

# Woord vooraf

H. Adriaensen, B. Crul

Het ontstaan van het handboek “Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding, gebaseerd op klinische diagnoses” kadert in een evolutie van de “algologische discipline”. Een korte schets van de historische achtergrond moet dit duidelijker maken.

Pijn en pijnbeleving is ongetwijfeld zo oud als de mensheid zelf. Toch werd pijn zeer lang als een bijverschijnsel van een onderliggende aandoening beschouwd. De symptomatische pijnbehandeling bleef dan ook ondergeschikt aan de oorzakelijke. Zo richtte de chirurg zich op het operatief verwijderen of herstellen van aangedaste organen, de oncoloog op tumoren, de neuroloog op aandoeningen van het zenuwstelsel. Pijnbestrijding was, en is vaak nog, hierbij van secundair belang.

Door een samenloop van omstandigheden kreeg de pijnbestrijding halfweg vorige eeuw een belangrijke impuls.

Vooreerst groeide er in de Verenigde Staten na de oorlog in Korea, en later Vietnam, een uitgesproken vraag naar pijnbestrijding bij de oud-strijders die gekwetst werden aan het front, en die de militaire kliniek (veterans hospital) bezochten met pijnklachten na amputaties, zenuwletsels of andere posttraumatische stoornissen.

Een tweede element was de opkomst van de anesthesiologie als een zelfstandige discipline. De ontwikkeling van intraveneuze producten voor algemene verdoving en curarisatie, een beter instrumentarium en aangepaste beademingsapparatuur schiepen wel optimale werkvoorwaarden voor de chirurgie, maar voor de behandeling van chronische pijn leken de locoregionale technieken die vroeger door de chirurgen ontwikkeld werden toch beter geschikt. Dus hebben de anesthesisten de lumbale sympathische blokkades, de ganglion stellatum blocks, en in de verloskunde de spinale en epidurale verdoving terug ingevoerd.

Een derde gegeven was de ontwikkeling van nieuwe lokale anesthetica. Waar voordien de keuze beperkt was

tot procaïne en cocaïne, verschenen lidocaïne en later bupivacaïne op de markt, die de flexibiliteit van locoregionale toepassingen verhoogden.

De anesthesiologie is het specialisme dat zich van meet af aan met nadruk toelegde op de pijnbestrijding tijdens en na operaties. Vandaar dat de stap naar het toepassen van de locoregionale technieken in de zogenaamde “nerve block units” of “nerve block clinics” voor de behandeling van chronische pijnsyndromen ook logischer wijze door de anesthesiologen gezet werd. Zenuwblokkaden en andere beschikbare behandel mogelijkheden bleken echter geen afdoende antwoord te bieden voor de complexe pijnklachten waarmee de oorlogsveteranen zich aandienden.

John Bonica een Amerikaans staatsburger met Siciliaanse roots zag met een visionaire blik, dat dit soor complexe pijnklachten aanzienlijk beter behandeld zou kunnen worden binnen een samenwerkingsverband van artsen en wetenschappers. Hij legde de nadruk op een zorgvuldige diagnostiek en hamerde op het belang van een juiste indicatiestelling bij het uitvoeren van pijnbestrijdingstechnieken. Hij was de stichter van de “eerste multidisciplinaire pijnkliniek” in Seattle waar werd samengewerkt met John Loeser, neurochirurg, Wil Fordyce, revalidatiearts, Dick Chapman, psycholoog, en nog enkele andere disciplines zoals farmacologie en sociale geneeskunde.

Anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken kunnen bij een groot aantal wel omschreven pijnsyndromen, indien correct toegepast van groot nut zijn. Vaak maken zij deel uit van een breed behandelplan waarbij ook psychologische en fysiek reacterende interventies een belangrijke plaats innemen.

Er is lange tijd gedacht dat pijnsignalen via een star systeem -te vergelijken met een kabelnet- werden getransporteerd. Nu weten we dat het zenuwstelsel moet worden opgevat als een vervormbaar ‘plastisch’ systeem. Voortdurende bombardementen van pijnprikkels veranderen het functioneren en de bouw van het zenuwstelsel.

Tenslotte kan dat bombardement er toe leiden dat het zenuwstelsel als het ware op tilt slaat; een proces dat we kennen als 'centrale sensitatie'.

Houdt deze situatie aan dan krijgt de verwerking van het pijnsignaal een ander karakter.

Ze wordt losgekoppeld van de aanvankelijke oorzaak en gaat een zelfstandig bestaan leiden. Chronische pijn is dan een feit. Recent onderzoek maakt steeds meer duidelijk dat de representatie van pijn in de hersenen onderhevig is aan allerlei invloeden. Naast invloeden van farmaca en zenuwblokkades blijken ook cognities en emoties een rol te spelen bij de aanwezigheid van pijnrepresentaties in het brein.

Een juiste inzet van de verschillende behandelaspecten stelt het zenuwstelsel, dankzij het vermogen tot plasticiteit, in de mogelijkheid zich zodanig te herstellen dat de pijnrepresentatie afneemt.

Wel moet dan zo min mogelijk worden ingegrepen in de geleidingssystemen. Daarom is terughoudendheid met neuroablatieve behandelingen aangewezen. Waar ongebreidelde neuroablatie toe kan leiden is bekend door de onbehandelbare en uiterst pijnlijke anesthesi dolorosa.

Dit alles heeft er toe geleid dat binnen de anesthesiologische pijnbestrijding technieken waarbij zenuwweefsel niet beschadigd hoeft te worden zoals neurostimulatie, spinale infusietechnieken en gepulseerde radiofrequentietechnieken een steeds belangrijker plaats zijn gaan innemen.

De gestructureerde manier waarop dit boek is samengesteld moet de lezer helpen bij de keuze van de behandeling die, volgens de principes van evidence based medicine, het best geschikt is voor de specifieke situatie van de patiënt.

Het boek toont aan dat de anesthesiologische pijnbestrijding de beginfase met enthousiaste pioniers, maar met weinig middelen, succesvol heeft afgesloten en doorgroeit naar een compleet medisch vakgebied met alles wat daarbij hoort.

De "prikliniek" is verleden tijd, de pijnkliniek heeft haar intrede gemaakt. Dit boek vormt daarvan een van de bewijzen!