

Casus stepped care bij complexe / chronische pijnen

Dhr de Groot, 42 jaar met een blanco medische voorgeschiedenis is zojuist bij een kop-staart aanrijding betrokken geraakt. Hij kwam klem tussen inrijdend stadsverkeer en een stilstaande voorganger. Hij droeg zijn gordel en de airbag is uitgeklapt. Ambu ter plaatse heeft hem nagekeken en kon geen bijzonderheden constateren en adviseerden hem paracetamol 1000mg te gebruiken. Omdat hij last heeft van zijn nek en schouders is hij langsgeslagen. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek kun je nu geen pathologische afwijkingen constateren en stel je de diagnose: tendomyogene nek-schouderklachten tgv een acceleratie-deceleratie trauma.

- 1) Wat leg je dhr de Groot uit?

Een uitleg kan zijn dat je beschrijft dat er geen weefselschade aan de nek-/rug en schouder structuren lijkt te zijn. De pijn die hij ervaart komt voort vanuit het overstrekken van de spieren. Er zijn geen aanwijzingen voor schade aan zenuwen of botten. Daarmee is het belangrijk te realiseren dat "gewoon" gebruik van de spieren en mobiliseren op geleide van de pijn een centrale rol speelt in het herstel van dit soort letsels.

- 2) Welk advies geef je hem?

Je kan hem adviseren om de nek soepel en mobiel te houden door dagelijks gebruik te stimuleren, eventueel de nek extra te mobiliseren door eenvoudige rol- en draaioefeningen en/of massages. Daarbij kunnen pijnstillers helpen om te blijven bewegen, bijvoorbeeld paracetamol evt in combinatie met een NSAID en attendeert hem op de mogelijke bijwerkingen hiervan.

Na 3 weken heb je een videoconsult met dhr de Groot gepland staan. In de afspraakregel heeft hij geschreven: "Vervolg nekkklachten, laatste week ook forse rugklachten erbij gekregen – Hernia?"

- 3) Welke gedachte en welk gevoel bemerk je bij jezelf als je deze aankondiging leest?

Ruimte voor inbreng van de aios en docent

Bij het videoconsult geeft hij aan dat er geen schot in de nekkklachten zit en dat klachten eerder toe- dan af lijken te nemen. Zijn werkgever vind het allemaal maar lang duren en dringt aan op een vlotte werkhervatting. Contact met de bedrijfsarts heeft hij 1x gehad en dat was kort na het eerste consult dat hij bij je had. Er zijn zover je anamnestic na kan gaan geen alarmsymptomen. Als pijnstilling gebruikt hij nu: paracetamol 3-4dd1000mg en ibuprofen 3dd400mg. Een fysiotherapeut heeft hij nog niet geconsulteerd. Wordt het nu niet eens tijd om een MRI van de nek te gaan maken?

- 4) Wat is belangrijk in deze fase en wat zijn richtinggevende vragen om nu aan dhr de Groot te stellen?

Belangrijk is om te exploreren tav de voorspellers van centrale sensitisatie:

- *wat hij de afgelopen weken gedaan heeft en wat gelaten*
- *Heeft hij zijn rug ontzien – beweegangst?*
- *Hoe reageert hij op de pijnstilling?*

- Wat voor soort pijn voelt hij aan zijn rug? (brandend, stekend etc...)

Én: dit is een belangrijk moment om nogmaals stil te staan bij de zorgen of angsten die kunnen spelen bij patiënt. Vaak zijn er in de omgeving (en online...) vele meningen over wat er moet gebeuren die patiënten onzeker kunnen maken wat er nu precies speelt.

Voor de zorgvuldigheid en als investering in het toekomstige behandeltraject is het het beste om patiënt nogmaals uit te nodigen, eventueel om zijn nek nog eens te bekijken.

Daags later zit hij tegenover je in de spreekkamer. De volgende zaken komen ter sprake. Hij heeft de pijnstilling 5 dagen gebruikt zonder enig effect. Omdat hij op het werk (op kantoor) zo veel last van nek en rug krijgt is hij daar maar helemaal van ziek gemeld. Hij ervaart een warme pijn in zijn nek. Sommige dagen gaat het echt beter en is hij vol goede moed, een dag later moet hij dat dan echter weer bekopen.

Je kijkt hem na en inderdaad is de betrokken regio waar hij pijn heeft nu naar de thoracale wervelkolom uitgebreid. Je hebt geen aanwijzingen voor andere / onderliggende pathologie.

5) Wat bespreek je met hem?

Er zijn verschillende mogelijkheden:

• *Er is nog altijd géén indicatie voor het verrichten van aanvullende diagnostiek.*

Belangrijk is uit te leggen dat er vaak geen afwijkingen te zien zijn bij patiënten met dergelijke klachten en andersom. En daarnaast: wat als er wél iets te zien is, wat ga je daardoor anders doen?

• *Je zet aanvullende diagnostiek gericht in om patiënt naar een volgende motivatiefase te bewegen. Soms is aanvullende diagnostiek nodig schot in de behandeling te krijgen. Dit kan helpen de patiënt te overtuigen dat er geen structurele schade aan de weke delen is.*

We zijn weer 4 weken verder. In verband met zijn aanhoudende angst voor pathologie heb je een foto gemaakt van zijn nek, waarop een klein beetje facetartrose te zien is, maar verder zijn er geen grote afwijkingen. Op verzoek van de patiënt heb je hem dan toch maar naar de orthopeed verwezen. Deze kon ook geen afwijkingen vinden, en vertelde dhr dat er niets aan te doen was, hij moest er maar mee leren leven. Hier kan dhr de Groot toch echt niet mee akkoord gaan en wil verder.

6) Bedenk samen wat dhr de Groot zou kunnen drijven om verder te blijven zoeken.

Beredeneer vanuit het common sense model (van Wilgen, p 37 t/m 40)

7) Wat is je vervolg stap? Verwijs je verder of houd je de regie in eigen hand?

Bespreek wat de aios zouden doen:

- Patiënt educatie en verwijzen naar gespecialiseerd fysio/ergo, afspraak poh-ggz
- Revalidatiekliniek voor multidisciplinaire behandeling
- Pijnpoli voor behandeling, bijvoorbeeld lokale behandeling of proefblokkade

Wat zijn argumenten om wel of niet voor een van bovenstaande opties te kiezen?

Oefen in tweetallen de patient educatie bij dhr de Groot.

Wat leg je uit, welke woorden en voorbeelden gebruik je? Bespreek hoe het over komt op de patiënt wat je wil vertellen, sluit het aan bij de gedachten en percepties van de patiënt?