

# “Stellig over chronische pijn”

## Visie en valkuilen in de huisartspraktijk

Onder bovenstaande titel werden in het voorjaar verspreid in het land nascholingsavonden georganiseerd door Benecke N.I. welke nascholing gesponsord werd door Pfizer B.V. Elke sessie werd begeleid door een huisartsvoorzitter en een medisch specialist met expertise op het gebied van behandeling van patiënten met chronische pijn.

Gezien de grote opkomst – er moesten zelfs extra cursusavonden ingelast worden – leeft het onderwerp bij de huisarts. Het programma stimuleert interactie tussen de deelnemers en hier wordt ook steeds ruimschoots gebruik van gemaakt. Vóór de pauze wordt een heel herkenbare casus besproken, waarbij een aantal knelpunten aan bod komt. Deze betreffen zowel de medische kant als ook de organisatorische aanpak. Na de pauze worden de relevante begrippen uitgediept en worden handvatten aangereikt waarmee de huisarts de pijnbehandeling meer zelfverzekerd kan aanpakken.

### Verschillende soorten pijn – een belangrijk onderscheid?

Hoewel elke arts vertrouwd is met pijn veroorzaakt door weefselbeschadiging ('nociceptie'), blijkt het nuttig stil te staan bij de vraag: *Wat is chronische pijn?* Zelfs deze zo voor de hand liggende vraag blijkt al een eye-opener. Naast de gebruikelijke definitie – pijn die langer bestaat dan drie maanden – wordt ook een heel ander concept besproken: chronische pijn als pijn die geen correlatie (meer) heeft met de mate van weefselchade, maar die wel degelijk gevoeld wordt door de patiënt en die ook leidt tot allerlei vormen van pijngedrag. Pijn 'zonder substraat', pijn als subjectief gevoel, pijn meten, aandacht schenken aan deze pijn – het zijn alle zaken waarover een stevige discussie gevoerd wordt. Het ontbreken van een definitieve, behandelbare diagnose en het mede aanwezig zijn van psychosociale componenten maakt de patiënt met een chronisch pijnsyndroom vaak zo'n moeilijke en soms zelfs frustrerende klinische uitdaging.

Het toelichten van een tweede onderscheid is voor de meeste deelnemers eveneens nuttig: nociceptieve pijn en neuropathische pijn. *Nociceptieve pijn* ('gewone pijn') is pijn veroorzaakt door weefselbeschadiging met de hele cascade van pijnzenuwen, achterhoorn in het ruggenmerg etc. en wordt omschreven als scherp, dof of drukkend – ook al blijkt zelfs hierover meer te zeggen. Want 'gewone pijn' is namelijk niet zomaar een opeenvolgende reeks van actiepotentialen – een statisch begrip; pijn is veeleer een verstoring van een delicate balans waarbij opstijgende pijnbanen en afdalende banen betrokken zijn en waarbij modulatie en plasticiteit van het zenuwstelsel een rol spelen; vooral bij chronische pijn – een dynamisch concept dus.

*Neuropathische pijn* is nog wezenlijk anders dan nociceptieve pijn. Deze pijn wordt veroorzaakt door een beschadiging of een disfunctie van het zenuwstelsel zelf. Hierbij kennen we uiteenlopende oorzaken: zoals mechanische beschadiging van zenuwen door trauma of operatie (bijvoorbeeld fantoompijn), metabole of toxische oorzaken (poly-

neuropathie bij diabetes of na chemotherapie), infecties (postherpetische neuralgie), disfunctie in het centrale zenuwstelsel (pijn bij multiple sclerose, 'central pain' na CVA).

Naast de onderverdeling nociceptief versus neuropathisch komen er op de cursus nog een aantal voorbeelden van pijn aan bod, die zich niet zo makkelijk in laten delen: zenuwcompressie-pijn (gedraagt zich veelal toch als nociceptieve pijn), CRPS (sympathische reflexdystrofie) en migraine.

## Medicamenteuze pijnbehandeling

Medicamenteuze therapie is de belangrijkste mogelijkheid tot behandeling van patiënten met pijn. Daarover zijn de deelnemers het snel eens. Maar over het bovengenoemde onderscheid tussen nociceptieve versus neuropathische pijn blijkt nog heel wat te bespreken.

Bij nociceptieve pijn is er al snel consensus dat men de 'pijnladder' volgens de WHO dient te volgen, ook al zijn er verschillende vormen van deze 'pijnladder' in omloop.

De behandeling van neuropathische pijn blijkt over het algemeen veel lastiger. De hiervoor aangewezen medicamenten dienen langzaam te worden 'ingeslopen', waarna het vaak nog één of twee weken duurt voordat het effect merkbaar is. Belangrijkste vertegenwoordigers zijn tricyclische antidepressiva (bijvoorbeeld amitriptyline), gabapentine en carbamazepine, waarbij het laatste middel alleen voor specifieke pijnen geïndiceerd is. De effectiviteit van deze middelen is vergelijkbaar – ca. 30% van de patiënten ervaart 50% pijnvermindering – zodat het bijwerkingspectrum veelal de doorslag geeft bij de keuze. Dit zijn allemaal aspecten die ook aan de patiënt verduidelijkt moeten worden.

## Behandeling van het chronisch pijnsyndroom

De deelnemers aan de cursus zien de huisarts een centrale rol hebben bij de begeleiding van deze patiënten. Welke invalshoeken zoal een plaats hebben, komt in de cursus uitgebreid aan bod.

Er wordt gesproken over de relatie tussen aandacht schenken aan pijn en de pijndrempel. Ook komt het belang van bepaalde cognities aan bod; bijvoorbeeld de gedachte 'als ik maar geen pijn had, dan zou ik compleet gelukkig zijn' of 'pijn betekent dat je moet rusten'. Vervolgens hebben we het over de invloed van het gevoel controle over de situatie te hebben; en over de invloed van stresssituaties, van depressie en van angst. Ook wordt gesproken als chronische pijn als aangeleerd gedrag en over de rol van sociale factoren zoals conflicten op het werk.

De behandelingsmethoden bij chronische pijn sluiten hierbij aan: gedragstherapie, cognitieve therapie, adviezen over rust nemen na een bepaalde inspanning of tijdsverloop, hulp om zijn sociaal en ontspanningsleven uit te breiden. Ook psychofarmaca en verwijzing naar een psycholoog of psychiater kunnen hierin een plaats hebben. Bij deze laatste interventies is het belangrijk te beklemtonen dat deze verwijzing de echtheid van de pijn niet ter discussie stelt, maar dat de psychologische hulpverlener iemand is die helpt zoeken naar praktische oplossingen om de pijn te verlichten. Om te onderstrepen dat de verwijzing geen afwijzing impliceert, is het te overwegen de patiënt

met vaste intervals te blijven zien op het spreekuur. Bij dit alles wordt gefocust op realistisch haalbare doelen.

Discussie is er tijdens de cursus ook over de mogelijkheden of beperkingen om te voorkomen dat een acuut pijnprobleem zich ontwikkelt tot een chronisch pijnsyndroom. Dit houdt deels in dat de huisarts zich bewust is van de rol die psychosociale factoren in het chronisch worden van pijn kunnen spelen. Daarnaast komen de volgende richtlijnen aan bod: voldoende medicatie voorschrijven bij acute pijn; de patiënt uitleggen dat hij er alle baat bij heeft na de behandelperiode geleidelijk weer zijn gewone activiteiten te hernemen en terug aan het werk te gaan; signalen herkennen die een beginnend chronisch pijnsyndroom suggereren. Dergelijk signalen zijn bijvoorbeeld: vage klachten, theateraal of onverschillig verwoord; het gevoel van de arts onder druk gezet te worden; verwikkelingen rond arbeidsongeschiktheid; veelvuldig veranderen van dokters.

## Hoe de pijnbehandeling organiseren

Ook de vraagstukken die samenhangen met de 'organisatie' van pijnbehandeling blijken te leven.

Zo horen we dat er in sommige regio's een speciale 'ruggen spreekuur' bestaat, waarbij een team van bijvoorbeeld neurologen en orthopedisch chirurgen gezamenlijk de patiënt bekijken en per ommegaande de verwijzend huisarts van hun bevindingen en adviezen op de hoogte stellen. Ook een goede naam hebben multidisciplinaire pijnteams die vooral een belangrijke bijdrage kunnen hebben wanneer men 'vast dreigt te lopen'. Daarmee vergeleken wordt niet zo hoog opgegeven van een aantal solistisch werkende pijnartsen die al vlot een trukendoos opentrekken (een 'pijnblokkade', of een ruggenwervel 'rechtzetten') maar ook even vlot de patiënt melden 'dat ze er maar mee moeten leren leven'; onder het begrip 'pijnpoli' kunnen blijkbaar heel verschillende zaken verstaan worden. Met name ook voor het helpen hanteren van de psychosociale componenten verwacht de huisarts hulp van een pijnteam.

Een met de organisatie samenhangend probleem is het bestaan van wachtlijsten voor deze mogelijkheden van verwijzing. Tips worden uitgewisseld hoe hiermee om te gaan, maar niet over alle bestaat consensus; zo vindt de één dat je best de ziektekostenverzekeraar kunt inschakelen om de voortgang te waarborgen terwijl de ander dat ervaart als de regie uit handen geven.

## Praktisch belang voor de huisarts

De cursus blijkt op meerdere manieren voor de deelnemende huisartsen nuttig. Naast het genoemde onderscheid tussen nociceptieve en neuropathische pijn en de daarbij behorende medicatieschema's is ook het bespreken van het chronisch pijnsyndroom een aansprekend item. Bovendien is het een hulp om van elkaar te horen wat praktisch haalbaar is bij deze moeilijke situaties; zowel van het zelf ter hand nemen van de behandeling als wat te verwachten van het inschakelen van een pijnteam.