



25 jaar palliatieve zorg

Sedatie bij verslaving

Janna Schoenmaekers

Longarts en kaderarts palliatieve zorg

EPZ Maastricht

Inhoud

- Theoretische achtergrond informatie

- Casus



Hoe vaak komen verslavingen voor?



Hoe vaak komen verslavingen voor?

- > 15%
- < 15%



Verslaving

- Mensen zonder psychische stoornis: 19% verslaving
- Ernstige psychische stoornis: 41% verslaving
- In verslavingszorg: 60-80% ook psychische aandoening



Afhankelijkheid en autonomie

- Voorheen grote mate van autonomie
- Moeite met vragen van hulp
- Dak/thuisloosheid en autonomie
- Wantrouwen jegens maatschappij
- Communicatie soms lastig (persoonlijkheidsstoornis, ASS, PTSS)
- Moeite met berusting en overgave

Schuldgevoelens en existentiële vragen

- Meer dan gemiddeld verlieservaringen
- Relaties beschadigd door gebruik
- Beperkt netwerk
- Weinig contact met familie
- Geen werk, dagbesteding
- Schuldgevoelens
- Spijtgevoelens
- Stigma's door zorgverleners en maatschappij

Veel voorkomende symptomen

- Onrust/delir
 - Onttrekking:
nicotine, benzodiazepine, alcohol, opiaten, GHB, overige drugs
 - Overdosering:
opiaten, GHB
 - Bijwerking psychiatrische medicatie
 - Andere somatische oorzaken

Alcohol



- Risico op onttrekkingsdelier & insulten
- Beleid:
 - niet wachten op symptomen, maar inzetten op benzo schema.
- Alcohol en benzodiazepinen effect op GABA:
 - mogelijk hogere doseringen midazolam nodig bij palliatieve sedatie.
- Overweeg eerder inzetten van levomepromazine (Nozinan)
naast midazolam

Stappenplan

- 1.** Bereken basis dosering diazepam die je zou geven bij detox alcohol (gemiddeld 60 mg p.o.): dit is nodig om acute detoxklachten tegen te gaan (delier, onrust, insult).
- 2.** 60 mg diazepam p.o. = 45 mg midazolam p.o = 22,5 mg midazolam s.c.= 1 mg/uur midazolam s.c. of 6 dd 4 mg midazolam s.c.
- 3.** Daarbij dosis om te sederen optellen.

Praktisch advies sedatie & fors alcoholgebruik

- Start midazolam bolus 10 mg, daarna pomp op 2,5 mg per uur (1,5 + 1mg).
- Laagdrempelig bolus 10 mg na 4 uur en evt pomp ophogen, z.n. herhalen.
- Laagdrempelig start stap 2: levomepromazine bolus 50 mg (en later 2 dd 25 mg).

Heroïne



- Roken, spuiten, snuiven, anaal.
- Acute detox is erg heftig:
 - misselijkheid, diarree, buikkrampt, zweten, trillen, pijn in armen/benen, angst, onrust, hoge tensie en koorts.
- Detox op dag 2-3 ergst.
- Bij acuut stop heroïne in palliatieve zorg: overleg met verslavingsarts en start methadon.

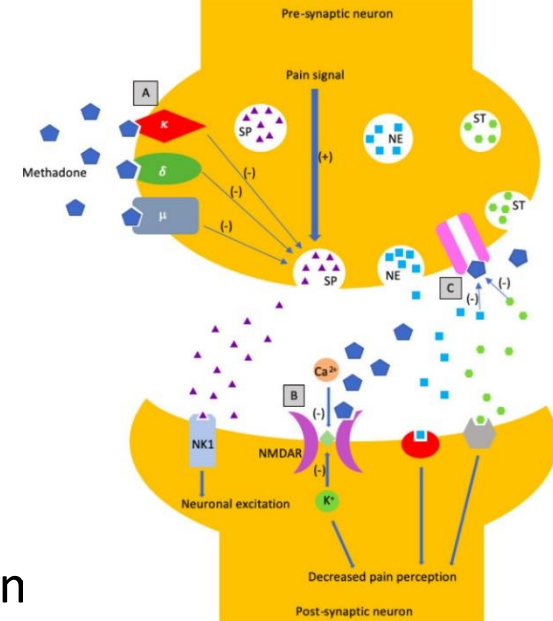
Methadon

- Substitutie voor opioïd verslaving zoals heroïne
- Adequate pijnstiller in chronische kanker gerelateerde pijn



Methadon

- Mu receptor agonist (lange T $\frac{1}{2}$ 19-55 uur)
- NMDA receptor antagonist
- Metabolisering in lever, voornamelijk CYP3A4 en in n voor CYP2D6 en CYP2B6,
- **Cave interacties**
- Onderhoudsdosering opioïd verslaving vaak 60-120 mg per dag
- Bij neuropathische pijn lagere doseringen
- Werkingsduur op pijn 6-8 uur, op ontwenningklachten/craving 24 – 36 uur



Interacties methadon

- Methadon spiegel veranderd
 - CYP3a4 remmers verhogen spiegel (Ketoconazol, itraconazol, claritromycine, Fluconazol, grapefruitsap, cannabinoiden)
 - CYP3A4 inductoren verlagen spiegel (rifampicine, carbamazepine, efavirenz, sint-janskruid)
 - Cave QTc verlenging

Misvattingen bij methadon gebruik



Misvattingen bij reeds methadon onderhoud

1. De onderhoud methadon geeft al adequate pijnstilling
2. Extra opioïden gebruik zal zorgen voor relapse
3. De additieve effecten van opioïden zal zorgen voor bijwerkingen
4. De pijn is manipulatie, om meer pijnstilling te krijgen omwille van de verslaving

Patiënten met verslaving

Maar deze patiënten groep is toch vaak wel veeleisend?

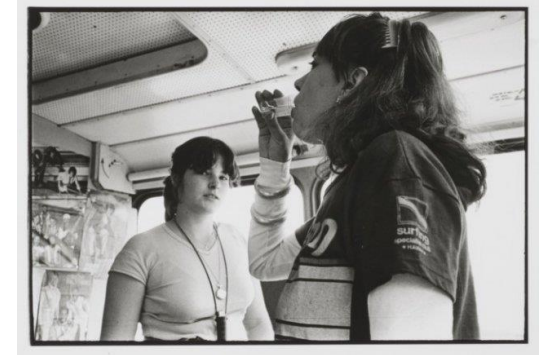


Patiënten met verslaving

- Wantrouwen in medische gemeenschap
- Bang voor stigma
- Angst dat pijn onder behandeld zal worden
- Angst dat onderhoud wordt veranderd/verminderd



Bij langdurig methadongebruik



- Verhoogde pijngevoeligheid
- Verlaagde pijngrens
- **Bij pijn risico op onderbehandeling;***
 - Onzekerheid arts
 - Misbruik opioïden, manipulatief gedrag
 - Maintenance moet al voldoende pijnstilling geven
 - Geeft extra medicatie niet teveel kans op bijwerkingen
 - Werkt het geen relapse in de hand

*Alford et al; Ann Intern Med. 2006

Wat te doen bij chronische pijn

- **Meerdere opties**

- Antidepressiva
 - TCA meer effectief dan SSRI.
 - Amitriptyline goed effect bij neuropathische pijn
 - Cave additief effect op sedatie
- Ophogen van maintenance
 - Verhogen met 50%
- Toevoegen ander opioïd
 - Vaak sneller hogere doseringen nodig
 - Kortere intervallen

Methadon en palliatieve sedatie

- Methadon nooit stoppen, onttrekking!
- Subcutaan methadon = 50 % van de orale onderhoudsdosis, verdeeld over 2-4 gelijke doseringen
- Altijd vragen naar gebruik andere middelen (schroom bij jezelf, vaak niet bij pt)
- Heroïne omzetten naar methadon:
 - mg rookbare heroïne : factor 6-10 (gemiddeld 8) = mg methadon
 - mg spuitbare heroïne : factor 3-5 (gemiddeld 4) = mg methadon
- Advies: vraag advies aan verslavingsarts

Richtlijn palliatieve sedatie

- Stap 1

- Midazolam

- Stap 2

- Levomepromazine

- Stap 3

- Fenobarbital

Wat als het beoogde effect niet wordt bereikt?

- Start bij de refractaire symptomen pijn, delier, misselijkheid en braken naast midazolam eerder met levomepromazine vanwege het anti-emetische, antipsychotische en analgetische effect.

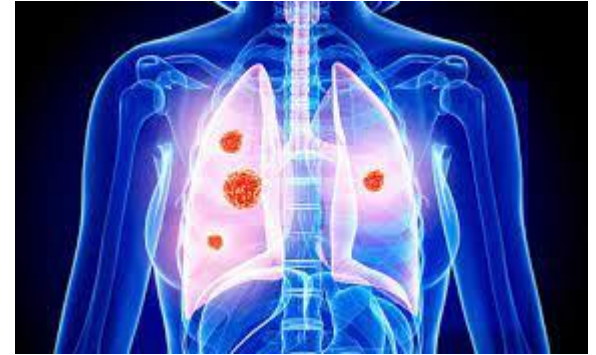
Wat als het beoogde effect niet wordt bereikt?

Exploreer als midazolam nauwelijks effect sorteert mogelijke versturende factoren, zoals opioïd-intoxicatie, een niet goed functionerende toedieningsweg, een volle blaas, een vol rectum of onttrekking van nicotine, alcohol, corticosteroiden of andere middelen

Wat als het beoogde effect niet wordt bereikt?

Continueer als er geen verstorende factoren zijn en er geen of nauwelijks effect van midazolam is (bijv. door tolerantie voor midazolam door eerder benzodiazepine gebruik), de titratie niet tot doseringen van 20 mg/uur midazolam s.c., maar voeg eerder levomepromazine toe.

CASUS



- Huisarts belt;
 - Man, 49 jaar
 - Zeer waarschijnlijk longca (geen PA diagnose)
 - Ossale metastasering (tevens milt en lever)
 - Wil in principe niet meer naar ziekenhuis
- In verleden heroïne en alcohol verslaving
- Hevige pijn waarvoor huisarts consult vraagt

VRAAG AAN ZAAL

- Weten we nu genoeg van de huisarts?
 - Ja
 - Nee



Somatisch

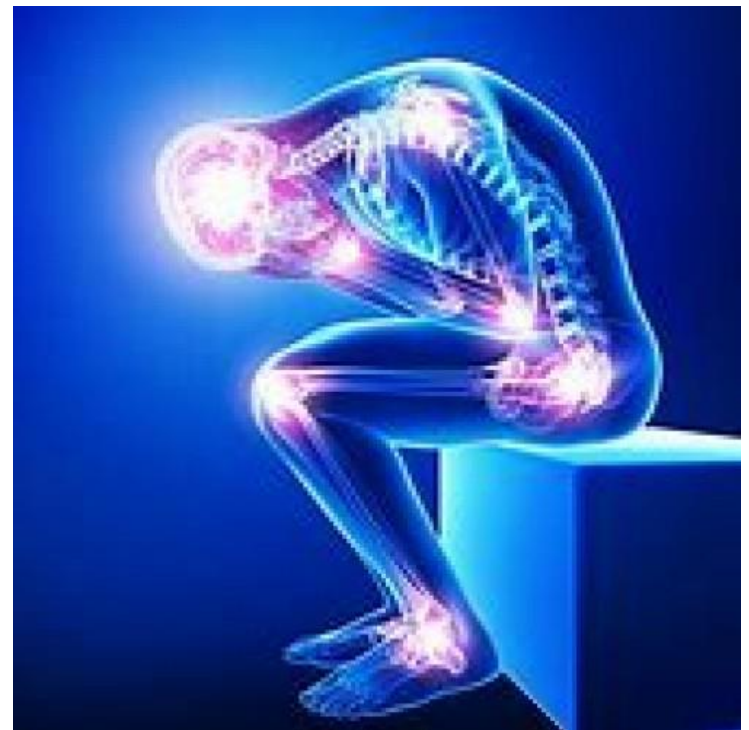
- Pijn lijkt afkomstig van botmetastasen (neuropathisch)
- Pt wil niet meer naar ziekenhuis, ook niet voor evt radiotherapie
- Vanwege verslavingsverleden 3 dd 5 mg methadon onderhoud
- Alcoholverslaving lijkt niet actueel

Psychosociaal

- Alleenstaand
- Wel contact met enkele familieleden en vrienden, bieden ook wat praktische hulp
- Tevens moeder woonachtig in Spanje. Onduidelijk wat contact is. Echter moeder wil pt komen verzorgen.

VERVOLG CASUS

- Eerste consult wegens pijn;
- Wat zou jullie voorstel zijn:
 1. TCA toevoegen
 2. Methadon ophogen
 3. Ander opioïd starten
 4. Andere optie



VERVOLG CASUS

- methadon opgehoogd naar 2 dd 10 mg
- Verhoging geen effect op pijn, geen vertrouwen in methadon
- Contact met HAP in weekend
- Oxycodon 2 dd 10 mg SR, Oxycodon IR zn tot 6dd5 mg
- Pt blijft pijn houden. Methadon terug oude dosering.
- Oxycodon SR 20 mg 2dd, nortriptyline 10 mg an. (evt te verhogen naar 25 mg).
- Vanwege angst lorazepam 1 mg an en zn 2 dd extra.

- In de dagen die volgen wordt medicatie opgehoogd naar oxycodon SR 2 dd 80 mg, nortriptyline 50 mg en oxycodon IR 6dd10 mg
- Pijn refractair → start palliatieve sedatie door HA

CONSULTVRAAG

- Sedatie gestart met 10 mg mida, 2.5 mg/uur s.c.
- 4 mg lorazepam voorafgaand wegens onrust
- Na 2 uur bolus en 50% ophoging s.c.
- **Onrust**
- HA belt: wilt graag stappenplan, denkt dat het moeilijke sedatie zal zijn

Vraag aan de zaal

Wat willen jullie nog meer weten van HA?



VERVOLG CASUS

- Methadon en oxycodon omgezet naar s.c.
- Intermittierende catheterisatie (bij eerder uittrekken CAD)
- Klysma met goed resultaat

- Patiënt bleek laatste weken toch weer heroïne te zijn gaan gebruiken. Onbekende hoeveelheid
- Tevens alcohol



VERVOLG CASUS

- Onrust blijft, fenobarbital wordt gestart
- Dag later overlijdt pt, onrust is tot het einde gebleven

Existentieel

- Ziekte was pas enkele weken bekend, snelheid van achteruitgang overviel pt
- Gebrouilleerd met zus en geen contact met zoon

VRAGEN NAAR AANLEIDING CASUS

- Gezien de verslavingen, had het beleid anders aangepakt moeten worden?
- Wat kon er allemaal aan de onrust ten grondslag gelegen hebben?
- Wie in de zaal heeft hier inzichten/ideeën over?



Take home messages



- Ook een pt met een verslaving heeft recht op een goed pijnbeleid
- Verslavingen goed navragen (NB schroom zit vaak bij jezelf)
- Vaak snellere ophoging en kortere intervallen nodig
- Cave existentiële vraagstukken
- Bij methadon maintenance of andere verslavingen vaak nodig om eerder naar stap twee te gaan palliatieve sedatie, of zelfs stap 3 met hogere doseringen dan normaal