

Het 15e wereldcongres voor pijnartsen in Granada

VERSLAG

door Ineke van den Berg

Samen met Prof. Dr. Frank Huygen ben ik naar het 15e wereldcongres voor pijnartsen in Granada, Spanje geweest. Dat was een openbaring voor me, en ik heb weer veel inspiratie opgedaan. Wat is het toch belangrijk om regelmatig met gelijk-geïnteresseerden te brainstormen en van elkaar te leren.



In Granada hielden meer dan 1150 deelnemers, voornamelijk artsen, anesthesisten en wetenschappers, zich bezig met pijn en pijnbestrijding. Nederland was ruim vertegenwoordigd: alle academische centra, maar ook veel pijnteams. Meteen al op de eerste dag leerde ik van de keynote speakers dat ook zij struikelen over het begrip 'pijn'. Belangrijk is het om te weten dat voor de huidige inzichten in de reguliere gezondheidszorg het hebben van pijn op zich geen ziekte/hulpvraag meer lijkt te zijn, maar juist een symptoom van een onderliggende en daarom eerst te diagnosticeren aandoening. Zo kan het dus gebeuren dat deze patiënten al jaren op zoek zijn naar hulp, maar geen diagnose kunnen ontvangen en dus geen erkenning krijgen voor hun klachten. Mogelijk duiken ze dan zelfs onder in het complementaire werkveld. Nou daar weten we alles van, nietwaar.

Zéér betrokken

Het voordeel van complementair werkende therapeuten is volgens mij dat zij niet gehinderd worden door protocollen en zorgverzekeraars, maar altijd mogen en ook gaan behandelen. "Ik zie dat u pijn hebt; voor u een waarheid en voor mij als therapeut ook. Waar-mee mag ik u helpen?" Die protocollen en toestemming tot behandelen bestaan echter voor de reguliere geneeskunde wel. Aan handen en voeten zijn de artsen dus gebonden, want deze anesthesisten en pijnbestrijders zijn duidelijk zéér betrokken bij hun patiënten. Tijdens dit congres echter presenteerde men die éne uitkomstwaarde waar je pijn wél mee kunt valideren als een mediator in het bloed! En dat werpt dan weer nieuw licht op het bestaansrecht van pijn hebben. Met deze waarde kan er wél een diagnose gesteld worden: namelijk PIJN, en mag er wél een behandeling ingezet worden...

Pijntypologieën

Naast de vele interessante lezingen sprak vooral Prof. Baron me aan. Hij is MD, Dept of Neurology, Division of Neurological Pain, Research and Pain aan de University Clinic Schleswig-Holstein in Kiel, Duitsland. Tijdens zijn lezing gaf hij eerst een heldere uiteenzetting over pijnbestrijding bij patiënten met complex regionaal pijnsyndroom vroeger en nu. Hij was ook helder in zijn open vragen en voortschrijdende visie: Wat is pijn? Een ziekte, een symptoom, een aandoening, een uiting van... van wat dan? Wat is de goede verklaring? Is er maar één verklaring of karakterisering? Wat helpt welke patiënt het beste? Waarom reageert de pijnpatiënt vaak zo onvoorspelbaar? Hebben we een pijnbelevingstypering nodig? Allemaal vragen waar heel open over gediscussieerd kon worden, soms met de nodige opwindendheid... maar daar houd ik van. Voor mij vertaalt dat de betrokkenheid van de sprekers en de vraagstellers. Hij presenteerde ook een vragenlijst om pijntypologieën te herkennen. Een abstract van deze tool en de studie daarnaar vindt u op pagina 11.* Op vrijdagmiddag heb ik zelf ook een lezing gegeven. Ook daarvan vindt u op pagina 11 een samenvatting.**

Het erkennen van het recht van de burger om toegang te krijgen tot adequate pijnbestrijding doen we in Nederland heel slecht vergeleken met andere Europese landen.

De laatste dag heb ik onder andere een lezing van Prof. Dr. Rolf-Detlev Treede van de Heidelberg Universiteit gevolgd. Hij is, als neuro-fysioloog en voorzitter van de Europese werkgroep, betrokken bij het ontwikkelen van een roadmap over de 'social impact of pain'. Dat platform houdt zich bezig met de

Ineke in gesprek met Richard Langford, Professor of Inflammation Science, UK.



vraag 'Wat doen we vanuit de nationale gezondheidszorg voor de pijnpatiënt?' En: 'Wat is de status van pijn op de ladder van de nationale en internationale gezondheidszorg?' Nu zal het jullie misschien niet verbazen, maar ik was verbijsterd: het erkennen van het recht



Ineke van den Berg

van de burger om toegang te krijgen tot adequate pijnbestrijding doen we in Nederland heel slecht vergeleken met andere Europese landen. Zo legde Prof. Treede de laatste dag pijnlijk duidelijk uit dat Nederland ver achter is bij de Europese aanpak en de hulp voor deze groep patiënten. Geen zorgpad, geen uniforme aanpak, veel zoekende patiënten... Dit in grote tegenstelling tot de nationale aanpak en erkenning van de pijnpatiënt in landen als bijvoorbeeld Portugal, Frankrijk en België, die juist leidend zijn met een nationaal actieplan. Wel is er in Nederland toegang voor de chronische pijnpatiënt, maar alleen als superspecialisme in de pijnbehandelcentra. Een heftige discussie volgde over wie pijn nu geëlimineerd had uit het vocabulaire van de zorg: de arts zelf door vast te houden aan achterliggende aandoeningen of laboratoriumwaarden, of juist de politiek? Echt boeiend allemaal, en er is nog heel veel werk te doen voor deze specifieke groep patiënten, waarbij internationaal overleg noodzakelijk is en blijft.

Nieuwe en werkzame contacten

De dagen waren vol, met de oproep om ook multidisciplinair naar pijn te kijken en ook meer onderzoek daarnaar te doen. Acupunctuur kreeg duidelijk veel aandacht, natuurlijk niet altijd positief, maar gelukkig werd het niet genegeerd. Veertien lezingen en posters van wetenschappelijk onderzoekers naar de effectiviteit van (laser-)acupunctuur en acupressuur werden gepresenteerd. Begrijpelijk ook dat daar weer nieuwe en werkzame contacten uit voort kunnen vloeien. Al met al weer een stapje dichterbij een genormaliseerde samenwerking tussen erkende en additieve zorg met als doel een (kosten-)effectievere zorg voor de pijnpatiënt.

Zeër blij was ik met de financiële bijdrage van de NVA, die ik mocht ontvangen voor de helft van de kosten van reis en toegang. Dit congres heeft me gemotiveerd om te proberen me weer met een lezing te kwalificeren voor de SAR 2013, een heel belangrijke bijeenkomst voor de presentatie van wetenschappelijk onderzoek in Amerika.

*** REFRACTORY CHRONIC PAIN SCREENING TOOL (RCPST): A FEASIBILITY STUDY TO ASSESS PRACTICALITY AND VALIDITY**

R. Baron, M.M. Backonja, P.R. Eldridge, R.M. Levy, K.C.P. Vissers, R.S. Taylor

Background and aims: An international panel of pain specialists (anesthesiology, neurology, neurosurgery, and psychology) and research methodologists developed a screening tool to identify patients who may be suitable for spinal cord stimulation (SCS) - the Refractory Chronic Pain Screening Tool (RCPST) prototype. We describe a feasibility study to explore practicality and validity of this prototype.

Methods: Following IRB approval, consecutive outpatients were screened in two centres (UK & USA). Sixty chronic pain adults without satisfactory pain relief despite treatment were assessed using RCPST (by a non-implanting pain specialist) and then evaluated by two SCS implanters to determine whether the patient should be referred to an implanter. To maintain blinding, the participating physicians did not inform each other or the patient of assessment outcome. Sensitivity and specificity of the RCPST prototype were calculated using implanters as 'gold standard'.

Results: 57 patients completed the study (one withdrew consent, two were lost to follow up). The pain specialists agreed the prototype was easy to use, would work within their practice and took less than 10 minutes to complete. Implanter agreement was moderate (Kappa: 0.60). The prototype had low sensitivity (40%, 95% CI: 19-61%) and moderate specificity (78%, 65-92%). Using the same questionnaire with a modified decision algorithm, new prototypes were generated with sensitivity of 80-100% and specificity of 89-97%.

Conclusions: RCPST as originally defined was considered practical for routine clinical practice and contained appropriate questions, but sensitivity may need to be improved. A future study should select and validate the ideal RCPST prototype.

**** THE EFFECT OF ACUPUNCTURE ON PAIN AND INFLAMMATION IN PATIENTS WITH COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME TYPE 1. A SMALL EXPLORATORY RCT**

Background: Complex regional pain syndrome type 1 (CRPS1) manifests with continuing pain, abnormal temperature of the limb, edema and dysfunction. Local inflammation occurs in the CRPS1-affected limb as reflected by increased levels of cytokines TNF- α and IL-6 in blister fluid. Videothermography also displays disturbed tissue blood distribution as a result of inflammation. Until now an adequate pharmaceutical treatment regimen is not available for CRPS1 patients in the acute or chronic phase of the disease.

Objective: The aim of this small exploratory study was to investigate the effect of acupuncture on pain, mediators of inflammation and skin surface temperature.

Methods: In a randomized, controlled trial, CRPS1 patients were randomly (3:2) allocated to undergo up to 12 sessions of manual verum acupuncture in a 3-month period or to receive placebo acupuncture. VAS pain scores, video thermographs and levels of TNF- α and IL-6 in skin blister fluids were obtained at baseline and at the end of the treatment.

Results: Twelve patients were randomized to the acupuncture group and 8 patients to the placebo-treated group. Prior to treatment there were no differences between the groups. Although cytokines tended to be increased in CRPS1-sites, increases were not significant and were not influenced by placebo or acupuncture treatment procedures. Compared to placebo acupuncture, verum acupuncture significantly diminished the skin temperature in both the CRPS1-affected and the contra-lateral extremities, and also reduced VAS pain scores.

Conclusion: Traditional Chinese acupuncture provides an additional treatment approach to CRPS1 patients who do not respond well to any experimental pharmaceutical treatment regimen.