

samenvatting richtlijn pijn (in de palliatieve fase)

Datum goedkeuring richtlijn:

02-07-2010 | versie 2.0

Verantwoording: redactie 'Palliatieve zorg.

Richtlijnen voor de praktijk'

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

pijn (in de palliatieve fase)

Algemeen

- Schenk bij diagnostiek en behandeling aandacht aan de lichamelijke, cognitieve, affectieve, gedragsmatige, sociale, levensbeschouwelijke en culturele dimensies van pijn; maak bij moeilijk behandelbare pijn gebruik van een gestandaardiseerde multidimensionele pijnanamnese.
- Stel vast of er sprake is van nociceptieve pijn, neuropathische pijn of een combinatie van beide en stem de behandeling hierop af.
- Maak gebruik van systematische pijnregistratie m.b.v. pijnscores.
- Bevorder de therapietrouw door:
 - optimale voorlichting over de pijn, de behandeling ervan (inclusief zelfmedicatie) en mogelijke bijwerkingen van de behandeling
 - bespreken van verwachtingen en weerstanden; benoem dat verslaving niet optreedt
- Maak afspraken over de wijze en het tijdstip van de evaluatie van het beleid en informeer de patiënt over wat te doen als de pijn niet voldoende onder controle is.
- Zorg voor duidelijkheid over wie hoofdbehandelaar is en voor adequate rapportage, communicatie en coördinatie van het beleid.

pijn in de palliatieve fase

Behandeling van de oorzaak

- Hormonale therapie, chemotherapie of targeted therapy bij daarvoor gevoelige tumoren.
- Radiotherapie bij gelokaliseerde pijnklachten bij patiënten met kanker.
- Nucleaire therapie bij diffuse pijnklachten ten gevolge van osteoblastische botmetastasen.
- Vertebroplastiek bij ingezakte wervel t.g.v. metastase of bothaard door/ten gevolge van de ziekte van Kahler.
- Chirurgie (bijv. wervelchirurgie, pen of prothese bij pathologische fractuur, stoma bij ileus).
- Bisfosfonaten (APD i.v., zoledroninezuur i.v. of clodroninezuur p.o.) bij de ziekte van Kahler of bij botmetastasen t.g.v. mamma- of prostaatcarcinoom.
- Behandeling van lichamelijke klachten (bijv. hoesten) die pijn uitlokken of verergeren.

Niet-medicamenteuze behandeling

Maak zo nodig gebruik van niet-medicamenteuze behandelingen: toepassen van warmte of koude, massage, oefentherapie, TENS, ontspanningstechnieken, afleiding, cognitieve gedragstherapie.

Medicamenteuze behandeling

Noceptieve pijn

- Voorkeur voor orale of transdermale toediening.
- Vast schema, ongeacht de pijn van het moment.
- Stapsgewijze benadering (gemodificeerde WHO-ladder):

Stap 1

Paracetamol 4 dd 500-1000 mg p.o. of 3-4 dd 1000 mg supp., evt. in combinatie met **NSAID** (niet bij nierfunctiestoornissen): diclofenac tot 4 dd 50 mg p.o. of rectaal, naproxen tot 2 dd 500 mg p.o. of rectaal, of ibuprofen tot 4 dd 600 mg p.o. of 4 dd 500 mg rectaal.

NSAID's combineren met omeprazol of pantoprazol bij leeftijd >70 jaar, voorgeschiedenis met een ulcus of complicaties daarvan, comorbiditeit (hartfalen of diabetes mellitus) of gelijktijdig gebruik van acetylsalicylzuur, clopidogrel, anticoagulantia, corticosteroiden of selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's).

Stap 2

Morfine slow release (startdosis: 2 dd 20 mg, bij patiënten >70 jaar 2 dd 10 mg) of **fentanyl** transdermaal 12 microgr/uur

- eventueel in combinatie met paracetamol en/of NSAID
- altijd in combinatie met een kortwerkend opioïd voor doorbraakpijn (zie verder)
- altijd een laxans voorschrijven (macrogol/elektrolyten 1-2 sachets dd of magnesium(hydr)oxide 3 dd 500(724)-1000(1448) mg, bij onvoldoende effect combineren met senosiden A+B 1 dd 10-20 cc of bisacodyl 5-10 mg a.n. of 10-20 mg supp 's morgens)
- bij misselijkheid/braken: metoclopramide 3-4 dd 10-20 mg p.o./20-40 mg supp.
- bij persisterende sufheid: methylfenidaat 2 dd 5-10 mg (niet 's avonds geven)
- autorijden toegestaan bij >14 dagen stabiele dosis. Het effect kan na 24 uur beoordeeld worden. Ophogen in stappen van 50-100%. Er is geen maximale dosis. Indien snel effect gewenst is: titreren met morfine s.c. of i.v. en daarna evt. omzetten naar orale morfine of transdermaal fentanyl.

Stap 3

Opioïdrotatie (zie omreken tabel opioïden) bij onvoldoende effect van het opioïd ondanks aanpassing van de dosis, toedieningsfrequentie en toedieningsweg en/of bij onaanvaardbare bijwerkingen:

- morfine vervangen door fentanylpleister of vice versa
- oxycodon slow release 2 dd
- hydromorfon slow release 2 dd

buprenorfinepleister (bij voorkeur voor transdermale toediening)

- methadon (alleen door of in overleg met artsen, die ervaring hebben met dit middel)

- Bij kreatinineklaring <50 ml/minuut fentanyl, hydromorfon of methadon voorschrijven.

Neuropathische pijn

- Stapsgewijze benadering:

Stap 1

Opioiden (als bij stap 2 voor nociceptieve pijn of tramadol 4 dd 50-100 mg). Bij zuiver neuropathische pijn kan stap 1 in eerste instantie worden overgeslagen; eventueel kan dan in een later stadium (bij onvoldoende effect op de hierna genoemde middelen) een opioïd worden toegevoegd.

Stap 2

- **amitriptyline of nortriptyline**: startdosis 10-25 mg p.o. voor de nacht, zo nodig op te hogen met stappen van 25 mg per 3-7 dagen tot maximaal 75 mg voor de nacht, of
- **gabapentine of pregabaline**:
 - **gabapentine**: startdosis 1 dd 100-300 mg, afhankelijk van bijwerkingen dagelijks verhogen met 100-300 mg dd tot 3 dd 300 mg. Daarna om de dag met 300 mg verhogen tot voldoende effect optreedt of tot maximaal 1800 - 3600 mg per 24 uur, of
 - **pregabaline**: startdosis 2 dd 75 mg, afhankelijk van de bijwerkingen op te hogen per twee dagen met 150 mg per dag tot maximaal 2 dd 300 mg

Stap 3

- **esketamine** oraal, subcutaan of intraveneus, alleen in overleg met pijnteam

Doorbraakpijn

- kortwerkend morfine (Oramorph®), oxycodon (OxyNorm®) of hydromorfon (Palladon-IR®); dosering: per keer 10-15% van de dagdosering
- fentanyl via het wangslimvlies (Actiq®, startdosis 200 µg), oromucosaal: als tablet (Effentora®, startdosis 100 µg) of oplosbare film (Breakyl®, startdosis 200 µg), sublinguaal: als tablet (Abstral®, startdosis 100 µg en Recivit®, startdosis 133 µg) of intranasaal als neusspray (Instanyl®, startdosis 50 µg); dosering z.n. ophogen bij onvoldoende effect. Instrueer de patiënt dat de doorbraakmedicatie zo vaak mag worden ingenomen als noodzakelijk is, mits voldoende tijd verstrekken is sinds de vorige gift en zorg dat de patiënt er de beschikking over heeft. Indien meer dan drie keer per dag doorbraakmedicatie nodig is, dosering van onderhoudsbehandeling ophogen. Geef bij voorspelbare doorbraakpijn (bijv. tijdens verzorging) doorbraakmedicatie vooraf.

Adjuvante medicatie

- niet-medicamenteuze en/of medicamenteuze behandeling van depressie en/of angst
- bij slapeloosheid: zolpidem 5-10 mg a.n., zopiclon 3,75-7,5 mg a.n. of temezepam 10-20 mg a.n.
- bij pijn door verhoogde intracraniale druk, zenuwcompressie, ernstige botpijn of leverkapselspanning: dexamethason 1 dd 4-8 mg p.o. of s.c.

Invasieve behandeling bij

- moeilijk behandelbare gelokaliseerde pijn en/of teveel bijwerkingen van opioïden: intrathecale of epidurale toediening van morfine, evt. met andere middelen
- halfzijdige pijn en levensverwachting <1-2 jaar: chordotomie
- viscerale pijn in de bovenbuik: plexus coeliacusblokkade
- pijnklachten in het bekken: plexus hypogastricusof ganglion imparblokkade
- perineale pijnklachten: lower end block (zadelblok)
- pijn die via een enkele perifere zenuw wordt voortgeleid: neurolyse van perifere zenuw

omreken tabel opioïden¹

morphine		fentanyl		oxycodon		hydromorfon		tramadol		buprenorfine	
oraal	s.c./i.v.	pleister	oraal	s.c./i.v.	oraal	s.c./i.v.	oraal	s.c./i.v.	oraal	pleister	
mg/24 u	mg/24 u	µg/u	mg/24 u	mg/24 u	mg/24 u	mg/24 u	mg/24 u	mg/24 u	mg/24 u	µg/u	
30	10	12	15	7.5	4 ²	1.3	150	-	-	-	
60	20	25	30	15	8	2.7	300	-	-	-	
120	40	50	60	30	16	5.3	³	-	-	52.5	
180	60	75	90	45	24	8	-	-	-	-	
240	80	100	120	60	32	10.7	-	-	-	105	
360	120	150	180	90	48	16	-	-	-	⁴	
480	160	200	240	120	64	31.3	-	-	-	-	

- 1) Bij opioïdrotatie vanwege bijwerkingen wordt geadviseerd om 75% van de equi-analgëtische dosis te geven. Bij opioïdrotatie vanwege onvoldoende effect wordt de equi-analgëtische dosis geadviseerd. • 2) Deze dosering kan in de praktijk niet gegeven worden omdat de laagste dagdosering van het slow releasepreparaat 4 mg is en het middel 2 x per dag moet worden gegeven. • 3) Hogere doseringen dan 400 mg/dag worden niet geadviseerd • 4) Hogere doseringen dan 140 µg per uur worden niet geadviseerd.

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