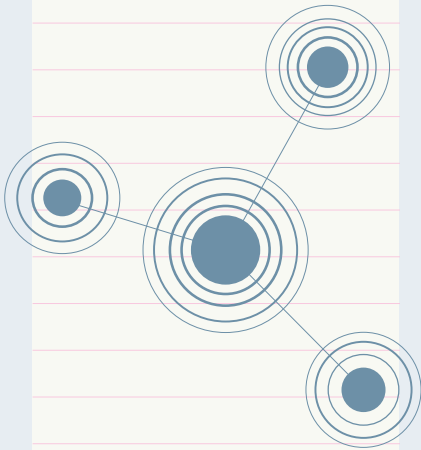




- ① Prof. dr. Guy Hans, medisch coördinator Pijncentrum en medisch directeur van het UZA
- ② Dr. Ann Dierick, kliniekhooft
- ③ Dr. Jens Gios, pijnarts
- ④ Dr. Babak Baheri, pijnarts



## PIJNCENTRUM

### WIE?

Het team van het multidisciplinair pijncentrum bestaat uit zes anesthesisten, een psychiater, drie psychologen, negen verpleegkundigen en drie secretariaatsmedewerkers. Medisch coördinator is prof. dr. Guy Hans, medisch directeur van het UZA.

### VOOR WIE?

Patiënten met acute of chronische pijn, na doorverwijzing door de huisarts of de behandelende specialist. De duur van een behandeling varieert van een eenmalige raadpleging tot jarenlange behandeling en opvolging.

### MET WIE?

Het pijncentrum werkt heel intensief samen met diverse andere diensten, waaronder fysieke geneeskunde, orthopedie, neurochirurgie en neurologie, en met de huisartsen.

## Chronische pijn multidisciplinair behandelen

# ‘Een beter leven is mogelijk’

In het multidisciplinair pijncentrum komen patiënten die al jaren vechten tegen pijn. De uitdaging? Hun klachten draaglijker maken en hen weer een normaal leven geven. Bij vele patiënten lukt dat ook.

**Z**eker voor pijn geldt dat voorkomen beter is dan genezen. ‘Daarom zetten we steeds meer in op preventie’, zegt prof. dr. Guy Hans, medisch coördinator van het pijncentrum. ‘Bepaalde ingrepen, zoals schouder- en rugoperaties, geven een verhoogd risico op chronische pijn achteraf. Veel van die patiënten zien we daarom al voor de operatie en volgen we nadien nauwgezet op. Door de pijn zo snel mogelijk en doorgedreven

te behandelen, kun je voorkomen dat acute pijn chronisch wordt. Die aanpak passen we bij steeds meer operaties toe.’

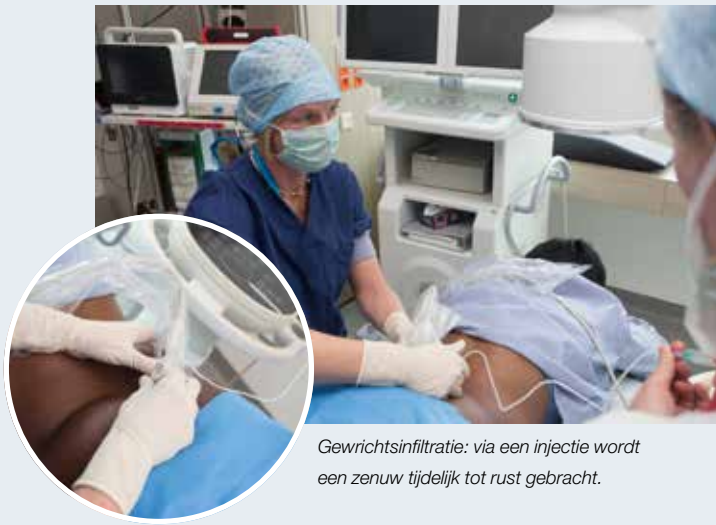
### Wanneer is pijn chronisch?

Als pijn langer dan drie maanden duurt, spreek je van chronische pijn. Het pijncentrum behandelt veel patiënten met chronische pijn. ‘De helft heeft lagerugpijn. Ook mensen met nek- of schouderpijn zien we vaak’, zegt kliniekhooft dr. Ann Dierick. Anderen kampen met pijn door artrose, reuma, fibromyalgie, een slechte doorbloeding in de benen, overbelasting ... Dierick: ‘Ook zenuwpijn is een belangrijk probleem. Bij die patiënten zijn er zenuwen aangetast of beschadigd, bijvoorbeeld door een tumor, diabetes, nierproblemen of chemotherapie. Die pijn krijg je veel moeilijker onder controle.’



Bij Transcutane Elektrische Neurostimulatie (TENS) wordt een zenuw elektrisch gestimuleerd doorheen de huid.

Radiofrequente denervatie



Gewrichtsinfiltratie: via een injectie wordt een zenuw tijdelijk tot rust gebracht.

### Pijn objectief meten

De pijnarts stelt de diagnose op basis van het verhaal van de patiënt, een lichamelijk onderzoek en eventueel bijkomende scans of testen. Sommige patiënten met moeilijk te behandelen of onverklaarbare zenuwpijn kunnen terecht in de sensorische eenheid. Hans: 'Daar vinden heel specifieke testen plaats om de verwerking van pijnsignalen in het zenuwstelsel in kaart te brengen. We gaan na waar het probleem precies zit, zodat we weten waarop we onze behandeling kunnen richten. Het voordeel van dat soort onderzoek is dat je de pijn voor een stuk kunt objectiveren.' Maar een handvol ziekenhuizen in België biedt gelijkaardig onderzoek aan. 'De variatie aan testen die wij aanbieden, mag je gerust uniek noemen', zegt Hans.

### Kant-en-klare oplossing?

De behandeling is altijd multidisciplinair. De meeste patiënten lijden al lang pijn en hebben vaak al een reeks artsen geraadpleegd. Een kant-en-klare oplossing is er meestal niet. 'Wij kiezen voor een zogenaamde bio-psycho-sociale aanpak', zegt pijnarts dr. Jens Gios. 'We bekijken de pijn enerzijds als een biologisch gegeven, maar werken anderzijds ook aan psychisch en sociaal welbevinden als onderdeel van de behandeling. Voor dat laatste kan de patiënt terecht bij onze drie psychologen. Als we die aanpak goed uitleggen, staan de meeste mensen er voor open.' Het pijncentrum werkt ook nauw samen met de dienst fysieke geneeskunde, aangezien revalidatie vaak een onderdeel vormt van de therapie.

In de sensorische eenheid brengen we de pijnsignalen in kaart

### Een hele waaier toptechnieken

Patiënten hebben vaak baat bij medicatie, al geldt op dat vlak: hoe minder, hoe liever. 'Veel patiënten zijn met de jaren heel veel medicijnen gaan nemen', zegt Gios. 'Paradoxaal genoeg kan dat net tot meer pijn leiden, zoals bijkomende hoofdpijn. Dan moet je de medicatie gaan afbouwen.' 'Je moet het medicatieschema geregeld opnieuw in vraag durven te stellen', vult Hans aan.

Sommige patiënten krijgen medicatie in de vorm van

infuustherapie, gedurende een of meerdere dagen. Anderen ondergaan een infiltratie: via een injectie wordt een zenuw dan tijdelijk tot rust gebracht. Daarnaast is er een waaier aan meer gespecialiseerde behandelingen. 'Een voorbeeld is Transcutane Elektrische Neurostimulatie (TENS), een vorm van elektrotherapie. Daarbij wordt een zenuw elektrisch gestimuleerd doorheen de huid', legt pijnarts dr. Babak Baheri uit. Een andere techniek is epiduroscopie, bedoeld voor patiënten met blijvende rug- of nekklachten na een operatie. Baheri: 'We gaan dan met een heel kleine camera tot in de epidurale ruimte van de wervelkolom. Soms zien we daar littekenweefsel dat de pijn veroorzaakt. Indien mogelijk behandelen we dat meteen.'

Aan het eind van het spectrum heb je invasieve neuromodulatie: →

→ de neurochirurg of de pijnarts implanteert dan een elektrode in het vlies rondom het ruggenmerg, die via een elektrische stroom het pijnsignaal naar de hersenen blokkeert. Baheri: 'Ook die behandeling passen we toe bij patiënten met blijvende rug- of nekpijn na een ingreep, met uitstraling naar de armen of benen. Een nogal ingrijpende therapie, die we dan ook alleen als laatste optie voorstellen, na uitgebreid multidisciplinair overleg.'

### Pijn bij kinderen: snel ingrijpen

De pijn helemaal doen verdwijnen, lukt meestal niet. Hans: 'Maar vaak kunnen we de pijn wel draaglijker maken en de levenskwaliteit verbeteren. Als de patiënt opnieuw beter slaapt, minder last heeft van de nevenwerkingen van de medicatie,

actiever wordt en opnieuw een sociaal of professioneel leven kan opbouwen, is dat een succes.'

Een nieuw aandachtspunt is chronische pijn bij kinderen en jongeren, bijvoorbeeld na een operatie of ongeval. 'Bij hen is het nog belangrijker om snel in te grijpen, omdat pijn bij kinderen zich snel kan uitbreiden én de impact op hun leven groot is', zegt Hans. 'Als een kind bijvoorbeeld niet meer naar school kan, is dat erg nadelig voor zijn of haar ontwikkeling. Op die leeftijd is bovendien een speciale aanpak nodig, met veel aandacht voor psychologische en familiale aspecten.' In België is er op dat vlak nog maar weinig expertise. 'Daarom gaan we binnenkort op bezoek bij buitenlandse centra die daar wel veel ervaring in hebben, zoals Harvard Medical School en Boston Children's Hospital', zegt Gios. ☉

## Rond chronische pijn bij kinderen leren we bij van Amerikaanse centra



### Nieuwe locatie: meer mogelijkheden en comfort

Het multidisciplinair pijncentrum huist sinds oktober 2017 op een nieuwe locatie, op de vijfde verdieping van het hospitalisatieblok (route 84). De nieuwe afdeling biedt vele voordelen:

- Meer ruimte, licht en comfort. En meer rust, doordat de monitoren grotendeels met visuele alarmen werken.
- Het pijncentrum en de dienst fysische geneeskunde zijn met elkaar geïntegreerd. Dat is comfortabel voor de patiënt en maakt multidisciplinair overleg gemakkelijker.
- De afdeling kreeg twee eigen operatiezalen, waardoor patiën-

ten niet meer hoeven te verhuizen voor een behandeling of ingreep onder narcose.

- Het pijncentrum telt zeven geluidsgeïsoleerde eenpersoonskamers, waarin patiënten hun therapie in alle rust en zonder storende alarmen ondergaan. Dat verhoogt de slaagkans van bepaalde behandelingen.
- De dienst installeerde als eerste in Europa het allernieuwste model fluoroscopietoestel, een röntgentoestel voor botopnames. Het gaat om een mobiel toestel met een uitzonderlijke beeldkwaliteit, lage stralingsdosis en mogelijkheid tot extra grote beeldnames.