



HUISARTSENKRING LANAKEN

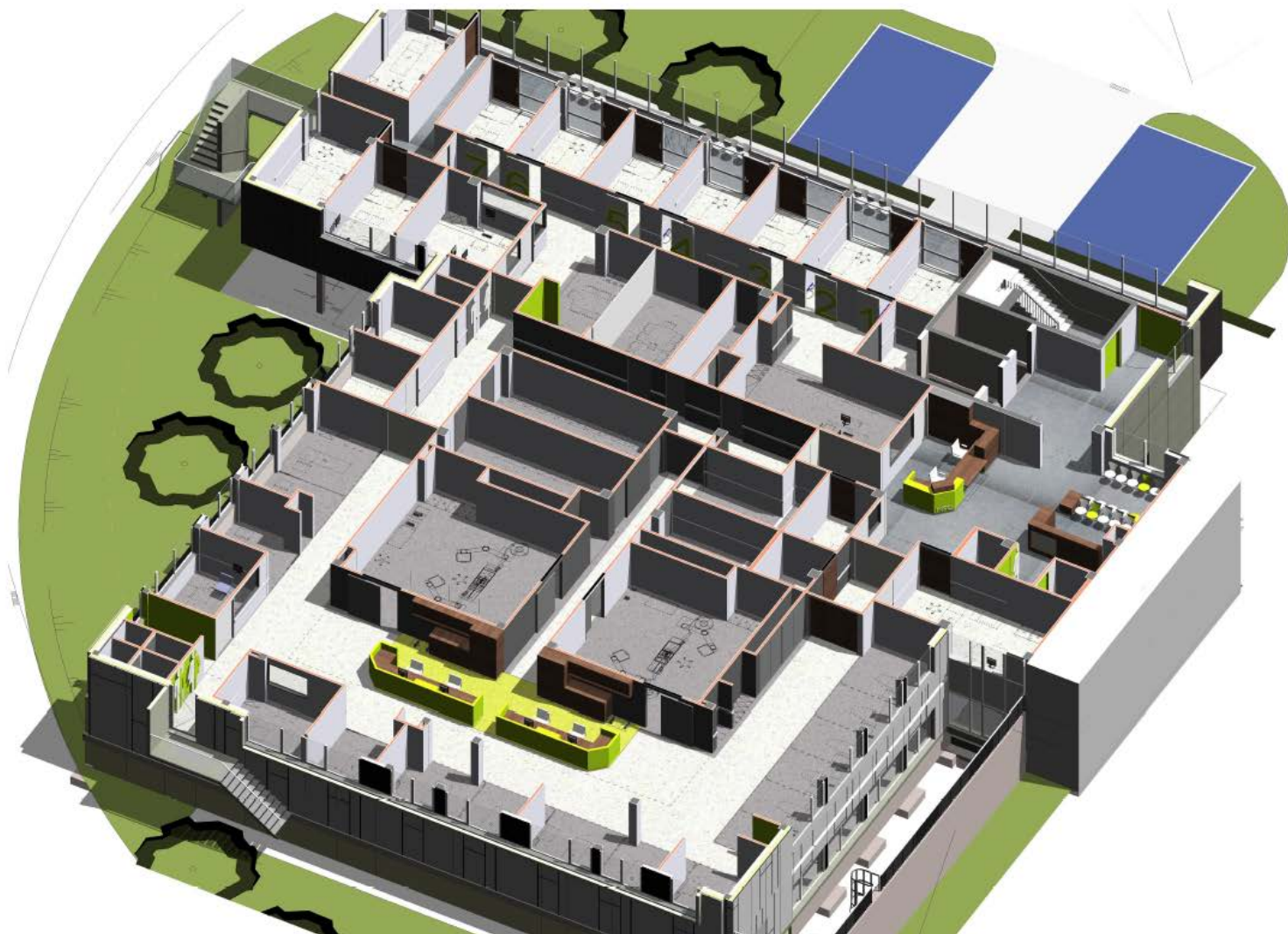
**Multidisciplinair Pijncentrum
&
Medische Beeldvorming**

26-02-2016

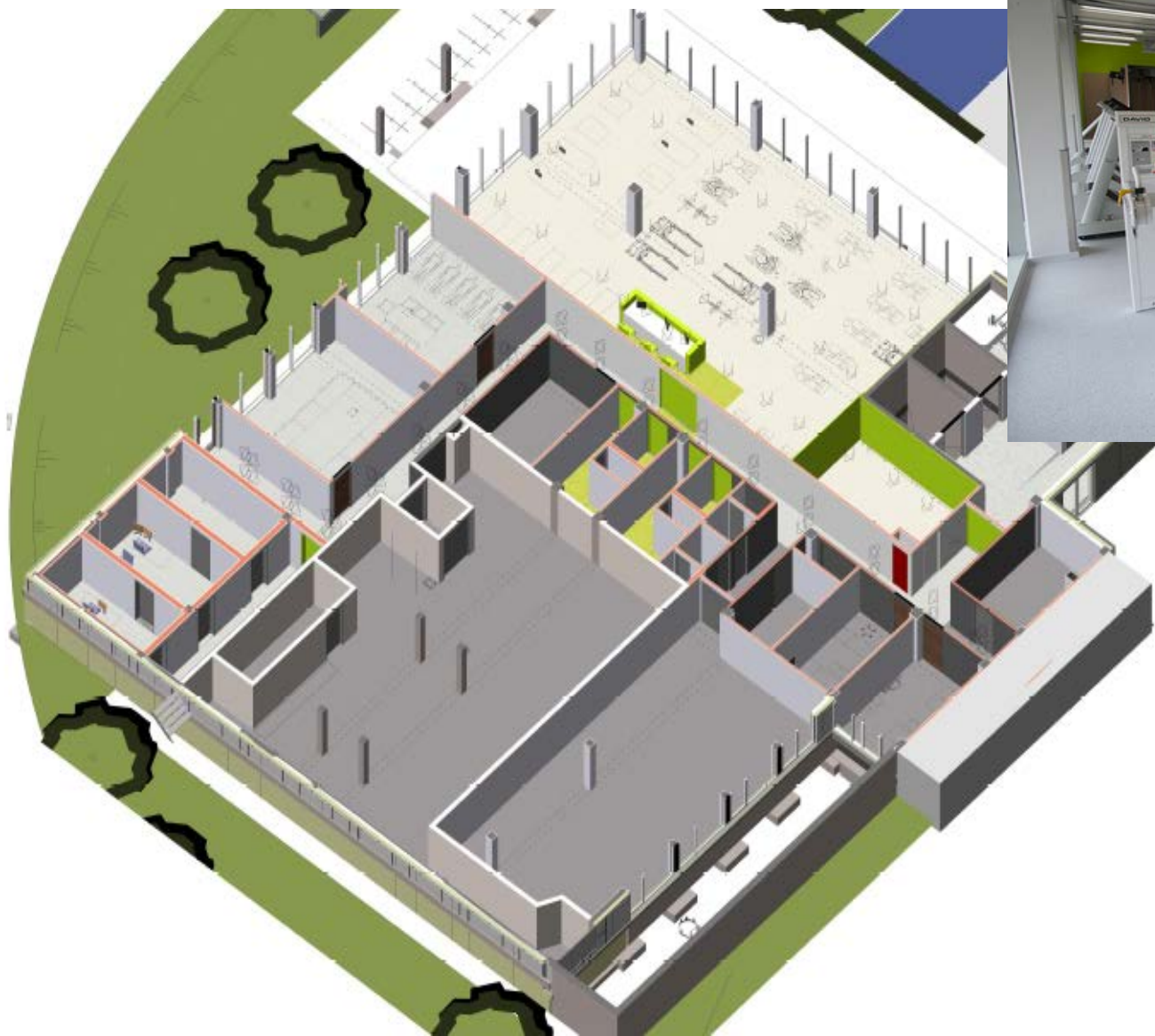
Voorstelling Multidisciplinair Pijncentrum



Bestand







1995: Oprichting van de dienst Pijntherapie in het St. Jansziekenhuis te Genk

December 1997: De dienst Pijntherapie verhuist van campus St. Jan naar campus André Dumont te Waterschei.

1 april 2000: Door het stijgende aantal patiënten wordt het MPC een volledig autonome dienst, waar er voorheen een nauwe samenwerking was met de dienst Sterilisatie.

2005: Het MPC behoort samen met 8 andere pijncentra tot de referentiecentra die door het RIZIV geselecteerd werden in het kader van de conventie voor chronische pijnpatiënten.

2009: Samen met 35 andere ziekenhuizen geselecteerd door het FOD voor het project tweedelijnscentrum en algologische functie.

2011: Centre of Excellence Award



1 april 2013: Verhuis

1 juli 2013: start Multidisciplinair Centrum voor de Behandeling van Chronische Pijn en Multidisciplinair Algologisch Team (FOD-conventie)

Multidisciplinair PijnCentrum

Samenstelling team

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

Horizontale communicatie!

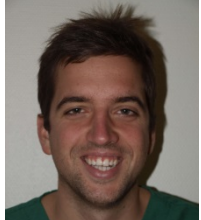
Medici



Dr. Jan Van Zundert
medisch diensthoofd MPC



Dr. Martine Puylaert
anesthesist-algoloog



Dr. Klaas Buyse,
anesthesist-algoloog



Dr. Pieter De Vooght
anesthesist-algoloog



Dr. Roel Mestrum
anesthesist-algoloog



Dr. Pascal Vanelderen
anesthesist-algoloog



Dr. Ann Van Goethem
revalidatiearts



Dr. P. Hallet
revalidatiearts



Dr. Frank Weyns
neurochirurg/arts-coördinator
Divisie 4



Dr. Thomas Daenekindt
neurochirurg



Dr. Jozef De Bie
psychiater

Anesthesiologen-Algologen

- Geen primaire etiologische diagnostiek, wel symptomatische “pijn”diagnostiek
- Derde lijns medicamenteuze behandeling
- Interventionele pijnbehandelingen (cfr. Evidence-based Interventional Pain Medicine, According to Clinical Diagnoses)
 - Rug en nek : epidurale steroiden, radiofrequentie
 - Aangezichtspijn: trigeminusneuralgie, cluster
 - Kankerpijn: coeliacus block
- invasieve behandelingen operatiekamer
 - Epiduroscopie
 - Spinal Cord Stimulation of Neurostimulatie
- multidisciplinaire coördinatie
- opvolging palliatieve patiënten
- wetenschappelijk onderzoek (3 PhD-thesissen)
- opleiding residenten

EVIDENCE-BASED Interventional Pain Medicine

According to Clinical Diagnoses

EDITED BY

Jan Van Zundert

Jacob Patijn

Craig T. Hartrick

Arno Lataster

Frank J.P.M. Huygen

Nagy Mekhail

Maarten van Kleef



 WILEY-BLACKWELL

Wachttijden in pijncentra

Differentiëren diverse patiëntenflows

Acute/subacute versus chronische pijn

→ red flags - yellow flags

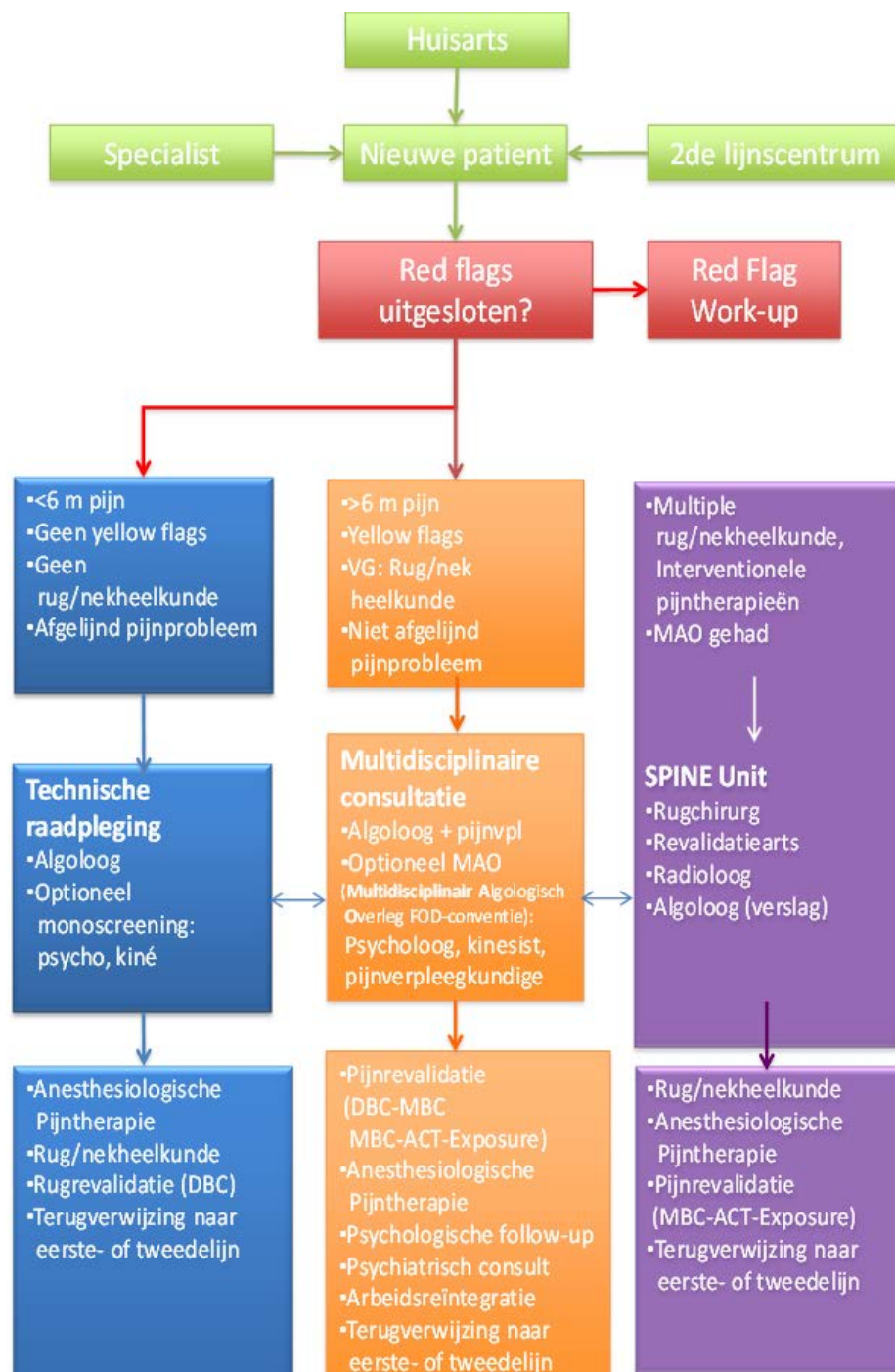
- Acuut – subacuut

- spontaan verloop

- tijdig anticiperen om chroniciteit te vermijden

- Subacuut versus chronisch

- toenemend belang biopsychosociale aanpak





The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

| Perspective
JANUARY 19, 2012

Alleviating Suffering 101 — Pain Relief in the United States

Philip A. Pizzo, M.D., and Noreen M. Clark, Ph.D.

according **to *Relieving Pain in America* ***

- > 116 million Americans → pain longer than 1 year.
- Total financial costs \$560 billion to \$635 billion per year.
- Annual US expenses for chronic pain > cancer + heart disease + diabetes

Institute of Medicine. Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research.
Washington, DC: The National Academies Press, 2011

Situatie op 1 juli 2013



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

Limburg – 2 Multidisciplinaire behandelcentra

- Ziekenhuis Oost-Limburg
- Jessaziekenhuis

Limburg – 7 Multidisciplinaire algologische teams

- Ziekenhuis Oost-Limburg - Genk
- Jessaziekenhuis - Hasselt
- AZ Vesalius - Tongeren
- Mariaziekenhuis Noord-Limburg - Overpelt
- St-Franciscusziekenhuis – Tongeren
- 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^elijn
- vermijden medical shopping
- Evidence Based toepassen van pijnbehandeling, zowel farmacologisch als interventioneel
- aandacht voor analgeticamisbruik
- uitbouwen specifieke pijnrevalidatieprogramma's
- samenwerking met LHP (Limburgs Huisartsenplatform)

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

DE IDEALE VERWIJSBRIEF

- Reden van doorverwijzing
- Voorgeschiedenis medisch, heelkundig en psychiatrisch
- Huidige medicatie - speciale aandacht voor bloedverdunners
- Technische onderzoeken (+evt. kopie)
- Voorafgaande behandelingen mbt. het huidig pijnprobleem
- Is de patiënt in een ander pijncentrum geweest? En zo ja, waarom doorverwijzing naar dit pijncentrum?
- Socioprofessioneel profiel van de patiënt
- Arbeidsongeschikt sinds.....
- Aanwijzingen voor red of yellow flags
- Gekende allergieën

Hoe optimaliseren samenwerking eerstelijns - pijncentra

- Voorafgaand onderzoek en verwijfsbrief
- Basis 'Farmacologische leidraad' voor de eerstelijns
- Postinterventionele pijnbehandelingen – richtlijnen voor de eerstelijns
- Advies kinesithérapie in de eerstelijns
- Eénvormig anticobeleid

DOEL: breedgedragen consensusprotocol door alle zorgverleners van Limburg: te valideren door de huisartsenkringen en ziekenhuizen

Geen medical shopping

- Tussen de ziekenhuizen
- Tussen de provincies

Cave 'verdoken' psychiatrische verwijzingen

Welke patiënt zien we in de pijnkliniek ?

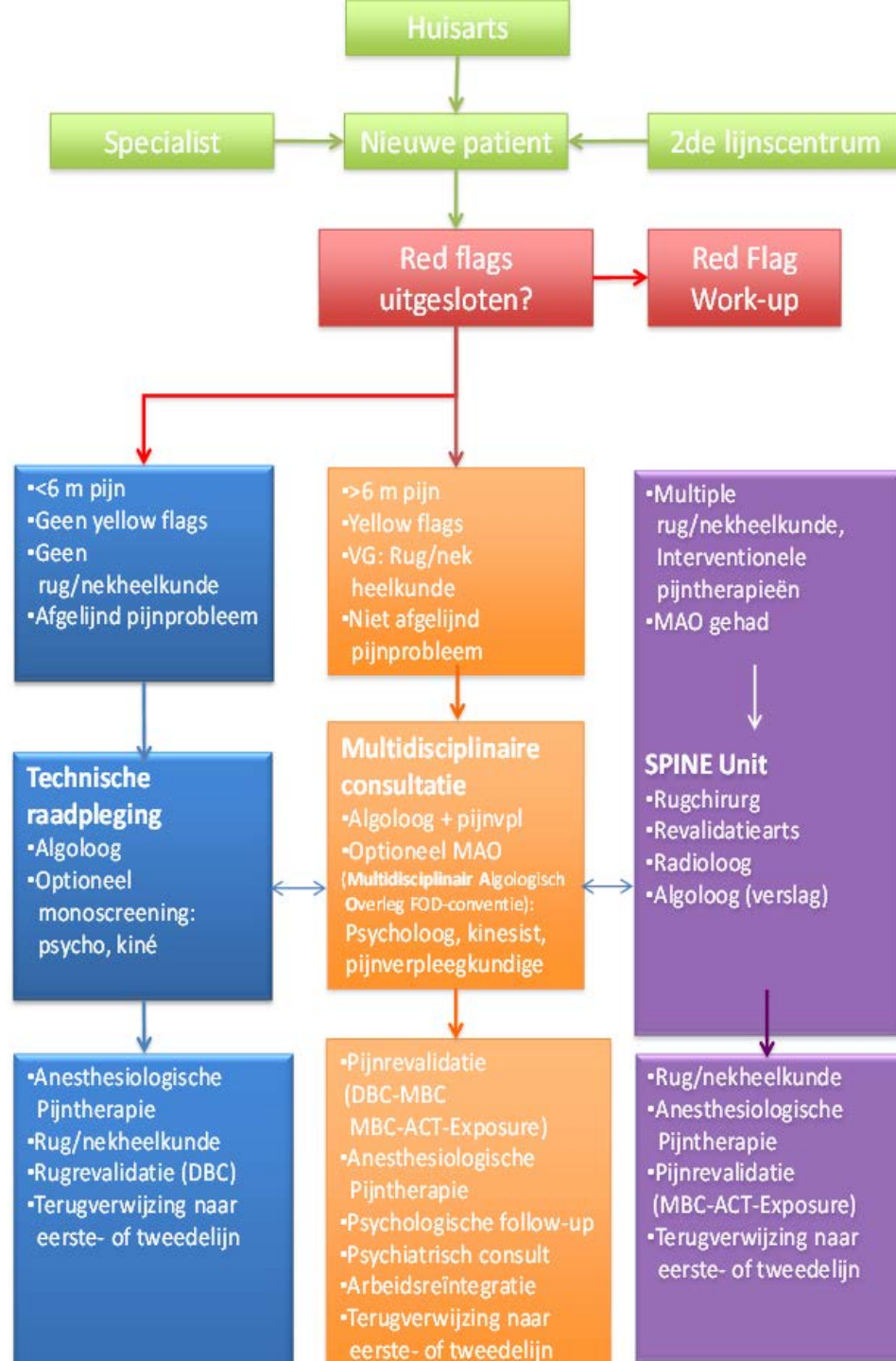
- pijn uitgaande van de wervelkolom: nek- en rugpijn (70 %)
- neuropathische pijnklachten (10 %)
- kankerpijn (5 %)
- Typische Aangezichtspijn (vb Trigeminus Neuralgie, Cluster)
- sympathisch gemedieerde pijnklachten (vb CRPS)
- Andere ...

Kwalitatieve evaluatie na interventionele behandeling

2013/2014

(1500 Nieuwe pat/ jaar – 9000 Interventies/jaar)

- zeer veel /veel effect: 10639 of **60 %**
- weinig effect/geen beterschap: 4650 of **26 %**
- slechter: 34 of **0,19 %**
- LOST results (geen outcome bekomen): 2326 of **13 %**



Technische raadpleging Vraag aan doorverwijzer (huisarts, neurochirurg,...)

- uitgewerkt dossier
- kortdurend probleem
- medisch-technische onderzoeken zijn gebeurd
- bevestigen de tentatieve diagnose
- discoradicaal probleem L,T,C
- steeds verwijsbrief meegeven

Technische raadpleging

- consult door pijnarts minstens 1 dag voor behandeling
- indicatie/contra-indicaties controleren
- medicatie /antico
- uitleg verschaffen i.v.m. infiltratie
- informed consent tekenen
- **controleraadpleging na de behandeling**
- retour HA/ verwijzend specialist
- blijvende problemen: uitgebreide intake

Specifieke frequente pijnproblemen

- lumbo-ischialgie
- lumbalgie met/zonder pseudoradiculaire uitstraling

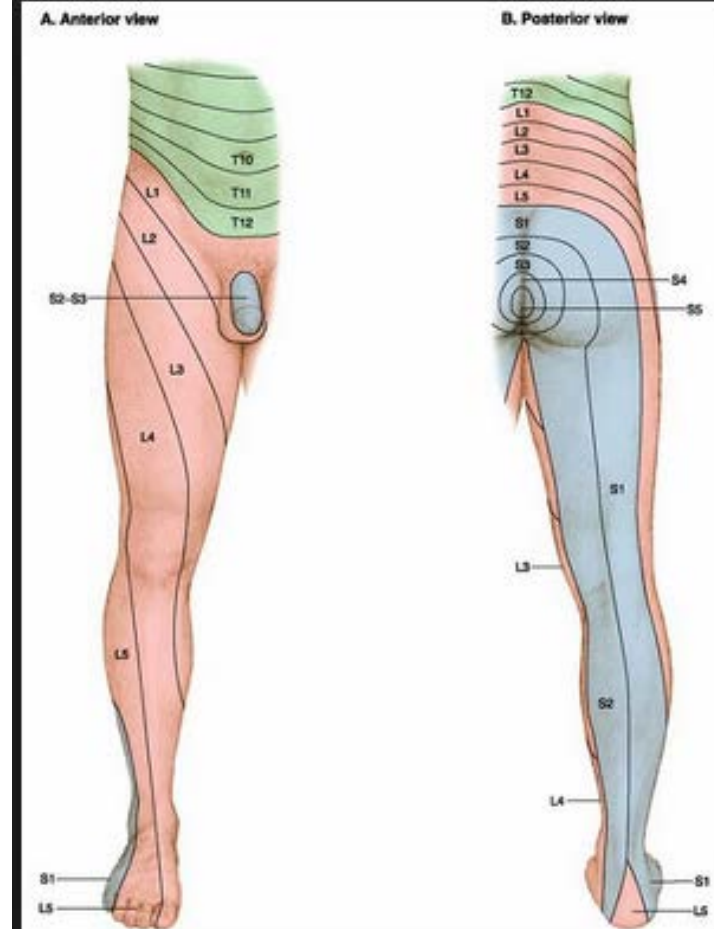
Radiculaire pijn met of zonder lumbalgie

- hernia, foraminele stenose (degeneratief,...)
- neuropathische pijn in het been > lumbale regio
- straight leg raise test, flip test, sensibiliteit/kracht
- indien conservatieve maatregelen niet helpen, beperkte klachtenduur :
Epidurale infiltratie
- Alarmtekens (Cauda Equina Syndroom)
 - een doof gevoel in de schaamstreek en rond de anus
 - ongewild urineverlies of juist niet kunnen plassen
 - plotseling sterk toenemend verlies van spierkracht

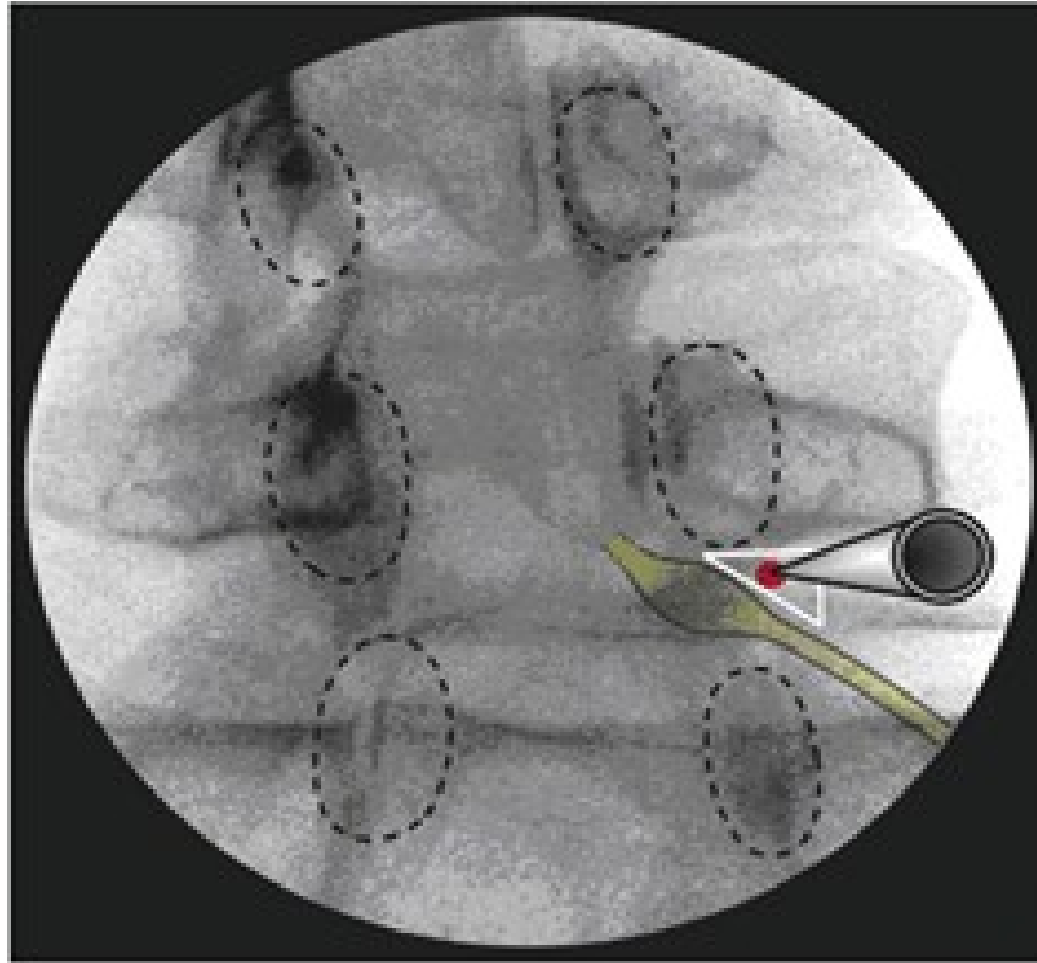
< 6 maand pijn

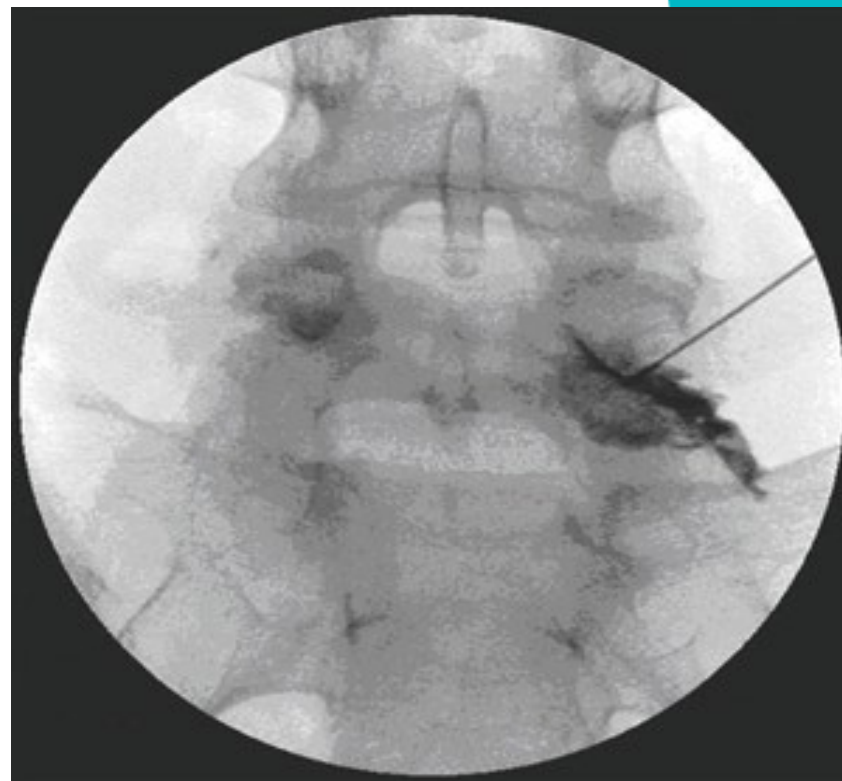
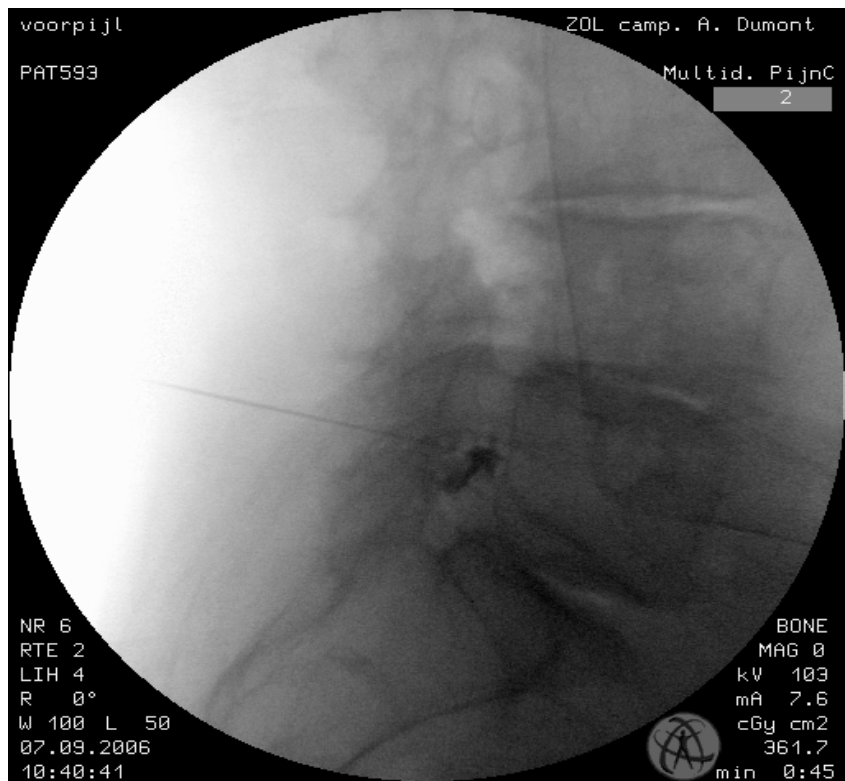
Transforaminele infiltratie

- lumbaal, sacraal
- onder niveau L2
- onder fluoroscopie +contrast
 - vermijden vasculaire spreiding
 - vermijden discogene spreiding
 - correcte positie
- lokaal anestheticum + 40 mg Depotmedrol



Geen interlaminaire infiltratie





> 6 maand

- diagnostisch block
 - selectief
 - vals positieven
 - lokaal anestheticum zonder corticoïden
 - controle met contrast
- positief diagnostisch block
 - Pulsed RF
- negatief diagnostisch block
 - herevalueren kliniek
 - ander niveau
 - epiduroscopie
 - Dorsal Cord Stimulation

Pulsed Radiofrequentie (PRF)

- geen warmtelaesie max 42 °
- intermittente hoogfrequente stroom
- niet destructief, minder neuritis
- Ook bij neuropathische pijn

Nevenwerkingen / complicaties

- transient gevoels- en krachtsverlies in de ledematen meteen na de procedure door werking van lokale anestheticum (gedurende 2 tot 8uur);
- transiente exacerbatie van de pijn tgv mogelijke zenuwprikkeling tijdens toediening van medicatie;
- pijnreductie merkbaar vanaf enkele dagen na procedure (corticoïden);
- pijnreductie merkbaar vanaf 4-8 weken na procedure (PRF).

Lumbalgie met /zonder pseudoradiculaire uitstraling

- facettair
- SIG

Lumbalgie met / zonder pseudoradiculaire uitstraling

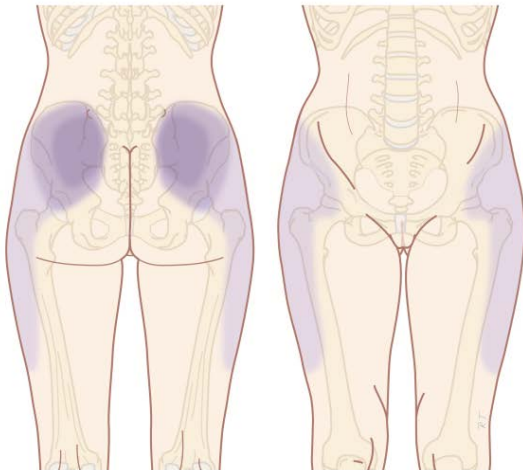
Facetlijden

- gelocaliseerde unilaterale of bilaterale lage rugpijn
- toename bij unilaterale druk
- pijn bij extensie/ lateroflexie rotatie
- paravertebrale tenderness
- positieve respons op lokale blokkade / intra-articulaire injectie

SIG-lijden

- pijn in de regio van het SIG
- klinische tests reproduceren de patient zijn pijn (Fortin, Gaenselen, Patrick, Thigh trust, Gillet, approximation test)(3/6)
- selectieve infiltratie van het symptomatische gewricht met een lokaal anestheticum verlicht de pijn >50%

Facet/SIG



EVIDENCE-BASED MEDICINE

Evidence-based Interventional Pain Medicine
according to Clinical Diagnoses

12. Pain Originating from the Lumbar Facet Joints

Maarten van Kleef, MD, PhD, FIPP*; Pascal Vanelderen, MD, FIPP^{†,‡};
Steven P. Cohen, MD^{§,¶}; Arno Lataster, MSc^{**};
Jan Van Zundert, MD, PhD, FIPP^{*,‡}; Nagy Mekhail, MD, PhD, FIPP^{††}

EVIDENCE-BASED MEDICINE

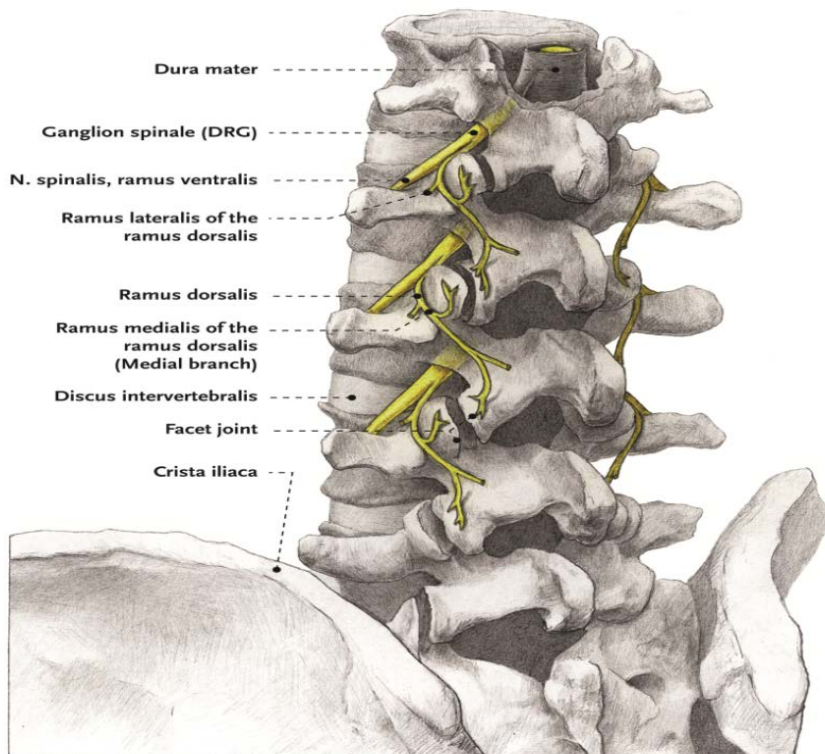
Evidence-based Interventional Pain Medicine
according to Clinical Diagnoses

13. Sacroiliac Joint Pain

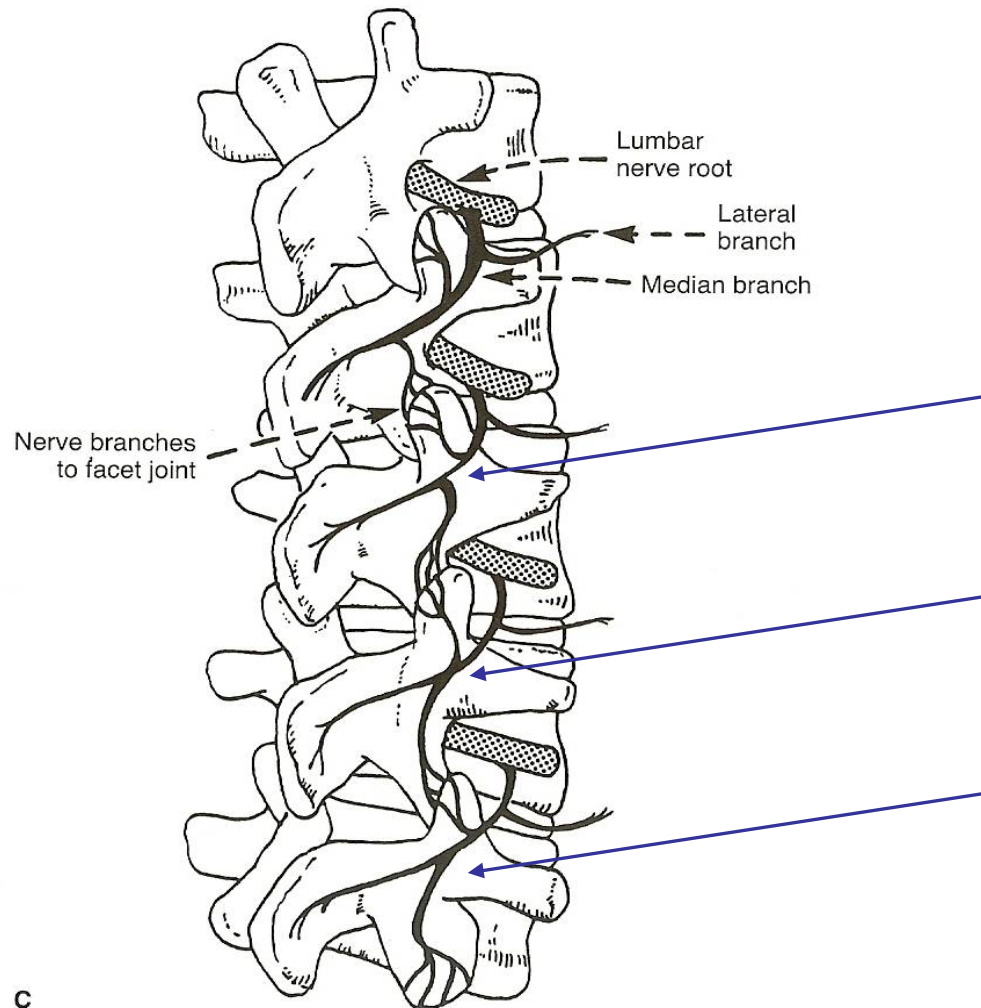
Pascal Vanelderen, MD, FIPP^{*,‡}; Karolina Szadek, MD[‡]; Steven P. Cohen, MD[§];
Jan De Witte, MD[¶]; Arno Lataster, MSc^{**}; Jacob Patijn, MD, PHD^{††};
Nagy Mekhail, MD PhD, FIPP[‡]; Maarten van Kleef, MD, PhD, FIPP^{††};
Jan Van Zundert, MD, PhD, FIPP^{*,††}

Facetlijden

**Positieve respons op diagnostisch
block met lokaal anestheticum**



Target



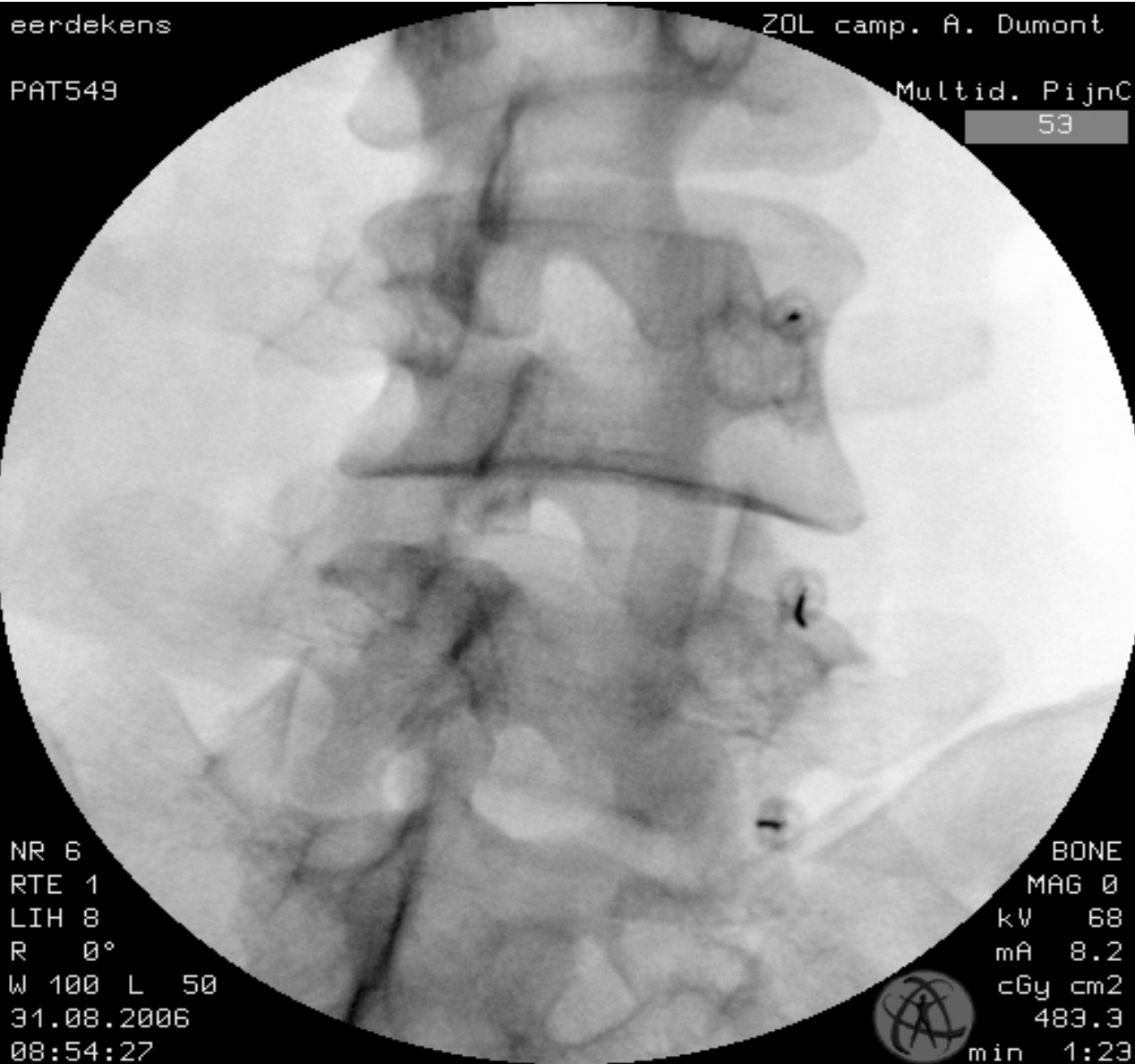
eerdekens

ZOL camp. A. Dumont

PAT549

Multid. PijnC

53



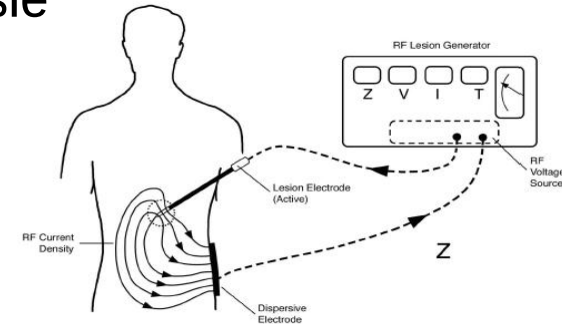
NR 6
RTE 1
LIH 8
R 0°
W 100 L 50
31.08.2006
08:54:27

BONE
MAG 0
kV 68
mA 8.2
cGy cm2
483.3
min 1:23



Radiofrequentie behandeling (RF)

- gebruik van hoog frequente stroom: radiofrequente laesie
- controleerbare laesie door
 - controle van de output
 - monitoring van de temperatuur tot 67°
 - verfijning van de elektrodes
- radiofrequency of medial branch for lumbar facet joint pain
 - hoogste level of evidence: 7 RCT's
 - betere long term resultaten t.o.v. intra-articulaire corticosteroid injectie
 - geen **majeure** complicaties beschreven

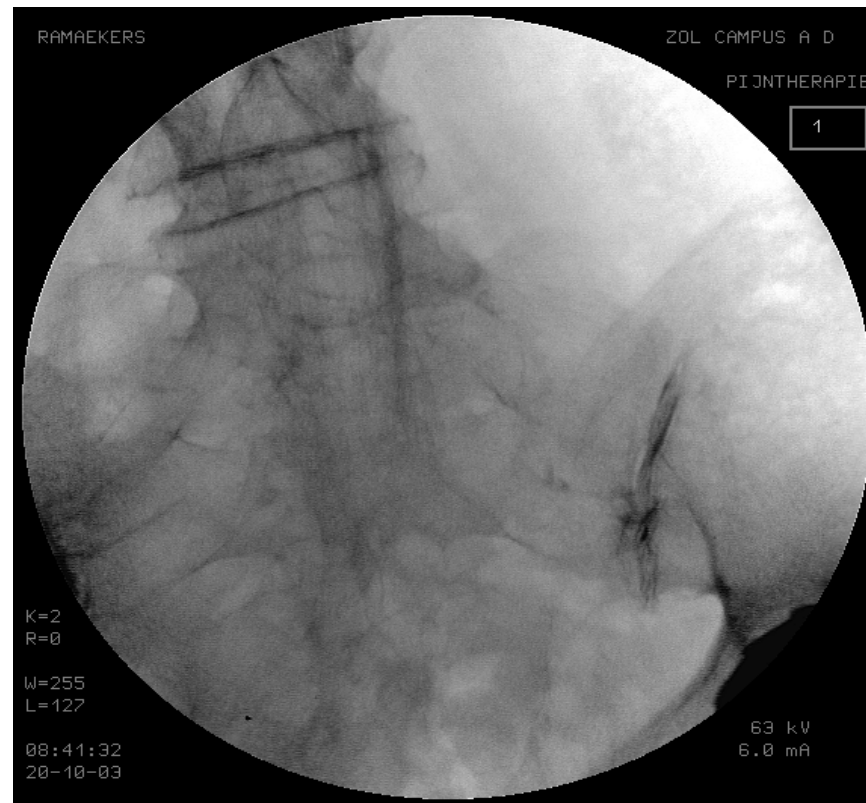


Nevenwerkingen / complicaties

- infectie
- hematoom
- zenuwschade
- allergie
- transiente lokale gevoelsstoornissen (hypesthesie, dysesthesie)
- transiente neuritis (subjectief ervaren als: “meer pijn”)
- definitief effect pas na 6-8 weken

SIG-Lijden

Infiltratie dmv. lokaal anestheticum + corticoïden



Bij tijdelijk effect => Radiofrequente behandeling SIG



Specifieke frequente pijnproblemen

- Cervicalgie met/zonder cervicogene hoofdpijn/schouderpijn
- Cervicobrachialgie

Cervicaal facetlijden

- WAD
- degeneratief neklijden
- cervicalgie, cervicogene hoofd – en schouderpijn
- paravertebrale drukpijn thv facetgewrichten
- pijn bij extensie, rotatiebeperkingen
- afwezigheid van neurologische symptomen (Spurling negatief)
- cave red flags (continue pijn, nachtelijke pijn, voorgeschiedenis van maligniteit)

Algoritme

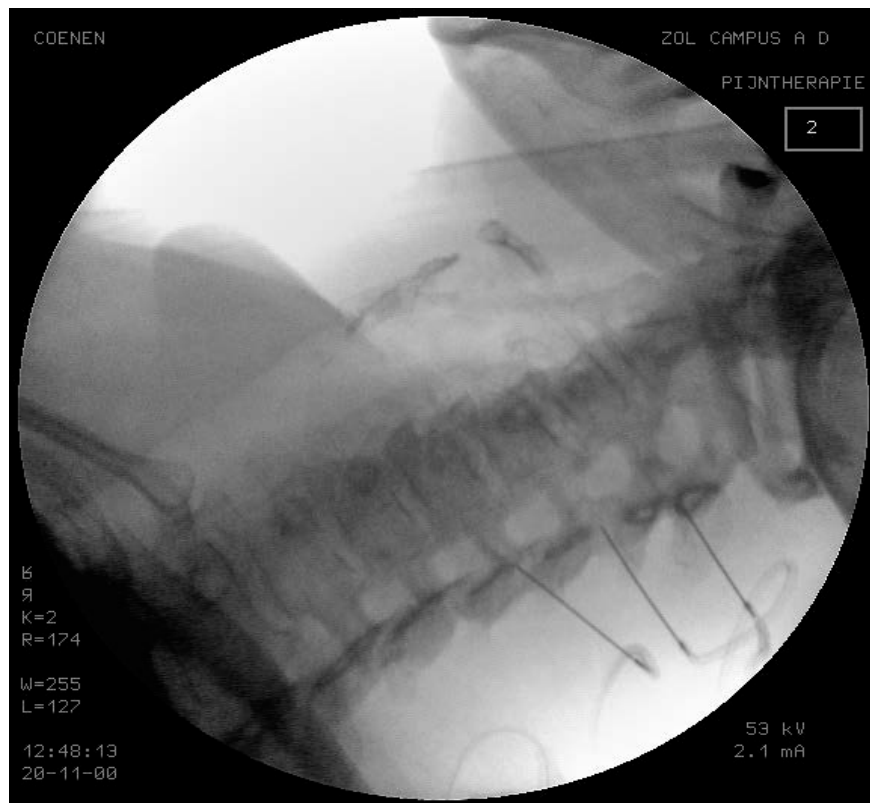
- chronische uni/bilaterale nekpijn zonder “red flags”, zonder neurologische afwijkingen
- paravertebrale drukpijn , pijnlijke extensie
- maximale conservatieve R/ geen beterschap



diagnostisch blok > 50 % pijnverlichting



RF behandeling van de mediale tak van de ramus dorsalis



Nevenwerkingen / complicaties

- neuritisklachten na RF: transient, TCA
- zwelling, haematoom, infectie in prikregio
- punctie arteria vertebralis :injectie LA,lucht,dissectie
- ischemie/tetraplegie
- punctie arteria Carotis
- phrenicus paralyse
- punctie intrathecaal: injectie en destructie spinal cord (posterieure plaatsing)
- Nervus laryngeus recurrens letsels

Cervicobrachialgie

- discushernia
- foraminele stenose (degeneratief)
- DD schouderproblematiek, **pancoasttumor**, CPT,

Cervicobrachialgie

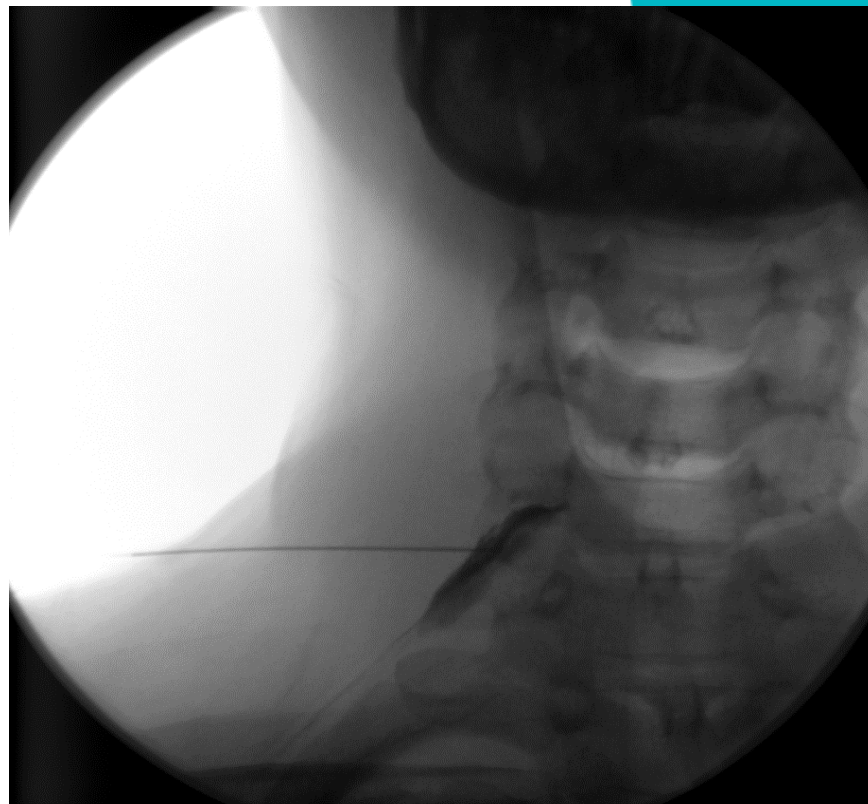
< 6 maand

- cervicale epidurale infiltratie midline techniek
- onder fluoroscopie
- geen transforaminele toediening steroïden
- casussen met plegie en overlijden tgv steroïden IA



> 6 maand

- diagnostisch block
 - selectief
 - vals positieven
 - lokaal anestheticum zonder corticoïden
 - controle met contrast
- positief diagnostisch block
 - PRF
- negatief diagnostisch block
 - herevalueren kliniek
 - ander niveau



Minder frequente interventionele behandelingen

- nervus Occipitalis Major/Minor
- sympathicus block (stellatum, thoracaal/lumbaal sympathicus, hypogastricus,...)
- ganglion van Gasser
- ganglion Sphenopalatinum
- thoracaal facet
- thoracale wortel (post thoracotomie, zona,...)
- caudaal block (coccygodynie,...)
- epiduroscopie
- spinal cord stimulator



EVIDENCE-BASED Interventional Pain Medicine

According to Clinical Diagnoses

EDITED BY

Jan Van Zundert

Jacob Patijn

Craig T. Hartrick

Arno Lataster

Frank J.P.M. Huygen

Nagy Mekhail

Maarten van Kleef



 WILEY-BLACKWELL

Behandeling van Chronische Pijn

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 consensus tussen 1^e-, 2^e- en 3^elijn: provinciaal protocol wordt verder uitgewerkt**

Website

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

Telefoonnummer secretariaat MPC

089/32 54 40

