

Zonder pijn?

P.J. Lieveise

anesthesioloog,

Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Dr. Daniel den Hoed Kliniek, Rotterdam

Velen hebben het idee dat pijn niet meer hoeft. Vaak kan pijn worden behandeld. Dit artikel gaat niet over het hoe van het behandelen, maar over andere vragen. Wat is pijn? Wat is het verschil tussen benigne en maligne pijn? Is er een tegenstelling tussen medicamenteuze therapie en psychologische begeleiding?

(Tijdschr Huisartsgeneeskd 1999; 16(12): 635-8.)

Wie bezig is met ziekte en sterven, heeft bijna altijd te maken met patiënten die pijn hebben. Toch lijkt het erop dat in onze maatschappij het idee bestaat dat pijn niet meer hoeft. 'Met een prik, pleister en pil wordt pijnbehandeling een peulenschil.' Er zijn echter vanuit de praktijk heel veel vragen te stellen over pijn.

PIJN EN LIJDEN

De verschillende definities van 'pijn' geven meer aan over onze moeite met het begrip, dan dat ze veel duidelijkheid verschaffen.

Fysiologisch en neurobiologisch onderzoek heeft heel wat interessante feiten aan het licht gebracht. Zo is er iets bekend van de rol van prostaglandines en neuropeptiden die bij weefselbeschadiging vrijkomen en die de uiteinden van pijn zenuwen kunnen prikkelen. We weten ook al heel wat over de verschillende neuronen en transmitters die in het ruggenmerg zoal betrokken zijn bij het verwerken van pijnprikkels. Ook is bekend dat pijn een verstoring is van de delicate balans tussen deze regelmechanismen binnen zowel opstijgende als afdalende banen. Verder is over de verschillende hersencentra het nodige bekend; sommige hebben een functie bij de gewaarwording van pijn, andere bij de emotionele lading ervan.

Dit soort inzichten werpt nog geen licht op de vraag of pijn ook een functie heeft. Pijn fungeert vaak als waarschuwing. Daarnaast blijkt pijn een subjectieve ervaring te zijn. Alleen de persoon die pijn heeft, kan zeggen hoe erg het is; en de één reageert er heel anders op dan de ander.

Bij sommige ziekten heeft pijn nog een extra dimensie; de hartpatiënt met pijn op de borst voelt de dreiging van levensgevaar en de kankerpatiënt die 's nachts wakker wordt met pijn, denkt: ik word nooit meer beter. Pijn kan iemand wanhopig maken, of angstig, of boos, of eenzaam. Het kan slaapproblemen veroorzaken, terwijl slaapttekort omgekeerd de draagkracht van de patiënt negatief beïnvloedt. Kon je in de eerdergenoemde situaties nog zeggen dat pijn een functie heeft, bij deze vormen van pijn is het moeilijk om er vanuit medisch oogpunt de zin van in te zien. Pijn gaat dan over in lijden. Overigens hoeft lijden niet altijd levensvreugde in de weg te staan. Zoals Jacqueline van der Waals over de dood dicht in 'Sinds ik het weet':

Ik zei niet 'goede dood'

ik zei niet 'boze'

maar de dennen geurden en de rozen,

en ik had het leven nooit zo liefgehad.

Het begrip 'total pain' geeft aan dat er vaak sprake is van een wirwar van dimensies van pijn:

lichamelijke, psychische, sociale en geestelijke aspecten. Deze alle behoeven aandacht.

Een veelvoorkomend misverstand is dat pijn niet te nieten zou zijn, juist omdat pijn subjectief is. Voor de patiënt zelf is het echter heel goed merkbaar of de pijn erger wordt of onder controle is. Meerdere methoden kunnen die gewaarwording ook in beeld brengen. De patiënt een cijfer tussen 0 en 10 laten geven aan zijn pijn, is er zo een. Er bestaan ook vragenlijsten, waarbij sommige alleen op de gewaarwording van pijn ingaan (plaats van de pijn, de soort sensatie enz.) en andere bovendien op belevingsaspecten. Zo kan de patiënt menen 'dat het toch niet meer overgaat' of 'dat pijn je eigen schuld is'. Omdat dit soort gedachten het effect van de pijnbehandeling beïnvloedt, is het nuttig ze in kaart te brengen.

VORMEN VAN BEHANDELEN

Eén van de grondregels bij de behandeling van pijn, is het serieus nemen van de klacht pijn. Alleen al het aandacht schenken aan de klacht pijn is voor de patiënt weldadig. Een andere grondregel is: er wat aan doen! Een hardnekkige opvatting, die belemmerend kan werken bij de behandeling van pijn, is de gedachte 'dat pijn erbij hoort'. Het idee leeft sterk dat pijn op zich goed is en pijn- behandeling gevaarlijk.

De huiver voor morfine en andere opiaten is voor menig patiënt én arts een nog belangrijkere reden om zelfs ernstige pijn onder-behandeld te laten. Langere tijd bestaande, niet voldoende behandelde pijn kan echter resulteren in steeds moeilijker te behandelen pijn. Voor de bekende verschijnsel zijn inmiddels ook neurofysiologische verklaringen verkregen: bepaalde neuronen in het ruggenmerg kunnen in zo'n situatie een soort automatisme ontwikkelen.

Voor doseringen en de behandeling (voorkoming) van bijwerkingen, kan verwezen worden naar de handzame boekjes van de verschillende integrale kankercentra, zoals 'Behandeling van pijn bij kanker' van het IKR in Rotterdam (4de uitgave, 1998) en 'Palliatieve zorgverlening' van het IKL in Limburg (2de uitgave, 1998). Daarin is onder andere te vinden dat het risico op obstipatie veelal wordt onderschat en dat het gevaar van ademdepressie fors wordt overdreven.

Nogal eens wordt vergeten dat pijn zelf ziekmakend is. Effectieve pijnbehandeling met opiaten is daarom niet levensbekortend, maar in veel gevallen veeleer (onbedoeld) levensverlengend. William Osler noemde morfine al 'God's own medicine'. Natuurlijk is morfine niet de enige pijnstillers. De zogenaamde perifeer aangrijpende pijnstillers zijn hiermee prima te combineren. En afhankelijk van de oorzaak van de pijn zijn er nog heel veel andere methoden: bestralen bij botmetastasen, dexamethason bij hersenmetastasen, amitriptyline bij pijn ten gevolge van zenuwletsel, enz.

Daarnaast zijn er de zogenaamde invasieve pijnbehandelingen. Hieronder worden zowel de zenuwblokkades bedoeld die de betreffende zenuwen blijvend uitschakelen (zoals de coeliacus-blokkade bij bepaalde pijnen in de bovenbuik) als de invasieve, medicamenteuze therapieën. De laatste zijn de afgelopen tien jaar enorm populair geworden. Hiertoe rekenen we subcutane en intraveneuze toediening van een medicament of een combinatie van medicamenten en de toediening via spinale katheters. Het is mede door het beschikbaar komen van betrouwbare, programmeerbare en draagbare pompjes dat deze methoden ook thuis goed toepasbaar zijn. Het vraagt wel extra expertise van huisarts en thuiszorgverpleegkundige om de patiënt met deze technologieën te begeleiden.

De suggestie die vanuit de media naar het grote publiek gewekt wordt, is dat nieuwe

technologieën alleen maar voordelen kennen en geen complicaties. Omdat de praktijk weerbarstiger is, moeten deze behandelingen weloverwogen worden gestart.

PIJN KOMT NOOIT ALLEEN

Pijn mag dan de meest genoemde klacht bij stervende mensen zijn, andere klachten vragen zeker zoveel aandacht. Te denken valt aan gebrek aan eetlust, kortademigheid, jeuk, vermoeidheid enz. Goede zorg zoekt verlichting van al die klachten. Als genezing onmogelijk is, dan kan symptoomverlichting nog heel goed uitvoerbaar zijn. En precies dat gebeurt bij palliatieve zorgverlening. En het betreft niet alleen tie lichamelijke klachten. Bepaalde angsten, praktische zorgen etc., behoren ook tot palliatieve zorg. En deze zorg strekt zich ook uit tot de zorg voor de naasten van de patiënt. Ook zij hebben hulp nodig: uitleg, steun, voorbereiding op het naderend afscheid. Misschien is dat laatste wel hét wezenskenmerk van palliatieve zorg: het naderend sterven mag benoemd worden en men kan de tijd die nog gegeven is mede gebruiken om zich daarop voor te bereiden.

Pijnbehandeling zou belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven, maar wat wordt daar dan mee bedoeld? De term 'kwaliteit van leven' kent namelijk heel wat definities. Sommige definities leggen het accent op het beleven van geluk. Die gaan dan uit van subjectieve criteria, dat wil zeggen, ze zijn gebaseerd op het perspectief van de patiënt. Dit meten gebeurt bij veel wetenschappelijk onderzoek veel te weinig. Andere definities beogen het inschatten van het maatschappelijk nut van de behandeling. Bijvoorbeeld door uit te rekenen welke behandeling economisch gezien voordeliger is. Hoewel dit laatste soort onderzoeken zinvol kan zijn, kunnen ze iets bedenkelijks krijgen zodra ze tevens 'de waarde' van het leven van de patiënt lijken aan te geven. Bij palliatieve zorg staat de waarde van het individu buiten kijf, hoe geschonden de gezondheid ook is, of hoe beperkt de levensverwachting.

De winst van het betrekken van aspecten van kwaliteit van leven is derhalve vooral gelegen in het besef dat andere dan puur fysiologische of celbiologische parameters bij het evalueren van resultaten van therapieën of de planning daarvan meegewogen moeten worden.

GRENZEN VAN PIJNBEHANDELING

Is pijn altijd te behandelen? Ja, in de zin dat er altijd wat aan te doen is. Bovengenoemde maatregelen helpen bij vrijwel elke patiënt met pijn een situatie creëren, waarbij de pijn sterk afneemt of op zijn minst draaglijk wordt.

Is pijn dus altijd te behandelen? Nee, in die zin dat er zeer sporadisch een situatie ontstaat dat het lijden van de patiënt zo overweldigend is geworden dat hulpverleners zich mét de patiënt en zijn naasten met de rug tegen de muur voelen geplaatst. Soms kan dat komen doordat er in eerdere fasen kansen zijn gemist om de klachten beter onder controle te krijgen. Het is dan met spoed geboden om een palliatief zorgteam te consulteren, als dat niet reeds is ingeschakeld.

Maar in bepaalde extreme situaties kan op de wens van de patiënt ingegaan worden dat een zekere mate van bewusteloosheid te prefereren is boven het volledig bewust ervaren van die laatste uren of dagen van zijn lijdensweg. Hierbij valt te denken aan een pijn die alleen onder controle te krijgen is met als neveneffect een parese van dat deel van het lichaam, of aan een zich aankondigende verstikkingsnood ten gevolge van een longbloeding.

In zo'n situatie zijn anesthetica eventueel aangewezen, waarbij een situatie van 'terminale

sedatie' wordt gecreëerd. Hierbij wordt een bewusteloosheid veroorzaakt die dan weliswaar niet de dood tot gevolg heeft, maar die wel tot het spoedige overlijden zal blijven bestaan. De zorg houdt echter niet op. Behalve de verzorging van de bewusteloze patiënt heeft de familie wellicht nu extra ondersteuning nodig.

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES

In het bovenstaande kwamen vooral medicamenteuze en andere medische therapieën bij pijn aan bod. Het is echter bekend dat psychische factoren van grote invloed zijn op de pijnbeleving. Dit is vooral uitgebreid onderzocht bij pijnsyndromen die als 'chronische benigne pijn' worden aangeduid. De manier waarop de patiënt met zijn pijn leert omgaan, is op de lange termijn van beslissende invloed op het verloop van de klacht. Patiënten die dit op eigen kracht willen leren, kunnen baat hebben bij de adviezen in het boek 'De pijn de baas' van de psycholoog Frits Winter (Soest: Ruitenberg Boek, ISBN: 90- 72540-01-8).

Wat bij chronische benigne pijn van waarde is, blijkt vaak evenzeer van toepassing op pijn bij ernstig zieke patiënten. Vanuit psychologisch onderzoek is onder meer gebleken dat een vergroting van (het gevoel van) controleerbaar zijn van de omstandigheden een grote positieve invloed heeft op de pijnbeleving. Met name ongepast pessimisme, alles als een ramp zien en zichzelf overmatig de schuld van de situatie geven, moeten daarom gecorrigeerd worden.

(Vervolg op pagina 638, maar dat gedeelte mis ik)

PRAKTISCHE PUNTEN

- *Niet negeren maar tijdig inventariseren van eventuele pijnklachten is aangewezen bij patiënten met kanker.*
- *Vroegtijdig starten met analgetica, waaronder opiaten, vergemakkelijkt het onder controle houden van pijn bij kanker.*
- *Bijwerkingen van pijnbehandelingen worden met name veronachtzaamd indien met behandelen ten onrechte wordt gewacht totdat de pijn onhoudbaar is geworden.*
- *Het naderend sterven benoemen en daarop helpen voorbereiden, is essentieel bij palliatieve zorgverlening.*
- *Er moet voorkomen worden dat de patiënt het gevoel krijgt dat hij de controle over zijn situatie verliest.*