

## MRI bij chronische hoofdpijn geruststellend en kosteneffectief

Huisartsen leren nog steeds dat node-loos onderzoek bij patiënten ongewenst is vanwege het gevaar van somatische fixatie: door dergelijk onderzoek worden mensen alleen maar banger en meer afhankelijk van medische zorg. Is die veronderstelling juist? Blijkbaar niet altijd: het onderzoek van Howard et al. laat het tegendeel zien.

In dit gerandomiseerde onderzoek gaat het om 150 patiënten die met chronische hoofdpijn verwezen waren naar een hoofdpijnkliniek. Van de 150 patiënten kregen er 76 een MRI van de hersenen en

74 de gewone behandeling. De patiënten werden 1 jaar gevolgd. Bij elke patiënt werd bovendien de mate van depressiviteit vastgesteld. Na 3 maanden bleek dat degenen die een MRI gehad hadden, significant gerustgesteld waren dan degenen die geen MRI gehad hadden. Na 1 jaar was er wat dit betreft geen verschil meer. Het aantal bezoeken aan neuroloog of psychiater was na 1 jaar significant hoger bij degenen die geen MRI gehad hadden. Patiënten die een MRI kregen, waren nadien niet angstiger. Patiënten die depressief waren en die een MRI kregen,

hadden na 1 jaar een lagere medische consumptie dan patiënten die depressief waren en geen MRI kregen. Bovendien steeg het aantal scans van andere lichaamsdelen bij de depressieve patiënten die aanvankelijk geen MRI kregen. Het aanbieden van een MRI bij chronische hoofdpijn heeft weinig tot geen invloed op angst en veel invloed op de medische consumptie. De invloed op de medische consumptie is anders dan verwacht volgens de theorie van de somatische fixatie. (PL)

Howard L, et al. *Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:1558-64.

## 800.000 prikken om 16 kinderlevens te sparen

De Gezondheidsraad adviseerde eind 2005 opnieuw om de pneumokokkenvaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) op te nemen.<sup>1</sup> In 2002 had de raad dat ook al aangeraden. Dat dit nog niet uitgevoerd is, heeft te maken met de in 2002 berekende hoge kosten van de invoering en het al overvolle RVP. Het RVP blijft overvol, maar de kosteneffectiviteitsberekening is nu gunstiger. Dit komt omdat niet alleen kinderlevens gespaard worden, maar ook de levens van ouderen.

Doordat de pneumokokken door vaccinatie minder in de samenleving circuleren zouden per jaar naast de 16 kinderlevens, mogelijk ook de levens van 62 ouderen gespaard worden. Dat deze ouderen ook andere risico's lopen om dood te gaan, laten we even terzijde. Een verdere kostenreductie door een 2+1-schema in plaats van een 3+1-schema in te voeren, is nog niet haalbaar omdat de effectiviteit van een 2+1-schema onvoldoende bewezen is.

Ook in dit herhaalde advies van de Gezondheidsraad wordt het effect van de pneumokokkenvaccinatie overschat. Dat 1800 longontstekingen en 52.000 middenoorontstekingen voorkomen kunnen worden, heb ik in dit tijdschrift in 2002 al ter discussie gesteld; 400 longontstekingen en 5000 otitiden is een reëlere schatting (Huisarts Wet 2002;45:510-1). Zeker omdat volgens Nederlands onderzoek bij otitiden serotype-replacement niet uitzonderlijk is. Dat onderzoek is overigens niet geciteerd bij dit advies van de Gezondheidsraad.<sup>2</sup>

Pneumokokkenvaccinatie wordt binnenkort in het RVP opgenomen. Maar we moeten ons blijven afvragen hoe maakbaar deze wereld is. Als we het aantal kinderen dat overlijdt bij de geboorte in beschouwing nemen, staat de bevalling ook op de lijst om uitgebannen te worden. Een *Brave New World?* (RD)

1 Gezondheidsraad. *Vaccinatie van zuigelingen tegen pneumokokkeninfecties.* Den Haag: Gezondheidsraad, 2005: publicatie nr 2005/13.

2 Veenhoven R, et al. *Effect of conjugate pneumococcal vaccine followed by polysaccharide pneumococcal vaccine on recurrent acute otitis media: a randomised study.* Lancet 2003;361:2189-95.



Foto: Getty Images