

samenvatting richtlijn pijn bij patiënten met kanker of gevorderde stadia van COPD of hartfalen

Datum goedkeuring richtlijn:

december 2019 | versie 3.0

Verantwoording: richtlijnwerkgroep
pijn bij kanker en gevorderde stadia
COPD/hartfalen

Het is gewenst dat u als zorgverlener
deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest
recente versie van de richtlijn op:
www.oncoline.nl/pijn

pijn bij patiënten met kanker of gevorderde stadia van COPD of hartfalen

Algemeen

- Doe altijd een anamnese en lichamelijk onderzoek en op indicatie aanvullend onderzoek. Maak bij moeilijk behandelbare pijn gebruik van de gestructureerde pijnanamnese van V&VN.
- Maak op basis van de aard van de pijn en eventuele begeleidende verschijnselen onderscheid tussen nociceptieve en neuropatische pijn.
- Schenk aandacht aan de somatische, psychische, sociale en spirituele dimensies van de pijn.
- Meet regelmatig pijn met behulp van een Numeric Rating Scale. Onderneem actie, indien de pijnintensiteitscore ≥ 4 is en de patiënt hiermee instemt.
- Stel de oorza(a)k(en) en beïnvloedende factoren van de pijn vast.
- Geef voorlichting over pijn en de behandeling ervan en stimuleer therapietrouw en zelfmanagement.
- Zorg voor ondersteuning van patiënt en naasten.
- Bevorder de continuïteit en coördinatie van zorg d.m.v. een individueel zorgplan, één centrale zorgverlener en goede overdracht en overleg tussen verschillende betrokken zorgverleners.

Behandeling van de oorzaak van de pijn

- Behandeling van de onderliggende ziekte (systemische therapie bij kanker, behandeling van COPD of hartfalen) of comorbiditeit;
- Bij patiënten met kanker: radiotherapie, nucleaire therapie chirurgie, bisfosfonaten (zoledroninezuur i.v. of clodroninezuur p.o.) bij de ziekte van Kahler of bij botmetastasen;
- Behandeling van lichamelijke klachten (bijv. hoesten) die pijn uitlokken of verergeren.

pijn bij patiënten met kanker of gevorderde stadia van COPD of hartfalen

Niet-medicamenteuze behandeling

- Maak zo nodig gebruik van klassieke massage en/of ontspanningsoefeningen, al dan niet in combinatie met geleide verbeelding.

Medicamenteuze behandeling

- Kies bij voorkeur voor orale of transdermale toediening.
- Kies voor s.c. of i.v. toediening indien orale en transdermale toediening niet mogelijk zijn of onvoldoende snel tot het gewenste effect leiden.
- Kies bij patiënten met kanker voor intrathecale of epidurale toediening bij onvoldoende pijnstillend effect en/of ernstige bijwerkingen van behandeling met opioïden.
- Hanteer voor de onderhoudsbehandeling een vast schema en een stapsgewijze benadering.
- Wees extra alert op geneesmiddeleninteracties met opioïden bij patiënten met polyfarmacie en/of patiënten >70 jaar.

Nociceptieve pijn

Stap 1

- Paracetamol 3dd 1000 mg;
- Evt. in combinatie met een niet-selectief NSAID (diclofenac tot 3dd 50 mg, naproxen tot 2dd 500 mg of ibuprofen tot 4dd 600 mg), echter niet bij een creatinineklaring van <30 ml/minuut, bij verminderde leverfunctie (Child-Pugh score A-C) en bij hartfalen.

Stap 2

- Morfine SR (startdosis 2dd 20 mg, >70 jaar 2dd 10 mg, bij voorkeur niet bij creatinineklaring <30 ml/min) fentanyl transdermaal (12 ug/uur), oxycodon SR (2dd 10 mg, >70 jaar 2dd 5 mg), hydromorfon SR (2dd 4 mg), methadon (alleen indien (overleg met iemand met) ervaring met dit middel) of tapentadol (2dd 50 mg);
- Zo nodig in combinatie met paracetamol en/of een NSAID;
- Altijd in combinatie met medicatie voor doorbraakpijn (zie verder);

- Altijd in combinatie met een laxans (macrogol/elektrolyten of magnesiumhydroxide);
- Behandel misselijkheid zo nodig met metoclopramide, domperidon of haloperidol en persisterende sufheid zo nodig met methylfenidaat.
- Overweeg opioïdrotatie bij moeilijk te behandelen bijwerkingen (zie stap 3).
- Verlaag bij opioïdgeïnduceerde hyperalgesie de opioïd dosis met 40-50% en start daarnaast met methadon. Overweeg bij onvoldoende effect hiervan opioïdrotatie naar buprenorfine of (tijdens opname) ketamine i.v..
- Beoordeel het effect van sterk werkende opioïden na 24 uur; hoog bij onvoldoende effect op in stappen van 50%. Pas in principe de dosering aan als er meer dan 3x per 24 uur doorbraakmedicatie voor onvoorspelbare doorbraakpijn noodzakelijk is.
- Start met s.c. of i.v. toediening van morfine, oxycodon of hydromorfon indien een snel effect gewenst is of indien de pijn onvoldoende onder controle is met oraal of transdermaal toegediend opioïd. Maak in het ziekenhuis gebruik van Patient Controlled Anesthesia (PCA) bij patiënten die controle willen en kunnen hebben over toediening van doorbraakmedicatie.

Stap 3

- Pas opioïdrotatie toe als er sprake is van onvoldoende effect en/of onacceptabele bijwerkingen van een opioïd.
- Pas lokale behandeling met morfingel toe als aanvullende behandeling bij pijnlijke huidulcera bij onvoldoende effect systemisch toegediende analgetica.

Behandeling van doorbraakpijn

- Behandel (indien mogelijk) de oorzaak van de doorbraakpijn en vermijd of behandel (indien mogelijk) uitlokkende factoren.
- Start bij onvoorspelbare doorbraakpijn met een snelwerkend fentanylpreparaat. Start met de laagste dosering en titreer de dosis aan de hand van het effect op de doorbraakpijn.
- Kies bij voorspelbare doorbraakpijn voor een IR opioïd of een snelwerkend fentanylpreparaat; houd bij het tijdstip van toediening rekening met de tijd die nodig is voor het optreden

Omreken tabel opioïden¹

MORFINE		FENTANYL	OXYCODON		HYDROMORFON		TRAMADOL	BUPRENORFINE
oraal	s.c./i.v.	pleister	oraal	s.c./i.v.	oraal	s.c./i.v.	oraal	pleister
mg/24 uur	mg/24 uur	µg/uur	mg/24 uur	mg/24 uur	mg/24 uur	mg/24 uur	mg/24 uur	µg/uur
30	10	12	20	10	6 ²	2	150	
60	20	25	40	20	12	4	300	52,5
120	40	50	80	40	24	8	- ³	
180	60	75	120	60	36	12	-	105
240	80	100	160	80	48	16	-	- ⁴
360	120	150	240	120	72	24	-	
480	160	200	320	160	96	32	-	

¹ Bij het overgaan van het ene opioïd naar het andere (opioïdrotatie) vanwege bijwerkingen wordt geadviseerd om 75% van de equi-analgetische dosis te geven; ² Deze dosering kan in de praktijk niet gegeven worden omdat de laagste dagdosering van het slow releasepreparaat 4 mg is en het middel 2x per dag moet worden gegeven; ³ Hogere doseringen dan 400 mg per 24 uur worden niet geadviseerd; ⁴ Hogere doseringen dan 140 µg per uur worden niet geadviseerd

van het pijnstillende effect. Start bij een IR opioïd met 1/6 van de (equivalente) dagdosering van het opioïd.

- Combineer de medicamenteuze behandeling van doorbraakpijn met niet-medicamenteuze behandeling en/of (indien mogelijk en zinvol) invasieve technieken.

Neuropatische pijn

Stap 1

- Start bij gemengd neuropatische en nociceptieve pijn met sterk werkende opioïden (als bij stap 2 voor nociceptieve pijn). Sla stap 1 over bij zuiver neuropatische pijn; voeg evt. in een later stadium (bij onvoldoende effect op de hieronder genoemde middelen) een opioïd toe.

Stap 2

- Anti-epilepticum (pregabaline, gabapentine, lamotrigine, levetiracetam), of
- Tricyclisch antidepressivum (amitriptyline of (voorkeur bij ouderen) nortriptyline), of
- SNRI (venlafaxine of duloxetine)

Andere adjuvante analgetica

- Geef ter voorkoming van een pain flare bij radiotherapie voor pijnlijke botmetastasen, vooraf corticosteroiden.
- Overweeg het kortdurend toevoegen van corticosteroiden bij pijn bij patiënten met kanker.
- Overweeg het gebruik van cannabinoïden bij patiënten met pijn bij kanker wanneer deze met de overige middelen onvoldoende behandeld kunnen worden.

Invasieve behandeling (alleen bij patiënten met kanker):

- Unilaterale chordotomie (bij eenzijdig gelokaliseerde pijn onder C5, levensverwachting <1-2 jaar en ervaring van het centrum met de ingreep);
- Plexus coeliacusblokkade (bij bovenbuikpijn ten gevolge van de maligniteit, zodra er sprake is van behandeling met opioïden);
- Neuraxiale toediening van opioïden zo nodig in combinatie met een lokaalanestheticum en/of clonidine:

>>

- intrathecaal, indien orale, transdermale of parenterale behandeling met opioïden leidt tot onvoldoende pijnstillend effect en/of gepaard gaat met ernstige bijwerkingen;
- epiduraal, indien intrathecale behandeling niet mogelijk is of bij een zeer korte levensverwachting (korter dan 4 weken);
- Plexus hypogastricusblokkade (bij viscerale pijn, veroorzaakt door tumoren in het bekken);
- Lower end block (bij perineale pijn, indien andere behandelingen falen en de patiënt geen blaas- en rectumfunctie meer heeft);
- Neurolyse van een zenuw (bij lokale pijn).

Diagnostiek en behandeling van pijn in de terminale fase

- Maak bij onrust onderscheid tussen onrust door een terminaal delier (verlaag dosering of roteer opioïd) en onrust door pijn (intensieveer pijnbestrijding).
- Staak in principe paracetamol en NSAID's.
- Voorkeur voor transdermale toediening van fentanyl; alternatief: continue s.c. toediening van morfine (niet bij pre-existente creatinineklaring <50 ml/min) of oxycodon.
- Dien doorbraakmedicatie s.c. of evt. i.v. toe, of via het mondslijmvlies.

Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft IKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl



Uitgave van
Integraal Kankercentrum Nederland
pallialine@iknl.nl
december 2019

