

Pijnbehandelcentrum

Samen met het Pijnkenniscentrum maakt het Pijnbehandelcentrum deel uit van het Pijncentrum van het UMC St Radboud. Op 1 januari heeft anesthesioloog drs. André Wolff, die binnenkort zijn proefschrift over de waarde van diagnostische zenuwbehandelingen bij rugpijnpatiënten verdedigt, de functie van hoofd van het Pijnkenniscentrum overgenomen van de scheidend hoogleraar Ben Crul.

Het team van het Pijnbehandelcentrum wordt aangevoerd door anesthesioloog dr. Robert van Dongen. Het behandelt patiënten met problematische pijnklachten: chronische pijn, pijn bij kanker, specifieke pijnsyndromen en post-operatieve pijn. Voor de reguliere behandeling van pijn heeft het Pijnbehandelcentrum een regionale functie, maar het geeft ook ver buiten de regio adviezen over zeer complexe pijnproblemen. Verder verzorgt het pijnteam verschillende opleidingen over pijnbehandeling en pijnbestrijding. Ook de scholing van verpleegkundigen ten behoeve van het protocol Post-operatieve Pijnbehandeling, dat nog voor de zomer in gebruik wordt genomen, is in handen van het pijnteam.

Het pijnteam bestaat uit anesthesiologen, fysiotherapeuten, psychologen en verpleegkundig pijnconsulenten. Tijdens het eerste bezoek aan de polikliniek wordt de patiënt op één ochtend gezien door een fysiotherapeut, een psycholoog en een anesthesioloog. Zij stellen met de patiënt een behandelplan op. Bij de patiëntbesprekingen zijn alle disciplines van het pijnteam betrokken. De 'pijndokter', zoals de anesthesioloog in het pijnteam wordt genoemd, houdt doorgaans samen met de verpleegkundig pijnconsulent spreekuur.

In Nederland lijdt één op de vijf volwassenen aan chronische pijn. Van de patiënten met kanker heeft zeventig procent pijn. Ook na operaties wordt erg veel pijn geleden. De gevolgen van pijn zijn groot. Het tast de kwaliteit van leven aan. Adequate pijnbestrijding is dan ook de boodschap. Dr. Robert van Dongen, hoofd van het Pijnbehandelcentrum van het UMC St Radboud: 'Als pijn niet overgaat, wordt het een probleem.'

RIETJE VAN VLIET

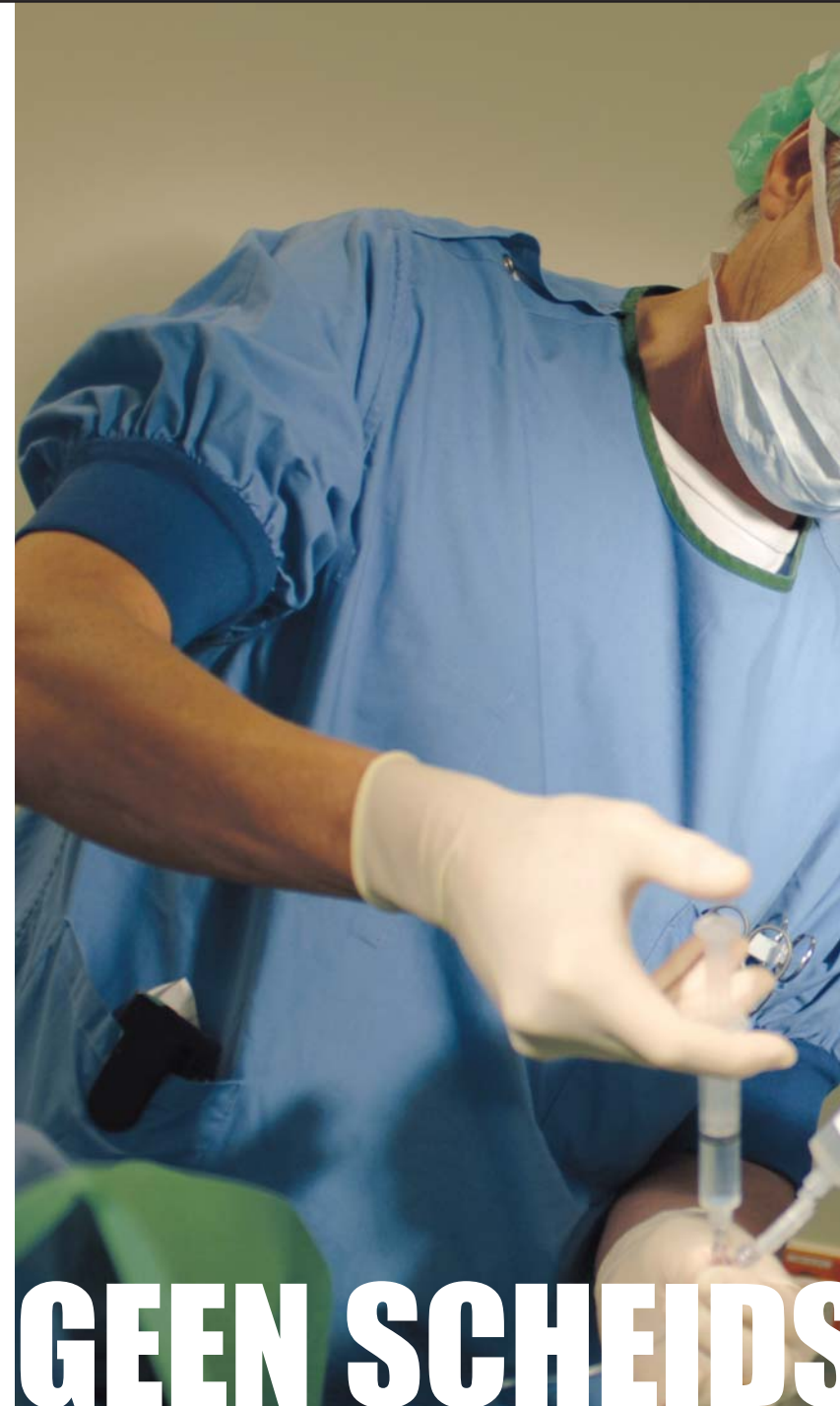
In het kleine spreekkamertje op de ondervloering, bij Fysiotherapie, rijdt meneer Huijbrechts zijn vrouw naar binnen. Ze komen op het spreekuur van pijnspecialist Robert van Dongen en verpleegkundig pijnconsulent Paul Verstegen. Vorige week kregen ze te horen dat mevrouw Huijbrechts in aanmerking komt voor neuromodulatie. Ondanks operaties en therapieën is de rugpijn zo hevig dat ze vrijwel permanent in de rolstoel zit. 'Binnenshuis probeer ik nog wat te lopen', geeft mevrouw aan. 'En iedere dag kan ik in het zwembad aquajoggen. Maar dat is alles. Ik slaap slecht en leid een geïsoleerd bestaan.'

Vooraf dat laatste vindt ze erg. Dat de pijn ooit zal verdwijnen, daar gelooft ze niet meer in en dat verwacht ze ook niet van de behandeling. Van Dongen legt uit wat binnenkort gaat gebeuren. 'We brengen een elektrode in de ruimte rond de ruggenmergzenuwen', legt hij uit, terwijl hij het snoetje met contactpuntes laat zien. 'Deze elektrode brengt elektrische pulsen over die de normale pijnprykkels die naar de hersenen worden gestuurd, onderdrukken.'

De ingreep duurt niet lang, maar is niet prettig, waarschuwt Van Dongen alvast. Narcose is immers niet mogelijk omdat de patiënt bij het inbrengen moet aangeven waar de pijn precies vandaan komt. De volgende dag echter kan ze weer naar huis. Als deze manier van pijnbestrijden lukt, voelt mevrouw een tinteling in het gebied van de pijn. Bij sommige patiënten wordt de pijn aanmerkelijk verlicht, terwijl anderen er weinig of geen baat bij hebben. 'Daarom beginnen we met een proefbehandeling. We verbinden de elektrode met een uitwendige proefstimulator. Als deze manier aanslaat, wordt een permanent systeem bij u geïmplant. Net als een pacemaker.'

Het echtpaar Huijbrechts is eigenlijk nog steeds verrast. Een kleine twee jaar geleden werd hun verteld dat mevrouw niet in aanmerking kwam voor neuromodulatie. Ze zou behandeld worden met medicijnen. Van Dongen: 'Wij hebben die optie in ons pijnteam besproken maar we kwamen tot de conclusie dat er te veel bijwerkingen zouden zijn. Bovendien, neuromodulatie heeft in korte tijd grote ontwikkelingen doorgemaakt. We verwachten er veel van.'

Foto's: Frank Muller



GEEN SCHEIDSLIJKE LICHAMELIJKE

Complex

Terwijl de pijndokter naar een volgende afspraak gaat, neemt pijnconsulent Paul Verstegen het gesprek over. Stap voor stap neemt hij de ingreep voor de proefbehandeling met meneer en mevrouw Huijbrechts door. Hij laat een paar soorten neurostimulators zien. 'Vervelend voor u, maar zolang de stimulator uitwendig is, mag u het water niet in. Het gevaar is groot dat het verbindingssnoetje dan verschuift en daarmee ook de elektrode in de rug.'

Het pijnteam ziet drie categorieën patiënten: patiënten met acute post-operatieve pijn, oncologische patiënten met pijn en patiënten met chronische pijn. Verstegen heeft met name met de laatste groep patiënten te maken. Een

'Drank is een veel beproefde remedie tegen pijn'

tegenwoordig veel toegepaste manier om rugpijn te lokaliseren, vertelt hij, is epiduroscopie. Patiënten met rugpijn die uitstraalt naar het been, bijvoorbeeld bij verklevingen na een hernia, kunnen er veel baat bij hebben wanneer zenuwbeklemmingen op deze manier uit de weg worden geruimd. Ook mevrouw Huijbrechts heeft zo'n



SLIJN TUSSEN EN GEESTELIJKE PIJN

kijkoperatie via het wervelkanaal ondergaan, maar bij haar was het effect niet noemenswaardig.

Pijn is een complex verschijnsel, legt pijnspecialist Van Dongen later uit. 'Om de bron van pijn te kunnen traceren moeten we rekening houden met de verschillende manieren waarop patiënten pijn gewaarworden en met de verschillende typen gedragingen ten gevolge van pijn.' Dat laatste wordt grotendeels bepaald door opvoeding en cultuur. Daarom is het zo belangrijk om door de buitenkant van de mens heen te kijken en, aldus Van Dongen, 'goed te communiceren met de patiënt. Zeker wanneer medicijnen de pijn niet verhelpen of wanneer de patiënt sociaal of emotioneel niet meer uit de voeten kan.'

Met Suzanne Pouwels, oncologisch verpleegkundig pijnconsulent, loopt Van Dongen naar de polikliniek Radiotherapie. Daar houden ze spreekuur voor oncologische pijnbehandeling. Het is zeer verschillend hoe patiënten omgaan met pijn, weet Pouwels. Als pijnconsulent is het haar taak om de sociale en psychische pijnanamnese af te nemen. 'De patiënt die straks komt, heeft al een paar chemokuren achter de rug maar wil op zijn werk absoluut aan niemand laten weten dat hij longkanker heeft.'

Desondanks gaat het niet goed met hem. Hij heeft erge last van pijn, zegt hij tegen Van Dongen en Pouwels. Medicijnen blijken onvoldoende te werken en ook het dagelijkse glaasje wijn leidt de aandacht niet meer af van de pijn. 'Terwijl drank toch een veel beproefde remedie is tegen pijn', knikt Van Dongen. Hij stelt voor om met antidepressiva te beginnen. 'Niet omdat ik vind dat u depressief bent', stelt hij de patiënt gerust. 'Maar omdat dit middel ook de pijn kan verminderen.'

Pijnbeleving

Wanneer de spreekkamer weer leeg is, vertelt Pouwels hoe emotioneel de patiënt en zijn vrouw de vorige keer waren. 'Hij accepteert zijn ziekte nog nauwelijks. Toen hij hoorde dat hij rekening moest houden met een dwarslaesie als gevolg van de kanker, was het een slag in zijn

gezicht. Wat dat betreft is het jammer dat je als pijnconsulent zo'n patiënt alleen poliklinisch ziet.'

Patiënten praten doorgaans gemakkelijker over emoties tegen een verpleegkundige, is de ervaring van Pouwels. 'Met een oncoloog beginnen ze niet zo gauw over pijn. Ze denken dat dit onderwerp maar afleidt van de aandoening zelf. Pijn is een bijverschijnsel, is hun opvatting; het hoort bij de ziekte.'



Biopsychosociale benadering van pijn

Is pijn een ziekte of een symptoom? Al in de Oudheid hielden artsen zich met deze vraag bezig. Pas in de achttiende eeuw was men eruit: het is een symptoom van een onderliggende ziekte. Daarmee kwam pijnbestrijding binnen de geneeskunde op een tweede plaats.

Desondanks stond het onderzoek naar pijnbestrijdingstechnieken niet stil. Onderzoekers ontdekten begin vorige eeuw dat ze pijngeleiding langdurig konden blokkeren met behulp van neurochirurgische zenuwbaan-doorsnijdingen. Vooral bij de behandeling van pijn bij kanker leek deze ingreep effectief. Maar patiënten met chronische pijn werden er niet mee geholpen.

Na de Tweede Wereldoorlog was er een nieuwe doorbraak. Veel patiënten waren beschadigd uit de oorlog gekomen en klaagden over pijn. Nu eens kwamen de klachten voort uit zenuwbeschadigingen, dan weer betrof het fantoompijn of chronische nek- en rugpijn. Het waren complexe pijnklachten die, zo concludeerde men, beter behandeld konden worden in een multidisciplinair samenwerkingsverband, waarbij ook aandacht is voor de emotionele klachten van de patiënt en voor diens sociale omgeving. Dit is nog altijd de grondslag van de huidige aanpak van pijnbestrijding: de biopsychosociale benadering, waarbij pijn wordt beschouwd als onderdeel van de ziekte.

Een volgende patiënt komt binnen. Een jonge vrouw van een jaar of dertig. Ooit aan een tumor geopereerd maar nog altijd erg moe en vaak met hoofdpijn. Inmiddels is ze helemaal arbeidsongeschikt verklaard en zit ze dag in dag uit bij haar ouders. Ja, de conditietraining bij fysiotherapie heeft in het verleden veel baat gehad. Nee, de ziektekostenverzekering betaalt niet meer. Ze kijkt Van Dongen hulpeloos aan. Pouwels suggereert het revalidatieprogramma Herstel & Balans, speciaal voor kankerpatiënten. 'Ik ga niet in een praatgroep zitten hoor', reageert de vrouw onmiddellijk.

De pijnbeleving is bij deze patiënt duidelijk anders dan bij de eerste oncologische patiënt. 'Deze vrouw laat zich volledig door de pijn beïnvloeden en legt het probleem bij het pijnteam neer. Niet zij moet het oplossen, maar wij. Somatisch zijn er waarschijnlijk nauwelijks oorzaken aan te wijzen voor de pijn.'

Voor André Wolff, hoofd van het Pijnkenniscentrum, is zo'n patiënt een bevestiging van de juistheid van de biopsychosociale benadering die het Pijncentrum voorstaat (zie kader). Volgens hem is er geen scheidslijn tussen lichamelijke en geestelijke pijn. En wanneer pijn chronisch is, is het altijd sociaal en maatschappelijk invaliderend. Veel is nog onbegrepen, ook al is inmiddels bekend hoezeer zenuwstelsel en spierstelsel kunnen veranderen door pijn. 'Pijn moet je niet alleen lichamelijk behandelen', is de overtuiging van Wolff. 'Stel je rijdt in een auto. Je krijgt een lekke band maar je rijdt door. Dan krijg je nog een lekke band en opnieuw rijdt je door. Daarna gaat de derde band stuk en weer rijdt je door. Wat zeg je daarna in de garage? Repareer alleen maar de eerste band want daar is het allemaal mee begonnen? Natuurlijk niet. Je moet de problematiek altijd in haar totaliteit aanpakken.' ■