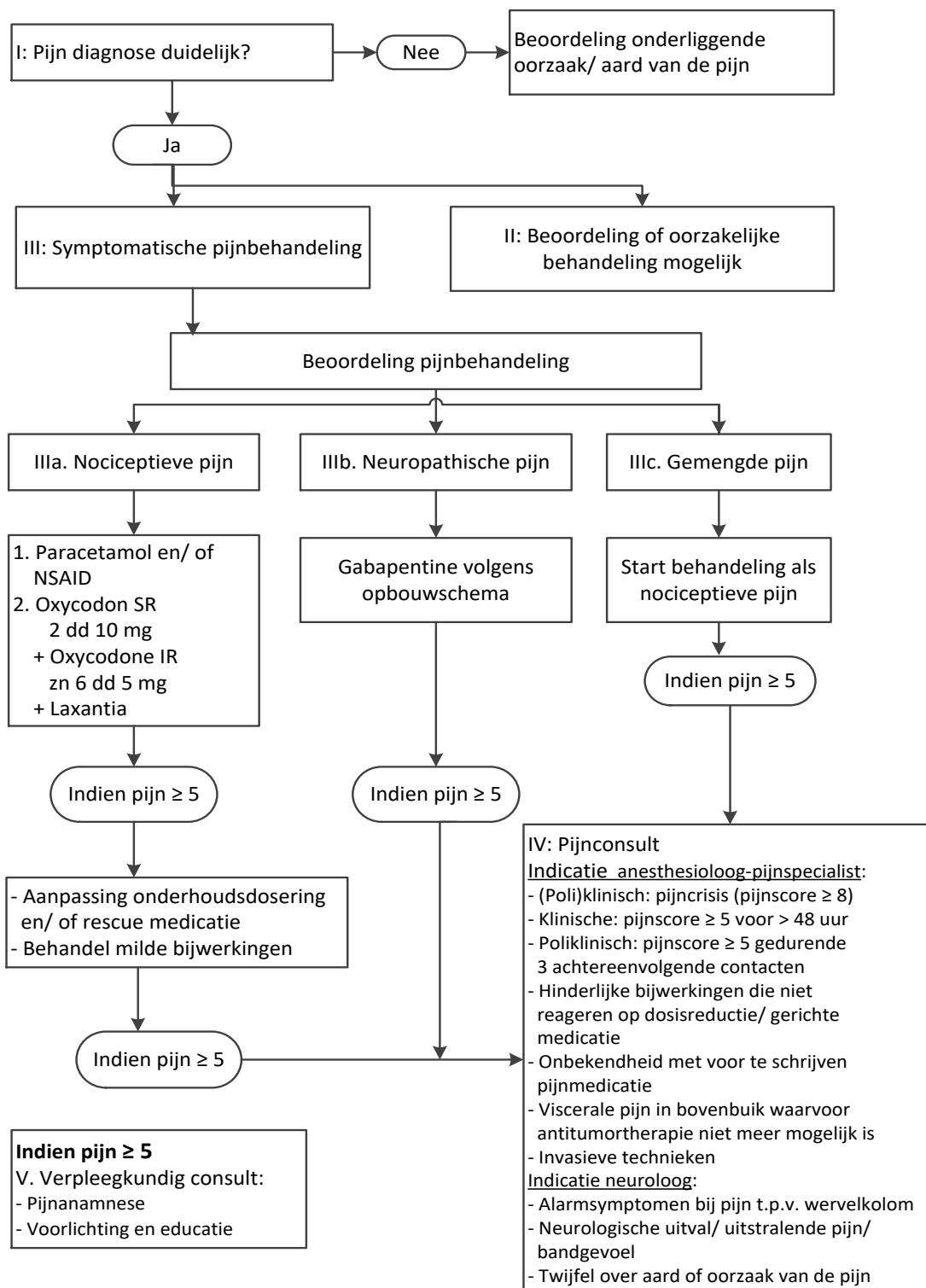


Multidimensioneel protocol oncologische pijn Erasmus MC



Disclaimer / 1 januari 2015

De Richtlijnen van de afdeling Neurologie Erasmus MC zijn met zorg samengesteld op basis van de stand van de wetenschap ten tijde van het vaststellen van de Richtlijn. Deze Richtlijnen zijn bedoeld voor medici. Een Richtlijn moet worden gezien als aanbeveling, waarvan indien daar goede argumenten voor zijn kan worden afgeweken. Mede omdat wetenschappelijke inzichten zich ontwikkelen en kunnen wijzigen, aanvaarden zowel de afdeling Neurologie als de individuele opstellers van de Richtlijnen geen enkele aansprakelijkheid voor onverhoopte onvolkomenheden in de Richtlijnen, of eventuele gevolgen daarvan. De richtlijnen commissie stelt zich open voor attentering op (vermeende) onvolkomenheden in de opmaak of inhoud van de richtlijnen.

Algemeen

Afnemen pijnscore:

De ernst van de pijn (pijnintensiteit) is een aspect van de pijn dat eenvoudig in kaart kan worden gebracht door het afnemen van een pijnscore. Indien regelmatig pijnscores worden afgenomen, zal het beloop van de pijn duidelijk worden. Hiermee kan tevens het pijnbeleid geëvalueerd worden. De pijnscore kan in kaart worden gebracht door patiënten te vragen een cijfer voor zijn pijn op dit moment te geven. Dit cijfer gaat van nul (geen pijn) tot tien (ergst denkbare pijn).

Als u uw pijn uitdrukt in een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 betekent 'geen pijn' en 10 betekent 'de ergste pijn die u zich kunt voorstellen', hoeveel pijn heeft u dan op dit moment?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen pijn										ergste pijn die u zich kunt voorstellen

Doel

Het multidisciplinaire behandeldoel van de pijnbehandeling is het bewerkstelligen van een adequate pijnbehandeling. Criteria hiervoor zijn:

- patiënt vindt de pijn acceptabel
- patiënt heeft een pijnscore van < 4
- het verbeteren van de oncologische pijnbehandeling

I. Pijndiagnose

Elke pijnbehandeling begint met een pijndiagnose, waarbij de aard (nociceptieve, neuropathische of gemengde pijn) en de oorzaak van de pijn (bijvoorbeeld tumorinvasie, post-radiatie, chemotherapie-geïnduceerd) duidelijk moeten zijn.

- Nociceptieve pijn: pijn door weefselbeschadiging
- Neuropathische pijn: pijn door zenuwbeschadiging
- Gemengde pijn: een combinatie van nociceptieve en neuropathische pijn
- Verwijs patiënt naar de neuroloog wanneer de aard van de pijn niet duidelijk is.

Daarnaast moet de achtergrondpijn en eventuele doorbraakpijn beoordeeld worden.

Doorbraakpijn wordt gedefinieerd als *een voorbijgaande exacerbatie van pijn die spontaan optreedt, of optreedt in relatie met een specifieke voorspelbare of onvoorspelbare factor, ondanks relatief stabiele en voldoende gereguleerde achtergrondpijn.*

II. Oorzakelijke behandeling

Allereerst dient nagegaan te worden of er een oorzakelijke behandeling ter vermindering van de pijn mogelijk is. Bijvoorbeeld radiotherapie bij pijnlijke botmetastasen, chemotherapie bij chemotherapie gevoelige tumoren of chirurgie bij botfracturen.

III. Symptomatische pijnbehandeling, medicamenteuze behandeling van pijn

□ IIIa. Patiënten met nociceptieve pijn

Stap 1: Paracetamol +/- NSAID

Paracetamol	Oraal / rectaal Tablet 500 mg Suppositorium 1000 mg	4 dd 1000 mg	Bij chronisch gebruik max. 3 dd 1000 mg Let op: contra-indicaties
+/- NSAID			
1. Geen gastro-intestinale klachten in VG: Naproxen	Oraal / rectaal Tablet 250 en 500 mg Suppositorium 250 en 500 mg	2 dd 250-500 mg	Niet bij: - Trombocyten < 60 x 10 ⁹ /L - Kreatinineklaring < 40 ml/min - Patiënten > 70 jaar voorzichtig met NSAIDs
2. Indien gastro-intestinale klachten in VG of risicofactoren: Naproxen met protonpompremmer			
Of Etoricoxib	Oraal Tablet, 30, 60, 90 en 120 mg	1 dd 60 mg	

Bij pijnintensiteit ≥ 4 of onacceptabele pijn en/ of bijwerkingen:

Stap 2: Opioid toevoegen

Het gebruik van zwak werkende opioïden (codeïne, tramadol) wordt niet aanbevolen.

U dient een sustained release opioïd (SR) gecombineerd met immediate release opioïd (IR) voor te schrijven

Stap 2a: Sustained release opioïd

Opioid naïeve patiënt:			
Oxycodon SR	Oraal Tablet 5, 10, 20, 40 en 80 mg	2 dd 10 mg Indien > 70 jaar: 2 dd 5 mg	- Laxantia bijgeven - Evt. anti-emetica - Evalueer binnen 1 week
Uitzondering: Patiënt met nierfunctie stoornissen (kreatinine-klaring van < 50 ml/min) Patiënt met (te verwachten) slikstoornissen Patiënt met (verhoogde kans op) ernstige obstipatie			
Fentanylpleister	Transdermaal Pleister 12, 25, 50, 75 en 100 mcg/hr	12 mcg/hr (elke 72 uur pleister verwisselen)	- Laxantia bijgeven - Evt. anti-emetica - Evalueer binnen 1 week

Niet opioïd naïeve patiënt:

Zelfde opioïd als thuismedicatie, tenzij indicatie voor rotatie	- Laxantia bijgeven - Evt. anti-emetica - Evalueer binnen 1 week
---	--

In geval van pijn, dient eerst de dosering verhoogd te worden totdat er onacceptabele bijwerkingen optreden. Bijwerkingen dienen allereerst bestreden te worden, als dat onvoldoende effect heeft, kan een opioïd rotatie toegepast worden, uitgaande van de equianalgetische doseringen in de tabel onder stap 3. Hierbij wordt gebruik gemaakt van opioïd conversie schema's.

N.B. Buprenorfine

Op basis van de huidige literatuur is er geen evidence voor het gebruik van buprenorfine bij patiënten met pijn door kanker. Indien verwacht wordt dat bij specifieke patiënt meerwaarde is voor buprenorfine dan alleen voor te schrijven via pijnconsult.

Stap 2b: Doorbraakpijn

- Een patiënt kan pas doorbraakpijn hebben wanneer de achtergrondpijn onder controle is.
- Doe bij iedere patiënt een zorgvuldige analyse van de kenmerken van de doorbraakpijn, dit is van belang voor de keuze van het type middel.
- Verhoog bij gebruik van > 3 doseringen IR opioïd/dag voor onvoorspelbare doorbraakpijn de dosering van het langwerkende opioïd.

Bij voorspelbare doorbraakpijn:

Voorkeur voor IR opioïd (op tijd geven, 30 minuten voor luxerend moment), bij falen eventueel Rapid Onset Opioïd (ROO).

Bij onvoorspelbare doorbraakpijn:

Voorkeur voor ROO.

Bij onvoldoende lang aanhouden effect van het ROO: IR opioïd.

Beschikbare middelen: (Nb geen compleet overzicht, keuze Erasmus MC)			
IR opioïden			
Oxycodon IR	Oraal Capsule 5, 10, 20 mg Tablet 5, 10 mg	Dosering 1/6 van de 24-uurs onderhoudsdosering	
Morfine IR	Oraal Tablet 10, 20 mg	Dosering 1/6 van de 24-uurs onderhoudsdosering	
Oramorph / drank	Drank 2 mg/ml, flacon 5 ml 6 mg/ml, flacon 5 ml 2 mg/ml, 100 ml 20 mg/ml, 20 ml		
Zetpil	Rectaal Suppositorium 10 en 20 mg		
Rapid onset opioïds (ROO's)			
Fentanyl	Sublinguaal tablet 100, 200, 400, 600 , 800 mcg Neusspray 50, 100 en 200 mcg	Altijd starten met laagste dosering en op geleide van effect op doorbraakpijn titreren	- Geen relatie tussen dosering opioïd voor achtergrondpijn en dosering deze producten - Factor 10-20 duurder dan IR opioïden - Beslisboom sublinguaal tablet of Neusspray - Verpleegkundige informatie Sublinguaal tablet of Neusspray

			- Patiënteninformatie Sublinguaal tablet of Neusspray
--	--	--	---

LET OP: Deze fentanyl producten mogen niet gebruikt worden voor titratie van opioïden
N.B. Gebruik deze fentanyl producten alleen als behandelaar hiermee ervaring heeft, anders pijnconsult.

LET OP: Gedurende de eerste 2 weken van een behandeling met opioïden mogen patiënten geen auto rijden. Na elke ophoging mogen patiënten ook 2 weken geen autorijden. In verband met aangepaste wetgeving per 2017 mogen (voorlopig) patiënten die morfine of cannabinoïden gebruiken, blijvend niet autorijden. Voor alle andere opioïden geldt dat het na 2 weken niet wettelijk verboden is een auto te besturen.

Behandeling van opioïd gerelateerde bijwerkingen

Bijwerking	Behandeling
Misselijkheid	Stap 1 1. Metoclopramide* 3dd 10 mg p.o./ supp (max. 30 mg/dag) 2. Domperidon* 3-4 dd 10 mg p.o. 3-4 dd 60 mg supp Stap 2 (i.p.v. stap 1) 3. Haloperidol 2 dd 1 mg p.o. (cave extrapiramidale bijwerkingen) Stap 3 Consult Pijn –en Palliatieteam
Obstipatie**	Stap 1: Volumevergroter 1. Macrogol/ elektrolyten, of 1-2 dd sachet 2. Magnesiumoxide, of 3 dd 500-1000 mg 3. Lactulose stroop 1-2 dd 15-30 cc poeder 1-2 dd 12-24 gr (granulaat) Stap 2: Toevoegen stimulator 4. Bisacodyl 10 mg p.o. voor de nacht, of 10 mg supp 's ochtends
Sufheid	Meestal voorbijgaand (max 2 weken), anders dosering verlagen of opioïd rotatie
Delier/ levendige dromen	1. Dosis verlagen 2. Haloperidol 2 dd 1 mg p.o. 3. Consult psychiater of Pijn –en Palliatieteam

* bij patiënten met nierfunctiestoornissen dient de dosering gehalveerd te worden

** Zie ook: Protocol behandeling obstipatie afdeling interne oncologie, volwassenen

Stap 3: Opioïd parenteraal: voorkeur bij matig/ernstige pijn – noodzaak snelle titratie

Opioïd naïeve patiënt:	
Morfine (sc/ iv)(1mg /uur)	Samenstelling parenterale pomp volgens protocollen parenteralia
<i>Indien contra-indicaties voor morfine:</i> Fentanyl (sc/ iv)	Samenstelling parenterale pomp volgens protocollen parenteralia
Niet opioïd naïeve patiënt:	
1. Zo mogelijk zelfde opioïd als thuismedicatie 2. In alle andere situaties: overleg pijnarts	Samenstelling parenterale pomp volgens protocollen parenteralia

N.B. alleen als behandelaar hiermee ervaring heeft, anders pijnconsult

Tabel equianalgetische doseringen

					Medicatie in overleg met pijnarts te geven	
Oxycodone oraal mg/24 uur	Morfine oraal mg/24 uur	Fentanyl trandermaal mcg/uur	Morfine sc/iv mg/24 uur	Fentanyl sc/iv mcg/ uur	Hydromorfon oraal mg/24 uur	Hydromorfon sc/iv mg/24 uur
20	30	12	10	12	6 ¹	2
40	60	25	20	25	12	4
80	120	50	40	50	24	8
120	180	75	60	75	36	12
160	240	100	80	100	48	16
240	360	150	120	150	72	24
320	480	200	160	200	96	32

¹Deze dagdosering kan in de praktijk niet worden gegeven omdat de laagste dagdosering van het 'slow-release' preparaat 4 mg is en het middel 2x per dag gegeven moet worden.

Bij een rotatie in verband met bijwerkingen 50-75% van de equianalgetische dosis

Bij een rotatie in verband met pijn 75-100% van de equianalgetische dosis

NB. Opioid rotatie alleen als behandelaar hiermee ervaring heeft, anders pijnconsult.

N.B. Esketamine

Op basis van de huidige literatuur is er geen evidence voor de **standaard** toevoeging van esketamine aan opioïden bij patiënten met pijn door kanker.

Het verdient de voorkeur om bij ongecontroleerde pijn het opioïd op te hogen of bij onvoldoende effect en bijwerkingen van opioïden te switchen naar een ander opioïd.

Wellicht dat bij een kleine subgroep van patiënten met oncontroleerbare pijn, esketamine wel van toegevoegde waarde is. Esketamine alleen voor te schrijven via pijnconsult.

N.B. Cannabis

Op basis van de huidige literatuur is er geen evidence voor het gebruik van cannabinoïden bij patiënten met pijn door kanker.

N.B. Methadon

Het is onvoldoende onderzocht of methadon een meerwaarde heeft boven andere opioïden bij patiënten met pijn bij kanker. Daarnaast dient een behandelaar ervaren te zijn met het gebruik van methadon om het voor te kunnen schrijven. Indien methadon overwogen wordt, alleen voor te schrijven via pijnconsult.

□ IIIb. Patiënt met neuropathische pijn

Stap 1:

Gabapentine	Oraal Capsule 100, 300 en 400 mg Tablet 600, 800 mg	3 dd 300 mg Max. dosering 3 dd 1200 mg	Startdosering opbouwen in 3 dagen (start 3*dgs 100mg; dag 2, 3*dgs 200 mg; dag 3, 3* dgs 300 mg) Op geleide van pijn en bijwerkingen ophogen
-------------	--	--	--

NB. Behandeling neuropathische pijn alleen als behandelaar hiermee ervaring heeft, anders pijnconsult.

Stap 2:

Neuropathische pijn niet reagerend op gabapentine verwijzen voor pijnconsult.

□ IIIc. Patiënt met gemengde pijn

Gemengde pijn wordt in eerste instantie behandeld als nociceptieve pijn, als dat niet leidt tot adequate pijnstilling, overweeg toevoegen gabapentine of verwijzen voor pijnconsult.

Pijnconsult aanvragen

Pijnconsult aanvragen voor klinische patiënten altijd via het Pijn –en Palliatieteam. Voor poliklinische patiënten dient een consult bij Centrum voor Pijngeneeskunde of poli Neurologie aangevraagd te worden.

Indicaties pijnconsult:

- klinisch en poliklinisch: Pijn crisis (pijnscore ≥ 8) of Ondanks basale pijnstilling:
- klinisch: pijnscore ≥ 5 voor > 48 uur
- poliklinisch: pijnscore ≥ 5 gedurende 3 achtereenvolgende contacten
- hinderlijke bijwerkingen die niet reageren op dosisreductie/ gerichte medicatie
- onbekendheid met voor te schrijven pijnmedicatie

Indicatie consult anesthesioloog-pijnspecialist:

- Viscerale pijn in de bovenbuik waarvoor geen antitumor therapie meer mogelijk is (indicatie Plexus Coeliacusblokkade)
- Invasieve technieken voor pijnbehandeling

Indicaties consult neuroloog:

- Alarmsymptomen bij rugpijn: nachtelijke rugpijn, progressieve rugpijn, nieuwe lokale rugpijn, druk-/kloppijns over de wervelkolom, rugpijn bij een matige conditie, hevige pijn in alle houdingen, pijn tussen de schouderbladen, pijn bij houdingsverandering of overeind komen, en/of een plotse toename van pijn
- Neurologische uitval / uitstralende pijn/ bandgevoel
- Twijfel over de oorzaak en de aard van de pijn

Indicaties verpleegkundig consulent palliatieve zorg:

- Pijnanamnese afnemen om de volgende aspecten goed in kaart te brengen:
 - Beleving van de pijn
 - Effect van pijn op het dagelijks leven
 - Bijwerkingen
 - Misvattingen met betrekking tot de pijnbehandeling
 - Aspecten die de pijnbeleving beïnvloeden
- Voorlichting geven over pijn, pijnmedicatie en wat een patiënt zelf kan doen om de pijn te verlichten. De patiënt uitleg geven over hoe de schriftelijke informatie te vinden op www.erasmusmc.nl/pijnbijkanker .
- Klinisch
Het Consultatieteam Pijn -en Palliatieve Zorg dient in consult gevraagd te worden bij patiënten in de palliatieve fase van de ziekte met o.a. oncologische pijn. De verpleegkundig consulent palliatieve zorg (VCPT) speelt binnen dit team een belangrijke rol. Zij zal zowel de pijnanamnese afnemen als voorlichting geven hoe met de pijn om te gaan. De VCPT is bereikbaar via tel. nr. 40719.

Consultaanvraag: Consult Pijnbehandelcentrum (poliklinisch) (toestel 34906)
 Consult Pijn -en Palliatieteam (klinisch) (40721, in de dienst *5502)
 Consult Neuroloog thema Dijkzigt en Hersenen en zintuigen (*5549, stafarts neurologie)
 Consult Neuroloog thema Daniel (30656 of 30657 AIOS Neurologie)

Pijnbesprekingen: • Centrumlocatie: di 8.15 tot 9.00 uur en do 8.45 tot 9.30 uur in He118k