



# Stappenplan voor pijnbestrijding

De ene pijn is de andere niet. Pijnbestrijdingsmiddelen verschillen onderling, net als patiënten. Een keur aan zorgverleners is dagelijks bezig de pijn van patiënten te verlichten. Een overzicht van een stapsgewijze aanpak.

Tekst | Sander Borgsteede en Wouter Zuurmond

**D**oelstelling van de pijnbehandeling is de klachten optimaal te beheersen. Het zal niet altijd mogelijk zijn de patiënt pijnvrij te krijgen, en het is belangrijk deze verwachting niet te wekken. Een stappenplan ondersteunt zorgverleners in hun streven pijn met de minst zware medicatie zo goed mogelijk te behandelen.

## Stap voor stap

**Stap 1.** Vanwege de effectiviteit en het gunstige bijwerkingenprofiel is *paracetamol* (tot zesmaal daags 500 mg bij chronisch gebruik) eerste keuze. Wanneer dit onvoldoende werkt, is een NSAID geïndiceerd, eventueel met paracetamol en/of gastroprotectie. *Adjuvante analgetica* zoals antidepressiva en anti-epileptica worden in dit overzicht niet besproken, maar kunnen vanaf de eerste stap worden gebruikt.

**Stap 2.** Wanneer de pijn niet onder controle is met paracetamol of NSAID's – of wanneer deze niet gebruikt kunnen worden – stapt men over op *codeïne* of *tramadol* – eventueel in combinatie met medicatie uit stap 1. Codeïne is bij 6-7% van de mensen niet werkzaam en heeft een sterk obstiperend effect. Daarom heeft tramadol de voorkeur, ondanks de bijwerkingen die patiënten kunnen ervaren (zie blz. 30). Bij behandeling van pijn bij kanker wordt stap 2 meestal overgeslagen.

**Stap 3.** Als sterkste pijnstillers worden *morfine*, *fentanyl*, *oxycodon*, *methadon*, *buprenorfine* en *hydromorfon* toegepast. Bij de meeste patiënten met kanker kan pijn effectief met morfine behandeld worden. Er zijn voldoende

verschillende toedieningsvormen van opioïden beschikbaar om deze af te kunnen stemmen op de behoefte van de individuele patiënt. Voor morfine bestaat geen maximale dosering. Wanneer opioïden veel bijwerkingen geven of niet meer effectief zijn, kan de overstap naar een andere opioïde – opioïde-rotatie – zinvol zijn. Om obstipatie te voorkomen moeten sterke opioïden altijd gecombineerd worden met een laxans.

## Doorbraakpijn

Een basis-pijnbehandeling met alleen een slow-release preparaat zorgt voor onvoldoende controle van de zogenaamde doorbraakpijn, die kan optreden door specifieke kenmerken van de ziekte of het dagritme van de patiënt. Door naast een langwerkend preparaat ook een snelwerkend preparaat mee te geven dat de patiënt 'zo nodig' kan gebruiken, is een betere controle van pijn mogelijk. Voor doorbraakpijn is, naast de preparaten van buprenorfine, (hydro)morfine en oxycodon, sinds kort een 'fentanyl-lolly' beschikbaar. De hoeveelheid snelwerkende middelen die de patiënt dagelijks gebruikt is bovendien een indicatie voor de mate waarin de basispijn onder controle is. De pijn van iemand die dagelijks de maximale 'zo nodig'-hoeveelheid gebruikt, is waarschijnlijk niet optimaal onder controle.

## Communicatie

Voor de behandeling met opioïden te beginnen is het belangrijk goede voorlichting te geven over gewenning, verslaving en

afhankelijkheid. Zo treedt verslaving – psychische afhankelijkheid – bij de behandeling van pijn nooit op. Het goed bespreken van de positieve aspecten en de verwachtingen van de patiënt bevordert de therapietrouw en daarmee het effect. Bij veel patiënten variëren de pijn en de behoefte aan pijnmedicatie gedurende het etmaal.

Bij patiënten met pijn zijn meestal meerdere zorgverleners betrokken. Voor een optimaal resultaat is een goede afstemming tussen de verschillende partijen essentieel. Daarom is overleg een noodzaak: met de patiënt, zijn familie, huisarts, (verpleegkundige) thuiszorg, specialist(en) en andere betrokken disciplines. Het is handig om bij een palliatief zorgtraject de telefoonnummers van (lokale) expertisecentra paraat te hebben.

S.D. Borgsteede is werkzaam bij de afdeling klinische farmacologie en apotheek van het VUmc, het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. W.W.A. Zuurmond is hoogleraar palliatieve zorg en pijnbestrijding aan het VUmc en medisch directeur van hospice Kuria, Amsterdam.

Deze bijdrage is een samenvatting van het artikel *Stap voor stap het lijden te lijf* [Pharm Weekbl. 2007;142(44):18-23]. In dat artikel staat in de tabel met omrekenfactoren van morfine naar andere opioïden bij tramadol 0,15, maar dat moet 0,067 zijn.