

uitgevonden. Dit betekent dat mensen (in de praktijk zijn dit voornamelijk vrouwen) zoveel mogelijk een weloverwogen, eigen keuze moeten maken voor die vorm van anticonceptie die het beste past bij hun leefwijze en opvattingen. Om zo'n keuze te kunnen maken moeten vrouwen eerst uitvoerige informatie krijgen over alle vormen van anticonceptie. Dit gebeurt veelal onvolledig. Pil, spiraal en condoom zijn alom bekend, maar heel wat meisjes en vrouwen hebben nog nooit van het pessarium gehoord.

Gezien het feit dat de gezondheidsrisico's van een middel voor veel vrouwen even zwaar wegen als de betrouwbaarheid, zouden wellicht veel meer vrouwen voor het pessarium kiezen als ze beter op de hoogte zouden zijn. Uit de thans beschikbare gegevens kan geconcludeerd worden, dat een pessarium een zeer betrouwbaar middel kan zijn. Het is echter te hopen dat er ook in Nederland snel meer onderzoek naar de diverse mogelijkheden van dit middel gedaan zal worden, zodat men in de toekomst op grond van meer betrouwbare, recente gegevens voor het pessarium zal kunnen kiezen.

*Samenvatting. Het pessarium occlusivum staat niet hoog aangeschreven als anticonceptiemethode. Uit verschillende onderzoeken naar gebruik en betrouwbaarheid van deze methode blijkt echter dat het pessarium meer mogelijkheden biedt en betrouwbaarder kan zijn dan tot nu toe werd aangenomen. Ook de NFFD-methode (één kleine maat, geen gebruik van pasta) zou volgens de uitvinder zeer betrouwbaar zijn.*

*Meer onderzoek naar de mogelijkheden van het pessarium occlusivum is gewenst.*

*Summary. The occlusive pessary reconsidered.*

*The occlusive pessary is not held in high esteem as a contraceptive aid. Various studies of the use and reliability of this aid have shown, however, that the pessary presents more possibilities and can be more reliable than has so far been assumed. The „non-spermicid fit-free diaphragm” method (one single small size, no application of jelly) is likewise very reliable according to the inventor. Further research into the possibilities of the occlusive pessary is desirable.*

Literatuur op p. 498.

## Huisarts en praktijk

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

DR. B. J. P. CRUL\*

### Pijnbestrijding bij kanker door middel van zenuwbaanblokkades

Binnen onze gezondheidszorg neemt de huisarts meestal een centrale plaats in bij de begeleiding van ongeneeslijke patiënten met kanker. Wanneer in het ziekenhuis de op genezing gerichte therapieën blijken te falen en men daar niets meer voor de patiënt kan doen, wordt min of meer „automatisch” van de huisarts verwacht, dat deze de patiënt wel verder zal begeleiden. Een van de grootste en moeilijkste problemen waar een huisarts zich in zo'n situatie voor geplaatst kan zien, is de bestrijding van de pijnklachten die een patiënt met kanker kan hebben.

#### Inleiding

Volgens een Brits onderzoek (*Parkes*) lijdt één op elke drie patiënten die aan kanker overlijden, tijdens de laatste fase van zijn leven aan hevige, moeilijk te behandelen pijnen, die hemzelf, zijn familie én zijn huisarts tot wanhoop en vertwijfeling brengen.

Voor Nederland zou dit betekenen dat van de circa 30.000 mensen die jaarlijks aan kanker overlijden, zo'n 10.000 met pijn te kampen hebben. Dit houdt in dat praktisch iedere huisarts regelmatig wordt geconfronteerd met ernstige pijn bij kanker. Vele huisartsen zullen dan ook vroeg of laat te maken krijgen met de ontoereikendheid van de medicamenteuze therapie, die de pijnklachten niet adequaat kan bestrijden en/of de persoonlijkheid van de patiënt vervlakt. In een aantal gevallen kunnen pijnklachten bij kanker op een effectievere wijze bestreden worden door zogenaamde zenuwbaanblokkades. In deze bijdrage wordt ingegaan op een aantal aspecten van deze methode.

#### Overwegingen

De beslissing al dan niet over te gaan tot een zenuwbaanblokkade, dient geba-

seerd te zijn op een aantal uitvoerige overwegingen. De aard van het pijnsyndroom is daarbij van doorslaggevend belang. Wanneer het bijvoorbeeld gaat om enkelzijdig, goed gelokaliseerde pijn, zal de beleidslijn anders zijn dan bij dubbelzijdige of mediaan gelokaliseerde pijnen; in het eerste geval is de „kosten-baten verhouding” veel gunstiger dan in de tweede situatie. Anders gezegd: met de ingreep kan een goed resultaat worden verkregen ten koste van weinig complicaties en met een aanvaardbare belasting van de patiënt. Een andere noodzakelijke overweging betreft de lichamelijke en psychische conditie van de patiënt. Bij ingrepen als een *percutane cervicale chordotomie* is niet alleen een redelijke lichamelijke conditie, maar ook een zekere psychische spankracht van de patiënt gewenst. Het wel of niet slagen van de ingreep hangt namelijk mede af van de mate waarin de patiënt tijdens de uitvoering ervan meewerkt. Niet iedere patiënt kan dit opbrengen. Andere ingrepen, zoals de *coeliacus blokkade*, betekenen echter een geringere belasting voor de patiënt.

Hoewel dit natuurlijk voor iedere medische ingreep geldt, heeft de patiënt zelf het laatste woord bij het al dan niet uitvoeren van een bepaalde zenuwbaanblokkade ter bestrijding van zijn pijnklacht. Pijn is nu eenmaal een subjectief gegeven en niet weer te geven in objec-

\* De auteur is werkzaam op de afdeling anesthesiologie van het Canisius-Wilhelminaziekenhuis te Nijmegen, en is tevens als consultant Pijnbestrijding verbonden aan het Integraal Kankercentrum Oost.

tieve maat of getal. Hier geldt dan ook dat de patiënt, wat aard en omvang van zijn pijn betreft, de enige deskundige is. De raadgevende positie van de arts is in deze situatie dan ook wezenlijk anders dan bij een ingreep waarbij de indicatie bijvoorbeeld kan worden afgelezen uit röntgenfoto's of laboratoriumuitslagen. Opdat de patiënt zelf een oordeel kan vellen en een beslissing kan nemen, moet hij zo volledig mogelijk worden ingelicht over de aard van de zenuwbaanblokkade, de belasting van de ingreep zelf, de kansen op het al dan niet volledig „pijnvrij” worden, en het optreden van eventuele complicaties.

Het meest gewenste tijdstip verschilt van patiënt tot patiënt. Een belangrijk houvast is de vraag, of de niet-narcotische analgetica nog toereikend zijn om de pijn draaglijk te houden; zo niet, dan is het tijd een zenuwbaanblokkade te overwegen. Hiermee moet niet te lang worden gewacht: wanneer een blokkade in een relatief vroeg stadium van het ziekteproces wordt uitgevoerd, kan de patiënt daar zo lang mogelijk van profiteren. Vaak kunnen dan morfinomimetica achterwege blijven of pas in een betrekkelijk laat stadium nodig blijken. Het uitvoeren van een zenuwbaanblokkade vergt geen lange opnameduur. De meeste van dit soort ingrepen kunnen worden uitgevoerd binnen het systeem van de dagopname. Soms is een ziekenhuisverblijf van enkele dagen nodig.

### Pijnsyndromen en relevante technieken

In de pijnbestrijding bij kanker wordt met een zenuwbaanblokkade een onderbreking beoogd in het pijngelidende systeem van het zenuwstelsel. De hiervoor benodigde laesie in het zenuwstelsel moet zo selectief mogelijk zijn. Naast de pijn mogen er immers geen andere modaliteiten worden uitgeschakeld!

De werkingsduur van een zenuwbaanblokkade varieert maar is maximaal twee jaar. Na die tijd is er een grote kans op causaliforme pijnsensaties, die als zeer hinderlijk worden ervaren en moeilijk te behandelen zijn. Voor ongeneeslijke patiënten met kanker heeft dit echter weinig consequenties, aangezien pijn bij kanker meestal een laat symptoom is en de laatste fase van de ziekte inleidt.

Zenuwbaanblokkades ten behoeve van oncologische patiënten worden meestal door middel van een naald aangebracht. Dit kan op twee manieren gebeuren: in de eerste plaats door applicatie van che-

mische agentia, zoals fenol en alcohol, op het desbetreffende zenuwweefsel; in de tweede plaats kan met een hoogfrequente wisselstroom een coagulatieleesie in het pijnbegeleidende zenuwweefsel worden aangebracht. Deze technieken zijn van vrij recente datum. Ze zijn ontwikkeld en mogelijk geworden door het ter beschikking komen van de röntgenbeeldversterker en apparatuur voor het maken van micro-coagulatieleesies. De zogenaamde „open chirurgische” technieken hebben binnen dit scala een zeer beperkte plaats, omdat ze te belastend zijn voor de meestal toch al zwaar beproefde patiënt.

• *Enkelzijdige pijn* is over het algemeen goed met zenuwbaanblokkades te behandelen. De blokkades kunnen selectief worden uitgevoerd, zodat bij correcte techniek weinig bijverschijnselen optreden. Bij unilaterale pijn komt in de eerste plaats de *percutane cervicale chordotomie* als pijnbestrijding in aanmerking (*Sluyter*). Bij deze ingreep wordt met behulp van een naaldelektro-

plaats van de pijnbaan kan worden afgeleid uit het röntgenbeeld. Vervolgens wordt door de naald een coagulatielektrode ingeschoven tot in het ruggermerg. Stimulatieproeven kunnen nu de positie van de naald verifiëren. Wanneer de lokalisatie juist blijkt te zijn, worden gefractioneerde coagulatieleesies gemaakt. Tijdens het maken van de laesie wordt de actieve spierkracht van de patiënt gecontroleerd. De ingreep neemt ongeveer 45 minuten in beslag, maar kan soms uitlopen tot anderhalf à twee uur. Omdat de actieve medewerking van de patiënt tijdens de ingreep noodzakelijk is, kan – naast de plaatselijke verdoving – slechts een lichte sedatie worden toegediend. Een en ander vraagt dus een goede motivatie van de patiënt.

Met deze ingreep is het in ongeveer 85 procent van de gevallen mogelijk pijn gelegen onder het segment cervicale V, te laten verdwijnen. De werkingsduur van een geslaagde ingreep bedraagt anderhalf tot twee jaar. De kans op blijvende hinderlijke complicaties is klein

---

### Lijst van ziekenhuizen waar zenuwbaanblokkades worden toegepast

Academisch Ziekenhuis  
Groningen  
(telefoon 050-612120)  
E. S. Rinsma

Academisch Ziekenhuis Leiden  
(telefoon 071-147222)  
A. P. E. Vielvoye-Kerkmeer

St. Antonius Ziekenhuis,  
Utrecht  
(telefoon 030-527111)  
N. M. Zwaan

Canisius-Wilhelmina  
Ziekenhuis, Nijmegen  
(telefoon 080-569911)  
Dr. B. J. P. Crul

Diaconessen Ziekenhuis, Breda  
(telefoon 076-222133)  
R. van Seventer

St. Geertruiden Gasthuis of  
Ziekenhuis Deventer  
(telefoon 05700-76543)  
A. H. Wigboldus

Lutherse Diaconesseninrichting,  
Amsterdam  
(telefoon 020-791111)  
Dr. M. E. Sluyter

Rotterdams Radiotherapeutisch  
Instituut, Rotterdam  
(telefoon 010-391911)  
Dr. J. R. Bouma

---

de een laesie gemaakt in het pijngelidende systeem van het ruggermerg: de tractus spino thalamicus. Dit gaat als volgt in zijn werk:

Bij de patiënt in rugligging wordt – onder röntgendoorlichting – van opzij uit een naald ingebracht tussen de eerste en tweede cervicale wervel. Na het aanprikken van de intrathecale ruimte wordt röntgencontrast ingespoten, zodat het ruggermerg zichtbaar wordt en de

en bedraagt zo'n 1 à 2 procent. Als de ingreep slaagt, is hij toereikend en hoeft hij niet meer te worden herhaald.

Patiënten met unilaterale pijn, die niet in aanmerking komen voor een percutane cervicale chordotomie, kunnen worden behandeld met een intrathecale injectie van fenol of alcohol (*Swerdlow*). Het succespercentage ligt hier rond de 60 procent. De werkingsduur van deze injectie varieert van enige weken tot

enige maanden. De ingreep zelf is weinig belastend voor de patiënt en nauwelijks pijnlijk. Ongeveer 5 procent van de patiënten krijgt complicaties, meestal in de vorm van enig krachtverlies in een van beide benen of mictiebezwaren. Keert de pijn terug, dan kan een intrathecale blokkade worden herhaald.

Pijn ten gevolge van ribmetastasen kan goed worden behandeld door middel van intercostaalblokkades met fenol of alcohol. In ongeveer 80 procent van de gevallen lukt het de patiënt hiermee pijnvrij te krijgen. De werkingsduur is echter beperkt en bedraagt drie tot zes weken. De injectie kan dan zonder veel problemen worden herhaald. Wel kan na verloop van tijd een pijnlijke neuritis optreden, die vooral na een blokkade met alcohol wordt gezien.

- *Abdominale pijn*, vaak door- of omtrekkend naar de rug, wordt veel gezien bij maligne buikprocessen. Berucht zijn de hevige pijnen die kunnen optreden bij pancreas- en maagcarcinomen. Bovenbuikspijnen zijn echter goed te behandelen door middel van een *coeliacusblokkade (Crul)*. Bij onderbuikspijnen moet naast een coeliacusblokkade ook een blokkade van de lumbale grenstreng worden uitgevoerd.

Bij de coeliacusblokkade wordt – onder röntgendoorlichting – een mengsel van alcohol en een waterig contrastmiddel in de prevertebrale ruimte van de eerste lumbale wervel geïnjecteerd. Met de röntgenbeeldversterker kan dit zichtbaar worden gemaakt en gecontroleerd. De ingreep vindt plaats met de patiënt in buikligging. De naalden vanuit de rugzijde kunnen zo worden opgeschoven in de ruimte voor de eerste lumbale wervel. Coöperatie van de patiënt tijdens de ingreep is niet nodig. Het is dus heel goed mogelijk een zware sedatie toe te dienen of de ingreep zelfs onder narcose te verrichten. Om deze reden is de psychische belasting van de ingreep gering. Ook de lichamelijke belasting is van dien aard, dat het uitvoeren van een blokkade zinvol blijft tot in het laatste stadium van de ziekte. Bovenbuikspijn kan in 80 tot 90 procent van de gevallen met een coeliacusblokkade tot verdwijnen worden gebracht.

De resultaten van de behandeling bij onderbuikspijn door een gecombineerde coeliacus – grenstrengblokkade liggen iets ongunstiger. Toch kan in 50 tot 60 procent van de gevallen ook deze blokkade succesvol zijn. De werkingsduur van de coeliacusblokkade bedraagt ongeveer zes maanden en de behandeling kan – zo nodig – na die tijd

worden herhaald. Complicaties komen bij een goed uitgevoerde techniek nauwelijks voor. Wel wordt de eerste dagen na de ingreep een neiging tot orthostatische hypotensie waargenomen, die echter meestal geen speciale behandeling nodig heeft.

- *Pijn in het perineum* – vaak gecombineerd met tenesmi ad ani of ad vesicae – komt regelmatig voor bij infiltrerende rectum-, blaas- of prostaatcarcinomen. Een intrathecale injectie met een hyperbare fenoloplossing in glycerine biedt in circa 80 procent van de gevallen uitkomst. De werkingsduur van een geslaagde blokkade bedraagt enkele maanden. Het is mogelijk de injectie te herhalen. Mictieproblemen doen zich in ongeveer 10 procent van de blokkades voor. Vaak echter zijn deze als gevolg van het ziekteproces al pre-existent aanwezig en verergeren zij als gevolg van de blokkade.

De ingreep zelf is niet pijnlijk en de belasting voor de patiënt is gering.

- *Gegeneraliseerde pijnen ten gevolge van botmetastasen bij hormoongevoelige tumoren*. De heftige pijnen die optreden bij botmetastase van mamma- en prostaatcarcinomen, kunnen worden bestreden door een transnasale alcoholinjectie van de hypofyse (*Lipton*). De ingreep vindt plaats onder algemene anaesthesie. Onder röntgendoorlichting wordt via de neus een naald in de sella turcica gebracht en wordt de hypofyse aangeprikt. Terwijl de pupilreactie op licht voortdurend wordt gecontroleerd, worden gefractioneerde doses alcohol 96 procent geïnjecteerd, tot een totale dosis van ongeveer een milliliter. Door de injectie treedt een partiële destructie van de hypofyse op. In tweederde van de gevallen lukt het de pijn geheel te doen verdwijnen of sterk te verminderen. De werkingsduur bedraagt enige maanden. De ingreep kan worden herhaald.

## Beschouwing

Met deze uiteenzetting heb ik de onbekendheid van veel huisartsen met de nieuwe technieken die er zijn om pijn bij kanker te bestrijden, willen doorbreken. Het laatste woord is hiermee echter nog niet gezegd. Hoewel enig enthousiasme over de mogelijkheden van deze nieuwe technieken op zijn plaats is, moet men ook rekening houden met het complexe wezen van de mens, die soms onverwacht reageert op het wegvallen van de pijn, die eerder vaak alle energie

opeiste. Die mens gaat meestal verrast en dankbaar het ziekenhuis weer uit, en dat dikwijls op eigen benen, terwijl lopen tevoren, door de invaliderende invloed van de pijn, niet meer mogelijk was. Veel patiënten in de terminale fase kunnen zo, nu de pijn hen niet meer hindert, hun leven en relaties afronden. Soms echter blijkt het „pijn-lijden” plaats te maken voor een ander lijden: dat van het naderend einde, dat door de pijnbeleving niet langer meer wordt versluisd. Ook komt het voor, dat familieleden en omgeving van de patiënt zo opgelucht reageren op het wegvallen van de pijnklachten, dat zij als het ware hun handen van de patiënt aftrekken, nu deze niet meer beklaagd en geholpen hoeft te worden. Zo'n patiënt kan zich dan eenzaam of verongelijkt gaan voelen. Deze reacties zullen een appèl doen op de psychologische kwaliteiten van de huisarts.

*Samenvatting. De behandeling van pijnklachten ten gevolge van kanker is de laatste jaren sterk verbeterd door toepassing van zogenaamde zenuwbaanblokkades. In deze bijdrage wordt ingegaan op de verschillende indicaties voor deze vorm van pijnbestrijding. Vooral enkelzijdig gelokaliseerde pijn, abdominale pijn, perineale pijn en pijn bij botmetastasen van hormoongevoelige tumoren komen in aanmerking voor behandeling.*

*Summary. Pain control in cancer by means of nerve blockades.*

*The control of pain due to cancer has greatly improved in recent years with the introduction of so-called nerve blockades. The various indications for this form of pain control are discussed. Particularly unilateral localized pain, abdominal pain, perineal pain and pain due to bone metastases of hormone-sensitive tumours are suitable for this type of treatment.*

- Crul, B. J. P. Neurolytische blokkade van de plexus coeliacus onder röntgendoorlichting. (1981) *Ned. T. Geneesk.* **125**, 1153.
- Lipton, S. Relief of pain in clinical practice. *Blackwell, Oxford*, 1979.
- Parkes, C. M. Home or hospital? Terminal care as seen by spouse. (1978) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **28**, 19.
- Sluyter, M. E. Pijn en pijnbehandeling. *De Tijdstroom, Lochem/Poperinge*, 1979.
- Swerdlow, M. Relief of intractable pain. *Excerpta Medica, Amsterdam*, 1978.