

Preventie van spanningshoofdpijn

Spanningshoofdpijn is de meest voorkomende vorm van hoofdpijn bij volwassenen met een gerapporteerde jaarprevalentie van 30 tot 40%. Om de vervelende pijn in chronische gevallen te voorkomen wordt een groot scala aan medicatie gebruikt en voorgeschreven in de dagelijkse praktijk: antidepressiva, spierontspanners, maar ook benzodiazepines en vasodilatantia. Een Rotterdamse onderzoeksgroep besloot een systematische review te doen naar het effect van deze medicijnen op spanningshoofdpijn. In een mooi overzicht van 44 trials met meer dan 3000 patiënten presenteren zij de belangrijkste bevindingen. In maar liefst 31 van de 44 onderzoeken werden antidepressiva vergeleken met andere medicatie of placebo. En wat blijkt? Anti-

depressiva hebben vergeleken met placebo over het algemeen geen effect op de (frequentie van) spanningshoofdpijn. Ook bij de vergelijking van amitriptyline met verschillende andere antidepressiva (TCA en SSRI) vond men geen verschil in hoofdpijn of in gebruik van pijnstillers. Maar ook in onderzoeken met spierontspanners kon men geen effect aantonen op de relevante hoofdpijnuitkomstmaten vergeleken met placebo. Voor benzodiazepines en vaatverwijdende middelen (waaronder propranolol) vond men conflicterend bewijs. Sommige onderzoeken toonden wel een verbetering, anderen juist niet. De auteurs concluderen terecht dat veel onderzoeken slechts weinig deelnemers bevatten. Op basis van deze gegevens kan helaas geen aanbe-

veling worden gedaan om medicatie ter preventie van spanningshoofdpijn voor te schrijven, echter het gebruik dient ook niet meteen te worden ontmoedigd. Men vond slechts vier onderzoeken die medicatie vergeleken met non-farmacologische interventies (zoals cognitieve gedragstherapie en stressmanagement) en het is evident dat het effect van deze interventies daarmee nog onvoldoende is bestudeerd. Adequate therapie om spanningshoofdpijn te voorkomen zorgt voorlopig dus nog voor hoofdbreken, zowel in de wetenschap als in de spreekkamer.

Jochen Cals

Verhagen AP, et al. Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. Fam Pract 2010;27:151-65.

Een zalfje tegen incontinentie

Incontinentie voor urine is een goede indicatie voor oefentherapie, ook bij post-menopauzale vrouwen. Al vaker rapporteerden we in dit tijdschrift de positieve effecten van een dergelijke benadering. Maar als de klachten ook na oefentherapie blijven? Wat doen we dan? Een recente update van een Cochrane-review geeft daarop het antwoord. Lokaal toegediende oestrogenen kunnen dan behulpzaam zijn met gemiddeld een tot twee minder ongelukjes per etmaal. Het werkt alleen bij lokale oestrogenen, ongeacht of de betreffende vrouw nog in het bezit is van haar baarmoeder. Systemische oestrogenen, gecombineerd met progestagenen, verergeren mogelijk de incontinentieklachten en kunnen zelfs tot het ontstaan van incontinentie leiden. Daarnaast zijn systemische oestrogenen om redenen van het toegenomen risico op trombose, hart- en vaatziekten, endometrium- en borstkankerrisico niet geïndiceerd. We weten echter nog weinig over het effect op de lange termijn en evenmin is de dosering of het type oestrogeen duidelijk. Het lijkt aannemelijk dat de incontinentie terugkeert nadat de vrouw is gestopt met de lokale oestrogenen, maar zeker weten we het niet. Het kan dus de moeite lonen eens lokaal toegepaste oestrogenen te proberen, maar pas nadat oefentherapie te weinig resultaat had. En bedenk daarbij dat we ook over de veiligheid van deze behandeling op de lange termijn nog slecht zijn geïnformeerd.

Henk van Weert

Cody JD, et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2009 Oct 7;(4):CD001405.



Foto: Shutterstock/Patricia Hofmeester