

Behandeling van chronische pijn

Dr. UH Beese, Pijncentrum UMCG



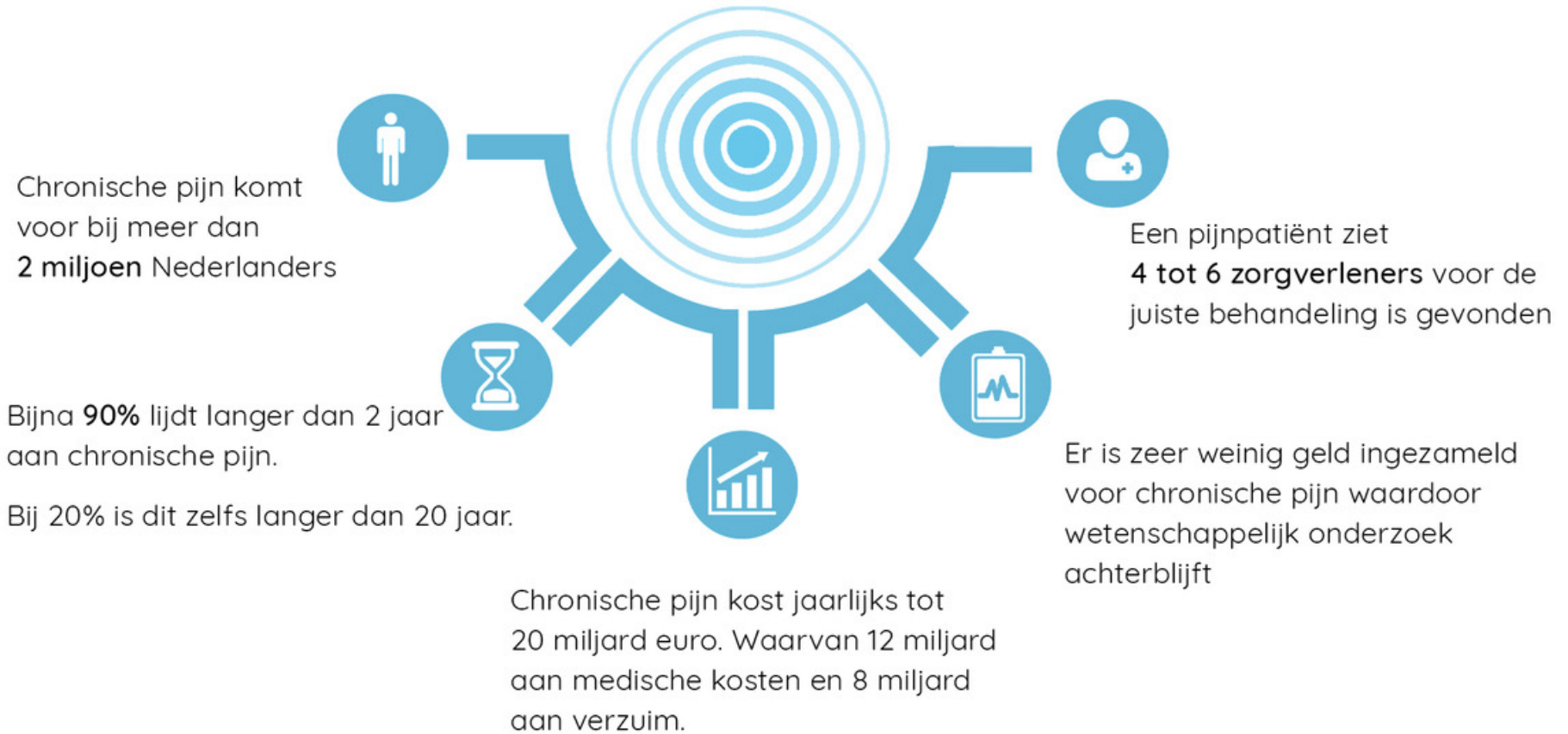
umcg

Even voorstellen

- Pijncentrum UMCG
 - Afdeling Anesthesiologie
 - 6 stafleden, 2 PA, 1 VS i.o., 3 Vpk
- UMCG
 - “acute pijn vs chronische pijn”
 - “46608”
 - Werkwijze klinische consulten
- Beatrixoord
 - Poliklinische patiënten
 - Röntgen-, echogeleide behandeling
- Speerpunten
 - Complexe interventies bij oncologische pijn, neuromodulatie



Chronische pijn



www.pijnfondsnederland.nl



Vragen aan jullie...

- Welke problemen kom je bij de verzorging van chronische pijnpatiënten op een verpleegafdeling tegen ?
- Is er een verschil bij de behandeling van acute (b.v postoperatieve) pijn, pijn i.h.k van maligniteit en chronische pijn (die niet i.s.m staat met een maligne aandoening) ?
- Is de WHO pijn ladder een universeel concept voor de behandeling van pijn ?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan en onderhouden van chronische pijn ?



umcg

Chronische pijn patiënten

- kosten veel tijd
- vaak ontevreden, chagrijnig
- gebruiken heel veel medicijnen
- er is vaak niets te vinden
- hebben overal pijn
- er is soms helemaal niks te vinden



umcg

Chronische pijn patiënten

- voelen zich niet serieus genomen
- willen weten wat er aan de hand is
- hebben geen vertrouwen in hun lichaam
- hebben al het een of ander meegemaakt
- horen tegenstrijdige berichten
- krijgen veel beloofd
- worden heen en weer gestuurd

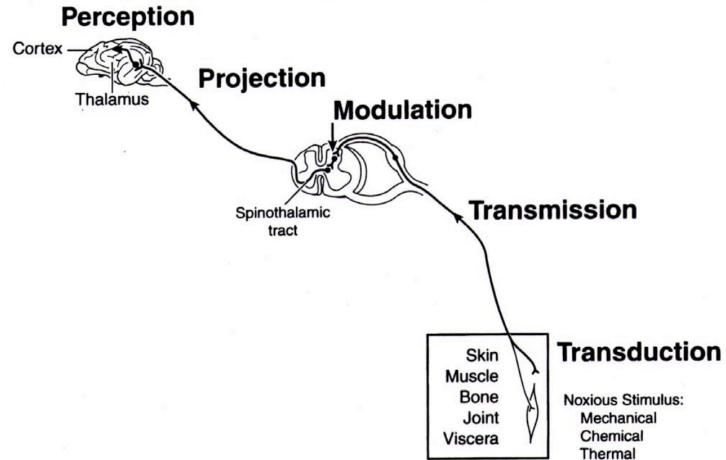
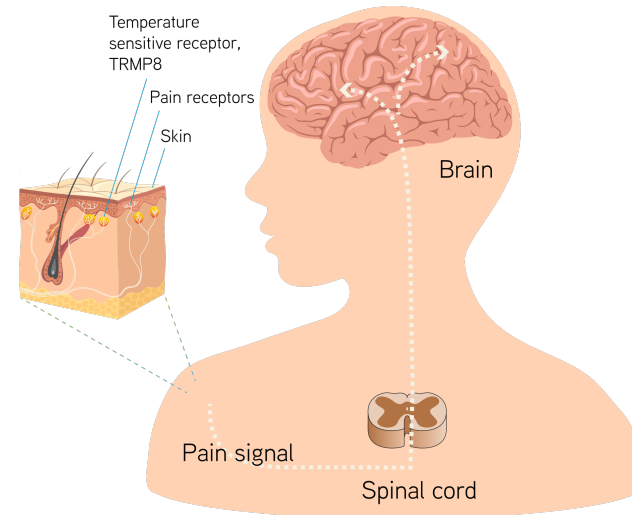


umcg

Waarom is dat zo ?



Descartes, 1684



Nociceptie = pijn



umcg

Nociceptie vs pijn

- Henry Beecher



PAIN IN MEN WOUNDED IN BATTLE
LT. COL. HENRY K. BEECHER, M.C., A.U.S.

CONSULTANT IN ANESTHESIA AND RESUSCITATION, MEDITERRANEAN THEATER OF OPERATIONS

THERE IS A COMMON BELIEF that wounds are inevitably associated with pain, and, further, that the more extensive the wound the worse the pain. Observation of freshly wounded men in the Combat Zone showed this generalization to be misleading. If one may speak of such a subjective experience as pain in exact terms, the generalization can be said to hold in only about one-quarter of severely wounded men; it fails in the remaining three-quarters. There are practical reasons for examining this problem, for a clear appreciation of its nature will lead to improved treatment of the distress of the wounded.

Type of Wound	Compound Fractures of Long Bones	Extensive Soft-tissue Wounds	Penetrating Wounds of Thorax	Penetrating Wounds of Abdomen	Penetrating Wounds of Cerebrum
Number of pts.	50	50	50	50	15
Pt's age (yrs.)	24.8 ± 0.9	24.5 ± 1.1	24.5 ± 0.8	22.7 ± 0.6	25.1 ± 1.4
Time since wounding (hrs.)	12.5 ± 1.3	11.3 ± 1.4	9.8 ± 1.0	7.2 ± 0.7	7.9 ± 1.4
Avg. total dose of morphine (mg.)	1 pt.: none* 49 pts. avgd. 27.0 ± 1.5	11 pts.: none* 39 pts. avgd. 27.0 ± 2.7	11 pts.: none* 39 pts. avgd. 25.0 ± 1.8	5 pts.: none* 45 pts. avgd. 29.0 ± 2.2	8 pts.: none* 7 pts. avgd. 19.8 ± 4.2

Ann Surg 1946



A builder aged 29 came to the accident and emergency department having jumped down on to a 15 cm nail. As the smallest movement of the nail was painful he was sedated with fentanyl and midazolam. The nail was then pulled out from below. When his boot was removed a miraculous cure appeared to have taken place. Despite entering proximal to the steel toecap the nail had penetrated between the toes: the foot was entirely uninjured.

Fisher et al, BMJ 1995



umcg

Samenvatting

- Nociceptie betekent niet automatisch pijn (b.v.: operatie onder algehele anesthesie !)
- Voor de gewaarwording van pijn is geen nociceptie nodig!
- Maar het is altijd goed om er “zeker” van te zijn dat er inderdaad geen nociceptieve input bestaat!



umcg

Vragen aan jullie...

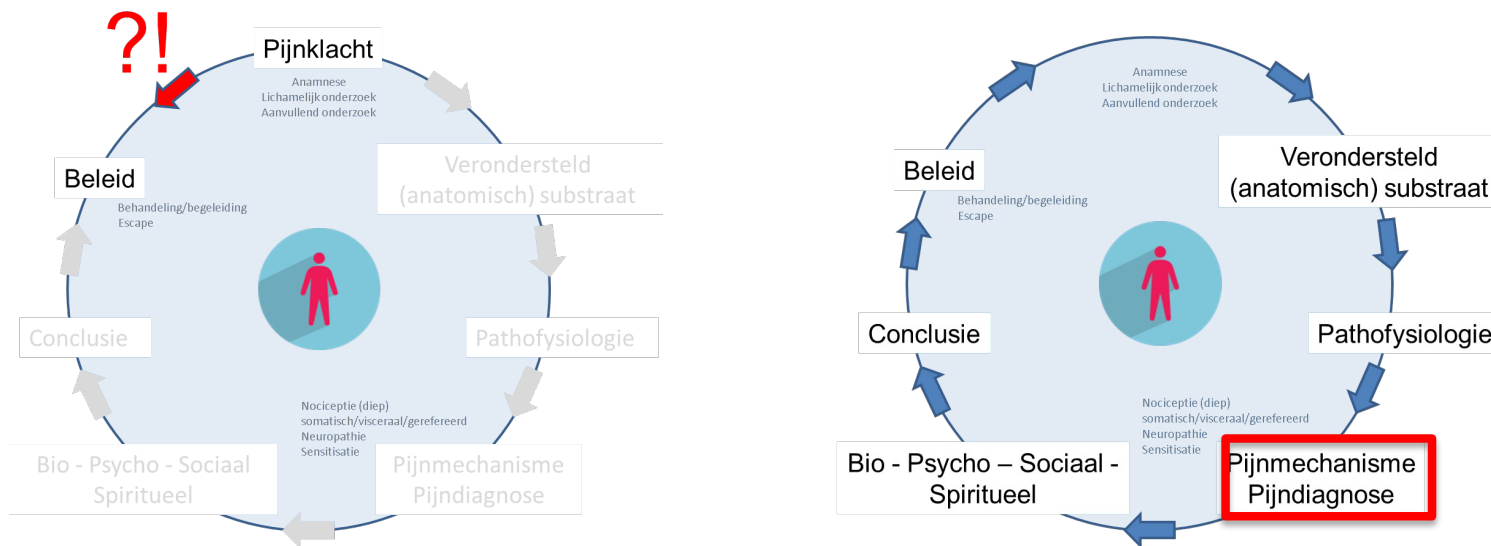
- Welke problemen kom je bij de verzorging van chronische pijnpatiënten op een verpleegafdeling tegen ?
- Is er een verschil bij de behandeling van acute (b.v postoperatieve) pijn, pijn i.h.k van maligniteit en chronische pijn (die niet i.s.m staat met een maligne aandoening) ?
- Is de WHO pijn ladder een universeel concept voor de behandeling van pijn ?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan en onderhouden van chronische pijn ?



umcg

Hoe benader je een (pijn-) patiënt ?

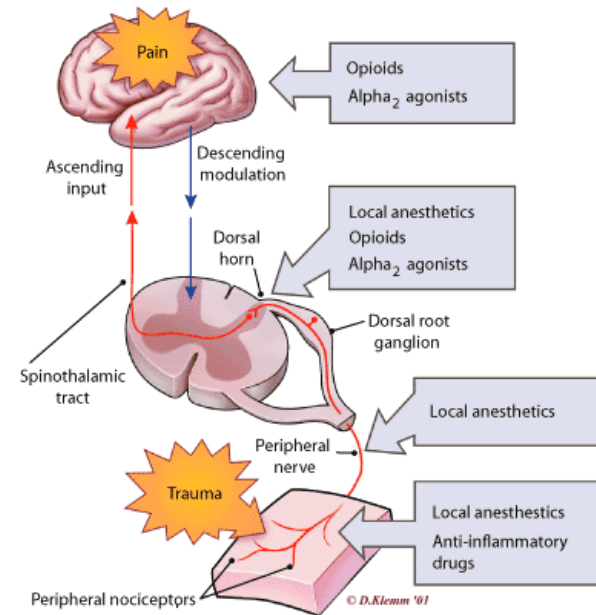
- Acuut
 - Protocol, stappenplan
 - Allergie, "overgevoeligheid/leerervaringen", organfunctie
- chronisch



umcg

Nociceptieve pijn

- “ klassieke pijn”
 - Weefseltrauma, ontsteking
 - Beschermend
 - Vaak tijdelijk (uitzondering b.v RA, osteoatrose,...)
 - Somatisch vs visceraal
- Behandeling
 - (PCM), NSAID, Metamizol
 - Opioiden
 - Lokale anesthesie



“Sensitisatie”

- Perifere sensitisatie
 - Ontsteking stoffen maken nociceptoren gevoeliger
 - Vrijwel altijd na een operatie/trauma
 - Beschermend, reversibel
- Centrale sensitisatie
 - Centrale zenuwstelsel
 - (continue) nociceptieve stimuli veranderen signal
 - (in begin) reversibel
 - Maladaptatie
- Belangrijk voor alle (pijn-)mechanisme



umcg

Chronische post-procedurele pijn

- 1998 vermeld
- ook chemo-, radiotherapie !

- Vaak onderschat
- Geen adequate nazorg

- Overgang acuut-chronisch
 - "pain trajectories"
 - "transient pain team"

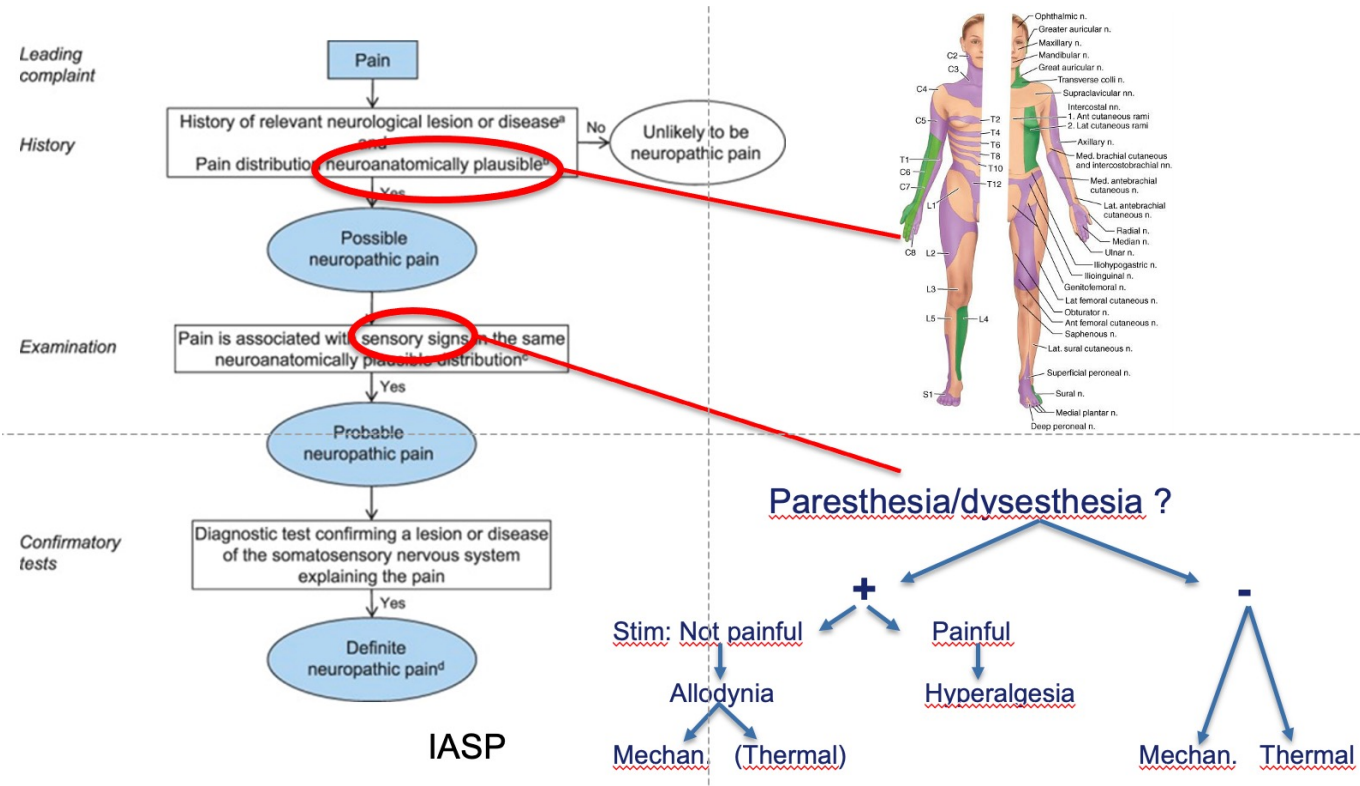
Surgery	CPOP incidence	Moderate-to-severe CPOP incidence
Abdominal*	17–31%#	-
Breast	30–60%‡	14%
Cardiac	4–43%‡	-
Hysterectomy	26%	9–10%
Inguinal hernia	9–43%#	-
Orthopedic∇	19–22%	-
Outpatient+	15%	-
Total knee arthroplasty	16–58%	22%
Thoracotomy	39–57%#	-
Video-assisted thoracoscopy	11–30%	-
Thyroidectomy	37%	-

* liver donation, laparoscopic colorectal, emergency laparotomy, and abdominally based autologous breast reconstruction
 ∇ shoulder replacement and ankle or wrist fracture repair
 + those with highest risk are urology, general, plastic, and orthopedic
 # no decrease in incidence over time
 ‡ decrease in incidence over time



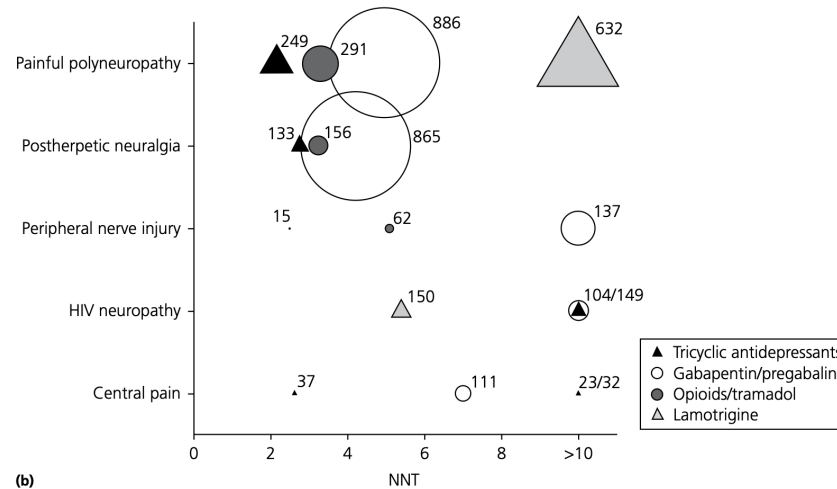
Neuropathische pijn: diagnose

- Ziekte/beschadiging perifeer/centraal zenuwstelsel
- Diagnose vereist lichamelijk onderzoek



Neuropathische pijn: behandeling

- EBM



- Vereist uitleg: langere proef, doel/verwachting
- Overige opties
 - Lokale behandeling : allodynie: capsaicine
 - Ketamine
 - Chronische radiculopathie: diagnostische blokkade en evt RF

“Moeilijke gevallen”

- Fibromyalgie, prikkelbaar darm syndroom, “dystrofie”, atypische aangezichtspijn
- Wijdverspreide klachten, “overgevoelig”
- “chronisch pijnsyndroom”, “SOLK”
- 2017: nociplastische pijn
 - Chronische pijn zonder duidelijke aanwijzingen voor nociceptive input of zenuwbeschadiging
 - Normale of zelf zwakke stimuli kunnen de perceptie van pijn uitlokken
- Mechanisme: centrale sensitisatie, ↓ inhibitie
- Behandeling
 - Geen opiaten, evt TCA, anticonvulsiva, **CBT**



umcg

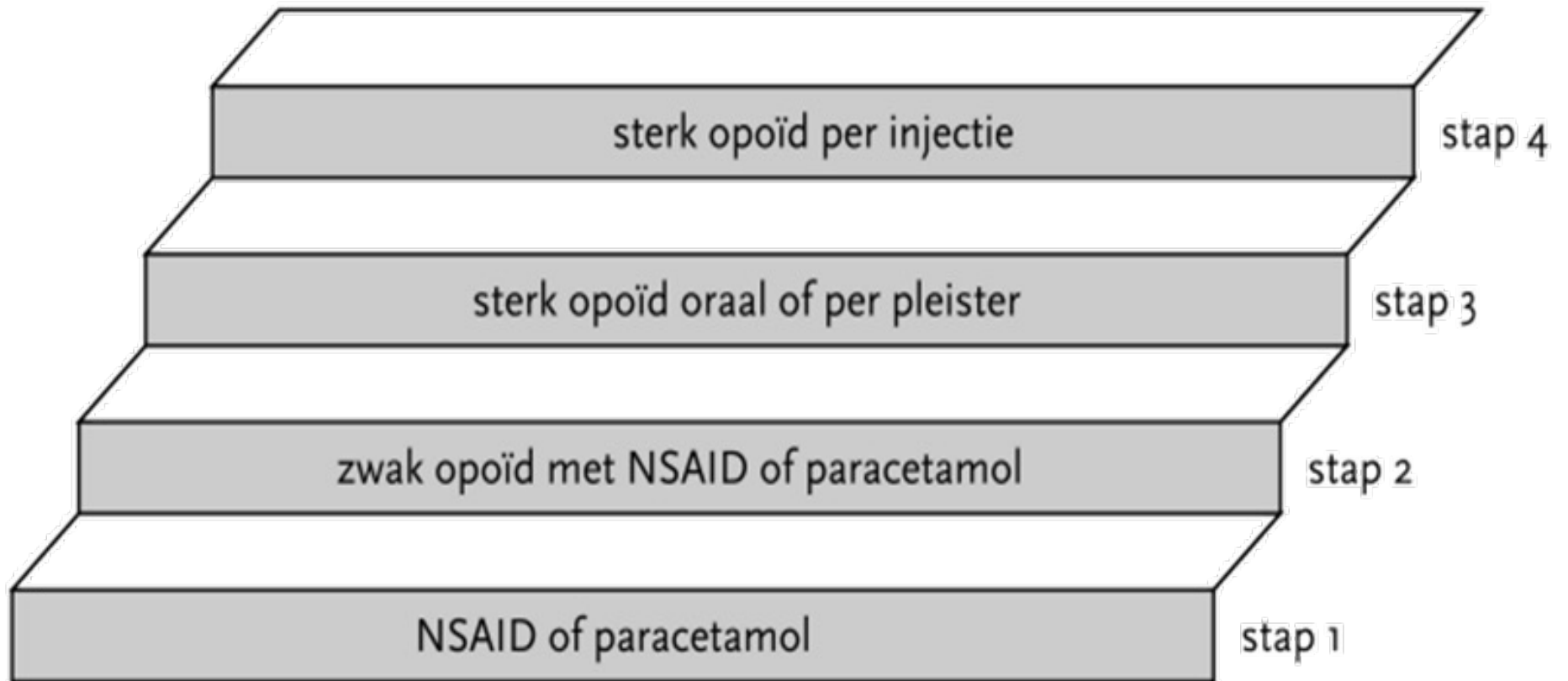
Vragen aan jullie...

- Welke problemen kom je bij de verzorging van chronische pijnpatiënten op een verpleegafdeling tegen ?
- Is er een verschil bij de behandeling van acute (b.v postoperatieve) pijn, pijn i.h.k van maligniteit en chronische pijn (die niet i.s.m staat met een maligne aandoening) ?
- Is de WHO pijn ladder een universeel concept voor de behandeling van pijn ?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan en onderhouden van chronische pijn ?



umcg

WHO pijn ladder



umcg

Opioiden gebruik 20e eeuw



§



14

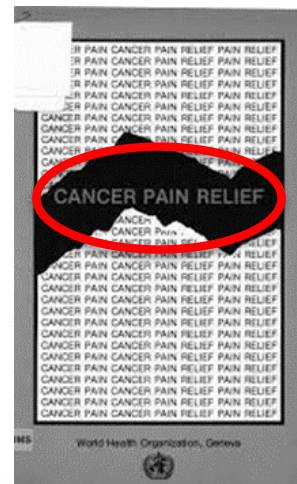
Pain in Cancer

agents used For example if the prognosis indicates a terminal course that can be measured in weeks every effort should be made to provide relief of pain regardless of such considerations as addiction The

primarily on the degree of pain Most pain situations are acute and analgetics are consequently used as a temporary device pending direct attack on the cause of pain In the presence of malignancy however the effectiveness of surgery chemotherapy and radiation is often in doubt and the physician must be prepared to provide for relief of chronic rather than acute pain The life expectancy will influence the choice of

family or the characteristic effects of the opiates (such as tolerance addiction and nausea) so that they can make a satisfactory adjustment to the patient's subsequent behavior and symptoms The fear of intolerable pain is best overcome by conditioning the patient to expect relief after administration of the analgetic This can be achieved by m

Textbook: Management of pain in cancer, 1956



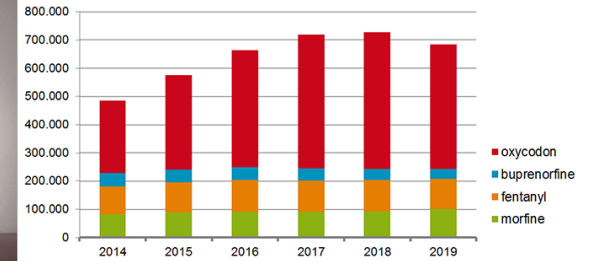
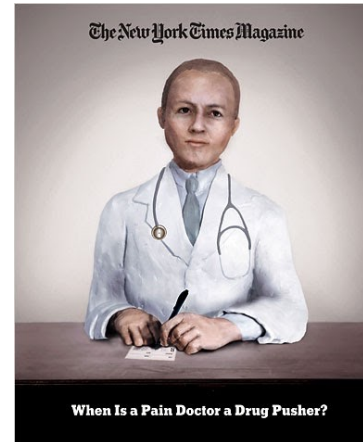
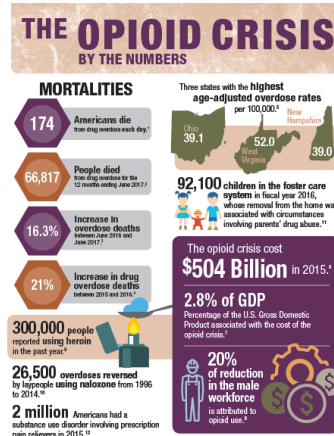
- A widespread lack of recognition by health care professionals of the fact that established methods already exist for satisfactory cancer pain management.
- A lack of concern by most national governments.
- A lack of availability in many areas of the drugs essential for the relief of cancer pain.
- Fears concerning “addiction” both in cancer patients and in the wider public if strong opioids are more readily available for medicinal purposes.
- A lack of systematic education of medical students, doctors, nurses, and other health care workers about cancer pain management.



umcg

Opioiden (en chronische pijn)

- "opiatencrisis"



www.sfk.nl

- Nieuwe richtlijnen

- Nieuwe inzichten

Topical Review

PAIN

A crucial administration timing separates between beneficial and counterproductive effects of opioids on postoperative pain

Erica Suzan^{1,2*}, Dorit Pux³, Elon Eisenberg^{4,5}

GUIDELINE FOR PRESCRIBING OPIOIDS FOR CHRONIC PAIN

IMPROVING PRACTICE THROUGH RECOMMENDATIONS

CDCC's Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain is intended to improve communication between providers and patients about the risks and benefits of opioid therapy for chronic pain, improve the safety and effectiveness of pain treatment, and reduce the risks associated with long-term opioid therapy, including opioid use disorder and overdose. The guideline is not intended for patients who are in active cancer treatment, palliative care, or end-of-life care.

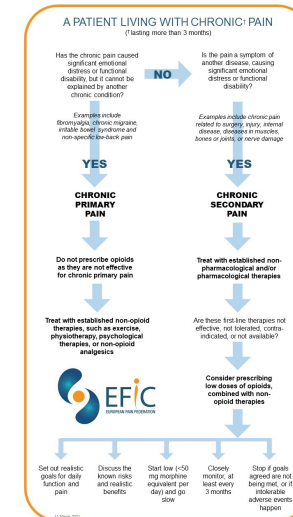
DETERMINING WHEN TO INITIATE OR CONTINUE OPIOIDS FOR CHRONIC PAIN

1. Reevaluate ongoing therapy and accepted pharmacologic therapy for pain relief for chronic pain. Clinicians should consider opioid therapy only if expected benefits for both pain and function are anticipated to outweigh risks to the patient. If opioids are used, they should be combined with nonopioid analgesics, behavior, and nonpharmacologic therapy, as appropriate.
2. Before starting opioid therapy for chronic pain, clinicians should establish treatment goals with all patients, including realistic goals for pain and function, and should consider how rapid therapy will be discontinued if benefits do not outweigh risks. Clinicians should discuss opioid therapy only if there is clinically meaningful improvement in pain and function that outweighs risks to patient safety.
3. Before starting and periodically during opioid therapy, clinicians should discuss with patients known risks and realistic benefits of opioid therapy and patient and clinician responsibilities for managing therapy.

CLINICAL REMINDERS:

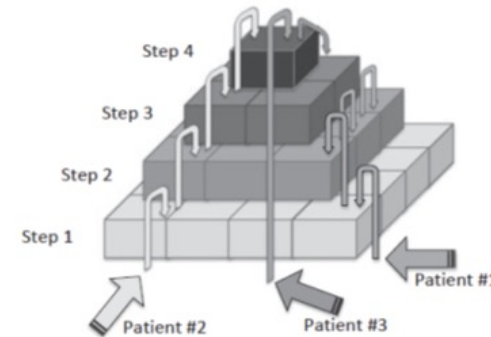
- Opioids are not first-line or routine therapy for chronic pain.
- Establish and measure goals for pain and function.
- Discuss benefits and risks and availability of nonopioid therapies with patient.

U.S. Department of Health and Human Services | CDC | 1-800-458-5231 | www.cdc.gov/Prevention/chronicpain/guidelines.html



WHO ladder

- Acute (nociceptieve) en oncologische pijn
- Niet van toepassing bij neuropathische, nociplastische pijn (vooral m.b.t opioïden)
- Multimodaal beleid
- Adequate nazorg / herzien



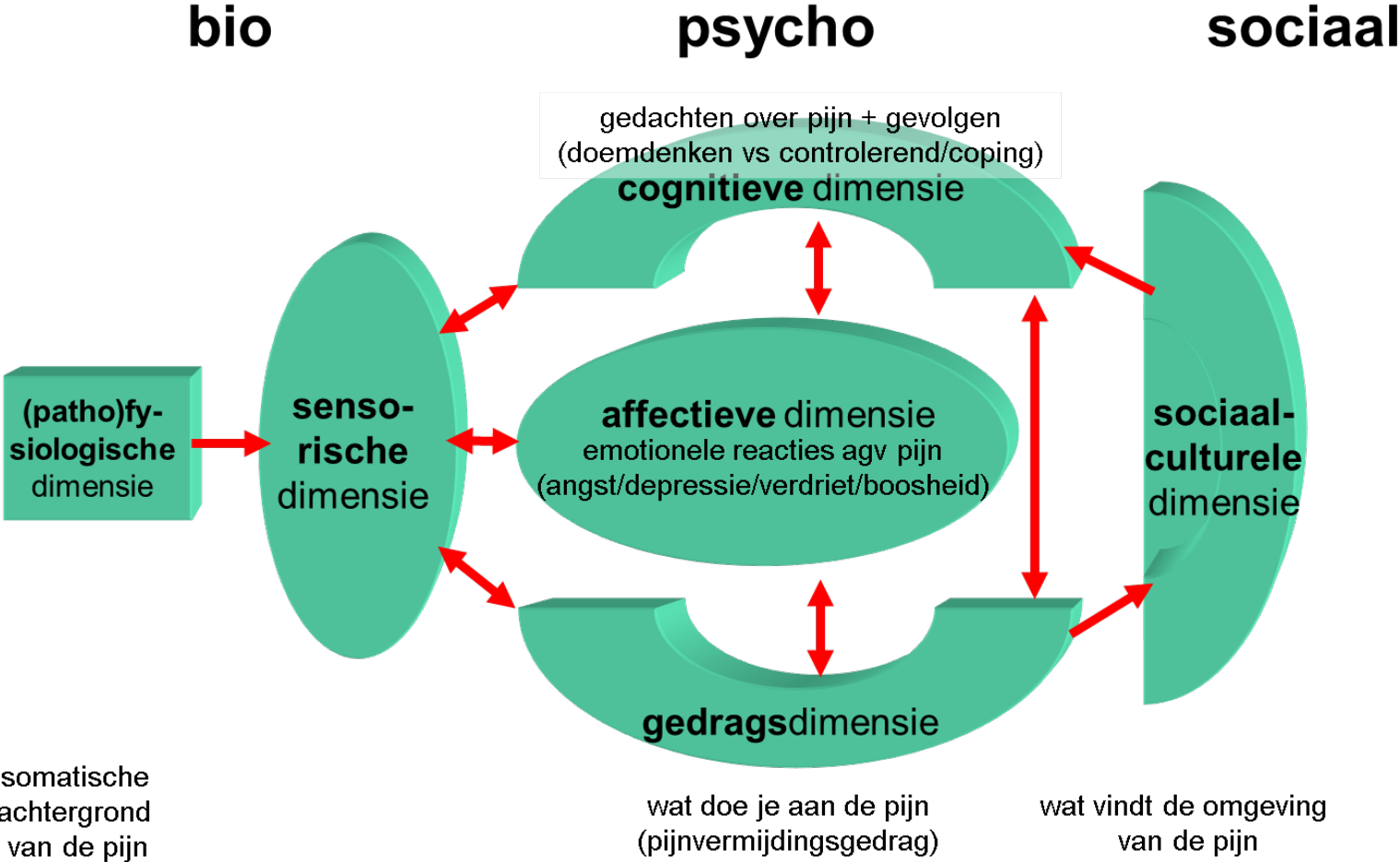
Vragen aan jullie...

- Welke problemen kom je bij de verzorging van chronische pijnpatiënten op een verpleegafdeling tegen ?
- Is er een verschil bij de behandeling van acute (b.v postoperatieve) pijn, pijn i.h.k van maligniteit en chronische pijn (die niet i.s.m staat met een maligne aandoening) ?
- Is de WHO pijn ladder een universeel concept voor de behandeling van pijn ?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan en onderhouden van chronische pijn ?



umcg

Bio-psycho-sociaal model



Casus 1

- Een 68 jarige patiënte is vanwege verdenking op een longtumor een thoracotomie ondergaan. Bij de operatie werd een wigexcisie van de rechter onderkwab uitgevoerd. Postoperatief blijft de patiënte veel pijn houden. Een vermindering van het gebruik van een postoperatief gestarte PCA pomp lukt niet. Patiënte geeft naast stekende pijn ook een brandend gevoel aan de operatiezijde aan.
- 1. Welke pijnmechanisme zou hierbij een rol kunnen spelen?
 - a) Nociceptieve pijn
 - b) Neuropathische pijn
 - c) Gecombineerd nociceptieve en neuropathische pijn
 - d) Nociplastische pijn
- 2. Is de “pijndiagnose” m.b.t mechanisme
 - a) a) mogelijk
 - b) b) waarschijnlijk
 - c) c) definitief
- 3. Wat zijn zinvolle behandelopties gezien het pijnmechanisme ? Had men eventueel deze klachten kunnen voorkomen ?



Casus 2

- Een 35 jaar oude patiënt wordt op uw afdeling opgenomen. Vanwege een ernstig beloop van de ziekte van Crohn zal de patiënt geopereerd worden en een ileostoma krijgen. I.v.m ernstige chronische pijnklachten gebruikt de patiënt oxycodon langwerkend 60 mg 2dd en oxycodon kortwerkend zo nodig, maximaal 6 keer per dag. Naast de oxycodon neemt de patiënt 3 keer per dag nog 1000 mg paracentamol in. Daarmee zijn de bekende klachten redelijk onder controle.
1. Wat zou jullie advies zijn t.a.v het gebruik van oxycodon in de perioperatieve fase ?
 2. Wat zijn mogelijke problemen met het actueel beleid en alternatieven m.b.t andere medicatie ?
 3. Zijn er nog overige behandelopties t.a.v de pijnklachten ?



Vragen ?



umcg



www.umcg.nl
u.beese@umcg.nl



umcg