

1 | **Pijn**periodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en
pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar
4e jaargang, april 2008

Wereld Pijn Dag: Kwetsbare ouderen

**Word je eigen
pijnmanager!**

**Pleister tegen
chronische pijn**

4 Richtlijnen websites Oncoline en Pallialine verbeterd

5 Symposium Pijnrevalidatie: boeiend & geslaagd

Loes Swaan en
Rita Schiphorst Preuper

12 Word je eigen pijnmanager!

Ingezonden brief door pijnpatiënt
Dineke Hurdeman



Ruggenmergstimulatie bij diabetische neuropathie

Spinal Cord Stimulation wordt steeds vaker toegepast bij moeilijk te behandelen chronische pijn

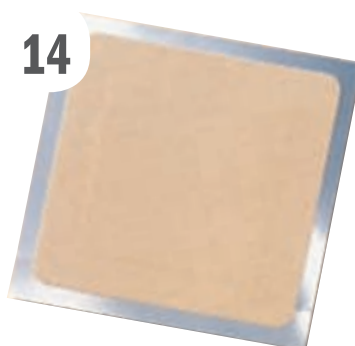
Mw. Cecile de Vos, *Medisch Spectrum Twente*



Pijn bij kwetsbare ouderen

Verslag van de vierde Wereld Pijn Dag

Saskia van Rijnsouw



Nieuwe pleister met buprenorfine

Krachtige pijnstiller met weinig bijwerkingen voor chronische pijn

Drs. Eveline L.A. van Dorp en prof. dr. Albert Dahan,
Leids Universitair Medisch Centrum

Verder in dit nummer

Van het PijnFonds, Hilda Wieberneit-Tolman **3**

Redactioneel, Dr. Gerbrand J. Groen **5**

Voor u gesignaleerd **17**

Bijeenkomsten voor lotgenoten en andere belangstellenden **18**

Agenda, congressen, symposia en bijeenkomsten **19**

Het Pijnperiodiek wordt mede mogelijk gemaakt door



Bayer HealthCare
Consumer Care



Hilda Wieberneit-Tolman

Nationaal PijnFonds en chronische pijn

Hoewel er veel is bereikt de afgelopen jaren zijn er nog veel lacunes en is chronische pijn nog steeds een enorm onderschat en onderbelicht probleem. Uit gegevens blijkt dat er minstens 2 miljoen Nederlanders chronische pijn hebben.

Doordat chronische pijn veelal wordt gezien als deelaspect bij diverse aandoeningen en ziekten, en niet als zelfstandig fenomeen, is er tot op de dag van vandaag veel te weinig aandacht voor dit probleem.

Onvoldoende aandacht

Chronische pijn is één van de meest voorkomende redenen waarom mensen een beroep doen op de medische zorg, maar krijgt volstrekt onvoldoende aandacht. Chronische pijn komt bij zeer veel aandoeningen voor, denk bijvoorbeeld aan aangezichts- en hoofdpijn, posttraumatische dystrofie, diabetes (neuropathische pijn), fantoompijn, fibromyalgie, gordelroos, pijn in het houdings- en bewegingsapparaat, nek- en schouderpijn, neuropathische- of zenuwpijn, osteoporose, reuma, pijn bij kanker, pijn als gevolg van cosmetische ingrepen, gevolgen van sportblessures en pijnklachten zonder duidelijke oorzaak.

Groeiende vraag naar informatie

Het Nationaal PijnFonds signaleert een groeiende behoefte aan informatie over pijnbehandeling voor chronische pijnpatiënten. Steeds meer mensen zijn op zoek naar meer voorlichting over een gestructureerde aanpak van pijn. Veel patiënten melden dat ze, nadat ze bij de huisarts zijn geweest, niet weten wat de volgende stap kan zijn, of, verder in het behandeltraject, dat ze niet afdoende behandeld kunnen worden en 'met hun pijn moeten leren leven'.

Behandeltrajecten

Het ontbreekt patiënt en behandelaar in het merendeel van de gevallen aan goed inzicht in effectieve behandeltrajecten en behandelmethoden. Gevolg is dat patiënten vaak niet de juiste behandeling ter bestrijding van hun pijn krijgen. Het PijnFonds wil hierin verbetering brengen door een inventarisatie te maken van de bestaande behandeltrajecten en behandelmethoden, zodat patiënten en behandelers weten wat de behandelmogelijkheden voor pijnpatiënten zijn.

Geen bijkomend symptoom

Het Nationaal PijnFonds wil de komende jaren bereiken dat chronische pijn in Nederland als klacht, als eigenstandig fenomeen wordt erkend, en niet als bijkomend symptoom bij een aandoening of ziekte. Chronische pijn is een onderschat probleem: vaak is pijn onzichtbaar, daarom is pijn onbekend en krijgt chronische pijn weinig aandacht. Toch kent iedereen wel iemand met pijn.

Actueel en levend

Het Nationaal PijnFonds wil strijden voor een zo goed mogelijke zorg voor alle mensen met chronische pijn. Het PijnFonds ondersteunt de belangen van mensen met chronische pijn door het geven van informatie aan patiënten en andere relevante partijen en het creëren van een maatschappelijk veld dat nodig is om aandacht voor de problematiek van chronische pijn actueel en levend te houden. Daarnaast hecht het Nationaal PijnFonds groot belang aan de verbetering van zorg van pijn en aan onderzoek naar de oorzaken en gevolgen van pijn, de behandeling en de preventie van pijn.

Persbericht

Richtlijnenwebsites Oncoline en Pallialine verbeterd

Oncoline en Pallialine, de websites voor de richtlijnen voor de oncologische en palliatieve zorg, zijn verbeterd. De websites zijn overzichtelijker geworden en bevatten een uitgebreide mailservice.

De websites Oncoline en Pallialine, beheerd door de Integrale Kankercentra, zijn in 2007 door een recordaantal van ruim een half miljoen bezoekers bezocht. De websites worden onder andere geraadpleegd door artsen, verpleegkundigen, diëtisten, patiënten en studenten.

Verbeteringen

Op aangeven van professionals uit de zorg zijn verbeteringen doorgevoerd in beide websites. Een belangrijke verbetering is de uitbreiding van de gratis mailservice. Wie zich voor deze service aanmeldt ontvangt een e-mail als er een nieuwe (versie van een) richtlijn openbaar komt. Ook is het mogelijk een abonnement te nemen op berichten over een specifiek onderwerp, bijvoorbeeld over urologische tumoren of over richtlijnen palliatieve zorg.

Naast de mailservice is ook de hoofdstukindeling per richtlijn overzichtelijker geworden. Bij evidence

based richtlijnen zijn de tabbladen 'Aanbevelingen', 'Literatuurbespreking', 'Conclusies' en 'Overige overwegingen' duidelijker weergegeven.

Bijna 200 richtlijnen beschikbaar

Op de websites zijn momenteel een kleine tweehonderd richtlijnen beschikbaar.

De richtlijnen kunnen worden gedownload voor zakcomputers. Informatie kan zelfs aan het bed van een patiënt snel worden geraadpleegd. In 2008 worden ca. 20 nieuwe of gereviseerde richtlijnen gepubliceerd op Oncoline. Een overzicht van richtlijnen in ontwikkeling onder de regie van de Integrale Kankercentra is te vinden op www.oncoline.nl/richtlijnen-in-ontwikkeling.

De Integrale Kankercentra willen de implementatie van richtlijnen voor de oncologische en palliatieve zorg bevorderen door functionaliteiten als de mailservice. Heeft u interesse hiervoor, dan kunt u zich aanmelden via www.oncoline.nl of www.pallialine.nl.

Voor nadere informatie: drs. S.M.C. Kersten, drs. J.A.D.J. van den Bogert of dr. N. Feller, beleidsmedewerkers Richtlijnen & organisatie oncologische zorg, VIKC, Utrecht (tel nummer: 030-2305530, vikc@vikc.nl).

Pas verschenen richtlijnen op Oncoline

- * Coloncarcinoom (revisie)
- * Erfelijke darmkanker
- * Glioom: Diagnostiek en behandeling van patiënten met een glioom
- * Hypofarynxcarcinoom
- * Pijn bij Kanker
- * Rectumcarcinoom (revisie)

Te verwachten richtlijnen op Oncoline

- * Beentumoren (revisie)
- * Behandeling van het basaalcelcarcinoom (revisie)
- * Behoud van ovariële functie na de behandeling met chemotherapie
- * Blaascarcinoom
- * Cryopreservatie van ovariumweefsel
- * Endometriumcarcinoom (revisie)
- * Larynxcarcinoom
- * Maagcarcinoom (revisie)
- * Mammacarcinoom (revisie behandeling en samenvoeging met richtlijn screening en diagnostiek)
- * Vulvacarcinoom (revisie)
- * Vaginacarcinoom (revisie)
- * Maligniteiten (niet-epitheliaal) van ovarium en tuba (revisie)
- * Molazwangerschap (revisie)
- * Trofoblast (persisterend) en choriocarcinoom (revisie)
- * Borderline ovariumtumoren (revisie)
- * Cervixcarcinoom (revisie)

Pijnprijs toegekend aan directeur Nationaal PijnFonds

Afgelopen 27 maart werd aan Hilda Wieberneit-Tolman de N.V.B.P.-NTTP Pijnprijs uitgereikt. Deze prestigieuze prijs, een initiatief van de Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP), wordt eenmaal per twee jaar toegekend aan iemand die zich door een wetenschappelijke publicatie of anderszins heeft onderscheiden op het gebied van pijn en pijnbestrijding. De jury prees Wieberneit-Tolmans tomeloze inzet om pijn, onder andere door het realiseren van het Nationaal PijnFonds, zo breed mogelijk op de (politieke) kaart te zetten.



Prof. Dr. J. Passchier, Mevrouw H. Wieberneit-Tolman, prof.dr. B.J.P. Cruik

Loes Swaan
Revalidatiearts in
De Trappenberg
en voorzitter van
de WPN

Rita Schiphorst Preuper
Revalidatiearts in het Centrum voor
Revalidatie, UMCG en organisator
van het symposium (in samenwerk-
ing met het Wenkebach Instituut)

Symposium

Symposium Pijnrevalidatie: boeiend & geslaagd

De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) bestaat uit revalidatieartsen die zich met pijnbehandeling bezighouden, in een revalidatiecentrum of in een ziekenhuis met afdeling revalidatie. Op 19 januari hadden zij hun teams uitgenodigd voor een symposium in het Universitair Medisch Centrum Groningen.

In totaal waren er honderdzeventig deelnemers: revalidatieartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers en nog meer. In de ochtend waren er drie plenaire lezingen en in de middag waren er acht verschillende workshops waarvan ieder drie workshops kon volgen. Thema's die centraal stonden waren de verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie, het meten van resultaten, en

het vertalen van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk.

Impressie

Karlein Schreurs, psycholoog uit revalidatiecentrum het Roessingh in Enschede, vertelde over drie generaties cognitief gedragsmatige behandelingen. Waar in het begin vooral geprobeerd werd om de opvattingen van de patiënt over pijn (bv: ik mag niet bukken want dat is slecht voor mijn rug) te veran-

deren, wordt dat nu meer losgelaten. De nadruk komt meer te liggen op het accepteren van de situatie zoals die nu is, om van daar uit te werken aan verbetering.

Albère Köke, onderzoeker bij het PijnKennisCentrum in Maastricht, gaf een duidelijke uiteenzetting over meten in de pijnrevalidatie. Waarom willen we meten, wat willen we precies meten, en hoe kunnen we de verschillende patiënten en behandelmethoden met elkaar vergelijken.

Als laatste in het ochtendprogramma gaf Rob Smeets een overzicht van recente wetenschappelijk onderzoeken op het gebied van lage rugpijn, met zijn eigen promotie onderzoek als voorbeeld. In dit promotie-

onderzoek vergeleek hij drie verschillende behandelingen met elkaar.

In de middag waren er workshops die dieper ingingen op de onderwerpen die in de ochtend behandeld waren. Daarnaast was er aandacht voor arbeid en chronische pijn, seksualiteit bij chronische pijn, en de intake voor een pijnrevalidatieprogramma.

Al met al een zeer geslaagde dag die vraagt om herhaling! Door het organiseren van dit soort symposia vindt niet alleen kennisoverdracht plaats maar ook uitwisseling tussen de verschillende instellingen. En daar kan de patiënt alleen maar beter van worden.

Redactioneel

Dr. Gerbrand J Groen

Het lijkt wel alsof het Nationaal Pijnfonds bij voorkeur rond de feestdagen de Pijnperiodiek wil laten verschijnen. Dit is slechts toeval. Tussen de Paassneeuwbuien door is de laatste hand gelegd aan dit nummer en de inhoud is wederom hartverwarmend.



Het verslag van de laatste Wereldpijndag Meeting in Utrecht signaleert een belangrijk item: pijn bij patiënten die niet over hun pijn kunnen communiceren. In dit geval ouderen met degeneratieve ziekten die de hersenfunctie, en dus ook de pijngewaarwording of pijnbeleving kunnen aantasten, zoals bijv. dementie. Dit is een (zwaar) onderschat probleem. Omdat deze groep ouderen, die veelal verblijft in verpleeghuizen, niet of nauwelijks kan aangeven wanneer ze pijn heeft, is het vaststellen van pijn bijzonder moeilijk. Nieuwe meetinstrumenten worden in Maastricht en Rotterdam ontwikkeld en zullen hun toepassing moeten krijgen in alle instellingen waar ouderen worden verpleegd. Dit is een echte uitdaging! Meer kennis van de achtergronden van deze aandoeningen blijft echter onontbeerlijk omdat bij deze hersenaandoeningen ook centra aangedaan kunnen worden die met de

pijngewaarwording of pijnbeleving te maken hebben. Zo kan bij de ziekte van Alzheimer de pijnbeleving verminderd zijn terwijl bij de dementie als gevolg van vaatlijden juist de pijngewaarwording vermeerderd kan zijn. U zult begrijpen, als er geen diagnose 'pijn' wordt gesteld zal behandeling uitblijven. Maar zelfs als er wel een therapie wordt ingesteld, is optimale medicatie vaak moeilijk door bijkomende functiestoornissen van lever en/of nieren of door onacceptabele bijwerkingen. Ik sluit me van harte aan bij de slotformulering van mevrouw Elly Roetering, voorzitter van de jubilerende Stichting Pijn Hoop, dat meer aandacht van de overheid voor pijnbeleid meer oplevert dan pijnlijke maatregelen voor de burgers. Pijn is ondergewaardeerd en onderbehandeld, in het bijzonder bij patiënten die dit niet kunnen uiten. Om actueel te blijven: dat is nu een echt zinnig aandachts- en aanpakpunt voor een tweede kamerlid uit het Zuiden...

Verder aandacht voor nieuwe behandelmethoden, zoals een nieuwe buprenorfinepleister en de toepassing van ruggenmergstimulatie bij patiënten met zenuwpijnen als gevolg van diabetes. Ook de bijdrage van een pijnpatiënte over het zelf managen van pijn is de moeite waard. Tenslotte uw aandacht voor de Pijn Publieksdag op 18 oktober in Utrecht over 'Chronische Pijn: toen en nu'. Noteer deze datum alvast in uw agenda!

Ruggenmergstimulatie bij diabetische neuropathie

Bij de behandeling van moeilijk te behandelen chronische pijn wordt de laatste jaren steeds meer gebruik gemaakt van neuromodulatie door middel van o.a. ruggenmergstimulatie of in het Engels: Spinal Cord Stimulation (SCS).

SCS is een behandeling waarbij zenuwbanen in het ruggenmerg door kleine elektrische pulsen worden gestimuleerd waarmee geprobeerd wordt chronische pijn te verlichten. Eigenlijk is het hele ruggenmergstimulatiesysteem het beste te vergelijken met een pacemaker, met als belangrijkste verschil dat niet het hart gestimuleerd wordt, maar de zenuwbanen in het ruggenmerg.

Werkwijze

Bij SCS wordt een stimulatie-elektrode tegen de achterzijde van het ruggenmerg geplaatst. De elektrode wordt onderhuids verbonden met een pulsgenerator, die er voor zorgt dat de gewenste elektrische pulsen gemaakt worden. De elektrode brengt deze elektrische pulsen over aan het ruggenmerg, om pijnsignalen min of meer te blokkeren waardoor deze niet meer worden gevoeld. Door de elektrische stimulatie worden tintelingen opgewekt in de gebieden waar de patiënt de pijn voelt. Deze tintelingen zijn aangenaam of worden op den duur niet meer door de patiënt waargenomen. In de meest optimale situatie overlappen de tintelingen de 'pijngebieden' volledig.

SCS wordt ook in Nederland al een aantal jaar toegepast bij patiënten met moeilijk te behandelen chronische pijn bijvoorbeeld als gevolg van failed back surgery syndrome (FBSS) of complex regionaal pijn syndroom (CRPS). Maar ook voor andere vormen van pijn kan SCS misschien een goede behandelingsmethode zijn. Het effect van SCS op verschillende andere neuropathische pijnen en op angina pectoris wordt onderzocht.

Behandeling

Niet iedereen met chronische, moeilijk

behandelbare pijn komt automatisch in aanmerking voor SCS. SCS is vaak een laatste mogelijkheid, wanneer andere behandelmethodes niet of niet voldoende pijnverlichting kunnen geven. Als de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor SCS wordt hij/zij verwezen naar het spreekuur van de neurochirurg/ anesthesist en vervolgens onderzocht op de ernst, het type en het karakter van de pijn. Vervolgens wordt uitgebreide informatie gegeven over de behandeling. De operatie wordt in principe in twee stappen uitgevoerd: de proefstimulatie, eventueel gevolgd door de implantatie van een permanent systeem.

Proefstimulatie

Tijdens de proefstimulatie beoordeelt de arts de reactie op de ruggenmergstimulatie gedurende een aantal dagen of weken. Deze proefperiode is bedoeld om de patiënt de gelegenheid te bieden kennis te maken met SCS en om te zien of en in welke mate de stimulatie de pijn verlicht. De proefstimulatiebehandeling begint met het implanteren van de elektrode. Soms kan de patiënt de dag van de proefstimulatie het ziekenhuis al weer verlaten. Soms is het wenselijk dat de patiënt een of meer dagen wordt opgenomen. Het implanteren van de elektrode is een chirurgische ingreep die gewoonlijk onder plaatselijke verdoving wordt uitgevoerd en ongeveer twee uur duurt. Lokale verdoving omdat de patiënt vragen dient te beantwoorden tijdens de proefstimulatie over de plaats en de intensiteit van de door de stimulatie opgewekte tintelingen. Afhankelijk waar de patiënt de tintelingen voelt, kan de elektrode door de arts worden verplaatst. Dit gebeurt net zolang totdat de meest optimale

De puls-
generator(kastje) is
verbonden met de
elektrode op het
ruggenmerg



situatie is bereikt en de pijnlijke gebieden zo maximaal mogelijk overlapt worden door de opgewekte tintelingen. Nadat de elektrode is geplaatst wordt deze via een testkabel aangesloten op een uitwendig stimulatiekastje. Deze dient als voedingsbron voor de stimulatie en is programmeerbaar zodat de gewenste frequentie en amplitude van de stimulatie kan worden ingesteld.

Definitief

Wanneer de patiënt voldoende pijnverlichting ervaart en er geen problemen met het systeem zijn, wordt in overleg met de arts een afspraak gemaakt voor de implantatie van het definitieve SCS systeem. Tijdens de implemantatie-operatie (meestal onder algehele narcose) wordt eerste het uitwendige stimulatiekastje verwijderd en een pulsgenerator wordt onder de huid in de buik(of bil) geplaatst. Deze pulsgenerator wordt met behulp van een verlengkabel verbonden met de elektrode op het ruggenmerg.

Pilotonderzoek bij Diabetische Neuropathie

Neuropathie is het niet goed meer functioneren van zenuwen. Diabetische neuropathische pijn (DNP) is een vorm van chronische pijn die veroorzaakt wordt door beschadigde zenuwen als gevolg van diabetes mellitus. Waarschijnlijk wordt DNP

veroorzaakt door verschillende factoren, maar in het algemeen wordt gedacht dat in ieder geval de schommelingen in de suikerspiegel van het bloed er voor kunnen zorgen dat de bloedvoorziening in de haarvaartjes verstoord raakt. Dit heeft negatieve effecten op de zenuwuiteinden die hierdoor beschadigd raken. Diabetische neuropathie begint vaak in de uiteinden van de langste zenuwen, dus in de voeten en onderbenen. Neuropathie is een complexe ziekte die vaak lastig te behandelen is met medicatie en andere therapieën. Hoewel er verschillende medicijnen zijn die verlichting van pijn zouden moeten bieden, heeft lang niet iedereen baat bij deze middelen. Sommige mensen blijven ondanks hoge doses medicatie toch pijn houden.

SCS is nog geen gangbare therapie voor mensen met uitbehandelde DNP, maar in het Medisch Spectrum Twente is in 2005 en 2006 bij negen mensen met DNP een ruggenmergstimulator geïmplantieerd. Na een half jaar gebruik van de stimulator hebben acht mensen een grote tot zeer grote afname van hun pijn en zes van hen hoeven helemaal geen pijnmedicatie meer te gebruiken tegen de neuropathische pijn. Ook na een jaar en na tweeënhalf jaar hebben nog steeds zes mensen meer dan 50% pijnvermindering ten opzichte van de situatie voor aanvang van de stimulatie en wordt er door de patiënten nog altijd veel minder pijnmedicatie gebruikt dan voorheen.

Nieuw onderzoek

Gezien de veelbelovende resultaten van de pilotstudie start binnenkort een grote studie naar de behandeling met SCS van chronische pijn die het gevolg is van diabetische neuropathie. Deze studie gaat het Medisch Spectrum Twente uitvoeren in samenwerking met onder andere Medisch Centrum Alkmaar, St Jansdal Harderwijk en Medisch Centrum Leeuwarden. In een randomized controlled trial worden vijfenveertig patiënten met DNP gevolgd. Bij deze patiëntengroep wordt onderzocht wat het effect is van de best mogelijke medicamenteuze behandeling met of zonder ruggenmergstimulatie.

Informatie

Meer informatie over deze studie is op te vragen via e-mail: info@pijnfonds.nl.



Pijn bij kwetsbare ouderen

Ruim honderd verpleeghuisartsen, verpleegkundigen en zorgmanagers zijn op de vierde Wereld Pijn Dag (18 oktober 2007) samengekomen in het Utrechtse Domus Medica. Zij nemen deel aan de conferentie 'Stop onnodige pijn bij kwetsbare ouderen'. Want wat is het geval: pijn wordt in verpleeghuizen vaak niet gediagnosticeerd bij mensen met uitingsbeperkingen, zoals dementie. En daardoor vindt onderbehandeling van pijn plaats. De conferentie gaat voor een groot deel over hoe verpleeghuisartsen en verpleegkundigen pijn beter kunnen signaleren en behandelen.

Sommige mensen uiten hun pijn nadrukkelijk door te vertellen dat ze er last van hebben. Anderen lijden hun pijn in stilte, zoals de demente mevrouw die een zwarte plek aan haar arm had doordat ze te lang tegen een hete radiator had gelegen en niet in staat was daar uiting aan te geven. Prof. dr. Rianne de Wit, hoogleraar Verplegingswetenschappen aan de Universiteit Maastricht en verbonden aan het academisch ziekenhuis Maastricht, komt met cijfers die tot de verbeelding spreken. Zeven van de tien patiënten in verpleeghuizen hebben pijn. Zestig procent daarvan heeft substantiële pijn (4 of hoger op de numerieke schaal van 1 tot 10). En drie tot vier van de tien patiënten kunnen niet zelf aangeven dat ze pijn hebben. Nu is pijnbeoordeling complex, maar wordt pijn veelal niet beoordeeld, onder andere door een aantal misvattingen. Zoals bijvoorbeeld -pijn maakt onderdeel uit van het ouder worden-, -als mensen geen pijn melden, hebben ze geen pijn-, -pijnmedicatie is minder geschikt voor ouderen- en de -pijnperceptie en -gevoeligheid verminderen met het stijgen van de leeftijd-.

Bij onderbehandeling spelen ook houding, kennis en ervaring van hulpverleners mee, net zoals het ontbreken van (adequate) voorschriften. Door allerlei oorzaken kan het voorkomen dat bewoners de voorgeschreven pijnstillers niet krijgen. En als ze de pijnstillers wel krijgen, kunnen er allerlei redenen zijn waarom ze de medicatie niet gebruiken.

Pijn meten

Het ideale scenario van De Wit luidt: dagelijks of wekelijks bij patiënten in verpleeghuizen meten of zij pijn hebben. De registratie van pijn vraagt veel van de verzorgenden, en daarom moet registratie gekoppeld zijn aan scholing. Bovendien kan registratie niet op zichzelf staan; het moet samengaan met de invoering van een pijnprotocol, zodat ook duidelijk is hoe verzorgenden moeten handelen op basis van de uitslag van hun meting.

Er zijn drie methoden om pijn te meten bij mensen die zich kunnen uiten: de numerieke schaal, verslaggeving in woorden en de visueel analoge schaal. Daarvan zijn de eerste en laatste methode het meest betrouwbaar om de ernst van pijn in beeld te brengen.

Wanneer iemand zich niet goed kan uiten, is het moeilijk om pijn effectief te meten en te behandelen. Zo bestaat de kans gedragingen die samengaan met pijn, eenzaamheid en depressie onderling te verwarren en de verkeerde conclusie te trekken. Wetenschappers werken aan de ontwikkeling van een kort en krachtige methode die goed pijn weet te onderscheiden van deze andere kenmerken. Adequate meetmethoden moeten zo snel mogelijk een eind maken aan de huidige on-

derbehandeling van pijn. Want die onderbehandeling leidt tot chronische pijn, een verstoord slaappatroon, depressieve gevoelens en een (sterk) verminderde kwaliteit van leven.

Meetinstrumenten

Om tot een juiste behandeling van pijn te kunnen overgaan bij mensen met een uitingsbeperking - zoals bij dementie, Parkinson, MS, afasie en hersenletsel - zijn dus bruikbare meetinstrumenten nodig. Om pijn objectief te kunnen meten, werkt een simpele en korte pijnschaal het beste. De afgelopen jaren zijn in Nederland twee onderzoeken verricht om een valide observatie-instrument te ontwikkelen, die makkelijk toe te passen is door de verzorgende. Het resultaat hiervan zijn twee verschillende instrumenten, de REPOS en de PACSLAC-D.

Drs. Rhodee van Herk, onderzoeker bij het Pijnkenniscentrum van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, legt uit dat het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) de Checklist Pijn Gedrag (CPG) is voor ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen. Aan de hand van gedragingen van 174 verpleeghuisbewoners is de CPG aangepast en de REPOS ontstaan. De REPOS-schaal bestaat uit 10 gedragingen en een behandelprotocol. Een patiënt wordt twee minuten geobserveerd en vervolgens gescoord op afwezigheid (=0) of aanwezigheid (=1). Een totaalscore hoger of gelijk aan 3 kan duiden op pijn. Door het bijbehorende behandelprotocol weten verzorgenden wat de mogelijkheden zijn voor verder handelen.

Drs. Sandra Zwakhalen, gezondheidswetenschapper bij de Universiteit Maastricht, heeft in haar onderzoek naar een meetinstrument eveneens gezocht naar een bruikbare (internationale) schaal om op voort te borduren. Dat werd de Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (PACSLAC). Omdat die lijst te lang was om goed te gebruiken, is hij ingekort en wederom getest. Het resultaat is de PACSLAC-D, waarbij D staat voor 'Dutch version'. Het is een checklist met 24 items in 3 categorieën: gelaat, verzet/afweer en sociaal emotioneel/stemming. Zorgverleners gaan puntsgewijs na of er bijvoorbeeld sprake is van gefronste wenkbrauwen, aanraken of juist afschermen van (mogelijk) pijnlijke plekken, verbale of fysieke agressie, prikkelbaarheid, verdrietige of donkere blik of een blozend gelaat. Een score gelijk aan of hoger dan 4 duidt op pijn.

Uit de zaal komen vragen waarom er is gezocht naar een zo snel en kort mogelijk instrument. 'Pijn is een te belangrijk onderwerp', is de tegenwerping. Van Herk antwoordt: 'De schaal is uiteraard alleen een hulpmiddel. We kiezen voor kort omdat de verzorgende weinig tijd heeft.' Prof. dr. Erik Scherder, klinisch neu-

'Een deel van de ouderen lijdt in stilte pijn omdat zij bijvoorbeeld door dementie niet in staat zijn uiting te geven aan hun pijn.'

ropsycholoog, stelt een voor dit gezelschap gewaagde vraag: 'Moet de verpleeghuisarts die taak dan niet overnemen?' Maar ook de verpleeghuisarts heeft het al druk. Zwakhalen en Van Herk zeggen dat het registreren van pijn wellicht een taak is voor de pijnspecialist, die in steeds meer verpleeghuizen aanwezig is.

Begrip

Pijnpatiënt en voorzitter van de Stichting Pijn-Hoop, Elly Roetering, houdt een warm pleidooi voor meer begrip voor mensen met chronische pijn. Artsen, verzorgenden en de omgeving van de patiënt zouden beter kunnen luisteren. Als er geen verbale communicatie mogelijk is, pleit zij voor de aanpak met gevoel en intuïtie, de aanpak van meeleven. De zaal reageert geschokt als zij het verhaal vertelt van een dochter over haar 96-jarige vader die in het verpleeghuis uit bed was gevallen. Hij kreeg 3 maal per dag 500 mg paracetamol. 'De dochter zag dat dat niet voldoende was. Maar de morfine waar zij om vroeg, kreeg haar vader niet omdat men bang was voor verslaving. Er waren niet eens röntgenfoto's gemaakt, en toen de dochter daarop aandrong, bleek dat haar vader een gebroken sleutelbeen, een ontwrichte arm en gebroken ribben had. Toen kreeg hij wel morfine. De dochter diende geen klacht in om niet te boek te staan als lastig familielid.' Aan de politiek wil Roetering het volgende meegeven: 'Het zou goed zijn als de huidige regering zich eens wat meer zou buigen over pijnproblematiek en pijnbeleid in plaats van het nemen van pijnlijke maatregelen. Misschien kan een deel van de opbrengst van die pijnlijke maatregelen dan besteed worden aan pijnonderzoek.'

Brein en zenuwstelsel

Evenals Elly Roetering verdeelt prof. dr. Wouter Zuurmond, anesthesioloog en hoogleraar Palliatieve zorg en pijnbestrijding in het VUmc in Amsterdam en directeur van hospice Kuria in Amsterdam, pijn in acute en chronische pijn. Acute pijn noemt hij pijn die een noodzakelijk waarschuwingssignaal is dat ons erop attent maakt dat er ergens iets niet goed gaat en dat ons ervoor behoedt om risico's te lopen. Chronische pijn daarentegen heeft geen signaalfunctie meer en belemmert ons in ons bestaan. Wat vaststaat, is dat bij chronische pijn het systeem van neurotransmitterstoffen kan veranderen: Van de neurotransmitterstoffen kunnen de kwaliteit en kwantiteit veranderen. Het aantal en type receptoren kunnen veranderen. Aangevoeld is dat bij chronische neuropathische pijn een bepaald soort receptoren in het ruggenmerg een rol kunnen spelen, vooral de N-Methyl-D-Aspartaat (NMDA)-receptoren. Onderzoek wordt gedaan om pijn te bestrijden door medicamenteuze beïnvloeding van deze NMDA-receptoren.

Binnen het zenuwstelsel kunnen beschadigingen leiden tot het ontstaan van nieuwe 'verbindingen' of 'kortsluiting' tussen zenuwbundels of zenuwen. Bij ratten is het aangetoond dat bij doorsnijding van een grote zenuwbaan niet alleen veranderingen ter plaatse van de verwonding optreden, maar ook in het centrale zenuwstelsel zelf. Hierdoor kunnen kortsluitingen ontstaan tussen zenuwen die pijn geleiden, waardoor bijvoorbeeld het aanraken van de huid pijnlijk kan worden.

Zuurmond vertelt dat pijn zeker erfelijk bepaald is: de neurotransmitterstoffen en de receptoren zijn waarschijnlijk niet bij iedereen hetzelfde. Erfelijkheid kan daardoor terdege een rol spelen bij de pijngevoeligheid. Bovendien hebben het moment waarop de pijn prikkel wordt toegediend en de toestand waarin wij verkeren (bijvoorbeeld vrolijk, ontspannen, gestrest of boos), invloed op de pijnbeleving. Dit verhaal beschrijft hoe pijn gevoeld wordt in het gezonde brein. De weg die de pijn prikkel aflegt naar de expressie van pijn in het gehavende brein is een heel ander verhaal.

Gehavend brein

'Zelfs tot in het eindstadium van Alzheimer', vertelt prof. dr. Erik Scherder, klinisch neuropsycholoog en hoogleraar Neuropsychologie aan de VU in Amsterdam, 'is het laterale pijnsysteem zover intact dat een prikkel nog wordt ervaren. Dat wil zeggen dat pijn én een lieve aai nog aankomen in het brein. De vraag is: In hoeverre lijdt de patiënt onder de pijn?'

De hersenen kennen twee pijnsystemen, het laterale en mediale pijnsysteem. Het laterale pijnsysteem is betrokken bij de sensorisch-discriminatieve aspecten van pijn. Dat wil zeggen het ervaren of de pijn scherp of stomp aanvoelt en waar de pijn zich bevindt. Het mediale pijnsysteem speelt een rol bij de cognitieve-evaluatieve aspecten van pijn, bij de motivationele-affectieve aspecten van pijn, bij autonome reacties op pijn en bij het geheugen voor pijn. Met andere woorden, het mediale pijnsysteem is sterk betrokken bij het lijden onder pijn.

Uit de literatuur blijkt dat mensen die lijden aan de ziekte van Alzheimer mogelijk minder pijn ervaren dan ouderen zonder dementie, en dat ouderen met een vasculaire dementie mogelijk meer pijn ervaren dan ouderen zonder dementie. Een studie laat zien dat ouderen met een frontotemporale dementie mogelijk nog minder pijn ervaren dan ouderen met de ziekte van Alzheimer. In deze studies gaat het om ouderen die nog kunnen communiceren over hun pijn - waarbij de vraag is in hoeverre deze communi-





'Zelfs tot in het eindstadium van Alzheimer is het laterale pijnsysteem zover intact dat een prikkel nog wordt ervaren.'

catie betrouwbaar is. Als Erik Scherder dit onderwerp vervolgt tijdens zijn workshop 'Pijn en dementie: nieuwe inzichten in neuropathologie' vertelt hij dat uit onderzoek blijkt dat de pijndrempel (het laterale pijnsysteem) hetzelfde is bij een Alzheimerpatiënt als bij een normale patiënt. De pijntolerantie (mediale pijnsysteem) blijkt daarentegen significant hoger bij een Alzheimer patiënt dan bij een normale patiënt. Verder doet hij de uitspraak dat we de hippocampus, die we nu vooral associëren met het geheugen, voortaan ook mogen associëren met pijn en motoriek. Zo geeft de toe- of afname van pijn de conditie van de hippocampus aan. Bij het diagnosticeren van vroege dementie kan dus ook gekeken worden naar een toe- of afname van pijn en motoriek.

Pijn is geen klinisch symptoom van bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer zelf. Dit geldt wel voor de ziekte van Parkinson en multiple sclerose (MS). Een deel van deze patiënten gaat ook cognitief achteruit en onbekend is of er dan veranderingen in de pijnbeleving optreden. Het is echter wel aannemelijk dat Parkinsonpatiënten meer pijn lijden dan leeftijdgenoten omdat hun systeem van eigen pijn onderdrukken is aangedaan. Omdat bij MS degeneratie van het mediale pijnsysteem plaatsvindt, is de verwachting dat deze patiënten minder pijn ervaren, maar dat is niet duidelijk.

Scherder besluit met een welgemeend: 'We stellen vast dat er onderbehandeling van pijn plaatsvindt. Laten

we nu overgaan naar behandeling en hopen dat het ons niet overkomt.'

Zorgrelatie

Behalve een juiste registratie van pijn bij ouderen met een uitingsbeperking, is een goede zorgrelatie van essentieel belang voor adequate pijnbestrijding, vindt dr. Marie-Josée Smits, senior beleidsmedewerker Cliënt, Kwaliteit en Innovatie bij Actiz, een brancheorganisatie voor zorgondernemers. Om betekenisvol om te gaan met pijn en lijden binnen de dagelijkse zorg - door troost, een veilig gevoel geven, een extra praatje, begrip tonen, lichamelijk verzorging - is betrokkenheid nodig. 'Dat gaat niet vanzelf', benadrukt ze. 'Verzorgenden en verpleegkundigen moeten over relationele vaardigheden en deugden beschikken. En zij moeten er ruimte voor krijgen van het verpleeghuis.'

Kortom, om onderbehandeling van pijn bij kwetsbare ouderen tegen te gaan, zijn niet alleen een goede pijnregistratie en behandelprotocol hard nodig, maar is ook betrokkenheid van de zorgverleners bij de individuele patiënt van het allergrootste belang.

Aankondiging

Op 18 oktober 2008 organiseert het Nationaal PijnFonds in samenwerking met de Stichting Pijn-Hoop een congresdag in het UMC Utrecht: 'Chronische Pijn: toen en nu.' Deze publieksdag staat in het kader van de Wereldpijndag 2008 en 20 jaar Pijn-Hoop.

Meer dan 3 miljoen mensen hebben chronische pijn!

 **Nationaal PijnFonds**
Nationaal PijnFonds
Postbus 278, 2300 AG Leiden
Tel. 071-5181895
Giro 304050

**Pijn sloopt je leven,
maar je staat er niet alleen voor!**



Kijk op www.pijnfonds.nl

Word je eigen pijnmanager!

Je hebt pijn, soms, vaak of altijd. Wanneer iemand meer dan zes maanden iedere dag pijn heeft wordt dat chronische pijn genoemd. De pijn kan wisselen per dag of moment maar is helaas niet meer weg te denken uit je dagelijkse leven. Was het maar waar. Toch hoef je je leven er niet door te laten ontwrichten. Pijn ontwricht, vreet aan je energie, en zorgt ervoor dat de kwaliteit van je leven achteruit gaat. Zo ervaren veel mensen het. Ik wil je wat tips geven om je leven minder te laten ontwrichten door pijn. Je kunt namelijk je eigen pijnmanager worden!

Allereerst wil ik voorop stellen dat ik geen arts, psycholoog of hulpverlener ben, ik ben ervaringsdeskundig in het hebben van pijn en ik heb er mijn werk van gemaakt. Ik werk voor chronisch zieken en gehandicapten en kom daardoor veel in aanraking met pijnpatiënten. Zelf heb ik de ziekte van Scheuermann, een aangeboren, erfelijke afwijking aan mijn wervelkolom. Bij mij werd deze pas erg laat erkend met als gevolg veel aangetaste rug- en nekwrvels en schouders. Inmiddels heb ik een aanzienlijk aantal operaties ondergaan, ook aan andere gewrichten, zoals mijn heup. Sinds mijn 18^e heb ik pijn en tot twee jaar geleden was ik vaak afhankelijk van de rolstoel en allerlei aanpassingen, maar mede door de operaties loop ik weer redelijk. Natuurlijk heb ik gebruik gemaakt van elk middel dat er is om de pijn eronder te krijgen. Na een lange periode van veel morfine en injecties op de pijnpoli, zonder al teveel resultaat, besloot ik dat het anders moest. Door op mezelf intensief pijnmanagement toe te passen is de pijn inmiddels dragelijker geworden. Niet alleen mijn lichaam is veranderd door de ziekte maar noodgedwongen moest ik leren die pijn een plek te geven in mijn leven en ermee om te gaan. Ook jij speelt zelf een rol in het omgaan met je eigen pijn. Het is belangrijk om te weten of je tot die mensen behoort die 'pijngedrag' of

'normaal gedrag' vertonen. Daarna kun je verder aan de slag!

'Pijngedrag' en 'normaal gedrag'

Sommige pijnovertuigingen kunnen leiden tot 'pijngedrag': patiënten blijven passief omdat ze menen dat de pijn toch blijft voortduren. Het is mogelijk dat patiënten hun eigen inspanningen om zich aan te passen als niet-effectief ervaren. Dit is bijvoorbeeld het geval bij pijn waarvoor geen officiële medische oorzaak is te vinden. Veel mensen vertonen "pijngedrag" in plaats van 'normaal gedrag'. In het begin is pijngedrag begrijpelijk en geaccepteerd maar op den duur moet er 'normaal' gedrag voor in de plaats komen. Je moet tenslotte verder, ook mét pijn. Pijngedrag heeft veel te maken met hoe je met de pijn omgaat. Bewuste en onbewuste emotionele processen kunnen pijndrempels sterk beïnvloeden. Angst, stress, woede, spanning, onmacht en depressies verlagen pijndrempels en zorgen voor een sterkere pijnervaring. Aan de andere kant wordt de pijndrempel hoger bij positieve ervaringen als afleiding, een doel hebben, optimisme en lichamelijke en geestelijke activiteiten. Als je gelooft dat je de pijn en alle bijkomende ongemakken kunt beheersen voel je je minder snel depressief of hulpeloos. Zodra je het gevoel hebt dat je je leven en de pijn die daarbij hoort

weer zelf onder controle hebt kun je weer spreken van normaal gedrag. Dat gevoel van beheersing is pijnmanagement.

Pijnmanagement.

Een duur woord, pijnmanagement. Wat houdt het precies in? Pijnmanagement is het leren omgaan met de pijn en je reactie op de pijn te beheersen. Maar hoe kun je leren die pijn je leven niet te laten overheersen? Allereerst denk ik dat acceptatie het sleutelwoord is. Ik weet uit ervaring dat het verschrikkelijk is dat de pijn je nieuwe metgezel is geworden die bij elke activiteit met je mee wil. Toch is het helaas niet anders. Er tegen vechten betekent vechten tegen de bierkaai. Je kunt je energie beter gebruiken voor zelfacceptatie. Acceptatie van je lichaam met de pijn en de vermoeidheid die ermee verbonden zijn en acceptatie van de manier waarop je in het leven staat. Daarnaast moet je in pijnmanagement willen geloven en wat nog belangrijker is, je moet in jezelf blijven geloven dat jij de baas bent en niet de pijn. Je moet je pijn graag willen leren beheersen.

Met thuis zitten en wachten tot de pijn weggaat kom je er niet. Wil je de controle over je leven terug? Daar ben je zelf verantwoordelijk voor. Geloof in jezelf bij alles wat je doet. Misschien neem je een foute beslissing. Dat wil nog niet zeggen dat jouw hele pijnmanagement fout is. Van elke fout leer je weer. Heb je leuke dingen in het vooruitzicht? Dan zul je je pijn waarschijnlijk minder de kans geven die dag dominant aanwezig te laten worden. Je verheugt je immers op dat wat komen gaat. Het heeft dus alles met je eigen instelling te maken. Ik ben van mening dat als je je iedere dag concentreert op iets leuks of zelf zorgt dat er iets is om naar uit te zien -wat dat dan ook- dat je pijn meer naar de achtergrond zakt. Wel moet je incalculeren dat, indien je bewust kiest om iets actiefs en inspannends te doen, je later hier meer pijn door kunt krijgen. Reken ook op commentaar van je omgeving. Vaak zijn naasten bezorgd. Begrijpelijk maar het blijft jouw keuze!

Natuurlijk zijn er ook dagen dat je het liefst in je bed blijft en je overgeeft aan de

pijn. Er is niets mis met zo nu en dan de pijn toelaten en te denken, morgen gaat het weer beter. Omdat jij diegene bent die bepaalt wanneer en in welke mate je de pijn toelaat. Je zult merken dat je minder gestrest bent wanneer je jezelf toelaat pijn te hebben. En waarom niet? Je bent chronisch pijnpatiënt en dus mag je je af en toe ook zo gedragen. Voel je hier niet schuldig over. Misschien een doodoener maar ik adviseer altijd om een leuke hobby of een nieuw levensdoel te zoeken als de pijn onvermijdbaar is. Ik weet wat het is om niet meer te kunnen werken en je leven anders te moeten inrichten. Maar ik vertik het om die pijn me de baas te laten worden. Dat is mijn ding en mijn gevecht. Ik heb gekozen voor vrijwilligerswerk en zit sinds een aantal jaren in het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'De Wervelkolom'.

Altijd wordt ik heen en weer geslingerd en moet ik keuzes maken. Onderneem ik iets wel of niet? En ook ik blijf fouten maken, daar ben ik best goed in. Daar ben ik mens voor, net als ieder ander. Maar ik heb lang geleden een heftige beslissing genomen en die voelt nog steeds goed. Ik zit liever 5 jaar eerder in een rolstoel dan dat ik nu achter de geraniums kruip en me overgeef aan de pijn en mezelf op non-actief zet. Ik geniet liever van mijn leven en doe regelmatig iets dat eigenlijk niet zo goed voor mijn lichaam maar wel voor mijn geest is. Jaren geleden heb ik de morfine adieu gezegd en gekozen voor fiks meer pijn. Ik wilde niet meer leven als een zombie en merk dat ik beter om ga met mijn lichaam en pijn omdat ik me er meer bewust van ben. Als je dat kunt leren ben je op de goede weg denk ik. Word bewust van je leven, je pijn en je lichaam en ga er mee om zoals jij wilt. Accepteer niet langer dat de pijn je de baas is. Ik daag je uit om uit de vicieuze cirkel te stappen! Mijn persoonlijke motto? Het leven heeft geen zin, maar ik wel!

Dineke Huurdeman heeft de stichting Care2U Foundation opgericht met als doel mensen met een chronische ziekte of een handicap te steunen in armere landen. Ze woont momenteel in Servië. Meer informatie op www.care2u.org en www.nvvr.nl

Achtergronden en praktische toepassingen

Nieuwe pleister met buprenorfine voor de behandeling van chronische pijn

Omdat er steeds nieuwe middelen of nieuwe toedieningsvormen van middelen tegen chronische pijn op de markt komen, heeft de redactie gemeend ook daar met regelmaat ruimte voor te maken ten behoeve van patiëntenvoorlichting. De huidige bijdrage wordt verzorgd door twee onderzoekers van de Afdeling Anesthesiologie van het Leids Universitair Medisch Centrum, **drs. Eveline L.A. van Dorp** en **prof. dr. Albert Dahan**. Het is een bewerking van een gelijkstrekend, uitgebreider, artikel dat is gepubliceerd in *Modern Medicine*, 11: pp.420, 2007.

Samenvatting

Buprenorfine behoort tot de groep morfine-achtige pijnstillers, de zogenaamde opioïden. Het heeft een krachtig pijnstillend effect, kent weinig bijwerkingen en is één van de meest veilige opioïden omdat het geen remmend effect op de ademhaling veroorzaakt, ook niet bij gebruik van hoge doseringen. Andere opioïden, zoals fentanyl, hebben deze bijwerking wel, waardoor het gebruik van deze middelen in de praktijk beperkt wordt. Buprenorfine is te verkrijgen als tabletten en injecties (merknaam: Temgesic®) en sinds kort ook als pleister (merknaam: Transtec®). De belangrijkste toepassingen liggen in de behandeling van chronische (langdurige) niet-kanker (benigne) pijn en kanker (maligne) pijn. Buprenorfine kan enkel worden verkregen via doktersvoorschrift, het is niet te verkrijgen via de drogist of via het internet.

Inleiding

Buprenorfine werd voor het eerst gesynthetiseerd in 1966 en in 1979 geïntroduceerd. Het is afgeleid van thebaïne, een natuurlijke stof die voorkomt in de papaverbol, *Papaver somniferum*. Net als alle opioïden, is ook buprenorfine een sterke pijnstiller. Deze middelen werken vooral op zenuwcellen in de hersenen en ruggenmerg (het centrale zenuwstelsel). Niet alle opioïden hebben echter een gelijkwaardig pijnstillend effect. Zo is voor buprenorfine het pijnstillend effect 25 tot 40 maal sterker dan dat van morfine, terwijl bijvoorbeeld fentanyl 100 maal sterker is dan morfine. Uit studies bleek al snel dat buprenorfine zich anders gedraagt dan andere

opioïden zoals fentanyl en morfine. In dit artikel zullen we de belangrijkste eigenschappen van buprenorfine op een rij zetten. Verder zullen we een overzicht geven van de huidige toepassingen inclusief de nieuwe toedieningsvorm van een pleister voor op de huid. Tenslotte bespreken we de bijwerkingen en de veiligheid.

Eigenschappen

Buprenorfinepleisters werken door de huid heen. Na het aanbrengen komt de werkzame stof buprenorfine via de huid in het bloed en via de bloedbaan wordt het zenuwstelsel bereikt. Na het aanbrengen van de eerste pleister wordt buprenorfine langzaam in het bloed opgenomen, waardoor het pijnstillend effect pas na enige tijd intreedt. Buprenorfine wordt voor het grootste deel via de ontlasting uitgescheiden en voor een kleiner deel via de urine. Omdat buprenorfine relatief langzaam door het lichaam wordt afgebroken, houdt het pijnstillend effect nog enige uren aan na het verwijderen van de pleister.

Plafondeffect

Laboratoriumstudies laten zien dat bij zeer hoge concentraties buprenorfine het toevoegen van extra buprenorfine geen additioneel effect geeft. Deze (unieke) eigenschap wordt ook wel plafondeffect genoemd. Door dit plafondeffect komt één van de meest gevaarlijke bijwerkingen van opioïden, te weten een remmend effect op de ademhaling (ademhalingsdepressie), bij het gebruik van buprenorfine niet of nauwelijks voor, ook niet bij langdurig gebruik van hoge



doseringen. Hoewel ook buprenorfine een remmend effect heeft op de ademhaling, neemt deze werking vanaf een bepaalde dosering niet verder toe, in tegenstelling tot andere middelen zoals morfine en fentanyl. Deze zullen bij een toenemende dosering wel een verdere afname van de ademhaling veroorzaken met als gevolg een tragere, onregelmatige ademhaling die gepaard kan gaan met ademnood. De dosering van buprenorfine kan dus veilig worden verhoogd tot aan het niveau dat voor de gewenste hoeveelheid pijnstilling noodzakelijk is. Voor het pijnstillend effect bij patiënten treedt namelijk geen plafondeffect op. Dit maakt buprenorfine tot een zeer werkzame en tevens veilige pijnstillert.

Toepassing van buprenorfine bij de behandeling van chronische pijn

In ons lichaam heeft pijn een signalerende functie: het laat het lichaam merken dat er iets mis is. In het geval van chronische pijn nemen we nu aan dat dit signalerend aspect is weggefallen; de pijn heeft geen functie meer en vormt slechts een belemmering voor normaal functioneren. Er zijn diverse aandoeningen waarbij chronische pijn een belangrijke rol speelt. De belangrijkste hiervan is kanker. Echter ook zeer veel mensen met niet-kwaadaardige aandoeningen, zoals bijvoorbeeld reumatoïde arthritis (gewrichtsontstekingen), chronische lage rugpijn, osteoporose (botontkalking) en diverse neurologische en neuropathische aandoeningen (zenuwpijnen), zien hun kwaliteit van leven ernstig beperkt worden door chronische pijn. Het is daarom van belang om chronische pijn afdoende te bestrijden. De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) heeft hiervoor de zogeheten pijnladder ontworpen: op stap I staan de zwakkere pijnstillers (paracetamol, niet-steroïde ontstekingsremmers [de zogenaamde NSAID's; bijv. ibuprofen of diclofenac] en combinaties van deze twee), op stap II de zwakkere opioïden (tramadol en codeïne en combinaties van deze met stap I-middelen) en op stap III de sterke opioïden (morfine, fentanyl en aanverwanten). Buprenorfine staat op de WHO pijnladder als een stap II/III pijnstillert: enerzijds kan het, door het gunstige veiligheidsprofiel, als een zwak opioïd beschouwd worden en hoort het dus, samen met codeïne en tramadol, op stap II van de pijnladder; anderzijds is het een bijzonder krachtige pijnstillert, vergelijkbaar met fentanyl, waarmee het op stap III thuishoort.

Daarbij schrijft de WHO voor dat pijnstillende medicatie op vaste tijden moet worden toegediend en niet alleen als de patiënt pijn heeft. Hiermee



worden pieken en dalen in het bloed vermeden, waardoor de kans op bijwerkingen zo klein mogelijk is en de patiënt zo veel mogelijk pijnvrij wordt gehouden. Dit is bijzonder goed te bereiken door de opioïden toe te dienen door middel van een pleister, een mechanisme dat inmiddels vrij bekend is van de fentanylpleisters (Durogesic[®]). Sinds de introductie van de Transtec[®]-pleister is de populariteit van buprenorfine bij de behandeling van chronische pijn sterk gestegen. De pleister geeft een constante hoeveelheid geneesmiddel af aan de huid, waardoor ook een constante concentratie in het bloed wordt bereikt. De pleister is verkrijgbaar in sterktes van 35, 52.5 en 70 µg/uur en kan maximaal 4 dagen worden gedragen.

Er lijken duidelijke voordelen te zijn aan het gebruik van deze buprenorfinepleisters: zo leiden relatief lage concentraties in het bloed tot minder bijwerkingen en minder tolerantie (= gewenning en geleidelijke uitdoving van het effect). Dit is vooral het gevolg van de toedieningsvorm, maar ook het type opioïd heeft hier invloed op. Wanneer tolerantie optreedt, is het noodzakelijk om de dosis te verhogen om dezelfde mate van pijnstilling te handhaven. Bij het gebruik van de buprenorfinepleister blijkt er bij veel minder patiënten tolerantie op te treden dan bij gebruik van fentanylpleisters (respectievelijk bij 26.2% versus 50.0%). Er kan dus langer worden uitgekomen met lagere doseringen.

Er zijn enkele onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van buprenorfinepleisters bij patiënten met maligne en benigne pijn en hieruit blijkt dat de pijnstilling effectief is en de pleisters door de patiënt als bijzonder gebruiksvriendelijk ervaren wordt. Ook stoppen weinig mensen met de behandeling vanwege een gebrekkige pijnstilling: in het grootste onderzoek, onder ruim 13.000 patiënten, stopte slechts 5% van de patiënten vanwege onvoldoende pijnstilling.

Bijwerkingen en veiligheid

Buprenorfine is een goed verdraagbaar geneesmiddel voor de behandeling van chronische pijn. Qua bijwerkingen lijkt buprenorfine sterk op de overige opioïden: het veroorzaakt misselijkheid en braken, obstipatie (verstopping), sedatie (sufheid), jeuk, duizeligheid en zweten, vertraging van de hartslag en daling van de bloeddruk, euforie (opgewondenheid), en het kan de ademhaling remmen.

Zoals hierboven al beschreven treedt voor de gevaarlijkste van deze bijwerkingen, de remming van de ademhaling, een plafondeffect op en dat maakt buprenorfine tot een van de veiligste opioïden. In de zeldzame gevallen dat een patiënt een fatale ademhalingsdepressie kreeg na gebruik van buprenorfine, was daar in vrijwel alle gevallen een ander geneesmiddel (zoals benzodiazepines) of alcohol bij betrokken. Het is dus belangrijk goed op te letten welke geneesmiddelen tegelijk gebruikt worden, en het gebruik van benzodiazepines in combinatie met buprenorfine te beperken, of indien dit niet mogelijk is, om beide middelen zo laag mogelijk te doseren en bij tekenen van slaperigheid of bewustzijnsdaling extra alert te zijn op een mogelijk optredende ademhalingsdepressie.

Conclusie

Buprenorfine is een bijzonder opioïd, dat het predikaat veilig krijgt toebedeeld. Het wordt toegepast in de pijnbestrijding. Het plafondeffect op het gebied van de ademdepressie is een gunstige eigenschap die het mogelijk maakt om hoog te doseren zonder een levensbedreigende ademdepressie te veroorzaken.

Referenties opvraagbaar bij de auteurs.

Nederlandse terminologie voor pijn (versie 1.0)

Rapportage over het project pijnclassificatie, uitgevoerd in opdracht van het Pijnkenniscentrum UMC St. Radboud door de afdeling Medische Informatiekunde. H. ten Napel, M.J.W. van Leeuwen, J. Patijn, A.P. Wolff, P.F. de Vries Robbé
ISBN/EAN 978-90-9022479-4



Deze uitgave gaat over de Nederlandse terminologie voor pijn (NTP). Het bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft de reden van ontstaan en de ontwikkeling van eerdere versies tot de huidige versie van de NTP. Het tweede deel bevat de eigenlijke terminologie voor pijn, als resultaat van de gevolgde werkwijze.

De (op)gave van het ongewenste

Monique Goldenbeld
Uitgeverij Free Musketeers, Zoetermeer, okt. 2007.
ISBN 978-90-8539-899-8



De schrijfster deed jarenlang aan topturnen, raakte gehandicapt en daarna ook ziek. Zij is geconfronteerd met de onvoorspelbaarheid van het leven. In heldere en eenvoudige taal, op lichte en soms confronterende wijze, vertelt Goldenbeld over haar weg van gehandicapt en ziek zijn en pijn hebben. Zij belicht de overgang van jezelf richten op de buitenwereld naar leven vanuit je binnenwereld. Zij schrijft niet over gelukkig worden of over oplossingen, maar over omgaan met dat wat er is.

PIJN. De terugkeer naar het paradijs en de wens er weer uit te ontsnappen.

Amanda Kluveld
Uitgeverij De Arbeiderspers, Amsterdam, 2007.
ISBN 978-90 295 6508 0 / nur 740



Een culturele geschiedenis van pijn. Lichamelijk lijden is een van de meest ingrijpende menselijke ervaringen. Het roept op tot reflectie en vragen naar de zin van het bestaan. Pijn is net als de liefde een bron van angst en leed, wanhoop en eenzaamheid, verlangen en fascinatie, kunst en literatuur. Iedereen weet wat pijn is, maar dat maakt het fenomeen niet minder raadselachtig.

At risk for PAIN. Pain-related anxiety, conditiën and processing biases.

Proefschrift van L.M.G. Vancleef
Uitgave van Universitaire Pers Maastricht, 2007
ISBN 978-90-5278-662-9



Het ervaren van pijn is een welbekende sensatie voor de meesten van ons. Een specifiek kenmerk van pijn is dat het, ondanks zijn universele aard, een sterk subjectieve ervaring is, die op verschillende manieren wordt ervaren en beleefd. Bovendien is pijn niet altijd van voorbijgaande aard. Hoewel de meeste personen na een pijnervaring snel weer genezen door tijdelijk rust te nemen of een (medische) behandeling te volgen, is er een beperkt aandeel van de bevolking dat continu met pijnklachten te kampen heeft. Bij de meeste mensen met aanhoudende pijnklachten (meer dan drie maanden) kan geen duidelijke medische oorzaak gevonden worden en spreken we van specifieke chronische pijn. In dit proefschrift staan een aantal studies beschreven waarin persoonlijkheidskenmerken, denkprocessen en denkfouten worden onderzocht als mogelijke psychotische kwetsbaarheidfactoren voor de ontwikkeling en het blijven voortbestaan van chronische specifieke pijn.

BY ACCIDENT. Pain Catastrophizing and Fear of Movement in patients with neck pain after a moto vehikel accident.

Proefschrift van Karoline Vangronsveld.
Uitgave van Universitaire Pers Maastricht, 2007
ISBN 978-90-5278-645-2



In dit proefschrift wordt onderzocht of het Vrees-Vermijdingsmodel (Fear Avoidance model) kan toegepast worden op deze specifieke populatie (chronische nekpijn als gevolg van een verkeersongeval, en dan met name van een kop-staart aanrijding). Het Vrees-Vermijdingsmodel is een veelbelovend model omdat het diverse, reeds bekende risicofactoren voor chronische pijn omvat, en is gebaseerd op empirie. Het Vrees-Vermijdingsmodel veronderstelt twee tegengestelde gedragsrespondenten: confrontatie en vermijding.

Stichting Pijn-Hoop

Bijeenkomsten voor lotgenoten en andere belangstellenden

Alkmaar

Iedere tweede donderdag van de maand van 11.00 - 13.00 uur.
Trefpuntkerk, Louise de Colignystraat 20.
Informatie: [mevr. Willy Heuff, tel. 072-5623817](tel:072-5623817).

Amstelveen

Iedere eerste donderdag van de maand van 10.15 - 12.15 uur.
Ontmoetingscentrum "De Meent"
Orion 3 - 5, Amstelveen.
Informatie: [Nel Vlasveld, tel. 0297-261253](tel:0297-261253).

Arnhem

Iedere eerste donderdag van de maand van Wijkcentrum Elderveld, Breezandpad 15.
Tevens een inloopspreekuur iedere laatste woensdag van de maand van 10.00 - 12.00 uur, Ziekenhuis Rijnstate. Poli-zuid (de 'buitenpoli')
Marga Klompélaan 6, Arnhem.
Informatie: [mevr. Anne Moen, tel. 026-3233146](tel:026-3233146)
[mevr. Monique Duppen, tel. 0481-351410](tel:0481-351410).

Rotterdam / Capelle aan de IJssel

Iedere laatste donderdag van de maand van 13.30 - 15.45 uur.
Capelse Kruisvereniging, Meeudwensingel 1a, Capelle-Middelwatering.
Informatie: [André Bandell, 06 50496498](tel:06-50496498).

Den Haag

9 april, 28 mei, 9 juli van 14.00 - 15.30 uur.
Gebouw "de Kameleon", Veldzicht 20.
Informatie: [Marianne de Haan, tel. 070-3296709](tel:070-3296709).

Den Helder

Bij voldoende belangstelling.
Informatie: [Angeline Pot, tel. 0223-620124](tel:0223-620124).

Enschede

Opstandingskerk, hoek Zonstraat / Maanstraat
Contactochtenden: elke 4e donderdag van de maand (24 april, 22 mei) van 10.00 uur tot 12.00 uur
Informatie: [Nel Roordink](tel:0511-431639)

Gouda

Iedere tweede woensdag van de maand van 13.30 - 16.00 uur.
"de Punt", Zorgcentrum Goverwelle, Middenmolenplein 266, Gouda - Goverwelle. Tevens een inloopspreekuur elke eerste woensdag van de maand van 10.00 - 12.00 uur in de Jozef locatie van het Groene Hart Ziekenhuis,
Informatie: [Conny van den Berg, tel. 0182-559088](tel:0182-559088)
[Hans Bandell, tel. 0182 375619](tel:0182-375619).

Hardegarijp

8 april, 13 mei en 10 juni van 14.00 - 15.30 uur.
Fuormanderij 1, Hardegarijp.
Informatie: [Liesbeth Bijl, tel. 0511-431639](tel:0511-431639).

Haren

Bij voldoende belangstelling.
Informatie: [Greetje Franke, tel. 050-5347818](tel:050-5347818).

Hoogeveen

Iedere tweede dinsdag van de maand van 10.00 - 12.00 uur.
Herman Bavinckhuis, Stoekeplein2, Hoogeveen.I
Informatie: [Roelie Wiersma, tel. 0528-273480](tel:0528-273480).

Hoorn

Iedere derde woensdag van de maand.
Wijkcentrum de Kersenboogerd, Brederogracht 1, Hoorn.
Informatie: [Willy Heuff, tel. 072-5623817](tel:072-5623817).

Purmerend

17 april, 15 mei en 19 juni
Wijkcentrum 't Noot, J.P.Grootstraat 1, Purmerend.
Informatie: [Bep de Klerk, tel. 020-6455486](tel:020-6455486).

Sittard

Iedere eerste dinsdag van de maand van 13.30 - 15.30 uur.
Zorgcentrum Invia (naast Maasland Ziekenhuis Sittard)
Informatie: [Lenie Nottelman, tel. 046-4511983](tel:046-4511983).

Utrecht

16 jan., 20 febr., 19 maart, 16 april, 21 mei en 18 juni
Mesos Medisch Centrum (Overvecht Ziekenhuis) vergaderruimte 2.
Informatie: [Aart Vos, tel. 030-6063853](tel:030-6063853).

Velp

Iedere tweede dinsdag van de maand van 10.00 - 12.00 uur.
Inloopspreekuur, Ziekenhuis Velp (Gelderland) Kennedylaan 100, Velp.
Informatie: [Anne Moen, 026-3233146](tel:026-3233146)
[Monique Duppen, 0481-351410](tel:0481-351410).

Venlo

Iedere eerste vrijdag van de maand van 9.45 - 11.45 uur.
Vie Curie, locatie Venlo
Informatie: [Mariet Stappers, tel. 077-3072113](tel:077-3072113)
[Annie Janssen, tel. 077-3981755](tel:077-3981755).

Zierikzee

Voormalig SWO kantoor aan de Huybertstraat. Iedere eerste maandag van 13.30 - 15.30.
Informatie: [de Lichtboei, tel. 0111-412075](tel:0111-412075)

Een eerste kennismaking is geheel vrijblijvend en verplicht u tot niets! Aan mensen die voor het eerst een bijeenkomst willen bijwonen luidt het verzoek om zich eerst even telefonisch aan te melden.

Agenda congressen, symposia, bijeenkomsten

Als gevolg van een nauwe samenwerking tussen DVN (Diabetes Vereniging Nederland) Stichting Pijn-Hoop en het Nationaal PijnFonds worden er in 2008 een aantal voorlichtingsbijeenkomsten 'Chronische pijn en diabetes (neuropathische pijn)' gehouden. Zie voor de juiste data, locatie en sprekers, www.pijnfonds.nl

Nationaal

- * **Nationaal Geneesmiddelendebat**
13 mei 2008
Utrecht (Jaarbeurs)
www.10jaarfarmacologie.nl/evenementen/index.html

- * **Internationale Dag van de Palliatieve Zorg**
11 oktober 2008
www.palliatief.nl

- * **Publieksdag 'Chronische pijn: toen en nu'**
18 oktober 2008
Nationaal PijnFonds en Pijn-Hoop in kader van Wereld Pijn-Dag en 20 jaar Pijn-Hoop, UMC Utrecht
www.pijnfonds.nl
www.pijn-hoop.nl

- * **Congres Sectie Pijn NVA**
15 november 2008
Veldhoven (NH Koningshof)
www.anesthesiologie.nl/pijncongres

- * **Congres Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie.**
21 en 22 november 2008

Internationaal

- * **12th World Congress on Pain**
17 - 22 augustus 2008
Glasgow, Engeland
www.iasp-pain.org

- * **The 13th Annual Advanced Interventional**
8 - 10 september 2008
Pain Conference, Boedapest, Hongarije
www.kenes.com/wip08

- * **XXVII Annual Congress of the European**
24 - 27 september 2008
Society of Regional Anaesthesia
Genoa, Italië
www.kenes.com/esra/

- * **2nd World Congress on Controversies in Neurology (CONy)**
23 - 26 oktober 2008
Athene, Griekenland
www.comtecmed.com

- * **The 4th European Congress of MBEC**
23 - 27 november 2008
Antwerpen, België
www.mbec2008.be

- * **Pain in Europe VI**
9 - 12 september 2009
6th congress of the EFIC
Lissabon, Portugal
efic2009@kenes.com

Colofon

Pijnperiodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar.
Uitgave van het Nationaal PijnFonds
ISSN: 1572-0144
Oplage: 35.000 exemplaren
Redactieadres:
Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 278, 2300 AG Leiden
071-518 18 95
www.pijnfonds.nl
info@pijnfonds.nl

Hoofdredacteur:

Dr. G.J. Groen

Redactie:

Drs. R.H. Boelhouwer
Drs. Th. Eldering
Dr. R. Gaymans
Dr. G.J. Groen
Mw. M. de Mijttenaere
Mw. E. Roetering-van Geenhuizen
Mw. Drs. J.L. Swaan
Mw. Dr. G.J. Versteegen
Mw. H. Wieberneit-Tolman
Mw. Drs. J. de Wilde

RedactieRaad:

Leden van de redactie
Drs. J.W. Beijer
Ir. A. Elands
Drs. B. Pais
Drs. C.P. Pescott
Mw. Drs. K. de Roij
Coördinatie en eindredactie:
Hilda Wieberneit-Tolman
Productie:
Eldering Studios bv, Overveen
Monique de Mijttenaere
Dimitry de Bruin
Frits Terpoorten
Thomas Eldering

Gehele of gedeeltelijke overname van artikelen is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de redactie.
Uitvoerder en producent van Het Pijnperiodiek zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de teksten.

© Nationaal PijnFonds 2008



Drs. Dick van Leeuwen
Medical Information
Regulatory Affairs
Manager Bayer
Consumer Care

Pijnperiodiek



nationaal
PijnFonds

Postbus 278, 2300 AG Leiden