



HET MULTIDISCIPLINAIR PIJNCENTRUM

22-06-2017

LOK Limburgse reumatologen

22-06-2017

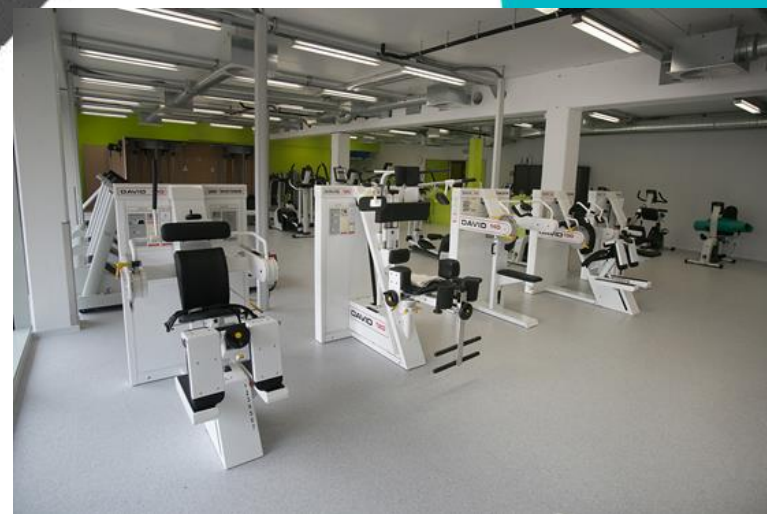
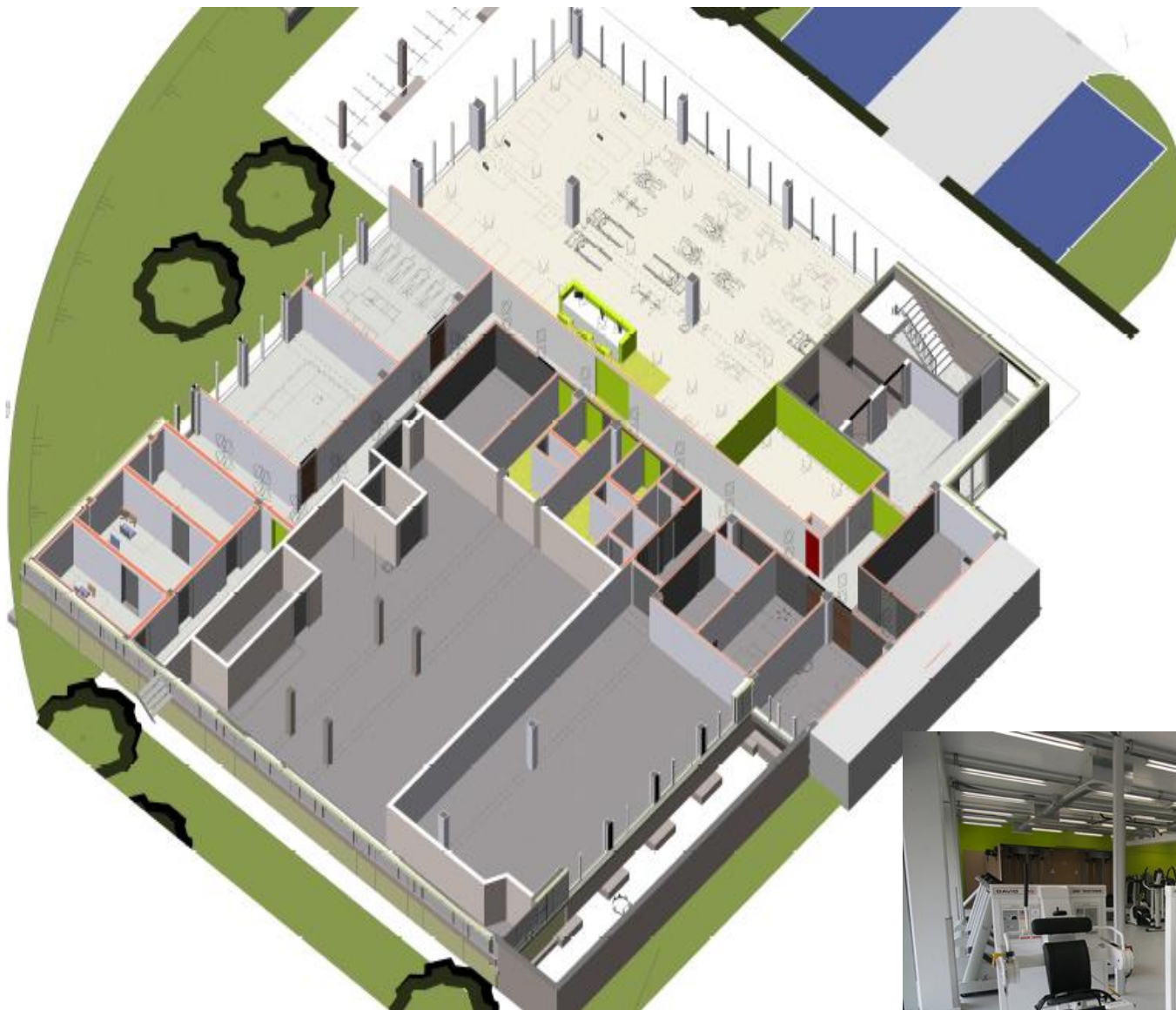
- 19h00: ontvangst op het Multidisciplinair PijnCentrum te Lanaken met een broodje en drankje.
- 19h30: rondleiding door Martine Puylaert
- 20h00: toelichting werking MPC door Jan Van Zundert, gevolgd door drie korte "hot topics":
- 20h30: controverses rondom het gebruik van epidurale steroïden door Koen Van Boxem
- 20h40: controverses rondom het gebruik van opioïden voor chronische niet-kankerpijn door Astrid Van Lantschoot
- 20h50: MPC policy fibromyalgie door Thibaut Vanneste
- 21h00: discussie
- 21h30: afsluiting

1 Voorstelling Multidisciplinair Pijncentrum (MPC)



Bestand





- **1995:** oprichting van de dienst Pijntherapie in het St. Jansziekenhuis te Genk
- **1997:** de dienst Pijntherapie verhuist in december van campus St. Jan naar campus André Dumont te Waterschei.
- **2000:** door het stijgende aantal patiënten wordt het MPC een volledig autonome dienst (voorheen nauwe samenwerking met dienst Sterilisatie)
- **2005:** het MPC behoort samen met 8 andere pijncentra tot de referentiecentra, door het RIZIV geselecteerd in het kader van de conventie voor chronische pijnpatiënten.
- **2006:** KCE-rapport Lage Rugpijn
- **2008:** start Spine Unit ZOL
- **2009:** samen met 35 andere ziekenhuizen geselecteerd door het FOD voor het project 'Tweedelijnscentrum en algologische functie'.
- **2011:** Centre of Excellence Award – World Institute of Pain
- **2013:** → verhuis Lanaken met opstarten Multidisciplinaire Pijnrevalidatie
→ FOD-conventie 'Chronische Pijn'
- **2015:** Transmuraal Limburgs Pijnprotocol
- **2017:** KCE – "Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn"



Multidisciplinair PijnCentrum & Rug- en Nekrevalidatiecentrum

Samenstelling team

- 9 algologen (anesthesisten-pijnspecialist) en 4 fellows
- 3 revalidatieartsen
- 1 psychiater
- 2 neurochirurgen
- 3 psychologen
- 4 kinesitherapeuten
- 2 ergotherapeuten
- 10 verpleegkundigen
 - 1 hoofdverpleegkundige
 - 2 verpleegkundig pijnspecialisten
- 1 sociaal verpleegkundige
- 6 medisch secretaressen

Medici

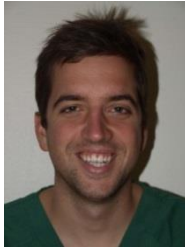
anesthesist-algologen



Dr. Jan Van Zundert
medisch diensthoofd



Dr. Martine Puylaert



Dr. Klaas Buyse



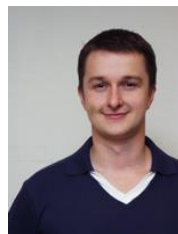
Dr. Pieter De Vooght



Dr. Roel Mestrum



Dr. Koen Van Boxem



Dr. Pascal Vanelderen



Dr. Astrid Van Lantschoot



Dr. Thibaut Vanneste

Medici

Revalidatieartsen fysisch geneesheren



Dr. Peter Hallet
medisch diensthoofd



Dr. Ann Van Goethem



Dr. Bert Jennes

Neurochirurg



Dr. Thomas Daenekindt



Dr. Dieter Peuskens

Psychiater



Dr. Jozef De Bie

Anesthesiologen-Algologen

- geen primaire diagnostiek
- medicamenteuze behandeling
- invasieve behandelingen (cfr. Evidence-based Interventional Pain Medicine, According to Clinical Diagnoses)
 - Wervelzuil: LEI, CEI, facetbehandeling, RF, wortel, ...
 - Aangezichtspijn: trigeminusneuralgie, occipitalisneuralgie
 - Kankerpijn: hoog- of laagabdominaal en unilateraal
 - Spinal Cord Stimulation voor Failed Back Surgery Syndrome
 - (Intrathecale pompen voor spasticiteit)
- multidisciplinaire coördinatie
- opvolging palliatieve patiënten
- wetenschappelijk onderzoek (3 PhD-thesissen)
- opleiding fellows

Revalidatieartsen

- medische bovenbouw kinesitherapeuten
- diagnostiek: klinisch, E.M.G., ...
- "David Back": Rug- en Nekrevalidatie (intern)
- "Exposure": functionele revalidatie (intern)
- opvolging patiënten met spasticiteit (intrathecale Baclofenpomp)

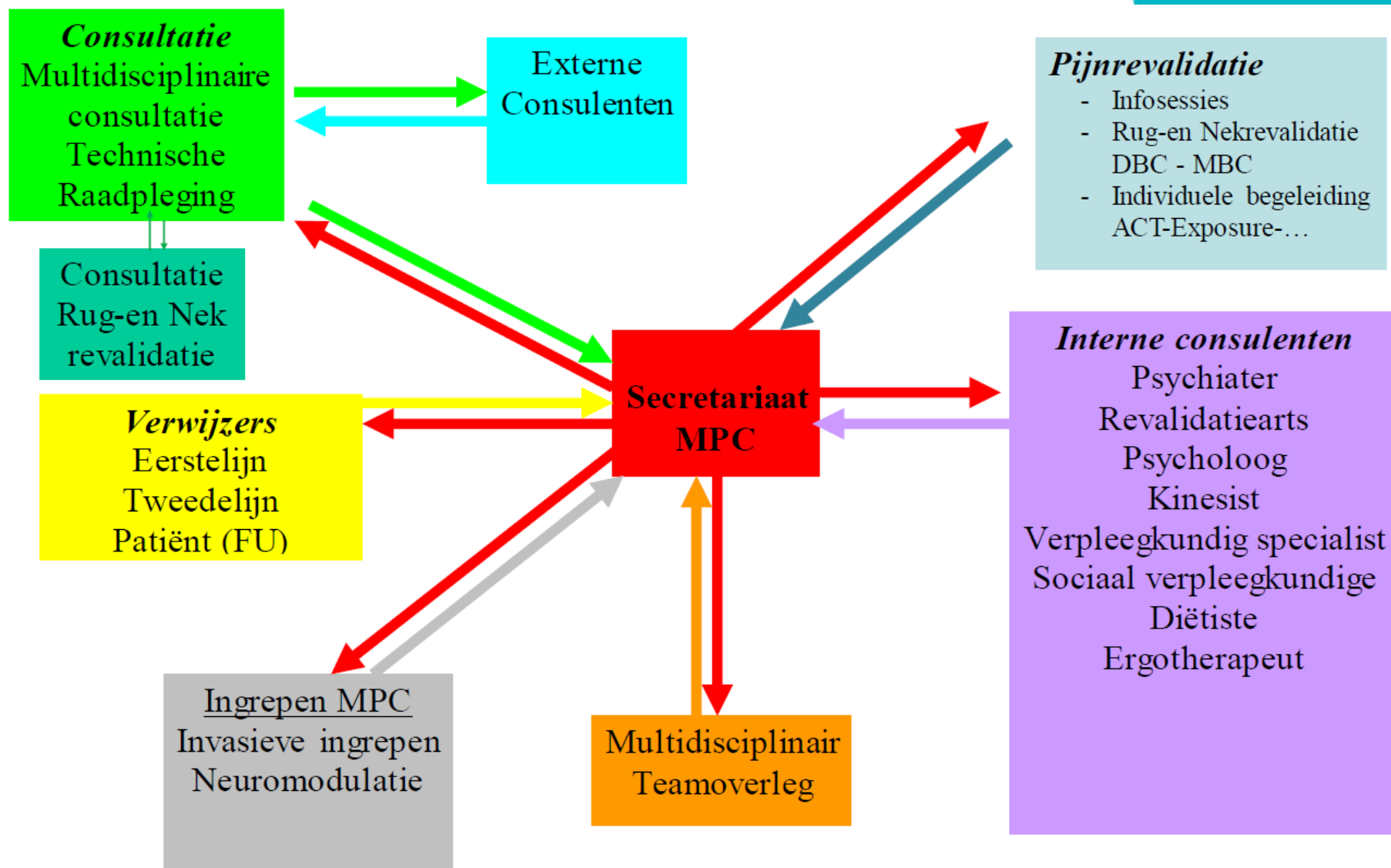


Psychiater

- medische bovenbouw van de psychologen
- diagnostiek en behandeling
- doorverwijzing voor psychologische begeleiding
- opvolging patiënten met depressie
- opvolging medicatieabusus

Neurochirurg

- geïntegreerde werking **neuromodulatie**
 - Spinal Cord Stimulation
 - IT-baclofen
 - (IT-morfine)
- **Spine-unit**
 - gezamenlijke behandelprotocollen
 - 1x/maand multidisciplinaire bespreking met Neurochirurgie, Revalidatie, Radiologie en algologen



Welke patiënt zien we in de pijnkliniek?

- pijn uitgaande van de wervelkolom:
→ nek- en rugpijn (60 à 70 % van de populatie)
- neuropathische pijn
- kankerpijn (10 % van de populatie in de pijnkliniek)
- typische hoofd- en aangezichtspijn: trigeminusneuralgie, clusterhoofdpijn
- andere pijnsyndromen ` oa. CRPS, fibromyalgie

Mogelijke patiëntenflows

Acute/subacute versus chronische pijn

→ red flags - yellow flags

- **Acuut – subacuut**

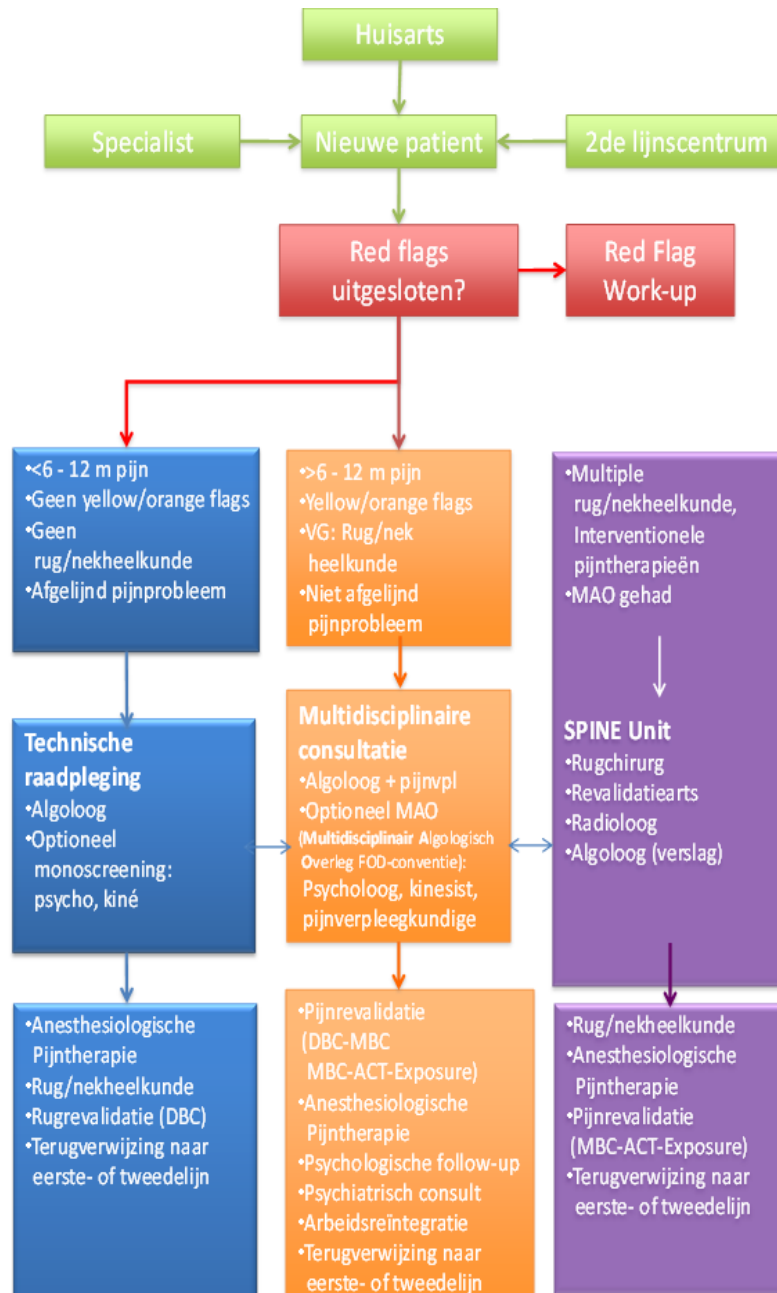
→ spontaan verloop

→ tijdig anticiperen om chroniciteit te vermijden

- **Subacuut versus chronisch**

→ toenemend belang biopsychosociale aanpak

Patiëntenflow



Technische Raadpleging

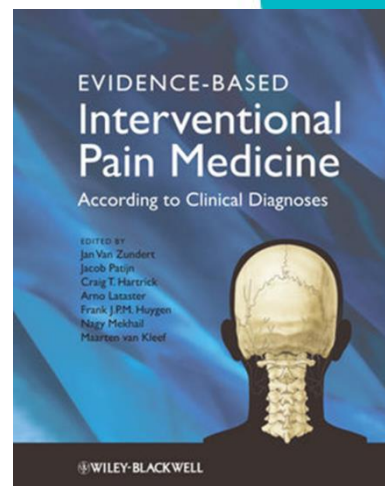
- steeds verwijsbrief
- uitgewerkt dossier
- kortdurend, goed afgelijnd probleem
- medisch-technische onderzoeken zijn gebeurd
- bevestigen van de tentatieve diagnose door de verwijzers

Technische Raadpleging

- consult door pijnarts minstens 1 dag voor behandeling
- indicatie/contra-indicaties controleren
- medicatie /antico/allergie
- **Informed Consent:**
 - mondeling: uitleg verschaffen i.v.m. infiltratie/risico's/nevenwerkingen
 - extra schriftelijk + tekenen: alleen voor epidurale infiltraties (off label cortico)
- steeds een controleraadpleging na de behandeling:
 - evaluatie van het effect
 - registratie complicaties
- retour HA/verwijzend specialist → medisch verslag/ontslagbrief
- blijvende problemen: uitgebreide intake MPC

Interventionele pijnbehandeling: zinvol ?

- screening (red flags)
- goede patiëntselectie
- goede communicatie
 - patiënt (IC – complicaties)
 - verwijzers
- EBM-richtlijnen
- veiligheid: dagziekenhuis
- follow-up
- onderdeel van de multidisciplinaire aanpak



Multidisciplinaire werking MPC

Doorverwijzing via huisartsen en specialisten

→ Algoloog

- intakegesprek (en/of pijnverpleegkundige)
- eerste screening pijnproblematiek

→ Monodisciplinair

- medisch behandeltraject (medicatie, invasief, reva...)
- psycholoog

→ Indicatie voor **Multidisciplinair Algologisch Consult (MAO)**

- yellow flags en/of 'medisch uitbehandeld'
- verpleegkundige, kine, psycho, anesthesie, evt. ook ergo, soc vpk, reva
- functioneren ondanks pijn

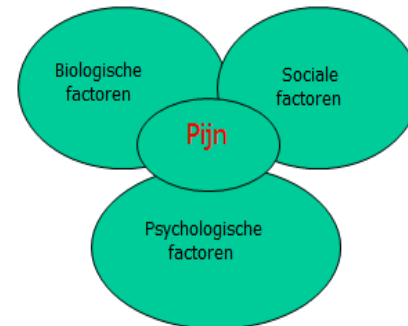
Verwachtingen patiënten over (aanpak) pijn



Biopsychosociale visie op pijn

Pijn = complex proces waarbij

- **biologische**
- **psychologische**
- **sociale factoren**

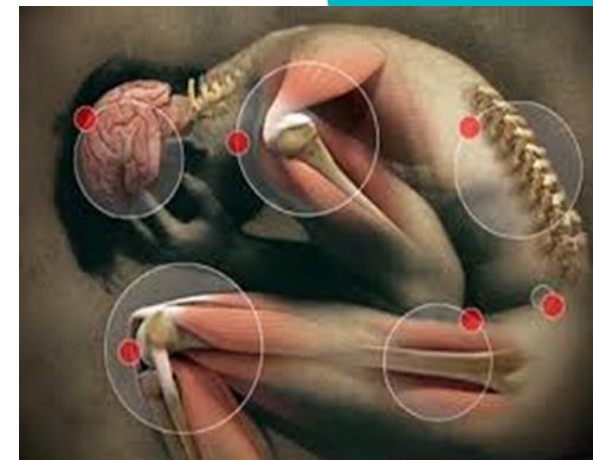
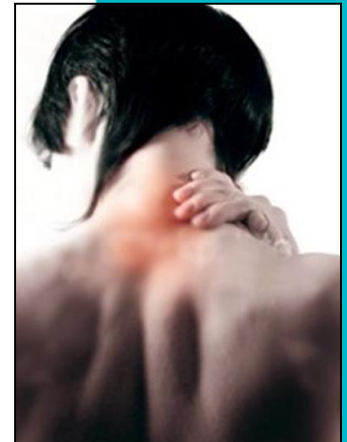


voortdurend op elkaar inspelen

Vaak geen medische technische oplossing

Meestal geen volledige genezing mogelijk

- ➔ pijnrevalidatie
- ➔ functionaliteit bevorderen
- ➔ "Leren omgaan met ..."
- ➔ levenskwaliteit bevorderen
- ➔ ... met respect voor de eigen beperkingen



2 Multidisciplinaire Centra voor de behandeling van Chronische Pijn

Veranderingen op 1 juli 2013



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directoraat-generaal Organisatie
Gezondheidszorgvoorzieningen

Dienst Acute, Chronische en Ouderenzorg

Omzendbrief aan de acute ziekenhuizen
Ter attentie van de algemene directie

Brussel, 21 maart 2013

Geachte mevrouw,
Geachte heer,

BETREFT : Hervorming van de behandeling van pijn in de ziekenhuizen

- Implementatie van een multidisciplinair algologisch team in alle ziekenhuizen
- Oproep tot kandidaten: multidisciplinaire centra voor de behandeling van chronische pijn

21 juni 2013: kennisgeving FOD-contracten en inhoud

Acute Pijn in elk ziekenhuis	Multidisciplinair algologisch team in elk ziekenhuis (MAT)	Multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn (MCCP) (35 centra – 2 Limburg)
Behandeling van acute pijn (postoperatief, ...) via de nomenclatuur en de terugbetaling medicatie	Behandeling van chronische pijn via medicamenteuze en analgetische behandelingen (art.12 van de nomenclatuur v/d geneeskundige verzorging + pijnforfaits via de conventie VI/ZH)	Behandeling van chronische pijn die een multidisciplinaire biopsychosociale aanpak vereisen
	Samenstelling - psychologe - pijnverpleegkundige - arts	Samenstelling - coördinerend arts (fysisch geneesheer, anesthesist, neuroloog of neurochirurg, psychiater), - verpleegkundige(n), - kinesist(en), - ergotherapeut(en), - psychologe(n), - sociale assistente(n)
	Specifieke taak -sensibilisering van de zorgverstrekkers voor de pijnproblematiek; -bieden van ondersteuning aan de zorgteams in het kader van de identificatie en de behandeling van pijn.	Specifieke taak - diagnose en behandeling van patiënten met subacute of chronische pijn; - ontwikkelen van behandelings- en diagnosetechnieken gebaseerd op een biopsychosociale aanpak.

FOD-conventie

- biopsychosociaal model
- niet-exclusieve samenwerkingsverbanden
- het uitbouwen van een kennisnetwerk
- zorg voor chronische pijnpatiënten in onze provincie beter te stroomlijnen
- medical shopping en medicatie abususs te vermijden

Limburg

2 Multidisciplinaire behandelcentra (MCCP)

- Ziekenhuis Oost-Limburg
- Jessaziekenhuis

7 Multidisciplinaire algologische teams (MAT)

- Ziekenhuis Oost-Limburg - Genk
- Jessaziekenhuis - Hasselt
- AZ Vesalius - Tongeren
- Mariaziekenhuis Noord-Limburg - Overpelt
- St-Franciskusziekenhuis – Heusden-Zolder
- Ziekenhuis Maas en Kempen – Maaseik
- Regionaal Ziekenhuis St-Trudo – Sint-Truiden

Provinciaal samenwerkingsverband: "Kennisnetwerk"

Kwalitatieve zorg voor de chronische pijnpatiënten in de provincie:

- patiëntenflow beter stroomlijnen, met aandacht voor biopsychosociaal model in 1^e, 2^e en 3^e lijn
- vermijden medical shopping
- Evidence Based toepassen van pijnbehandeling, zowel farmacologisch als interventioneel
- aandacht voor analgeticamisbruik
- Uitbouwen multidisciplinair pijnrevalidatieprogramma

Consensus regionale samenwerking 1^e-, 2^e- en 3^elijn

DE HUISARTS

- geen verwijsbrief = geen consult
- correcte, volledige verwijsbrief
- steeds verwittigen van multidisciplinair overleg (cave: geen terugbetaling meer)
- medicatievoorschrift via de huisarts
 - analgeticamisbruik voorkomen
- arbeidsongeschiktheid via de huisarts
 - indien nodig overleg met arbeids- of verzekeringsarts

Hoe optimaliseren samenwerking eerstelijns - pijncentra

- voorafgaand onderzoek en verwijfsbrief
- basis 'Farmacologische leidraad' voor de eerstelijns
- postinterventionele pijnbehandelingen – richtlijnen voor de eerstelijns
- advies kinesitherapie in de eerstelijns
- éénvormig anticobeleid

DOEL: breedgedragen consensusprotocol door alle zorgverleners van Limburg

Realistische doelstellingen

- Geen diagnostische standaard
- Geen wonderpil, -prik of -operatie
- Geen symptomatische behandeling vooraleer etiologie/ oorzaak uitgesloten is (cfr. onco, infectie,...)
- Less is more
- Primum non nocere

Centrale rol van de eerstelijns, maar in een consensus en samenwerkingsverband met 2^e en 3^e lijn

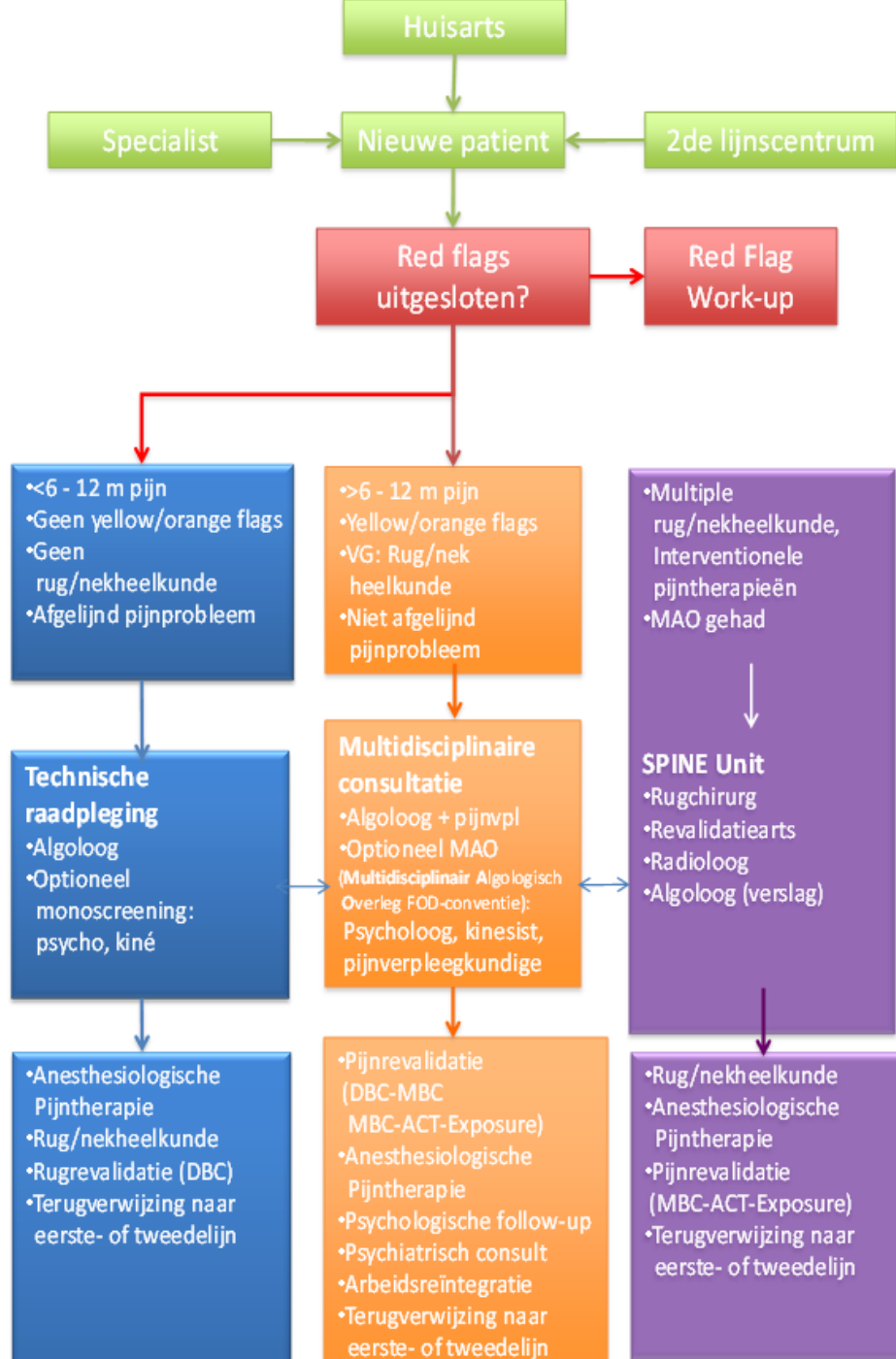
Geen medical shopping

- Tussen de ziekenhuizen
- Tussen de provincies

Cave 'verdoken' psychiatrische verwijzingen

3 SPINE UNIT

- Start 2008-2009
- Ziekenhuisbreed protocol 'Lage Rugpijn' op basis van het KCE-rapport 'Lage Rugpijn' 2007 en de Anesthesiologische Praktijkrichtlijnen
- 1 x/maand patiëntenoverleg
 - neurochirurgen
 - anesthesiologen/algologen
 - revalidatieartsen
 - radiologen



SAMENVATTING

KLINISCHE RICHTLIJN ROND LAGE RUGPIJN EN RADICULAIRE PIJN



PETER VAN WAMBEKE, ANJA DESOMER, LUC AILLIET, ANNE BERQUIN, CHRISTOPHE DEMOULIN, BART DEPREITERE, JOHAN DEWACHTER, MIEKE DOLPHENS, PATRICE FORGET, VIRGINIE FRASELLE, GUY HANS, DAVY HOSTE, GENEVIÈVE MAHIEU, JEF MICHIENSEN, HENRI NIELENS, THOMAS ORBAN, THIERRY PARLEVLIET, EMMANUEL SIMONS, YANNICK TOBBACKX, JAN VAN ZUNDERT, JACQUES VANDERSTRAETEN, PATRICK VANSCHAEYBROECK, JOHAN VLAEYEN, PASCALE JONCKHEER

ANAMNESE EN KLINISCH ONDERZOEK

Hou altijd rekening met mogelijke differentiële diagnoses en sluit signalen uit die kunnen wijzen op een onderliggende, ernstige pathologie



Bij aanwezigheid van rode vlaggen



EXIT

Buiten de scope van deze richtlijn

EVALUATIE VAN HET RISICO OP CHRONICITEIT



BEELDVORMING
NIET systematisch
Leg aan de patiënt uit dat medische beeldvorming niet noodzakelijk is

SELF-MANAGEMENT

Voor alle patiënten, geef informatie en gepersonaliseerd advies, aangepast aan hun behoeften en capaciteiten, bij elke stap in hun zorgpad:

- Informeer hen over de goedaardige aard van de lage rugpijn/radiculaire pijn
- Moedig hen aan om de normale activiteiten voort te zetten (voor zo ver mogelijk)

NIET-INVASIEVE INTERVENTIES

Oefenprogramma
(volgens de behoeften, capaciteiten en voorkeuren van de patiënt)

↕ **Manipulatie, mobilisatie of zachtweefseltechnieken**
↕ **Psychologische interventie (cognitieve gedragstherapie)**

Multidisciplinair revalidatieprogramma met fysieke en psychologische component

- bij significante psychosociale belemmeringen of
- na falen van eerdere *evidence-based* behandelingen

ONDERSTEUN EN MOEDIG DE HERVATTING VAN HET WERK OF VAN DE NORMALE DAGELIJKSE ACTIVITEITEN ZO VROEG MOGELIJK AAN

INVASIEVE INTERVENTIES

CHRONISCHE LAGE RUGPIJN

Radiofrequente denervatie (enkel na een diagnostische mediale zenuwblokkade) als:

- vermoeden van facetgewrichtspijn
- na falen van een niet-chirurgische aanpak
- matige tot ernstige lage rugpijn

Lumbale artrodese: NIET aanbieden tenzij:

- na falen van niet-chirurgische aanpak
- na evaluatie via multidisciplinaire consultatie
- bij voorkeur met data-registratie in een register

RADICULAIRE PIJN

Epidurale infiltraties (lokale anesthetica en steroïden):

- bij (sub)acute en ernstige pijn

Spinale decompressie na minstens 6 tot 12 weken als:

- na falen van niet-chirurgische aanpak
- bevindingen beeldvorming overeenkomen met huidig klinisch beeld

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

enkel indien nodig

NSAID's

- Met continue herevaluatie van de risicofactoren en eventueel gebruik van maagbeschermers
- Aan de laagst werkzame dosis gedurende een zo kort mogelijke periode

Opioiden:

- Zwak werkende (met of zonder paracetamol) bij acute lage rugpijn, tijdens een zo kort mogelijke periode, enkel als NSAID's gecontra-indiceerd zijn, niet verdragen worden of ondoeltreffend bleken
- NIET systematisch bij chronische lage rugpijn

Paracetamol: NIET systematisch als enige medicatie

Antidepressiva:

- Tricyclische of SSRI: NIET systematisch bij chronische lage rugpijn
- SSRI: Nooit

Anti-epileptica: NIET bij afwezigheid van neuropathische component

Spierrelaxantia: Nooit

NIET DOEN

- Elektrotherapie
- Manuele tractie
- Gordels, korsetten, steunzolen
- Niet-epidurale spinale injecties
- Discusprothese

Voor andere interventies, zoals bijvoorbeeld andulatietherapie, kan geen aanbeveling worden geformuleerd wegens het ontbreken aan wetenschappelijk bewijs.

Websites

<http://www.zol.be/multidisciplinair-pijncentrum>

<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/klinische-richtlijn-rond-lage-rugpijn-en-radiculaire-pijn>

Telefonische bereikbaarheid MPC

Secretariaat 089/32 54 40 *(Elke weekday tussen 8.00 – 16.30 u)*

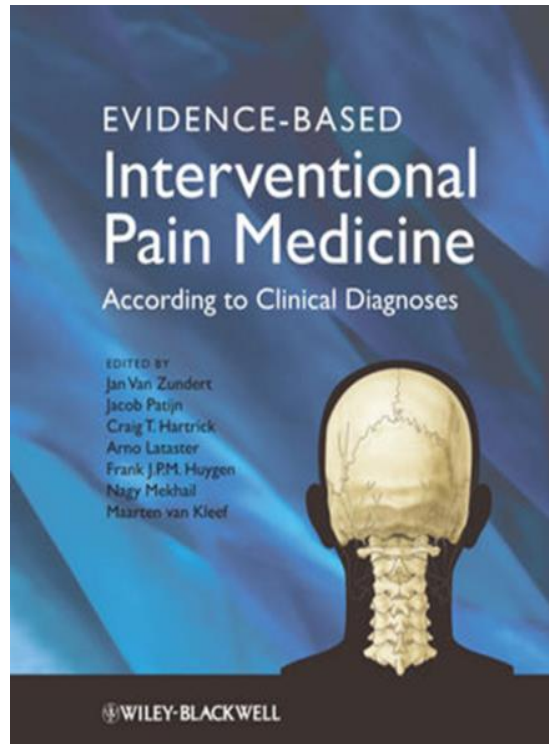
Bezoek LOK Reumatologen

- 20h30: controverses rondom het gebruik van epidurale steroïden door Koen Van Boxem
- 20h40: controverses rondom het gebruik van opioïden voor chronische niet kanker pijn door Astrid Van Lantschoot
- 20h50: MPC policy fibromyalgie door Thibaut Vanneste
- 21h00: discussie
- 21h30: afsluiting



Epidurale corticosteroiden

Koen Van Boxem



Benelux / internationaal

Werkgroep :
“veilig gebruik epidurale
corticosteroiden infiltraties”

BPS: Belgian Pain Society

NVA: Nederlandse Vereniging Anesthesiologie,
sectie pijnbestrijding

VAVP: Vlaamse Anesthesiologische Vereniging
voor Pijnbestrijding

WIP: World Institute of Pain, sectie Benelux



Benelux

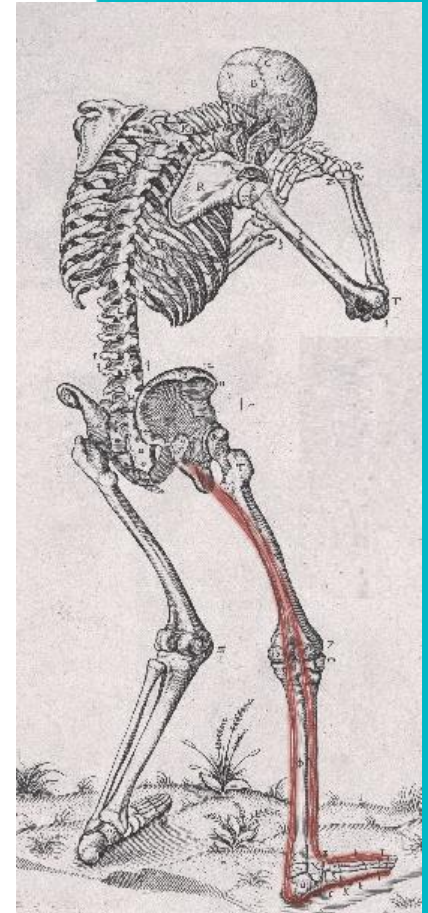
Radiculaire pijn

Lumbaal:

geen consensus: sciatica, ischias, nerve root entrapment, radicular pain, radiculopathy, pain in the leg, nerve root pain...

➡ **lumbosacraal radiculair syndroom**

Cervicaal: cervicobrachialgie

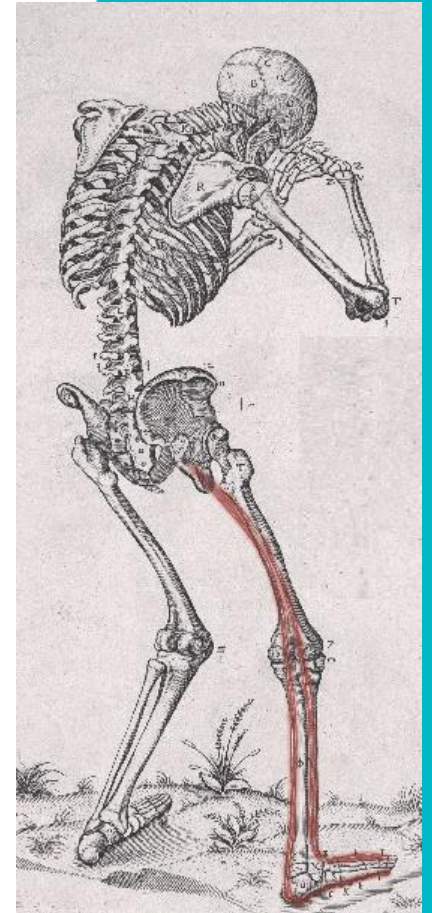


Overzicht epidurale corticosteroïden

1. Lumbosacraal radiculair syndroom

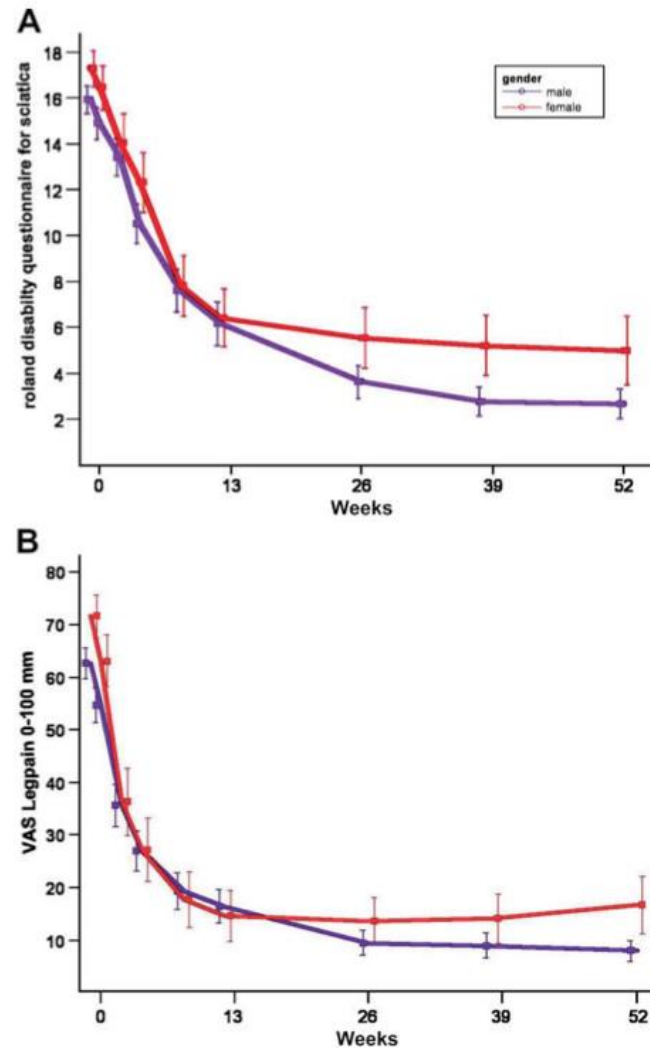
- Subacuut
- Chronisch

2. Cervicobrachialgie



Epidemiologie

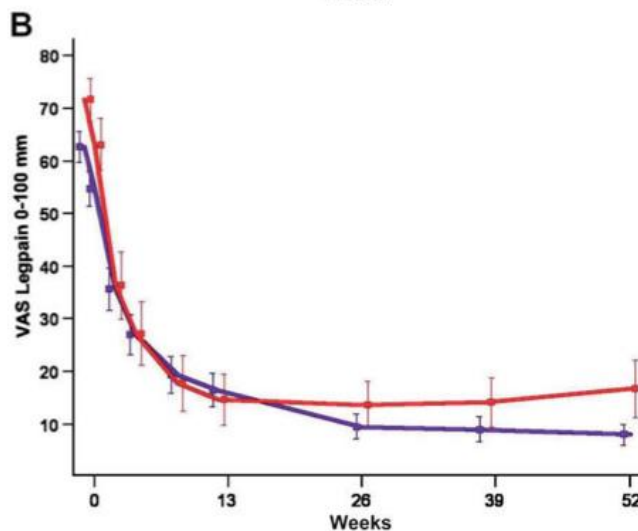
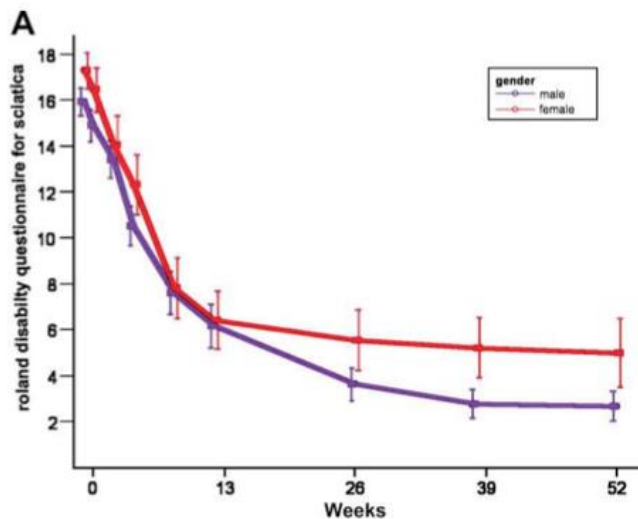
Spontaan verloop:



Epidemiologie

Spontaan verloop:

➡ geruststelling
➡ R/ "bridging"



Epidemiologie

Spontaan verloop: 75 % herstel 3 maanden maar ...

- lage levenskwaliteit: hoe aanpakken ?
- resterende 25 %: ongunstig
- hoge hervalkans
- 2 jaren, 2^e lijns :
 - 40 % niet succesvol
 - 1/4 werkonbekwaam

Balague 1999, Vroomen 2002, Pinto 2012

Dworkin 2007 Suri 2012, Haugen 2012, Grovle 2013

Therapie EBM

Bedrust vs actief blijven: -

Medicatie

- Paracetamol : ?
- NSAID : -
- Morfine : -
- Corticoïden : ?

Therapie EBM

- Corticoïden PO / IM / IV :
 - 4 RCT : -
 - Methylprednisolone 160 mg **IM** éénmalig vs placebo
 - N=82
 - Resultaat : -
 - Methylprednisolone 500mg **IV** éénmalig vs placebo
 - <3d : +
 - >3d : -
 - Prednisone 600mg **PO** (5x60mg-5x40mg-5x20mg) vs placebo
 - N=269
 - Resultaat : -

Therapie EBM

– Nortryptyliline, gabapentin, pregabalin,...: -

➔ *"Radiculopathy more refractory than other pain conditions"*

Therapie EBM

Epidurale corticosteroiden injecties (ESI) :

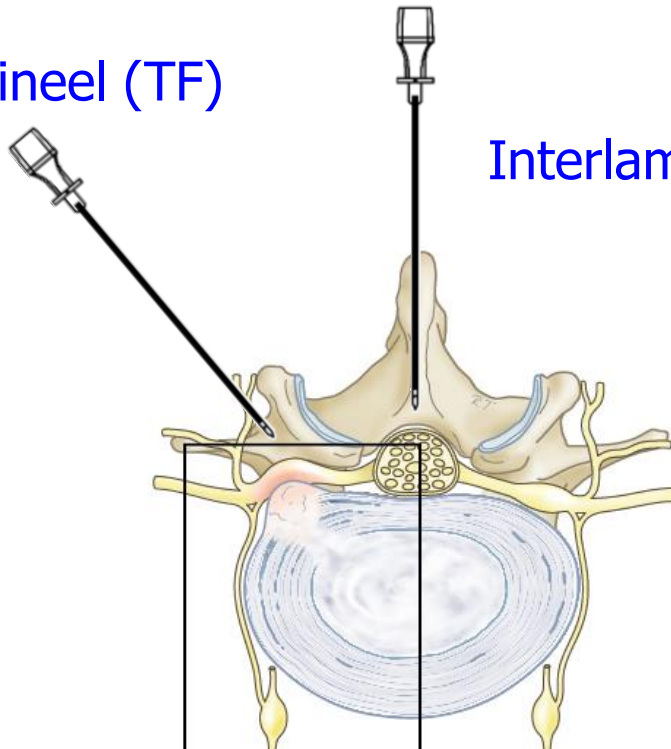
- 45 RCT's : 30 met placebo
- Beperkt heerkunde sparend effect kortetermijn
- Beperkt klinisch effect, ≤ 3 maanden (high-quality, GRADE)
- Kosten-baten positief

ESI praktisch

Voordeel : dicht bij inflammatie

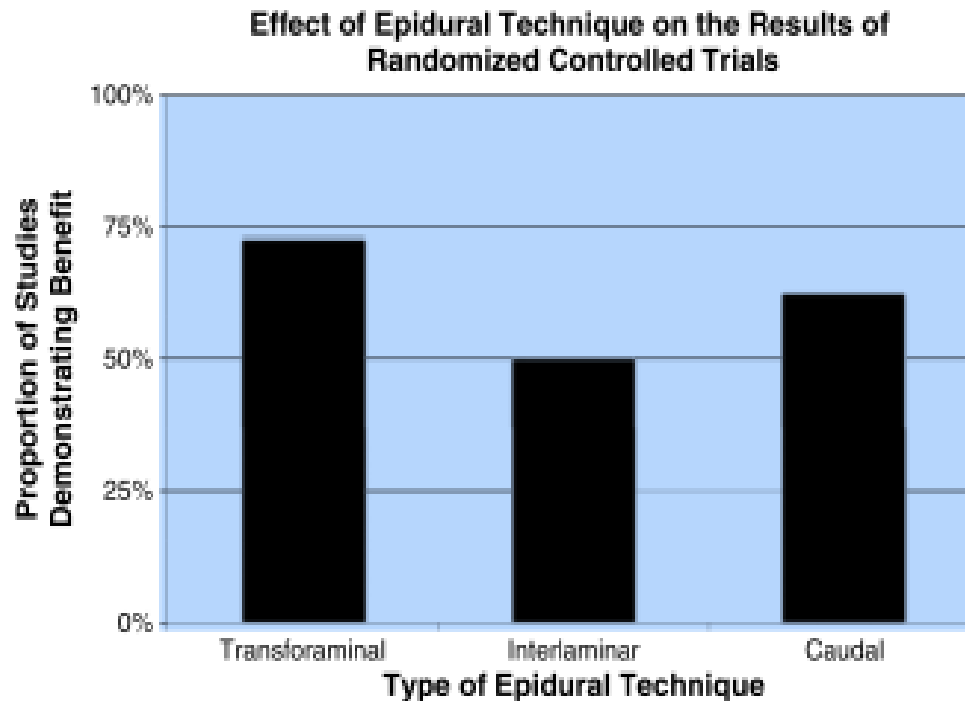
Transforamineel (TF)

Interlaminair



AVU se

ESI praktisch

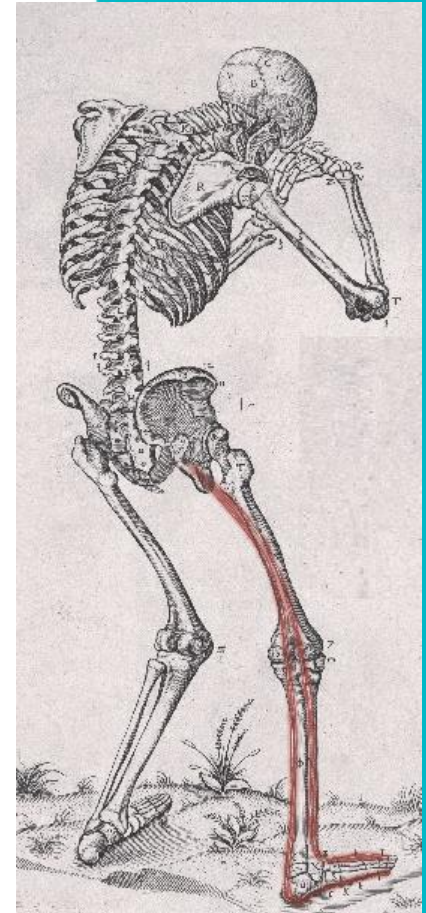


- Transforamineel de voorkeur
- L3 of lager (partikelhoudende cortic.)

Overzicht epidurale corticosteroïden

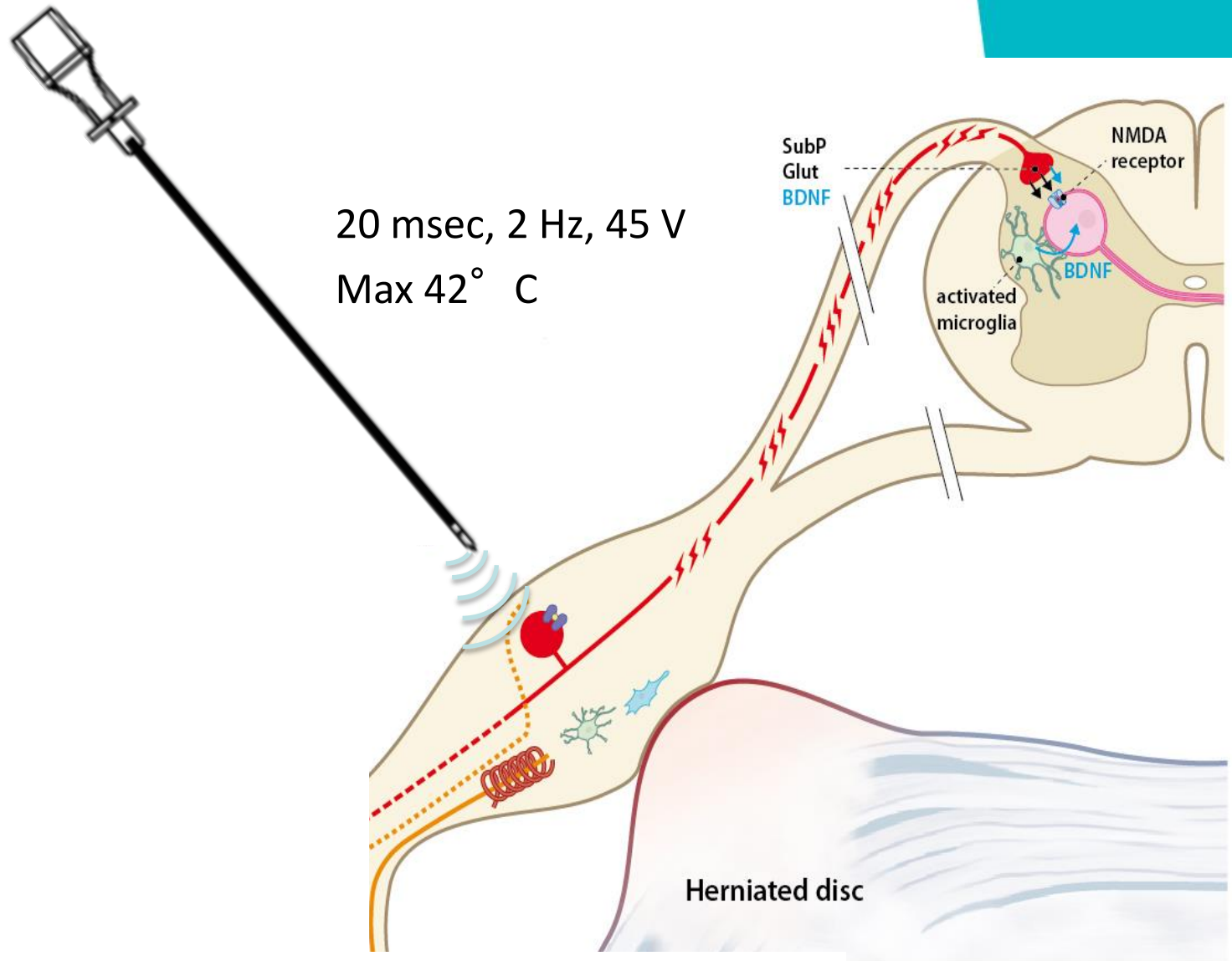
1. Lumbosacraal radiculair syndroom

- subacuut
- chronisch: gepulseerde radiofrequente behand.



PRF

20 msec, 2 Hz, 45 V
Max 42° C



Klinisch effect

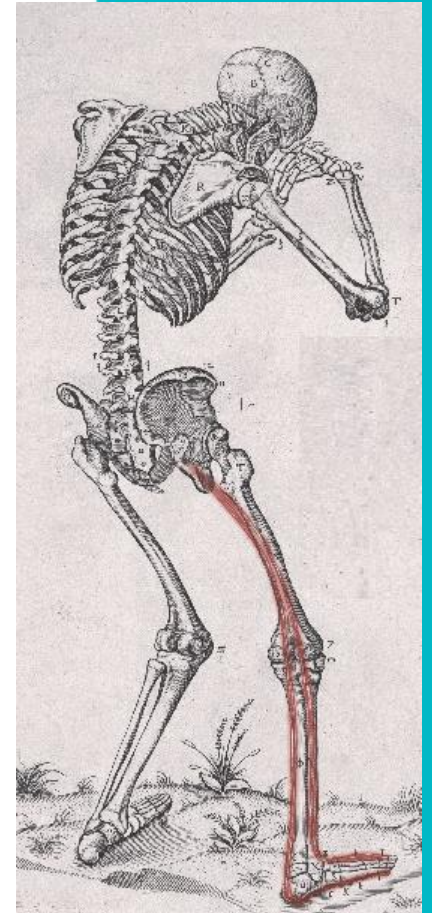
- Prospectief:
 - N= 65
 - Klinisch succes : 55,4% (6maanden)
- RCT:
 - RCT PRF + TF vs sham PRF + TF
 - PRF > sham (3 maand)

Overzicht epidurale corticosteroïden

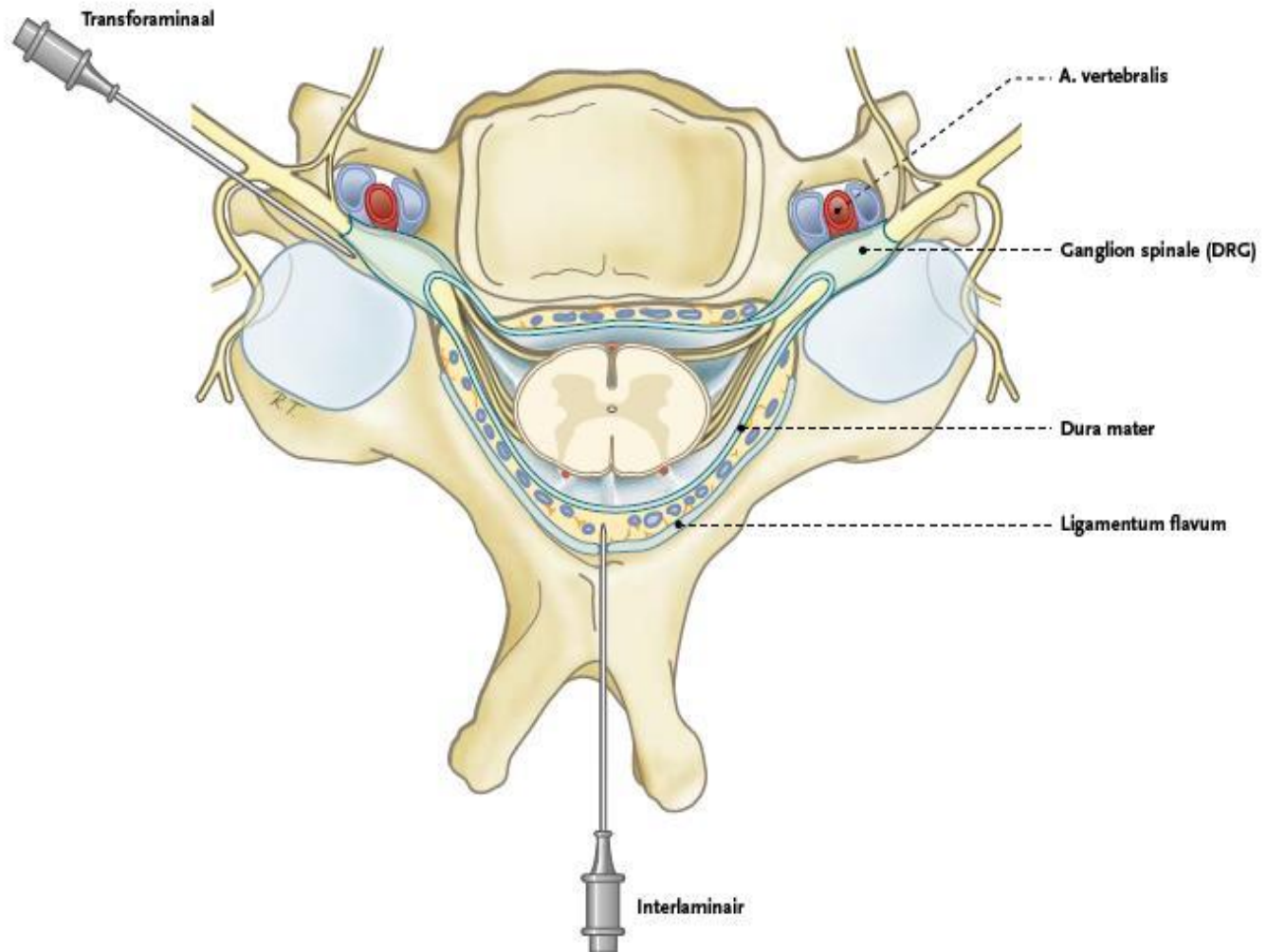
1. Lumbosacraal radiculair syndroom

- Subacuut
- Chronisch

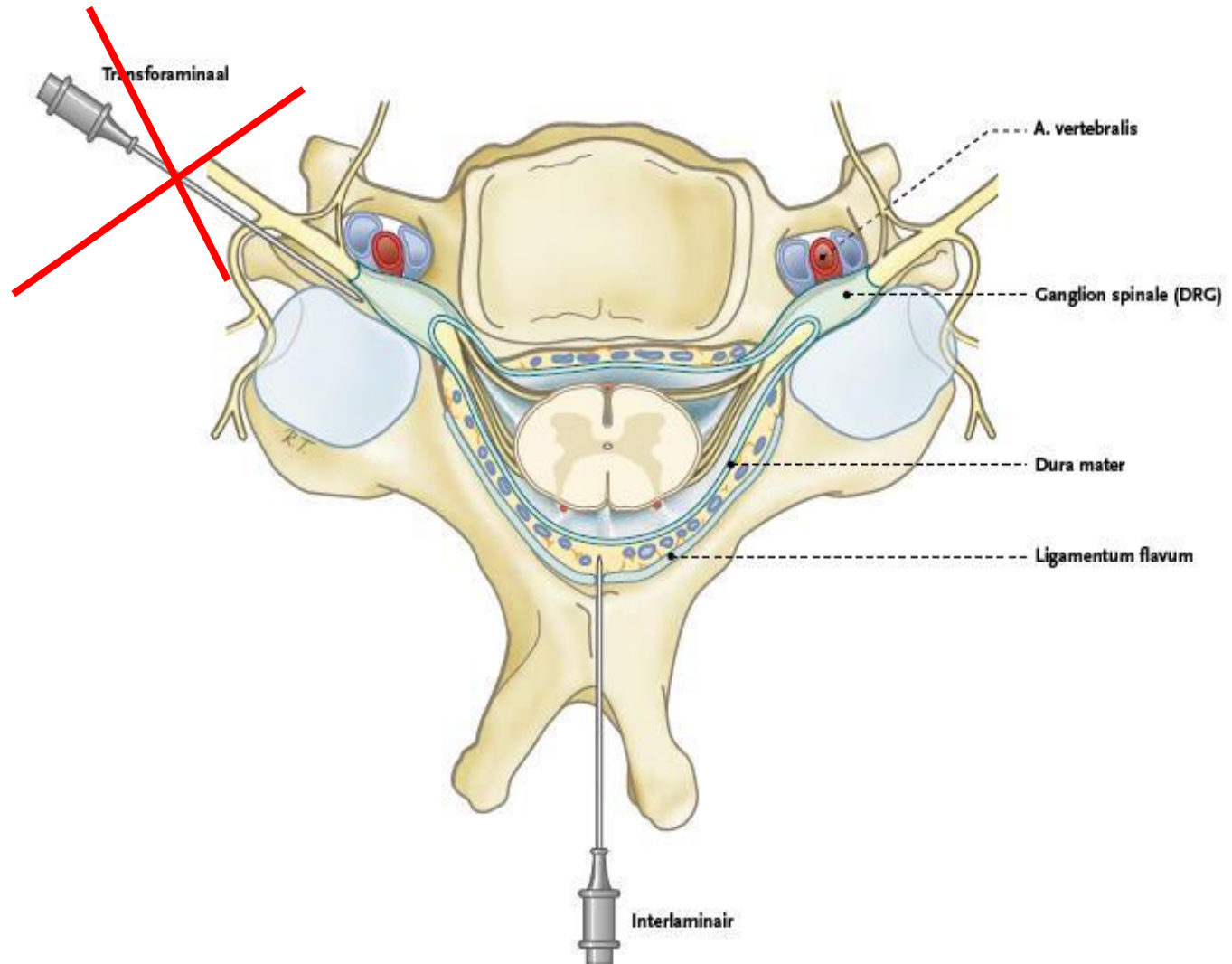
2. Cervicobrachialgie



Cervicobrachialgie: benadering !



Cervicobrachialgie : benadering !



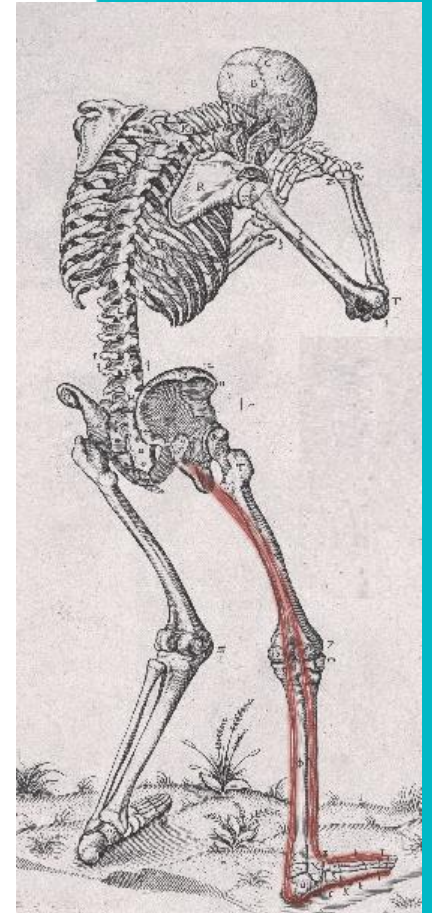
Conclusie

1. Lumbosacraal radiculair syndroom

- Conservatief : weinig evidentie
- Subacuut : transforamineel
- Chronisch : PRF

2. Cervicobrachialgie

- Subacuut : interlaminair
- Chronisch : PRF



ESI praktisch

Indicatie: 2 à 3 weken < x < 6 maanden

Consultatie MPC: Informed Consent (min. 24 u. vóór de behandeling)



1e epidurale infiltratie



3 weken

2e



2 weken

controle



3^e optioneel



Opioiden en chronische pijn

Astrid Van Lantschoot

The opioid epidemic



How big is the problem?

In 2014 in the US:

20 000 deaths due to overdose of prescription opioids
(2012: 15 000)

2 mio people older than 12 – substance use disorder
involving prescription opioids

4/5 newly initiated heroine use started with prescription
opioid

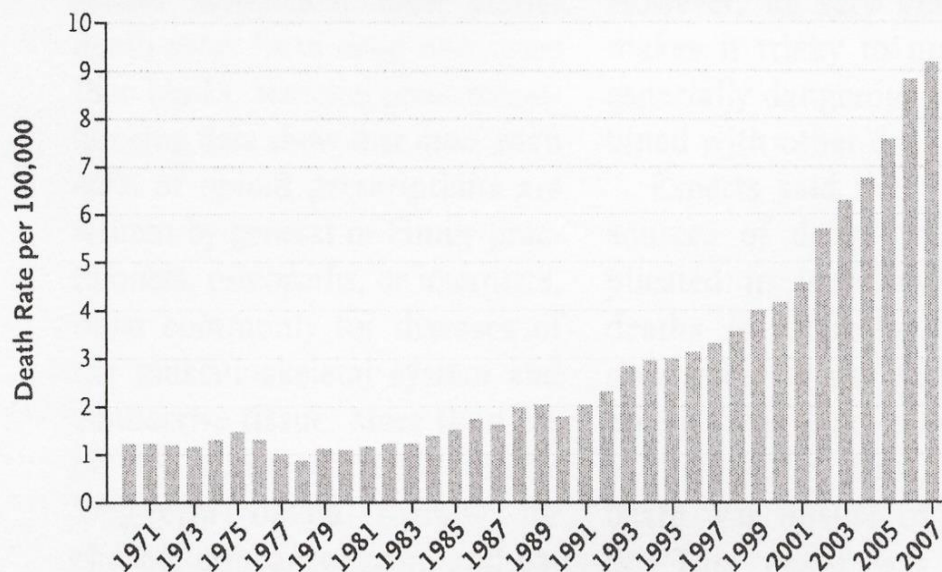
History

1980- 1990 : call for greater attention to pain
2000 : pain = 5^e vital sign

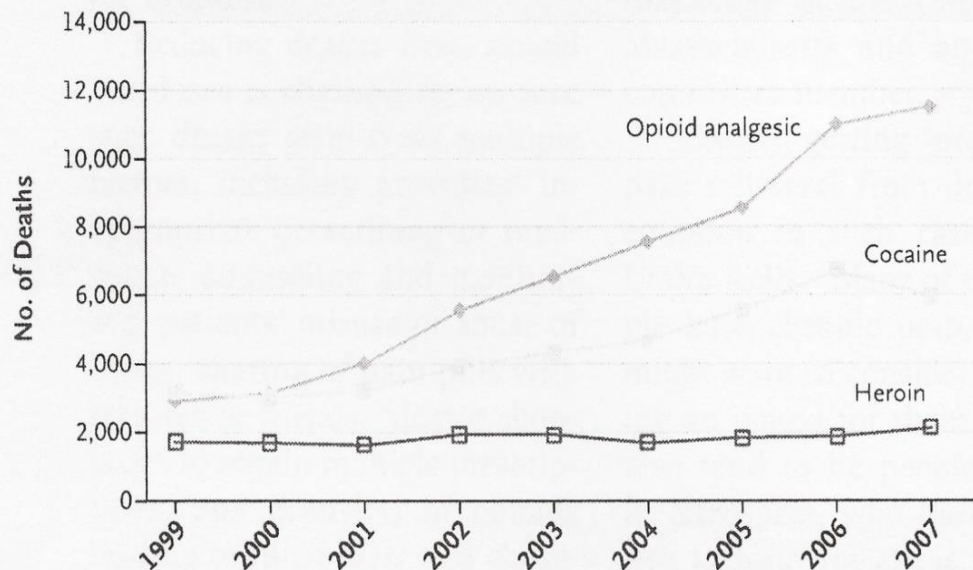
Around that period:

- misleading marketing of prescription opioids
- no substantial long term evidence in noncancer pain

A Deaths from Unintentional Drug Overdoses in the United States, 1970–2007



B Deaths from Unintentional Drug Overdoses in the United States According to Major Type of Drug, 1999–2007



Opioid Dose and Drug-Related Mortality in Patients With Nonmalignant Pain

Tara Gomes, MHSc; Muhammad M. Mamdani, PharmD, MA, MPH; Irfan A. Dhalla, MD, MSc;
J. Michael Paterson, MSc; David N. Juurlink, MD, PhD

Background: Opioids are widely prescribed for chronic nonmalignant pain, often at doses exceeding those recommended in clinical practice guidelines. However, the risk-benefit ratio of high-dose opioid therapy is not well characterized. The objective of this study was to characterize the relationship between opioid dose and opioid-related mortality.

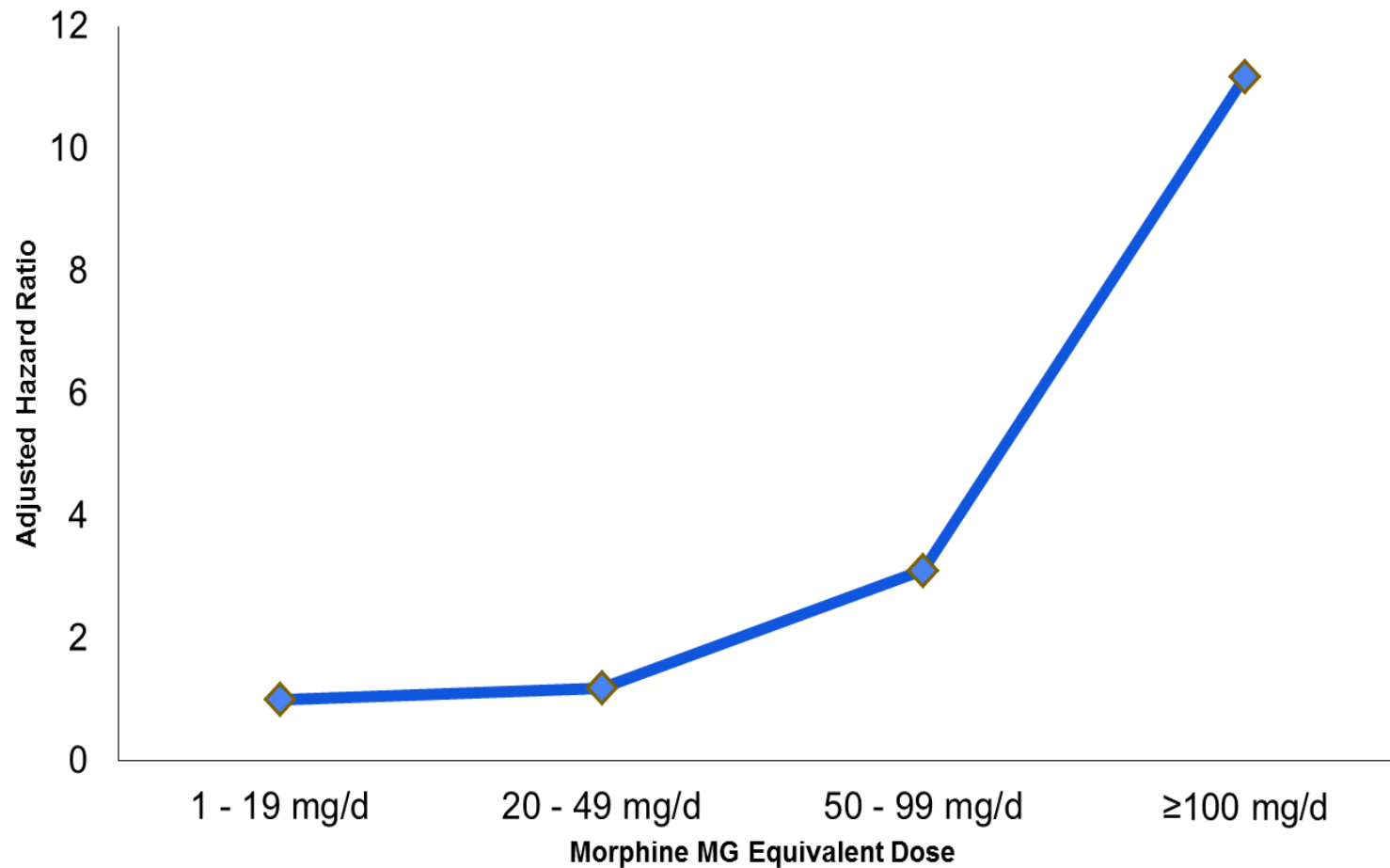
Methods: We conducted a population-based nested case-control study of Ontario, Canada, residents aged 15 to 64 years who were eligible for publicly funded prescription drug coverage and had received an opioid from August 1, 1997, through December 31, 2006, for nonmalignant pain. The outcome of interest was opioid-related death, as determined by the investigating coroner. The risk of opioid-related death was compared among patients treated with various daily doses of opioids.

Results: Among 607 156 people aged 15 to 64 years prescribed an opioid over the study period, we identified 498

eligible patients whose deaths were related to opioids and 1714 matched controls. After extensive multivariable adjustment, we found that an average daily dose of 200 mg or more of morphine (or equivalent), was associated with a nearly 3-fold increase in the risk of opioid-related mortality (odds ratio [OR], 2.88; 95% confidence interval [CI], 1.79-4.63) relative to low daily doses (<20 mg of morphine, or equivalent). We found significant but attenuated increases in opioid-related mortality with intermediate doses of opioids (50-99 mg/d of morphine: OR, 1.92; 95% CI, 1.30-2.85; 100-199 mg/d of morphine: OR, 2.04; 95% CI, 1.28-3.24).

Conclusion: Among patients receiving opioids for nonmalignant pain, the daily dose is strongly associated with opioid-related mortality, particularly at doses exceeding thresholds recommended in recent clinical guidelines.

Arch Intern Med. 2011;171(7):686-691



*** Overdose defined as death, hospitalization, unconsciousness, or respiratory failure.**

Dunn et al. Ann Int Med 2010;152:85-92

Special Communication

CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016

Deborah Dowell, MD, MPH; Tamara M. Haegerich, PhD; Roger Chou, MD

JAMA. 2016;315(15):1624-1645. doi:[10.1001/jama.2016.1464](https://doi.org/10.1001/jama.2016.1464)

Published online March 15, 2016.

IMPORTANCE Primary care clinicians find managing chronic pain challenging. Evidence of long-term efficacy of opioids for chronic pain is limited. Opioid use is associated with serious risks, including opioid use disorder and overdose.

Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain

Jason W. Busse DC PhD, Samantha Craigie MSc, David N. Juurlink MD PhD, D. Norman Buckley MD, Li Wang PhD, Rachel J. Couban MA MSt, Thomas Agoritsas MD PhD, Elie A. Akl MD PhD, Alonso Carrasco-Labra DDS MSc, Lynn Cooper BES, Chris Cull, Bruno R. da Costa PT PhD, Joseph W. Frank MD MPH, Gus Grant AB LLB MD, Alfonso Iorio MD PhD, Navindra Persaud MD MSc, Sol Stern MD, Peter Tugwell MD MSc, Per Olav Vandvik MD PhD, Gordon H. Guyatt MD MSc

■ Cite as: *CMAJ* 2017 May 8;189:E659-66. doi: 10.1503/cmaj.170363

Recommendations

1. Preference for nonpharmacologic en nonopioid therapy
2. Establish treatment goals and discontinuation plan
3. Discuss risks and benefits of opioid therapy
4. Prescribe the lowest effective dose
5. Reassess when increasing dose
 - (max. 50 mg morfine equivalents/day)
6. Avoid concurrent use of benzodiazepines
7. Reassess every 3 months
8. Contra-indication in patients with substance abuse
9. Chronic noncancer pain with opioid problems: multidisciplinary program

Zero Pain Is Not the Goal

Thomas H. Lee, MD, MSc

JAMA April 19, 2016 Volume 315, Number 15

"These guidelines make clear that prescribing opioids is far from the only effective response to patients' pain"

The dark side of opioids in pain management: basic science explains clinical observation

Cyril Rivat^a, Jane Ballantyne^{b,*}

Abstract

Introduction: In the past 2 decades, opioids have been used increasingly for the treatment of persistent pain, and doses have tended to creep up. As basic science elucidates mechanisms of pain and analgesia, the cross talk between central pain and opioid actions becomes clearer.

Objectives: We aimed to examine the published literature on basic science explaining pronociceptive opioid actions, and apply this knowledge to clinical observation.

Methods: We reviewed the existing literature on the pronociceptive actions of opioids, both preclinical and clinical studies.

Results: Basic science provides a rationale for the clinical observation that opioids sometimes increase rather than decrease pain. Central sensitization (hyperalgesia) underlies pain chronification, but can also be produced by high dose and high potency opioids. Many of the same mechanisms account for both central pain and opioid hyperalgesia.

Conclusion: Newly revealed basic mechanisms suggest possible avenues for drug development and new drug therapies that could alter pain sensitization through endogenous and exogenous opioid mechanisms. Recent changes in practice such as the introduction of titration-to-effect for opioids have resulted in higher doses used in the clinic setting than ever seen previously. New basic science knowledge hints that these newer dosing practices may need to be reexamined. When pain worsens in a patient taking opioids, can we be assured that this is not because of the opioids, and can we alter this negative effect of opioids through different dosing strategies or new drug intervention?

Keywords: Opioids, Hyperalgesia, Central sensitization, Pain chronification

Tolerance and hyperalgesia

- Tolerance= progressive lack of response to morphine and can be overcome by increasing the dose
- Hyperalgesia= sensitisation process by which opioids cause pain hypersensitivity

2 biological processes

- within – system adaptation
- between- system adaptation (pronociceptive system)

=> Dose escalation

Limburgs pijnprotocol

Behandeling van **chronische niet- kankerpijn**

- **Preferentieel : niet medicamenteus of niet-opiaten**
- **WHO-pijnladder**
NIET BOVEN 60 MED voorschrijven bij chronische niet-kankerpijn!

DUS MAXIMAAL

- Hydromorfone (Palladone®) 8mg/d
- Oxycodone (Oxycontin® / Targinact®) 30 mg/d
- Durogesic® 25µg/h per 3 dagen
- Transtec® 35 µg/h per 3 dagen



Fibromyalgia

Thibaut Vanneste

Diagnose

- ACR 2010 Diagnostic criteria
 - Widespread Pain Index (WPI) + Symptom Severity (SS) Scale
 - > 3 maanden pijn
 - Geen andere verklaring voor ziekte
- IASP

Belang van diagnosestelling

- uitsluiten differentieel diagnose
- erkenning van klachten
- stop medical shopping
- creëert opening voor een niet-medische behandeling

Prevalentie

- 1-5% = hoog!
- cave verschillende selectiecriteria
- Limburg: 866.858 inwoners in 2017

Aanpak – Limburgs pijnprotocol

Eerstelijns= voorkeur

- huisarts heeft vertrouwensband + coördinerende rol
- vermijden medical shopping
- te groot aantal patiënten om in tweede- en derdelijn op te vangen

Aanpak – eerstelijns

- Huisarts
 - coördinatie – vermijden medical shopping
- Kinesist
 - actieve revalidatie
 - sinds 1/1/17 verandering F-pathologie
- Psycholoog
 - psychische comorbiditeit?
 - CGT
 - cave financieel

Aanpak – tweedelij

- diagnose en differentiële diagnose: reumatologen
- psychiatrische comorbiditeit: liaison psychiater
- aanhoudende disuse: fysisch geneesheer

Aanpak – derdelijn

- na bevestigen diagnose door reumatoloog
- EN indien nood aan een multidisciplinair traject met eventueel functionele revalidatie na oppuntstelling in eerste- en tweedelij
- beperkte capaciteit!

Websites

<http://www.zol.be/multidisciplinair-pijncentrum>

<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/klinische-richtlijn-rond-lage-rugpijn-en-radiculaire-pijn>

Telefonische bereikbaarheid MPC

Secretariaat 089/32 54 40 *(Elke weekday tussen 8.00 – 16.30 u)*

Dank u voor uw aandacht!