Spanningshoofdpijn
Adaptatie van een Duodecim richtlijn

Ada Maes, KU Leuven

Mede-auteur: Jelle Bosschieter, KU Leuven

Promotor: Dr. Paul De Cort, KU Leuven

Co-promotoren: Dr. Nicolas Delvaux, KU Leuven
Mevr. Martine Goossens, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2015-2016

Dankwoord

Via deze weg wil ik iedereen bedanken die mij hielp bij het tot stand brengen van deze masterproef.

Vooraleerst wil ik mijn promotor Dr. Paul De Cort bedanken voor zijn hulp, nazicht en kritische bedenkingen die een duidelijke bijdrage leverden tot het eindresultaat. Daarnaast wil ik ook graag Dr. Nicolas Delvaux en Martine Goossens bedanken voor de concrete begeleiding van dit EBM*practice*net project.

Mijn praktijkopleider Dr. Johanna Roelofs en de andere collega's uit de praktijk wil ik bedanken voor hun interesse, steun en betrokkenheid in dit proces.

Ik wil mijn mede-auteur Jelle Bosschieter bedanken voor de vrolijkheid die hij bijbracht tijdens het maken van deze masterproef, alsook voor zijn luisterend oor in momenten van twijfel en stress.

Deze masterproef was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van alle collegae huisartsen en huisartsen-in-opleiding die deelnamen aan de peer reviews voor de evaluatie van de geadapteerde richtlijn. Mijn dank gaat uit naar hen voor het ter beschikking stellen van hun aandacht en tijd.

Ten slotte wil ik mijn familie, vrienden en vriend bedanken voor hun geduld met mij in momenten van stress, hun advies in momenten van twijfel en hun immer aanwezige steun.

Abstract

Context: Spanningshoofdpijn is een veelvoorkomende pathologie in de huisartsenpraktijk. Vooralsnog bestaat er geen Belgische evidence based richtlijn omtrent dit onderwerp. Door middel van samenwerking met de Finse huisartsenvereniging Duodecim en EBM*practice*net werd in deze masterproef een onderdeel van een richtlijn geformuleerd voor de diagnose en aanpak van spanningshoofdpijn, die bruikbaar is in de Belgische zorgcontext.

Onderzoeksvragen: 1. Wat zijn de noodzakelijke anamnestische gegevens om de diagnose van spannings-hoofdpijn vast te stellen? 2. Wat zijn noodzakelijke gegevens uit het klinisch onderzoek om de diagnose van spanningshoofdpijn vast te stellen? 3. Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met vermoeden van spanningshoofdpijn, vereisen verder onderzoek? 4. Wat is de bijdrage van een hoofdpijndagboek in het stellen van de diagnose en opvolging van spanningshoofdpijn? 5. Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling van episodische spanningshoofdpijn? 6. Wat is de aangewezen eerstelijnsbehandeling bij chronische spanningshoofdpijn? Onderzoeksvragen 2, 4 en 6 worden besproken in deze masterproef. Voor de overige onderzoeksvragen wordt verwezen naar de masterproef van Jelle Bosschieter.

Methode: Voor het opstellen van de richtlijn werd vertrokken vanuit de Engelstalige versie van de Finse Duodecim richtlijn “Tension-type headache”. De richtlijn werd geadapteerd volgens het ADAPTE-framework. Aan de hand van zes klinische vragen (waarvan drie worden besproken in deze masterproef) werd gezocht naar richtlijnen via guideline.gov (NGC), evidence.nhs.uk (NHS),Trip database, KCE, HGR, Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI en FOD gezondheidszorg. De geselecteerde richtlijnen werden beoordeeld d.m.v. het AGREE II-instrument. De SIGN en NICE richtlijnen werden weerhouden als basis voor de verdere adaptatie. De aanbevelingen hieruit werden geïnventariseerd en beoordeeld op samenhang, courantheid en toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext. Een bijkomende literatuursearch werd uitgevoerd volgens het watervalprincipe via Cochrane Library, Trip database en Medline. De aanbevelingen die weerhouden werden voor adaptatie kregen een GRADE toegekend. Een eerste versie van de geadapteerde richtlijn werd ter evaluatie voorgelegd aan twee seminariegroepen, een LOK-groep en een huisartsenpraktijk, alsook in de eigen huisartsenpraktijk. De opmerkingen uit deze evaluaties werd geïncorporeerd in de definitieve versie van de richtlijn.

Resultaten: De aanbevelingen voor de klinische vragen besproken in deze masterproef, betreffende het klinisch onderzoek, het gebruik van het hoofdpijndagboek en de behandeling van chronische spanningshoofdpijn, werden allen aangepast. De onderliggende evidentie is doorgaans inconclusief en beperkt van kwaliteit, voornamelijk wat betreft de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Dit resulteert in lage GRADE beoordelingen. Het klinisch onderzoek dient voornamelijk voor het uitsluiten van rode vlaggen. Het gebruik van een hoofdpijndagboek wordt aanbevolen. Een aangepast hoofdpijndagboek werd geïncorporeerd in de richtlijn. De therapeutische interventies voor chronische spanningshoofdpijn zijn beperkt en weinig onderbouwd. Er is heden geen evidentie voor het gebruik van profylactische medicatie bij chronische spanningshoofdpijn.

Conclusie: De geadapteerde richtlijn geeft een overzicht van de huidige evidentie omtrent de diagnose en aanpak van spanningshoofdpijn. De oorspronkelijke Duodecim richtlijn diende uitvoerig te worden aangepast. De geformuleerde aanbevelingen zijn algemeen beperkt wetenschappelijk onderbouwd. Bijkomend onderzoek is nodig voor het formuleren van éénduidige aanbevelingen, voornamelijk wat betreft de behandeling van chronische spanningshoofdpijn.

Inhoudstafel

Dankwoord 1
Abstract 2
Inhoudstafel 3
1. Inleiding 5
2. Materialen en methoden 5
2.1. Screeningsfase 5
2.1.1. Definiëren van de klinische vragen 6
2.1.2. Zoeken en screenen van relevante richtlijnen 7
2.1.3. Waardering van de geselecteerde richtlijnen 8
2.1.3.1. AGREE II..... 9
2.1.3.2. Inventarisatie van de aanbevelingen 9
2.1.3.3. Courantheid van de aanbevelingen 9
2.1.3.4. Samenhang van de aanbevelingen 11
2.1.3.5. Toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext 11
2.1.4. Selectie van de aanbevelingen voor verdere adaptatie 11
2.1.5. Nazicht door de leescommissie 12
2.2. Adaptatiefase 12
2.3. Implementatiefase 14
2.3.1.Peer review 14
2.3.2. Praktijkconsensus 14
3. Resultaten 15
3.1. Eerste versie van de geadapteerde aanbevelingen 15
3.1.1. Aanbevelingen i.v.m. klinisch onderzoek 15
3.1.1.1. Kernboodschappen 15
3.1.1.2. Toelichting tot de aanbevelingen 16
3.1.1.3. Basis voor de aanbevelingen 16
3.1.2. Aanbevelingen i.v.m. het hoofdpijndagboek 18
3.1.2.1. Kernboodschappen 18
3.1.2.2. Toelichting tot de aanbevelingen 19
3.1.2.3. Basis voor de aanbevelingen 19
3.1.3. Aanbevelingen i.v.m. therapeutische interventies bij chronische spanningshoofdpijn 20
3.1.3.1. Kernboodschappen 20
3.1.3.2. Toelichting tot de aanbevelingen 20

3.1.3.3. Basis voor de aanbevelingen 21
3.2. Implementatiefase: resultaten 28
3.2.1. Peer review 28
3.2.2. Finale versie van de richtlijn 29
3.2.3. Praktijkconsensus 31
4. Discussie 32
5. Besluit 34
6. Referenties 35
Bijlage 1: Geadapteerde Duodecim richtlijn “spanningshoofdpijn” met hoofdpijndagboek 38
Bijlage 2: Goedgekeurd protocol en gunstig advies Ethische Commissie 62

1. Inleiding

Spanningshoofdpijn is een veelvoorkomende pathologie in de huisartsenpraktijk. Een overzichts-artikel over de prevalentie van hoofdpijn in Europa stelt dat meer dan 60% van de Europese bevolking tijdens het jaar voor ondervraging last had gehad van spanningshoofdpijn[1]. Volgens een andere studie zou 16% van de patiënten met spanningshoofdpijn hiervoor naar een huisarts gaan[2]. Deze gecombineerde cijfers geven aan dat een groot aantal patiënten de huisarts consulteert voor spanningshoofdpijn.

Naast het feit dat de huisarts op regelmatige basis in contact komt met spanningshoofdpijn, is de huisarts ook cruciaal in de diagnose en behandeling van dit ziektebeeld. De diagnose van spanningshoofdpijn berust voornamelijk op het klinische beeld en het uitsluiten van "rode vlaggen". Doorverwijzing naar de tweede lijn is doorgaans niet van toepassing. De behandeling bestaat uit conservatieve maatregelen en situeert zich daarom voornamelijk in de eerste lijn. Spanningshoofdpijn kan dus bestempeld worden als "huisartsenpathologie".

Een richtlijn voor huisartsen betreffende spanningshoofdpijn is zeker relevant in de dagdagelijkse praktijk voor het snel en overzichtelijk leveren van recente informatie over dit onderwerp.

Momenteel bestaan er enkel buitenlandse richtlijnen over dit onderwerp. De doelstelling van deze masterproef is het bekomen van een concrete en gebruiksvriendelijke richtlijn over spanningshoofdpijn voor de Belgische eerstelijnsgeneeskunde. Hiervoor werd vertrokken van de Finse Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[3]. Deze richtlijn werd geëvalueerd en aangepast aan de Belgische zorgcontext, alsook aan de meest recente gegevens aangaande spanningshoofdpijn.

2. Materialen en methoden

Het doel van dit onderzoek is om de bestaande Finse Duodecim richtlijn "tension-type headache"[3] te controleren op kwaliteit van inhoud en te adapteren aan de meest recente gegevens, alsook aan de huidige Belgische zorgcontext.

De adaptatie van deze richtlijn werd op systematische wijze uitgevoerd volgens het ADAPTE-framework [4]. De uitgevoerde stappen werden stelselmatig genoteerd in een Excel-document (dit document, de "matrix" is op vraag elektronisch verkrijgbaar bij de auteur). De gevolgde stappen worden hieronder verder besproken.

2.1. Screeningsfase

De screeningsfase bestaat uit de volgende onderdelen: het **definiëren** van de klinische vragen, het **zoeken naar relevante internationale richtlijnen** (en Belgische EBM-informatie), het **screenen** van de gevonden richtlijnen, het **waarderen** van de gevonden richtlijnen, het **selecteren** van aanbevelingen voor verdere adaptatie en als laatste stap het **nazicht door de leescommissie**.

Voor de adaptatie werd vertrokken vanuit de meest recente Engelstalige versie van de richtlijn. Er werd nagegaan of deze -uit het Fins vertaalde- versie inhoudelijk overeenkwam met de meest recente Finse versie. De meest recente Finse versie dateert van 25-01-2013, de meest recente

Engelstalige vertaling van de richtlijn dateert van 04-02-2013. De inhoud van de Engelstalige versie kwam dus overeen met de meest recente Finse versie.

2.1.1. Definiëren van de klinische vragen

Aan de hand van de bestaande richtlijn werden uiteindelijk zes klinische vragen geformuleerd die als basis moesten dienen voor het adaptatieproces. De klinische vragen werden opgesteld aan de hand van het PIPOH-model. PIPOH is een acroniem voor: **P**atient population, **I**ntervention of interest, **P**rofessionals targeted by the guideline, **O**utcomes and endpoints to be taken into consideration, **H**ealthcare setting and context.

De zes weerhouden klinische vragen zijn:

1. **"Wat zijn de noodzakelijke anamnestische gegevens om de diagnose van spannings-hoofdpijn vast te stellen?".** Het betreft hier volwassenen die op consultatie presenteren met als klacht hoofdpijn. De interventie is het uitvoeren van een gerichte anamnese. De hulpverlener is de huisarts. De outcome is het stellen van de diagnose "spanningshoofdpijn" en de setting is hierbij de eerstelijnszorg.

2. **"Wat zijn noodzakelijke gegevens uit het klinisch onderzoek om de diagnose van spanningshoofdpijn vast te stellen?"**. De PIPOH is hier gelijkaardig als bij de eerste vraag. Het betreft hier weer volwassenen met als presentatieklacht hoofdpijn, de hulpverlener is ook de huisarts, de outcome het stellen van de diagnose "spanningshoofdpijn" en de setting de eerstelijnszorg. Het enige onderscheid met de eerste vraag is dat de interventie hier het gericht klinisch onderzoek is.

3. **"Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met vermoeden van spanningshoofdpijn, vereisen verder onderzoek?".** Het gaat hier over volwassen patiënten waarbij er een vermoeden is van diagnose van spanningshoofdpijn. De interventie is het interpreteren van aan- of afwezigheid van specifieke anamnestische en klinische kenmerken. De hulverlener is de huisarts. De outcome is de adequate diagnose van andere hoofdpijnvormen dan spanningshoofdpijn. De setting is de eerstelijnszorg.

4. **"Wat is de bijdrage van een hoofdpijndagboek in het stellen van de diagnose en opvolging van spanningshoofdpijn?".** De patiëntenpopulatie waar het hier over gaat is volwassen patiënten met als presentatieklacht hoofdpijn. De interventie is het bijhouden van een hoofdpijndagboek. De hulpverlener is de huisarts, de outcome is het stellen van de diagnose spanningshoofdpijn en de setting is de eerstelijnszorg.

5. **"Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling van episodische spannings-hoofdpijn?".** Het betreft patiënten met episodische spanningshoofdpijn, waarbij het effect van zowel farmacologische als niet-farmacologische interventies bestudeerd wordt. De hupverlener is de huisarts. De outcome is een verbetering van de klachten, met zo weinig mogelijk neveneffecten voor de patiënt. De setting is ook hier de eerstelijnszorg.

6. **"Wat is de aangewezen eerstelijnsbehandeling bij chronische spanningshoofdpijn?".** De PIPOH van deze vraag is bijna identiek aan die van de vijfde klinische vraag, met als uitzondering dat het hier patiënten betreft met chronische in plaats van episodische spanningshoofdpijn.

Vraag 1, 3 en 5 werden verder uitgewerkt door mede-auteur Jelle Bosschieter. Vraag 2, 4 en 6 werden door mezelf onderzocht en behandeld. Voor de bespreking van vraag 1, 3 en 5 wordt verwezen naar de masterproef van Jelle Bosschieter.

2.1.2. Zoeken en screenen van relevante richtlijnen

Om een antwoord te vinden op de klinische vragen, werd een zoektocht uitgevoerd naar richtlijnen over spanningshoofdpijn. Hiervoor werd eerst de GIN database geraadpleegd. Nadien werden ook andere buitenlandse databanken geraadpleegd, namelijk guideline.gov (NGC), evidence.nhs.uk (NHS) en Trip database. Als laatste werden een aantal nationale bronnen geraadpleegd: KCE, HGR, Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI en FOD gezondheidszorg. De gebruikte zoektermen waren "headache", "tension headache" en "hoofdpijn". De zoektocht vond plaats in februari 2015. Tijdens de eerste selectie werden richtlijnen en artikels weerhouden op basis van taal (Engels en Nederlands), onderwerp (hoofdpijn of spanningshoofdpijn), doelgroep (eerstelijnsgeneeskunde), doelpopulatie (volwassenen) en datum van publicatie (van en na het jaar 2008, het jaar van publicatie van de hoofdbron van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn).

In de GIN database werd gezocht met de zoekterm "headache", met als resultaat 32 hits. Hiervan werden 5 richtlijnen behouden: de richtlijnen van NHG[5], SIGN[6], NICE[7], ICSI[8] en TOP[9]. Een bijkomende richtlijn, die van de CCA[10], werd behouden voor mogelijke relevantie voor een klein onderdeel van de klinische vragen.

Op guideline.gov werd eerst gezocht met als zoekterm "headache". Dit leverde 263 hits op. De zoektocht werd verfijnd met de zoekterm "tension headache", met 26 hits als resultaat. Hieruit werden 5 hits geselecteerd. De geselecteerde resultaten waren allen reeds gevonden tijdens de GIN search.

Er werd verder gezocht op evidence.nhs.uk met de term "headache": 104 hits. Een groot deel hiervan was niet beschikbaar vanuit België. Er werden 2 relevante richtlijnen geselecteerd. Deze werden al eerder geselecteerd tijdens de GIN search.

Als laatste van de buitenlandse databanken werd Trip database geraadpleegd. Er werd gezocht met de zoekterm "headache. Dit bracht 1584 hits voort. Na sorteren op relevantie werden geen bijkomende richtlijnen weerhouden die nog niet gevonden waren via de GIN search.

Er werd gezocht via KCE, HGR, RIZIV, FOD gezondheidszorg en Farmaka met de zoekterm "hoofdpijn". Dit leverde respectievelijk 12, 208, 3, 208 en 0 hits op. Geen enkel zoekresultaat was relevant. Er werden geen zoekresultaten geselecteerd.

Een zoektocht via Minerva-ebm.be met als gebruikte term "hoofdpijn" leverde 76 hits op. Hiervan werden 4 artikels weerhouden op basis van relevantie[11-14]. De vier artikels handelden over profylactische behandeling van spanningshoofdpijn, de behandeling van chronische spanningshoofdpijn met antidepressiva en twee artikels over de rol van acupunctuur in de

behandeling van spanningshoofdpijn. De oudste[14] van de twee artikels betreffende acupunctuur werd niet weerhouden omwille van een te oude publicatiedatum (2005).

Via het BCFI.be werd gezocht met als term "hoofdpijn". Dit leverde 106 hits op. Van die resultaten werd één artikel[15] weerhouden. Dit artikel gaat ook over profylactische behandeling van spanningshoofdpijn.

De uiteindelijke lijst van weerhouden zoekresultaten:

1. NHG-standaard: Hoofdpijn. Een Nederlandse richtlijn, gepubliceerd in 2014[5] ;
2. SIGN richtlijn: Diagnosis and management of headache in adults. Een Britse/Schotse richtlijn, gepubliceerd in 2008[6] ;
3. NICE richtlijn: Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. Een Britse richtlijn, gepubliceerd in 2012[7];
4. ICSI/AHRQ richtlijn: Health Care Guideline Diagnosis and Treatment of Headache. Dit is een richtlijn uit de VS, gepubliceerd in 2013[8];
5. TOP/AHRQ richtlijn: Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults. Een Canadese richtlijn uit 2012[9];
6. CCA richtlijn: Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache. Een Canadese richtlijn gepubliceerd in 2011[10];
7. Minerva artikel: Behandeling van chronische hoofdpijn met antidepressiva, 2011[11];
8. Minerva artikel: Spanningshoofdpijn: is een profylactische behandeling zinvol?, 2011[12];
9. Minerva artikel: Bondige bespreking: Acupunctuur: overzicht van het pijnstillende effect en de veiligheid, 2012[13];
10. BCFI: Flash: profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn, 2010[15].

De zoekresultaten werden vervolgens gescreend op inhoud, met als doel richtlijnen te weerhouden die antwoord kunnen geven op onze klinische vragen. De richtlijnen van NHG[5], SIGN[6], NICE[7], ICSI[8] en TOP[9] werden weerhouden om verder gescreend te worden op kwaliteit van inhoud in een volgende fase. De richtlijn van CCA[10] werd niet weerhouden omwille van een te specifieke inhoud die onvoldoende toegespitst was op de geformuleerde klinische vragen. De artikels van Minerva[11-13] en BCFI[15] werden ook weerhouden, maar werden niet verder gescreend naar kwaliteit van inhoud volgens de AGREE-methode in de volgende fase, omdat deze tool enkel gebruikt wordt voor richtlijnen.

2.1.3. Waardering van de geselecteerde richtlijnen

De volgende stap in het adaptatieproces bestond uit de waardering van de geselecteerde richtlijnen. Dit gebeurde in vijf verschillende stappen. Eerst werden de geselecteerde richtlijnen beoordeeld op **kwaliteit van inhoud**, gebruik makende van het AGREE II instrument[16]. Vervolgens werden de aanbevelingen van de richtlijnen **geïnventariseerd**, beoordeeld op **courantheid**, **samenhang** en **toepasbaarheid**. De informatie bekomen uit de Belgische EBM-informatie werd niet onderworpen aan dit proces, maar staat opgelijst in de Excel matrix (op vraag elektronisch beschikbaar bij de auteur).

2.1.3.1. AGREE II

De geselecteerde richtlijnen werden beoordeeld, gebruik makend van het AGREE II instrument[16]. AGREE II is een instrument dat ontwikkeld werd voor het beoordelen van de kwaliteit van een richtlijn. Door gebruik te maken van AGREE II, scoort men de richtlijn op verschillende domeinen die betrekking hebben op voornamelijk transparantie en methodologie. De twee auteurs van deze richtlijnadaptatie onderworpen de gekozen richtlijnen, onafhankelijk van elkaar, aan de beoordeling. Daarna werd geëvalueerd of de beoordelingen van de twee auteurs overeen kwamen of niet. Aan de hand van de resultaten werd dan gekozen welke richtlijnen verder gebruikt zouden worden in het adaptatieproces.

De NHG-standaard[5] werd niet weerhouden na dit beoordelingsproces omwille van een minder goede score op methodologie. Ook de AHRQ/TOP richtlijn[9] werd niet weerhouden. Deze laatste richtlijn is namelijk een seed-richtlijn. Dit is een richtlijn die zich baseert op andere richtlijnen als bron van evidentie, eerder dan zelf studies te evalueren. Dit zou het proces voor adaptatie minder transparant en dus minder betrouwbaar maken.

De richtlijnen van SIGN[6] en NICE[7] kregen een positieve kwaliteitsbeoordeling en werden verder gebruikt in het adaptatieproces. Initieel was dit ook het geval voor de richtlijn van AHRQ/ICSI[8]. Tijdens de verdere adaptatie werd duidelijk dat hier weinig tot geen vermelding was van de level of evidence en GRADE, en dat ook de geselecteerde bronnen moeilijk te achterhalen waren. De kwaliteit van deze richtlijn was op voorhand niet volledig juist ingeschat. Hierdoor werd alsnog beslist om deze richtlijn niet te weerhouden als bron voor adaptatie van de Duodecim richtlijn.

Bij tegenstrijdige aanbevelingen van de geselecteerde richtlijnen tijdens het adaptatieproces, werd de NHG-standaard[5] een aantal keer geraadpleegd. De NHG-standaard[5] werd in deze situaties verkozen boven de ICSI richtlijn[8] omwille van de recentere datum van publicatie en het meer relevante karakter van een Nederlandse richtlijn t.o.v. een Amerikaanse richtlijn voor de adaptatie van een richtlijn aan de Belgische zorgcontext.

2.1.3.2. Inventarisatie van de aanbevelingen

Voor iedere klinische vraag werd in de weerhouden richtlijnen (inclusief de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3]) gezocht naar aanbevelingen die antwoord geven op de vraag. De aanbevelingen werden per richtlijn geïnventariseerd in de matrix, met alsook vermelding van de grade of recommendation en het niveau van evidentie dat al dan niet vermeld werd in de richtlijn zelf. In deze fase viel op dat de ICSI richtlijn[8] hier weinig of geen vermelding van maakt. Er werd geopteerd om deze richtlijn niet meer te gebruiken in het adaptatieproces.

2.1.3.3. Courantheid van de aanbevelingen

In deze fase werd nagegaan hoe actueel de evidentie uit de weerhouden richtlijnen was. Er werd nagekeken in welke periode de literatuur voor die richtlijnen werd opgezocht en geselecteerd. Ook werd er gezocht naar eventuele recentere revisies van de richtlijnen. De zoektocht voor literatuur voor de SIGN richtlijn[6] liep tot oktober 2007. Voor de NICE richtlijn[7] liep dit tot maart 2012. Om te zorgen dat de evidentie die gebruikt werd voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn up-to-date was, werd een bijkomende literatuurstudie uitgevoerd. Deze literatuurstudie had als bedoeling bijkomende artikels (met betrekking tot spanningshoofdpijn) te vinden uit de periode na de selectie

van literatuur voor de weerhouden richtlijnen. Er werd gezocht naar literatuur gepubliceerd na maart 2012. Deze search werd uitgevoerd volgens het waterval systeem, waarbij eerst gezocht werd naar relevante systematische reviews in de Cochrane database. Daarna werd een verdere zoektocht uitgevoerd via Trip database en Medline (pubmed). Deze literatuurstudie vond plaats in mei 2015.

Voor klinische vraag 2, betreffende het klinisch onderzoek, werd via de drie vermelde zoekmachines gezocht naar literatuur met de zoektermen “headache” + “physical examination”, “headache” + “occipital tenderness”. In Trip database en Cochrane database werd ook gezocht met de termen “occipital tenderness” en “occipital”. Voor klinische vraag 4, betreffende het gebruik van het hoofdpijndagboek, werd gezocht met de zoektermen “headache” + “diary”, “headache” + “assessment” en “headache” + “tool”. Voor zowel vraag 2 als 4 werd geen relevante bijkomende literatuur gevonden.

Voor klinische vraag 6, over de therapeutische interventies bij chronische spanningshoofdpijn, werd gezocht in Cochrane database en Trip database met de zoektermen “tension-type headache” + “therapy” en “chronic tension-type headache”. Gezien de beperkte resultaten in Cochrane database werd daar verder gezocht met meer algemene termen: “headache” en “tension-type headache”. Omgekeerd werd in Trip database gezocht met meer specifieke termen. Deze zoektermen werden opgesteld aan de hand van de vermelde therapeutische interventies voor chronische spanningshoofdpijn in de Duodecim[3], NICE[7] en SIGN[6] richtlijnen. De zoektermen waren: “headache” + “prophylactic therapy”, “tension-type headache” + “medication”, “tension-type headache” + “antidepressant”, “tension-type headache” + “tricyclic antidepressant”, “tension-type headache” + “manual therapy”, “tension-type headache” + “physical therapy”, “tension-type headache” + “massage”, “tension-type headache” + “acupuncture”, “tension-type headache” + “lidocaïne”, “tension-type headache” + “psychology”. Er werden één Cochrane review[17], één systematic review[18], één literatuurbespreking[19] en zes RCT’s[20-25] weerhouden voor verdere analyse van niveau van evidentie in de adaptatiefase. Na die analyse werd beslist of met deze gevonden recentere literatuur een aanpassing van de aanbevelingen uit de besproken richtlijnen nodig was.

Na bespreking van de gevonden resultaten met de mede-auteur en promotor van deze masterproef, werden in juni 2015 nog drie bijkomende specifieke literatuuronderzoekingen uitgevoerd via Medline (pubmed). Deze hadden als doel om tegenstrijdigheden en/of onduidelijkheden tussen de besproken richtlijnen uit te klaren. De twee eerste searches werden uitgevoerd voor literatuur vanaf oktober 2007, namelijk de datum van het einde van de literatuursearch voor de SIGN richtlijn[6], met als zoektermen “headache” + “tizanidine en “headache” + “stress management”. Deze twee therapeutische interventies werden vermeld in de SIGN richtlijn[6], zonder hiervoor een aanbeveling te geven. Er is echter geen vermelding meer in de NICE richtlijn[7]. De laatste zoektocht werd uitgevoerd voor literatuur met publicatiedatum vanaf 2008, namelijk de datum van publicatie van de hoofdbron van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3]. De zoekterm hier was “headache” + “ergonomics”. Ergonomische aanpassingen werden aanbevolen in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3], maar niet in de andere besproken richtlijnen. Voor de drie searches werden respectievelijk geen, drie[26-28] en drie[29-31] RCT’s weerhouden voor verdere analyse in de adaptatiefase, om het niveau van evidentie in te schatten.

2.1.3.4. Samenhang van de aanbevelingen

Na het evalueren van de courantheid van de aanbevelingen, werden de aanbevelingen verder beoordeeld op samenhang. Er werd nagegaan 1. in welke mate de zoekstrategie consistent was met de klinische vraag, 2. of er consistentie was tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs die evidentie interpreteren en samenvatten, en 3. of er consistentie was tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbeveling. In zowel de SIGN[6] als de NICE[7] richtlijnen waren deze relaties, indien er aanbevelingen bestonden voor bepaalde klinische vragen, deels of volledig te achterhalen. Het dient echter vermeld te worden dat de SIGN richtlijn[6] wat betreft transparantie rond consistentie tussen de geselecteerde evidentie en samenvatting en tussen de samenvatting van evidentie en aanbeveling minder goed scoort dan de NICE richtlijn[7].

2.1.3.5. Toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext

Als laatste stap in de waardering van de aanbevelingen, werd de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext nagegaan. Er werd rekening gehouden met factoren zoals infrastructuur, expertise, terugbetaling en culturele verschillen.

Voor klinische vraag 2, omtrent het klinisch onderzoek, werd er voor het merendeel van de aanbevelingen geen bezwaar weerhouden. Het enige element dat ter discussie stond, was een aanbeveling uit de SIGN richtlijn[6] die stelt dat fundoscopie uitgevoerd dient te worden bij routine klinisch onderzoek bij de patiënt die voor het eerst presenteert met hoofdpijn klachten. Deze stelling werd verder besproken tijdens de peer reviews. Voor klinische vraag 4, betreffende het hoofdpijndagboek, waren er geen duidelijke bezwaren voor de toepasbaarheid. Er kan eventueel een kritische vraag gesteld worden omtrent het gebruik van het hoofdpijndagboek in het beperkte tijdsbestek van het huisartsenconsult in België. Ook deze stelling werd verder besproken tijdens de peer reviews. Voor klinische vraag 6, over de therapeutische interventies bij chronische spanningshoofdpijn, werden geen elementen weerhouden die de toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext konden bemoeilijken.

2.1.4. Selectie van de aanbevelingen voor verdere adaptatie

Vervolgens werd aan de hand van de informatie die tot hiertoe vergaard werd, beslist welke aanbevelingen uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] al dan niet aangepast moesten worden. Er werd ook gekeken welke van de besproken richtlijnen en/of bijkomende literatuur gebruikt zou worden voor de adaptatie van die aanbevelingen. De oorspronkelijke aanbevelingen die betrekking hadden op klinische vraag 2, 4 en 6 dienden allen herzien te worden. Gezien de beperktheid van aanbevelingen die te vinden zijn over het klinisch onderzoek, werd geopteerd om voor klinische vraag 2 aanbevelingen uit de SIGN guideline[6] te gebruiken, alsook beperkte aanvulling uit de NHG-standaard[5]. Voor klinische vraag 4 werd gekozen om de aanbevelingen uit de NICE richtlijn[7] te gebruiken omwille van de meest duidelijke evidence link. Klinische vraag 6 moest het meest grondig aangepast worden o.w.v. de uitgebreide oorspronkelijke aanbevelingen hiervoor. Omdat dit onderdeel uit zodanig veel elementen bestond en geen enkele richtlijn deze klinische vraag volledig dekte, werd voor deze adaptatie gebruik gemaakt van zowel de NICE[7] en SIGN[6] richtlijnen, alsook beperkte aanvullingen uit de NHG-standaard[5], de Belgische EBM informatie en bijkomende artikels gevonden tijdens de aanvullende literatuurstudies.

2.1.5. Nazicht door de leescommissie

De tot hier toe bekomen resultaten, die op systematische wijze genoteerd werden in de daarvoor voorziene matrix, werden nagelezen door de leescommissie van EBM*Practice*Net. Dit diende als tussentijdse kwaliteitsbeoordeling. Opmerkingen van de leescommissie op de inhoud van de doorlopen stappen, werden bekeken en geïntegreerd in de matrix.

2.2. Adaptatiefase

In de adaptatiefase werd er een eerste versie van de geadapteerde Duodecim richtlijn opgesteld. Hiervoor werd vertrokken van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3]. De aanbevelingen uit deze richtlijn werden vergeleken met de aanbevelingen gevonden in de voorgaande fases. Indien de aanbevelingen te sterk verschilden, werden de Duodecim aanbevelingen herschreven. De geadapteerde richtlijn werd opgesteld volgens een door EBM*Practice*Net bepaald formaat.

De nieuwe aanbevelingen kregen ook een GRADE mee. Een GRADE is een methode om aan de lezer op uniforme manier een idee te geven over de sterkte van de aanbeveling, alsook de kwaliteit van de onderliggende evidentie. De sterkte van aanbeveling wordt weergegeven met een cijfercode, de bewijskracht met een lettercode. Hieronder wordt een verkorte pragmatische versie van de GRADE bepaling weergegeven, zoals vermeld wordt in de handleiding die meegegeven wordt aan HAIO's voor het adapateren van een Duodecim richtlijn voor EBM*Practice*Net.be.

GRAAD VAN AANBEVELING (≈ strength of recommendation)

Sterke aanbeveling ("1"):
- Gebaseerd op het beschikbare bewijs
- Als artsen erg zeker zijn dat de voordelen de nadelen niet / wel waard zijn

⇒Formulering: " we bevelen aan of we raden af"

Zwakke aanbeveling ("2")
- Gebaseerd op het beschikbare bewijs
- Als artsen geloven dat:
    - Voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar
    - Een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen

⇒ Formulering: " we suggereren iets te doen of wij suggereren iets niet te doen "

KWALITEIT VAN HET BEWIJS (≈ Niveaus van bewijskracht, evidentie niveaus)

Hoog = verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen = letter A

Matig = verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen = letter B

Laag en zeer laag = verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker = letter C

Graden van aanbeveling		Voordelen vs nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1 A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	
1 C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	
2 C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

Tabel 1: samenvattende tabel GRADE

Indien de onderliggende evidentie te beperkt is om een niveau van bewijskracht toe te kennen, bijvoorbeeld omdat de evidentie niet vermeld wordt, kan de aanbeveling nog benoemd worden als "good practice point". Dit zijn aanbevelingen met weinig bewijskracht, maar vermoedelijk een positieve verhouding van voordelen t.o.v. nadelen.

Voor het bepalen van de GRADE werd rekening gehouden met de balans tussen voor- en nadelen van de aanbeveling, de waarden en voorkeuren van de doelpopulatie, de kosteneffectiviteit en de toepasbaarheid binnen de Belgische zorgcontext.

2.3. Implementatiefase

De bedoeling van de implementatiefase was het toetsen van de opgestelde aanbevelingen aan de praktische realiteit, om zo te zien of deze aanbevelingen haalbaar zijn in de Belgische huisartsenpraktijk. De eerste versie van de geadapteerde Duodecim richtlijn zou dan indien nodig aangepast worden aan bevindingen uit deze implementatiefase. Deze fase werd opgedeeld in twee onderdelen. Het eerste onderdeel bestond uit peer reviews, waarbij de bevindingen getoetst werden bij collega's. Het tweede onderdeel bestond uit het vinden van een praktijkconsensus. Er werd gekozen om een praktijkconsensus te ontwikkelen die specifiek over het gebruik van het hoofdpijndagboek handelde.

2.3.1. Peer review

De eerste versie van de geadapteerde aanbevelingen werd door middel van een presentatie voorgelegd aan collega's huisartsen en huisartsen-in-opleiding. De presentatie werd gegeven aan één LOK-groep met zes aanwezigen, twee seminariegroepen met respectievelijk acht en tien aanwezigen en aan een groepspraktijk met vijf aanwezigen (waarvan er twee huisartsen reeds aanwezig waren bij de presentatie in de LOK-groep). Aan de hand van een PowerPoint presentatie werden eerst twee casussen gepresenteerd met bijhorende meerkeuzevragen. Daarna werden de geadapteerde aanbevelingen voorgelegd aan de groepen. De deelnemers kregen voorafgaand aan de presentatie een vragenlijst. De vragenlijst bestond uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel werd ingevuld voor de start van de presentatie. Hierin werden hun vooraf bestaande ideeën omtrent spanningshoofdpijn bevraagd. Tijdens de presentatie noteerden de deelnemers in het tweede onderdeel van de vragenlijst, hun antwoorden op de meerkeuzevragen van de casussen. Na de presentatie konden de deelnemers in het derde onderdeel hun bemerkingen omtrent de verschillende onderdelen van de aanbevelingen neerschrijven. De vragen uit de drie onderdelen werden opgesteld aan de hand van de klinische vragen die gebruikt werden voor het adaptatieproces. Tijdens alle onderdelen van de presentatie werd ook mondeling getoetst naar de verwachtingen en bevindingen van de deelnemers omtrent de aanbevelingen door middel van discussie. Deze bevindingen werden schriftelijk genoteerd door de presentator. Initieel werd geprobeerd om dit ook te registreren via geluidsopname. Door de vele aanwezigen, was een geluidsopname niet mogelijk.

2.3.2. Praktijkconsensus

Als finale stap werd een onderdeel van de aanbevelingen getoetst bij de collega's binnen de eigen praktijk. Voorafgaand aan deze toetsing werd een audit uitgevoerd in het elektronisch medisch dossier van de praktijk. Er werd nagegaan hoe vaak de diagnose spanningshoofdpijn gesteld en gecodeerd genoteerd werd. Bij de patiënten waarbij de diagnose gesteld werd, werd nagegaan hoe vaak er gebruik werd gemaakt van een hoofdpijndagboek. De resultaten van deze audit, alsook de geadapteerde aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van het hoofdpijndagboek bij spanningshoofdpijn, werden voorgelegd aan de collega's uit de praktijk. Er waren vijf collega's aanwezig. Er werd nagegaan hoe deze bevindingen overeenstemden met de bevindingen van de collega's wat betreft de prevalentie van spanningshoofdpijn en van het gebruik van het

hoofdpijndagboek. Vervolgens werd het kwaliteitsprobleem geanalyseerd aan de hand van een visgraatmodel. Ook werden een aantal vooraf gescreende voorbeelden van hoofdpijndagboeken voorgelegd. Het betrof hoofdpijndagboeken van Domus Medica[32], NHG[33], NHS[34] en Family Practice Management[35]. Deze voorbeelden werden geanalyseerd op onder andere gebruiksvriendelijkheid en duidelijkheid. Met behulp van de visgraatanalyse en de analyse van de voorbeeld hoofdpijn dagboeken werd een nieuwe versie van het hoofdpijndagboek opgesteld en geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier van de praktijk. Bij het opstellen van dit hoofdpijndagboek werd ook rekening gehouden met de inhoud van de geadapteerde aanbevelingen m.b.t. het hoofdpijndagboek, en met de diagnostische criteria voor spanningshoofdpijn zoals terug te vinden in de internationale classificatie voor hoofdpijn aandoeningen, ICHD-3 bèta[36].

3. Resultaten

3.1. Eerste versie van de geadapteerde aanbevelingen

Nadat de screening- en adaptatiefases doorlopen werden, werd een eerste versie geformuleerd van de geadapteerde aanbevelingen. Hieronder bespreken we deze aanbevelingen, die als antwoord dienen op de eerder opgestelde klinische vragen. De kernboodschappen van deze aanbevelingen worden weergegeven, met alsook een graad van aanbeveling (GRADE). Voor iedere kernboodschap wordt er toelichting gegeven over de praktische implementatie en wordt er verduidelijkt welke evidentie gebruikt werd voor het opstellen van deze aanbevelingen. In deze masterproef worden, zoals reeds eerder vermeld, klinische vraag 2, 4 en 6 besproken. Voor de bespreking van klinische vraag 1, 3 en 5 wordt verwezen naar de masterproef van Jelle Bosschieter.

3.1.1. Aanbevelingen i.v.m. klinisch onderzoek

Klinische vraag 2: “Wat zijn noodzakelijke gegevens uit het klinisch onderzoek om de diagnose van spanningshoofdpijn vast te stellen?”

3.1.1.1. Kernboodschappen

Het wordt aangeraden om een patiënt die zich voor de eerste keer aanmeldt met als klacht hoofdpijn *OF* een patiënt die zich aanmeldt met als klacht hoofdpijn die verschilt van zijn/haar gewoonlijke hoofdpijn, te onderwerpen aan de volgende onderdelen van het klinisch onderzoek (1C):

- algemeen gericht klinisch onderzoek, op geleide van anamnestische gegevens;
- neurologisch klinisch onderzoek, inclusief fundoscopie (indien beschikbaar in de eerstelijnsgeneeskunde);
- bloeddrukmeting.

Om een diagnose van spanningshoofdpijn te kunnen stellen dient het klinisch neurologisch onderzoek normaal te zijn(1B).

Men dient zeker te overwegen om bij zwangere patiënten gericht onderzoek uit te voeren ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP(good practice point).

3.1.1.2. Toelichting tot de aanbevelingen

De diagnose van spanningshoofdpijn is een klinische diagnose, die voornamelijk berust op anamnestische criteria[36] (voor bespreking hiervan zie klinische vraag 1, masterproef van Jelle Bosschieter). De aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek bij de diagnose van spanningshoofdpijn zijn dan ook beperkt. De belangrijkste taak van het klinisch onderzoek is om samen met de anamnese "rode vlaggen" uit te sluiten. Deze "rode vlaggen" zijn gegevens uit de anamnese of het klinisch onderzoek die kunnen wijzen op ernstigere oorzaken van hoofdpijn (zie ook klinische vraag 3, besproken in de masterproef van Jelle Bosschieter). Op geleide van de anamnese kan geopteerd worden om het klinisch onderzoek verder uit te breiden.

Indien het aangewezen is om een neurologisch onderzoek uit te voeren, wordt aangeraden om volgende onderdelen te incorporeren:

- fundoscopie;
- onderzoek van de craniale zenuwen, met aandacht voor de pupilreflex, het visuele veld, de oogvolgbewegingen, de kracht en sensibiliteit ter hoogte van het aangezicht, de symmetrie van de beweging van tong en zacht verhemelte;
- de kracht, sensibiliteit, reflexen en coördinatie van de ledematen;
- gang, met inclusie van teen- en hielstand;
- plantaire reflex.

De bespreking van het klinisch onderzoek voor de diagnose van pre-eclampsie en/of HELLP valt buiten het bestek van deze richtlijn.

NOOT: de aanbevelingen raden aan om fundoscopie te gebruiken in het klinisch onderzoek bij bepaalde patiënten die presenteren met hoofdpijn. Gezien bedenkingen van de auteurs omtrent de toepasbaarheid hiervan in de Belgische eerstelijnsgeneeskunde, werd deze stelling ook voorgelegd tijdens de peer reviews, voor mogelijke herziening van deze aanbeveling in de definitieve versie van de geadapteerde richtlijn.

3.1.1.3. Basis voor de aanbevelingen

I. Beschrijving van de evidentie

Er werd vertrokken vanuit de Engelstalige versie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[3]. Bij aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek bij spanningshoofdpijn vermeldt deze richtlijn het volgende: "*Neurological status is normal. On palpation some patients have temporal or occipital tenderness as well as tension of the neck and shoulders*". Voor het bekomen van deze aanbevelingen werd vertrokken vanuit een overzichtsartikel uit the BMJ, 2008[37]. Hierin wordt enkel vermelding gegeven van de ICHD-2[38] als bron van evidentie omtrent het klinisch onderzoek bij spanningshoofdpijn, en meer specifiek voor het onderdeel m.b.t. de aanwezigheid van pericraniale gevoeligheid bij spanningshoofdpijn. Verder werd er geen vermelding gegeven van de evidentie waarop de aanbevelingen gestoeld zijn.

Daarna werd verder gezocht in de geselecteerde richtlijnen naar aanbevelingen met betrekking tot deze klinische vraag. De aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek bij spanningshoofdpijn waren schaars en summier. Dit was voorzienbaar gezien de diagnose van spanningshoofdpijn voornamelijk gesteld wordt aan de hand van anamnestische criteria , zoals geformuleerd door de ICHD-3 bèta[36] en de rol van het klinisch onderzoek in de diagnose dus beperkt is. In de NICE richtlijn[7] werd enkel vermelding gegeven van een normaal neurologisch onderzoek bij spanningshoofdpijn, maar zonder vermelding van evidentie. In de ICSI richtlijn[8] werden aanbevelingen gevonden omtrent dit onderwerp, maar gezien het gebrek aan vermelding van evidentie doorheen de hele richtlijn werd zoals eerder reeds gezegd, geen gebruik gemaakt van deze richtlijn als bron van evidentie voor adaptatie van de Duodecim richtlijn. In de SIGN richtlijn[6] werden volgende aanbevelingen gegeven:

1. *"Patients presenting with headache for the first time or with headache that differs from their usual headache should have a clinical examination, a neurological examination including fundoscopy (if available in the primary care setting), and blood pressure measurement".*
2. *"A diagnosis of tension-type headache should be considered in a patient presenting with bilateral headache that is non-disabling where there is a normal neurological examination".*

II. Beschrijving van de aanvullende informatie

Omwille van het gebrek aan evidentie in de geselecteerde richtlijnen, werd alsnog de NHG-standaard "Hoofdpijn"[5] geraadpleegd. De aanbevelingen hieruit kwamen in grote lijnen overeen met die uit de SIGN richtlijn[6], maar met specifiekere instructies over wanneer welke onderdelen van het klinisch onderzoek uitgevoerd dienen te worden. Ook hier weer geen vermelding van de evidentie.

Een bijkomende literatuurstudie werd uitgevoerd via Trip database, Cochrane library en Medline (pubmed) voor recentere literatuur met betrekking tot deze klinische vraag. Gezien de vermelding van "*temporal or occipital tenderness as well as tension of the neck and shoulders*" in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] en de afwezigheid van dergelijke adviezen in de geselecteerde richtlijnen, werd er ook specifiek naar evidentie hierover gezocht in de bijkomende literatuursearch. Er werd geen bijkomende relevante evidentie gevonden.

III. Beschrijving van de consensus procedure

Er werd gekozen om de aanbevelingen uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] aan te passen omwille van de beknoptheid van de aanbeveling en de gebrekkige vermelding van evidentie. Er werd gekozen om het onderdeel met betrekking tot pericraniale en/of cervicale gevoeligheid weg te laten, omdat deze aanbeveling enkel gebaseerd is op de ICHD-2[38]. Hierin wordt weliswaar vermelding gemaakt van mogelijke pericraniale gevoeligheid bij spanningshoofdpijn, doch de aan- of afwezigheid hiervan heeft geen invloed op het wel dan niet diagnosticeren van spanningshoofdpijn. Daarnaast is er in geen enkele van de besproken richtlijnen, noch in de aanvullende informatie, vermelding hiervan. We vermelden wel dat de recentere versie van de internationale classificatie ICHD-3 bèta[36] suggereert dat deze gevoeligheid bij palpatie mogelijk belangrijk is in het verstaan van de onderliggende pathofysiologie van spanningshoofdpijn en dat onderzoek in de toekomst hier mogelijk meer verduidelijking in kan brengen.

De beide aanbevelingen van de SIGN guideline[6] werden gebruikt voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn omwille van o.a. de duidelijkste evidence link, de toepasbaarheid, de voordelen van tijdige

doorverwijzing bij afwijkingen in het klinisch onderzoek, de beperkte kost, het weinig invasieve karakter en het gebrek aan andere uitgebreide aanbevelingen. Uit de tweede aanbeveling van de SIGN richtlijn[6] werd enkel het deel over het klinisch onderzoek overgenomen voor de aangepaste aanbeveling.

De evidentie die aan de basis ligt van de twee aanbevelingen uit de SIGN richtlijn[6] werd beoordeeld als respectievelijk laag en matig van niveau. Beide aanbevelingen hadden een positieve verhouding voordelen t.o.v. nadelen, waren kosteneffectief en waren toepasbaar in de Belgische zorgcontext. Aanbeveling 1 kreeg daarom een GRADE 1C, aanbeveling 2 een GRADE 1B.

Er werd geopteerd om de aanbevelingen uit de NHG-standaard[5] niet te vermelden in de geadapteerde richtlijn omwille van de beperkte toevoeging van deze aanbevelingen ten opzichte van de SIGN richtlijn[6] wat betreft inhoud, alsook omwille van de afwezigheid van vermelding van evidentie. Er werd uitzondering gemaakt voor de aanbeveling "*Bij zwangeren: gericht onderzoek ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP*". Er werd gekozen om hier wel vermelding van te maken omdat deze aanbeveling niet vermeld werd in de SIGN richtlijn[6], omwille van het frequente contact van de huisarts met de zwangere patiënt, omwille van de potentieel levensbedreigende gevolgen van deze aandoeningen en het gemakkelijk toepasbare en niet-invasieve karakter van de onderzoeken ter uitsluiting hiervan. Omwille van het gebrek van vermelding van evidentie, kon er geen GRADE score toegekend worden aan deze aanbeveling. We spreken hier van een "good practice point", dit wil zeggen: deze aanbeveling kan overwogen worden.

3.1.2. Aanbevelingen i.v.m. het hoofdpijndagboek

Klinische vraag 4: "Wat is de bijdrage van een hoofdpijndagboek in het stellen van de diagnose en opvolging van spanningshoofdpijn?"

3.1.2.1. Kernboodschappen

Overweeg het gebruik van een hoofdpijndagboek in de diagnose van primaire hoofdpijnsyndromen (1C).

Overweeg het gebruik van een hoofdpijndagboek voor monitoring van hoofdpijnklachten, van therapeutische interventies en als basis voor overleg met de patiënt over zijn hoofdpijnklachten en de impact ervan (1C).

Vraag de patiënt bij gebruik van een hoofdpijndagboek om gedurende een periode van minimaal 8 weken de volgende elementen te noteren (1C):

- frequentie van hoofdpijnklachten;
- ernst van hoofdpijnklachten;
- duur van de hoofdpijnklachten;
- gebruik van medicatie bij hoofdpijn;
- mogelijke triggers;
- geassocieerde klachten;
- verband in de tijd met menstruatie.

3.1.2.2. Toelichting tot de aanbevelingen

De aanbeveling voor het gebruik van het hoofdpijndagboek steunt op beperkte evidentie. Het gebruik hiervan kan dus zeker overwogen worden, maar moet gezien worden als een aanvullende tool in de diagnose en monitoring van hoofdpijnklachten. Dat gezegd zijnde is het een goedkope en niet invasieve manier om verduidelijking te brengen in het soms moeilijke diagnostische proces van hoofdpijnklachten. Er zijn verschillende hoofdpijndagboeken beschikbaar online. In het kader van de hierna besproken implementatiefase werd een hoofdpijndagboek opgesteld, dat ook als bijlage kan teruggevonden worden in de definitieve richtlijn (bijlage 1).

NOOT: de toepasbaarheid in de dagdagelijkse praktijk, vooral wat betreft tijdsefficiëntie werd door de auteurs in vraag gesteld. Mogelijks vormt dit een belemmerende factor in het gebruik van het hoofdpijndagboek. Dit onderwerp werd voorgelegd tijdens de peer reviews voor bespreking en eventuele adaptatie van de aanbevelingen in de definitieve versie.

3.1.2.3. Basis voor de aanbevelingen

I. Beschrijving van de evidentie

In de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] is geen vermelding van aanbeveling voor het gebruik van het hoofdpijndagboek. Er werd gezocht naar aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van het hoofdpijndagboek in de geselecteerde richtlijnen. De SIGN richtlijn[6] geeft een summiere aanbeveling in het voordeel van het gebruik van het hoofdpijndagboek: "*Practitioners should consider using headache diaries and appropriate assessment questionnaires to support the diagnosis and management of headache"*. De ICSI richtlijn[8] geeft een gelijkaardige aanbeveling doch zonder enige duiding van evidentie, zoals reeds eerder werd vermeld als reden om deze richtlijn niet verder te gebruiken. Ook de NICE richtlijn[7] beveelt het gebruik van het hoofdpijndagboek aan. Hun aanbevelingen luiden:

1. *Consider using a headache diary to aid the diagnosis of primary headaches.*
2. *If a headache diary is used, ask the person to record the following for a minimum of 8 weeks: frequency, duration and severity of headaches, any associated symptoms, all prescribed and over the counter medications taken to relieve headaches, possible precipitants, relationship of headaches to menstruation.*
3. *Consider using a headache diary: to record the frequency, duration and severity of headaches, to monitor the effectiveness of headache interventions, as a basis for discussion with the person about their headache disorder and its impact.*

II. Beschrijving van de aanvullende informatie

Er werd een bijkomende literatuursearch uitgevoerd via Trip database, Cochrane library en Medline. Er werd geen bijkomende recente relevante evidentie weerhouden.

III. Beschrijving van de consensus procedure

Er werd geopteerd om de aanbevelingen in het voordeel van het gebruik van het hoofdpijndagboek over te nemen naar de geadapteerde richtlijn. Deze beslissing werd genomen ondanks de

afwezigheid van vermelding in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] en de lage evidentie niveaus van de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen. Redenen om deze aanbevelingen te incorporeren waren de consequente aanbevelingen in alle geraadpleegde richtlijnen, de afwezigheid van andere diagnostische tools, het niet invasieve karakter en de beperkte kost. Er wordt geoordeeld dat de voordelen hier groter zijn dan de nadelen.

Er werd gekozen voor het gebruik van de aanbevelingen uit de NICE richtlijn[7] voor adaptatie omdat deze richtlijn de meest recente van de geselecteerde richtlijnen was, alsook omwille van de duidelijkste evidence link en het uitgebreidere en meer praktisch toepasbare karakter van de aanbevelingen.

Het niveau van evidentie van de drie weerhouden aanbevelingen uit de NICE richtlijn[7] werd als laag ingeschat. De aanbevelingen werden alle drie beoordeeld als toepasbaar in de Belgische zorgcontext, en kostenefficiënt. De voordelen overtreffen vermoedelijk ook de nadelen gezien het niet invasieve karakter en het gebrek aan andere diagnostische tools. Op basis van deze beoordeling kregen alle drie de aanbevelingen een GRADE 1C.

3.1.3. Aanbevelingen i.v.m. therapeutische interventies bij chronische spanningshoofdpijn

Klinische vraag 6: "Wat is de aangewezen eerstelijnsbehandeling bij chronische spannings-hoofdpijn?"

3.1.3.1. Kernboodschappen

De evaluatie en aanpak van psychische stress en overbelasting bij de patiënt, kunnen overwogen worden in de geïntegreerde therapeutische aanpak van chronische spanningshoofdpijn (2C).

Therapeutische interventies zoals de gerichte aanpak van stressoren, relaxatie therapie, mindfulness en fysieke activiteit kunnen hier mogelijks voor gebruikt worden (good practice point).

Kinesitherapie/manuele therapie kan overwogen worden in de aanpak van chronische spanningshoofdpijn (2C).

Er is heden geen evidentie voor het gebruik van profylactische medicatie in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn (2C).

Experten overwegen dat het voorkomen van zuivere chronische spanningshoofdpijn zeldzaam is. In geval van chronische hoofdpijnklachten dient de diagnose steeds kritisch bekeken te worden. Herevaluatie brengt mogelijk een migraneuze component aan het licht (good practice point).

Wanneer de patiënt met spanningshoofdpijn een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijnklachten, is er mogelijk sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) (good practice point).

3.1.3.2. Toelichting tot de aanbevelingen

De therapeutische interventies voor chronische spanningshoofdpijn zijn beperkt en weinig onderbouwd. Al de vermelde kernboodschappen dienen terughoudend benaderd te worden.

Voor de aanpak van stress worden in de kernboodschappen een aantal therapeutische mogelijkheden vermeld. Het toepassen hiervan en de keuze van welke interventie, dient afgewogen te worden op basis van de patiënt en de situatie. Gezien de onduidelijkheid over het effect van deze interventies is het niet mogelijk om specifiek toepasbare technieken aan te raden. Voor cognitieve gedragstherapie is momenteel geen evidentie. Indien er vermoeden bestaat dat de hoofdpijnklachten van de patiënt kaderen in het beeld van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, dient dit verder geëxploreerd te worden en zijn interventies zoals cognitieve gedragstherapie mogelijks wel van toepassing. Dit kadert buiten het bestek van deze richtlijn.

Voor het toepassen van manuele therapie/kinesitherapie zijn te weinig gegevens om advies te geven over specifieke technieken die de voorkeur genieten in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn.

3.1.3.3. Basis voor de aanbevelingen

I. Beschrijving van de evidentie

Er werd vertrokken vanuit de oorspronkelijke Engelstalige versie van de Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[3]. Deze geeft de volgende aanbevelingen in verband met de therapeutische aanpak van chronische spanningshoofdpijn:

1. *Stopping excess use of analgesics if such occurs*
2. *Physical exercise, (nordic) walking (no gym or running)*
3. *Massage, sauna*
4. *Ergonomics evaluation at workplace*
5. *Relaxation; e.g. yoga and pilates are to be recommended. Assessment of stress factors: is it possible to intervene?*
6. *Physiotherapy, orthopaedic manual physical therapy (OMT)*
7. *Acupuncture*
8. *Injections of local anaesthetics and/or corticosteroids to trigger points*
9. *Medication:*
    - *Amitriptyline 10–25 mg in the evening. Adverse effects include fatigue, dry mouth, dizziness.*
    - *Combination of amitriptyline and chlordiazepoxide 1–2 tablets in the evening (12.5–25 mg/5–20 mg depending on the preparation). Not for more than 3 months.*
    - *Nortriptyline 25–50 mg in the evening; the dose may be increased if needed whilemonitoring for adverse effects. Adverse effects the same as with amitriptyline.*
    - *Tizanidine 6 mg/day, either alone or combined with other drugs.*

   Medication is continued for 1–3 months depending on the case.
10. *The benefits of botulinum toxin treatment for tension headache are marginal.*

Als bron wordt een overzichtsartikel uit the BMJ van 2008[37] vermeld. Daarnaast wordt nog één ander artikel geciteerd i.v.m. het gebruik van injecties botuline a toxine bij spanningshoofdpijn[39]. De aanbeveling voor het gebruik van acupunctuur is de enige die een graad van aanbeveling krijgt (C), vermoedelijk gebaseerd op gegevens uit het artikel uit the BMJ.

Vervolgens werd in de geselecteerde richtlijnen gezocht naar aanbevelingen die verband hielden met de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. De aanbevelingen uit de ICSI richtlijn[8], werden zoals eerder reeds vermeld, niet gebruikt voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn omwille van gebrekkige vermelding van evidentie. In de SIGN richtlijn[6] werd één aanbeveling teruggevonden. Deze aanbeveling had betrekking op het gebruik van TCA: "*Tricyclic antidepressants, particularly amitriptyline, 25-150 mg per day, are recommended as the agents of choice where prophylactic treatment is being considered in a patient with chronic tension-type headache".* Als basis voor deze aanbeveling vertrekt men van een meta-analyse, die een bespreking geeft van het effect van antidepressiva als profylactische medicatie bij zowel migraine als spanningshoofdpijn[40]. Bij de bespreking van deze meta-analyse in de richtlijn zelf, wordt voornamelijk gesproken van een meerwaarde van TCA tegenover SSRI's, maar niet tegenover placebo.

De NICE richtlijn[7]geeft twee aanbevelingen:

1. *The GDG decided that there was not enough evidence to make a recommendation for the pharmacological prophylactic treatment of tension type headaches.*
2. *Consider a course of up to 10 sessions of acupuncture over 5–8 weeks for the prophylactic treatment of chronic tension-type headache.*

Verder werden ook de Belgische EBM-bronnen geraadpleegd. Er werden drie Minerva artikels weerhouden[11-13]. Eén artikel bespreekt het effect van acupunctuur op spanningshoofdpijn[13], met als conclusie dat vooralsnog onvoldoende gegevens bestaan om hier een uitspraak over te doen. De twee anderen behandelen het gebruik van profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn. Het eerste vergeleek het effect van TCA t.o.v. SSRI's met aanbeveling in het voordeel van de TCA tegenover SSRI's[11]. Het tweede artikel vermeldt een gebrek aan evidentie voor het aanraden van profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn[12]. Dit wordt herhaald in het weerhouden artikel van het BCFI[15].

II. Beschrijving van de aanvullende informatie

Gezien de eerder besproken tegenstrijdige en beperkte aanbevelingen, werd verder gezocht naar aanvullende informatie. Er werd gezocht via Trip database, Cochrane Library en Medline (Pubmed).

Er werd één relevante Cochrane review gevonden[17]. Deze geeft een bespreking van het profylactisch gebruik van SSRI's versus TCA in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Deze review geeft nogmaals een bevestiging van het grotere therapeutische effect van TCA versus SSRI, zoals hiervoor reeds vermeld werd.

Er werden drie studies weerhouden met betrekking tot ergonomie en spanningshoofdpijn [29-31]. Alle drie de studies waren zeer zwak van opzet en gaven geen directe correlatie weer tussen het instellen van een ergonomische houding en de afname van klachten van spanningshoofdpijn. Deze studies werden niet weerhouden voor verdere adaptatie van de aanbevelingen.

Daarnaast werden drie studies gevonden met betrekking tot stress en spanningshoofdpijn[26-28]. Het betreft zeer zwakke studies, waarvan twee fysiologische studies[27-28] en één studie die d.m.v. vragenlijsten het weinig specifieke en subjectieve verband tussen stress en "stress-gerelateerde

lichamelijke klachten zoals o.a. hoofdpijn" vastlegt[26]. Geen enkel van de drie studies bespreekt een therapeutische interventie. Er werden twee studies weerhouden m.b.t. mindfulness en spannings-hoofdpijn[20-21]. Ook hier betrof het studies met duidelijke bemerkingen op kwaliteit van evidentie. De eerste studie[20] vertoonde o.a. selectiebias (patiënten werden gerekruteerd via de media,...), beperkte sample size, hoge drop-out rate en een beperkt effect. De tweede studie[21] was weinig specifiek (spanningshoofdpijn, niet chronische spanningshoofdpijn), had een beperkte sample size en had als outcome enkel ernst van de pijn, niet de frequentie van de pijn. Deze studies gaven beiden positieve resultaten weer voor de behandeling van spanningshoofdpijn met mindfulness.

Verder werden een aantal studies weerhouden die handelen over kinesitherapie/manuele therapie in de behandeling van spanningshoofdpijn. Eén systematische review[18], één literatuurstudie[19] en drie RCT's[22-24]. Al deze artikels waren van lage kwaliteit. Zo bespraken de systematische review[18] en de literatuurstudie[19] studies met kleine sample sizes en werden er verschillende technieken gebruikt als interventie met ook diverse outcomes als resultaat. De RCT's[22-24] vertoonden beperkingen zoals randomisatiebias, beperkte sample size en het niet nagaan van concommitant medicatiegebruik. We vermelden wel dat de resultaten van al deze studies in het voordeel waren van het gebruik van manuele therapie bij spanningshoofdpijn.

Er werd één artikel weerhouden in de bespreking van het gebruik van lokale injectie lidocaïne in trigger points, bij spanningshoofdpijn[25]. Het resultaat van deze studie gaf een beperkte verbetering van de klachten weer.

Na het uitvoeren van deze literatuursearch werd duidelijk dat ook in de recente literatuur weinig terug te vinden was omtrent de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Er werd besloten om alsnog de NHG-standaard[5] te raadplegen. Voor chronische spanningshoofdpijn vermeldt deze richtlijn:

1. *Wanneer de patiënt een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijnklachten, is er mogelijk sprake van SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten).*
2. *Over de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling van* chronische spanningshoofdpijn *(≥ 15 dagen per maand) is de literatuur niet eenduidig. Op grond van het beschikbare onderzoek kan geen concrete aanbeveling worden gegeven.*
3. *Wanneer de klachten onderdeel uitmaken van een chronisch klachtenpatroon, wat vraagt om een meer individuele benadering, behoren gedragspsychologische interventies en* manuele *therapie tot de mogelijkheden. De effectiviteit van deze interventies is niet eenduidig, zodat wordt aanbevolen hiermee terughoudend te zijn.*

Voor de aanbeveling van de NHG-standaard[5] die vermelding geeft van spanningshoofdpijn als SOLK, wordt geen verwijzing naar onderliggende evidentie gedaan. De aanbeveling i.v.m. profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn is gebaseerd op de systematische review van Verhagen et al, 2010[41] en een meta-analyse van Jackson et al, 2010[42]. Deze artikels vormen ook de basis voor de besprekingsartikels van Minerva[11-12] die hierboven vermeld werden. Voor de bespreking van gedragspsychologische interventies zoals relaxatieoefeningen en cognitieve gedragstherapie baseert de NHG-standaard[5] zich op een systematische review van Verhagen et al, 2009[43]. De resultaten zijn tegenstrijdig voor de effectiviteit van ontspanningstherapie en leveren geen evidentie voor de

effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. De aanbevelingen in verband met manuele therapie worden afgeleid vanuit de studie van Castien et al, 2011[44]. Hieruit concluderen zij dat manuele therapie verbetering van de klachten kan geven bij spanningshoofdpijn, maar dat de evidentie van matige kwaliteit is.

III. Beschrijving van de consensus procedure

De consensus procedure betreffende klinische vraag 6 wordt hieronder besproken. Gezien de uitgebreidheid van de aanbevelingen hiervoor in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[3], wordt deze bespreking voor de duidelijkheid onderverdeeld per oorspronkelijke aanbeveling. Deze oorspronkelijke aanbevelingen worden schuingedrukt weergegeven.

1. *"Stopping excess use of analgesics if such occurs":* Er werd besloten om deze aanbeveling weg te laten uit dit onderdeel van de richtlijn, omdat het differentiëren tussen medicatie geïnduceerde hoofdpijn en spanningshoofdpijn reeds in de anamnese dient te gebeuren, alsook omdat er hier al vermelding van wordt gemaakt bij de bespreking van de acute behandeling van spanningshoofdpijn (zie klinische vraag 5 die besproken wordt in de masterproef van Jelle Bosschieter).

2. *"Physical exercise, (nordic) walking (no gym or running)":* Er werd besloten om deze aanbeveling weg te laten in de aangepast richtlijn omwille van de beperkte evidentie. In de NICE richtlijn[7] wordt wel vermelding gemaakt van het mogelijk positieve effect van fysieke activiteit op hoofdpijn, maar enkel in geval van migraine en niet voor spanningshoofdpijn. Daarbij was de onderbouwende evidentie van slechte kwaliteit ("evidence low to very low"). In de bijkomende literatuursearch werd geen bijkomende evidentie gevonden. We vermelden dat fysieke activiteit eventueel aangeraden kan worden aan patiënten met spanningshoofdpijn omwille van het mogelijke effect op stress en/of depressie, dat mee kan spelen in de etiologie van chronische spanningshoofdpijn. Daarnaast kan fysieke activiteit een algemeen gezondheidsvoordeel opleveren voor de patiënt.

3. *"Massage, sauna":* De SIGN richtlijn[6] geeft vermelding van het gebruik van massage bij spanningshoofdpijn, maar met inconclusieve resultaten waardoor een aanbeveling niet mogelijk is. Over het gebruik van sauna werden geen gegevens teruggevonden. In de bijkomende literatuurzoektocht werden geen bijkomende resultaten gevonden. Er werd besloten om deze aanbeveling niet te weerhouden voor de geadapteerde richtlijn. Wel dient vermeld te worden dat er overlap kan zijn tussen massage en manuele therapie, en dat de aanbeveling omtrent het gebruik van manuele therapie daarom mogelijks ook massage omvat.

4. *"Ergonomics evaluation at workplace":* Geen enkele van de geselecteerde richtlijnen geeft vermelding van de invloed van ergonomie op spanningshoofdpijn. Een bijkomende literatuursearch leverde drie studies op[29-31]. Alle drie de studies werden te zwak bevonden. Gezien de potentieel hoge kost van ergonomische aanpassingen in de werkomgeving en de afwezigheid van literatuur om deze stelling te ondersteunen, werd geopteerd om deze aanbeveling niet te incorporeren in de geadapteerde Duodecim richtlijn.

5. *"Relaxation; e.g. yoga and pilates are to be recommended. Assessment of stress factors: is it possible to intervene?":* Er werd geopteerd om de aanpak van stress als aanbeveling te formuleren in de geadapteerde versie van de Duodecim richtlijn, ondanks de afwezigheid van sterke evidentie uit de literatuur. Omwille van dit gebrek aan evidentie, wordt echter wel terughoudendheid voor het toepassen hiervan geadviseerd. De keuze voor het aanbevelen van de aanpak van stress steunt op twee elementen die werden weerhouden uit de verzamelde evidentie. Eerst is er de voorzichtige vermelding van stress als mogelijke etiologische en/of onderhoudende factor van spanningshoofdpijn. Zo wordt er in de NHG-standaard[5] vermelding gedaan van 'spanning' en overbelasting als oorzakelijke en/of onderhoudende factoren bij spanningshoofdpijn. Hier is geen vermelding van onderliggende evidentie. Daarnaast geven ze ook aan dat bij chronische spanningshoofdpijn in sommige gevallen gedacht moet worden aan SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Dit geeft aan dat men denkt aan een mogelijke psychosomatische component bij chronische spanningshoofdpijn. De bijkomende recentere studies[26-28] waren zeer zwak en weinig relevant gezien de afwezigheid van een therapeutische interventie. De resultaten wezen wel in de richting van een mogelijke correlatie tussen stress en (spanningshoofd-)pijn.

   Als tweede element wordt opgemerkt dat een aantal bronnen omzichtige aanbevelingen geven voor het toepassen van stress reductie in de aanpak van spanningshoofdpijn. Zo vermeldt de SIGN richtlijn[6] het mogelijke voordeel van stress reductie bij chronische spanningshoofdpijn, maar zonder hier een aanbeveling van te maken. Ze baseren zich hiervoor op één studie[45], met een hoge drop-out rate. Het positieve effect van stress management in monotherapie was in deze studie significant, maar beperkt. De NHG-standaard[5] geeft aan dat "gedragspsychologische interventies" mogelijk een positief effect kunnen hebben, maar nuanceert dat dit besluit gebaseerd is op één enkele studie[43], met inconclusieve resultaten. Verder zijn er nog twee studies met betrekking tot mindfulness[20-21] (normaal een methode voor stress reductie) als aanpak van spanningshoofdpijn. Hier waren sterke bemerkingen op de kwaliteit van de studie, maar de resultaten waren wel positief voor het gebruik van mindfulness voor spanningshoofdpijn.

   Naast deze voorzichtige aanwijzingen uit de literatuur vermelden we als bijkomende reden voor het toepassen van stress reductie, het potentiële algemene gezondheidsvoordeel.

   De kernboodschap die geformuleerd werd m.b.t "aanpak van psychische stress en overbelasting" is gebaseerd op de hierboven vermelde gegevens. De kwaliteit van deze evidentie werd als laag beoordeeld. Deze therapeutische interventie is niet-invasief. Mogelijke nadelen zijn het engagement dat gevraagd wordt van de patiënt en de potentiële kost. Deze interventie is toepasbaar in de Belgische zorgcontext. We bemerken echter wel lange wachttijden voor psychologen in België. De GRADE die op basis van deze factoren werd toegekend is 2C.

   De kernboodschap met betrekking tot "methoden voor stress reductie" is ook gebaseerd op de bovenvermelde literatuur. We bemerken echter dat de evidentie voor specifieke methodes nog veel beperkter is dan voor het wel dan niet toepassen van stress reductie. Gezien deze beperking werd deze aanbeveling als "good practice point" bestempeld.

De kernboodschap met betrekking tot “spanningshoofdpijn als SOLK” is gebaseerd op de NHG-standaard[5]. Hier is geen vermelding van evidentie. Er werd toch geopteerd om dit te integreren in de geadapteerde richtlijn omwille van het soms persisterende karakter van chronische spanningshoofdpijn en de noodzaak om kritisch te blijven voor mogelijke onderliggende factoren. Om dezelfde reden werd gekozen voor de aanbeveling met betrekking tot de mogelijke “overlap van spanningshoofdpijn en migraine”. Deze aanbeveling is gebaseerd op expert consensus en wordt vermeld in de NICE-richtlijn[7]. Beide aanbevelingen krijgen door het gebrek aan onderliggende evidentie de beoordeling “good practice point”.

6. *“Physiotherapy, orthopaedic manual physical therapy (OMT)”:* De evidentie omtrent het gebruik van manuele therapie bij chronische spanningshoofdpijn is beperkt van kwaliteit en niet eenduidig. Evidentie wijst in de richting van een mogelijk voordelig effect van manuele therapie op chronische spanningshoofdpijn. De NICE richtlijn[7] geeft vermelding van een potentieel positief effect op basis van een aantal studies, maar zonder een aanbeveling hiervoor omwille van de beperkte bewijskracht van deze studies (evidence low to very low). Ook de NHG-standaard[5] bespreekt een mogelijk positief effect. Zij geven wel een aanbeveling voor het gebruik van manuele therapie, maar met vermelding van terughoudendheid voor de toepassing hiervan, omwille van weinig eenduidige evidentie. Bij de verdere literatuursearch werden vijf artikels weerhouden waarvan één systematische review[18], één literatuur-bespreking[19] en drie RCT’s[22-24]. Dit is veel in vergelijking met de literatuur die gevonden werd voor de andere besproken interventies. Alle vijf deze artikels vertonen kwalitatieve beperkingen. Ze spreken allen van een positief effect van manuele therapie op spannings-hoofdpijn.

   De NICE richtlijn[7] geeft een bespreking van de mogelijke neveneffecten van manuele therapie: ”*Overall the evidence indicates that the risk of a major adverse event (such as stroke) is low to very low, although minor short-lived side effects (e.g. soreness) are relatively common*”. Over de voorkeur van de patiënt voor het wel dan niet toepassen van deze interventie is weinig gekend. Eén van de besproken RCT’s[22] geeft aan dat in deze studie een meerderheid van de patiënten voorkeur gaf aan manuele therapie t.o.v. de gewone standaard opvolging door de huisarts.

   Er werd geopteerd om een aanbeveling te geven voor het gebruik van manuele therapie bij chronische spanningshoofdpijn. Argumenten hiervoor zijn het potentieel positieve effect dat weerhouden wordt uit de literatuur, het relatief grote aantal studies die aanwijzingen geven hiervoor, het lage risico op ernstige neveneffecten, het gebrek aan andere therapeutische interventies, de mogelijke voorkeur van patiënten voor deze interventie en de ruime bekendheid en beschikbaarheid van kinesitherapie/manuele therapie in de Belgische zorgcontext, wat drempelverlagend kan werken. Gezien de beperkte evidentie wordt deze aanbeveling echter zeer voorzichtig geformuleerd, om mee te geven dat terughoudendheid aan te raden is. Daarbij is er te weinig evidentie om uitspraken te doen over welke specifieke technieken de voorkeur genieten. Op basis van deze redenen kreeg de kernboodschap m.b.t het gebruik van kinesitherapie/manuele therapie bij spanningshoofdpijn als beoordeling van graad van aanbeveling: GRADE 2C.

7. *"Acupuncture ":* De NICE richtlijn[7] pleit voor het gebruik van acupunctuur voor de behandeling van chronische spanningshoofdpijn, ondanks de beperkte evidentie. Ze doen dit voornamelijk omwille van een mogelijk beperkt positief effect op pijn. De evidentie waar ze zich op baseren komt uit een aantal kleine studies. De meest recente bron van evidentie die vermeld wordt is een Cochrane review uit 2009[46]. Daarnaast vermelden ze als reden voor positieve aanbeveling: weinig complicaties en/of neveneffecten, een gebrek aan andere profylactische behandeling en een mogelijke positieve kosteneffectiviteit. Deze potentiële kosteneffectiviteit, wordt geëxtrapoleerd vanuit resultaten betreffende de behandeling van migraine met acupunctuur. Het argument voor deze extrapolatie is de mogelijke overlap tussen chronische spanningshoofdpijn en migraine. De NHG-standaard[5] geeft een bespreking van de Cochrane review, die ook als bron gebruikt wordt door de NICE richtlijn[7] en vermeldt het volgende: "*er zijn aanwijzingen dat manuele therapie en acupunctuur enige verbetering kunnen geven van spanningshoofdpijn, maar de onderzoeken zijn van matige kwaliteit en de klinische relevantie van het effect is onduidelijk".* Vervolgens geeft de NHG-standaard[5] voorzichtige aanbevelingen voor het gebruik van manuele therapie, maar geen aanbeveling voor het gebruik van acupunctuur. In het artikel van Minerva[13], dat een bespreking geeft van een systematische review van Ernst et al, 2011[47] lezen we het volgende: "*Dit overzicht van systematische reviews over de werkzaamheid en veiligheid van acupunctuur voor de behandeling van pijn toont aan dat de resultaten van de verschillende reviews contradictorisch zijn en dat de methodologische kwaliteit van de originele studies vaak zwak is. Bij gebrek aan cijfermateriaal is een conclusie uit deze studie onmogelijk*". Er moet daarnaast in acht genomen worden dat acupuncturist in België geen gereglementeerd beroep is[48] en de bekendheid en beschikbaarheid van acupunctuur in België mogelijk beperkt is. Om die redenen, in combinatie met de tegenstrijdige gegevens uit de literatuur, werd besloten om deze aanbeveling niet te incorporeren in de geadapteerde aanbeveling. Verdere onderzoeken brengen hier in de toekomst mogelijk verandering in.

8. *"Injections of local anaesthetics and/or corticosteroids to trigger points":* Er werd geen vermelding gedaan van deze interventie in de geselecteerde richtlijnen. Er werd één bijkomende studie gevonden[25]. Deze studie pleit voor een mogelijk positief effect op spanningshoofdpijn. Gezien de beperkte evidentie, maken we geen vermelding van deze therapeutische interventie in de geadapteerde richtlijn. Bijkomend argument hiervoor is het matig invasieve karakter van deze interventie.

9. *"Medication (voor volledige aanbeveling zie: "beschrijving van de evidentie"):*
   a. **Trycyclische antidepressiva (TCA):** De SIGN richtlijn[6] geeft aanbeveling voor het gebruik van TCA als profylactische medicatie bij chronische spanningshoofdpijn. Ze baseren zich hiervoor op één meta-analyse[40] van goede kwaliteit. In de bespreking van deze meta-analyse in de richtlijn zelf, geeft men een voordeel van TCA versus SSRI's weer, maar er wordt geen vermelding gedaan van de vergelijking tussen TCA en placebo. Een bijkomende Cochrane review[17] en bespreking van Minerva[11] geven een bevestiging van dit besluit. Een ander artikel van Minerva[12] geeft aan dat er onvoldoende evidentie is om te besluiten dat antidepressiva effectiever zijn dan placebo in de behandeling van spanningshoofdpijn. De NICE richtlijn[7] spreekt zich uit tegen het gebruik van TCA. Ze vermelden literatuur waarbij TCA vergeleken werden met placebo. De resultaten zijn niet eenduidig, maar zouden mogelijks een beperkt

positief effect van TCA op chronische spanningshoofdpijn weergeven. De NICE richtlijn[7] is echter van mening dat de mogelijke neveneffecten van TCA niet opwegen tegen het positieve effect op hoofdpijnklachten. Voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn werd beslist om een negatieve aanbeveling te geven voor het gebruik van profylactische medicatie bij chronische spanningshoofdpijn. De beslissing hiervoor werd genomen op basis van het gebrek aan evidentie van het effect van TCA versus placebo en omwille van de mogelijke neveneffecten. Er werd besloten om deze bevindingen duidelijk te vermelden als negatieve aanbeveling omwille van de traditionele bespreking en opdeling in richtlijnen van farmacologische en niet farmacologische interventies. De enige evidentie waarop dit negatieve advies gestoeld kan worden (bronnen van NICE richtlijn[7] en van Minerva artikel[12]) is van lage kwaliteit. De GRADE die toegekend werd aan deze aanbeveling is 2C.

b. **Tizanidine:** De oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] geeft vermelding van het gebruik van tizanidine bij chronische spanningshoofdpijn. Hiervoor baseren ze zich op een overzichts-artikel uit the BMJ[37]. Dit artikel uit the BMJ baseert zich voor deze stelling op één artikel[49]. Dit artikel dateert van 1992 en vertoont sterke limitaties zoals beperkte sample size en beperkte representativiteit (enkel vrouwen). Ook de SIGN richtlijn[6] geeft vermelding van tizanidine als profylactische behandeling, zonder hier een aanbeveling voor te maken. Zij baseren zich op één artikel[50]. Deze studie omvat patiënten met hoofdpijn, waarvan echter 77% migraine patiënten. De resterende patiëntengroep leed aan "chronic migrainous headache or chronic tension-type headache". Er werd geen bijkomende relevante en beschikbare literatuur weerhouden. Deze aanbeveling werd niet weerhouden voor de geadapteerde richtlijn vanwege het gebrek aan overtuigende evidentie, in combinatie met het nauwe therapeutische venster en de mogelijke neveneffecten.

10. *"The benefits of botulinum toxin treatment for tension headache are marginal.":* Er werd geopteerd om deze aanbeveling volledig weg te laten uit de geadapteerde richtlijn. De meta-analyse waarop deze aanbeveling gebaseerd is[39] geeft weer dat de besproken studies tegenstrijdige gegevens leveren. De studies uit deze meta-analyse die wel in het voordeel van botuline a toxine pleiten, geven maar een discrete vermindering van de frequentie van hoofdpijnaanvallen per maand weer. Daarnaast vermelden patiënten meer neveneffecten dan bij placebo. Ook de SIGN richtlijn[6] pleit tegen het gebruik van botuline a toxine. Er werd geen toegevoegde informatie gevonden in de literatuursearch. Bijkomende argumenten tegen het gebruik van botuline a toxine injecties zijn de hoge kost en het matig invasieve karakter van de interventie.

3.2. Implementatiefase: resultaten

3.2.1. Peer review

Tijdens de peer reviews werd de eerste versie van de geadapteerde aanbevelingen voorgelegd aan collega's huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Er werd getoetst in welke mate er overeenkomst was met de dagelijkse praktijk en welke bedenkingen de ondervraagden hadden bij de toepassing van deze geadapteerde aanbevelingen. De opmerkingen zouden nadien geëvalueerd worden voor eventuele aanpassing van deze eerste versie van de geadapteerde richtlijn. In totaal namen 27 mensen deel aan de peer reviews. In dit onderdeel wordt een bespreking gegeven van klinische vraag

2, 4 en 6. Voor de overige klinische vragen wordt verwezen naar de masterproef van Jelle Bosschieter.

Eerst werden de aanbevelingen met betrekking tot het klinisch onderzoek besproken (klinische vraag 2). De bloeddrukmeting werd door nagenoeg iedereen standaard uitgevoerd bij de patiënt die presenteert met hoofdpijnklachten. Ook het neurologisch onderzoek werd relatief systematisch uitgevoerd, met uitzondering van het onderdeel fundoscopie. Geen enkele van de ondervraagden doet een fundoscopisch onderzoek. Slechts één van de ondervraagde artsen zegt toegang te hebben tot een fundoscoop in de huisartsenpraktijk, maar die nooit te gebruiken. Redenen die gegeven werden voor het niet uitvoeren van een fundoscopisch onderzoek waren onvoldoende of geen opleiding in de uitvoering van fundoscopie, onvoldoende ervaring in het interpreteren van de bevindingen en praktische moeilijkheden voor de patiënt met betrekking tot dilatatie van de pupil voor fundoscopie. Advies van de ondervraagde artsen was om het onderdeel fundoscopie weg te laten uit de aanbevelingen. Opvallend was ook dat alle deelnemers, op één na, een onderzoek uitvoeren van de nek, hals en schouders bij vermoeden van spanningshoofdpijn. Als reden werd vooral gegeven dat de arts de patiënt dan kan geruststellen over de etiologie van de hoofdpijn “het komt vanuit de nek”. Er was vanuit de artsengroepen vraag naar verduidelijking hierrond in de geadapteerde aanbevelingen.

Daarna werden de aanbevelingen met betrekking tot het hoofdpijndagboek geëvalueerd (klinische vraag 4). Meer dan twee derde van de aanwezigen gebruikt het hoofdpijndagboek occasioneel. Vaak wordt het hoofdpijndagboek niet bij een eerste, maar pas tijdens een opvolgconsult geïntroduceerd. Het wordt voornamelijk gebruikt voor het stellen van een diagnose en niet zozeer in het kader van opvolging van hoofdpijnklachten. Moeilijkheden die vermeld worden in het gebruik van het hoofdpijndagboek zijn onvoldoende vertrouwdheid van de arts met deze tool, geen goed sjabloon voorhanden, onduidelijkheid over welk sjabloon gebruikt moet worden en inconsequent gebruik door de patiënt. Geen enkele ondervraagde gaf aan dat het gebruik van het hoofdpijndagboek te tijdrovend was.

Als laatste werd ook gepolst naar de bevindingen met betrekking tot de eerstelijnsbehandeling van chronische spanningshoofdpijn (klinische vraag 6). Nagenoeg alle artsen verwijzen bij persisterende spanningshoofdpijn door naar een kinesitherapeut/manuele therapeut. De aanwezigen vermelden hiervoor een gebrek aan andere therapeutische mogelijkheden en de subjectieve ervaring van patiënten die beterschap ondervonden hierdoor. Op een paar artsen na, melden de meeste aanwezigen ook aandacht te hebben voor mogelijke onderliggende stressoren. Dit wordt nagevraagd door de huisarts zelf en indien nodig geacht, wordt er doorverwezen voor relaxatie therapie. Doorverwijzing voor psychotherapie wordt slechts door een aantal ondervraagden en in uitzonderlijke gevallen gedaan. Een enkele arts vermeldde het opstarten van profylactische medicatie (TCA), maar eerder in het kader van medicatie geïnduceerde hoofdpijn.

3.2.2. Finale versie van de richtlijn

Voor het opstellen van de finale versie van de richtlijn, werden de bevindingen uit de peer reviews geëvalueerd. De meest uitgesproken bemerkingen uit de peer reviews voor klinische vragen 2, 4 en 6 hadden betrekking tot de aanbeveling voor het gebruik van fundoscopie in het neurologisch klinisch onderzoek en de afwezigheid van aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek van de nek, hals en

schouders bij spanningshoofdpijn. Er was ook vermelding van moeilijkheden in het gebruik van het hoofdpijndagboek. Deze bemerkingen m.b.t. het hoofdpijndagboek werden verder besproken tijdens de praktijkconsensus.

Er werd besloten om de aanbeveling voor het gebruik van fundoscopie niet te incorporeren in de definitieve versie van de geadapteerde richtlijn. Er werd ook besloten om verduidelijking te geven omtrent het klinisch onderzoek van de nek, hals en schouders bij spanningshoofdpijn op basis van gegevens uit het ICHD-3 bèta[36].

3.2.2.1. Kernboodschap

Pericraniale gevoeligheid bij manuele palpatie kan aanwezig zijn bij de patiënt met spannings-hoofdpijn, maar is niet noodzakelijk voor het stellen van de diagnose (good practice point).

3.2.2.2. Toelichting tot de aanbeveling

Het vaststellen van pericraniale gevoeligheid bij palpatie kan bijkomende geloofwaardigheid geven aan de uitleg die de patiënt krijgt in het kader van de diagnose spanningshoofdpijn.

Pericraniale gevoeligheid kan vastgesteld worden door middel van manuele palpatie waarbij kleine draaiende bewegingen gemaakt worden met de tweede en derde vinger en met stevige druk uitgeoefend worden ter hoogte van de craniale en cervicale spieren (m. frontalis, m. temporalis, m. masseter, mm. pterygoidei, m. sternocleidomastoideus, mm. splenii en m. trapezius). De door de patiënt ervaren gevoeligheid krijgt per spier een score van 0-3. De scores kunnen opgeteld worden om een totale score te geven voor de pericraniale gevoeligheid.

3.2.2.3. Basis voor de aanbeveling

Deze aanbeveling steunt, bij gebrek aan evidentie uit de geselecteerde richtlijnen, op gegevens uit de ICHD-3 bèta[36]. De ICHD-3 bèta is een standaardwerk voor de classificatie van hoofdpijn aandoeningen en zegt het volgende:

"*Pericranial tenderness is easily recorded by manual palpation by small rotating movements and a firm pressure (preferably aided by use of a palpometer) with the second and third fingers on the frontal, temporal, masseter, pterygoid, sternocleidomastoid, splenius and trapezius muscles. Local tenderness scores of 0-3 for each muscle can be summed to yield a total tenderness score for each individual. Palpation is a useful guide for treatment strategy. It also adds value and credibility to the explanations given to the patient. Increased tenderness is most likely of pathophysiological importance.*"

Er werd geen additionele informatie gevonden in de bijkomende literatuursearch. Initieel werd deze aanbeveling niet weerhouden voor adaptatie van de Duodecim richtlijn, omdat de aan- of afwezigheid van pericraniale gevoeligheid geen verschil maakt in de diagnose van spannings-hoofdpijn. In de classificatie van de ICHD-3 bèta[36], wordt een opdeling gemaakt van alle types spannings-hoofdpijn met en zonder de aanwezigheid van pericraniale gevoeligheid. Op vraag van de artsen die de eerste versie van de aanbevelingen beoordeeld hebben, werd er door middel van deze

aanbeveling alsnog verduidelijking gegeven omtrent het klinisch onderzoek van de craniale en cervicale spieren bij spanningshoofdpijn.

De ICHD-3 bèta[36] geeft geen verwijzing naar de bron van evidentie waar deze adviezen op gebaseerd zijn. Het is dan ook niet mogelijk om een graad van aanbeveling te geven. Deze aanbeveling kreeg de beoordeling “good practice point”.

3.2.3. Praktijkconsensus

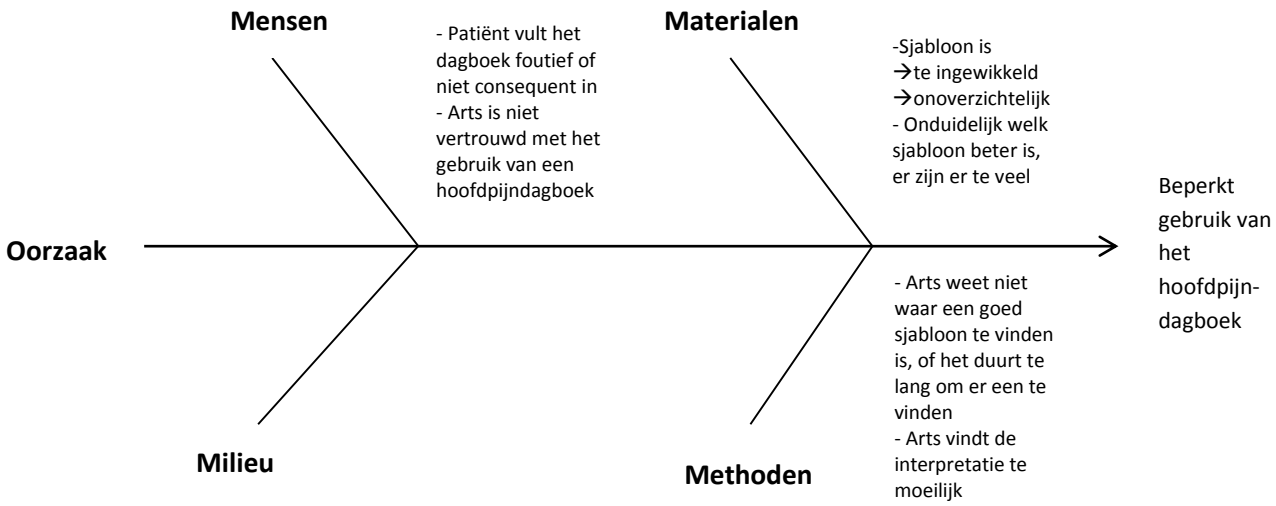
Als laatste stap werd samengezeten met collega’s artsen uit de eigen praktijk voor het opstellen van een praktijkconsensus. Er werd gekozen om een praktijkconsensus te formuleren omtrent de aanbevelingen voor het gebruik van het hoofdpijndagboek. Er waren vijf collega’s aanwezig.

Als eerste onderdeel werd een audit voorgelegd. Deze audit werd uitgevoerd in het EMD van de praktijk met als doel een zicht te krijgen op de prevalentie van spanningshoofdpijn en de frequentie van het gebruik van het hoofdpijndagboek in de praktijk. De diagnose “hoofdpijn” werd 13 keer gecodeerd teruggevonden in het EMD, “spanningshoofdpijn” 10 keer en “migraine” 17 keer. De diagnoses “episodische spanningshoofdpijn” en “chronische spanningshoofdpijn” werden geen enkele keer gecodeerd teruggevonden. Er werd bij deze diagnoses doorgaans weinig vermelding gedaan van anamnestische en/of klinische gegevens. Er werd in het EMD éénmalig een notitie gemaakt van het gebruik van een hoofdpijndagboek. De resultaten van deze audit werden besproken. Naar mening van de aanwezige artsen waren de resultaten vermoedelijk niet representatief (te laag) voor het werkelijk voorkomen van spanningshoofdpijn en het gebruik van het hoofdpijndagboek in de praktijk. Oorzaken die hiervoor gegeven werden, waren het niet systematisch gebruik van codering, het coderen van spanningshoofdpijn onder andere termen zoals cervicalgie en het niet noteren van het gebruik van het hoofdpijndagboek in het EMD.

Daarna werden de geadapteerde aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van het hoofdpijndagboek voorgesteld. Er werd gepolst naar de toepasbaarheid hiervan en gevraagd naar eventuele belemmerende factoren. Vier van de vijf collega’s gaven aan occasioneel gebruik te maken van een hoofdpijndagboek. Er werd wel vermelding gemaakt van een aantal elementen die een meer systematische toepassing verhinderden. Er was veel overlap met factoren die reeds vermeld werden tijdens de peer reviews. Er werd een visgraatanalyse opgesteld die de belemmerende factoren weergeeft (figuur 1). Hieruit werd besloten dat de voornaamste belemmerende factor de afwezigheid van een gebruiksvriendelijk en gemakkelijk beschikbaar hoofdpijndagboek was. Er werd besloten om een eigen versie van het hoofdpijndagboek op te stellen en te integreren in het EMD.

Vervolgens werden een aantal geselecteerde voorbeelden van hoofdpijndagboeken voorgelegd. Het betrof hoofdpijndagboeken van Domus Medica[32], NHG[33], NHS[34] en Family Practice Management[35]. Deze voorbeelden werden door de aanwezigen geanalyseerd op o.a. gebruiksvriendelijkheid en duidelijkheid. De hoofdpijndagboeken van NHG en van Family Practice Management kregen de meest positieve beoordeling. Het nieuwe hoofdpijndagboek werd opgesteld aan de hand van deze twee voorbeelden, de gegevens uit de visgraatanalyse, de nieuwe aanbevelingen en de criteria voor primaire hoofdpijntypes zoals geformuleerd in de ICHD-3 bèta[36]. Als laatste werd het nieuwe hoofdpijndagboek geïntegreerd in het EMD van de praktijk, om de toegankelijkheid voor het gebruik

te verbeteren. Voor deze integratie werd het nieuwe hoofdpijndagboek opgeslagen op de server van de praktijk waardoor het nog niet ingevulde hoofdpijndagboek op gemakkelijke wijze als bijlage toegevoegd kan worden aan een consult in het EMD. Daarnaast werd een sjabloon gecreëerd in het EMD voor het gemakkelijk en systematisch noteren van de resultaten uit het hoofdpijndagboek. Initieel was het plan, om het hoofdpijndagboek onder de vorm van een patiëntenbrief te integreren in het EMD, maar door technische beperking van het soort EMD waar in de eigen huisartsenpraktijk mee gewerkt wordt, was dit vooralsnog niet mogelijk.



Figuur 1: visgraatanalyse van het probleem "beperkt gebruik van het hoofdpijndagboek"

4. Discussie

In deze masterproef werd de ADAPTE procedure[4] toegepast om de Finse Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[3] aan te passen aan de meest recente literatuur en toepasbaar te maken voor gebruik in de Belgische zorgcontext. Deze masterproef bespreekt klinische vraag 2, 4 en 6 die betrekking hebben op respectievelijk het klinisch onderzoek, gebruik van het hoofdpijndagboek en de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Voor de overige vragen wordt verwezen naar de masterproef van Jelle Bosschieter.

De aanbevelingen uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] die betrekking hebben op de klinische vragen die in deze masterproef besproken worden, moesten allen aangepast worden. De evidentie die beschikbaar is voor de bespreking van deze klinische vragen is algemeen gesteld beperkt en vaak inconclusief. Als resultaat zijn de graden van aanbeveling toegekend aan de nieuwe aanbevelingen relatief laag. Dit is het meest uitgesproken in de bespreking van de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Afgaande op de beschikbare literatuur is het moeilijk om voor deze laatste klinische vraag sterke en concrete aanbevelingen te formuleren. Dit resulteert in graad van aanbeveling 2C voor drie aanbevelingen, en een benoeming als good practice point voor de overige drie aanbevelingen die betrekking hebben op behandeling van chronische spanningshoofdpijn. De aanbevelingen die betrekking hebben op klinische vraag 2 en 4 kregen een graad van aanbeveling 1B

of 1C, met uitzondering voor het onderdeel dat betrekking heeft op pericraniale gevoeligheid. Dit laatste kreeg de beoordeling good practice point.

De bespreking van klinische vraag 2 geeft weer dat de aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek voornamelijk als bedoeling hebben om ernstigere oorzaken van hoofdpijn uit te sluiten, eer de diagnose van spanningshoofdpijn gesteld kan worden. Het valt op dat er voor spanningshoofdpijn een gebrek is aan klinische investigaties met aantonende kracht. Deze bevinding kwam sterk naar voor tijdens de bespreking van de aanbevelingen in de peer reviews. Nagenoeg alle artsen deden onderzoek van de nek, hals en schouders in het klinisch onderzoek bij hoofdpijnklachten. Als reden werd gegeven dat bij gebrek aan andere onderzoeken met aantonende kracht, ze de patiënt gerust wilden stellen door te kunnen zeggen waar de hoofdpijn zijn oorsprong vond – namelijk de nek/schouders/spieren. Het tekort aan aantonende onderzoeken vloeit mogelijks voort uit het gebrek aan gegevens over de etiologie van spanningshoofdpijn. Toekomstig onderzoek kan hier potentieel verandering in brengen. Op bijna unanieme vraag van de bevraagde artsen, werd de eerste versie van de geadapteerde richtlijn aangepast met een verduidelijkende aanbeveling omtrent het klinisch onderzoek van de hoofd- en nekspieren bij de diagnose van spanningshoofdpijn. Een ander opvallend element uit de peer reviews is dat fundoscopie weinig toegepast wordt door de ondervraagde artsen. Vermoedelijk omwille van beperkte blootstelling tijdens hun opleiding. Om die reden is de aanbeveling voor het toepassen van fundoscopisch onderzoek bij hoofdpijnklachten weggelaten uit de geadapteerde richtlijn.

Mede omwille van het gebrek aan klinisch diagnostische elementen is er gekozen om aanbevelingen te doen voor het gebruik van het hoofdpijndagboek (klinische vraag 4). Het gebruik hiervan steunt op zeer beperkte evidentie, waardoor het hoofdpijndagboek een aanvullende eerder dan een primaire rol vervult in de diagnose van spanningshoofdpijn. De bevraging van artsen omtrent het gebruik van het hoofdpijndagboek, tijdens de peer reviews en de bijeenkomst voor het vormen van een praktijk consensus, toont dat een meerderheid van deelnemende artsen hier occasioneel gebruik van maakt. Het is mogelijk dat de aanwezige artsen, gezien de gemiddeld jonge leeftijd, tijdens hun opleiding meer in contact zijn gekomen met deze tool en dat dit het resultaat beïnvloed heeft. In tegenstelling tot wat verwacht werd, is door geen van de bevraagde artsen aangegeven dat het gebruik van het hoofdpijndagboek te tijdrovend is. De elementen die wel werden aangegeven als belemmerende factoren voor systematisch gebruik, hebben voornamelijk betrekking op het sjabloon voor het hoofdpijndagboek. De nieuwe versie van het hoofdpijndagboek dat opgesteld is aan de hand van deze bemerkingen, kan hopelijk de drempel voor het gebruik van het hoofdpijndagboek in de praktijk verder verlagen.

De meest diepgaande wijzigingen werden aangebracht in de aanbevelingen voor klinische vraag 6, die handelt over de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Omwille van een gebrek aan evidentie zijn een aantal elementen uit de oorspronkelijke richtlijn als alleenstaande aanbeveling weggelaten. Dit geldt voor de therapeutische interventies massage, sauna, fysieke activiteit, ergonomische aanpassingen, lidocaïne- en/of corticoïden injecties en botuline a injecties. Een aantal van deze interventies zoals massage en fysieke activiteit kunnen wel onder gewijzigde vorm teruggevonden worden in de behouden aanbevelingen. Voor de overige therapeutische mogelijkheden die vermeld worden in de oorspronkelijke richtlijn is de beslissing minder eenduidig. Voor het gebruik van profylactische medicatie, stress reductie, kinesitherapie/manuele therapie en acupunctuur is rekening gehouden met de beschikbare evidentie, de balans van voor- en nadelen

(mogelijke neveneffecten en complicaties, potentieel algemeen gezondheidsvoordeel,…), de beschikbaarheid en toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext, voorkeur van de patiënt en kosteneffectiviteit. De aanbevelingen die weerhouden werden hebben betrekking op het toepassen van stress reductie en kinesitherapie/manuele therapie. Gezien de beperkte en/of weinig eenduidige evidentie zijn deze aanbevelingen met voorzichtigheid en advies tot terughoudendheid geformuleerd. Toekomstig onderzoek zal naar alle waarschijnlijkheid nog invloed hebben op deze aanbevelingen.

5. Besluit

Het resultaat van deze masterproef is een onderdeel van de geadapteerde versie van de Finse Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[3], die aangepast is aan de Belgische zorgcontext en een leidraad kan vormen voor de Belgische huisarts in de diagnose, behandeling en opvolging van de patiënt met spanningshoofdpijn. De geadapteerde aanbevelingen in deze masterproef behandelen klinische vragen met betrekking tot het klinisch onderzoek, het gebruik van een hoofdpijndagboek en de behandeling van chronische spanningshoofdpijn.

Het wordt aangeraden om een patiënt die zich voor de eerste keer aanmeldt met als klacht hoofdpijn of een patiënt die zich aanmeldt met als klacht hoofdpijn die verschilt van zijn/haar gewoonlijke hoofdpijn, te onderwerpen aan een algemeen klinisch onderzoek, een bloeddrukmeting en een neurologisch klinisch onderzoek. Het algemeen klinisch onderzoek dient toegespitst te worden op basis van de anamnese. Men dient zeker te overwegen om bij zwangere patiënten gericht onderzoek uit te voeren ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP. Pericraniale gevoeligheid bij manuele palpatie kan aanwezig zijn bij de patiënt met spanningshoofdpijn, maar is niet noodzakelijk voor het stellen van de diagnose. Het klinisch onderzoek dient voornamelijk voor het uitsluiten van rode vlaggen. Er is een gebrek aan aantonende onderzoeken voor de diagnose van spanningshoofdpijn.

Het gebruik van een hoofdpijndagboek kan overwogen worden in de diagnose en/of monitoring van primaire hoofdpijnsyndromen. De patiënt dient gedurende minimaal acht weken specifieke gegevens met betrekking tot zijn hoofdpijn bij te houden, namelijk frequentie, ernst en duur van de hoofdpijn, medicatiegebruik voor de hoofdpijnklachten, mogelijke triggers, menstruatie en geassocieerde klachten. Een geadapteerd hoofdpijndagboek werd geïncorporeerd in de aangepaste richtlijn.

De behandelingsopties voor chronische spanningshoofdpijn zijn wetenschappelijk zwak onderbouwd en dienen terughoudend benaderd te worden. De evaluatie en aanpak van psychische stress en overbelasting bij de patiënt, kunnen overwogen worden in de geïntegreerde therapeutische aanpak van chronische spanningshoofdpijn. Ook kinesitherapie/manuele therapie kan hiervoor overwogen worden. Er is heden geen evidentie voor het gebruik van profylactische medicatie in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Experten overwegen dat het voorkomen van zuivere chronische spanningshoofdpijn zeldzaam is. In geval van chronische hoofdpijnklachten dient de diagnose steeds kritisch bekeken te worden. Mogelijks is er dan sprake van een migraineuze component of in geval van hoge lijdensdruk: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Gezien spanningshoofdpijn een veelvoorkomende pathologie is in de Belgische huisartsenpraktijk, is een richtlijn over dit onderwerp nuttig en noodzakelijk. Deze geadapteerde richtlijn geeft een overzicht van de huidige evidence based informatie die de huisarts op snelle en eenvoudige wijze kan begeleiden in de gerichte diagnose en aanpak van spanningshoofdpijn.

6. Referenties

1. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain. 2010 Aug;11(4):289-99. doi:10.1007/s10194-010-0217-0.
2. Knuistingh Neven A, Eekhof JAH. Spanningshoofdpijn. Kleine kwalen. Huisarts Wet 2003; 46: 328-30.
3. Färkkilä M. EBM guidelines, Tension-Type Headache. Duodecim Medical Publications Ltd Online 2013. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd april 2016.
4. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.
5. Dekker F, Van Duijn NP, Ongering JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, Bouma M, Kurver MJ. NHG-Standaard Hoofdpijn (Derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(1):20-31.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The diagnosis and management of headache in adults. (Guideline No 107.) Edinburgh: SIGN online, 2008. Beschikbaar via: http://www.sign.ac.uk. Geraadpleegd april 2016.
7. Kennis K, Kernick D, O'Flynn N. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: NICE guideline. The British Journal of General Practice. 2013;63(613):443-5. doi:10.3399/bjgp13X670895.
8. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, Kildahl P, Krenik J, Liebow M, Linbo L, Myers C, Peterson S, Schmidt J, Swanson J. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and Treatment of Headache. ICSI online; 2013. Beschikbaar via: http://bit.ly/Headache0113. Geraadpleegd april 2016.
9. Towards Optimized Practice (TOP). Guideline For Primary Care Management Of Headache In Adults. TOP online, 2012. Beschikbaar via : http://www.topalbertadoctors.org. Geraadpleegd april 2016.
10. Bryans R, Descarreaux M, Duranleau M, Marcoux H, Potter B, Ruegg R, Shaw L, Watkin R, White E. Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache. J Manipulative Physiol Ther. 2011 Jun;34(5):274-89. doi:10.1016/j.jmpt.2011.04.008.
11. Chevalier P, Vanwelde A. Behandeling van chronische hoofdpijn met antidepressiva. Minerva 2011;10(8):93-4.
12. Vanwelde A. Spanningshoofdpijn: is een profylactische behandeling zinvol?. Minerva 2011;10(10):123-4.
13. Chevalier P. Acupunctuur: overzicht van het pijnstillende effect en de veiligheid. Minerva online 28/01/2012. Beschikbaar via: http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10369. Geraadpleegd februari 2015.
14. Christiaens T. Helpt acupunctuur bij chronische hoofdpijn?. Minerva 2005;4(8):121-2.
15. Belgisch centrum voor Farmacotherapeutische informatie (BCFI). Flash: profylactisch medicatie bij spanningshoofdpijn. BCFI online 2010. Verkrijgbaar via: http://www.bcfi.be/nl/articles/1857?folia=1856. Geraadpleegd april 2016.
16. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010. Available online July 5, 2010. doi:10.1503/cmaj.090449.

17. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 5. Art. No.: CD011681. doi: 10.1002/14651858.CD011681.
18. Chaibi A, Russell MB. Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials. J Headache Pain. 2014 Oct 2;15:67. doi: 10.1186/1129-2377-15-67.
19. Victoria Espí-López G, Arnal-Gómez A, Arbós-Berenguer T, González ÁA,Vicente-Herrero T. Effectiveness of Physical Therapy in Patients with Tension-type Headache: Literature Review. J Jpn Phys Ther Assoc. 2014;17(1):31-8. doi: 10.1298/jjpta.17.31.
20. Cathcart S, Galatis N, Immink M, Proeve M, Petkov J. Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: a randomized controlled pilot study. Behav Cogn Psychother. 2014 Jan;42(1):1-15. doi: 10.1017/S1352465813000234.
21. Omidi A, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: a randomized controlled clinical trial. Nurs Midwifery Stud. 2014 Sep;3(3):e21136.
22. Castien R, Blankenstein A, van der Windt D, Heymans MW, Dekker J. The working mechanism of manual therapy in participants with chronic tension-type headache. J Orthop Sports Phys Ther. 2013 Oct;43(10):693-9. doi: 10.2519/jospt.2013.4868.
23. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Benítez-Martínez JC, Lluch E, Falla D. Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Dec;50(6):641-7.
24. Gemma V EL, Antonia GC. Efficacy of manual and manipulative therapy in the perception of pain and cervical motion in patients with tension-type headache: a randomized, controlled clinical trial. J Chiropr Med. 2014 Mar;13(1):4-13. doi:10.1016/j.jcm.2014.01.004.
25. Karadaş Ö, Inan LE, Ulaş Ü, Odabaşi Z. Efficacy of local lidocaine application on anxiety and depression and its curative effect on patients with chronic tension-type headache. Eur Neurol. 2013;70(1-2):95-101. doi: 10.1159/000350619.
26. El Ansari W, Khalil K, Stock C. Symptoms and health complaints and their association with perceived stressors among students at nine Libyan universities. Int J Environ Res Public Health. 2014 Nov 25;11(12):12088-107. doi: 10.3390/ijerph111212088.
27. Cathcart S, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Effect of mental stress on cold pain in chronic tension-type headache sufferers. J Headache Pain. 2009 Oct;10(5):367-73. doi: 10.1007/s10194-009-0131-5.
28. Cathcart S, Petkov J, Pritchard D. Effects of induced stress on experimental pai1n sensitivity in chronic tension-type headache sufferers. Eur J Neurol. 2008 Jun;15(6):552-8. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02124.x.
29. Jomoah IM. Work-related health disorders among Saudi computer users. ScientificWorldJournal. 2014;2014:723280. doi: 10.1155/2014/723280.
30. Meinert M, König M, Jaschinski W. Web-based office ergonomics intervention on work-related complaints: a field study. Ergonomics. 2013;56(11):1658-68. doi:10.1080/00140139.2013.835872.
31. Smith L, Louw Q, Crous L, Grimmer-Somers K. Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors. Cephalalgia. 2009 Feb;29(2):250-7. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01714.x.
32. Domus Medica vzw. Hoofdpijndagboek. Internet site van Domus Medica 2010. Verkrijgbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/patienteninformatie/609-hoofdpijndagboek/file.html. Geraadpleegd april 2016.
33. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Hoofdpijndagboek. Internet site van thuisarts.nl 2014. Verkrijgbaar via: http://www.thuisarts.nl/sites/default/files/hoofdpijndagboek_2014_def_1.pdf. Geraadpleegd april 2016.

34. University college London Hospitals (UCLH), NHS foundation trust. Headache diary. Internet site van UCLH. Verkrijgbaar via: https://www.uclh.nhs.uk/OurServices/ServiceA-Z/Neuro/hsnhnn/THS/Documents/Headache%20diary%20(UCLH).pdf. Geraadpleegd april 2016.
35. Hodge B. Headache diary. Internet site van Family Practice Management 2013. Verkrijgbaar via: http://www.aafp.org/fpm/2013/0500/fpm20130500p24-rt1.pdf. Geraadpleegd april 2016.
36. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33:629–808.
37. Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. BMJ. 2008 Jan 12;336(7635):88-92.doi: 10.1136/bmj.39412.705868.AD.
38. International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(supp1):8-160.
39. Jackson JL, Kuriyama A, Hayashino Y. Botulinum toxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a meta-analysis. JAMA 2012;307(16):1736-45.
40. Tomkins GE, Jackson JL, O'Malley PG, Balden E, Santoro JE.Treatment of chronic headache with antidepressants: a metaanalysis. Am J Med 2001;111(1):54-63.
41. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, et al. Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. Fam Pract 2010;27:151-65.
42. Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. BMJ 2010;341:c5222.
43. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial? CNS Neurosci Ther 2009;15:183-205.
44. Castien RF, Van der Windt DA, Grooten A, Dekker J. Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: a pragmatic, randomised, clinical trial. Cephalalgia 2011;31:133-43.
45. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. JAMA 2001;285(17):2208-15.
46. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev 2009b;CD007587.
47. Ernst E, Lee MS, Choi TY. Acupuncture: does it alleviate pain and are there serious risks? A review of reviews. Pain 2011;152:755-64.
48. Vlaanderen.be. Overzicht van de gereglementeerde beroepen. Internet site van de Vlaamse Gemeenschap 2016. Beschikbaar via: http://www.vlaanderen.be/nl/onderwijs-en-wetenschap/diplomas-en-getuigschriften/overzicht-gereglementeerde-beroepen. Geraadpleegd maart 2016.
49. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind cross-over study. Headache. 1992 Nov;32(10):509-13.
50. Saper JR, Lake IA, Cantrell DT, Winner PK, White JR. Chronic daily headache prophylaxis with tizanidine: a double-blind, placebocontrolled, multicenter outcome study. Headache 2002;42(6):470-82.

Bijlage 1: Geadapteerde Duodecim richtlijn “spanningshoofdpijn” met hoofdpijndagboek

Spanningshoofdpijn

Een EBM-richtlijn

a. Doelgroep

Deze richtlijn heeft als doelgroep Belgische huisartsen.

b. Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn heeft betrekking op volwassenen met als diagnose spanningshoofdpijn in de eerstelijnsgeneeskunde.

c. Klinische vraag of vragen

KV1: Wat zijn de noodzakelijke anamnestische gegevens om de diagnose van spanningshoofdpijn vast te stellen?

KV2: Wat zijn noodzakelijke gegevens uit het klinisch onderzoek om de diagnose van spannings-hoofdpijn vast te stellen?

KV3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met vermoeden van spanningshoofdpijn, vereisen verder onderzoek?

KV4: Wat is de bijdrage van een hoofdpijndagboek in het stellen van de diagnose en opvolging van spanningshoofdpijn?

KV5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling van episodische spanningshoofdpijn?

KV6: Wat is de aangewezen eerstelijnsbehandeling bij chronische spanningshoofdpijn?

d. Kernboodschappen

KV1:

De volgende anamnestische criteria passen bij de diagnose van spanningshoofdpijn (2C):

- hoofdpijn is bilateraal, drukkend of spannend;
- de intensiteit van de pijn is mild tot matig;
- de pijn duurt 30 minuten tot 7 dagen;
- de last wordt niet verergerd door dagelijkse routine activiteiten;

- mogelijke bijkomende symptomen zijn:
    - fotofobie of sonofobie, niet beiden;
    - afwezigheid van braken;
    - nausea kan aanwezig zijn bij de chronische variant;

- omwille van behandelingsredenen wordt spanningshoofdpijn opgedeeld in:
    - episodisch: < 15 dagen / maandag;
    - chronisch: >15 dagen / maand.

KV2:

Het wordt aangeraden om een patiënt die zich voor de eerste keer aanmeldt met als klacht hoofdpijn *OF* een patiënt die zich aanmeldt met als klacht hoofdpijn die verschilt van zijn/haar gewoonlijke hoofdpijn, te onderwerpen aan de volgende onderdelen van het klinisch onderzoek (1C):

- algemeen gericht klinisch onderzoek, op geleide van anamnestische gegevens;
- neurologisch klinisch onderzoek;
- bloeddrukmeting.

Om een diagnose van spanningshoofdpijn te kunnen stellen dient het klinisch neurologisch onderzoek normaal te zijn (1B).

Pericraniale gevoeligheid bij manuele palpatie kan aanwezig zijn bij de patiënt met spanningshoofdpijn, maar is niet noodzakelijk voor het stellen van de diagnose (good practice point).

Men dient zeker te overwegen om bij zwangere patiënten gericht onderzoek uit te voeren ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP (good practice point).

KV3:

De volgende kenmerken uit anamnese of klinisch onderzoek vereisen nader onderzoek (2C):

- ernstige hoofdpijn;
- neurologische symptomen: sensomotorische uitval, zichtverlies, gehoorverlies, spraakverlies, Horner syndroom, pulsatiele tinnitus;
- mentale veranderingen: geheugenproblemen, irritatie, persoonlijkheidsveranderingen, hallucinaties, verminderd bewustzijn, emotionele veranderingen;
- verergering bij fysieke activiteit, hoesten, valsalva manoeuvre, rechtstaande positie of neerliggen;
- nekstijfheid;
- koorts al dan niet met fotofobie, sonofobie en braken;
- hypertensie (>180/120 mmHg);
- pijnlijke tand, oor, oog, kaak of sinus;
- hoofdpijn die chronisch van aard wordt of verergert;
- immunodeficiëntie;

- epilepsie;
- tekenen van hypothyroïdie;
- ‘thunderclap’ hoofdpijn (zeer plots opkomen);
- temporomandibulaire claudicatio of polymyalgia rheumatica;
- na trauma, chirurgie, angiografie of lumbaal punctie;
- tijdens zwangerschap of puerperium;
- tekenen van hart of leverfalen;
- middelenmisbruik;
- zweten, bleke huid en hartkloppingen;
- faciaal angioma;
- unilaterale ernstige nek of faciale pijn.

KV4:

Overweeg het gebruik van een hoofdpijndagboek in de diagnose van primaire hoofdpijnsyndromen (1C).

Overweeg het gebruik van een hoofdpijndagboek voor monitoring van hoofdpijnklachten, van therapeutische interventies en als basis voor overleg met de patiënt over zijn hoofdpijnklachten en de impact ervan (1C).

Vraag de patiënt bij gebruik van een hoofdpijndagboek om gedurende een periode van minimaal 8 weken de volgende elementen te noteren (1C):

- frequentie van hoofdpijnklachten;
- ernst van hoofdpijnklachten;
- duur van de hoofdpijnklachten;
- gebruik van medicatie bij hoofdpijn;
- mogelijke triggers;
- geassocieerde klachten;
- verband in de tijd met menstruatie.

KV5:

Om een acute aanval van spanningshoofdpijn te behandelen overweeg volgende behandelings-methoden:

- Niet-farmacologisch:
    - Een positieve diagnose met uitleg over de diagnose en geruststelling dat andere pathologieën kunnen uitgesloten worden (1B).
    - Erkennen dat hoofdpijn een medische aandoening is die impact kan hebben op de persoon zelf en/of zijn familie (1B).
    - Geef mondeling en schriftelijke uitleg over hoofdpijn (1B).
    - Vermeld het risico op medicamenteus geïnduceerde hoofdpijn (good practice point).
    - Er is weinig evidentie voor manuele therapie of acupunctuur in de acute setting (1B).

- Farmacologisch:
    - Start met paracetamol 1000mg (1A).
    - Indien onvoldoende controle: gebruik een NSAID. Ibuprofen 400mg is eerst keuze gezien het gunstige veiligheidsprofiel (1A).
    - Combinatiepreparaten bestaande uit aspirine, paracetamol en cafeïne kunnen overwogen worden (1B).
    - Opioïden hebben geen plaats in de behandeling van spanningshoofdpijn (good practice point).
    - Er is geen wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van spierontspannende medicatie (good practice point).

KV6:

De evaluatie en aanpak van psychische stress en overbelasting bij de patiënt, kunnen overwogen worden in de geïntegreerde therapeutische aanpak van chronische spanningshoofdpijn (2C).

Therapeutische interventies zoals de gerichte aanpak van stressoren, relaxatie therapie, mindfulness en fysieke activiteit kunnen hier mogelijks voor gebruikt worden (good practice point).

Kinesitherapie/manuele therapie kan overwogen worden in de aanpak van chronische spanningshoofdpijn (2C).

Er is heden geen evidentie voor het gebruik van profylactische medicatie in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn (2C).

Experten overwegen dat het voorkomen van zuivere chronische spanningshoofdpijn zeldzaam is. In geval van chronische hoofdpijnklachten dient de diagnose steeds kritisch bekeken te worden. Herevaluatie brengt mogelijk een migraneuze component aan het licht (good practice point).

Wanneer de patiënt met spanningshoofdpijn een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijnklachten, is er mogelijk sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) (good practice point).

e. Toelichting tot de aanbeveling

KV1:

Anamnese is zeer belangrijk voor het stellen van de diagnose van spanningshoofdpijn, aangezien er geen klinische of technische onderzoeken mogelijk zijn om deze diagnose te bevestigen.

In deze richtlijn wordt enkel vermelding gedaan van de anamnestische elementen die op spanningshoofdpijn kunnen wijzen. Peil tijdens de anamnese ook al naar klachten die bij andere primaire of secundaire hoofdpijnsyndromen passen. Om een idee te hebben op welke elementen gelet moet worden om een secundaire vorm op te sporen zie: aanbeveling betreffende klinische vraag 3.

KV2:

De diagnose van spanningshoofdpijn is een klinische diagnose, die voornamelijk berust op anamnestische criteria. De aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek bij de diagnose van spanningshoofdpijn zijn dan ook beperkt. De belangrijkste taak van het klinisch onderzoek is om samen met de anamnese “rode vlaggen” uit te sluiten. Aan de hand van anamnese kan geopteerd worden om het klinisch onderzoek verder uit te breiden.

Indien het aangewezen is om een neurologisch onderzoek uit te voeren, wordt aangeraden om volgende onderdelen te incorporeren:

- onderzoek van de craniale zenuwen, met aandacht voor de pupilreflex, het visuele veld, de oogvolgbewegingen, de kracht en sensibiliteit ter hoogte van het aangezicht, de symmetrie van de beweging van tong en zacht verhemelte;
- de kracht, sensibiliteit, reflexen en coördinatie van de ledematen;
- gang, met inclusie van teen- en hielstand;
- plantaire reflex.

Het vaststellen van pericraniale gevoeligheid bij palpatie kan bijkomende geloofwaardigheid geven aan de uitleg die de patiënt krijgt in het kader van de diagnose spanningshoofdpijn.

Pericraniale gevoeligheid kan vastgesteld worden door middel van manuele palpatie waarbij kleine draaiende bewegingen gemaakt worden met de tweede en derde vinger en met stevige druk uitgeoefend worden ter hoogte van de craniale en cervicale spieren (m. frontalis, m. temporalis, m. masseter, mm. pterygoidei, m. sternocleidomastoideus, mm. splenii en m. trapezius). De door de patiënt ervaren gevoeligheid krijgt per spier een score van 0-3. De scores kunnen opgeteld worden om een totale score te geven voor de pericraniale gevoeligheid.

De bespreking van het klinisch onderzoek voor de diagnose van pre-eclampsie en/of HELLP vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

KV3:

De lijst van “rode vlaggen” dient tijdens de anamnese en het klinisch onderzoek in gedachten gehouden te worden. Bij aanwezigheid van één of meerdere van deze kenmerken dient verder onderzoek te gebeuren. De uitdieping hiervan valt buiten het bestek van deze richtlijn.

KV4:

De aanbeveling voor het gebruik van het hoofpijndagboek steunt op beperkte evidentie. Het gebruik hiervan kan zeker overwogen worden, maar moet gezien worden als een aanvullende tool in de diagnose en monitoring van hoofdpijnklachten. Dat gezegd zijnde is het een goedkope en niet invasieve manier om verduidelijking te brengen in het soms moeilijke diagnostische proces van hoofdpijnklachten. Er zijn verschillende hoofdpijndagboeken beschikbaar online. In het kader deze richtlijn werd een hoofdpijndagboek opgesteld, dat ook als bijlage kan teruggevonden worden.

KV5:

Uitleg is belangrijk. Dit kan ook bijvoorbeeld door gebruik te maken van bestaande patiënten folders.

Medicamenteus wordt best gestart met paracetamol of ibuprofen. Indien hiermee onvoldoende pijncontrole verkregen wordt, kan men overschakelen op combinatiepreparaten. Mogelijke nadelen van deze laatste optie zijn de relatieve kost en de potentieel grotere neveneffecten zoals maaglast, duizeligheid en nervositas.

KV6:

De therapeutische interventies voor chronische spanningshoofdpijn zijn beperkt en weinig onderbouwd. Al de vermelde kernboodschappen dienen terughoudend benaderd te worden.

Voor de aanpak van stress worden in de kernboodschappen een aantal therapeutische mogelijkheden vermeld. Het toepassen hiervan en de keuze van welke interventie dient afgewogen te worden op basis van de patiënt en de situatie. Gezien de onduidelijkheid over het effect van deze interventies, is het niet mogelijk om specifiek toepasbare technieken aan te raden. Voor cognitieve gedragstherapie is momenteel geen evidentie. Indien er vermoeden bestaat dat de hoofdpijnklachten van de patiënt kaderen in het beeld van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, dient dit verder geëxploreerd te worden en zijn interventies zoals cognitieve gedragstherapie mogelijks wel van toepassing. Dit kadert buiten het bestek van deze richtlijn.

Voor het toepassen van manuele therapie/kinesitherapie zijn te weinig gegevens om advies te geven over specifieke technieken die de voorkeur genieten in de behandeling van chronische spannings-hoofdpijn.

f. Basis voor de aanbeveling

KV1:

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

De NICE[1] en de SIGN[2] richtlijn werden geselecteerd als basis omdat zij van alle gevonden richtlijnen de hoogste AGREE score kregen. Hun aanbevelingen omtrent anamnestische kenmerken was gebaseerd op de ICHD-2 criteria (International Classification of Headache Disorders) van IHS (International Headache Society)[3]. Er werd geen andere literatuur gevonden over dit onderwerp. Ondertussen bestaat er een ICHD-3 bèta classificatie, dewelke gebruikt werd als basis voor deze herziene aanbeveling[4]. Deze criteria zijn wel internationaal erkend en aanvaard, maar gebaseerd op consensus. Daarom krijgt deze aanbeveling een evidentieniveau van 2C.

b. Beschrijving van de eventuele aanvullende informatie

Er werd een bijkomende literatuursearch uitgevoerd via Trip database, Cochrane library en Medline. Er werd geen bijkomende recente relevante evidentie weerhouden.

c. Beschrijving van de eventuele consensus procedure

De criteria werden overgenomen uit ICDH-3 bèta[4].

KV2:

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Er werd vertrokken vanuit de Engelstalige versie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[5]. Bij aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek bij spanningshoofdpijn vermeldt deze richtlijn het volgende: "*Neurological status is normal. On palpation some patients have temporal or occipital tenderness as well as tension of the neck and shoulders*". Voor het bekomen van deze aanbevelingen werd vertrokken vanuit een overzichtsartikel uit the BMJ, 2008[6]. Hierin wordt enkel vermelding gegeven van ICHD-2[3] als bron van evidentie omtrent het klinisch onderzoek bij spanningshoofdpijn en meer specifiek voor het onderdeel m.b.t. aanwezigheid van pericraniale gevoeligheid bij spanningshoofdpijn. Verder werd er geen vermelding gegeven van de evidentie waarop de aanbevelingen gestoeld zijn.

Daarna werd verder gezocht in de SIGN[2] en NICE[1] richtlijnen naar aanbevelingen met betrekking tot deze klinische vraag. In de NICE richtlijn[1] werd vermelding gegeven van een normaal neurologisch onderzoek bij spanningshoofdpijn, maar zonder vermelding van evidentie. In de SIGN richtlijn[2] werden volgende aanbevelingen gegeven:

1. *"Patients presenting with headache for the first time or with headache that differs from their usual headache should have a clinical examination, a neurological examination including fundoscopy (if available in the primary care setting), and blood pressure measurement"*
2. *"A diagnosis of tension-type headache should be considered in a patient presenting with bilateral headache that is non-disabling where there is a normal neurological examination."*

b. Beschrijving van de aanvullende informatie

Omwille van het gebrek aan evidentie in de voornoemde richtlijnen, werd de NHG-standaard "Hoofdpijn"[7] geraadpleegd. De aanbevelingen hieruit kwamen in grote lijnen overeen met die uit de SIGN richtlijn[2], maar met specifiekere instructies over wanneer welke onderdelen van het klinisch onderzoek uit te voeren. Ook hier weer geen vermelding van de evidentie.

Daarnaast werd de internationale classificatie voor hoofdpijn aandoeningen: ICHD-2[3], alsook de recentere versie ICHD-3 bèta[4] doorgenomen omwille van vermelding als bron voor de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[5]. De ICHD-3 bèta is een standaardwerk voor de classificatie van hoofdpijn aandoeningen en zegt het volgende:

"*Pericranial tenderness is easily recorded by manual palpation by small rotating movements and a firm pressure (preferably aided by use of a palpometer) with the second and third fingers on the frontal, temporal, masseter, pterygoid, sternocleidomastoid, splenius and trapezius muscles. Local tenderness scores of 0-3 for each muscle can be summed to yield a total tenderness score for each individual. Palpation is a useful guide for treatment strategy. It also adds value and credibility to the explanations given to the patient. Increased tenderness is most likely of pathophysiological importance."*

Een bijkomende literatuurstudie werd uitgevoerd via Trip database, Cochrane library en Medline (pubmed) voor recentere literatuur met betrekking tot deze klinische vraag. Er werd geen bijkomende relevante evidentie gevonden.

c. Beschrijving van de consensus procedure

De beide aanbevelingen van de SIGN guideline[2] werden gebruikt voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn omwille van o.a. de duidelijkste evidence link, de toepasbaarheid, de voordelen van een tijdige doorverwijzing bij afwijkingen in het klinisch onderzoek, de beperkte kost, het weinig invasieve karakter en het gebrek aan andere uitgebreide aanbevelingen. Uit de tweede aanbeveling van de SIGN richtlijn[6] werd enkel het deel over het klinisch onderzoek overgenomen voor de aangepaste aanbeveling.

De evidentie die aan de basis ligt van de twee aanbevelingen uit de SIGN richtlijn[2] werd beoordeeld als respectievelijk laag en matig van niveau. Beide aanbevelingen hadden een positieve verhouding voordelen t.o.v. nadelen, waren kosteneffectief en waren toepasbaar in de Belgische zorgcontext. Aanbeveling 1 kreeg daarom een GRADE 1C, aanbeveling 2 een GRADE 1B.

Er werd geopteerd om de aanbevelingen uit de NHG standaard[7] niet te vermelden in de geadapteerde richtlijn omwille van de beperkte toevoeging van deze aanbevelingen ten opzichte van de SIGN richtlijn[6] wat betreft inhoud, alsook omwille van de afwezigheid van vermelding van evidentie. Er werd uitzondering gemaakt voor de aanbeveling "*Bij zwangeren: gericht onderzoek ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP*". Er werd gekozen om hier wel vermelding van te maken omdat deze aanbeveling niet vermeld werd in de SIGN richtlijn[2], omwille van het frequente contact van de huisarts met de zwangere patiënt, omwille van de potentieel levensbedreigende gevolgen van deze aandoeningen en het gemakkelijk toepasbare en niet-invasieve karakter van de onderzoeken ter uitsluiting hiervan. Omwille van het gebrek van vermelding van evidentie kon er geen GRADE score toegekend worden aan deze aanbeveling. We spreken hier van een "good practice point": deze aanbeveling kan overwogen worden.

Initieel werd de aanbeveling met betrekking tot pericraniale gevoeligheid niet weerhouden, omdat de aan- of afwezigheid van pericraniale gevoeligheid geen verschil maakt in de diagnose van spanningshoofdpijn. In de classificatie van de ICHD-3 bèta[4] wordt een opdeling gemaakt van alle types spanningshoofdpijn met en zonder de aanwezigheid van pericraniale gevoeligheid. Op vraag van de artsen die de eerste versie van de aanbevelingen beoordeeld hebben, werd er door middel van deze aanbeveling alsnog verduidelijking gegeven omtrent het klinisch onderzoek van de craniale en cervicale spieren bij spanningshoofdpijn.

De ICHD-3 bèta[4] geeft geen verwijzing naar de bron van evidentie waar deze adviezen op gebaseerd zijn. Het is dan ook niet mogelijk om een graad van aanbeveling te geven. Deze aanbeveling kreeg de beoordeling "good practice point".

KV3:

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Er werd gebruik gemaakt van de ICHD-3 bèta[4]. Deze criteria zijn internationaal aanvaard, maar gebaseerd op een consensus procedure. Daarom krijgt de aanbeveling gebaseerd op deze informatie een evidentieniveau van 2C.

b. Beschrijving van de eventuele aanvullende informatie

Er werd een bijkomende literatuursearch uitgevoerd via Trip database, Cochrane library en Medline. Er werd geen bijkomende recente relevante evidentie weerhouden.

c. Beschrijving van de consensus procedure

De criteria voor secundaire hoofdpijnvormen werden opgelijst en vergeleken met de criteria voor primaire hoofdpijnvormen. De kenmerken die voorkomen bij secundaire, maar niet bij primaire vormen werden geselecteerd vermits hun aanwezigheid nader onderzoek vereist.

KV4:

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

In de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[5] is geen vermelding van aanbeveling voor het gebruik van het hoofdpijndagboek. Er werd gezocht naar aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van het hoofdpijndagboek in de SIGN[2] en NICE[1] richtlijnen. De SIGN richtlijn[2] zegt: "*Practitioners should consider using headache diaries and appropriate assessment questionnaires to support the diagnosis and management of headache*". De NICE richtlijn[1] beveelt het gebruik van het hoofdpijndagboek aan. Hun aanbevelingen luiden:

1. *Consider using a headache diary to aid the diagnosis of primary headaches.*
2. *If a headache diary is used, ask the person to record the following for a minimum of 8 weeks: frequency, duration and severity of headaches, any associated symptoms, all prescribed and over the counter medications taken to relieve headaches, possible precipitants, relationship of headaches to menstruation.*
3. *Consider using a headache diary: to record the frequency, duration and severity of headaches, to monitor the effectiveness of headache interventions, as a basis for discussion with the person about their headache disorder and its impact.*

b. Beschrijving van de eventuele aanvullende informatie

Er werd een bijkomende literatuursearch uitgevoerd via Trip database, Cochrane library en Medline. Er werd geen bijkomende recente relevante evidentie weerhouden.

c. Beschrijving van de consensus procedure

Er werd geopteerd om de aanbevelingen in het voordeel van het gebruik van het hoofdpijndagboek over te nemen naar de geadapteerde richtlijn. Deze beslissing werd genomen ondanks de

afwezigheid van vermelding in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[5] en de lage evidentie niveaus van de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen. Redenen om deze aanbevelingen te incorporeren waren de consequente aanbevelingen in alle geraadpleegde richtlijnen, de afwezigheid van andere diagnostische tools, het niet invasieve karakter en de beperkte kost. Er wordt geoordeeld dat de voordelen hier groter zijn dan de nadelen.

Er werd gekozen voor het gebruik van de aanbevelingen uit de NICE richtlijn[1] voor adaptatie omdat deze richtlijn de meest recente van de geselecteerde richtlijnen was, alsook omwille van de duidelijkste evidence link en het uitgebreidere en meer praktisch toepasbare karakter van de aanbevelingen.

Het niveau van evidentie van de drie weerhouden aanbevelingen uit de NICE richtlijn[1] werd als laag ingeschat. De aanbevelingen werden alle drie beoordeeld als toepasbaar in de Belgische zorgcontext, en kostenefficiënt. De voordelen overtreffen vermoedelijk ook de nadelen gezien het niet invasieve karakter en het gebrek aan andere diagnostische tools. Op basis van deze beoordeling kregen alle drie de aanbevelingen een GRADE 1C.

KV5:

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Zowel de NICE[1] als de SIGN[2] richtlijn werden gebruikt als basis voor de adaptatie. De niet-farmacologische benadering uit de NICE richtlijn[1] werd overgenomen. Gezien de informatie uit de geselecteerde bronnen onvolledig was betreffende de medicamenteuze behandeling, werd beslist om de aanbeveling niet rechtstreeks over te nemen. De in de NICE[1] en SIGN[2] reeds geselecteerde literatuur werd gerevalueerd en aangevuld met nieuwe literatuur met tevens meer aandacht voor de posologie. De SIGN richtlijn[2] adviseert: *"Aspirin and paracetamol are recommended for acute treatment in patients with tension- type headache"*. De NICE richtlijn[1] beschrijft: "*Consider aspirin, paracetamol or an NSAID for the acute treatment of tension-type headache, taking into account the person's preference, comorbidities and risks of adverse events".*

b. Beschrijving van de aanvullende informatie

Er werd een controle zoektocht verricht via Medline, Cochrane database en Trip database om te achterhalen of er geen artikels over het hoofd waren gezien bij het opstellen van de NICE[1] en SIGN[2] richtlijnen. Voor de NICE richtlijn[1] werden geen extra artikels gevonden. Voor de SIGN richtlijn[2] werden tien bijkomende artikels gevonden[8-17]. Zes hiervan werden reeds geselecteerd in de NICE richtlijn[8-13]. Eén artikel was geselecteerd[14] in de NICE richtlijn[1] maar onder een andere versie[12]. Drie artikels dateerden van voor de zoektocht naar literatuur door de makers van de NICE richtlijn[15-17]. Er werd ook gezocht naar bijkomende informatie uit de periode na de literatuurzoektochten uitgevoerd voor het opstellen van de SIGN[2] en NICE[1] richtlijnen. Hiermee werden nog vijf bijkomende artikels geselecteerd. Twee uit de Cochrane database[18-19] en drie via Medline[20-22].

Paracetamol:
Zowel volgens de NICE[1] als volgens de SIGN[2] richtlijn heeft paracetamol een plaats in de behandeling van een acute aanval van spanningshoofdpijn. De bron die in de SIGN[2] hiervoor terug te vinden is staat ook in de bronnenlijst van de NICE richtlijn[1]. De NICE richtlijn[1] heeft nog zeven andere bronnen

voor deze aanbeveling[8-10,13,23-25]. De vier extra bronnen (een multicenter RCT, een analyse van 4 RCT's, een meta-analyse en een guideline) die hierover gevonden zijn, bevestigen nogmaals de rol van paracetamol[13,20-22]. De meeste studies onderzoeken paracetamol 1000mg en tonen een significant verschil aan met placebo[8-10,13,20-22,24-26]. De behandeling met paracetamol 500mg is minder onderzocht, maar er kon geen verschil worden aangetoond met placebo[13,23,26]. BCFI geeft als aanbeveling om bij pijn als eerste stap paracetamol aan te bevelen gezien het gunstige veiligheidsprofiel[27].

NSAID:
NSAID's blijken effectief bij de behandeling van spanningshoofdpijn. De meest onderzochte moleculen zijn: aspirine[13,21-22,26], ibuprofen[11,15-16,19,21-22,24], ketoprofen[8,10,16,21-23,], naproxen[9,16,21-22] en diclofenac[11,21-22]. Over welke dosis het meest aangewezen is, is weinig duidelijkheid. Volgens een recente systematic review van 152 studies met in totaal 17523 patiënten bleken NSAID's effectiever dan paracetamol en zou er tussen de NSAID's onderling geen significant verschil zijn qua vermindering van de hoofdpijn[21]. Volgens diezelfde review wordt er aangeraden om ibuprofen te gebruiken aangezien dit minder bijwerkingen vertoonde[21].

Combinatiepreparaten met cafeïne:
Een meta-analyse van 6 RCT's uit 1980 toonden al aan dat cafeïne toevoegen aan bestaande medicatie een beter effect had op het verminderen van de hoofdpijn intensiteit bij spanningshoofdpijn. Zowel voor de combinatie paracetamol + cafeïne als voor de combinatie van paracetamol + aspirine + cafeïne was het effect meer dan voor paracetamol alleen of placebo. Er waren wel meer gerapporteerde neveneffecten bij cafeïne zoals duizeligheid, maaglast en nervositas[17]. Recent werden deze studies herbekeken, met als doel het effect aantonen van de combinatie bestaande uit aspirine 250 + paracetamol 250mg + cafeïne 65mg, waarvan 2 tabletten tegelijk moeten worden genomen. Dit was effectiever dan placebo en paracetamol wat betreft hoofdpijnvermindering na 2 uur[20]. Het werd niet vergeleken met NSAID's. We noteren wel dat deze analyse gesponsord is door farmaceutische bedrijven. In 2005 werd een multi-centrum, gerandomiseerde, dubbel blinde placebo gecontrolleerde parallel studie gepubliceerd met 1743 patiënten die ook aantoonde dat de combinatie van aspirine, paracetamol en cafeïne significant beter was dan de combinatie zonder cafeïne, aspirine alleen, paracetamol alleen, cafeïne alleen of placebo wat betreft vermindering van de hoofdpijnintensiteit gedurende 4 uur[13].

Opioïden:
Dit wordt afgeraden in de NICE richtlijn[1] omdat er geen studies over zijn en omdat volgens de GDG deze producten meer nadelen hebben zoals o.a. het ontstaan van medicamenteus geïnduceerde hoofdpijn en afhankelijkheid. Gezien er geen nieuwe informatie weerhouden is en we het eens zijn met de GDG, blijft deze aanbeveling behouden.

Spierontspanners:
Gezien de afwezigheid van studies betreffende het effect van benzodiazepines of andere spierontspanners en hun effect op spanningshoofdpijn wordt hier geen aanbeveling over geformuleerd.

Niet-farmacologisch:
De NICE richtlijn[1] geeft de aanbeveling om informatie te verstrekken aan de patiënt. Gezien hierover geen nieuwe literatuur gevonden werd en deze interventie veilig en goedkoop is, behouden we deze aanbeveling.

Verder is er bij acute spanningshoofdpijn weinig onderzoek gedaan naar acupunctuur en manuele therapie. We vonden twee meta-analyses, maar beiden konden geen duidelijk voordeel aantonen in de rol van acute behandeling. Mogelijk is er wel een rol in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Betreffende acupunctuur gaat het om een meta-analyse van 11 studies met 2317 delenemers in totaal[28]. Manuele therapie werd onderzocht in een meta-analyse van 5 RCT met 348 patiënten[18]. Beide meta-analyses baseren zich op studies van matige kwaliteit.

c. Beschrijving van de consensus procedure

De niet farmacologische benadering werd overgenomen uit de NICE richtlijn[1]. Voor de medicamenteuze behandeling werden alle artikels doorgenomen. Tevens valt op te merken dat er geen enkele studie terug te vinden is die het gebruik van spierontspanners bestudeert. Het afraden van opioïden is overgenomen uit de NICE richtlijn[1] aangezien ook hierover weinig evidentie is en de nadelen significant zijn.

KV6:

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Er werd vertrokken vanuit de oorspronkelijke Engelstalige versie van de Duodecim richtlijn “Tension-type headache”[5]. Deze geeft de volgende aanbevelingen in verband met de therapeutische aanpak van chronische spanningshoofdpijn:

1. *Stopping excess use of analgesics if such occurs*
2. *Physical exercise, (nordic) walking (no gym or running)*
3. *Massage, sauna*
4. *Ergonomics evaluation at workplace*
5. *Relaxation; e.g. yoga and pilates are to be recommended. Assessment of stress factors: is it possible to intervene?*
6. *Physiotherapy, orthopaedic manual physical therapy (OMT)*
7. *Acupuncture*
8. *Injections of local anaesthetics and/or corticosteroids to trigger points*
9. *Medication:*
    - *Amitriptyline 10–25 mg in the evening. Adverse effects include fatigue, dry mouth, dizziness.*
    - *Combination of amitriptyline and chlordiazepoxide 1–2 tablets in the evening (12.5–25 mg/5–20 mg depending on the preparation). Not for more than 3 months.*
    - *Nortriptyline 25–50 mg in the evening; the dose may be increased if needed whilemonitoring for adverse effects. Adverse effects the same as with amitriptyline.*
    - *Tizanidine 6 mg/day, either alone or combined with other drugs.*

Medication is continued for 1–3 months depending on the case.

10. *The benefits of botulinum toxin treatment for tension headache are marginal.*

Als bron wordt een overzichtsartikel uit the BMJ van 2008[6] vermeld. Daarnaast wordt nog één ander artikel geciteerd i.v.m. het gebruik van injecties botuline a toxine bij spanningshoofdpijn[29].

In de SIGN richtlijn[2] werd één aanbeveling teruggevonden. Deze aanbeveling had betrekking op het gebruik van TCA: "*Tricyclic antidepressants, particularly amitriptyline, 25-150 mg per day, are recommended as the agents of choice where prophylactic treatment is being considered in a patient with chronic tension-type headache".* Als basis voor deze aanbeveling vertrekt men van een meta-analyse die een bespreking geeft van het effect van antidepressiva als profylactische medicatie bij zowel migraine als spanningshoofdpijn[30]. Bij de bespreking van deze meta-analyse in de richtlijn zelf wordt voornamelijk gesproken van een meerwaarde van TCA tegenover SSRI's, maar niet tegenover placebo.

De NICE richtlijn[1] geeft twee aanbevelingen:

1. *The GDG decided that there was not enough evidence to make a recommendation for the pharmacological prophylactic treatment of tension type headaches.*
2. *Consider a course of up to 10 sessions of acupuncture over 5–8 weeks for the prophylactic treatment of chronic tension-type headache.*

Verder werden ook Belgische EBM-bronnen geraadpleegd. Er werden drie Minerva artikels weerhouden[31-33]. Eén artikel bespreekt het effect van acupunctuur op spanningshoofdpijn[31] met als conclusie dat vooralsnog onvoldoende gegevens bestaan om hier een uitspraak over te doen. De twee anderen behandelen het gebruik van profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn. Het eerste vergeleek het effect van TCA t.o.v. SSRI's met aanbeveling in het voordeel van de TCA tegenover SSRI's[32]. Het tweede artikel vermeldt een gebrek aan evidentie voor het aanraden van profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn[33]. Dit wordt herhaald in een weerhouden artikel van het BCFI[34].

b. Beschrijving van de aanvullende informatie

Gezien de eerder besproken tegenstrijdige en beperkte aanbevelingen werd verder gezocht naar aanvullende informatie. Er werd gezocht via Trip database, Cochrane Library en Medline (Pubmed).

Er werd één relevante Cochrane review gevonden[35]. Deze geeft een bespreking van het profylactisch gebruik van SSRI's versus TCA in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn.

Daarnaast werden drie studies gevonden met betrekking tot stress en spanningshoofdpijn[36-38]. Het betreft zeer zwakke studies, waarvan twee fysiologische studies[37-38] en één studie die d.m.v. vragenlijsten het weinig specifieke en subjectieve verband tussen stress en "stress-gerelateerde lichamelijke klachten zoals o.a. hoofdpijn" vastlegt[36]. Geen enkel van de drie studies bespreekt een therapeutische interventie. Er werden twee studies weerhouden m.b.t. mindfulness en spanningshoofdpijn[39-40]. Ook hier betrof het studies met duidelijke bemerkingen op kwaliteit van evidentie. De eerste studie[39] vertoonde o.a. selectiebias (patiënten werden gerekruteerd via de media,...), beperkte sample size, hoge drop-out rate en een beperkt effect. De tweede studie[40] was

weinig specifiek (spanningshoofdpijn, niet chronische spanningshoofdpijn), had een beperkte sample size en had als outcome enkel ernst van de pijn, niet de frequentie van de pijn. Deze studies gaven beiden positieve resultaten weer voor de behandeling van spanningshoofdpijn met mindfulness.

Verder werden een aantal studies weerhouden die handelen over kinesitherapie/manuele therapie in de behandeling van spanningshoofdpijn. Eén systematische review[41], één literatuurstudie[42] en drie RCT's[43-45]. Al deze artikels waren van lage kwaliteit. Zo bespraken de systematische review[41] en de literatuurstudie[42] studies met kleine sample sizes en werden er verschillende technieken gebruikt als interventie met ook diverse outcomes als resultaat. De RCT's[43-45] vertoonden beperkingen zoals randomisatiebias, beperkte sample size en het niet nagaan van concommitant medicatiegebruik. We vermelden wel dat de resultaten van al deze studies in het voordeel waren van het gebruik van manuele therapie bij spanningshoofdpijn.

Er werd één artikel weerhouden in de bespreking van het gebruik van lokale injectie lidocaïne in trigger points bij spanningshoofdpijn[46]. Het resultaat van deze studie gaf een beperkte verbetering van de klachten weer.

Na het uitvoeren van deze literatuur search werd duidelijk dat ook in de recente literatuur weinig terug te vinden viel over behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Er werd besloten om alsnog de NHG standaard[7] te raadplegen. Voor chronische spanningshoofdpijn vermeldt deze richtlijn:

1. *Wanneer de patiënt een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijnklachten, is er mogelijk sprake van SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten).*
2. *Over de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling van chronische spannings-hoofdpijn (≥ 15 dagen per maand) is de literatuur niet eenduidig. Op grond van het beschikbare onderzoek kan geen concrete aanbeveling worden gegeven.*
3. *Wanneer de klachten onderdeel uitmaken van een chronisch klachtenpatroon, wat vraagt om een meer individuele benadering, behoren gedragspsychologische interventies en* manuele *therapie tot de mogelijkheden. De effectiviteit van deze interventies is niet eenduidig, zodat wordt aanbevolen hiermee terughoudend te zijn.*

Voor de aanbeveling van de NHG standaard[7] die vermelding geeft van spanningshoofdpijn als SOLK, wordt geen verwijzing naar onderliggende evidentie gedaan. De aanbeveling i.v.m. profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn is gebaseerd op de systematische review van Verhagen et al, 2010[47] en een meta-analyse van Jackson et al, 2010[48]. Deze artikels vormen ook de basis voor het besprekingsartikels van Minerva[32-33] die hierboven vermeld werden. Voor de bespreking van gedragspsychologische interventies zoals relaxatieoefeningen en cognitieve gedragstherapie baseert de NHG standaard[7] zich op een systematische review van Verhagen et al, 2009[49]. De resultaten zijn tegenstrijdig voor de effectiviteit van ontspanningstherapie en leveren geen evidentie voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. De aanbevelingen in verband met manuele therapie worden afgeleid vanuit de studie van Castien et al, 2011[50]. Hieruit concluderen zij dat manuele therapie verbetering van de klachten kan geven bij spanningshoofdpijn, maar dat de evidentie van matige kwaliteit is.

c. Beschrijving van de consensus procedure

De consensus procedure betreffende klinische vraag 6 wordt hieronder besproken. Gezien de uitgebreidheid van de aanbevelingen hiervoor in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn "Tension-type headache"[5], wordt deze bespreking voor de duidelijkheid onderverdeeld per oorspronkelijke aanbeveling. Deze oorspronkelijke aanbevelingen worden schuingedrukt weergegeven.

"Stopping excess use of analgesics if such occurs": Er werd besloten om deze aanbeveling weg te laten uit dit onderdeel van de richtlijn, omdat het differentiëren tussen medicatie geïnduceerde hoofdpijn en spanningshoofdpijn reeds in de anamnese dient te gebeuren, alsook omdat er hier al vermelding van wordt gemaakt bij de bespreking van de acute behandeling van spanningshoofdpijn (KV5).

"Physical exercise, (nordic) walking (no gym or running)": Er werd besloten om deze aanbeveling weg te laten in de aangepast richtlijn omwille van de beperkte evidentie. We vermelden dat fysieke activiteit eventueel aangeraden kan worden aan patiënten met spanningshoofdpijn omwille van het mogelijke effect op stress en/of depressie, dat mee kan spelen in de etiologie van chronische spanningshoofdpijn. Daarnaast kan fysieke activiteit een algemeen gezondheidsvoordeel opleveren voor de patiënt.

"Massage, sauna": Er werd besloten om deze aanbeveling niet te weerhouden voor de geadapteerde richtlijn. Er is geen onderbouwende evidentie. Er wordt een korte vermelding gegeven in de SIGN richtlijn[2], maar met inconclusieve resultaten. Wel dient vermeld te worden dat er overlap kan zijn tussen massage en manuele therapie en dat de aanbeveling omtrent het gebruik van manuele therapie daarom mogelijk ook massage omvat.

"Ergonomics evaluation at workplace" : Er werd geopteerd om deze aanbeveling niet te incorporeren in de geadapteerde Duodecim richtlijn, omwille van de potentieel hoge kost van ergonomische aanpassingen in de werkomgeving, en de afwezigheid van literatuur om deze stelling te ondersteunen.

"Relaxation; e.g. yoga and pilates are to be recommended. Assessment of stress factors: is it possible to intervene?": Er werd geopteerd om de aanpak van stress als aanbeveling te formuleren in de geadapteerde versie van de Duodecim richtlijn, ondanks de afwezigheid van sterke evidentie uit de literatuur. Deze keuze steunt op twee elementen die werden weerhouden uit de verzamelde evidentie. Eerst is er de voorzichtige vermelding van stress als mogelijke etiologische en/of onderhoudende factor van spanningshoofdpijn. Zo wordt er in de NHG- standaard[7] vermelding gedaan van 'spanning' en overbelasting als oorzakelijke en/of onderhoudende factoren bij spanningshoofdpijn. Hier is geen vermelding van onderliggende evidentie. Daarnaast geven ze ook aan dat bij chronische spanningshoofdpijn in sommige gevallen gedacht moet worden aan SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Dit geeft aan dat men denkt aan een mogelijke psychosomatische component bij chronische spanningshoofdpijn. De bijkomende recentere studies[36-38] waren zeer zwak en weinig relevant gezien de afwezigheid van een therapeutische interventie. De resultaten wezen wel in de richting van een mogelijke correlatie tussen stress en (spanningshoofd)-pijn.

Als tweede element wordt opgemerkt dat een aantal bronnen omzichtige aanbevelingen geven voor het toepassen van stress reductie in de aanpak van spanningshoofdpijn. Zo vermeldt de SIGN richtlijn[2] het mogelijke voordeel van stress reductie bij chronische spanningshoofdpijn. De NHG-standaard[7] geeft aan dat "gedragspsychologische interventies" mogelijk een positief effect kunnen hebben. Verder zijn er nog twee studies met betrekking tot mindfulness[39-40] (normaal een methode voor stress reductie) als aanpak van spanningshoofdpijn. Hier waren sterke bemerkingen op de kwaliteit van de studie, maar de resultaten waren wel positief voor het gebruik van mindfulness voor spanningshoofdpijn.

Naast deze voorzichtige aanwijzingen uit de literatuur vermelden we als bijkomende reden voor het toepassen van stress reductie, het potentiële algemene gezondheidsvoordeel.

De kernboodschap die geformuleerd werd m.b.t "aanpak van psychische stress en overbelasting" is gebaseerd op de hierboven vermelde gegevens. De kwaliteit van deze evidentie werd als laag beoordeeld. Deze therapeutische interventie is niet-invasief. Mogelijke nadelen zijn het engagement dat gevraagd wordt van de patiënt en de potentiele kost. Deze interventie is toepasbaar in de Belgische zorgcontext. We bemerken echter wel lange wachttijden voor psychologen in België. De GRADE die op basis van deze factoren werd toegekend is 2C.

De kernboodschap met betrekking tot "methoden voor stress reductie" is ook gebaseerd op de bovenvermelde literatuur. We bemerken echter dat de evidentie voor specifieke methodes nog veel beperkter is dan voor het wel dan niet toepassen van stress reductie. Gezien deze beperking werd deze aanbeveling als "good practice point" bestempeld.

De kernboodschap met betrekking tot "spanningshoofdpijn als SOLK" is gebaseerd op de NHG standaard[7]. Hier is geen vermelding van evidentie. Er werd toch geopteerd om dit te integreren in de geadapteerde richtlijn omwille van het soms persisterende karakter van chronische spannings-hoofdpijn en de noodzaak om kritisch te blijven voor mogelijke onderliggende factoren. Om dezelfde reden werd gekozen voor de aanbeveling met betrekking tot de mogelijke "overlap van spanningshoofdpijn en migraine". Deze aanbeveling is gebaseerd op expert consensus en wordt vermeld in de NICE-richtlijn[1]. Beide aanbevelingen krijgen door het gebrek aan onderliggende evidentie de beoordeling "good practice point".

"Physiotherapy, orthopaedic manual physical therapy (OMT)": De evidentie omtrent het gebruik van manuele therapie bij chronische spanningshoofdpijn is beperkt van kwaliteit en niet eenduidig. Evidentie wijst in de richting van een mogelijk voordelig effect van manuele therapie op chronische spanningshoofdpijn. De NICE richtlijn[1] geeft vermelding van een potentieel positief effect op basis van een aantal studies, maar zonder een aanbeveling hiervoor omwille van de beperkte bewijskracht van deze studies (evidence low to very low). Ook de NHG- standaard[7] bespreekt een mogelijk positief effect. Zij geven wel een aanbeveling voor het gebruik van manuele therapie, maar met vermelding van terughoudendheid voor de toepassing hiervan omwille van weinig eenduidige evidentie. Bij de verdere literatuursearch werden vijf artikels weerhouden, waarvan één systematische review[41], één literatuurbespreking[42] en drie RCT's[43-45] Dit is veel in vergelijking met de literatuur die gevonden werd voor de andere besproken interventies. Alle vijf deze artikels vertonen kwalitatieve beperkingen. Ze spreken allen van een positief effect van manuele therapie op spanningshoofdpijn.

De NICE richtlijn[1] geeft een bespreking van de mogelijke neveneffecten van manuele therapie: "*Overall the evidence indicates that the risk of a major adverse event (such as stroke) is low to very low, although minor short-lived side effects (e.g. soreness) are relatively common*". Over de voorkeur van de patiënt voor het wel dan niet toepassen van deze interventie is weinig gekend. Eén van de besproken RCT's[43] geeft aan dat in deze studie een meerderheid van de patiënten voorkeur gaf aan manuele therapie t.o.v. een gewone standaard opvolging door de huisarts.

Er werd geopteerd om een aanbeveling te geven voor het gebruik van manuele therapie bij chronische spanningshoofdpijn. Argumenten hiervoor zijn het potentieel positieve effect dat weerhouden wordt uit de literatuur, het relatief grote aantal studies die aanwijzingen geven hiervoor, het lage risico op ernstige neveneffecten, het gebrek aan andere therapeutische interventies, de mogelijke voorkeur van patiënten voor deze interventie en de ruime bekendheid en beschikbaarheid van kinesitherapie/manuele therapie in de Belgische zorgcontext, wat drempelverlagend kan werken. Gezien de beperkte evidentie wordt deze aanbeveling echter zeer voorzichtig geformuleerd, om mee te geven dat terughoudendheid aan te raden is. Daarbij is er te weinig evidentie om uitspraken te doen over welke specifieke technieken de voorkeur genieten. Op basis van deze redenen kreeg de kernboodschap m.b.t het gebruik van kinesitherapie/manuele therapie bij spanningshoofdpijn als beoordeling van graad van aanbeveling: GRADE 2C.

"Acupuncture ": De NICE richtlijn[1] pleit voor het gebruik van acupunctuur voor de behandeling van chronische spanningshoofdpijn, ondanks de beperkte evidentie. De meest recente bron van evidentie die vermeld wordt is een Cochrane review uit 2009[28]. Daarnaast vermelden ze als reden voor positieve aanbeveling: weinig complicaties en/of neveneffecten, een gebrek aan andere profylactische behandeling en een mogelijke positieve kosteneffectiviteit. Deze potentiële kosteneffectiviteit, wordt geëxtrapoleerd vanuit resultaten betreffende de behandeling van migraine met acupunctuur. Het argument voor deze extrapolatie is de mogelijke overlap tussen chronische spanningshoofdpijn en migraine. De NHG-standaard[7] geeft een bespreking van de Cochrane review die ook als bron gebruikt wordt door de NICE richtlijn[1] en vermeldt het volgende: "*er zijn aanwijzingen dat manuele therapie en acupunctuur enige verbetering kunnen geven van spanningshoofdpijn, maar de onderzoeken zijn van matige kwaliteit en de klinische relevantie van het effect is onduidelijk".* Vervolgens geeft de NHG-standaard[7] voorzichtige aanbevelingen voor het gebruik van manuele therapie, maar geen aanbeveling voor het gebruik van acupunctuur. In het artikel van Minerva[31] dat een bespreking geeft van een systematische review van Ernst et al, 2011[51] lezen we het volgende: "*Dit overzicht van systematische reviews over de werkzaamheid en veiligheid van acupunctuur voor de behandeling van pijn toont aan dat de resultaten van de verschillende reviews contradictorisch zijn en dat de methodologische kwaliteit van de originele studies vaak zwak is. Bij gebrek aan cijfermateriaal is een conclusie uit deze studie onmogelijk*". Er moet daarnaast in acht genomen worden dat acupuncturist in België geen gereglementeerd beroep is[52] en de bekendheid en beschikbaarheid van acupunctuur in België mogelijk beperkt is. Om die redenen, in combinatie met de tegenstrijdige gegevens uit de literatuur, werd besloten om deze aanbeveling niet te incorporeren in de geadapteerde aanbeveling. Verdere onderzoeken brengen hier in de toekomst mogelijk verandering in.

"Injections of local anaesthetics and/or corticosteroids to trigger points": Er werd geen vermelding gedaan van deze interventie in de geselecteerde richtlijnen. Er werd één bijkomende studie gevonden[46]. Gezien de beperkte evidentie, maken we geen vermelding van deze therapeutische

interventie in de geadapteerde richtlijn. Bijkomend argument hiervoor is het matig invasieve karakter van deze interventie.

"Medication (voor volledige aanbeveling zie: "beschrijving van de evidentie"):
a. **Trycyclische antidepressiva (TCA):** Voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn werd beslist om een negatieve aanbeveling te geven voor het gebruik van profylactische medicatie bij chronische spanningshoofdpijn. De beslissing hiervoor werd gemaakt op basis van het gebrek aan evidentie van het effect van TCA versus placebo en omwille van de mogelijke neveneffecten. De enige evidentie waarop dit negatieve advies gestoeld kan worden (bronnen van NICE richtlijn[1] en van Minerva artikel[33]) is van lage kwaliteit. De GRADE die toegekend werd aan deze aanbeveling is 2C.
b. **Tizanidine:** De oorspronkelijke Duodecim richtlijn[5] geeft vermelding van het gebruik van tizanidine bij chronische spanningshoofdpijn. Hiervoor baseren ze zich op een overzichtsartikel uit the BMJ[6]. Dit artikel uit the BMJ baseert zich voor deze stelling op één artikel[53]. Dit artikel vertoont sterke limitaties zoals beperkte sample size en beperkte representativiteit (enkel vrouwen). Ook de SIGN richtlijn[2] geeft vermelding van tizanidine als profylactische behandeling, zonder hier een aanbeveling voor te maken. Zij baseren zich op één artikel[54]. Deze studie omvat patiënten met hoofdpijn, waarvan echter 77% migraine patiënten. De resterende patiëntengroep leed aan "chronic migrainous headache or chronic tension-type headache". Er werd geen bijkomende relevante en beschikbare literatuur weerhouden. Deze aanbeveling werd niet weerhouden voor de geadapteerde richtlijn vanwege het gebrek aan overtuigende evidentie, in combinatie met het nauwe therapeutische venster en de mogelijke neveneffecten.

"The benefits of botulinum toxin treatment for tension headache are marginal.": Er werd geopteerd om deze aanbeveling volledig weg te laten uit de geadapteerde richtlijn. De meta-analyse waarop deze aanbeveling gebaseerd is[29] geeft weer dat de besproken studies tegenstrijdige gegevens leveren. De studies uit deze meta-analyse die wel in het voordeel van botuline a toxine pleiten, geven maar een discrete vermindering van de frequentie van hoofdpijn aanvallen per maand weer. Daarnaast vermelden patiënten meer neveneffecten dan bij placebo. Ook de SIGN richtlijn[2] pleit tegen het gebruik van botuline a toxine. Er werd geen toegevoegde informatie gevonden in de literatuursearch. Bijkomende argumenten tegen het gebruik van botuline a toxine injecties zijn de hoge kost en het matig invasieve karakter van de interventie.

d. Peer review proces

Een eerste versie van de geformuleerde aanbevelingen werd voorgelegd aan huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Voor het opstellen van de finale versie van de richtlijn werden de bevindingen uit de peer reviews geëvalueerd. De meest uitgesproken bemerkingen uit de peer reviews hadden betrekking tot de aanbeveling voor het gebruik van fundoscopie in het neurologisch klinisch onderzoek en de afwezigheid van aanbevelingen omtrent het klinisch onderzoek van de nek, hals en schouders bij spanningshoofdpijn.

Er werd besloten om de aanbeveling voor het gebruik van fundoscopie niet te incorporeren in de definitieve versie van de geadapteerde richtlijn. Er werd ook besloten om verduidelijking te geven omtrent het klinisch onderzoek van de nek, hals en schouders bij spanningshoofdpijn op basis van gegevens uit de ICHD-3 bèta[4].

e. Planning voor update

Er werd voor het opstellen van deze richtlijn een literatuurzoektocht uitgevoerd voor literatuur gepubliceerd tot mei 2015. Er werd besloten om een driejaarlijkse update te adviseren voor deze richtlijn.

f. Referenties

1. Kennis K, Kernick D, O'Flynn N. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: NICE guideline. The British Journal of General Practice. 2013;63(613):443-5. doi:10.3399/bjgp13X670895.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The diagnosis and management of headache in adults. (Guideline No 107.) Edinburgh: SIGN online, 2008. Beschikbaar via: http://www.sign.ac.uk. Geraadpleegd april 2016.
3. International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(supp1):8-160.
4. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33:629–808.
5. Färkkilä M. EBM guidelines, Tension-Type Headache. Duodecim Medical Publications Ltd Online 2013. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd april 2016.
6. Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. BMJ. 2008 Jan 12;336(7635):88-92.doi: 10.1136/bmj.39412.705868.AD.
7. Dekker F, Van Duijn NP, Ongering JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, Bouma M, Kurver MJ. NHG-Standaard Hoofdpijn (Derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(1):20-31.
8. Mehlisch DR, Weaver M, Fladung B. Ketoprofen, acetaminophen, and placebo in the treatment of tension headache. Headache. 1998 Sep;38(8):579-89.
9. Prior MJ, Cooper KM, May LG, Bowen DL. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension-type headache. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Cephalalgia. 2002 Nov;22(9):740-8.
10. Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). Cephalalgia. 1998 Jan;18(1):38-43.
11. Kubitzek F, Ziegler G, Gold MS, Liu JM, Ionescu E. Low-dose diclofenac potassium in the treatment of episodic tension-type headache. Eur J Pain. 2003;7(2):155-62.
12. Diamond S, Balm TK, Freitag FG. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2000; 68(3):312-319.
13. Diener HC, Pfaffenrath V, Pageler L, Peil H, Aicher B. The fixed combination of acetylsalicylic acid, paracetamol and caffeine is more effective than single substances and dual combination for the treatment of headache: a multicentre, randomized, double-blind, single-dose, placebo-controlled parallel group study. Cephalalgia. 2005 Oct;25(10):776-87.
14. Diamond S, Freitag FG. The use of ibuprofen plus caffeine to treat tension-type headache. Curr Pain Headache Rep. 2001 Oct;5(5):472-8.
15. Schachtel BP, Furey SA, Thoden WR. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache. J Clin Pharmacol. 1996 Dec;36(12):1120-5.
16. Lange R, Lentz R. Comparison ketoprofen, ibuprofen and naproxen sodium in the treatment of tension-type headache. Drugs Exp Clin Res. 1995;21(3):89-96.
17. Migliardi JR, Armellino JJ, Friedman M, Gillings DB, Beaver WT. Caffeine as an analgesic adjuvant in tension headache. Clin Pharmacol Ther. 1994Nov;56(5):576-86.

18. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for tension-type headaches: a systematic review of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2012 Aug;20(4):232-9. doi: 10.1016/j.ctim.2011.12.001.
19. Derry S, Wiffen PJ, Moore R, Bendtsen L. Oral ibuprofen for acute treatment of episodic tension type headache in adults. Cochrane database of Systematic Reviews. 31/7/2015. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011474.pub2/abstract;jsessionid=35FE154C61A949AF932A09A18A6D2453.f02t02
20. Diener HC, Gold M, Hagen M. Use of a fixed combination of acetylsalicylic acid, acetaminophen and caffeine compared with acetaminophen alone in episodic tension-type headache: meta-analysis of four randomized, double-blind,placebo-controlled, crossover studies. J Headache Pain. 2014 Nov 19;15:76. doi: 10.1186/1129-2377-15-76.
21. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Lenssinck ML, Passchier J, Kroes BW. [Treatment of tension type headache: paracetamol and NSAIDs work: a systematic review]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1924.
22. L. Bendtsen, S. Everes, M. Linde, D.D. Mitsitoskas, G. Sandrini and J. Schoenen EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – Report of an EFNS task force.
23. Dahlöf CG, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension-type headache. Cephalalgia. 1996 Apr;16(2):117-23.
24. Packman B, Packman E, Doyle G, Cooper S, Ashraf E, Koronkiewicz K, Jayawardena S. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. Headache. 2000 Jul-Aug;40(7):561-7.
25. Pini LA, Del Bene E, Zanchin G, Sarchielli P, Di Trapani G, Prudenzano MP, LaPegna G, Savi L, Di Loreto G, Dionisio P, Granella F. Tolerability and efficacy of a combination of paracetamol and caffeine in the treatment of tension-type headache: a randomised, double-blind, double-dummy, cross-over study versus placebo and naproxen sodium. J Headache Pain. 2008 Dec;9(6):367-73. doi: 10.1007/s10194-008-0071-5.
26. Steiner TJ, Lange R, Voelker M. Aspirin in episodic tension-type headache: placebo-controlled dose-ranging comparison with paracetamol. Cephalalgia. 2003 Feb;23(1):59-66.
27. Belgisch centrum voor Farmacotherapeutische informatie (BCFI). Medicamenteuze koorts- en pijnbestrijding. BCFI online. Available from www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403
28. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD007587. doi: 10.1002/14651858.CD007587.
29. Jackson JL, Kuriyama A, Hayashino Y. Botulinum toxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a meta-analysis. JAMA 2012;307(16):1736-45.
30. Tomkins GE, Jackson JL, O'Malley PG, Balden E, Santoro JE.Treatment of chronic headache with antidepressants: a metaanalysis. Am J Med 2001;111(1):54-63.
31. Chevalier P. Acupunctuur: overzicht van het pijnstillende effect en de veiligheid. Minerva online 28/01/2012. Beschikbaar via: http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10369. Geraadpleegd februari 2015.
32. Chevalier P, Vanwelde A. Behandeling van chronische hoofdpijn met antidepressiva. Minerva 2011;10(8):93-4.
33. Vanwelde A. Spanningshoofdpijn: is een profylactische behandeling zinvol?. Minerva 2011;10(10):123-4.
34. Belgisch centrum voor Farmacotherapeutische informatie (BCFI). Flash: profylactisch medicatie bij spanningshoofdpijn. BCFI online 2010. Verkrijgbaar via: http://www.bcfi.be/nl/articles/1857?folia=1856. Geraadpleegd april 2016.
35. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 5. Art. No.: CD011681. doi: 10.1002/14651858.CD011681.

36. El Ansari W, Khalil K, Stock C. Symptoms and health complaints and their association with perceived stressors among students at nine Libyan universities. Int J Environ Res Public Health. 2014 Nov 25;11(12):12088-107. doi: 10.3390/ijerph111212088.
37. Cathcart S, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Effect of mental stress on cold pain in chronic tension-type headache sufferers. J Headache Pain. 2009 Oct;10(5):367-73. doi: 10.1007/s10194-009-0131-5.
38. Cathcart S, Petkov J, Pritchard D. Effects of induced stress on experimental pain sensitivity in chronic tension-type headache sufferers. Eur J Neurol. 2008 Jun;15(6):552-8. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02124.x.
39. Cathcart S, Galatis N, Immink M, Proeve M, Petkov J. Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: a randomized controlled pilot study. Behav Cogn Psychother. 2014 Jan;42(1):1-15. doi: 10.1017/S1352465813000234.
40. Omidi A, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: a randomized controlled clinical trial. Nurs Midwifery Stud. 2014 Sep;3(3):e21136.
41. Chaibi A, Russell MB. Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials. J Headache Pain. 2014 Oct 2;15:67. doi: 10.1186/1129-2377-15-67.
42. Victoria Espí-López G, Arnal-Gómez A, Arbós-Berenguer T, González ÁA,Vicente-Herrero T. Effectiveness of Physical Therapy in Patients with Tension-type Headache: Literature Review. J Jpn Phys Ther Assoc. 2014;17(1):31-8. doi: 10.1298/jjpta.17.31.
43. Castien R, Blankenstein A, van der Windt D, Heymans MW, Dekker J. The working mechanism of manual therapy in participants with chronic tension-type headache. J Orthop Sports Phys Ther. 2013 Oct;43(10):693-9. doi: 10.2519/jospt.2013.4868.
44. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Benítez-Martínez JC, Lluch E, Falla D. Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Dec;50(6):641-7.
45. Gemma V EL, Antonia GC. Efficacy of manual and manipulative therapy in the perception of pain and cervical motion in patients with tension-type headache: a randomized, controlled clinical trial. J Chiropr Med. 2014 Mar;13(1):4-13. doi:10.1016/j.jcm.2014.01.004.
46. Karadaş Ö, Inan LE, Ulaş Ü, Odabaşi Z. Efficacy of local lidocaine application on anxiety and depression and its curative effect on patients with chronic tension-type headache. Eur Neurol. 2013;70(1-2):95-101. doi: 10.1159/000350619.
47. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, et al. Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. Fam Pract 2010;27:151-65.
48. Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. BMJ 2010;341:c5222.
49. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial? CNS Neurosci Ther 2009;15:183-205.
50. Castien RF, Van der Windt DA, Grooten A, Dekker J. Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: a pragmatic, randomised, clinical trial. Cephalalgia 2011;31:133-43.
51. Ernst E, Lee MS, Choi TY. Acupuncture: does it alleviate pain and are there serious risks? A review of reviews. Pain 2011;152:755-64.
52. Vlaanderen.be. Overzicht van de gereglementeerde beroepen. Internet site van de Vlaamse Gemeenschap 2016. Beschikbaar via: http://www.vlaanderen.be/nl/onderwijs-en-wetenschap/diplomas-en-getuigschriften/overzicht-gereglementeerde-beroepen. Geraadpleegd maart 2016.
53. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind cross-over study. Headache. 1992 Nov;32(10):509-13.
54. Saper JR, Lake IA, Cantrell DT, Winner PK, White JR. Chronic daily headache prophylaxis with tizanidine: a double-blind, placebocontrolled, multicenter outcome study. Headache 2002;42(6):470-82.

Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Ada Maes: Huisarts in opleiding

Jelle Bosschieter: Huisarts in opleiding

Paul De Cort (Promotor): Huisarts verbonden aan de KU Leuven

Nicolas Delvaux (Co-promotor): Huisarts verbonden aan de KU Leuven

Martine Goossens (Co-promotor): verbonden aan de KU Leuven

De belangen van de auteurs werden verklaard. Hieruit kan worden afgeleid dat er geen belangenconflicten zijn.

Bijlage: hoofdpijndagboek

HOOFDPIJNDAGBOEK

Naam:

Datum (maand – jaar):

Uitleg:

1. Vul deze lijst in iedere keer dat u hoofdpijn heeft, en dit gedurende een aantal weken.
2. Geef daarna ook antwoord op de vraag onderaan de lijst.
3. Ga nadien op consultatie bij uw huisarts. Neem dan dit hoofdpijndagboek mee om het verder te bespreken.

DATUM	ERNST	MEDICATIE	DUUR		AANTEKENINGEN	SOORT HOOFDPIJN
	Geef de ernst van de pijn een score tussen 0 en 10. (0 = geen pijn, 10= ergste pijn denkbaar)	Heeft u medicatie genomen? Zo ja, noteer: - Naam van de medicatie? - Dosis van de medicatie? - Hoeveel?	Hoe lang duurde de hoofdpijn?	Indien u medicatie nam: hoe lang duurde de hoofdpijn nog na inname van de medicatie?	Noteer, indien aanwezig, ook bijkomende zaken zoals: - Uitlokkers van de hoofdpijn (stress, menstruatie, voedingswaren, geuren,...) - Andere bijkomende lichamelijke klachten	**In te vullen met uw huisarts** S = spanningshoofdpijn M = Migraine Med = Medicatie geinduceerde hoofdpijn ? = Hoofdpijn van onduidelijke origine

Welke kenmerken had uw hoofdpijn meestal:

- **O** Bonzend/kloppend
- **O** Aan 1 kant van het hoofd
- **O** Aan beide kanten van het hoofd
- **O** Toenemend bij fysieke inspanning
- **O** Misselijkheid
- **O** Braken
- **O** Overgevoeligheid aan licht
- **O** Overgevoeligheid aan geluid

DATUM	ERNST	MEDICATIE	DUUR		AANTEKENINGEN	SOORT HOOFDPIJN
	Geef de ernst van de pijn een score tussen 0 en 10. (0 = geen pijn, 10= ergste pijn denkbaar)	Heeft u medicatie genomen? Zo ja, noteer: - Naam van de medicatie? - Dosis van de medicatie? - Hoeveel?	Hoe lang duurde de hoofdpijn?	Indien u medicatie nam: hoe lang duurde de hoofdpijn nog na inname van de medicatie?	Noteer, indien aanwezig, ook bijkomende zaken zoals: - Uitlokkers van de hoofdpijn (stress, menstruatie, voedingswaren, geuren,...) - Andere bijkomende lichamelijke klachten	**In te vullen met uw huisarts** S = spanningshoofdpijn M = Migraine Med = Medicatie geinduceerde hoofdpijn ? = Hoofdpijn van onduidelijke origine

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol en gunstig advies Ethische Commissie

1. Goedgekeurd Protocol

Adaptatie van de Duodecim richtlijn "spanningshoofdpijn" naar de Belgische zorgcontext

Student(en): Ada Maes (ada.maes@student.kuleuven.be)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Het onderwerp van deze thesis is de adaptatie van de Duodecim richtlijn "spanningshoofdpijn", aan de Belgische zorgcontext. Deze adaptatie voer ik uit samen met Jelle Bosschieter. We hebben hiervoor reeds een literatuurstudie uitgevoerd om de oorspronkelijke richtlijn aan te passen aan de huidige evidentie omtrent spanningshoofdpijn, alsook om de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext na te gaan. Dit hebben we gedaan volgens het duodecim protocol. Hiervoor hebben we beiden drie onderzoeksvragen uitgediept. De onderzoeksvragen waar ikzelf dieper op ingegegaan ben zijn:

1. Welke elementen uit het KOZ zijn belangrijk voor de diagnose van spanningshoofdpijn (acuut en chronisch)?
2. Wat is de meerwaarde van een hoofdpijndagboek in de diagnosestelling en opvolging van spanningshoofdpijn?
3. Wat zijn de therapeutische voorkeursbehandelingen voor chronische spanningshoofdpijn?

In een tweede en derde fase van deze masterproef willen we deze geadapteerde richtlijn implementeren in de praktijk. In de tweede fase willen we dit doen ahv toetsing van onze bevindingen dmv peer reviews. In een derde fase door een praktijkverbeterend project. Dit praktijkbevorderend project, zal in mijn onderdeel van de masterproef, bestaan uit het ontwikkelen van tools die bevorderend kunnen zijn voor het gebruik van het hoofdpijndagboek in de huisartsenpraktijk.

Vraagstelling:

De vraagstellingen van de eerste fase: zie supra

De vraagstelling van de tweede fase: "Zijn de geadapteerde aanbevelingen praktisch toepasbaar binnen de Belgische eerstelijnsgeneeskunde, en meer specifiek binnen de huisartsensetting?"

De vraagstelling van de derde fase: "Wat zijn de belemmerende en/of faciliterende factoren in het gebruik van het hoofdpijndagboek in de Belgische huisartsensetting?"

Methodologie:

Voor de methodologie van de eerste fase: zie Duodecim protocol voor de adaptatie van richtlijnen aan de Belgsiche zorgcontext.

In een tweede fase willen wij deze nieuwe aanbevelingen toetsen aan de hand van peer reviews (bij andere huisartsen). Dit willen wij doen dmv het presenteren van deze geadapteerde richtlijn aan kleine groepen huisartsen en

huisartsen in opleiding (seminariegroepen, LOK groepen, de huisartsen van onze eigen opleidingspraktijk). De bedoeling is om feedback te krijgen van de aanwezigen omtrent de toepasbaarheid van deze geadapteerde aanbevelingen in de Belgische zorgcontext en binnen de huisartsgeneeskunde. Aan de hand van hun feedback zullen de richtlijnen wel of niet verder aangepast worden. Wij gaan de feedback van de aanwezigen verzamelen dmv geluidsopnames, en daarna uitschrijven.

In een derde fase willen we onderdelen van deze geadapteerde richtlijn implementeren in onze eigen opleidingspraktijk. Het onderdeel dat ik hierbij wil onderzoeken is de toepasbaarheid en het gebruik van het hoofdpijndagboek. Het hoofdpijndagboek is een document dat als hulpmiddel kan dienen bij de diagnose en opvolging van spanningshoofdpijn. Mijn doel is om na te gaan in welke mate er gebruik wordt gemaakt van het hoofdpijndagboek in de huisartsenpraktijk, en wat de eventuele faciliterende en/of belemmerende factoren zijn in het gebruik van dit hoofdpijndagboek. Aan de hand van deze informatie wil ik een nieuw document en/of toepassingen voor het EMD (elektronisch medisch dossier) maken, die het gebruik van het hoofdpijndagboek in de praktijk kunnen stimuleren. Om na te gaan waar de pijnpunten in het gebruik van het hoofdpijndagboek liggen, plan ik eerst een audit te doen in mijn eig en opleidingspraktijk. Hierbij wil ik nakijken hoe vaak de diagnose spanningshoofdpijn gesteld wordt, en wanneer er gebruik wordt gemaakt van een hoofdpijndagboek. Aan de hand van deze resultaten wil ik met mijn collega's d.m.v. een visgraat analyse nagaan wat de belemmerende factoren zijn in het gebruik van het hoofdpijndagboek in de praktijk. Dit overleg zal vastgelegd worden d.m.v. geluidsopnames, en daarna uitgeschreven worden. Tijdens de peer reviews (in fase 2) zal dit onderwerp ook reeds ter sprake komen. Het uiteindelijke doel is om aan de hand van de bevindingen uit de visgraat analyse, een hoofdpijndagboek op te stellen. Daarnaast zal getracht worden om dit hoofdpijndagboek te incorporeren in het EMD, door vb. het aanmaken van gebruiksvriendelijke sjablonen, link naar patientenfolder met hoofdpijndagboek, etc. Deze nieuwe toepassingen zullen de huisarts hopelijk stimulere n tot het gebruik van het hoofdpijndagboek in de praktijk.

Referenties: /

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols: /

Promotor: Paul De Cort (paul.decort@med.kuleuven.be - u0004414 -)

Registratienummer: mp09202

2. Gunstig advies ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Het is niet duidelijk in het project wat "overleg" of "bespreking" precies inhoudt. Kan dit wat preciezer? Vijf minuutjes met een paar collega's? focusgroep? vragenlijst? ... Wat zijn de onderzoeksvragen?

Met vriendelijke groeten

Martine Goossens