

verergering van de ademhalingsinsufficiëntie kunnen leiden.

Als u vorenstaande maatregelen genomen hebt, zult u gedurende enige tijd bij de patiënt moeten blijven om het effect van de behandeling te kunnen nagaan. U kunt deze tijd gebruiken om de anamnese verder uit te diepen en bij u zelf na te gaan of u denkt de patiënt thuis te kunnen behandelen of dat hij in een ziekenhuis moet worden opgenomen. In dat laatste geval zult u de ambulance waarschuwen, maar wel met het transport moeten wachten tot de patiënt in een iets betere toestand is gekomen. Of u zelf met het transport mee zult gaan, dan wel zult kunnen volstaan met een uitdrukkelijke instructie voor het ambulancepersoneel, zal van geval tot geval verschillen. Indien u besluit de

patiënt voorlopig thuis verder te behandelen, zult u een aantal maatregelen moeten treffen die op langere termijn effectief zijn. Ik wil hierop in deze les niet verder ingaan.

Tot nu toe heb ik met opzet vermeden te spreken over uw opvang van de patiënt. Ik wil er alleen van zeggen dat ik er van overtuigd ben dat de meeste artsen zich realiseren hoe diepgaand een patiënt zich door een ernstige kortademigheidsaanval in zijn bestaan bedreigd voelt, en hoe zeer hij, maar ook zijn familie, onder deze omstandigheden uw steun, ook de niet-medicamenteuze, nodig heeft.

Rijksuniversiteit Groningen, december 1974

OORSPRONKELIJKE STUKKEN

Cluster-hoofdpijn

DR. R. TH. R. WENTGES, KEEL-, NEUS- EN OORARTS

Inleiding

Cluster-hoofdpijn is een betrekkelijk zeldzaam syndroom dat gekenmerkt wordt door zich regelmatig herhalende aanvallen van uiterst hevige pijn aan één zijde met een zeer typische symptomatologie. Hoewel het ziektebeeld reeds meermalen in dit tijdschrift is genoemd (SEKHUIS 1939; DE WIT 1965; KRAMER en DE WEERDT 1966; BIEMOND 1971; WENTGES 1971) is er nog geen afzonderlijk artikel aan gewijd. Het blijkt, ongetwijfeld ten gevolge van zijn zeldzaamheid, soms niet te worden herkend en daarom lijkt het nuttig de ervaringen die in de Nijmeegse Keel-, Neus- en Oorheelkundige Kliniek met 29 van deze patiënten zijn opgedaan, te bespreken.

Naamgeving

Ontrent de benaming van dit syndroom bestaat een ontstellende verwarring. Volgens sommige auteurs zou MÖLLENDORF (1867) de ziekte als eerste hebben beschreven onder de naam „rote Migräne”. Lezing van het desbetreffende artikel doet echter eerder een beschrijving van de klassieke migraine vermoeden dan van cluster-hoofdpijn.

In 1908 beschreef SLUDER het „syndroom van het ganglion sphenopalatinum”; hij stelde dat iedere rhinoloog het beeld zou herkennen als de „terrible or terrific cold”. Wij kunnen ons niet aan de indruk ont-

SAMENVATTING

Het klinische beeld, de differentiaaldiagnose en de therapie van cluster-hoofdpijn worden besproken. Er wordt een overzicht gegeven van de therapie zoals deze thans in de Nijmeegse KNO-kliniek wordt toegepast. Indien een behandeling met Cafergot-suppositoria geen effect heeft, wordt de patiënt ingesteld op methysergide (Deseril). Bij falen hiervan wordt de patiënt behandeld met pizotifeen (Sandomigran) en ergotaminetartraat (Gynergeen)-injecties. Als ultimum refugium wordt tenslotte extirpatie van het ganglion pterygopalatinum toegepast.

trekken dat een groot aantal van de patiënten die SLUDER in zijn vele publikaties over dit onderwerp beschreef, thans als lijders aan cluster-hoofdpijn zou worden aangemerkt. Of het zin heeft het „syndroom van het ganglion sphenopalatinum” s. pterygopalatinum” als een afzonderlijk ziektebeeld af te grenzen, is de vraag: zo konden KRAMER en DE WEERDT (1966) bij geen van hun patiënten met neuralgische pijnen van gelaat en hoofd tot deze diagnose komen en ook in de Nijmeegse KNO-kliniek is deze diagnose de laatste vijf jaar niet meer met overtuiging gesteld.

De eerste meer of mindere volledige beschrijving van de ziekte verscheen in 1913 van de hand van BING, die een vergelijking maakte met het syndroom van WEIR MITCHELL (erytromelalgie, 1878) en naar analogie hiervan de descriptieve naam „erythroproso-palgie” voorstelde. In Frankrijk werden vergelijkbare

Uit de Kliniek voor Keel-, Neus- en Oorziekten (hoofd: Prof. Dr. W. F. B. BRINKMAN) van het St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen.

syndromen beschreven door DUVERGER en CANUYT (névralgie du ganglion sphéno-palatine, 1923) en door VALLÉRY-RADOT en BLAMOUTIER (vasodilatation hémicéphalique, 1925), en in Groot-Brittannië door HARRIS (periodic migrainous neuralgia, 1926; ciliary neuralgia, 1937). BRICKNER en RILEY (1935) voerden de term „autonomic faciocephalgia” in.

Veel belangstelling werd gewekt door de talrijke publikaties van de Amerikaan HORTON (HORTON e.a. 1939; HORTON 1957). Deze vond dat de typische aanvallen bij lijders aan de ziekte konden worden geprovoceerd door inspuiting van histamine; hij stelde eerst de naam „erythromelalgia of the face” voor, later ook „histamine headache” of „histaminic cephalgia”.

De tegenwoordig meest gebruikte term is ongetwijfeld „cluster headache”; deze werd in 1952 door KUNKLE e.a. gelanceerd. Er wordt mee aangegeven dat de ziekte veelal een typische periodiciteit vertoont, dus in zg. „clusters”, groepjes van aanvallen optreedt.

Deze naam heeft ook haar weg gevonden in de Nederlandse medische literatuur en zal daarom door schrijver dezes worden overgenomen, al is hij zich er volkomen van bewust dat de term „cluster-hoofdpijn” een taalkundig en esthetisch onding is.

Om tenslotte een indruk te geven van de semantische verwarring die over dit onderwerp bestaat, volgen in tabel 1 de verschillende termen die men in de desbetreffende, zeer uitgebreide literatuur kan tegenkomen.

TABEL 1
OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE BENAMINGEN VOOR
„CLUSTER-HOOFDPIJN”

SLUDER (1908, 1927)	Neuralgia of the sphenopalatine ganglion Sluder's syndrome Sluder's lower-half headache
BING (1913)	Erythroprosopalgie Bingsches Kopfschmerzsyndrom
VALLÉRY-RADOT en BLAMOUTIER (1925)	Vasodilatation hémicéphalique
HARRIS (1926, 1937)	Periodic migrainous neuralgia Ciliary neuralgia Harris' neuralgia
VAIL (1932)	Vidian neuralgia
BRICKNER en RILEY (1935)	Autonomic faciocephalgia
HORTON e.a. (1939, 1941)	Erythromelalgia of the face Histamine headache Histaminic cephalgia
KUNKLE (1952)	Cluster headache
Andere termen:	Bing-Horton-syndroom Vascular headache Algie faciale vasculosympathique Petrosal neuralgia

Symptomatologie

Ofschoon — zoals altijd in de geneeskunde — geen twee ziektegeschiedenissen identiek zijn, is de anamnese van de patiënt met cluster-hoofdpijn zó kenmerkend dat na het opnemen ervan slechts zelden diagnostische twijfel zal bestaan. De klinische gegevens in de literatuur over dit onderwerp stemmen ook zo duidelijk met elkaar overeen dat er korthedshalve van zal worden afgezien een verder literatuuroverzicht te geven.

In verreweg de meeste gevallen (80-90%) is de patiënt een man die, meestal in de vierde of vijfde decade van zijn leven, plotseling aanvallen van hoofdpijn aan één kant krijgt, die hem vaak 's nachts, kort na het inslapen, veelal omstreeks twee uur overvallen; ze kunnen echter ook 's morgens vroeg of overdag voorkomen. Typisch is dat bij dezelfde patiënt de aanvallen zich gewoonlijk op hetzelfde uur voordoen: „ik kan de klok erop gelijk zetten”. De gemiddelde duur van de aanvallen is drie kwartier, met uitersten van een kwartier en 3-4 uur.

Vaak treden de aanvallen in groepjes, „clusters” op: nadat de patiënt gedurende verscheidene weken of maanden ieder etmaal één of meer aanvallen heeft gehad, blijven ze plotseling zonder aanwijsbare oorzaak weg en de patiënt is dan gedurende soms vele maanden volledig klachtenvrij. De meeste aanvallen doen zich overigens voor tijdens herfst en winter.

Hoewel de lokalisatie van de pijn van patiënt tot patiënt geringe verschillen vertoont, is ze bij dezelfde patiënt steeds identiek, al kan de intensiteit variëren. De ernstigste pijn wordt gewoonlijk aangegeven achter en in het oog, aan één en altijd dezelfde kant. De pijn kan supra- en infra-orbitaal uitstralen en wordt soms ook in de neuswortel gevoeld. Verder kan de pijn uitstralen naar de slaap, achter het oor, en in de mandibula. Een enkele patiënt geeft discrete pijnpunten aan op de kruin en het occiput.

De kwaliteit van de pijn wordt nogal verschillend beschreven: bonzend, brandend, borend: „alsof er zonder verdoving in een kies wordt geboord”. In kwantitatief opzicht wordt de pijn als uitermate ernstig omschreven; vrijwel alle patiënten noemen ongevraagd woorden als: ondraaglijk, onduelbaar. Een aantal patiënten geeft toe suicide te hebben overwogen; het feit dat de zekerheid bestaat dat de aanval na verloop van tijd weer verdwijnt, weerhoudt hen uiteindelijk hiervan. Alle patiënten zijn het erover eens dat deze vorm van pijn verreweg de ergste is die zij ooit hebben ervaren.

Gedurende de aanval zijn er ook symptomen die duiden op een veranderde activiteit van het autonome zenuwstelsel: het gelaat aan de zijde van de aanval is gewoonlijk rood en er is soms ook een verhoogde zweetsecretie aan die kant. De A. temporalis pulseert vaak sterker dan aan de normale zijde. Veel patiënten vertonen ptosis, sommige ook myosis. Zeer kenmerkend is het vóórkomen van waterige rhinorrhoea, neusverstopping en oogtranen aan de

aangedane kant. Aangezien de pijn in liggende houding nog erger is dan bij staan, komen de patiënten bij de eerste tekenen van een aanval het bed uit; meestal ijsberen zij rusteloos rond tot de aanval begint af te zakken. Sommige lijdens hebben bepaalde methoden ontwikkeld om te pogen de pijn te verzachten; zo houdt één onzer patiënten zijn hoofd onder de koude kraan en snuift hij grote hoeveelheden koud water via de neus op. Andere patiënten oefenen druk uit op de A. carotis aan de aangedane zijde. Sommigen slapen op veel kussens omdat zij menen meer kans op een aanval te hebben bij plat liggen. De meerderheid van de patiënten heeft ervaren dat alcoholgebruik, zelfs in zeer geringe hoeveelheid, de aanvallen provoceert. De meesten zien dan ook radicaal van alcohol af. Merkwaardig is dat in de klachten-vrije periode tussen twee „clusters” wel alcohol gebruikt kan worden zonder dat een aanval volgt. Het meemaken van een aanval van cluster-hoofdpijn is een indrukwekkende gebeurtenis die men niet gauw vergeet. De patiënt is werkelijk radeloos, de geneesheer vaak evenzeer.

Differentiaaldiagnose

Omdat het onmogelijk is in dit korte bestek uitvoerig op de differentiaaldiagnostiek van hoofdpijn in te gaan, zullen enkele ziektebeelden die een zekere oppervlakkige gelijkenis met cluster-hoofdpijn vertonen, kort worden besproken. Zoals reeds opgemerkt, zullen zich overigens zelden differentiaaldiagnostische moeilijkheden voordoen.

Essentiële trigeminusneuralgie. Deze ziekte begint gewoonlijk op latere leeftijd dan cluster-hoofdpijn (zesde en zevende decade) en komt iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Deze patiënten hebben enkele seconden durende aanvallen van zeer hevige pijn, die zich nauwkeurig houdt aan het innervatiegebied van de N. trigeminus aan één kant, dit in tegenstelling tot cluster-hoofdpijn. Er zijn „trigger-areas” bij aanraking waarvan de pijn kan ontstaan. Vegetatieve verschijnselen ontbreken gewoonlijk. Carbamazepine (Tegretol) heeft in een hoog percentage van de gevallen een zeer gunstig therapeutisch effect.

Het syndroom van de N. ethmoidalis anterior. Het syndroom komt vooral voor bij vrouwen boven veertig jaar. Het wordt gekenmerkt door pijn in de mediale ooghoek, uitstralend naar de ossa nasalia en naar supra-orbitaal. Het zou veroorzaakt worden door intranasale afwijkingen die zich bevinden in het innervatiegebied van de N. ethmoidalis anterior. Correctieve ingrepen aan conchae en neustussenschot zouden vaak genezing brengen (SHALOM 1963). Indien het syndroom gecombineerd is met oogheelkundige afwijkingen staat het te boek als syndroom van CHARLIN (1931).

De post-herpetische neuralgie. Bij de post-herpetische neuralgie is in de anamnese gewoonlijk sprake van de typische efflorescenties van herpes zoster, meestal in het gebied van de eerste tak van de N. tri-

geminus. De pijn is constant en heeft een brandend karakter.

Neuralgie van de N. maxillaris na ontsteking of trauma. In aansluiting op een sinusitis, een aangezichtstrauma en ook na een operatie volgens Caldwell-Luc, kan een chronische neuralgie van de N. maxillaris ontstaan. De pijn treedt niet aanvalsgewijs op, maar is vrijwel constant aanwezig.

Atypische aangezichtsneuralgie. Volgens de klassieke beschrijving van GLASER (1928) komt dit ziektebeeld in 75% van de gevallen bij vrouwen voor. In tegenstelling tot de genuïne trigeminusneuralgie kenmerkt het zich door een chronische, diep gezetelde, gewoonlijk tot één zijde beperkte pijn in de bovenkaak, welke kan uitstralen naar het oog, de huid van het behaarde hoofd en zelfs naar de hals en schouder; m.a.w. de pijn beperkt zich niet tot het innervatiegebied van de N. trigeminus. De patiënten maken vaak een wat depressieve indruk en algemeen wordt aangenomen dat psychogene momenten een rol spelen bij het ontstaan van de klachten.

Migraine. Bij migraine is er, i.t.t. cluster-hoofdpijn, veelal een positieve familie-anamnese. Er treden vaak visusstoornissen en scotomen bij op. De migraine-aanval duurt veel langer dan de cluster-hoofdpijn; typisch is ook dat de patiënt met migraine bij voorkeur stil op bed ligt, terwijl die met cluster-hoofdpijn rusteloos rondloopt.

Arteriitis temporalis. Arteriitis temporalis komt in verreweg de meeste gevallen bij oudere patiënten voor. Het is in feite een uiting van een algemene vaatziekte (DE BLÉCOURT 1972). De A. temporalis is gewoonlijk palpabel en drukpijnlijk. Er treden nogal eens visusstoornissen op die van ernstige aard kunnen zijn (FOLKERTS 1971). De bezinkingssnelheid is sterk verhoogd. De klachten verdwijnen onder invloed van corticosteroïden.

Etiologie

Cluster-hoofdpijn wordt tegenwoordig algemeen beschouwd als een vasculair syndroom, behorend bij de groep der migraine-achtige beelden. Terwijl echter bij de klassieke migraine vooral de A. carotis interna en haar zijtakken betrokken zijn, speelt de cluster-hoofdpijn zich hoofdzakelijk af in het stroomgebied van de A. carotis externa. Voor een vasculaire genese van de ziekte pleit dat de aanvallen kunnen worden geprovoceerd door vaatverwijdende middelen (histamine, amylnitriet, alcohol) en kunnen worden gecoupeerd door vasoconstrictiva (adrenaline, ergotaminepreparaten). De lokalisatie van de pijn is ook moeilijk te verklaren op grond van de loop van de zenuwen in hoofd en hals, maar past uitstekend bij het arteriële patroon van dit gebied.

Therapie

Medicamenteuze therapie. Zoals reeds eerder vermeld, stelden HORTON e.a. (1939) vast dat de typische aanvallen door onderhuidse inspuiting van histamine

geprovoceerd konden worden; zij trokken hieruit de conclusie dat de oorzaak van de aandoening lag in een overgevoeligheid voor histamine en de patiënten werden derhalve behandeld met een langzaam stijgende „histamine-desensibilisatie”. Hoewel HORTON aanvankelijk gunstige resultaten meldde, konden deze door latere onderzoekers niet bevestigd worden; deze therapie is thans dan ook in onbruik geraakt. Ook is gebleken dat de meeste antihistaminica geen enkele invloed op de ziekte hebben.

Het fasische verloop van het ziektebeeld, waarbij de aanvallen plotseling kunnen ophouden, is er de oorzaak van dat men in de literatuur tal van casuïstische mededelingen vindt, waarin goede resultaten van een bepaalde vorm van therapie worden vermeld. Overeenstemming heerst echter alleen over het gunstige effect van anti-migrainetherapie bij cluster-hoofdpijn (o.m. in de grotere patiëntenseries van SYMONDS (1956), FRIEDMAN en MIKROPOULOS (1958) en HEYCK (1962)). Bij het voorschrijven van deze vorm van therapie gelden in het algemeen dezelfde overwegingen als bij de behandeling van migraine; over dit onderwerp is onlangs een uitvoerige beschouwing gewijd in het *Geneesmiddelenbulletin* („Pharmaca bij migraine” (1973), *Geneesmiddelenbulletin* 7, 46), zodat hierop niet nader zal worden ingegaan. De medicamenteuze therapie van cluster-hoofdpijn zal nog verder ter sprake komen naar aanleiding van onze eigen patiënten.

Chirurgische therapie. Hoewel bij de meeste patiënten een goed resultaat geboekt wordt met een medicamenteuze behandeling, blijven er altijd enkele patiënten over die resistent blijken tegen elke vorm van medicamenteuze therapie. Er zijn verschillende operatieve technieken ontworpen met het doel ook deze groep patiënten van hun lijden te verlossen; hoewel met de meesten van hen incidentele successen worden vermeld, blijkt toch geen enkele een definitieve oplossing van het probleem te geven. Zo sneden WHITE en SWEET (1955) de Nn. petrosi major en minor door en JAEGER (1964) de Nn. petrosi terwijl hij tevens het ganglion cervicale superius verwijderde. GOLDING-WOOD (1971) verrichtte cervicale sympathectomie, terwijl COOK (1971) zijn patiënten met cryochirurgie behandelde. Wel het meeste is gepubliceerd over de extirpatie van het ganglion pterygopalatinum. De ervaringen van de verschillende auteurs lopen uiteen van bijzonder gunstig (P. H. GOLDING-WOOD 1972, persoonlijke mededeling) tot slechts matig effectief (MEYER e.a. 1970; WENTGES 1973).

Eigen patiënten

In de Nijmeegse KNO-kliniek zijn in de periode tussen 1966 en 1974 29 patiënten onder behandeling geweest bij wie de diagnose cluster-hoofdpijn is gesteld (tabel 2). Bij alle patiënten was tevoren een neurologisch onderzoek verricht waarbij geen afwijkingen aan het licht kwamen die de hoofdpijnaanvallen konden verklaren. Van deze 29 patiënten waren slechts

2 vrouwen, waarbij opgemerkt dient te worden dat bij één patiënte (D) vermoedelijk een genuïne trigeminus-neuralgie met een cluster-hoofdpijn-syndroom samenhang. De ziektegeschiedenis van deze patiënte werd reeds elders uitvoeriger gepubliceerd (WENTGES 1973). Bij de meeste patiënten begon de aandoening tussen het 35e en 55e levensjaar. Een typisch verloop met „clusters” was slechts bij 21 patiënten aanwezig; 2 patiënten zijn nog te kort onder behandeling om het bestaan van clusters met zekerheid te kunnen vaststellen. Bij 6 patiënten ontbraken de clusters, hoewel het verloop van de aanvallen verder zó typisch was, dat zij zonder aarzeling in de te bespreken groep konden worden opgenomen. Bij 2 van deze 6 patiënten waren de aanvallen overigens wel met clusters begonnen, maar in de loop der jaren chronisch geworden. Autonome begeleidingsverschijnselen (rhinorrhoea, lacrimatie en neusverstopping, conjunctivale injectie, roodheid en zweten van het gelaat, dit alles uitsluitend aan de aangetaste zijde) ontbraken slechts bij 2 patiënten. De frequentie van de aanvallen varieerde van minder dan één maal per dag tot 4-5 maal daags. De duur van de aanvallen wisselde van 15 minuten tot enkele uren, slechts bij één patiënte (D), die ook overigens een wat atypisch beeld vertoonde, waren de aanvallen korter van duur. Bij 15 patiënten traden de aanvallen uitsluitend links, bij 12 uitsluitend rechts op. Bij één patiënt (A) traden de aanvallen oorspronkelijk links op en verdwenen na een extirpatie van het ganglion pterygopalatinum; een half jaar later kwamen ze in precies dezelfde vorm aan de rechterzijde terug. Eén patiënt (M) heeft afwisselend aanvallen links en rechts.

De behandeling

De behandeling van patiënten met cluster-hoofdpijn is niet eenvoudig en vereist veel geduld. Tevoren moet worden opgemerkt dat wij er niet in geslaagd zijn alle patiënten pijnvrij te krijgen. Toch lukt het bij verreweg de meesten de aanvallen geheel of gedeeltelijk onder controle te houden.

Vele patiënten die bij ons onder behandeling kwamen, hadden reeds tal van chirurgische ingrepen ondergaan: kiesextracties, kaakspoelingen, operatie volgens Caldwell-Luc, exereses van de N. infra-orbitalis. In het navolgende zal een overzicht worden gegeven van het behandelingsschema dat wij thans bij onze patiënten toepassen. Hierbij wordt nog op de twee volgende zaken gewezen. In de eerste plaats is orale therapie gedurende een aanval vrijwel zinloos, daar tegen de tijd dat de werking van het middel intreedt, de aanval reeds tot zijn maximum-intensiteit is gekomen en dan nauwelijks meer therapeutisch te beïnvloeden is. In de tweede plaats moet de wijze van therapie zeer sterk worden aangepast aan het aanvalspatroon dat de patiënt vertoont; in vele gevallen zal het wenselijk zijn hem zelf in hoge mate „inspraak” te verlenen bij het vaststellen van de therapie. In het algemeen passen wij bij onze patiënten thans de

TABEL 2

GEGEVENS VAN 29 PATIËNTEN MET CLUSTER-HOOFDPIJN IN DE NIJMEEGSE KNO-KLINIEK VAN 1966-1974

Patiënt	Geslacht	Begin- leeftijd (jr.)	Typische clusters	Autonome symptomen	Freq./ week	Duur (min.)	Aanvallen uitslui- tend of in hoofdzaak 's nachts	Hoe lang aanvallen? (jaar)	Aange- taste zijde
A	♂	19	+	+	7	45	+	7	L + R
B	♂	33	+	+	7	10-120	—	9	L
C	♂	46	—	+	4	30-60	+	7	R
D	♂	39	+	+	10	1-5	+	18	R
E	♂	41	+	+	10	30	+	6	L
F	♂	61	+	+	7	15-180	+	14	L
G	♂	54	+	+	30	5-60	+	9	L
H	♂	59	+	+	7	60-360	+	6	L
I	♂	39	+	+	10	45	+	3	L
J	♂	19	+	+	7	30-60	—	4	R
K	♂	51	+	+	4	45-240	—	3	R
L	♂	39	?	+	7	30-240	+	<1	R
M	♂	46	—	+	10	15-240	+	6	L + R
N	♂	43	+	+	3	60	+	6	R
O	♂	20	+	+	10	15	+	27	L
P	♂	46	+	+	3	45	+	2	L
Q	♂	55	+	+	14	30-240	+	3	R
R	♂	28	—	+	30	15-240	+	3	R
S	♂	24	+	+	1	120	+	20	L
T	♂	32	—	+	7	60	—	2	R
U	♂	52	—	+	10	45	+	3	L
V	♂	45	+	—	7	120	—	20	R
W	♂	50	—	+	2	120	+	18	L
X	♂	26	?	—	15	30-240	+	<1	R
Y	♂	42	+	+	7	30-60	+	10	L
Z	♂	20	+	+	20	120	+	10	L
AA	♂	32	+	+	7	20	+	6	R
BB	♂	53	+	+	10	30	—	16	L
CC	♂	49	+	+	20	60	+	8	L

volgende vormen van therapie in de gegeven volgorde toe¹:

1. *Cafergot*-suppositoria zodra zich de eerste tekenen van een aanval manifesteren. Zeven van onze patiënten kunnen hun aanvallen met deze therapie redelijk onder controle houden. Eén patiënte (W) krijgt ten gevolge van de *Cafergot*-suppositoria ernstige angineuze klachten, zodat wij de behandeling hiermede hebben moeten staken, ondanks het feit dat de aanvallen door deze therapie onderdrukt werden.

2. *Methysergide* (*Deseril*). Indien de klachten niet voldoende reageren op de onder 1 beschreven behandeling, wordt een intervaltherapie ingesteld met *methysergide*. Wegens het gevaar voor retroperitoneale

fibrose en fibrose van longen, pleura, pericard en grote vaten, mag deze therapie niet langer dan 3 maanden achtereen worden toegepast. In tegenstelling tot vermeldingen in de literatuur, waarin vaak goede resultaten met *methysergide* bij cluster-hoofdpijn worden vermeld, zijn onze resultaten niet zeer gunstig. Slechts bij twee patiënten verbeterden de klachten in belangrijke mate. Wel dient te worden opgemerkt dat het middel niet bij alle patiënten werd toegepast.

3. Weer een stap verder is de gecombineerde behandeling met *pizotifeen* (*Sandomigran*) en *ergotamine-tartraat* (*Gynergeen*). *Pizotifeen* wordt gegeven in opklimmende dosering, tot een dosis van 3 of 4 dragées per dag is bereikt. De patiënten wordt verder geleerd zich subcutaan in te spuiten met *ergotamine-tartraat* zodra de eerste tekenen van een aanval zich voordoen. Het spreekt vanzelf dat hun tevoren uitvoerig wordt gewezen op de gevaren van een lang voortgezette therapie met *ergotaminepreparaten* en op de eerste symptomen van eventuele overdosering:

¹Dat het aantal in deze paragraaf besproken patiënten slechts 26 bedraagt, is te verklaren uit het feit dat drie patiënten, die wij pas ná een cluster voor het eerst zagen, tot nu toe vrij van aanvallen zijn gebleven en dus geen therapie behoeven.

koude acra en acroparesthesieën, claudicatio intermittens en angineuze klachten. De maximale dosis die wij onze patiënten laten spuiten bedraagt 2 amp. à 0,5 mg ergotaminetartraat per dag, met een maximum van 10 ampullen à 0,5 mg per week. Het is duidelijk dat deze methode slechts gebruikt kan worden bij intelligente patiënten. Het is interessant te zien hoe sommigen een systeem uitwerken waarmee zij zich met een minimale dosis klachtenvrij kunnen houden.

Onze ervaringen met deze therapie zijn vrij gunstig; 9 patiënten die niet op andere therapie reageerden, kunnen zich thans klachtenvrij houden of de beginnende aanval in 10-15 minuten couperen. Sommigen dienen zich de injectie vlak voor het naar bed gaan toe, dus niet pas als de aanval begint, en kunnen zich zo een aanvalsvrije nacht bezorgen.

4. Tenslotte blijft er helaas altijd nog een groep patiënten over bij wie geen enkele vorm van medicamenteuze therapie voldoende effect heeft. Bij 7 van hen is in onze kliniek een extirpatie van het ganglion pterygopalatinum verricht. Twee patiënten werden klachtenvrij (observatietijd resp. 3 en 1½ jaar), één van hen is de reeds genoemde patiënt A, bij wie na een extirpatie van beide ganglia pterygopalatina geen aanvallen meer optreden. Bij 2 patiënten werd de intensiteit van de aanvallen minder, maar de frequentie bleef dezelfde. Bij de overige 3 patiënten tenslotte trad na operatie geen verandering van het klinische beeld op. Uit deze gegevens blijkt wel dat de extirpatie van het ganglion pterygopalatinum zeker niet de definitieve oplossing biedt van het probleem van de cluster-hoofdpijn. Aan de andere kant is de toestand van de patiënten met deze afschuwelijke kwaal, die niet op conservatieve therapie reageren, gewoonlijk zó desolaat, dat zij met graagte elke mogelijkheid om van hun klachten af te komen aangrijpen. In uitzonderingsgevallen achten wij het derhalve verantwoord de operatie als ultimum refugium toe te passen.

SUMMARY

Cluster-headache. — The clinical picture, the differential diagnosis, and the treatment of cluster headache are discussed. A survey of the treatment used in the E.N.T. clinic at Nijmegen is then given. If treatment with Cafergot suppositories is ineffective, the patient is started on methysergide (Deseril). If this fails too the patient is treated with pizotifen (Sandomigran) and injections of ergotamine tartrate (Gynergen). Finally as a last resort the pterygopalatine ganglion is surgically removed.

LITERATUUR

- BIEMOND, A. (1971) Hoofdpijn. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1893.
- BING, R. (1913) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten für studierende und praktische Ärzte, in 30 Vorlesungen.* Urban und Schwarzenberg, Berlijn.
- BLÉCOURT, J. J. DE (1972) Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1549.
- BRICKNER, R. M. en H. A. RILEY (1935) Autonomic facio-cephalgia. *Bull. neurol. Inst. N.Y.* 4, 442.
- CHARLIN, C. (1931) Le syndrome du nerf nasal. *An. Ocul. Rio.* 168, 86.
- COOK, N. C. (1971) Latest word in headache relief is cryosurgery. *Med. World News* 12, 15.
- DUVERGER, A. M. J. en G. CANUYT (1923) La névralgie du ganglion sphéno-palatine. *Rev. Otoneuroocul.* 1, 133.
- FOLKERTS, J. F. (1971) Arteriitis temporalis. *Ned. T. Geneesk.* 115, 905.
- FRIEDMAN, A. P. en H. E. MIKROPOULOS (1958) Cluster headaches. *Neurology (Minneapolis)* 8, 653.
- GLASER, M. A. (1928) Atypical neuralgia, so called. A critical analysis of one hundred and forty-three cases. *Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.)* 20, 537.
- GOLDING-WOOD, P. H. (1971) In: J. BALLANTYNE en J. GROVES, *Scott-Brown's diseases of the ear, nose and throat.* Butterworth, Londen.
- HARRIS, W. (1926) *Neuritis and neuralgia.* Milford, Londen; (1937) *The facial neuralgias.* Milford, Londen.
- HEYCK, H. (1962) Über das Bingsche Kopfschmerzsyndrom (Erythroprosopalgie). *Dtsch. med. Wschr.* 27, 1942.
- HORTON, B. T. (1941) The use of histamine in the treatment of specific types of headaches. *J. Amer. med. Ass.* 116, 377; (1957) Histaminic cephalgia (Horton's headache or syndrome): provocative tests. *Triangle (En.)* 3, 66.
- HORTON, B. T., A. R. MACLEAN en W. MCCRAIG (1939) A new syndrome of vascular headache: results of treatment with histamine; preliminary report. *Proc. Mayo Clin.* 14, 257.
- JAEGER, R. (1964) Sphenopalatine neuralgia? Cure of four consecutive cases by removing the petrosal nerves and superior cervical sympathetic ganglion. *Med. Ann. D.C.* 33, 257, 304.
- KRAMER, W. en C. J. DE WEERDT (1966) Neuralgische pijnen in gelaat en hoofd. *Ned. T. Geneesk.* 110, 474.
- KUNKLE, E. C., J. B. PFEIFFER JR., W. M. WILHOLT e.a. (1952) Recurrent brief head-ache in „cluster” pattern. *Trans. Amer. neurol. Ass.* 77, 240.
- MEYER, J. S., P. M. BINNS, A. D. ERICSSON e.a. (1970) Sphenopalatine ganglionectomy for cluster headache. *Arch. Otolaryng.* 92, 475.
- MITCHELL, S. W. (1878) On a rare vasomotor neurosis of the extremities and on the maladies with which it may be confounded. *Amer. J. med. Sci.* 76, 17.
- MÖLLENDORF, W. (1867) Ueber Hemikranie. *Virchows Arch. path. Anat.* 41, 385.
- SEKHUIS, G. A. (1939) Een geval van hoofdpijn. *Ned. T. Geneesk.* 83, 4653.
- SHALOM, S. A. (1963) The anterior ethmoid nerve syndrome. *J. Laryng.* 77, 315.
- SLUDER, G. (1908) The role of the sphenopalatine (or Meckel's) ganglion in nasal headaches. *N.Y. med. J.* 87, 989; (1927) *Nasal neurology. Headaches and eye disorders.* Mosby, St. Louis.
- SYMONDS, CH. (1956) A particular variety of headache. *Brain* 79, 217.
- VAIL, H. H. (1932) Vidian neuralgia. *Ann. Otol. (St. Louis)* 41, 836.
- VALLÉRY-RADOT, P. en P. BLAMOUTIER (1925) Syndrome de vasodilatation hémicéphalique d'origine sympathique (hémicranie, hémihydrorrhée nasale, hémilarmolement). Présentation de la malade. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris* 41, 1488.

WENTGES, R. TH. R. (1971) De chirurgie van de fossa pterygopalatina. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1367; (1973) *De chirurgie van de fossa pterygopalatina*. Proefschrift Nijmegen.

WHITE, J. C. en W. H. SWEET (1955) *Pain. Its mechanisms and neurosurgical control*. Thomas, Springfield, Ill.

WIT, G. DE (1965) Pijnen in het hoofd van rinogene en mogelijk rinogene aard. *Ned. T. Geneesk.* 109, 595.

WIT, J. C. DE (1948) De behandeling van migraineuze hoofdpijn met prostigmine. *Ned. T. Geneesk.* 92, 3284.

Juni 1974

De klinische opvang van meso-patiënten

DR. J. N. LANDSMAN¹, J. J. PINCKAERS², MW. N. E. STAM³ EN

PROF. DR. J. C. M. HATTINGA VERSCHURE³

Inleiding

Naarmate het ziekenhuis zich steeds meer ontwikkelt tot een hoog-gespecialiseerd klinisch-medisch centrum, ontstaat er een groep patiënten voor wie dit ziekenhuis niet langer meer een optimaal behandlings- en leefklimaat betekent. Het betreft hier de patiënten die na een korte periode van intensieve diagnostiek en therapie (meestal operatief) in een behandelingsfase geraken, waarvan verpleging en revalidatie de essentiële kenmerken zijn. In deze fase verblijven zij meestal nog 6-12 weken in het ziekenhuis. Het gaat om patiënten met klinisch te behandelen fractures, om orthopedisch-chirurgische patiënten, lijders aan interne ziekten voor wie een klinische conservatieve behandeling voorgeschreven is en tenslotte om neurologische en neurochirurgische patiënten die verpleging en revalidatie behoeven.

Voor een opname in een verpleeghuis bestond tot nu toe voor deze patiënten geen indicatie. De behandelingsduur t.o.v. de chronisch zieken en vaste bewoners is veel te kort en bovendien komt medisch-specialistische behandeling in het algemeen in het verpleeghuis niet voor.

De beschreven groep patiënten ligt dus als categorie tussen de ziekenhuis- en verpleeghuispatiënt in: het zijn tussenpatiënten; wij hebben hen meso-patiënten genoemd.

Probleemstelling

Sinds drie jaar hebben wij ervaring met een project dat er in voorziet dat meso-patiënten, na een korte specialistisch-klinische periode in een ziekenhuis, nog een tweede, meestal langere periode van revaliderende en verplegende therapie ondergaan in een verpleeg-

SAMENVATTING

Over een periode van 3 jaar werden 444 ziekenhuispatiënten na de acute fase van hun behandeling overgeplaatst naar een verpleeghuis voor revalidatie, in nauwe samenwerking met de specialisten uit het ziekenhuis. Het effect op deze groep van „middenlange” ziekenhuispatiënten, door ons aangeduid als „meso-patiënten”, werd nagegaan. De organisatorische, medische en verpleegkundige aspecten werden kritisch beoordeeld, alsmede de consequenties voor de patiënten. Voor de medewerkers van ziekenhuis en verpleeghuis bleek voornamelijk de werksatisfactie te zijn toegenomen. De patiënten blijken gebaat te zijn bij de overplaatsing, vooral omdat zij in het verpleeghuis een leef- en behandelingsklimaat aantreffen dat beter past bij hun behoeften in de revalidatiefase.

Ondervraging van 48 patiënten, als steekproef, bracht tekorten in ontwerp en uitvoering van het project aan het licht, die aanleiding gaven tot verbeteringen.

huis. De reeds in het ziekenhuis behandelende specialist kan zijn behandeling in het verpleeghuis voortzetten en de patiënt begeleiden, die daarna wordt ontslagen en poliklinisch gecontroleerd.

In deze bijdrage zullen wij de resultaten van een beoordeling van dit project bespreken.

Structurele en organisatorische aspecten

De samenwerkende partners. Op directieniveau vond overleg plaats met:

1. Functionarissen van de afdeling verpleeghuizen en revalidatie van de GG & GD te Amsterdam. Deze instantie distribueert en administreert de onder haar beheer staande verpleeghuisplaatsen in Amsterdam.

2. De medisch adviseur voor de A.W.B.Z. van de Amsterdamse Ziekenfondsen.

3. De directeuren van de ziekenhuizen (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en St. Lucas Ziekenhuis) en het verpleeghuis (Vreugdehof).

¹Chirurg in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

²Verpleeghuisarts aan Vreugdehof te Amsterdam.

³Verbonden aan het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen van de Rijksuniversiteit te Utrecht, de eerstgenoemde als psychologe.