

CHRONISCHE PIJNBEHANDELING: MULTIDIMENSIONEEL EN MULTIDISCIPLINAIR

Lisette Verbrugge en Simone Goslinga-Van der Gaag*

SAMENVATTING

Tegenwoordig is chronische pijn de meest voorkomende “aandoening”(1). Een patiënt met chronische pijn heeft in het dagelijks leven te maken met fysieke, psychosociale en maatschappelijke problemen en is daarom het meest gebaat bij een multidisciplinaire aanpak. De intensiteit van de pijn zoals de patiënt die aangeeft staat centraal bij de behandeling. De behandeling bestaat uit medicamenteuze therapie volgens de World Health Organization (WHO) pijnladder, aangevuld met niet-medicamenteuze ondersteuning aan de patiënt.

INLEIDING

Chronische pijn is een frequent voorkomende klacht in de samenleving: 20% van de mensen van 18 jaar en ouder heeft last van chronische pijn. In 2000 hadden in Nederland ongeveer 800.000 mensen chronische pijn en dit aantal zal blijven stijgen (2). “Pijn is een onaangename sensorische en/of emotionele ervaring die al dan niet verband houdt met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van een dergelijke beschadiging.” Dit is de definitie van pijn van de International Association for the Study of Pain (IASP). De IASP voegt hieraan toe: “Pijn is altijd subjectief.” Deze definitie benadrukt de lichamelijke en psychologische componenten van pijn en wijst duidelijk op het subjectieve karakter (3).

ACHTERGROND

Chronische pijn is onder te verdelen in nociceptieve pijn (weefselpijn), neuropathische pijn (zenuwpijn), pijn van psychologische oorsprong en een combinatie van deze drie (mengpijn). Nociceptieve pijn is pijn die ontstaat ten gevolge van weefsel schade. Deze pijn begint vaak acuut als waarschuwingssignaal, maar kan overgaan in chronische pijn. Het karakter van de pijn wordt aangegeven als dof, scherp, kloppend of stekend. Neuropathische pijn is pijn die wordt veroorzaakt door beschadigen of afwijkingen van het zenuwstelsel zelf. De symptomen van zenuwpijn, welke spontaan kunnen optreden, zijn te omschrijven als

brandend, schrijnend, schietend, stekend en/of tintelend. Hierbij kan er sprake zijn van paresthesiën: koudesensatie, jeuk en/of elektrische sensaties. Andere kenmerken zijn hyperesthesie (verhoogde gevoeligheid voor niet-pijnlijke prikkels), hyperalgesie (een abnormale pijnreactie op een geringe pijnprikkel) of hyperpathie (een abnormale pijnlijke reactie op een herhaalde prikkel) (3).

Pijn kan een multidimensionele ervaring zijn en op fysiek, psychosociaal, cultureel en spiritueel gebied ervaren worden. Om pijn te kwantificeren is het belangrijk de mate/intensiteit van pijn te meten. Systematische pijnmetingen zijn hierbij een belangrijk hulpmiddel. Door iedere dag op dezelfde wijze naar pijn te vragen kunnen verpleegkundigen en artsen bijhouden wie er pijn heeft en in welke mate. Dagelijkse pijnmeting en registratie in de kliniek leiden tot signalering van pijn en daardoor tot een betere behandeling en uiteindelijk dus tot minder pijn. In de dagelijkse praktijk geldt: “Pijn is datgene wat de patiënt zegt dat het is en treedt op wanneer hij/zij dat aangeeft”(4).

Pijn kan op verschillende wijzen gemeten worden:

1. Unidimensioneel, als er één aspect van pijn gemeten wordt. Meestal is dit de mate van de pijn ofwel de pijnintensiteit;
2. Multidimensioneel, wanneer meerdere aspecten van pijn in kaart worden gebracht.

Bijvoorbeeld het aantal pijnuren per dag en de consequenties van pijn voor het dagelijks leven.

Een eenvoudige, bruikbare methode om de ernst van de pijn te meten (unidimensioneel) is door de patiënt te vragen een zelfrapportage te geven van de mate waarin hij of zij de pijn ervaart. Dit kan men doen door gebruik te maken van zogenaamde pijnmeetinstrumenten (5). Bekende meetinstrumenten zijn de Visueel Analoge Schaal (VAS) en de numerieke beoordelingsschaal (NRS) (zie foto 1). De eerstgenoemde schaal is een horizontale lijn van 10 cm met de uiteinden beschreven als “geen pijn” (0) en de “ergst denkbare pijn” (10). De patiënt geeft dan door middel van een verticale streep aan hoeveel pijn hij of zij heeft. De NRS wordt weergegeven als een horizontale lijn van 10 cm, onderverdeeld in de cijfers 0 tot en met 10. Het cijfer 0 is “geen pijn”, het cijfer 10 is “de ergst denkbare pijn”. Bij deze schaal geeft de patiënt zijn of haar pijn weer door middel van een cijfer. In de meeste Nederlandse ziekenhuizen wordt pijn gemeten met de NRS (6). Voor jonge kinderen

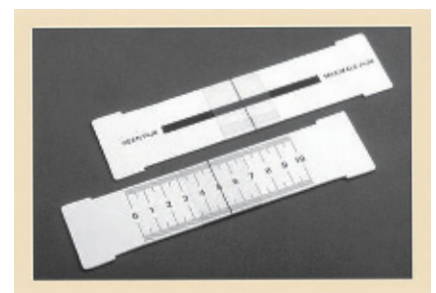


Foto 1. Pijnmeetinstrumenten VAS en NRS

bestaat een schaal met gezichtjes die verschillende maten van pijnuitdrukkingen weergeven, bijvoorbeeld de "Oucher" (7).

In tegenstelling tot acute pijn, die ons waarschuwt voor een reëel of mogelijk gevaar, heeft chronische pijn geen signaalfunctie. Pijn heet chronisch als deze meer dan zes maanden aanwezig is (3). Pijn kan ingrijpende gevolgen hebben op iemands dagelijks functioneren. Uit NIPO-onderzoek blijkt dat 70% van de patiënten met chronische pijn naast hun pijn veel hinder ondervinden van psychosociale (bijvoorbeeld slaapstoornissen) en maatschappelijke (werkzaamheden en sociale activiteiten) problemen. De helft van hen heeft ook klachten van depressiviteit (2). Tegenwoordig is het algemeen geaccepteerd dat bij behandeling van chronische pijnpatiënten, zowel de pijnvervangende als de emotionele reactie in het behandelplan worden geïntegreerd.

Therapieën die focussen op de nauwe relatie tussen lichaam en geest en die uitgaan van een holistische benadering blijken het meest effectief (8,9). Deze benadering is gebaseerd op het pijnmodel volgens Loeser (10), een pijnmodel met vier cirkels die samen de pijn symboliseren (zie figuur 1). De eerste (binnenste) cirkel weerspiegelt de nociceptie, de waarneming dat er iets fout zit. De tweede cirkel is de pijngewaarwording, de derde de pijnbeleving en de vierde de pijngedrag. De nociceptie is bijvoorbeeld het moment waarop een hete pan wordt aangeraakt. Pijn wordt nog niet ervaren. De pijnprikkels worden omgezet in elektrische zenuwsignalen. Pas als de hersenen deze signalen ontvangen ontstaat gewaarwor-

ding van pijn, zoals in de tweede cirkel is te zien. De derde cirkel staat voor de emotionele kant van pijn, dit is de pijnbeleving, het lijden aan pijn. Het pijngedrag in de vierde cirkel is voor anderen waarneembaar, bijvoorbeeld het uitschreeuwen van pijn. Pijn is een samenspel van deze vier aspecten, elke cirkel hangt samen met de andere cirkels (10). Dit maakt pijn complex, omdat er behalve fysieke processen ook psychosociale en culturele aspecten een rol spelen.

BEHANDELING

Zowel acute als chronische pijn worden behandeld volgens de (WHO) pijnladder (zie figuur 2). De eerste trede van de ladder bestaat uit het voorschrijven van paracetamol en/of een NSAID. Indien dit onvoldoende pijnreductie geeft wordt hier een WHO klasse II medicament, een zwak opioïd, aan toegevoegd, zijnde codeïne of tramadol. Wanneer ook dit onvoldoende effectief is wisselt men het zwak opioïd tegen een sterk opioïd, zijnde orale morfinomimetica (oxycontin) of een fentanylpleister. Indien er gewenning optreedt aan een opiaat, bestaat de mogelijkheid te wisselen met een ander opioïd, waarbij een betere respons mogelijk is (opiaatroteratie). Naast deze medicatie kan de patiënt neuropathische pijnmedicatie (lyrica, amitriptyline) voorgeschreven krijgen (2, 11). Als de orale morfinomimetica of de fentanylpleister onvoldoende pijnreductie geven of te veel bijwerkingen hebben, bestaat er na stap 3 van de pijnladder een vierde stap: het inbrengen van opiaten direct in het centrale zenuwstelsel. Deze zogenaamde spinale pijnbestrijding kunnen we onderverdelen in epidurale en intrathecale toediening van opiaten. Daarnaast bestaat

er nog de mogelijkheid morfinomimetica subcutaan (onder de huid) of intraveneus (in het bloedvat) toe te dienen (2, 11).

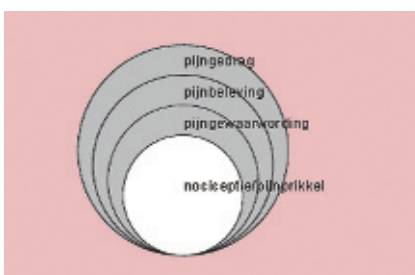
CASUS

Patiënte KV is een 73-jarige gezonde vrouw die sinds twee jaar onder behandeling is op de pijnpolikliniek in verband met pijn in de rechter flank. Vijf jaar voor haar eerste bezoek aan onze polikliniek heeft zij brandwonden opgelopen tijdens het koken, waarbij haar kleding vlam vatte. Haar verwondingen bestonden uit diepe brandwonden op het rechter gedeelte van de buik, de rechter flank, de rechter arm en de rechter zijde van de rug tot over de mediaanlijn.

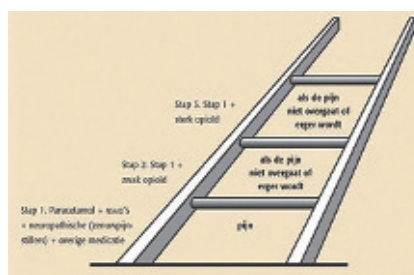
Patiënte geeft aan dat zij versprengende pijn klachten heeft in het lichte gebied. De meeste pijn voelt ze in de rechter arm, maar ze heeft ook pijnklachten op de buik. Zij heeft daarbij het gevoel alsof de huid samentrekt. Zij heeft het gevoel, dat er een strak verband zit om haar romp en buik. Ze geeft aan dat ze wel "uit haar huid wil springen". Daarnaast heeft zij het gevoel dat er "dingen" tegen elkaar aan schuren. Ten gevolge van een dof en doods gevoel in de rechterflank heeft zij problemen met het verdragen van kleding. Zij slaapt echter goed.

Ze heeft bemerkt dat, wanneer zij om een of andere reden gespannen is, de pijnklachten erger worden. En ze raakt gespannen door de pijnklachten of door de mogelijkheid dat de pijnklachten kunnen gaan optreden.

Patiënte KV kreeg antineuropathische pijnmedicatie voorgeschreven: in eerste instantie lyrica en later ook amitriptyline. Naast de antineuropathische medicijnen kreeg zij in eerste instantie tramadol (WHO klasse II) voorgeschreven en toen dit onvoldoende effectief bleek te zijn, werd er geswitcht naar oxycontin (WHO klasse III). Met deze medicatie werd primair voldoende pijnreductie geëffectueerd. Patiënte is synchroon behandeld door de psycholoog middels Eye Movement



Figuur 1. Pijnmodel van Loeser (10)



Figuur 2. WHO pijnladder (12)

Desensitization and Reprocessing (EMDR) en door de fysiotherapeut ter vergroting van haar functionaliteit.

EMDR is een therapie voor mensen die last blijven houden van traumatische ervaringen. Het is een vorm van “exposure”, waarbij de oogbewegingen fungeren als afleiding, waardoor er uitdoving ontstaat door gewenning aan de angststimulus (13). Helaas houdt zij enige mate van verwerkingsproblematiek en is er een toename van de pijn. Zij komt nog in aanmerking voor opiaatrotsatie en eventueel intrathecale opiaat toediening. Ter ondersteuning van haar dagelijks functioneren wordt zij poliklinisch behandeld door de revalidatiearts, welke ook oplossingen heeft om de kleding beter te verdragen.

CONCLUSIE

Chronische pijn is multidimensionaal, waarbij binnen een multidisciplinaire behandeling zowel de fysieke als emotionele aspecten van de pijn in ogenschouw moeten worden genomen. De behandeling is complex, bestaande uit medicatie, invasieve behandelingen en (para)medische ondersteuning en begeleiding. Pijnmeting is belangrijk om de pijn te objectiveren, waarbij men zich moet blijven realiseren dat “pijn is dat wat de patiënt aangeeft”. Of zoals professor Crul zegt: “Pijn is au!” (14).

LITERATUUR

1. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J et al. 1998 **Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature**. Pain, 77 231-239.
2. NIPO Amsterdam A527/79/80.
3. Van Kleef M, Weber WEJ, de Winter F, Zuurmond WWA. **Handboek pijnbestrijding**. Uitgeverij de Tijdstroom.
4. De Rond M, de Wit R, van Dam F, van Campen B, den Hartog Y, Klievink R, Nieweg R, Noort J, Wagenaar M, van Campen B. 1999 **Daily pain assesment: value for nurses and patients**. J Adv Nurs, 2 436-44.
5. De Rond M, van Dam F, de Wit R, Barkeijer G 1998 **Pijn van nul tot tien: handleiding voor implementatie van pijnregistratie**. Integraal Kankercentrum Amsterdam.
6. Crombez G, Van den Broeck A, Vlayen JWS. 1999 **Objectief meten bij chronische pijn: een overzicht van Nederlandstalige instrumenten**. Pijn informatorium, 74 PT2000-1/2000-24.
7. De Wit R. 2001 **De verpleegkundige en pijnbestrijding**. Houten.
8. Mc Taggart L. 2009 **Luisteren naar pijn**. Medisch Dossier, nr 10; 2.
9. Evans J. 2009 **Veilige pijnstillers**. Medisch Dossier nr 10; 3-6.
10. Loeser JA 1980 **Definition of pain**. Medicine, 7:3-4.
11. Enting RH, van der Rijt CCD, Wilms EB, Lieverse PJ, de Wit R, Sillevius Smit PAE. 2001 **Behandeling van pijn bij kanker met systemisch toegediende opioïden**. NTvG, 14(20) 950954.
12. www.spreekuurthuis.nl (dd 31/03/2010).
13. www.emdr.nl (dd 31/03/2010).
14. Crul B JP. Afscheidsrede Rijks Universiteit Nijmegen, ‘**Neemt u maar een paracetamolletje’ Pijnbestrijding: vroeger, nu, in de toekomst**.

***Lisette Verbrugge, Anesthesioloog/ pijnspecialist, Afdeling Pijnbestrijding Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam. Simone Goslinga -Van der Gaag, Nurse practitioner, Afdeling Pijnbestrijding Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam.**