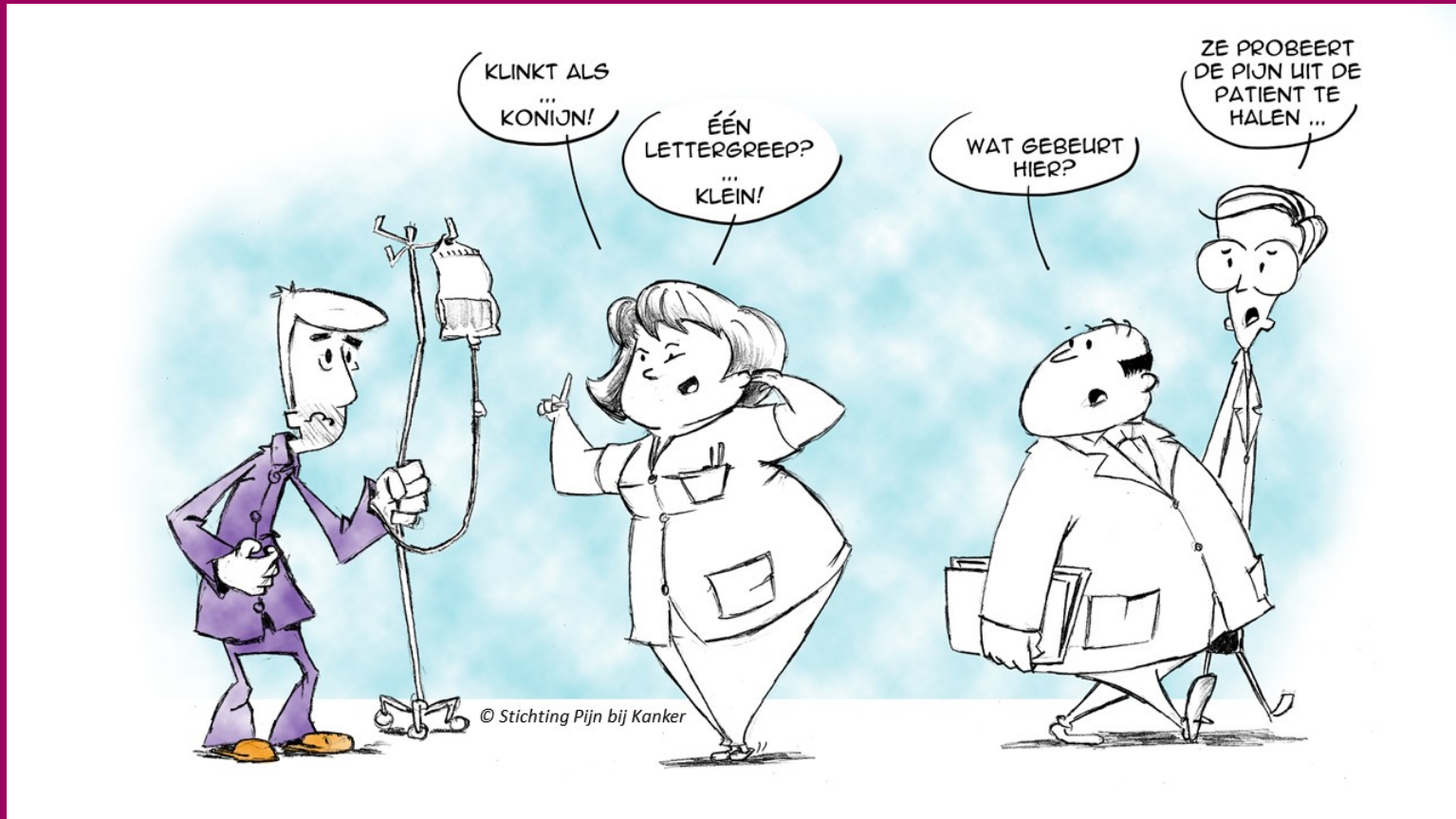


Jeroen BOSCH ZIEKENHUIS



Pijn bij gynaecologische oncologie



Emmy Heerkens

Verpleegkundig specialist GE oncologie JBZ én consulent Palliatief Advies Team

(potentiele) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Grünenthal
- Sponsoring of onderzoeksgeld - Honorarium - Aandeelhouder - Andere relatie, namelijk...	Stichting Oncowijs

- Wat is pijn?
 - Vormen van pijn
 - WHO pijnladder(s)
 - Pijnladder bij kanker
 - Opiaten
 - Niet- medicamenteus
-
- Mw Janssen
 - Mw de Kort

“Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging ¹.”

- Pijn is altijd een persoonlijke ervaring die in verschillende mate wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren
- Op basis van levenservaringen leren individuen het concept van pijn
- De uiting van pijn moet worden gerespecteerd
- Verbale uiting van pijn is een van de mogelijke uitingen van pijn, het wil niet zeggen dat mensen die niet verbaal kunnen communiceren geen pijn hebben

Kortom: pijn is datgene wat je patiënt zegt dat het is.

Vormen van pijn

Nociceptief 40%

weefselbeschadiging

Neuropatisch 20%

zenuwbeschadiging

Mengvorm 40%

Somatisch

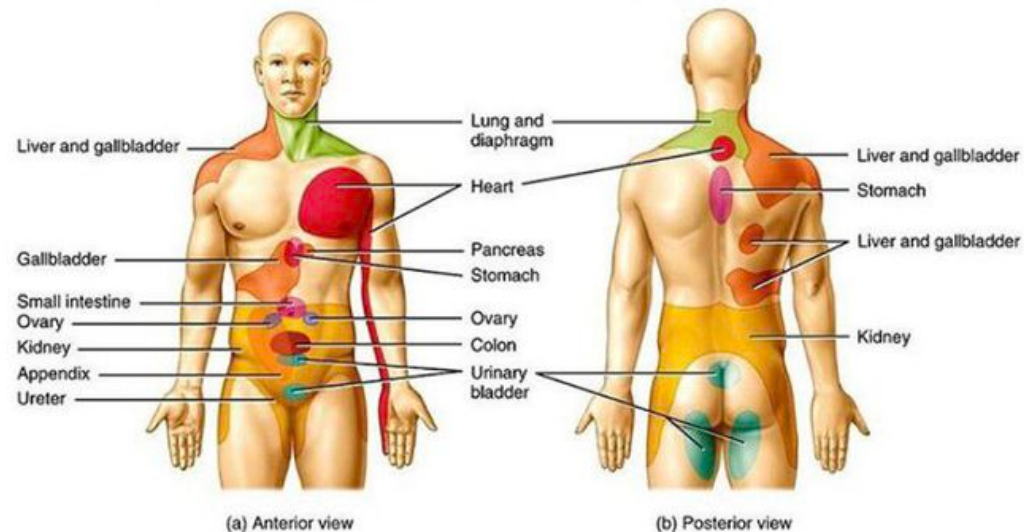
Huid, spier,
bindweefsel =
stekend + scherp
+ gelokaliseerd

Visceraal

Organen abdomen
& thorax = drukkend
+ krampend + niet
gelokaliseerd

Referred pain

Distribution of Referred Pain



Nociceptieve pijn

Ontstaat door beschadiging van weefsel

Schade aan ingewanden

Viscerale pijn

- **Locatie:** Niet altijd duidelijk
- **Gevoel:** Borend, drukkend en/of krampend
- **Goed om te weten:** Het karakter van de pijn komt niet altijd overeen met de pijnprikkel: drukkende pijn hoeft bijvoorbeeld niet door druk veroorzaakt te worden



Schade aan huid, bindweefsel, spier en bot

Somatische pijn

- **Locatie:** Duidelijk
- **Gevoel:** Scherp, stekend, prik-kend, schrijnend en/of kloppend
- **Goed om te weten:** Normaal is de intensiteit en duur van de pijn in lijn met de pijnprikkel. Maar als de weefselbeschadiging langer duurt kan er bijvoorbeeld sensitisatie optreden van neuronen, waardoor plekken overgevoelig worden



Neuropathische pijn

Ontstaat door beschadiging van het zenuwstelsel

- **Oorzaak:** Door ingroei of druk van de tumor, door chemotherapie, door radiotherapie of door chirurgie (bijvoorbeeld fantoompijn)
- **Locatie:** Plek van de pijn komt niet altijd overeen met plek van de beschadiging
- **Gevoel:** Brandend, schietend, en/of stekend. De pijn kan 'vreemd' aanvoelen, patiënten kunnen de pijn niet altijd goed omschrijven.
- **Goed om te weten:** De pijn kan gepaard gaan met gevoelsstoornissen:

**Verminderde sensibiliteit
en/of paresthesiën**

Hyperalgesie

Versterkte pijngewaarwording

Allodynie

Pijn door onschuldige prikkel

Schade aan perifere zenuwstelsel:

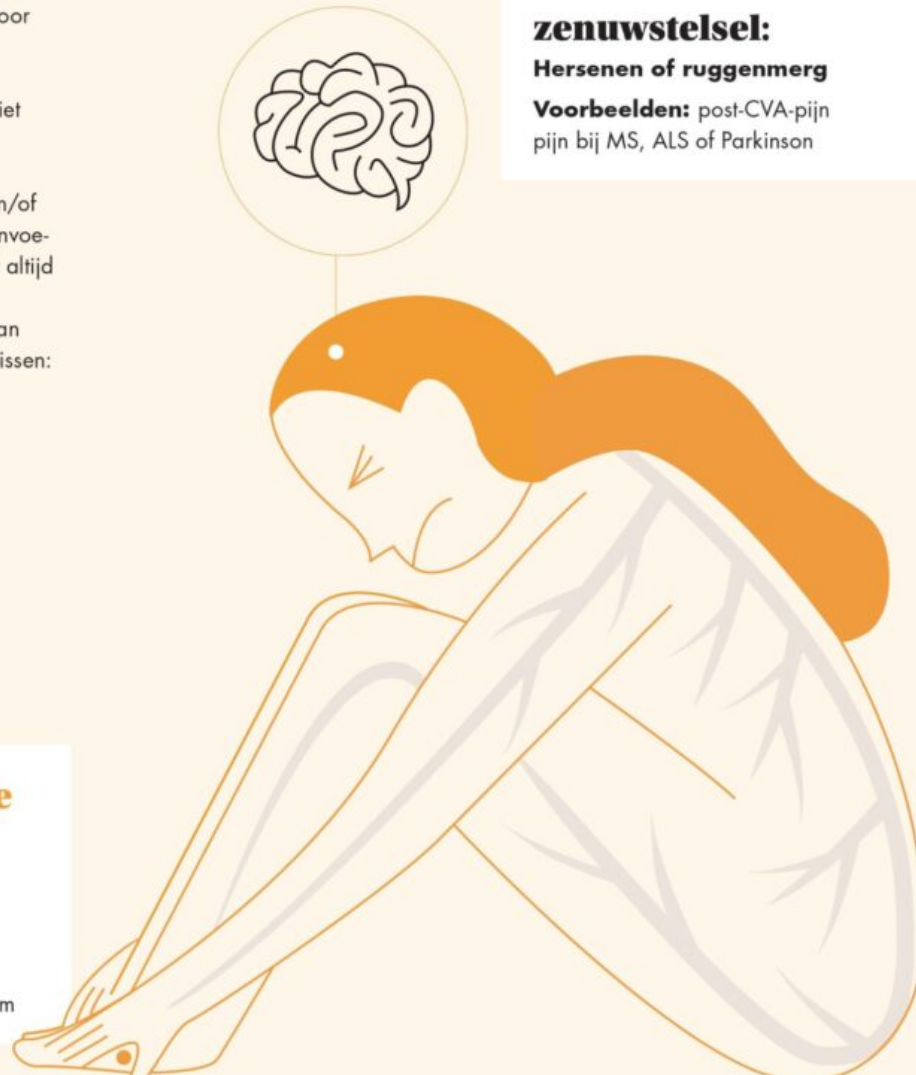
**Zenuwen, zenuwplexus
of wortels**

Voorbeelden: diabetische
neuropathie, carpaletunnelsyndroom

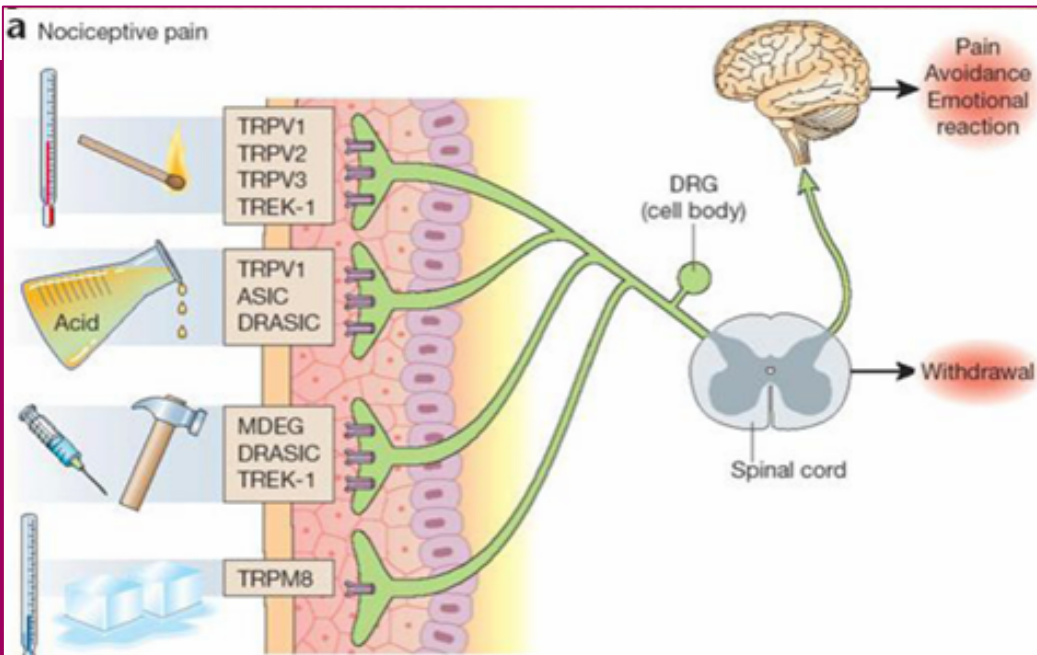
Schade aan centrale zenuwstelsel:

Hersenen of ruggenmerg

Voorbeelden: post-CVA-pijn
pijn bij MS, ALS of Parkinson

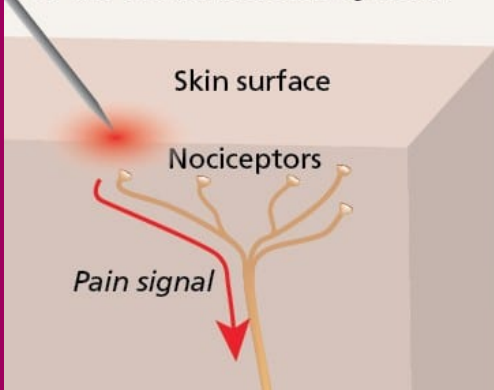


Vormen van pijn



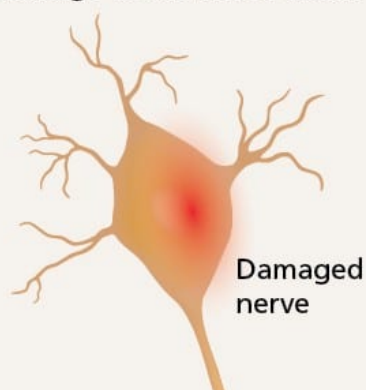
Nociceptive Pain

Special nerve endings called nociceptors send pain signals to the central nervous system.

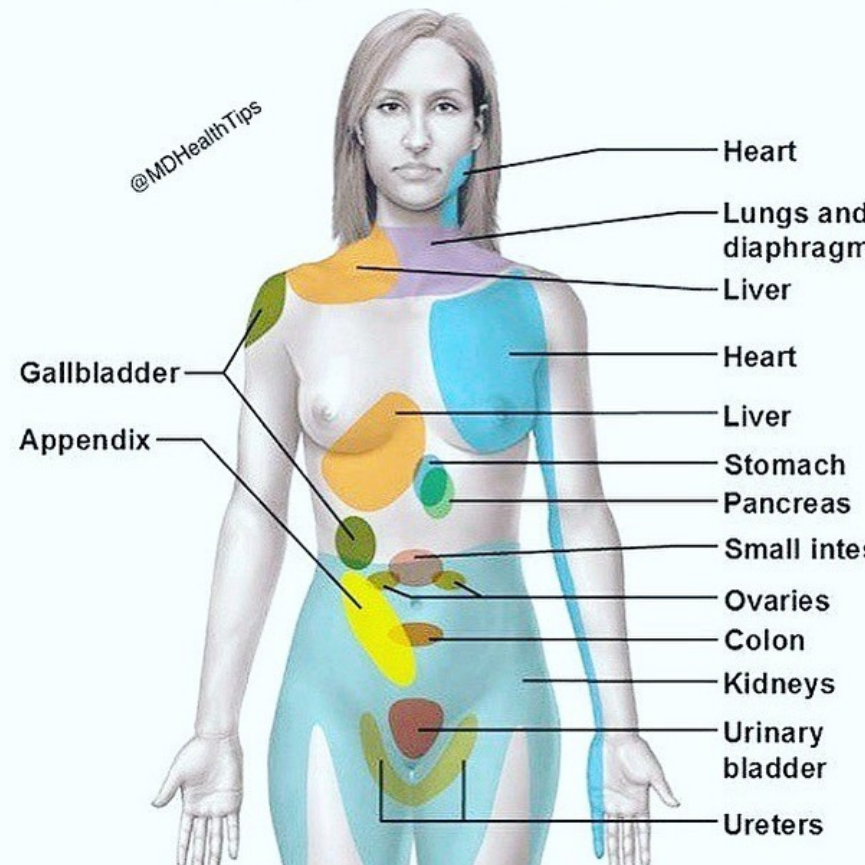


Neuropathic Pain

Caused by dysfunction in the nervous system or damage to the nerve itself.

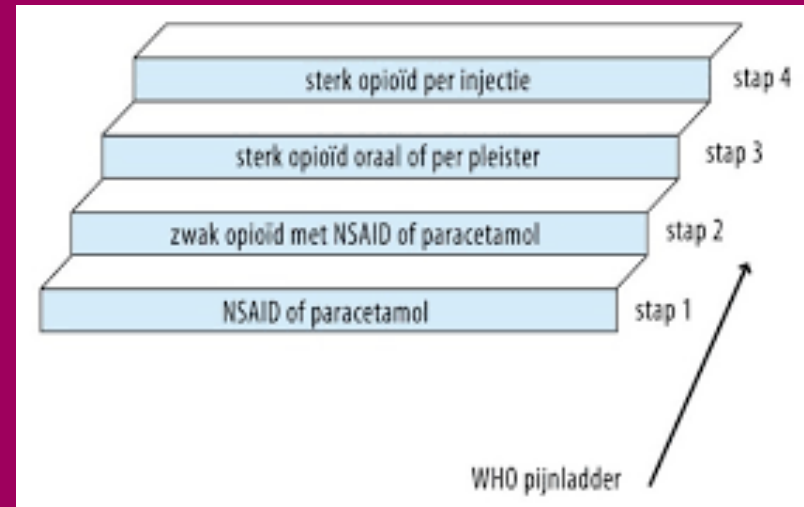
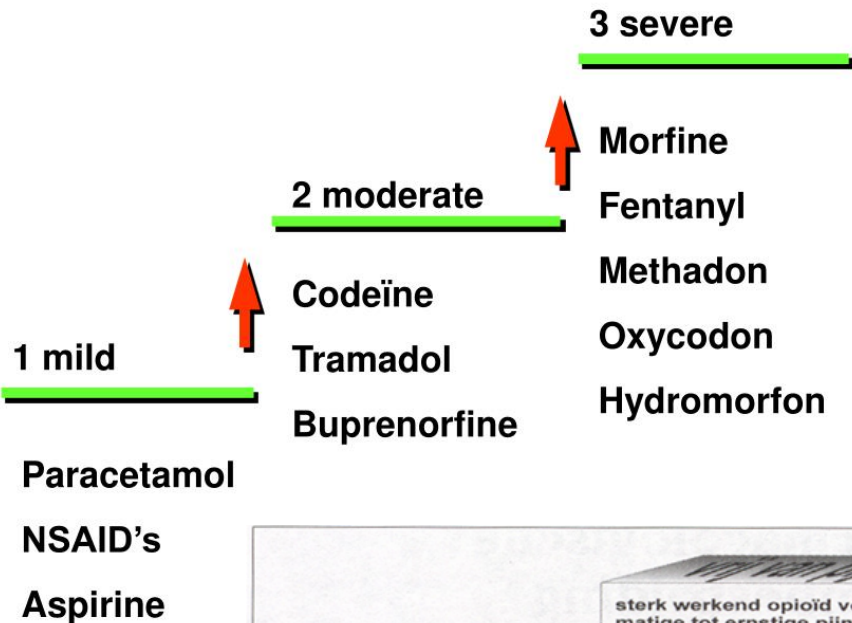


A Map of Referred Pain

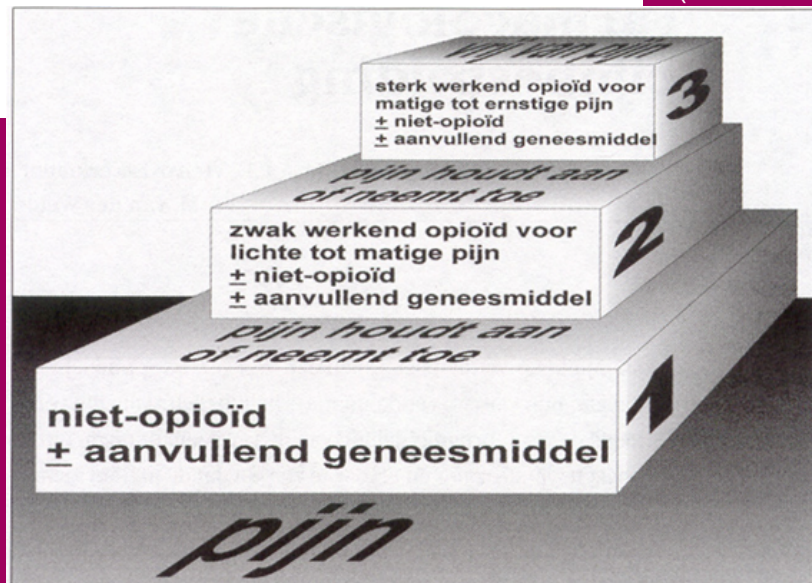


WHO pijnladder(s)

WHO pijnladder



(³ Gezondheidsuniversiteit, 2017)



Stap 1

- Paracetamol/NSAID
- Adjuvante pijnstilling

Stap 2

- Sterkwerkend opioïd
- Paracetamol/NSAID
- Adjuvante pijnstilling

Stap 3

- Invasieve pijnbehandeling
- Paracetamol/NSAID
- Adjuvante pijnstilling

- Schrijf onderhoudsmedicatie voor: INSTRUEER PATIËNT
- Evalueer effect van je behandeling
- Hoog bij onvoldoende effect van opioïden de dosering op met 50% (verminder niet het dosisinterval)
- Pas opioïdrotatie toe als er sprake is van onvoldoende effect (ondanks adequate ophoging) en/of onacceptabele bijwerkingen
- Schrijf naast onderhoudsbehandeling altijd snelwerkende opioïden tegen doorbraakpijn voor.

- Werken op opioïde receptoren (mu, kappa en delta)
 - Verspreid in centrale en perifere zenuwstelsel
 - Binding van opioïd aan opioïde receptor activeert receptor -> pijntransmissie wordt geïnhibeerd -> afname pijnsensatie
 - **Alle opiaten effect op mu- receptor (mu 1 en mu 2)**
 - Ook bijwerkingen; mu 1 centrale zenuwstelsel -> analgesie
 - Mu 2 hersenstam en gastro- intestinale tractus -> resp. depressie, obstipatie, misselijkheid
-
- *Veel soorten: oxycodon, morfine, fentanyl, methadon etc.*
 - *Veel toediengingsvormen: oraal, subcutaan, intranasaal, iv, spinaal etc.*

- Op basis van effectiviteit en bijwerkingen (anders dan obstipatie) kan geen keuze voor een specifiek sterkwerkend opioïd (morphine, fentanyl, oxycodon, hydromorfon, methadon of tapentadol) worden gemaakt.

‘Maar ik ben allergisch voor oxycodon dokter’



- Accupunctuur
- Hypnose
- Aromatherapie
- Hand- voet massage
- Meditatie
- Yoga
- Etc. etc.

- 47 jaar
- Lokaal recidief vulvacarcinoom met doorgroei richting rectum
- Geen wens tot totale exenteratie (eerder al chemorad.)
- Ontlastend stoma -> pijn bij defecatie
- Huidige pijnmedicatie: fentanyl 50ug/uur 1x per 2 dagen, zn abstral 100ug, zn lidocaïne zalf
- Angst voor bijwerkingen opioïden!

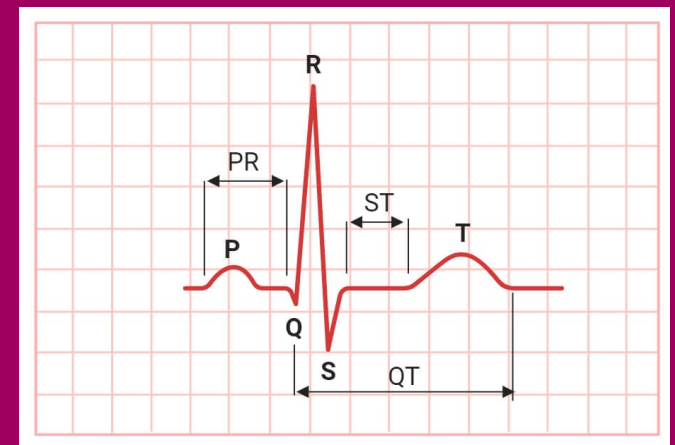
Pt belt: blijft veel pijn houden (nrs 7) neemt abstral 6xdd in, pijn continue aanwezig, neemt toe bij mictie, bijwerkingen van fentanyl (suf/misselijk).

- Wat zou je doen? (wat) wil je nog meer weten?

- Niet een oplossing; meerdere mogelijkheden
- Voorstel: onderhoudsdosering fentanyl ophogen (6xdd escape nodig) met 50%
- Wat doe je met onderhoudsdosering?
- Zou je kunnen roteren naar ander opioïde? Waarom wel/niet?
- Zou je andere medicatie/behandeling overwegen?

- Goede pijnstiller!
- Werkt op NMDA- receptor (neuropatische pijn)
- Belangrijk bij methadon:
 - kan QT verlenging met ritmestoornissen geven
 - lange halfwaardetijd (steady state na 4-5 dagen)
 - **controleer geneesmiddelen interactie!**
- Maak een plan voor lange termijn!

Wees alert; sommige systemische therapieën geven ook QT verlenging geven.



- 57 jaar
- Ovariumcarcinoom; op CT uitgebreid ascites en peritoneaal tumordeposities
- Neo-adjuvant 3x T3Ca, debulking + OV HIPEC, adjuvant nog 3x T3Ca
- Zie patiënte 3 maanden na afronding systemische therapie voor FU
- Persisterend pijn in vingertoppen en voetzolen, continue aanwezig, zakt niet af .
Gevoel op watten/sneeuw te lopen.
Gebruikt geen medicatie
- Wat zou je doen? (wat) wil je nog meer weten?

Hoe kan neuropathische pijn aanvoelen?



Brandend



Kriebelend



Tintelend



Ijskoud



Gevoelloosheid



Elektrisch



Prikkend



Krampend



Doorborend



Knijpend



Op watten lopen



Stekend

DN-4 Vragenlijst

Neuropathische pijn

De DN-4 is een diagnostische vragenlijst om neuropathische pijn op te sporen

Deze vragenlijst is niet een vervanging voor de diagnose en uitsluitend bedoeld voor screeningsdoeleinden. Gebruik het meest pijnlijke gebied als referentiepunt voor het invullen van de vragenlijst. Mocht uw patiënt meerdere pijnplekken hebben, vul dan voor elk gebied de vragenlijst opnieuw in.

Vragen aan uw patiënt

Vraag 1: Heeft de pijn één of meer van de volgende kenmerken?

- | | |
|-----------------------|--|
| Branderig | ☐ Ja ☐ Nee |
| Pijnlijk koude gevoel | ☐ Ja ☐ Nee |
| Elektrische schokken | ☐ Ja ☐ Nee |

Vraag 2: Gaat de pijn gepaard met één of meer van de volgende symptomen in hetzelfde gebied?

- | | |
|-------------|--|
| Tintelingen | ☐ Ja ☐ Nee |
| Prikken | ☐ Ja ☐ Nee |
| Doof gevoel | ☐ Ja ☐ Nee |
| Jeuk | ☐ Ja ☐ Nee |

Vraag 3: Is de pijn gelokaliseerd in een gebied waar het lichamelijk onderzoek één of meer van de volgende kenmerken vertoont?

- | | |
|-----------------------------|--|
| Hypo-esthesie bij aanraking | ☐ Ja ☐ Nee |
| Hypo-esthesie bij prikken | ☐ Ja ☐ Nee |

Vraag 4: Wordt de pijn in het pijnlijke gebied veroorzaakt of verergerd door:

- | | |
|---------|--|
| Wrijven | ☐ Ja ☐ Nee |
|---------|--|

- Start duloxetine?
 - Start amitriptyline?
 - Start oxycodon? Fentanyl pleister?
 - Start paracetamol? NSAID?
-
- Patiënte werd verwezen naar pijngeneeskunde voor Qutenza pleister

- Qutenza is een huidpleister met een hele hoge dosis capsaïcine. Dit is een stofje dat in hete pepers zit, zoals Spaanse pepers en chilipeper ⁷
- Capsaïcine zorgt er voor dat de zenuwuiteinden lange tijd minder gevoelig worden voor pijn ⁷
- Geen herstel van zenuwschade(!)
- De pleister blijft 30-60min op de huid zitten ⁷
- Tijdens behandeling pijnlijk(?)- branderig gevoel ⁷
- Resultaat binnen 1-2 weken ⁷
- Kan elke 3 maanden herhaald worden ⁷

1. International Association for the Study of Pain. (2023, 20 juli). Terminology | International Association for the Study of Pain. International Association For The Study Of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
2. Algemene inleiding pijn. (2019, 6 december). Richtlijnen Database. Geraadpleegd op 17 september 2024, van https://richtlijnendatabase.nl/index.php/gerelateerde_documenten/bijlage/19464/1/60/Algemene%20inleiding.html
3. Gezondheidsuniversiteit. (2017). De eeuwige mens. https://www.gezondheidsuniversiteit.nl/sites/gezondheidsuniversiteit/files/12_3_informatieboekje_v8.pdf
4. Algemene aanbevelingen ten aanzien van medicamenteuze behandeling van pijn bij patiënten met kanker - Richtlijn - Richtlijnen Database. (z.d.). https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/behandeling_van_pijn_bij_patiënten_met_kanker/beleid_en_behandeling_bij_pijn_bij_kanker/medicamenteuze_behandeling_bij_patiënten_met_kanker/algemene_aanbevelingen_ten_aanzien_van_medicamenteuze_behandeling_van_pijn_bij_patiënten_met_kanker.html
5. Fallon, M., Dierberger, K., Leng, M., Hall, P., Allende, S., Sabar, R., Verastegui, E., Gordon, D., Grant, L., Lee, R., McWilliams, K., Murray, G., Norris, L., Reid, C., Sande, T., Caraceni, A., Kaasa, S., & Laird, B. (2022). An international, open-label, randomised trial comparing a two-step approach versus the standard three-step approach of the WHO analgesic ladder in patients with cancer. *Annals Of Oncology*, 33(12), 1296–1303. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.08.083>
6. Bramati, P. S., & Bruera, E. (2022). The end of the second step of the World Health Organization analgesic ladder? *Annals Of Oncology*, 33(12), 1212–1213. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.08.085>
7. Qutenza behandeling. (24AD, mei 21). Jeroen Bosch Ziekenhuis. Geraadpleegd op 16 september 24AD, van <https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/behandelingen/qutenza-behandeling/pdf#:~:text=De%20behandeling%20met%20Qutenza%20is,zenuwen%20in%20de%20huid%20overprikkeld.>
8. Nursing.nl, Nursing voor verpleegkundigen. (2023, 1 juni). Nursing Challenge Pijn bij kanker | Verschil neuropathische en nociceptieve pijn - Nursing.nl | Nursing voor verpleegkundigen. Nursing.nl | Nursing Voor Verpleegkundigen. <https://www.nursing.nl/challenge-article/nursing-challenge-pijn-bij-kanker-verschillende-vormen-soorten-en-maten/>
9. Opdecam, L. (2013). Blokkade van gastro-intestinale μ -receptoren ter preventie van constipatie bij chronische opioïde pijnstilling. In R. Lefebvre & Ghent University, MASTER OF MEDICINE IN DE GENEESKUNDE [Thesis]. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/061/623/RUG01-002061623_2013_0001_AC.pdf