

Chronisch frequente hoofdpijn

N.J. Wiendels

Op 20 februari 2008 promoveerde mw. drs. N.J. Wiendels aan de Universiteit Leiden op haar proefschrift getiteld 'Chronic frequent headache in the general population', onder begeleiding van promotoren dhr. prof. dr. M.D. Ferrari, dhr. prof. dr. W.J.J. Assendelft en co-promotor dhr. dr. A. Knuistingh Neven. Dit proefschrift beschrijft de resultaten van een vragenlijstonderzoek gehouden in 2002 en 2003 onder 21.440 mensen naar de epidemiologie van chronisch frequente hoofdpijn in de Nederlandse bevolking. Het proefschrift bevat ook informatie over het gebruik van triptanen uit het Geneesmiddelen Informatie Project en de resultaten van een onttrekkingstudie in de huisartsenpraktijk.

(*Tijdschr Neurol Neurochir* 2010;111:43-5)

Epidemiologie¹

Chronisch frequente hoofdpijn (CFH) wordt gedefinieerd als hoofdpijn die op meer dan 14 dagen per maand aanwezig is, gedurende ten minste 3 maanden. De prevalentie van CFH in de Nederlandse algemene bevolking, in de leeftijd van 25-55 jaar, was 3,7%. De prevalentie onder allochtonen was 12%. Bij veel mensen fluctueerde de hoofdpijnfrequentie over de tijd. Twaalf procent vertoonde spontaan een klinisch relevante daling van meer dan 14 dagen naar minder dan 7 dagen per maand binnen 5 maanden.

Om mogelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van CFH te identificeren, vergeleken we 177 mensen met CFH met 141 mensen met infrequente hoofdpijn (1 tot 4 dagen/maand) en met 526 mensen zonder hoofdpijn (minder dan 1 dag/maand). In beide hoofdpijngroepen was 70% vrouw, in tegenstelling tot 41% in de groep zonder hoofdpijn. Tweeënzestig procent van de mensen met CFH gebruikten overmatig veel analgetica vergeleken met 0 tot 4% binnen de controlegroepen. Overmatig gebruik werd gedefinieerd als gebruik van analgetica op ten minste 3 dagen per week, triptanen op ten minste 2 dagen per week en meer dan 5 eenheden cafeïne per dag. Er was geen verschil in cafeïnegebruik tussen de groepen.

De meerderheid screende positief voor de aanwezigheid van psychopathologie, zoals werd gemeten met de 'General Health Questionnaire'. Deze questionnaire meet 4 domeinen, waaronder angst en depressie. Andere geassocieerde factoren waren een laag opleidingsniveau, slaapproblemen, roken en hoofd- of nekletsel voorafgaand aan het begin van hoofdpijn. Wij vonden geen associatie van CFH met orale anti-conceptiva.

Comorbiditeit en kwaliteit van leven²

Mensen met CFH rapporteerden meer comorbiditeit dan de infrequente hoofdpijngroep, met name de mensen met overmatig analgeticagebruik. Vijftig procent van de mensen met CFH had een aandoening waarvoor patiënten dagelijks medicatie nodig hadden. De kwaliteit van leven van mensen met CFH was in alle domeinen van de RAND-36, een vragenlijst waarmee de algemene gezondheidstoestand kan worden bepaald, lager dan die van mensen met infrequente hoofdpijn. Zowel hoofdpijnfrequentie als comorbiditeit had een negatieve invloed op de kwaliteit van leven.

Om de rol van cognitieve en persoonlijkheidsfactoren in het chronisch worden van hoofdpijn te meten, gebruikten we de Pijn Coping en Cognitie Lijst en de Temperament en Karakter Vragenlijst. Voor het

Auteur: mw. dr. N.J. Wiendels, AIOS neurologie, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Neurologie, Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden, e-mailadres: n.j.wiendels@lumc.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: de auteur ontving financiële ondersteuning van ZonMw (nummer 940.31.049) en van het doelmatigheidsfonds van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Trefwoorden: chronische hoofdpijn, medicatieafhankelijke hoofdpijn, onttrekking, risicofactoren.

Ontvangen 25 januari 2009, geaccepteerd 12 mei 2009.

screenen op psychiatrische comorbiditeit gebruikten we de 'General Health Questionnaire' en de 'Headache Impact Test' voor het meten van de ziektespecifieke kwaliteit van leven. De CFH-groep scoorde hoger op catastroferen, pijn coping en externe pijnbeheersing, en lager op interne pijnbeheersing dan de groep met infrequente hoofdpijn. Na correctie voor aanwezigheid van psychopathologie waren persoonlijkheidsfactoren niet langer geassocieerd met CFH. Catastroferen en lage interne pijnbeheersing droegen significant bij aan de impact van hoofdpijn op de kwaliteit van leven. Mensen die catastroferen richten hun aandacht op de negatieve aspecten van pijn en dramatiseren deze. Dit is met cognitieve gedragstherapie te beïnvloeden.

Overmatig gebruik van analgetica en triptanen

Overmatig pijnstillergebruik wordt over het algemeen gezien als een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van CFH. Hoofdpijn bij patiënten met overmatig pijnstillergebruik wordt geclassificeerd als mogelijk medicatieafhankelijke hoofdpijn (mMAH) tot de hoofdpijn verbeterd is na onttrekking en de diagnose 'MAH' definitief gesteld kan worden. Wij vonden geen verschil in hoofdpijntype tussen overmatige gebruikers (n=104) en normale gebruikers (n=73). Globaal kon de helft geclassificeerd worden als chronische spanningshoofdpijn en 24% als chronische migraine. Het medicatiegebruik bestond voornamelijk uit analgetica, maar 2% van de patiënten had een overmatig triptaangebruik. De meerderheid gebruikte langzamerhand een steeds hogere dosis en nam pijnstillers in ondanks dat deze nauwelijks werkten. Veertig procent nam pijnstillers in uit voorzorg, terwijl maar 13% profylactica gebruikte. Uit data van het Geneesmiddelen Informatie Project van het College van Zorgverzekeraars (n= 6,7 miljoen mensen in 2005) bleek dat onder triptaangebruikers de geschatte prevalentie voor overmatig gebruik 10% is volgens de 'International Classification of Headache Disorders'(ICHD-II; gebruik op ten minste 10 dagen per maand). Vergeleken met sumatriptan trad er minder overmatig gebruik op bij rizatriptan ('odds ratio' [OR]=0,27; 95%-betrouwbaarheidsinterval [BI]=0,25-0,28). Het overmatig triptaangebruik beslaat 50% van de totale uitgifte van triptanen en neemt 50% van de totale kosten voor zijn rekening.

Onttrekking

Het doel van de onttrekkingstudie in de huisartsenpraktijk was het evalueren van het effect van een actieve benadering van patiënten met overmatig medicatiegebruik door de huisarts om onttrekking te adviseren. We vergeleken 2 benaderingen: 1) een uitnodiging om naar de praktijk te komen om de behandeling (acuut staken van pijnstillers en triptanen) te bespreken, en 2) een brief waarin de huisarts adviseert acuut te stoppen met pijnstillers en triptanen. Beide interventies werden vergeleken met een controlegroep met natuurlijk beloop en met de onttrekkingsresultaten van poliklinische patiënten in een tertiair verwijscentrum. De studie toonde aan dat de behoefte aan behandeling en therapietrouw zeer laag is bij niet-consulterende patiënten, wat leidde tot hoge uitvalspercentages tijdens onttrekking. Na 6 maanden rapporteerde 10% van de patiënten in de directe benaderingsgroep en 28% van de patiënten in de briefgroep een verbetering van de hoofdpijn, vergeleken met 9% van de deelnemers in de groep met natuurlijk beloop en 28% van de deelnemers in de tertiaire verwijsgroep. Het was niet mogelijk om determinanten van succes te analyseren.

Conclusie

CFH komt bij 4% van de bevolking voor en is geassocieerd met somatische en psychiatrische comorbiditeit, een laag opleidingsniveau, slaapproblemen, roken, hoofd- of nekletsel in de voorgeschiedenis en overmatig gebruik van analgetica. Veel mensen gebruiken pijnstillers op een verkeerde manier en zouden meer profylactica moeten gebruiken. Apothekers zouden met huisartsen kunnen samenwerken in het bewaken van triptaanen analgeticagebruik. Overmatig analgeticagebruik zal echter moeilijk te detecteren zijn, omdat analgetica vrij verkrijgbaar zijn. Een manier om het publiek bewust te maken van het gevaar van overmatig gebruik, is om in de bijsluiters van analgetica een advies op te nemen om een arts te consulteren bij gebruik voor hoofdpijn op meer dan 14 dagen per maand. Een actieve benadering van huisartsen om patiënten met CFH en overmatig analgeticagebruik te identificeren en te adviseren om te stoppen, werkt niet. Wanneer overmatig gebruik evident is, is onttrekking de juiste therapie. Mogelijk zullen patiënten in hogere mate trouw zijn aan hun therapie als zij een

neuroloog geconsulteerd hebben die de diagnose en behandeling bevestigt. Een multidisciplinaire benadering kan waardevol zijn indien er sprake is van bijkomende psychologische en/of psychiatrische risicofactoren. Dit dient verder onderzocht te worden.

Referenties

1. Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, Spinhoven P, Zitman FG, Assendelft WJ, et al. Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia* 2006;26:1434-42.
2. Wiendels NJ, Van Haestregt A, Knuistingh Neven A, Spinhoven P, Zitman FG, Assendelft WJ, et al. Chronic frequent headache in the general population: comorbidity and quality of life. *Cephalalgia* 2006;26:1443-50.