

Zakkaartje Pijn

Acute, chronische en neuropathische pijn

1. Wat is pijn?

- **Acute pijn:** duidelijk verband met (dreigende) weefschade; meestal kortdurend
- **Chronische pijn:** persisterend, multifactorieel; lichamelijke, psychische en sociale factoren spelen een grotere rol (sensitisatie)
- **Nociceptief** (weefsel) vs **neuropathisch** (zenuwbeschadiging) - Maak dit onderscheid
- Prevalentie matige-ernstige chronische pijn bij volwassenen is hoog; komt vaak voor bij kanker
- Onbehandelde acute pijn vergroot de kans op chronische pijn

2. Anamnese & klachtexploratie

- Aard, plaats, duur, ernst, patroon en beloop van de pijn; eerder gebruikte medicatie en zelfzorg
- Onderscheid nociceptief vs neuropathisch (zie vak 4)
- Bij (dreigende) chronische pijn: verken met **SCEGS** de somatische, cognitieve, emotionele, gedrags- en sociale dimensie
- Let op invloed op functioneren, werk, slaap en stemming
- Vraag naar comorbiditeit (angst, depressie) en psychosociale stress

3. Dreigende chronische pijn

- Denk hieraan bij: acute pijn met risicofactoren of risicogroep
- Pijn die langer aanhoudt dan bij de oorzaak te verwachten is
- Oorzaak waarvan een langdurig beloop verwacht wordt
- Risico's: geen normaal herstel (te lang rust of juist doorgaan), catastrofen, psychosociale problematiek
- **Wees hierop alert** en pas het beleid tijdig aan

4. Neuropathische pijn herkennen

- Is de pijn **branderig** van aard?
- Gaat de pijn gepaard met **tintelingen/prikkelingen**?
- Is er **verminderd gevoel** bij aanraking?
- Wordt de pijn **verergerd door wrijven**?
- Kwantificeer met **DN4**: bij ≥ 4 positief is neuropathische bijdrage waarschijnlijk
- Distributiepatroon moet passen bij een zenuw/zenuwgebied

5. Lichamelijk & aanvullend onderzoek

- Onderzoek gericht op de vermoedelijke oorzaak en de pijnlokalisatie
- Bij neuropathische pijn: oriënterend neurologisch onderzoek
- Aanvullend onderzoek meestal niet nodig bij acute nociceptieve pijn
- Bij chronische pijn: maak onderzoek onderdeel van breder beleid - voorkom eindeloos zoeken naar dé oorzaak
- Overweeg onderzoek vooral om een andere diagnose uit te sluiten

6. Algemene uitgangspunten medicatie

- Volg het **stappenplan (WHO-ladder)**: lichtst mogelijke, voldoende effectieve middel met minste bijwerkingen
- Neem in op **vaste tijden** en in voldoende dosering
- Streef naar **tijdelijk** gebruik; stop zodra het kan, in overleg
- Ga bij onvoldoende effect naar de volgende stap - maar heroverweeg bij (dreigende) chronische pijn
- Behandel kinderen alleen volgens stap 1 en 2

7. Stap 1 - 2: paracetamol & NSAID

- **Stap 1 – paracetamol** (voorkeur, ook ouderen): 3-4 dd 1-2 tabl. 500 mg, **max 4 g/dag**; verlaag bij gebruik > 1 mnd of risicofactoren
- **Stap 2a – dermaal NSAID** (diclofenac/ibuprofen gel), vooral lokale klachten bewegingsapparaat
- **Stap 2b – oraal NSAID**: naproxen 2 dd 250-500, ibuprofen 3-4 dd 400-600, diclofenac 2-3 dd 25-50 mg
- Combineer NSAID met paracetamol; dosis zo laag en kort mogelijk

8. NSAID veiligheid

- Let op contra-indicaties (hart/nier, ulcus, DOAC/antistolling); bij ≥ 2 relatieve CI: **geen NSAID**
- **Maagbescherming (PPI)** bij: leeftijd ≥ 70 jr, ulcus/maagcomplicatie in VG, of ≥ 2 risicofactoren
- Naproxen: laagste cardiovasculaire, hoogste GI-risico
- Diclofenac: laagste GI-, hoogste cardiovasculaire risico
- Ibuprofen niet combineren met laaggedoseerd acetylsalicylzuur

9. Stap 3 - 4: opioïden

- **Stap 3 – zwak opioïd**: tramadol (start 1-2 dd 50 mg, max 400 mg/dag). Géén codeïne; geen combi-tablet tramadol/paracetamol
- **Stap 4 – sterk opioïd** alleen bij ernstige pijn die het functioneren ontwricht: morfine, oxycodon, fentanyl, buprenorfine
- Schrijf opioïden **zo kort mogelijk** voor; geef altijd een laxans erbij
- Let op sufheid, misselijkheid, hyperalgesie, gewenning, rijvaardigheid
- Afbouwen na kort gebruik: dosis elke 2-7 dagen halveren

10. Neuropathische pijn: beleid

- 1e keus: **TCA** — amitriptyline (start 10-25 mg voor de nacht); bij ouderen nortriptyline
- 2e keus: **gabapentine** (op geleide effect/bijwerkingen); daarna pregabaline
- **Trigeminusneuralgie**: carbamazepine is 1e keus
- Behandel als chronische pijn: ook aandacht voor psychische en sociale factoren
- Overleg/verwijs bij hiv-neuropathie of onvoldoende effect (anesthesioloog-pijnspecialist)

11. Chronische pijn: beleid

- Kernboodschap: pijn $\neq$ schade; blijf actief en in beweging, bouw **tijdcontingent** op
- **Wees terughoudend met medicatie** (geen effect op sensitisatie); evt. kortdurend paracetamol
- Adviezen: dagindeling/doseren, ontspanning, sociale steun, goede nachtrust, blijven/hervatten werk
- Overweeg verwijzing fysio-/oefentherapeut (graded activity)
- Behandel comorbide angst/depressie; overweeg psycholoog (CGT/ACT)

12. Controles & verwijzen

- Spreek een reële **evaluatietermijn** af; herbeoordeel effect en bijwerkingen
- Verwijs naar **thuisarts.nl**; betrek de bedrijfsarts bij werkgerelateerde klachten
- Monodisciplinair specialist (neuroloog/orthoped) bij diagnostische twijfel of onvoldoende respons — met afgebakende vraag
- Maatschappelijk werk bij psychosociale stress als belangrijke factor
- Anesthesioloog-pijnspecialist bij therapieresistente (neuropathische) pijn