

'Patiënten hebben heel duidelijke voorkeuren bij de aanvalsbehandeling van migraine'

Afgelopen najaar promoveerde Frans Dekker op zijn proefschrift *Patients' preference in migraine*. In een interview vertelt hij over zijn onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Migraine op de plank

Dekker had al een hele carrière achter de rug toen hij begon aan zijn promotieonderzoek. Hoe is dat zo gekomen? 'Vroeger heb ik bij het NHG gewerkt en daar koos ik destijds al voor vanuit mijn belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek. Niet voor niets ben ik ook al jarenlang lid van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Ook was ik betrokken bij de inrichting van de website van het Farmacotherapeutisch



Kompas. Al met al wilde ik wel eens iets anders en het doen van een onderzoek leek me boeiend. Voor de NHG-Standaard *Hoofdpijn* had ik ooit de commentaarroude georganiseerd en ik maakte deel uit van een groepje artsen dat cursussen door het hele land gaf over migraine. Vanuit die achtergrond kreeg ik te horen dat er in Leiden nog een onderzoek over migraine op de plank lag en dat heb ik vervolgens opgepakt.'

Dekker heeft het onderzoek verricht naast zijn praktiseren als huisarts. 'Dat was best pittig, maar ik was er allang aan gewend om nevenbanen bij mijn huisartsenwerk te hebben.'

Preventie beter dan behandelen

Als eerste deed Dekker een review om op een rijtje te zetten wat er bekend was over de preventie van migraine. 'Bij migrainepatiënten die de huisarts bezoeken heeft profylaxe meer invloed op de hoofdpijn dan aanvalsbehandeling. Immers, profylaxe geeft bij 50% van de patiënten een reductie van 50% van de klachten en aanvalsbehandeling is maar bij 30% effectief. Maar huisartsen hebben veel meer aandacht voor aanvalsbehandeling, terwijl die dus minder zoden aan de dijk zet.'

Toch bleek uit het onderzoek dat meer patiënten dan verwacht (ooit) preventieve medicatie gebruikten. Dekker: 'Bij 13% van de migrainepatiënten is op enig moment sprake van preventie; 44% is ooit met preventieve behandeling begonnen en van alle starters heeft 56% na 9 maanden die behandeling nog steeds. Dat is een prima prestatie van huisartsen: als ze het doen, doen ze het kennelijk goed. En het is uitstekend dat in de onderzoeksperiode 44% van de migrainepatiënten met preventieve therapie is gestart. Zeker omdat huisartsen het effect van profylaxe erg laag inschatten, zijn dit allemaal hogere cijfers dan je zou verwachten.'

Argwanend en kritisch

Dekker deed vervolgens een kwalitatief onderzoek naar de redenen waarom huisartsen en patiënten zo terughoudend zijn als het gaat om het gebruik van preventieve medicatie. Daartoe zet-

te hij een focusgroepstudie in. 'Huisartsen zijn heel argwanend en kritisch, en ook de patiënten hebben veel bedenkingen. Dat is niet helemaal onterecht, aangezien profylaxe in 50% van de gevallen niet lijkt te werken. Maar als je 3 aanvallen per maand hebt, is 50% reductie wel degelijk een heel behoorlijke winst. Dat vergt een andere manier van rekenen.'

De frequentie van de migraineaanvallen is voor patiënten de meest doorslaggevende factor om in te stemmen met preventieve behandeling, zelfs iets meer nog dan de impact van de hoofdpijn. Dekker: 'De nieuwste actualisering van de NHG-Standaard bevestigt deze bevinding: die adviseert om profylaxe te bespreken vanaf twee aanvallen per maand.'

Voorkeuren van patiënten

Een belangrijk deel van het onderzoek van Dekker bestond uit een tweetal RCT's naar de effectiviteit van aanvalsbehandeling van migraine. Bijzonder was dat hij hierbij de patiëntenvoorkeur als eindmaat nam. In de RCT's vergeleek hij eerst triptanen met ibuprofen en vervolgens triptanen met paracetamol. Daarbij kwam hij tot enkele opmerkelijke bevindingen. Dekker: 'De farmaceutische industrie claimt altijd dat triptanen het meest effectief zijn, maar dat bleek niet uit mijn onderzoek. Want de helft van de patiënten koos voor triptanen, maar de andere helft voor óf ibuprofen óf paracetamol. Opvallend was vooral dat die voorkeuren van de patiënten steeds heel duidelijk waren; er waren maar zeer weinig mensen die twijfelden. En hoe dan ook hadden patiënten in groten getale baat bij in elk geval één behandeling. Dit was op deze manier nooit eerder onderzocht.'

Iedereen wat anders

Als patiënten zoals gezegd veelal baat blijken te hebben bij een van de behandelingsopties, geeft dat dan handvatten voor de huisarts? Dekker: 'Inderdaad, je moet alleen bij elke patiënt even uittesten wat de beste behandeling is, omdat die bij iedereen anders kan zijn. Overi-

gens is ook dat nu opgenomen in de standaard.'

En betekent dit ook dat de huisarts met het oog op de kosten het best kan starten met paracetamol? Dekker: 'Dat is in elk geval wel wat de standaard nu adviseert, maar daar ben ik niet zo tevreden over. De meeste mensen hebben immers allang paracetamol geprobeerd, zij het misschien niet altijd op een helemaal adequate manier. Tegenwoordig zijn er zelfs ook veel mensen die al ibuprofen hebben geprobeerd. Je zult dus per patiënt moeten kijken wat de vervolgstap is en daarbij hecht ik niet al te sterk aan het "zo goedkoop mogelijk beginnen". Zeker nu triptanen veel minder duur zijn geworden, kun je de behandeling ook daarmee beginnen als de andere opties al zijn geprobeerd. Als het maar werkt!'

De eigen spreekkamer

En wat doet Dekker zelf als hij een migrainepatiënt ontvangt in de spreekkamer? 'Ten eerste vind ik dat dan wel leuk. Sommige huisartsen vinden al die hoofdpijnklachten maar niets; die zeggen: "Het komt allemaal door stress!" Maar migraine heeft helemaal niets en spanningshoofdpijn maar heel weinig te maken met stress. "Spanningshoofdpijn" is dan ook een onzinnige term; "aspecifieke hoofdpijn" zou de lading beter dekken. Maar we hebben ervoor gekozen ons aan te sluiten bij de internationaal gebruikte terminologie: *tension-type headache*. En tja, je krijgt "spanningsachtige hoofdpijn" je mond bijna niet uit... Hoe dan ook, op mijn spreekuur inventariseer ik wat de klachten zijn en bepaal ik aan de hand daarvan om wat voor soort hoofdpijn het gaat. Dat laatste is namelijk lang niet altijd meteen duidelijk. Vaak geef ik al wel meteen een aanvalsbehandeling op basis van mijn inschatting, maar dan vraag ik de patiënt toch om twee à drie maanden een hoofdpijndagboek bij te houden. Vervolgens laat ik de patiënt terugkomen om het effect van

de medicatie te bespreken en om nader te preciseren om welke soort hoofdpijn het gaat. Bij heel lastige gevallen zie je vaak dat er sprake is van medicatieovergebruikshoofdpijn of een combinatie van spanningshoofdpijn en migraine. In elk geval biedt een goed bijgehouden dagboek je vaak inzicht in het type hoofdpijn en dan kun je je beleid daarop afstemmen. Maar als je het ondanks zo'n dagboek nog steeds niet precies weet – want dat is soms heel lastig – dan moet je verwijzen.'

Pittige stellingen

Dekker houdt er kennelijk van zijn meningen duidelijk te verkondigen, want zijn proefschrift gaat vergezeld van enkele pittige stellingen. Een daarvan luidt: *Triptanen veroorzaken in Nederland meer hoofdpijn dan ze verhelpen, althans dat kan na enig rekenwerk worden geconcludeerd*. Is dat niet een wat erg boude bewering? Dekker: 'Volgens mij klopt die stelling wel, hoor. Bijna de helft van de triptanen wordt gebruikt door mensen met medicatieovergebruikshoofdpijn. Die middelen veroorzaken al met al zoveel hoofdpijndagen dat de mensen die er baat bij hebben daar niet tegen opwegen. Dat kunt je zo uitrekenen! Het sluipt er bij mensen langzaam in om veel te veel triptanen te gaan gebruiken: ze slikken ze dan voorafgaand aan een aanval of bij het minste beetje hoofdpijn. Zo speelt bij maar liefst 4% van de hoofdpijnpatiënten in de huisartsenpopulatie overgebruik van medicatie een rol.'

Triptanen: niet te vroeg slikken!

Is het dan niet goed om triptanen voorafgaand aan een aanval in te nemen? Dekker: 'Nee, als je triptanen te vroeg inneemt, is de kans groot dat ze helemaal niet werken en dat kan dan weer leiden tot medicatieovergebruikshoofdpijn. Overigens neemt het effect ervan ook af als je ze te laat inneemt. Je moet triptanen dus alleen innemen in het eerste kwartier tot halfuur van de

aanval en je kunt ze in elk geval niet preventief inzetten. Pijnstillers kun je wel vroeg innemen, want die verliezen daardoor hun werkzaamheid niet. Maar ook die geven kans op medicatieovergebruikshoofdpijn.'

Tabletten tellen

Hoe kan een huisarts achterhalen of er bij een patiënt sprake is van medicatieovergebruikshoofdpijn? Dekker: 'Je zou eigenlijk de medicatiedagen moeten tellen, maar je kunt dat wel omzetten naar het aantal tabletten dat een patiënt slikt. Bij meer dan twaalf tabletten per maand is de patiënt *at risk* en bij achttien à twintig tabletten per maand is er vrijwel zeker sprake van medicatieovergebruikshoofdpijn. Huisartsen hebben overigens best veel succes bij het afbouwen van het medicatiegebruik; na één gesprek stopt of mindert al 64% van de patiënten, zo wijst Noors onderzoek uit. Maar soms moet je verwijzen om het medicatiegebruik te stoppen of te minderen. Dat blijkt ook wel: 60 tot 70% van de verwijzingen voor hoofdpijn betreft medicatieovergebruik. Bij een kwart daarvan gaat het om triptanen, dus dat komt bij ons huisartsen uit de voorschrijven! Daar valt voor ons echt nog wel iets te verbeteren.'

Na de promotie

De promotie is nog niet erg lang geleden, dus wellicht is er nog niet voldoende tijd overheen gegaan om te kunnen genieten van de daarna neergedaalde rust? Dekker: 'Nee, al was het maar omdat ik inmiddels voorzitter ben geworden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Dat is de oudste commissie van het NHC en ik was er al langer lid van. Het is een fantastische club mensen die me altijd hebben gestimuleerd tot het doen van onderzoek, dus ik vind het leuk om daar nu voorzitter van te zijn. En verder zie ik wel weer wat er nog op mijn pad komt!' ■

Ans Stalenhoef