

hormonale
hoofdpijn
en hormonale
migraine



Hormonale
hoofdpijn
en hormonale
migraine

Deze brochure is een uitgave van:

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

tel: 0900-2020590 (€ 0, 25 p.m.)

te bereiken op werkdagen tussen 10.00-12.00 uur en 14.00-16.00 uur

e-mail: info@hoofdpijnnet.nl

website: www.hoofdpijnnet.nl

Er wordt gewerkt aan een herziene versie van deze uitgave.

Tekst: Russel Communicatie / Noortje Russel
Vormgeving: Diap / Noek van der Burgh
Met medewerking van: Emile Couturier, neuroloog
Foto omslag: André Perlstein / Getty Images
Eerste druk, november 2010

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van Hoofdpijnnet.

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

Inhoudsopgave

- 9** Inleiding
- 10** 1. De hormoonhuishouding van vrouwen
- 11** 2. Hormonale hoofdpijn
 - Wat is hormonale hoofdpijn?
 - Wat kun je ertegen doen?
- 12** 3. Hormonale migraine
 - Wat is hormonale migraine?
 - Wanneer ontstaat hormonale migraine?
 - Wie hebben hormonale migraine?
 - Waarom is het een verborgen probleem?
- 15** 4. Aanvalsbehandeling bij hormonale migraine
 - Gewone pijnstillers
 - Specifieke antimigrainemiddelen: triptanen
- 17** 5. Preventieve behandeling bij hormonale migraine
 - Miniprofylaxe
 - Hormonale behandeling
- 22** 6. Hormonale migraine tijdens de zwangerschap en borstvoeding
 - Zwangerschap en migraine
 - Borstvoeding en migraine
- 26** 7. Hormonale migraine tijdens en na de overgang
 - De overgang en de menopauze
 - Omgekeerde puberteit
 - Medicijnen en hormoontherapie
- 28** 8. Hormonale migraine: een serieus probleem!
- 30** Geraadpleegde literatuur

Inleiding

Bijna vier miljoen vrouwen in Nederland menstrueren regelmatig. Een klein deel daarvan zal de maandelijkse bloeding fluitend doorstaan, net zoals de opgewekte vrouwen in de maandverband- en tamponreclames. Het merendeel van de vrouwen kent echter wel degelijk menstruatieongemakken: stemmingswisselingen, buikpijn, rugpijn, hoofdpijn en migraine. Zij zijn met die maandelijkse regelmaat ook letterlijk ongesteld. Vaak gaat het om lichte klachten en kan iemand nog goed blijven functioneren, maar bij een aanzienlijke groep vrouwen zijn de klachten hevig. Hormonale migraine is hier vaak de boosdoener. Ruim driehonderdduizend vrouwen in Nederland zijn door deze vorm van migraine verscheidene dagen in de maand volledig uitgeschakeld. Zo gaan er ieder jaar 12 miljoen dagen verloren door hormonale migraine. Dat heeft niet alleen maatschappelijke gevolgen, maar tast vooral de kwaliteit van leven aan van de vrouwen die eraan lijden.

Deze brochure is bedoeld om inzicht te geven in de maandelijkse hoofdpijnaanvallen, om duidelijk te maken hoe serieus het probleem van hoofdpijn en vooral hormonale migraine is, en om de mogelijke behandelingen op een rij te zetten. Hopelijk draagt dit alles bij aan niet alleen heldere informatievoorziening, maar vooral ook aan erkenning van het probleem. Naast de vrouwen met hormonale migraine zelf, is ook hun naaste omgeving daarom een belangrijke doelgroep. Zij moeten ook weten wat zo'n zware maandelijkse aanval inhoudt en hoe belangrijk het is te zoeken naar een goede therapie.

Emile Couturier en Noortje Russel

1 *De hormoonhuishouding van vrouwen*

Hormonen zijn belangrijke stoffen in het bloed. Het menselijk lichaam maakt er tientallen verschillende van aan, die elk een bepaalde functie hebben. Geslachtshormonen zorgen voor de geslachtskenmerken van mannen en vrouwen en voor de vruchtbaarheid. Helaas zorgen de vrouwelijke hormonen soms ook voor minder prettige bijkomstigheden, zoals menstruatieongemakken als hoofdpijn en buikpijn en, ernstiger, hevige migraine.

Mannelijke en vrouwelijke hormonen

Voor de puberteit hebben jongens en meisjes dezelfde, relatief kleine, hoeveelheden mannelijke en vrouwelijke hormonen. Wanneer ze in de puberteit komen, verandert dit en krijgen zowel meisjes als jongens lichamelijke veranderingen onder invloed van de geslachtshormonen. Dit gebeurt bij jongens door het hormoon testosteron dat via de testikels wordt afgescheiden, bij meisjes zijn het de eierstokken die oestrogenen en progestagenen produceren. De eierstokken bevatten sinds de geboorte al eicellen. Wanneer in de puberteit oestrogenen worden aangemaakt, zorgen die ervoor dat er iedere maand een eitje rijp is voor bevruchting. Progestagenen maken vervolgens het baarmoederslijmvlies geschikt voor de innesteling van een eitje.

Hormoonschommelingen

De twee vrouwelijke hormonen schommelen flink in concentratie tijdens de cyclus, en kunnen daardoor klachten veroorzaken tijdens de menstruatie, zoals migraine. Vooral de snelle daling van het hormoon oestrogeen, vlak voor en tijdens de menstruatie, speelt hierbij een belangrijke rol.

Mannen hebben geen maandelijkse cyclus en produceren geen oestrogenen. Daarom hebben volwassen vrouwen dan ook drie keer zo vaak migraine als mannen; een verschil dat er voor de puberteit niet was, en dat na de overgang ook weer verdwijnt.

Tijdens de zwangerschap is het oestrogeengehalte constant en vrij hoog. Dat blijft vaak zo als men borstvoeding geeft. Dit zorgt voor een afname van de migraine bij ongeveer tweederde van de vrouwen. De regelmatige cyclus verandert in aanloop naar de menopauze, soms zelfs al enkele jaren daarvoor. Hierdoor wordt het oestrogeengehalte onregelmatig, met pieken en dalen, en kan de hormonale migraine verergeren. Na de laatste menstruatie daalt het oestrogeengehalte en nemen de migraineklachten in veel gevallen af.

2 **Hormonale hoofdpijn**

Veel vrouwen hebben last van hormonale hoofdpijn. Het is een vorm van hoofdpijn die weliswaar heel vervelend is, maar waarbij men meestal nog wel kan functioneren. Dit in tegenstelling tot (onbehandelde) hormonale migraine die iemand totaal uitschakelt. Daarbij is hormonale hoofdpijn makkelijker te behandelen dan hormonale migraine.

Wat is hormonale hoofdpijn?

Hormonale hoofdpijn is hoofdpijn die voor of tijdens de menstruatie optreedt. De hoofdpijn is onderdeel van andere menstruatieklasten zoals buikpijn, rugpijn, stemmingswisselingen en slecht slapen. De hoofdpijn is meer dan gewone spanningshoofdpijn. Vaak kan men er de klok op gelijk zetten. De aard en hevigheid van de hoofdpijn kan wel eens per periode verschillen.

Wat kun je ertegen doen?

Hormonale hoofdpijn is het beste te bestrijden met gewone, vrij verkrijgbare pijnstillers. Het gaat dan om pijnstillers uit de groep van de zogenoemde NSAID's (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs). Er zijn veel van deze pijnstillers in de handel, zoals ibuprofen en naproxen, die onder verschillende merknamen worden verkocht. De NSAID's zorgen ervoor dat de prostaglandineproductie geremd wordt. Prostaglandine is een hormoon dat een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van pijnprikkels.

De werking van NSAID's is zowel ontstekingsremmend, koortsverlagend als pijnstillend. Een nadeel is dat deze pijnstillers maagproblemen kunnen geven. Lees daarom altijd goed de bijsluiter.

U mag NSAID's één keer per maand maximaal zes dagen achter elkaar innemen. Omdat u daarna stopt met het slikken van medicijnen, loopt u geen kans medicatieafhankelijke hoofdpijn te krijgen.

Paracetamol is geen NSAID en helpt daarom niet tegen hormonale hoofdpijn.

3 *Hormonale migraine*

Hormonale migraine is hetzelfde als menstruele migraine. In deze brochure gebruiken we steeds de term hormonale migraine. Deze hevige vorm van migraine komt voor rond de menstruatie maar kan ook opspelen tijdens de overgang. Het is een verborgen probleem waar meer dan driehonderdduizend vrouwen in Nederland last van hebben.

Wat is hormonale migraine?

Een aanval van hormonale migraine is migraine die op de eerste dag van de menstruatie begint of maximaal twee dagen ervoor of erna. Hormonale migraine voldoet, net als 'gewone' migraine, aan twee of meer kenmerken van migraine (zie kader). Een hormonale migraineaanval is meestal wel zwaarder, langduriger en lastiger te behandelen dan een gewone migraineaanval. Vaak gaat hij ook met meer misselijkheid en braken gepaard.

Sommige vrouwen hebben gewone migraine tijdens de eerste drie weken van hun cyclus en krijgen rondom hun menstruatie een nog zwaardere migraineaanval: hormonale migraine.

Dit is een dubbel probleem voor wie er aan lijdt, maar ook voor de dokter die het moet behandelen.

Kenmerken van migraine

- de hoofdpijn is heftig bonzend of kloppend de pijn zit meestal aan één kant van het hoofd
- misselijkheid/braken
- overgevoeligheid voor licht en geluid (foto- en fonofobie), vaak ook voor geuren (osmofobie)
- elke inspanning is onmogelijk en verergert de pijn
- duur: 4-72 uur per (onbehandelde) aanval (Bij hormonale migraine kan de duur langer zijn)

Bij ongeveer 15% van de migrainepatiënten gaat een migraineaanval gepaard met auraverschijnselen. Dit zijn kortdurende neurologische verschijnselen die 10-60 minuten duren, zoals: gezichtsuitval, tintelingen aan één kant van het lichaam, krachtsverlies, het zien van lichtflitsen of sterretjes en spraakstoornissen.

Wanneer ontstaat hormonale migraine?

Hormonale migraine ontstaat in de loop van de puberteit. Dat kan soms flink schrikken zijn, zeker als er geen migraine bekend is in de familie. De migraineaanvallen van een puber zijn vaak wat erger en heftiger dan in het latere leven. Ze gaan dikwijls ook gepaard met aura's, soms meerdere typen aura's door elkaar. Hormonale migraine eindigt na de overgang. De migraine die dan eventueel nog overblijft is 'gewone' migraine.

Wie hebben hormonale migraine?

In totaal heeft 10% van de vrouwen in Nederland die regelmatig menstrueren (ruim driekwart van de vrouwen tussen 13 en 55 jaar) altijd last van migraine tijdens de menstruatie. Dit betekent dat elke maand ongeveer 310.000 vrouwen hormonale migraine hebben. Deze vrouwen hebben op zijn minst een maand per jaar migraine. Dit houdt in dat in Nederland per jaar 12 miljoen dagen voor vrouwen met hormonale migraine verloren gaan. Niet alleen is dit een verlies in productiviteit, maar vooral ook aan levensvreugde en kwaliteit van leven.

Waarom is het een verborgen probleem?

Hoewel de hormonale migraineaanvallen meestal langer en zwaarder zijn dan gewone migraine, en ze ook nog eens moeilijk te behandelen zijn, is hormonale migraine een verborgen probleem. Hoofdpijnneurologen denken dat dit komt omdat sommige vrouwen waarschijnlijk vermoeden dat:

- het een negatief beeld van jezelf geeft als je hierover klaagt
- artsen het idee hebben dat je zeurt met menstruatieklasten
- het hoort bij 'vrouw zijn'
- het hoort bij hun familie: 'mijn moeder had het ook'
- er niets aan te doen is

Uit onderzoek blijkt dat maar liefst 59% van de vrouwen met hoofdpijn nog nooit een dokter hebben bezocht voor hun hoofdpijn. Dat verbaast ook huisartsen. Terugkerende hoofdpijn is een serieuze klacht waarvoor je zeker een arts moet bezoeken. En moet blijven bezoeken. Want het blijkt ook dat vrouwen met hoofdpijn de moed vaak snel opgeven en denken dat er toch niets aan te doen is. Dat is heel jammer. Soms moet je een langere adem hebben om een middel of therapie te vinden dat wel helpt, zeker bij hormonale migraine. Dan is het een kwestie van *trial and error*, van blijven proberen, tot het beter gaat.

Hoofdpijncentra

Wanneer het echt niet lukt de klachten met hulp van de huisarts te verbeteren, is doorverwijzing naar een hoofdpijncentrum mogelijk. Er zijn in Nederland enkele tientallen hoofdpijncentra waaraan gespecialiseerde hoofdpijnneurologen zijn verbonden. Deze neurologen hebben meer dan gemiddelde kennis over hoofdpijn, hebben meer tijd voor de patiënt dan op een normaal neurologenconsult en werken vaak binnen een multidisciplinaire zorgstructuur. Alle aanvullende (specialistische) zorg is dan in het centrum aanwezig. Omdat de hoofdpijncentra verspreid over het land liggen, zal er altijd wel een bij u in de buurt zijn.

Sommige hebben wel lange wachttijden, bijvoorbeeld omdat ze net in de publiciteit hebben gestaan. Dikwijls heeft dat een run op zo'n centrum tot gevolg. Het loont dan de moeite om net iets verder weg te zoeken waar de wachttijden korter zijn.

De verzekering vergoedt de kosten van een bezoek aan de hoofdpijnneuroloog. Wanneer u een naturapolis hebt, moet u wel even kijken of de verzekeraar een contract heeft met de hoofdpijnneuroloog van uw keuze.

Voor meer informatie over de verschillende hoofdpijncentra, kunt u terecht op de website van de Vereniging van Nederlandse Hoofdpijn Centra (VNHC): www.hoofdpijncentra.nl

Aarzelt uw huisarts u door te verwijzen naar een hoofdpijnneuroloog, bel dan naar Hoofdpijnnet (0900-2020590). De vereniging is er ook voor leden met dit soort problemen.

4 Aanvalsbehandeling bij hormonale migraine

Hormonale migraine wordt behandeld als iedere andere vorm van migraine. De gewone pijnstillers helpen ook hier vaak niet afdoende, maar een van de specifieke antimigrainemiddelen kan wel uitkomst bieden. Van deze zogenoemde triptanen lijken sommige wat geschikter voor de hevige en langdurige hormonale aanvallen dan andere.

Gewone pijnstillers

Hormonale migraine is dikwijls te hevig om met gewone pijnstillers te bestrijden. Paracetamol staat bij zo'n aanval gelijk aan een pepermuntje en ook de NSAID's hebben vaak onvoldoende effect. Wel kunnen NSAID's soms preventief helpen, u slikt ze dan uit voorzorg. Meer hierover staat in het volgende hoofdstuk: Preventieve behandeling van hormonale migraine.

Specifieke antimigrainemiddelen: triptanen

Er zijn zeven verschillende triptanen. Dit zijn middelen die een migraineaanval kunnen stoppen. De onderlinge verschillen zijn klein, maar kunnen per patiënt veel uitmaken. De bijwerkingen van triptanen zijn meestal mild en kortdurend. Een triptan wordt over het algemeen bij drie migraineaanvallen geprobeerd om het effect goed te kunnen beoordelen. Daarbij gaat het niet alleen om de werking, maar ook hoe snel het werkt, welke bijwerkingen het geeft en of en hoe snel de aanval eventueel terugkomt. Bij sommigen kan het eerste middel al goed bevallen, anderen moeten verschillende triptanen uitproberen voor ze er een hebben gevonden die afdoende werkt.

Triptanen zijn er in verschillende toedieningsvormen: gewone tabletten, smelttabletten, zetpillen, de neusspray en een injectie.

De triptanen			
Merknaam	Middel	Dosering in mg	Max. per dag in mg
Almogran	almotriptan	12,5	25
Fromirex	frovatriptan	2,5	5
Imigran	sumatriptan zetpil sumatriptan neusspray sumatriptan injectie	25 20 6	50 40 12
Imigran Ftab	sumatriptan	50 of 100	300
Maxalt	rizatriptan	10	20
Naramig	naratriptan	2,5	5
Sumatriptan	sumatriptan	50 of 100	300
Relpax	eletriptan	20 of 40	80
Zomig	zolmitriptan	2,5	10

Het probleem bij hormonale migraine is dat triptanen onvoldoende kunnen helpen voor de lange duur van de aanval. De zogenoemde 'halfwaardetijd', de tijd die het middel in je bloed blijft, is bij sommige triptanen echter langer dan bij andere. Fromirex (frovatriptan) en Naramig (naratriptan) zouden hierdoor mogelijk geschikter zijn bij hormonale migraine dan de andere triptanen. De werkingsduur van triptanen kan verlengd worden door toevoeging van een lang werkend NSAID. Ook het innemen van een tweede triptan is toegestaan, met een maximum van twee of drie per 24 uur. Gebruik nooit verschillende triptanen door elkaar, want niet alle combinaties verdragen elkaar. Soms kunnen ze alleen met een flinke tussenperiode worden ingenomen.

Overleg de mogelijkheden met uw arts.

5 *Preventieve behandeling bij hormonale migraine*

Hormonale migraineaanvallen zijn hevig en langdurig en komen bij veel vrouwen iedere maand weer terug. Daarom kan het wenselijk zijn de aanvallen te proberen voorkomen, vooral ook als het bestrijden van de aanvallen lastig blijkt. Bij een preventieve behandeling van hormonale migraine is een korte behandeling met verschillende middelen mogelijk of kan gekozen worden voor een hormonale behandeling.

Miniprofylaxe

Wanneer iemand meerdere keren in de maand (gewone) migraine heeft, kan het aantal en de ernst van de aanvallen soms worden teruggedrongen met een preventief middel. Zo'n preventief middel heet ook wel onderhoudsmiddel of profylacticum (profylaxe = preventie) en wordt dagelijks ingenomen. Bij hormonale migraine gaat het om één lange aanval in de maand en richt een preventieve aanpak zich op alleen die periode. Zo'n kortdurende preventieve behandeling wordt miniprofylaxe genoemd.

Met een miniprofylaxe bij hormonale migraine wordt een paar dagen voor de menstruatie gestart met de medicatie, die dan zes dagen achtereen wordt ingenomen. Het is voor een dergelijke behandeling dus wel noodzakelijk een regelmatige cyclus te hebben en exact te weten wanneer de menstruatie begint. Bij vrouwen die de pil slikken, is dat in ieder geval duidelijk.

Miniprofylaxe met NSAID's

Het eerste middel dat de arts als preventief middel bij hormonale migraine zal voorschrijven is een NSAID (zoals ibuprofen en naproxen). Dit medicijn kunt u zes dagen lang iedere avond innemen, te beginnen twee dagen voor de menstruatie. Vrouwen die de pil slikken, beginnen op de eerste dag van de stopweek.

NSAID's zijn vrij verkrijgbaar bij de drogist, maar we raden u aan deze behandeling onder begeleiding van uw huisarts te starten.

Wanneer een NSAID niet helpt, is het mogelijk eenzelfde behandelwijze met triptanen te proberen.

Miniprofylaxe met triptanen

Net als bij de NSAID's, moet een preventieve behandeling met triptanen starten op twee dagen voor de menstruatie, en dan totaal zes avonden achtereen. Wanneer u de pil slikt, begint u in principe op de eerste dag van de stopweek, soms is een of twee dagen eerder nodig. Welke van de triptanen u neemt, maakt niet uit: u slikt het mid-

del dat het beste bij u werkt. Voor Fromirex is de werking in meerdere studies daadwerkelijk aangetoond. Zie voor de verschillende triptanen de tabel in hoofdstuk 4.

De exacte dosering van het triptan luistert vrij nauw en u zult soms even moeten uitzoeken wat bij u het beste werkt. Dit is zeker geen therapie om zelf uit te proberen, maar zal altijd onder begeleiding van huisarts of neuroloog moeten gebeuren.

Maximaal aantal triptanen

Het is niet erg om een week per maand iedere avond een triptan te slikken. Als het maar bij die ene week blijft. U moet de hormonale migraine zien als één migraineaanval die zeven dagen duurt. Hebt u echter ook nog gewone migraine, dan is deze aanpak geen optie. U zou dan teveel triptanen per maand slikken.

Mocht uw huisarts niet van de behandeling op de hoogte zijn, dan kan hij altijd contact opnemen met een neuroloog die aangesloten is bij de Vereniging van Nederlandse Hoofdpijn Centra (zie hoofdstuk 3). Deze neurologen weten exact hoeveel milligram u van een bepaald merk triptan moet slikken.

Miniprofylaxe met magnesium

Er worden ook wel positieve resultaten beschreven over een kortdurende behandeling met magnesium. Dit wordt dan vanaf een week voor de menstruatie tot aan het einde van de menstruatie genomen. De dosering van magnesium is 3 x 360 mg per dag.

Miniprofylaxe met de bestaande preventieve middelen

De preventieve middelen die bij frequente en hevige migraineaanvallen voor een verbetering kunnen zorgen, lijken ook inzetbaar als miniprofylaxe bij hormonale hoofdpijn. Dit is nog onvoldoende onderzocht, maar wordt soms wel geprobeerd.

Wanneer u al een preventief middel slikt om de gewone migraineaanvallen terug te dringen, kan de dosering tijdelijk worden verhoogd rond de menstruatie.

De meeste van de preventieve middelen tegen migraine zijn middelen die voor andere kwalen zijn bedoeld, zoals een te hoge bloeddruk of epilepsie. Bij toeval is ontdekt dat ze daarnaast een gunstige werking op de migraine hebben. De preventieve middelen bij migraine zijn: candesartan, flunarizine, lisinopril, metoprolol, natriumvalproaat, pizotifeen, propranolol en topiramaat. Meer informatie over deze middelen en de preventieve behandeling bij migraine staat in de brochure Migraine van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten.

Hormonale behandeling

Bij een hormonale behandeling wordt geprobeerd de maandelijke aanvallen te voorkomen door toediening van hormonen. Er zijn verschillende mogelijkheden.

De anticonceptiepil (doorslikken)

Het hormoonpeil kan kunstmatig gereguleerd worden met de pil. Het effect van pilgebruik op hormonale migraine zou positief kunnen zijn omdat het de oestrogeenpiek afzwakt en langer maakt. Dit geldt echter niet voor alle vrouwen en is dus een kwestie van uitproberen. Ook moet iedereen proefondervindelijk uitzoeken welke pil de minste klachten geeft. De huisarts kan bij deze keuze goed adviseren.

Wanneer u de pil slikt en iedere keer in de stopweek een aanval krijgt, kunt u de pil gedurende een aantal cycli doorslikken, ook tijdens de stopweek. Dit kan ervoor zorgen dat de hormonale migraineaanvallen achterwege blijven. De pil kan vier tot zes maanden worden doorgeslikt. Soms zal er tussentijds een doorbraakbloeding ontstaan. Het baarmoederslijmvlies rijpt dan niet goed uit en begint een beetje te bloeden voordat de pilstrip op is. Dat is helemaal niet erg, maar u moet dan wel een stopweek inlassen; de rest van de strip neemt u niet meer in. Vanaf de nieuwe strip kan de pil daarna gewoon weer een aantal maanden doorgeslikt worden.

Wanneer u zelf een pauzeweek inlast na vier tot zes maanden, kunt u weer een behoorlijke migraineaanval verwachten. Deze is niet erger dan voorheen, maar omdat u al zo lang niet meer zo'n zware aanval had, lijkt dat soms wel zo.

Niet alle huisartsen en apothekers zijn even goed op de hoogte van het doorslikken van de pil als preventieve therapie bij hormonale migraine. U kunt hen eventueel deze brochure laten lezen.

Pilgebruik bij jonge meisjes

Meisjes die vroeg menstrueren, kunnen al op jonge leeftijd met hormonale migraine te maken krijgen. Bij pubers zijn de aanvallen vaak nog wat erger en heftiger dan in het latere leven. De pil (door)slikken kan dan een optie zijn om te proberen hier wat aan te doen.

Er is geen minimumleeftijd voor pilgebruik vastgesteld. Wel moet het meisje al ongesteld geweest zijn en over een goede gezondheid beschikken. Met de huidige lichte pillen is het zelfs niet meer noodzakelijk om een regelmatige cyclus te hebben. Het pilgebruik heeft dan ook geen gevolgen voor de cyclus en zorgt ook niet, zoals vroeger gedacht werd, voor een remming in de groei.

! Tot slot bij deze toelichting op de anticonceptiepil nog een waarschuwing voor een

- bepaalde groep vrouwen. Vrouwen die migraine met aura hebben, roken én de pil slikken, lopen een verhoogd risico op een herseninfarct. Deze vrouwen wordt aangeraden te stoppen met roken en een voorbehoedsmiddel zonder oestrogenen te overwegen, zoals de minipil, prikpil, het hormoonspiraaltje (Mirena) of hormoonstaafje (Implanon).

De prikpil

Als u baat hebt bij het doorslikken van de pil, kan de prikpil een goed alternatief zijn. Voordeel is dat u niet dagelijks meer een pil hoeft te slikken. De prikpil moet iedere drie maanden herhaald worden. Wel is het zo dat wanneer u besluit niet opnieuw een prikpil te halen, de menstruatie nog enkele maanden kan uitblijven. Bij een zwangerschapswens op kortere termijn, moet u hier dus rekening mee houden.

Implanon

Implanon is een betrekkelijk nieuw anticonceptiemiddel. Het is een staafje van zo'n 4 cm lang, vergelijkbaar met een lucifer, maar dan slechts 2 mm dun. Het wordt vlak onder de huid in de bovenarm ingebracht en kan drie jaar blijven zitten.

Het staafje geeft dagelijks een kleine hoeveelheid hormonen af: progestagenen. De menstruatie kan door dit middel veranderen: de bloedingen zijn minder voorspelbaar en er is meer variatie te verwachten. Soms verdwijnt de menstruatie helemaal. Het implantaat kan op ieder moment weer verwijderd worden.

Géén oplossingen bij hormonale migraine

• *Baarmoeder of eierstokken verwijderen*

De baarmoeder oefent geen enkele invloed uit op de hormoonspiegel of de eisprong. Het heeft dus geen zin die te verwijderen ter bestrijding van hoofdpijn of migraine.

Het verwijderen van de eierstokken zorgt dat een vrouw vervroegd in de overgang komt. Dit gebeurt alleen op gynaecologische indicatie. De klachten bij een vervroegde overgang zijn niet mis.

• *Chemische overgang*

Hiervoor geldt hetzelfde als bij het verwijderen van eierstokken. Wanneer de hormoonproductie bij een (relatief) jonge vrouw wordt platgelegd, komt ze in de overgang en krijgt allerlei lichamelijke verschijnselen die horen bij vrouwen boven de 50 jaar. Dit is te ingrijpend.

• *Mannelijke hormonen innemen*

Mannen hebben geen hormonale migraine, maar het mannelijke hormoon testosteron innemen is ook geen oplossing. Testosteron zorgt onder andere voor de mannelijke beharing (baardgroei), voor een daling van de stem, voor de aanmaak van zaadcellen en voor spiermassa. Niet wenselijk en niet gezond voor vrouwen.

Het Mirena-spiraaltje

Het Mirena-spiraaltje geeft een constante hoeveelheid progestageen af. Het is niet bewezen dat het Mirena-spiraaltje beter werkt tegen hormonale migraine dan de pil. Een voordeel van het spiraaltje is wel dat de menstruatie vaak nagenoeg weg is. De werkingsduur van het Mirena-spiraaltje is vijf jaar.

Hormoonpleisters en hormoongel

Door oestrogeen-hormoonpleisters te plakken rond de menstruatie worden de hormonale schommelingen afgezwakt. Het gaat om drie pleisters waarvan de eerste pleister twee tot drie dagen voor het begin van de menstruatie wordt aangebracht. Deze pleister moet dan één dag voor de menstruatie worden verwisseld voor een nieuwe, en ten slotte nogmaals één dag na het begin van de menstruatie.

Net als de hormoonpleisters zorgt ook hormoongel ervoor dat de oestrogeendaling vlak voor en tijdens de menstruatieweek wordt afgezwakt. Toch is het nooit bewezen dat deze twee alternatieven beter werken tegen hormonale migraine dan het doorslikken van de pil.

6 *Hormonale migraine tijdens de zwangerschap en borstvoeding*

Wie zwanger wil worden, droomt van de roze wolk. Vrouwen die last hebben van zware (hormonale) migraineaanvallen zien misschien juist een donkere wolk op zich af komen. Hoe moet dat als ik zwanger ben en geen medicijnen mag nemen? Wees gerust, bij het merendeel van de vrouwen nemen de aanvallen tijdens de zwangerschap af en verdwijnen soms zelfs helemaal.

Zwangerschap en migraine

De hormoonhuishouding verandert drastisch tijdens de zwangerschap. In zestig tot zeventig procent van de zwangerschappen nemen de migraineaanvallen daarom in frequentie af, vooral in het tweede en derde trimester. Soms verdwijnen de aanvallen helemaal. Dit komt omdat de zwangerschap in principe een 'oestrogeenstabiele' periode is, en er geen eisprong plaatsvindt.

Bij een klein percentage van de zwangerschappen blijft migraine toch een groot probleem of lijkt zelfs toe te nemen. Dat kan voor veel narigheid zorgen in een periode die vooral heel vreugdevol zou moeten zijn. Migraineaanvallen zijn gelukkig niet schadelijk voor het ongeboren kind. Daarom worden er in principe geen medicijnen voorgeschreven aan zwangere vrouwen met migraine. Van veel middelen is namelijk niet zeker of ze veilig zijn voor het ongeboren kind.

Medicijnen tijdens de zwangerschap

Vrouwen die erg veel last houden van hevige of frequente migraineaanvallen tijdens de zwangerschap (of er juist dan last van krijgen), zullen soms toch medicijnen nodig hebben. Voor hen is het goed te weten wat er bekend is over pijnstillers en specifieke antimigrainemiddelen tijdens de zwangerschap (zie de tabel). Deze gegevens gelden tevens voor het gebruik van de medicijnen tijdens de borstvoeding, maar daarover hierna meer.

Voor de acute behandeling van migraine is paracetamol veilig gedurende de hele zwangerschap. Aspirine en NSAID's zijn ook veilig, maar zijn beter te vermijden na 30 weken.

Ook twee middelen tegen misselijkheid zijn veilig tijdens de zwangerschap, waarbij domperidon de voorkeur heeft boven metoclopramide.

Het voorschrijven van triptanen tijdens de zwangerschap wordt niet aangeraden. Toch hoeft u niet in paniek te raken als u die per ongeluk hebt ingenomen, omdat u nog niet wist dat u zwanger was. Er is bewijs dat er slechts minimaal of geheel geen risico bestaat op schade voor embryo of foetus.

Wanneer het noodzakelijk mocht zijn de ernstige migraine met een preventief

middel tegen te gaan tijdens de zwangerschap, lijkt de bètablokker propranolol hiervoor het veiligste middel. Omdat er echter onvoldoende gegevens over zijn, zal het met grote terughoudendheid voorgeschreven worden.

Borstvoeding en migraine

Ook tijdens de borstvoeding is de vrouw vaak 'beschermd' tegen migraine. Honderd procent van de vrouwen die flesvoeding geven, kunnen in de eerste maand na de zwangerschap alweer een migraineaanval verwachten. Bij vrouwen die borstvoeding geven, is dat slechts 44%.

Medicijnen tijdens de borstvoeding

Net als tijdens de zwangerschap zijn paracetamol en NSAID's veilig te gebruiken in de borstvoedingsperiode. Alleen aspirine moet vermeden worden.

De meeste triptanen zijn ook veilig tijdens de borstvoeding. De melk moet dan wel 4 uur na inname afgekolfd worden om de kans te verkleinen dat de baby toch nog iets van het medicijn binnenkrijgt. Alleen Frovatriptan en Naramig zijn niet geschikt tijdens de borstvoeding, omdat ze een langere halfwaardetijd hebben en dus langer in het bloed en de melk terug te vinden zijn.

Voor hevige en frequente aanvallen, is ook hier de bètablokker propranolol het veiligste preventieve middel.

Aanvalsmedicatie: gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding				
Medicijn	1e trimester	2e trimester	3e trimester	borstvoeding
Paracetamol	√	√	√	√
Codeïne	(√)	(√)	(√)	√
Aspirine	(√)	(√)	vermijden	vermijden
Diclofenac	(√)	(√)	vermijden	√
Ibuprofen	(√)	(√)	vermijden	√
Naproxen	(√)	(√)	vermijden	√
Domperidon	(√)	(√)	(√)	√
Metoclopramide	(√)	(√)	(√)	(√)
Ergotamine	ND	ND	ND	ND
Almotriptan	OG	OG	OG	OG
Eletriptan	OG	OG	OG	(√)
Frovatriptan	OG	OG	OG	OG
Naratriptan	?(√)	?(√)	?(√)	(√)
Rizatriptan	?(√)	?(√)	?(√)	(√)
Sumatriptan	?(√)	?(√)	?(√)	√
Zolmitriptan	OG	OG	OG	(√)

ND: niet doen; OG: onvoldoende gegevens; ?(√): onvoldoende gegevens, waarschijnlijk veilig;
 (√): schade onwaarschijnlijk; √: geen bewijs voor schade

Preventieve medicatie: gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding

Medicament	1e trimester	2e trimester	3e trimester	borstvoeding
Amitriptyline	(√)	(√)	(√)	(√)
Aspirine, lage dosis	(√)	(√)	vermijden	vermijden
Candesartan	OG	OG	OG	OG
Flunarizine	OG	OG	OG	OG
Lisinopril	OG	OG	OG	OG
Methysergide	ND	ND	ND	ND
Metoprolol	(√)	(√)	(√)	√
Natriumvalproaat	ND	OG	OG	√
Pizotifeen	OG	OG	OG	OG
Propranolol	(√)	(√)	(√)	√
Topiramaat	OG	(√)	(√)	OG

ND: niet doen; OG: onvoldoende gegevens; ?(√): onvoldoende gegevens, waarschijnlijk veilig;
 (√): schade onwaarschijnlijk; √: geen bewijs voor schade

7 *Hormonale migraine tijdens en na de overgang*

Laat die overgang maar komen, verzucht menig vrouw die weet dat het leven na deze periode wel eens migrainevrij kan zijn. Inderdaad neemt bij een groot deel van de vrouwen de migraine na de overgang af of verdwijnt zelfs helemaal. Maar tijdens de overgang kunnen de klachten eerst verergeren, en helaas is daarna ook niet iedereen de migraine helemaal kwijt.

De overgang en de menopauze

De menopauze is de fase die een vrouw doormaakt wanneer de eierstokken hun functie verliezen. De vrouw is dan niet langer vruchtbaar. Meestal wordt met de menopauze het ophouden van de menstruatie bedoeld. Dat kan pas achteraf vastgesteld worden als een jaar na de laatste menstruatie geen nieuwe menstruatie optreedt.

Het proces rondom het onvruchtbaar worden staat bekend als de overgang. Dit proces duurt vanaf enkele jaren voor, tot enkele jaren na de menopauze. Tijdens de overgang raken de eicellen op en verandert de hormonale balans van het lichaam. Als gevolg daarvan verandert de menstruatie, maar de manier waarop verschilt per vrouw. Hij kan zomaar van het een op het andere moment stoppen of geleidelijk afnemen. In dat laatste geval zal de tijd tussen twee menstruaties langer worden of nemen de bloedingen langzaam af.

De menopauze ontstaat meestal natuurlijk, maar kan ook als gevolg van een chirurgische ingreep (het verwijderen van de eierstokken) of door het gebruik van bepaalde medicatie worden gestimuleerd. De gemiddelde leeftijd waarop de menopauze optreedt, is 50,5 jaar. Bij sommige vrouwen treedt ze veel eerder op, vooral als deze vrouwen een eierstokverwijdering hebben ondergaan of radio- of chemotherapie hebben gekregen. Zo'n vroege menopauze die optreedt voor het 40e levensjaar, komt voor bij 1 tot 2% van de vrouwen.

Omgekeerde puberteit

Vrouwen lijken soms opnieuw de puberteit door te maken, maar dan in omgekeerde volgorde wat betreft de migraine. Want terwijl de migraineaanvallen met het stijgen van de leeftijd vaak afnemen in aantal en hevigheid, nemen ze dikwijls weer toe in de periode net voor of tijdens de menopauze, en verbeteren meestal daarna.

Na de overgang

- Afname van migraine bij 65% van de vrouwen
- Toename van migraine bij 10% van de vrouwen
- Migraine blijft onveranderd bij 25% van de vrouwen

Het kan vies tegenvallen als na een vermindering van klachten de migraineaanvallen voor of tijdens de menopauze juist weer erger worden. Gelukkig is dat in de meeste gevallen van tijdelijke aard, en treedt na de menopauze een blijvende verbetering op. Bij een deel van de vrouwen verdwijnt de migraine geheel.

Medicijnen en hormoontherapie

Wanhoop niet als de migraine na de overgang niet (helemaal) verdwijnt. De migraine die dan overblijft, is geen hormonale migraine en valt meestal goed te behandelen met de antimigrainemiddelen, zowel de aanvalsmiddele (triptanen) als preventieve middelen. Zie hiervoor ook hoofdstuk 4 en 5, en de brochure Migraine van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten.

Vrouwen die tijdens de overgang erg veel last van migraine krijgen, kunnen soms baat hebben bij hormoontherapie. Deze richt zich dan op het dalende oestrogeenniveau en wordt ook wel hormonale vervangingstherapie genoemd. Dit kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld met pillen, pleisters, gel en crème. Bespreek de mogelijkheden met uw arts.

6 **Hormonale migraine: een serieus probleem!**

Het mag inmiddels duidelijk zijn dat hormonale migraine een serieus probleem is. Het is een zeer pijnlijke kwaal die iedere maand weer terugkomt en voor veel problemen kan zorgen.

Wie maandelijks een paar dagen kwijt is door hormonale migraine verliest veel tijd en levensvreugde.

Hopelijk helpt deze brochure u een behandelwijze te vinden die voldoende verbetering van de klachten geeft.

Natuurlijk is hormonale hoofdpijn ook een serieus probleem, alleen is deze hoofdpijn een stuk minder ingrijpend dan hormonale migraine en is hij makkelijker te behandelen. Vandaar dat in deze brochure en speciaal in dit hoofdstuk de hormonale migraine centraal staat.

Als laatste nog een paar algemene tips op een rij:

- Blijf niet met hoofdpijn- of migraineklachten rondlopen: ga naar de huisarts en bespreek uw probleem. Het is heus niet iets dat bij 'het vrouw zijn' hoort of 'toch niet te verhelpen valt' en al helemaal niet iets waarover u kunt 'zeuren'. Hevige hoofdpijn, en zeker ook menstruele migraine, zijn ernstig genoeg om mee naar de dokter te gaan.
- Geef niet te snel op bij het uitproberen van verschillende middelen of therapieën: u hebt soms een langere adem nodig om te zoeken naar wat bij ú voldoende resultaat geeft.
- Ga niet zelf dokteren met medicijnen, bespreek de mogelijkheden met uw arts en doe het onder begeleiding. Neem eventueel deze brochure mee om bepaalde therapieën aan de dokter te kunnen laten lezen.
- Vraag om doorverwijzing naar een hoofdpijncentrum wanneer u er samen met de huisarts niet uit komt.
- Licht uw omgeving in en zorg dat men weet wat u maandelijks doormaakt. Vraag om hulp als dat nodig is.
- Ga met uw dochter met hormonale migraine mee naar school om uitleg te geven. Samen met het kind, de ouders, de school en soms ook de huisarts of neuroloog om de tafel gaan, zorgt voor meer begrip. Ook kan er dan besproken worden hoe om te gaan met schoolverzuim door de migraine.

Tot slot: weet dat u niet alleen staat. Honderdduizenden vrouwen kampen met hormonale migraine. En 2,5 miljoen mensen in Nederland hebben 'gewone' migraine; zij weten ook wat het betekent. Bovendien is er een patiëntenvereniging die voor

u opkomt en u desgewenst kan helpen en adviseren. Ook kunnen zij u in contact brengen met lotgenoten. Meer informatie over de patiëntenvereniging vindt u aan het eind van deze brochure.

Geraadpleegde literatuur

- Couturier, E.M.G., Hormonen en migraine. In Neurologie Actueel, Academic Pharmaceutical Productions bv, jrg. 12, nr. 12, 2009
- Current Opinion in Neurology. Miniprofylaxe met naproxen en/of magnesium, Jun; 19(3): 294-8, 2006
- NVvHP, 40 vragen over hormonale hoofdpijn en hormonale migraine, de eerdere brochure over dit onderwerp van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten, 2005
- NVvHP, de brochure Migraine van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten, 2008
- NVvHP, Hoofdzaken, tijdschrift van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
- Russel, N., Mijn hoofd en ik. Omgaan met migraine. Sijthoff, 2006
- Sanchez-Del-Rio M., Reuter U., Moskowitz M.A., New insights into migraine pathophysiology. Neurol Sci. May; 26 Suppl 2: S125-9, 2005

Geraadpleegde websites

- www.users.telenet.be
- www.wikipedia.nl

HOOFDPIJNNET

POSTBUS 2185, 3800 CD AMERSFOORT

TELEFOON 0900 20 20 590 (€ 0,25 P.M.)

INFO@HOOFDPIJNNET.NL

WWW.HOOFDPIJNNET.NL