

‘Topdokter’ Bart Morlion over omgaan met pijn: ‘Ik heb hier al meubels in het rond zien vliegen’

Een op de vier Belgen verbijt pijn die nooit meer weggaat. ‘Dat aanvaarden is essentieel om de pijn te stillen’, zegt pijnarts Bart Morlion (UZ Leuven), die zelfs chilipepers inzet om te helpen. ‘Geregeld lopen patiënten kwaad weg.’

♦ Exclusief voor abonnees door **BARBARA DEBUSSCHERE** 12 juni 2020, 16:00

Thuis tovert hij graag exquise gerechten op tafel. Nieuwe aanwinsten in zijn kookboekencollectie van meer dan 800 exemplaren verstopt hij achter de planken in huis omdat zijn vrouw er gek van wordt. Ook culinaire citytrips, zijn kookclub en kruidentuin bieden inspiratie. Terwijl de saus trekt en de aroma’s vrijkomen, speelt zijn favoriete jazz. Die collectie cd’s loopt in de duizend.

Op het werk gaat het er voor Bart Morlion (56) veel minder vrolijk aan toe. Dat konden we zien in de tv-reeks *Topdokters* en kunnen we nu lezen in zijn boek *Pijn*. “Overal staat Kleenex, want er vloeien dagelijks tranen”, zegt Morlion. Als hoofd van het pijncentrum van Universitaire Ziekenhuizen Leuven behandelt hij mensen die lijden aan chronische pijn die langer dan drie maanden aanhoudt. Gemiddeld zitten zij al zeven jaar met hun pijn en ondergingen ze al 35 behandelingen.

BIO

- geboren in 1963 • hoofd pijncentrum Universitaire Ziekenhuizen Leuven • studeerde geneeskunde aan de KU Leuven • specialiseerde zich in de anesthesie, intensive care en pijnbestrijding aan de Duitse Ruhr-Universität Bochum • voorzitter Europese Pijnfederatie • gespecialiseerd in de behandeling van chronische pijn • doceert pijnbestrijding en farmacologie aan de KU Leuven en als gastdocent aan buitenlandse universiteiten • deze week kwam zijn boek *Pijn* uit

“Meestal kunnen mensen verder met ondersteunende middeltjes en inzicht over hun zwakke plek. Wij zien degenen bij wie niets lijkt te werken”, zegt Morlion, die er als pijnpionier in ons land mee voor zorgde er nu 35 gespecialiseerde pijncentra zijn. Toen hij begon waren dat er nul.

Sommigen van zijn patiënten zijn zo wanhopig dat ze zelfmoord overwegen. En sowieso kan hij chronische pijn meestal niet genezen. Daarom houdt hij niet van de term ‘pijngeneeskunde’. “Dat schept verkeerde verwachtingen. Pijnbestrijding is juist. Wij helpen de pijn minder heftig te maken en beter te leven met pijn.”

Uw job klinkt menselijk erg zwaar.

Bart Morlion: “Dat merken collega’s die hier eens meedraaien vaak op. Er is veel verdriet en ook woede, frustratie. Verwijten als wij niet de zoveelste spuit willen zetten. Zowat de helft kunnen we verbetering bieden. Bij een derde kunnen we stabiliseren. Maar bij 10 à 20 procent lukt ook dat niet. Dan worden mensen boos. Hun lichaam laat hen in de steek en ze voelen zich onbegrepen. Ik heb hier al meubels in het rond zien vliegen.”

Hoe houdt u dat al meer dan dertig jaar vol?

“Mijn vrouw zal je vertellen dat een gebrek aan emotionele intelligentie mij helpt. *(lacht)* Maar ik ben hierdoor gepassioneerd. En wanneer we in die complexe kluwens van klachten toch

een andere invalshoek vinden waardoor de pijn eindelijk verzacht, is de opluchting enorm en de dankbaarheid groot. Hier staan bijna altijd pralines.

“Ik hou ook van de intense samenwerking met verschillende medisch specialisten, kinesisten en psychologen. Die aanpak is nodig in deze ingewikkelde materie. Toen ik als anesthesist begon, was pijnbestrijding alleen maar acute pijn verdoven. Het was erg motiverend voor mij om mee de bakens uit te zetten met de toenmalige minister en de pijncentra te helpen oprichten.

“Maar je mag je niet laten meeslepen. Empathie is nodig, mee lijden af te raden. Ik zie veel collega's zo burn-outs krijgen. Wat helpt, is de emotionele reacties als deel van chronische pijn zien. Die weegt zo zwaar dat uitbarstingen onvermijdelijk zijn. En ik bewaar afstand. Ik ben niet de arts die schouderklopjes uitdeelt. Ik draag meestal een pak, spreek patiënten niet aan met de voornaam en mail niet met hen.”

In ons gesprek krijgen we het pak met das jammer genoeg niet te zien. Morlion is gehuld in zo'n operatiekostuum in chirurgisch groen. “Ik heb zenuwbehandelingen in een operatiezaal achter de rug en had nog geen tijd om me om te kleden”, zegt hij bijna verontschuldigend. “Prikken zetten en andere medische procedures is iets waar ik me vier halve dagen per week aan wijd.”

Uw minst favoriete deel van de pijnbehandelingen, zo lijkt het wel. ‘Praten, praten, praten. En niet: spuiten, spuiten, spuiten’, schrijft u.

“Ik klaag aan dat ons gezondheidssysteem te veel gericht is op technische ingrepen. Als ziekenhuis verdien je daar ook het meest mee. Een operatiekwartier brengt vijf keer meer op dan een consultatiekamer. Nochtans is geraffineerd spreken met wie pijn heeft essentieel, want pijn is ingewikkeld en ook voor een stuk subjectief. Zeker, de medische behandelingen zoals zenuwblokkades, ontzenuwprikjes, hersenstimulaties of infiltraties zijn belangrijk. Maar bij onze patiënten helpen ze vaak niet meer.”

Voor de leek, bekend met verdoving bij de tandarts, is dat moeilijk te geloven.

“Bij acute pijn of pijnlijke ingrepen is anesthesie inderdaad indrukwekkend. Maar zelfs bij veel collega's leeft het misverstand dat chronische pijn hetzelfde is als acute pijn. Bij chronische pijn is het verband tussen het lokale letsel en de pijn sterk vervaagd of verdwenen. Ik kan een patiënt met zware kniepijn zo sterk verdoven dat hij zelfs geen chirurgische klemmen op zijn lijf voelt. Maar die kniepijn nog wel. Zenuwen kunnen zijn doorgesneden of weggebrand, ledematen geamputeerd, maar de pijn is er nog. En ze is echt. We zien de gevolgen op de hersenscans. Met een lokaal letsel heeft ze evenwel niets meer te maken. Er valt niets meer te snijden.”

Hoe kan dat?

“Vergelijk ons pijnsysteem met een brandalarm. Zeer nuttig bij acuut gevaar. Maar soms wordt het alarm overgevoelig. Er is geen vuur en zelfs geen rook meer, maar het blijft afgaan. Dat gebeurt bij chronische pijn. Het zenuwstelsel is zo dooreengeschud dat er maar pijnsignalen blijven circuleren, hoewel de lokale pijnprikkel er niet meer is. Net daarom haalt lokaal behandelen niets meer uit en kan dat zelfs schadelijk zijn. Sommige artsen blijven dat helaas wel doen.”

Waarom?

“Gebrek aan kennis over wat chronische pijn is. Of te weinig emotionele afstand tot de patiënten, die meestal ingrepen blijven eisen. Hen uitleggen dat dat geen nut meer heeft, is

bovendien psychologisch een grote uitdaging. Dat moet je met fluwelen handschoenen aanpakken. Er is tijd en geduld voor nodig. Want het betekent controleverlies. 'Beweert u dan dat ik het mij inbeeld?', horen we dan."

En?

"De pijn is zeker niet ingebeeld. We zien dat de pijncentra in het brein actief zijn. De term 'ingebeelde pijn' is nietszeggend. Alle pijn zit tussen onze oren. Als ik met een hamer op mijn vinger sla, is het niet de vinger die de pijn voelt, maar je hersenen."

Hoe wordt acute pijn chronische pijn?

"Eerdere chronische pijn voor een ingreep is een belangrijke factor. Heb je al jaren rugpijn en wordt je elleboog geopereerd, dan is het risico groter. Daarom is goede pijnstilling nadien belangrijk, zodat het brandalarm niet tilt slaat.

"Ook gemoedsstoornissen en stress wegen sterk door. In de hersenen zijn de pijncircuits sterk verweven met emotie- en stressverwerking. Veel pijnstillers werken niet bij chronische pijn, maar bepaalde antidepressiva vaak wel en dat is geen toeval. Het verklaart ook waarom bij lage rugpijn jobtevredenheid erg bepalend is. En dat wie veel stress ervaart meer risico loopt.

"Daarnaast zijn vrouwen hier een stuk gevoeliger voor en speelt alles wat ongezond is mee. Roken, overgewicht, te weinig bewegen. Ook blijken sociale context en achtergrond belangrijk. Sociaal kwetsbare, eenzame, kansarme mensen, mensen met hechtingsstoornissen of die in de kindertijd zijn gepest, mishandeld of misbruikt, ontwikkelen vaker chronische pijn."

Waren vrouwen niet net minder pijngevoelig dan mannen?

"Dat is een misvatting. Studies tonen dat vrouwen veel heviger reageren op een schokkende gebeurtenis of ervaring. Hun aandacht en waakzaamheid voor prikkels wordt dan enorm versterkt. Dat geeft grotere gevoeligheid voor pijn. Zeker als vrouwen op jonge leeftijd iets schokkends meemaken, blijft dat fysiek aanwezig in de vorm van een grotere gevoeligheid voor chronische pijn. Het is schrijnend hoeveel vooral vrouwelijke patiënten ik zie die als jong kind emotionele verwaarlozing, fysiek of seksueel misbruik meemaakten. Zo'n voorgeschiedenis verhoogt het risico op chronische pijn over het hele lichaam zonder - duidelijke oorzaak, zoals fibromyalgie."

Is dat geen controversiële diagnose?

"Klopt. Al bestaat het wel. Hippocrates en de ayurvedische geneesheren wezen al op pijn in grote delen van het lichaam zonder aanwijsbare fysieke oorzaak. Wij zien hoe de breinnetwerken niet goed functioneren, al zien we niet waarom. Maar momenteel wordt dit label misbruikt. De nieuwe criteria zijn zo breed en zo makkelijk online te vinden, dat wie een doktersbriefje om nooit meer te moeten werken wil, het zo kan simuleren. Ondertussen botst wie dit echt heeft op nog meer onbegrip. En dat maakt hun pijn erger."

Psychische pijn veroorzaakt chronische pijn?

"Niet per se altijd. Maar ons lichaam en onze geest zijn één sterk verweven geheel. Een latente depressie of trauma kan zich fysiek uiten. En vaak is een fysiek letsel de druppel die een emmer doet overlopen waarin al jaren psychische klachten drijven. Net daardoor wordt pijn dan chronisch. Steeds meer onderzoek bevestigt dat verband. Zelfs sociale afwijzing, dus ook op sociale media, lokt pijnprikkels uit en kan zo chronische pijn veroorzaken. Dat zie

ik gebeuren. In het digitale tijdperk wordt de psychosociale dimensie van pijn belangrijker. En wij moeten altijd peilen naar het persoonlijke leven en de emotionele geschiedenis.”

Maar dat is lastig te aanvaarden voor velen?

“Absoluut. Dat er een psychische factor speelt bij wat enkel fysiek lijkt, is dat sowieso. Onze aanpak stoelt op drie pijlers. De medische, waarbij artsen en neurologen uitzoeken of er toch niet een ingreep of medicijn kan helpen. Al moeten we patiënten vaker helpen afkicken van een grote medicijnencocktail en van het idee dat ze nog een operatie nodig hebben.

“De tweede pijler is bewegen, wat de pijn kan dempen. Maar velen durven niet meer te bewegen want dat doet pijn. Met begeleiding van kinesisten en eventueel toch een pijnstiller doorbreken we die vicieuze cirkel.

“De derde pijler, de psychosociale therapie, is de moeilijkste, maar levert veel op. Het pijnteam leert patiënten aanvaarden dat de pijn nooit meer volledig weggaat, maar dat ze die wel naar de achtergrond kunnen duwen. Dat is pijn bestrijden met je brein, je psyche.”

Dat klinkt nogal zweverig.

(lacht) “*Mind over matter* is nochtans zeer tastbaar. Kijk naar het placebo-effect. Cognitieve gedragstherapie zoals de Acceptance and Commitment Therapy die wij hanteren, is een internationale bewezen standaardtherapie, maar ook mindfulness, ademhalingstechnieken, tai chi en hypnose kunnen de pijnsignalen in het brein flink afzwakken. Door je hersenen op specifieke manieren te activeren, maak je pijndependende stoffen aan. Dat werkt bijna even goed als een zware pil, zonder de bijwerkingen.”

Kunt u dat wat concreter maken?

“Context en waar je je aandacht op richt spelen een erg grote rol bij pijn. Wie een stresserende rottag heeft, zal die nekpijn meer voelen dan op een ontspannen dag vol leuke bezigheden. Onderzoek leert dat zelfs naar een foto van je geliefde kijken pijnprikkels verzwakt. Tikt iemand op een gezellige barbecue even met een sigaret tegen uw hand, dan voel je het amper. Lig je vastgebonden in een pikdonkere ruimte met een felle spot op je hand gericht en iemand gaat traag met een brandende sigaret naar je hand en tikt die heel even kort aan, dan ervaar je grote angst en pijn.

“Pijndependende therapie werkt daarom met afleiding. Zo onderdruk je pijnprikkels en activeer je pijndependende hersenbanen. Bijvoorbeeld met meditatie of visualisatie. Het klopt dat mindfulness een commerciële hype is die soms door om het even wie aan om het even wie wordt verpatst. Maar wij zien sterke resultaten. Het lukt echter alleen als je eerst aanvaardt dat de pijn nooit meer volledig weggaat én het vereist inzet.

“Ik geef de eerste infosessie over het pijlersysteem wel altijd zelf, in mijn witte jas, zodat patiënten zien dat we ze niet afschepen naar psychologen en om de kracht van het brein medisch te ondersteunen. Sommigen haken dan toch af. Ze blijven liever in de slachtofferrol hangen. Zij beginnen dan aan een nieuwe Ronde van Vlaanderen, op zoek naar artsen die tenminste de oorzaak van hun pijn kunnen wegnemen. Soms zien we hen na jaren weer terug.”

Pijn is toch pech? Praat je mensen geen schuldgevoel aan door te stellen: hang het slachtoffer niet uit en volg therapie?

“Ik begrijp dat het zo overkomt. Dat is niet de bedoeling. Maar als je al bij tien artsen langsging en niets hielp, is het misschien tijd om iets anders te proberen. Ik beweer niet dat

iedereen te helpen is met therapie. Soms volstaat één medische extra interventie. Maar bij ons is dat de minderheid.”

U benadrukt het belang van gezond leven om chronische pijn te helpen voorkomen en stelt dat er veel bespaard kan worden door meer preventie. Hoezo?

“Dertig procent van de totale ziektelast is te wijten aan ongezond gedrag. Spier- en skeletaandoeningen veroorzaken meer dan 50 procent van alle chronische pijn, en lage rugpijn behoort tot de ‘duurste’ aandoeningen in ons systeem, vooral door werkverzuim. Er is een direct verband met jobtevredenheid en met onvoldoende bewegen. Alleen al door daar preventief op in te zetten, zou je dus veel kunnen besparen.

“Maar in ons systeem is alles gericht op repareren. Het is alsof je alle verkeerslichten en de plicht een gordel om te doen afschaft, maar dan veel investeert in ambulances. Dat is dom en duur. Het zorgt ervoor dat artsen blijven morrelen aan wat niet meer op te lappen is en dat patiënten blijven shoppen. De balans is zoek. Er zijn enkele nierspecialisten die met nierdialyses bijna een miljoen euro per jaar verdienen. Ondertussen verdienen artsen en therapeuten, pijnartsen en pediaters die praten, begeleiden, opvolgen en op preventie werken vele keren minder. Terwijl wat zij doen vaak, zeker bij chronische aandoeningen, belangrijker is. Want het zorgt ervoor dat mensen zelfredzamer worden en minder afhankelijk van sociale zekerheid en medicatie.”

Hoe kan het anders?

“Investeer meer in preventie en psychosociale zorg. We zouden ook niet zomaar van specialist naar specialist mogen kunnen hoppen. Voer strengere criteria in. Weiger bijvoorbeeld rokers of mensen met overgewicht bepaalde behandelingen. Ik ben daar streng in. Te streng, volgens collega's. Maar ik zie patiënten met overgewicht die wel twee nieuwe knieën kregen. Nog altijd is er pijn. Willen zij mijn hulp, dan eis ik dat ze eerst afvallen. We moeten stoppen met wat we met preventie en gedragsveranderingen kunnen aanpakken te medicaliseren.”

Hoe zet je preventief in op meer bewegen?

“Communiceer over zitten als het nieuwe roken. Begin op school. In Duitsland hebben de jongsten geen les in de namiddag. Dan spelen en sporten ze. Nochtans levert Duitsland geen slechtere afgestudeerden af dan wij.”

Terug naar pijnbestrijding. Het zal velen verbazen dat u daarbij ook kruiden inzet.

“Voeding is nu eenmaal mijn dada. Ook als wetenschapper. Als intensivist werkte ik mee aan het eerste onderzoek naar de impact van visolie op het afweersysteem bij patiënten op intensieve zorg. Maar er is een duidelijk onderscheid tussen kwakzalverij en klassieke aanvullende therapieën zoals kruidengeneeskunde.

“De twee meest gebruikte types pijnstillers komen van planten: de wilgenbast met salicylzuur en de slaapbol of bolpapaver met morfine. Mensen kauwen al eeuwen op wilgenbast tegen de pijn, nu hebben we medicijnen op basis daarvan. Dus is het niet zo gek om te kijken naar andere planten die al eeuwen worden ingezet tegen pijn, zeker als je weet dat veel klassieke middelen bij chronische pijn niet helpen. Muntolie of chilipepers bevatten bijvoorbeeld specifieke pijnremmende stoffen. Patiënten schrikken als de universiteitsprofessor daarmee afkomt. Maar als ze melden dat het helpt, ben ik trots. Dit zijn geen krachtige middelen, maar ze zijn wel erg veilig.”

Over cannabis, waar veel pijnpatiënten om smeken, bent u minder enthousiast?

“Ik heb me de woede van de cannabislobby op de hals gehaald, maar hoeveel trollen ze ook op me afsturen, ik steun een erkenning als vrij te verkrijgen geneesmiddel niet. Cannabis is een roesmiddel waarvan de effectiviteit bij pijn erg beperkt blijkt. Bij zeer specifieke pijnsyndromen kan het wat helpen. Maar om het als terugbetaald medicijn voor een hele resem aandoeningen voor te schrijven, is veel meer kwalitatief onderzoek nodig. Waarom zouden andere medicijnen daaraan moeten voldoen maar cannabis niet?”

U combineert uw kookhobby ook met uw vak in demonstraties ‘pijnstillend koken’.

“Dat is een erg fascinerend terrein. Was corona er niet tussengekomen, dan had ik onlangs in Bilbao met de Baskische meesterchef Iñigo Kortabitarte een demonstratie gegeven. Nu mijn voorzitterschap van de Europese Pijnfederatie afloopt, wil ik hier meer mee gaan doen. Nieuwe studies wijzen op het belang van voeding voor een goede gezondheid.”

Riskeert u niet dat wanhopige patiënten eetplannen en kruiden omarmen als geneesmiddel?

“Zeker. Zij vallen vaak ten prooi aan charlatans. Daarom waarschuw ik expliciet. Kruiden of een bepaald dieet kunnen nuttig zijn binnen een veelzijdige aanpak, maar ze kunnen niet zomaar een ziekte genezen.”

Wat wilt u met uw boek bereiken?

“De vele misverstanden over chronische pijn wegwerken. Vandaar dat ik bijvoorbeeld mythes over de erg frequente lage rugpijn oplijst, zoals het idee dat een slechte houding de oorzaak is en een operatie helpt.

“Van nature ben ik gereserveerd. Maar ook aan *Topdokters* deed ik mee om aandacht te vragen voor dit thema. Ik was wel een van de weinigen die nauwelijks inkiijk gaf in zijn privéleven. Pijnbestrijding wordt nog altijd stiefmoederlijk behandeld. Zo zijn de risico's nauwelijks bekend bij artsen en andere hulpverleners, die anders mee zouden kunnen vermijden dat pijn chronisch wordt. Om dat te veranderen, ben ik bereid uit mijn comfortzone te komen.”

Welke impact heeft de coronacrisis op u?

“Er was toch ongerustheid. En ik heb onze activiteiten moeten hertimmeren. Chronische pijn is doorgaans niet urgent, dus we hebben honderden afspraken afgezegd. Ik ben nog bezig met de vele klachten daarover op te vangen. Maar ik heb wel genoten van de lockdown. In plaats van ieder weekend in een ander land te zitten, kon ik in mijn tuin werken en mijn boek finaliseren.”

Hoe kijkt u naar het coronabeleid?

“Ik ben politicus noch viroloog, maar ik heb bedenkingen bij de politieke communicatie. Kijk naar de kwestie met de maskers, nu die gratis treinritten. De beste managers zitten niet aan het stuur.”

Is er een verband tussen corona en uw vak?

“Virale infecties verhogen de pijngevoeligheid. Ook hebben crisissen, oorlogen, natuurrampen en belangrijke maatschappelijke veranderingen altijd al geleid tot een opmerkelijke stijging van het aantal pijn- en vermoeidheidsklachten. Een bezorgde bevolking

wordt sneller ziek. Wij verwachten ook zulke naweeën, een epidemie van chronisch
wijdverspreide pijnklachten.”



Bart Morlion, 'Pijn. Beter leren leven met pijn', Lannoo, 256 p., 22,99 euro. Beeld rv