

Graded exposure-therapie effectief bij chronische pijn

REVALIDATIESPECIALISTEN AZM BOEKEN GOEDE RESULTATEN BIJ DYSTROFIEPATIËNTEN

De afdeling revalidatiegeneeskunde in het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) is enkele jaren geleden begonnen met een nieuwe revalidatiebehandeling voor posttraumatische dystrofiëpatiënten: graded exposure in vivo. Revalidatiearts Joop Ruijgrok: "We boeken verbazingwekkend goede resultaten. Patiënten hebben meestal binnen enkele maanden hun bewegingsvrijheid weer terug."

Een mannelijke patiënt van revalidatiearts Joop Ruijgrok in het azM is bezig met een oefening. Hij moet bakjes met daarin verschillende objecten uit een kast pakken en naar een tafel enkele meters verderop tillen. Onder aanmoediging van de behandelaar weet hij met al zijn kracht de bakjes één voor één op de tafel te zetten. De pijn en uitputting is zichtbaar terwijl de bakjes niet heel zwaar zijn. Dat is niet

Deze man gebruikt voor het eerst sinds 17 jaar zijn arm



vreemd, want de patiënt heeft 17 jaar lang zijn arm niet gebruikt vanwege ernstige posttraumatische dystrofie na een bedrijfsongeval. Hij stond zelfs op het punt om zijn arm te laten amputeren toen een revalidatiearts hem naar het azM verwees. Ruijgrok: "Hij is nu krap twee maanden in behandeling bij ons en hij kan zijn arm alweer redelijk gebruiken."

Dit is niet het enige succesverhaal dat Ruijgrok te vertellen heeft. Samen met gedragstherapeut Jeroen de Jong en gezondheidswetenschapper Marlies den Hollander is hij bezig met het RE-move-onderzoek. Daarbij worden patiënten met posttraumatische dystrofie (Complex Regionaal Pijnsyndroom type 1) met graded exposure in vivo-therapie behandeld. Het Maastrichtse ziekenhuis heeft de afgelopen jaren veel patiënten succesvol met graded exposure behandeld. Ruijgrok: "Niet alle patiënten kunnen deze behandeling aan; ze moeten stevig in hun schoenen staan om de stap te nemen."

De behandeling start met het rangschikken van een aantal foto's van handelingen die de patiënt door de dystrofie niet of nauwelijks meer kan of durft te doen. De patiënt mag aangeven hoe bedreigend hij het vindt deze activiteiten uit te voeren. "De meeste patiënten worden al bang bij het zien van de foto's en dan moeten ze vervolgens de handelingen ook nog echt gaan uitvoeren", vertelt de revalidatiearts. Na een uitgebreide uitleg over de vicieuze cirkel waar de patiënt zich in bevindt, is de volgende stap dat deze één voor één de bewegingen gaat uitvoeren

waarvoor hij bang is. Gedragstherapeut De Jong zei tijdens het eerste consult tegen genoemde patiënt dat hij een pen van het bureau moest oppakken. De patiënt: "Ik kon me niet voorstellen dat ik dat kon, want ik had mijn arm al 17 jaar niet meer gebruikt. Uiteindelijk heeft De Jong mij zo gemotiveerd maar ook zo boos gemaakt dat het me binnen een uur is gelukt, al kostte me dat wel enorm veel energie."

ANGST

Angst speelt een zeer grote rol bij patiënten met posttraumatische dystrofie. Ruijgrok: "Die angst willen we met graded exposure wegnemen om zo de bewegingsvrijheid te vergroten waardoor uiteindelijk de pijn afneemt. We willen dat patiënten beseffen dat ze in een vicieuze cirkel zitten. De angst en aandacht voor de pijn houden de pijn juist in stand. Ze moeten beseffen dat hun arm of voet niet afbreekt als ze hem ondanks de pijn toch bewegen. De oorzaak van hun pijn is vaak niet te achterhalen. Het zenuwstelsel slaat alarm, maar er is geen inbreker." Bij deze therapie moeten patiënten door de pijn heen en hun angst voor de pijn overwinnen. Maar het is niet alleen de angst voor pijn die ze moeten overwinnen, de patiënten moeten leren omgaan met hun nieuwe leven. Daarvoor krijgen ze psychologische begeleiding. "Als iemand na jaren in een rolstoel weer kan lopen, wordt de belevingswereld van de patiënt een stuk groter", vertelt Ruijgrok. "Daar komt veel bij kijken, want patiënten moeten bijvoorbeeld hun





Deze vaatpatiënt heeft Charcot-voeten. Hij wordt deze middag opnieuw geopereerd



Deze patiënt krijgt nieuwe schoenen die zijn diabetesvoeten moeten ontlasten



Deze patiënt denkt dat haar duim geen kracht meer heeft, ze moet appels schillen

aangepaste huis opgeven of hun uitkering wordt stopgezet. Er is een heel klein groepje patiënten dat het niet aankan de stap te nemen om zonder hulpmiddelen te leven. Maar het komt ook voor dat patiënten in plaats van positieve juist negatieve reacties vanuit hun omgeving krijgen. Sommige mensen denken helaas dat iemand die na onze behandeling weer kan lopen zich dus blijkbaar al die tijd heeft aangesteld en iedereen voor de gek heeft gehouden.”

SQUASHEN

Naast De Jong behandelt ook gezondheidswetenschapper Den Hollander samen met een ergo- of fysiotherapeut patiënten met de graded exposure-therapie. Die middag gaat ze met een paar patiënten de oefenruimtes in om de behandeling voort te zetten. Het azM beschikt over een zwembad, fitnesszaal, squashbaan en verschillende revalidatieruimtes. Den Hollander gaat samen met een vrouwelijke patiënt de sportzaal in om te volleyballen. De vrouw is vorig jaar door haar enkel gegaan tijdens het volleyballen en kreeg daarna onverklaarbare pijn. Ze liep met krukken toen ze zes weken geleden de eerste afspraak in het azM had. Verschillende specialisten hebben ernaar gekeken en konden geen oorzaak voor de pijn vinden. “Toch dacht ik dat het niet goed was, omdat het erg pijn bleef doen”, vertelt de vrouw. Inmiddels doet ze alles weer en kan ze ook weer gaan beginnen met volleyballen. Den Hollander: “Ze durfde haar voet niet te gebruiken omdat ze bang was voor de pijn en bang om weer door haar enkel te gaan. Ik heb haar uitgelegd dat de pijn niets kon beschadigen en door het te ervaren is ze hier nu zelf inmiddels van overtuigd.”

Na de volleybalster komt er een volgende vrouwelijke patiënt op het spreekuur die dystrofie in haar rechterarm heeft ontwikkeld na een polsfractuur. Na een aantal sessies kan ze haar vingers weer vrijuit bewegen en hoeft ze haar brace niet meer om. Met Den Hollander wordt haar idee dat haar duim geen kracht meer heeft die middag uitgedaagd door appels te schillen, pillen uit een strip te drukken en een gasaansteker te gebruiken. Ze heeft zichtbaar hevige pijn als ze de met haar duim de pillen uit de strip duwt, maar toch motiveert de therapeut haar om door te gaan. “De pijn bij dystrofiëpatiënten hoeft geen reden te zijn om minder te functioneren”, vertelt Den Hollander. “Vaak hebben patiënten van andere artsen het advies gekregen om bij pijn bepaalde bewegingen niet te maken, maar dat versterkt de angst juist.”

DIABETISCHE VOET

Terwijl De Jong en Den Hollander bezig zijn met de graded exposure-therapie doet revalidatiearts Ruijgrok zijn intercollegiale ronde langs de diabetespatiënten op de verpleegafdeling. “We hebben onlangs een subsidieaanvraag ingediend om te onderzoeken of graded exposure ook werkt bij zenuwpijn bij diabetespatiënten. Er komt namelijk een epidemie

van diabetespatiënten op ons af. We worden steeds dikker en luier en in Amerika zal in de toekomst één op de drie overlijden aan de gevolgen van diabetes type 2.”

Samen met Geert van Nieuwenhoven van Smeets Loopcomfort, een orthopedisch schoen-technisch bedrijf dat aangepaste schoenen maakt voor onder anderen diabetespatiënten, gaat Ruijgrok bij de patiënten langs om hun voeten te controleren. Hij bezoekt een oudere man die wat afwezig is na een CVA. De patiënt ligt te wachten tot hij lichamelijk sterk genoeg is om geopereerd te worden aan zijn voeten. In beide voeten zijn grote wonden ontstaan. Van Nieuwenhoven legt uit dat hij om de diabetische voeten te ontlasten en decubitus te voorkomen speciale orthopedische schoenen kan maken die op de juiste punten steun geven en op andere plekken waar bijvoorbeeld een wond zit, vrij worden gehouden en lucht geven. “We gebruiken zachte materialen en maken de schoenen helemaal op maat zodat ook voeten met afwijkende vorm en met verband erom erin passen.”

Een andere patiënt uit de intercollegiale ronde is een vaatpatiënt met zogenaamde Charcot-voeten. Hij wordt die middag opnieuw geopereerd omdat een plugje in zijn lies van een eerdere vaatoperatie de bloedstroom stagneert. Ondertussen wacht hij op een niertransplantatie, maar door de vele complicaties staat hij als niet-transplanteerbaar op de wachtlijst. “Als het nu niet snel beter gaat met die voet dan wil ik liever een amputatie, zodat ik sneller voor een nieuwe nier in aanmerking kom”, zegt de man. “Dan kan ik tenminste verder met mijn leven; nu lig ik maar te wachten hier en dat ben ik goed zat.”

COMPLEXE GEVALLEN

De afdeling revalidatiegeneeskunde in het azM werkt nauw samen met een revalidatiecentrum in Hoensbroek. Aios moeten ook twee jaar van hun opleiding in het revalidatiecentrum volgen. “Met de intercollegiale ronde en de graded exposure-therapie kijkt altijd wel een aios of een coassistent mee”, vertelt Ruijgrok. “De revalidatiegeneeskunde behelst veel meer dan alleen revalidatie na ongevallen. We zien patiënten van alle specialismen, zolang het maar met het bewegingsapparaat te maken heeft.”

De revalidatieafdeling van het azM heeft geen eigen opnameafdeling maar enkel een poli. Voor



Ruijgrok: “We merken dat artsen bang zijn om de diagnose posttraumatische dystrofie te stellen”

klinische revalidatie moeten patiënten naar Hoensbroek. Ruijgrok: De samenwerking met andere specialisten maakt ons werk zeer divers en omdat het een academische instelling is, besteed ik ook een deel van mijn tijd aan onderzoek en bijvoorbeeld het schrijven van richtlijnen. We draaien dus niet alleen maar productie, maar zien juist ook de meest complexe gevallen. Veel ziekenhuizen in de regio verwijzen revalidatiepatiënten door naar het azM, maar voor de pijnbehandeling komen ze ook van boven de rivieren.” De revalidatiearts hoopt dat collega-

pijnbehandeling vaak pas na een jarenlang medisch traject bij hen terecht komen. Ruijgrok: “Patiënten zijn vaak door verschillende specialisten gezien en niemand kon een oorzaak voor de pijn aanwijzen. We merken dat artsen bang zijn om de diagnose posttraumatische dystrofie te stellen. De grootste problemen bij dystrofie zijn overactieve sympatische zenuwen en een te beschermende dokter. Doordat er ook veel onbegrip rondom de aandoening heerst, laten we vaak de familieleden meekomen voor de behandeling omdat de omgeving waar een

‘Een groot probleem bij dystrofie is een te beschermende dokter’

artsen meer gaan werken met graded exposure-therapie. “We zien zulke goede resultaten. Een vrouw die tien jaar in een rolstoel zat, kon binnen een paar maanden weer lopen. Voordat we met de behandeling starten maken we natuurlijk wel uitgebreide botscaans om te kijken of de botten nog wel voldoende sterk zijn om weer belast te worden. Sommige patiënten met onverklaarbare heftige pijnklachten hebben in het verleden een elektrostimulator geïmplan-teerd gekregen. We hebben nu bij enkele van hen gedurende de graded exposure-therapie de elektrostimulatie kunnen afbouwen en na afloop zelfs helemaal kunnen stoppen.”

Ruijgrok, De Jong en Den Hollander vinden het alledrie jammer dat de patiënten voor de

patiënt in leeft vaak een grote rol speelt bij het in stand houden van de klachten. Soms draait het hele gezinsleven om de dystrofie, iedereen gaat er dan in mee.”

De revalidatiearts hoopt dat ze in Maastricht de komende jaren meer onderzoek kunnen doen naar graded exposure en dat daarmee de behandelmethodes meer bekendheid krijgt bij zowel artsen als patiënten. “Het doel van ons huidige onderzoek is te bewijzen dat exposure veel effectiever is dan gewone fysiotherapie (bewegen binnen een pijngrens), zodat onze behandeling in de richtlijn voor posttraumatische dystrofie kan worden opgenomen. Hiervoor zouden we graag zoveel mogelijk patiënten naar het azM verwezen krijgen.” ■