

Introductie

Elk medisch beleid start met een grondige evaluatie en desgewenst ondersteuning van **ABCDE**. Deze protocollen hebben enkel betrekking op de eerste uren na aanmelding en dienen gevolgd te worden door een verder beleid in overleg met de behandelende artsen.

Dit protocol focust zich op de patiënt die zich aanmeldt met hoofdpijn met volgende kenmerken:

- **Ernstig** (VAS \geq 7/10)
- **Nieuwe hoofdpijn** (of duidelijk ander patroon dan voorheen) – **thunderclap** (max intensiteit bereikt in 1 tot enkele minuten) of **snel progressief**
- **Niet-traumatisch**

Basis Diagnostiek

- **EVALUEER STEEDS** eerst de vitale parameters (ABC) ivf mogelijke levensreddende handelingen.
- **HOOFDPIJN**: karakter; locatie, inclusief nekpijn?; intensiteit; snelheid van ontstaan; aura verschijnselen; geassocieerde symptomen (nausea/braken, overgevoeligheid licht/geluid, tinnitus, craniale autonome verschijnselen); trigger: fysieke of seksuele activiteit, Valsalva...; houding gebonden?; reeds voordien gehad?
- **ANAMNESE**: leeftijd, systeemklachten, koorts, trauma, medicatie of druggebruik, (recente) zwangerschap, NKO klachten, syncope, prothrombotische conditie, gekende maligniteit/immunosuppressie of HIV.
- **KLINISCH**: internistisch; temperatuur; neurologisch, inclusief bewustzijn, nekstijfheid?, craniale zenuwen (inclusief Horner ?, diplopie ?, pupillen, gezichtsvelden), focale symptomen (motorisch, sensibel, coördinatie, ataxie)?; tekenen intracranieële hypertensie?
- Bloeddruk? Li-Re verschil?
- ECG
- **BIOCHEMIE**: PBO, stolling, **D-dimeren**; troponine indien thoracale pijn of ECG afwijkingen; levernierfunctie en electrolyten; infectieuze parameters; **albumine, bilirubine, glucose; sedimentatie**; eventueel bloedgas
- **ASAP BLANCO CT HERSENEN** (niet wachten op HCG; aanvullende beeldvorming zie onder); bij vermoeden bacteriële meningitis is LP aangewezen (cf. protocol bacteriële meningitis)¹

OPM 1: Verbeteren klachten door pijnstilling is niet noodzakelijk geruïststellend (ook een SAB zal bv. minder pijn hebben na sumatriptan...).

OPM 2: Hoewel frequent is new-onset primaire hoofdpijn (e.g. cluster hoofdpijn, migraine...) steeds een uitsluitingsdiagnose.

Specifieke Diagnostiek

- Alle patiënten: **MR-angiografie circulus van Willis** (bij voorkeur op 3T) binnen de eerste 72 uur (bij voorkeur <24 uur) na aanmelding (of indien contra-indicatie: CT-angiografie)
- Alle patiënten met specifieke Ss (Horner, unilaterale nekpijn...) of anamnese (trauma...): **CT- angiografie halsvaten**; (ambulante) MR hersenen kan aanvullend noodzakelijk zijn
- Bij alle patiënten met *orthostatische hoofdpijn* wordt een **MR hersenen met gadolinium** (pachymeningeale aankleuring ?) overwogen

Verder patiënt traject:

- CT afwijkend: verder beleid in functie van diagnose
- CT normaal: lumbaalpunctie
 - >12 tot max 24u na start hoofdpijn, *behalve bij vermoeden meningo-encefalitis*⁴
 - Liggend + manometrie
 - Voldoende liquor afnemen: cf protocol stalen CSV²; bepaal ook bilirubine (buisje afschermen voor licht!)

- Indien CT normaal en **D-dimeren** > 500 (of voor >50j: > leeftijd*10): CT-venografie (of indien contra-indicatie: MR-venografie)

**Verder
beleid**

- IV Hartman 1l/24u
- Pijnstilling: Paracetamol of NSAID (escape: opiaatanalgesie met minimaal impact op bewustzijn)
- Specifieke therapie primaire hoofdpijn enkel na diagnose (SC Imitrex...)
- Bij nausea/braken: anti-emeticum
-

1: zie ook 'Vroegtijdige aanpak van vermoedelijke bacteriële meningitis met/zonder sepsis bij immunocompetente volwassenen'

2: zie ook 'Afname & aanvraag stalen cerebrospinaal vocht'