

Pijnbehandeling

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Wat is de optimale behandeling van pijn los van de elders besproken behandelingen in deze richtlijn? Dient in het zorgtraject voor patiënten met wervelmetastasen een pijnteam betrokken te zijn?

Aanbevelingen

Voor de behandeling van pijn bij wervelmetastasen wordt verwezen naar de richtlijn [Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker](#).

Indien pijn een onderdeel vormt van de klachten van patiënten met wervelmetastasen, wordt geadviseerd deze patiënten mede te laten begeleiden door een multidisciplinair pijnteam.

De werkgroep is van mening dat er grondige pijneducatie aan patiënten met pijn bij kanker gegeven moet worden.

Literatuurbespreking:

Er werden geen studies gevonden die specifiek de farmacologisch/analgetische behandeling onderzochten van pijn bij wervelmetastases. Ook over minimaal invasieve pijnbehandeling anders dan de reeds besproken vertebroplastiek, kyphoplastiek en RFA werden geen studies gevonden.

Over de behandeling van pijn bij kanker in het algemeen zijn andere richtlijnen beschikbaar [[Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker](#)]. Deze gaan ook in op de multidimensionale aspecten van pijn en de behandeling hiervan. Deze richtlijnen gaan overigens niet in op de in de praktijk vaak actieve multidisciplinaire pijnteamen. Daarom werd specifiek de subvraag gesteld of in het zorgtraject voor patiënten met wervelmetastases een pijnteam betrokken moet zijn. Ook hier werden echter geen studies gevonden welke de meerwaarde van de begeleiding door pijnteamen specifiek onderzochten in deze patiëntengroep. Daarom werd gezocht naar zo relevant mogelijke literatuur, die dit onderwerp zo goed mogelijk benadert.

Bonica beschreef in 1985 al dat er sprake lijkt van onderbehandeling van pijn bij kanker [Bonica 1985²³⁰]. Deandrea publiceerde een review van 26 studies waaruit bleek dat in 43% er sprake lijkt van onderbehandeling van pijn bij kanker [Deandrea 2008²³¹].

Van den Beuken onderzocht in een Nederlandse population-based studie (n= 1429) de prevalentie van pijn bij diverse vormen van kanker. Deze was 44% (matige tot ernstige pijn). 42% van de populatie beoordeelde de pijnbehandeling als onvoldoende [Van den Beuken-Van Everdingen 2007²³⁹].

Yates identificeerde 3 factoren welke pijnbeleving bij kanker negatief beïnvloedden: gebrek aan kennis over pijn, gebrek aan controle over pijn en gebrek aan adequate communicatie over pijn [Yates 2002²⁴⁰].

Potter beschreef vergelijkbare factoren en adviseerde actief te screenen op pijn en bijwerkingen. Verder werd geadviseerd zorgverleners specifiek te scholen gericht op betere communicatie en educatie over pijn en op diverse pijn behandelstrategieën naast alleen analgetica [Potter 2003²³⁷].

Miaskowski vond een relatie tussen onderbehandeling van pijn en slechte medicatietrouw [Miaskowski 2001²³⁵].

Oldenmenger vond dat de combinatie van Pijn Educatie Programma's (PEP) in combinatie met Pijn Consultaties vergeleken met standaardzorg leidde tot betere medicatietrouw, minder pijn en betere kwaliteit van leven bij patiënten met kankerpijn [Oldenmenger 2011²³⁶].

Lai vond ook aanwijzingen dat PEP positief bijdragen aan het gevoel van controle over kankerpijn door kankerpatiënten [Lai 2004²³³].

Lin vond vergelijkbare gunstige effecten van PEP in een eerstelijns setting [Lin 2006²³⁴].

Anderson vond beperkte invloed van een beperkt PEP en suggereerde dat voor een langdurig gunstig effect een intensief PEP van belang lijkt [Anderson 2004²²⁹].

Schuster benadrukte in een review het belang van goed medicamenteus en interventioneel pijnmanagement - naast optimale radiotherapie en adequate chirurgische behandeling - ter optimalisering van functionele capaciteit en kwaliteit van leven bij patiënten met wervelmetastases [Schuster 2001²³⁸].

Fenstermaker beschrijft hoe verbeterd analgetisch beleid zoals onder andere intraspinale opioïd toediening de noodzaak voor neuro-ablatieve ingrepen ter pijncontrole bij patiënten met wervelmetastases heeft doen afnemen [Fenstermaker 1999²³²].

De Richtlijn Pijn in Richtlijnen Palliatieve Zorg geeft uitvoerige adviezen over pijnbehandeling bij kanker.

Hierin wordt het belang van voorlichting, adequate communicatie inclusief adequate pijnmeting, ondersteunende multidisciplinaire zorg en continuïteit van zorg benoemd en uitgewerkt. Er moet altijd multidimensioneel gekeken worden naar de patiënt met kankerpijn [[richtlijn Pijn](#)].

De Landelijke Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker' geeft naast uitgebreide inhoudelijke adviezen specifiek een aanbeveling over het belang van systematische pijnmeting. Voor wat betreft organisatie van de zorg, moet volgens deze richtlijn zowel in de eerste als in de tweede lijn gestreefd worden naar multidisciplinair overleg bij de behandeling van patiënten met pijn bij kanker [[Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker](#)].

Conclusies:

Het is aangetoond dat onderbehandeling van pijn bij kanker voorkomt in bijna de helft van alle patiënten met kanker.

[Van den Beuken-Van Everdingen 2007²³⁹, Deandrea 2008²³¹]

Het is aannemelijk dat grondige pijneducatie aan patiënten met pijn bij kanker, goede communicatie over pijn en pijnbehandeling, medicatietrouw, scholing van zorgverleners gericht op voorgaande onderwerpen en scholing van zorgverleners gericht op multidimensionele pijnbehandeling bijdraagt aan pijnvermindering en betere kwaliteit van leven van patiënten met pijn bij kanker.

[Anderson 2004²²⁹, Lai 2004²³³, Lin 2006²³⁴, Miaskowski 2001²³⁵, Oldenmenger 2011²³⁶, Potter 2003²³⁷, Yates 2002²⁴⁰]

Er zijn aanwijzingen dat specifieke pijngeneeskundige behandelingen bijdragen aan de vermindering van pijn bij patiënten met pijn bij kanker en pijn bij wervelmetastasen.

[Fenstermaker 1999²³², Schuster 2001²³⁸]

De richtlijnen over pijn bij kanker in het algemeen benadrukken het belang van systematische pijnmeting bij patiënten met pijn bij kanker.

[[Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met pijn bij kanker](#)]

Meerdere landelijke richtlijnen over pijn bij kanker in het algemeen benadrukken het belang van multidisciplinaire samenwerking bij de patiënt met pijn bij kanker.

[[Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met pijn bij kanker](#)]

Overwegingen:

Organisatorische aspecten

Multidimensionele benadering van de patiënt met kankerpijn, pijneducatie, organisatie van pijnmeting, goede communicatie over pijn en pijnbehandeling, bevordering van medicatietrouw en multimodale pijngeneeskundige behandelingen zijn allemaal zaken waar multidisciplinaire pijnteams bij uitstek voor geschikt en bedoeld zijn. Hoewel deze zorg niet uitsluitend door deze teams geleverd kan worden, ligt het wel voor de hand deze teams in te zetten indien aanwezig.

Wervelmetastasen worden doorgaans behandeld in grotere centra, die beschikken over multidisciplinaire pijnteams en/of pijnbehandelcentra.

Ook palliatieve teams kunnen nodig zijn. Deze dienen in ieder geval regionaal beschikbaar te zijn en werken nauw samen met de betrokken pijnteams.

Veiligheidsaspecten

In de praktijk blijkt dat zowel bij patiënten als bij zorgverleners de kennis over met name opioïde analgetische medicatie en invasieve pijnbehandeling niet altijd optimaal is. Dit kan gevolgen hebben qua veiligheid. Het lijkt verstandig deze complexe materie zoveel mogelijk te laten begeleiden door de meest ter zake deskundigen welke beschikbaar zijn.

Kosteneffectiviteit

Indien de problemen van de patiënt uitsluitend van neurologisch functionele aard zijn zonder relevante pijn, lijkt het inzetten van pijnteams niet zinvol. Uiteraard moet de multidisciplinaire zorg zo zijn ingericht, dat te allen tijde pijnteams laagdrempelig kunnen worden betrokken bij de zorg indien dat alsnog nodig is.