

Clusterhoofdpijn en cerebellair meningeom – toeval of causaal verband?

door J.A. van Vliet, J. Haan, en M.D. Ferrari voor de Nederlandse RUSSH werkgroep (Rare Unusual Severe and Short-lasting Headaches)

Met interesse lazen wij het artikel 'Symptomatische cluster-hoofdpijn' door J. Trip en G. de Jong in het Nederlands Tijdschrift voor Neurologie (2001;1:29-31). Er wordt een 51-jarige man beschreven met eenzijdige, tot 2 uur durende, zeer heftige pijn aanvallen bij de slaap, die gepaard gaan met ipsilaterale rhinorrhoe. De aanvallen komen tot 5 keer per dag voor en tussen de aanvallen heeft de patiënt een zeurende 'achtergrond-hoofdpijn'. Lichamelijk onderzoek levert geen bijzonderheden op en de werkdiagnose cluster-hoofdpijn wordt gesteld. Behandeling met sumatriptan injecties en verapamil 3 dd 80 mg bleken niet effectief. Een aantal, volgens de auteurs, atypische kenmerken (debuut na het veertigste levensjaar, afwezigheid van periodieke aanvallen, interictale achtergrondhoofdpijn, inadequate reactie op medicatie) waren aanleiding tot het zoeken naar een onderliggende oorzaak voor de klachten. Bij aanvullend onderzoek wordt een cerebellair meningeom gevonden. Na extirpatie van de tumor werd de patiënt klachtenvrij. De auteurs schrijven de aanvalsgewijze hoofdpijn toe aan het cerebellair meningeom.

Wij zouden enig commentaar willen geven op de voornaamste conclusies van het artikel: de zogenaamde 'atypische' kenmerken op basis waarvan aanvullend onderzoek gedaan werd, en het toeschrijven van de klachten aan het meningeom.

Momenteel zijn wij bezig met onderzoek bij ruim 1.800 Nederlandse patiënten met clusterhoofdpijn en daarop gelijkende aandoeningen. De gemiddelde leeftijd van de eerste clusterhoofdpijnaanval was 32 ± 13.7 (25% had de eerste aanval na het 40e jaar). Van de patiënten gaf 16% aan dat zij tussen de clusterhoofdpijnaanvallen door een continue, matige hoofdpijn hebben. Tevens was er bij 16% van de patiënten sprake van (primair of secundair) chronische clusterhoofdpijn, hetgeen wil zeggen dat de aanvallen niet in periodes of 'clusters' optreden, maar continu. Gezien deze niet geringe percentages, lijken deze kenmerken dus geen 'atypische' kenmerken

van clusterhoofdpijn te zijn, maar gewoon onderdeel van het klinische spectrum. Het niet werkzaam zijn van medicatie mag eigenlijk nooit gebruikt worden om aan andere diagnoses te denken. Bovendien werkt sumatriptan subcutaan slechts bij 74% van de patiënten¹ en verapamil dient niet zelden in veel hogere doses, tot 3 dd 240 mg, gegeven te worden alvorens een preventief effect bereikt wordt. Ook vinden wij het moeilijk de locatie van de tumor bij deze patiënt in verband te brengen met het optreden van deze aanvallen. Recent onderzoek heeft structurele en functionele verandering aangetoond in de hypothalamus van clusterhoofdpijn patiënten.^{2,3} Deze bevindingen zouden het optreden van aanvallen volgens een dagelijks ritme en het optreden van de clusters volgens een jaarlijks ritme kunnen verklaren, omdat de hypothalamus een rol speelt bij de menselijke 'biologische klok'. Ook lijkt bij clusterhoofdpijn activatie van de n. trigeminus en de nucleus trigeminus caudalis in de hersenstam een rol te spelen.⁴ Een locatie in het cerebellum, die gezien het normale neurologische onderzoek geen duidelijk ruimte-innemend effect gaf, past dus niet bij deze bevindingen. Het feit dat de beschreven patiënt na extirpatie van de tumor klachtenvrij werd kan ook op toeval berusten. Chronische clusterhoofdpijn kan immers een grillig beloop hebben, waarbij spontaan klachtenvrije episodes mogelijk zijn. Alleen lange follow-up van de patiënt kan bewijzen dat zijn clusterhoofdpijnaanvallen echt verdwenen zijn. Het zou interessant zijn te vernemen of de betrokken patiënt in de toekomst nog aanvallen ontwikkelt. Wij vragen ons af of de radiologische bevindingen bij deze patiënt op toeval zouden kunnen berusten. De in dit artikel genoemde 'atypische kenmerken' zijn ons inziens geen reden om aanvullend onderzoek te doen.

Referenties

1. Ekblom K for the sumatriptan cluster headache study group. Treatment of the acute cluster headache with sumatriptan. *N Engl J Med* 1991;325:322-6.
2. May A, Bahra A, Büchel C, Frackowiak RSJ, Goadsby PJ. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *The Lancet* 1998;352:275-8.
3. May A, Ashburner J, Büchel C, McGonicle DJ, Friston KJ,

Frackowiak RSJ et al. Correlation between structural and functional changes in brain in an idiopathic headache.

Nature medicine 1999;5:836-8.

4. Goadsby PJ. Cluster headache: new perspectives. *Cephalalgia* 1999;19:39-41.

RUSSH (Rare and Unusual, Severe, and Short-lasting Headaches) werkgroep:

J.W.M. ter Berg, F.E.A.M. Bussemaker, E.G.M. Couturier, P.J.E. Eekers, D. Herderschee, J.B.M. ten Holter, A. Knuistingh Neven, P. Koehler, J.H. Kok, J.B.M. Kuks, J.A.M. Kuster, L.J.M.M. Mulder, E. Siebenga, T.J. Tacke, J.L. van der Zwan.

Reactie van auteurs Drs. J. Trip en Drs. G. de Jong op de ingezonden brief van J.A. van Vliet, J. Haan en M.D. Ferrari

Wij danken Van Vliet et al. voor hun reactie op ons artikel 'Symptomatische cluster-hoofdpijn' (2001;1: 29-31). Zij geven commentaar op de conclusies van dit artikel.

Het lopend onderzoek van Van Vliet et al. onder 1.800 Nederlandse patiënten met cluster-hoofdpijn en daarop gelijkende aandoeningen kan gaan bijdragen aan het inzicht in het klinisch spectrum van cluster-hoofdpijn en verwante aandoeningen. De resultaten zijn echter nog niet gepubliceerd, zodat de mogelijkheid van een reactie ontbreekt. Atypische kenmerken, zoals eerder beschreven door Mathew, blijven volgens ons gelden als overweging voor de diagnose symptomatische cluster-hoofdpijn.¹

Van Vliet et al. vinden het moeilijk de locatie van de tumor in verband te brengen met het optreden van de aanvallen. Er wordt een beeld geschetst waaruit opgemaakt zou kunnen worden dat de pathofysiologie van symptomatische cluster-hoofdpijn onomstotelijk vast staat. Dit is ons inziens niet het geval. Daarnaast stellen de auteurs dat er gezien het normale neurologisch onderzoek geen sprake kan zijn van een duidelijk ruimte-innemend effect. Ook hierin verschillen wij van mening. Uiteraard kan er bij een normaal neurologisch onderzoek sprake zijn van een ruimte-innemend effect met drukverhoging, zoals bij onze patiënt het geval was (zie foto's, op pagina 30 van het oorspronkelijke artikel).

Wij beschrijven een patiënt met een sinds twee jaar bestaande progressieve, niet op medicamenteuze behandeling reagerende hoofdpijn. Direct na het operatief verwijderen van een gevonden cerebellair meningeoom verdwijnen de symptomen. Momen-

teel, anderhalf jaar na de operatie, is de patiënt nog steeds geheel aanvalsvrij. Wij menen dat het verdwijnen van de symptomen na het verwijderen van het meningeoom geen toeval is, zoals door van Vliet et al. wordt gesuggereerd.

Referenties

1. Mathew NT. Symptomatic cluster headache. *Neurology* 1993;43:1270.

J. Trip, G. de Jong
Zwolle, maart 2001