

JAARGANG 34
MEI 2010

NUMMER

5A

MODERN MEDICINE

HÉT BLAD VOOR DE HUISARTS

Doorbraakpijn bij kanker

Prof. dr. K.C.P. Vissers, hoogleraar Palliatieve zorg en pijnbestrijding
UMC St Radboud, Nijmegen

Doorbraakpijn bij kanker

Prof. dr. K.C.P. Vissers, hoogleraar Palliatieve zorg en pijnbestrijding

UMC St Radboud, Nijmegen

Doorbraakpijn bij kanker is een onderwerp dat meer aandacht verdient dan het momenteel krijgt, dat is de mening van professor Vissers. Om meer aandacht te genereren maakte hij deel uit van de redactie die een *InFocus*-boekje schreef over doorbraakpijn, de oorzaken en de behandeling. Vissers hoopt over te brengen dat artsen doorbraakpijn serieus moeten nemen en niet slechts beschouwen als een symptoom dat nou eenmaal bij kanker hoort.

Wat is doorbraakpijn?

De definitie van doorbraakpijn is 'een plotselinge maar voorbijgaande ernstige pijn, die enige seconden tot uren kan duren en die door de controle van de continue achtergrondpijn heen breekt.' Het is belangrijk te noemen dat er sprake kan zijn van doorbraakpijn zonder dat er constante pijn aanwezig is. De semantiek van het woord suggereert dat er altijd constante pijn aanwezig is, waar de doorbraakpijn dan doorheen schiet, maar dat hoeft dus niet zo te zijn. In het Nederlands is er behoefte aan een beter woord voor doorbraakpijn. We hebben daar ook over gesproken in verschillende werkgroepen, maar we zijn er niet uitgekomen. In het Engels zijn er al diverse termen in gebruik, zoals *breakthrough pain* en *incident pain*, maar in het Nederlands valt dat allemaal onder het kopje 'doorbraakpijn' en dat is als omschrijving eigenlijk net iets te mager en leidt tot misverstanden.

Hoe vaak komt doorbraakpijn voor?

De prevalentie van doorbraakpijn is moeilijk te bepalen. Er is in Nederland nog niet echt goed onderzoek naar gedaan, maar een substantiële groep van de kankerpatiënten (circa 50%) heeft hier enorme last van. Het hangt natuurlijk ook erg af van de oorzaak van de pijn. Een patiënt met een botmetastase die hard groeit, heeft logischerwijs veel meer last van doorbraakpijn dan iemand met een lokale tumor die weinig op de zenuwen drukt. In de praktijk komt doorbraakpijn ongeveer drie tot zes keer per dag voor, maar ook bij meer incidentele pijn zou er moeten worden gesproken over doorbraakpijn. Doorbraakpijn is pijn die niet reageert op de basale medicatie en er zal dus extra actie moeten komen om die te behandelen. De exacte diagnose is hierin niet zo belangrijk, maar wel het resultaat: het wegnemen van de

pijn. Als een patiënt de basispijn onder controle krijgt, leidt dat natuurlijk al tot grote tevredenheid, maar de meeste patiënten vinden doorbraakpijn zeer invaliderend, vaak nog meer dan de constante pijn. In de huidige behandeling van kanker is de aandacht erg gericht op het verlichten van de chronische pijn. We hopen dat met het uitkomen van dit boekje de doorbraakpijn beter in kaart wordt gebracht.

Wat zijn de oorzaken van doorbraakpijn?

Er zijn heel veel verschillende mechanismen te onderscheiden die doorbraakpijn veroorzaken. Daar is haast geen peil op te trekken. Doorbraakpijn komt niet door één mechanisme, integendeel. Het is erg variërend en afhankelijk van de ontstaanswijze. Nu moet ik wel opmerken dat bij gewone constante pijn ook geen duidelijk mechanisme is gedefinieerd. We kunnen wel wat aanduidingen geven, maar het is nog nooit volledig ontrafeld. Pijn is een multidimensionaal gebeuren met factoren op somatisch, psychologisch en gedragsmatig vlak, die alle drie aanleiding kunnen geven tot pijnklachten en dat ook nog in een verschillende wegging. Dat maakt het allemaal extra ingewikkeld. (Zie hiervoor ook het geïntegreerde pijnmodel (de vier cirkels) van John Loeser en het *total pain model* van Sam Ahmedzai. Beide modellen zijn te vinden op het internet.)

Welke soorten doorbraakpijn zijn er?

We onderscheiden op het moment drie soorten doorbraakpijn: de incidentele pijn, die wordt veroorzaakt door specifieke aanleidingen of gebeurtenissen, bijvoorbeeld hoesten. Dan is er de niet-incidentele pijn, ook wel idiopathische pijn genoemd. Tot slot kennen we de *end of dose*-pijn, waarbij de pijn optreedt aan het eind van het dosisinterval van langwerkende pijnmedicatie. Het is belangrijk te bepalen in welke groep de doorbraakpijn van de patiënt valt, omdat de behandeling in verschillende gevallen anders zal zijn. Bij *end of dose*-pijn moet er bijvoorbeeld worden gesleuteld aan de basismedicatie, bij incidentele pijn of idiopathische pijn kijken we naar andere oplossingen.

Hoe komt een arts tot de diagnose doorbraakpijn?

Als een patiënt klaagt over pijn die door de basismedicatie heen breekt, gaat het vervolg eigenlijk in twee fasen. In de eerste fase moet de verzorgende professional de patiënt gedetailleerd bevragen met alle middelen die nu beschik-

baar zijn. Bijvoorbeeld: wat voor type pijn is het, wanneer treedt deze op, is het dezelfde soort pijn als de vorige keren? Er moet niet klakkeloos worden aangenomen dat het om doorbraakpijn gaat, maar er moet heel goed worden doorgevraagd. De tweede fase dient om onderliggende oorzaken van de pijn te testen om een differentiaaldiagnose te kunnen stellen. Pas als niet aan de orde zijnde oorzaken zijn uitgesloten, kan de pijn gericht worden behandeld. Dit is ontzettend belangrijk, want als de diagnose niet zorgvuldig wordt gesteld, kunnen er ernstige complicaties optreden. Als de pijn bijvoorbeeld wordt veroorzaakt door een botmetastase die aanleiding heeft gegeven tot een fractuur, of door een plaatselijke infectie, dan moet er ook causaal worden behandeld en niet alleen met pijnmedicatie. Dit zijn eigenlijk de klassieke stappen van het klinisch redeneren, maar in de praktijk blijkt het nog behoorlijk moeilijk dat aan bijvoorbeeld verpleegkundigen op de afdeling of in de thuiszorg aan te leren. Daarom wil ik dat graag benadrukken. De artsen die verantwoordelijk zijn voor deze verpleegkundigen, moeten daar veel specifiekere instructies over gaan geven en ook informeren of er goed is doorgevraagd over de pijn.

Hoe kan doorbraakpijn het best worden behandeld?

Zoals ik al eerder noemde, is het belangrijk eerst een differentiaaldiagnose op te stellen om andere oorzaken uit te sluiten en te controleren dat de basismedicatie goed is gegeven of eventueel moet worden bijgesteld. Als dat niet aan de orde is, kiezen we voor een specifiek analgetische behandeling. Dat kan op verschillende manieren, maar meestal is de aanpak medicamenteus. De voorkeur hebben dan kortwerkende snelle opioïden (*fast onset opioids*). Doorbraakpijn treedt binnen een paar seconden tot minuten op en kan tot ongeveer 20 minuten aanhouden. De basismedicatie is daarbij niet effectief. Daarom hebben we medicatie nodig die snel kan worden toegediend en snel effectief is. De toedieningsvorm is daarbij belangrijk: met intranasale en oromucosale methoden worden goede effecten bereikt. Het zijn de meest gebruiksvriendelijke manieren om zo snel mogelijk de effectieve plasmapijegel te bereiken van het analgeticum. Intraveneuze en intramusculaire toediening wordt zo veel mogelijk vermeden omdat dit patiëntonvriendelijk is. Het kan niet thuis, maakt de patiënt afhankelijk van de hulpverlener die het medicijn moet toedienen en er is nooit bewezen dat het effectiever is dan intranasale of oromucosale methoden. Een OTFC-stick of spray maakt het veel gemakkelijker voor de patiënt en is bewezen effectief. Nederland loopt op dit gebied een beetje achter, maar uit onderzoek uit het buitenland blijkt dat het zeer efficiënt is. Zowel gebruikers als voorschrijvers geven aan dat het een efficiënte vorm is voor het behandelen van doorbraakpijn. Deze manieren van toediening moeten langzaam hun weg gaan vinden in het Nederlandse zorgarsenaal. Er worden ook veel minder bijwerkingen gemeld bij deze methoden.

Wat kan er worden gedaan als opioïden niet helpen?

Als opioïden niet afdoende effectief zijn, kan er worden gekeken naar andere analgetica. Bij neuropathische pijn kunnen tricyclische antidepressiva, anti-epileptica of antineuroleptica goed werken. Op dat moment moet er ook multidimensionaal worden gekeken naar andere mogelijkheden. Er zijn ook niet-medicamenteuze behandelingen die kunnen helpen bij doorbraakpijn, zoals gedragstherapie, TENS, warmte-koudetherapie. In de richtlijn is er de nodige aandacht voor deze richting, in het InFocus-boekje iets minder. Als niets helpt, dan zijn er nog de interventionele behandelingen. Die behoren echter tot een veel moeilijker terrein, dat hoort bij een gespecialiseerd pijncentrum of een anesthesioloog. Het is wel belangrijk dat de patiënt op tijd wordt doorverwezen als duidelijk wordt dat andere therapieën niet helpen.

Heerst er niet een grote weerstand tegen opioïden?

Er zijn inderdaad veel vooroordelen tegen opioïden. Veel patiënten hebben het gevoel dat het een eindpunt is: 'als ik eenmaal morfine gebruik, dan is het met me gedaan, dan is mijn toekomst weg.' Dat is onjuist. Er zou meer aandacht in de pers moeten komen om deze vooroordelen weg te nemen. Een ander idee is dat opioïden verslavend zijn, maar dat komt door de verhalen uit de *junkie*-wereld. In de medicatiewereld is nog nooit aangetoond dat mensen verslaafd raken aan opioïden. Verder is het waar dat opioïden bijwerkingen kunnen hebben, al is dat veel minder met de modernere moleculen. Maar bijvoorbeeld obstipatie is berucht, daar zijn onlangs nog persberichten over verschenen. Wij zeggen al tien jaar dat er bij het gebruik van opioïden aandacht moet zijn voor de bijwerkingen, en dat actief medicijnen ter preventie en eventuele behandeling van obstipatie moeten worden voorgeschreven. In de richtlijnen staat al jaren dat bij het voorschrijven van opioïden direct een middel tegen obstipatie moet worden gegeven, maar die richtlijn wordt in de praktijk gewoon niet toegepast. Dat is frustrerend. Het lijkt of de kennis wel aanwezig is, maar dat de praktijk te weerbarstig is om de kennis over te nemen.

Hoe zou dat kunnen verbeteren?

Pijn – en vooral doorbraakpijn – bij kanker blijft veel te vaak onbehandeld. Het wordt gezien als een symptoom van de ziekte, iets wat er nou eenmaal bij hoort. De aandacht gaat uit naar de behandeling van de ziekte zelf en het verlengen van het leven. De arts vraagt daarom niet door over pijn, en de patiënt durft er niet over te klagen. Het is heel belangrijk dat artsen door blijven vragen naar pijn en andere symptomen en eventuele bijwerkingen van de therapie en proberen daar een oplossing voor te vinden.

Artsen moeten zich houden aan de richtlijnen en dat gebeurt niet genoeg. Ik weet dat dit een zware uitspraak is,

maar ik doe hem toch heel bewust. Als ex-voorzitter van de werkgroep *Pijn bij kanker* weet ik dat de richtlijn heel duidelijk is, die is door heel veel verschillende groepen – ook internationaal – goedgekeurd. Het ontstemt mij zeer dat in de praktijk daar zo ontzettend van wordt afgeweken. Neem bijvoorbeeld ook de WHO-pijnladder. Dat is een duidelijk model voor hoe pijn moet worden behandeld. Tien jaar geleden is dat onderzocht, en toen bleek dat het model heel slecht werd toegepast. Dr. Marieke van der Beuken, internist in het academisch ziekenhuis Maastricht, heeft dat onlangs onderzocht, en nog steeds wordt die drietrapsladder nauwelijks gebruikt. Ik vind dat schokkend, zeker als je weet dat er heel veel moeite is gedaan om dat model te laten landen.

Wat moet er volgens u veranderen in de behandeling van doorbraakpijn?

Op het moment wordt er nogal vaak gedacht ‘ach, die doorbraakpijn hoort er nu eenmaal een beetje bij’ en wordt deze pijn daarom niet echt behandeld. Dat zou anders kunnen. Pijn is wat de patiënt zegt wat het is. Er is geen objectief model om pijn te meten, je moet altijd uitgaan van wat de patiënt zegt en als die klaagt over pijn, dan moet die

pijn worden behandeld. Het doet er daarbij niet toe of een patiënt een hoge of lage pijndrempel heeft. Doorbraakpijn verlaagt de kwaliteit van leven enorm en moet net zo serieus worden genomen als de andere medische problematiek bij kanker. De huidige indicatoren voor patiënten met kanker geven aan dat twee keer per dag moet worden gevraagd naar pijnklachten. Bij ambulante patiënten is dat lastiger, maar we hebben tegenwoordig zo veel moderne middelen, zoals internet en sms, daar moet een manier voor gevonden kunnen worden. En ook een manier om direct te kunnen reageren op die klachten. Het kan toch niet meer gebeuren dat een patiënt met ondraaglijke pijn twee weken moet wachten op een afspraak met de arts; dat moet gewoon binnen een paar uur worden opgevolgd. Patiënten die adequate pijnstillende behandeling ontvangen, zijn rustiger en hebben een veel hogere kwaliteit van leven. Het is nog niet bewezen in de literatuur, maar ik durf te beweren dat dit ook leidt tot een langere levensduur. Daarom is het zo belangrijk dat pijn serieus wordt genomen en goed wordt behandeld. Daar moet een veel groter bewustzijn voor komen in de maatschappij: bij patiënten maar vooral ook bij behandelaars.

