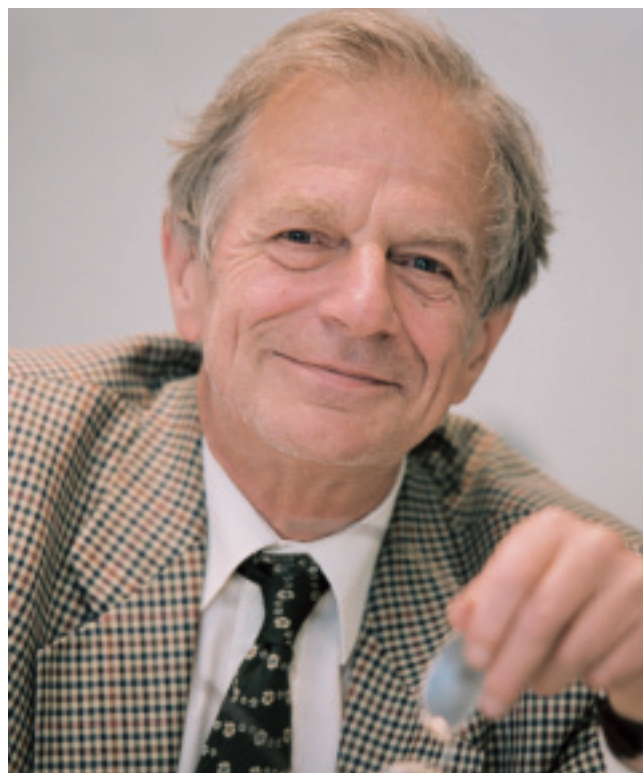


## Het voortbestaan van het Platform Pijn en Pijnbestrijding

Het Platform Pijn en Pijnbestrijding heeft in samenwerking met de Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP) en de Pijnkenniscentra het initiatief genomen tot de oprichting van een Nationaal PijnFonds.



De oprichting van het PijnFonds is een rechtstreeks gevolg van het stopzetten van de subsidie aan het Platform Pijn en Pijnbestrijding door het Ministerie van VWS. Het fonds zal onder meer de financiële ondersteuning aan het Platform Pijn en Pijnbestrijding als doelstelling hebben. Andere doelstellingen zijn: het stimuleren van initiatieven en activiteiten van zowel patiënten als behandelaars op het terrein van pijn en pijnbestrijding. Momenteel worden de haalbaarheid en levensvatbaarheid van het fonds uitgebreid onderzocht. De eerste verkenningen zijn hoopgevend.

### Belangrijk initiatief

Het Platform Pijn en Pijnbestrijding werd in 1999 door de NVBP in samenwerking met de Pijnkenniscentra opgericht. In de afgelopen jaren heeft het veel tot stand gebracht en de deelnemers aan het Platform alsmede het bestuur van de NVBP vinden dan ook dat dit platform niet verloren mag gaan. Het Nationaal PijnFonds stelt zich eveneens ten doel te zorgen voor een bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek van pijn en pijnbestrijding.

Achterin dit nummer staat meer informatie over het PijnFonds en over de mogelijkheid waarop u dit belangrijke initiatief kunt steunen.

### Pijn bij kinderen

Op 17 oktober 2005 organiseert de IASP (International Association for the Study of Pain), samen met nationale verenigingen waaronder de NVBP, de Global Day of Pain – de Wereld Pijn Dag 2005. Dit jaar is het thema: Pijn bij kinderen. Nederlandse pijnonderzoekers hebben reeds een belangrijke bijdrage geleverd aan de pijnbeoordeling en pijnmeting bij kinderen. Dat betekent echter niet dat er in de Nederlandse ziekenhuizen nu ook voldoende middelen en personeel beschikbaar zijn om pijn bij kinderen adequaat te voorkómen en te bestrijden.

### Invitational Conference

Pijn bij specifieke groepen kinderen, zoals gehandicapte en chronisch zieke kinderen, krijgt eveneens maar weinig aandacht. Kinderen krijgen meestal alleen pijnstillers voor een korte periode of 'zonodig' en meestal in de laagst mogelijke dosering. Dit alles heeft tot gevolg dat kinderen onnodig pijn lijden, en bij eenzelfde ingreep minder pijnstillers ontvangen dan volwassenen.

Het Platform Pijn en Pijnbestrijding organiseert in dit kader en met hetzelfde thema: Pijn bij kinderen op 17 oktober 2005 een Invitational Conference. Het vierde nummer dit jaar van het Pijnperiodiek zal speciaal aan dit onderwerp gewijd zijn.

*H.G.M. Rooijmans*  
Voorzitter Platform Pijn en Pijnbestrijding



# Het Europese Pijn Netwerk

H. Wieberneit-Tolman

In 2002 werd door vertegenwoordigers van verschillende Europese pijnpatiëntenverenigingen het initiatief genomen een Europees netwerk voor pijnpatiënten op te richten. Inmiddels is door betrokkenen uit alle deelnemende landen een manifest opgesteld. De volledige tekst van het manifest kunt u downloaden op [www.pijnplatform.nl](http://www.pijnplatform.nl).

Chronische pijn is een ernstig, complex probleem dat iemands leven kan verwoesten. Volgens recente cijfers lijdt één op de vijf Europeanen aan een of andere vorm van chronische pijn. Voor meer dan 75 miljoen Europeanen duurt dit al meer dan zeven jaar. Een vijfde daarvan ondergaat die kwelling al 20 jaar of langer.

In alle Europese landen samen resulteert chronische pijn in bijna 500 miljoen verloren werkdagen per jaar. Dat kost de economie een slordige € 34 miljard. Maar die kosten zijn nog niets vergeleken bij het werkelijke verlies voor de maatschappij. Vele mensen verloren hun baan ten gevolge van hun pijn. En ook op gezinsrelaties kan chronische pijn een verwoestend effect hebben.

## Verbetering van levenskwaliteit

Naast de enorme druk van chronische pijn op iemands leven, is het in alle Europese landen opvallend dat het lijden van pijnpatiënten wordt verergerd door externe factoren als culturele stigmata, foute behandelingen en onwetendheid bij doktoren en politici.

Uitschakelen of verminderen van die externe factoren is het doel van het Europese Pijn Netwerk.

Ofwel: "Vertegenwoordigen en actief ondersteunen van mensen met pijn, de maatschappij bewust maken van hun behoeften en streven naar een verbetering van hun levenskwaliteit".

redactioneel

## Pijn als ziekte erkend krijgen



Pijn leidt tot veel ziekteverzuim. Niet alleen acute pijn zoals hoofdpijn, rug- of buikpijn. Het gemiddelde ziekteverzuim van mensen met chronische pijn is jaarlijks 14 dagen. Een derde van de mensen met chronische pijn raakt zijn baan kwijt. Gelukkig wordt er steeds vaker aandacht besteed aan snelle werkherhervatting of (tijdelijke) vervangende werkzaamheden, want het is aangetoond dat hoe langer iemand ziek thuis zit, hoe moeilijker werkherhervatting is. Interventie is dus lonend. Het artikel Pijn en Arbeid gaat over

reïntegratie bij pijn en de professionele hulp die werknemers daarbij kunnen krijgen.

## Samenwerking

Om bij hulpverleners en de politiek meer aandacht te kunnen vragen voor chronische pijn gaan patiëntenorganisaties internationaal samenwerken in het Europese Pijn Netwerk. Patiënten vinden dat dokters onvoldoende zijn opgeleid om pijn als ziekte te diagnosticeren en te behandelen. Dat er onvoldoende voorzieningen zijn en dat de politiek hen in de kou laat

## Het Europese Pijn Netwerk

De resultaten van de enquête 'Pijn in Europa' vormden de motivatie voor het oprichten van het Europese Pijn Netwerk. Maar wat ons werkelijk verenigt en waar wij aan willen en kunnen werken, is het inzicht in onze gemeenschappelijke uitdagingen, hindernissen en doelstellingen.

Het Pijn Netwerk stelde een aantal kerndoelstellingen vast:

- Campagne voeren voor mensen met chronische pijn in Europa
- Bevorderen van de toegang tot en de beschikbaarheid van geschikte behandelingsopties en -faciliteiten voor het beheren van acute en chronische pijn
- Mensen bewust maken van het feit dat chronische pijn een op zichzelf staande ziekte is die als zodanig moet worden behandeld.

De actie waartoe het Europese Pijn Netwerk oproept omvat onder andere: het pijnprobleem op de politieke agenda plaatsen, minstens evenveel aandacht geven aan pijn als aan de onderliggende oorzaak, pijn behandelen als een zelfstandige ziekte, streven naar een eliminatie van het stigma dat aan chronische pijn en zijn behandeling kleeft, streven naar gelijkheid voor mensen met chronische pijn, en een spreekbuis zijn voor pijnpatiënten.

Inmiddels is ondergetekende, vertegenwoordiger van het Platform Pijn en Pijnbestrijding, gekozen als bestuurslid. Met als plaatsvervangers: Tera Boelen en Elly Roetering.



staan. Ze hebben geen ongelijk als blijkt dat bij een recent onderzoek naar gezondheidsproblemen bij ouderen een vraag over (chronische) pijn ontbrak. Ook in de gezondheidsstatistieken komt pijn nog steeds niet voor. Uit het manifest van het Europese Pijn Netwerk blijkt dat er nog een lange weg is te gaan om pijn als ziekte erkend te krijgen.

### Lot in eigen handen nemen

Uit het artikel over het whiplash syndroom blijkt dat er veel mogelijkheden zijn om 'je lot in eigen handen te houden' en dat het niet

nodig is om je afhankelijk op te stellen in een wereld van onbegrip. Woorden van dezelfde strekking treft u aan in het feuilleton van de patiënt aan het woord. Daarin staat heel helder dat je zelf veel kunt veranderen als je het lot in eigen hand neemt en daarbij coaching accepteert.

Verder in dit nummer verslagen van twee symposia die in de afgelopen maanden werden gehouden. En aandacht voor de nieuwe generatie pijnstillers (COX2-remmers) waarover nog veel misverstand blijkt te bestaan.

### Donateur worden

Het Pijnperiodiek is een uitgave van het


Platform Pijn en Pijnbestrijding. Bedoeld voor iedereen die met pijn te maken krijgt, zowel professioneel, persoonlijk of als naaste.

De redactie wil graag uw commentaar op de inhoud van het Pijnperiodiek. Bovendien zijn bijdragen welkom.

Tot besluit graag uw speciale aandacht voor het PijnFonds dat onlangs is opgericht door het Platform Pijn en Pijnbestrijding.

Als U sponsor of donateur wilt worden, kunt u daarvoor de kaart achterin dit nummer gebruiken.

*W.J. Meijler, hoofdredacteur*



Een whiplash is de plotselinge slingerbeweging die hoofd en hals-nek ten opzichte van de romp maken tijdens een ongeval. Hierdoor wordt in een fractie van een seconde de halswervelkolom overmatig uitgerekt en extreem achterover en/of voorover gebogen.

José Kocx-Perquin had nog nooit van het woord gehoord, toen ze elf jaar geleden na een val op de skipiste flinke pijnklachten aan nek en schouders overhield. Inmiddels al zes jaar vrijwilligster bij de Whiplash Stichting Nederland vertelt zij in dit artikel over haar eigen ervaring en de diensten van de stichting.

# Leven m

”Na mijn val dacht ik dat ik last had van spierpijn en dat dit vanzelf wel weer over zou gaan. Maar toen ik na drie weken nog steeds hevige pijn had en mijn arm niet eens omhoog kreeg, vond ik het tijd worden om naar de huisarts te gaan. Hij dacht ook aan spierpijn en met een pijnstillers en het advies dat mijn man mij maar eens ”lekker” moest masseren ging ik weer weg.”

José Kocx-Perquin

## Wat zijn whiplashklachten?

Na een ongeluk kunnen zich klachten voordoen op fysiek, cognitief, emotioneel en psychosociaal gebied. De voornaamste zijn: nekpijn, hoofdpijn, uitstralende pijn naar armen, duizeligheid, keel- en slikklachten, geheugenstoornissen, concentratieproblemen, desoriëntatie, vermoeidheid en slaapproblemen. Deze klachten kunnen onmiddellijk optreden, maar er zijn ook veel gevallen bekend waarbij de klachten pas

een aantal dagen na het ongeval of zelfs weken na het ongeval naar voren kwamen.

*”De pijn hield aan. De huisarts stuurde mij naar een fysiotherapeut, nadat er röntgenfoto’s waren gemaakt. Hier was niets op te zien, dus de arts dacht dat het een gescheurde pees in mijn schouder was. De fysiotherapeut nam deze diagnose over en behandelde mij daarnaar. In plaats dat het beter werd, ging ik steeds meer achteruit. Pijnklachten namen toe. In die tijd las ik een stukje in de*



# met whiplash

*krant dat de Whiplash Stichting Nederland geplaatst had. Whiplash, wat een zeur! Maar wat er verder bijgeschreven stond, leek erg veel op mijn klachtenpatroon. Ook ik vond mijzelf een zeur. Trouwens, de huisarts ook. Maar wat nu?"*

## **Eerste opvang na een ongeval**

Heeft u na het ongeval last van uw nek, bezoek dan zo spoedig mogelijk – het liefst binnen 48 uur – uw huisarts of de eerste hulp in het ziekenhuis. De kans op chronische klachten is kleiner als u zo snel mogelijk na het ongeval goede begeleiding krijgt.

Denkt u dat u whiplashletsel heeft opgelopen? Ga niet alleen praten met de (huis)arts, maar vraag ook om een lichamenlijk onderzoek. Alleen op die manier kan er een diagnose worden gesteld. Het lichamenlijk onderzoek betreft een functieonderzoek naar de beweeglijkheid van de nek en een eenvoudig neurologisch onderzoek van uw hoofd/halsgebied, schouders en armen. U kunt hierbij denken aan het controleren van de reflexen, spierkracht en het gevoel (sensibiliteit) van de huid. *"Negen maanden later, met nog steeds veel pijn en onbegrip, kreeg ik een migraineaanval. Zwarte vlekken dansten voor mijn ogen en mijn zicht verdween voor korte tijd. Daarna kwam er een hevige hoofdpijn opzetten. Gek genoeg is dit mijn redding geweest. Ik werd doorverwezen naar een neuroloog en het balletje ging rollen. Het ene onderzoek volgde op het andere. Toch werd er nog steeds niet*

*over whiplash gesproken. Voor mij was dat niet bevredigend, ik wilde zekerheid hebben en ben toen naar een professor-neuroloog in een ziekenhuis in een andere stad gegaan voor een second opinion."*

## **Diagnostiek**

Het verhaal van de patiënt (de anamnese) en een lichamenlijk onderzoek zijn de basis voor het stellen van een eerste diagnose. In sommige gevallen is verder onderzoek gewenst om een scherper beeld te krijgen. Met beeldvormende technieken is het whiplashletsel niet aantoonbaar. Onderzoek is daarom altijd zinvol. Niet alleen om ander letsel uit te sluiten, maar ook omdat beperkingen die voortkomen uit het letsel wel goed in beeld te brengen zijn. Dit kan worden vastgesteld met een pijnanalyse en met pijndagboeken. Als beperkingen geobjectiveerd kunnen worden, helpt dit om het ziektebeeld meer serieus te nemen.

*"Na grondig onderzoek en nadat ik al zijn vragen beantwoord had, kwam de arts tot de conclusie dat het bij mij om acceleratie-deceleratieletsel ging (whiplashletsel). Hij vertelde mij dat spontaan herstel er voor mij niet meer inzat, daarvoor was het al te lang geleden, ik moest er maar mee leren leven."*

## **Oorzaken**

Tussen de 20.000 en 30.000 mensen lopen jaarlijks whiplashletsel op. Bij ongeveer 70% hiervan ten gevolge van een ver-

keersongeval. Veelal gaat het om een kop-staartbotsing binnen de bebouwde kom. Er wordt vaak aangenomen dat men alleen een whiplash kan oplopen als gevolg van een verkeersongeval en met name door een aanrijding van achteren. Het hoofd maakt bij een aanrijding van achteren een slingerbeweging in de vrije ruimte zonder ergens tegenaan te botsen. Onderzoek heeft uitgewezen dat 30% van de whiplashletsels per jaar te wijten is aan andere ongevallen, zoals sportongevallen, bedrijfsongevallen, ongevallen in en om het huis en een misdrijf.

*"Daar stond ik dan. Eindelijk had ik zwart op wit het bewijs dat ik van mijn skiongeval een whiplash en migraine had overgehouden. Maar voor mij stond één ding vast, ik moest beter worden en ik wilde doorgaan met mijn baan. Van alles heb ik geprobeerd: chiropraxie, Mensendieck, acupunctuur, Tai-Chi. Ik ben zelfs naar een pijnpoli geweest voor een zenuwblokkade. Alles zonder het gewenste resultaat. Werken was niet meer mogelijk. Zelfs op therapeutische basis was het mij te zwaar. Uiteindelijk ben ik in de WAO terecht gekomen."*

## Behandeling en therapie

Voor een whiplashsyndroom is er momenteel een breed gedragen overeenstemming over de positieve effecten van een multidisciplinaire aanpak.

Deze sluit goed aan bij de verschillende klachtenpatronen na een whiplash: fysieke klachten (waaronder ook pijnklachten), cognitieve klachten en psychische klachten. Binnen een multidisciplinaire aanpak worden het whiplashsyndroom en de daaruit voortkomende beperkingen vanuit meerdere invalshoeken vastgesteld en behandeld. Verschillende disciplines werken dan samen, zoals een neuroloog, (neuro)psycholoog, fysiotherapeut, haptonoom, revalidatiearts en ergotherapeut.

## Geheugen- en concentratiestoornissen

De laatste tijd zijn bij whiplashpatiënten veel positieve resultaten geboekt met neurofeedback.

Dit is een innovatieve behandelmethodede die een stabiliserende invloed kan uitoefenen bij ontregelde hersenactiviteit als gevolg van stress, vermoeidheid, hersenletsel en pijn.

Voorafgaand aan een neurofeedbacktraining beoordeelt een psycholoog op basis van een fysiologische screening welke hersenfuncties niet goed werken en wat ze moeten 'leren'. Om 'te leren' hebben de hersenen feedback nodig. Ze krijgen die via computers en monitoren, tijdens de taken die een patiënt op de computer moet uitvoeren. Na training kan daadwerkelijk verbetering optreden.

## Pijn

In de aanpak van pijn worden positieve resultaten geboekt door behandeling van triggerpoints. Onderzoek heeft laten zien dat bij een whiplashtrauma beschadigd geraakte spier-



Hanna Smit-Filarski, voorzitter Whiplash Stichting Nederland (WSN)

spoeltjes (triggerpoints) overactief worden en een pijngewaarwording kunnen afgeven.

Rust en een regelmatig en middelmatig gebruik van spieren zorgen vaak voor een voorspoedig herstel. Bij overbelasting worden beschadigde triggerpoints overactief en produceren pijn. Die overbelasting kan zowel fysiek als psychisch van aard zijn. Door middel van myo-fasciale pijntherapie kunnen de pijnklachten verminderen.

## Psychosociale problemen

Een whiplashsyndroom kan het hele doen en laten beïnvloeden. Omgaan met klachten en beperkingen is niet eenvoudig. Lotgenotencontact is één van de manieren die mensen in staat kan stellen een betere manier te vinden om met de eigen situatie om te gaan.

De patiëntenorganisatie voor whiplashpatiënten, de Whiplash Stichting Nederland, biedt die mogelijkheid. Ook een training om zelf te leren omgaan met pijn kan aanknopingspunten bieden (zelfmanagement). Zelfmanagement is een methode om weer greep op het eigen leven te krijgen. Dit gebeurt door voor uzelf na te gaan waar beperkingen liggen en doelen te stellen om uw mogelijkheden te verbeteren en hier stapsgewijs naar toe te werken. Iedereen kan de zelfmanagementmethode toepassen, maar kan ook altijd terecht bij de Whiplash Stichting Nederland.

# De vereniging drijft op 90 vrijwilligers



José Kocx-Perquin

In cursussen van de stichting wordt hieraan uitgebreid aandacht besteed.

*"Inmiddels was ik donateur geworden van de Whiplash Stichting Nederland. Als ik vragen had, kon ik deze stellen aan een contactpersoon die 'telefoon dienst' had. Dit is een van de diensten die de Whiplash Stichting haar donateurs biedt. Al gauw merkte ik dat ik veel steun had aan de adviezen en het luisterende oor van de Whiplash Stichting. Ik vond erkenning en herkenning. In het Whiplash Rapport, een driemaandelijks blad met informatie voor donateurs, las ik een oproep om vrijwilligster te worden. Ik heb mij hiervoor aangemeld en ben nu al zes jaar contactpersoon en probeer patiënten beter te begeleiden dan dat ik zelf begeleid ben."*

## Whiplash Stichting Nederland

De Whiplash Stichting beschikt over algemene informatie over whiplashletsel en de mogelijke gevolgen, die ook gebruikt kan worden om anderen te informeren. Naast brochures informeert de WSN ook via haar website [www.whiplashstichting.nl](http://www.whiplashstichting.nl) en het blad 'Whiplash Rapport'. Mensen met whiplashletsel kunnen ook bij de stichting terecht voor steun bij ingewikkelde letselschadezaken. Om de positie van de patiënt in het zorgproces centraal te kunnen stellen, heeft de Whiplash Stichting Nederland in 2000 het initiatief genomen tot de oprichting van het Whiplash Instituut Nederland (WIN): een instituut voor diagnostiek, behandeling, begeleiding en reïntegratie, waar de whiplashpatiënt centraal staat.

Het WIN kent een multidisciplinaire werkwijze en biedt onder meer mogelijkheid tot diagnostiek door een neuroloog en behandeling van triggerpoints en het volgen van neurofeedbacktraining.

## Whiplash Het handboek

Voor iedereen die meer wil weten over whiplash biedt dit handboek belangrijke informatie over het letsel, diagnose, therapie, werk en het letselschadetraject. Bovendien leest u er meer in over het omgaan met whiplash in het dagelijks leven, praktische tips en ervaringen.

Naast contactpersonen van de stichting geven ook professionals, waaronder een huisarts, revalidatiearts, jurist en bedrijfsarts vrijuit hun mening.

U kunt het boek bestellen door het verschuldigde bedrag over te maken op rekeningnummer 65.86.14.215 onder vermelding van 'Whiplash, Het handboek', met vermelding van uw adresgegevens en het aantal exemplaren dat u wilt bestellen.

Prijs (incl. porto) € 22,50.

Voor meer informatie:

Whiplash Stichting Nederland  
Postbus 105, 3980 CC Bunnik

T. 030 - 656 50 00

F. 030 - 656 52 52

E-mail: [info@whiplashstichting.nl](mailto:info@whiplashstichting.nl)

[www.whiplashstichting.nl](http://www.whiplashstichting.nl)



# Symposium: Pijnrevalidatie, hoe eerder, hoe beter?

Rob Boelhouwer



Ter gelegenheid van de erkenning door het Ministerie van VWS van het Ontwikkelcentrum Pijnrevalidatie van Hoensbroeck Revalidatiecentrum werd op een druilerige zaterdagmorgen, 16 april 2005, in Eindhoven het symposium over pijnrevalidatie gehouden.

De ochtend en middagsessies werden druk bezocht. Volgens de deelnemerslijst waren er ruim 280 deelnemers. Voornamelijk behandelaars uit de eerste en tweede lijn. Er waren dan ook accreditatiepunten te verdienen. De discussie werd op een voortreffelijke wijze geleid door Johan Vlaeyen, psycholoog, die ook de sprekers introduceerde.

## Derde, tweede, eerste lijn

De eerste spreker Peter Heuts, revalidatiearts, gaf een overzicht van mogelijkheden van pijnrevalidatie en benadrukte met name de vroegtijdige toepassing van gedragsgeoriënteerde revalidatie. Zoals de 'Stepped Care Approach', een methode die 10 jaar geleden voornamelijk in de derde lijn werd toegepast. Anno 2005 vindt deze methode, waarbij zelfmanagement een belangrijke rol speelt, veel meer plaats in de tweede lijn. En wellicht zal in 2015 de nadruk meer op de eerste lijn kunnen worden gelegd. Een belangrijke vraag is hoe en in welke vorm pijnrevalidatie in een eerder stadium kan worden toegepast. Overigens benadrukten ook de andere sprekers de noodzaak van eerdere onderkenning van wat pijn veroorzaakt.

## Schouderklachten

Jacques Geraets, bewegingswetenschapper, gaf in zijn voordracht aan dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over het ontstaan en verloop van schouderklachten en de effectiviteit

van de behandelingen. Tijdens het symposium werden de resultaten gepresenteerd van een 'Graded Exercise Therapy', gebaseerd op principes van gradueel oefenen, operante conditionering en tijdcontingentie. Het programma is met name gericht op het verhogen van het activiteitsniveau. Resultaat is dat een grotere vooruitgang kan worden geconstateerd op de verschillende meetmomenten.

## Interessante onderwerpen

Jeroen de Jong, gezondheidswetenschapper, gaf een overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken over de rol van de aan pijn gerelateerde angst met betrekking tot ontstaan en voortbestaan van pijn aan het bewegingsapparaat. Anderzijds gaf hij aan op welke wijze behandelingen zijn ontwikkeld voor 'vreesvermijding'.

Vervolgens kwamen de effecten van rugpijn op de bewegingscoördinatie aan de orde. Deze voordracht werd verzorgd door Claudine Lamoth, bewegingswetenschapper.

Ook interessant was het onderwerp van R. Houben: de communicatie tussen hulpverlener en patiënt. Om de invloed van de interactie tussen behandelaar en rugpijnpatiënt te bestuderen is een onderzoek uitgevoerd door de Universiteit van Maastricht. In totaal hebben 45 patiënten en 13 fysiotherapeuten aan het onderzoek deelgenomen. De voorlopige resultaten zijn bemoedigend.

## Leven en overleven met pijn

Revalidatiearts R. Smeets ging in zijn voordracht in op de vaak langdurige geschiedenis van de diagnostiek. Zijn chronische pijnpatiënten op de juiste plek? De behandelingen zijn vaak kostbaar en intensief. Overdracht van kennis vanuit de tweede lijn is noodzakelijk. Er zijn bruikbare richtlijnen voor huisartsen en fysiotherapeuten ontwikkeld. Geadviseerd wordt om de zogenaamde screeninglijsten aan te vullen met enkele vragen over de wijze waarop de patiënt tegenover zijn pijnprobleem staat.

Vanuit het perspectief van de Patiëntenvereniging gaf Elly Roetering, voorzitter van de Stichting Pijn-Hoop, een heldere uiteenzetting hoe het is om te leven en overleven met pijn. Zij wees op het verschil tussen deskundigheid en ervaringsdeskundigheid. Dat laatste kan worden gevonden bij de patiëntenvereniging en zij benadrukte dat samenwerking tussen deskundigen en ervaringsdeskundigen voor de patiënt een duidelijke meerwaarde kan opleveren. "Om een betere samenwerking te bereiken, moet je bereid zijn elkaar beter te leren kennen en met wederzijds respect open te staan voor elkaars ideeën en opvattingen," aldus Elly Roetering.

## Toekomstige ontwikkelingen

In welke richting zal pijnrevalidatie zich in de komende jaren bewegen? Prof. Morley gaf suggesties: het verder ontwikkelen van betere modellen die de overgang van acute pijn naar chronische pijn kunnen verklaren; het ontwikkelen van nauwkeurige en gedifferentieerde modellen van chronische pijn. Het angstvermijdingsmodel zoals dat de laatste 10 jaar is ontwikkeld, is een goed voorbeeld; meer aandacht voor de individuele verschillen in motivatie en het probleem van identiteit. De discrepantie tussen verwachtingen en wat haalbaar en realistisch is, is belangrijk voor het bijsturen van chronische pijn.

Kortom: pijnrevalidatie is in ontwikkeling. Er is vooruitgang geboekt als gevolg van nieuwe inzichten in de behandeling van mensen met pijn en de deelname aan effectstudies. Aandacht voor afstemming tussen de diverse participanten is nodig. Belangrijk is om een vorm van ketenzorg op te richten, waar zorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek deel van uit maken. Een heldere taakverdeling en afstemming van activiteiten is nodig om effect te bereiken. Een 'Stepped Care Approach' zoals geïntroduceerd door Von Korff zou een model kunnen zijn om de ketenzorg van pijnrevalidatie vorm te geven.

## Conclusie

Het symposium gaf een duidelijk inzicht in de stand van zaken van pijnrevalidatie. De toepassing van pijnrevalidatie verschuift van de derde lijn naar de tweede- en eerstelijns gezondheidszorg. Naast diagnostiek en behandeling zullen ook de mogelijkheden naar voorkoming van het chronische karakter moeten worden onderzocht. Er zal zeker nog enige tijd nodig zijn alvorens het vraagteken van het motto van dit symposium kan worden vervangen door een uitroepteken: Pijnrevalidatie, hoe eerder, hoe beter!

'Macedonische therapie'  
succesvol bij CRPS-I?

# Symposium: Eerst de functie dan de pijn

Gerbrig J. Versteegen

Eind januari werd in het Bethesda ziekenhuis van Hoogeveen een symposium gehouden over de 'Macedonische therapie' om de prille behandelresultaten van deze omstreden therapie te presenteren.

In Medisch Contact van maart 2004 deden Van Gijn, revalidatiearts, en Ek, huisarts, verslag van een uitbehandelde patiënte met posttraumatische dystrofie – tegenwoordig beter bekend als complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) – die in Macedonië genezen was door een zekere mevrouw Shinka. Deze patiënte bleek niet de enige te zijn. Reden genoeg voor Van Gijn en Ek om af te reizen naar Macedonië en zelf de behandeling te observeren. In hun verslag is te lezen dat mevrouw Shinka de behandeling begon met het zoeken naar de aangedane extremiteit met de vraag: "Waar zit de pijn?" Vervolgens zocht zij met haar handen naar de weerstanden en pijnlijke plaatsen en vergeleek zij links met rechts. Dit zoeken ging gepaard met passief bewegen en/of manipuleren van de plaats waar ze weerstand voelde of waar de patiënt aangaf de meeste pijn te voelen. Tijdens dit proces trok mevrouw Shinka zich niets aan van de (soms hevige) pijn die de patiënt voelde. Zij ging door tot er sprake was van een bepaalde 'klik'. Patiënten bleken na die klik acuut minder pijn te hebben. Vaak veranderden direct na de behandeling het gevoel, de kleur en de temperatuur van het aangedane lichaamsdeel. De functie was toegenomen en zij gebruikten minder pijnmedicatie en minder hulpmiddelen, aldus Van Gijn en Ek.

## Proefstudie

Naar aanleiding van deze opmerkelijke resultaten werd een proefstudie opgezet in het ziekenhuis Bethesda om deze



Gerbrig J. Versteegen

behandeling (prospectief) te onderzoeken. Er werden 25 patiënten met uitbehandelde CRPS-I uit het bestand gehaald en gevraagd of ze mee wilden doen aan een onderzoek. De behandeling, uitgevoerd door fysiotherapeuten, bestaat uit manipulatie, frictie, mobilisatie, functionele training, tijdcontingente opbouw en 'negeren van cognities' (denkbeelden). Door de manipulatie zou de gevoeligheid van de 'pijnzenuwen' verbeteren (desensitisatie). Tijdens een dergelijke, voor de patiënt vaak extreem pijnlijke, behandeling wordt al het pijngedrag genegeerd.

Iedere patiënt krijgt twee behandelaars omdat het een zware behandeling is. Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de fysiotherapeuten; onder andere vanwege het negeren van het pijngedrag. De behandelaars waren er in getraind om exact dezelfde woorden te gebruiken, dezelfde uitleg te geven van het begin tot aan het eind en op dezelfde manier te behandelen.

### Vergelijking resultaten

De groep patiënten die in Macedonië werd behandeld, bestond uit 41 uitbehandelde patiënten, waarvan 16 patiënten CRPS aan een arm hadden en 31 aan een been. De man-vrouwverhouding werd niet vermeld, evenmin als de leeftijd. De duur van de klacht was gemiddeld 36 maanden. Gemiddeld werden 4 behandelingen van 40 minuten gegeven. Volledig herstel trad bij 16 patiënten op (38%), gedeeltelijk herstel bij 19 (47%) en bij 6 patiënten trad geen herstel op (15%). Terugval trad bij 6 patiënten op (15%). Geen van de patiënten is er slechter van geworden. Medicatiegebruik verminderde, zo ook het gebruik van hulpmiddelen en de ervaren pijn.

De groep patiënten die in Hoogeveen werd behandeld, bestond uit 25 uitbehandelde patiënten (slechts 3 mannen), waarvan 12 patiënten CRPS aan de arm hadden en 13 aan een been. Gemiddelde leeftijd was 49 jaar. De duur van de klacht: gemiddeld 62 maanden. Deze groep kreeg zo'n 4 behandelingen, uitgevoerd door 2-3 fysiotherapeuten. In het begin een maal per week, later daalde de frequentie. Volledig herstel trad op bij 7 patiënten (28%), gedeeltelijk herstel bij 16 (64%) en bij 2 patiënten trad geen herstel op (8%). Terugval trad op bij 3 patiënten (12%). Geen van de patiënten is er slechter van geworden. Medicatiegebruik verminderde, zo ook het gebruik van hulpmiddelen en de ervaren pijn.

### Conclusies van de sprekers

De volgende conclusies werden door de onderzoekers getrokken:

1. Verbetering treedt op bij 85% van de patiënten waarbij 29% volledig herstelt.
2. Verbetering is op alle niveaus terug te vinden.
3. De kans op terugval is rond de 14%, het is een veilige en korte, goedkope behandeling.
4. Deze behandeling lijkt effectief bij lang bestaande CRPS-I.
5. "Focus op de functie en bekommer je niet om de pijn."

In deze laatste conclusie kan ik mij wel vinden, hoewel ik als behandelaar ook weet dat het heel erg moeilijk is om pijngedrag volledig en consequent te negeren. Daarin moet je zeker getraind zijn. Wat volledig herstel en gedeeltelijk herstel precies inhouden, werd niet helemaal duidelijk tijdens de presentatie.

De beschrijving van "een 'klik' en daarna was de pijn verdwenen" heeft toch een hoog hocus-pocusgehalte en lijkt op z'n minst een trucje. Gelukkig werd dit tijdens het symposium niet zo gepresenteerd.

Op dit moment is niet duidelijk wat de werkzame bestanddelen van de behandeling zijn. Is het de manipulatie, de aanraking, het gevoel van de laatste strohalm? Het initiatief van Hoogeveen om deze omstreden behandelmethode 'Evidence Based' te onderzoeken, is te bewonderen, hoewel ik me afvraag hoe de Medisch Ethische Toetsingcommissie gereageerd heeft op de extreem pijnlijke behandeling. Methodologisch rammelt het onderzoek, maar daarover zijn de onderzoekers open en eerlijk. Zij hebben, binnen de beperkte mogelijkheden die zij hadden, getracht een redelijk onderzoek op te zetten. Ik ben benieuwd naar de resultaten op lange termijn.

	Macedonië n=41	Hoogeveen n=25
duur klacht gemiddeld	36 mnd.	62 mnd.
leeftijd gemiddeld		49 jr.
volledig herstel	16	7
gedeeltelijk herstel	19	16
geen herstel	6	2
	38%	28%
	47%	64%
	15%	8%



*Drs. Marieke Klaaysen*



*Roel de Backer*

# Pijn en Arbeid

Drs. Marieke Klaaysen, bewegingswetenschapper

Eén van de zeven Nederlanders heeft chronische pijn en die heeft een onmiskenbare invloed op het dagelijks leven. Meer dan de helft van de mensen geeft aan dat de pijn invloed heeft op het functioneren op het werk. Eén op de drie mensen met pijn raakt daardoor zijn baan kwijt.

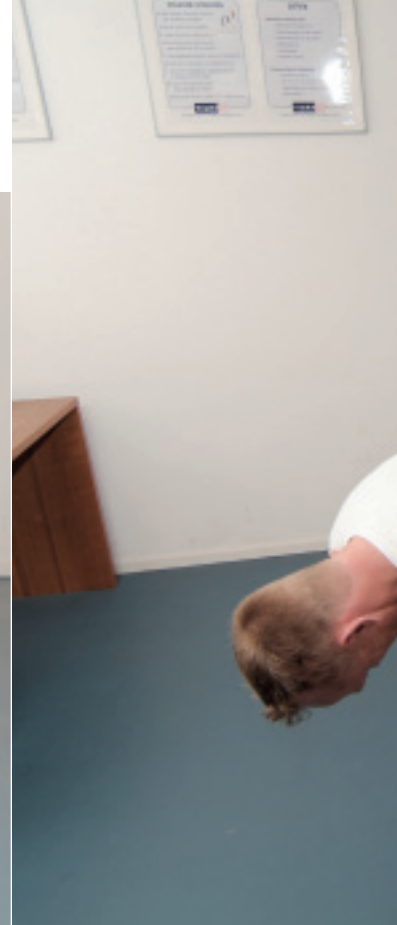
Pijn is één van de meest voorkomende redenen van arbeidsverzuim. Het gemiddelde verzuim is 14 dagen per jaar. Hierbij staat pijn van het houdings- en bewegingsapparaat nummer één (zie: [www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)).

Pijn van het houdings- en bewegingsapparaat is meestal gecompliceerd en het is algemeen geaccepteerd dat het biopsychosociale model gehanteerd wordt met de daarbij behorende multidisciplinaire benadering. Deze heeft ook zijn weg gevonden bij de ondersteuning van patiënten om het werkverzuim terug te dringen en/of terug te keren naar oorspronkelijk of aangepast werk. Er zijn speciale organisaties die zich hierop hebben toegelegd met programma's die erop zijn

gericht om pijnpatiënten intensief te coachen en te begeleiden zodat ze stap voor stap hun activiteiten weer kunnen oppakken.

## **TIGRA**

Trainingsinstituut voor Gezondheid, Revalidatie en Arbeid (TIGRA) is sinds 1995 een landelijke organisatie met 37 vestigingen. Het instituut houdt zich onder meer bezig met pijnklachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Binnen het instituut werken verschillende disciplines, waaronder (bedrijfs)fysiotherapeuten, bewegingswetenschappers, artsen en psychologen. Het primaire doel van TIGRA is gericht op



het terugdringen van het ziekteverzuim en het verbeteren van het functioneren.

## Hoe eerder, hoe beter

Gebleken is dat hoe eerder er bij pijnklachten wordt ingegrepen, hoe sneller iemand weer zijn functioneren kan verbeteren. Als het om acute pijnklachten gaat, is een korte intake met onderzoek en consult door een (bedrijfs)fysiotherapeut voldoende. Wat vaak nodig blijkt, zijn een heldere kijk op en uitleg over de pijn, wat de mogelijkheden zijn en hoe iemand op een snelle maar verantwoorde manier weer terug kan keren naar het werk. Het is namelijk gebleken dat de opvattingen die iemand heeft over zijn probleem medebepalend zijn ten aanzien van het verdere verloop en deze opvattingen zijn lang niet altijd productief.

Chronische pijnklachten, zijn meestal complexer en dat vergt een veel intensievere aanpak. De programma's zijn langer en de begeleiding is vanaf het begin gericht op functieverbetereing; indien nodig wordt er gewerkt aan werkhervatting.

## Intake

Voor chronische a-specifieke rugklachten, whiplash syndroom, maar ook voor andere pijnklachten is er een programma met begeleiding van een (bedrijfs)fysiotherapeut en/of bewegingswetenschapper, psycholoog en een specialist in pijnbestrijding. Onlangs is een nieuw programma voor chronisch hoofdpijnpatiënten ontwikkeld in samenwerking met het Universitair Centrum ProMotion en De Bonifatius Hoofdpijnkliniek.

Wanneer iemand bij TIGRA wordt aangemeld voor het volgen van een programma vindt er eerst een intake plaats. Deze wordt binnen een week uitgevoerd door de fysiotherapeut en een specialist in pijnbestrijding. Mocht blijken dat een psy-

chologisch onderzoek gewenst is, dan wordt dit ook gepland. De integrale benadering van het bio-psychosociaal model is hierbij altijd het uitgangspunt.

## Algehele conditie

De (bedrijfs)fysiotherapeut verricht een onderzoek en neemt een fit- en gezondheidstest af. Aan de hand van deze gegevens kan een goed beeld van de algehele conditie worden gevormd. Verder wordt er met behulp van vragenlijsten onderzocht welke factoren van invloed zijn op de pijnklachten. De antwoorden geven inzicht in de mate van bewegingsangst, functionele status en de beperkingen die thuis en op het werk worden ervaren.

De arts doet lichamelijk onderzoek en neemt een anamnese af, om inzicht te krijgen in het ontstaan van de pijn, de ernst ervan en de mate waarin de pijn invloed heeft op het functioneren. Het medicijngebruik wordt beoordeeld en zondig aangepast. De verkregen informatie en gegevens worden na de intake direct naast elkaar gelegd en besproken. Er wordt een uitgebreid verslag gemaakt met een advies op maat voor de patiënt. Zodra de verwijzer instemt met het advies, kan er gestart worden met het programma. Het verslag is geschreven voor de verwijzer en kan te allen tijde ingezien worden door de patiënt.

## Haalbare doelen

Afhankelijk van de ernst van de pijnklachten kunnen de verschillende disciplines samenwerken, maar soms is intensieve begeleiding van een (bedrijfs)fysiotherapeut en/of bewegingswetenschapper met kennis van de gedragsmatige en cognitieve benadering van pijn, voldoende.

De verschillende programma's zijn ontwikkeld aan de hand van het bio-psychosociaal model en gericht op functieverbete-



ring. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de principes van 'Graded Exercise': gradueel oefenen, operante conditionering en tijdscontingentie. In het programma worden individuele gesprekken gecombineerd met een gedragsmatig fysieke training. De training wordt in kleine groepen gegeven en vindt plaats in een TIGRA-vestiging (meestal voorzien van een uitgebreide fitnessruimte) in de buurt. Door de training niet op basis van pijn, maar op basis van tijd op te bouwen, zal de algehele fitheid en conditie verbeteren. Dit heet tijdcontingent trainen. Door het stellen van haalbare doelen wordt ervoor gezorgd dat niet de pijn bepaalt wat iemand op een dag kan doen, maar dat iemand dat zelf kan bepalen. De opbouw van het trainingsschema gebeurt in overleg met de (bedrijfs)fysiotherapeut en de patiënt. Hierdoor zal het zelfvertrouwen weer groeien, omdat patiënten merken dat zij zonder pijnverergering hun activiteiten kunnen uitbreiden. Daarnaast is er veel tijd voor individuele aandacht. Er wordt uitleg gegeven over de pijnklachten, de (on)mogelijkheden, en de persoonlijke situatie wordt bekeken. Het vinden van een evenwicht in de belasting (het niveau dat iemand moet leveren) en belastbaarheid (het niveau dat iemand aan kan) in de thuissituatie en op het werk zijn daarbij doelen. De (bedrijfs)fysiotherapeut fungeert tijdens het gehele programma als persoonlijke coach.

## Maatwerk

De verschillende disciplines die betrokken zijn bij zo'n traject, hebben gedurende het hele traject onderling overleg, om zo goed mogelijk maatwerk te kunnen leveren en aan te sluiten bij de vraag van de patiënt. Het programma duurt meestal 13 weken waarin regelmatig geëvalueerd wordt. Daarbij wordt gevraagd hoe iemand het programma ervaart en er is natuurlijk de mogelijkheid om vragen te stellen. Vast terugkomende

onderdelen hierbij zijn de uitleg over de pijn en anatomie van het lichaam, het belastings- en belastbaarheidsmodel en het begrip chronische pijn. Naast de gesprekken wordt er halverwege het programma een tussentijdse test uitgevoerd om de patiënt te laten zien hoezeer hij al vooruitgang heeft geboekt wat betreft fitheid, conditie en activiteitenverbetering. Aan het einde van het programma wordt deze test nogmaals afgenomen om een goed beeld te krijgen van de gemaakte vorderingen. Tegenwoordig is het bij een aantal zorgverzekeraars mogelijk om met een verwijzing van de huisarts een deel van een chronisch pijnprogramma vergoed te krijgen.

## Resultaten

Van alle patiënten die bij TIGRA een programma volgen worden de gegevens zorgvuldig bijgehouden. Gegevens van de fit- en gezondheidstest, het activiteitsniveau en de beantwoorde vragenlijsten worden verzameld. Op deze manier kan voor de patiënt inzichtelijk worden gemaakt wat de vorderingen zijn en in hoeverre de pijn nog invloed heeft op het dagelijks leven en het werk.

De gegevens van de intake, de tussentijdse test en de eindtest, worden ook meegenomen in een effectonderzoek. Alle resultaten worden jaarlijks bekeken. Het meest recente onderzoek betreft het jaar 2003. Daaruit blijkt dat na het volgen van het programma de pijnklachten meer op de achtergrond zijn geraakt en dat het algehele functioneren in het dagelijks leven verbeterde. Verder geeft 65 % van de patiënten aan dat ze hun werkzaamheden beter kunnen uitvoeren. Daarnaast is er een duidelijke verbetering van de fitheid gemeten.

Hebt u nog vragen of wilt u meer informatie ontvangen? Neem dan contact op Marieke Klaaysen van TIGRA Beheer. Telefoon: 058 288 1443, e-mail: [m.klaaysen@tigra.nl](mailto:m.klaaysen@tigra.nl).

In de twee voorgaande nummers van Pijnperiodiek beschreef Ellemijn Caro hoe een val van een trap haar leven totaal veranderde. Voorheen had ze alles aangekund. Maar dat was ineens verleden tijd. Een lange zoektocht naar 'de Dokter' die wilde luisteren begon. Maar voor pijn met onbekende oorzaak was nog weinig aandacht. Ook in deze aflevering zet ze haar zoektocht naar erkenning van haar problemen voort.

## De pijn die niet overging (3)

Ellemijn Caro

**Ik kwam er al vrij snel achter dat weer teruggaan naar het gewone leven van vroeger een behoorlijke klus was. Ik was dan ook erg blij met mijn vijfde therapeut die zelf ervaring had met pijn.**

Mijn drie mannen (echtgenoot en twee zoons) vonden wel eens dat ik wat vreemd bezig was. Zo wilde ik ineens weer zelf autorijden. Tot nu toe was ik altijd zonder morren overal heengebracht waar ik maar wilde, maar zelf rijden leek me een goed begin van de terugkeer naar zelfstandigheid. Ook het meevaren op een motorboot langs de Spaanse kust wekte nogal wat verbazing en iets van 'weet je wel waar je mee bezig bent?'

Die boottocht was heel erg mooi maar de volgende dag was ik niet meer zo blij met die actie. Wél was ik blij dat ik het geprobeerd had, want het resulteerde in elk geval in nog heel veel boottochten, maar dan in rustiger boten.

### Steeds meer uitproberen

Van sommige probeersels wist ik ook niet altijd of het wel zo verstandig was, maar het bleek toch dat in de meeste gevallen de pijn hetzelfde bleef, dus durfde ik steeds wat meer dingen uit te proberen. De term vallen en opstaan is niet zo toepasselijk, maar als je niets probeert, leer je ook niets!

Soms werd het een teleurstelling omdat ik gewoon te véél wilde terwijl andere dingen weer meevielen. Gelukkig bleef 'peut 5', zoals ik hem inmiddels was gaan noemen, beschikbaar om mijn ervaringen mee te bespreken en me weer op het rechte pad te brengen. Zo ben ik bijvoorbeeld na veel gepraat maar niet meer gaan skiën. Eén keer vallen en niet goed terecht komen, is wel genoeg en je moet tenslotte wel je verstand gebruiken.



### Niet verstandig

Thuis waren ze blij dat ik weer een beetje de oude Ellemijn begon te worden. Zij hadden uiteindelijk ook geen oplossing voor mijn pijn en ik wilde ze niet blijven lastigvallen. Ik had al eens een vroegere buurvrouw heel erg eenzaam zien worden doordat ze de hele dag liep te kreunen, steunen en zeuren om maar te laten merken hoeveel pijn ze had. Soms misschien wel begrijpelijk maar zeker niet verstandig. Daar hebben je huisgenoten gauw genoeg van, en je vrienden en kennissen komen niet zo graag meer bij je op bezoek of lopen in een grote boog om je heen!

Als je toch eens lekker wilt zeuren over je pijn en je onzekerheid over je toekomst kun je beter op zoek gaan naar iemand die daarvoor begrip heeft. Dat zijn er niet veel en veel hangt af van je eigen gedrag, maar zolang je niet iedere dag een beroep op ze doet, blijken sommigen best bereid om naar je te luisteren. Er zullen ook ongetwijfeld vrienden zijn die je tegenvallen, maar daarbij kun je je afvragen of het wel zulke goede vrienden waren.

### Lotgenotenbijeenkoms

Soms kun je ook bij patiëntenorganisaties je verhaal heel goed kwijt en begrip vinden. Op aanraden van 'peut 5' nam



# ”Erger dan de ergste pijn, is de pijn van het onbegrepen zijn”

ik ook eens deel aan een lotgenotenbijeenkomst. Dat bleek heel erg mee te vallen. Er werd niet gezeurd of gehuild over pijn maar er werden oplossingen voor problemen uitgewisseld en praktische onderwerpen behandeld waar je in je dagelijks leven iets mee kunt, bijvoorbeeld omgaan met onbegrip. Ik leerde om niet mijn hele verhaal te gaan vertellen wanneer iemand me vroeg hoe het met me ging.

De meest simpele oplossing is om dan te zeggen: “Vandaag gaat het prima met me en hoe is het met jou?” Dan hoef je verder niets meer te zeggen want meestal komt die ander dan wel met zijn of haar verhaal.

## Onbegrip voorkomen

Ik heb vroeger nooit gedacht dat lotgenotencontact ook leuk zou kunnen zijn. Er wordt soms heel wat gelachen en vaak ontstaan er weer nieuwe vriendschappen. Het zijn in elk geval mensen waar je je pijn niet hoeft te bewijzen! Ook leerde ik duidelijk te zijn over wat ik wel of niet kan. Het blijkt dat je dat steeds weer moet uitleggen, dat je soms iets de ene dag wel kunt maar een andere dag niet. Dat voorkomt veel onbegrip. Mensen hebben andere dingen aan hun hoofd dan het onthouden van jouw beperkingen. Dat is soms irritant en vervelend, maar wel begrijpelijk, hoe teleurstellend ook.

Veel mensen vergeten dat je ook pijn kunt hebben zonder indrukwekkende gipsverbanden of dat je rond kunt lopen zonder stokken of andere hulpmiddelen.

Als je er dan goed verzorgd uitziet en nog wel eens lacht, zal die pijn van jou wel niet zo erg zijn. Je moet eelt op je ziel krijgen om daar tegen te kunnen. Gelukkig komt er ook ineens weer een heleboel begrip uit onverwachte hoek.

## Gewoon hard werken

Ik besef dat ik de juiste mensen kennelijk op het juiste moment heb ontmoet en hoop dat u die ook zult ontmoeten. Geef het zoeken daarnaar dus niet op! Overleven met chronische pijn is geen eenvoudige zaak. Dat lukt niet door een schakelaar om te zetten ‘vanaf nu ben ik weer helemaal gewoon’ en net te doen of er niets aan de hand is. Vroeg of laat loop je daarmee tegen je beperkingen aan. Het is net als elke revalidatie gewoon hard werken. De ene dag zal het lukken, een volgende dag helemaal niet.

Na al die jaren geldt dat voor mij nog steeds, maar het helpt als je onthoudt dat na een mislukte dag ook weer betere dagen komen!

Sinds kort wordt tijdens vergaderingen van het Pijnplatform, waarin afgevaardigden van beroeps- en patiëntenverenigingen bijeenkomen, een specifiek onderwerp dat recent de aandacht trok nader belicht. Op 4 april jl. betrof dit de COX2-remmers, veelvuldig in het nieuws sinds Vioxx® van de markt was gehaald. Een verslag\*.

# Consternatie over COX2-remmers

Dr. W.J. Meijler, neuroloog/klinisch farmacoloog

Zoals eerder in het Pijnperiodiek werd beschreven (2004, nr. 2) wordt bij pijn onderscheid gemaakt tussen normale, nociceptieve pijn en neuropathische pijn, als het gaat om de keuze van de pijnmedicatie. Overal in het lichaam bevinden zich vrije zenuwuiteinden, nocisensoren, die reageren op beschadiging. Bij een beschadiging worden meerdere overdrachtstoffen zoals bradykinine, prostaglandine, etcetera vrijgemaakt die de nocisensoren gevoelig maken voor mechanische, thermische en chemische prikkeling. Dit is medicamenteus te voorkomen met prostaglandine(synthetase)remmers, zoals paracetamol en de 'niet-steroïde anti-inflammatoire analgetica', die meestal afgekort 'NSAIDs' genoemd worden. Neuropathische pijn wordt veroorzaakt door beschadigingen van 'pijngeleidende' zenuwen of zenuwbanen zelf. Beschadigde zenuwen kunnen overactief worden. Er ontstaat een soort 'zenuwepilepsie'. Daarom wordt neuropathische pijn medicamenteus behandeld met anti-epileptica. Bovendien blijken ook antidepressiva effectief bij neuropathische pijn.

## Invloed op de maag

De prostaglandineremmers werken bij nociceptieve pijn allemaal hetzelfde. Ze zijn in het algemeen heel effectief bij hoofdpijn, rugpijn, kiespijn of menstratiepijn. De overdrachtstof prostaglandine is echter ook betrokken bij andere lichaamsfuncties dan pijn en ontsteking. Onder meer bij de zuurbalans, mucosaproductie en doorbloeding van de maag, bij de bloedstolling en bij de nierfunctie. Prostaglandineremmers hebben dan ook allemaal invloed op de maag, waarbij geldt: hoe sterker de werking (bij pijn), hoe groter de kans op maagklachten, die zelfs kunnen leiden tot een maagbloeding en maagruptuur. De maagschade door prostaglandineremmers wordt NSAID-gastropathie genoemd. Ook paracetamol kan in hoge dosering (meer dan vier tabletten van 500 mg per dag) een gastropathie veroorzaken. Daarmee is paracetamol geen onveilig middel tegen pijn, maar het is niet terecht om paracetamol 'een veilig middel' te noemen zoals vaak beweerd wordt. In hoge doseringen kan paracetamol ook leverbeschadiging veroorzaken. Chronisch gebruik (een jaar lang dagelijks drie tabletten van 500 mg) kan aanleiding zijn tot beschadiging van de nieren. Paracetamol heeft in tegenstelling tot de NSAIDs geen invloed op de bloedstolling. De NSAIDs zijn krachtige prostaglandineremmers. De bekendste zijn ibuprofen, diclofenac en naproxen. Ze zijn vooral effectief bij pijn waarbij een 'ont-

stekings'component speelt, die overigens niets te maken heeft met bacteriën, virussen, etc. Daarbij geldt dat de effectiviteit afhankelijk is van de mate van ontstekingsremmende werking. Bij nociceptieve pijn is ibuprofen beter dan paracetamol en diclofenac effectiever dan ibuprofen.

## Maagprotectie

Hoe sterker de werking, hoe meer bijwerkingen. Dat geldt ook voor de gevreesde NSAID-gastropathie. Er is berekend dat voor elke euro die aan NSAIDs wordt uitgegeven, de bijwerkingen 67 eurocent kosten. Jaarlijks sterven in Nederland ongeveer 400 patiënten aan de complicaties van een NSAID-gastropathie. Dosis en lange halfwaardetijd verhogen het risico, evenals leeftijd (>60 jaar), eerdere gastro-intestinale klachten of ulceraties, bijkomende ziekte en immobiliteit, combinatie met antidepressiva en corticosteroiden en een infectie met helicobacter pylori.

Maagprotectie bij NSAIDs is raadzaam bij patiënten met een verhoogd risico. De CBO Richtlijn "NSAID-gebruik en preventie van maagschade" adviseert misoprostol (met diclofenac in Arthrotec®) of een protonpompremmer {omeprazol (Losec®), pantoprazol (Pantozol®)}. NSAIDs blijken ook invloed uit te oefenen op de nierfunctie. De niertoxiciteit van NSAIDs is overigens niet minder dan 5%. Er is een verhoogde kans op oedeem en hypertensie. Hierbij geldt niet dat het sterkst werkende NSAID de meeste invloed heeft op de nieren, want ibuprofen (in hoge dosering) heeft meer invloed op de nierfunctie dan diclofenac en naproxen.

## Selectieve COX2-remmers

Sinds enkele jaren heeft de wetenschap aangetoond dat het prostaglandine dat betrokken is bij pijn en ontsteking door een ander iso-enzym (COX2) wordt aangemaakt dan het prostaglandine van de maag en de bloedstolling (COX1). Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van selectieve COX2-remmers, waarvan celecoxib (Celebrex®) en rofecoxib (Vioxx®) de bekendste zijn. Uit hele grote onderzoeken waarin rofecoxib vergeleken werd met naproxen (VIGOR studie) en celecoxib met diclofenac en ibuprofen (CLASS studie) is afdoende aangetoond dat beide COX2-remmers als pijnstillers even effectief zijn als de sterkwerkende NSAIDs en minder invloed hebben op de maag en bloedstolling. Ze zijn dus minder schadelijk voor de maag.

king met niet-gebruikers even vaak voorkwam bij gebruikers van NSAIDs en celecoxib, maar bij het gebruik van rofecoxib was het risico verhoogd. Ook de kans op een hartinfarct kwam bij rofecoxib vaker voor.

## Discussie

Hoewel de niet-selectieve NSAIDs evenals de selectieve COX2-remmers cardiorenale bijwerkingen kunnen veroorzaken, suggereren deze gegevens dat er wel onderlinge verschillen zijn tussen de verschillende COX2-remmers. Er barstte een discussie los of hier sprake was van een groepseffect of dat deze bijwerkingen stofafhankelijk waren. Er bleken meer verschillen tussen de COX2-remmers te bestaan. Celecoxib bleek als enige in zijn groep ook over een antitumorwerking te beschikken. In Amerika is dit middel (in veel hogere dosering) tevens geregistreerd om kwaadaardige ontaarding van familiair voorkomende darmoliepen te voorkomen.

## Prospectief onderzoek

Op 30 september 2004 werd rofecoxib plotseling vrijwillig door de fabrikant van de markt gehaald. Aanleiding waren de gegevens van een prospectief onderzoek (APPROVe studie), waarin werd onderzocht of rofecoxib ook over een antitumorwerking beschikte. In deze studie naar de preventie van kwaadaardige darmoliepen bleek na 18 maanden dat er in de rofecoxibgroep meer cardiovasculaire bijwerkingen voorkwamen dan in de controlegroep die placebo kregen. Hetzelfde werd geconstateerd in een prospectieve studie (APC studie) met celecoxib bij patiënten die 33 maanden twee tot vier keer zoveel celecoxib innamen als de gebruikelijke dosering als pijnstillers. Dit was in tegenstelling tot de bevindingen van een tweede prospectieve studie (PreSAP studie) met celecoxib (twee keer de gebruikelijke dosering) ter voorkoming van kwaadaardige darmoliepen, waarbij in vergelijking met placebo geen verhoogde kans op cardiovasculaire bijwerkingen gevonden werd. Toch werd besloten om beide studies op 16 december 2004 voortijdig te staken. Om de verwarring compleet te maken, bleek uit de gegevens van weer een andere studie met 2400 patiënten waarbij onderzocht werd of ontstekingsremmende middelen preventief werken bij de Ziekte van Alzheimer, dat bij het gebruik van naproxen meer cardiovasculaire bijwerkingen voorkwamen dan bij celecoxib en op 17 december werd ook deze studie voortijdig gestaakt.

## Australisch onderzoek

In die periode ging er praktisch geen dag voorbij zonder nieuws over de COX2-remmers en Jan en Alleman gaven hun mening, waarbij lang niet altijd deskundigheid prevaleerde en belangen achterwege bleven. Zo werd op een gegeven moment in alle nieuwsmedia verslag gedaan van een Australisch onderzoek dat paracetamol even effectief zou zijn als de bovengenoemde middelen zonder dat bij zorgvuldig lezen van dit artikel deze conclusie gesteld kon worden. Ook werd er regelmatig voor gepleit om de klok terug te draaien en terug te keren naar de niet-selectieve NSAIDs, bij risicogroepen gecombineerd met gastroprotectie. Daarbij werd uit het oog verloren dat de niet-selectieve NSAIDs ook een cardiorenale belasting kunnen veroorzaken. Wel bestaat

## Studies

Naar nu blijkt, strekt de selectiviteit van de COX2-remmers zich niet uit tot de nier- en hartfunctie. Evenals de niet-selectieve NSAIDs kunnen de COX2-remmers ook oorzaak zijn van oedeem en verhoogde bloeddruk. In 2001 werden reeds gegevens gepubliceerd uit een Zweedse databank van de WHO, die inzicht gaven in het voorkomen van vochtretentie, gestoorde nierfunctie, verhoogde bloeddruk en hartfalen. Deze bijwerkingen kwamen overigens significant vaker voor bij rofecoxib dan bij celecoxib. In een studie uit 2002 bleek de kans op coronairlijden (afwijkingen aan de kransvaten van het hart) bij hoge dosis rofecoxib (>25 mg daags) verhoogd ten opzichte van celecoxib, ibuprofen en naproxen. In 2004 verscheen een publicatie dat hartfalen bij ouderen in vergelij-

de mogelijkheid dat de remming van de bloedstolling door de niet-selectieve NSAIDs preventief werkt tegen een eventueel hartinfarct, zoals ook bij het gebruik van aspirine (in lage dosering) bij patiënten met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Rofecoxib samen met aspirine blijkt het cardiovasculaire risico terug te dringen. Overigens moet opgemerkt worden dat de kans op ernstige cardiale bijwerkingen bij selectieve en niet-selectieve ontstekingsremmende pijnstillers klein is.

### De balans van het moment

COX2-remmers hebben dezelfde pijnstillende werking als de sterk werkende, niet-selectieve NSAIDs bij pijn waarbij een ontstekingscomponent een rol speelt. COX2-remmers veroorzaken minder maagschade. De selectiviteit van de COX2-remmers geldt niet voor hart en nieren. Bij COX2-remmers zijn er verschillen onderling ten aanzien van hun effect op hart en nieren.

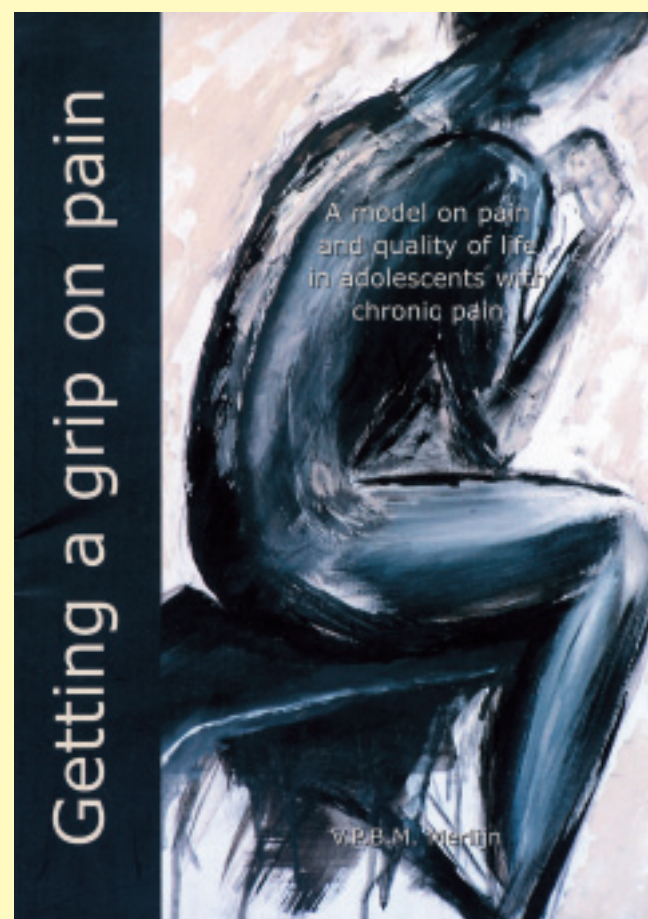
Een commissie van advies aan de FDA (Amerikaans bureau voor de registratie van geneesmiddelen) heeft eind maart jl. met 31 stemmen voor en 1 tegen uitgesproken dat celecoxib op de markt kan blijven. Met 17 stemmen voor en 15 tegen is voorgesteld om rofecoxib weer tot de markt toe te laten. Unaniem was de commissie met de uitspraak dat de COX2-remmers een verhoogd cardiovasculair risico kunnen inhouden. Theoretisch geldt dat ook voor de (oudere) niet-selectieve NSAIDs, maar er zijn met deze pijnstillers nooit veiligheidsstudies gedaan, behalve met naproxen dat regelmatig het vergelijkende middel was bij studies met COX2-remmers.

Ook volgens de recente aanbevelingen van de EMEA, het Europese Bureau voor de Registratie van Geneesmiddelen, zijn COX2-remmers bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico op basis van de huidige beschikbare onderzoekgegevens gecontra-indiceerd zoals ischemische hartziekte, beroerte of hartfalen (klasse 2-4). Voor patiënten met diabetes, hypertensie, roken of verhoogd cholesterol (dus een verhoogd risico) geldt extra voorzichtigheid. Deze aanpassingen gelden (nog) niet voor de NSAIDs. Momenteel is er veel discussie over de selectiviteit van de COX2-remmers. Hoewel in een groot aantal studies is aangetoond, dat COX2-remmers minder schadelijk voor de maag zijn, blijken ze, evenals de NSAIDs, invloed te kunnen hebben op de nierfunctie. De COX2-remmer rofecoxib (Vioxx®) is recent van de markt genomen vanwege een verhoogde kans op ernstige cardiovasculaire bijwerkingen. De cardiovasculaire bijwerkingen van celecoxib (Celebrex®) in analgetische dosis zijn vergelijkbaar met de NSAIDs zoals diclofenac en naproxen, zodat het aannemelijk is dat hier sprake is van een stoffeffect en niet van een groepseffect. Het laatste is hierover echter nog niet gezegd.

\* De geraadpleegde medische literatuur is op aanvraag verkrijgbaar.

## Voor u gesignaleerd

### Getting a grip on pain / Greep krijgen op pijn



Auteur: Vivian P.M.B. Merlijn  
Uitgever: Erasmus Universiteit Rotterdam  
ISBN: 90-9018896-7

Adolescenten (12 t/m 18 jaar) met chronische pijn (n=222) worden in dit proefschrift vergeleken met adolescenten zonder chronische pijn (n=148) in een onderzoek naar een viertal psychosociale factoren:

- 1) psychologische kwetsbaarheid,
- 2) de mate van beloning van pijngedrag door ouders en leeftijdsgenoten,
- 3) de aanwezigheid van pijnklachten bij anderen in de omgeving,
- 4) de manier waarop adolescenten omgaan met hun pijnklachten.

### Relatie tussen pijn en kwaliteit van leven

Ook de ouders werden bij het onderzoek betrokken (respectievelijk 183 versus 127). Uit de resultaten blijkt dat 'adolescenten met' vergeleken met 'adolescenten zonder' psycholo-

gisch kwetsbaarder zijn: hoge mate van neuroticisme, aanwezigheid van negatieve faalangst en lage sociale acceptatie door leeftijdsgenoten. Tegen de verwachting in ervaren 'adolescenten met pijn' van hun omgeving minder beloning voor pijngedrag dan 'adolescenten zonder'. Terwijl het aantal mensen met pijnklachten in de omgeving hoger is in de chronische pijngroep blijken er geen verschillen te zijn tussen ouders van beide groepen wat betreft aanwezigheid van pijnklachten en de omgang ermee. Daarnaast laten de resultaten zien dat de manier waarop omgegaan wordt met pijn van invloed is op de relatie tussen pijn en kwaliteit van leven. Adolescenten met veel pijn, die gebruik maken van emotiegerichte (zich passief opstellen, catastroferen) vermijding in het omgaan met pijn bleken een slechtere kwaliteit van leven te rapporteren dan deelnemers die evenveel pijn ervaren maar minder gebruik maken van emotiegerichte vermijding.

### Cognitieve gedragsmatige training

Aanvullend op bovengenoemd onderzoek is een cognitieve gedragsmatige training voor adolescenten met chronische pijn ontwikkeld. In een vergelijkende studie is het effect ervan op kwaliteit van leven en pijn bestudeerd. 31 adolescenten met chronische pijn werden ingedeeld in een interventiegroep (n=18) en een controlegroep (n=13). De training (9 weken) bestond uit een combinatie van 5 groepsbijeenkomsten en 4 telefonische contacten met ondersteuning van een trainingsboek. Ouders werden aan het begin en aan het eind van de periode uitgenodigd.

Er bleken geen verschillen tussen beide groepen in verbetering in kwaliteit van leven en pijnvermindering. Wel blijken adolescenten in de interventiegroep thuis beter te functioneren dan die in de controlegroep. Verschillen werden eveneens gevonden in de mate van medicijngebruik: adolescenten in de interventiegroep zijn minder medicatie gaan gebruiken. Echter, adolescenten in de interventiegroep rapporteren na afronding van de training meer pijngerelateerde problemen en gebruiken meer emotiegerichte vermijding in het omgaan met pijnklachten dan adolescenten van de controlegroep.

In de conclusie waarschuwt de auteur voor het interpreteren van de causaliteit van de resultaten. Wat is oorzaak en wat is gevolg in de relatie tussen pijn en psychosociale factoren? Daarnaast is meer onderzoek nodig. Aanbevolen wordt om bij toekomstig interactief onderzoek bij adolescenten gebruik te maken van computers. Een interactieve website die cognitieve gedragstherapie aanbiedt, zou voor adolescenten wellicht aantrekkelijk zijn.

Tera Boelen



### Pijn & pijnbehandeling bij de patiënt met kanker

Uitgever: NVBP  
ISBN: 90-807814-1-X  
Prijs: € 7,50  
info@nvbp.nl

De eerste druk van deze brochure verscheen 15 jaar geleden. Aanleiding was het rapport van de Gezondheidsraad dat speciale aandacht vroeg voor pijn bij kanker. "Omdat pijn bij patiënten met kanker niet altijd op de juiste manier wordt behandeld vanwege te weinig kennis van artsen en andere hulpverleners over de aard van deze pijn en de mogelijkheden van behandeling." Bevordering van de deskundigheid op dit gebied was één van de aanbevelingen. Naar aanleiding hiervan werd een werkgroep van de NVBP geformeerd en in 1990 verscheen de brochure. Sedertdien is deze min of meer uitgegroeid tot een standaardwerk op het gebied van 'pijn bij kanker'. De brochure wordt multidisciplinair gebruikt voor bij- en nascholing. En is tevens grondslag voor de richtlijnen over pijnbestrijding van de verschillende Integrale Kankercentra.

### Grondige revisie

In de wereld van de pijnbestrijding is er in de afgelopen 15 jaar veel veranderd. Dat geldt ook voor de pijnbestrijding bij de patiënt met kanker. In de palliatieve zorg staat pijn bovenaan. De kennis hieromtrent wordt door een veel grotere beroepsbevolking gedragen dan voorheen. De brochure van de NVBP heeft daaraan bijgedragen.

In deze volledig herziene uitgave worden de huidige inzichten in pijnmechanismen uitgebreid beschreven. Vervolgens staan de typen en oorzaken van pijn bij kanker beschreven. En er wordt nader ingegaan op de principes van integrale pijnbehandeling en oncologische behandelmogelijkheden. De medicamenteuze en invasieve pijnbehandeling komen uitvoerig aan bod. Speciale aandacht ook voor de verpleegkundige aspecten van oncologische pijnzorg en thuiszorgtechnologie, waarbij een protocol 'parenterale medicatie' is opgenomen (toediening van medicatie via injectie of infuus). Er is een apart hoofdstuk over aanvullende, niet-medicamenteuze behandeling. Nieuw in deze derde uitgave is een speciaal hoofdstuk over 'pijn bij kinderen'. In een addendum staat een voorbeeld van een pijnvragenlijst en pijndagboek weergegeven. De brochure is speciaal geschreven voor artsen en andere hulpverleners die regelmatig worden betrokken bij de behandeling van de patiënt met pijn bij kanker.

Hilda Wieberneit-Tolman

# Congressen / symposia / bijeenkomsten

## Colofon

### Pijnperiodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar. Uitgave van het Platform Pijn & Pijnbestrijding  
ISSN: 1572-0144  
Oplage: 35.000 exemplaren

#### Redactieadres:

Wassenaarseweg 56  
2333 AL Leiden  
Postbus 278, 2300 AG Leiden  
071-518 18 95  
www.pijnplatform.nl  
info@pijnplatform.nl

#### Hoofdredacteur:

Dr. W.J. Meijler

#### Redactieraad:

Drs. J. Arend  
Drs. T.C. Besse  
Drs. R.H. Boelhouwer  
mw. Drs. E. Crombag  
Drs. Th. Eldering  
mw. Drs. C.A.M. Girardin-v.d. Klaauw  
mw. Drs. M. Groeneveld  
M. van der Marck  
Drs. J. van Niekerk  
mw. E. Roetering-van Geenhuizen  
Prof. dr. H.G.M. Rooijmans  
mw. Drs. J.L. Swaan  
mw. Dr. G.J. Versteegen  
mw. H. Wieberneit-Tolman

#### Coördinatie en eindredactie:

Hilda Wieberneit-Tolman

#### Productie:

Eldering Studios bv, Overveen

Uitvoerder en producent van Het Pijnperiodiek zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de teksten.

© Platform Pijn en Pijnbestrijding, 2005



Hilda  
Wieberneit-  
Tolman

## nationaal

IX World Congress on Endometriosis, Maastricht	15 – 17 september 2005
Advisering over Onderzoeksmethoden, Amsterdam	16, 23, 30 september 2005
Wereld Pijn Dag 2005: Pijn bij kinderen, Den Haag of Rotterdam	17 oktober 2005
Doelmatigheidsonderzoek: Methoden en Principes, Amsterdam	2 – 4 november 2005
Wetenschappelijke Bijeenkomst NVBP, Amersfoort	16 november 2005

## internationaal

47th Annual Scientific Meeting of the American Headache Society Philadelphia, USA	23 – 25 juni 2005
3rd Annual Comprehensive Pain Board Review Symposium Middletown, USA	2 – 6 augustus 2005
Partners in Pain Conference, Sydney, Australië	18 – 19 augustus 2005
IASP 11th World Congress on Pain, Sydney, Australië	21 – 25 augustus 2005
The 4th International Conference on Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders, Sydney, Australië	26 – 28 augustus 2005
European Week against Pain	17 – 21 oktober 2005
36th German Pain Congress and 30th Annual Meeting of the Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, Bremen, Duitsland	19 – 23 oktober 2005
5e Congrès annual de la SFETD Douleur Paris – La Villette	16 – 19 november 2005
8th World Congress for Nurse Anesthetists, Lausanne, Zwitserland	10 – 13 juni 2006