

Een richtlijn voor hoofdpijn: nuttig maar niet evident

Editorial bij de bijdrage van E.G.M. Couturier

K. Paemeleire

(Tijdschr Neurol Neurochir 2009;110:296-7)

In dit nummer van TNN presenteert Emile Couturier namens de werkgroep Richtlijnen Hoofdpijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie een korte samenvatting van de meer dan 100 pagina's tellende herziene richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen.

Migraine, spanningshoofdpijn en hoofdpijn door medicatieovergebruik zijn heel frequente redenen tot consulteren, bij zowel de huisarts als de neuroloog. In het World Health Report 2001 rangschikte de Wereldgezondheidsorganisatie migraine in de top 20 van de oorzaken van 'years of life lived with disability'. Hoofdpijnaandoeningen hebben daarenboven een belangrijke socio-economische invloed.

Hoewel er geen goede studies zijn over de medische curricula in Europa die dit bevestigen, is het duidelijk dat de meeste opleidingen Geneeskunde weinig onderwijs in hoofdpijnaandoeningen voorzien. Hoofdpijnpatiënten ervaren soms nog een therapeutisch nihilisme vanwege de arts en ze blijken soms weinig vertrouwen te hebben in hun arts. Zo ging 22% van de migrainepatiënten in het Verenigd Koninkrijk en 16% van hen in de Verenigde Staten akkoord met de uitspraak 'nothing a physician can do' als één van de redenen om niet te consulteren voor migraine.¹ Daarenboven waren 'physician did not help me' (27% in zowel het Verenigd Koninkrijk als de Verenigde Staten) en 'nothing a doctor can do' (26% in het Verenigd Koninkrijk en 41% in de Verenigde Staten) frequente redenen voor migrainepatiënten om medische opvolging te staken.¹

Het opstellen van een richtlijn voor hoofdpijn heeft

dus als doel het medisch handelen meer consistent, effectief en efficiënt te maken en is dan ook een zeer verdienstelijke onderneming. Meerdere Europese landen beschikken over een nationale richtlijn en recent werden de beschikbare richtlijnen geharmoniseerd ten behoeve van de huisartsen door de European Headache Federation (EHF).² Ook de European Federation of Neurological Sciences (EFNS) publiceerde recent richtlijnen voor de behandeling van onder andere clusterhoofdpijn en migraine.^{3,4} In grote lijnen is de informatie in deze nieuwe richtlijn analoog aan de recent gepubliceerde internationale richtlijnen, zoals die van de EFNS en EHF, maar deze richtlijn is veel uitgebreider met bijvoorbeeld een hoofdstuk over de hoofdpijn classificatie, diagnostiek bij niet-acute hoofdpijn en aangezichtspijn.

Momenteel is er geen uniforme benadering bij het opstellen van een richtlijn. Wanneer meerdere aanbevelingen bestaan voor de behandeling van één en dezelfde aandoening, verschillen deze vaak ondanks het feit dat dezelfde evidentie uit studies wordt geciteerd.⁵ Dit geldt hier bijvoorbeeld bij de niet-medicamenteuze behandelingsvormen voor hoofdpijn. Bij het nazien van de hoofdpijnrichtlijn vind ik weliswaar een beschrijving van hoe het niveau van bewijs van de conclusies bij het tot stand komen van deze richtlijn werd bepaald, maar vind ik in sommige delen van de richtlijn geen vermelding van dit niveau terug, bijvoorbeeld in het deel over de medicamenteuze behandeling van migraine bij kinderen. Daarnaast kan er discussie zijn over het niveau van een aanbeveling, zoals het gebruik van lithium als profylactische behandeling van tweede keuze bij episodische clusterhoofdpijn.⁶ Richtlijnen worden grotendeels ontwikkeld op basis van minder kwaliteits-

Auteur: dhr. prof. dr. K. Paemeleire, neuroloog, Universitair Ziekenhuis Gent, dienst Neurologie, De Pintelaan 185, B-9000 Gent, België, tel: +32 (0)9 332 45 39, fax: +32 (0)9 332 49 71, e-mailadres: koen.paemeleire@Ugent.be

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële vergoeding: geen gemeld.

Trefwoorden: hoofdpijn, richtlijn.

Ontvangen 19 juli 2009, geaccepteerd 21 juli 2009.

volle evidentie of 'expert opinion' en om die reden werden zelfs recent de richtlijnen van de American College of Cardiology en de American Heart Association op de korrel genomen.⁷ Het is ook niet duidelijk of deze richtlijn werd onderworpen aan 'peer review' en evenmin of de toepasbaarheid ervan werd getest in de klinische setting vóór verspreiding. Ondanks methodologische beperkingen zal deze richtlijn ongetwijfeld bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor de hoofdpijnpatiënt. Het is onze collectieve verantwoordelijkheid om het therapeutisch arsenaal ter beschikking te stellen van de hoofdpijnpatiënten. Met deze richtlijn helpen de auteurs tevens hoofdpijn een meer prominente plaats in het neurologisch landschap te geven.

Referenties

1. Edmeads J. Understanding the needs of migraine patients. *Drugs* 2006;66(Suppl 3):1-8.
2. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez MJ, et al; European Headache Federation; Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide; World Health Organization. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain* 2007;8(Suppl 1):S3-47.
3. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine -- revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009;16:968-81.
4. May A, Leone M, Afra J, Linde M, Sándor PS, Evers S, et al; EFNS Task Force. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol* 2006;13:1066-77.
5. McAlister FA, Van Diepen S, Padwal RS, Johnson JA, Majumdar SR. How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines? *PLoS Med* 2007;4:e250.
6. Steiner TJ, Hering R, Couturier EG, Davies PT, Whitmarsh TE. Double-blind placebo-controlled trial of lithium in episodic cluster headache. *Cephalalgia* 1997;17:673-5.
7. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301:831-41.