

Modulaire revisie van de richtlijn 'Diagnostiek en
behandeling van pijn bij patiënten met kanker'
(Modular revision of the guideline 'Diagnostics and
treatment of pain in patients with cancer')

A. de Graeff¹, M.H.J. van den Beuken-van Everdingen,
M.J.M.M Giezeman[†], H. M. Klaren-Florijn, B. Kramp,
M.J.M. Martens, M. J. Oortman, P. Oosterhof, A.K.L.
Reyners, M.A.S. Schielke, M.C. Sieders, M.F.M.
Wagemans, M.G. Gilsing, I. van Trigt.

¹ Internist-oncoloog, UMC Utrecht, en hospice-arts Academisch Hospice Demeter,
De Bilt, voorzitter van de richtlijnwerkgroep
Afdeling Medische Oncologie, UMC Utrecht
Heidelberglaan 100
3583 CX Utrecht
Tel: 088-7556265
E-mail: A.deGraeff@umcutrecht.nl

Samenvatting

De richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker' (laatste versie 2015) is in 2019 modulair herzien en samengevoegd met de richtlijn 'Pijn in de palliatieve fase'. De leden van de werkgroep zijn gemandateerd namens diverse wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen. De modules over niet-medicamenteuze behandeling, medicamenteuze behandeling, invasieve behandeling en speciale patiëntengroepen zijn evidence-based herzien. Sommige andere consensus-based modules zijn herzien of nieuw toegevoegd. In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de meest relevante veranderingen, nieuwe modules en belangrijkste aanbevelingen van de nieuwe richtlijn.

Summary

The guideline 'Diagnostics and treatment of pain in patients with cancer' (last version 2015) was partly revised in 2019 and combined with the guideline 'Pain in the palliative phase'. The members of the working group were mandated by several scientific, professional and patient organisations. Modules about non-pharmacological treatment, pharmacological treatment, invasive treatment and specific patient groups were revised evidence-based. Some consensus-based modules were also revised or added.

In this paper a short summary is given of the main changes, additions and most important recommendations of the new guideline.

Trefwoorden

Pijn, richtlijn, kanker

Key words

Pain, guideline, cancer

Belangenconflicten

Geen gemeld.

Inleiding

De eerste versie van de evidence-based richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) 'Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker' verscheen in 2008. In 2015 verscheen de tweede versie, waarin een aantal van de modules werd herzien.

De eerste versie van de richtlijn 'Pijn in de palliatieve fase' kwam in 1996 tot stand als onderdeel van de richtlijnen palliatieve zorg van het Integraal Kankercentrum Midden Nederland. Consensus-based revisies volgden in 2005, 2008 en 2010 en werden opgenomen in de richtlijnenboeken palliatieve zorg van de Vereniging van Integrale Kankercentra van 2005, respectievelijk 2010¹.

In 2017 is een werkgroep van start gegaan, die tot doel had om een aantal modules van de NVA-richtlijn, die in 2015 niet waren aangepast, te herzien, en om bovengenoemde richtlijnen samen te voegen. Daarnaast is door de werkgroep ook een richtlijn opgesteld over de behandeling van pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen (hier verder niet besproken).

De leden van de werkgroep zijn gemandateerd namens het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Palliactief, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Nederlandse Verenigingen voor Anesthesiologie (NVA), Interne Geneeskunde (NIV), Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Neurologie (NVN), Klinische Geriatrie (NVKG) en Ziekenhuisapothekers (NVZA), de Patiëntenfederatie Nederland en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK). De NVA is eigenaar van de richtlijn. De richtlijn is gefinancierd en begeleid door Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

De modules over niet-medicamenteuze behandeling (warmte, massage, oefentherapie, ontspanningsoefeningen, cognitieve gedragstherapie en TENS), medicamenteuze behandeling (paracetamol, NSAID's, zwak werkende opioïden en bijwerkingen van opioïden) en invasieve behandeling (chordotomie, plexus coeliacusblokkade, spinale toediening van opioïden, plexus hypogasticusblokkade, lower end block en neurolyse perifere zenuw) zijn evidence-based herzien. Sommige andere consensus-based modules zijn t.o.v. de vorige NVA-richtlijn herzien (toediening, dosering en dosistitratie van opioïden, patiënten in de stervensfase) of nieuw toegevoegd (anamnese, ondersteunende zorg, algemene aanbevelingen t.a.v.

medicamenteuze behandeling, lokale toediening van opioïden, opioïd-geïnduceerde hyperalgesie en medicamenteuze behandeling bij patiënten met leverfunctiestoornissen).

De richtlijn heeft betrekking op pijn bij patiënten met kanker, zowel in de curatieve als in de palliatieve fase.

De richtlijn is in december 2019 geautoriseerd/geaccordeerd door alle bovengenoemde partijen. De richtlijn is onder andere in te zien op de richtlijndatabase van de Federatie van Medisch Specialisten en op Pallialine² en de bijbehorende beslisbomen op Oncoguide³. Een samenvatting is te vinden op de app PalliArts. Op de website kanker.nl is informatie voor patiënten beschikbaar.

Hieronder wordt een beknopt overzicht gegeven van de belangrijkste aanpassingen en de nieuwe modules van de richtlijn. Zie ook Tabel 1 voor de belangrijkste aanbevelingen van deze modules.

Bespreking inhoud

Anamnese

Er worden aanbevelingen gegeven over de wijze waarop de pijnanamnese wordt afgenomen en over de inhoud ervan (zie ook Tabel 1). Bij moeilijk behandelbare pijn wordt het gebruik van de gestructureerde pijnanamnese van V&VN aanbevolen.

Ondersteunende zorg

In deze module wordt het belang benadrukt van:

- de eigen regie van de patiënt, zelfmanagement, de beschikbaarheid van een zorgplan en duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap;
- een up-to-date medicatieoverzicht, waarbij zowel de patiënt zelf als de voorschrijver en de apotheker verantwoordelijk zijn voor de actualiteit ervan;
- ondersteuning van:
 - de patiënt door bijv. lotgenotencontact, pijnteam, gespecialiseerde verpleegkundigen c.q. verpleegkundig specialisten, fysiotherapeut, apotheker, maatschappelijk werker, psycholoog en/of geestelijk verzorger;
 - de naasten;
 - de patiënt en/of zorgverleners door consultatie van een palliatief team.

Niet-medicamenteuze behandeling

In de richtlijn worden massage (klassieke en/of hand- of voetmassage, uitsluitend voor een kortdurend effect) en ontspanningsoefeningen, al dan niet in combinatie met geleide verbeelding, aangeraden als aanvulling op andere behandelingen. Oefentherapie, cognitieve gedragstherapie en TENS worden niet aanbevolen.

Medicamenteuze behandeling

De orale of transdermale toedieningsweg heeft de voorkeur, tenzij dit niet mogelijk is en/of onvoldoende snel tot effect leidt. Parenteraal heeft de subcutane route de voorkeur, tenzij deze is gecontra-indiceerd (bij perifeer oedeem, stollingsproblematiek of slechte circulatie). Als een zeer snel effect wordt nagestreefd, heeft de intraveneuze toedieningsweg de voorkeur.

Onderhoudsmedicatie wordt op vaste tijden en stapsgewijs gegeven met paracetamol (maximaal 3dd 1000 mg p.o. of rectaal bij langdurig gebruik) als stap 1 en een sterkwerkend opioïd als stap 2. De aanbevelingen t.a.v. het toevoegen van NSAID's (alleen na zorgvuldige afweging van risico's en mogelijke baten) en het weglaten van zwak werkende opioïden zijn niet anders dan in de vorige richtlijn. Anders dan in de vorige richtlijn wordt (vanwege de onzekere waarde ervan en het beperken van polyfarmacie) aangeraden om bij stap 2 paracetamol op 'zo nodig' te zetten. Evenals in de vorige richtlijn wordt er i.h.a. geen voorkeur voor een specifiek sterk werkend opioïd (morphine, fentanyl, oxycodon, hydromorfon of tapentadol) uitgesproken. Het gebruik van methadon wordt alleen aangeraden voor of in overleg met mensen met ervaring met dit middel. Als toediening per os niet mogelijk of gewenst is of als er sprake is van obstipatie, is er een voorkeur voor fentanyl. Het effect van alle middelen kan na 24 uur worden beoordeeld.

Bij pijnlijke huidulcera kan gebruik van morfinegel worden overwogen als systemisch toegediende analgetica onvoldoende effect hebben.

De aanbevelingen t.a.v. de behandeling van bijwerkingen van opioïden zijn grotendeels onveranderd. Bij obstipatie ondanks adequaat gebruik van laxantia kan naast opioïdrotatie ook het gebruik van opioïdantagonisten (methylnaltrexon, naloxegol) worden overwogen. Bij de behandeling van jeuk bij oraal toegediende opioïden kan naast ondansetron ook paroxetine worden overwogen.

In de nieuwe richtlijn wordt het beeld van de opioïd-geïnduceerde hyperalgesie voor het eerst beschreven. Hier moet aan gedacht worden als zich bij een hoge dosis of

een snelle dosisverhoging van een opioïd hyperalgesie, allodynie en/of myoclonieën voordoen en de pijn zich buiten de oorspronkelijke pijnregio uitbreidt. Vermindering van het opioïd en starten met methadon, opioïdrotatie of behandeling met esketamine worden als behandelingen aanbevolen.

Invasieve behandelingen

De update heeft geen aanleiding gegeven om de aanbevelingen t.a.v. invasieve behandelingen in essentie te wijzigen. Er kan geen uitspraak worden gedaan over de keuze voor de techniek bij plexus coeliacusblokkade (endoscopisch versus uitwendig) of over de keuze tussen plexus coeliacusblokkade versus splanchnicusblokkade.

Speciale patiëntengroepen

Bij patiënten met leverfunctiestoornissen hoeft de dosering van paracetamol (maximaal 3dd 1000 mg) niet te worden aangepast. NSAID's worden bij voorkeur niet gegeven. Opioïden moeten voorzichtig worden gegeven met goede monitoring van de bijwerkingen. Fentanyl is het middel van voorkeur.

De aanbevelingen voor de behandeling van pijn bij patiënten in de stervensfase zijn meer in detail uitgewerkt. Zie hiervoor Tabel 1.

Conclusie

Er is thans één evidence-based landelijke richtlijn over de diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker, zowel in de curatieve als in de palliatieve fase, geautoriseerd c.q. geaccordeerd door alle relevante wetenschappelijke, beroeps en patiëntenverenigingen en met de NVA als eigenaar. Naast de richtlijn zijn ook beslisbomen beschikbaar op Oncoguide.

Naar verwachting zal de richtlijn bijdragen aan het optimaliseren en standaardiseren van de zorg voor patiënten met kanker en pijn.

De richtlijn zal in de toekomst steeds modulair worden gereviseerd om deze up to date te houden. Er wordt reeds gewerkt aan een herziening van de modules over behandeling van pijn bij ouderen en bij patiënten met nierfunctiestoornissen.

Referenties

1. De Graeff A, Verhagen EH, Besse TC, Crul BJP, Krol RJA. Richtlijn Pijn in de palliatieve fase in de palliatieve fase. In: De Graeff A, Van Bommel JMP, Van Deijck RHPD, Krol RJA, Oldenmenger WH, Vollaard EJ (red). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2010, pp.527-574.
2. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker. . <https://richtlijndatabase.nl/> en <https://www.pallialine.nl>.
3. Beslisbomen Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker. <https://www.oncoguide.nl>.

Tabel 1. Belangrijkste aanbevelingen van gereviseerde en nieuwe modules

M.b.t. de anamnese:

- Neem de tijd voor de pijnanamnese en neem zo nodig een hetero-anamnese af.
- Geef de beschrijving van de pijn weer in de eigen woorden van de patiënt.
- Betrek in de analyse ook de omgeving van de patiënt.
- Analyseer iedere pijnklacht afzonderlijk.
- Besteed aandacht aan:
 - de ernst, het karakter, de duur en het verloop van de pijn. Maak daarbij onderscheid tussen achtergrondpijn en eventuele doorbraakpijn;
 - de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van de pijn;
 - de oorzaak van de pijn;
 - factoren die de pijn veroorzaken of beïnvloeden (in positieve of negatieve zin);
 - de invloed op fysiek, psychisch en sociaal functioneren;
 - de invloed van klachten op het functioneren overdag (sociale contacten, hobby's, werk) en 's nachts (slapen);
 - de betekenis die aan de pijn wordt toegekend;
 - de invloed van klachten op de ervaren kwaliteit van leven;
 - eerdere behandelingen (inclusief zelfmedicatie) van de pijn en het effect en de bijwerkingen daarvan;
 - verwachtingen, weerstanden en angst ten aanzien van de pijnbehandeling (m.n. gedachten over bijwerkingen en over verslaving of versnelling van het overlijden), mede in relatie tot eerdere ervaringen hiermee;
 - de rol van de naasten bij de pijn, het pijngedrag en de behandeling.
- Maak op basis van de aard van de pijn en eventuele begeleidende verschijnselen onderscheid tussen nociceptieve en neuropatische pijn.
- Vraag naar comorbiditeit en ga na of deze van invloed is op de (medicamenteuze) behandeling.
- Maak bij moeilijk behandelbare pijn gebruik van de gestructureerde pijnanamnese van V&VN.

Niet-medicamenteuze behandeling:

- Pas klassieke massage (al dan niet met etherische oliën) of hand- of voetmassage alleen toe voor een kortdurend effect (direct na de interventie).

- Overweeg ontspanningsoefeningen, al dan niet in combinatie met geleide verbeelding, als aanvulling op andere behandelingen van pijn.

Medicamenteuze behandeling:

- Kies bij langdurig gebruik (>4 weken) voor een dosering paracetamol van maximaal 3dd 1000 mg p.o. of supp.
- Bij starten van sterkwerkende opioïden: staak de onderhoudsdosering paracetamol en zet de dosering op 'zo nodig, tot 3dd 1000 mg'.
- Pas lokale behandeling met morfinegel als aanvullende behandeling toe bij pijnlijke huidulcera als systemisch toegediende analgetica onvoldoende effect hebben

Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie:

- Indien zich bij een hoge dosis of een snelle dosisverhoging van een opioïd hyperalgesie, allodynie en/of myoclonieën voordoen en de pijn zich buiten de oorspronkelijke pijnregio uitbreidt, overweeg dan de mogelijkheid van een opioïdgeïnduceerde hyperalgesie. Sluit daarbij een toename van pijn door het ziekteproces of nieuw ontstane neuropatische pijn uit.
- Verlaag bij opioïdgeïnduceerde hyperalgesie de dosis van het opioïd met 40-50% en start daarnaast met methadon. Overweeg bij onvoldoende effect hiervan opioïdrotatie naar buprenorfine.
- Overweeg tijdens een opname behandeling met esketamine intraveneus

Bij patiënten met een verminderde leverfunctie (Child-Pugh score A-C):

- Pas de dosering van paracetamol niet aan (niet meer dan 3 g/24 uur).
- Schrijf bij voorkeur geen NSAID's voor.
- T.a.v. opioïden:
 - Gebruik opioïden voorzichtig en monitor bijwerkingen zorgvuldig.
 - Start altijd met de laagste dosering en hoog langzaam op op geleide van het effect en de bijwerkingen. Schrijf bij voorkeur fentanyl voor met morfine als alternatief (mits creatinineklaring >50 ml/min). Het gebruik van tapentadol wordt niet aangeraden.

Bij patiënten met pijn en kanker in de stervensfase:

- Minimaliseer pijn gerelateerd aan beweging door langzaam en behoedzaam te handelen en onnodige bewegingen te vermijden. Wisselliging en dagelijks

lichamelijke verzorging vinden alleen plaats als dat wenselijk is; dien 15-30 minuten tevoren preventief medicatie tegen doorbraakpijn toe.

- Begeleid de naasten van een bewusteloze patiënt in het interpreteren van verschijnselen die kunnen lijken op een uiting van pijn, maar dat niet hoeven te zijn. Dit betreft met name fronsen en kreunen.
- Maak bij onrust in het sterfbed onderscheid tussen onrust door een terminaal delier (verlaag dosering of roteer opioïd) en onrust door pijn (intensiveer pijnbestrijding).
- T.a.v. pijnmedicatie:
 - Staak paracetamol en NSAID's.. Rectale toediening is mogelijk, maar meestal niet gewenst.
 - Continueer transdermale toediening van fentanyl of evt. buprenorfine.
 - Zet orale toediening van opioïden om in transdermale toediening van fentanyl of in subcutane of (bij aanwezige toedieningsweg) intraveneuze toediening van opioïden. Continue toediening van morfine heeft niet de voorkeur als er tevoren al een gestoorde nierfunctie (creatinineklaring <50 ml/min) was.
 - Dien doorbraakmedicatie subcutaan of evt. intraveneus toe, of via het mondslijmvlies (alleen snelwerkende fentanylpreparaten).