

GRIP OP JE PIJN

BART MORLION

Lannoo

Inhoud

Het pad naar <i>Grip op je pijn</i>	7
-------------------------------------	---

Deel 1 – De vele facetten van pijn

Pijn	13
Je lichamelijke alarm	21
Pijn en leeftijd	34
Pijn en kleurverschillen	40
Pijn en geslacht en gender	42
Lage rugpijn	47
Pijn in bindweefsel en spieren	56
Pijn in het brein	60
Sociale pijn	67
De impact van de covidpandemie	70
Oproep tot een nieuw gezondheidssysteem	76

Deel 2 – De aanpak van chronische pijn via de gezondheidszorg

De interdisciplinaire filosofie	82
Medisch-technische interventies	90
Het effect van pijnstillers	100
Het wonder van bewegingstherapie	127
De impact van de digitalisering	146
De kracht van je geest	158

Deel 3 – De aanpak van chronische pijn via je levensstijl

Je levensstijl als pijnbestrijder	167
Meer grip op je pijn via beweging	172
Meer grip op je pijn via je voeding	182
Meer grip op je pijn via je slaap	216
Meer grip op je pijn via minder stress	224
Meer grip op je pijn via je mentale welzijn	234
Meer grip op je pijn via sociale verbondenheid	243
Preventie voor alles	249
De kracht van kleine stappen	253

Het pad naar *Grip op je pijn*

Als arts en pijnspecialist werk ik al vele jaren in het Universitair Ziekenhuis van Leuven. Daar begeleid ik, samen met een gemotiveerd team, mensen die met pijn leven. Misschien ken je me van de pers, de televisie of mijn academisch werk. Maar bovenal ben ik een dokter die dagelijks patiënten ziet. Het gesprek met hen vormt nog altijd de kern van mijn werk.

Ik ben geboren in Lommel, in de Limburgse Kempen. Mijn vader was een Oostendenaar. De nuchtere volharding van de Kempen en de noeste stugheid van de kust gaven me karaktertrekken mee die uitnodigen tot doorzetten. Dat komt van pas in een vakgebied waar je geduld en een lange adem moet hebben.

Ze noemen me nu een topdokter in pijnbestrijding, maar ik was niet echt voorbestemd om arts te worden. In mijn familie waren er geen dokters. Mijn moeder was een kleuteronderwijzeres, mijn vader een autodidact die werkte in het Studiecentrum voor Kernenergie in Mol. Ik hield wel van exacte wetenschappen. Eerst wilde ik biochemie studeren. Een informatiedag viel tegen, dus keek ik verder. Toegepaste biochemie en biologie leken me interessanter. En precies die basis heb je ook nodig om geneeskunde te studeren. Zo kwam ik uiteindelijk in de artsenopleiding terecht.

Mijn opleiding als pijnarts startte in de anesthesie. Daar leerde ik vooral acute pijn kennen, de pijn van het operatiekwartier. Maar het was tijdens mijn aanstelling aan de Ruhr-Universität Bochum in Duitsland dat ik een andere blik kreeg op pijnbestrijding. Daar werkten artsen, psychologen, kinesisten of fysiotherapeuten, en verpleegkundigen al interdisciplinair rond dezelfde patiënt. Dat was toen vernieuwend, maar het voelde meteen juist aan. Ik ontdekte er dat pijn nooit losstaat van emoties, gedrag en relaties. Alleen maar pillen of prikken geven is

zelden genoeg. Die gedachte, ooit baanbrekend neergezet door de Amerikaan John Bonica, is mij altijd bijgebleven. Pijn is menselijk. Je moet ze dus ook breed en menselijk benaderen.

Maar na rijp beraad en enigszins onder druk van mijn vrouw, die na een tiental jaren in Duitsland graag met het gezin wilde terugkeren naar België, ging ik eind jaren 1990 toch in op de vraag van het Universitair Ziekenhuis Leuven om een pijncentrum uit te bouwen en te leiden. In november 1998 ontstond toen dan het multidisciplinair pijncentrum (MPC) van het UZ Leuven. Eerst was dat wat behelpen op de campus Gasthuisberg. Maar in 2004 verhuisde het pijncentrum naar de campus Pellenberg. Door die verhuizing kreeg het pijncentrum een eigen dagkliniek en een operatiezaal. De nieuwe locatie bood ook de kans om de concrete behoeften van de zorgverleners en de patiënten zorgvuldiger en beter te beantwoorden. De naam van het pijncentrum veranderde naar Leuvens Algologisch Centrum (LAC). In 2018 verrees op de campus ook nog een therapietoren voor de verdere opwaardering van revalidatie, ook pijnrevalidatie. Alles dat daar bereikt is, is het resultaat van het teamwerk van collega's uit meerdere disciplines. Zonder hun inzet had ik dit boek nooit kunnen schrijven.

Mijn werk als arts in de pijnbestrijding bleef en blijft ook niet beperkt tot dat in het LAC. Als toenmalige voorzitter van de Belgian Pain Society hielp ik mee de criteria bepalen voor de pijncentra in België, en daarna als voorzitter van de Europese Pijnfederatie ook internationaal. Daarnaast ben ik de programmadirecteur van een universitaire, tweejarige opleiding om je te profileren als specialist in de pijnbestrijding. En ik benut elke gelegenheid om de problematiek van pijnbestrijding bekend te maken bij een breder publiek. Hoe meer bewustwording er ontstaat rond pijn, hoe sterker artsen en patiënten staan in de strijd ertegen. Of het nu gaat om korte interventies op de radio, lange interviews in weekbladen, een meeloopreeks voor de televisie of de publicatie van een boek... ik schuw weinig.

In 2020 publiceerde Lannoo mijn boek *Pijn. Beter leven met pijn*. Het bood uitleg over wat pijn is en hoe je ze kunt behandelen. Veel lezers voelden zich eindelijk begrepen. Anderen vonden er de woorden in om hun ervaring te delen met hun familie of arts.

Maar de wereld is intussen veranderd. De corona-epidemie liet zien hoe kwetsbaar een mens is, maar ook hoe veerkrachtig. Nieuwe wetenschap bracht nieuwe inzichten, vooral dat je levensstijl een centrale rol speelt in je gezondheid en niet aan de rand ervan staat. Daarom is er nu dit nieuwe boek. Het is geen tweede editie, maar een grondige herwerking met meer nadruk op levensstijl, meer praktische handvatten en meer ruimte voor zelfzorg.

Pijnstillers en medisch-technische behandelingen spelen inderdaad een rol in pijnbestrijding. Maar wie alleen daarop vertrouwt, blijft vaak steken. Je levensstijl maakt ook een verschil uit. Hoe je slaapt, hoe je eet en beweegt, hoe je met stress omgaat, hoe je verbonden blijft met anderen... al die zaken beïnvloeden rechtstreeks je pijnbeleving en je herstel. Ze zijn geen wondermiddel, wel een hefboom om zelf grip te krijgen op je pijn, ook wanneer die blijft.

Dit boek bestaat uit drie delen. In het eerste deel leg ik uit wat pijn is en hoe ze zich kan vastzetten in je lichaam en je brein. Het tweede deel maakt je wegwijs in de gezondheidszorg. Welke stappen zijn mogelijk en hoe ziet de aanpak van chronische pijn eruit? In het derde deel ligt de nadruk op wat je zelf kunt doen, via je levensstijl en dagelijkse keuzes die echt het verschil kunnen maken.

Met dit boek wil ik een beter inzicht bieden in chronische pijn, pijnlijders erkenning geven en vooral aantonen hoe je meer ruimte kunt scheppen. Soms met kleine stappen, zoals een kwartier vroeger naar bed, een wandeling of een gesprek, soms met grotere keuzes, zoals een traject aangaan of een vastgeroest patroon doorbreken. Het is gebaseerd op mijn lange ervaring als arts en wetenschapper, maar het rust evenzeer op de schouders van talloze collega's en op de voortschrijdende wetenschappelijke inzichten. Het is bedoeld voor wie pijn beter wil begrijpen en er meer grip op wil krijgen.

Lees dit boek op jouw manier. Blader, verspring en zoek herkenning. Gebruik de tabellen en illustraties als hulpmiddelen. Onthoud wat voor jou relevant is. Maar gebruik het vooral als een kompas, als een uitnodiging om opnieuw ruimte te geven aan wat er echt toe doet.

Bart Morlion

1

**DE
VELE
FACETTEN
VAN
PIJN**



‘Everybody hurts’, zong R.E.M. Iedereen lijdt weleens pijn. Dat klopt niet helemaal, want 1 op de 125 miljoen mensen wordt geboren met een ongevoeligheid voor pijn. Kinderen met die afwijking halen vaak de volwassen leeftijd niet. Pijn voelen is dus van levensbelang, hoe raar dat ook mag klinken. Blijf je van alle pijn verstoken, dan is dat een vergiftigd geschenk, dat je levensverwachting danig inkort. Pijn is immers een teken dat er iets met je aan de hand is. Het is een signaal om ergere dingen te voorkomen. Pijn houdt je in leven.

Ook dit zong R.E.M.: ‘Everybody hurts, sometimes.’ De meeste mensen die pijn kunnen voelen, hebben daar gelukkig maar af en toe last van. Voor directe oorzaken van pijn, zoals schaafwonden en breuken, bestaan er vrij snelwerkende oplossingen. Maar wat als de pijn aanhoudt en ‘af en toe’ verandert in ‘bijna altijd’ of zelfs in ‘altijd’? Wat als acute pijn overgaat in chronische pijn? Voor chronische pijnlijders begint dan een heuse zoektocht, en daar wil dit boek bij helpen.

Nog een laatste keer R.E.M.: ‘Everybody hurts, you’re not alone.’ Wie pijn lijdt, is inderdaad niet alleen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie krijgt wereldwijd een op de vijf mensen te maken met een of andere vorm van chronische pijn. In de Verenigde Staten alleen al voeren 50 miljoen mensen een dagelijkse strijd. In België gaat het over bijna een op de vier.

Een definitie

Maar wat is pijn nu precies? Dat is niet zo eenvoudig te omschrijven, maar in dit hoofdstuk onderneem ik een poging. Met stip bovenaan staat de definitie van de International Association for the Study of Pain

(IASP). Volgens die definitie is pijn ‘een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met of lijkt op feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging’. Daaruit blijkt dus al meteen dat pijn meer is dan een puur gevoelsmatige ervaring en dat er ook altijd een emotionele impact is. De laatste decennia is de overtuiging gegroeid dat pijn bovendien een multidimensionaal biopsychosociaal fenomeen is en daarom licht de IASP haar definitie ook iets beter toe.

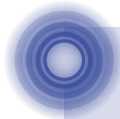


Toelichting van de IASP bij de definitie van pijn

- Pijn is altijd een persoonlijk ervaring die in verschillende mate wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren.
- Pijn en nociceptie of pijnzin zijn verschillende verschijnselen. Nociceptie beschrijft alle fysiologische processen die tot een pijnlijke ervaring kunnen leiden. Maar je kunt pijn niet alleen afleiden uit activiteit in sensorische neuronen of zenuwcellen.
- Een individu leert vanuit de eigen levenservaring wat het concept pijn is.
- Als iemand een ervaring als pijn rapporteert, moet je dat respecteren.
- Hoewel pijn een adaptieve of zich aanpassende rol heeft, kan ze een belangrijke weerslag hebben op iemands functioneren en psychosociale welbevinden.
- De beschrijving van pijn met woorden is maar één gedragsvorm om pijn uit te drukken. Als iemand er niet of slechts beperkt verbaal over kan communiceren, is het toch niet uitgesloten dat die persoon pijn ervaart.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in de nieuwste versie van haar internationale classificatie van ziekten, de ICD-11, voor het eerst een apart hoofdstuk gewijd aan pijn. Dat is een belangrijke erkenning van pijn als een opzichzelfstaand gezondheidsprobleem, en niet alleen als een symptoom van andere aandoeningen. Als een andere diagnose de pijnklachten kan verklaren, dan definieert de WHO die als een chronisch ‘secundair’ pijnsyndroom. Dat is bijvoorbeeld het geval bij

kankerpijn en zenuwpijn. Maar daarnaast definieert de WHO ook chronische primaire pijn (CPP) als een nieuwe entiteit. CPP is 'pijn die langer dan drie maanden aanhoudt en gepaard gaat met aanzienlijke emotionele problemen en/of functionele beperkingen, en niet te verklaren is door een andere aandoening'.



De eigenschappen van chronisch primaire pijn (CPP)

- Er is geen duidelijke oorzaak voor het ontstaan van de pijnklachten of de impact van de pijn staat niet in verhouding tot het letsel.
- CPP gaat gepaard met aanzienlijke emotionele stress, zoals angst, woede, frustratie of een sombere stemming, en/of met aanzienlijke functionele beperkingen, zoals verstoring van de dagelijkse activiteiten en deelname aan het sociale leven.
- Het klinische beeld kan variëren en na een nieuwe beschouwing aanleiding geven tot een wijziging van de diagnose.
- CPP kan samen met chronische secundaire pijn voorkomen (multiple parenting). De diagnose van het ene sluit het andere niet uit.

Soorten pijn

Pijn bestaat in vele soorten en er bestaan verschillende manieren om de diverse pijnsyndromen in te delen. Zo kun je een onderscheid maken op basis van:

- de tijdsduur, namelijk acuut en chronisch;
- de relatie tot de lichaamssystemen, bijvoorbeeld musculoskeletaal, dat wil zeggen met betrekking tot de spieren of het skelet, of visceraal, dat wil zeggen met betrekking tot de ingewanden;
- de aandoeningen, bijvoorbeeld kankerpijn;
- de medische behandelingen, bijvoorbeeld postoperatief of postchemotherapeutisch;
- het onderliggende mechanisme, namelijk nociceptief, neuropathisch en nociplastisch.

Die laatste drie pijntypes vergen een extra woordje uitleg. Nociceptieve pijn of weefselpijn ontstaat wanneer schadelijke prikkels de nociceptoren of pijnreceptoren rechtstreeks stimuleren. Dat kunnen mechanische, chemische of thermische prikkels zijn. Als die pijn ontstaat ter hoogte van de pijnreceptoren in de huid, de botten, de spieren of het tussenliggende weefsel, spreek je van somatische pijn. Ook ter hoogte van de holle organen, zoals de maag, het darmstelsel, het hart en de urineleiders, bevinden zich pijnreceptoren. Pijn in die organen noem je viscerale pijn. Aangezien de meeste vormen van nociceptieve pijn gepaard gaan met inflammatie- of ontstekingsprocessen, hoor je ook weleens de term inflammatoire pijn. Samenvattend kun je stellen dat nociceptieve pijn ontstaat door de prikkeling van het normale waarschuwingssysteem.

Daartegenover staat de neuropathische pijn, ook wel zenuwpijn genoemd. Die pijn ontstaat na beschadiging van de zenuwen, het ruggenmerg of de hersenen. Je spreekt in dat geval dus niet meer over een normaal waarschuwingsproces. Typische voorbeelden van zenuwpijn zijn een brandende pijn nadat je gordelroos hebt doorgemaakt, pijnlijk brandende voeten bij diabetici, aanrakingspijn na een ongeval of een operatie, of blijvende ischiaspijn na een discushernia. Zenuwpijn evolueert meestal naar een chronisch pijnprobleem en kan in vele gevallen niet genezen. Kankerpatiënten die borstchirurgie hebben ondergaan, hebben 35 procent kans op een aanhoudend pijnprobleem. Na een borstkasoperatie is dat 50 procent, bij amputaties kan dat oplopen tot 80 procent.

Over nociplastische pijn, het derde mechanistische pijntype, bestaat nog veel discussie. De wetenschappelijke opvattingen erover, ook de medische, staan soms lijnrecht tegenover elkaar. Dat merk je al aan de verschillende termen die eerst bestonden voor die pijn, zoals functionele pijn, disfunctionele pijn en centraal overgevoeligheidssyndroom. Pas eind 2017 kwam de IASP tot een formele beslissing over de terminologie en dus heet ze voortaan nociplastische pijn. Die ontstaat door veranderingen in de nociceptieve processen of pijnzinprocessen zonder dat er een bewijs te vinden is voor de activatie van de pijnreceptoren door schadelijke prikkels, ziekte of beschadiging van

het somatosensorische systeem, dat wil zeggen het systeem waarmee je lichaam bijvoorbeeld een aanraking, pijn of temperatuur waarneemt. Met andere woorden, de pijnsyndromen van nociplastische pijn vertonen niet de mechanistische kenmerken van nociceptieve of neuropathische pijn. Het zal nog enkele jaren duren voordat die nieuwe term ingeburgerd raakt in de medische wereld, laat staan erbuiten. Patiënten met nociplastische pijn uiten vaak pijnklachten over het hele lichaam (*chronic widespread pain*), maar geneeskundig onderzoek kan er in de meeste gevallen geen organische oorzaak voor aantonen – althans niet met de huidige stand van de medische diagnostiek. Nociplastische mechanismen spelen ook een belangrijke rol bij de alomtegenwoordige, niet-specifieke lage rugpijn. Die vorm van lage rugpijn is niet te wijten aan een onderliggende, specifieke ernstige oorzaak, zoals een infectie, tumor, osteoporose, breuk, structurele afwijking, inflammatoire aandoening, cauda-equinasyndroom¹ of een ernstige neurologische aandoening.



Noci

Een algemene term voor een schadelijke prikkel, zowel fysiek, chemisch, microbiologisch als psychosociaal, is noxe. Die term is afgeleid van de Latijnse woorden noxa of 'schade' en nocere of 'kwetsen, kwaad doen'. Bijgevolg beginnen veel afgeleide termen in de vaktaal van de pijnbestrijding met 'noci-'.

Soorten chronische pijn

Zoals eerder aangegeven, focust dit boek op chronische pijn. Daarvan is de definitie duidelijk en eenvoudig: 'Chronische pijn is pijn die langer dan drie maanden aanhoudt.' Ook al is de termijn van drie

¹ Een bundel van zenuwtakken onder aan het ruggenmerg die op een paardenstaart lijkt. Bij compressie treden gevoelloosheid, verlamming en incontinentie op.

maanden willekeurig vastgelegd, toch is die definitie helder en operationeel bruikbaar. Voor klinisch onderzoek is dan weer een termijn van zes tot zelfs twaalf maanden gangbaar.

Een minder heldere operationele definitie luidt: 'Pijn die langer blijft bestaan dan de verwachte hersteltijd.' Terwijl acute pijn vaak een omkeerbare oorzaak heeft en zal verdwijnen na genezing of correctie van het onderliggende probleem, is chronische pijn eerder een complexe, pathofysiologische toestand en minder een symptoom. Chronische pijn gaat meestal ook gepaard met andere aandoeningen, zoals slaapstoornissen, vermoeidheid en gemoedsstoornissen. Chronische pijn komt nooit alleen.

Vanuit het psychologische perspectief is chronische pijn een vorm van aangeleerd gedrag. Chronische pijn kun je beschouwen als een slechte aanpassing aan een verstoorde prikkeloverdracht, ook als er geen schadelijke prikkels aanwezig zijn. Daarom pleit de Europese Pijnfederatie ervoor om chronische pijn te beschouwen als een *disease in its own right*, een ziekte op zichzelf dus. Een nieuwe classificatie van chronische pijnsyndromen onderscheidt zeven types:

- 1** chronisch primaire pijn
- 2** kankerpijn
- 3** postoperatieve en posttraumatische pijn
- 4** neuropathische pijn
- 5** hoofdpijn en orofaciale pijn, dat wil zeggen aan de mond of het gezicht
- 6** viscerale pijn
- 7** musculoskeletale pijn

Die terminologie is helder en spreekt voor zichzelf, met uitzondering van chronisch primaire pijn. Daaronder vallen nociplastische pijnsyndromen, zoals fibromyalgie (zie hoofdstuk Pijn in bindweefsel en spieren).

Van acute naar chronische pijn

Wat doet acute pijn overgaan in chronische pijn? Het antwoord is niet eenduidig. Het gaat in de meeste gevallen om een combinatie van een heleboel mogelijke fysieke, genetische, milieugebonden, psychologische en sociale factoren. In dat kluwen is het moeilijk aan te wijzen welke factor nu net de doorslaggevende is. Als arts moet je daarvoor elke patiënt afzonderlijk onderzoeken, al spelen de psychosociale elementen bijna altijd een rol.

Fysieke factoren

Tot de meest voorkomende fysieke factoren behoren onder meer ontsteking, stress, spierspanning, blessure, weefselbeschadiging, een slechte houding, ongelijke spieren, allergieën, een aanhoudend ziekteproces, een aangeboren aandoening, onvoldoende slaap en een tekort aan bepaalde voedingsstoffen.

Mentale en omgevingsfactoren

Tot de mentale en omgevingsfactoren behoren dan weer vooral depressie, angsten en fobieën, posttraumatische stress, sociale isolatie, seksueel misbruik en andere trauma's. Allemaal kunnen die bijdragen tot de overgang van acute naar chronische pijn.

Een vicieuze cirkel

Vaak begint het met een acute pijn die leidt tot veranderingen in de geïmpregeerde zone en de lichaamsdelen eromheen. Die acute pijn kan het gevolg zijn van een ontsteking, een verslapping van de spieren of een andere fysieke impact. Als die omstandigheden aanhouden, kunnen de pijn en andere symptomen blijven aanhouden.

Al snel beïnvloedt dat het centrale zenuwstelsel, dat wil zeggen het brein en het ruggenmerg. Zo worden zenuwbanen bijvoorbeeld overgevoelig. Als dat gebeurt, stopt het probleem niet meer met de genezing of behandeling van de lokale pijn. Omdat het zenuwstelsel door elkaar geschud is, kan de pijn blijven nazinderen en wordt ze dus chronisch.

Chronische pijn weegt op het individu, maar ook op de samenleving. De impact is voelbaar in de hele omgeving van de patiënt. Afhankelijk van de duur en de intensiteit ervan kan chronische pijn leiden tot verminderde activiteit en sociale isolatie. In eerste instantie lijkt het logisch om activiteiten te vermijden en zo rust en genezing te bevorderen. Maar uit onderzoek blijkt dat je niet bij de pakken neer mag blijven zitten. Engagement en beweging, uiteraard met mate, houden je juist gezond en helpen de chronische pijn onder controle te krijgen.

De cirkel is bijzonder vicieus. Sociaal kwetsbare en eenzame mensen zijn vatbaarder voor de ontwikkeling van chronische pijn, en zodra ze daaraan lijden, zonderen ze zich nog meer af. Het is geen populaire stelling om chronische pijn in verband te brengen met echtscheiding, depressie, middelenmisbruik, kansarmoede, vereenzaming, mishandeling als kind of als partner in een relatie. Maar omgevingsfactoren, context en achtergrond zijn belangrijker dan tot nu toe werd gedacht. De medische wereld en het beleid houden daar helaas nog te weinig rekening mee.

Als arts moet je je patiënt vragen naar de persoonlijke context. Veel mensen kampen bijvoorbeeld geregeld met lage rugpijn, maar waarom blijft dan juist die ene patiënt chronisch pijn hebben?



Je lichamelijke alarm

Dit hoofdstuk licht toe hoe pijn werkt en waarom ze toch ook altijd tussen de oren zit. Vraag je maar eens af waar emoties ontstaan. Uitdrukkingen als ‘vlinders in de buik hebben’ en ‘afgaan op je buikgevoel’ wekken misschien de indruk dat ze daar beneden ontspringen. Maar niets is minder waar, want echte emoties zitten in je hoofd en bestaan uit een choreografie van zenuwen en hersencellen. En dat geldt ook voor pijn. Of je nu met een hamer op je vinger slaat of tien jaar chronisch pijn lijdt, wat je voelt, bevindt zich tussen de oren. Pijn rijmt op brein – het zou het leidmotief van dit boek kunnen zijn.

Pijn als beschermingsmechanisme

Acute pijn is nuttig, chronische pijn niet. Vergelijk het met een alarminstallatie in je huis. Op de kritieke punten bevinden zich bewegingsmelders. Dringt een ongewenst iets of iemand binnen, dan gaat het alarm af.

Het pijnsysteem werkt net zo. Je lichaam zit vol metertjes, sensoren. Die beschermen je tegen hitte en koude, tegen virussen en ontstekingsprocessen. Ze detecteren chemische en mechanische prikkels en geven die door – al geldt dat niet voor radioactieve stralen. Je lichaam slaat met andere woorden alarm.