Hoofdpijnnet

Chronische *aangezichtspijn*

Patiëntenversie van de Multidisciplinaire Richtlijn

Chronische *aangezichtspijn*

Patiëntenversie van
de Multidisciplinaire Richtlijn

Initiatief

Hoofdpijnnet, in overleg met betrokken medisch-specialistische verenigingen.

Financiering

De richtlijn en de patiëntenversie zijn tot stand gekomen met financiële steun van ZonMw en Hoofdpijnnet.

ZonMw

Colofon
Patiëntenversie multidisciplinaire richtlijn 'Chronische aangezichtspijn'
© 2013
Tekstbewerking: Ella Lever en Kabos-Van der Vliet Redactiebureau
Met medewerking van:
Richtlijnwerkgroep Chronische Aangezichtspijn
Focusgroep ervaringsdeskundigen
Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid UMCG
Bestuur Hoofdpijnnet
Vormgeving: Diap Tekst & Vorm / Noek van der Burgh
Cartoons: Ronald Slagter
Foto omslag: Shutterstock
Drukker: ESED, Soest

Eerste druk, oktober 2013

De volledige richtlijn en aanvullende bijlagen evenals een digitale versie van deze brochure zijn te vinden op: www.hoofdpijnnet.nl, klik op brochures/richtlijnen.

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen of openbaar gemaakt, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de copyrighthouder, Hoofdpijnnet. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de copyrighthouder aanvragen. Adres: zie hiernaast

Bij de samenstelling van deze richtlijn is geprobeerd zo zorgvuldig mogelijk te werk te gaan, toch kan Hoofdpijnnet geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden in de tekst. Aan deze uitgave kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

Deze brochure is een uitgave van de:

Hoofdpijnnet (voorheen Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten)
Postbus 2185
3800 CD Amersfoort

telefooon: 0900-2020590
op maandag-, woensdag- en vrijdagochtend van 10-12 uur.
Dit informatienummer kost € 0,25 p/m, met een starttarief van € 0,0454,
plus de gebruikelijke belkosten, met een maximum van € 12,50 per gesprek.
e-mail: info@hoofdpijnnet.nl
website: www.hoofdpijnnet.nl
facebook: www.facebook.com/hoofdpijnnet
twitter: @hoofdpijnnet

Hoofdpijnnet verbetert de kwaliteit van leven van mensen met migraine en andere ernstige vormen van hoofdpijn. De vereniging maakt mensen met ernstige hoofdpijn mondig, bevordert hun maatschappelijke participatie, streeft naar de verhoging van sociale acceptatie van hun aandoening en verbetering van de behandeling die door zorgverleners wordt gegeven.

Onderdeel hiervan is de Werkgroep Aangezichtspijn die zich inzet voor patiënten met chronische pijn in het aangezicht.

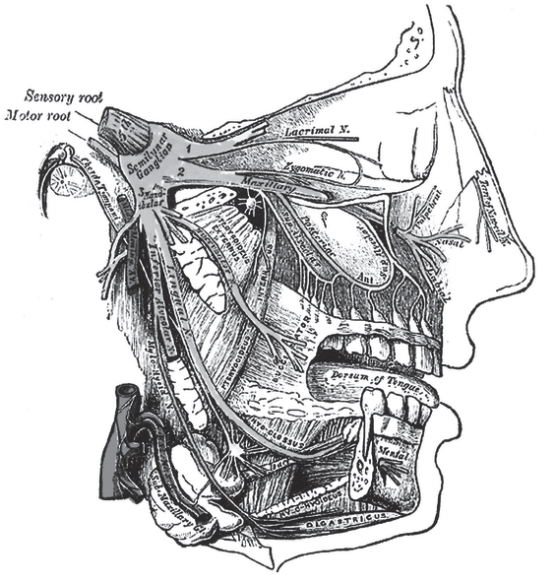
www.hoofdpijnnet.nl
www.aangezichtspijn.nl

Hoofdpijnnet

Uit: Paradise Lost, 1674

Pain is perfect misery, the worst
of evils, and excessive, overturns
all patience.....

John Milton



Naar Gray's Anatomy of the Human Body (1918)

Inhoudsopgave

8 Inleiding

11 Hoofdstuk 1. Indeling van pijn in het aangezicht

11 • Diagnose

12 • Psychologische aspecten

13 Hoofdstuk 2. Diagnostiek bij aangezichtspijn

13 • Aandoeningen van tanden, kaken en mondholte

15 • Aandoeningen van kauwspieren en kaakgewrichten (pijn door temporomandibulaire disfunctie of TMD-pijn)

15 • Zenuwpijn (neuralgie/neuropathie) ter hoogte van het hoofd en aangezicht

16 • Migraine met pijn die uitstraalt in het aangezicht

18 • Trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen, vooral clusterhoofdpijn

18 • Vaataandoeningen

19 • Aandoeningen die te maken hebben met het oog

19 • Aandoeningen van neus en bijholten

19 • Aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak

20 • Psychiatrische klachten

21 • Psychologische aspecten

24 Hoofdstuk 3. Behandelwijzen

24 • Aandoeningen van tanden, kaken en mondholte

24 • Aandoeningen van kauwspieren en kaakgewrichten (pijn door temporomandibulaire disfunctie of TMD-pijn)

25 • Zenuwpijn (neuralgie/neuropathie) ter hoogte van het hoofd en aangezicht

30 • Migraine met pijn die uitstraalt in het aangezicht

31 • Trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen

32 • Aandoeningen die samenhangen met het oog

33 • Aandoeningen van het oor

33 • Aandoeningen van neus en neusbijholten

33 • Aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak

34 • Behandeling psychiatrische klachten

34 • Psychologische behandeling

35 Hoofdstuk 4. Zorgorganisatie

36 • Bij wie komt u terecht?

37 • Communicatie zorgverlener en patiënt

38 Hoofdstuk 5. Blijven werken of weer gaan werken

40 Lijst met afkortingen

Inleiding

U hebt pijn in het gezicht en gaat naar de huisarts. Wat kan hij of zij voor u doen? De huisarts zal aan u uitleggen dat het aangezichtspijn kan zijn. Maar dat zegt nog niet veel, er zijn zoveel soorten aangezichtspijn.

U voelt pijn alsof het kiespijn is, maar de tandarts vindt dat alles er prima uitziet - wat nu? U vraagt zich af: wat staat me te wachten?

Bij pijn in het aangezicht krijgt u als patiënt dikwijls te maken met verschillende specialisten, zowel uit de tandheelkunde als uit de geneeskunde. Het kan daardoor lang duren voordat de juiste diagnose gesteld is. U kunt dan het gevoel krijgen 'niet begrepen te worden' en mede hierdoor krijgen sommige patiënten psychische problemen.

In Nederland was men het niet altijd eens over de diagnostiek en behandeling van chronische pijn in het aangezicht. Dit leidde soms tot onder- of overbehandeling, soms ook tot een verkeerde behandeling. Daarom was een duidelijke richtlijn nodig.

Betekenis richtlijn

Richtlijnen zijn geen bindende voorschriften, maar aanbevelingen. Ze bieden aanknopingspunten voor goede zorg. Zorgverleners moeten zich er in principe aan houden. Maar omdat de aanbevelingen gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt', kunnen zorgverleners ervan afwijken. Zij moeten dit wel met u bespreken en goed in uw medisch dossier vastleggen.

De Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten heeft samen met de diverse beroepsverenigingen een richtlijn ontwikkeld. De patiëntenvereniging hoopt dat daarmee alle partijen doeltreffend en snel kunnen handelen. Hoewel een aantal vormen van aangezichtspijn in de loop van de tijd minder ernstig wordt, kan aangezichtspijn ook zeer ernstig worden. Alleen al daarom is het van belang snel de juiste behandeling in te stellen.

Welke soorten komen veel voor?

Aangezichtspijn door tandpijn komt het meest voor, gevolgd door problemen van de kauwspieren en het kaakgewricht. Ook zenuwpijn zoals 'trigeminusneuralgie' wordt vaak geconstateerd. Een lastig te behandelen vorm is aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak.

Doel

De richtlijn geeft aanbevelingen voor diagnostiek, behandeling en nazorg van patiënten met pijn in het aangezicht; uitsluitend voor de chronische vormen. Behandelaars én patiënten dienen er advies aan te kunnen ontlenen bij het maken van keuzen in de behandeling. Ook moet de richtlijn bijdragen aan betere communicatie tussen alle betrokkenen.

Doelgroep en patiënten

De richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners van patiënten met aangezichtspijn. Deze patiëntenversie is speciaal voor patiënten geschreven en is bestemd voor volwassen patiënten met chronische aangezichtspijn.

De werkgroep en de ontwikkeling van de richtlijn

Voor het opstellen van de richtlijn is op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten in 2008 een werkgroep samengesteld. Daarin zitten vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen die te maken hebben met patiënten met aangezichtspijn. Op deze manier wordt afstemming tussen betrokken zorgverleners bereikt. De werkgroepleden hebben in een enquête knelpunten in diagnostiek en behandeling van aangezichtspijn benoemd. Deze knelpunten zijn in de richtlijn zo veel mogelijk opgelost, op basis van wetenschappelijke gegevens. De richtlijn is goedgekeurd door de beroepsgroepen.

Leeswijzer

De patiëntenversie volgt de opbouw van de richtlijn: eerst komen de definitie en de indeling van aangezichtspijn aan de orde. Daarna komen in twee grote hoofdstukken de diagnostiek (hoofdstuk 2) en de behandeling (hoofdstuk 3) aan bod. Ten slotte volgen twee kortere hoofdstukken over de zorg en aan het werk gaan of blijven.
U kunt uw zorgverlener attenderen op het bestaan van de richtlijn en met uw zorgverlener samen overleggen over uw zorg. (Overal waar 'hij' staat, kunt u uiteraard ook 'zij' lezen.)

Training

De Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten organiseert trainingen over goed gebruik van de patiëntenversie. Op de website en achterin deze uitgave vindt u ook een lijst met afkortingen en moeilijke woorden uit de richtlijn.

1 *Indeling van pijn in het aangezicht*

Uitgangsvraag
Wat verstaan wij onder aangezichtspijn?

Definitie
Aangezichtspijn: de pijn wordt gevoeld in het aangezicht, d.w.z. het gebied van het voorhoofd tot aan de kin, inclusief de oren.

Pijn in het aangezicht is als volgt ingedeeld (aandoeningen gemarkeerd met een sterretje* komen in de patiëntenversie niet aan de orde).

Diagnose

Pijn die veroorzaakt wordt door of samenhangt met:
1. Aandoening van tanden, kaken en mondholte:
   - Pijn die uitgaat van tanden of kiezen of van tandvlees
   - Pijn die zich voordoet als kiespijn, maar waarvan de oorzaak op een andere plek zit
   - Kaakbotpijn
   - Aandoeningen van het mondslijmvlies en tong
2. Pijn door problemen van de kauwspieren of van het kaakgewricht ('pijn door temporomandibulaire disfunctie of TMD-pijn')
3. Zenuwpijn (neuralgie/neuropathie) ter hoogte van het hoofd en aangezicht
   - Trigeminusneuralgie/neuropathie
     - Primaire trigeminusneuralgie
     - Secundaire trigeminusneuralgie/neuropathie
   - Glossofaryngeusneuralgie (zenuwpijn van tong-keelzenuw)
   - Zenuwpijn van andere zenuwen*
4. Migraine met pijn die uitstraalt in het aangezicht
5. Trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen, vooral clusterhoofdpijn
6. Ontsteking van de slagader bij de slaap (vaataandoening)
7. Botproblemen (botontsteking)*
8. Gezwellen (kwaadaardig gezwel of uitzaaiingen)*
9. Aandoeningen die samenhangen met het oog
10. Aandoeningen van het oor*
11. Aandoeningen van neus en neusbijholten*
12. Aandoeningen van weke delen van hoofd, hals en borstkas met pijn die gevoeld wordt in het aangezicht*

13. Aanhoudende aangezichtspijn zonder bekende oorzaak
14. Psychiatrische problemen (depressie, angst en SOLK)

Psychologische aspecten

- Factoren die iemand kwetsbaar maken voor klachten (bijv. nare ervaringen)
- Factoren die klachten kunnen uitlokken (bijv. stress)
- Factoren die klachten in stand kunnen houden (bijv. aandacht voor en verklaring van klachten)

2 *Diagnostiek bij aangezichtspijn*

Uitgangsvraag

Op grond van welke criteria (uit ziektegeschiedenis en lichamelijk onderzoek) en met welke diagnostische methoden wordt de diagnose aangezichtspijn gesteld?

De oorzaak van aangezichtspijn wordt bepaald door de onderliggende aandoening. De (tand)arts kan de diagnose niet altijd met voldoende zekerheid stellen: de ziektegeschiedenis en gedegen onderzoek (door een arts of tandarts) zijn erg belangrijk. Uw huisarts en tandarts moeten goed samenwerken om de oorzaak van de pijn op te sporen.

Soms kan de diagnose niet meteen worden gesteld. Verwijzing naar een specialist en verder aanvullend onderzoek kunnen nodig zijn.

Aandoeningen van tanden, kaken en mondholte

Pijn die uitgaat van tanden of kiezen of van tandvlees

Bij aangezichtspijn kan de oorzaak van de pijn in de mondholte gelegen zijn. Vaak is lastig aan te wijzen welke tand of kies de problemen veroorzaakt. Bij langer bestaande pijn kan het ook gaan om een vorm van 'misleidende' pijn die de patiënt ervaart als pijn aan een tand of kies (zie volgende paragraaf).

Diagnose

Om de juiste diagnose te kunnen stellen, zal de tandarts systematisch onderzoek bij u doen:

1. **Navragen van de medische en tandheelkundige voorgeschiedenis**
2. **Vaststellen wat uw klacht is**
3. **Intraoraal onderzoek van gebitselementen en indien nodig röntgenonderzoek**

Pijn die zich voordoet als kiespijn, maar waarvan de oorzaak op een andere plek zit

Deze pijn is bedrieglijk, want u voelt deze op een andere plaats dan waar de bron van de pijn gelegen is. Dit is verwarrend voor zowel de patiënt als de arts. Immers, als patiënt voelt u écht de pijn, maar de oorzaak ervan ligt op enige afstand.
Bekende voorbeelden uit de praktijk zijn:

- Problemen van de kauwspieren of van het kaakgewricht
- Ontsteking van neusbijholte of speekselklieren
- Ontsteking van tandvlees
- Ontsteking van tandzenuw

- Zenuwpijn, bijvoorbeeld van de aangezichtszenuw (trigeminusneuralgie)
- Oorontsteking
- Aandoeningen van de schildklier
- Gezwellen en cysten
- Neurovasculaire pijn (zenuwen en vaatstelsel)
- Pijn door hartproblemen

Welke symptomen kunnen erop wijzen dat de pijn geen tandheelkundige oorsprong heeft? Dit zijn:

- Er is spontane pijn van verschillende gebitselementen.
- De pijnklachten zijn aan beide kanten van het gelaat aanwezig.
- Plaatselijke verdoving van tand of kies geeft geen vermindering van de pijn.
- Langer durende tandpijn, die constant, ononderbroken en onveranderlijk is.
- De pijn wordt niet minder na tandheelkundige behandeling.
- De tandpijn gaat samen met hoofdpijn

- **Stapsgewijs systematisch onderzoek is nodig.**
- **Bij de diagnostiek van dit soort pijn kan een proefverdoving nuttig zijn. Hierbij krijgt u op proef een plaatselijke verdoving. U kunt dan aangeven of de pijn vermindert of verdwijnt. Wanneer de pijn niet vermindert, ligt de oorzaak van de pijn vermoedelijk elders.**
- **De tandarts kan u verwijzen naar een specialist op het gebied van mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, tandarts-endodontoloog of tandarts-gnatholoog.**

Kaakbotpijn

Bij aanhoudende kaakbotpijn kan de oorzaak in het kaakbot zelf zitten.

Pijn in het kaakbot kan door diverse oorzaken komen, zoals een niet-doorgekomen tand of kies of met ontsteking van beenmerg of met zenuwpijn (door aantasting van de zenuw die uitloopt in tand of kies). De oorzaak van kaakbotpijn kan de arts meestal vinden door beeldvormend onderzoek.

- **Soms is verwijzing nodig naar een specialist mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (dit geldt ook bij de volgende aandoeningen).**

Aandoeningen van het mondslijmvlies en de tong

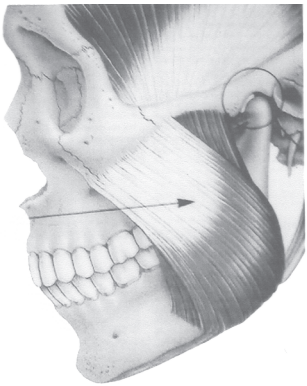
Zweren van het mondslijmvlies die steeds terugkomen en schimmelinfecties zijn goed te diagnosticeren.

Aandoeningen van kauwspieren en kaakgewrichten

Pijn door temporomandibulaire disfunctie (TMD-pijn)

Bij problemen van de kauwspieren of van het kaakgewricht (temporomandibulaire disfunctie - TMD) kan het gaan om verschillende aandoeningen. Er kunnen problemen zijn met het kaakgewricht, zoals ontsteking of vergroeiing ervan. Ook kan het gaan om pijnklachten vanuit de kauwspieren.

Verschijnselen: De meest voorkomende verschijnselen bij TMD zijn: pijn in het aangezicht, de kauwspieren of het kaakgewricht, hoofdpijn of oorpijn. Ook kunnen de kauwspieren te sterk zijn of de mondopening te klein. Soms zijn er knappende of schurende geluiden vanuit het kaakgewricht. TMD-pijn wordt meestal niet erger in de loop van de tijd en blijft wel draaglijk. De pijn kan erger worden bij bijv. eten of gapen.



Door veel knarsen en klemmen verdikte kauwspier.

TMD-pijn komt vooral voor vanaf 20- tot ongeveer 50-jarige leeftijd en twee keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen.

Oorzaken: Overbelasting door verkeerde mondgewoontes (bijv. het hard op elkaar klemmen van de tanden), verwondingen in het aangezicht, algemene aandoeningen (bijv. reuma) en erfelijke factoren. Vooral bij chronische patiënten kunnen ook psychosociale factoren een rol spelen en komen vaak andere aandoeningen voor (zoals nekpijn en rugpijn).

Om de diagnostiek vlot te laten verlopen, is het belangrijk dat u de tandarts nauwkeurig vertelt hoe de klachten zijn begonnen en wat er al aan gedaan is. Soms is röntgenonderzoek nodig, bijv. om andere oorzaken uit te sluiten en om gewrichtsschade vast te stellen.

Zenuwpijn (neuralgie/neuropathie) ter hoogte van het hoofd en aangezicht

Trigeminusneuralgie/neuropathie

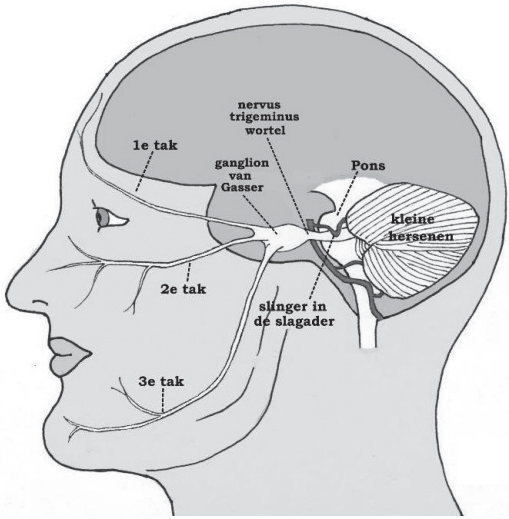
Neurologen maken onderscheid tussen:

- primaire trigeminusneuralgie (PTN, zonder bekende oorzaak),
- secundaire (symptomatische) trigeminusneuralgie (STN) of trigeminusneuropathie.

Primaire trigeminusneuralgie

Patiënten met PTN (zenuwpijn van de trigeminuszenuw, dit is één van de aangezichtszenuwen) hebben herhaalde, kortdurende aanvallen met zeer hevige pijnscheuten aan één kant van het gezicht. De aanvallen duren een fractie van een seconde tot 2 minuten. De pijn straalt uit naar de neusvleugel of naar de onderkaak. De aanvallen kunnen uitgelokt worden door het aanraken van kleine gebieden (triggerpoints), bijv. de neusvleugel. Ook temperatuursinvloeden, airconditioning of bewegingen (kauwen, scheren, tandenpoetsen of praten) kunnen een pijnaanval uitlokken. De aanvallen verlopen volgens een herkenbaar patroon bij dezelfde patiënt.

Er wordt aangenomen dat druk op de trigeminuszenuw door een bloedvat (ter hoogte van de achterste schedelgroeve) de meest voorkomende oorzaak is van primaire trigeminusneuralgie. Deze druk zou zorgen voor plaatselijke prikkeling en soms aantasting van de zenuw. Hierdoor ontstaan de kenmerkende pijnklachten.



Loop van de trigeminuszenuw

Secundaire trigeminusneuralgie (trigeminusneuropathie)

De klachten zijn hetzelfde als bij primaire trigeminusneuralgie, maar hierbij is er een andere oorzaak. Bij de secundaire vorm is er per definitie sprake van een beschadiging van de zenuw (of samendrukking, maar anders dan bij primaire vorm). De twee belangrijkste oorzaken zijn multiple sclerose en herpes zoster (gordelroos). Ondanks de zenuwbeschadiging worden er bij slechts een kwart van de patiënten duidelijke afwijkingen gevonden bij neurologisch onderzoek. Meestal vindt de arts dan gevoelsuitval in een tak van de trigeminuszenuw. De patiënt kan ook andere afwijkingen hebben, bijvoorbeeld gedeeltelijke verlammingen van oogspieren.

Meestal kan de arts de diagnose stellen na goed uitvragen van uw klachten en zorgvuldig lichamelijk onderzoek. Bij een trigeminusneuralgie kan aanvullend onderzoek (MRI- of evt. CT-scan) overwogen worden.

Glossofaryngeusneuralgie (zenuwpijn van tong-keelzenuw)

Oorzaken

Men onderscheidt een klassieke (primaire) en een symptomatische vorm van glossofaryngeusneuralgie (GFN; tong-keelzenuwpijn). Beide vormen zijn zeer zeldzaam. De oorzaak van de klassieke GFN zou dezelfde zijn als die van de primaire trigeminusneuralgie: druk op de zenuw door een bloedvat. De symptomatische vorm van GFN kan komen door gezwellen, een verwijding van de halsslagader, infecties en multiple sclerose. GFN kan ook veroorzaakt worden door irritatie van de zenuw door een te lang botuitsteeksel aan de schedelbasis.

Symptomen en diagnostiek

GFN lijkt op trigeminusneuralgie. Ook bij GFN zijn er herhaalde kortdurende aanvallen van zenuwpijn, maar dan achterin de keel, achteraan de tong of mondholte en het oor. De aanvallen duren hoogstens 2 minuten. De pijnklachten zijn wisselend, met pijnaanvallen en tussen de aanvallen door periodes met lichte klachten of helemaal geen klachten. De pijn is ernstig, scherp en stekend en kan uitgelokt worden door slikken, kauwen, praten, hoesten en gapen. De aanvallen verlopen telkens gelijk bij de individuele patiënt. Bij neurologisch onderzoek is er geen duidelijke afwijking aanwezig. De klachten kunnen niet worden toegeschreven aan een andere aandoening.

Om GFN aan te kunnen tonen is uitgebreid onderzoek door een KNO-arts en een neuroloog nodig.

Migraine met pijn die uitstraalt in het aangezicht

Migraine is een steeds terugkerende vorm van hoofdpijn. Deze komt voor bij 18% van de vrouwen en 6% van de mannen. De pijn treedt meestal op in de voorkant en zijkant van het hoofd; ook wel in nek en achterhoofd, soms voordat de aanval begint. Zo'n 10% van de patiënten heeft ook aanvallen waarbij de pijn in het gezicht het ergst is.

Bij migraine zonder aura (gewone migraine zonder neurologische klachten voor de aanval) gaat het om minstens vijf aanvallen die 4-72 uur duren (zonder behandeling). De hoofdpijn treedt op aan één lichaamszijde, is kloppend en is matig of ernstig. Verder verergert de pijn door normale lichamelijke activiteit (bijv. lopen of traplopen), die patiënten daarom vermijden. Tijdens de hoofdpijn hebben patiënten last van misselijkheid en/of braken en angst voor licht of geluid. De pijn wordt niet veroorzaakt door een andere aandoening.

Meer informatie over migraine vindt u op www.thuisarts.nl.

Trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen, vooral clusterhoofdpijn

Deze pijnsyndromen zijn relatief zeldzaam. Ze bestaan uit hoofdpijn met begeleidende ('autonome') verschijnselen. Deze kunnen zijn: een rood en tranend oog, hangend ooglid, vernauwde pupil, opgezwollen ooglid, loopneus, verstopte neus of zweten. Clusterhoofdpijn (CH) komt het meeste voor.

Bij clusterhoofdpijn zijn er minstens 5 aanvallen van (zeer) ernstige eenzijdige pijn in en/of boven de oogkas. Een aanval duurt een kwartier tot 3 uur (zonder behandeling), en treedt vaak 's nachts op. De hoofdpijn gaat gepaard met minstens één van de genoemde autonome verschijnselen (aan dezelfde zijde). Ook kunnen er een onrustig gevoel en (soms sterke) bewegingsdrang zijn. Het aantal aanvallen varieert van 1 per 2 dagen tot 8 per dag. De hoofdpijn kan niet verklaard worden door een andere aandoening.

Vaataandoeningen

Ontsteking van de slagaderwand bij de slaap

Een ontsteking van de slagader aan de zijkant van het hoofd, bij de slaap, is relatief zeldzaam. Het is een plaatselijke ontsteking, die kan leiden tot vaatschade. De aandoening komt meestal boven het 50ste levensjaar voor.

Een- of tweezijdige hoofdpijn en aangezichtspijn zijn de meest voorkomende symptomen van deze aandoening. Het gaat daarbij om nieuw ontstane, plaatselijke hoofdpijn. Echter, er zijn geen specifieke kenmerken van de pijn. Soms is er zelfs geen opvallende hoofdpijn.

Bijkomende klachten zijn vermoeidheid, gewichtsverlies, kaakkramp of een pijnlijk gezwollen slagader aan de slaap. Deze slagader klopt minder dan normaal. Aanraken ervan kan pijn doen. Ook kunnen patiënten soms minder scherp zien. Daarbij kan het eerst om voorbijgaande oogklachten gaan (kortdurende uitval van het zien). Later hebben patiënten steeds last van wazig zien en ten slotte kan zelfs blindheid ontstaan. Om dit te voorkomen is tijdige diagnostiek belangrijk.

- **Er is kans op ernstige complicaties bij een ontsteking van de slagader ter hoogte van de schedel (onder meer bij de slapen). Daarom zal de arts snel onderzoek doen bij patiënten boven de 50 jaar met recente en aanhoudende hoofd- en aangezichtspijn.**
- **Als de arts na lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek nog twijfelt, kan weefselonderzoek van de slagader nodig zijn.**
- **Bij vermoeden van zo'n ontsteking en recente klachten over slechter zien, zal de arts snel starten met hoge doses corticosteroïden. Dit om complicaties zoals blindheid te voorkomen.**

Aandoeningen die te maken hebben met het oog

Bij pijn in het oog is er vaak ook roodheid, maar oogpijn kan ook voorkomen zonder dat er afwijkingen te zien zijn. (Zeer zelden komt dit door bedreigende oorzaken buiten het oog.) Echte oogproblemen als oorzaak van aangezichtspijn komen veel vaker voor. Denk aan vermoeide en/of droge ogen, hoge oogdruk, ontsteking van het oog of pijn door een afwijking in het kraakbeen bij het oog (trochlea-pijn).

Vermoeide ogen

Bij klachten over vermoeide ogen kan het gaan om pijn in en rond het oog of om hoofdpijn door inspanning zoals lezen. Dit kan komen doordat u geen goede bril draagt of doordat u uw oogspieren aanspant. Waarschijnlijk zijn vermoeide ogen vaak een oorzaak van aangezichtspijn.

Ontsteking van het oog

De ziekte is zeldzaam, maar bij hevige pijn in één of beide ogen is er kans dat het een ontsteking is. Voor de diagnostiek zal de oogarts echografie gebruiken.

Hoge oogdruk

Pijn en minder scherp zien houden vaak verband met hoge oogdruk. Als u pijn heeft in en rond het oog en wazig ziet in het donker, dan kan dit komen door verhoogde oogdruk (een soort glaucoom).

Droge ogen

Ontstekingen en ziekte kunnen leiden tot droge ogen. Daardoor kan het oppervlak van het oog beschadigd raken, wat onder andere pijnklachten kan geven.

Trochlea-pijn

Een specifiek soort oogpijn is trochlea-pijn, die vaak uitstraalt naar de gehele schedelhelft. Het is een zeurende pijn die piekt tot stekende pijn. Vaak neemt de pijn 's nachts toe en de patiënt wordt er dan wakker van.

Aandoeningen van neus en bijholten

Voor uitleg over aandoeningen van neus en bijholten: zie www.thuisarts.nl.

Aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak

Aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak (persisterende idiopathische faciale pijn of PIFP) werd vroeger 'atypische' aangezichtspijn genoemd. Het is een

lastig probleem omdat het gaat om pijn in het aangezicht waarvoor de arts geen oorzaak kan vinden. De pijn is dagelijks aanwezig gedurende (bijna) de hele dag. Hij is eerst beperkt tot een klein gebied aan één kant van het gezicht; zit vaak diep en de plaats is moeilijk aan te wijzen. De pijn gaat niet samen met verlies van gevoel of andere lichamelijke klachten.

De arts stelt de diagnose wanneer alle aantoonbare oorzaken van aangezichtspijn niet aanwezig zijn, of wanneer een vermeende oorzaak werd behandeld en de pijn toch niet verdwijnt.

De pijn is niet van psychische herkomst, maar psychologische factoren kunnen een belangrijke rol spelen in de pijnbeleving. Als patiënt heeft u veel belang bij een juiste en snelle diagnose en behandeling door een pijnteam met kennis van mond- en gezichtspijn.

- **Persisterende idiopathische faciale pijn (PIFP) is een diagnose die de arts pas kan stellen nadat hij zeker weet dat er geen aantoonbare oorzaken zijn, zoals problemen met het kaakgewricht. PIFP gaat vaak samen met lichamelijke klachten elders in het lichaam en met angst en depressie. Deze psychische problemen zijn het gevolg van de chronische pijn en kunnen de pijnbeleving verergeren.**
- **Bij aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak zullen zorgverleners nagaan of u depressief of angstig bent. Het liefst zo vroeg mogelijk, met het oog op de juiste behandeling van deze klachten.**

Psychiatrische klachten

Ernstiger psychische klachten die wijzen op een stoornis van psychiatrische aard komen veel voor bij chronische pijn, ook bij aangezichtspijn. Patiënten krijgen vooral last van depressie en angst.

Depressie bij aangezichtspijn

Pijn en depressie gaan regelmatig samen. Als u langere tijd aangezichtspijn heeft, zullen zorgverleners nagaan of u een depressie of een angststoornis heeft. Ook zul-

len ze nagaan of de klachten samenhangen met ingrijpende (traumatische) ervaringen ('posttraumatische stressstoornis'; PTSS). Deze kunnen namelijk de pijnbeleving verergeren.

Angststoornissen bij aangezichtspijn
Mensen met een angststoornis (ook PTSS) tonen vaak hun angst niet. Veel mensen schamen zich ervoor. Daardoor is het bijvoorbeeld voor de tandarts lastig om angststoornissen op het spoor te komen.

Samenwerking bij diagnostiek
Het is belangrijk dat zorgverleners goed samenwerken om de genoemde klachten tijdig op het spoor te komen. Daarbij is het nuttig dat u als patiënt duidelijk aangeeft waar u last van heeft en waar u behoefte aan heeft.

- **Depressie en angstklachten komen veel voor bij chronische aangezichtspijn. De deskundigen beschouwen deze als een gevolg van de chronische pijn. De pijnbeleving kan hierdoor verergeren. Zorgverleners moeten proberen om depressie en angst bij patiënten zo vroeg mogelijk te ontdekken. Dit om snel tot een juiste behandeling te komen.**

Psychologische aspecten

Chronische pijn (ook aangezichtspijn) wordt binnen de psychologie vooral benaderd via de zogenaamde cognitieve gedragstherapie. Deze is gericht op een verband tussen klachten en hoe patiënten denken en hoe zij zich gedragen. Men gaat ervan uit dat gedachten en gevoelens over de klachten grote invloed hebben op het blijven bestaan van lichamelijke klachten. Ook gedrag heeft daar invloed op. *De nadruk ligt hierbij op de vraag: dragen deze factoren eraan bij dat de klacht voortduurt?* De nadruk ligt dus niet op de mogelijke oorzaak van de klacht.

Patiënten met aangezichtspijn vinden de kwaliteit van hun leven minder dan mensen uit de algemene bevolking. Psychisch en sociaal lijken patiënten met aangezichtspijn erg op patiënten met andere soorten chronische pijn. Ook verschillen de psychische kenmerken nauwelijks bij verschillende soorten pijn.

Psychologisch onderscheidt men de volgende factoren:
- Kwetsbaar makende factoren. Deze vergroten de gevoeligheid voor het ontstaan van lichamelijke klachten. Voorbeeld: ingrijpende (traumatische) ervaringen.
- Uitlokkende factoren (stressoren). Deze dragen bij aan ontstaan of verergeren van lichamelijke klachten. Denk aan werkloosheid, geldproblemen of een ziek familielid.

- Onderhoudende factoren. Deze kunnen lichamelijke klachten verder verslechteren. Hoe gaat iemand om met problemen en hoe reageert zijn omgeving? Bijvoorbeeld een overbezorgde partner die u aanraadt om veel te rusten en die u steeds naar de pijn vraagt.

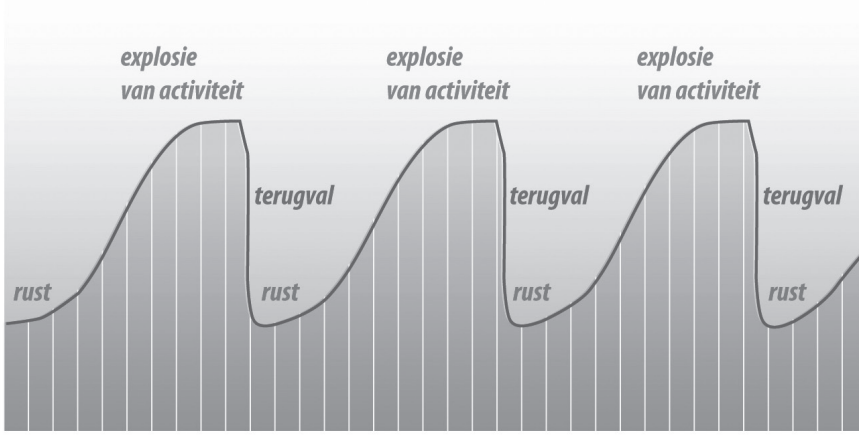
Vooral de kwetsbaar makende en onderhoudende factoren zijn belangrijk.

Typen patiënten

Patiënten met chronische pijn kunnen op verschillende manieren omgaan met hun pijn. Psychologen onderscheiden verschillende 'typen' patiënten. Het nut hiervan is dat de zorgverlener zo uw behandeling zo goed mogelijk hierop kan aanpassen. Vaak vertonen patiënten tot op zekere hoogte overeenkomsten met een of meer onderstaande types.

Type patiënt

- **'Vermijdende patiënt'**. Dit type patiënt vermijdt activiteiten die de pijn kunnen verergeren. Hij is bang voor bewegen en denkt dat de pijn steeds erger zal worden. Hierdoor gaat hij op een lager niveau functioneren (meer verzuim) en wordt somber.



Zaagtandpatroon

- **'Doorzetter'**. Dit type patiënt negeert de pijn en gaat door met activiteiten. Zijn gedrag vertoont een zaagtandpatroon: doorgaan tot de pijn onhoudbaar is en dan terugval/rust. Dit leidt tot lichamelijke overbelasting en meer pijn. Uiteindelijk wordt zijn niveau van functioneren lager.

- **'Niet-accepterende patiënt'**. Patiënt accepteert de pijn niet door verstandelijk en emotioneel verzet, zonder pijn te vermijden of te negeren. Dit resulteert in een gevoel van machteloosheid en op lange termijn tot werkverzuim en veel doktersbezoek.
- **Patiënt met goede omgang met pijn**. Dit type patiënt heeft weinig psychische nood, heeft realistische gedachten over de pijn en gaat er goed mee om. Ook past patiënt zijn activiteiten aan op het pijnprobleem.

- **Er zijn verschillende soorten chronische pijn, maar er is geen verschil in psychische klachten als gevolg van pijn. Er zijn vier psychologische patiëntentypen.**
- **De psychologische diagnostiek bij aangezichtspijn verloopt in fasen: eerst beperkt onderzoek als u een nieuwe patiënt bent. Zo nodig wordt dit uitgebreid.**
- **Uw behandelaar kan zo nagaan of psychische factoren wel of geen negatieve invloed hebben op ernst en beloop van uw pijn. Als die negatieve invloed er is, kan psychologische behandeling nuttig zijn. Artsen moeten dan terughoudend zijn met operaties.**

3 Behandelwijzen

Uitgangsvraag

Wanneer is welke behandeling nodig voor welk type aangezichtspijn?
Psychische problemen kunnen het effect van een behandeling negatief beïnvloeden. Daarom onderzoekt de behandelaar bij het starten van een behandeling ook of u misschien psychische problemen heeft. Het gaat daarbij om depressie of angst, het slecht opvolgen van adviezen van artsen of het hebben van een persoonlijkheidsprobleem (zie ook het slot van dit hoofdstuk en het vorige hoofdstuk).

Aandoeningen van tanden, kaken en mondholte

Pijn die uitgaat van tanden of kiezen

Pijn die uitgaat van tanden of kiezen heeft meestal een bacteriële infectie als oorzaak. Wanneer tanden of kiezen behandeld moeten worden, gaat het meestal om cariës (tandbederf). In de meeste gevallen kan volstaan worden met het verwijderen van de cariës en het restaureren van het gebitselement. Bij voortgeschreden cariës zal de behandeling bestaan uit een wortelkanaalbehandeling of het trekken van het gebitselement. Daarnaast kan een breuk van kroon of wortel oorzaak van de pijn zijn. Een andere mogelijkheid die pijn kan veroorzaken, is overbelasting van steunweefsel rondom gebitselementen of (vergevorderde) tandvleesontsteking.

Behandeling heeft als doel: genezing van de ontsteking.

Pijn die zich voordoet als kiespijn, maar waarvan de bron elders gelegen is

Bij pijn die lijkt op kiespijn kijkt de tandarts wat de werkelijke oorzaak is van de pijn en wordt de behandeling daarop gericht.

Kaakbotpijn en aandoeningen van mondslijmvlies en tong

Bij een ontsteking van het kaakbot krijgt u een medicijn om deze te bestrijden. Soms is een operatie nodig.

Aandoeningen van het mondslijmvlies en de tong zijn over het algemeen goed te behandelen.

Aandoeningen van kauwspieren en kaakgewrichten

Pijn door temporomandibulaire disfunctie (TMD-pijn)

Als u behandeld wordt wegens TMD, zijn geruststelling, uitleg en advies belangrijk. Aanvullende behandelingen zijn gebruikelijk, zoals medicatie, fysiotherapie en een

opbeetplaat (een door de tandarts vervaardigde beschermer tegen tandknarsen of tegen het hard op elkaar klemmen van tanden). Daarnaast kan soms gewrichtspunctie, kijkoperatie van een gewricht of gewone chirurgie overwogen worden, maar dergelijke ingrepen zijn zelden nodig.

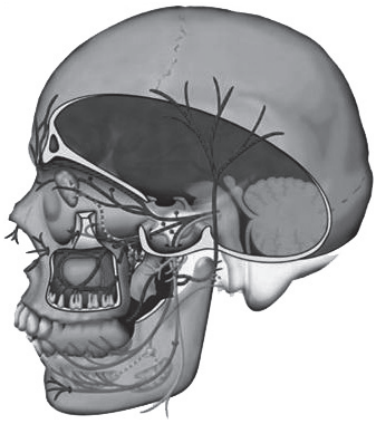
De fysiotherapeut kan bewegings- of ontspanningsoefeningen en biofeedback toepassen bij TMD-pijn. Cognitieve gedragstherapie en duidelijke uitleg over verkeerde mondgewoonten (bijv. het hard op elkaar klemmen van de tanden) kunnen een positief effect hebben.

- **Oefentherapie, biofeedback en opbeetplaat kunnen helpen bij TMD-pijn.**
- **Geruststelling, uitleg en advies zijn altijd nodig bij de behandeling van TMD-pijn.**
- **Bij patiënten met gewrichtsproblemen waarbij niet-operatieve therapie geen effect heeft gehad, kan punctie effectief zijn.**
- **Bij langer bestaande TMD-pijnklachten en/of aanwezigheid van andere aandoeningen kunnen psychosociale therapie en/of middelen tegen depressie of tegen epilepsie nuttig zijn.**

Zenuwpijn (neuralgie/neuropathie) ter hoogte van het hoofd en aangezicht

Trigeminusneuralgie/neuropathie

De behandeling is niet alleen medicamenteus of operatief: veel patiënten beleven trigeminusneuralgie als een invaliderende aandoening, met ernstige sociale en psychische gevolgen. U kunt uw behandelaar helpen door duidelijk uit te leggen wat u dwars zit. Wees open en eerlijk, en na uw verhaal zal hij u verder de weg wijzen. Goed naar elkaar luisteren is erg belangrijk in deze situatie.



Plaats van de trigeminuszenuw

Primaire of klassieke trigeminusneuralgie

De behandeling van primaire trigeminusneuralgie bestaat in de eerste plaats uit medicijnen. Mensen met epilepsie gebruiken ook deze medicijnen, maar vaak in een andere dosering. Als medicijnen niet helpen, kan de arts bestraling of een operatieve ingreep met u bespreken. Welke behandeling gekozen wordt, hangt af van bijwerkingen en risico's, het resultaat van eerder toegepaste behandelingen, en uiteraard van wat u wilt.

Behandeling met medicijnen

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de meest gebruikte medicijnen bij trigeminusneuralgie.

Middel	*Werkzaamheid*	*Bijwerkingen*
Carbamazepine (samen met oxcarbazepine is dit middel de eerste keuze)	Carbamazepine is bij acute en chronische trigeminusneuralgie bij veel patiënten aanvankelijk effectief. Dit effect verdwijnt soms na maanden tot jaren en dan is aanvullende behandeling nodig. Het nadeel van carbamazepine is dat het veel bijwerkingen geeft, waaronder leverproblemen en natriumtekort.	De eerste 1-2 weken van de behandeling heeft ongeveer een derde van de mensen last van bijwerkingen. De meeste bijwerkingen worden vanzelf minder als u aan het middel gewend raakt. Om de kans op bijwerkingen bij de start van de behandeling te verkleinen, moet u beginnen met een lage dosering. De dosering wordt daarna geleidelijk opgebouwd.
Oxcarbazepine	Oxcarbazepine is vermoedelijk even effectief als carbamazepine: beide verminderen het aantal aanvallen van trigeminusneuralgie per week met bijna 90%. Oxcarbazepine geeft minder bijwerkingen	De eerste 1-2 weken van de behandeling heeft u kans op bijwerkingen. De meeste bijwerkingen worden vanzelf minder als u aan het middel gewend raakt. Om de kans op bijwerkingen aan het begin van de behandeling te verkleinen, moet u starten met een lage dosering. De dosering wordt daarna geleidelijk opgebouwd.

De werkzaamheid van onderstaande middelen is onvoldoende onderbouwd bij trigeminusneuralgie: fenytoïne, baclofen, clonazepam, amitriptyline, gabapentine, pregabaline.

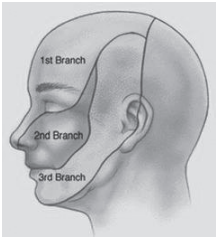
Voor vrouwelijke patiënten is het belangrijk te weten dat alle hier genoemde middelen de werking van de anticonceptiepil verminderen. Als u een kinderwens heeft, doet u er verstandig aan uw arts hiervan op de hoogte te stellen. Sommige medicijnen zijn namelijk schadelijk voor een ongeboren kind. De arts kan dan eventueel de medicijnen aanpassen. De keuze tussen zwangerschap met verhoogd risico voor de vrucht en hevige pijn is moeilijk. Patiënten hebben minder pijn tijdens de zwangerschap, maar die keert daarna terug.

- **Carbamazepine is in de praktijk nog vaak de eerste keuze. Echter, dit middel heeft vrij vaak bijwerkingen (zij het zelden ernstig). Oxcarbazepine is ook effectief, met minder bijwerkingen.**
- **Tweede keuze: baclofen, lamotrigine, pregabaline of pimozide, maar de kans op effect lijkt gering.**
- **Opiaten, zoals morfine, worden niet aanbevolen.**
- **Als de behandeling niet succesvol is, zal de arts de mogelijkheden van een operatie met u bespreken.**

Invasieve behandelingen

Een invasieve behandeling is een ingreep waarbij een instrument of een naald bij de patiënt soms door de huid naar binnen wordt gebracht. *Een invasieve behandeling is ingrijpend en wordt pas overwogen als eerdere behandeling met medicijnen onvoldoende effect heeft.*

Als patiënt met chronische aangezichtspijn zijn voor u 3 soorten ingrepen van belang:



De drie takken met het gebied dat ze beïnvloeden

- microvasculaire decompressie (MVD; operatie volgens Jannetta)
- behandeling met een Gamma Knife
- zenuwblokkade

Microvasculaire decompressie (MVD)

Bij een MVD van de trigeminuszenuw (operatie volgens Jannetta) brengt de neurochirurg een stukje teflon aan tussen de zenuw en het bloedvat. Dat heft de druk op de zenuw op (vandaar de naam 'decompressie'). MVD is zeer effectief bij trigeminusneuralgie en het effect houdt lang aan.

Complicaties: Zeer ernstige complicaties treden op bij circa 0,5-1%: overlijden, hersenbloeding of -infarct. Bij 3-5% is er lekkage of ophoping van hersenvocht en/of letsel van hersenzenuwen. Het percentage complicaties hangt af van de ervaring van de neurochirurg en het aantal verrichte MVD's in een centrum.

Behandeling met een Gamma Knife

Behandeling met een Gamma Knife noemt men ook wel stereotactische radiochirurgie (SRS). Deze beide namen (knife = mes) wekken ten onrechte de indruk dat dit een operatie is. Het gaat om een zeer gerichte bestraling met gammastralen van de aangezichtszenuw. SRS heeft als voordeel dat relatief weinig complicaties optreden, maar als nadeel dat de pijn vaker terugkomt dan bij microvasculaire decompressie. Vermindering van de pijn treedt gemiddeld pas een maand na de behandeling op.

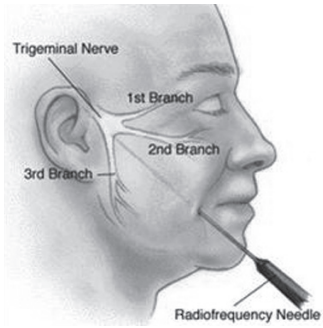
Terugval: Het nadeel van SRS is dat na enkele jaren de pijn kan terugkeren.

Complicaties: Ernstige complicaties komen bij SRS zeer zelden voor. Bij 4-10% zijn er bijwerkingen zoals gevoelsklachten en/of tintelingen in het gelaat. Zelden heeft men minder smaak en zwakkere kauwspieren.

Tweede bestraling na terugkeer van pijn: Als de pijn terugkeert, kan de behandeling opnieuw worden uitgevoerd, eventueel met een hogere dosering. Hierbij neemt echter ook de kans op bijwerkingen (gevoelsstoornissen) toe.

Zenuwblokkade

Hierbij maakt de behandelaar een kleine beschadiging aan een takje van een zenuw. Deze onderbreking komt in de dunne vezel die de pijn doorgeeft. Dit kan op verschillende manieren:



Radiofrequente zenuwblokkade

- Bij radiofrequente blokkade wordt met wisselstroom warmte opgewekt.
- Bij een chemische blokkade krijgt u een injectie van glycerol.
- Bij zenuwblokkade met een ballon knelt men de zenuw af door het opblazen van een ballonnetje.

Complicaties: Bij 4-30% van de patiënten zijn er bijwerkingen, meestal gevoelsstoornissen. Zelden treden klachten van de kauwspieren (minder kauwkracht) en uitval van een andere hersenzenuw op. Bij 0-10% komen ernstiger bijwerkingen voor (gevoelloosheid met ernstige pijn, zeer hinderlijke oogklachten en onherstelbare problemen van de oogspier). Hersenvliesontsteking of lekkage van hersenvocht komt zeer zelden voor.

Het percentage bijwerkingen blijkt af te hangen van de ervaring van de behandelaar en het aantal behandelingen per jaar in eenzelfde ziekenhuis.

Een zenuwblokkade is een goed alternatief voor patiënten die geen MVD willen of kunnen ondergaan, maar er is wel een kans dat de pijn na verloop van tijd terugkomt. De behandeling kan dan herhaald worden, maar kans op ernstige bijwerkingen neemt dan toe.

- **Bij onvoldoende effect van medicijnen kan de arts met u een invasieve behandeling overwegen: microvasculaire decompressie, behandeling met een Gamma Knife of een zenuwblokkade.**
- **Microvasculaire decompressie is het effectiefst, maar geeft ook meer kans op (zeldzame) ernstiger complicaties.**

- **Als u jong bent, kunt u een microvasculaire decompressie overwegen, wanneer u de kans op de zeldzame, maar ernstige complicaties accepteert. Deze ingreep dient alleen uitgevoerd te worden in centra met veel ervaring. Bij de andere behandelingen is de kans groter dat de pijn na verloop van tijd weer terugkomt.**
- **Bij de keuze voor de invasieve ingreep is het belangrijk om samen met uw arts een grondige afweging van effectiviteit en kans op complicaties te maken. U moet goed weten wat de voor- en nadelen van de verschillende behandelingen zijn en op basis daarvan samen met uw behandelaar tot een keuze komen.**
- **Wanneer een eerste invasieve behandeling niet effectief is, kunt u een andere invasieve behandeling overwegen. Zo is een microvasculaire decompressie mogelijk na een eerdere zenuwblokkade of behandeling met een Gamma Knife (en omgekeerd).**
- **Wanneer een eerste serie behandelingen met een Gamma Knife onvoldoende effect heeft, is een tweede serie mogelijk.**

Gedeelde besluitvorming

Secundaire trigeminusneuralgie (trigeminusneuropathie)

STN bij multiple sclerose (TN-MS)

- **Voor behandeling van TN-MS met medicijnen is carbamazepine of oxcarbazepine de eerste keuze. Oxcarbazepine geeft minder bijwerkingen.**
- **Tweede keuze: evt. lamotrigine, gabapentine, topiramaat of misoprostol. De kans op succes is niet bekend.**
- **Voor eventuele invasieve ingrepen geldt grote terughoudendheid. Eventuele behandeling dient uitsluitend plaats te vinden in een centrum met veel ervaring.**

Secundaire trigeminusneuralgie na herpesinfectie

Voor de behandeling van trigeminusneuralgie na een herpesinfectie (gordelroos) gebruikt men verschillende medicijnen. Het is belangrijk om bij vermoeden van gordelroos in het gezicht snel een arts te raadplegen.

Middelen tegen depressie

Bepaalde middelen tegen depressie zijn effectief bij trigeminusneuralgie na een herpesinfectie. Eerste keuze vormen amitriptyline of nortriptyline. Als tweede keuze geldt fluoxetine.

Middelen tegen epilepsie

Gabapentine en pregabaline zijn eveneens middelen van eerste keuze bij trigeminusneuralgie na een herpesinfectie.

Andere middelen

Ook oxycodon is tweede keuze. De derde keuze: bij aanhoudende hevige pijn valt methadon of langwerkende morfine te overwegen. Dit is een uiterste redmiddel.

Lidocaïnepleisters zijn moeilijk toe te passen bij pijn in het gelaat. Capsaïnecrème in het gelaat wordt sterk afgeraden wegens mogelijke schade aan het oog.

Invasieve behandelingen

Invasieve behandelingen voor trigeminusneuralgie na een herpesinfectie worden afgeraden.

Glossofaryngeusneuralgie (zenuwpijn van tong-keelzenuw)

Primaire glossofaryngeusneuralgie

Medicijnen

De behandeling met medicijnen is hetzelfde als bij trigeminusneuralgie (zie de tabel daar): carbamazepine of oxcarbazepine. De arts zal de dosis hiervan verhogen totdat bij u pijnvermindering is bereikt of totdat de bijwerkingen te ernstig worden.

Invasieve ingrepen

Wanneer behandeling met medicijnen onvoldoende effect heeft, kan de arts met u een invasieve behandeling bespreken. Als eerste keuze hierbij geldt microvasculaire decompressie; als tweede keuze: stereotactische radiochirurgie. Voor beide moet u informeren naar een kliniek met veel ervaring, zodat u zich een afgewogen oordeel kan vormen (vraag hiervoor informatie bij de Vereniging van Hoofdpijnpatiënten).

Migraine met pijn die uitstraalt in het aangezicht

Informatie over de behandeling van migraine is te vinden op: www.thuisarts.nl.

Trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen

Clusterhoofdpijn (neuralgie van Horton, CH)

Clusterhoofdpijn kan zeer ernstig zijn en heeft grote gevolgen op psychisch en sociaal gebied. Bij de behandeling zal de arts u daarom niet alleen medicijnen voorschrijven, maar hij of zij zal ook aandacht besteden aan uw werk- en gezinssituatie. De meeste middelen zijn niet geregistreerd voor de behandeling van clusterhoofdpijn, ondanks dat ze wel effectief zijn. U dient zich te realiseren dat er sprake is van off-labelgebruik. Bij de therapie onderscheidt men:

- behandeling om een aanval te beëindigen of te onderdrukken (aanvalsbehandeling)
- behandeling om een aanval te voorkómen (onderhoudsbehandeling)

Aanvalsbehandeling (om aanvallen te beëindigen)

Omdat de pijn zo heftig is, is het zaak dat medicijnen snel effect hebben. De volgende aanvalsmedicatie kan u helpen om van de pijn af te komen:

- Snel effect (binnen 15 minuten) hebben: sumatriptan (injectie) en/of zuurstoftoediening.
- Iets langzamer effect (binnen 30 minuten) hebben: sumatriptan (via de neus), octreotide (injecties) of lidocaïne en cocaïne (neusdruppels).

Onderhoudsbehandeling (om aanvallen te voorkomen)

Medicijnen

Verapamil

Bij 'episodische' CH is verapamil effectief om aanvallen te voorkomen. (Episodisch wil zeggen dat een reeks aanvallen afgewisseld wordt door pijnvrije periodes.) Verapamil en lithium zijn bij chronische CH even effectief, maar verapamil werkt sneller.

Lithium

Lithium lijkt effectief om aanvallen te voorkomen, meer bij chronische CH dan bij episodische CH. Maar lithium is minder effectief dan verapamil en geeft meer bijwerkingen. De lithiumspiegel in het bloed kan gevaarlijk stijgen bij hoge temperaturen en/of zware lichamelijke inspanning. De dosering luistert erg nauw. Zelfs bij een 'normale' dosis kunnen gevaarlijke bijwerkingen optreden (sufheid, evenwichtsstoornissen). Lithium wordt alleen voorgeschreven door ervaren specialisten.

Corticosteroïden

Corticosteroïden (prednison en methylprednisolon) zijn duidelijk effectief. De aanval-

len verminderen na eenmalige injectie van een zeer hoge dosis methylprednisolon.

Prednison kunt u gebruiken als overbrugging in de beginfase van de behandeling met verapamil (waarvan de dosering geleidelijk verhoogd wordt). Wanneer u een effectieve dosis van verapamil eenmaal heeft bereikt, zal uw arts de dosis prednison weer verlagen.

Ergotamine

Ergotamine is te overwegen als kortdurende behandeling om aanvallen te voorkomen, bijv. als u uitsluitend nachtelijke aanvallen heeft. Dit geldt alleen indien andere middelen niet werkzaam zijn.

Bij clusterhoofdpijn zal de arts bij onvoldoende reactie op therapie zo nodig behandeling met meerdere middelen overwegen.

Zenuwinjectie of -blokkade

Als uw pijn niet verdwijnt met medicijnen, kan de arts met u overleggen over zenuwinjecties of -blokkades. Injectie bij een zenuw in de nek is bij CH waarschijnlijk effectief.

Aanvalsbehandeling

- **Eerste keuze: sumatriptan (injectie) en/of zuurstof.**
- **Tweede keuze: sumatriptan (neusspray) of octreotide (injectie).**
- **Derde keuze: lidocaïne (neusspray).**

Onderhoudsbehandeling

- **Eerste keuze: verapamil.**
- **Tweede keuze: steroïden, lithium en methysergide en evt. topiramaat.**
- **Injecties bij de nekzenuw van corticosteroïden kunnen een alternatief zijn, vooral bij episodische clusterhoofdpijn.**
- **Derde keuze: ergotamine om nachtelijke aanvallen van clusterhoofdpijn te voorkomen.**
- **Bij ernstige, moeilijk behandelbare pijn zal men u verwijzen naar een centrum met veel ervaring.**

Aandoeningen die samenhangen met het oog

Vermoeide ogen

Therapie: orthoptie, bril, prisma. Een lichte vorm van scheelzien komt bij circa 80% van de mensen voor. Dit kan leiden tot vermoeide ogen of pijn, bijv. tijdens langdurig lezen. Zo nodig kan men dit corrigeren met een bril of chirurgie.

Ontsteking van het oog

Therapie: pijnstillers (NSAID's), steroïden. Meestal helpen pijnstillers met ontstekingsremmende en koortswerende werking (NSAID's).

Hoge oogdruk

Therapie: laserbehandeling van de iris. Deze behandeling is vaak voldoende om de oogdruk weer normaal te maken. Soms is aanvullende behandeling nodig met oogdruppels.

Droge ogen

Therapie: kunsttranen, plaatselijke medicijnen of plugjes. Kunsttranen helpen bij lichte tot matige klachten. Bij ernstige vormen kan pilocarpine helpen of het plaatsen van plugjes.

Trochlea-pijn

Therapie: injectie. Plaatselijke injectie met een corticosteroïd helpt bij bijna alle patiënten, maar de pijn komt wel vaak weer terug.

Aandoeningen van het oor

Informatie over de behandeling van ooraandoeningen vindt u op www.thuisarts.nl.

Aandoeningen van neus en neusbijholten

Informatie over de behandeling van deze aandoeningen vindt u op www.thuisarts.nl.

Aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak

Patiënten met chronische aangezichtspijn (vroeger: atypische aangezichtspijn) hebben vaak al een lange weg afgelegd voordat ten slotte de diagnose persisterende idiopathische faciale pijn (PIFP; aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak) wordt gesteld. Allerlei geneesmiddelen en tandheelkundige ingrepen zijn al geprobeerd, met weinig of geen succes. Er is vaak onzekerheid over de diagnose en er zijn ook nog bijkomende aandoeningen (vooral psychische klachten). Daarom zal de behandelaar vragen naar uw persoonlijke omstandigheden: weet u wanneer de pijn is begonnen? Wat hebt u al ondernomen tegen de pijn? Bent u er moedeloos of down van, hoe reageert uw omgeving hierop? Het is goed als u openhartige informatie geeft aan de arts. Alleen dan kan hij u goed helpen. U kunt door goede samenwerking met de behandelaar veel bereiken om een plezieriger leven te krijgen.

De behandeling heeft drie pijlers:
- geruststelling: er zijn geen aantoonbare lichamelijke afwijkingen
- medicijnen ter bestrijding van de klachten
- psychologische en/of psychiatrische behandeling en ondersteuning

Medicijnen en andere methoden
De middelen tegen depressie dosulepine of fluoxetine zijn mogelijk effectief bij PIFP. Niet aangeraden worden: zenuwblokkade in de nek en acupunctuur.

Combinatie
Soms helpt een combinatie van medicatie en begeleiding ('counseling') en psychotherapie. Bij patiënten met PIFP zou hypnose kunnen leiden tot vermindering van de pijn en minder gebruik van pijnstillers. Dit geldt vooral voor patiënten die 'hypnosegevoelig' zijn.

Psychologische en psychiatrische behandeling
Het vroeg herkennen en het goed behandelen van psychische problemen zijn van groot belang (zie de twee volgende paragrafen). Dit omdat angst en depressie veel voorkomen bij patiënten met PIFP. Zij komen vaak in een vicieuze cirkel: ze zijn bang voor de pijn en dat geeft spanning en stress. En juist die geven nog meer pijn.

Behandeling psychiatrische klachten

Bij de behandeling van psychiatrische klachten zal de behandelaar de adviezen volgen uit de richtlijnen Depressieve stoornis, Angststoornis en SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Patiëntenversies hiervan vindt u op: www.ggzrichtlijnen.nl.

- **De behandeling van depressie en angst is hetzelfde bij patiënten met aangezichtspijn als bij patiënten met andere typen pijn.**
- **De behandeling van aangezichtspijn met gelijktijdige psychische problemen hoort in handen van een ervaren team.**

Psychologische behandeling

De psychische gevolgen van chronische aangezichtspijn kunnen zeer ernstig zijn. Patiënten kunnen depressief worden en maatschappelijk niet meer functioneren. Psychologische behandeling voor chronische pijn wordt daarom steeds vaker ingezet bij aangezichtspijn, als zelfstandige behandeling of als aanvulling.

Therapie gericht op het tegengaan van verkeerde gedragingen en denkgewoontes

die de psychische gevolgen in stand houden of verergeren wordt het meest toegepast bij chronische pijn. Het gaat daarbij om cognitieve gedragstherapie: een combinatie van gedragstherapie en cognitieve (op de denkwijze gerichte) therapie. U leert zo om u beter te ontspannen en op een andere manier tegen de situatie aan te kijken. Hierdoor hebt u minder pijn, maar ook minder depressieve gevoelens en angst en hoeft u minder vaak naar de dokter.

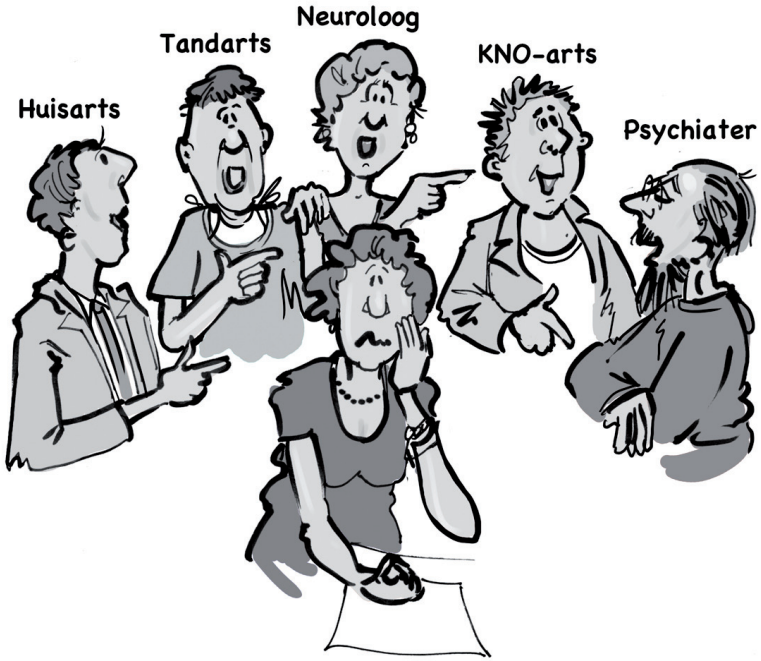
Het uiteindelijke doel is dat u uw normale dagelijkse bezigheden kunt hervatten (eventueel met aanpassing).

Psychische factoren kunnen het effect van een medische behandeling verminderen. Daarom zal de behandelaar uitzoeken of u psychische problemen heeft voordat de behandeling start. Eerst moet de psychische klacht worden behandeld. Het is belangrijk dat u uw medicijnen volgens voorschrift inneemt en doet wat de arts u heeft geadviseerd. Dan kan de arts immers beter beoordelen of de medicijnen wel goed werken bij u. Door een goede samenwerking kunt u samen met uw arts veel bereiken.

4 *Zorgorganisatie*

Uitgangsvraag

Op grond van welke kenmerken verwijst de huisarts een patiënt met aangezichtspijn naar welke specialist? Hoe kunnen samenwerking, communicatie en begeleiding bij de behandeling worden verbeterd?



In de huidige zorg gaat u als patiënt met aangezichtspijn eerst naar een huisarts of tandarts. Een van beiden zal u zo nodig verwijzen naar een specialist. Het is belangrijk dat uw huisarts en tandarts van elkaars verwijzingen op de hoogte zijn. U kunt hier zelf een rol in spelen door ernaar te vragen. Wanneer de specialist geen afwijkingen op zijn/haar gebied vindt, verwijst deze u weer terug, of verwijst u door naar een ander specialisme. Dit kan lang doorgaan. Uiteindelijk kan men u verwijzen naar een speciaal pijnteam. De richtlijn kan eraan bijdragen dat artsen sneller tot een betere aanpak komen. U kunt daar zelf een actieve rol bij spelen door veel informatie te verzamelen, o.a. uit deze patiëntenversie en via www.hoofdpijnpatienten.nl. Dit kan bijvoorbeeld een onnodige tandheelkundige behandeling tegengaan. Of verwijzing naar een pijnbehandelcentrum als dit niet nodig is.

Bij wie komt u terecht?

Centraal in de behandeling van aangezichtspijn staan de huisarts en de tandarts, in elke fase van de behandeling. Een goede samenwerking is daarom essentieel. Om goede communicatie te waarborgen moet de behandelaar de gegevens (bij voorkeur schriftelijk) aan u meegeven. Door goede communicatie kunnen verwijzingen beter op elkaar worden afgestemd. Zo zijn huisarts en tandarts beiden goed op de hoogte van de zorg die u krijgt en de resultaten daarvan.

Verwijzing naar de specialist is gericht op het stellen van een diagnose of het geven van een behandeling. Als de specialist geen diagnose kan stellen of de behandeling bij herhaling niet helpt, kan de behandelaar u verwijzen naar een multidisciplinair team. Hierin zitten verschillende specialisten die meer weten van aangezichtspijn.

Bij de zorg voor patiënten met aangezichtspijn kunnen veel zorgverleners betrokken zijn: huisarts, tandarts, tandartsen-specialisten, speciale fysiotherapeut zoals de orofaciaal therapeut, neuroloog, neurochirurg, andere specialisten, bedrijfs- en verzekeringsarts, maar ook de psycholoog of psychiater.

Naar wie kan uw huisarts u het beste verwijzen?

Bij kaak- en mondproblemen: naar uw eigen tandarts, de tandarts-specialist op het gebied van tand- en kiespijn (tandarts-endodontoloog), de tandarts-specialist op het gebied van kauwspieren en kaakgewrichten (tandarts-gnatholoog) of de tandarts-specialist op het gebied van de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurg).

Bij diagnostiek gericht op trigeminusneuralgie, vaataandoeningen en trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen (behalve clusterhoofdpijn): neuroloog. Behandeling van trigeminusneuralgie kan bij de huisarts beginnen, in afwachting van diagnostiek bij de specialist. Ook afbouw van medicatie bij trigeminusneuralgie kan bij de huisarts plaatsvinden.

Voor diagnostiek en behandeling van neuralgie na gordelroos, clusterhoofdpijn, aandoeningen van oog en oogkas, aan het oor en van neus en neusbijholten: huisarts (deze kan daarbij gebruikmaken van bestaande richtlijnen en standaarden). Bij twijfel aan de diagnose of falen van de behandeling: neuroloog, oogarts, KNO-arts of pijnpoli.

Bij problemen met het zien: oogarts en neuroloog (wegens evt. problemen met de oogzenuw).

Bij ontsteking van de slagader bij de slapen: internist, reumatoloog of neuroloog.

Bij complexe pijnproblemen: pijncentrum.

Psychologische behandeling kan nuttig zijn om de nadelige gevolgen van aangezichtspijn te beperken. Gespecialiseerde psychologen zijn in sommige regio's beschikbaar (zie www.lve.nl). Het is belangrijk dat uw huisarts u helpt bij het omgaan met pijn. Deze kan u adviseren over leefstijl, vermijden van ongewenste middelen,

stress en 'doemdenken'. Ook kan hij meedenken hoe de belasting voor uw gezin te beperken.

Gedeelde verantwoordelijkheid patiënt en arts

Als u aangezichtspijn heeft, kan de diagnostiek soms lang duren en het kan ook gebeuren dat er verkeerde diagnoses gesteld worden. Doordat sommige aandoeningen zo zeldzaam zijn, is dit niet te vermijden. De huisarts en de tandarts moeten er goed op letten dat nieuw onderzoek nodig kan zijn als u pijn houdt. Daarbij is aandacht nodig voor lichamelijke en psychosociale factoren. Second opinions kunnen nuttig zijn, ook doordat (super)specialisten vaak met name gericht zijn op hun eigen mogelijkheden en andere opties uit het oog verliezen. Goed overleg en samenwerking tussen de zorgverleners zijn een eerste vereiste.

Communicatie zorgverlener en patiënt

Als patiënt bent u gebaat bij goede communicatie met uw arts: deze is erg belangrijk voor het resultaat van behandelingen en voor uw eigen tevredenheid. Patiëntenvoorlichting is niet alleen gericht op informatie, maar hangt ook samen met emoties, houding en gedrag. Het is belangrijk dat u zich herkent in de informatie en dat u zich erdoor aangesproken voelt.

Succes van de behandeling, het volgen van adviezen en de veiligheid worden beter als u goede informatie en adviezen krijgt. Het helpt als u met uw arts klachten, emoties en kwaliteit van leven bespreekt. Dit verbetert uw gezondheid en tevredenheid, maar het is ook goed voor het volhouden van een behandeling (bijv. medicijnen slikken) en het voorkomt misverstanden.

Ga als patiënt met aangezichtspijn goed voorbereid naar een arts; vooral als er een verwijzing plaatsvindt. Als u thuis een lijstje met vragen maakt, heeft u tijdens het gesprek een goed hulpmiddel. Neem ook iemand mee naar het spreekuur, zodat u de informatie later nog eens kunt bespreken.

Gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt is effectief en bevordert de therapietrouw. Een combinatie van mondelinge en schriftelijke uitleg (ontslagbrief) is het beste. Een training voor patiënten gericht op beter communiceren met de behandelaar kan van grote waarde zijn.

5 *Blijven werken of weer gaan werken*

Uitgangsvraag
Hoe kan de patiënt met aangezichtspijn aan het werk blijven of weer actief worden in werk en maatschappij?

Wat zijn de gevolgen van aangezichtspijn voor de werksituatie? Hoe kunt u ondanks aangezichtspijn blijven werken? Welke factoren zijn hierbij van invloed, welke aanpassingen zijn er nodig en hoe kunt u die krijgen?

Aangezichtspijn en werk

Aangezichtspijn lijkt net zo vaak voor te komen onder werkenden als onder niet-werkenden. Het is niet bekend hoeveel ziekteverzuim aangezichtspijn veroorzaakt in Nederland. Zeer weinig mensen worden arbeidsongeschikt door aangezichtspijn.

Ligt de oorzaak van aangezichtspijn in het werk?

Als patiënt met aangezichtspijn kunt u zich afvragen:

- Ligt de oorzaak van mijn aandoening (mede) in het werk? En welke factoren spelen een rol?
- Welke factoren zijn van belang om aan het werk te kunnen blijven?

Aangezichtspijn wordt niet door het werk veroorzaakt. Wel kan het werk invloed hebben op uw klachten. Het gaat daarbij om verschillende factoren.

Omgeving

- Koude en tocht kunnen de pijn uitlokken. Denk aan buitenwerk of werk in koel- en vriescellen, maar ook airconditioning. Ook licht en geuren kunnen soms klachten geven.

Mechanische factoren

Sommige bewegingen kunnen de klachten verergeren of uitlokken:

- **Spreken**: (langer) spreken kan lastig zijn.
- **Aanraken**: Aanraken van het gezicht kan klachten geven. Dit is lastig bij dragen van koptelefoons, mutsen en sjaals. Maar die laatste zijn nu juist vaak nodig tegen de kou.
- **Eten**: Harde voeding kan klachten geven en soms duurt het eten wat langer. Dit is lastig op het werk en in sociale contacten.
- Ook last geven: omhoog kijken tegen het licht in; bukken, voorovergebogen staan; tillen, trekken; boodschappen doen, koken; hoofd draaien; heftruck rijden.

Mentale en overige factoren

- Belasting: Geconcentreerd werk of veel moeten reizen is belastend.
- Ploegendienst: Ploegendienst kan een risicofactor voor aangezichtspijn zijn (door slaapproblemen en tandenknarsen).
- Psychische factoren en stress: Het effect van stress is moeilijk aan te geven.

Pijnklachten en behandeling

De klachten van de aangezichtspijn kunnen u belemmeren bij uw werk; dit geldt ook voor de (bijwerkingen) van de behandeling die u nodig heeft.

- **Pijn**: Voor chronische pijn in het algemeen geldt: constante pijn leidt vaker tot somberheid en angst dan af en toe een aanval. Ook leidt constante pijn vaker tot werkproblemen. Pijn en angst voor pijn hebben in het algemeen veel psychische en maatschappelijke gevolgen.
- **Therapie**: Als patiënt kunt u te maken krijgen met verschillende medicijnen en combinaties. Het is daarbij zoeken naar de beste oplossing. Soms kunt u door het gebruik van medicijnen juist wel werken. Of moet u een lage dosis nemen. Of u kunt niet werken omdat er geen medicijnen zijn die uw pijn verminderen. Het kan helpen om het innemen van de medicijnen goed te timen. Of misschien moet u eerst rustig op gang komen met werken.

Ook bijwerkingen kunnen invloed hebben op uw werk. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- Sufheid bij gebruik van amitriptyline, carbamazepine, pregabaline en valproaat
- Vermoeidheid, vergeetachtigheid en duizeligheid bij gebruik van carbamazepine
- Vermoeidheid en depressie bij gebruik van gabapentine
- Diarree en duizeligheid
- Sneller boos worden bij gebruik van lamotrigine

- **Aangezichtspijn komt onder werkenden net zo vaak voor als onder de algemene bevolking. De pijn vermindert de kwaliteit van leven sterk. Mensen die tevreden zijn over hun functioneren op het werk hebben daar minder last van. Aan gezichtspijn heeft gevolgen voor het werk, maar het verzuim lijkt niet verhoogd.**
- **Het is belangrijk om zo veel mogelijk te blijven werken. Streef ernaar dat u zelf tevreden bent over uw werkomstandigheden. Daar zult u zich prettiger bij voelen. Het is goed om hier ook aandacht voor te vragen bij behandelaars.**
- **Het is belangrijk dat u - samen met bijv. bedrijfsarts en arbeidsdeskundige - nagaat welke factoren in de werksituatie invloed hebben op uw klachten. Probeer negatieve invloeden zo mogelijk te beperken.**
- **Openheid naar uw werkgever en collega's over de aandoening en de gevolgen**

ervan bevordert het begrip. Zij zullen dan ook gemakkelijker accepteren als er eventuele aanpassingen in het werk nodig zijn.

- **U kunt ook een beroep doen op uw bedrijfs- en verzekeringsarts; zij kunnen - zo nodig - zaken voor u regelen bij uw werkgever.**

Begrippenlijst

Deze lijst bevat termen en afkortingen die vaak voorkomen in teksten over aangezichtspijn. Ze komen niet alle terug in deze brochure, maar deze lijst kan ook handig zijn voor patiënten die andere informatie lezen over aangezichtspijn.

a. arteria = arterie of slagader

a.n. ante noctem = voor de nacht (bij medicijnen)

AT arteriitis = ontsteking van de slagaderwand, bijv. arteriitis temporalis = ontsteking van de slagaderwand aan de slaap

ballonrizolyse zenuwblokkade met een ballon, hierbij knelt de neurochirurg de zenuw af door het opblazen van een ballonnetje

BSE bezinkingssnelheid = snelheid waarmee de rode bloedlichaampjes in (onstolbaar gemaakt) bloed bezinken. Wijst op ontsteking

CH clusterhoofdpijn = vorm van hoofdpijn met begeleidende ('autonome') verschijnselen. Deze kunnen zijn: een rood en tranend oog, hangend ooglid, vernauwde pupil, opgezwollen ooglid, loopneus, verstopte neus of zweten. Clusterhoofdpijn komt het meeste voor en kan zeer ernstig zijn

cognitieve gedragstherapie psychologische benadering die gericht is op een verband tussen enerzijds klachten en anderzijds hoe patiënten denken en hoe zij zich gedragen

CPH chronische paroxismale hemicrania. Lijkt op clusterhoofdpijn, maar het grote verschil zit in het aantal en de duur van de aanvallen; bij clusterhoofdpijn duurt een gemiddelde aanval 15 minuten tot 3 uur, bij CPH 5 tot 30 minuten. Bij CPH zijn er meer aanvallen dan bij clusterhoofdpijn: 5 tot 15 aanvallen

CRP C-reactieve proteïne = maat voor ontsteking

CT computertomografie = beeldvormend onderzoek van bijvoorbeeld de schedel

DD differentiaaldiagnose = lijst van mogelijke aandoeningen die bij de klachten kunnen passen. De arts zal de meest waarschijnlijke eerst onderzoeken en probeert tot één uiteindelijke diagnose te komen

ECG elektrocardiogram = hartfilmpje (registratie van elektrische activiteit van het hart om hartafwijkingen in beeld te brengen)

EMG elektromyogram = onderzoekstechniek waarbij de elektrische

	activiteit van spieren wordt gemeten
endodontoloog	tandarts-specialist die zich bezighoudt met het behandelen van het doorbloede weefsel in het binnenste van de tand
EPD	elektronisch patiëntendossier = digitaal dossier van patiëntengegevens
GFN	glossofaryngeusneuralgie = herhaalde kortdurende aanvallen van zenuwpijn in de keel, de mondholte en het oor. De behandeling met medicijnen is hetzelfde als bij trigeminusneuralgie: carbamazepine of oxcarbazepine
ganglion	zenuwknoop, bijv. ganglion van Gasser
gnatholoog	tandarts-specialist die zich bezighoudt met kaakgewrichtsklachten
glaucoom	verhoogde oogdruk die tot oogschade kan leiden
glycerolrizolyse	zenuwblokkade met injectie van glycerol
HC	hemicrania continua: continue hoofdpijn zonder pijnvrije periodes; is goed te behandelen met indometacine
invasieve behandeling	een ingreep waarbij een instrument of een naald bij de patiënt soms door de huid naar binnen wordt gebracht, bijvoorbeeld operatie volgens Jannetta
i.v.	intraveneus = in een ader (bij injecties)
KNO-arts	keel-, neus- en oorarts
mg	milligram
MRA	magnetische-resonantieangiografie: beeldvormend onderzoek van aders en slagaders
MRI	magnetische resonantie-imaging; vorm van diagnostisch beeldvormend onderzoek
MS	multiple sclerose
MVD	microvasculaire decompressie van de trigeminuszenuw (operatie volgens Jannetta). Hierbij brengt de neurochirurg een stukje teflon aan tussen de zenuw en het bloedvat, dat de druk op de zenuw opheft
n.	Nervus = zenuw, bijv. de Nervus trigeminus
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NSAID	niet-steroïde anti-inflammatoire pijnstillers (pijnstillers met ontstekingsremmende en koortswerende werking)
OFP	orofaciale pijn = aangezichtspijn
operatie volgens Jannetta	zie MVD
orofaciaal therapeut	fysiotherapeut die gespecialiseerd is in behandeling van

gezondheidsproblemen die te maken hebben met het niet goed functioneren van spieren en gewrichten in het hoofd, het halsgebied en het kauwstelsel

PH paroxismale hemicrania = vorm van aanvalsgewijze hoofdpijn, die goed reageert op indometacine

PHN postherpetische neuralgie = zenuwpijn na gordelroos (herpes zoster)

PHTN postherpetische trigeminusneuralgie = aangezichtspijn na gordelroos (herpes zoster). Bij de behandeling gebruikt men middelen tegen depressie of tegen epilepsie. Invasieve behandelingen worden afgeraden

PIFP persisterende idiopathische aangezichtspijn = aanhoudende aangezichtspijn met onbekende oorzaak. Deze werd vroeger 'atypische' aangezichtspijn genoemd. Het is een lastig probleem omdat het gaat om pijn in het aangezicht waarvoor de arts geen oorzaak kan vinden. De arts stelt de diagnose wanneer alle aantoonbare oorzaken van aangezichtspijn niet aanwezig zijn

PTN primaire trigeminusneuralgie: zenuwpijn in het gebied van de trigeminuszenuw (één van de aangezichtszenuwen), zonder bekende oorzaak

PTSS posttraumatische stressstoornis: een angststoornis die kan ontstaan als gevolg van ernstige stressgevende situaties waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een andere bedreiging

QST kwantitatief sensibiliteitsonderzoek: onderzoek van de gevoeligheid van de zenuwen

RCT gerandomiseerde gecontroleerde trial; de standaard voor wetenschappelijk onderzoek naar bijvoorbeeld de werkzaamheid van medicijnen

RFT radiofrequente rizotomie: methode voor zenuwblokkade met gebruik van wisselstroom om warmte op te wekken

SOLK somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

SRS stereotactische radiochirurgie: behandeling met een Gamma Knife

STN secundaire trigeminusneuralgie

SUNCT 'shortlasting unilateral neuralgiform pain with conjunctival injection and tearing': dit is een hoofdpijnsyndroom met begeleidende ('autonome') verschijnselen. Deze kunnen zijn: een rood en tranend oog, hangend ooglid, vernauwde pupil, opgezwollen ooglid, loopneus, verstopte neus of zweten

trigemino-autonoom hoofdpijnsyndroom hoofdpijnsyndromen met begeleidende ('autonome') verschijnselen. Deze kunnen zijn: een rood en tranend oog, hangend ooglid, vernauwde pupil, opgezwollen ooglid, loopneus, verstopte neus of zweten. Clusterhoofdpijn (CH) komt het meeste voor

TENS transcutane elektroneurostimulatie

TMD temporomandibulaire disfunctie: aangezichtspijn door problemen van kauwspieren of kaakgewricht

TN trigeminusneuralgie: aangezichtspijn in het verzorgingsgebied van de trigeminuszenuw

TN-MS trigeminusneuralgie bij multiple sclerose

Notities

Notities

Hoodpijnnet
postbus 2185, 3800 cd amersfoort
e-mail: info@hoofdpijnnet.nl
internet: www.hoofdpijnnet.nl en www.aangezichtspijn.nl
facebook: www.facebook.com/hoofdpijnnet
twitter: @hoofdpijnnet