Spanningshoofdpijn: adaptatie van de duodecimrichtlijn

Haio: BOSSCHIETER Jelle , KUL
Promotor: DE CORT Paul
Praktijkopleider: VAN GENECHTEN Dirk , VAN VAERENBERG Kristien

Context: Spanningshoofdpijn is een relatief frequente klacht in de huisartsenpraktijk en niet altijd gemakkelijk aan te pakken. Een duidelijke richtlijn kan een houvast bieden, zeker voor beginnende artsen. Helaas is de huidige duodecim-richtlijn over spanningshoofdpijn weinig concreet en niet gebruiksvriendelijk. Tevens is niet duidelijk waar ze hun evidentie vandaan haalden. Daarom besloten mijn collega Ada Maes en ikzelf om de richtlijn te adapteren met als doel een concrete evidence-base richtlijn te cre?ren.

Onderzoeksvraag: Deze thesis heeft betrekking op de volgende klinische onderzoeksvragen: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen? Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met vermoeden van spanningshoofdpijn vereisen verdere onderzoeken? Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij episodische spanningshoofdpijn? De vragen betreffende klinisch onderzoek, het hoofdpijndagboek en behandeling van chronische spanningshoofdpijn zijn onderdeel van de thesis van Ada Maes.

Methode: De werkwijze is gebaseerd op de handleiding ?Adaptatie Duodecim-richtlijnen?. Deze handleiding is op zijn beurt gebaseerd op ?The ADAPTE process: resource Toolkit for Guideline Adaptation?. Na de adaptatie volgde een peerreview in twee verschillende seminariegroepen bestaande uit achttien artsen in totaal. Nadien gebeurde een audit in de huisartsenpraktijk waar ik werk, betreffende de behandeling van acute spanningshoofdpijn. Deze audit werd getoetst aan de geadapteerde versie van de richtlijn. Nadien werd een praktijkconsensus geformuleerd om een rechtlijnige aanpak te verzekeren bij een volwassen patiënt met acute spanningshoofdpijn.

Resultaten: De duodecim-richtlijn werd geadapteerd aan de hand van twee richtlijnen die als beste uit de selectieprocedure kwamen, namelijk de richtlijn van The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en die van The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Eveneens werd rekening gehouden met nieuwe belangrijke literatuur. De anamnestische criteria voor spanningshoofdpijn werden overgenomen uit de International Classification of Headache Disorders (ICHD)-III b?ta criteria van International Headache Society (IHS). De elementen bij een hoofdpijnpatiënt die verder onderzoek vereisen werden eveneens uit de ICDH III b?ta criteria gedestilleerd. Er werd een vergelijking gemaakt tussen de kenmerken die voorkomen bij primaire hoofdpijnvormen en welke voorkomen bij secundaire hoofdpijnsyndromen. Kenmerken die enkel voorkomen bij secundaire hoofdpijnvormen en niet bij primaire vormen werden gezien als elementen die verder onderzoek vereisen. De behandeling van acute spanningshoofdpijn werd onderverdeeld in twee delen: niet-medicamenteus en medicamenteus beleid. Het niet-medicamenteuze gedeelde bestaat vooral uit het geven van informatie en dit werd overgenomen uit de NICE richtlijn. Verder toonden twee meta-analyses geen voordeel van acupunctuur of manuele therapie in de acute setting. Het farmacologische beleid werd bepaald aan de hand van de twee richtlijnen in combinatie met nieuwe evidentie. Medicamenteus is paracetamol 1g de eerste keuze. Als tweede keuze is een NSAID aangeraden zoals ibuprofen 400mg. Combinatiepreparaten met cafe?ne kunnen een derde keuze middel zijn. Opio?de preparaten en spierontspanners hebben geen wetenschappelijke evidentie wat betreft behandeling van acute spanningshoofdpijn.

Conclusie: De peerreview zorgde niet voor veranderingen aan de richtlijn. Het praktijkproject begon met een audit dit wel wat verschillen aantoonde met de aanbevelingen zoals in de richtlijn. Er werd na onderling overleg binnen de praktijk tot een praktijkconsensus gekomen, die nauw aansluit bij de geadapteerde aanbevelingen. Er werden wederom geen verandering meer doorgevoerd aan de richtlijn.