

De standaard 'Hoofdpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de huisartsgeneeskunde

H.de Vries

Zie ook de artikelen op bl. 291 en 305.

De klachtgeoriënteerde invalshoek van de NHG-standaard met richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van hoofdpijn^{1, 2} is een verbetering ten opzichte van de ziektegeoriënteerde standaard 'Migraine'.³ Dit heeft geleid tot een goede beschrijving van het beleid bij veelvoorkomende oorzaken zoals spanningshoofdpijn en middelengeïnduceerde hoofdpijn, inclusief verhelderende informatie over de pathofysiologie. Het therapieschema voor het couperen van een migraineaanval maakt een evenwichtige indruk: het is afgestemd op de patiënt, met aandacht voor de rol van oestrogenen, een stapsgewijze opbouw van de medicamenteuze behandeling met de juiste plaats voor de triptanen en een realistisch beleid aangaande ergotamine.

UITSLUITEN VAN ERNSTIGE OORZAKEN

De huisarts heeft bij hoofdpijn enerzijds als taak veelvoorkomende oorzakelijke aandoeningen aan te tonen, te behandelen en te begeleiden en anderzijds de minder frequente ernstige oorzaken uit te sluiten. Voor die eerste taak biedt de standaard uitstekende richtlijnen. Voor de tweede taak geeft deze echter onvoldoende houvast.

Zo ontbreekt in de paragraaf 'Achtergronden' een bespreking van een breder scala van oorzaken van hoofdpijn, waaronder de ernstige. De differentiële diagnose wordt niet beschreven in de hoofdtekst, maar in een noot. Ook heeft geen van de kernboodschappen betrekking op ernstige oorzaken of alarmsymptomen. Verder zijn er onder 'Anamnese' geen systematische aandachtspunten opgenomen waarbij men gericht is op ernstige oorzaken; deze zijn alleen te vinden in de tabel waarin alarmsymptomen zijn opgesomd.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

De richtlijnen voor het verrichten van lichamenlijk onderzoek komen onvoldoende uit de verf. Het is duidelijk dat de auteurs daarover serieus met elkaar in discussie gegaan zijn, maar dit heeft niet tot een heldere slotsom geleid. Dat blijkt onder meer uit de verwijzing naar de lijst alarmsymptomen op grond waarvan wél gericht lichamenlijk onderzoek nodig

zou zijn. Echter, een aantal daarvan is juist alleen met behulp van lichamenlijk onderzoek vast te stellen: een zeer hoge bloeddruk, koorts, gedaald bewustzijn, nekstijfheid, tekenen van drukverhoging en neurologische afwijkingen. Doordat de opstellers niet in alle gevallen van een nieuwe klacht van hoofdpijn lichamenlijk onderzoek aanbevelen, wijkt de standaard af van internationale aanbevelingen en richtlijnen en van de leerboeken (www.bash.org.uk; Frishberg BM, Rosenberg JH, Matchar DB, McCrory DC, Pietrzak MP, Rozen TD, et al. Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache. American Academy of Neurology; 2000; te vinden op: www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gloo88.pdf).⁴⁻⁹ Weliswaar is de voorafkans op ernstige oorzaken als meningitis, hersenbloeding of een hersentumor klein (minder dan 2% bij patiënten die een specialist raadplegen). Het missen van incidenteel wél aanwezige specifieke afwijkingen omdat lichamenlijk onderzoek niet tot het standaardpakket bij de diagnostiek van nieuwe gevallen van hoofdpijn gerekend wordt, is echter moeilijk te verdedigen.

Argumenten voor gericht fysisch diagnostisch onderzoek zijn: er zijn duidelijke aanwijzingen dat neurologisch onderzoek de kans op het vinden van intracranieële afwijkingen vergroot (www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gloo88.pdf)¹⁰ en het lichamenlijk onderzoek stelt patiënt en huisarts gerust, ligt binnen de competentie van de huisarts, is niet belastend en brengt weinig kosten met zich mee. Pas indien er meer en betere evidence over de waarde van het lichamenlijk onderzoek bij hoofdpijn beschikbaar komt, zou men dit mogelijk gefundeerd achterwege kunnen laten, eventueel bij bepaalde categorieën patiënten.

Het verdient de voorkeur om in ieder geval in de standaard aan te geven waaruit het lichamenlijk onderzoek kan bestaan. De onderdelen die in de literatuur het meest genoemd worden, staan in de tabel.^{4-6, 8, 9}

SOCIALE OF PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN

Een ander aspect dat zou passen bij een consequent klachtgeoriënteerde opzet is systematische aandacht voor mogelijke sociale of psychologische aspecten. Het gaat daarbij niet alleen om stress als uitlokkende factor, met name alledaagse stressvolle situaties, maar ook om psychiatrische beelden als depressie en angststoornissen die met hoofdpijn samenhangen als oorzaak of gevolg.¹¹ In het Transitie-

VU Medisch Centrum, afd. Huisartsgeneeskunde, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.
Hr.dr.H.de Vries, huisarts (tevens: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek) (h.devries@vumc.nl).

Aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek van patiënten met hoofdpijn^{4-6, 8, 9}

algemene indruk (ziek, incoherent verhaal)
polsfrequentie, bloeddruk, eventueel temperatuur
palpatie van de schedel (zwellingen, drukpijn), inclusief de Aa. temporales
neurologisch onderzoek
bewustzijn
tekenen van meningeale prikkeling
hersenzenuwen
pupillen
directe funduscopie
looppatroon
motoriek in gelaat
kracht in armen en benen
sensibiliteit
reflexen
nek: beweeglijkheid, drukpijnlijkheid van spieren bij palpatie

project bleek deze categorie oorzaken verantwoordelijk voor circa 3% van de nieuwe episoden.¹²

Weliswaar kan het hoofdpijndagboek hiervoor wel aanwijzingen opleveren, maar het exploreren van psychische en sociale factoren en het stellen van psychiatrische diagnoses kan nu eenmaal niet zonder een gerichte anamnese. Daarbij dient men gericht naar klachten passend bij depressie of angststoornissen te vragen. In het verlengde hiervan zou men bij consultatie/verwijzing tevens aan algemeen maatschappelijk werkenden, psychologen en eventueel psychiaters kunnen denken, niet alleen om psychische of sociale determinanten nader uit te diepen, maar ook om patiënten te begeleiden hoe zij om kunnen gaan met ernstige chronische hoofdpijn.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 7 november 2005

Literatuur

- 1 Knuistingh Neven A, Bartelink MEL, Jongh TOH de, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Weerd PCM van der, et al. NHG-standaard Hoofdpijn. Huisarts Wet. 2004;47:411-22.
- 2 Grol MH, Knuistingh Neven A, Pijnenborg L, Goudswaard AN. Samenvatting van de standaard 'Hoofdpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:305-9.
- 3 Bartelink MEL, Duijn NP van, Knuistingh Neven A, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Post D, et al. NHG-standaard Migraine. Huisarts Wet. 1999;42:511-8.
- 4 Clinch CR. Evaluation of acute headaches in adults. Am Fam Physician. 2001;63:685-92.
- 5 Steiner TJ, Fontebasso M. Headache. BMJ. 2002;325:881-6.
- 6 Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PTG. British association for the study of headache. Guidelines for all doctors in the diagnosis and management of migraine and tension-type headache. 3rd rev. Londen: British Association for the Study of Headache; 2004.
- 7 Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2000;55:754-62.
- 8 Bartleson JD, Black DF, Swanson JW. Cranial and facial pain. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, editors. Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management. Philadelphia: Butterworth Heinemann; 2004. p. 265-71.
- 9 Ferrari MD, Haan J. Pijn in hoofd en gelaat. In: Hydra A, Koudstaal PJ, Roos RAC, redacteurs. Neurologie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2003; p. 419-24.
- 10 Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, Johnston KL, Cipolle RJ, Barber DL. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. Arch Neurol. 1997;54:1506-9.
- 11 Sorbi MJ, Passchier J. Hoofdpijn. In: Kaptein AA, Garssen B, Dekker J, Marwijk HWJ van, Schreurs PJG, Beunderman R, redacteurs. Psychologie en geneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000. p. 204-25.
- 12 Okkes I, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho; 1998.

Abstract

The practice guideline 'Headache' from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice. – The practice guideline 'Headache' from the Dutch College of General Practitioners, which replaces the guideline 'Migraine', is an improvement in many respects: tension headache and substance-induced headache are discussed in detail, the headache diary is given due emphasis and the recommended treatment for migraine is well-balanced. The symptom-oriented approach is, however, not applied consistently in this guideline and too little attention is given, in particular, to the exclusion of serious causes that are less commonly encountered. The guidelines for performing physical examination provide insufficient footing. The exclusion of serious diseases should be based on a limited set of specific physical examinations to be carried out in all cases of new headache. Interrogating the patient about possible social or psychological aspects and the possibility of referral in this area deserve increased emphasis. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:289-90