

ORGANISATIE

dr. Rudi Roumen

chirurg, Máxima Medisch Centrum,
Veldhoven

dr. Marc Scheltinga

chirurg, Máxima Medisch Centrum,
Veldhoven

Jacob van den Berg

zorggroepmanager, Máxima
Medisch Centrum, Veldhoven

FOCUS OP BIJZONDERE BUIKPIJN- EN LIESBREUKPROBLEMATIEK

Van casus tot expertisecentrum



ISTOCK

Het pijnsyndroom Acnes is weliswaar al in 1926 beschreven, maar de diagnose werd zelden gesteld. En een behandeling was er al helemaal niet. Totdat zich in het Máxima Medisch Centrum een patiënt aandiende met precies die klachten.

Begin 2002 zagen we, zonder het te weten, de eerste patiënt met Acnes in Máxima Medisch Centrum (MMC). Zij had al negen jaar een met één vinger aanwijsbare buikpijn die wisselend goed reageerde op een lidocaïne-injectie. Na een kleine operatie, waarbij huidtakjes van een intercostaalzenuw precies op haar pijnpunt werden doorgesneden, was zij blijvend van haar klachten verlost. In de maanden daarna zagen wij twee andere patiënten met exact dezelfde problematiek. Verbaasd over de presentatie van deze bijzondere soort buikpijn – en beschaamd door ons eigen tekort aan kennis hieromtrent – doorzochten wij de literatuur en kwamen uit bij het *anterior cutaneous nerve entrapment syndrome* (Acnes), dat al in 1926 uitgebreid was beschreven door J.B. Carnett.

Bij Acnes is er sprake van een wisselend heftige pijn in één kwadrant van de buikwand, lokaliseerbaar met één vinger, verergerend bij inspanning en activiteiten van de buikspieren, met somatosensorische huidafwijkingen ter plaatse, en veelal gepaard gaande met pseudoviscerale klachten. De diagnose ‘pijn door een

buikwandaandoening’ wordt echter zelden gesteld, vooral door onbekendheid bij artsen, waardoor patiënten in een medische mallempolen terecht komen, steeds andere onderzoeken krijgen en, bij gebrek aan beter, zelfs futiele ingrepen moeten ondergaan.¹ Gestimuleerd door de doelmatigheid van een simpele behandeling met buikwandinjecties of een kleine chirurgische ingreep, werd het een missie om dit pijnsyndroom definitief op de medische kaart te zetten.²

Chronische pijn

Bij één op de vijftig acute buikpatiënten op de SEH kan de diagnose Acnes gesteld worden. Gecombineerd met gegevens uit de polikliniek en onderzoek bij patiënten met functionele buikklachten, is de totale incidentie één op tweeduizend. Ter vergelijking, de incidentie van appendicitis acuta is één op duizend. Een Nederlandse huisarts ziet dus ongeveer één nieuwe patiënt met Acnes per jaar. Zo zijn er mogelijk jaarlijks tussen de zeventig en tienduizend buikpijnpatiënten bij wie de diagnose Acnes kan worden gesteld. Uit langetermijnonderzoek (>3 jaar mediaan) blijken Acnes-patiënten in meer dan 80 procent van de gevallen baat te hebben bij een toegespitst behandeltraject.

In diezelfde periode was bij ons vanuit een ‘algemeen chirurgische’ achtergrond een interesse ontstaan voor liespijnproblematiek. In Nederland worden jaarlijks ruim dertigduizend liesbreukoperaties verricht, grotendeels via een open (lichtenstein)procedure. 10 procent van deze patiënten ontwikkelt chronische liespijn,

van wie 2 tot 3 procent zeer ernstig, soms leidend tot arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Hetzelfde geldt voor liespijn bij vrouwen na een keizersnede (meer dan 28.000 per jaar); 7 procent van deze groep heeft chronisch pijn, van wie 1 tot 2 procent zeer ernstig.

Al met al ontwikkelen in Nederland tussen de duizend en twaalfhonderd patiënten jaarlijks een iatrogene pijn die met relatief simpele therapieën redelijk goed te behandelen is. Het gaat vaak om neuropathische pijnklachten ten gevolge van beschadiging of beknelling van lieszenuwen.³ Voor de postoperatieve liespijnpatiënten gelden – ten opzichte van Acnes – iets lagere succespercentages (60-70%). Binnen beide categorieën blijft er een restgroep chronische pijnpatiënten bestaan die niet met de huidige strategie kan worden geholpen. Voor dergelijke complexe gevallen moeten we zoeken naar alternatieven, zoals spinale- of dorsale-ganglionmodulatie.

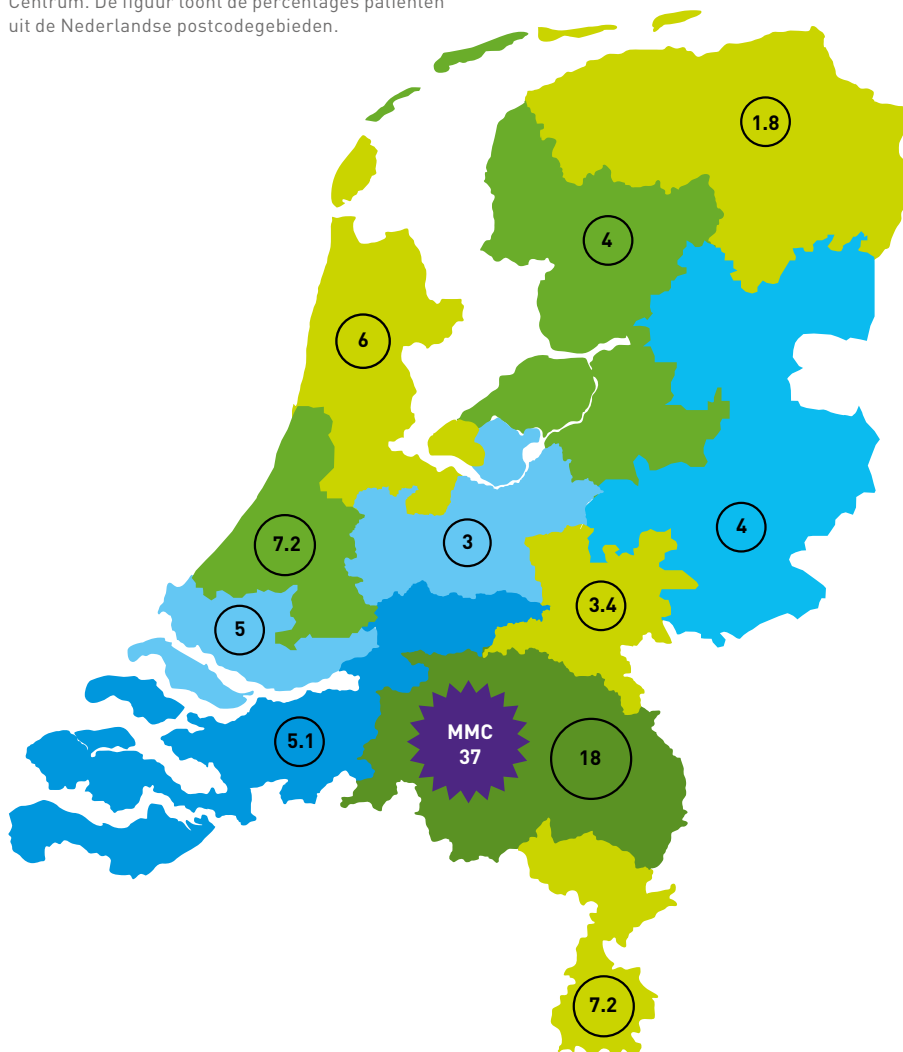
Expertisecentrum

Vanaf 2004 hielden wij een nauwkeurige registratie bij. In 2007 waren reeds zoveel data verzameld dat wij een toenmalige coassistent vroegen om het patiëntenmateriaal nader te analyseren. In 2011 promoveerde collega Loos op een proefschrift getiteld ‘*Surgical management of chronic inguinal pain syndromes*’. Aanvankelijk hadden we met twee chirurgen incidenteel een gezamenlijk spreekuur. Door het toenemende aanbod raakten eigen oncologische en vaatchirurgische spreekuren echter door lies- en buikwandpijnpatiënten ‘verstopt’. Stroomlijning van de gestage groei van patiëntenaanbod was noodzakelijk. Meldde zich in 2004 nog maar 25 patiënten, in 2014 was dit aantal toegenomen tot bijna 850. De laatste twee jaar werd 65 procent verwezen van buiten ons eigen adherentiegebied (zie *figuur* op blz. 1008). Ongeveer de helft ondergaat uiteindelijk een chirurgische ingreep. Omdat diagnostiek en behandeling van deze complexe groep chronische pijnpatiënten (gemiddelde duur van de pijn >3 jaar) veel tijd kostten, terwijl een adequa-

Patiënten
komen in een
medische malle-
molen terecht

Patiënten per regio

Van alle patiënten die in het expertisecentrum in 2013 en 2014 werden behandeld, komt 37 procent uit het adherentiegebied van het Máxima Medisch Centrum. De figuur toont de percentages patiënten uit de Nederlandse postcodegebieden.



te dbc-code ontbrak, ontstond er kritiek vanuit de zorggroep en maatschap, die zich zorgen maakten over de financiële mismatch tussen onze tijdsinvestering en opbrengst. We ontwikkelden een businessplan en er volgden besprekingen met de raad van bestuur en zorgverzekeraars, om begrip te kweken voor deze bijzondere vorm van zorg. Hoewel zowel poliklinische als klinische chirurgische activiteiten voor ziekenhuis en maatschap aanvankelijk financieel dus onaantrekkelijk waren, volgde per 2014 – na intensief onderhoud met bovengenoemde partijen

– een positief resultaat. Verhoging van het tarief van de betreffende zorgproducten leidde tot een adequate financiële dekking en de polikliniekondersteuning kon verder geprofessionaliseerd worden. Aangezien we voldeden aan alle STZ-criteria voor een ‘expertisecentrum’, werd in 2012 het expertisecentrum voor buikwand- en liespijnproblemen SolviMáx opgericht. Ongezouten scepsis van kritische specialisten over onze chirurgische benadering van deze pijnsyndromen, stimuleerde ons tot het uitvoeren van gerandomiseerde studies. Geruchtmakend was

een dubbelblinde chirurgische trial bij patiënten met verdenking op Acnes, die na informed consent ófwel een echte neurectomie ondergingen ófwel een placebo-operatie.⁴ Patiënten die niet wisten wat er met hen was gebeurd scoorden na een neurectomie sterk significant beter qua pijnreductie dan degenen die een placebo-operatie ondergingen. Tot op heden zijn zes in het Dutch Trial Register opgenomen gerandomiseerde trials lopende of reeds uitgevoerd.

Wetenschap

In januari 2012 werd een Acnes-congres georganiseerd dat ruim honderd artsen uit zeer verschillende disciplines bezochten. Op ons verzoek werd in de tweede editie van het standaardleerboek der chirurgie (red. Gooszen e.a.) een hoofdstuk over zowel Acnes als liespijn opgenomen, zodat studenten geneeskunde van deze ziektebeelden kennis konden nemen. Voortgaande wetenschappelijke activiteiten leidden tot cyclisch terugkerende bijdragen aan huisartsennascholingen en meerdere voordrachten bij jaarvergaderingen van diverse specialismen en internationale congressen. De Acnes-onderzoekslijn zal in 2015 resulteren in promoties van collega’s Boelens (UMC Nijmegen) en Van Assen (UMC Maastricht). Tot begin 2015 verschenen er van onze hand ruim twintig *peer reviewed* publicaties over Acnes en liespijnaandoeningen.

Een belangrijke stap om patiënten te bereiken die met onbegrepen buikwand- en liespijnklachten kampten, was het initiëren van de websites buikpijn.nl, acnes.nl en liespijn.nl. Daarnaast zijn verschillende (niet door onszelf geïnitieerde) patiëntenfora opgericht, waardoor verspreiding van lekenkennis over dit beeld sterk is toegenomen. Recentelijk hebben wij een Nederlandse en Engelse Wikipedia-pagina over Acnes aangeemaakt.

Wachttijden

Twee collega’s kwamen SolviMáx versterken, om zo de wachttijden te beperken. We kregen subsidie voor onderzoek bij

DE STRIJDENDE HUISARTS

En zo zat ik ineens bij Pauw, vanwege opgetekende frustraties in de Volkskrant. Of ik nog andere gasten voor aan tafel wist. Natuurlijk kende ik het verhaal van Chantal van het Zandt, de huisarts die hoogzwanger 'materieel gecontroleerd' werd door Achmea. Hoe het kwam dat ze zo vaak bij haar terminale patiënten langsging? En natuurlijk kon Peter de Groof, een van de initiatiefnemers van het manifest 'Het roer moet om', niet aan tafel ontbreken. Een combinatie van 7700 sympathiserende huisartsen en een optreden bij Pauw. Daar schrikt zelfs de zorgverzekeraar van.

Wat is er tot nog toe bereikt? Alle Tweede Kamerfracties vinden dat huisarts en zorgverzekeraar een gelijkwaardigere positie moeten krijgen. Daarom beloofde Schippers 'reparatiewerk' en desnoods aanpassing van de Mededingingswet. Er zijn nog geen duidelijke plannen hoe de bureaucratistische rompslomp te verminderen. Het advies blijft voorlopig: hard met de vuist op tafel slaan. En zorgverzekeraars is te kennen gegeven dat ze hun rol als controleur van de kwaliteit anders moeten invullen. Er zijn nog geen concrete toezeggingen, maar op één punt is echt gescoord: Achmea heeft de 13-wekenregel bij intensieve terminale zorg geschrapt. Je hoeft van Achmea niet meer binnen negentig dagen dood. Voor andere zorgverzekeraars geldt dat nog wel. Als alle punten van het manifest gehonoreerd zijn, zijn we dan klaar? Neen, wat mij betreft moeten er nog meer roeren om: heropening van een aantal ggz-instellingen en verzorgingshuizen, de invloed van de farmaceutische industrie temperen, de landelijke preventieprogramma's evalueren en... tja..., dan bij de tweede lijn ook maar eens het roer omgooien. Wat kost het toch een energie om al die ondoordachte hervormingen van beleidsmakers weer in goede banen te leiden.

Jos van Bommel

Tijdige behandeling van Acnes voorkomt veel onnodig onderzoek

liespijnpatiënten die ook na een chirurgische ingreep niet pijnvrij waren, de zogenaamde Smashing-trial, waardoor ook een extra arts-onderzoeker kon worden aangetrokken. Een geoptimaliseerde logistieke routing waarbij patiënten, voorafgaande aan een polibezoek, obli-gaat een vragenlijst invullen, het aanpassen van een toegespijst elektronisch dossier en de inzet van gespecialiseerde polikliniekmedewerkers hebben ertoe geleid dat er een geoliede spreekuur-structuur is, waarbij wachttijden zowel voor toegang tot de polikliniek als tot de operatiefaciliteiten zeer acceptabel zijn. Ten slotte toonden we in een recente studie aan dat er waarschijnlijk een enorme socio-economische winst kan worden geboekt bij tijdige behandeling van Acnes-patiënten, waardoor veel onnodige onderzoeken en behandelingen kunnen worden voorkomen. Doorgerekend naar landelijk niveau liet dat een hypothetische medische kostenbesparing van vele tientallen miljoenen euro's zien. Een belangrijk deel van additionele kosten wordt veroorzaakt door ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en misgelopen opleidingskansen.

Voorwaarden voor een succesvolle ontwikkeling van dit soort nieuwe initiatieven zijn: registratie, evaluatie, presentatie, publicatie en scholing. Hierdoor is het mogelijk om vanuit goedbedoeld 'medisch hobbyisme' uit te groeien tot 'focus op bijzondere zorg' en een expertisecentrumfunctie te verkrijgen.

Specifieke zorg

Diverse collega's uit den lande participeerden in spreekuren of opereerden mee, waardoor kennis verder diffun-

deert. Er zijn momenteel enkele chirurgische klinieken in Nederland die zich richten op de behandeling van deze patiëntencategorieën. Omdat Máxima Medisch Centrum een STZ-opleidingsziekenhuis is, vindt verspreiding van kennis ook plaats via bij ons opgeleide chirurgen (en coassistenten).

De verwachting is dat de diagnose Acnes binnen een aantal jaren in de medische curricula standaard wordt opgenomen in de differentiaaldiagnose van buikpijn. Een conservatieve behandeling van Acnes kan door huisarts, chirurg, internist of mdl-arts eenvoudig worden uitgevoerd. Uiteraard zullen complexe casussen een verwijzing naar een expertisecentrum noodzakelijk maken. Diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische postoperatieve liespijn is veeleisender. De chirurgische liespijnaanpak kent een duidelijke leercurve. Een recentelijk gepubliceerde internationale richtlijn adviseert centralisatie van deze specifieke problematiek.⁵ Een vroege herkenning van de aard van het pijnprobleem blijft echter cruciaal. 'De casus is de basis.' Eens te meer blijkt dat dit adagium kan leiden tot een enorme vergroting van kennis over een grote, deels vergeten patiëntengroep. Hopelijk motiveert dit collega's om zich, in deze tijd van toenemende concentratie van zorg, te blijven verdiepen in bijzondere casuïstiek, op zoek te gaan naar vergelijkbare patiënten en zich zo te focussen op specifieke zorg. Uit één enkele, ogenschijnlijk onverklaarbare, casus kan een compleet expertisecentrum ontstaan. ■

contact

r.roumen@mmc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

congres

Het tweede Acnes-congres vindt plaats op vrijdag 22 januari 2016.

web

Een tweede figuur bij dit artikel (met patiëntenaantallen) vindt u, net als de voetnoten, onder dit artikel op medischcontact.nl.