



# Samen pijn en symptomen controleren



Dr. Gaby Vonken, huisarts en equipearts Network LevensEinde

# Wat gaan we doen vanavond?

Samen problemen rond pijn en andere symptomen oplossen

- Palliatief redeneren
- Behandelingen
- Onderling communiceren

Casuïstiek

Klein beetje theoretische achtergrond

Bronnen?

# Palliatief redeneren

## Uitgangpunten

1. Individueel (prioriteit en wens van patiënt centraal)
2. Proactief
3. Multidimensioneel
4. Mono en multidisciplinair
5. Toekomstperspectief
6. Toepassing palliatieve richtlijnen

## Casus: Johan 54 jaar

- Longcarcinoom met uitzaaiingen naar de lever en mogelijks hersenen, maar daar is geen onderzoek naar gedaan. Alle behandelingen zijn gestopt.
- Recent ontslag ziekenhuis, woont met echtgenote, heeft 2 dochters die dichtbij wonen
- Sterk vermagerd, weegt nog maar 48 kg. Eet nog wel wat.
- Medicatie bij ontslag uit het ziekenhuis: morfien 75µg, tramadol 3dd 50 mg . Bij doorbraakpijn mag hij dafalgan-codeïne 1 gram nemen. medrol 8 mg, 's morgens, en laxativa.
- De thuisverpleegkundige komt om hem te wassen en zo ook deze ochtend. Ze treft Johan en zijn vrouw helemaal over hun toeren aan. Deze laatste voert het woord.
- “Zo kan het niet meer, hij heeft een slechte nacht gehad, constant overal pijn, in de borst, in de buik, in het hoofd. Hij is angstig. Hij kan zich geen houding geven, al die medicatie helpt niet en dit houdt hij niet vol! Hij wil euthansie! Er moet iets gebeuren!”

# Overleg tussen verpleegkundige en HA

- De verpleegkundige, in paniek/daadkrachtig, neemt haar telefoon en belt de huisarts: ik ben hier bij Johan en het gaat niet! Hij is niet goed, hij wil euthanasie! Kan je vandaag vroeg nog langskomen?
- De huisarts, met op de achtergrond een huilende baby: nee, deze morgen zeker niet, want de consultatie loopt tot 11 uur en dat loopt altijd uit. Spreek iets luider, ik hoor je bijna niet! Wat heeft hij allemaal genomen vannacht?
- VPK: Johan, wat heb je al genomen? 2 keer tramadol en 2 keer Dafalgan-codeïne!
- HA: plak nog een halve matrifen van 75 erbij en zeg dat ik deze middag zal langsgaan als ik meer tijd heb.

# Bespreking

- Houding van de verpleegkundige
  - Evaluatie van de situatie
- Handeling van de verpleegkundige
  - Gepast te bellen?
  - Welke info?
  - Wat kon ze beter doen en wat niet?
- Houding van de HA
  - Telefoongesprek tijdens de consultatie
  - Evaluatie van de situatie
- Handeling van de huisarts
  - Juiste advies?

# Hoe was het beter geweest?

VPK: “Johan, wat stoort u het meest?” De angst of de pijn?

Wat voor pijn voel je? frequentie? Wanneer? In welke houding? Score???”

Controleer medicatie: “wat heb je al genomen? Wat neem je dagelijks? Wat doet dat?”

→ Bel dan pas de huisarts

HA: neem de tijd voor een gesprek, verlaat even de ruimte,.....

# Palliatief redeneren

## Vier fasen

Breng situatie in kaart

Vat problematiek samen en maak proactief beleid

Maak afspraken over evaluatie van beleid

Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren



# Vervolg casus Johan

- 's Middags komt de huisarts langs....
- Er wordt beslist om de morfien af te bouwen en te vervangen door oxycontin 2dd40 mg, oxynorm bij doorbraakpijn (rotatie!).
- Tramadol en dafalgan codeïne worden gestopt. Een maagbeschermer wordt gestart. De laxativa en medrol blijven.
- De pijn van Johan wordt beschreven in zijn palliatief dossier met behulp van een pijnschaal: op moment van het huisbezoek is deze pijn 9/10.
- Het volgende evaluatiemoment wordt afgesproken voor de dag erna.

# Vertaald naar palliatief redeneren:

- Situatie in kaart brengen:
  - Pijn → uitwerking?
  - Angst
  - Euthanasiewens?
- Samengevat en pro-actief beleid:...
- Afspraak voor evaluatie
- Bijstellen.....

# Wat weerhouden we nog uit deze casus om verder toe te lichten?

1. Een woordje over pijn
2. Voorkomen van pijn
3. Soorten pijn
4. Oorzaken van pijn
5. Een pijnschaal???
6. Behandeling van pijn
7. Opioidrotatie

# Wat is pijn?

Een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging (IASP)

Pijn is datgene wat een persoon die het ervaart zegt dat het is en is aanwezig wanneer hij/ zij zegt dat het aanwezig is (McCaffery)



# Vóórkomen van pijn

- Kanker:

  - 30-40% ten tijde van diagnose

  - 40-70% tijdens behandeling

  - 70-90% bij gevorderde ziekte

- Ongeveer een derde van de patiënten met kanker en pijn heeft pijn op één plaats, een derde heeft pijn op twee plaatsen en een derde heeft pijn op drie of meer plaatsen.

- Pijn treedt ook vaak op in de palliatieve fase van andere ziekten zoals:

  - ALS en COPD: 60-70%
  - multipole sclerose: 50-60%
  - Dementie 40-80%
  - hartfalen: 40%
  - terminale nierinsufficiëntie (na staken van dialyse): 40%

# Soorten pijn

1. Nociceptieve pijn
  - Somatische pijn: huid/pees/bot
  - Viscerale pijn: organen
2. Neuropatische pijn
  - Schietend, brandend, miertjes,...
3. Doorbraakpijn
  - 3 types: incidenteel, end-of-dose, spontaan
4. Opioid geïnduceerde hyperalgesie
5. Total pain

# Pijn herkennen: anamnese

- Neem de tijd
- Actief bevragen
  - Ernst, karakter, duur, verloop
  - Beïnvloedende factoren (pos of neg)
  - Weerslag op fysiek, psy of sociaal vlak
  - Betekenis die aan pijn wordt toegekend
  - Eerdere behandeling en de effecten ervan
  - Verwachtingen, weerstanden en angst to de pijnbehandeling
    - Bijwerkingen?
    - Verslaving?
    - Versnellen van overlijden?
- Eigen woorden van de patiënt
- Heteroanamnese: rol van naasten
- Patiënt heeft altijd gelijk!

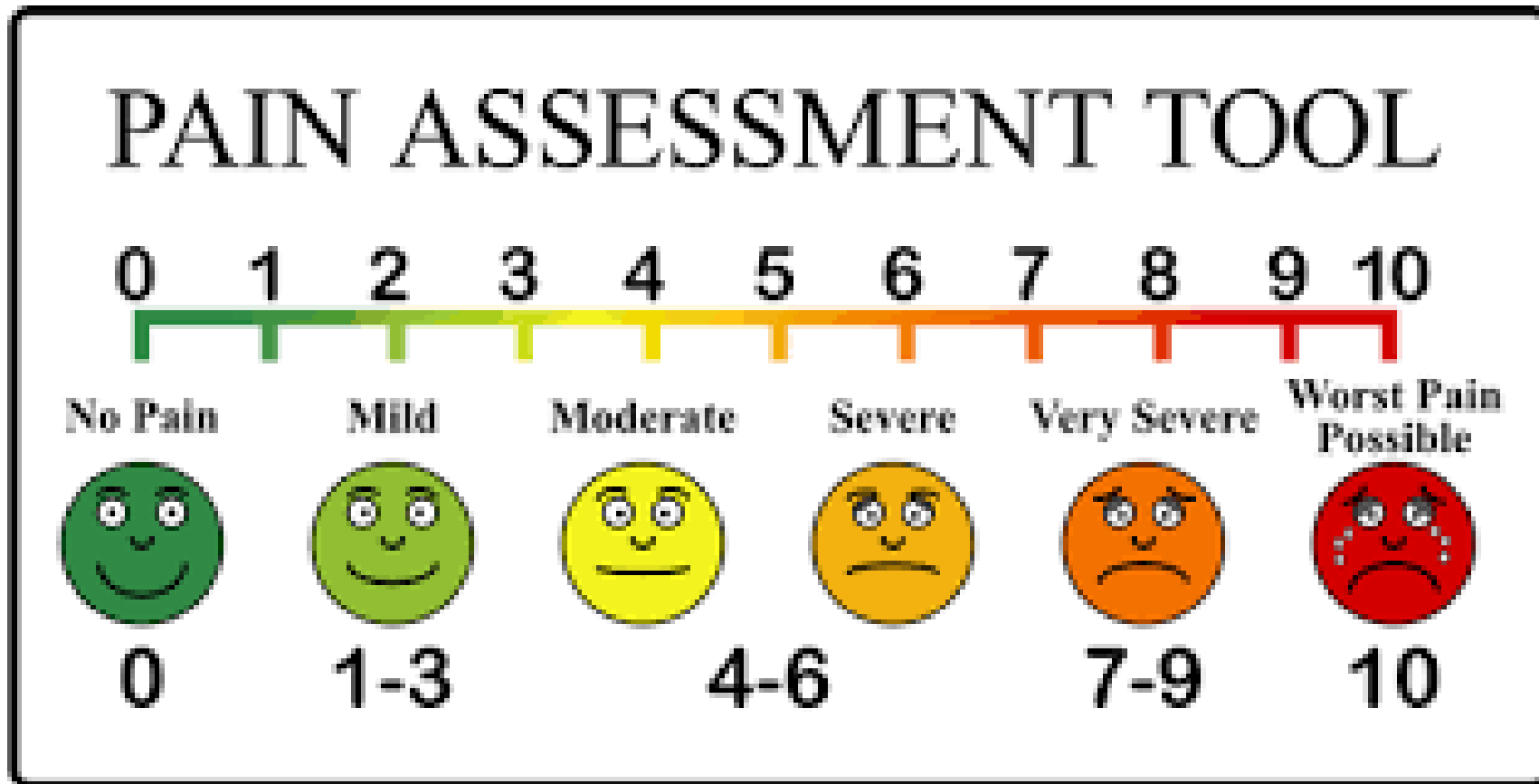
# Oorzaken van pijn

Pijn bij kanker wordt veroorzaakt door:

1. directe (door)groei van de tumor en/of metastasen (70%)
2. behandeling, zoals chirurgie, radiotherapie of chemotherapie (20%)
3. bijkomende factoren (bijv. constipatie, decubitus, spierspasmen, infectie) of niet aan de maligniteit gerelateerde co-morbiditeit (10%)



# Pijn meten?

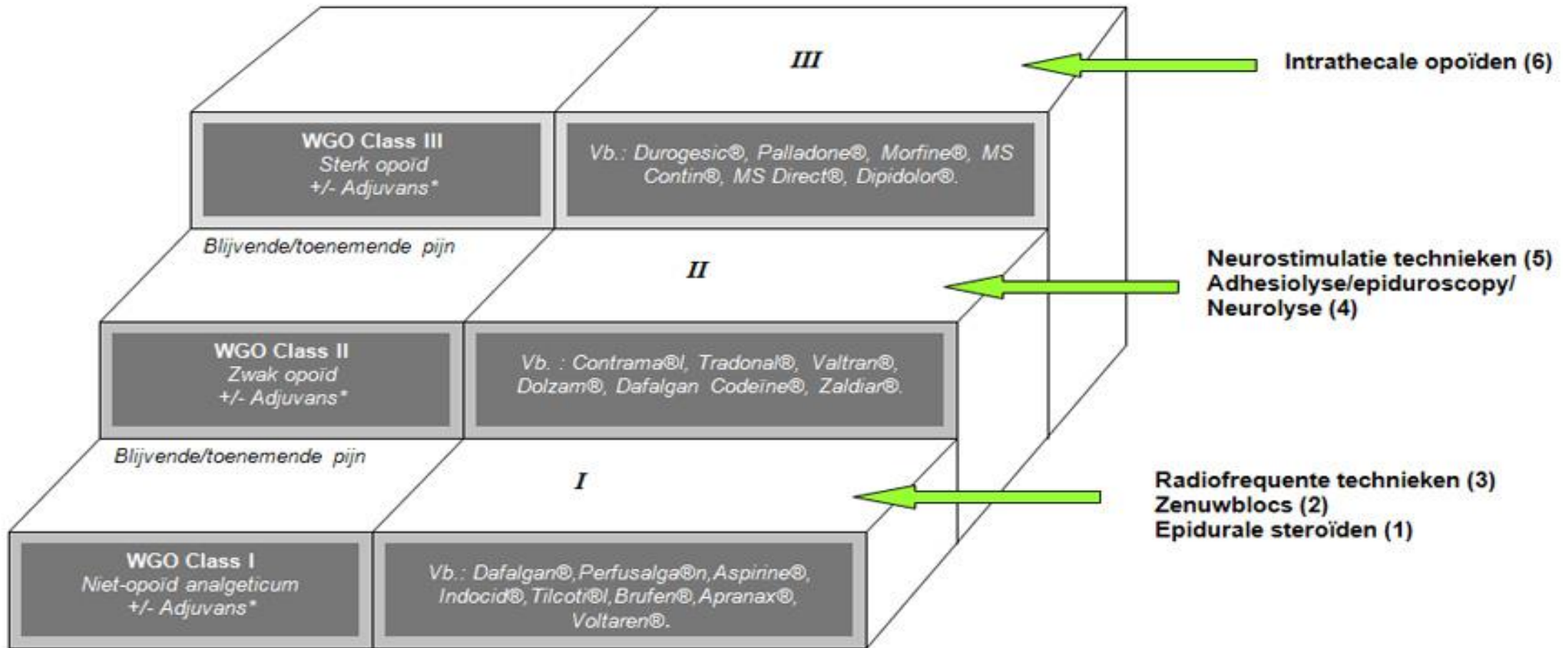


Wat als patiënt het zelf niet meer kan aangeven???

# Pijnbehandeling

- Integrale benadering
  - Voorlichting
  - Communicatie
  - Ondersteunende zorg
  - Continuïteit van zorg
- Niet medicamenteuze behandeling van pijn
- Medicamenteuze behandeling van pijn

### 3-trappenmodel van de WGO: pijnmedicatie



Adjuvans\*:

Anticonvulsiva: Depakine, Tegretol, Rivotril, Neurontin, Lamictal, Lyrica.  
Antidepressiva: Redomex, Tryptizol, Zypralexa.

# Opmerkingen bij de pijntrap

- Trap 2 vaak overgeslagen, en zeker niet combineren met trap 3!!!
- Orale opioïden starten in retard bij onderhoudsbehandeling (of??)
- Altijd snelwerkende opioïden voor doorbraakpijn voorzien
- Bij onvoldoende effect dosisverhogen, interval behouden
- Tracht combinatiepreparaten te vermijden
- Bij NI: let op met NSAID, morfine en oxycodone
- Behoud paracetamol als basis, ook bij trap 3 (effect op pijn en welbevinden)

# Optitreren van opiaten

- Morfine is de standaard: start 2dd 10 -20 mg slow release morfine
- Equivalentdosissen: maak steeds berekeningen vertrekkend van morfine PO
- IR Morfine à 4 uur beter?
- Evalueer na 24 uur, indien nog onvoldoende effect 50% dosis erbij
- Doorbraakpijn  $\frac{1}{6}$  van de dagdosis: steeds erbij starten!
  - Werkt na 20-30 min, max effect 60-90 min, werkt 4 uur
  - Indien meer dan 2 maal supplementaire dosis moet geven, verhoog de dagdosis met 25-50%
- Geen plafond!!!!

# Equivalent dosissen: omrekeningtabel

Morfine oraal	Morfine   subcutaan/iv	Oxycodone oraal	Oxycodone subcutaan	Fentanyl transdermaal	Hydromorfon oraal	Buprenorfine transdermaal
mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur
30	10	15	7,5	12	4	17,5
60	20	30	15	25	8	35
90	30	45	22,5	37	12	52,5
120	40	60	30	50	16	70
180	60	90	45	75	24	105
240	80	120	60	100	32	2x70
360	120	180	90	150	48	
480	160	240	120	200	64	

# Feiten en fabels over morfine

1. Morfine werkt verslavend
2. Morfine verkort het leven
3. Van morfine word ik een zombie
4. Morfine heeft veel bijwerkingen
5. Morfine veroorzaakt ademhalingsmoeilijkheden
6. Van morfine heb je steeds meer nodig

# Terug naar de casus van Johan

- De dag erna wordt er geëvalueerd: de pijn is beter.
- Hij krijgt nu Oxycodone retard 2x 40 mg, bij doorbraakpijn 10 mg oxycodone instant. Laxativum 2dd macrogol, medrol 8 mg en een maagbeschermer
- Hij vermeldt obstipatie en braakneigingen. Heeft al 5 dagen geen stoelgang meer gehad.....



# Behandeling van bijwerkingen: obstipatie

- 40-70% van de patiënten
- Verschillende groepen laxativa:
  - Osmotisch → voldoende vocht
    - Macrogol
    - Lactulose
  - Contactlaxativum
    - Bisacodyl
    - Sennosiden
    - natriumpicosulfaat
  - Combinatie van de twee
- Rectaal
- Doseer voldoende hoog en vanaf de start

# Behandeling van bijwerkingen: misselijkheid en braken

- 20-30% van de patiënten
- Voornamelijk aan het begin van de behandeling
- Verdwijnt na een paar dagen (informeer de patiënt!)
- Zo nodig anti-emetica (niet preventief)
  - Gastroprokinetica
    - Metoclopramide (ook bij hik)
    - Alizapride
    - Domperidon
  - Neuroleptica
    - Haldol 2dd 1-2 mg po
  - Corticoiden
    - Methylprednisolon 32 mg per os of Dexamethason: 1 dd 5-10 mg s.c of IV.
  - Cannabis

# Terug naar de casus van Johan

- Johan krijgt naast de macrogol 10 druppels Laxoberon en 3dd litan.
- Na 2 dagen wordt er opnieuw geëvalueerd en de patiënt voelt zich een stuk beter. Pijn is bijna weg en de braakneigingen zijn verdwenen.
- In de loop van de 4 weken erna lijkt het allemaal stabiel, maar tijdens de verzorging viel het de verpleegkundige op dat hij regelmatig een zeer heftige uitstralende pijn aan de rechter zijde aangeeft.
- De oxycodone wordt opgedreven naar 2dd 60 mg, maar hij moet toch nog regelmatig 10 mg extra nemen. Zijn vrouw vermeldt dat hij door die pijn 's nachts extra onrustig wordt.

# Neuropatische pijn

- Gabapentine start 1dd 300 mg, verhogen met 100-300 mg per dag tot 3dd 300mg
- Pregabaline start 75 mg, per 2 dagen te verhogen tot 2dd 300 mg
- Amitriptylline 25 mg AN, ophogen met stappen van 25 mg per 3-7 dagen
- Combinatie maken met morfine
- Effect binnen de week
- Eventueel lidocaïnepatch te proberen

# Adjuverende behandeling: corticosteroiden

- Belangrijk hulpmiddel bij pijnbehandeling
- Effect houdt maar enkele weken aan
- Indicatie:
  - Vermindering van druk door oedeem tgv hersentumor, compressie van ruggemerg of zenuwen door tumor
  - Verlichting van pijn tgv kapselspanning (casus Johan) bij lever en botmetastasen: anti-inflammatoir effect
  - Toevoeging van corticosteroiden aan de behandeling met opioïden kan ook leiden tot afname van bijwerkingen (m.n. misselijkheid en braken) en een verbetering van het algemeen welbevinden
- Dexamethasone: Aacidexam 5 à 10 mg IM( ev. meermaals per dag)  
Methylprednisolone : Medrol 32 à 96 mg/d po of Solu-medrol 40 à 125 mg /d im of iv
- Bijwerkingen!!!

# Casus: Jenny 73 jaar

- Bekend met gemetastaseerd (bot en lever) borstCA en hartfalen.
- Geen behandelopties meer.
- Woont samen met haar echtgenoot.
- Vanwege pijnlijke botmeta's is zij nog een maal bestraald lumbaal, helaas zonder effect: er is sprake van lage rugpijn met uitstraling naar het linker been. Stappen gaat daardoor moeizaam.
- De dosis fentanyl wordt verhoogd van 50 naar 75  $\mu\text{g}$  en daarnaast krijgt zij 25 mg amitriptyline voor de nacht.
- Verder gebruikt zij nog furosemide 1dd 40 mg en lanoxin 0,125 mg.
- De huisarts wordt gebeld omdat ze het gevoel heeft dat ze gek aan het worden is: ze is 's nachts de weg kwijt, ze ziet poezen op de bedrand, ze kan droom en werkelijkheid niet meer goed uit elkaar houden en ze is erg bang.
- De huisarts twijfelt en belt de palliatief verpleegkundige om te overleggen.

# Jenny: wat is er aan de hand en wat ga je doen?

- Waarschijnlijk (beginnend) delier.
- Hoe komt dat nu?
  - Predisponerende factor
  - Uitlokkende factoren

## Interventies:

- niet-medicamenteus
- medicamenteus: Haldol 1-5 mg/24 uur po of 10 mg/24 uur sc
- overweging: staken amitriptyline? Verlagen opioïd? Benzo bijgeven?

# Casus Bert, 52 jaar

- Vier maanden geleden is een inoperabel pancreascarcinoom vastgesteld. Vanwege de pijn is een plexus coeliacusblokkade uitgevoerd die helaas maar kort effect heeft gehad. Palliatieve chemotherapie heeft ook niets opgeleverd.
- Geleidelijk aan is het eten steeds moeizamer gegaan en is hij blijven afvallen ondanks pancreasekorrels.
- De pijn reageerde niet op fentanyl pleister, mogelijks door cachexie, maar ook omdat de pleisters steeds loskwamen door nachtzweeten en wisselende temperatuursverhoging. Voor de pijn is hij nu redelijk ingesteld op oxycodone retard 2dd 90 mg met oxycodone gtt 30 mg SOS en amitriptyline 50 mg in de avond.
- Zijn vrouw en hij hebben alles goed kunnen verwerken en hij hoopt nog mee te kunnen verhuizen naar het nieuwe huis waar ze vorig jaar aan zijn beginnen bouwen.
- Over zijn wensen rondom het levenseinde is hij duidelijk: hij wenst geen euthanasie, hij hoopt op een rustig sterfbed, maar heeft geen bezwaar tegen sedatie als er zich in de eindfase onbehandelbare problemen voordoen.



- Geleidelijk is hij de laatste dagen gaan braken en antiemetica hebben maar zeer beperkt effect. Haldol 2 mg 's avonds met dexamethason 4 mg in de ochtend en 2 mg in de middag hadden nog het meest effect.
- Zijn vrouw belt de huisarts: het gaat niet goed. Ze weet niet meer wat te doen: Bert heeft ondraaglijke pijn, braakt, houdt niks binnen.
- De huisarts komt snel langs en treft een zieke, angstige, verwarde man aan met wijde pupillen, tremor, zweten en misselijkheid. Hij klaagt van ondraaglijke rugpijn. De emmer braaksel staat nog naast bed.
- Wat is hier aan de hand???
  - Refractair symtoom? → snelle sedatie?
  - Onttrekkingsyndroom? → hoe kom je daar achter?

- Gezien het verhaal van al meer dan een dag braken, en inspectie van een emmer braaksel (waarin pillen), is de waarschijnlijkheidsdiagnose acute opioïdonttrekking het meest waarschijnlijk.
- Wat doe je?
  - Onttrekking aanpakken door 10 mg morfine sc toe te dienen, tevens corticosteroiden continueren (aacidexam 4 mg sc).
  - Effect na 15-30 minuten
  - Intussen pomp regelen en roteren: oraal naar sc toediening. Indien de pomp te lang op zich laat wachten, kan het zijn dat de injectie na enkele uren herhaald moet worden.
  - 2dd 90 oxycodone komt overeen met 60 mg/24uur morfine sc
  - Voeg litican toe aan de pomp als anti-emeticum
- Sedatie?? Door opvangen van de symptomen met parenterale toediening lijkt er geen refractair probleem te zijn.

# Opioidrotatie of opioïdswitch

- het vervangen van het ene opioïd door een ander opioïd bij patiënten, die ofwel te veel pijn houden ondanks adequate dosering ofwel te veel bijwerkingen van een opioïd ervaren.
- in geval van bijwerkingen (bv jeuk, hyperalgesie, myoclonie) is het aan te raden om in principe terug te gaan tot 75% van de equi-analgetische dosis
- In geval van onvoldoende analgetisch effect, kan 100% van de equi-analgetische dosis worden gegeven
- Telkens terug titreren
- Aanpak: gebruik de omrekentabel

# Equivalent dosissen: omrekeningtabel

Morfine oraal	Morfine   subcutaan/iv	Oxycodone oraal	Oxycodone subcutaan	Fentanyl transdermaal	Hydromorfon oraal	Buprenorfine transdermaal
mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur
30	10	15	7,5	12	4	17,5
60	20	30	15	25	8	35
90	30	45	22,5	37	12	52,5
120	40	60	30	50	16	70
180	60	90	45	75	24	105
240	80	120	60	100	32	2x70
360	120	180	90	150	48	
480	160	240	120	200	64	

# Omrekenvoorbeelden

- William gebruikt Transtec (buprenorfine) 70  $\mu$ /h en Oxycontin (oxycodone ret) 2dd 80 mg  
Slikken wordt moeilijk → wat nu????
  1. Transtec pleister wordt behouden
  2. orale pijnmedicatie wordt omgerekend naar subcutane dosis dagdosis: Oxycontin 2x 80 mg = 160 mg/d = 320 mg M+ /d PO = **160mg M+ /d SC**

- Johanna gebruikt Durogesic (fentanyl) 75µg/h en Palladone (hydromorfon) SR 2dd 4 mg.  
Slikken wordt moeilijk → wat nu???
  - 1. Pleisters behouden
  - 2. 8 mg hydromorfon = 60mg M+/ d po = 30 mg M+/d SC  
= 20 mg M+/d IV
- 
- Totale dagdosis M+ po/ 2 = SC dagdosis
  - Totale dagdosis M+ po/ 3 = IV dagdosis

# Spuitaandrijver

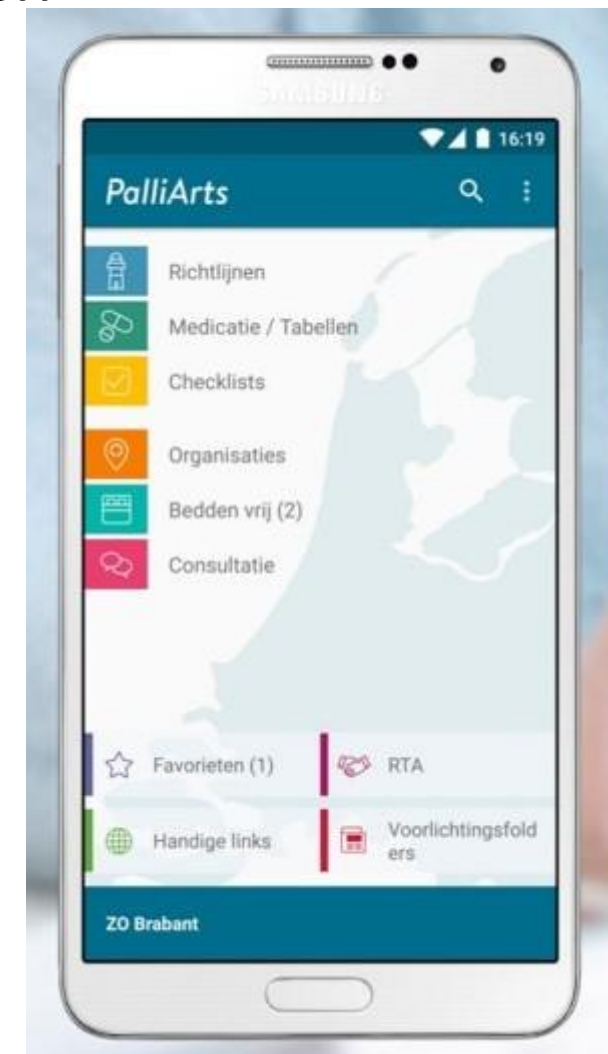
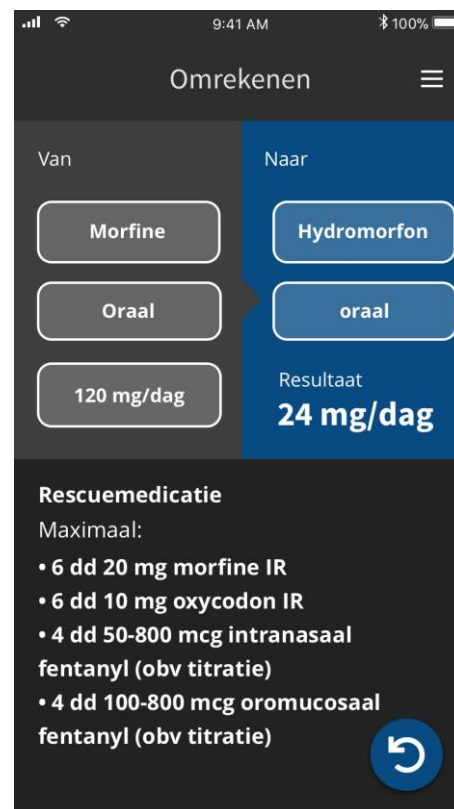
- Elegante toedieningsweg : Cave oedemen !
- Dagelijks aanpasbaar
- Meer dan een “pijnpomp” : meerdere medicaties
- Weinig belastend, zelfs bij mobiele patiënten
- Insteekplaats controleren ( transparant verband), wekelijks wisselen
- Is NIET het spuitje /pompje dat de dood versnelt!
- Indicaties:
  - Slikmoeilijkheden
  - Compliance
  - Meerdere medicaties
    - Vb. de FINAL FOUR: - Morfine - Haldol - Scopolamine - Dormicum



# Bronnen

- **Pallialine.be**: richtlijn pijnbestrijding bij palliatieve patiënten
- Casusboek palliatieve zorg deel 2, BSL 2016
- Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk, IKNL

- Apps:







**zijn er nog  
vragen  
tips  
of tops??**