhea. *Cephalalgia* 1989;9:147-56.
19. Pareja JA, Ming JM, Kruszezowski P, Caballero V, Pamo M, Sjaastad O. SUNCT syndrome: duration, frequency and temporal distribution of attacks. *Headache* 1996;36:161-5.

Correspondentie-adres auteurs:

Drs. J. Trip, arts-assistent
Drs. G. de Jong, neuroloog

Isala klinieken, locatie Weezenlanden
 Afdeling Neurologie
 Groot Weezenland 20
 8011 JW Zwolle
 Tel: 038-4244354
 Fax: 038-4243285