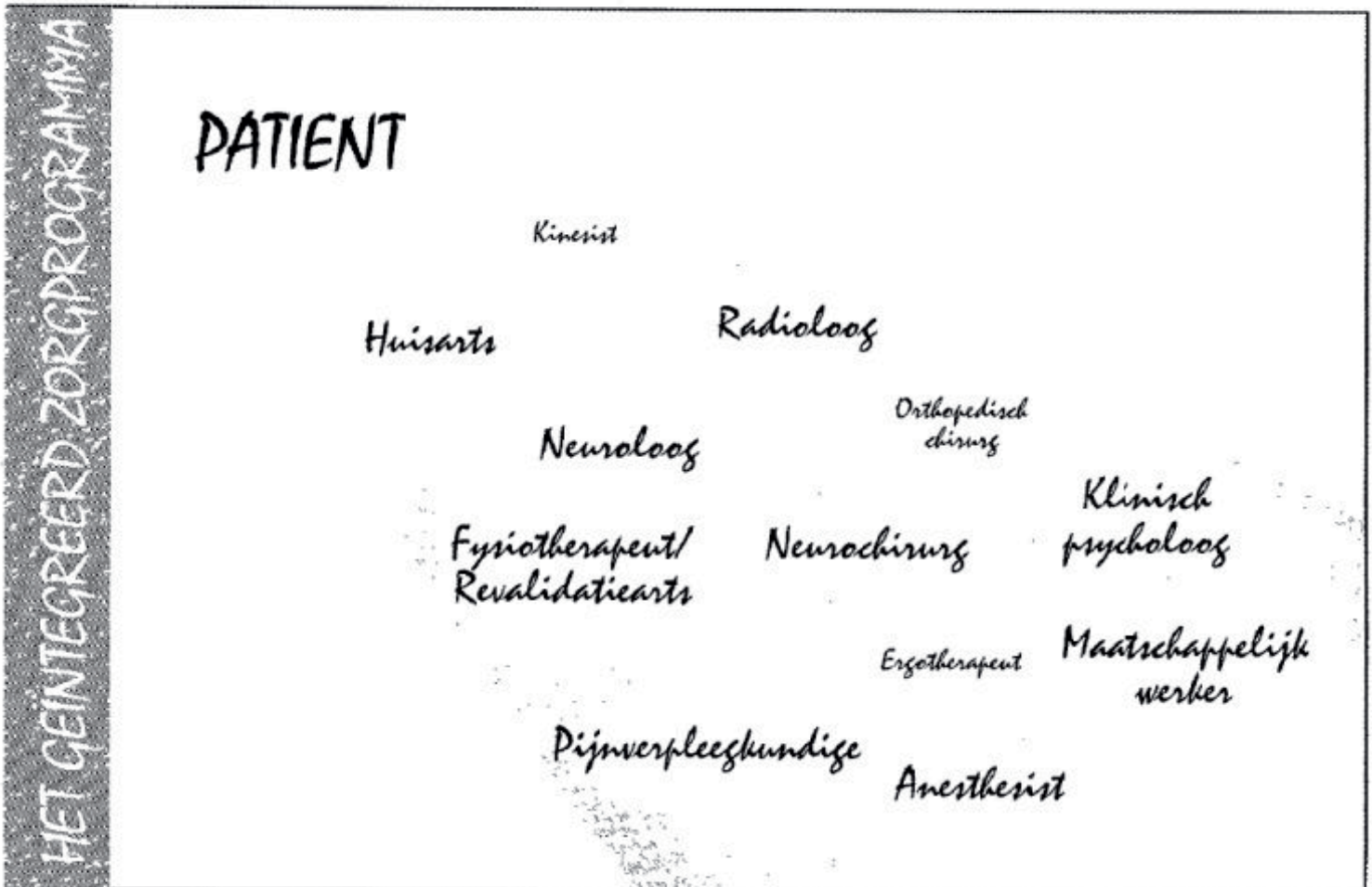


De multidisciplinaire aanpak van chronische lage rugpijn : het multidisciplinair pijncentrum

Chronische lage rugpijn : pijn bestaat langer dan 12 weken of komt steeds terug. 90 % aspecifiek of geen ernstige pathologie. Bij 10 % ernstige oorzaak (zoals tumor, trauma, infectie, osteoporose...).



Samenwerking met huisarts

(Dr. Jef Van Kerkhoven, huisarts te Herentals)

Ik stuur chronische rugpatiënten naar een pijnkliniek wanneer ik zelf eigenlijk geen raad meer weet, wanneer alle courante conservatieve behandelingen zijn uitgeput en een chirurgische ingreep niet geïndiceerd is. Voorbeelden zijn chronische neuralgische pijnen, postoperatieve pijnen die aanslepen, pijn bij neuraalstenose of bij letsels van degeneratieve aard. Het probleem is dat we hier in de streek geen enkele pijnkliniek hebben en ik mijn patiënten dus naar het ziekenhuis in Lier of naar het Referentiecentrum in Genk moet sturen. De communicatie verloopt hoofdzakelijk schriftelijk, eventueel telefonisch, maar ideaal is dat niet. Van een echt gestructureerd overleg kan men in die omstandigheden niet spreken. Ik kan moeilijk 's morgens van Herentals naar Genk rijden wanneer er daar een teamoverleg over een patiënt van mij gebeurt. Een pijnkliniek dichterbij ons, zou dus zeker nuttig zijn.

Samenwerking met neurochirurg

(Dr Erik van der Kelft, neurochirurg, AZ Maria Middelaers, Sint-Niklaas)



De taak van de neurochirurg bij chronische lage rugpijn is vooral die van pure techniek. Ik ken de patient niet, ik volg hem ook niet van A tot Z gedurende jaren. Ik reageer op een concrete vraag van het pijncentrum of van een andere behandelende arts bij patiënten met neurologische uitvalsverschijnselen : kunnen we die patiënt helpen met een neurochirurgische ingreep. Meestal gaat het dan om een beklemming van een zenuw, type discushernia of kanaalstenose. Een tweede luik betreft chronische pijnpatiënten die uitbehandeld zijn met de klassieke conservatieve middelen en waar wij gevraagd worden voor een epidurale neurostimulatie of voor de chirurgische plaatsing van een intrathecale pijnpomp.

Het is zeer belangrijk dat ik een goede verwijsbrief krijg met alle klinische gegevens van de patiënt, met de onderzoeksresultaten, enz. Van de 1500 nieuwe patiënten die ik elk jaar zie, komt

ongeveer 40 % rechtstreeks naar mij. Dat heeft natuurlijk weinig zin. Ik stuur die dan ook bijna systematisch naar hun huisarts om zich daar eerst te laten onderzoeken en voor de eerste behandeling.

Rol van het multidisciplinair pijn-centrum

*(Dr. Jean-Pierre Van Buyten, anesthesist,
Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) AZ Maria-
Middelares Sint-Niklaas)*

Het multidisciplinair pijncentrum (MPC) vormt een afzonderlijke entiteit binnen het ziekenhuis en beschikt over een eigen secretariaat, eigen consultatieruimtes, hospitalisatiebedden en gespecialiseerde verpleegkundigen. De dienst wordt gecoördineerd vanuit de dienst Anesthesie en werkt intramuraal samen met de diensten Neurochirurgie, Orthopedie, Neurologie, en het Revalidatiecentrum van het ziekenhuis. Een multidisciplinaire invalshoek bij diagnose en behandeling en een nauwe samenwerking en overleg met de doorverwijzer (huisarts - andere specialismen) is voor het MPC een primaire doelstelling.



Dr. Jean-Pierre Van Buyten

We zien meer en meer gerichte verwijzingen door huisartsen in vergelijking met tien jaar geleden. De huisarts is duidelijk veel beter dan vroeger in staat om een correcte diagnose te maken en bv. een onderscheid te maken tussen een radiculaire en een pseudo-radiculaire pijn. Dat de huisarts een patiënt specifiek verwijst voor een diagnostische blokkade van de facetgewrichten, was tien jaar geleden ondenkbaar. Dat betekent zowel voor ons als voor de patiënt een enorme tijdswinst om adequaat behandeld te worden. Signalen voor verwijzing zijn o.m. de duur van de pathologie, als de pijn niet of onvoldoende reageert op gewone pijnstillers en eventueel NSAID's of andere anti-inflammatoire medicatie en als er tekenen zijn van uitstraling en uitval.

Behandelingsmogelijkheden in het MPC voor chronische lage rugpijn :

- Conservatieve therapie : medicatie, fysio- en kinesithérapie, rug-school, TENS (Transcutane Elektrische Zenuwstimulatie) ;
- Interventionele pijnbestrijding : o.a. gerichte epidurale infiltraties met depot-corticosteroïden (paramediaan met loss of resistance en epidurogram onder fluoroscopie, transforaminaal of met een opschuifbare/flexibele katheter en epidurogram onder fluoroscopie), diagnostische wortelblokkages, facetdenervaties, radiofrequentiebehandelingen (RF-laesies) en neuromodulatietechnieken (perifere, subcutane en epidurale neurostimulatie - pompen voor intrathecale medicatietoediening) ;
- Cognitieve en gedragsmatige aanpak.



"Kort op de bal spelen om chroniciteit te vermijden"

(Dr. Jean-Pierre Van Buyten, anesthesist, Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) AZ Maria-Middelares Sint-Niklaas)

Wij zijn een anesthesiologisch georiënteerd pijncentrum waar alle beschikbare technieken worden gebruikt om de pijn symptomatisch aan te pakken. De erkende multidisciplinaire Referentiecentra zijn eerder revalidatiecentra, die zich bezig houden met echt geïnstalleerde chronische pijnpatiënten, zoals bv. fibromyalgiepatiënten, chronisch vermoeidheidssyndroom, enz. In tegenstelling tot die Referentiecentra, waar wachttijden van soms meerdere maanden bestaan, proberen wij zo kort mogelijk op de bal te spelen om de evolutie naar echte chroniciteit te vermijden. Wij trachten de patiënt zo snel mogelijk terug actief te krijgen. Misschien krijgen we hem niet helemaal pijnvrij, maar we willen ten allen prijze vermijden dat de pijn echt chronisch wordt. Dat is de meerwaarde van een centrum zoals het onze. Het zou daarom verkeerd zijn als men alleen maar de patiënten met echte chronische pijn naar ons zou verwijzen. In het geval van lage rugpijn moeten ook acute en subacute patiënten verwezen worden om zo snel mogelijk een zo adequaat mogelijke behandeling te kunnen instellen. Iedereen weet dat chronische rugpijn zich op een bepaald ogenblik in het centrale

zenuwstelsel kan nestelen, dat je dus veranderingen gaat krijgen in het ruggemerg en dat de pijn zijn eigen leven gaat leiden, zelfs al neem je de oorzaak weg. Mensen die bv. maanden met een discushernia rondlopen en die compressie hebben gehad van de grote wortel, hebben veel kans om blijvend pijn te hebben ook na een correcte operatie. Als je ondertussen de pijn hebt kunnen wegnemen is de kans op chroniciteit veel lager.

Multidisciplinair

In het MPC werken ondermeer een psycholoog en een sociaal assistent. We beschikken over gespecialiseerde pijnverpleegkundigen. We werken heel nauw samen met andere specialisten, zoals neurochirurg, neuroloog, revalidatiearts... Het onderlinge overleg loopt grotendeels informeel. In tegenstelling tot de Referentiecentra hebben we geen wekelijkse teamvergaderingen. We plegen wel frequent punctueel overleg rond specifieke patiënten met de verschillende specialisten en medewerkers die bij die patiënt betrokken zijn. Als ik de neurochirurg bijvoorbeeld wil spreken, dan bel ik hem of ga ik zijn kantoor binnen. We zijn immers allemaal met het-

zelfde bezig, maar vanuit een andere invalshoek. Overleg met externe verwijzers loopt soms iets moeilijker. Maar je moet daarin ook realistisch zijn: zo'n gestructureerd teamoverleg is in een perifere ziekenhuis als het onze nauwelijks te organiseren, zeker als daarvoor geen adequate vergoeding wordt voorzien. De psycholoog wordt bijvoorbeeld door het ziekenhuis betaald, zonder dat het ziekenhuis daarvoor iets terugkrijgt. Ik hoop dat er snel een extra financiering komt voor pijncentra zoals het onze. Dat mag niet tot een logge administratie leiden zoals nu in de referentiecentra het geval is, waar voor alles dikke dossiers moeten aangelegd worden. In plaats van geld te geven aan bureaucratie moet het dienen voor de behandeling van de patiënt. Dat betekent dat de centra degelijk moeten gesubsidiëerd worden om een secretariaat te hebben, om een psycholoog te betalen. En dat de pijntherapie eindelijk een deftige nomenclatuur krijgt. Er is nu een begin van nomenclatuur, maar er is nog geen K-waarde toegekend, behalve voor 8 prestaties. Er zou zorgezegd geen geld zijn. Maar de patiënten niet behandelen kost ook veel geld.

