

CBO RICHTLIJN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN HET ULCUS CRURIS VENOSUM

K. Timm*

Zoals in het vorige nummer genoemd, zal het onderwerp pijn en het ulcus cruris venosum zijn. Een in de praktijk veel voorkomend probleem dat de kwaliteit van leven van de patiënt enorm kan beïnvloeden.

Je mag aannemen dat dit onderwerp dus uitgebreid in de CBO zal worden behandeld, maar helaas, onder hoofdstuk 6, orale medicatie, wordt slechts één aanbeveling genoemd: de werkgroep is van mening dat adequate pijnbestrijding aandacht behoeft. Als orale medicatie worden aspirine en pentoxifylline genoemd, medicijnen die het genezingsproces van de veneuze ulcera zouden bevorderen. Deze meerwaarde is overigens niet bewezen, maar er zijn aanwijzingen dat deze medicijnen een additief effect hebben. Hiermee is de pijnbestrijding met behulp van medicatie overigens niet benoemd. Er wordt wel een klein stukje gewijd aan de lokale pijnbestrijding. Er zijn aanwijzingen dat pijn bij gecombineerde ulcera afneemt door het gebruik van een hydrocolloïd of foamdressing. Gebruik van EMLA crème vermindert de pijn bij necrotomie. De World Health Organization heeft een pijnladder ontwikkeld voor chronische maligne pijn, maar wordt in toenemende mate ook gebruikt voor chronische nociceptieve (door weefselbeschadiging veroorzaakte) pijn.^{1,2}

Deze pijnladder wordt niet in de richtlijn genoemd, maar kan een bijdrage leveren aan de behandeling van het ulcus cruris venosum en wordt daarom wel in dit artikel toegelicht.

De WHO-pijnladder bestaat uit drie stappen

- Stap 1: niet-opioïden met of zonder adjuvant
Houdt de pijn aan of neemt de pijn toe?
- Stap 2: opioïden voor licht of matige pijn in combinatie met middelen van stap 1
Houdt de pijn aan of neemt de pijn toe?
- Stap 3: opioïden voor matige tot

ernstige pijn in combinatie met middelen uit stap 1

STAP 1: PARACETAMOL EN NSAID'S

Bij voorkeur start men met het voorschrijven van paracetamol. Een dosering van 3-4 gram per dag is meestal voldoende, echter vindt er meestal een onderdosering plaats uit angst voor leverbeschadiging.³ Dit gevaar bestaat absoluut bij excessief alcoholgebruik en een dosering van 6 gram per dag of meer. Als paracetamol alleen niet voldoende pijnstillend werkt kunnen NSAID's worden voorgeschreven. De voorkeur gaat dan uit naar middelen met het kleinste risico van bijwerkingen, zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen.⁴ De bijwerkingen betreffen de maagdarwand, de nierdoorstroming, de vaten en de bloedplaatjesaggregatie. Langdurig gebruik van deze NSAID's moet worden ontraden bij patiënten ouder dan 75 jaar, diureticagebruik, levercirrose of nierziekten. Uiteraard moet voorzichtigheid ook worden geboden bij patiënten met een maagdarmprobleem.

STAP 2: ZWAKWERKENDE OPIOÏDEN

Er is te weinig onderzoek om de effectiviteit van deze middelen aan te kunnen tonen. Bovendien geven zwakwerkende opioïden vergelijkbare bijwerkingen als morfine, zoals misselijkheid en braken. Voorbeelden: Temgesic, Tramadol.

STAP 3: STERKWERKENDE OPIOÏDEN

Morfine en afgeleiden. Als deze stap bereikt is, is het te adviseren een arts met speciale deskundigheid in consult te vragen. Opioïden worden uitsluitend voorgeschreven

indien andere analgetica tekortschieten of zijn gecontraïndiceerd. Voorbeelden: Morfine (MS-Contin), fentanyl (Durogesic) pleister. Vooral de eerste stap is van belang voor de (wond) verpleegkundigen. Zij kunnen de patiënt goed adviseren en begeleiden bij de pijnbestrijding en op deze manier bijdragen in de therapietrouw. Het benadrukken dat de pijnbestrijding slechts tijdelijk van aard is en er dus nagenoeg geen gevaar voor verslaving optreedt, is informatie die de patiënt niet onthouden moet worden.

In het volgende nummer van WCS Nieuws een artikel over shave-therapie bij ulcus cruris. Een therapie die genoemd wordt in de CBO, maar bij de commissie ulcus cruris onbekend was. Een reden om de lezers op de hoogte te brengen van deze behandelingsmethode.

*Karin Timm, bestuurslid WCS

LITERATUUR

1. Brouwers JRB. Farmacotherapie bij pijn door niet-maligne aandoeningen. In: Pijn leyden, behandeling van chronische pijn bij niet-maligne aandoeningen. JJ Tukker, EJ van Hoogdalem (eds.). Houten: St. Anselmus Colloquium, 1996: 23-37.
2. Lange JJ de. Opioïden en chronische benigne pijn. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1992; 136: 2260-2261.
3. O'Neil B, Fallon M. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. BMJ 1997; 315: 801-804.
4. MacDonald TM, Morant SV, Robinson GC, Shield MJ, McGilchrist MM, Murray FE et al. Association of upper gastrointestinal toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs with continued exposure: cohort study. BMJ 1997; 315: 1333-1337.
5. <http://www.geneesmiddelenbulletin.nl>