

VA RIO



1^e jaargang nummer 12

Beste collega's,

De laatste uitgave van het jaar, maar ook de laatste van het eerste jaar van het VA RIO. Ik heb het afgelopen jaar met veel plezier voor jullie het laatste nieuws op wetenschappelijk gebied voor jullie overzichtelijk op een rijtje gezet. Het is een vrij uitgebreide editie deze keer, mede vanwege het thema 'Pijn' in het TBV.

Ondertussen zijn alle afgelopen uitgaven te vinden op de site van de NVVG. Ik hoop dat we met z'n allen ons werk naar een hoger niveau kunnen brengen en dat EBM/wetenschap/onderzoek een vast deel gaat uit maken van het dagelijks werk. Ik ga in ieder geval volgend jaar er gewoon mee door.

Veel leesplezier

Groetjes,

Jetske

TBV

Siliconen MCP-prothese in de niet-dominante wijsvinger van een schilder

De casus betreft een schilder met toenemende pijn en stijfheid in de vingers. De rest van zijn gewrichten geven redelijk weinig klachten. Een deel van zijn klachten blijken te berusten op een triggerfinger 3 en 4 van de rechter dominante hand, de rest op ernstige artritis/artrose van meerdere MCP gewrichten beiderzijds, waarbij het MCP-gewricht van dig II links het vervelendst is. Na een operatie voor de triggerfingers blijkt de rechterhand goed inzetbaar, echter er blijven klachten links. Aangezien het MCP2-gewricht forse destructie vertoont zijn de operatieve mogelijkheden een artrodese van het gewricht of een prothese plaatsing. Na beide ingrepen mag een patiënt een pijnvrij gewricht verwachten. Echter wordt bij een artrodese de ROM aanzienlijk beperkt. Na overleg met de heer wordt er gekozen voor het plaatsen van een silicone prothese in de vinger. Hij wordt in januari geopereerd, de eerste zes weken moet hij een dynamische afneembaar spalk dragen. En vanaf het begin mag hij gedoseerd oefenen. Na 8 weken is hij voor 50% aan het werk en na nog eens vier weken is hij weer volledig aan het werk. Zijn enige beperking is een iets minder vaste hand bij het schilderen van de linker raaplatjes. Gewrichtsvervangende operaties worden voor de heup en knie al decennia gedaan. Over prothesiologie in deze gewrichten is inmiddels al veel literatuur beschikbaar ook wat betreft de mogelijkheden tot het hervatten van werk. Zoals bekend faalt vrijwel elke gewrichtsprothese op den duur door bijvoorbeeld slijtage of loslating. De kans hierop wordt groter bij zwaardere of onjuiste belasting.

MCP-prothesen worden al meer dan 50 jaar geplaatst. Echter, prothesiologie van de bovenste extremiteit was van oudsher bedoeld als pijnstillende operatie bij low-demand patiënten met bijvoorbeeld reumatoïde artritis. Echter functie, esthetiek en weke delen status blijken significant beter na protheseplaatsing dan na conservatieve therapie. Ook in traumapatiënten worden goede resultaten van MCP-prothesiologie gezien. Echter wat betreft werkhervatting zijn tot op heden geen gegevens beschikbaar.

Centrale sensitatie: de diagnostiek en pijneducatie als eerste stap in de behandeling

Pijn is een zeer veel voorkomend gezondheidsprobleem in Nederland en ook een belangrijke verzuimreden. Pijn wordt niet bepaald door daadwerkelijke weefselschade, maar door het gevaar dat het lichaam volgens de hersenen loopt. Belangrijk hierbij zijn de interpretatie van de klacht door de persoon zelf en zijn omgeving, alsmede ook sociaal-culturele factoren en het gedrag van de patiënt en emotionele factoren.

Met name langdurige pijnklachten, waar geen nociceptie speelt, zijn voor zowel patiënt en hulpverlener vaak een lastig probleem. De oorzaak van de aanhoudende pijn is dan vaak het proces van centrale sensitatie (CS). Hierbij is sprake van een sterk actief pijnnetwerk zonder nociceptieve input. Hoewel dit fenomeen nog niet is uitgekristalliseerd, zijn er duidelijke kenmerken beschreven die de pijn zelf betreffen maar ook bijkomende factoren zoals slaapstoornissen, overgevoeligheid voor licht en geluid, stijfheid, concentratieproblemen en darmklachten. Een belangrijke onderhoudende factor bij CS is de interpretatie van de pijnklachten door de persoon zelf. Mensen met langdurige pijnklachten interpreteren hun situatie veelal als een bedreigende situatie waar zij weinig controle op hebben. Het uitleggen van pijn en het veranderen van deze interpretatie van pijn is daarom een belangrijk onderdeel in de behandeling. Door gerichte pijneducatie kan de ervaren bedreiging van pijn worden verminderd. Het geeft een leidraad voor patiënten om anders met hun pijn om te gaan en de zoektocht naar verklaringen die duiden op nociceptie (schade) los te laten. Daarbij biedt het sensitatiemodel ruimte om naast fysieke factoren ook psychosociale factoren te (h)erkennen. Er is sterk bewijs voor de effecten van pijneducatie en daarom is pijneducatie dan ook opgenomen in verschillende behandelrichtlijnen en in de in 2017 tot stand gekomen Zorgstandaard Chronische Pijn.

Diagnostiek CS

1. Stel vast of er weefselschade of pathologie aanwezig is die nociceptie of neuropathische pijn kunnen genereren. Belangrijk hierbij zijn bijvoorbeeld de duur van de klachten (de verstreken hersteltijd), eerder onderzoek en het ontstaan van de klacht (trauma/spontaan).
2. Evalueer de kenmerken van de pijn zoals de intensiteit, het beloop, (wisselende) locaties en het pijngedrag (hoe iemand zich gedraagt om zijn pijn). Vraag uzelf af of deze kenmerken passen bij nociceptieve pijn.

Vervolgens kunnen ook uitlokkende en onderhoudende factoren onderzocht worden. Deze biopsychosociale factoren kunnen geïnventariseerd worden aan de hand van het Pijn-Somatische factoren-Cognitieve factoren-Emotionele factoren-Gedragsfactoren-Sociale factoren-Motivatie-model (PSECGSM-model).

Na het diagnosticeren kan er overgegaan worden tot behandeling in de vorm van pijneducatie. Pijneducatie kan verschillende doelen hebben:

1. Vergroten van de kennis en inzicht geven in de neurofysiologische mechanismen van centrale sensitisatie en pijn.
2. Inzicht geven in welke onderhoudende of uitlokkende biopsychosociale factoren een rol spelen bij de pijn van een patiënt.
3. De patiënt met pijn erkennen in zijn klacht en het verleggen van de focus van pijnvermindering naar het richten op de pijnonderhoudende factoren.

Pijneducatie kan bestaan uit verschillende stappen:

1. Uitleggen wat nociceptieve pijn is (soms is dit niet van belang als er geen sprake is geweest van een nociceptief substraat, bijvoorbeeld bij iemand met pijn als gevolg van depressie).
2. Uitleg tussen de verschillende pijntypen; hierbij moet duidelijk worden dat nociceptieve pijn een alarmfunctie heeft van onderliggende schade en dat pijn als gevolg van CS geen alarmfunctie voor schade (meer) betreft.
3. Uitleg geven over hoe CS ontstaat en welke factoren het voortbestaan onderhouden.

De uitleg van centrale sensitisatie zal te allen tijde afgestemd dienen te zijn op de patiënt, zijn/haar specifieke uitlokkende en onderhoudende factoren en op zijn/haar percepties over de oorzaak van de pijnklacht. Als deze ziektepercepties sterk in contrast staan met het holistische verklaringsmodel bij centrale sensitisatie zal de uitleg stap voor stap dienen te worden gedaan, om de patiënt niet 'kwijt te raken'. Vaak is het dan verstandig eerst de bestaande percepties van de patiënt uit te dagen. Ook metaforen zijn, soms alleen ter ondersteuning, zeer belangrijk in de uitleg. Last but not least is de communicatie met de patiënt alsook tussen de hulpverleners onderling een essentieel onderdeel voor herstel.

Medicatie bij patiënten met chronische pijn

Analgetica en co-analgetica

De World Health Organization (WHO) publiceerde in 1986 een handleiding voor het gebruik van pijnmedicatie bij chronische kankerpijn, de 'Pijnladder', volgens een stepped care principe. Later werd de Pijnladder door de WHO zelf ook van toepassing verklaard voor andere vormen van chronische pijn. De Pijnladder was jarenlang een goed hulpmiddel bij het voorschrijven van analgetica, maar staat ter discussie, zowel bij oncologische pijn als bij chronische niet-oncologische pijn. Bij oncologische pijn wordt aanbevolen om niet altijd bij de onderste trede te starten maar direct hoger te beginnen bij ernstige pijn; bij niet-oncologische chronische pijn zijn analgetica op de lange termijn beperkt effectief. Chronische niet-oncologische pijn is een multidimensionaal probleem dat een multidimensionale aanpak vraagt.

Co-analgetica kunnen een zinvolle ondersteuning zijn in de medicamenteuze behandeling van chronische pijn. De meeste zijn niet ontwikkeld voor pijnbehandeling en vaak ook niet geregistreerd hiervoor, waardoor het voorschrijven off-label gebeurt. De bekendste co-analgetica zijn antidepressiva en anti-epileptica.

Paracetamol en non-steroid anti inflammatoire drugs (NSAID's)

Wat betreft bijwerkingen is paracetamol het middel van eerste keus, maar de werkzaamheid bij chronische pijn is beperkt. NSAID's zijn onder te verdelen in klassieke NSAID's en de later ontwikkelde selectieve COX-2 remmers. Bij langdurig gebruik blijken beide groepen belangrijke nadelen te hebben: de eerste groep heeft een verhoogd risico op gastro-intestinale problemen en bloedingen; de tweede groep op cardiovasculaire complicaties, hoewel de literatuur hierover niet eenduidig is. Langdurig gebruik van NSAID's kan noodzakelijk zijn bij inflammatoire chronische pijn.

Opioiden

In Noord-Amerika (Verenigde Staten en Canada) is het voorschrijven en het gebruik van opioiden volledig uit de hand gelopen met miljoenen doden en verslaafden per jaar als gevolg. In Nederland is de situatie minder ernstig maar ook hier zijn er zorgen. Nu bovendien de effectiviteit van opioiden bij chronische pijn ter discussie staat, is er voldoende reden om het voorschrijfbeleid te herzien. Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen die zelf niet voorschrijven maar wel de negatieve gevolgen van medicatiegebruik zien met betrekking tot arbeidsgeschiktheid, is het van belang om met kennis van zaken in gesprek te gaan met hun cliënten. Van de zwak werkende opioiden wordt codeïne niet meer aangeraden vanwege de ongunstige verhouding tussen werking en bijwerkingen. Tramadol is een betere keuze, eventueel in combinatie met paracetamol.

Effect van opioiden

De op dit moment beschikbare opioiden werken in op de mu-receptor en zijn vooral werkzaam bij pijn met een sterke nociceptieve component (postoperatief, acute fase na trauma). Bij chronische pijn treedt echter vaak sensitisatie op, zowel perifeer als centraal, en wordt de nociceptieve component kleiner. Dat verklaart de geringe effectiviteit van opioiden bij chronische niet-oncologische pijn. De meeste studies nemen bovendien functioneren niet mee in de uitkomstmaten.

Nadelen van opioiden

Bijwerkingen op de korte termijn zijn in het algemeen wel bekend: misselijkheid, obstipatie, sedatie, ademhalingsdepressie, bradycardie. Bij langdurig gebruik spelen daarnaast andere bijwerkingen een rol zoals immuunsuppressie, depressie, hypogonadisme, verslaving en beïnvloeding van het endogene opioïdsysteem. Aangezien chronische pijn en depressie toch al een grote overlap hebben is depressie een bijwerking van groot belang. Dat opioïdengebruik bij chronische pijn niet zouden leiden tot verslaving, is helaas een mythe. De fabrikant van oxycodon is in dit kader aangeklaagd voor misleidende reclame. Er zijn screeningstools als hulpmiddel voor de voorschrijvend arts om het risico op verslaving bij de individuele patiënte beter te kunnen inschatten. Vooral de kortwerkende middelen, met een snel intredende hoge piek in concentratie, zijn bijzonder verslavend. Met name bij chronische pijn met een sterke component van centrale sensitisatie zoals bij fibromyalgie zijn opioiden gecontra-indiceerd vanwege het risico op opioïd geïnduceerde hyperalgesie

Dosering van opioiden

Omdat er zoveel verschillende middelen zijn in verschillende toedieningsvormen is het niet direct te zien hoeveel iemand gebruikt. Daarom is het van belang om alle opioiden om te rekenen naar milligrammen morfine equivalent per dag (MED). Bij chronische pijn zijn kortwerkende opioiden gecontra-indiceerd evenals 'zo nodig' gebruik; alleen voor tijdcontingente inname van middelen met een geleidelijk intredende en lang aanhoudende werking is nog enige plek in de behandeling van chronische niet-oncologische pijn. Pijncontingente inname versterkt hypervigilantie, sensitisatie en verslaving. Doseringen boven de 100 mg morfine equivalent per dag worden afgeraden; voor pijnrevalidatie gebruiken we in het algemeen 60 mg als maximum voor een zinvolle behandeling. Het voorschrijven van transmucosale opioiden met een zeer snel intredende werking en ultrakorte werkingsduur (neusspray, zuigtablet, 'lolly') bij chronische niet-oncologische pijn is een kunstfout en voor afbouw is de hulp van een verslavingsarts in het algemeen noodzakelijk.

Tips voor bedrijfs- en verzekeringsartsen

1. Vraag bij elke cliënt nauwkeurig na welke medicatie hij gebruikt, ook 'zo nodig' medicatie en vrij verkrijgbare middelen. Vraag ook naar een actuele pijnscore en een gemiddelde pijnscore over de afgelopen weken (bijvoorbeeld met een Numeric Rating Scale, NRS).
2. Vorm een eigen oordeel over de effectiviteit en de risico's van de gebruikte medicatie, zowel in relatie tot de gezondheid van de cliënt als in relatie tot de arbeidsgeschiktheid en rijvaardigheid.
3. Bij opioïden: reken de totale dosering om naar milligram morfine equivalent per dag (MED). Bij doseringen van 100 mg of meer en een gemiddelde pijnscore van NRS 6 of hoger is afbouw dringend noodzakelijk. Bij gebruik van (ultra)kortwerkende middelen is het risico op verslaving het grootst.
4. Co-analgetica kunnen zinvol zijn. Het meest bekend en onderzocht zijn amitriptyline, gabapentine, pregabaline en duloxetine. Sterk bewijs voor effectiviteit ontbreekt echter, behalve bij diabetische neuropathie en postherpetische neuralgie.

Richtlijn en zorgpad voor lage rugpijn

Lage rugpijn is een vervelende kwaal waar een groot deel van de bevolking één of meerdere keren in zijn leven mee kampt. De meeste rugpijn is niet schadelijk en verdwijnt meestal spontaan binnen enkele weken tot maanden. Omdat rugpijnpatiënten geneigd zijn fysieke activiteiten te vermijden uit angst de klacht te verergeren, is communicatie van zorgverleners met patiënten van groot belang, waarbij uitleg en instructie centraal staan.

Allereerst moet worden aangegeven dat de oorzaak en de zoektocht ernaar met behulp van radiologisch onderzoek nutteloos is. De behandeling blijft gelijk: geruststellen en aanmoediging om in beweging te blijven, van de dagelijkse activiteiten tot de normale werkzaamheden en eventueel specifieke oefeningen. Als de pijn gepaard gaat met een duidelijk verlies van spierkracht, is doorverwijzing naar een specialist gewenst.

Zorgverleners moeten alert zijn op patiënten die een hoger risico lopen op het chronisch worden van de pijn. De behandeling kan dan vanaf het begin gericht zijn op het voorkómen daarvan. Kenmerken zijn bijvoorbeeld overmatige angst of pessimisme van patiënten over het verloop. Ook conflicten op het werk of ontevredenheid over het werk vergroten het risico op chronische pijn. Met behulp van twee zeer korte en praktische vragenlijsten uit de KCE-richtlijn kan dit risico worden ingeschat en een specifieke aanpak worden ingezet: een stimulerende aanpak met meer geruststelling, begeleiding en aanzet tot bewegen, afhankelijk van het profiel van de patiënt aangevuld met extra fysieke of psychische ondersteuning.

NTVG

Fibromyalgie te lijf met aerobics of tai chi?, D3042

Waarom dit onderzoek?

Fibromyalgie is een complex ziektebeeld dat zich lang niet altijd naar tevredenheid laat behandelen met de gangbare pijnmedicatie en oefentherapie. Tai-chioefeningen met een lichaam-geestbenadering lijken op korte termijn therapeutische voordelen te hebben ten aanzien van het reduceren van de musculoskeletale pijn en het bevorderen van het geestelijk welbevinden. De langetermijneffecten en de ideale dosering van tai-chibehandeling bij fibromyalgie zijn echter onbekend.

Onderzoeksvraag

Geeft tai-chioefentherapie betere behandelresultaten bij patiënten met fibromyalgie dan de gangbaar voorgeschreven aerobicsoefeningen, en welke dosering in tijd en frequentie is ideaal?

Hoe werd dit onderzocht?

In een prospectieve gerandomiseerde enkelblind vergelijkende interventiestudie werden 226 patiënten met fibromyalgie (gemiddeld 9 jaar pijn; gemiddelde leeftijd: 52 jaar; 92% vrouw) geïnccludeerd vanuit een tertiair, stedelijk, academisch centrum van 2012-2016. Zij werden gerandomiseerd tussen 5 interventiegroepen: 4 gesuperviseerde tai-chigroepen (n = 151; 1 of 2 keer per week tai chi gedurende 12 of 24 weken) en 1 gesuperviseerde aerobicsgroep (n = 75; 2 keer per week aerobics gedurende 24 weken). De follow-upduur was 52 weken. De primaire

uitkomstmaat was verandering van de 'Revised fibromyalgia impact questionnaire' (FIQR)-score na 12, 24 en 52 weken ten opzichte van 'baseline'. Voor de secundaire uitkomstmaten werden onder andere vragenlijsten gebruikt voor angst, depressie, copingstrategieën en gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven.

Belangrijkste resultaten

In alle 5 de behandelgroepen daalde de FIQR-score ten opzichte van baseline. Bij 24 weken was de score in de tai-chigroepen tezamen significant lager dan in de aerobicsgroep (-5,5 punten; 95%-BI: -0,6- -10,4); dit verschil was echter niet klinisch relevant. De tai-chigroep die 2 keer per week oefenende vertoonde op 24 weken wel een klinisch relevant verschil met de aerobicsgroep (-16,2 punten; 95%-BI: -8,7- -23,6). Na 52 weken was er geen klinisch relevant verschil meer. Op de secundaire uitkomstmaten verbeterden patiënten in de tai-chigroepen significant. In de 5 groepen bedroeg de uitval ongeveer 30% en nam het medicatiegebruik af.

Consequenties voor de praktijk

De onderzoekers denken dat hun resultaten betrouwbaar en generaliseerbaar zijn vanwege de consistentie van de resultaten bij drie verschillende instructeurs en vanwege de diversiteit van de studipopulatie. Maar vanwege de uitsluitend academische setting, de relatieve onbekendheid met tai chi en het marginale verschil met de huidige aanpak zijn deze onderzoeksresultaten onvoldoende relevant voor de dagelijkse Nederlandse praktijk. Een 'Bewegen op recept'-advies in een gematigde dosering blijft daarom een belangrijke pijler in de behandeling voor deze aandoening.

Besproken artikel: Wang C, Schmid CH, Fielding RA, Harvey WF, Reid KF, Price LL, et al. Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. BMJ. 2018;360:k851.

Goede prognose na doormaken van neuroborreliose, D3194

Waarom dit onderzoek?

Het is onduidelijk wat de prognose is van patiënten met neuroborreliose.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de effecten op de lange termijn van neuroborreliose in termen van mortaliteit, morbiditeit, maatschappelijk functioneren en opleiding?

Hoe werd dit onderzocht?

Deense onderzoekers voerden in de periode 1986-2016 een landelijk cohortonderzoek uit onder 2067 patiënten met klinisch vastgestelde en serologisch bevestigde neuroborreliose (intrathecale antistoffen tegen *Borrelia burgdorferi* aangetoond). Deze patiënten werden vergeleken met een op leeftijd en geslacht gematcht cohort van 20.670 inwoners en met een cohort van 3793 familieleden van patiënten. De uitkomstmaten waren mortaliteit, comorbiditeit, maatschappelijk functioneren, afgeronde opleiding en opleidingsniveau.

Belangrijkste resultaten

De sterfte onder de patiënten met neuroborreliose bleek niet hoger dan in de algemene bevolking (incidentieratio: 0,90; 95%-BI: 0,79-1,03). Na 5 jaar follow-up bleken patiënten met neuroborreliose 1,49 keer vaker huidkanker (uitgezonderd melanoom) te hebben (95%-BI: 1,18-1,88) en 3 keer zo vaak een hematologische maligniteit (3,07; 95%-BI: 2,03-4,66), vergeleken met de controlepatiënten. Voorafgaand aan de diagnose hadden patiënten en hun familieleden vaker werk en waren ze minder vaak arbeidsongeschikt dan leeftijdsgenoten. Na de diagnose zaten de patiënten – maar niet hun familieleden – iets vaker zonder werk, hadden ze een lager inkomen en waren ze vaker arbeidsongeschikt vergeleken met de algemene populatie. Patiënten die op jonge leeftijd neuroborreliose kregen, rondden hun opleiding vaker af met een hoger opleidingsniveau.

Consequenties voor de praktijk

Dit onderzoek toont bemoedigende resultaten voor patiënten die neuroborreliose hebben doorgemaakt en laat zien dat deze vorm van de ziekte van Lyme goed te behandelen is. Het aantal patiënten met neuroborreliose in het onderzoek kwam overeen met de Deense jaarlijkse surveillancedata. Sterke kanten van dit onderzoek waren de omvang en de opzet. Beperkingen waren het ontbreken van individuele patiëntendossiers en van informatie over het stadium van de

neuroborreliose bij inclusie van de patiënten in het cohort. Zo is het mogelijk dat het verhoogde risico op huidkanker berust op frequentere buitenactiviteiten, die zowel het risico op huidkanker als het risico op een tekenbeet vergroten. En patiënten die later werden gediagnosticeerd met een hematologische maligniteit hadden wellicht in de periode voorafgaand aan hun diagnose al een hoger risico op *Borrelia* -besmetting. Verder onderzoek is nodig om hierover uitsluitel te geven.

Besproken artikel: Obel N, et al. Long term survival, health, social functioning, and education in patients with European Lyme neuroborreliosis: nationwide population based cohort study. BMJ. 2018;361:k1998.