

Twee nieuwe richtlijnen. Pijn bij kanker en bij COPD/ hartfalen

De richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker (2015) is in 2019 modulair herzien en samengevoegd met de richtlijn Pijn in de palliatieve fase tot een nieuwe richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker. Daarnaast is een nieuwe richtlijn over pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen opgesteld.

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. De laatste (inmiddels vierde) versie dateert uit 2016.

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.

De leden van de werkgroep zijn gemandateerd namens diverse beroepsverenigingen (verpleegkundigen en verzorgenden, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, anesthesiologen, internisten, longartsen, cardiologen, neurologen, klinisch geriateren en apothekers), Palliatief, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en de Patiëntenfederatie Nederland. De NVA is eigenaar van de richtlijn. De richtlijn is gefinancierd en begeleid door Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker

Voor de nieuwe richtlijn **Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker**¹ zijn ten opzichte van de NVA-richtlijn van 2015 de modules over niet-medicamenteuze behandeling, medicamenteuze behandeling (paracetamol, NSAID's, toediening van zwak werkende opioïden, dosering en dosistitratie van opioïden, bijwerkingen van opioïden, invasieve behandeling en patiënten met pijn in de stervensfase) herzien. Andere modules zijn toegevoegd (anamnese, ondersteunende zorg, algemene aanbevelingen voor medicamenteuze behandeling, lokale toediening van opioïden, opioïd-geïnduceerde hyperalgesie en medicamenteuze behandeling bij patiënten met leverfunctiestoornissen). De overige modules zijn onveranderd overgenomen uit de oude richtlijn.

De richtlijn heeft betrekking op pijn bij patiënten met kanker, zowel in de curatieve als in de palliatieve fase. De bijbehorende beslisbomen zijn in te zien op Oncoguide.² Een samenvatting is te vinden op de app PalliArts. Op de website www.kanker.nl is informatie voor patiënten beschikbaar.

De belangrijkste aanpassingen en de nieuwe modules van de richtlijn zijn de volgende.

Anamnese

Er worden aanbevelingen gedaan over de wijze waarop de pijnanamnese wordt afgenomen en over de inhoud ervan. Bij moeilijk behandelbare pijn wordt het gebruik van de gestructureerde pijnanamnese van V&VN aanbevolen.

Ondersteunende zorg

In de module Ondersteunende zorg 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 bijvoorbeeld 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.



Adobe Stock

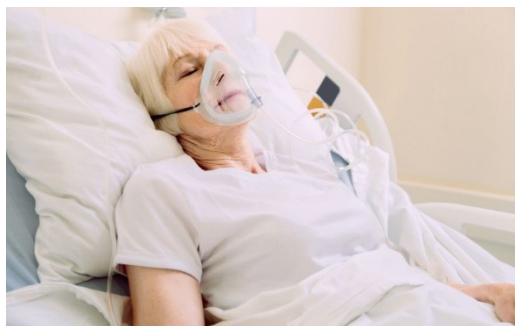
Medicamenteuze behandeling

Toediening als tablet, drank of pleister 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 3 dd 1000 mg p.o. of rectaal bij langdurig gebruik) als stap 1 en een sterk werkend opioïd als stap 2. De aanbevelingen voor 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 in het algemeen geen voorkeur voor een specifiek sterk werkend opioïd (morphine, fentanyl, oxycodon, hydromorfon of tapentadol) uitgesproken. Als orale toediening niet mogelijk of gewenst is of als er sprake is van obstipatie, is er een voorkeur voor fentanyl. Het gebruik van methadon wordt alleen aangeraden voor of in overleg met mensen met ervaring met dit middel. 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 voor de behandeling van bijwerkingen van opioïden zijn grotendeels onveranderd. Bij obstipatie ondanks adequaat gebruik van laxantia kan naast opioïdrotatie ook het gebruik van perifere opioïdantagonisten (methylalntrexon, naloxegol) worden overwogen. Bij de behandeling van jeuk bij oraal toegediende opioïden kunnen ondansetron en paroxetine worden overwogen.



Adobe Stock

In de nieuwe richtlijn wordt het beeld van de opioïd-geïnduceerde hyperalgesie voor het eerst beschreven. Hier moet aan gedacht worden als er bij een hoge dosis of een snelle dosisverhoging van een opioïd sprake is van gegeneraliseerde pijn, als aanraking als pijn wordt ervaren en/of er sprake is van spierschokken. Vermindering van het opioïd en starten met methadon, opioïdrotatie of behandeling met esketamine worden als behandeling aanbevolen.

Speciale patiëntengroepen

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

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij gevorderde stadia van COPD en hartfalen

Pijn komt voor bij ongeveer tweederde van de patiënten met een gevorderd stadium van COPD. De schattingen over het voorkomen van pijn bij patiënten met een gevorderd stadium van hartfalen lopen uiteen van 41 tot 65 procent. De pijn is vaak gerelateerd aan comorbiditeit, zoals lagerugpijn, artrose/artritis, kanker of vasculaire aandoeningen.

Er is nauwelijks systematisch onderzoek gedaan over diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met COPD of hartfalen. Bijna alle aanbevelingen voor de richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij gevorderde stadia van COPD en hartfalen³ zijn overgenomen uit de richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker.

Het gebruik van NSAID's wordt niet aanbevolen bij patiënten met hartfalen vanwege het risico op vasthouden van vocht en daardoor belasting van het hart.

In de richtlijn zijn neuropatische pijn en invasieve behandeling buiten beschouwing gelaten.

Conclusie

Er is nu één evidence-based landelijke richtlijn over pijn bij patiënten met kanker, zowel in de curatieve als in de palliatieve fase, geautoriseerd c.q. geacordeerd door alle relevante wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen, en met de NVA als eigenaar.¹ Naast de richtlijn zijn ook beslisbomen beschikbaar op Oncoguide.² Daarnaast is voor het eerst een richtlijn beschikbaar over pijn bij COPD en hartfalen.³

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

Leden van de werkgroep

Dr. A. de Graeff, drs. L. Bellersen, prof.dr. M.H.J. van den Beuken-van Everdingen, dr. M.J.M.M. Giezenant, drs. H.M. Klaren-Florijn, drs. S.M. de Hosson, B. Kramp, drs. M.J.M. Martens, drs. M.J. Oortman, drs. P. Oosterhof, prof.dr. A.K.L. Reyners, M.A.S. Schielke, drs. M.C. Sieders, dr. M.F.M. Wagemans, drs. M.G. Gilsing en drs. I. van Trigt.

Aanbevelingen anamnese

- Neem de tijd voor de pijnanamnese en neem zo nodig een heteroanamnese 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.

Veranderde aanbevelingen medicamenteuze behandeling

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

Aanbevelingen 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 opioïd-geïnduceerde hyperalgesie. Sluit daarbij een toename van pijn door het ziekteproces of nieuw ontstane neuropatische pijn uit.
- Verlaag bij opioïd-geïnduceerde hyperalgesie de dosis van het opioïd met 40-50 procent en start daarnaast met methadon. Overweeg bij onvoldoende effect hiervan opioïdrotatie naar buprenorfine.
- Overweeg tijdens een opname behandeling met esketamine intraveneus.

Aanbevelingen 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. Wisselgigging 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).
- Betreft pijnmedicatie:
 - Staak paracetamol en NSAID's. Rectale toediening is mogelijk, maar meestal niet gewenst;
 - Continueer transdermale toediening van fentanyl of eventueel 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 al een gestoorde nierfunctie (creatinineklaring < 50 ml/min) was;
 - Dien doorbraakmedicatie subcutaan of eventueel intraveneus toe of via het mondslimvlies (alleen snelwerkende fentanylpreparaten).

Aanbevelingen bij patiënten met een verminderde leverfunctie

- Pas de dosering van paracetamol niet aan (niet meer dan 3 g/24 uur).
- Schrijf bij voorkeur geen NSAID's voor.
- Betreft 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.

Literatuur

1. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker. <https://richtlijndatabase.nl> en <https://www.pallialine.nl>.
2. Beslisbomen Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker.
<https://www.oncoguide.nl>.
3. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD en hartfalen. <https://richtlijndatabase.nl> en <https://www.pallialine.nl>.

Auteur: Dr. Alexander de Graeff is als internist-oncoloog werkzaam bij UMC Utrecht en als hospice-arts bij Academisch Hospice Demeter, De Bilt. Daarnaast is hij voorzitter van de richtlijnwerkgroep, afdeling Medische Oncologie, UMC Utrecht.