

HOOFDSTUK 2

HOOFDPIJN TIJDENS EN KORT NA DE ZWANGERSCHAP

VERSIE 2 - JANUARI 2022

HOOFDPIJN TIJDENS EN KORT NA DE ZWANGERSCHAP

Hoofdpijn komt met enige regelmaat voor tijdens en kort na de zwangerschap. Naast de bekende hoofdpijnsyndromen komen ook specifiek zwangerschap gerelateerde secundaire hoofdpijnen voor. Daarnaast is de behandeling van primaire hoofdpijnsyndromen tijdens en kort na de zwangerschap bij borstvoeding anders vanwege specifieke veiligheidsbeperkingen.

HOOFDPIJN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

- Zwangerschap is een risicofactor voor secundaire hoofdpijn.
- Bij 35% van de patiënten die vanwege migraine tijdens zwangerschap hulp zoekt, is sprake van secundaire hoofdpijn.
- Indien er alarmsymptomen (tabel 2.1) zijn of afwijkingen bij het neurologisch onderzoek is beeldvorming (MRI) gewenst. Let op: in de zwangerschap bij voorkeur geen CT scan of MRI met gadoliniumhoudend contrast vanwege mogelijk schadelijke effecten bij het ongeboren kind.
- De mogelijke oorzaken verschillen ten dele per trimester (tabel 2.2)

Tabel 2.1 Alarmsymptomen bij hoofdpijn in de zwangerschap

Rode vlag	Zwangerschapsgerelateerde DD
Acute (donderslag) hoofdpijn	SAB, RVCS, hypofyse apoplexie
Nieuwe hoofdpijn/ander patroon	Pre-eclampsie, PRES
Visuele symptomen	Eerste aura, (pre-)eclampsie, PRES, hypofyse apoplexie, sinustrombose
Relatieve hypertensie	Pre-eclampsie, PRES, sinustrombose
Koorts	Infectie
Insult	Eclampsie, PRES, RIP, sinustrombose, bloeding, infectie
Laboratoriumafwijkingen: trombopenie, leverenzym en CRP verhoging, albuminurie	(Pre-)eclampsie, sinustrombose, infectie

Tabel 2.2 Differentiaal diagnose per trimester

Eerste trimester	Tweede trimester	Derde trimester/post-partum
Eerste migraine aura	Infectie	Infectie
Infectie	(Pre-)eclampsie	(Pre-)eclampsie
	PRES	PRES
	Hypofyse adenoom/apoplexie	Hypofyse adenoom/apoplexie
	Choriocarcinoom metastasen	Choriocarcinoom metastasen
		Herseninfarct
		Bloeding
		RVCS
		Sinustrombose
		Chiari malformatie (partus)
		Dissectie (partus)
		Post-punctionele hoofdpijn

MIGRAINE TIJDENS EN DIRECT NA DE ZWANGERSCHAP

Migraine verloopt tijdens de zwangerschap bij de meeste patiënten milder (minder frequent; minder ernstig; met name migraine zonder aura). Tegen week 12 is de ernst afgenomen bij 50% van de patiënten en tegen week 24 bij 80%. Echter bij 25% verergert migraine. Een aura kan voor het eerst tijdens zwangerschap optreden door verlaging van de drempel voor “cortical spreading depression” bij verhoogde oestrogeenconcentratie.

Na de bevalling heeft >50% van de migrainepatiënten weer aanvallen in de eerste maand. Migraine is een risicofactor voor sinustrombose, pre-eclampsia en zwangerschap gerelateerde stroke.

BEHANDELOPTIES MIGRAINE TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Acute en profylactische medicamenteuze behandelmogelijkheden van migraine zijn beperkt vanwege mogelijk schadelijke effecten bij het ongeboren kind (tabel 2.3 en 2.4). Een aanzienlijk deel van de zwangerschappen is ongepland. Advies daarom: liever geen medicamenteuze behandeling bij migraine; indien wel, in zo laag mogelijke dosering; voorkeur monotherapie. Het wordt daarom aanbevolen om bij het starten van een profylacticum de patiënte te wijzen op de noodzaak voor adequate anticonceptie.





Acute behandeling⁶:

- Uitleg dat de migraineaanvallen over het algemeen zullen afnemen tijdens zwangerschap.
- Alleen paracetamol 3dd1000mg is veilig te gebruiken.
- Het routinematig gebruik van triptanen in de zwangerschap wordt afgeraden vanwege onzekerheid omtrent veiligheid. Beschikbare onderzoeken suggereren dat incidenteel gebruik van oraal sumatriptan 100mg veilig is.

Profylactische behandeling:

- Uitleg dat de migraineaanvallen over het algemeen zullen afnemen tijdens zwangerschap.
- Bespreek de noodzaak voor adequate anticonceptie voor / bij het starten van behandeling.
- Profylactische medicatie staken bij zwangerschapswens.
- Bij ernstige migraine tijdens zwangerschap /zwangerschapswens: overweeg amitriptyline (spiegelcontrole trimester 2 en 3) of bèta-blokker (foetale controle trimester 3).
- Geen plaats voor valproïnezuur en topiramaat (CBG advies)

Tabel 2.3 Acute behandeling migraine aanval in de zwangerschap

Paracetamol 	<ul style="list-style-type: none">• Veilig in gebruikelijke doseringen 3dd1000mg
NSAID's 	<ul style="list-style-type: none">• Teratogeen• Gebruik tijdens 3e trimester geeft complicaties tijdens de bevalling
Ergotamine 	<ul style="list-style-type: none">• Teratogeen
Triptanen 	<ul style="list-style-type: none">• Routinematig gebruik wordt afgeraden.• Geen teratogenese aangetoond bij incidenteel gebruik• Indien gewenst, kies dan voor oraal sumatriptan 1dd100mg








Tabel 2.4: migraine profylactica en zwangerschap

 Candesartan (<i>off-label</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Tijdens 1e trimester niet aanbevolen; gebruik tijdens 2e en 3e trimester gecontraïndiceerd.
 Bèta-blokkers	<ul style="list-style-type: none"> Alleen op strikte indicatie gebruiken, bij voorkeur niet in derde trimester Geen aanwijzingen voor teratogenese. Farmacologisch effect: contractie van de uterus, verminderde uterus- en placentadoorbloeding, intra-uteriene groeivertraging, remming van foetale autonome reflexen, intra-uteriene dood. Bij foetus en neonaat: hypoglykemie, bradycardie, hypotensie, sedatie en ademhalingsproblemen
 Topiramaat	<ul style="list-style-type: none"> Gebruik tijdens zwangerschap is gecontra-indiceerd. In het 1e trimester (dosisafhankelijke) verhoogde kans op aangeboren afwijkingen. Laag geboortegewicht (< 2500g) en stollingsstoornissen bij de neonaat.
 Valproïnezuur (<i>off-label bij mannen</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Gebruik tijdens zwangerschap is gecontra-indiceerd. Teratogeen. Risico op polycysteus ovariumsyndroom bespreken voorafgaand aan behandeling
 Amitriptyline	<ul style="list-style-type: none"> Alleen op strikte indicatie gebruiken. Het abrupt staken wordt afgeraden Geen aanwijzingen voor teratogenese. Regelmatig plasmaspiegels bepalen. In het 2e en met name het 3e trimester kunnen de plasmaspiegels dalen en is dosisverhoging misschien noodzakelijk. Bij chronisch gebruik neonatale onthoudingsverschijnselen en anticholinerge verschijnselen, bij voorkeur niet gebruiken in derde trimester
 Pizotifeen	<ul style="list-style-type: none"> Te weinig data: uit voorzorg niet gebruiken
 Flunarizine	<ul style="list-style-type: none"> Te weinig data: uit voorzorg niet gebruiken
 Anti-CGRP	<ul style="list-style-type: none"> Te weinig data: uit voorzorg niet gebruiken

MIGRAINE EN BORSTVOEDING⁷

Migraine is bijna nooit reden om géén borstvoeding te geven. Er is geen bewijs dat borstvoeding migraine doet verergeren en er zijn veilige behandelmogelijkheden (**tabel 2.5**). Bij twijfel kan tot 6-8 weken na de geboorte ervoor gekozen worden om na acute medicatie-inname enkele uren later de melk af te kolven en weg te gooien (pump-and-dump). Ten aanzien van profylactische behandelingen lijken bèta-blokkers veilig te zijn. Tweede keus valproïnezuur en amitriptyline. Vermijd (want geen data) o.a. candesartan, anti-CGRP mAb's, onabotuline toxine.

Tabel 2.5 Aanvalsbehandeling bij borstvoeding

Paracetamol 	<ul style="list-style-type: none"> • Veilig
NSAID's 	<ul style="list-style-type: none"> • Waarschijnlijk veilig • Meeste gegevens bekend over ibuprofen en diclofenac. Te weinig data over naproxen en indometacine
Metoclopramide 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk wat maag-darmklachten bij het kind • Kleine kans op extra-piramidale bewegingsstoornissen en methemoglobinemie bij kind
Triptanen 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen data beschikbaar; lijkt veilig • Eletriptan waarschijnlijk laagste concentratie in moedermelk, vermijd naratriptan en frovatriptan vanwege lange halfwaardetijd • Praktisch: pump-and-dump tot 12u na triptaaninname
Aspirine (<i>off-label</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk effect op bloedingsneiging kind
Opiaten (<i>incl. codeïne</i>) (<i>off-label</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien niet anders kan dan heeft morfine de voorkeur • Cave ademhalingsdepressie kind; derhalve monitoring gewenst
Ergotamine 	<ul style="list-style-type: none"> • Maagdarmklachten en zwakte bij het kind

LITERATUUR

1. Sances et al. Course of migraine during pregnancy and postpartum: A prospective study. *Cephalalgia* 2003;23:197-205.
2. Klein et al. Neuroimaging during pregnancy. *Semin Neurol.* 2011;31:361-373.
3. Sandoe et al. Secondary headaches during pregnancy: When to worry. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019;19:27.
4. Negro et al. Headache and pregnancy: a systematic review. *Headache Pain.* 2017;18(1):106
5. Robbins et al. Acute headache diagnosis in pregnant women: A hospital-based study. *Neurology.* 2015;85:1024-1030.
6. Black et al. Medication use and pain management in pregnancy: a critical review. *Pain Pract* 2019;19:875-99.
7. Burch. Epidemiology and treatment of menstrual migraine and migraine during pregnancy and lactation: a narrative review. *Headache* 2020;60:200-16.
8. <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>