UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Het gebruik van pijnstillers

Baart, J.A.; Schuurs, A.H.B.

DOI

[10.1007/978-90-313-6906-5_23](https://doi.org/10.1007/978-90-313-6906-5_23)

Publication date

2009

Document Version

Final published version

Published in

Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Baart, J. A., & Schuurs, A. H. B. (2009). Het gebruik van pijnstillers. In J. A. Baart, & I. van der Waal (Eds.), *Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie* (pp. 253-257). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-6906-5_23

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

J.A. Baart en A.H.B. Schuurs

23.1 Inleiding

Pijn wordt beschouwd als een zintuiglijke gewaarwording. Elektrische prikkels worden van de pijnreceptoren naar de hersenen geleid en geïnterpreteerd als pijn. De prikkeling kan verschillend van aard zijn, bijvoorbeeld druk, temperatuur, beschadigingen en blootstelling aan de lucht.

Pijn heeft somatische en psychische aspecten. Pijn is altijd een signaal, een onaangename gewaarwording die aangeeft dat er iets mis is. Zonder pijngewaarwording zou het leven bijna onmogelijk zijn. Patiënten met dysautonomie, een erfelijke neuropathie, voelen geen pijn. Een normaal leven is voor hen daardoor levensbedreigend.

Pijn is een individuele gewaarwording. Pulpitis leidt meestal tot heftige pijn. Bij sommige mensen kan echter het gehele gebit door verwaarlozing geruïneerd zijn, terwijl bij navraag betrokkene zich niet herinnert ooit pijn te hebben gehad aan zijn gebit.

Pijn is soms een noodsignaal, een roep om hulp. Als er geen dentogene oorzaak voor pijn wordt gevonden, beschadigt de patiënt soms zichzelf (bijv. automutilatie na incest) en is dat de oorzaak van de pijn. Deze zelfbeschadiging is een mogelijke uitweg uit een isolement. De behandeling moet dan niet alleen op de directe pijnoorzaak zijn gericht. Pijn wordt vaak veroorzaakt door tandheelkundige behandeling; pulpahyperemie na een preparatie, na pijn na voltooiing van een wortelkanaalbehandeling, pijn en zwelling na een operatieve verstandskiesverwijdering. De ernst en het verloop van deze pijnklachten zijn de tandarts bekend. De soort pijnstiller, de dosering en duur van de inname van een eventueel voor te schrijven analgeticum zullen hierop moeten worden aangepast.

Een goede omschrijving van de pijn en de pijn-geschiedenis is meestal een onmisbaar hulpmiddel bij het stellen van de diagnose. Een goede diagnose is noodzakelijk om een causale therapie te kunnen instellen waarbij de oorzaak van de pijn wordt weggenomen. Voorbeelden hiervan zijn: extirpatie van de pulpa bij pulpitis, incisie en drainage bij een

abces en het aanbrengen van een spalk bij kaakgewrichtsproblemen. Wanneer de pijn daarna aanhoudt of wanneer de oorzaak van de pijn nog niet kan worden weggenomen, kan (symptomatische) pijnbestrijding met behulp van een pijnstiller, een analgeticum, noodzakelijk zijn.

Om een juiste keuze uit het ruime aanbod van pijnstillers te kunnen maken is – naast bekendheid met de oorzaak en inzicht in de keten van gebeurtenissen die met pijn gepaard gaan – kennis van de werkingswijzen, bijwerkingen, contra-indicaties, doseringen en toedieningsvormen en -wegen van de analgetica nodig.

23.2 Indeling orofaciale pijn

Pijn in het gebit, kaken (inclusief het gewricht) en gelaat kan door vele oorzaken ontstaan of worden veroorzaakt. Als uitstralende pijn vanuit de nek, de schouder en het hart buiten beschouwing wordt gelaten, kunnen de volgende pijnplaatsen worden onderscheiden: dentoalveolair, kaakgewricht, sinus maxillaris, speekselklieren en aangezicht. Behandeling geschiedt nadat een anamnese is afgenomen en een onderzoek heeft plaatsgevonden om aldus tot de juiste diagnose en causale therapie te komen. Bij de eventueel noodzakelijke aanvullende symptomatische, medicamenteuze behandeling van de meest voorkomende orofaciale pijnen zal kort worden stilgestaan.

23.2.1 Dentoalveolaire pijn

In tabel 23.1 zijn onderscheiden: de meest voorkomende oorzaken van dentoalveolaire pijn, soort pijn, en tijdstip van optreden, de te verkiezen behandeling en, indien nodig, enkele van de aan te bevelen analgetica. Ten aanzien van het laatste is niet gestreefd naar volledigheid; er wordt slechts een leidraad gegeven.

Als vuistregel geldt dat bij weinig weefselbeschadiging de oraal toe te dienen eenvoudige pijnstiller, met name paracetamol, de voorkeur verdient. Wan-

neer er risico is op een (na)bloeding, zijn salicylaten en andere NSAID's niet wenselijk.

Bij (veel) weefselbeschadiging is, bij gebruik gedurende 3-5 dagen, een remmer van de prostaglandinevorming aangewezen, zoals ibuprofen of naproxen.

23.2.2 Kaakgewrichtspijn

Kaakgewrichtstoornissen (temporo mandibulaire stoornis (TMS)) worden veroorzaakt door afwijkingen van het gewricht zelf (artrogeen) of door gestoorde spierfunctie (myogeen).

Bij de artrogeene en de niet-artrogeene TMS worden inflammatoire aandoeningen onderscheiden van niet-inflammatoire. Osteoarthritis is een degeneratieve verandering van het gewricht die begint in het kraakbeen en kan leiden tot interne stoornis met discusdisfunctie. Onbehandeld ontstaat residuale osteoartrose. Bij osteoartrose en discusdisfunctie bestaat vaak pijn voor het oor die toeneemt bij openen en bij belasting. De pijn is wisselend van intensiteit, meestal zeurend, kan uitstralen en bij koude toenemen. De initiële pijnstillende therapie bestaat onder meer uit voorschrijven van antiflogistica zoals ibuprofen of naproxen.

Tijdens de ontwikkeling naar het residuale stadium ontstaan soms secundaire ontstekingsachtige reacties. Men spreekt dan van osteoarthritis, een inflammatoire articulaire stoornis. Osteoarthritis wordt ook beschouwd als een in de loop van enkele dagen ontstane, onduidelijke kaakgewrichtsontsteking. Er bestaat een continue pijn voor het oor die gepaard gaat met een lichte zwelling ter plaatse. In dit geval zijn de al eerder vermelde antiflogistische analgetica voor kortdurend gebruik geïndiceerd.

Myogeen veroorzaakte kaakgewrichtsklachten vragen om relaxatie van de (kauw)spieren. Als een stabilisatiespalk onvoldoende helpt of wanneer de vicieuze cirkel 'pijn-spanning-pijn' moet worden doorbroken, kan medicatie nuttig zijn. Een pijnstillers als paracetamol is meestal voldoende.

23.2.3 Pijn bij sinusitis maxillaris

Sinusitis maxillaris is van rinogene of dentogene oorsprong. Met name de rinogene sinusitis is pijnlijk door afsluiting van het ostium sinus maxillaris. Behandeling vindt meestal plaats door de huis- of KNO-arts. De dentogene sinusitis maxillaris kan acuut of chronisch zijn. De acute vorm geeft pijnklachten die veelal zonder medicijnen kunnen worden behandeld door spoelen van de sinus en stomen van de neus. Soms worden daarnaast neusdruppels voorgeschreven en, bij een bacteriële sinusitis, antibiotica. Indien behoefte bestaat aan een pijnstillers kan paracetamol, eventueel gecombineerd met codeïne, dienstdoen. Bij sterk purulente dentogene sinusitis maxillaris is het zinvol om naast een antibioticum een prostaglandinesynthetaseremmer voor te schrijven in verband met de uitgebreide weefselschade.

23.2.4 Speekselklier-aandoeningen

Vooraf afsluitende ontstekingen van de speekselklieren door bijvoorbeeld een speekselsteen kunnen veel pijnklachten veroorzaken. Ook virale aandoeningen gaan soms met pijn gepaard (parotitis epidemica = bof). Causale behandeling is niet altijd mogelijk, zodat pijnstillers noodzakelijk zijn. Paracetamol en prostaglandinesynthetaseremmers bieden hier uitkomst. Daarnaast wordt wel gebruikgemaakt van antibiotica.

23.2.5 Aangezichtspijn

De zogenoemde essentiële trigeminusneuralgie wordt gekenmerkt door heftige, kortdurende pijn-aanvallen die steeds frequenter optreden en door een minimale prikkeling van een triggerpunt kunnen worden opgewekt. De pijnklachten zijn eenzijdig, gelokaliseerd in één van de takken van de n. trigeminus. De patiënt is 's nachts meestal pijnvrij. Men verwijst naar de kaakchirurg en de kno-arts voor het opsporen van een organische oorzaak en, zo deze ontbreekt, naar de neuroloog. Deze of de huisarts kan het anti-epilepticum carbamazepine voorschrijven dat in dit geval tevens een diagnostische waarde heeft. Neuralgiforme of atypische aangezichtspijn is chronisch aanwezig en zeurend van karakter. Indien onderzoek naar de oorzaak (dentoalveolair, sinus maxillaris, bruxisme, kaakgewricht, neoplasma) niets oplevert, kan op geleide van proefanesthesie een langwerkend lokaal anestheticum diensten bewijzen. Ook wordt wel eens gebruikgemaakt van transcutane elektrische zenuwprikkeling (TENS).

23.3 Soorten pijnstillers

Pijnstillers worden onderscheiden in narcotische of centraal werkende analgetica enerzijds en niet-narcotische of perifeer werkende analgetica anderzijds.

Pijnstillers zijn in verschillende toedieningsvormen beschikbaar, zoals poeder, sachet, (bruis)tablet, dragee, capsule, zetpil, drank of ampul. Bij kinderen en patiënten met maagklachten hebben zetpillen de voorkeur. In geval van beperkte mondopening is het gebruik van poeder, sachet, bruistablet, drank of zetpil aan te bevelen.

23.3.1 Narcotische (centraal werkende) analgetica

Narcotische analgetica, zoals codeïne en morfine, zijn chemisch verwant aan opium. Vanwege hun ongewenste neveneffecten op het centrale zenuwstelsel, het maag-darmkanaal (obstipatie), de tractus urogenitalis, de luchtwegen en de bloedsomloop alsmede de kans op verslaving en gewenning, komen narcotica in de praktijk slechts in aanmerking indien niet-narcotische pijnstillers onvoldoende werkzaam zijn. Ze worden meestal toegediend ter bestrijding van heftige, kortdurende pijn bij goed-aardige ziekteprocessen en ter bestrijding van chro-

nische pijn bij maligniteiten. Ze worden niet voorgeschreven bij chronische pijn bij goedaardige aandoeningen. Toediening per os kent bezwaren, omdat het merendeel van de narcotica in de lever wordt omgezet in andere producten, waardoor de werking onvoorspelbaar wordt.

23.3.2 Niet-narcotische (perifeer werkende) analgetica

Niet-narcotische analgetica hebben, afhankelijk van de groep waartoe zij behoren, verschillende neveneffecten. Sommige neveneffecten zijn gunstig, zoals een antipyretisch (koortswerend) en antiflogistisch (ontstekings- en zwellingsremmend) effect. Andere zijn ongunstig, zoals leverfunctiestoornissen, hoofdpijn, duizeligheid en verlenging van de bloedingstijd.

23.3.2.1 Prostaglandinesynthetaseremmers of NSAID's

Prostaglandinen ontstaan uit arachidonzuur – afkomstig van beschadigde celmembranen – bevorderen pijn en ontsteking. Onder andere acetylsalicylzuur remt de enzymatische vorming van prostaglandinen krachtig en behoort derhalve tot de groep van remmers van de synthese van prostaglandinen, ook wel NSAID's genoemd: niet-steroïde anti-inflammatoire drugs (geneesmiddelen). Deze middelen remmen de vorming van het enzym cyclo-oxygenase (COX). Hiervan bestaan twee iso-enzymen te weten COX-1 en COX-2. De 'klassieke' NSAID's remmen zowel COX-1 als COX-2. De nieuwere selectieve COX-2-remmers kennen niet de bijwerking van maag-darmschade, maar geven bij langdurig gebruik meer kans op hart- en vaatziekten. In de tandheelkunde is bij overigens gezonde patiënten geen plaats voor selectieve COX-2-remmers.

Tot de salicylaten behoort onder andere het bekende acetylsalicylzuur. Naast de pijnstillende werking heeft deze stof tevens een ontstekingsremmende en koortsverlagende werking. Het remt de trombocytenaggregatie, verlengt daardoor de bloedingstijd, kan maag-darmstoornissen veroorzaken en kan aanleiding geven tot overgevoelighedsreacties. Tot de overige NSAID's behoren onder andere ibuprofen en naproxen. Ibuprofen is in deze groep de meest veilige pijnstiller.

23.3.2.2 Paracetamol

Paracetamol heeft zowel een pijnstillende als een koortsremmende werking, vergelijkbaar met die van acetylsalicylzuur. Het heeft geen antiflogistisch effect. De werking begint na 15-60 minuten en houdt 3-5 uur aan. Het begin van de pijnstilling is sneller dan met acetylsalicylzuur en het analgetische effect is wat beter.

Paracetamol heeft geen invloed op de bloedstolling en het geeft geen aanleiding tot maagbezwaren. Paracetamol in grote hoeveelheid (>10 g) ineens ingenomen, kan na 24-48 uur leverbeschadiging geven, waardoor een levensbedreigende situatie kan ontstaan.

23.3.2.3 Combinatiepreparaten

Toevoeging van codeïne aan paracetamol levert een acceptabel combinatiepreparaat op. Men kan kiezen uit zetpillen (paracetamol/codeïne FNA 250/5 mg, 500/10 mg), capsules (FNA 250/5 mg) of tabletten (500/10 of 20 mg). Ook het pijnstillende opiaat tramadol (hydrochloride) kan in combinatie met bijvoorbeeld paracetamol worden gegeven. Daarbij is het van belang dat het medicijn wordt 'ingeslopen' door de druppelvorm te kiezen. Daardoor wordt initiële misselijkheid voorkomen. Tien druppels op een suikerklontje, zo nodig aangevuld met vijf druppels na 1 uur, kunnen tezamen met 500 mg paracetamol worden ingenomen. Bij ernstige pijnen is het mogelijk de maximale dosis van het te verkiezen analgeticum aan te vullen met een pijnstiller uit een andere groep, bijvoorbeeld 3 × 600 mg ibuprofen aangevuld met paracetamol 500 mg z.n., maximaal 6 dd.

Men moet echter bedenken dat combinaties van pijnstillers slechts soms voordelen hebben, maar altijd een optelsom zijn van mogelijke bijwerkingen.

23.4 Tot slot

Bij het optreden van pijn kan veelal worden volstaan met causale therapie. Niettemin kunnen analgetica wel eens nodig zijn. In tabel 23.1 wordt aan de hand van de diagnosen en de aard van de pijn een overzicht gegeven van de mogelijkheden van causale behandeling en daarnaast van het gebruik van analgetica. De analgetica zijn gerangschikt naar volgorde van voorkeur, mede op grond van de te verwachten aard en frequentie van bijwerkingen.

Aanbevolen literatuur

Combinatiepreparaten in de dagelijkse praktijk.

Geneesmiddelenbulletin. 2007.

Okeson JP. Bell's orofacial pains: the clinical management of orofacial pain. 6^e druk. Chicago: Quintessence Publishing, 2005. ISBN 086715439X.

Wat is de plaats van een selectieve COX-2-remmer ten opzichte van de combinaties van een NSAID met een protonpompremmer of misoprostol? Vademecum. 25;13:mei 2007.

Tabel 23.1		Algemene richtlijnen voor het gebruik van pijnstillers.			
oorzaak pijn		soort pijn	tijdstip	behandeling	medicatie/dosering
I. dentoalveolair					
ontstekingen van de pulpa					
- hyperemie		zeurend	discontinu, toename bij koude en bij warmte	afwachten, eventueel isolatie	paracetamol 500 mg max. 5 dd 1
- pijnlijke pulpitis (acuut)		hevig, scherp, uitstralend	continu, geen toename bij warmte, afname bij koude	extirpatie	paracetamol 500 mg max. 5 dd 1 eventueel in combinatie met codeïne 20 mg of tramadol 10/15 dr.
- niet-pijnlijke pulpitis (chronisch)		zeurend, mild, uitstralend	incidenteel	extirpatie	paracetamol 500 mg max. 5 dd 1 eventueel in combinatie met cafeïne 20 mg
wortelpuntontsteking					
- acute parodontitis apicalis		hevig kloppend, gelokaliseerd	continu, percussie (niet temperatuurgevoelig)	extirpatie, eventueel drainage	naproxen 250/500 mg resp. 5/2 dd 1
- chronische parodontitis apicalis		meestal niet pijnlijk, soms mild	incidenteel tot continu	extirpatie	paracetamol
- iatrogeen (na endodontisch behandelen)		hevig tot mild	bij percussie tot continu	oorzaak wegnemen, zo nodig trepanatie	paracetamol lokaal anestheticum bijv. bupivacaine 0,25%
ontstekingen van het parodontium					
- parodontaal abces		zeurend, uitstralend	periodiek, soms continu	gebtsreiniging	paracetamol
- parodontale chirurgie		zeurend, scherp soms hevig	continu continu	incideren/diep curetteren ontsteking bestrijden	geen paracetamol ibuprofen 600 mg max. 3 dd 1 bijv. Brufen
extractie		mild tot hevig	continu		paracetamol ibuprofen
alveolitis		zeer hevig	continu	uitspuiten H ₂ O ₂ tamponnade alveole	ibuprofen naproxen flurbiprofen

<i>oorzaak pijn</i>	<i>soort pijn</i>	<i>tijdstip</i>	<i>behandeling</i>	<i>medicatie/dosering</i>
<i>verwijdering M_{3inf}</i>	zeer hevig	continu	geen	ibuprofen naproxen paracetamol/codeïne of tramadol
<i>trauma</i>				
- gebitselement	mild tot hevig	continu	restaureren, spalken, endodontisch behandelen	paracetamol
- parodontium	mild tot hevig	continu	eventueel reponeren en spalken element	paracetamol
II. kaakgewricht				
- artrogeen	gelokaliseerd, uitstralend	hevig/ acuut	discontinu bij beweging (repositie), spalk, operatief	acetylsalicylzuur 500 mg, max. 6 dd 1 naproxen paracetamol paracetamol/codeïne
- myogeen	uitstralend, zeurend	continu, bij palpatie, warmte, rust	(stabilisatie)spalk fysiotherapie	paracetamol
III. sinusitis maxillaris	kloppend, uitstralend, mild tot hevig	percussie, bukken, buigen	spoelen sinus stomen neusdruppels	paracetamol
IV. speekselklieren				
- sialoadenitis	hevig, gelokaliseerd	continu	antibiotica en pijnstillers	ibuprofen naproxen
- sialolithiasis	(zeer) hevig, gelokaliseerd stekend	bij maaltijd	steenverwijdering; eventueel tevens klier verwijderen	paracetamol ibuprofen