

## Docentversie casuïstiek doorbraakpijn

### Casus A doorbraakpijn

#### Klinische gegevens

Een 67-jarige vrouw heeft een ossaal gemetastaseerd mammacarcinoom met onder andere metastasen in de 4e en 5e rib rechts. De pijn is meestal goed onder controle (NRS 3), maar op sommige momenten ervaart zij vrij snel opkomende heftige pijn in de rechter thoraxhelft, tot iets onder de borst. Deze houdt ongeveer een half uur aan. De NRS bedraagt dan 7-8. Ze heeft gemerkt dat de pijn wordt uitgelokt door sommige bewegingen, maar kan deze niet altijd vermijden. Zij is hiervoor al bestraald, zonder duidelijk effect.

Haar huidige (pijn)medicatie bestaat uit paracetamol 3 dd 1000 mg, 3 dd 50 mg diclofenac, 2 dd 20 mg oxycodon langwerkend en zo nodig oxycodon kortwerkend 5 mg tot 6x per 24 uur. Dit laatste helpt maar matig.

#### Wat is uw beleid?

- A. Verhogen van de oxycodon kortwerkend naar 10 mg zo nodig
- B. Vervangen van de oxycodon kortwerkend door fentanyl neusspray 50 µg/dosis
- C. Vervangen van de oxycodon kortwerkend door fentanyl neusspray 100 µg/dosis
- D. Toevoegen pregabaline 2 dd 75 mg

#### Antwoord casus A doorbraakpijn

Het beste antwoord is B: vervangen van de oxycodon kortwerkend door fentanyl neusspray 50 µg/dosis.

De pijn bij patiënt kan worden geclassificeerd als doorbraakpijn, waarschijnlijk uitgelokt door de ribmetastasen. Of het hier om somatische pijn vanuit de rib, of om neuropathische pijn door de tussenribzenuw gaat, kan niet helemaal worden uitgemaakt. De uitstraling tot onder de borst doet een neuropathische component vermoeden.

De definitie van doorbraakpijn luidt: 'een voorbijgaande toename van pijn, die spontaan optreedt of optreedt als gevolg van een specifieke, voorspelbare, of onvoorspelbare factor, ondanks relatief stabiele en voldoende gereguleerde achtergrondpijn' (Davies, 2009).

Ongeveer 60% van de patiënten met pijn bij kanker heeft een vorm van doorbraakpijn. Deze kan worden verdeeld in incidentele pijn, d.w.z. gerelateerd aan uitlokkende factoren zoals hoesten of verzorging, of spontane pijn, d.w.z. zonder duidelijke aanwijsbare oorzaak.

- Bij de behandeling van doorbraakpijn is de volgorde van behandeling als volgt:
- Behandelen of vermijden van uitlokkende momenten van de pijn.
- Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling (bestraling, fysiotherapie, chirurgie e.d.).
- Behandeling met medicatie.

In deze casus is de eerste stap niet mogelijk; de tweede is al uitgevoerd zonder succes. Er zal dus een keuze gemaakt moeten worden voor medicamenteuze behandeling. Voor het behandelen van doorbraakpijn wordt gebruikgemaakt van kortwerkende preparaten. Sinds enige tijd kan onderscheid worden gemaakt in de sinds jaar en dag bekende kortwerkende opioïden in tabletvorm (vaak aangeduid met de term KORTWERKEND-preparaten), en de snelwerkende fentanylpreparaten, aangeduid als ROO (Rapid Onset Opioids).



Voor snel opkomende, onvoorspelbare en relatief kortdurende pijn lijken de snelwerkende fentanylpreparaten het meest geschikt. Sommige kunnen binnen 15 minuten een relevante pijnvermindering geven. Er zijn diverse vormen verkrijgbaar: neusspray, diverse sublinguale smelttabletten, sticks om tegen het wangslimvlies te rollen. De ROO's zijn niet zonder meer uitwisselbaar. De keuze voor een preparaat wordt vooral bepaald door de voorkeur, het gebruiksgemak en de (on)mogelijkheden van de patiënt. Uit diverse onderzoeken kan op dit moment geen duidelijke uitspraak worden gedaan welk preparaat het snelste werkt. Geadviseerd wordt om, ongeacht de dosering van de achtergrondmedicatie, altijd te starten met de laagste dosering van het preparaat (behalve bij de sublinguale tabletten van 67 µg; start hiermee met de dosering van 133 µg). Dit is dus anders dan bij de kortwerkende preparaten (tabletten), waarbij geadviseerd wordt te starten met 1/6 van de dagdosering per keer.

### Bronnen

- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker, 2020.
- Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain* 2009;13(4):331-8.

### Casus B doorbraakpijn

#### Klinische gegevens

Een 75-jarige man heeft wervelmetastasen van een prostaatacarcinoom. Intussen is hij bedlegerig geworden. Als medicatie krijgt hij paracetamol 4 dd 1000 mg en oxycodon langwerkend 2 dd 20 mg, waarmee zijn pijn meestal draaglijk is met een NRS van 4. Alleen bij de verzorging neemt de pijn toe tot een NRS van 8; patiënt ervaart dit als zeer pijnlijk.

#### Welke aanpassing zou u doen?

- A. Adjuvante pijnmedicatie toevoegen
- B. De oxycodon langwerkend verhogen totdat patiënt altijd draaglijke pijn heeft
- C. Toevoegen van kortwerkend oxycodon 5 mg een half uur voor de verzorging
- D. Opioidrotatie

### Antwoord casus B doorbraakpijn

**Het juiste antwoord is C:** toevoegen van kortwerkend oxycodon 5 mg een half uur voor de verzorging.

Ook in deze casus is er sprake van doorbraakpijn.

(Zie voor een uitleg en algemene behandelprincipes casus A).

Het verhogen van langwerkende preparaten heeft het nadeel dat een groot deel van de dag meer pijnstilling wordt gegeven dan dat er behoefte is. Hierdoor kunnen de bijwerkingen toenemen, wat de therapietrouw en het vertrouwen van de patiënt in de medicatie kan schaden. Om deze reden zijn het toevoegen van adjuvante medicatie en het ophogen van de langwerkende oxycodon geen zinvolle acties.

Algemeen wordt aangehouden om voor doorbraakpijn 1/6 van de dagdosis te geven als kortwerkend preparaat. Dit kan zijn in de vorm van kortwerkende formuleringen of door



subcutane of intraveneuze toediening. Een wetenschappelijke basis voor dit doseringsadvies ontbreekt echter, zodat het effect van de doorbraakdosis moet worden geëvalueerd en zo nodig individueel aangepast.

Het is niet noodzakelijk voor doorbraakpijn hetzelfde preparaat te kiezen als voor de continue pijnbehandeling, al is dit vaak wel praktischer. Het voorkomt ook mogelijk lastige omrekeningen. Vaak wordt de keuze mede bepaald door de mogelijke toedieningsweg. Daarnaast kan de keuze worden bepaald door de gewenste snelheid van inwerken. Orale preparaten hebben ongeveer een half uur tot 40 minuten nodig voor intreden van een relevant effect. Subcutane toediening kan binnen 15 minuten effect sorteren. Als een sneller effect gewenst is, kan worden overgegaan op de sinds enige tijd op de markt zijnde transmucosale preparaten, de zogenaamde ROO's (Rapid Onset Opioids). In deze situatie, waarin de doorbraakpijn voorspelbaar is, wordt als eerste keus een kortwerkend (oraal) preparaat geadviseerd.

Doorbraakmedicatie dient op een zo nodig basis gegeven te worden en in principe altijd beschikbaar te zijn. Indien blijkt dat de patiënt regelmatig (vaker dan 4 keer per dag) van de doorbraakmedicatie gebruikmaakt, is het verstandig de dosis van de gebruikte doorbraakdosering toe te voegen aan de achtergrondmedicatie.

#### Bron

- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker, 2020.

