

- 2 Wilson, Janet A, Diary Ian J, Scott S, Mackenzie K. Functional dysphonic [editorial]. *BMJ* 1995;311:1039-40.
- 3 Smit CF, Van Leeuwen JAMJ, Mathus-Vliegen LMH, Devriese PP, Semin A, Tan J, et al. Gastropharyngeale and gastroesophageal reflux, globus and hoarseness. *Archives of Otolaryngology-Head & neck Surgery* 2000;126:827-30.
- 4 Pedersen M, Clachan J. Surgical versus non-surgical interventions for vocal cord nodules [Protocol for a Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- 5 Jones AS. Review The history, aetiology and epidemiology of laryngeal carcinoma. *Clin Otolaryngol* 2001;26:442-6.
- 6 Hulshoff AC, Dijkers FG. De stilstaande stemband. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:1897-1901.
- 7 Da Costa SP, Gerritsma EJ. Stem- en spraakstoornissen. *Bijblijven*. Bohn Stafleu Van Loghum 1992;4.
- 8 Okkes IM, Oskam SK, Lambers H. Van klacht naar diagnose.

- Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 9 Coebergh, JWW. Epidemiologie van kanker in het hoofd-halsgebied. *Intergraal kankercentrum Rotterdam – bulletin* 1989; 13:3-6.
- 10 Head- and necktumours in the Netherlands 1990-1995. Vereniging voor Integrale Kankercentra: Utrecht, 1998.
- 11 Hordijk GJ, Kaanders JHAM. CBO-richtlijn 'Larynxcarcinoom'. *Ned. Tijdschr Geneesk* 2001;145:998-1002.
- 12 Van Leusden HAIM, redactie. *Diagnostisch Kompas* 1999/2000. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 1999:195,813,834,933, 934.
- 13 Mazel JA, Drijber NW, Flikweert S, Van Zanten ME. Met het oog op de stembanden: huisarts en heesheid. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145:985-9.

Kleine kwalen

Spanningshoofdpijn

A Knuistingh Neven, JAH Eekhof

Inleiding

Spanningshoofdpijn wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een als drukkend of klemmend ervaren pijn rondom de schedel (een 'bandgevoel om het hoofd'). In tegenstelling tot migraine is er meestal geen misselijkheid en braken.¹ In het classificatiesysteem van de International Headache Society (IHS) wordt de term 'tension-type headache' gebruikt.² Letterlijk vertaald zou dit 'spanningsachtige hoofdpijn' betekenen, maar in het Nederlands is dat een onbruikbaar begrip, vandaar dat de term spanningshoofdpijn gangbaar blijft.

Spanningshoofdpijn is één van de meest voorkomende vormen van hoofdpijn. De prevalentie in de algemene populatie is 63% (56% bij mannen, 71% bij vrouwen) en neemt af met het toenemen van de leeftijd. Slechts 16% van de patiënten met spanningshoofdpijn gaat hiermee naar de huisarts; de specialist ziet 4% van deze patiënten. Bij de huisarts is de incidentie van spanningshoofdpijn 7 per 1000 patiënten; de prevalentie is 10 per 1000.³⁻⁵

Achtergrond

Definitie

Spanningshoofdpijn wordt gedefinieerd als een drukkende of klemmende hoofdpijn gedurende minuten tot vele dagen zonder

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, huisartsen.

Correspondentie: J.A.H.Eekhof@lumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

misselijkheid of braken. Fotofobie en fonofobie zijn afwezig of slechts een van beide komt voor. Kenmerken die de diagnose ondersteunen zijn: geringe tot matige pijn, tweezijdigheid en het niet erger worden bij gewone lichamelijke inspanning als traplopen.^{1,2} Er wordt onderscheid gemaakt in episodische spanningshoofdpijn (<15 dagen per maand hoofdpijnklachten) en chronische spanningshoofdpijn (>15 dagen/maand hoofdpijn).

Etiologie/pathologie

Spanningshoofdpijn en spierspanningshoofdpijn suggereren psychische spanningen en verhoogde spierspanning van nek- en schedelmusculatuur als belangrijkste oorzaken. Hiervoor bestaat echter onvoldoende grond. Als mogelijke luxerende factoren worden overigens wel psychische spanningen, oververmoeidheid en een verkeerde houding genoemd. Spanningshoofdpijn en migraine zijn aparte entiteiten, maar beide vormen van hoofdpijn komen vaak bij dezelfde patiënt voor. Zo heeft 62% van de migrainepatiënten ook spanningshoofdpijn en 25% van de patiënten met spanningshoofdpijn blijkt ook aan migraine te lijden. Spanningshoofdpijn begint doorgaans op jonge leeftijd. Bij het ontstaan op latere leeftijd moet men bedacht zijn op secundaire hoofdpijn.

Diagnostiek

De anamnese is het belangrijkste bij het stellen van de diagnose. Bij het lichamelijk onderzoek kan alleen de gevoeligheid en enige stijfheid van de schedel-, nek- en schoudermusculatuur opvallen. Deze bevindingen zijn niet specifiek en bij het ontbreken ervan sluiten ze de diagnose zeker niet uit. In principe is beeldvormende diagnostiek bij een typische anamnese niet nodig. Bezorgdheid en

angst dat men aan een ernstige aandoening lijdt (hersentumor of dreigende hersenbloeding), staat vaak op de voorgrond.

Op basis van de anamnese kan spanningshoofdpijn doorgaans goed worden onderscheiden van andere vormen van primaire hoofdpijn, zoals migraine (kloppende hoofdpijn, vaak met misselijkheid en/of braken, eventueel met aura) en clusterhoofdpijn (zeer ernstige hoofdpijnaanvallen in clusters met oogverschijnselen). Wanneer de hoofdpijn pas kort bestaat, moet gedacht worden aan secundaire hoofdpijn, bijvoorbeeld door een sinusitis, een cervicogene aandoening of kaak- en gebitsproblematiek.

Veel gebruikte behandelingen

Als pijnbestrijding bij de aanvalsbehandeling worden meestal eenvoudige analgetica (paracetamol, salicyl) of een NSAID gegeven. Bij langdurig en/of overmatig gebruik van analgetica en NSAID's kan medicatieafhankelijke hoofdpijn ontstaan. Bij de profylactische behandeling wordt amitriptyline gebruikt in een lage startdosering (25 mg 's avonds). Pas na zes weken kan het effect worden beoordeeld en kan de dosering zo nodig worden verhoogd tot maximaal 100 mg. Een periode van drie tot zes maanden is vaak voldoende. In de huisartsenpraktijk worden regelmatig patiënten naar een fysiotherapeut of een manuele therapeut verwezen voor ontspanning van de nekspiergroep of het 'losmaken' van de nekspieren. De laatste jaren wordt steeds vaker cognitieve gedragstherapie (CGT) toegepast. CGT wordt vaak gecombineerd met relaxatietraining.

Methode

We zochten in februari 2003 in de Cochrane Trial Register en in Pubmed (MESH-term: *tension headache*) naar *reviews* en *randomized controlled trials*. We zochten specifiek naar *episodic* en *chronic tension headache* (MESH).

Klinische vragen

Wat is het effect van analgetica?

Gunstig effect. We vonden geen systematische reviews met eenvoudige analgetica (zoals paracetamol of acetylsalicylzuur) en NSAID's. Er werd één RCT gevonden waarin het effect van 1 g acetylsalicylzuur (ASA) vergeleken werd met een placebo.⁶ Het gunstige effect (pijnreductie van meer dan 50%) was significant beter met ASA (OR 1,90; 95%-BI 1,05-3,62). Uit twee onderzoeken kon de effectiviteit van paracetamol (1000 mg) in vergelijking met placebo worden afgeleid.⁷ In een onderzoek met als eindpunt 'pijnvrij na drie uur' was de OR 8,53 (95%-BI 2,66-27,10). In het andere onderzoek, met als eindpunt 'pijnverlichting na twee uur', was de OR 2,84 (95%-BI 1,76-4,81).⁸

Er zijn vier gecontroleerde onderzoeken met NSAID's gepubliceerd. In één onderzoek gaf ibuprofen na gemiddeld 39 minuten pijnverlichting, terwijl dit met een placebo 180 minuten duurde. Bij het eindpunt 'pijnvrij na drie uur' was er een gunstig effect vergeleken met een placebo (OR 21,00; 95%-BI 6,30-67,48).⁷ In een ander onderzoek was 70% van de patiënten na gebruik van ketoprofen (25 mg) na twee uur pijnvrij, terwijl dat in de placebogroep

voor 36% gold ($p < 0,001$). Ketoprofen gaf na twee uur vaker pijnvermindering (OR 4,12; 95%-BI 2,36-7,24).⁸ In een andere RCT was ketoprofen (25 mg) effectiever in vergelijking met een placebo indien de tijd tot pijnvermindering werd beoordeeld: bij ketoprofen na gemiddeld 56 minuten (95%-BI 49-62) en bij een placebo na gemiddeld 95 minuten (95%-BI 67-104).⁹ In een onderzoek waarin ketoprofen, ibuprofen en naproxen met elkaar werden vergeleken, werden geen verschillen gevonden.¹⁰ In een RCT werd vastgesteld dat toevoeging van cafeïne aan ibuprofen het analgetische effect versterkte.¹¹ Na zes uur was het gunstige effect van ibuprofen alleen niet meer significant (OR 1,54; 95%-BI 0,77-3,06), terwijl ibuprofen met cafeïne nog wel effectief was (OR 2,97; 95%-BI 1,43-6,17).

Nadelig effect. Gastro-intestinale bijwerkingen van NSAID's worden gemeld, maar zijn bij incidenteel gebruik beperkt. Het gevaar van het ontstaan van medicatieafhankelijke hoofdpijn is groot bij chronisch gebruik van zowel eenvoudige analgetica als NSAID's.

Wat is het effect van antidepressiva?

Gunstig effect. We vonden drie systematische reviews en 4 RCT's bij het zoeken naar het effect van antidepressiva bij spanningshoofdpijn. In een meta-analyse uit 1994 (78 artikelen, 2866 patiënten) werd geconcludeerd dat medicamenteuze therapie vergelijkbaar was met placebobehandeling. Er werd echter geen afzonderlijke analyse gemaakt van de verschillende middelen.¹² In een meta-analyse uit 1998 werd het effect van SSRI's op chronische pijn beoordeeld. Over het algemeen hadden SSRI's een positief effect op chronische pijn, maar bij chronische hoofdpijn, en in het bijzonder bij spanningshoofdpijn, kon geen duidelijke conclusie worden getrokken.¹³ In een vrij recente grote meta-analyse (2001) met 38 RCT's werd het effect van antidepressiva bij chronische hoofdpijn geëvalueerd.¹⁴ Over het geheel genomen werd een gunstig effect gezien als verlichting van hoofdpijn als eindpunt werd beschouwd (OR 2,0; 95%-BI 1,6-2,4). Er werd geen verschil in effectiviteit gevonden tussen TCA's en SSRI's.

In een recente RCT werden tricyclische antidepressiva (amitriptyline 12,5-100 mg en nortriptyline 25-75 mg) en *stress management therapy* (SMT) vergeleken met placebobehandeling. Er werd geen verschil gevonden tussen TCA's en een placebo (OR 1,47; 95%-BI 0,64-3,37). In combinatie met SMT was er wel een positief effect (OR 4,35; 95%-BI 1,88-10,02).¹⁵ In een onderzoek uit 1996 werd het effect van amitriptyline vergeleken met dat van citalopram (een SSRI) en van een placebo bij 34 patiënten, dubbelblind en driemaal cross-over. Amitriptyline was effectief in vergelijking met een placebo ($p = 0,002$). Tussen het effect van een placebo en citalopram bleek geen verschil te zijn ($p = 0,68$).¹⁶ Uit een RCT uit 1994 bleek weliswaar een gunstig effect van amitriptyline versus placebo, maar het onderzoek had methodologische tekortkomingen.¹⁷ *Nadelig effect.* Bijwerkingen van tricyclische antidepressiva werden veelvuldig gemeld: 80% van de gebruikers meldde bijwerkingen als droge mond, sufheid, gewichtstoename, obstipatie, zweten, gespannenheid en buikpijn. Dit was overigens ook bij 30% van de placebogebruikers het geval. Bijwerkingen bij SSRI's zijn misse-

lijkheid, anorexie, sedatie en droge mond.

Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling?

We vonden verschillende onderzoeken naar niet-medicamenteuze behandelingen: nekmanipulatie, SMT, autogene training, fysiotherapie, homeopathie en acupunctuur.

Gunstig effect. In een Cochrane Review (2002) werden 26 onderzoeken ingesloten, waarbij in acht onderzoeken werkelijke acupunctuur werd vergeleken met placeboacupunctuur.¹⁸ De resultaten waren wisselend; een aantal onderzoeken toonde een duidelijk effect, terwijl in andere onderzoeken geen effect duidelijk was. Alle onderzoeken hadden duidelijke methodologische tekortkomingen. In een systematische review werd het effect van manuele therapie bij chronische hoofdpijn geëvalueerd. Er zijn aanwijzingen dat het gunstige effect vergelijkbaar is met medicamenteuze therapie. Harde conclusies en aanbevelingen konden niet worden gegeven.¹⁹ In een meta-analyse uit 1999 werden verschillende alternatieve behandelingen geanalyseerd.²⁰ Van de vier kwalitatief goede onderzoeken over acupunctuur waren de effecten divers. Het effect van manuele therapie was niet goed te analyseren en de effecten van fysiotherapie en TENS (drie onderzoeken) waren niet consistent. Eén RCT over homeopathie was kwalitatief goed, maar er was geen verschil met placebo. De meeste onderzoeken hadden methodologische tekortkomingen.

Hierboven noemden we al een RCT over het effect van tricyclische antidepressiva en SMT vergeleken met een placebo.¹⁵ SMT werkte niet beter dan een placebo (OR 1,29; 95%-BI 0,55-3,07). In combinatie met amitriptyline en nortriptyline was er wel een gunstig effect (OR 4,35; 95%-BI 1,88-10,02).

Nadelig effect. Er wordt niet specifiek melding gemaakt van nadelen. Tijdsinvestering speelt ongetwijfeld een rol.

Conclusie

Acetylsalicylzuur, paracetamol en NSAID's hebben een gunstig effect op de duur en intensiteit van een episode met spanningshoofdpijn. De effectiviteit van amitriptyline bij de behandeling van chronische spanningshoofdpijn is onduidelijk. Een gunstig effect van amitriptyline wordt vooral in de oudere onderzoeken gevonden, maar het effect is niet consistent. SSRI's zijn niet effectief bij de behandeling van spanningshoofdpijn. Het gunstige effect van de meeste niet-medicamenteuze behandelingen is niet duidelijk aangetoond.

Literatuur

De bijdragen in de serie Kleine kwalen zijn of worden gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van JAH Eekhof, A Knuistingh Neven en ThJM Verheij. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg (nu 4^e editie, 2001; ISBN 90-352-2412-4). Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

- 1 Bartelink MEL, Van Duijn NP, Knuistingh Neven A, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Post D, et al. NHG-Standaard Migraine. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- 2 Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988;8 (suppl):1-96.
- 3 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Uitgeverij Coutinho, 1998.
- 4 Ong RSG, De Waal MWM. RHUH-LEO basisrapport IX: databestand 2000/2001. Leiden: LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2002.
- 5 Bijl D, Hutten JBF, Grol R, Van der Velden J. Hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1994;37:142-8.
- 6 Martinez-Martin P, Raffaelli E, Titus F, Despuig J, Fragoso YD, Diez-Tejedor E, et al. Efficacy and safety of metamizol vs. acetylsalicylic acid in patients with moderate episodic tension-type headache: a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled, multicentered study. Cephalalgia 2001;21:604-10.
- 7 Packman B, Packman E, Doyle G, Cooper S, Ashraf E, Koronkiewicz K, et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. Headache 2000;40:561-7.
- 8 Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen. Cephalalgia 1998;18:38-43.
- 9 Mehlish DR, Weaver M, Fladung B. Ketoprofen, acetaminophen and placebo in the treatment of tension headache. Headache 1998;38:579-89.
- 10 Lange R, Lentz R. Comparison ketoprofen, ibuprofen and naproxen sodium in the treatment of tension-type headache. Drugs Exp Clin Res 1995;21:89-96.
- 11 Diamond S, Balm TH, Freitag FG. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. Clin Pharmacol Ther 2000;68:312-9.
- 12 Bogaards MC, Ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. Clin J Pain 1994;10:174-90.
- 13 Jung AC, Staiger T, Sullivan M. The efficacy of selective reuptake inhibitors for the management of chronic pain. J Gen Intern Med 1997;12:384-9.
- 14 Tomkins GE, Jackson JL, O'Malley PG, Balden E, Santoro JE. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis. Am J Med 2001;111:54-63.
- 15 Holroyd KA, O'Donnell FJ, Streisand M, Lipchil GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination. JAMA 2001;285:2208-15.
- 16 Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram) serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996;61:285-90.
- 17 Göbel H, Hamouz V, Hansen C, Heininger K, Hirsch S, Lindner V, et al. Chronic tension-type headache: amitriptyline reduces clinical headache-duration and experimental pain sensitivity but does not alter pericranial muscle activity readings. Pain 1994;59:241-9.
- 18 Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, et al. Acupunctuur for idiopathic headache (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- 19 Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther 2001;24:457-66.
- 20 Vernon H, McDermaid CS, Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. Complementary Ther Med 1999;7:142-55.