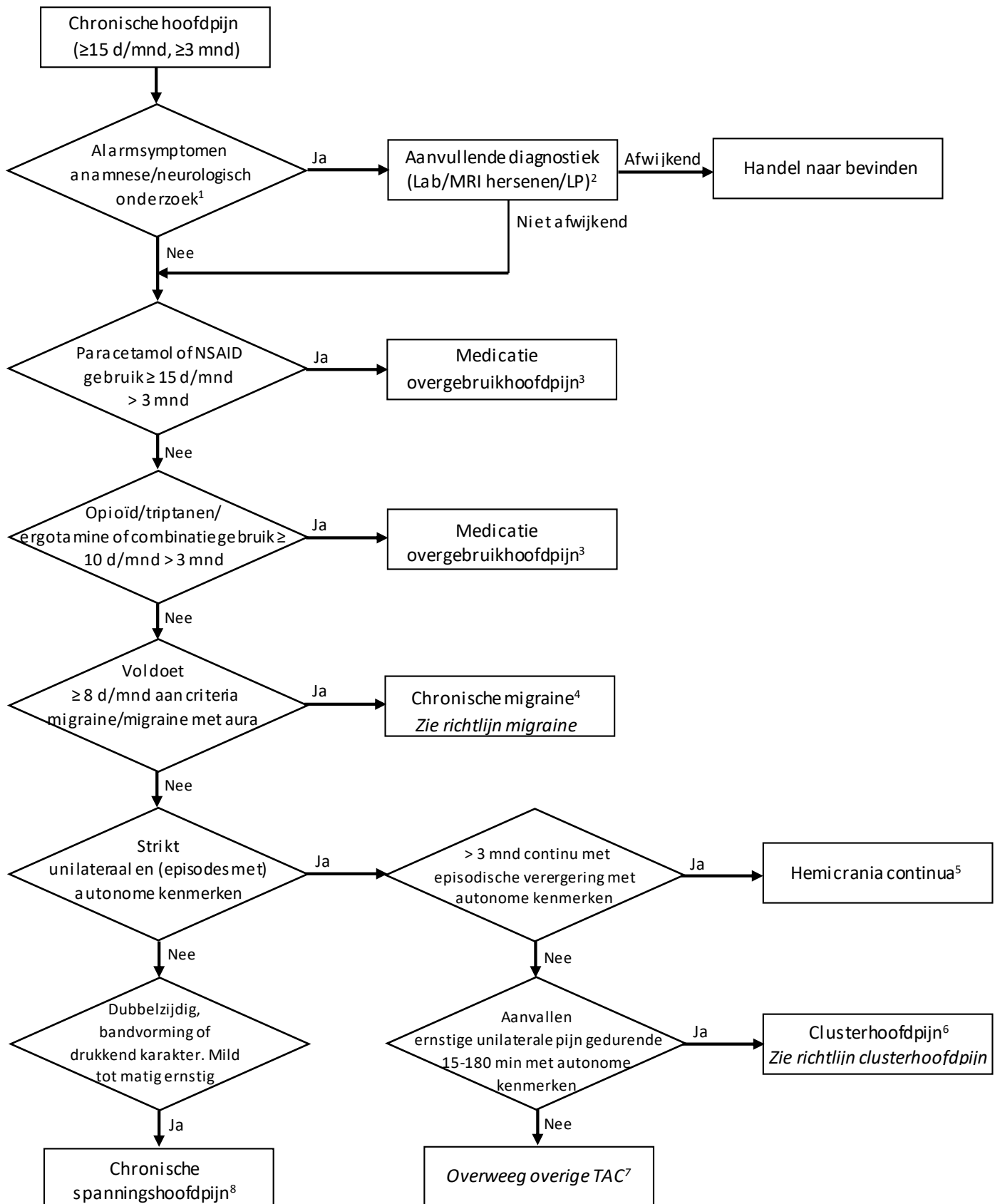


Flowchart chronische hoofdpijn



Toelichting flowchart chronische hoofdpijn

1. Het is van belang alarmsymptomen te herkennen en uit te vragen. Alarmsymptomen zijn:
 - Per acuut ontstaan van de hoofdpijn
 - Ochtendhoofdpijn al dan niet gepaard gaande met misselijkheid en braken
 - Afwijkingen bij het lichamelijk of neurologisch onderzoek zoals koorts, focale uitvalsverschijnselen, papiloedeem of nekstijfheid
 - Visusstoornissen
 - Ontstaan of toename van hoofdpijn <6 weken na trauma capitis (vooral bij ouderen)
 - Nieuwe hoofdpijn bij een leeftijd > 50 jaar
 - Immunodeficiëntie of een maligniteit (in de voorgeschiedenis) [1, 2].
2. Aanvullende diagnostiek is in de meeste gevallen niet geïndiceerd. Wanneer echter sprake is van alarmsymptomen kan er een indicatie zijn voor bloedonderzoek, beeldvorming en/of een lumbaalpunctie. De differentiaaldiagnose van hoofdpijn is zeer uitgebreid, derhalve moet per patiënt worden afgewogen welke aanvullende diagnostiek geïndiceerd is en in welke volgorde dit verricht wordt. Bij veel alarmsymptomen volstaat een MRI-hersenen, echter bij immuun gecompromitteerde en oncologische patiënten wordt laagdrempelig een lumbaalpunctie geadviseerd om opportunistische infecties of (leptomeningeale) metastasen uit te sluiten. Bij oudere patiënten met nieuwe hoofdpijn en malaise of visusstoornissen kan bij verdenking op arteriitis temporalis begonnen worden met laboratoriumonderzoek.
3. Medicatie overgebruikhoofdpijn (MOH) is niet uit te sluiten als oorzaak van chronische hoofdpijn indien gedurende een periode van minimaal 3 maanden meer dan 15 dagen per maand paracetamol of NSAID's worden gebruikt en indien meer dan 10 dagen per maand ergotamine, triptanen, opiaten of combinatiepreparaten (zoals bijvoorbeeld paracetamol/coffeïne) worden gebruikt. Wanneer na 2-3 maanden staken van de analgetica hoofdpijn persisteert, kan het diagnostisch proces opnieuw worden doorlopen.
4. Chronische migraine (CM) wordt gedefinieerd als hoofdpijn gedurende meer dan 15 dagen per maand gedurende minstens drie maanden, waarbij minstens 8 hoofdpijn episodes voldoen aan de criteria voor migraine (vóór inname van medicatie).
5. Hemicrania continua (HC) is een halfzijdige hoofdpijn die langer dan drie maanden aanhoudt en niet wordt onderbroken door pijnvrije periodes. De pijn is matig tot heftig, verder zijn er exacerbaties van heftige pijn met autonome verschijnselen zoals traansecretie, rinorroe, verstopte neus, conjunctivale hyperemie, ptosis en miosis. Deze autonome klachten staan minder op de voorgrond dan bij clusterhoofdpijn.
6. Clusterhoofdpijn (CCH) is een ernstige halfzijdige hoofdpijn die aanvalsgewijs voorkomt. De aanvallen treden om de dag tot 8 keer per dag op en duren 15 tot 180 minuten. Daarbij is sprake van ipsilaterale autonome verschijnselen zoals traansecretie, rinorroe, verstopte neus, conjunctivale hyperemie, ptosis en miosis. Daarbij is vaak sprake van rusteloosheid en agitatie. Wanneer de aanvallen ten minste gedurende 1 jaar voorkomen zonder remissie óf

met een periode van remissie die korter dan 3 maanden duurt wordt gesproken van chronische clusterhoofdpijn.

7. Naast hemicrania continua en clusterhoofdpijn worden verschillende andere trigeminale autonome cefalalgieën (TAC) onderscheiden. TAC worden in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten. Wanneer hieraan wordt gedacht op grond van anamnese en neurologisch onderzoek kan met behulp van de ICHD-III criteria deze hoofdpijn verder worden geclassificeerd.
8. Chronische spanningshoofdpijn/tension type headache (CTTH) is een hoofdpijn die meerdere uren op een dag of continu aanwezig is. De lokalisatie is meestal bilateraal en de intensiteit is mild tot matig. De hoofdpijn is drukkend van karakter of bandvormig. Enige misselijkheid, foto- of fonofobie komen frequent voor.

1. Inleiding

Chronische hoofdpijn is een veel voorkomend probleem. Er wordt gesproken van chronische hoofdpijn wanneer sprake is van hoofdpijn op ten minste 15 dagen per maand gedurende ten minste 3 maanden [3]. 3-5% van de volwassen populatie heeft last van chronische hoofdpijn [4]. Vaak is aanvankelijk sprake van een episodische hoofdpijnvorm welke in de loop der tijd chronificeert [5]. Een veel voorkomende chronificerende factor is overgebruik van analgetica. Als hier aanwijzingen voor zijn dient daarom altijd eerst deze mogelijk bijdragende factor te worden uitgesloten door staken van de pijnmedicatie en herevaluatie van de klachten alvorens een definitieve diagnose kan worden gesteld [6].

2. Diagnostiek chronische hoofdpijn

2.1. Anamnese

Bij een patiënt met chronische hoofdpijn dient de anamnese gericht te zijn op verhelderen van het onderliggende hoofdpijnsyndroom. Het is belangrijk het begin van de hoofdpijn, de frequentie van de pijn, duur van de pijn, ernst van de pijn en eventuele bijkomende verschijnselen zoals autonome symptomen, misselijkheid en braken uit te vragen [1]. Daarnaast is het essentieel duidelijk te krijgen hoeveel dagen per maand er pijnstillende medicatie wordt gebruikt. Ook dienen mogelijke onderhoudende of uitlokkende factoren te worden uitgevraagd. Hierbij kan gedacht worden aan gebruik van cafeïne (koffie, thee, cola, energy- en sportdranken etc.), psychologische factoren, roken, slaappatroon, bewegingspatroon en copingmechanismen [5, 7]. Ook kunnen bepaalde veelgebruikte medicamenten hoofdpijn veroorzaken (bijvoorbeeld antihypertensiva). Het is belangrijk te realiseren dat sommige hoofdpijnsyndromen simultaan kunnen voorkomen, in het bijzonder migraine en spanningshoofdpijn. Indien er onduidelijkheid bestaat over het mogelijke type hoofdpijn, gebruik van analgetica en frequentie van de klachten kan het beperkt bijhouden van een hoofdpijndagboek voor enkele weken soms beter inzicht geven. Om overmatige focus op de hoofdpijn te voorkomen wordt geadviseerd de periode waarin een hoofdpijndagboek wordt bijgehouden te beperken.

2.2. Aanvullende diagnostiek

De anamnese is het belangrijkste middel bij stellen van de diagnose. Aanvullende (beeldvormende) diagnostiek is in de meeste gevallen niet geïndiceerd. Beeldvorming enkel gericht op geruststelling van de patiënt wordt over het algemeen niet geadviseerd. Het geruststellend effect blijkt op lange termijn beperkt. Op de korte termijn geeft dit enige reductie in zorgconsumptie, echter op de lange termijn is dit effect niet aangetoond [8]. Wanneer er een indicatie bestaat voor beeldvormende diagnostiek is de keuze voor een CT danwel MRI afhankelijk van de aard van het alarmsymptoom. Hoofdpijn ontstaan na trauma kan bijvoorbeeld worden onderzocht middels CT, terwijl bij patiënten met een oncologische voorgeschiedenis of immunodeficiëntie een MRI wordt geadviseerd [9].

3. Soorten chronische hoofdpijn

3.1 Medicatie overgebruikhoofdpijn (MOH)

Medicatie overgebruikhoofdpijn (MOH) is met een prevalentie van 1-2% een van de meest voorkomende vormen van chronische dagelijkse hoofdpijn. Vrouwen hebben vaker last van medicatie overgebruikhoofdpijn dan mannen (ratio 4:1). Andere risicofactoren voor het krijgen van medicatie overgebruikhoofdpijn zijn overgewicht, fysieke inactiviteit, roken, stress en een lagere sociaal economische status [6, 10]. Alle analgetica kunnen deze vorm van hoofdpijn veroorzaken. De diagnose kan worden gesteld aan de hand van de ICHD-3 criteria (zie onder).

ICHD-3 Criteria Medicatie overgebruikhoofdpijn (MOH):

- A. Hoofdpijn op ten minste 15 dagen per maand bij een patiënt met een pre-existent hoofdpijn syndroom
- B. Regelmatig gebruik van eenvoudige analgetica op ≥ 15 dagen per maand of gebruik van opiaten, ergotamine, triptanen of combinatie van deze, op ≥ 10 dagen per maand gedurende ten minste 3 maanden
- C. Niet beter verklaard door een andere diagnose binnen ICHD-3

3.2 Chronische spanningshoofdpijn (CTTH)

Spanningshoofdpijn is een van de meest voorkomende vormen van hoofdpijn. De episodische vorm heeft een prevalentie van ruim 60% bij mannen en ruim 71% bij vrouwen. De chronische vorm komt in de bevolking bij ongeveer 3-4% voor [11]. De oorzaak van spanningshoofdpijn is nog altijd niet volledig bekend. Aangenomen wordt dat zowel gerefereerde pijn vanuit of hyperalgesie van de nekspieren als psychologische factoren een rol spelen. Zowel perifere als centrale pijnmechanismen lijken bij te dragen aan ontstaan van chronische hoofdpijn [12]. De diagnose kan gesteld worden aan de hand van de ICHD-3 criteria (zie onder). Alvorens de diagnose CTTH te stellen dient een MOH uitgesloten te worden.

ICHD-3 Criteria chronische spanningshoofdpijn (CTTH)

- A. Hoofdpijn op ten minste 15 dagen per maand, gedurende gemiddeld > 3 maanden (≥ 180 dagen per jaar) en voldoet aan criteria B-D.
- B. Hoofdpijn duurt uren tot dagen of is continu
- C. Hoofdpijn heeft ten minste twee van de volgende karakteristieken:
 - 1. Bilateraal gelokaliseerd
 - 2. Drukkend karakter of bandgevoel (niet pulsatieel)
 - 3. Milde tot matige intensiteit
 - 4. Geen toename door routinematige fysieke bezigheden zoals lopen of traplopen
- D. Beide van de volgende:
 - 1. Niet meer dan één van de kenmerken fotofobie, fonofobie of milde misselijkheid
 - 2. Geen matige of ernstige misselijkheid, geen braken
- E. Niet beter verklaard door een andere diagnose binnen ICHD-3.

3.3 Chronische migraine (CM)

Voor de diagnostiek en behandeling van chronische migraine verwijzen we naar de richtlijn migraine. Omdat chronische migraine relatief veel voorkomt en soms moeilijk te onderscheiden is van chronische spanningshoofdpijn worden hieronder de ICHD-3 criteria voor chronische migraine weergegeven. Belangrijk is dat bij patiënten met chronische hoofdpijn sprake kan zijn van een combinatie van chronische spanningshoofdpijn en (chronische) migraine. Tevens dient een medicatie overgebruik hoofdpijn te zijn uitgesloten. Bij deze groep patiënten kan het tijdelijk bijhouden van een hoofdpijndagboek meer inzicht geven over de frequentie en beperking van het hoofdpijntype en behandeling gericht daarop gestart worden.

ICHD-3 Criteria chronische migraine (CM)

- A. Hoofdpijn (passend bij migraine of spanningshoofdpijn) op ≥ 15 dagen per maand gedurende > 3 maanden, waarbij wordt voldaan aan criteria B en C.
- B. Treedt op bij een patiënt die ten minste 5 migraineaanvallen heeft gehad.

- C. De hoofdpijn voldoet op ≥ 8 dagen per maand aan een van de volgende kenmerken:
- a. Ten minste een van de volgende karakteristieken: unilateraal, pulsatieel, matige tot ernstige pijn of verergering door routinematige fysieke activiteit (lopen, traplopen) én tijdens de hoofdpijn is sprake van ten minste misselijkheid, braken, fotofobie of fonofobie.
 - b. Ten minste een van de volgende reversibele auraverschijnselen: visueel, sensibel, spraak/taal, motorisch, hersenstam, retinaal én ten minste 3 van de volgende karakteristieken:
 - i. Ten minste een auraverschijnsel breidt geleidelijk uit gedurende ≥ 5 minuten
 - ii. Twee of meer auraverschijnselen treden na elkaar op
 - iii. Elke auraverschijnsel duurt 5-60 minuten
 - iv. Ten minste een auraverschijnsel is unilateraal
 - v. Ten minste een auraverschijnsel is positief
 - vi. Het aura wordt begeleid of gevolgd door hoofdpijn < 60 minuten.
 - c. Door de patiënt getypeerd als migraineaanval en verbetering na inname van triptanen of ergotamine.
- D. Niet beter verklaard door een andere diagnose binnen ICHD-3.

3.4 Hemicrania continua (HC)

Hemicrania continua is een zeldzaam hoofdpijnsyndroom dat voor het eerst in 1984 werd beschreven. Het wordt gerekend onder de trigeminale autonome cefalalgieën. Het wordt in slechts 1-2% van de patiënte met chronische hoofdpijn beschreven [13]. In 2003 werd HC in de ICHD-2 opgenomen. HC komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen 2,8: 1. De diagnose kan gesteld worden aan de hand van de ICHD-3 criteria (zie onder).

ICHD-3 Criteria hemicrania continua (HC)

- A. Unilaterale hoofdpijn, altijd aan dezelfde zijde, die voldoet aan criteria B-D
- B. Aanwezig gedurende > 3 maanden met exacerbaties van heviger pijn
- C. Een of beide onderstaande kenmerken:
 - a. Ten minste een van de volgende autonome verschijnselen, ipsilateraal van de hoofdpijn:
 - i. Conjunctivale roodheid en/of traansecretie
 - ii. Neusverstopping en/of rinorroe
 - iii. Ooglidooedeem
 - iv. Zweetsecretie voorhoofd/gelaat
 - v. Miosis en/of ptosis
 - b. Een gevoel van rusteloosheid, agitatie of toename van de pijn bij bewegen
- D. Reageert volledig op een therapeutisch dosis indometacine
- E. Niet beter verklaard door een andere diagnose binnen ICHD-3.

3.5 Chronische clusterhoofdpijn

Voor de diagnostiek en behandeling van chronische clusterhoofdpijn verwijzen we naar de richtlijn clusterhoofdpijn. Omdat het van belang is chronische clusterhoofdpijn te herkennen omdat dit een andere behandeling behoeft, volgen hieronder de ICHD-3 criteria voor chronische clusterhoofdpijn beschreven.

ICHD-3 criteria chronische clusterhoofdpijn

- A. Aanvallen die voldoen aan de ICHD-III criteria voor clusterhoofdpijn (zoals onder beschreven).
- B. Aanvallen komen voor gedurende 1 jaar, waarbij geen remissie voorkomt of remissie korter duurt dan 3 maanden.

ICHD-3 criteria clusterhoofdpijn

- A. Ten minste 5 aanvallen die voldoen aan criteria B-D
- B. Ernstige of zeer ernstige unilaterale orbitale, supra-orbitale of temporale pijn gedurende 15-180 minuten (wanneer onbehandeld)
- C. Een of beide onderstaande kenmerken:
 - 1. Ten minste een van de volgende symptomen, ipsilateraal van de hoofdpijn:
 - i. Conjunctivale roodheid en/of traansecretie
 - ii. Verstopte neus en/of rinorroe
 - iii. Ooglidoedeem
 - iv. Zweetsecretie voorhoofd/gelaat
 - v. Miosis en/of ptosis
 - 2. Rusteloosheid of agitatie
- D. Aanvallen treden om de dag tot 8 keer per dag op
- E. Niet beter verklaard door een andere diagnose binnen ICHD-3.

4. Behandeling van chronische hoofdpijn

Behandeling van chronische hoofdpijn begint met het bespreken van de diagnose en uitleg aan de patiënt. Met name voor medicatie overgebruikhoofdpijn, chronische spanningshoofdpijn en chronische migraine is uitleg over chronificerende factoren en leefstijlfactoren van groot belang.

4.1 Behandeling van medicatie overgebruikhoofdpijn

De behandeling van MOH bestaat uit het stoppen van pijnmedicatie. Educatie van de patiënt is zeer belangrijk voor de compliance. Afhankelijk van het onderliggend hoofdpijnsyndroom kan verbetering van hoofdpijn optreden binnen 4-8 weken. Bij onderliggende migraine wordt eerder verbetering verwacht (gemiddeld 4-6 weken) dan bij onderliggende chronische spanningshoofdpijn (6-8 weken). Een motiverend consult verhoogt de bereidheid van de patiënt ten aanzien van staken van analgetica [14, 15]. Hieronder enkele handvatten welke gebruikt kunnen worden bij het staken van medicatie.

- Duidelijke uitleg over MOG en mogelijke *tijdelijke* toename van hoofdpijn kort na staken van de analgetica (met name in de eerste twee weken, klassiek dag 6 tm 10).
- Bespreek de verwachtingen: na 1-2 weken stabilisatie en daarna langzame verbetering van hoofdpijn.
- Overweeg een hoofdpijndagboek te laten bijhouden om inzicht te krijgen in onderliggende hoofdpijnsyndroom, tevens kan dit de compliance ten aanzien van staken van analgetica verhogen.
- Plan eventueel een telefonisch contact na 2-3 weken om de uitleg te herhalen en de patiënt te motiveren.
- Herevaluatie hoofdpijn na 2-3 maanden ter beoordeling van de hoofdpijnklachten en mogelijke onderliggende hoofdpijnsyndroom.

- Overweeg aanvullende behandeling bij onderliggend primair hoofdpijnsyndroom na staken van de medicatie. Wanneer op basis van de anamnese een hoge verdenking bestaat op een onderliggend primair hoofdpijnsyndroom, kan eventueel om compliance te vergoten op basis daarvan medicatie worden gestart ter overbrugging.

4.2 Behandeling van chronische spanningshoofdpijn

Bij chronische spanningshoofdpijn is het mogelijk niet-medicamenteus of medicamenteus te behandelen. Het is belangrijk om in een vroeg stadium met patiënt te bespreken dat de medicamenteuze opties echter beperkt zijn. Voor medicamenteuze behandeling zijn TCA's het meest effectief [11]. Studies tonen een statistisch significant effect aan van amitriptyline op de duur en ernst van de hoofdpijn [16] en mirtazepine [17]. Voor overige TCA's bestaat geen bewijs, nortriptyline wordt frequent gegeven wegens het gunstigere bijwerkingenprofiel dan amitriptyline. Bij goed effect kan na 6 maanden worden overwogen op proef af te bouwen en te staken. Wat betreft de niet-medicamenteuze therapie, is er bewijs voor effectiviteit van fysiotherapie gericht op ontspanning en bevorderen fysieke activiteit en ontspanningstraining (bijvoorbeeld biofeedbacktraining en cognitieve gedragstherapie) [18, 19]. Deze interventies hebben een effectiviteit vergelijkbaar met TCA's [11]. Over effectiviteit van manuele therapie bestaat tegenstrijdig bewijs, het kan worden overwogen wanneer gecombineerd met houdings- of relaxatietherapie. Er is geen voldoende kwalitatief bewijs voor chiropractie en acupunctuur [20]. Ook voor de effectiviteit van botoxbehandeling [21] of GON injectie [22] bestaat bij chronische spanningshoofdpijn geen bewijs. Een combinatie van amitriptyline, fysiotherapie of ontspanningstraining lijkt het meest effectief.

4.3 Behandeling van chronische migraine

Voor de behandeling van chronische migraine verwijzen we naar de richtlijn migraine.

4.4. Behandeling van chronische hemicrania continua

Hemicrania continua reageert zeer goed op indometacine als behandeling [13]. Bij indometacine komen regelmatig maagklachten voor die bestreden moeten worden o.a. om de therapietrouw te verbeteren (bijvoorbeeld ranitidine 2dd150mg). Controle na 2 weken wordt geadviseerd, als effect van behandeling uitblijft moet de diagnose heroverwogen worden. De duur van de behandeling is niet goed bekend, het advies is om patiënten minstens 3 maanden te behandelen. Bij recidief klachten kan men opnieuw starten met indometacine.

4.5 Behandeling van chronische clusterhoofdpijn

Voor de behandeling van chronische clusterhoofdpijn verwijzen wij naar de richtlijn clusterhoofdpijn.

4.6 Overzicht medicamenteuze behandeling chronische hoofdpijn

Medicamenteuze behandeling chronische hoofdpijn			
	<u>Middel</u>	<u>Dosering</u>	<u>Bijwerkingen</u>
Chronische spanningshoofdpijn	<ul style="list-style-type: none">• Amitriptyline	<ul style="list-style-type: none">- Startdosis 10 mg/dag AN- Ophogen met 10 mg/4 weken tot max 50-70 mg/dag- Na 6 maanden optimale dosis pogen af te bouwen, bij dosis \geq 40 mg/dag overweeg afbouwen met 20-25% elke 2-3 dagen om	<ul style="list-style-type: none">- Anti cholinerge effecten zoals droge mond, obstipatie, misselijkheid en accommodatiestoornissen- Slaperigheid- Duizeligheid- Hyponatriëmie

		rebound-effect te voorkomen	
	• Mirtazepine	- Startdosis 15 mg/dag - Ophogen met 15 mg/2-4 weken tot maximaal 45 mg/dag - Na 6 maanden staken ongeacht effect	- Vermoeidheid - Gewichtstoename - Droge mond
	• Nortriptyline	- Startdosis 10 mg/dag AN - Ophogen met 10-25 mg per 4 weken tot maximaal 100 mg/dag - Na 6 maanden staken ongeacht effect	- Dezelfde bijwerkingen kunnen voorkomen als bij amitriptyline, echter met name bij ouderen (>60 jaar) wordt een milder bijwerkingeprofiel verwacht i.v.m. slechts zwak serotonerg effect
Medicatie afhankelijke hoofdpijn	Amitriptyline	- Zoals bij chronische spanningshoofdpijn	
	Na staken analgetica afhankelijk van het resterende hoofdpijnsyndroom		
Hemicrania continua	Indometacine	- Startdosis 3 dd 50 mg - Zo nodig ophogen tot 300 mg/dag - Bij geen respons op indometacine dient diagnose te worden verworpen - Indien effectief kan na 3 maanden staken van medicatie worden overwogen	- Gastro-intestinale klachten - Duizeligheid - Depressie - Slaperigheid - Leverenzymafwijkingen (controle 4-6 weken na start)
Chronische migraine	Zie richtlijn migraine		
Chronische clusterhoofdpijn	Zie richtlijn clusterhoofdpijn		

Bronvermelding

1. Koren, Y.S., *Chronic daily headache: diagnosis and management*. Am Fam Physician, 2014. **8**(89): p. 642-8.
2. Halker, R.B., E.V. Hastriter, and D.W. Dodick, *Chronic daily headache: an evidence-based and systematic approach to a challenging problem*. Neurology, 2011. **76**(7 Suppl 2): p. S37-43.
3. IHS, *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. Cephalalgia, 2013. **33**: p. 629-808.
4. L Stovner, K.H., R Jensen, Z Katsarava, Rb Lipton, Ai Scher, Tj Steiner, J-A Zwart, *The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide*. Cephalalgia, 2007. **3**(27): p. 193-210.
5. Scher, M., Lipton, *Risk factors for headache chronification*. Headache, 2008. **1**(48): p. 16-25.
6. Diener, H., Solbach, Gaul, *Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management*. Nat Rev Neurol, 2016. **12**(10): p. 575-83.
7. Torres-Ferrús, U., Alpuente, Brunello, Chiappino, de Vries, Di Marco, Ferlisi, Guerritore, Gonzalez-Garcia, Gonzalez Martinez, Khutorov, Kritsilis, Kyrou, Makeeva, Minguez-Olaondo, Pilati, Serrien, Tsukalenko, Van den Abbeele, van Hoogstraten, Lampl, *From transformation to chronification of migraine, pathophysiological and clinical aspects*. J Headache Pain, 2020. **42**(1).
8. Howard, L., et al., *Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2005. **76**(11): p. 1558-64.
9. Romano, A., V. Cipriani, and A. Bozzao, *Neuroradiology and headaches*. J Headache Pain, 2006. **7**(6): p. 422-32.
10. Diener, H.C., et al., *Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache*. Lancet Neurol, 2019. **18**(9): p. 891-902.
11. Ghadiri-Sani, M. and N. Silver, *Headache (chronic tension-type)*. BMJ Clin Evid, 2016. **2016**.
12. de Tommaso, M. and C. Fernández-de-Las-Penas, *Tension Type Headache*. Curr Rheumatol Rev, 2016. **12**(2): p. 127-39.
13. Prakash, S. and B. Adroja, *Hemicrania Continua*. Ann Indian Acad Neurol, 2018. **21**(Suppl 1): p. S23-s30.
14. Vandebussche, N., et al., *Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate*. J Headache Pain, 2018. **19**(1): p. 50.
15. Vandebussche, N., K. Paemeleire, and Z. Katsarava, *The Many Faces of Medication-Overuse Headache in Clinical Practice*. Headache, 2020. **60**(5): p. 1021-1036.
16. Jackson, J.L., et al., *Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants for the Prevention of Frequent Episodic or Chronic Tension-Type Headache in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Gen Intern Med, 2017. **32**(12): p. 1351-1358.
17. Martín-Araguz, A., C. Bustamante-Martínez, and J.M. de Pedro-Pijoán, *[Treatment of chronic tension type headache with mirtazapine and amitriptyline]*. Rev Neurol, 2003. **37**(2): p. 101-5.
18. Victoria Espí-López, G., et al., *Effectiveness of Physical Therapy in Patients with Tension-type Headache: Literature Review*. J Jpn Phys Ther Assoc, 2014. **17**(1): p. 31-38.
19. Scripser, C., *Headache: Tension-Type Headache*. FP Essent, 2018. **473**: p. 17-20.
20. Linde, K., et al., *Acupuncture for the prevention of tension-type headache*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **4**: p. Cd007587.
21. Jackson, J.L., A. Kuriyama, and Y. Hayashino, *Botulinum toxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a meta-analysis*. Jama, 2012. **307**(16): p. 1736-45.
22. Leinisch-Dahlke, E., et al., *Greater occipital nerve block is ineffective in chronic tension type headache*. Cephalalgia, 2005. **25**(9): p. 704-8.