

Docentversie casus ophogen opioïden

Klinische gegevens

Een 74-jarige vrouw is bekend met een uitgebreid pulmonaal, hepatogeen en ossaal gemetastaseerd rectumcarcinoom. De afgelopen jaren heeft zij verschillende metastasectomieën ondergaan in long en lever. Zij heeft meerdere lijnen chemotherapie gehad en wordt nu in studieverband behandeld met een PARP-inhibitor.

Twee maanden geleden is zij gestart met een fentanylpleister (12 µg/uur) in verband met pijn in het rechter bovenbeen ter hoogte van een bekende botmetastase. Dit had aanvankelijk goed effect op de pijn. Toen de pijn weer toenam is zij bestraald op deze metastase (1x 8Gy), echter zonder effect op de pijn. Vier weken na de laatste bestraling is de fentanylpleister verhoogd naar 25 µg/uur, met opnieuw goed resultaat. Wanneer zij de deur uitging gebruikte zij morfinedrank 10 mg als doorbraakmedicatie.

Nu klaagt zij opnieuw over toenemende pijn in haar rechter bovenbeen ter plaatse van de bekende botmetastase. De pijn is continu aanwezig, zeurend van karakter, NRS 5 à 6. De pijn neemt toe bij belasten. De morfinedrank gebruikt zij nu 4 à 5x/dag. Patiënte wordt 's nachts niet wakker van de pijn. Een nieuwe röntgenfoto laat een stabiel beeld zien, zonder dreigende fractuur.

Huidige medicatie:

- Paracetamol 3 dd 1000 mg
- Naproxen 3 dd 500 mg
- Gabapentine 3 dd 300 mg
- Fentanylpleister 25 µg/uur
- Morfinedrank 10 mg tot 6x/dag

Wat is uw beleid?

- A. Roteren naar morfine retard 2 dd 30 mg
- B. Fentanylpleister ophogen naar 37 µg/uur
- C. Fentanylpleister iedere tweede dag vervangen
- D. Morfinedrank vervangen door fentanyl 50 µg intranasaal zo nodig tot 4x/24 uur

Antwoord casus ophogen opioïden

Het juiste antwoord is B: fentanylpleister ophogen naar 37 µg/uur.

Ondanks het ontbreken van eenduidige literatuurgegevens over dosistitratie geven diverse richtlijnen vuistregels voor het ophogen van sterke opioïden. Bij onvoldoende effect van een sterk opioïd is er een voorkeur voor het verhogen van de dosis van opioïden en niet voor het verkorten van het doseringsinterval.

Hoog bij onvoldoende effect de dosering op in stappen van 50%.

Bij het vaststellen van de doseerstrategie moet ook rekening gehouden worden met de halfwaardetijd van het gebruikte opioïd. Na het veranderen van de dosering zal een nieuwe evenwichtssituatie (steady state) pas ontstaan na vier- tot vijfmaal de halfwaardetijd van het gebruikte opioïd. Voor morfine met een $t_{1/2} = 4$ uur van de actieve metaboliet, zal dit na 16-

20 uur optreden, maar voor methadon met $t_{1/2} = 19-55$ uur gemiddeld pas na vier tot vijf dagen.

Van de door de pleister afgegeven hoeveelheid fentanyl komt ongeveer 90% in de systemische circulatie. Na eerste applicatie stijgt de concentratie geleidelijk en stabiliseert na 12-24 uur en blijft vrij constant gedurende de rest van de applicatietijd van in totaal 72 uur. Bij een lichaamstemperatuur hoger dan 40 °C neemt de serumconcentratie van fentanyl met een derde toe.

Opioïdrotatie

Hoewel er geen gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van opioïdrotatie verricht is, suggereren diverse prospectieve studies een gunstig effect op de pijn en de bijwerkingen. Niet uitgesloten kan worden dat dit voor een groot deel berust op het placebo-effect. Onduidelijk is bovendien of hetzelfde effect niet bereikt had kunnen worden met verdere verhoging van het bestaande analgeticum.

Gezien het mogelijk gunstige effect en de geringe negatieve effecten kan opioïdrotatie overwogen worden bij onvoldoende effectiviteit en/of onacceptabele bijwerkingen van de actuele therapie.

De pijn is continu aanwezig, er is hier sprake van onvoldoende gereguleerde achtergrondpijn en niet van doorbraakpijn. Er is dus geen reden om de doorbraakmedicatie te veranderen. Deze patiënt reageert goed op de fentanyl. De toegenomen pijnklachten zijn waarschijnlijk te wijten aan ziekteprogressie, een 50% dosisverhoging is dan ook een goede keuze.

Bronnen

- Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Pijn bij Patiënten met Kanker, 2020
- KNMP Kennisbank

