



Albert Event Pijn

Maandag 9 februari 2026

Programma Albert Event

Tijd	Onderwerp
18:00 – 18:10 uur 10 min.	Opening & inleiding Henri Spaan, huisarts & avondvoorzitter
18:10 – 19:10 uur 60 min.	Plenaire onderwerpen: Lumbosacraal radiculair syndroom Diabetisch Neuropathie Neuromodulatie bij chronische pijn Eric-Jan van Gorp Ismail Gültuna Tanja Hamm
19:15 uur - 21:00 uur 105 min.	Afwisselende workshops in drie groepen (per sessie 35 min.) Workshop I Leefstijl bij chronische pijnklachten Daniëlle van Hees Workshop II Qutenza Anja Breedveld & Natasja Reijnders Workshop III Wortelblokkade Hans Aukes
21:00 uur 5 min.	Afsluiting, invulling evaluatie & drankje in het restaurant Henri Spaan, huisarts & avondvoorzitter

Disclosure belangen sprekers

Naam spreker: Henri Spaan

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis

Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld	Geen
•Honorarium of andere (financiële) vergoeding	Geen
•Aandeelhouder	Geen
•Andere relatie, namelijk ...	



Lumbosacraal radiculair syndroom

Dr. E.J.J.A.A. Van Gorp

Anesthesioloog-pijnspecialist

Disclosure belangen sprekers

Naam spreker: Eric-Jan van Gorp

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis

Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld •Honorarium of andere (financiële) vergoeding •Aandeelhouder •Andere relatie, namelijk ...	Geen Geen Geen Geen

Lumbosacraal radiculair syndroom

- Uitstralende pijn bil of been
- Prikkelingsverschijnselen (paresthesieën)
- Neurologische uitvalsverschijnselen
 - Hypesthesie / hypalgesie
 - Parese
 - Verlaagde reflexen
- Suggestief voor prikkeling van een specifieke lumbosacrale wortel
-  radiculaire pijn

Lumbaal radiculaire pijn

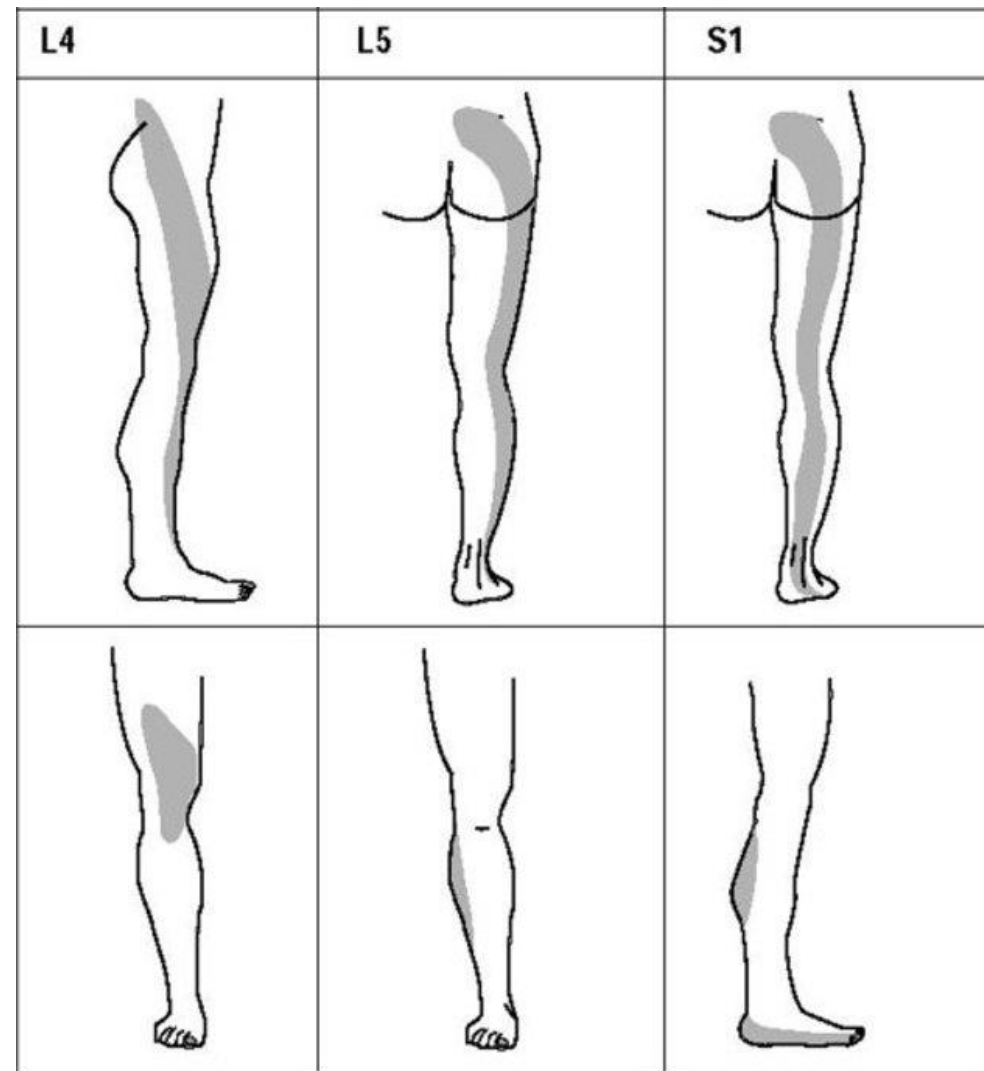
- Pijn in het verloop van 1 of meerdere dermatomen
- Stekend, scherp, dof brandend van karakter
- verlies sensorische-/motorisch functie → radioculopathie
 - Radiculaire pijn ≠ radiculopathie
 - kunnen naast elkaar voorkomen
- Incidentie:
 - 12 per 1000 volwassenen
- Meest voorkomende vorm van neuropathische pijn

NHG standaard

- **Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS): M55 (herzien in 2015)**
 - LRS heeft doorgaans gunstig beloop
 - Diagnose LRS gesteld obv anamnese en lichamelijk onderzoek
 - Aanvraag beeldvorming door HA ontraden
 - Advies: gedoseerd bewegen / streef naar adequate pijnstilling
 - Neuroloog (aanvullende diagnostiek) verdenking cauda syndroom / parese
 - Operatie na 12 weken leidt tot sneller herstel maar geen verschil effectiviteit na 1 jaar met conservatief beleid
 - Standaard is volledig ingericht met einddoel: wel / niet opereren

Anamnese

- Uitstralende pijn > rugpijn
 - Scherp, dof, schijnend, brandend
 - ↑ druk verhogende momenten
 - Waargenomen in alle geïnnerveerde structuren
- Dermatomaire paresthesieën
- Sensibiliteitsverlies
- Krachtsverlies



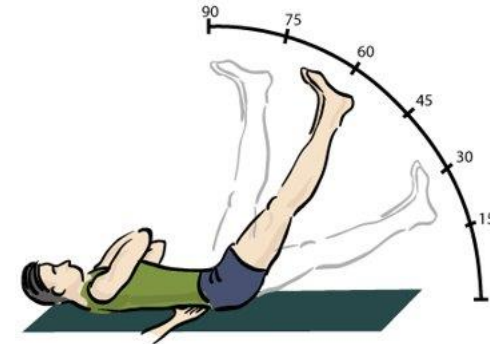
Lichamelijk onderzoek LRS

Lasegue:

Radiculaire pijn onder 60° (Sens: 0.91 / Spec: 0,26)

Gekruiste Lasegue : (Sens: 0.29 / Spec: 0,88)

Max. Vinger-vloer afstand



Niveau	Pijn	Sensorisch verlies Paresthesie	Motorische stoornissen of zwakte	Stoornissen in reflexen
L3	Voorzijde van het bovenbeen tot de knie	Mediaal deel bovenbeen en knie	m. quadriceps, m. iliopsoas, heup adductoren	Kniepeesreflex, adductoren reflex
L4	Mediaal deel onderbeen	Mediaal deel onderbeen	m. tibialis anterior, m. quadriceps, heup adductoren	Kniepeesreflex
L5	Lateraal deel boven- en onderbeen, voetrug	Lateraal deel onderbeen, voetrug, grote teen	Teen extensoren en flexoren, enkel dorsiflexoren, enkel eversoren en inversoren, heup abductoren	
S1	Posterieur deel bovenbeen, kuit en hiel	Voetzool, lateraal deel voet en enkel, buitenste twee tenen	m. gastrocnemius, hamstrings, m. gluteus maximus, teen flexoren	Achillespees reflex

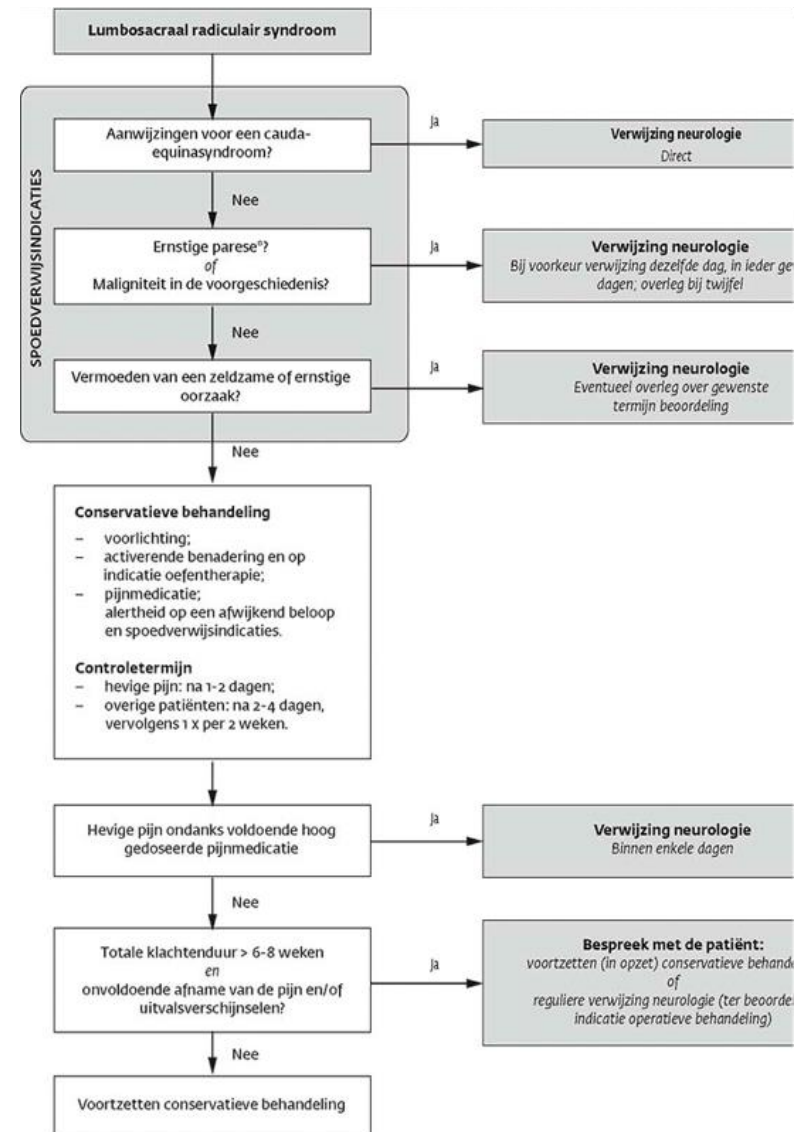
Aanvullend onderzoek

- 60-80% van de patiënten verbetert spontaan na 6-12 weken aanvullend onderzoek in acute fase niet geadviseerd.
- Voor conservatieve behandeling niet noodzakelijk om niveau van wortelcompressie vast te stellen
- MRI-scan geniet de voorkeur over een CT-scan
 - Specificiteit van beiden laag (20-36% personen zonder klachten heeft een HNP op scan)
 - Weinig correlatie tussen grootte HNP en ernst radiculopathie
 - Afwezigheid van HNP bij aanwezigheid klinische symptomen
- Bij onduidelijkheid kan EMG uitgevoerd worden

NHG standaard LRS

- Beleid vermoeden discushernia:

- Voorlichting ✓
 - Begeleiding ✓
 - Pijnbestrijding ✓
 - Activerende benadering ✓
 - Routinematig FT ✗
-
- 6-8 weken herstel afwachten
 - Beeldvorming ✗
 - Verwijzing pijnpoli uit eerste lijn ✗
 - Na 8 weken veel pijn, uitval:
 - --> neuroloog / diagnostiek etc.



* Ernstige parese: beweging die geen weerstand overwint

Differentiaal diagnose

- Tumor / metastase / infectie
- Mechanische lage rugpijn met
 - Meralgia Paresthetica
 - Peroneus neuralgie
 - Tarsaal tunnel syndroom
 - Radiculitis

Conservatieve behandeling

- Uitleg en geruststelling is van belang
- Bedrust vs activeren: geen klinisch / significant verschil
- Oefentherapie alleen bewezen effectief op lange termijn
- Medicamenteuze behandeling
 - NSAID vs Placebo: geen klinisch relevant / significant verschil
 - Corticosteroïden vs placebo:
 - < 2 weken: geen klinisch relevant / significant verschil
 - 2 weken-3 maanden: significant effect (+) / klinisch irrelevant
 - Opiaten vs Placebo: geen klinisch relevant / significant verschil
 - Anticonvulsiva vs Placebo:
 - Gabapentine 900-3600 mg klinisch relevant(+) / significant verschil (+)

NHG standaard vs realiteit

- MRI aanvraag door eerste lijn
 - ASZ / MRI centrum Rotterdam
 - Toenemende druk van patiënten (?)
- Verwijzing Pijn Behandelcentrum i.p.v. neuroloog
 - Wachtijd problematiek
 - Behandelverzoek zonder voorafgaande diagnostiek
 - Bij normale MRI juist naar neuroloog verwijzen
- Hoge dosis opioïden
 - Cave snelwerkende preparaten (addictie)
 - Bijwerkingen...

Verskil van mening

○ Meerdere weken wachten op spontaan herstel

- Om te vroeg / onnodig opereren te voorkomen
- Pijnstilling vaak inefficiënt / veel bijwerkingen
- Niveau wortel-beïnvloeding onbelangrijk → geen MRI

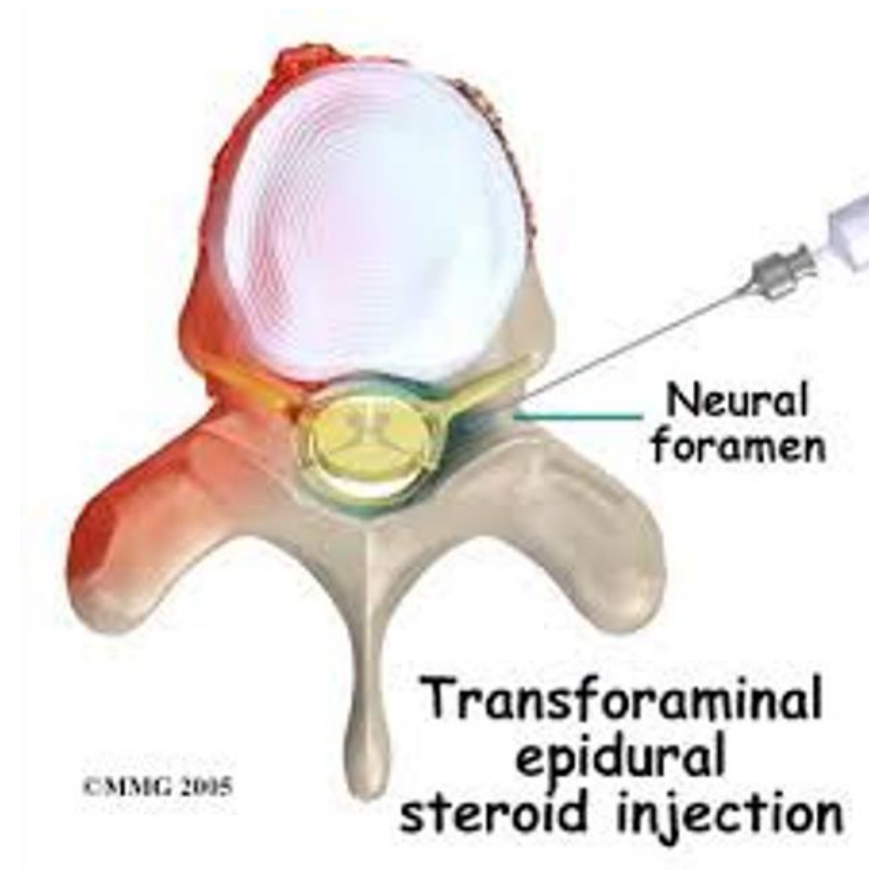
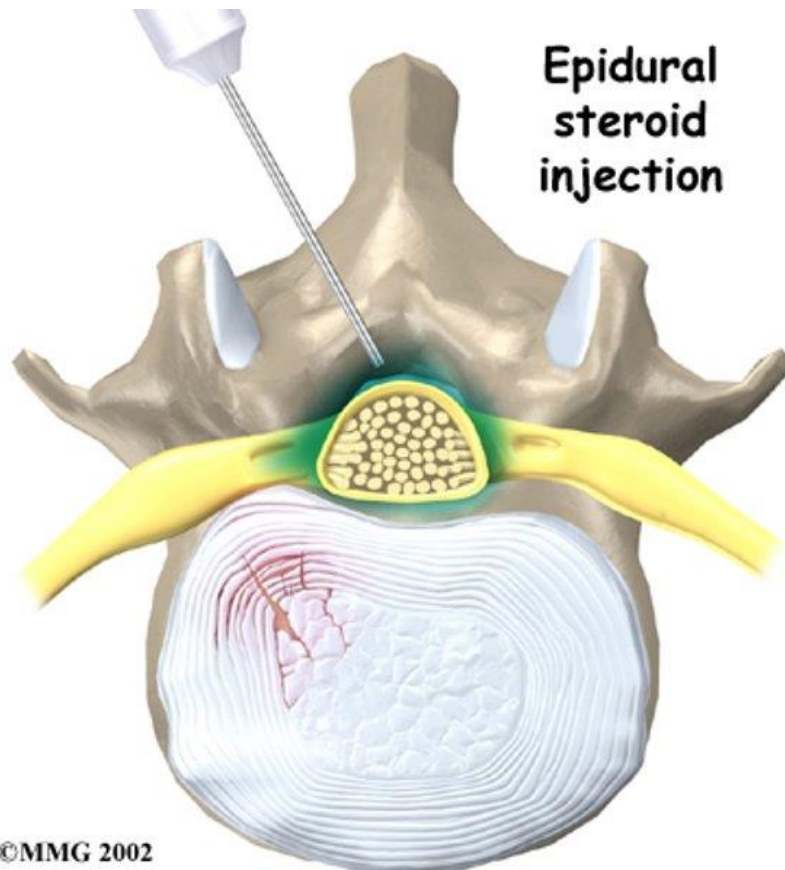
○ Waarom geen invasieve pijnbehandeling in de vroege fase?

- Doel is vroegtijdig adequate pijnverlichting na te streven
- Voorkomen sensitisatie en chronificatie zenuwpijn
- Risico hoge doses opioïden voorkomen

Evidence Based Interventies

- Epiduraal corticosteroïden toediening
2 B + / aanbeveling
- PRF van het DRG
2 C+ / overweging
- RF van het DRG
2 A- / **negatieve aanbeveling**

Epidurale corticosteroïd injectie



Corticosteroïd injectie

- Interlaminaire toediening

- < 3 maanden: NNT (50 % pijnreductie): 3
- > 3 maanden NNT (50% pijnreductie): 13 (McQuay and Moore)
- Systemische review van RCT's: te weinig bewijs doeltreffendheid voor lange termijn effect.

- Transforaminale toediening (TFESI)

- Meer precisie in aanbrengen corticosteroïden bij wortel
- Beste klinische resultaten
- Onder L3 (A. Adamkiewicz)
- Geen bewijs dat hogere dosis beter klinisch effect geeft

Pulsed radiofrequente behandeling (PRF)

- PRF ter hoogte van DRG (retrospect. studies)
 - PRF bij patiënten met HNP, Stenose en FBSS
 - Significante pijnreductie bij HNP: NNT 1,38
 - Significante pijnreductie bij stenose: NNT 1,19
 - PRF bij FBSS: NNT 6,5
- Tot op heden geen neurologische complicaties PRF



Opereren versus pijnbehandeling

- Surgical microdiscectomy versus transforaminal epidural steroid injection in patients with sciatica secondary to herniated lumbar disc (NERVES): a phase 3, multicentre, open-label, randomized controlled trial and economic evaluation
- Wilby et al, Lancet Rheumatol 2021;3:e347-56
- Doel: het bestuderen van de klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit van van bovengenoemde operatie versus TF-injectie in de behandeling van radiculaire pijn bij een lumbale discus hernia.

Nerves study (1)

- 11 spine clinics in UK
- 163 pat / 16-65 jaar / 1:1 randomisatie / > 6 weken klachten
- Cross-over mogelijk / follow-up 12 maanden
- Uitkomstmaten
 - Oswestry Disability Questionnaire 18w // 30-42-54w
 - NRS beenpijn
 - Adverse Events
 - EQ-5D-5L (utility maat voor QALY berekening)
 - Cost-effectiveness : incremental cost per QALY gained

Nerves study (2)

○ Resultaten:

- TFESI: (n=80 □ 63) Operatie: (n=83 □ 60)
- Geen statistisch significante verschillen prim.- /sec. outcomes
- 59% TFESI groep niet geopereerd (17 excluded)
- 4 ernstige complicaties in operatiegroep / 0 in TFESI groep

Nerves (3)

CONCLUSIE:

- TFESI als eerste invasieve behandeling is even effectief als een operatie in het doen afnemen van pijn en het doen toenemen van functionaliteit tgv radiculaire beenpijn bij een discus hernia
- Gezien de veiligheid van TFESI en het feit dat een operatie als eerste optie niet kosteneffectief is is het stapsgewijze toepassen van TFESI geadviseerd tot een termijn van zeker 12 maanden.

Helene Schweitzer Kliniek

- Zorgpad acuut lumbosacraal radiculair syndroom
 - *Aangetoonde recente HNP*
 - MRI LWK tot 3 maanden oud
 - Patiënten in ASz (via neurologie) / poliklinisch via huisarts
 - Na verwijzing <7 dagen behandelen: PRF wortel +TFESI



Optimisation of Diabetic care by an early pain assessment

Ismail Gültuna, Pijnspecialist ASz

9 Februari 2026

Disclosure belangen sprekers

Naam spreker: I. Gültuna

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis

Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld •Honorarium of andere (financiële) vergoeding •Aandeelhouder •Andere relatie, namelijk ...	Geen Geen Geen Geen

Introduction

- As the number of diabetes patients worldwide are increasing, health care professionals have to pay attention to the major complications of diabetes in their daily practice.
- The prediction is that in 2040 the number of diabetes patients will be 640 million.
(a)
- 70 million patients painful diabetich polyneuropathy (PDPN) (b)
- 15 million PDPN patients refractory to medication (c)

a. International Diabetes Federation 2015, b. Daousi 2005, c. Jensen 2006

The present care of painful diabetic polyneuropathy (PDPN)

- The complaints of PDPN are in > 50 % not recognized by patient or healthcare professionals. (a)
- 39% of the patients with a PDPN has never been treated for the pain symptoms.
- In > 50% of the treated patients there is no or insufficient effect achieved. (b)

a. Melmed 2016, b. Boulton 2005

Diabetic Polyneuropathy

- Neuropathy is one of the most common complications of diabetes. (a)
- Diabetic polyneuropathy (DPN) is an impairment of the nerves and can effect autonomic, motor and sensory functions (b).
- Prevalence of DPN is 40-50% (c)
- DPN may effect every part of the body but it involves frequently the feet first (Length Dependent Diabetic Polyneuropathy).
- Not every DPN is painful

a. Said 2007, b. Vinik 2004, c. Zochodne 2007

Goal

- Keeping people on their feet and mobile is fundamental to prevent the progression of diabetes symptoms.
- Pain is a major cause to disturb this issue and may cause major complications.
- An early pain therapy will increase the quality of life in a biopsychosocial model.

Prevalence: the size of the problem in the Netherlands

- Number of diabetes patients in NL : 1.200.000
- 50% develop DPN : 600.000 (a)
- 20% develop a painful DPN (feet and hands) : 120.000 (b)
- 33% develop moderate to severe pain : 40.000 (c)

a. Zochodne 2007, b. Daousi 2005, c. Abbott 2011 .

PDPN

Reduces the quality of life

- Sleep disturbances 50%
- Depression 30%
- Anxiety 30%
- Social isolement 68%
- Fall tendency
- Reduced mobility

Who makes the diagnosis?

- General practitioner
- Internist (endocrinologists)
- Neurologist
- Nurse Specialist
- Podiatrists

Pitfalls in PDPN

- As a health care provider we have to ask if diabetes patients have pain.
- Inform about the possible therapies
- Standard analgesics are ineffective in neuropathic pain.
- Explain the patient about the cause of the pain.
- PDPN is irreversible and is a chronic disease.

Multi-disciplinary approach

- In our hospital we try to treat the symptomatic diabetic polyneuropathy feet patients in a standardized method (protocol)
- At the time of the diagnosis “diabetes”
- standard check-ups
- proactive asking for pain symptoms
- early start of the therapy
- if necessary referral to the pain center for an effective therapy

Patients with DM have yearly controles

- Ask if they have pain in their feet / hands
- If they have pain , take a DN4 questionnaire
- If NP present inform the importance of a good glucose regulation as asymptomatic therapy
- Inform over the other possible therapies
- Exclude other causes (arthrogenic, vasculair, medication)
- Control for alarm signs
 - Acute progression
 - Extreme pain
 - Asymmetry
 - Extreme motor and autonomic signs

DN4 – QUESTIONNAIRE

To estimate the probability of neuropathic pain, please answer yes or no for each item of the following four questions.

INTERVIEW OF THE PATIENT

QUESTION 1:

Does the pain have one or more of the following characteristics? YES NO

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Burning | ☐ | ☐ |
| Painful cold | ☐ | ☐ |
| Electric shocks | ☐ | ☐ |

QUESTION 2:

Is the pain associated with one or more of the following symptoms in the same area? YES NO

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tingling | ☐ | ☐ |
| Pins and needles | ☐ | ☐ |
| Numbness | ☐ | ☐ |
| Itching | ☐ | ☐ |

EXAMINATION OF THE PATIENT

QUESTION 3:

Is the pain located in an area where the physical examination may reveal one or more of the following characteristics? YES NO

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hypoesthesia to touch | ☐ | ☐ |
| Hypoesthesia to pinprick | ☐ | ☐ |

QUESTION 4:

In the painful area, can the pain be caused or increased by: YES NO

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Brushing? | ☐ | ☐ |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|

YES = 1 point
NO = 0 points

Patient's Score: /10

Bouhassira 2005

Sensitivity 80%
Specificity 92%
Mathieson 2015

Recommendations of medical treatment of DPNP

- Antidepressiva (NNT 2-5) (a)

- Amitriptyline

- Duloxetine

- Anti-epileptica (NNT 5-7) (b)

- Pregabalin

- Gabapentine

- Carbamazepine

- Opioids NNT (3-5) (c)

- Tramadol

- Oxycodon

a. Goldstein 2005, b. Griesing 2005, c. Eisenberg 2005

Options in our pain centre

- TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator)
- Invasive pulsed radiofrequency (prf) treatment
- Nervus Ischiadicus
- Dorsal Root ganglion L5/S1
- Qutenza plaster
- Local application Capsaisine 8% (feet / hands)
- Neuromodulation
- Stimulation dorsal column with an epidural lead

TENS

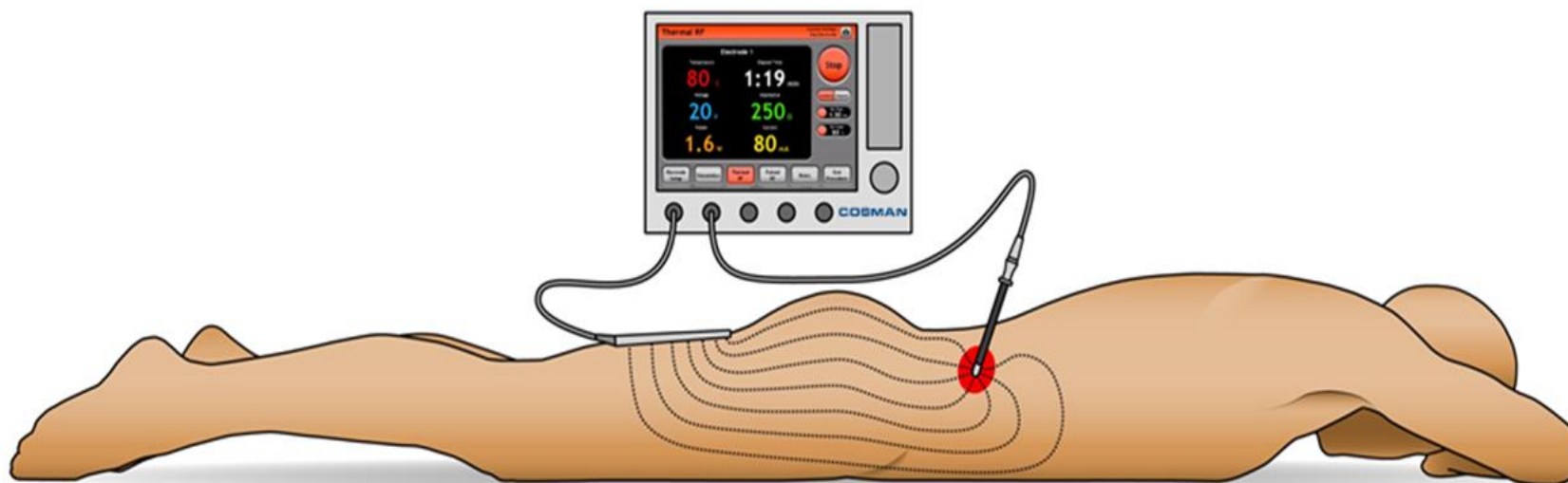
(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)



Qutenza (Capsacaine 8%)



Pulsed radiofrequency



SCS lead position epidural space



Conclusions - 1

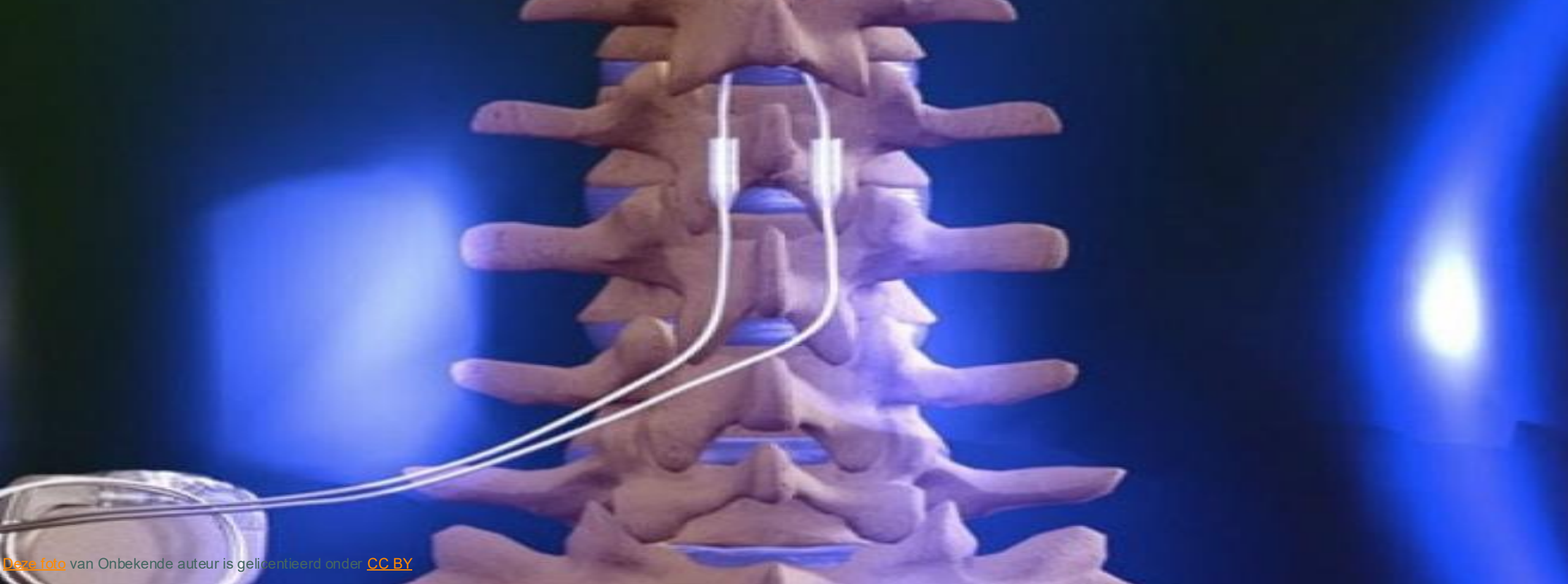
- Pain in diabetes is one of the major complications
- Patients and health care providers have to be aware about the possible expected complications in diabetes
- An early assessment and recognition is essential
- Neuropathic pain needs a different approach
- Neuropathic pain is treatable but irreversible
- An early treatment is essential
- Diabetes is worldwide a major medical, social and economic problem

Conclusions - 2

- Ask every patient if they feel pain or an other unpleasant feeling what disturbs their daily activities or sleep.
- Painful diabetic neuropathy is often difficult to treat with the current pharmacological therapies.
- Discuss the other possible options with the individual diabetic patient (shared decision).
- More studies are needed to understand what therapy is best to start for the individual diabetic patient.

Take home message

- An improved awareness of PDPN among patients and health care providers will result in improved management of patients with chronic neuropathic pain (screening).
- Neuropathic pain treatment is a challenge and needs a different approach.
- There are different therapeutic options (shared decision).
- Optimal therapy prevents complications, improves quality of life and may have economical benefits (value based health care).



[Deze foto](#) van Onbekende auteur is gelicentieerd onder [CC BY](#)

Neuromodulatie bij Chronische Pijn

T.E.Hamm-Faber, PhD, MA-ANP

Albert Event Albert Schweitzer Ziekenhuis

9-2-2026

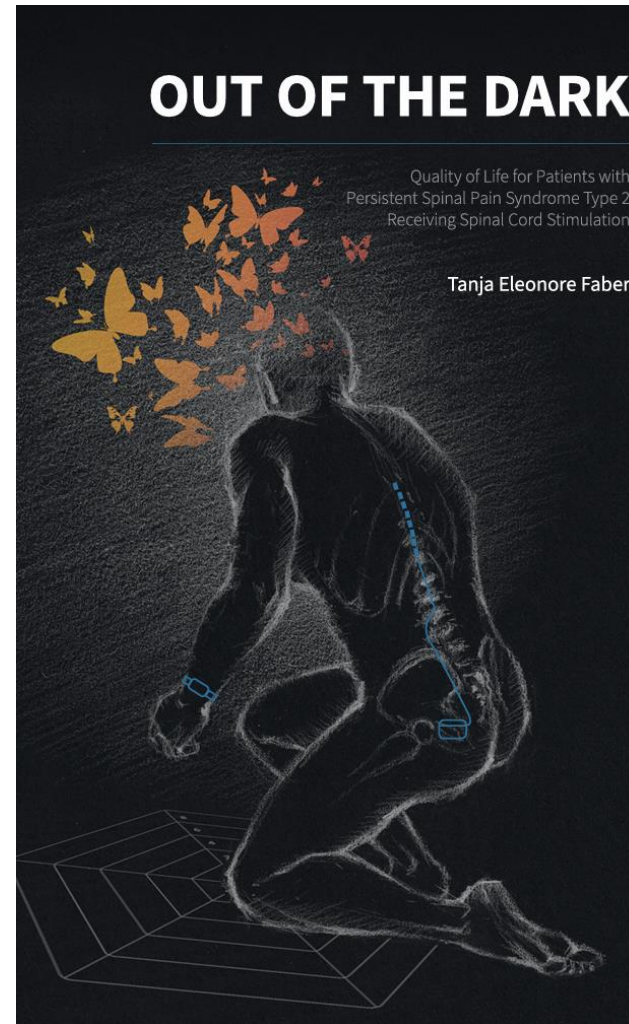
Disclosure

Naam spreker: Tanja Hamm
Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis
Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld	Geen
•Honorarium of andere (financiële) vergoeding	Geen
•Aandeelhouder	Geen
•Andere relatie	Geen

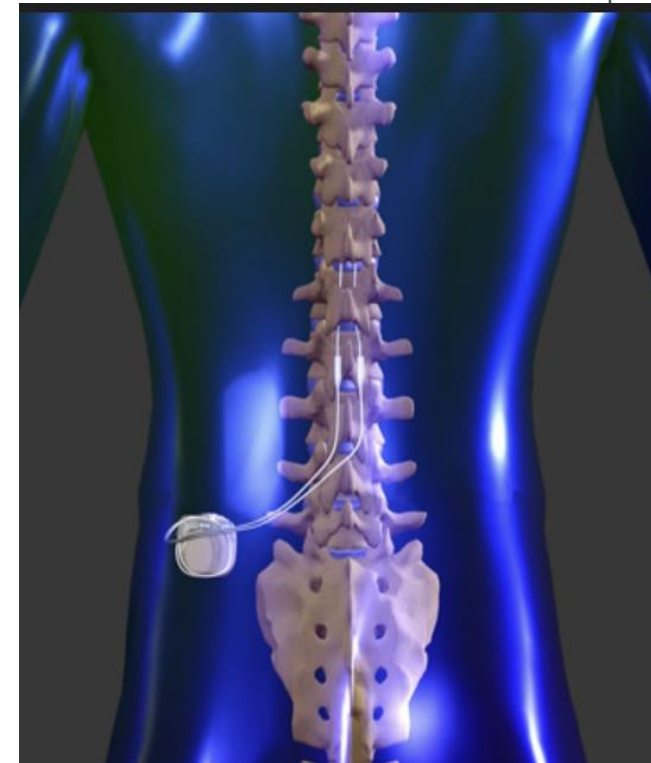
Voorstellen

- 2005: MA-ANP, HSL
- 2025: PhD, Radboudumc
- 2006: PBC-ASz



Neuromodulatie

- Persisterende chronische neuropatische pijn
- Therapeutische interventie
- Moduleren activatie van perifere zenuwen/ CZS
- Doel
 - Pijnreductie
 - QoL
- Vormen
 - Spinal Cord Stimulation (SCS)
 - Dorsal Root Ganglion (DRG)
 - Perifere Zenuwstimulatie (PNS)
 - Deep Brain Stimulation (DBS)
 - Intrathecal Drug Delivery (IDD)



Huisarts versus Neuromodulatie

- Indicatiestelling
- Multidisciplinaire screening
- Verwachting patiënt
- Complicaties
- Medicatiebeleid
- Communicatie en terugkoppeling

Indicatiestelling aanleiding



🏠 Zorginstituut Nederland > Publicaties

Standpunt neuromodulatie bij chronische pijn

-
- Kwaliteitsregistratie DICA
 - Dutch Neuromodulation Audit (DNMA)
- Doel
 - Inzicht in behandelingsresultaten en complicaties
 - benchmarking tussen centra
 - bevordering van kwaliteit en effectiviteit

Kumar et al.2007, Pain: Manca et al.2008, EJPain

Huidige Indicatie

- Verzekerde zorg
 - Persistent Spinal Pain Syndrome T2 (PSPS T2)
 - Failed Neck Surgery Syndrome (FNSS)
 - Complex Regionaal Pijn Syndroom (CRPS)
 - Pijnlijke Diabetische Neuropathie (PDN) en dunnevezelneuropathie
- Niet verzekerde zorg/ negatieve beoordeling
 - Postherpetische neuralgie
 - Neuropathische pijn door letsel
 - Refractaire angina pectoris (AP)
 - Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)/ischemische pijn.

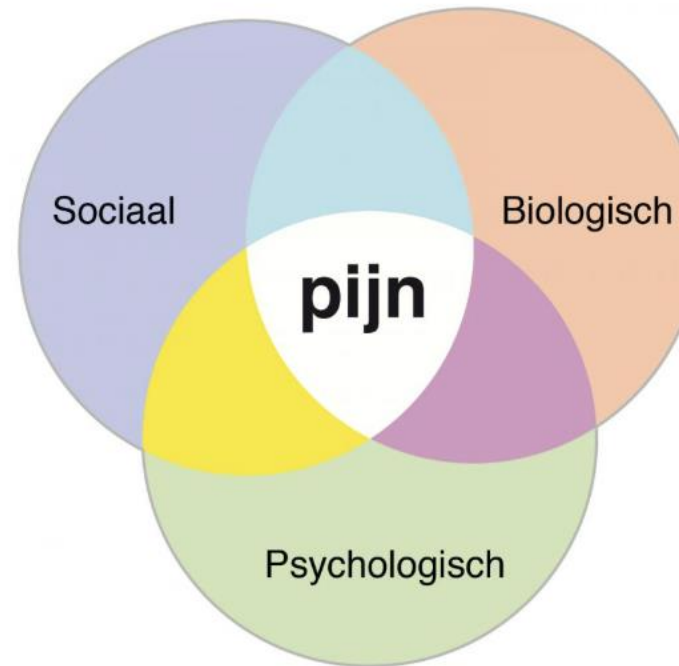
Multidisciplinaire Screening

- Patiënten selectie
- Psychosociale beoordeling
- Medische optimalisatie
- Functionele en kwaliteits-of-life evaluatie
- Risico-inschatting en counseling

De Heer et al. 2018, Pain; Shamji et al 2016. Neuromodulation

Psychologie & chronische pijn & neuromodulatie

- Emotioneel
 - Cognitief
 - Gedrag
 - Sociale relaties
-
- Landelijke richtlijn
 - Wereldwijde discussie



Hamm et al. 2025 et al. Neuromodulation; Spakes et al. 2010 Pain; Celestin et al. 2009, Pain Med.

Verwachting patiënt

- Neuromodulatie is niet genezend
- Functionele verbetering
- Verschuiving naar holistische evaluatie
- Balans: therapie & behouden eigen regie
 - Gezondheidsmodel van Machteld Huber
 - Lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, spiritualiteit, QoL, sociale participatie en dagelijkse verzorging
 - Minimal Clinically Important Difference (MICD)
 - pain intensity, physical function, health-related quality of life (HRQoL), emotional function, and sleep quality

Complicaties

- Chirurgische
 - Nabloeding/ hematoom
 - Infectie
 - Wondpijn
 - Littekenpijn (langer)
- Technisch
 - Hardware (connectie, opladen)
 - Migratie elektrode
 - Afname effect
 - Ongewenste stimulatie/ geen stimulatie
- Bijkomende klachten

Post OK

- 24/7 via PBC of SEH

Langer termijn

- via het PBC

Medicatiebeleid

Pre implantatie	- Pijnmedicatie is in MDO besproken - Stabiel in de huidige (minimale) pijnmedicatie - Aandacht voor BV - Bactroban 5 dagen pre OK	Pre-op regelt DM
Proef implantatie	- Zn aanvullende medicatie wondpijn - Pijnmedicatie continueren	
Post implantatie neurostimulator	- Afbouwen pijnmedicatie	Aandacht voor opioïden
Langere termijn	- Anticiperen op individuele behoefte patiënt	Jaarcontrole PBC continueert op PBC gestarte pijnmedicatie

Communicatie en terugkoppeling

✓ Brief HA

- OK (na proef- en implantatie fase)
- Deelname en afsluiting studie
- Jaarcontrole

✓ Patiënt informeert PBC

- MRI scan
 - (Niet bij echo, x- foto)
- Operatie
- Verblijf buitenland

- Dossier pijngeneeskunde
- Essentiele informatie

Samenvatting

PSPS T2; Status na een HNP-OK L5-S1 in 2015.
pijnlachten lage rug en het rechterbeen.

Februari 2017 : SCS : Vectris lead 75 cm rechtstreeks op IPG- PA restore bil links
maart 2025: restore- > inceptiv bil links

SCS = MRI compatibel

Bij operaties bi-polaire diathermie

|

Take Home Message

- Evidence based therapie
- Essentieel
 - Multidisciplinair
 - Patiënten selectie
 - Verwachtingsmanagement
 - Geprotocolleerd zorgpad

Geen eindstation maar een toekomst met zorg op maat

At your service



Workshops

Ronde 1 19:15 - 19:50

Ronde 2 19:50 - 20:25

Ronde 3 20:25 - 20:55

Workshop	Spreker	Locatie
1. Leefstijl bij chronische pijnklachten	Daniëlle van Hees	Vergaderzaal 1 Kleur: blauw
2. Qutenza	Anja Breedveld & Natasja Reijnders	Vergaderzaal 2 Kleur: oranje
3. Wortelblokkade	Hans Aukes	Pijnbehandelcentrum Kleur: groen



Workshop | Leefstijl & chronische pijn

Daniëlle van Hees

Pijnbehandelcentrum



helene
schweitzer
kliniek

Onderdeel van het Albert Schweitzer ziekenhuis



Leefstijl & chronische pijn

Albert Event 9-2-2026

Disclosure belangen sprekers

Naam spreker: Danielle van Hees

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis

Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld	Geen
•Honorarium of andere (financiële) vergoeding	Geen
•Aandeelhouder	Geen
•Andere relatie, namelijk ...	

Programma workshop

- Leefstijl
- Onderdeel van behandelen
- Leefstijl bespreken
- Doel leefstijlgesprek
- Leefstijlroer
- Leefstijlinterventies
- Take home message

Leefstijl

- Breed begrip
- Positief of negatief
- Goede zorg
- Druk op de zorg
- Onderdeel van reguliere zorg
- Bevordert herstel

Onderdeel van behandelen

- *Pijn ontstaat niet door een verkeerde leefstijl, maar pijn kan wel chronisch worden (Nijs et al., 2019)*
- Verbeteren van meerdere leefstijlfactoren
- Fysieke activiteit, stress, slaap & voeding
- Sedentaire leefstijl
- Fundament voor behandeling
- Meer regie & minder pijnmedicatie
- Positieve impact op pijnklachten en QOL (Steur, 2023)

Leefstijl bespreken

- Niet gewend
- Belemmerende gedachten
- Zaadje planten

Doel leefstijlgesprek

- Gezonde leefstijl
- Rol pijnconsulent
- Educatie
- Motiveren
- Geen snelle oplossing, lange termijn gezondheidswinst
- Kleine stapjes, grote effecten
- Leefstijlzorgloket Zuid-Holland-Zuid

Leefstijlinterventies

- ✓ Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)
- ✓ Ergotherapeut
- ✓ Leefstijlcoach
- ✓ Sportconsulent
- ✓ Andullatietherapie
- ✓ Fibromyalgieprogramma
- ✓ Bewegen met chronische pijn
- ✓ Medisch fitness
- ✓ Mentaal fit



Leefstijlroer



Take home message

- Bespreek leefstijl
- Leefstijlroer
- Leefstijlzorgloket Zuid-Holland-Zuid

Bronnen

- Nijs, J., D'Hondt, E., Clarys, P., Deliens, T., Polli, A., Malfliet, A., Coppieters, I., Willaert, W., Yilmaz, S. T., Elma, Ö., & Ickmans, K. (2019). Lifestyle and Chronic Pain across the Lifespan: An Inconvenient Truth? *PM&R*, 12(4), 410–419. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12244>
- Streur, M. (2023). *Pijn-onderzoeker Jo Nijs: 'Barrières tussen disciplines gaan vervagen'*. Geraadpleegd op 30 oktober 2024 van <https://leefstijl.bsl.nl/medisch/pijn-onderzoeker-jo-nijs-barrieres-tussen-disciplines-gaan-vervagen/>



Onderdeel van het Albert Schweitzer ziekenhuis

Bedankt voor uw aandacht



helene
schweitzer
kliniek

Workshop II

Qutenza voor perifere zenuwpijn

Albert Event 9 februari 2026

Natasja Reijnders en Anja Breedveld
pijnconsulent

Disclosure belangen sprekers

Naam sprekers: Anja Breedveld & Natasja Reijnders

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis

Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld •Honorarium of andere (financiële) vergoeding •Aandeelhouder •Andere relatie, namelijk ...	Geen Geen Geen Geen

Wat is Qutenza ?

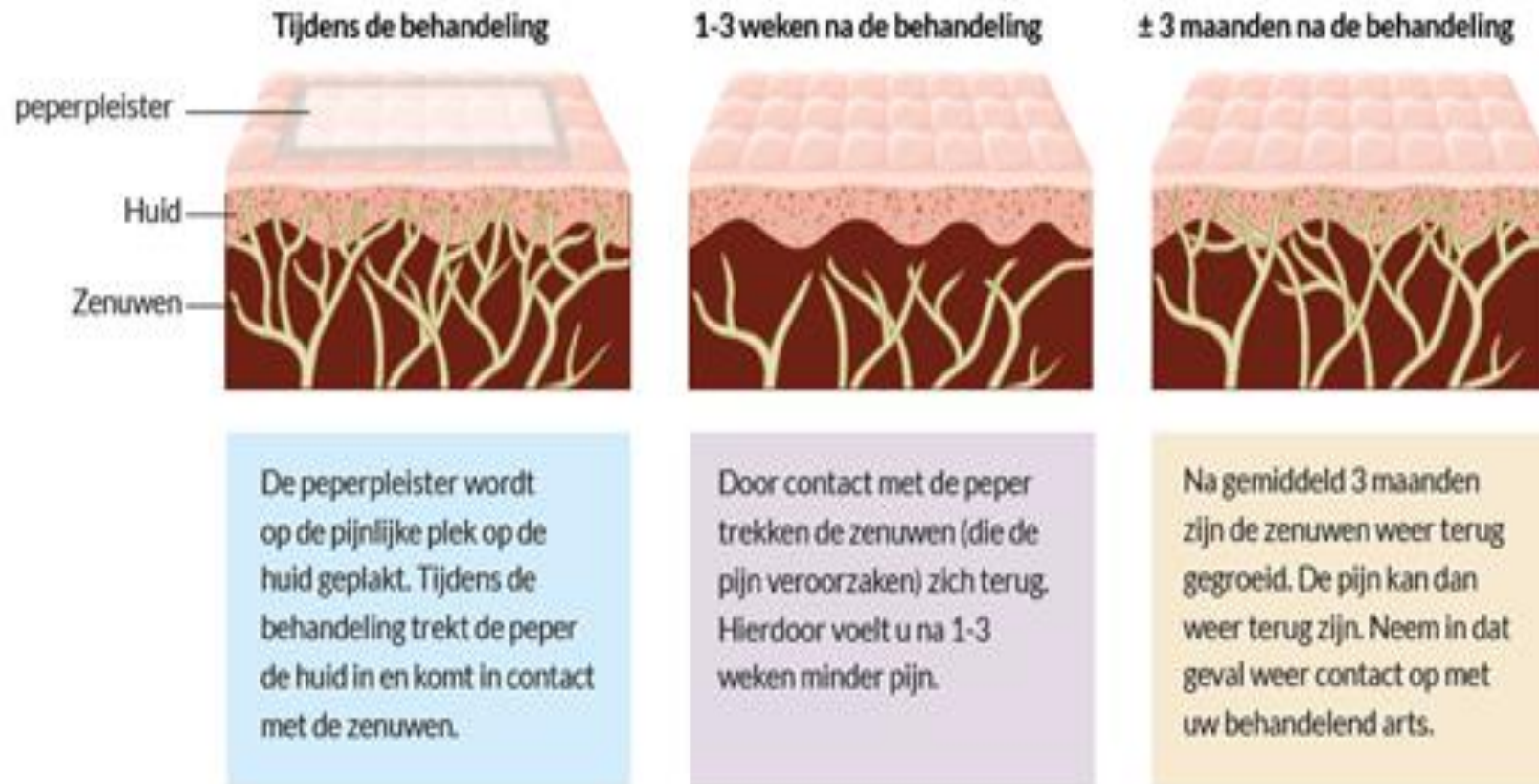
- merknaam van capsaïcinepleister
 - geschiedenis
 - scovilleschaal
 - pure capsaïcine 16.000.000 scoville
 - cayennepeper en chilipeper 125.000 scoville
 - tabasco 50.000 scoville
 - sambal 2.000 scoville
 - paprika 0 scoville
- Qutenza praktijk = concentratie 8%



Werking

- capsaïcine bindt zich aan pijnreceptoren (TRPV1 - receptor) op beschadigde zenuwen in de huid
 - overprikkeling (brandend gevoel) -> door herhaalde blootstelling desensibilisatie -> minder gevoelig voor pijnprikkels
 - ion kanaaltjes in celmembraan geopend bij temperatuur > 43 graden, zenuwuiteinden trekken zich terug
- geen weefselschade
 - behandeling kan herhaald worden

Werking

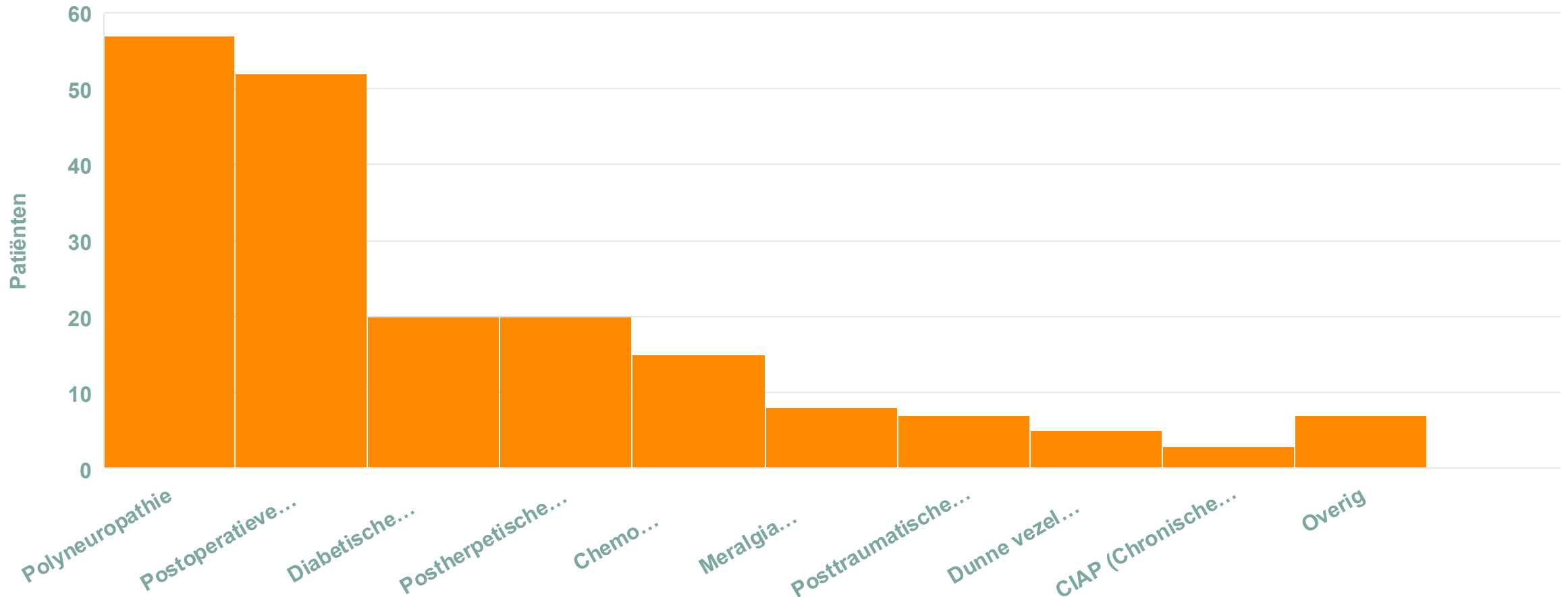


Indicaties

- polyneuropathie
 - diabetische PNP, chemo-geïnduceerde perifere neuropathie (CIPN)
- postoperatieve neuralgie
 - littekenpijn, pocketpijn
- lokale neuropathie
 - meralgia paresthetica
- postherpetische neuralgie
 - Herpes zoster

Resultaten PBC-ASz 2025

■ N =194



Indicaties

Contra-indicaties

- onbehandelde hypertensie
- beschadigde huid
- overgevoeligheid
- borstvoeding
- zwangerschap
- slijmvliezen
- extra aandacht: gelaat

Qutenza in het behandeltraject

- mono therapie of aanvullend / ondersteunend
- combinatie met medicatie, invasieve behandeling of TENS
- prikangst
- bijwerkingen van orale medicatie
- afbouw pijnmedicatie

Praktische uitvoering

- goed geventileerde ruimte
 - irritatie ogen en slijmvliezen
 - vermijden aerosolisatie
 - vermijden contact met andere delen van het lichaam
-
- paracetamol
 - Emla crème
 - tijdsduur behandeling
 - 60 minuten, m.u.v. voeten

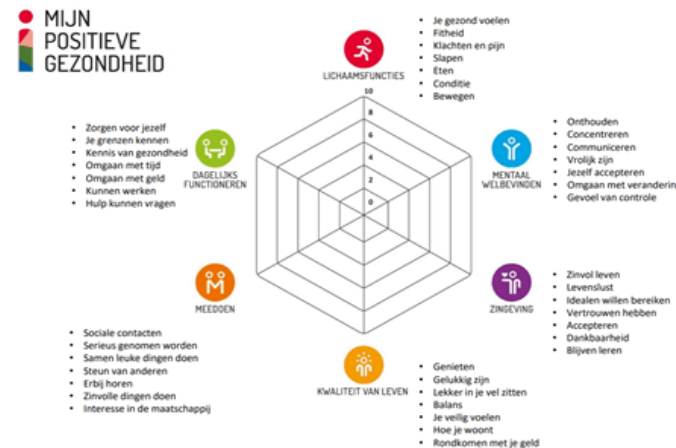


Nazorg

- koelen
- Paracetamol / eigen pijnmedicatie
- vermijden warmte en zon
- 2 dagen aanraken vermijden

Evaluatie

- belconsult 6 weken
 - NRS
 - QOL
 - vermindering pijnmedicatie
 - doelen spinnenweb `mijn positieve gezondheid`
- Machteld Huber



Follow-up

- pijnreductie na 2 -14 dagen
- duur pijnreductie 2 - 4 maanden
- tevreden -> afronden
- pijnreductie maar pijn neemt weer toe -> herhalen behandeling na 2-3 maanden
- geen pijnreductie -> terug naar de arts
- huisartsenbrief

Take home messages

- niet-invasieve behandeling
- voor oppervlakkige perifere zenuwpijn
- behandeling kan herhaald worden



Workshop III

Wortelblokkade door Hans Aukes, pijnspecialist

Disclosure belangen sprekers

Naam spreker: Hans Aukes

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis

Maandag 9 februari 'Pijn'

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
•Sponsoring of onderzoeksgeld •Honorarium of andere (financiële) vergoeding •Aandeelhouder •Andere relatie, namelijk ...	Geen Geen Geen Geen

Indicaties en mogelijkheden zenuwblokkade

Pijnklachten als gevolg van HNP e/o Stenose

- Cervicaal
- Thoracaal
- Lumbaal
- Sacraal

Indicaties en mogelijkheden perifere zenuwblokkade

- Occipitalis
- Supra- / infra orbitalis / mentalis
- Supra scapularis
- Littekenpijn thorax / abdomen
- Intercostaal
- ACNES
- Ileoinguinaal
- Piriformis
- Ulnaris/radialis/medianus
- Ischiadicus / femoralis / peroneus / infrapatellaris/ tibialis
- Mortons neurooom