

# Pijnbestrijding langzamerhand volwaardig specialisme

**Auteur:** F. van Wijck  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 1999  
**Pagina:** 30-31  
**Jaargang:** 19  
**Nummer:** 5  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:**  
**Kernwoorden:** pijn pijnbestrijding  
**Literatuur:**

Als een patiënt chronische pijn had, werd vroeger de zenuw doorgesneden die deze veroorzaakte. Tegenwoordig beschikt de pijnbestrijder over andere en meer verfijnde middelen om de patiënt het leven aangenamer te maken. Sinds enige tijd visiteren de pijnbestrijders elkaar en werken ze er hard aan eenheid in de bestaande cursussen te brengen.

Een kleine tien jaar geleden zag het er naar uit dat anesthesiologie het poortspecialisme zou worden voor pijnbestrijding. Uiteindelijk is het er toch niet van gekomen, maar wel spelen de anesthesiologen onder het totale aantal pijnbestrijders in ons land een belangrijke rol. Dat is ook niet vreemd. Naast alle andere taken is hij degene die er tijdens en na de operatie verantwoordelijk voor is dat de patiënt geen pijn lijdt. Ook het blokkeren van zenuwen behoort tot zijn takenpakket en deze klassieke vorm van pijnbestrijding vormde het opstapje naar alle andere methoden die ervoor moeten zorgen dat de patiënt geen pijn meer voelt of dat die pijn in ieder geval draaglijk wordt. Toch is de anesthesioloog niet de enige die bij pijnbestrijding betrokken is, want ook de neuroloog, de neurochirurg, de revalidatie-arts, de psycholoog, de psychiater, de maatschappelijk werker en diverse paramedici begeven zich op dit vakgebied.

## Zenuwbehandeling steeds verfijnder

Pijnbestrijding via zenuwblokkade is niet nieuw. Al in de achttiende eeuw werd de verdachte zenuw simpelweg doorgesneden. Een naar de huidige begrippen vrij barbaarse methode, maar toch vonden diverse manieren om zenuwen uit te schakelen ook in de jaren dertig van deze eeuw hun weg naar de medische stand. 'Het is een erg rigoureuze methode van pijnbestrijding', stelt Robert Jan Stolker, anesthesioloog en pijnbestrijder in het Eindhovense Catharina-ziekenhuis, 'want het doorsnijden van de zenuwen betekent dat ook de functies verloren gaan. Bovendien kan er neurophatische pijn voor in de plaats komen en die strekt zich over een steeds groter gebied uit. Dan kun je alleen nog ook de naastliggende zenuw uitschakelen enzovoort.' Verandering was dus geboden. De anesthesioloog John J. Bonica startte daarom in de VS een multidisciplinair pijnteam als tegenwicht voor het grote aantal

rugoperaties dat - zonder succes - plaatsvond. Hierbij werden simpelweg de zenuwen doorgesneden die de rugpijn veroorzaakten. Nu wordt deze onomkeerbare vorm van zenuwblokkering nog alleen op een beperkt aantal plaatsen in het lichaam toegepast, bij patiënten die een zeer beperkte levensverwachting hebben.

Behalve het mes konden ook vloeistoffen dienst doen om de zenuw uit te schakelen, maar deze methode was bijzonder risicovol, omdat de geringste beweging van de patiënt ertoe kon leiden dat de vloeistof naar de verkeerde plaats toeliep en daar onbedoeld andere zenuwen beschadigde. Een alternatief uit de jaren dertig, elektrocoagulatie, was niet veel beter. In de jaren zeventig werd voor het eerst gewerkt met cryo-behandeling of het creëren van een radiofrequente laesie. Cryocoagulatie (de zenuw bevriezen) viel na onderzoek weer af, omdat de zenuw weer bleek aan te groeien. Maar de radiofrequente behandeling bleek aantrekkelijk, omdat die reproduceerbaar was en bovendien zeer gericht toepasbaar. Zeker toen in 1980 de eerste meer verfijnde temperatuurelektrodes beschikbaar kwamen, die de temperatuur bij de radiofrequente behandeling beter beheersbaar maakten. Nu is het mogelijk de zenuw zodanig te behandelen dat deze wel blijft functioneren, maar veel minder pijnimpulsen doorgeeft aan de hersenen. Deze methode wordt nu toegepast bij de rug en nek en bij aangezichtspijnen. Bij mensen met kankerpijn kan middels radiofrequente behandeling een baan in het ruggemerg worden doorgenomen. Aan de andere kant is het ook juist mogelijk pijn te bestrijden door zenuwen te stimuleren (middels TENS of een implanteerbare stimulator) of de pijn te behandelen met medicamenten of revalidatie en houdingsleer.

## Eerst de perifere ziekenhuizen

De stelselmatige aandacht voor pijnbestrijding kwam in Nederland in de jaren zeventig op gang. In 1975 werd de Nederlandse Vereniging ter Bestrijding van Pijn (NVBP) opgericht. "De aandacht voor pijnbestrijding ontstond eerst in de kleinere perifere ziekenhuizen", weet Stolker. "Pas later gingen de meeste academische centra pijnpoli's opzetten. Ik denk dat dit te maken heeft met het feit dat je je als ziekenhuis goed kunt profileren met dit aandachtsgebied. Dit is vooral interessant voor de kleinere ziekenhuizen. De academische centra hebben alternatieven als topklinische zorg en wetenschappelijk onderzoek. De maatschappij is in ieder geval duidelijk gebaat bij een adequate pijnbestrijding, want pijn kost de samenleving veel geld door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid". Helaas voor de behandelaars si pijnbestrijding niet eenvoudig. Stolker: "Dit komt omdat pijn zo moeilijk te lokaliseren is en omdat bijvoorbeeld psychologische factoren en verzekeringskwesties een rol spelen. Aan een diagnostisch systeem als mri heeft de pijnbestrijder vaak niets, want dat kan foto's produceren waarop niets te zien is, terwijl de patiënt toch hevige pijn lijdt".

In het totale behandelplan kunnen zenuwblokkades een belangrijke rol spelen. "Het is hierbij wel zinvol testblokkades in te spuiten om te achterhalen naar welke zenuwen de pijn te herleiden is. Hierdoor is pijnbestrijding soms een kostbare zaak". Wat de toekomstige ontwikkelingen zullen zijn, kan Stolker moeilijk inschatten. "In de VS begint zenuwbehandeling weer terrein te winnen. Wellicht succesvol, als je de bijwerkingen kunt beperken. Daarnaast gaat de ontwikkeling van medicamenten door. En wellicht is er zelfs een genetische component die bepaalt waarom de ene mens meer ontvankelijk is voor pijn dan de andere. Toen ik dit tien jaar geleden zei, werd ik voor gek versleten. Nu wordt er studie naar verricht".

## Geen afzonderlijke opleiding

Stolker erkent dat pijnbestrijding een vorm van palliatieve zorg is: het neemt de oorzaak van de pijn niet weg, maar zorgt dat de patiënt die niet of minder voelt. Maar vreemd genoeg zijn er ook patiënten die niet van hun pijn afwillen. "Pijn kan een sociale functie hebben", stelt Stolker. "Iemand met chronische pijn die goed vertroeteld wordt, valt in een diep gat als dit door het wegnemen van de pijn niet meer nodig is. Hetzelfde kan gelden bij kankerpatiënten. Met pijn is zo'n patiënt een pijnpatiënt. Zonder pijn is hij een kankerpatiënt die denkt dat hij doodgaat. Het sociale aspect van het werk als pijnbestrijder is dus van groot belang". Streven naar een afzonderlijke specialisatie voor pijnbestrijding vindt hij niet zinvol. "Aan de universiteiten van Utrecht, Nijmegen en de VU in Amsterdam bestaan al postgraduate cursussen voor anesthesiologen. Ook de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie heeft een nascholingscursus opgezet. Het is belangrijk dat er een eenheid komt in dit aanbod. De beroepsgroep is beter beschermd als iedereen naar dezelfde standaarden handelt. Aan die eenheid wordt daarom gewerkt. Daarnaast bestaat sinds kort een visitatiesysteem van pijnklinieken door vakgenoten. Het werk van de pijnbestrijders wordt dus steeds professioneler.

Frank van Wijck