

## Nummulaire of munthoofdpijn

Nummular or coin-shaped headache

C. Bénit, J. Haan

### Samenvatting

Wanneer pijn aanwezig is in een beperkt gebied op de schedel en hiervoor geen oorzaak gevonden wordt, kan er gesproken worden van munthoofdpijn of nummulaire hoofdpijn. Dit is lichte tot matige pijn in een rond of ellipsvormig gebied op de schedel van 2-6 cm in doorsnede, zonder begeleidende verschijnselen. Munthoofdpijn kan gezien worden als subgroep van de categorie chronische, dagelijkse hoofdpijn. Er zijn momenteel geen officiële diagnostische criteria voor munthoofdpijn, maar vanwege het stereotype patroon zouden we deze diagnose het voordeel van de twijfel willen geven.

(*Tijdschr Neurol Neurochir* 2011;112:161-5)

### Summary

Nummular headache, or coin-shaped headache, is pain in a small, limited area of the head, without accompanying symptoms. It is characterized by mild to moderate chronic pain, exclusively felt in a round or elliptical area of 2-6 centimeters in diameter. The diagnosis of nummular headache has not been sufficiently validated by research studies and at present there are no official diagnostic criteria. Because of the stereotypical pattern, we suggest that nummular headache is a separate entity, and a subcategory of chronic daily headache.

### Inleiding

Wanneer een patiënt zeer gelokaliseerde pijn op de schedel heeft in een beperkt gebied, zijn er diverse mogelijke oorzaken. In dit artikel wordt aan de hand van 2 patiënten de differentiaaldiagnose van een dergelijke presentatie besproken.

### Patiënt 1

Deze 48-jarige patiënt had zijn hele leven al regelmatig last van spanningshoofdpijn in de vorm van nekpijn, uitstralend als een drukkende kap over het hoofd. Hij nam hiervoor af en toe paracetamol en bezocht regelmatig de fysiotherapeut. In 2009 werd hij

gezien op de polikliniek Neurologie in verband met een andere vorm van hoofdpijn. Sinds 3 á 4 maanden had hij last van een constante, drukkende, pijnlijke plek links boven de slaap, ongeveer ter grootte van een 2 euromuntstuk. De pijn trad op zonder begeleidende verschijnselen en er waren geen provocerende factoren. Ibuprofen 2 á 3 dd 400 mg hielp niet. De voorgeschiedenis van de patiënt vermeldde hypertensie en maag-darmklachten. Naast ibuprofen gebruikte hij perindopril, pantoprazol, alfuzosine, oxazepam en mebeverine. Hij gebruikte 4 koppen koffie per dag. De bloeddruk was 130/90, neurologisch onderzoek was normaal. Een CT-scan van de schedel liet geen intracraniële of ossale afwijkingen zien.

**Auteurs:** mw. drs. C. Bénit, afdeling Neurologie, Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde, Den Haag, dhr. dr. J. Haan, afdeling Neurologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, afdeling Neurologie, Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp.

Correspondentie graag richten aan dhr. dr. J. Haan, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Neurologie K5Q, postbus 9600, 2300 RC Leiden.

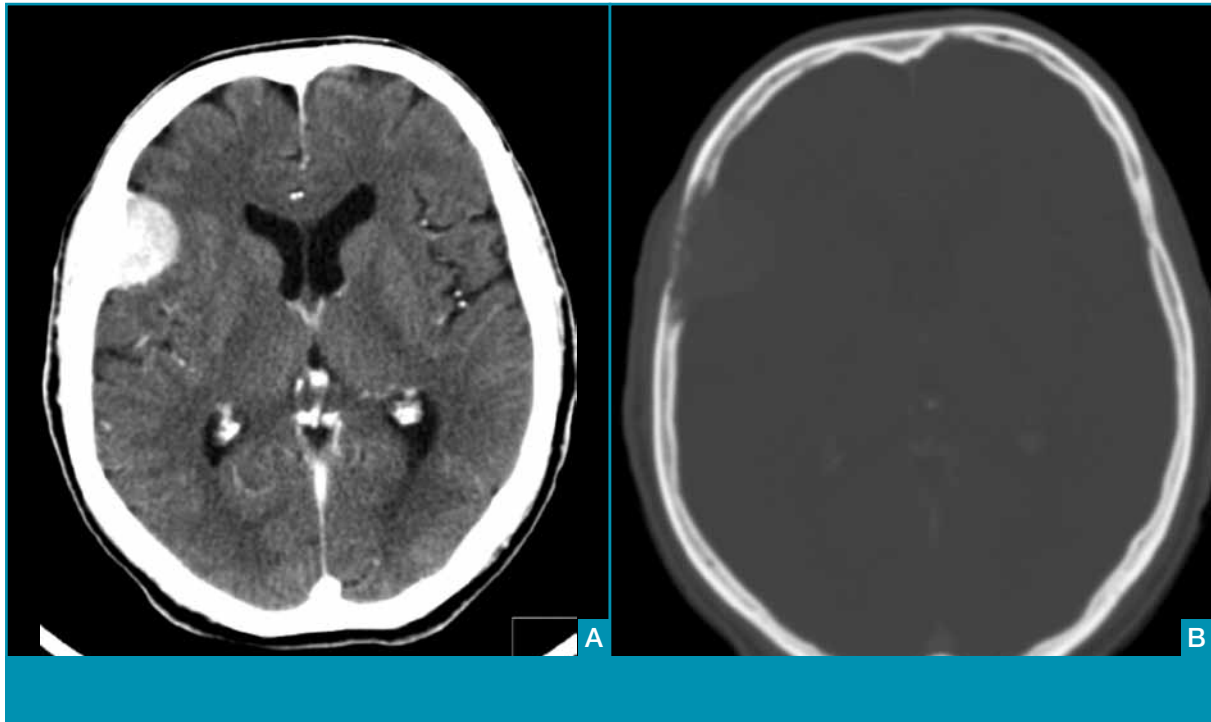
Tel.: +31 (0)71 52 62 097, e-mailadres: jhaan@rijnland.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

**Trefwoorden:** chronisch dagelijkse hoofdpijn, munthoofdpijn, nummulaire hoofdpijn.

**Key words:** cephalgia, coin-shaped cephalgia, epicranias, headache.

Ontvangen 4 november 2010, geaccepteerd 8 maart 2011.



**Figuur 1.** CT-scan van de schedel van patiënt 2. A. Met contrast, waarop het meningeoom aankleurt, B. (botsetting) toont het botdefect.

Vier maanden na het stoppen met het innemen van de pijnstillers en cafeïne was er weinig veranderd. Hij kreeg het advies om amitriptyline te proberen, maar zag daarvan af, omdat de hoofdpijn niet zo hevig was.

### Patiënt 2

In 2009 bezocht deze 57-jarige patiënt de polikliniek in verband met gelokaliseerde, stekende pijn rechts bij de slaap, die in 2003 ontstaan was kort na een myocardinfarct en reanimatie. Vanwege ritmestoornissen kreeg hij een pacemaker. In verband met de pijn bij de rechterslaap kon hij geen zonnebril of hoofddeksel dragen. Er waren bij de pijn geen begeleidende verschijnselen of provocerende factoren. Wel had hij soms het idee dat hij zijn hartslag bij de rechterslaap voelde. De patiënt maakte een afspraak omdat de pijn de laatste maanden was toegenomen. Naast bovenstaande cardiale problemen, vermeldde de voorgeschiedenis een burnout en een cataractoperatie. Als medicatie gebruikte de patiënt carbasaalcalcium, metoprolol, perindopril, citalopram, omeprazol, rosuvastatine, ezetimibe en oxazepam. De bloeddruk was 115/70, neurologisch onderzoek was normaal. Er was een drukpijnlijke plek rechts bij de slaap van ongeveer 3 cm doorsnee. Een CT-

scan van de schedel liet rechts een frontopariëtaal meningeoom zien met botaantasting ter plaatse (zie *Figuur 1*). Met pregabaline 2 dd 75 mg verdwenen de pijnklachten. De patiënt zal gevolgd worden met behulp van controle CT-scans (MRI-scans zijn niet mogelijk vanwege de pacemaker). Een operatie werd door de neurochirurg vooralsnog niet nodig geacht.

### Lokale pijn op de schedel

Beide beschreven patiënten hadden pijn in een beperkt gebied op de schedel. Bij patiënt 2 werd hiervoor een duidelijke oorzaak gevonden, bij patiënt 1 niet. Pijn, gelokaliseerd op de schedel kan veroorzaakt worden door verschillende botaandoeningen, zoals de ziekte van Kahler, metastasen, osteomyelitis, ziekte van Paget, of een meningeoom, zoals bij patiënt 2. Als er geen onderliggende oorzaak wordt gevonden, wordt wel gesproken van nummulaire hoofdpijn (NH). Dit woord komt van het Latijnse 'nummus' (munt). In het Nederlands heet het daarom 'munthoofdpijn'. De term NH werd in 2002 geïntroduceerd door de Spaanse neuroloog Pareja.<sup>1</sup> Hij doelde hiermee op chronische, lichte tot matig ernstige, drukkende pijn op de schedel in een afgegrensd gebied dat 2-6 cm groot is, ellipsvormig of (meestal) rond als een

Tabel 1. Voorlopige criteria voor nummulaire hoofdpijn van de 'International Headache Society'.<sup>24</sup>

- A. Lichte tot matige hoofdpijn die voldoet aan criteria B en C.
- B. De pijn wordt exclusief gevoeld in een rond of ellipsvormig gebied van 2-6 cm in diameter.
- C. De pijn is chronisch, continu of met spontane remissies die weken tot maanden kunnen duren.
- D. Niet terug te voeren op een andere aandoening.

ment. De pijn zit vaak pariëtaal, maar kan op alle plekken van de schedel voorkomen, soms zelfs met uitbreiding aan weerszijden van de middellijn, of op 2 separate plekken.<sup>2</sup>

De oorspronkelijke publicatie ging over 13 patiënten met – volgens de auteurs – zulke karakteristieke symptomen dat er sprake moest zijn van een specifiek syndroom. De patiënten waren geïdentificeerd binnen een tijdsbestek van 5 maanden en daarom suggereerden de auteurs dat NH waarschijnlijk niet zo zeldzaam was. In 2003 en 2004 publiceerde dezelfde onderzoeksgroep 2 nieuwe series van patiënten met NH, één met 8 en één met 14 nieuwe patiënten.<sup>3,4</sup> De patiënten uit de tweede serie waren geïdentificeerd in een prospectieve studie die 1 jaar had geduurd, zodat men een incidentie van NH van 6,4/100.000/jaar kon berekenen.<sup>4</sup> Omdat er sindsdien geen andere epidemiologische studies zijn uitgevoerd, wordt dit getal nu nog steeds aangehaald. In 2007 had Pareja echter al bij 59 patiënten de diagnose NH gesteld, dus de incidentie ligt waarschijnlijk hoger dan bovengenoemd getal.<sup>5</sup>

Pas in 2004 beschreef een andere onderzoeksgroep voor het eerst een patiënt met NH.<sup>6</sup> Later volgden vele beschrijvingen vanuit de hele wereld elkaar snel op, vooral in de vorm van casusbeschrijvingen of kleine patiëntenseries. In totaal zijn er nu meer dan 100 patiënten beschreven, het merendeel nog steeds door de onderzoeksgroep van Pareja (zie *Tabel 1*).<sup>1-5,7,19-23</sup> NH werd in het Duits 'Münzkipfschmerz' genoemd.<sup>11</sup>

## NH of munthoofdpijn

Bij NH kan de hoofdpijn maanden tot jaren achtereen aanwezig zijn zonder fluctuaties in ernst. Er is echter ook een episodische vorm waarbij de patiënt weken

tot maanden klachtenvrij kan zijn tussen hoofdpijnperiodes van dagen tot weken. Meer dan de helft van de patiënten ervaart bij aanraking van het pijnlijke gebied hyperesthesie en tintelingen, maar soms is de pijn juist schietend van karakter, als neuralgische pijn.<sup>16</sup> Lokale trofische stoornissen van de huid, alopecia of haarverkleuringen zijn beschreven.<sup>5,18</sup> Er zijn geen begeleidende verschijnselen zoals misselijkheid, fotofobie, fonofobie of autonome verschijnselen van oog of neus. Over het algemeen zijn er geen uitlokkende factoren, maar recentelijk werd een patiënte beschreven met menstruele NH, waarbij de pijn alleen tijdens de menstruatie aanwezig was.<sup>17</sup> NH komt vaak voor in combinatie met migraine of spanningshoofdpijn, zoals bij patiënt 1.<sup>1</sup> De beginleeftijd ligt tussen 4 en 70 jaar, met een gemiddelde tussen 30-40 jaar.

De oorzaak van NH is onduidelijk. De oorspronkelijke 'ontdekkers' plaatsten NH in de groep van de zogenoemde 'epicranias'; dat wil zeggen pijn die zijn oorsprong vindt in extracranieel weefsel, zoals de eindtakken van sensibele zenuwen.<sup>19</sup> Andere hoofdpijnsoorten in de groep van 'epicranias' zijn: idiopathische stekende hoofdpijn, externe compressiehoofdpijn en 'trochleitis'.<sup>19</sup> De 'epicranias' worden onderscheiden van de 'splanchnocranias' die een intracranieële oorzaak hebben (zoals migraine en clusterhoofdpijn). Bij NH wordt dus gedacht aan overgevoeligheid van pericraniale structuren, een beperkte vorm van complex regionaal pijnsyndroom, of een neuropathie van een eindtak van een huidzenuw.<sup>5,16,19</sup> Dat NH geassocieerd is met een lokale toename van pijnovergevoeligheid in het aangedane gebied en niet elders op de schedel, maakt volgens Pareja et al. een organische oorzaak waarschijnlijk.<sup>20-22</sup> Een niet-organische oorzaak voor NH is ook wel gesuggereerd, (één van de patiënten van deze auteur rapporteerde toename van de pijn als zij onder hoogspanningskabels door reed), maar patiënten met NH bleken niet vaak een voorafgaande psychiatrische ziekte te hebben en ze scoorden niet hoger op klinische schalen van depressie en angst dan asymptomatische controles.<sup>8,23</sup>

Er zijn nog geen officiële diagnostische criteria voor NH, maar de International Headache Society (IHS) geeft wel voorlopige criteria in een appendix (zie *Tabel 1*).<sup>24</sup> In dit appendix worden nieuwe hoofdpijnsyndromen opgesomd die mogelijk reëel zijn maar die nog niet voldoende gevalideerd zijn met behulp van wetenschappelijk onderzoek.

Enkele patiënten zijn beschreven met NH veroorzaakt door intracranieële processen, zoals een tentorium meningeoom, na een craniotomie, of ten gevolge van een arachnoïdale cyste.<sup>14,25,26</sup> Het is de vraag of bij deze patiënten de diagnose NH terecht is. In ieder geval mag de diagnose zeker niet gesteld worden op basis van de (voorlopige) IHS-criteria voor NH, want daarbij mag er geen onderliggende oorzaak voor de hoofdpijn aanwezig zijn (zie *Tabel 1*).

Het is aan te bevelen om bij elke patiënt die zich presenteert met klachten passend bij NH, een CT- of MRI-scan van de schedel te maken, om een onderliggende oorzaak (in de schedel of intracranieel) uit te sluiten. De CT zal gevoeliger zijn voor bot-aandoeningen, de MRI voor intracranieële afwijkingen. De keuze zal per patiënt verschillen (zo zal bij lokale drukpijn op de schedel eerder voor een CT gekozen worden en bij neurologische afwijkingen voor een MRI).

## Behandeling

Behandeling van NH is vaak niet nodig omdat de pijn meestal relatief licht is.<sup>3</sup> Bij de meeste patiënten was de bevestiging dat er niets ernstigs aan de hand was, voldoende. Bij patiënten die toch therapie nodig hadden, bleek een scala aan behandelingen waaronder paracetamol, NSAID's, tramadol, amitriptyline, carbamazepine, gabapentine, topiramaat, lamotrigine, baclofen, propranolol, lithium, triptanen en lokale infiltratie met lidocaïne meestal niet effectief.<sup>3</sup> Bij individuele patiënten werd een therapeutisch effect gerapporteerd van gabapentine, botulinetoxine type A, transcutane elektrische neurostimulatie (TENS), indometacine en cyclobenzaprine.<sup>9,10,12,13,15,17</sup> Patiënt 2 leek baat te hebben bij het gebruik van pregabaline, maar had strikt genomen geen NH; er was een bot-aandoening die de klachten veroorzaakte. Omdat het aantal patiënten met NH klein is, zijn er geen gerandomiseerde studies. De behandeling blijft dus een kwestie van 'trial and error'.

## Munthoofdpijn: een subvorm van chronische dagelijkse hoofdpijn?

De categorie chronische, dagelijkse hoofdpijn of spanningshoofdpijn is een vergaarbak van patiënten met frequente hoofdpijn, die gekenmerkt wordt door de afwezigheid van een typisch tijds patroon zoals bij

Tabel 2. Publicaties over 'Nummular Headache' per jaar.

| Jaar   | Totaal aantal | Waarvan door Pareja et al. |
|--------|---------------|----------------------------|
| 2002   | 1             | 1                          |
| 2003   | 2             | 2                          |
| 2004   | 2             | 1                          |
| 2005   | 2             | 1                          |
| 2006   | 3             | 1                          |
| 2007   | 5             | 2                          |
| 2008   | 6             | 0                          |
| 2009   | 3             | 2                          |
| 2010   | 6             | 1                          |
| Totaal | 30            | 11                         |

migraine, clusterhoofdpijn en paroxysmale hemicrania, met daarnaast de afwezigheid van de typische begeleidende verschijnselen van migraine, clusterhoofdpijn, paroxysmale hemicrania en hemicrania continua. Het gaat dus om een diagnose bij exclusie. Het kan van groot belang zijn voor de patiënt en de wetenschapper om binnen deze vergaarbak subgroepen te herkennen, met een eigen kliniek, behandeling en pathofysiologie. Zo moet bij patiënten met chronische hoofdpijn zonder specifieke kenmerken aan medicatieafhankelijke hoofdpijn, 'new daily persistent headache' (NDPH), benigne intracranieële hypertensie, liquor hypotensiehoofdpijn, of uiteraard aan een kaak-, oog- of KNO-aandoening gedacht worden. Ook dan blijft er echter een groep patiënten over bij wie de oorzaak van de hoofdpijn volstrekt onduidelijk is. NH zou als een dergelijke subvorm van hoofdpijn gezien kunnen worden. Omdat het bestaan van het ziektebeeld niet voldoende gevalideerd is door middel van wetenschappelijk onderzoek, ontbreekt op dit moment een gouden standaard en een biologische test. Toch lijkt het een stereotiep pijnsyndroom, zodat wij ervoor willen pleiten om het als een aparte entiteit te zien.

## Conclusie

Als voor lokale pijn op de schedel in een rond of ellipsvormig gebied geen oorzaak wordt gevonden, kan er gesproken worden van NH. NH kan gezien worden als een subgroep van de categorie chronische, dagelijkse hoofdpijn. Het herkennen en indelen van subgroepen van hoofdpijn is van groot belang om

## Aanwijzingen voor de praktijk

- 1. Van munthoofdpijn wordt gesproken als er pijn is op de schedel in een beperkt gebied.**
- 2. Het is aan te bevelen om een onderliggende oorzaak uit te sluiten door middel van beeldvorming van het hoofd.**
- 3. Er zijn nog geen officiële diagnostische criteria voor munthoofdpijn.**
- 4. Het erkennen en indelen van subvormen van chronische hoofdpijn is van belang om meer inzicht te krijgen in de kliniek, pathofysiologie en behandeling ervan.**

meer inzicht in de kliniek, pathofysiologie en behandeling van het ziektebeeld te krijgen. Er zijn tot op heden geen officiële diagnostische criteria voor het stellen van de diagnose. Wel zijn er aanwijzingen in de literatuur dat het om een aparte entiteit gaat. Daarom heeft deze diagnose ons inziens vooralsnog wel bestaansrecht.

## Referenties

1. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, et al. Numular headache: a coin-shaped cephalgia. *Neurology* 2002;58:1678-9.
2. Cuadrado ML, Valle B, Fernández-de-las-Peñas C, Barriga FJ, Pareja JA. Bifocal nummular headache: the first three cases. *Cephalalgia* 2009;29:583-6.
3. Pareja JA, Pareja J. Nummular headache: diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurotherapeutics* 2003;3:289-92.
4. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, Pardo J, et al. Nummular headache: a prospective series of 14 new cases. *Headache* 2004;44:611-4.
5. Pareja JA, Cuadrado ML, Fernández-de-las-Peñas C, Nieto C, Sols M, Pinedo F. Nummular headache with trophic changes inside the painful area. *Cephalalgia* 2007;28:186-90.
6. Monzillo PH, Moraes Lima Neto M, Sanvito WL, Da Costa RA, Saab MV. Cefaléia numular. Relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62:903-5.
7. Evans RW, Pareja JA. Nummular headache. *Headache* 2005;45:164-5.
8. Cohen GL. Nummular headache: what denomination? *Headache* 2005;45:1417-8.
9. Trucco M, Mainardi F, Peregao G, Zanchin G. Nummular headache: first Italian case and therapeutic proposal. *Cephalalgia* 2006;26:354-6.
10. Trucco M. Nummular headache: another case treated with gabapentin. *J Headache Pain* 2007;8:137-8.
11. Kraya T, Gaul C. Münzkopfschmerz. Eine bislang wenig bekannte Kopfschmerzkrankung. *Nervenarzt* 2008;79:202-5.
12. Mathew NT, Kailasam J, Meadors L. Botulinum toxin type A for the treatment of nummular headache: Four case studies. *Headache* 2008;48:442-7.
13. Tayeb Z, Hafeez F, Shafiq Q. Successful treatment of nummular headache with TENS. *Cephalalgia* 2008;28:897-8.
14. Álvaro LC, García JM, Areito E. Nummular headache: a series with symptomatic and primary cases. *Cephalalgia* 2008;29:379-83.
15. Baldacci F, Nuti A, Lucetti C, Borelli P, Bonuccelli U. Nummular headache dramatically responsive to indomethacin. *Cephalalgia* 2010;30:1151-2.
16. Ruscheweyh R, Buchheister A, Gregor N, Jung A, Evers S. Nummular headache: Six new cases and lancinating pain attacks as possible manifestation. *Cephalalgia* 2010;30:249-53.
17. Robbins MS, Grosberg BM. Menstrual-related nummular headache. *Cephalalgia* 2010;30:507-8.
18. Dabscheck G, Andrews PI. Nummular headache associated with focal hair heterochromia in a child. *Cephalalgia* 2010;30:1403-5.
19. Pareja JA, Pareja J, Yangüela J. Nummular headache, trochleitis, supraorbital neuralgia, and other epicranial headaches and neuralgias: the epicranias. *J Headache Pain* 2003;4:125-31.
20. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML, Barriga FJ, Pareja JA. Local decrease of pressure pain threshold in nummular headache. *Headache* 2006;46:1195-8.
21. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML, Barriga FJ, Pareja JA. Pericranial tenderness is not related to nummular headache. *Cephalalgia* 2007;27:182-6.
22. Cuadrado ML, Valle B, Fernández-de-las-Peñas C, Madeleine B, Barriga FJ, Arias JA, et al. Pressure pain sensitivity of the scalp in patients with nummular headache: a cartographic study. *Cephalalgia* 2010;30:200-6.
23. Fernández-de-las-Peñas C, Peñacoba-Puente C, López-López A, Valle B, Cuadrado ML, Barriga FJ, et al. Depression and anxiety are not related to nummular headache. *J Headache Pain* 2009;10:441-5.
24. Headache classification subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004;24(suppl 1):8-160.
25. Guillem A, Barriga FJ, Giménez-Roldán S. Nummular headache secondary to an intracranial mass lesion. *Cephalalgia* 2007;27:943-4.
26. Guillem A, Barriga FJ, Giménez-Roldán S. Nummular headache associated to arachnoid cysts. *J Headache Pain* 2009;10:215-7.