

Zonder recept betekent niet zonder effect

Auteur: M. McCaffery

Vertaald/bijgewerkt: P.J.W. Vogelaar

Nieuwsbrief: 1999

Pagina: 37-40

Jaargang: 6

Nummer: 5

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: pijn pijnbehandeling pijnbestrijding NSAID's

Literatuur: -EuroPain Task Force, Minimum Standards for the Management of Postoperative Pain. Pagasus Healthcare International Ltd., UK, september 1998 -Hawthorn J, Management van pijn bij kanker. Glaxo Wellcome B.V., Zeist, 1997 -World Health Organisation, Cancer pain relief and palliative care. WHO Technical Report Series, 804. WHO, Geneva, 1990. -Cashman J, McAnulty G, Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs in Perisurgical Pain Management, Mechanisms of Action and Rationale for Optimum Use. Drugs 49 (1) 1995; 51-70. Adis International Limited, London, 1995. -[auteur, titel artikel,] Nursing98, august; 54-55.[VS????]

Vrij verkrijgbare pijnstillers zijn krachtige bondgenoten tegen hevige pijn, zelfs bij kankerpatiënten. Maar de dosering luistert nauw, dus spoor uw patiënt aan tot medicatietrouw.

Veel verpleegkundigen en artsen weten niet dat non-opioïden als niet-steroïde anti-inflammatoire drugs (NSAID's) en paracetamol een rol van betekenis kunnen spelen, zelfs bij de pijnbestrijding van patiënten met kanker. Laten we beginnen met twee casussen.

Borstkanker met uitzaaiingen

Bij mevrouw Potter is kort geleden borstkanker vastgesteld met uitzaaiingen in de botten. De enige pijnstiller die ze nu gebruikt is ibuprofen om de zes uur 400 mg. Op een pijnschaal van 0 tot 10 (0 = geen pijn, 10 = ergste pijn) geeft ze een score van 2, waar ze naar eigen zeggen goed mee kan leven. Vóór de behandeling met ibuprofen gaf mevrouw Potter een pijnscore van 3 tot 5 en werd ze door de pijn ernstig belemmerd in haar bewegingen en slaap. Ze is nu in staat zichzelf te verzorgen en in huis te lopen. Ook kan ze weer goed slapen, ook al moet ze 's nachts éénmaal de wekker zetten om haar pijnmedicatie in te nemen.

Blaaskanker in de terminale fase

Meneer Jansen is terminaal ziek. Hij lijdt aan blaaskanker met uitgebreide lymfemetastasen. Zijn pijn in bekken en buik wordt snel ernstiger en hij wordt in het ziekenhuis opgenomen

voor palliatieve pijnbestrijding. De huisarts heeft enige weken geleden morfine voorgeschreven, waarvan de dosering steeds is opgehoogd, tot 1200 mg per dag (2 x daags 600 mg morfinesulfaat met gereguleerde afgifte) bij opname. Naast pijn heeft meneer Jansen, ondanks de voorgeschreven laxantiaprofylaxe, last van obstipatie. Bij opname geeft meneer Jansen een numerieke pijnscore van 7 aan. De arts schrijft diclofenac (3 x daags 400 mg per os) voor en begint met continu morfine i.v. (10 mg/uur, op te hogen op geleide van de pijn). Na enkele uren zakt de pijn en is het mogelijk om een pijnanamnese af te nemen. Door het pijnteam wordt een behandeling met een NSAID en intrathecale toediening van morfine voorgesteld, zodat meneer Jansen met adequate pijnbestrijding thuis zal kunnen sterven.

De werking van NSAID's en paracetamol

Hoe is het mogelijk dat met de NSAID prostaglandinesyntheseremmer de botpijn bij mevrouw Potter met succes kon worden bestreden? En waarom schrijft de arts een NSAID voor bij meneer Jansen die met zo'n hevige pijn wordt opgenomen en morfine i.v. krijgt toegediend?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is het nodig om de werking van NSAID's en paracetamol te begrijpen. Hier gaat het om:

- Non-opioïden verlichten pijn beter dan veel verpleegkundigen, artsen en ook patiënten zich realiseren. De meeste soorten somatische en viscerale pijn kunnen effectief worden behandeld met paracetamol en NSAID's. Somatische pijn is pijn die wordt veroorzaakt door beschadiging van bot-, spier- en huidweefsel, en viscerale pijn ontstaat bij weefselbeschadiging van de organen. NSAID's en paracetamol geven minder bijwerkingen dan opioïden en verdienen daarom de voorkeur.

- Non-opioïden verlichten pijn volgens een volstrekt ander mechanisme dan opioïden. Opioïden bezetten specifieke opiaatreceptoren in de hersenen en het ruggemerg, en werken dus primair op het niveau van het centrale zenuwstelsel NSAID's en paracetamol dempen de geleiding van de pijnprikkels in het perifere zenuwstelsel. Daarnaast blijken NSAID's ook een centrale werking te hebben; dit verklaart het gunstige effect van een combinatie van paracetamol met een NSAID bij sommige patiënten.

NSAID's remmen de synthese van prostaglandine. Prostaglandine verhoogt de werking van bradykinine, een stof die een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van ontstekingsreacties en pijn. Als minder prostaglandine wordt aangemaakt, neemt ook de activiteit van bradykinine af. Via dit mechanisme bestrijden NSAID's pijn op de plaats van het letsel of weefselbeschadiging.

Aanval op twee fronten

Het is niet verwonderlijk dat in richtlijnen van de /International Association for the Study of Pain / (IASP, een onderdeel van de Wereld Gezondheids Organisatie WHO) en /de Amerikaanse Agency of Health Care Policy and Research / (AHCPR) wordt aanbevolen om bij milde tot matige acute of chronische pijn bij kanker eerst non-opioïden te geven. Ook de /Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn/, verschillende /Integrale Kankercentra / en de onlangs verschenen /European Minimum Standards for the Management of Postoperative Pain / geven vergelijkbare aanbevelingen. Deze vorm van pijnbestrijding staat bekend als pijnbestrijding volgens de analgetische ladder. Maar zelfs als de pijn zo hevig is dat een opioïd nodig is, zal de arts daarnaast een non-opioïd voorschrijven.

Daarom kreeg meneer Jansen naast morfine het NSAID diclofenac voorgeschreven. Door de combinatie van deze twee analgetica wordt de geleiding van de pijnprikkel zowel perifeer als centraal 'aangevallen'. Bij mevrouw Potter zal bij eventuele toename van pijn een licht of sterk werkend opioïd aan de maximale dosering NSAID worden toegevoegd.

Ingrijpende bijwerkingen

Zoals praktisch alle medicijnen hebben non-opioïden, paracetamol en NSAID's, behalve voordelen ook nadelen.

Paracetamol kan bij een te hoge dosering de leverfunctie aantasten. Bij een volwassen patiënt is de maximale dosering 4000 tot 6000 mg per dag. Rekening houdend met de werkingsduur dient de patiënt paracetamol bij continue pijn om de vier tot zes uur in te nemen.

Er zijn vele soorten NSAID's. Het is mogelijk dat paracetamol of een NSAID een zwaar gevoel op de maag veroorzaakt. Dit kan in enkele gevallen worden verholpen door het innemen van maagbeschermende medicijnen of het innemen van het NSAID met een melkproduct. In sommige gevallen zal het overstappen naar een ander NSAID uitkomst bieden.

Veel ernstiger is het gevaar bij langdurig gebruik van NSAID's. De systemische bijwerkingen van NSAID's kunnen leiden tot trombocytopenie als gevolg van de invloed van NSAID's op de trombosynthese. Maagbeschermende medicijnen of melk kunnen dit niet voorkomen. Patiënten met trombocytopenie mogen geen NSAID's gebruiken, omdat deze de bloedstolling kunnen belemmeren. Een gunstige uitzondering hierop is Novalgine.® Langdurig gebruik van NSAID's kan bovendien leiden tot versnelde nierinsufficiëntie, vooral bij ouderen of als al sprake is van verstoorde doorbloeding van de nieren of van een verstoorde elektrolytenbalans. Regelmatige controle van de nierfunctie kan deze bijwerking tijdig aan het licht brengen. Er bestaat inmiddels een nieuwe generatie NSAID's, die minder bijwerkingen veroorzaken. In Nederland zijn meloxicam en nebumaton verkrijgbaar.

Belangrijke aandachtspunten

Als de arts aan een kankerpatiënt met pijn non-opioïden voorschrijft, is het belangrijk de volgende punten goed te onthouden.

• Effect op de pijn

Het is van belang dat de verpleegkundige het effect van de pijnmedicatie evalueert. Het meest eenvoudige is om het effect van de analgetica te laten beoordelen door de patiënt zelf. U kunt dit doen door de patiënt om de vier uur een pijnscore te laten geven en te vragen of hij of zij daarmee tevreden is. Bovendien gaat u na of de patiënt niet door de pijn wordt belemmerd in zijn of haar fysieke activiteiten zoals zelfzorg, mobiliseren en doorademen.

• Reactie van de patiënt

Een non-opioïd waar de ene patiënt goed op reageert kan weinig effect hebben bij de andere. Een bruikbare vuistregel is: als een patiënt in het verleden goed heeft gereageerd op een specifiek non-opioïd, is het raadzaam dat eerst te proberen. Vraag dat dus na bij de pijnanamnese.

• Toedieningsvorm

De meeste non-opioïden zijn in tablet- of capsulevorm verkrijgbaar. Ibuprofen en naproxen zijn ook als drank beschikbaar. Diclofenac® kan intraveneus worden toegediend. Enkele NSAID's kunt u intramusculair geven. Paracetamol en een aantal NSAID's zijn als zetpil

verkrijgbaar. Overleg altijd met de arts wat de beste toedieningsvorm voor een specifieke patiënt is.

• Dosering

Bij matige tot ernstige continue pijn zal de arts de maximum dosering non-opioïden voorschrijven. De werkingsduur kan echter verschillen. Het is van belang dat de patiënt zijn non-opioïde analgeticum op vaste tijden, regelmatig verdeeld over 24 uur, gebruikt. Voor paracetamol, bijvoorbeeld, geldt een maximum dosering van 4 x 1000 mg; als pijn optreedt vóór de volgende gift, kan de dosering bijvoorbeeld worden gewijzigd in 6 x 500 mg op vaste tijden en 2 x 500 mg bij doorbraakpijn. Naproxen® heeft een werkingsduur van 12 uur, en kan dus 2 x daags (interval van 12 uur!) worden ingenomen. Als het analgeticum is voorgeschreven voor incidentie- of doorbraakpijn, is het zeker niet de bedoeling dat de patiënt wacht tot de pijn niet langer te dragen is. Beter is het analgeticum te nemen bij de aanvang van een pijnaanval of voordat de patiënt een pijnlijke activiteit gaat ondernemen.

Krachtige bondgenoten

Door non-opioïden alleen of in combinatie met opioïden toe te dienen is het mogelijk pijn effectief te bestrijden. Als een non-opioïd alléén onvoldoende pijnstilling geeft kan het toevoegen van een opioïd in veel gevallen uitkomst bieden. In sommige gevallen zal ook een co-analgeticum noodzakelijk blijken. Een co-analgeticum is een geneesmiddel dat niet primair als analgeticum is bedoeld, maar in een lage dosering kan een analgetisch effect optreden. Het werkt voornamelijk op de pijngewaarwording in de hersenen en wordt vaak bij neurogene pijn (pijn als gevolg van letsel aan het zenuwweefsel) voorgeschreven. Voorbeelden van co-analgetica zijn antidepressiva en anti-epileptica.

Van belang is te onthouden dat een combinatie van pijnstillers met een verschillend werkingsmechanisme effectiever is dan het gebruik van één pijnstiller afzonderlijk. Bovendien heeft combinatietherapie met non-opioïde en opioïde analgetica het voordeel dat in een aantal gevallen minder opioïden nodig zijn. Gebruik van minder opioïden vermindert de kans op hun onaangename bijwerkingen, zoals bijvoorbeeld concentratieverlies en sufheid. Let op: opioïden hebben altijd, ook bij lage dosering en in welke toedieningsvorm dan ook (oraal, transdermaal, intraveneus) een obstiperende werking, waarvoor laxantia-profylaxe moet worden gebruikt.

Zie deze krachtige bondgenoten tegen pijn niet over het hoofd. Het is belangrijk dat verpleegkundigen dit ook aan hun patiënten uitleggen en hen aansporen tot medicatietrouw.

KADER 1

De pijnladder

Er zijn drie groepen analgetica met toenemende pijnstillende eigenschappen: niet-opioïde pijnstillers (non-opioïden), zwak werkende opioïden en sterk werkende opioïden. Deze geneesmiddelen kunnen afzonderlijk of in combinatie met elkaar worden gebruikt. Een wereldwijd aanvaarde richtlijn voor het gebruik van deze pijnstillers is uitgebracht door de World Health Organisation (WHO), een onderdeel van de Verenigde Naties. De richtlijn staat bekend als de 'pijn ladder' of 'analgetische ladder', die drie treden telt. Het principe van de pijn ladder is bruikbaar voor de behandeling acute en chronische pijn.

Eerste trede

Bij de diagnose pijn zijn non-opioïden de eerste keuze.

Tweede trede

Op de tweede trede van de analgetische ladder worden aan de pijnstillers van de eerste trede zwak werkende opioïden toegevoegd.

Derde trede

Op de derde trede van de pijnladder worden de zwak werkende opioïden vervangen door sterk werkende opiaten of opioïden

KADER 2

Eerste trede: non-opioïden

De groep non-opioïden omvat de geneesmiddelen paracetamol en de niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's). In tegenstelling tot de opioïden hebben non-opioïden een maximum dosering. Dat wil zeggen dat een verdere verhoging van de dosering niet zal leiden tot een betere pijnstilling. Overdosering verhoogt echter wel de kans op bijwerkingen.

Non-opioïden remmen vooral de geleiding van de pijnprikkel in de perifere zenuwen. Zij doen dit door de aanmaak van prostaglandine, een stof die door het lichaam wordt aangemaakt bij het optreden van weefselbeschadiging, te remmen.

Non-opioïden kunnen worden gebruikt voor de behandeling van continue pijn en de patiënt dient deze op regelmatige tijden in te nemen. Ook zijn non-opioïden geschikt bij doorbraakpijn of incidentiepijn en moeten dan bij opkomende pijn of pijnaanval worden gebruikt.

Non-opioïden zijn op de eerste trede van de analgetische ladder te combineren met co-analgetica. Dit zijn geneesmiddelen die niet primair bedoeld zijn als pijnstiller, maar in een lage dosering een analgetisch effect bezitten. Co-analgetica komen vooral in aanmerking bij neuropatische pijn (pijn door beschadiging van zenuwweefsel), die minder goed reageert op de geneesmiddelen met een primaire analgetische werking.

Als met paracetamol of NSAID's binnen 24 tot 48 uur onvoldoende pijnstilling wordt bereikt, moet worden overgestapt op de tweede sport van de pijnladder.

KADER 3

Tweede trede: non-opioïden met zwak werkende opioïden

Voorbeelden van zwak werkende opioïden zijn codeïne, buprenorfine en tramadol.

Waar non-opioïden bij continue pijn meteen in de maximale dosering kunnen worden gebruikt, is het raadzaam zwakwerkende eerst in een lage dosering te proberen en op geleide van de pijn op te hogen tot adequate pijnstilling wordt bereikt. Het ophogen van de dosering kan worden verhinderd door het optreden van bijwerkingen, zoals misselijkheid, braken en sufheid. Meestal verdwijnen deze bijwerkingen na enkele dagen.

Houden de bijwerkingen aan dan hebben de sterk werkende opioïde analgetica van trede drie de voorkeur. Dat is ook het geval als met zwak werkende opioïden niet snel genoeg (2 à 3 dagen) een aanvaardbare pijnstilling is bereikt.

KADER 4

Derde trede: sterk werkende opiaten of opioïden

Een opiaat is een geneesmiddel dat wordt bereid uit het sap van de opiumpapaver. Morfine is daarvan het meest bekende voorbeeld. Opioïden zijn synthetisch gemaakte analgetica met dezelfde eigenschappen als de in de natuur voorkomende opiaten. Hieronder wordt gemakshalve de term opioïden gebruikt voor de hele groep van sterk werkende opiaten en opioïden samen.

De opioïden danken hun pijnstillende werking aan hun eigenschap dat zij zich tijdelijk vastzetten op de zgn. opiaatreceptoren in het centrale zenuwstelsel. Daardoor beletten zij de geleiding van de pijnprikkel naar de hersenen toe.

Ook sterk werkende opioïden worden bij voorkeur gecombineerd met de non-opioïden en co-analgetica uit de eerste trede van de pijnladder. Meestal wordt met een lage dosering opioïde met onmiddellijke afgifte begonnen. Het effect van opioïden met onmiddellijke afgifte kan snel worden beoordeeld (1 tot 4 uur). Op geleide van de pijn dient de dosering worden opgehoogd tot een aanvaardbare pijnstilling wordt bereikt. Dan kan de arts de opioïden met onmiddellijke afgifte vervangen door opioïden met zogenoemde vertraagde of gereguleerde afgifte (zoals MS Contin®, Kapanol®, Noceptin® en Durogesic®-pleister). De patiënt kan naast opioïden met gereguleerde afgifte eventueel een opioïd met onmiddellijke afgifte blijven gebruiken om aanvallen van pijn snel te bestrijden.

Opioïden kunnen in lage of hogere dosering gepaard gaan met onaangename en soms ernstige bijwerkingen. In veel gevallen zijn de bijwerkingen van tijdelijke aard of reageren op specifieke geneesmiddelen. Het optreden van bijwerkingen zal van patiënt tot patiënt verschillen. Opioïden hebben altijd een obstiperende werking, zodat de patiënt altijd laxantia moet gebruiken.

In een aantal gevallen is het niet mogelijk om met oraal, rectaal of transdermaal toegediende sterk werkende opioïden voldoende pijnstilling te verkrijgen. Meestal gooien de bijwerkingen roet in het eten, waardoor verder ophogen van de dosering niet verantwoord is. In andere gevallen is de pijn niet of minder gevoelig voor opioïden, zoals bij neurogene pijn (pijn als gevolg van beschadiging van zenuwweefsel). De arts hoort voor deze patiënten pijnbehandeling door middel van andere analgetica en co-analgetica, parenterale toediening van analgetica of een zenuwblokkade te overwegen. Overleg met of verwijzing naar een gespecialiseerd centrum voor pijnbehandeling dient dan zonder onnodig tijdverlies plaats te vinden.

M. McCaffery

Nederlandse bewerking: Paul J.W. Vogelaar, verpleegkundig specialist, Pijnbehandelcentrum AZN St Radboud.

Met dank aan: Prof. dr. B.J.P. Crul, anesthesioloog, coördinator Pijncentrum AZN alsmede mevrouw M.G. Giesberts, verpleegkundig consulent postoperatieve pijn, en drs. D. Snijdelaar, anesthesioloog, beiden verbonden aan het Pijnbehandelcentrum AZN.