

BEVERWIJK GESTART MET SPECIALE PIJN- POLI VOOR PATIËNTEN MET BRANDWONDEN

J. Rosier*

Het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk opende vorig jaar een pijnpoli speciaal voor patiënten met brandwonden. Anesthesioloog Rien van der Vegt vertelt erover. "Bij pijn door brandwonden denken mensen meestal aan pijn in de acute fase. Maar na het herstel kan een heel ander soort pijn optreden, die een eigen aanpak vraagt."

Eén van de problemen waar patiënten met brandwonden na de acute fase en het herstel mee te maken kunnen krijgen is langdurige pijn. Weefsel dat ernstig is verbrand wordt immers nooit meer zoals het vroeger was. "Een speciale pijnpoli voor patiënten met brandwonden was er nog niet in Nederland," vertelt anesthesioloog en pijnspecialist Rien van der Vegt van het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) in Beverwijk. "Het lag voor de hand dat die er kwam omdat het bij brandwonden gaat om bijzondere pijn, die vaak gepaard gaat met al dan niet pijnlijke jeuk. Dit vraagt om een bijzondere behandeling. We behandelen dan ook niet alleen patiënten uit ons eigen brandwondencentrum. Er komen patiënten uit het hele land."

"In de acute fase is er de pijn van de directe verbranding," legt Van der Vegt uit. "Dat is het type pijn dat je ook hebt als je je been breekt: scherpe, goed omschreven pijn. Het is nociceptieve pijn, pijn direct veroorzaakt door weefsel schade. Daar kun je een behandeling duidelijk op afstemmen. Het accent ligt daarbij op de farmacologische behandeling met morfineachtige producten. Maar na die acute fase kan de patiënt te maken krijgen met een ander soort pijn. Deze pijn heeft meer de kenmerken van pijn door zenuw schade, oftewel neuropathische pijn. Het treedt gelukkig niet op bij iedereen, maar helaas wel bij een belangrijk deel van de patiënten met brandwonden."

PIJN DOOR KLEDING

"Kenmerkend voor zenuw schade pijn zijn vreemde, opvallende pijnklachten," vervolgt Van der Vegt.

"Bijvoorbeeld dat schuiven van een bh of overhemd over de huid heel pijnlijk is. Je ziet hetzelfde bij gordelroos, dat wordt veelal genoemd als voorbeeld van zenuw schade pijn. Je ziet helaas vaak dat als patiënten met brandwonden die pijn eenmaal een paar maanden hebben, ze daar verder mee moeten leven. Dat geldt trouwens niet alleen voor mensen met zenuw schade pijn na brandwonden, het kan ook voorkomen bij patiënten die een chemokuur hebben gehad: bij hen treedt bijvoorbeeld zenuw schade pijn op in de onderste extremiteiten. Dit soort pijn is heel lastig te behandelen, de pijn reageert niet op de gangbare pijnmedicatie."

De pijnpoli voor patiënten met brandwonden is onderdeel van een algemene pijnpoli in het RKZ. Maar met een brandwondencentrum binnen de muren heeft het RKZ brandwondenzorg natuurlijk als één van de speerpunten. "Toch is het goed dat we hier niet alleen patiënten met brandwonden behandelen, maar ook andere patiënten met zenuw pijn. Zo bouwen we veel kennis op van producten en behandelingen," aldus Van der Vegt. Aan de pijnpoli zijn drie anesthesiologen/pijnspecialisten en twee verpleegkundigen verbonden. De pijnspecialisten doen de diagnostiek en schrijven de medicatie voor. De verpleegkundigen draaien een eigen spreekuur, waarin ze onder meer patiënten na de ingezette therapie volgen.

FARMACOLOGISCHE BEHANDELING

De medicatie die wel als pijnbestrijding effectief kan zijn bij zenuw schade pijn kan ingedeeld worden in

een aantal hoofdgroepen. Eén belangrijke groep vormen de antidepressiva. "De patiënt krijgt deze in aangepaste, lage dosering omdat ze dan effectief is voor deze pijn. Je geeft het dus nadrukkelijk niet ter verbetering van de stemming." Een andere belangrijke groep wordt gevormd door de anti-epileptica, zoals pregabaline (Lyrica) en gabapentine (Neurontin®). Ook carbamazepine (Tegretol®), diphantoïne en clonazepam (Rivotril®) behoren daartoe. Ook deze middelen worden gebruikt in aangepaste doseringen. "Antidepressiva en anti-epileptica hebben invloed op het zenuwstelsel: dat maakt het wat makkelijker te begrijpen dat ze ook effect kunnen hebben op zenuw pijn. Dat wil niet zeggen dat we altijd een farmacologische behandeling starten," zegt Van der Vegt. "We bekijken welke problemen een patiënt ondervindt en welke behandelingen er al geprobeerd zijn. Op basis daarvan stellen we een pijnbehandeling in."

Als voorbeeld van niet-farmacologische behandeling vertelt Van der Vegt over een vrouw bij wie de helft van het lichaam verbrand was en gevoelloos was geworden. "Helaas had ze ook pijnklachten in die lichaamshelft. De ervaring leert dat pijnklachten in combinatie met gevoelloosheid heel lastig te behandelen zijn met farmacotherapie. Dat was bij deze mevrouw ook zo. De brandwonden waren al van acht jaar geleden en ze had in verschillende ziekenhuizen ongelooflijk veel behandelingen in wisselende combinaties gehad. We hebben haar uiteindelijk kunnen helpen met wat ik noem: spiegel-TENS. Dat is TENS, transcutane elektrische neuro stimu-

latie, toegepast op de niet-verbrande helft van haar lichaam. Helpt dat dan? wordt vaak gevraagd. Ja, die mevrouw zegt dat ze voor het eerst sinds acht jaar het gevoel weer heeft dat haar lichaamshelft er is. Die helft is nog steeds pijnlijk, maar de pijn is nu hanteerbaar, het is niet meer iets dat haar leven beheerst.”

LEVEN WEER OPPAKKEN

“Ik kan niet altijd alle pijnklachten wegnemen, maar als pijnklachten beter inpasbaar worden voor mensen, beter hanteerbaar, zodat ze weer hun leven kunnen oppakken, dan is een heel belangrijk doel bereikt. Overigens staat ook een farmacologische behandeling nooit op zichzelf, maar is ingebed in de totale zorg voor patiënten met ernstige brandwonden, met onder meer psychosociale ondersteuning en revalidatiezorg. Er wordt natuurlijk altijd gekeken welke beperkingen iemand ondervindt, hoe hij verder kan met zijn leven en welke ondersteuning daarbij nodig is.”

“Patiënten met brandwonden vormen een bijzondere groep onder de letselpatiënten. Velen van hen hebben al veel problemen in de voorgeschiedenis, bijvoorbeeld een psychiatrische voorgeschiedenis. Er zijn ook veel geriatrische of psycho-geriatrische patiënten. Door al die factoren moet je een behandeling heel individueel op een patiënt afstemmen. Er is geen pasklare oplossing die je voor elke patiënt kunt gebruiken. Er is een heel verschil of je een jonge jongen behandelt die aan zijn brommer zat te knutselen in een schuurtje en daar te maken kreeg met een explosie, of dat je een patiënt hebt met een psychiatrische voorgeschiedenis die stemmen hoorde en daardoor onder een kokende douche is gaan staan. Dat zijn heel andere patiënten en die vragen een totaal andere benadering. Ook dat is een reden voor een speciale pijnpoli voor patiënten met brandwonden: voor zo'n breed palet aan patiënten moet je voldoende aandacht, ruimte en tijd vrijmaken. Dat kunnen we hier en dat maakt onze pijnpoli uniek.”

ONDERZOEK

Sinds een aantal jaren krijgt de pijnbehandeling bij patiënten met brandwonden ook internationaal meer aandacht. “Het aantal patiënten met brandwonden wereldwijd is veel kleiner dan het totaal aantal andere patiënten met pijnklachten. Daarom komt die ontwikkeling zo laat op gang. Maar je ziet bij alle ziektebeelden dat naarmate je meer controle hebt over de vroegetermijngevolgen - en dat hebben we tegenwoordig in de brandwondenzorg - er meer aandacht komt voor de lange-termijngevolgen. Op het gebied van de farmacotherapie bijvoorbeeld komt er nu spaarzaam bewijs dat de toepassing van anti-epileptica inderdaad effectief is bij pijn en jeuk. Ook wordt er gekeken naar farmacologische interventies in de vroege fase die invloed kunnen hebben op de lange termijn. Maar ook die resultaten komen maar spaarzaam beschikbaar. Op de vraag welke maatregelen we vroegtijdig kunnen nemen om die hinderlijke zenuwpijn en jeukklachten op de lange termijn te voorkomen, hebben we absoluut nog geen antwoord.”

“Jeuk is ook een enorm probleem. Het kan extreem hinderlijk zijn en zelfs ertoe leiden dat mensen zich suïcideren. Pijn en jeuk liggen bij patiënten met brandwonden dicht bij elkaar. Ze zijn niet hetzelfde maar bereiken het brein wel via gemeenschappelijke paden. Hinderlijke jeuk komt voor bij negentig procent van de patiënten met een totaal verbrand lichaamsoppervlak van meer dan twintig procent voor. Maar verder dan histaminica en anti-epileptica als Neurontin® komen we nog niet. Gelukkig er is veel interesse voor dit probleem. Ik denk dat er over vijf jaar veel meer over bekend is.”

De pijnpoli van het RKZ doet ook zelf onderzoek. “Dat is een belangrijke taak voor ons,” benadrukt Van der Vegt. “We zijn bezig met het opstarten van farmacologische studies, maar dat verkeert nog in een heel prille fase. Een onderzoek waar we al wel mee bezig zijn richt zich op pijn en angst bij patiënten met brandwonden die voor een heroperatie

komen. Als anesthesiologen zien we heel veel angst en pijn bij deze patiënten, maar tot nu toe deden we niet iets speciaals voor hen. Ons onderzoek richt zich op angst- en pijnreductie door middel van een vorm van hypnotherapie: “guided imagery”. Dat is een vorm van ontspanning die je een periode voor de operatie en een periode na de ingreep aanbiedt. Ik ben heel benieuwd naar de uitkomsten.”

*** Joop Rosier is freelance journalist**