

PIJN BIJ KANKER TE LIJF

Multidisciplinaire opzet moet onderbehandeling pijn aanpakken

Veel patiënten met kanker krijgen geen optimale behandeling tegen de pijn. Structurele pijnmeting en een multidisciplinaire benadering moeten hier verbetering in brengen.

‘Iedereen in de zorgketen onderschat pijn’, aldus hoogleraar palliatieve zorg en pijnbestrijding Kris Vissers.

EVERT PRONK

Bij patiënten met kanker blijft het aspect pijn vaak onderbelicht. Dit concludeerde huisarts Karel Schuit in 1999 in zijn proefschrift. ‘Patiënten zijn weinig geneigd om de behandelend arts spontaan in te lichten over hun pijnklachten’, schreef hij destijds. Bijna negen jaar na Schuits proefschrift verschijnt de eerste wetenschappelijk onderbouwde richtlijn over pijn bij kanker. ‘In de praktijk blijkt vaak een onderrapportage van pijnklachten, door onvoldoende kennis van en aandacht van hulpverleners en door weerstand van patiënten om pijn te melden’, staat in het document.

Schuit vindt niet dat je kunt concluderen dat de tijd heeft stilgestaan. ‘Sinds ik mijn onderzoek deed, is morfine als pijnstiller steeds meer geaccepteerd. Dat geldt zowel voor patiënten als voor artsen. Artsen waren vijftien jaar geleden ook terughoudender met het voorschrijven ervan.’ Wat volgens Schuit nog steeds geldt, is dat patiënten in de curatieve fase niet bezig zijn met de pijn, maar met levensverlenging. Ze zijn aan het strijden. Pas als ze zijn uitbehandeld, komt die pijn in beeld.’

Cecile van Dierendonck, die namens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) plaatsnam in de werkgroep die de multidisciplinaire richtlijn opstelde, herkent wat Schuit schetst. ‘Een patiënt is in eerste instantie bezig met overleven en is volledig gefocust op de behandeling van kanker.’

NEUROPATHISCH

Pijn bij kanker kan worden veroorzaakt door de tumor zelf, diagnostiek en behandeling van de tumor of door een andere oorzaak. De meeste pijn is het gevolg van weefselbeschadiging. Er is een onderscheid tussen nociceptieve pijn, die meestal voorkomt bij botmetastasen of infiltratie van weke delen of viscera, en neuropathische pijn waarbij mogelijk sprake is van een zenuwbeschadiging of een probleem in het pijngeleidende systeem zelf. Twee derde van de kankerpatiënten met pijn kampt met nociceptieve pijn, bij één op de tien is deze neuropathisch. In een kwart van de gevallen is er sprake van een gemengd beeld.

Van alle patiënten met pijn bij kanker, veroorzaakt een ruimte-innemend proces bij 70 procent van alle patiënten pijn. Bij 20 procent is de behandeling daar debet aan. De resterende 10 procent komt op het conto van bijkomende ziekten of andere factoren.

STEMPEL

De nieuwe richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker is een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie in samenwerking met de Vereniging Integrale Kankercentra (VIKC) en Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. De richtlijn is met recht multidisciplinair. Maar liefst 22 disciplines hebben eraan meegewerkt. Behalve medisch specialisten als oncologen, internisten, radiotherapeuten en huisartsen, zijn ook fysiotherapeuten, apothekers, psychologen en verpleegkundigen in de richtlijn vertegenwoordigd.

Hoeveel kankerpatiënten pijn lijden is door gebrek aan goed systematisch onderzoek niet duidelijk, vermeldt de richtlijn. Uit een systematische review van de literatuur blijkt dat iets meer dan de helft van deze patiënten pijn heeft. Bij een derde is



RICHTLIJNEN

Medisch Contact zal regelmatig berichten over nieuwe en herziene richtlijnen. De richtlijnen zijn samen met een beknopt overzicht met belangrijke wijzigingen voor de patiëntenzorg te vinden via www.artsenet.nl/richtlijnen. Omdat nog niet alle verenigingen de richtlijn Pijn bij kanker hebben goedgekeurd, is daar nu de conceptversie te vinden.

Redactie: Evert Pronk
(e.pronk@medischcontact.nl)

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Volgens de richtlijn moeten unidimensionale meethulpmiddelen worden ingezet voor pijnmeting. Deze zijn valide en betrouwbaar.

dat matige tot ernstige pijn. Nagenoeg 60 procent lijdt tijdens de behandeling pijn en een derde heeft na curatieve therapie pijn. In een vergevorderd stadium van de ziekte loopt dat op tot twee derde.

ONDERSCHAT

'Het meten van pijn gebeurt steeds vaker, maar nog steeds te weinig', zegt Alexander de Graeff, internist-oncoloog bij UMC Utrecht en lid van de werkgroep die de richtlijn opstelde. 'Het

***'Het meten van pijn
gebeurt te weinig'***

meten vindt nu voornamelijk op de afdeling plaats, op de polikliniek nauwelijks.'

'Pijn wordt door iedereen in de zorgketen onderschat', vult Kris Vissers aan. Hij is hoogleraar palliatieve zorg en pijnbestrijding in UMC St Radboud en voorzitter van de richtlijnwerkgroep. 'Verpleegkundigen herkennen pijn meestal beter dan artsen, maar de pijnintensiteit wordt over het algemeen onderschat. Daarom is in de richtlijn vastgelegd dat pijn systematisch moet worden gemeten. Het moet net zo standaard worden als het meten van de temperatuur en de pols. Het meten is een gedeelde verantwoordelijkheid van artsen en verpleegkun-

digen. De uiteindelijke verantwoordelijkheid moet lokaal worden afgesproken. Dat moet vastliggen.'

Verpleegkundige en verplegingswetenschapper Wendy Oldenmenger en medeopsteller van de richtlijn schetst in een artikel in Nursing van januari, waarom dit belangrijk is. 'De verpleegkundige denkt: "de arts schrijft pijnmedicatie voor, dat is mijn terrein niet", terwijl de arts de pijnmeting afschuift op de verpleegkundige. Of denk aan artsen die wel naar pijn vragen, maar het antwoord niet noteren. Of verpleegkundigen die wel een pijncijfer opschrijven, maar waar de arts vervolgens niet naar kijkt.'

GEBRUIKSGEMAK

Uit onderlinge vergelijkingen komt naar voren dat unidimensionale meethulpmiddelen als de visueel analoge schaal (VAS), de numerical rating scale (NRS) en de verbal rating scale (VRS) in gelijke mate valide en betrouwbaar zijn. Ze verschillen vooral in gebruiksgemak. In de praktijk wordt de NRS, waarbij de patiënt de mate van pijn aangeeft op een schaal van 0 tot 10, het meest gebruikt.

De unidimensionale schalen moeten volgens de richtlijn worden ingezet voor systematische pijnmeting, terwijl multidimensionale vragenlijsten geschikt zijn om inzicht te krijgen in de mate waarin pijn de patiënt in zijn dagelijks functioneren beperkt. Hierin komen naast de intensiteit ook psychologische en sociale dimensies van de pijn aan bod. 'Er wordt nog onvoldoende aan patiënten gevraagd hoe het zit met werk en de gezinssituatie', betoogt Cecile van Dierendonck. 'Ik heb zelf te maken gehad met kanker zonder fysieke pijn. Dat is een totaal andere situatie dan bij een patiënt die ernstig pijn lijdt.'

'Aandacht voor psychologische en psychodynamische aspecten van pijn is uitermate belangrijk', zegt Vissers. >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

TIEN VRAGEN OVER DE RICHTLIJN PIJN BIJ KANKER

1. WAAROM IS ER EEN NIEUWE RICHTLIJN?

Voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met pijn bij kanker bestond in Nederland nog geen evidence-based richtlijn. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie nam het initiatief.

2. WELKE BEROEPSGROEPEN HEBBEN DE RICHTLIJN SAMENGESTELD?

Anesthesiologen, fysiotherapeuten, huisartsen, palliatief consulenten, internisten, klinisch geriaters, medisch oncologen, neurologen, oncologisch psychologen, radiotherapeuten, revalidatieartsen, verpleeghuisartsen, apothekers, verpleegkundigen.

3. ZIJN DE PATIËNTEN VERTEGENWOORDIGD?

Ja, door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.

4. VOOR WELKE BEROEPSGROEPEN IS DE RICHTLIJN MEDE RELEVANT?

Alle hulpverleners die met kankerpatiënten te maken hebben.

5. OVER WELKE PATIËNTEN GAAT DE RICHTLIJN?

Alle volwassen patiënten met kanker.

6. WAT IS ER NIEUW AAN DE ANAMNESE?

De anamnese moet erop zijn gericht aanwezigheid van pijn te bevragen en onderscheid te maken tussen nociceptieve en neuropathische pijn.

7. WAT IS ER NIEUW AAN DE DIAGNOSTIEK?

Bij alle patiënten met pijn moet structureel worden gemeten. Aanvullende diagnostiek kan nodig zijn om de oorzaak ervan te achterhalen.

8. WAT IS ER NIEUW AAN DE VERWIJZING?

De zorg voor patiënten met pijn moet zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie multidisciplinair worden georganiseerd.

9. WAT IS ER NIEUW AAN DE BEHANDELING?

Geadviseerd wordt om trede 2 van de WHO-pijnladder over te slaan.

10. WAT IS ER NIEUW AAN FOLLOW-UP EN NAZORG?

Ook bij patiënten bij wie de pijn onder controle is, vindt regelmatige pijnmeting plaats. En ook na ontslag uit het ziekenhuis moet er aandacht blijven voor pijn.

<< De pijnbeleving is voor iedereen anders. Hoewel er niet veel goed wetenschappelijk onderzoek naar is verricht, zijn er voldoende aanwijzingen om aan te nemen dat psychosociale ondersteuning de pijn vermindert.

PARACETAMOL

De richtlijnopstellers pleiten naast pijnmeting ook voor een zorgvuldige pijnanamnese en lichamelijk onderzoek met zo nodig aanvullende diagnostiek. 'Uiteraard hadden we hier graag meer onderbouwing voor gehad, maar we zijn van mening dat voor goede pijnbehandeling het belangrijk is om te weten of er sprake is van nociceptieve of neuropathische pijn,' zegt Vissers. 'Herkennen van pijn is stap één, goed behandelen is een volgende,' reageert De Graeff.

Een groot deel van de zo'n tweehonderd pagina's tellende richtlijn handelt over pijnbehandeling met farmacologische middelen. De WHO-pijnladder is hiervoor de basis. Op de eerste trede wordt het gebruik van paracetamol of acetylsalicylzuur aanbevolen, al dan niet in combinatie met een NSAID. De werkgroep adviseert als eerste stap monotherapie met paracetamol, overigens niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Opvallend is het advies de tweede trede met codeïne en tramadol over te slaan. Vissers: 'Uit vergelijkend onderzoek is gebleken dat sterk werkende opioïden uit trede 3 betere pijnstilling geven. Patiënten zijn ook meer tevreden, omdat er minder medicatiewisselingen plaatsvinden. We kunnen in Nederland de tweede stap overslaan, omdat sterkere opioïden hier ruim voorhanden zijn. Dat geldt maar in een klein deel van de wereld. In de praktijk wordt codeïne overigens al vaak overgeslagen.'

Hoewel er geen placebogecontroleerde studies naar zijn verricht, bestaat over het nut van de sterk werkende opioïden geen twijfel. De werkgroep adviseert te beginnen met een orale of transdermaal toegediend opioïd. 'We hebben gediscussieerd over het gebruik van zepillen, maar ik was tegen,' zegt patiëntvertegenwoordiger Van Dierendonck. 'Daarvoor moet de patiënt in een andere houding gaan liggen, wat op zichzelf weer pijn kan geven.'

Bij orale middelen heeft een opioïd met vertraagde afgifte de voorkeur, eventueel aangevuld met een kortwerkend opioïd tegen doorbraakpijn. Voor snelle pijnstilling valt de keus op transmucosale, subcutane of intraveneuze toediening van een opioïd. Bij patiënten bij wie orale en transdermale opioïden hun grens hebben bereikt, kan een anesthesioloog of een andere gespecialiseerde pijnbestrijder worden ingeschakeld voor intrathecale of epidurale opioïdentoediening.

AUTORIJDEN

In de richtlijn wordt veel aandacht besteed aan de bijwerkingen van opioïden: die komen dan ook veel voor. Zo moet standaard een laxerend middel worden voorgeschreven en is bij ernstige bijwerkingen (misselijkheid, delier, spiercontracties) opioïdrotatie te overwegen, aldus de richtlijn. Een opvallende passage in de tekst betreft de vermeende versuffende werking van opioïden. 'In Nederland dient het verbod op het besturen van een motorrijtuig bij gebruik van sterk werkende opioïden heroverwogen te worden,' staat er letterlijk. 'De sufheid verdwijnt meestal zodra patiënten op een stabiele dosis staan,' licht Vissers toe. 'Uit een systematische review blijkt dat opioïden de psychomotorische vaardigheden niet beïnvloeden. Een stabiele dosis gedurende veertien dagen wordt veilig geacht. Het is volgens de richtlijncommissie mogelijk om goede criteria af te spreken

over de voorwaarden waaronder patiënten met opioïden mogen autorijden.'

'De auto is belangrijk voor het behoud van zelfstandigheid,' reageert Dierendonck. 'In ons omringende landen is het een kwestie tussen arts en patiënt. Het is toch van de zotte dat Nederland er een andere regelgeving op nahoudt.' Bij navraag bij het ministerie van Verkeer en Waterstaat laat een woordvoerder weten dat de minister de aanbeveling in de richtlijn zal bestuderen. Daarna beslist hij of er zich bij het CBR of de Gezondheidsraad een deskundigencommissie over moet buigen. Op voorhand wil hij daar geen uitspraken over doen.

CHEMOTHERAPIE

Ook het inzetten van ziektegerichte behandelingen krijgt veel aandacht in de richtlijn. Van een flink aantal hiervan is aangevoerd dat ze ook gericht kunnen worden ingezet tegen pijn. Zo is duidelijk dat chemotherapie leidt tot pijnreductie bij patiënten met prostaatacarcinoom, pancreascarcinoom en niet-kleincellige longkanker. Voor kleincellig longcarcinoom, borst- en dikkedarmkanker, oesofagus- en maagcarcinoom is de onderbouwing minder solide. Datzelfde geldt voor hormonale therapie voor pijnreductie bij hormoongevoelig prostaatacarcinoom en hormoongevoelig mammacarcinoom. De werkgroep adviseert dat chemo- en hormonale therapie in zijn algemeenheid moeten worden overwogen bij tumoren die daarvoor potentieel gevoelig zijn.

Van radiotherapie is voor een aantal specifieke vormen van kanker, waaronder oesofagus- en rectumcarcinoom en hoofdhalstumoren, aangetoond dat het de pijn reduceert. De werkgroep generaliseert de onderzoeksresultaten en gaat ervan uit

*'De pijnbeleving
is voor iedereen anders'*

dat radiotherapie leidt tot vermindering van pijn veroorzaakt door de primaire tumor of een lokaal recidief daarvan. Bij metastasen is kortdurende radiotherapie te overwegen, die bij succes eventueel kan worden herhaald.

De wetenschappelijke literatuur laat overtuigend zien dat radionucliden de pijn verminderen bij botmetastasen van diverse primaire tumoren. De werkgroep beveelt aan radionucliden te overwegen bij multifocale pijnklachten door uitgebreide osteoblastische botmetastasering. Naar chirurgisch ingrijpen bij pijn is weinig methodologisch goed onderzoek verricht. Wel zijn er positieve resultaten uit matig onderzoek. Dit laatste geldt sterker voor ingrepen bij metastasen dan bij pijn van primaire tumoren. De werkgroep raadt aan multidisciplinair te bespreken of een operatieve ingreep al dan niet in combinatie met chemotherapie of radiotherapie zinvol en wenselijk is.

GESCHROKKEN

Ook voor een palet aan paramedische behandelingen is plaats bij pijnbehandeling. Ontspanningsoefeningen, klassieke >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Morfine als pijnstiller is steeds meer geaccepteerd. Zowel door patiënten als door artsen.

<< massage, lymfedrainage, oefentherapie, hydrotherapie, transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) en warmte- en koudetherapie zijn alle het overwegen waard, volgens de werkgroep. Een multimodulair revalidatieprogramma geeft tijdelijke afname van pijn, zo blijkt uit onderzoek. Hoewel een kwart van de patiënten behoefte heeft aan gespecialiseerde psychosociale ondersteuning, is het effect ervan nooit goed onderzocht. Toch is de werkgroep overtuigd van het nut ervan.' Eerlijk gezegd zijn we nogal geschrokken van de magerte van de literatuur over paramedische behandelingen', zegt Vissers. 'Er is maar weinig onderzoek specifiek gericht op kankerpatiënten. We hebben nogal veel moeten extrapoleren. Een aantal fysiologische technieken halen de eindstreep niet om ze op te nemen in de richtlijn.'

Opvallend is dat klassieke massage, waarvan wel behoorlijk is aangetoond dat het de pijn vermindert, volgens de richtlijn kán worden overwogen, terwijl medische interventies met vergelijkbare of soms nog minder onderbouwing móeten worden overwogen. 'We kijken naar de zwaarte van de literatuur. Maar voor de aanbeveling speelt ook de visie van de werkgroep een rol', reageert Vissers. 'Misschien komt het ook doordat het niet onze medische deskundigheid betreft', verklaart De Graeff het subtiele verschil. 'Het recept zit voorin onze pen. Paramedische interventies hebben vaak onterecht een aureool van softheid. Dat is niet de bedoeling, maar ongemerkt gebeurt het snel.'

GESTRAND

Het mag duidelijk zijn dat er nogal wat disciplines betrokken kunnen zijn bij kankerpatiënten met pijn. En dan zijn neuro-ablatieve en -destructieve behandelingen en tal van andere aspecten uit de richtlijn hier nog niet eens aan bod gekomen. Eerdere pogingen om met verschillende behandelaars een richtlijn te ontwikkelen strandden. Vissers heeft wel een

idee waarom het nu is gelukt. 'Het is moeilijk om in voorbije edities te kijken, maar wat ons in ieder geval heeft geholpen is dat alle leden die meewerkten aan de richtlijn, al dagelijks in een multidisciplinair kader werken.' 'Mijn interpretatie is dat er nu meer evidentie is', vult De Graeff aan. 'Dat stuurt de discussie de goede kant op. Toen was het meer een kwestie van welles-nietes.'

Ook de multidisciplinaire benadering zelf is onderwerp in de richtlijn. 'Het gevaar is dat niemand de verantwoordelijkheid neemt', zegt Vissers. 'Als de patiënt niet is opgenomen, is het helder: dan heeft de huisarts of de verpleeghuisarts de regie. Maar in het ziekenhuis moeten artsen onderling afspreken wie hoofdbehandelaar is.'

'En de patiënt moet het ook weten', reageert Van Dierendonck (NFK). 'Vooral in grotere ziekenhuizen lopen specialisten, assistenten en coassistenten allemaal door elkaar en weet de patiënt niet meer wie zijn dokter eigenlijk is. Dat kan zeer verwarrend zijn.'

'Het is ook belangrijk dat de patiënt een groot deel van de regie houdt, hebben we afgesproken', zegt Vissers. 'In de eerste lijn gebruikt men daarvoor het Zorgdossier intensieve thuiszorg van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Dat is ook bruikbaar in tweede lijn.'

Van Dierendonck: 'De regie moet natuurlijk niet direct bij de patiënt worden gelegd op het moment dat de diagnose is gesteld. Artsen moeten inschatten of en wanneer de patiënt dat aankan.'

VRIJBLIJVENDHEID

Tot zover de theorie. Gaat het straks in de praktijk ook lukken de zorg voor patiënten met pijn in een multidisciplinaire organisatie te verbeteren? 'De richtlijn is grotendeels een theoretisch concept', erkent Vissers. 'De vertaalslag moet nog gemaakt. Toch is er een grote stap gezet. Met de acceptatie van de richtlijn verdwijnt de vrijblijvendheid. Zorgverleners kunnen met de richtlijn in de hand lokaal afspraken maken. Momenteel ontwikkelen we indicatoren om de effecten van deze richtlijn en de behandeling van pijn bij kanker te meten. We roepen dan ook op om nulmetingen te doen, zodat we kunnen zien of er straks daadwerkelijk minder patiënten met kanker zijn die pijn lijden.' ■

MCtv

MC TV

Op 24 januari is er om 20.30 uur een live internettelevisie-uitzending van MC TV waarin de richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker centraal staat. Hoofdredacteur Ben Crul discussieert met hoogleraar palliatieve zorg en pijnbestrijding Kris Vissers, oncoloog Winald Gerritsen, huisarts Cora Leijdens-Arendse, verpleegkundige en verplegingswetenschapper Wendy Oldenmenger en NFK-vertegenwoordiger Cecile van Dierendonck. U kunt live participeren via e-mail. De uitzending wordt gevolgd door een e-learningmodule van Artsennet Leren, die samen met het debat is geaccrediteerd voor 2 nascholingspunten. Meldt u nu aan via www.medischcontact.tv, dan krijgt u voor de uitzending een herinnering per e-mail of SMS. Op www.medischcontact.tv zijn ook E-interviews met deskundigen te zien.