

Classificatie van pijn in het orofaciale en craniofaciale gebied

Pijn is een multidimensionaal subjectief verschijnsel dat niet buiten de context van een individu opererend in een specifieke omgeving begrepen kan worden. Hierdoor wordt het objectief gezien lastig aan leidende criteria voor classificatie te voldoen. Over het algemeen geldt dat beschikbare classificatiesystemen pijn in al haar complexiteit slechts ten dele kunnen vatten. Er bestaan verschillende algemene en specifieke classificatiesystemen. In 2017 wordt de International Classification of Diseases uitgebreid met aan chronische pijn gerelateerde classificatiemogelijkheden. Voor toepassing in Nederland is recentelijk door een commissie, die is ingesteld door de Dutch Pain Society, een voorstel gedaan voor het ontwikkelen van een definitie- en classificatiesysteem voor chronische pijn.

Perez RSGM. Classificatie van pijn in het orofaciale en craniofaciale gebied
Ned Tijdschr Tandheelkd 2016; 123: 466-472
doi: 10.5177/ntvt.2016.10.16125

Inleiding

Pijn in het aangezicht is een verzamelterm voor pijnlijke aandoeningen gelokaliseerd in (aangrenzende) delen van het gelaat. De diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen bevindt zich op het grensvlak van verschillende disciplines. In 2013 werd in een multidisciplinaire richtlijn Chronische Aangezichtspijn de volgende definitie voorgesteld: "*Aangezichtspijn (= craniofaciale en orofaciale pijn): de pijn wordt gevoeld in het aangezicht, dat wil zeggen het gebied van het voorhoofd tot aan de kin, inclusief de oren*" (Nederlandse Vereniging voor Hoofdpijnpatiënten, 2013).

Door de International Association for the Study of Pain (IASP) wordt de volgende definitie voor pijn gehanteerd: "*Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging*" (Loeser en Treede, 2008). Met andere woorden: pijn is een persoonlijke ervaring die niet noodzakelijkerwijs met weefselbeschadiging samen hoeft te hangen. Dit brengt een complicerende factor voor de classificatie van pijn met zich mee: pijn is een subjectieve ervaring die niet buiten de context van een individu opererend in een specifieke omgeving kan worden begrepen. Hierdoor wordt het objectief gezien lastig aan leidende criteria voor classificatie te voldoen; een ideale classificatie moet minstens (voor zover bekend) verifieerbaar zijn en daarnaast volledig consistent. Categorieën zouden geen overlap mogen vertonen en volledig de lading moeten dekken van de geïncorporeerde constructen. Een ideale classificatie zou daarnaast het liefst moeten zijn gebaseerd op 1 leidend principe. In de geneeskunde is dit echter zelden het geval. Om een complex en multidimensionaal verschijnsel als pijn volledig

te kunnen beschrijven, is een pragmatische benadering noodzakelijk (Merksey en Bogduk, 1994).

Algemene classificatiesystemen in de geneeskunde

International Classification of Primary Care

Allereerst is er de International Classification of Primary Care, de ICPC-codering. Dit is het standaardregistratiesysteem voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Het beheer van de ICPC valt onder de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) en werd voor het eerst in 1987 gepubliceerd (ICPC-1). De indeling in hoofdstukken en rubrieken is internationaal vastgesteld. De tweeassige structuur bestaat uit 17 hoofdstukken, elk verdeeld in 7 componenten. De ICPC staat toe contactredenen van patiënten vast te leggen, alsmede de gerapporteerde problemen en diagnoses, de voor de symptomen en klachten relevante diagnostische, screenings en preventieve verrichtingen, medicatie, behandeling en operaties, testuitslagen, administratieve contactredenen, verwijzingen en andere contactredenen en ziekten (<http://www.rivm.nl/who-fic/ICPC-2.htm>). De ICPC-2 (1998), die een officiële koppeling heeft met de ICD-10 (die in de hierna volgende paragraaf is beschreven) is in 2005 geheel herzien. De ICPC-2 wordt in Nederland echter niet gebruikt. Hier wordt een variant van de ICPC-1 met nationale subtitellaag gehanteerd. De Nederlandse vertaling hiervan wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hierbij is niet inbegrepen de chronische pijn die bij klachten aan het bewegingsapparaat voorkomt (bijvoorbeeld lage rugpijn en artrose).

Pijn in het gelaat valt onder verschillende hoofdstukken en subclassificaties. Zo wordt aangezichtspijn gecodeerd onder hoofdstuk N (Neurologie, code N3), spanningshoofdpijn onder N2 en trigeminusneuralgie onder N92. Temporomandibulaire gewrichtsaandoeningen vallen weer onder hoofdstuk D (Tractus digestivus) en wel onder subhoofdstuk D82: ziekten tanden/tandvlees.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

De International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems versie 10 (ICD-10) is opgesteld onder auspiciën van de World Health Organization (WHO) en wordt door de meeste OESO-landen gebruikt voor registratie van medische diagnoses. De ICD-10 is in 1992 vertaald in het Nederlands en moet aansluiten op de huidige medische praktijk.

Een van de belangrijkste doelen van de ICD-10 is het verschaffen van internationale gegevens over morbiditeit en mortaliteit. De ICD-10 is hoofdzakelijk ingedeeld naar tractus (bijvoorbeeld XI, Ziekten van het spijsverteringssysteem) en daarnaast in een aantal meer omvattende gezondheid gerelateerde categorieën (zoals Symptomen, Afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, Niet elders geassocieerd) (World Health Organization, 2010).

Aangezichtgerelateerde pijn wordt beschreven op verschillende niveaus van diagnose en verschijnselen. De ICD-11 wordt in 2017 verwacht. Aanvullingen voor chronische pijn uit de bètaversie (zie verderop) zijn inmiddels gepubliceerd.

Specifieke classificatiesystemen voor aangezichtspijn

Door de eerdergenoemde richtlijncommissie werd een voorstel gedaan voor classificatie van aangezichtspijn (intermezzo 1) (Nederlandse Vereniging voor Hoofdpijnpatiënten, 2013). Hieraan worden predisponerende en onderhoudende psychologische factoren voor de pijn, zoals traumatische ervaringen, stress en leerprocessen, toegevoegd. Hierbij wordt expliciet opgemerkt dat deze classificatie gebaseerd is op expert opinion.

Een nadere uitwerking ten aanzien van temporomandibulaire gewrichtsstoornissen werd opgesteld door een internationale werkgroep bestaande uit leden van het internationale Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) Consortium Network van de Internationale Associatie voor Tandheelkundig Onderzoek (IADR), leden van het Orofaciale Pijn Special Interest Group (SIG) van de IASP en leden van beroepsverenigingen (intermezzo 2) (Peck et al, 2014).

International Classification of Functioning, Disability and Health

Het zal de lezer opvallen dat, gegeven de definitie van pijn, een meer omvattend kader gewenst is om de pijnproblematiek in als zijn aspecten te beschrijven. Een voornamelijk etiologische beschrijving waarbij het onderscheid tussen pijnklachten wordt geformuleerd op het niveau van de onderliggende ziekte, zoals in hiervoor genoemde classificaties wordt gehanteerd, beschrijft immers slechts een deel van de werkelijkheid. Nadere specificering met betrekking tot de aard (of het mechanisme) van de pijn, maar ook oorzaken en gevolgen op persoonlijk, sociaal en maatschappelijk vlak, zijn hierbij vaak noodzakelijk.

Een dergelijk kader wordt door de WHO voorgesteld in de International Classification of Functioning, Disability and Health, afgekort ICF (World Health Organization, 2002). De ICF bestaat uit een raamwerk van gestandaardiseerde begrippen waarmee het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden, kan worden beschreven. Het belangrijkste doel van de ICF is om voorwaarden te scheppen voor een gemeenschappelijk begrippenkader en zo uniformiteit te bereiken in het beschrijven van de menselijke gezondheidstoestand. Het menselijk functioneren kan hierin worden beschreven vanuit 3 perspectieven:

Intermezzo 1. Classificatie aangezichtspijn

1. Aandoening van tanden, kaken en mondholte
 - 1.1. Odontogene pijn
 - 1.2. Parodontale pijn
 - 1.3. Pijn die zich voordoet als pulpale of periapicale pijn
 - 1.4. Kaakbotpijn
 - 1.5. Aandoeningen van het mondslijmvlies en tong
2. Musculoskeletale aandoeningen
 - 2.1. Temporomandibulaire disfunctie (TMD)-pijn
3. Neuralgie/neuropathie van het hoofd en aangezicht
 - 3.1. Trigemineusneuralgie/neuropathie (vijfde hersenzenuw)
 - 3.1.1. Primair (tic douloureux)
 - 3.1.2. Secundaire trigemineus neuropathie
 - 3.1.2.1. Geassocieerd met auto-immuunziekten: multipale sclerose, vasculitis
 - 3.1.2.2. Infectieus/postinfectieus: herpeszoster-virusinfectie/ postherpetisch
 - 3.1.2.3. Posttraumatisch/iatrogeen
 - 3.1.2.4. Maligniteit schedelbasis/achterste schedelgroeve
 - 3.2. Glossofaryngeusneuralgie (elfde hersenzenuw)
 - 3.3. Overige eindtakneuralgieën/-neuropathieën
4. Migraine met pijn uitstralend in het aangezicht
5. Trigemino-autonome hoofdpijnsyndromen
 - 5.1. Clusterhoofdpijn
 - 5.2. (Chronische) paroxismale hemicrania (CPH)
 - 5.3. SUNCT (Shortlasting, Unilateral, Neuralgiform Pain with Conjunctival Injection and Tearing)
 - 5.4. Hemicrania continua
6. Arteriitis temporalis
7. Ossale oorzaken (osteomyelitis)
8. Neoplasma's (maligniteit/metastasen nasofarynx/schedelbasis/achterste schedelgroeve)
9. Aandoeningen gerelateerd aan het oog en de orbita
10. Aandoeningen van het oor
 - 10.1. Primaire otalgie
 - 10.2. Secundaire otalgie
11. Aandoeningen van neus en neusbijholten
 - 11.1. Acute (rhino)sinusitis
 - 11.2. Chronische (rhino)sinusitis/sinushoofdpijn
12. Viscerale aandoeningen van hoofd, hals en thorax geassocieerd met pijn in het aangezicht
 - 12.1. Obstructie en ontsteking (sialoadenitis) van de speekselklieren
 - 12.2. Cardiale pijn (angina pectoris, myocardinfarct)
13. Persistierende idiopathische aangezichtspijn
14. Psychiatrische diagnoses
 - 14.1. Depressieve stoornis
 - 14.2. Angststoornis
 - 14.3. SOLK, somatoforme pijnstoornis of andere somatoforme stoornissen

- het perspectief van het menselijk organisme;
- het perspectief van het menselijk handelen;
- het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Intermezzo 2. Classificatie temporomandibulaire gewrichtsstoornissen

I. TEMPOROMANDIBULAIRE GEWRICHTSSTOORNISSEN

1. Gewrichtspijn
 - A. Artralgie
 - B. Artritis
2. Gewrichtsstoornis
 - A. Discusstoornis
 1. Discus verplaatsing met reductie
 2. Discus verplaatsing met reductie met intermitterende slotverschijnselen
 3. Discus verplaatsing zonder reductie met beperkte opening
 4. Discus verplaatsing zonder reductie zonder beperkte opening
 - B. Hypomobiliteitsstoornissen anders dan gerelateerd aan de discus
 1. Adhesies
 2. Ankylose
 - a. Fibrose
 - b. Benig
 - C. Hypermobiliteitsstoornissen
 1. Dislocaties
 - a. Subluxaties
 - b. Luxatie
3. Gewrichtsaandoeningen
 - A. Degeneratieve gewrichtsaandoeningen
 1. Osteoartrose
 2. Osteoartritis
 - B. Systemische artritiden
 - C. Condylolyse/idiopathische condylaire resorptie
 - D. Osteochondritis dissecans
 - E. Ostronecrose
 - F. Neoplasme
 - G. Synoviale chondromatose

4. Fracturen
5. Congenitale/ontwikkelingsstoornis
 - A. Aplasie
 - B. Hypoplasie
 - C. Hyperplasie

II. KAUWSPIERSTOORNISSEN

1. Spierpijn
 - A. Myalgie
 1. Lokale myalgie
 2. Myofasciale pijn
 3. Myofasciale pijn met uitstraling
 - B. Tendonitis
 - C. Myositis
 - D. Spasme
2. Contractuur
3. Hypertrofie
4. Neoplasme
5. Bewegingsstoornissen
 - A. Orofaciale dyskinesie
 - B. Oromandibulaire dystonie
6. Kauwspierpijn toegeschreven aan systemische/centrale pijnstoornissen
 - A. Fibromyalgie/gegeneraliseerde pijn

III. HOOFDPIJN

1. Hoofdpijn toegeschreven aan temporomandibulaire gewrichtsstoornissen

IV. GEASSOCIEERDE STRUCTUREN

1. Coronoid hyperplasie

Het eerste perspectief is uitgewerkt in 2 classificaties, de classificatie van functies van het organisme en de classificatie van anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn beschreven in de classificaties 'activiteiten' en 'participatie'. Pijn wordt hier gecategoriseerd onder 'functies', en verder gecategoriseerd onder 'Pijngewaarwording' en 'Sensorische functies en pijn' (WHO, 2002). Daarnaast worden beïnvloedende factoren van persoonlijke (bijvoorbeeld persoonlijkheid, coping) of externe aard (bijvoorbeeld ontvangen behandelingen, sociale steun) in het model opgenomen.

Pijnspecifieke classificatiesystemen

Specifiek voor de pijn zijn verschillende classificatiemethoden gehanteerd. Deze omvatten methoden van beperkte reikwijdte en methoden die evenals de ICF een multidimensionaal kader voorstaan. De meest gehanteerde methoden van beperkte reikwijdte om pijn te classificeren zijn traditioneel gezien gebaseerd op het (neurofysiologisch) mechanisme, temporele aspecten of, zoals in de hiervoor genoemde classificatiesystemen, gebaseerd op etiologie of aangedane regio (Nagda en Bajwa, 2004).

Mechanismegebaseerde classificatie

Gegeven de beperkingen van uitsluitend etiologische benaderingen zijn er verschillende voorstellen gedaan om pijn vanuit een mechanistisch perspectief te beschrijven. Een voorstel dat volgens Clifford Woolf en collega's meer recht doet aan het eigen karakter van pijn en mechanismen die ten grondslag liggen aan (ontwikkeling van) pijn werd aan het eind van het vorige millennium gepresenteerd (tab. 1) (Woolf et al, 1998). In deze meer neurofysiologische categorisatie zijn verschillende mechanismen te herkennen die ook nu nog leidend zijn in de categorisatie van pijn.

Tegenwoordig wordt onderscheid gemaakt wordt tussen nociceptieve en niet-nociceptieve pijn. De term nociceptief wordt gebruikt voor pijn waarvan wordt verondersteld dat deze wordt veroorzaakt door activatie of sensitisatie van vrije zenuwuiteinden (nociceptoren) en wordt doorgaans in samenhang gebracht met weefselschade (zie in dit thema Joosten, 2016). Nociceptieve pijn wordt dan verder onderverdeeld in musculoskelettale (pijn afkomstig van bot, weke delen, gewrichten en spieren) en viscerale pijn (afkomstig uit organen). Niet-nociceptieve pijn wordt over het algemeen onder-

Vorbijgaande pijn	
	Nociceptor specialisatie
Pijn bij weefselschade	
	Primair afferent
	Sensitatie
	Rekrutering van stille nociceptoren
	Verandering in fenotype
	Hyperinnervatie
	Centraal zenuwstelsel gemedieerd
	Centrale sensitatie, summatie, wind-up
Pijn bij schade zenuwstelsel	
	Primair afferent
	Acquisitie van spontane en stimulus geïnduceerde nociceptor axonen en somata op andere plaatsen dat de perifere eindterminals
	Verandering in fenotype
	Centraal zenuwstelsel gemedieerd
	Centrale sensitatie
	Deafferentatie van tweedeordeneuronen
	Disinhibitie
	Structurele reorganisatie

Tabel 1. Categorieën en mogelijke mechanismen.

verdeeld in neuropathische pijn (pijn als gevolg van een en laesie of ziekte van het somatosensorische systeem) en idiopathische pijn (pijn zonder aanwijsbare oorzaak) (Treede et al, 2008). Het regelsysteem rondom de modulatie van zowel nociceptieve als neuropathische pijn wordt beïnvloed door sensitatie en inhibitie. Vooral centrale sensitatie, een begrip dat door de IASP gedefinieerd wordt als “een versterkte respons van nociceptieve neuronen in het centrale zenuwstelsel op normale of subliminale afferente input” (IASP, 2011), zorgt voor een versterking van de prikkeloverdracht in het somatosensorische zenuwstelsel, leidend tot hypersensitiviteit (Woolf, 2011). Een bekend inhiberend mechanisme wordt de Poorttheorie genoemd. De achterhoorn van het ruggenmerg zou hierbij functioneren als een poort die selectief informatie verder leidt naar de hersenen door veranderingen in de activiteit van dikke en dunne opstijgende en afdalende zenuwvezels. Een ander inhiberend mechanisme is Conditioned Pain Modulation (CPM) (Yarnitsky, 2010). CPM is een endogeen, lichaamseigen, mechanisme dat pijnmodulerende systemen rekruteert. Hoe groter de omvang van de pijnprikkel hoe meer pijninhiberende mechanismen worden geactiveerd (Edwards et al, 2003).

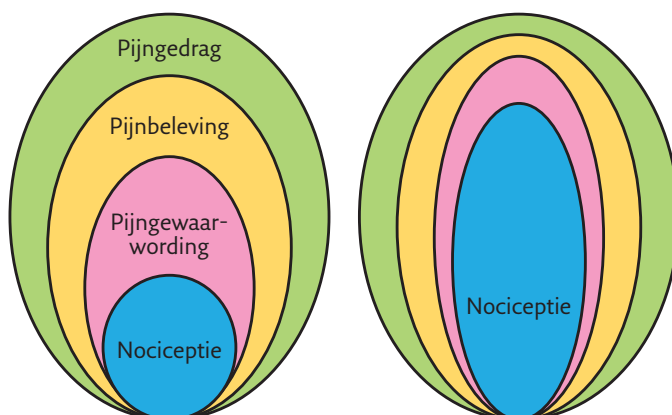
Temporeel

Ook wordt gecategoriseerd op basis van de duur van de pijnklachten, waarbij het onderscheid tussen acuut en chronisch wordt gehanteerd. Chronische pijn, gedefinieerd als pijn die langer duurt dan van het normale beloop van een aandoening mag worden verwacht, wordt doorgaans arbitrair bij een duur langer dan 3 of 6 maanden aangehouden. Categorisatie op basis van tijd is in de praktijk minder nuttig, aangezien men chronische pijn liever wil voorkomen dan genezen.

Multidimensionale categorisering en multiaxiale taxonomieën

Het model van Loeser

Het pijnmodel van Loeser is ontwikkeld om verschillende dimensies of niveaus van pijn inzichtelijk te maken. Het betreft vooral een didactische indeling, bedoeld als instructiemodel voor hulpverleners en patiënten. Het model bestaat uit 4 elkaar omvattende cirkels (afb. 1), waarbij de kleinste de nociceptie voorstelt die mogelijk (maar niet noodzakelijk) leidt tot bewuste gewaarwording van de pijn (tweede cirkel). De derde cirkel stelt de pijnbeleving voor, die de emotionele component van pijn omvat en wordt beïnvloed door de persoonlijkheid en psychologische toestand van het individu en de sociaal-culturele context waarin deze verkeert. De vierde cirkel omvat het pijngedrag, waarin de wijze wordt gevat waarop de persoon de pijn uit. Op basis daarvan kan de beoordelaar afleiden dat een persoon pijn lijdt. Verschillen tussen patiënten in de



Afb. 1. Het model van Loeser, met visuele weergave voor relatieve bijdrage van de verschillende dimensies van het pijnbeeld.

Lokalisatie		Orgaansysteem		Tijdspatroom		Ernst en duur		Etiologie	
000	Hoofd, gelaat en mond	30	Spierskelet systeem en bindweefsel	3	Continu of bijna continu, fluctuerende sterkte	.9	Ernstig, meer dan 6 maanden	.07	Disfunctioneel (inclusief psychologisch)

Tabel 2. IASP-pijncodes.

Term	Definitie 2011
Nociceptieve stimulus	Een daadwerkelijke of potentieel schadelijke gebeurtenis, gecodeerd en voortgeleid door nociceptoren
Nociceptor	Een sensorische receptor met hoge drempelwaarde die in staat is noxische stimuli te coderen en voort te geleiden.
Nociceptief neuron	Een centrale of perifere receptor die in staat is noxische stimuli te coderen
Nociceptie	Het neurale proces van codering en verwerking van noxische stimuli
Nociceptieve pijn	Pijn die ontstaat door daadwerkelijke of potentiële schade aan niet neurale weefsel en het gevolg is van activatie van nociceptoren
Neuropathische pijn	Pijn die ontstaat als gevolg van een laesie of ziekte van het somatosensorische systeem
Volledige lijst pijnterminologie: www.iasp-pain.org	

Tabel 3. IASP-pijnterminologie.

relatie tussen de verschillende dimensies van pijn kunnen met behulp van deze grafische weergave worden verduidelijkt; zo kan de mate van nociceptie groot zijn (voorgesteld door een relatief grote cirkel), maar de pijngewaarwording en beleving gering (voorgesteld door relatief kleine cirkels) en omgekeerd (afb. 1).

Classification of Chronic Pain

De Classification of Chronic Pain werd in 1994 onder auspiciën van de IASP ontwikkeld en kan worden beschouwd als een specifieke classificatie voor chronische pijn(klachten) (Merskey en Bogduk, 1994). Deze classificatie bevat een multiaxiaal coderingsschema voor pijn en een nadere beschrijving van verschillende pijnsyndromen, waarin voor zover beschikbaar informatie over de definitie en (differentiële) diagnostiek, epidemiologie, pathofysiologie en behandeling (indien deze specifiek is voor de aandoening) worden beschreven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in relatief gegeneraliseerde syndromen en relatief gelokaliseerde pijnsyndromen waartoe ook pijnsyndromen van hoofd en gelaat worden gerekend.

De codelijst maakt gebruik van een vijfassig stelsel waarin de lokalisatie (as 1), het betrokken orgaansysteem (as 2), het tijdspatroom (as 3), de ernst en duur (as 4) en etiologie (as 5) van de pijnklacht kunnen worden gecategoriseerd. Zo ontstaat een vijfcijferige code, die kan worden aangevuld met een kleine letter om verder onderscheid te maken tussen specifieke pijnsyndromen met een identieke vijfcijferige code. Daarnaast wordt de toevoeging S, R of C gebruikt om aan te geven of het spinale pijn (S) of radiculare pijn (R) betreft, of C in gevallen waar beide in dezelfde lokalisatie optreden. Een voorbeelduitwerking van de code voor ernstige spanningshoofdpijn van meer dan 6 maanden met spinale/radiculaire pijn staat in tabel 2 weergegeven (033.97c).

Een belangrijk onderdeel van de IASP-pijnclassificatie betreft een verklarende woordenlijst voor pijngerelateerde begrippen. Deze termen, die een soort basisvocabulaire

vormen voor de IASP-taxonomie, hebben in de loop der tijd verschillende veranderingen ondergaan op basis van heersende inzichten en zijn in 2011 voor het laatst geüpdatet (Merskey en Bogduk, 1994). Enkele voorbeelden staan in tabel 3.

Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN)

Vanuit revalidatiegeneeskundig perspectief is door de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) een classificatie gemaakt op basis van expert opinion die kan worden gebruikt om de invloed van pijn op activiteiten en participatie te beschrijven. Deze meer functionele indeling biedt tevens een handvat voor toewijzing van zorgzwaarte. Zo kunnen patiënten die in de eerste 2 WPN-groepen vallen monodisciplinair worden behandeld, en de groepen 3 en 4 multidisciplinair (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland, 2012):

- niveau 1: patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek;
- niveau 2: patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek;
- niveau 3: patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die matige tot ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren;
- niveau 4: patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die in zeer ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.

Recente ontwikkelingen

ICD-11

In de ontwikkeling naar een (bèta)versie van de ICD-11 is door een werkgroep vanuit de IASP een voorstel gedaan voor het opnemen van aan chronische pijn gerelateerde

classificatiemogelijkheden (Treede et al, 2015). Zoals gemeld bevat de huidige versie van de ICD sommige diagnoses voor chronische pijnandoeningen, maar deze zijn niet op een systematische wijze gecategoriseerd. Gezien het belang van de ICD voor het coderen van aandoeningen in de zorgsystemen van vele landen en het belang ervan voor epidemiologische onderzoeken, wordt geacht aan een adequate positionering van chronische pijn binnen dit systeem. Door een aanpassing in de categorisatiemethodiek van ICD ('multiple parenting') werd het mogelijk om dezelfde diagnose onder meerdere categorieën te scharen, waardoor de eerder beschreven variabele categorisatie van pijn (naar locatie, bijvoorbeeld hoofdpijn), etiologie (pijn bij kanker) of anatomisch systeem (neuropathische pijn) kon worden gevat in de ICD-structuur. De nieuwe ICD-categorie voor 'Chronische pijn' bestaat uit de meest voorkomende klinisch relevante aandoeningen, die worden verdeeld in 7 groepen:

1. chronische primaire pijn;
2. chronische kankerpijn;
3. chronische posttraumatische en postoperatieve pijn;
4. chronische neuropathische pijn;
5. chronische hoofdpijn en orofaciale pijn;
6. chronische viscerale pijn;
7. chronische musculoskeletale pijn.

De voor dit artikel relevante categorie 5 maakt onderscheid tussen primaire (idiopathische) en secundaire (symptomatische) hoofdpijn en orofaciale pijn, waaronder craniale neuralgieën. Chronische hoofdpijn en chronische orofaciale pijn worden gedefinieerd als pijn die optreedt op ten minste 50% van de dagen gedurende ten minste 3 maanden. Voor de meeste doeleinden krijgen patiënten een diagnose op basis van de hoofdpijnfenotypes of orofaciale pijnen waarmee ze zich presenteren. Voor verschillende chronische orofaciale pijnen, zoals posttraumatische trigeminusneuralgie en aanhoudende idiopathische orofaciale pijn of burning mouth syndrome zijn kruisverwijzingen naar verschillende categorieën aangebracht, waaronder naar primaire chronische pijn en neuropathische pijn. Na peer review van de WHO zal deze nieuwe classificatie in 2017 in gebruik worden genomen.

Nederlandse pijnclassificatie

Recentelijk is door een kwartiermakers commissie, ingesteld door de Dutch Pain Society, een voorstel gedaan voor het ontwikkelen van een definitie- en classificatiesysteem voor chronische pijn voor toepassing in Nederland. De kwartiermakerscommissie bestond uit leden van wetenschappelijke verenigingen die met chronische pijn te maken hebben en leden uit het samenwerkingsverband 'pijnpatiënten naar één stem'. Op basis van beschikbare literatuur hebben zij een verkenning uitgevoerd en een classificatiemethodiek voorgesteld op basis van een bio-psychosociaal model met 4 assen, gerelateerd aan de oorzaak van de pijn, het pijnsysteem of mechanisme, de beleving van pijn en pijngedrag, en de functionaliteit, acceptatie, ambitie en gevolgen van pijn (Kwartiermakers commissie richtlijn Chronische Pijn, 2015).

- As 1: de oorzaak van de pijn. Dit vormt de etiologische basis van de pijnklacht en kan worden ingevuld op basis van de ICD-10 (of I11) of ICPC-codering. De aanbeveling hierover is niet zeer expliciet: een classificatiesysteem dat gebruikt wordt in een andere setting, bijvoorbeeld zoals voorgesteld voor aangezichtspijn pijn, zou hiervoor gebruikt kunnen worden. Als oplossing voor het simultaan gebruik van verschillende classificatiesystemen in deze as wordt een koppeling met behulp van SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms) voorgesteld. SNOMED CT is een internationaal medisch terminologiestelsel en bevat een grote verzameling standaardtermen met hun synoniemen.
- As 2: het pijnsysteem of pijnmechanisme. Voorgesteld wordt om onder deze as onderscheid te maken tussen eerdergenoemde neurofysiologische mechanismen (nociceptieve pijn, neuropathische pijn of centrale sensitiviteit).

As 3 en as 4 kunnen worden geclassificeerd vanuit een cognitief gedragsmatig referentiekader. De constructen worden in de classificatie toegevoegd vanuit de vraag: welke psychologische factoren hebben een pijnonderhoudende invloed?

- As 3: beleving en gedrag. Onder deze as worden (pre-disponerende of onderhoudende) factoren vanuit een cognitief gedragsmatig referentiekader gerelateerd aan beleving (angst en depressie) en gedrag gevat. Voor dit laatste construct wordt onderscheid aangebracht in covert gedrag (catastrofen, angst voor pijn, machteloosheid, acceptatie) en openlijk gedrag (pijnvermijding, pijnpersistentie).
- As 4: functionaliteit/acceptatie/ambitie/gevolgen van de pijn. De laatste as wordt gebruikt om de gezondheidssituatie van de patiënt te beschrijven aan de hand van de termen van het ICF-model: functiestoornissen, activiteiten, participatie en extreme factoren. Vooral in deze laatste as lijkt wat overlap te zitten met voorgaande assen; onder structuur en functies binnen het ICF-model vallen immers ook neurofysiologische processen.

Zoals bij alle classificatiesystemen benoemen de opstellers ook knelpunten voor de toepassing van dit classificatievoorstel. Een ervan is de vaststelling van de verschillende verschijnselen binnen de deelasen. Voorgesteld wordt om hiervoor (uniform gehanteerde) vragenlijsten te gebruiken, maar deze zijn tijd- en arbeidsintensief. Integratie van verschillende vragenlijsten tot een uniforme set vragen zou hier een oplossing kunnen bieden, maar dit vergt een uitgebreid validatieproces; voor veel vragenlijsten (en overige meetinstrumenten) zijn klinisch bruikbare afkapwaarden slechts beperkt beschikbaar. Daarnaast is de ontwikkeling van vragenlijsten dynamisch en aan veel verandering onderhevig. Ook kan men zich afvragen of, gezien de structuur van deze Nederlandse classificatie, niet evengoed gekozen kan worden voor een combinatie van bestaande systemen (zoals de ICD en ICF). Daarnaast dient de classi-

ficatie te worden uitgewerkt voor relevante subgroepen, zoals mentaal gehandicapten, dementerende patiënten, volwassenen, kinderen, neonaten, maar dit geldt voor alle bestaande classificatiemethodieken. Een bijkomend maar even belangrijk probleem betreft de acceptatie van de classificatie; vooralsnog is deze nog door geen enkel gremium geaccepteerd.

Toepassing van pijnclassificatie

Het is opvallend dat er momenteel een veelheid van classificatiemethodieken bestaat en dat dit veld volop in beweging is. Het doel van het gebruik van een uniform en gestructureerd begrippenkader is duidelijk: het creëren van een gezamenlijke taal om communicatie en verslaglegging over pijn te faciliteren. Dit alles valt en staat bij brede acceptatie en toepassing van een pijnclassificatie. Hierin zit het probleem; ondanks de evidente voordelen heeft de toepassing ervan nooit een grote vlucht genomen. Zelfs in een klein land als Nederland blijkt het lastig tot afspraken te komen voor een uniforme pijnclassificatie, gelet op pogingen die daartoe eerder zijn ondernomen (Ten Napel et al, 2007). Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen, waaronder de onvolledigheid van op dit moment beschikbare classificatiesystemen en sterk toegenomen kennis over individuele pijnklachten en syndromen, met verre gaande specialisatie tot gevolg. Het definiëren en classificeren van pijn is een proces dat altijd in ontwikkeling zal zijn. Dit laat onverlet dat het streven naar een dergelijk algemeen geaccepteerd systeem wenselijk is en hopelijk dragen gecoördineerde (internationale) initiatieven zoals het genoemde hieraan bij.

Literatuur

- * Edwards RR, Ness TJ, Weigent DA, Fillingim RB. Individual differences in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC): association with clinical variables. *Pain* 2003;106: 427-437.
- * Joosten EA. Pijn, nociceptie en inflammatie: inzichten in de mechanismen en mogelijke therapeutische aanpak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2016; 123: 458-462.
- * Kwartiermakers commissie richtlijn Chronische Pijn. Rapportage project Definitie en classificatie chronische pijn. *Ned Tijdschr Pijnbestrijding* 2015; 34: 6-17.
- * Loeser JD, Treede R-D. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain* 2008; 137: 473-477.
- * Merskey H, Bogduk N (eds). Classification of Chronic Pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP task force on taxonomy. Seattle: IASP Press, 1994/2011.
- * Nagda J, Bajwa ZH. Definitions and classification of Pain. In: Warfield C, Bajwa ZH (eds.). Principles and practice of pain medicine. New York: McGraw-Hill Education, 2004.
- * Napel H ten, Leeuwen MJW van, Patijn J, Wolff AP, Vries Robbé PF de. Nederlandse terminologie voor pijn, versie 1.0. Pijnkenniscentrum afdeling Anesthesiologie, Medische Informatiekunde UMC St. Radboud. Nijmegen: Printshop Radboud universiteit Nijmegen, 2007.
- * Nederlandse Vereniging voor Hoofdpijnpatiënten. Multidisciplinaire richtlijn aangezichtspijn. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Hoofdpijnpatiënten, 2013.

- * Peck CC, Goulet J-P, Lobbezoo F, et al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2014; 41: 2-23.
- * RIVM. <http://www.rivm.nl/who-fic/ICPC-2.htm>.
- * Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 2008; 70: 1630-1635.
- * Woolf CJ, Bennet GJ, Doherty M, et al. Towards a mechanism-based classification of pain? *Pain* 1998; 77: 227-229.
- * Treede R-D, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015; 156: 1003-1007.
- * Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland/VRA. Behandelkader pijnrevalidatie 2012. https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_pijnrevalidatie_2013.pdf
- * Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152: S2-15.
- * World Health Organization. ICD-10: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Malta: World Health Organization, 2010.
- * World Health Organization. De Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Netherlands WHO-FIC collaborating Center RIVM. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem, 2002.
- * Yarnitsky D. Conditioned pain modulation (the diffuse noxious inhibitory control-like effect): its relevance for acute and chronic pain states. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010; 23: 611-615.

Summary

Classification of pain in the orofacial and craniofacial regions

Pain is a multidimensional, subjective phenomenon that can only be understood within the context of an individual operating in a specific environment. As a consequence, it is difficult from an objective standpoint to satisfy the established criteria for classification. In general, it is the case that available classification systems can only partially capture pain in all of its complexity. There are various general and specific classification systems. In 2017, the International Classification of Diseases will be complemented with classification possibilities related to chronic pain. Recently, a committee established by the Dutch Pain Society has formulated a proposal for the development of a definition and classification system for chronic pain to be applied in the Netherlands.

Bron

R.S.G.M. Perez
 Uit de afdeling Anesthesiologie van het VU medisch centrum in Amsterdam
 Datum van acceptatie: 24 mei 2016
 Adres: prof. dr. R.S.G.M. Perez, VUmc, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam
 rsgm.perez@vumc.nl