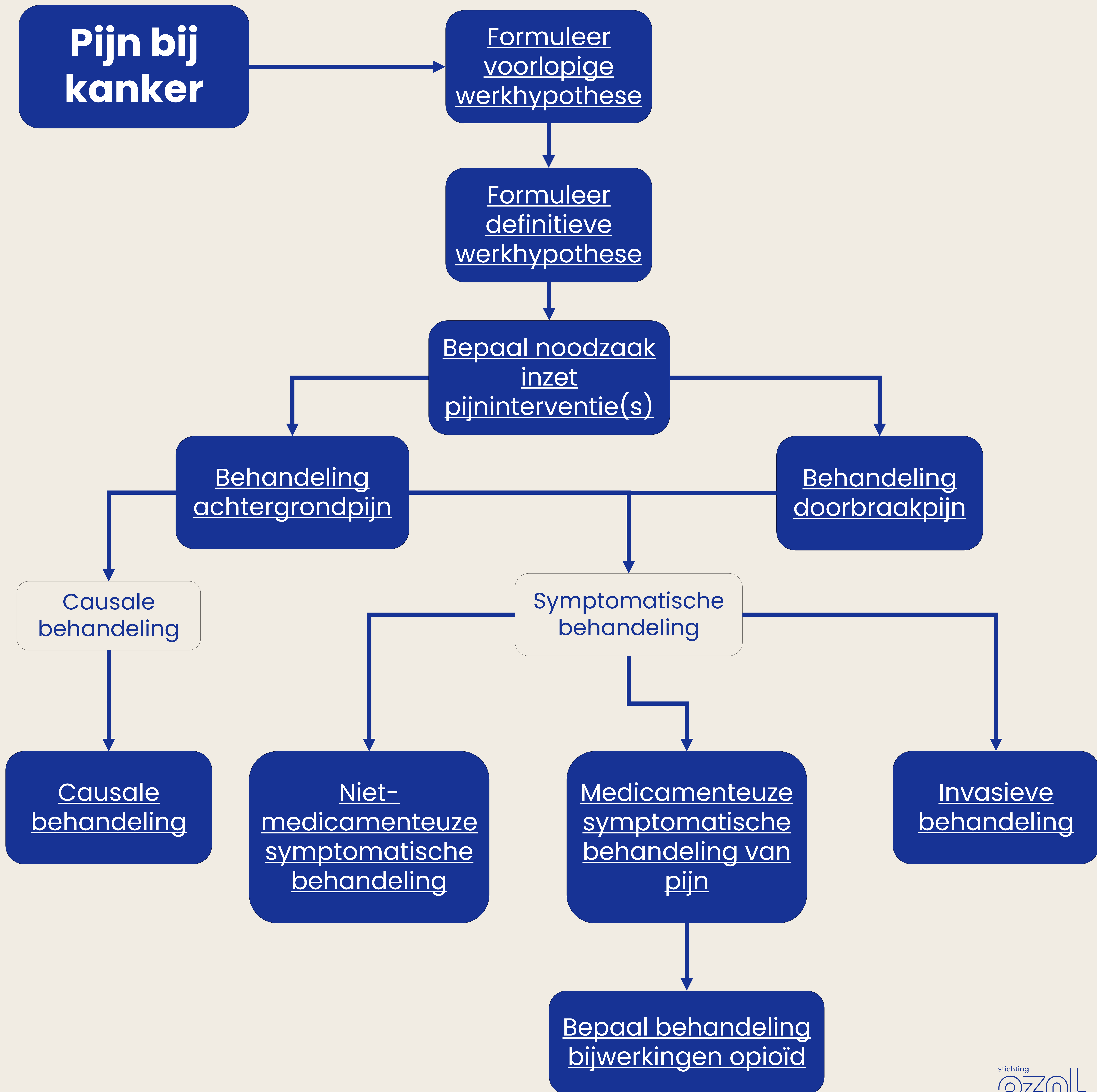




Formuleer
voorlopige
werkhypothese



Bepaal voorlopige werkhypothese
door:

Pijnanamnese (ii)

EN

Lichamelijk onderzoek

EN

Bepaal een pijnscore:
Gebruik Numerical Rating Scale (iii)

EN

Informeer bij de patiënt of de
aangegeven pijnintensiteit voor
hem acceptabel is



Formuleer
definitieve
werkhypothese

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Formuleer
definitieve
werkhypothese

Behandelbaarheid
id pijn

Goed

Moeilijk

Beeld van
oorzaak pijn

Beeld van
oorzaak pijn

Voldoende

Onvoldoende

Voldoende

Onvoldoende

Geen aanvullende
diagnostiek
geïndiceerd

Voorlopige
werkhypothese is
definitieve
werkhypothese

Verricht indien nodig
aanvullende
diagnostiek naar
oorzaken van pijn

EN

Formuleer daarna
definitieve
werkhypothese

Neem pijnanamnese van
V&VN af en/of de DN4 of
de PainDetect om te
screenen op
neuropathische pijn

EN

Formuleer daarna
definitieve
werkhypothese

Neem pijnanamnese van
V&VN af en/of de DN4 of de
PainDetect om te screenen
op neuropathische pijn

EN

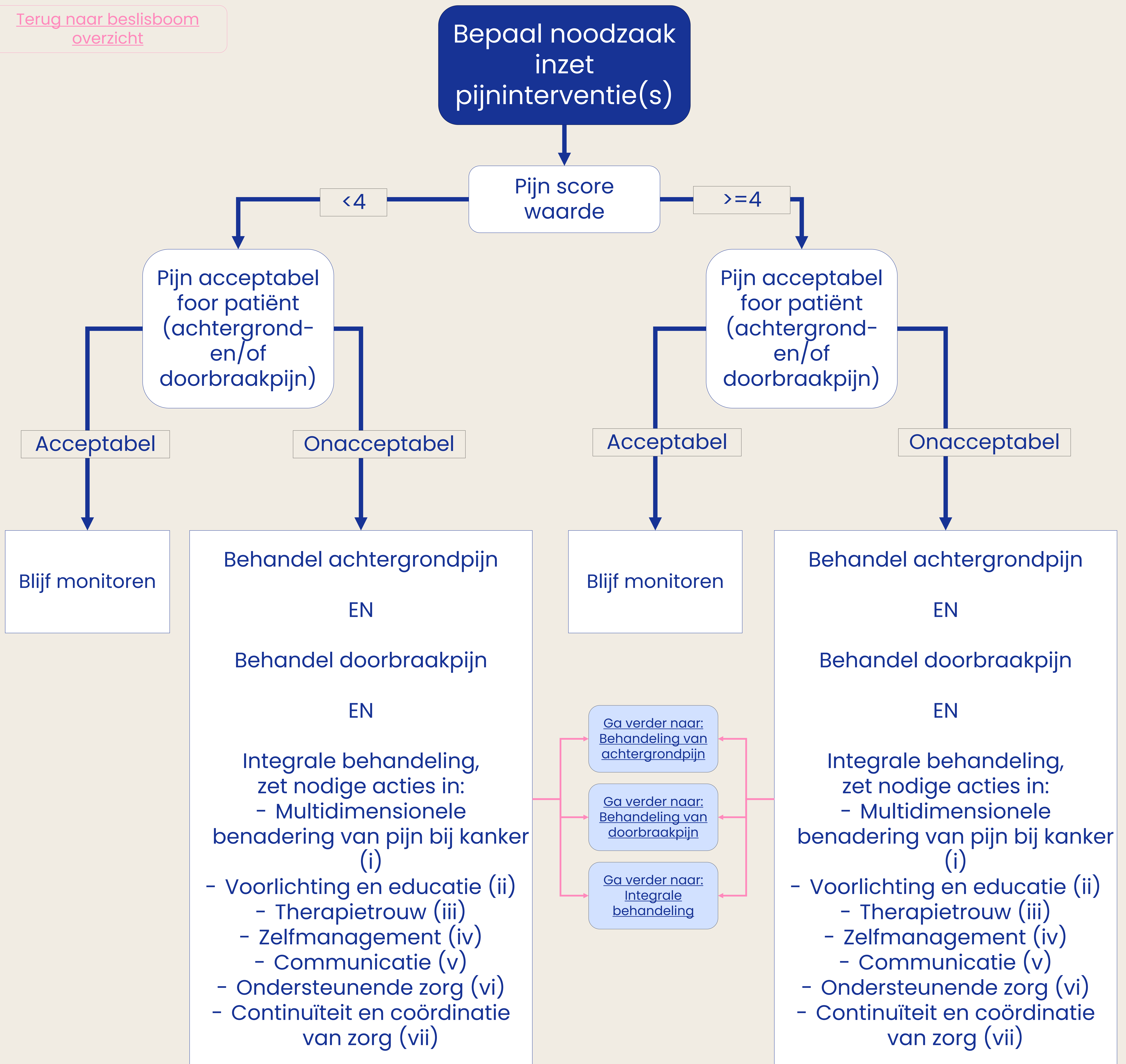
Verricht indien nodig
aanvullende diagnostiek
naar de oorzaken van pijn

EN

Formuleer daarna
definitieve werkhypothese

Bepaal noodzaak
inzet
pijninterventie(s)

[Onderbouwing](#)



Behandeling achtergrondpijn



Causale behandeling

EN

Symptomatische behandeling

EN

Schenk aandacht aan de vier dimensies (somatisch,
psychisch, sociaal en spiritueel)

EN

Schakel een geschikte gespecialiseerde psychosociale
zorgverlener in –
als uit de pijnanamnese blijkt dat psychische, sociale en/of
spirituele aspecten een belangrijke bijdrage aan de pijn
(lijken te) leveren.

EN

Overweeg verwijzing revalidatiearts bij beperking in
dagelijks functioneren



[Ga verder naar: Causale
behandeling](#)

[Ga verder naar: Bepaal
symptomatische behandeling](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Causale behandeling

Botmetastasen

Oorzaak pijn

Anders

Overweeg systemische therapie bij
tumoren die daar gevoelig voor zijn

EN

Overweeg radiotherapie

EN

Overweeg behandeling met een
radionuclide bij uitgebreide
ostioblastische botmetastasering

EN

Overweeg chirurgie botmetastasen

EN

Overweeg bisfosfonaten

Overweeg systemische therapie bij
tumoren die daar gevoelig voor zijn

EN

Overweeg radiotherapie van primaire
tumor of metastasen

EN

Overweeg chirurgie om oorzaak pijn te
behandelen

[Ga verder naar: Indicatie
bisfosfonaten bij botmetastasen](#)

[Ga verder naar: Indicatie chirurgie
botmetastasen](#)

[Ga verder naar: Invasieve
behandeling](#)

Bepaal symptomatische behandeling

[Onderbouwing](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Bepaal
symptomatische
behandeling



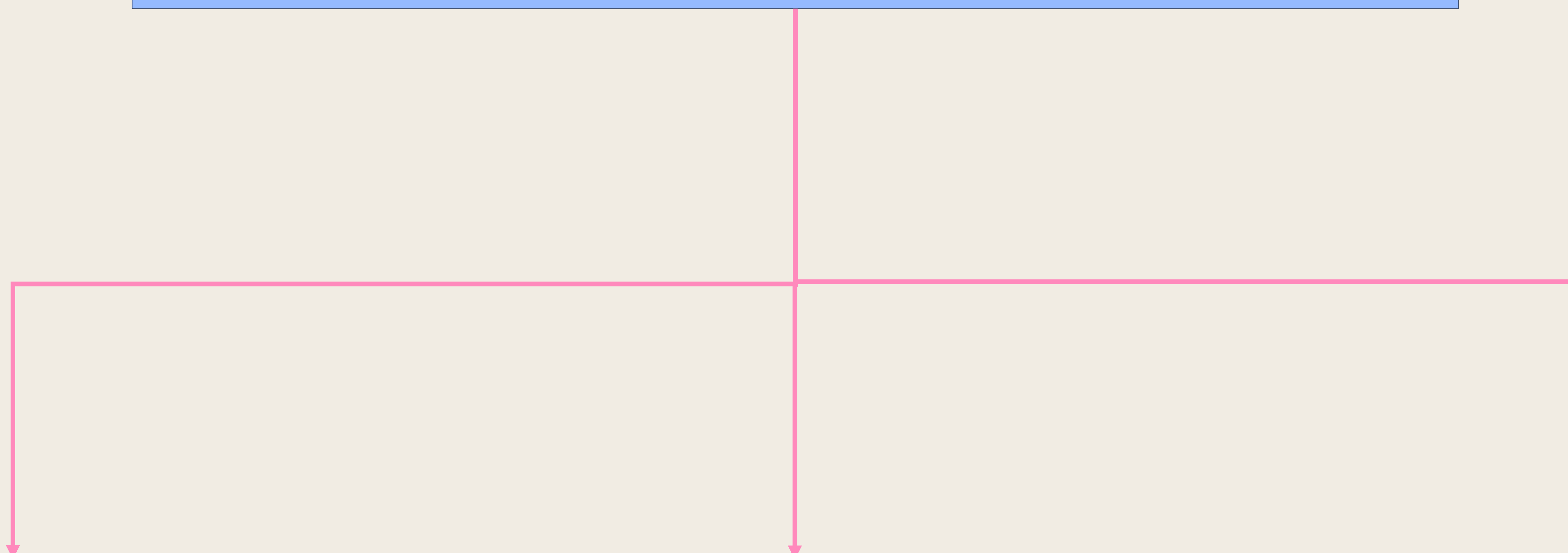
Niet-medicamenteuze
symptomatische behandeling

EN/OR

Medicamenteuze symptomatische
behandeling

EN/OR

Invasieve behandeling



[Ga verder naar: Niet-
medicamenteuze symptomatische
behandeling](#)

[Ga verder naar: Medicamenteuze
symptomatische behandeling van
pijn](#)

[Ga verder naar: Invasieve
behandeling](#)

[Onderbouwing](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Indicatie chirurgie botmetastasen

<=1 mnd

Levensverwachting

>1 mnd

Lokalisatie
botmetastasen

Elders

Fractuur

Aanwezig

Locatie fractuur

Overige
locaties
fracturen

Fractuur in lange
pijpbeenderen

Afwezig

Wervel

Geen
chirurgie

Stabiliserende
osteosynthes
e

Overweeg profylactische
osteosynthese bij
dreigende fractuur lange
pijpbeenderen

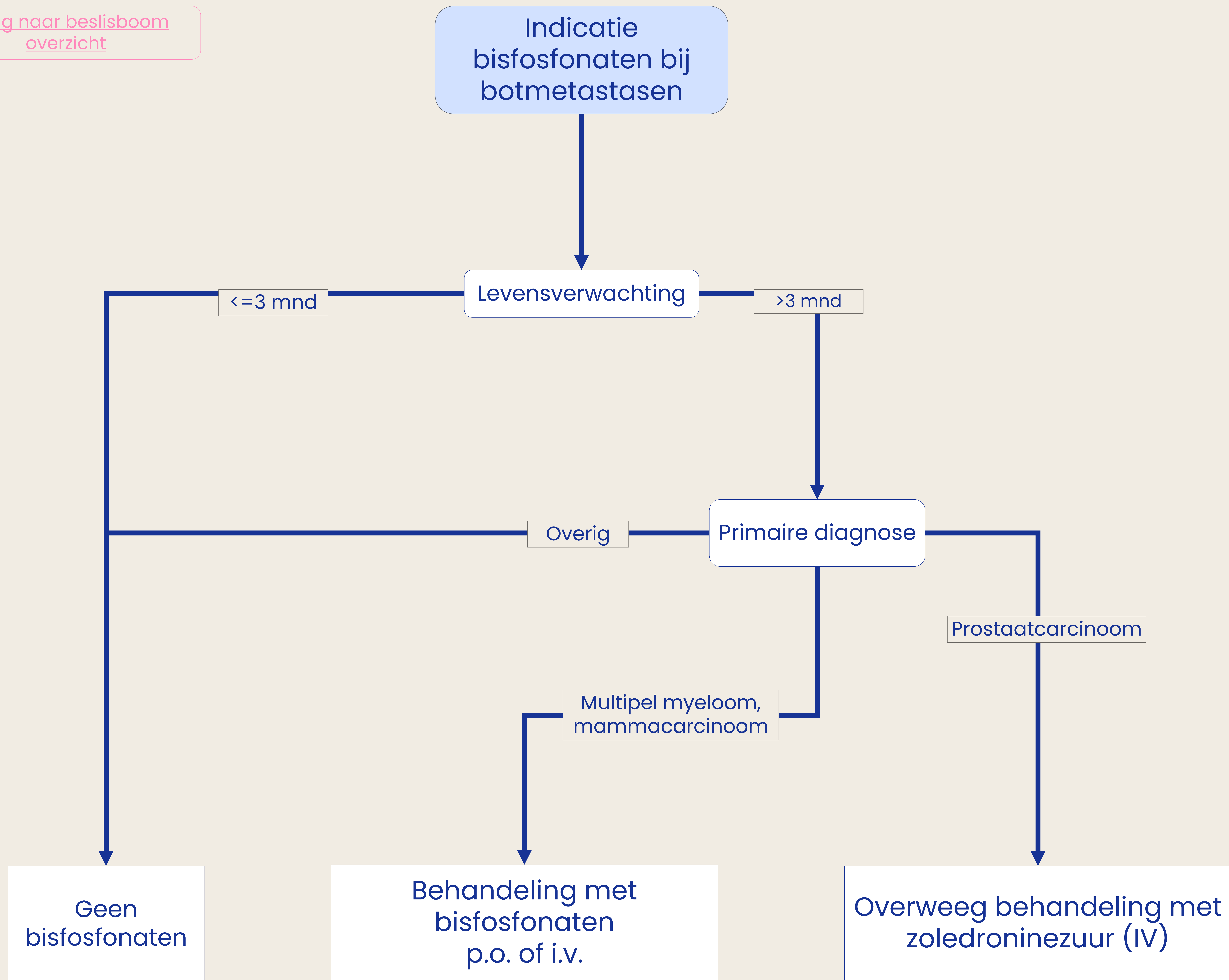
OF

Overweeg percutane
radiofrequente ablatie
bot

Bij patiënten die niet
reageren op eerdere
behandelingen te
geschieden in een
gespecialiseerd centrum

Raadpleeg richtlijn
wervenmetastasen

[Onderbouwing](#)



Behandeling doorbraakpijn

Voorspelbaarheid pijn

Voorspelbaarheid

Onvoorspelbaar

Behandel de oorzaak van de doorbraakpijn indien mogelijk

Vermijd of behandel uitlokkend factoren van de doorbraakpijn indien mogelijk

Paracetamol

OF

Snelwerkende morfine of oxycodon of hydromorfon;
Per os, subcutaan of intraveneus (dosering 1/6^e van de
(equivalente) dagdosering) 30 tot 40 minuten van tevoren.

OF

Snelwerkend fentanylpreparaat (Rapid onset Opioid, ROO)
(ii) 10 tot 15 minuten van tevoren. Start met de laagste dosering
en titreer de dosis aan de hand van het effect op de
doorbraakpijn

EN

Overweeg niet-medicamenteuze behandeling (iii) indien
mogelijk en zinvol

EN

Overweeg invasieve technieken (iii) indien mogelijk en zinvol

Behandel de oorzaak van de doorbraakpijn indien mogelijk

Behandel uitlokkend factoren van de doorbraakpijn indien
mogelijk

Snelwerkend fentanylpreparaat (Rapid onset Opioid, ROO)
(ii) 10 tot 15 minuten van tevoren. Start met de laagste dosering
en titreer de dosis aan de hand van het effect op de
doorbraakpijn

OF

Morfine of oxycodon of hydromorfon subcutaan of intraveneus

EN

Overweeg niet-medicamenteuze behandeling (iii) indien
mogelijk en zinvol

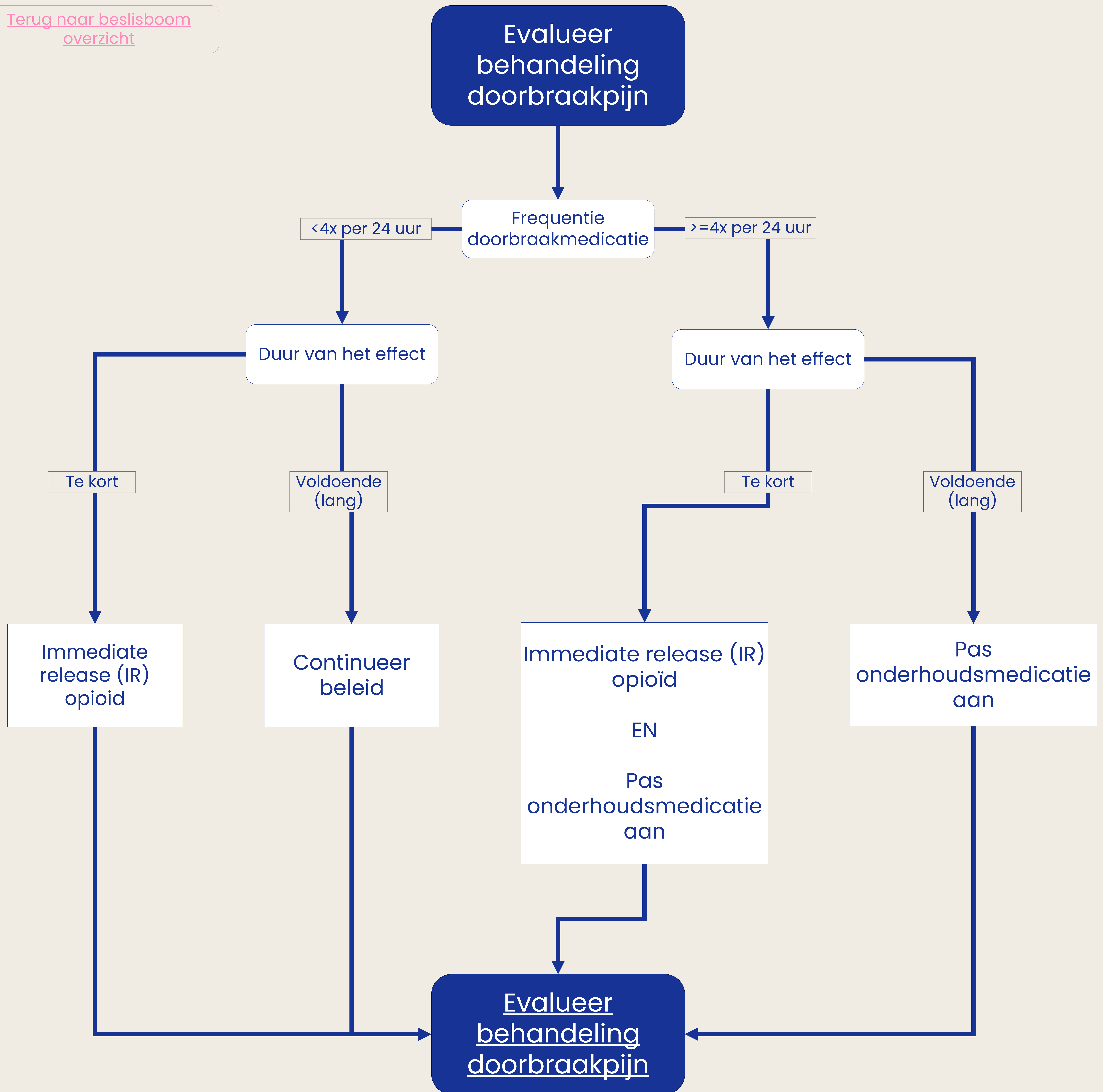
EN

Overweeg invasieve technieken (iii) indien mogelijk en zinvol

Evalueer behandeling doorbraakpijn

[Ga verder naar: Niet-
medicamenteuze symptomatische
behandeling](#)

[Ga verder naar: Invasieve
behandeling](#)



Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling

Overweeg een klassieke massage
voor een kortdurend effect

EN

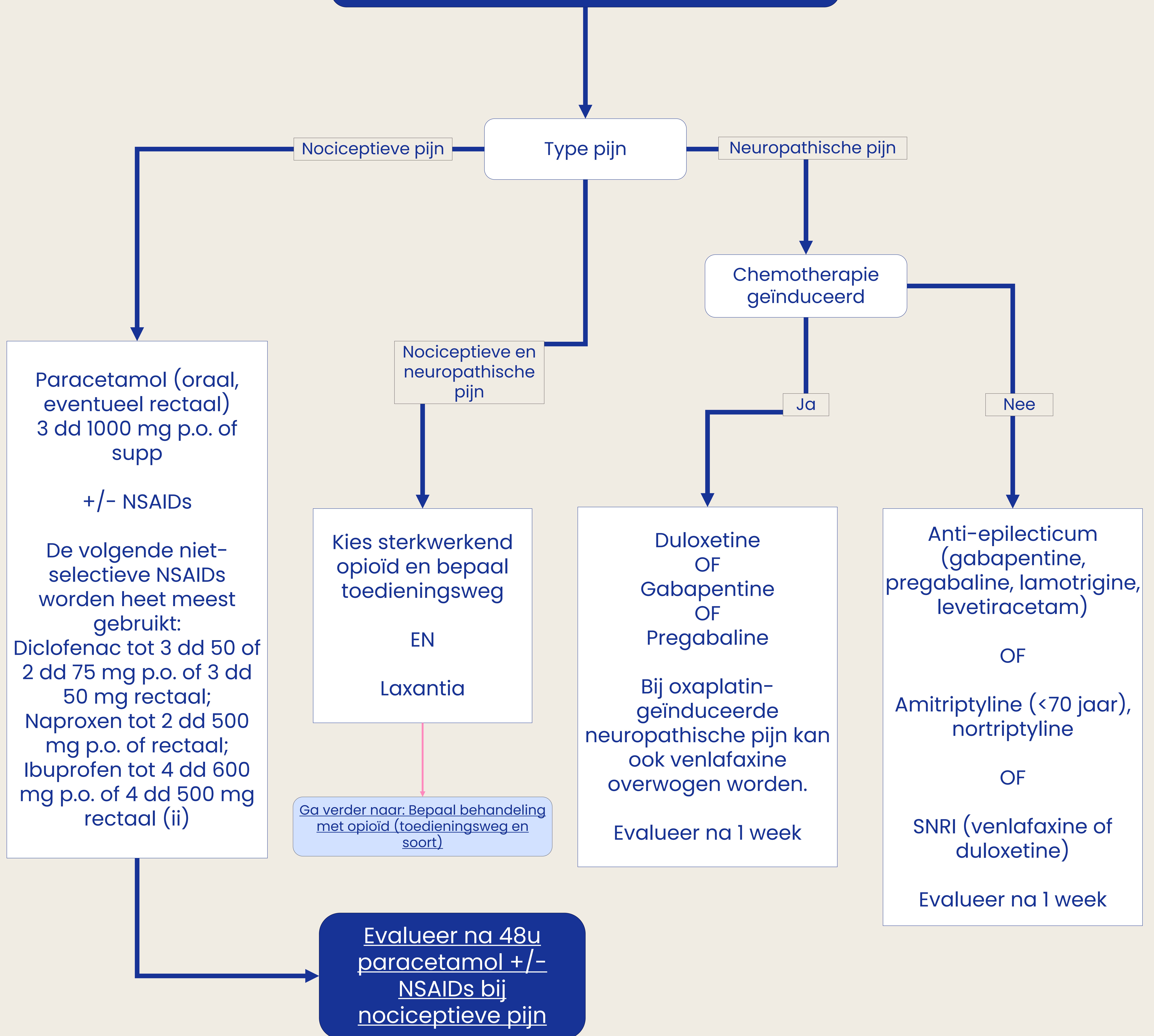
Overweeg
ontspanningsoefeningen al dan
niet in combinatie met geleide
verbeelding

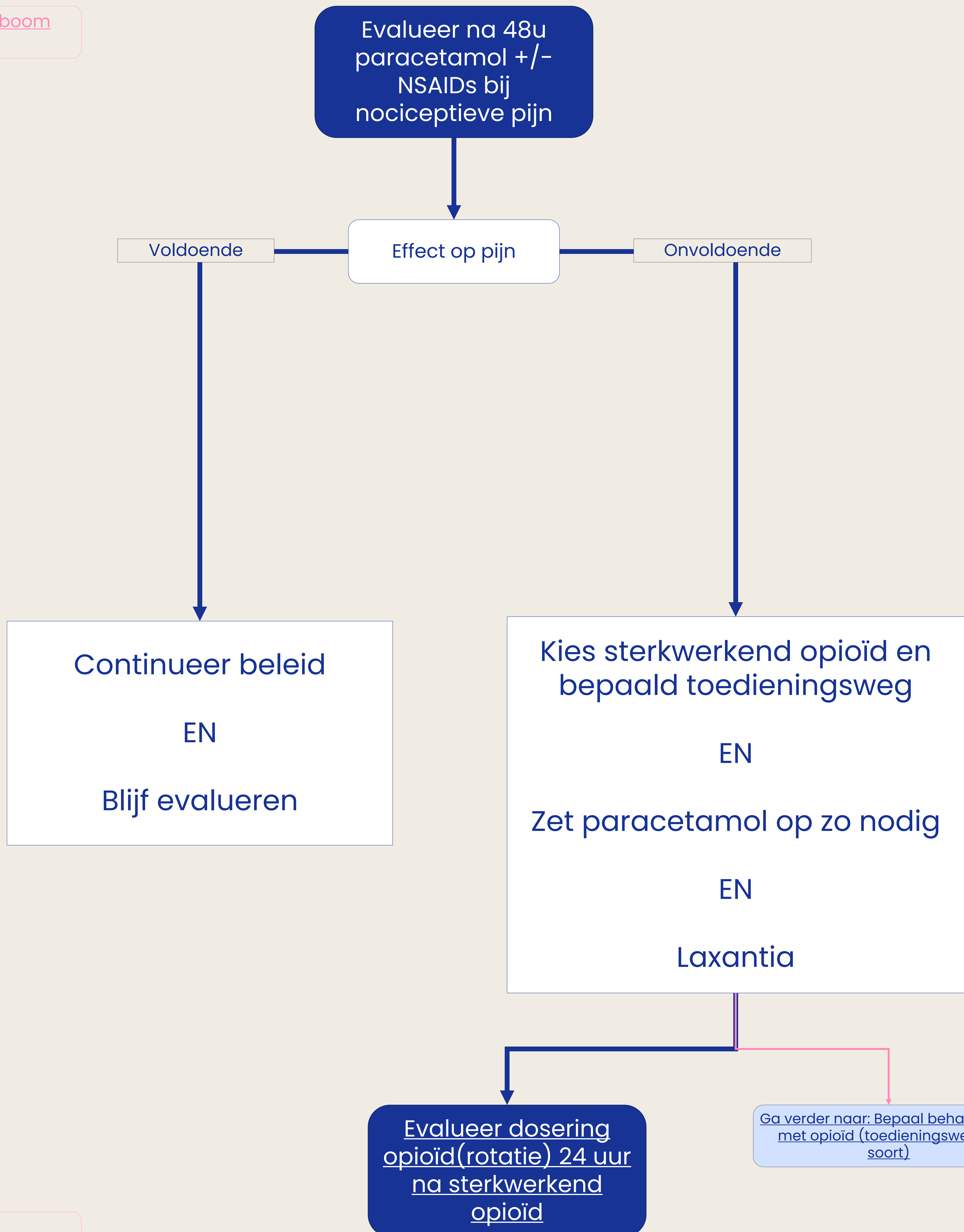
EN

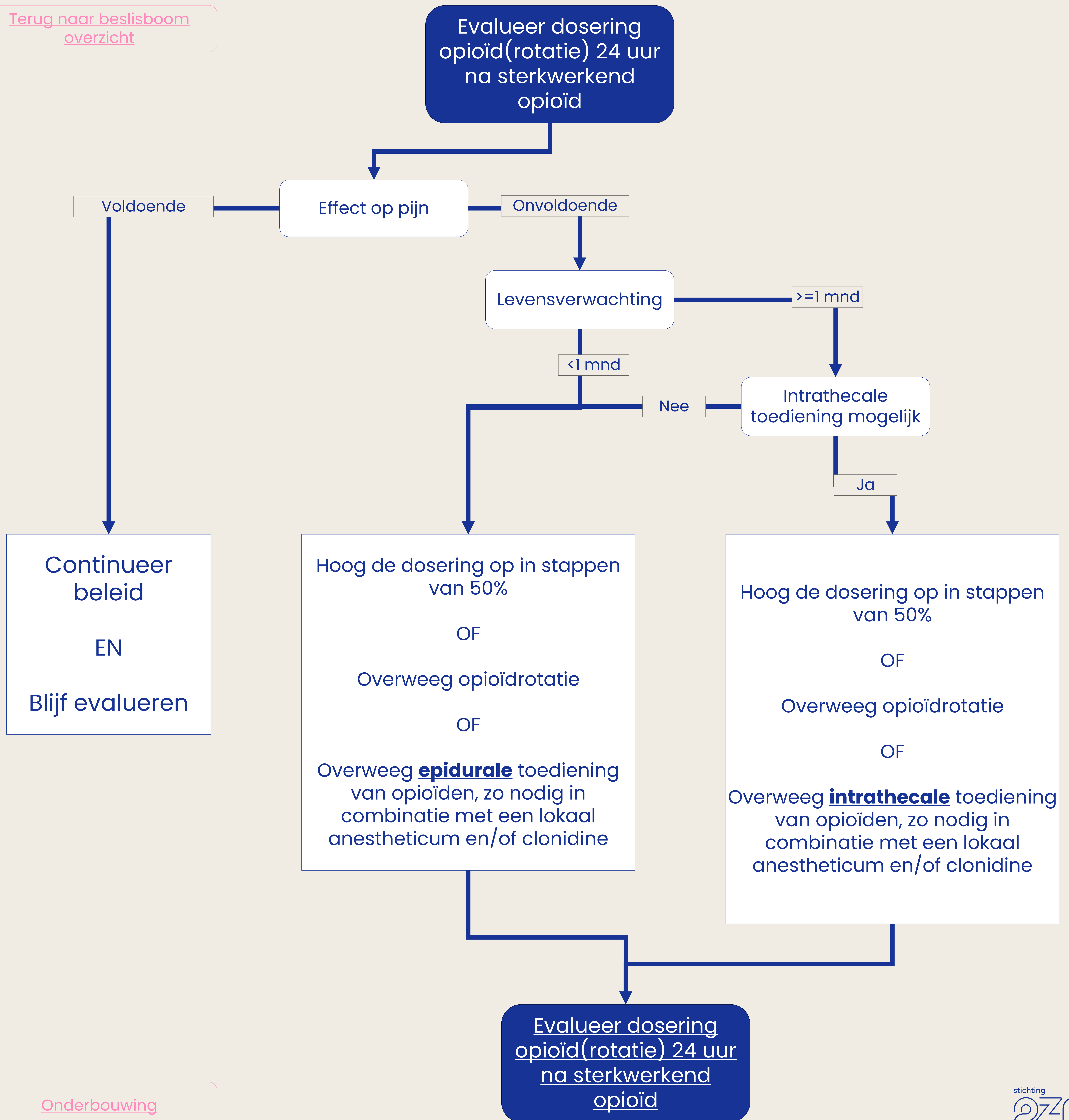
Overweeg multimodulair/
multidisciplinair
revalidatieprogramma en
lymfedrainage

Medicamenteuze
symptomatische
behandeling

Medicamenteuze symptomatische behandeling







[Terug naar beslisboom overzicht](#)

Bepaal behandeling met opioïd (toedieningsweg en soort)

Gewenste snelheid effect

Anders

Snel

Orale toedieningsweg mogelijk

Oraal

Nee

Kans op obstipatie

Verhoogd

Niet verhoogd

Start met opioïden of tapentadol (beide met vertraagde afgifte)

Slow release **morfine** 2 dd 20 mg (2 dd 10 mg bij patiënten >70 jaar) of **Fentanyl** 12 ug/uur of Slow release **Oxycodon** 2 dd 10 mg (2 dd 5 mg bij patiënten > 70 jaar) of Slow release **Hydromorfon** 2 dd 4 mg of **Tapentadol** met vertraagde afgifte start met 2 dd 50 mg

Fentanyl transdermaal 12 ug/uur

EN

Laxantia

Intraveneuze toedieningsweg aanwezig

Ja

Perifeer oedeem, Stollingsproblematiek, Slechte perifere circulatie

Contra-indicatie subcutane route

Nee

Geen

Morfine, oxycodon of hydromorfon intraveneus

EN

Laxantia

Patient Controlled Anesthesia (PCA)
In het ziekenhuis, indien patiënt controle wil

Morfine, oxycodon of hydromorfon subcutaan

EN

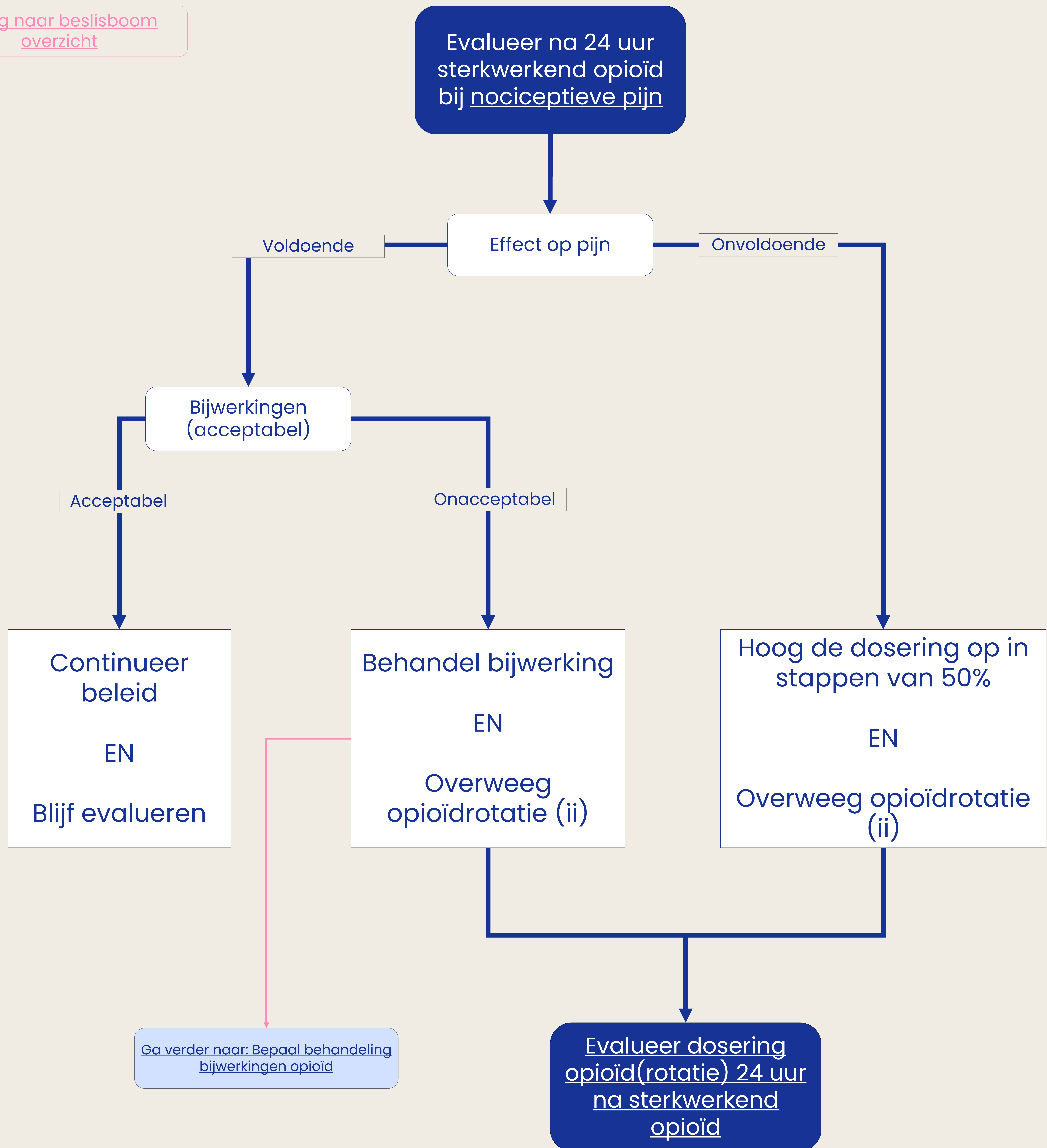
Laxantia

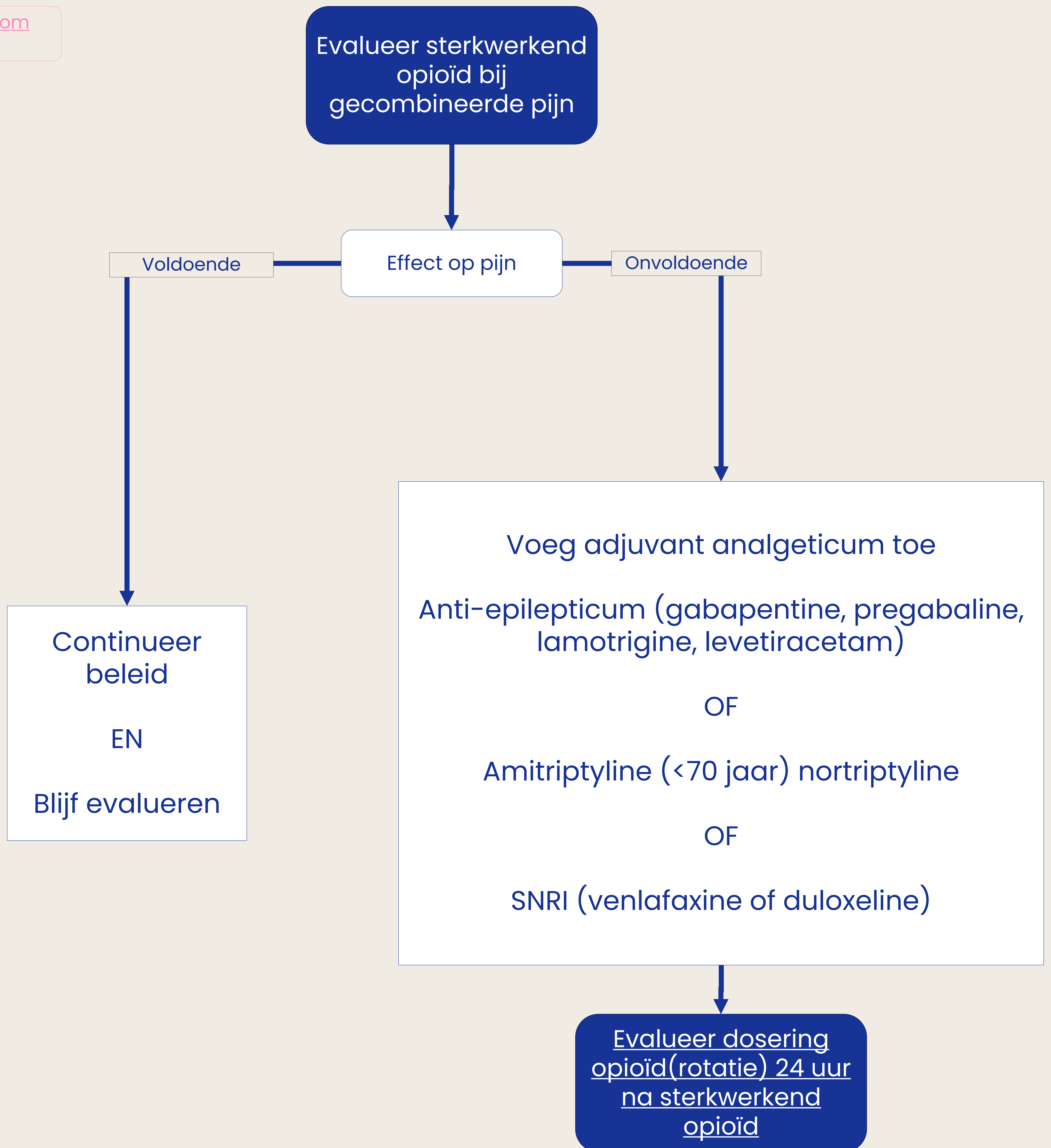
Patient Controlled Anesthesia (PCA)
In het ziekenhuis, indien patiënt controle wil

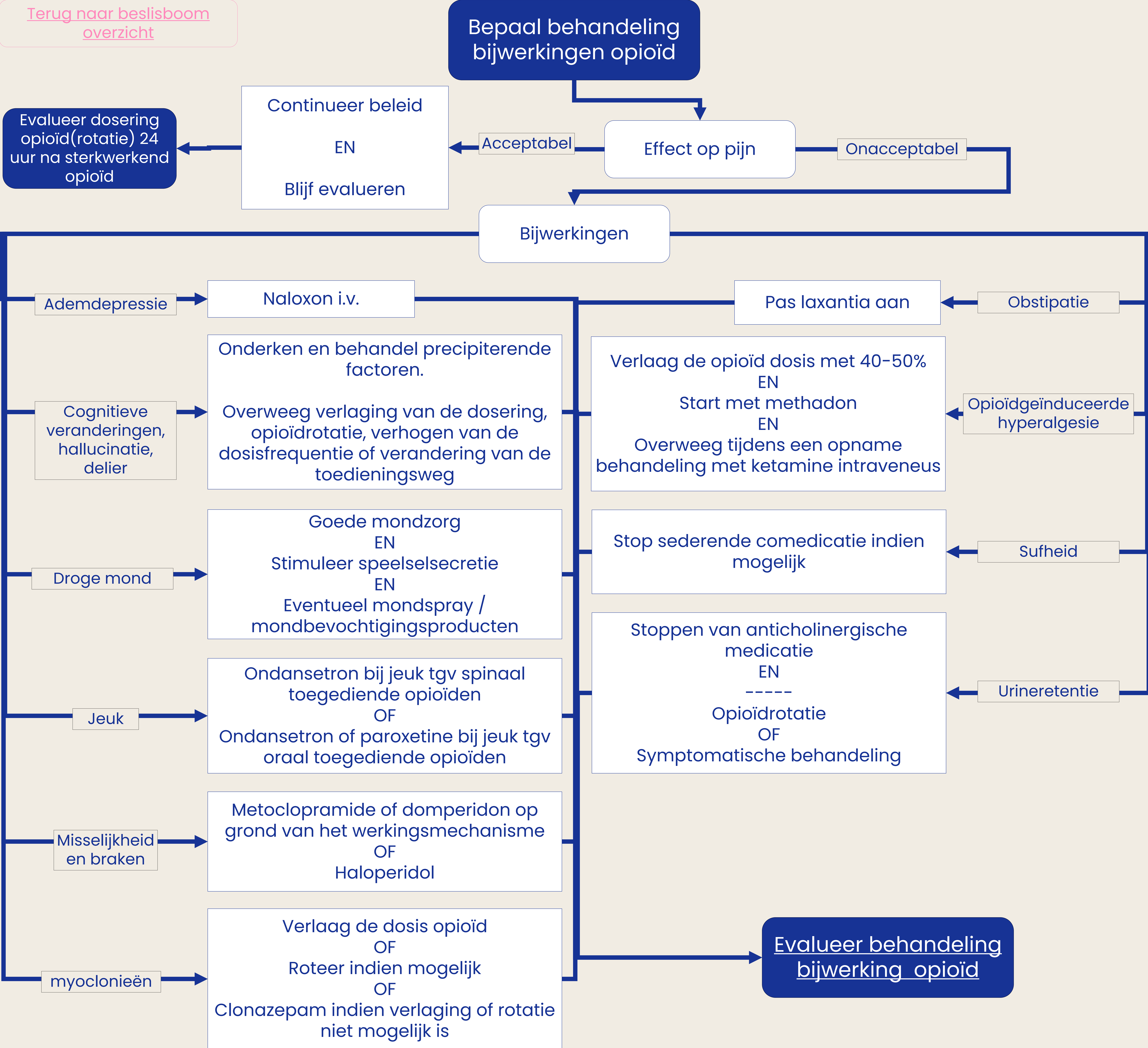
Evalueer na 24 uur sterkwerkend opioïd bij nociceptieve pijn

Evalueer sterkwerkend opioïd bij gecombineerde pijn

[Onderbouwing](#)







[Terug naar beslisboom overzicht](#)

Evalueer behandeling bijwerking opioïd

Continueer beleid

Acceptabel

Bijwerkingen acceptabel

Onacceptabel

Bijwerkingen

Urineretentie

Ademdepressie,
Jeuk

Staat niet beschreven in de richtlijn

Cognitieve
veranderingen,
hallucinatie,
delier

Niet-medicamenteuze behandeling
EN/OF
Haloperidol

Droge mond

Pilocarpine

Misselijkheid
en braken

Opioïdrotatie

Myoclonieën

Clonazepam symptomatische
behandeling
OF
Baclofen, gabapentine of nifedipine bij
onvoldoende effect clonazepam

Obstipatie

Opioïdrotatie
OF
Onderhoudsbehandeling met naloxegol

Opioïdgeïnduceerde
hyperalgesie

Overweeg opioïdrotatie naar
buprenorfine
OF
Bij verblijf in ziekenhuis overweeg
behandeling met ketamine intraveneus

Sufheid

Staak sederence comedicaatie indien mogelijk
OF
Opioïdrotatie
OF
Dosisverlaging
OF
Methyfenidaat of modafenil symptomatische behandeling

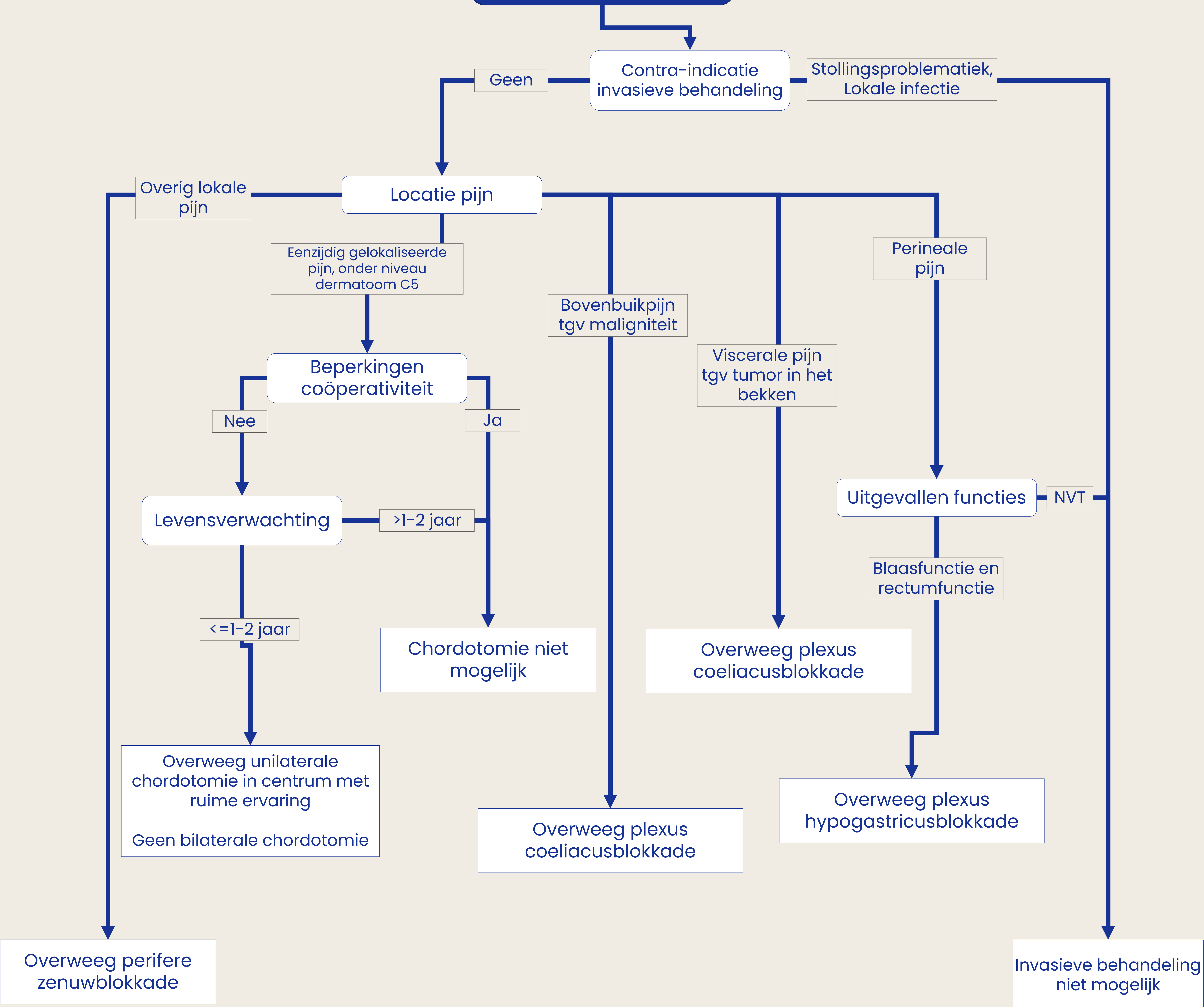
Overweeg stop anticholinergische
medicatie bij aanhoudende
urineretentie
OF
Opioïdrotatie
OF
Parasympathicomimetica
symptomatische behandeling

Evalueer dosering
opioïd(rotatie) 24 uur
na sterkwerkend
opioïd

Ga verder naar: Bepaal behandeling
met opioïd (toedieningsweg en
soort)

[Onderbouwing](#)

Invasieve behandeling



Integrale behandeling

Integrale behandeling,
Zet nodige acties in:

- Multidimensionele benadering van pijn bij kanker (i)
- Voorlichting en educatie (ii)
 - Therapietrouw (iii)
 - Zelfmanagement (iv)
 - Communicatie (v)
- Ondersteunende zorg (vi)
- Continuïteit en coördinatie van zorg (vii)

Behandeling
achtergrondpijn

Behandeling
doorbraakpijn

Onderbouwing: Formuleer voorlopige werkhypothese

Onderbouwing
(i) In de werkhypothese worden de lokalisatie en de aard van de pijn (bijv. nociceptief of neuropatisch) en oorzakelijke en beïnvloedende factoren geformuleerd (bijv. nociceptieve pijn in de rug tgv wervelmetastasen door prostaatcarcinoom). De voorlopige werkhypothese wordt geformuleerd op basis van de voorgeschiedenis, anamnese en lichamelijk onderzoek. (ii) • Neem de tijd voor de pijnanamnese en neem zo nodig een hetero-anamnese af. • Geef de beschrijving van de pijn weer in de eigen woorden van de patiënt. • Betrek in de analyse ook de omgeving van de patiënt. • Analyseer iedere pijnklacht afzonderlijk. • Besteed aandacht aan: ◦ de ernst, het karakter, de duur en het verloop van de pijn. Maak daarbij onderscheid tussen achtergrondpijn en eventuele doorbraakpijn; ◦ de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van de pijn (zie ook Multidimensionele benadering); ◦ de oorzaak van de pijn; ◦ factoren die de pijn veroorzaken of beïnvloeden (in positieve of negatieve zin); ◦ de invloed op fysiek, psychisch en sociaal functioneren; ◦ de invloed van klachten op het functioneren overdag (sociale contacten, hobby’s, werk) en ‘s nachts (slapen); ◦ de betekenis die aan de pijn wordt toegekend; ◦ de invloed van klachten op de ervaren kwaliteit van leven; ◦ eerdere behandelingen (inclusief zelfmedicatie) van de pijn en het effect en de bijwerkingen daarvan; ◦ verwachtingen, weerstanden en angst ten aanzien van de pijnbehandeling (m.n. gedachten over bijwerkingen en over verslaving of versnelling van het overlijden), mede in relatie tot eerdere ervaringen hiermee; ◦ de rol van de naasten bij de pijn, het pijngedrag en de behandeling. • Maak op basis van de aard van de pijn en eventuele begeleidende verschijnselen onderscheid tussen nociceptieve en neuropatische pijn. • Vraag naar comorbiditeit en ga na of deze van invloed is op de (medicamenteuze) behandeling • Gebruik eventueel de Brief Pain Inventory of de McGill Pain Questionnaire om het effect van pijn op het dagelijks functioneren uit te vragen (iii) • Gebruik bij voorkeur de Numerical Rating Scale en als tweede keus de Visual Analogue Scale of Verbal Rating Scale voor het meten van pijn bij patiënten met kanker (IC). In geval van een cognitieve beperking, gebruik gedrags-observatieschalen • Onderneem actie, volgens de beschreven interventies in deze richtlijn, indien de pijnintensiteitsscore ≥4 is (op een 11-punts schaal) en de patiënt hiermee instemt, en evalueer het effect hiervan met een pijnscore (ID). • Meet pijn regelmatig. Het aantal keer is afhankelijk van de plaats waar de patiënt verblijft: ◦ Ziekenhuis: Meet bij opgenomen patiënten pijn eenmaal daags. Meet pijn bij elke poliklinisch bezoek. ◦ Verpleeghuis/hospice: Meet bij patiënten met pijn en/of pijnmedicatie de pijn minimaal eenmaal per dag. Meet pijn bij patiënten zonder pijn minimaal eenmaal per week. ◦ Thuis: Stimuleer patiënten met pijn om dagelijks een pijndagboek bij te houden. • Leg alle pijnscores vast in het (elektronisch) patiëntendossier (ID). • Streef bij de behandeling van pijn naar een afname van de pijnscore met minimaal twee punten of 30% en bij voorkeur naar een pijnintensiteitsscore van <4 (op 11-punts pijnschaal) (ID). • Informeer altijd bij de patiënt of de aangegeven pijnintensiteit voor hem acceptabel is (ID). • Gebruik gedragsobservatieschalen bij patiënten met cognitieve beperkingen die hun pijn niet aan kunnen geven met een Numeric Rating Scale, Visual Analogue Scale of Verbal Rating Scale (IC). Disclaimer: • De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing. • De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen Pijn bij patiënten met kanker & Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl. • De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Onderbouwing: Formuleer definitieve werkhypothese

Onderbouwing

(i) In de werkhypothese worden de lokalisatie en aard van de pijn (bijv. nociceptief of neuropatisch) en oorzakelijke en beïnvloedende factoren geformuleerd (bijv. nociceptieve pijn in de rug t.g.v. wervelmetastasen door prostaatcarcinoom). De definitieve werkhypothese wordt geformuleerd op basis van de voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek (indien verricht).

Verricht aanvullende diagnostiek naar oorzaken van pijn indien dit noodzakelijk is voor een betere analyse en indien er consequenties voor behandeling of begeleiding zijn. Haalbaarheid en wenselijkheid zijn hierbij eveneens van groot belang.

Maak bij moeilijk behandelbare pijn gebruik van de gestructureerde pijnanamnese van V&VN en/of gebruik de DN4 of de PainDetect om te screenen of een patiënt neuropatische pijn heeft.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

[Terug naar beslisboom overzicht](#)

[Terug naar Bepaal noodzaak inzet pijninterventie\(s\)](#)

Onderbouwing: Bepaal noodzaak inzet pijninterventie(s)

Meet pijn regelmatig. Het aantal keer is afhankelijk van de plaats waar de patiënt verblijft:
- Ziekenhuis: Meet bij opgenomen patiënten pijn eenmaal daags. Meet pijn bij elke poliklinisch bezoek. - Verpleeghuis/hospice: Meet bij patiënten met pijn en/of pijnmedicatie de pijn minimaal eenmaal per dag. Meet pijn bij patiënten zonder pijn minimaal eenmaal per week. - Thuis: Stimuleer patiënten met pijn om dagelijks een pijndagboek bij te houden.
(i) Multidimensionele benadering van pijn bij kanker
- Voor iedere zorgverlener betrokken bij de behandeling van patiënten met kanker en pijn: schenk aandacht aan de vier dimensies (somatisch, psychisch, sociaal en spiritueel) bij de diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker. Stel de oorza(a)k(en) en beïnvloedende factoren van de pijn vast (1D). - Voor de huisarts: informeer en betrek zo nodig de medisch specialist bij de diagnostiek en behandeling van pijn bij kanker (1D). - Schakel een geschikte gespecialiseerde psychosociale zorgverlener in (zoals een psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker en/of geestelijk verzorger, bij voorkeur met ervaring met patiënten met kanker) als uit de pijnanamnese blijkt dat psychische, sociale en/of spirituele aspecten een belangrijke bijdrage aan de pijn (lijken te) leveren (2D). - Overweeg een verwijzing naar een revalidatiearts wanneer chronische pijnklachten bij kanker samengaan met aanzienlijke beperking in het dagelijks functioneren en waarbij eerdere behandelingen, gericht op het verbeteren van het functioneren bij pijn, onvoldoende resultaat hebben gehad en wanneer er sprake is van complexe samenhangende problematiek t.a.v. meerdere ICF-domeinen (2D).
(ii) Voorlichting en educatie
- Geef patiënten met pijn bij kanker en hun naasten voorlichting over pijn en de eventuele behandeling ervan (1B). - Pas de gegeven informatie aan op het kennis- en opleidingsniveau van de patiënt, de pijnbehandeling en diens conditie (1C). - Betrek ook de naasten bij de voorlichting wanneer mogelijk en na akkoord van de patiënt (1C). - Zorg ervoor dat pijnvoorlichting en educatie zo veel mogelijk gegeven wordt door zowel de arts als de verpleegkundige (2D). - Gebruik voor de inhoud van de voorlichting tenminste de onderwerpen zoals beschreven in tabel 1 van de NVA_richtlijn (2D). - Geef mondelinge voorlichting en educatie en vul deze aan met schriftelijke en/of digitale informatie over pijn en pijnbehandeling (1C). - Zorg voor herhaalde voorlichting en educatie (bij voorkeur wekelijks) voor een optimaal effect (2D).
(iii) Therapietrouw
- Geef uitleg over indicatie, werking en bijwerkingen van het geneesmiddel (1D). - Evalueer samen met de patiënt of hij zijn medicatie conform het voorschrift gebruikt. Hier is een rol weggelegd voor de voorschrijver en de apotheker (2D). - Wees altijd alert op medicatiefouten en therapie-ontrouw (2D). - Wees alert op (eventueel door angst ingegeven) misverstanden en onjuiste gedachten over het gebruik van pijnmedicatie (2D). - Maak de doseerschema's van de verschillende geneesmiddelen zo eenvoudig mogelijk, waarbij de geneesmiddelen zo veel mogelijk op dezelfde momenten worden ingenomen (2D). - Houd extra rekening met therapie-ontrouw bij ouderen, patiënten met een cognitieve beperking, patiënten die de Nederlandse taal niet beheersen en patiënten die ingewikkelde doseerschema's hebben (2D). - Maak voor de onderhoudsbehandeling zo nodig gebruik van een medicatiecassette of geneesmiddeldoseersysteem en/of schakel een mantelzorger of wijkverpleegkundige in voor het aanreiken van de medicatie (2D). - Voor de apotheker, voorschrijver en patiënt: Zorg voor een correct, up-to-date medicatie-overzicht (1D). NB Aanbeveling aangepast t.o.v. richtlijn van 2015. - Informeer de patiënt dat hij verantwoordelijk is voor het doorgeven van medicatiewijzigingen aan de apotheek (2D). - Vermeld bij intercollegiale correspondentie altijd de huidige medicatie (1D).
(iv) Zelfmanagement
- Nodig de patiënt uit zelf zoveel mogelijk de regie van de pijnbehandeling op zich te nemen. Doe dat op basis van de wensen en mogelijkheden van de patiënt (1D). - Spreek met alle betrokken zorgverleners af wie voor de patiënt het eerste aanspreekpunt is voor de behandeling van pijn en leg dit vast in de diverse afzonderlijke patiëntendossiers (huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg, etc. (1D). - Spreek af hoe de taakverdeling en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners verdeeld zijn bij de behandeling van pijn bij patiënten met kanker (2D). - Zorg ervoor dat de doelen van de behandeling worden genoteerd in een zorgplan, evenals afspraken over verantwoordelijkheden en beleid, wie wanneer aanspreekpunt is bij problemen, zoals een pijncrisis, en hoe die zorgverlener bereikbaar is (2D). - Houd contact met de patiënt, maak controle-afspraken, evalueer en toets het effect van het zelfmanagement op gezette tijden, stel bij gewijzigde omstandigheden de mate van zelfmanagement bij (1D).

(v) Communicatie

Goede communicatie tussen hulpverleners en patiënten met pijn bij kanker en diens naasten is essentieel voor het effect van behandeling op pijnklachten.

(vi) Ondersteunende zorg

- Nodig de patiënt uit zelf zoveel mogelijk de regie van de pijnbehandeling op zich te nemen. Doe dat op basis van de wensen en mogelijkheden van de patiënt.
- Spreek met alle betrokken zorgverleners af wie voor de patiënt het eerste aanspreekpunt is voor de behandeling van pijn en leg dit vast in de diverse afzonderlijke patiëntendossiers (huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg, etc.
- Voor de apotheker, voorschrijver en patiënt: Zorg voor een correct, up-to-date medicatie-overzicht (zie ook 3.3).
- Spreek af hoe de taakverdeling en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners verdeeld zijn bij de behandeling van pijn bij patiënten met kanker.
- Zorg ervoor dat de doelen van de behandeling worden genoteerd in een zorgplan, evenals afspraken over verantwoordelijkheden en beleid, wie wanneer aanspreekpunt is bij problemen, zoals een pijncrisis, en hoe die zorgverlener bereikbaar is.
- Houd contact met de patiënt, maak controle-afspraken, evalueer en toets het effect van het zelfmanagement op gezette tijden, stel bij gewijzigde omstandigheden de mate van zelfmanagement bij.
- Bied zo nodig ondersteuning van patiënt en diens naasten aan door::
- lotgenoten (vaak ondersteunend door de herkenning en de erkenning van gevoelens en ervaringen), bij kanker via de Nederlandse Federatie van Kankerpatienten organisaties (<https://nfk.nl/>);
- anesthesioloog/pijnbestrijder c.q. pijnteam;
 - oncologie-, hartfalen-, long- of palliatief verpleegkundige of verpleegkundig specialist van ziekenhuis of thuiszorgorganisatie;
 - fysiotherapeut (zie Niet-medicamenteuze behandeling van pijn);
 - maatschappelijk werk of psycholoog (bij psychische klachten als angst en spanning);
 - apotheker (voor instructie over medicatie (-gebruik));
 - voor ondersteuning van de mantelzorg, zie:
 - www.mezzo.nl (landelijke vereniging voor iedereen die zorgt voor een naaste);
 - <http://www.agora.nl/> ('zorg kiezen': vrijwilligers per provincie, adressen van hospices);
 - <http://www.vptz.nl/> (landelijk overzicht + contactpersonen van vrijwilligers palliatieve zorg);
 - geestelijk verzorger voor steun bij existentiële vragen (zoals schuldgevoelens, vragen over zinervaring/zinverlies, vragen rond beslissingen rond het levenseinde, vragen in relatie tot religie, angst voor wat er na de dood zou kunnen zijn), gesprekken over hoop en afscheid, rituelen rond het levenseinde en het sterven.
- Vraag zo nodig advies bij een consultatieteam voor ondersteunende of palliatieve zorg (via IKNL of eigen ziekenhuis).

(vii) Continuïteit en coördinatie van zorg

- Gebruik een individueel zorgplan, dat voor iedereen toegankelijk en inzichtelijk is.
- Realiseer, indien mogelijk, dat er één centrale zorgverlener is, die regie houdt en de zorg coördineert.
- Draag zorg voor goede overdracht en overleg tussen verschillende betrokken zorgverleners. Leg afspraken over wel/geen ziekenhuisopname, wel/niet reanimeren en beademing vast op een voor betrokkenen toegankelijke plaats. Informeer of overleg bij 'kantelmomenten' in het ziekteproces of bij nieuwe/gewijzigde behandelafspraken.
- Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan worden. Leg afspraken vast over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en mantelzorger.
- Overweeg deelname aan een zogenaamde PaTz-groep, waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen op gestructureerde wijze bespreken hoe de zorg aan palliatieve patiënten vormgegeven kan worden.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Behandeling achtergrondpijn

Onderbouwing

Behandeling achtergrondpijn

- Weeg comorbiditeit en andere risicofactoren zorgvuldig af alvorens u medicatie voorschrijft.
- Met betrekking tot de toedieningsweg:
 - Schrijf primair middelen voor die oraal of transdermaal toegediend kunnen worden.
 - Kies bij orale toediening van opioïden als onderhoudsbehandeling voor een preparaat met vertraagde afgifte.
 - Kies voor de subcutane toedieningsweg als de orale of transdermale toedieningsweg niet mogelijk of niet gewenst is of als de pijn met orale of transdermale toediening niet voldoende (snel) onder controle komt.
 - Kies voor de intraveneuze toedieningsweg als de subcutane route gecontra-indiceerd is (perifeer oedeem, stollingsproblematiek, slechte perifere circulatie) of een snel effect wordt nagestreefd.
 - Kies voor neuraxiale (intrathecale of epidurale) toediening indien orale, transdermale of parenterale behandeling met opioïden leidt tot een onvoldoende pijnstillend effect en/of gepaard gaat met ernstige bijwerkingen.
- Schrijf onderhoudsmedicatie voor volgens een vast schema, waarbij het dosisinterval afhangt van de werkingsduur van het middel. Instrueer de patiënt om deze medicatie in te nemen, onafhankelijk van de pijn van dat moment.
- Hanteer een stapsgewijze benadering, waarbij er bij onvoldoende effect bij optimale dosering wordt overgegaan naar de volgende stap.

Hanteer bij nociceptieve pijn het volgende schema:

 - stap 1: Paracetamol +/- NSAID.
 - stap 2 (afwijkend van de WHO-ladder!): sterkwerkend opioïd +/- NSAID +/- paracetamol.
- 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 van een opioïd.
- Schrijf naast de onderhoudsbehandeling altijd snelwerkende opioïden tegen doorbraakpijn voor. Instrueer de patiënt om deze zo nodig in te nemen. Overweeg bij subcutane of intraveneuze toediening van opioïden het gebruik van een PCA (Patient Controlled Analgesia)-pomp om de patiënt zelf de mogelijkheid te geven om bolussen toe te dienen.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Causale behandeling

Onderbouwing

Causale behandeling

Overweeg systemische therapie bij de behandeling van pijn bij patiënten met kanker bij tumoren die daarvoor potentieel gevoelig zijn.

- Overweeg radiotherapie al dan niet in combinatie met andere behandelingsmodaliteiten, ter behandeling van pijn bij patiënten met kanker als gevolg van de primaire tumor (of een lokaal recidief daarvan).
- Overweeg kortdurende radiotherapie bij de behandeling van pijn veroorzaakt door metastasen bij patiënten met kanker.
- Overweeg bij terugkeer van pijnklachten na een initiële respons een tweede behandeling met radiotherapie.
- Overweeg bij patiënten met multifocale pijnklachten op basis van uitgebreide osteoblastische botmetastasering ten gevolge van primaire tumoren een behandeling met een radionuclide.
- Overweeg bij progressie van pijnklachten na initiële respons een tweede behandeling met een radionuclide.
- Bespreek bij pijn ten gevolge van primaire tumoren (of een lokaal recidief daarvan) is het raadzaam multidisciplinair of een operatieve ingreep zinvol en/of oncologisch wenselijk is, al dan niet in combinatie met chemotherapie en/of radiotherapie. Een operatieve ingreep kan zowel met een curatieve als met een palliatieve intentie worden verricht.
- Overweeg een percutane radiofrequente ablatie bij patiënten met pijnlijke botmetastasen die niet reageren op eerdere behandelingen, waaronder radiotherapie. Dit dient bij voorkeur te geschieden in een gespecialiseerd centrum.
- Voor de behandeling van pijnlijke wervelmetastasen: zie de richtlijn [Wervelmetastasen](#) (2015).
- Verricht een stabiliserende osteosynthes bij patiënten met pijnlijke fractures in lange pijpbeenderen ten gevolge van kanker is een stabiliserende osteosynthese aangewezen. Overweeg een profylactische osteosynthese bij patiënten met pijnlijke niet-gefractureerde botlaesies met een geschat hoog risico op een fractuur. Voorwaarde voor beide indicaties is dat er een levensverwachting is van langer dan een maand.
- Overweeg een operatieve ingreep bij patiënten met pijnlijke metastasen in huid of subcutis.
- Schrijf bisfosfonaten standaard voor bij patiënten met multipel myeloom (ziekte van Kahler) of met osteolytische botmetastasen ten gevolge van een mammacarcinoom, mits er sprake is van een levensverwachting van langer dan drie maanden.
- Overweeg behandeling met zoledroninezuur i.v. bij patiënten met botmetastasen ten gevolge van een prostaatcarcinoom, mits er sprake is van een levensverwachting van langer dan drie maanden.
- Het standaard voorschrijven van bisfosfonaten bij botmetastasen ten gevolge van andere vormen van kanker dan hierboven genoemd wordt niet aanbevolen.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

[Terug naar Bepaal
symptomatische behandeling](#)

Onderbouwing: Bepaal symptomatische behandeling

Onderbouwing

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 15-6-2020. [Gebruiksvoorwaarden](#) Sluiten

Onderbouwing: Indicatie chirurgie botmetastasen

Onderbouwing

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 15-6-2020. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

[Terug naar Indicatie
bisfosfonaten bij botmetastasen](#)

Onderbouwing: Indicatie bisfosfonaten bij botmetastasen

Onderbouwing

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 15-6-2020. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing: Behandeling doorbraakpijn

Onderbouwing

Bij doorbraakpijn bij patiënten met kanker:

- Zorg voor goede controle van de achtergrondpijn. Documenteer de reden, de soort, de dosering en de frequentie van de doorbraakmedicatie. Pas in principe de dosering van de onderhoudsmedicatie aan als er meer dan 3x per 24 uur doorbraakmedicatie voor onvoorspelbare doorbraakpijn noodzakelijk is (1C).
- Behandel (indien mogelijk) de oorzaak van de doorbraakpijn (bijvoorbeeld met radiotherapie of systemische therapie) (1C).
- Vermijd of behandel (indien mogelijk) uitlokkende factoren van de doorbraakpijn (1C).
- Combineer de medicamenteuze behandeling van doorbraakpijn met niet-medicamenteuze behandeling en/of (indien mogelijk en zinvol) invasieve technieken (1C).
- Start bij onvoorspelbare doorbraakpijn met een snelwerkend fentanylpreparaat (Rapid Onset Opioid, ROO). Schrijf een immediate release (IR) opioïd voor als het effect van het snelwerkend fentanylpreparaat onvoldoende lang aanhoudt (1B).
- Kies bij voorspelbare doorbraakpijn voor een IR opioïd of een snelwerkend fentanylpreparaat; houd bij het tijdstip van toediening rekening met de tijd die nodig is voor het optreden van het pijnstillende effect (1C).
- Laat u bij de keuze van het soort snelwerkende fentanylpreparaat of van het soort IR opioïd primair leiden door de voorkeur, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt; weeg zo nodig de kosten mee bij de keuze (1B).
- Start bij een snelwerkend fentanylpreparaat met de laagste dosering (met uitzondering van het sublinguale tablet van 67 microgram) en titreer de dosis aan de hand van het effect op de doorbraakpijn (1B).
- Start bij een IR opioïd met 1/6 van de (equivalente) dagdosering van het opioïd (1C).

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Evalueer behandeling doorbraakpijn

Onderbouwing

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 15-6-2020. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing: Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling

Onderbouwing

- Een multimodulair/multidisciplinair revalidatieprogramma kan worden overwogen bij de behandeling van patiënten met pijn bij kanker, vooral wanneer tevens andere kanker gerelateerde problematiek op fysiek/mentaal gebied aanwezig is. Raadpleeg hiervoor de richtlijn [oncologische revalidatie](#).
- Over de toepassing van warmtetherapie voor de behandeling van pijn bij patiënten met kanker kan geen aanbeveling worden gedaan.
- De werkgroep is van mening dat toepassing van koude kan worden overwogen bij de behandeling van pijn bij patiënten met kanker.
- Pas klassieke massage (al dan niet met etherische oliën) of hand- of voetmassage alleen toe voor een kortdurend effect (direct na de interventie) op pijn bij patiënten met kanker (2D).
- Pijnbestrijding met behulp van manuele lymfedrainage kan worden overwogen bij de behandeling van patiënten met pijn bij kanker, waarbij de pijnbestrijding als neveneffect van het effect van de behandeling (oedeemvermindering) moet worden opgevat.
- De werkgroep is van mening dat hydrotherapie kan worden overwogen bij de behandeling van patiënten met pijn bij kanker.
- Oefentherapie wordt niet aanbevolen ter behandeling van pijn bij patiënten met kanker (2C)
- Overweeg ontspanningsoefeningen, al dan niet in combinatie met geleide verbeelding, als aanvulling op andere behandelingen van pijn bij patiënten met kanker (2C).
- De toepassing van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van pijn bij patiënten met kanker wordt niet aanbevolen (2D).
- Hypnotherapie wordt niet aanbevolen ter behandeling van patiënten met pijn bij kanker.
- De toepassing van TENS ter behandeling van pijn bij patiënten met kanker wordt niet aanbevolen (2D).

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Onderbouwing: Medicamenteuze symptomatische behandeling

Onderbouwing

Bij **nociceptieve pijn**:

- Start met monotherapie paracetamol (al dan niet gecombineerd met een NSAID, zie [NSAID's](#) (2019) (1D).
- Kies bij langdurig gebruik (>4 weken) voor een dosering van maximaal 3dd 1000 mg p.o. of supp. (2D).
- Bij starten van sterkwerkende opioïden: staak de onderhoudsdosering paracetamol en zet de dosering op 'zo nodig, tot 3dd 1000 mg' (2C).
- Overweeg een proefbehandeling met niet-selectieve NSAID's (diclofenac, naproxen of ibuprofen) als toevoeging aan paracetamol of opioïden bij de behandeling van pijn bij patiënten met kanker, indien er sprake is van onvoldoende effect van optimaal gedoseerd paracetamol resp. opioïden. Hierbij moeten de risico's (vooral maagschade) voor de individuele patiënt zorgvuldig worden afgewogen tegen de mogelijke baten. (2C)
 - stap 2 (afwijkend van de WHO-ladder!): sterkwerkend opioïd +/- NSAID +/- paracetamol.

Overweeg bij **gecombineerde nociceptieve en neuropatische pijn** een sterkwerkend opioïd als eerste behandeling (1C).

Overweeg bij zuiver **neuropatische pijn** toevoeging van een sterkwerkend opioïd als een antidepressivum en/of een anti-epilepticum onvoldoende effect sorteren (1C).

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Evalueer na 48u paracetamol +/- NSAIDs bij nociceptieve pijn

Onderbouwing

- Hanteer een stapsgewijze benadering, waarbij er bij onvoldoende effect bij optimale dosering wordt overgegaan naar de volgende stap.

Hanteer bij nociceptieve pijn het volgende schema:

- stap 1: Paracetamol +/- NSAID.
- stap 2 (afwijkend van de WHO-ladder!): sterkwerkend opioïd +/- NSAID +/- paracetamol.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Evalueer dosering opioïd(rotatie) 24 uur na sterkwerkend opioïd

Onderbouwing

- 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 van een opioïd
- Overweeg epidurale toediening van opioïden, zo nodig in combinatie met een lokaalanestheticum en/of clonidine, indien intrathecale behandeling niet mogelijk is of bij een zeer korte levensverwachting (korter dan 4 weken) (1D).
- Overweeg intrathecale toediening van opioïden, zo nodig in combinatie met een lokaalanestheticum en/of clonidine, voor de behandeling van pijn bij patiënten met kanker indien orale, transdermale of parenterale behandeling met opioïden leidt tot onvoldoende pijnstillend effect en/of gepaard gaat met ernstige bijwerkingen (1D).
- Maak bij opioïdrotatie gebruik van de onderstaande conversiefactoren (1C), zie ook omrekentabel:
 - oraal morfine:oraal oxycodone = 1,5:1
 - oraal morfine:oraal hydromorfon = 5:1
 - oraal morfine:transdermaal fentanyl = 100:1
 - oraal morfine:transdermaal buprenorphine = 100:1
 - oraal morfine:oraal methadon = variabel tussen 5:1 en 10:1
 - oraal oxycodone:oraal hydromorfon = 3,3:1
 - oraal morfine:oraal tramadol = 1:5
 - oraal morfine:tapentadol = 1:2,5

Omrekentabel opioïden^I

MORFINE		FENTANYL	OXYCODON		HYDROMORFON		TRAMADOL	BUPRENORFINE	TAPENTADOL
oraal	s.c./i.v.	pleister	oraal	s.c./i.v.	oraal	s.c./i.v.	oraal	pleister	oraal
mg per 24 uur	mg per 24 uur	µg per uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	mg per 24 uur	µg per uur	mg per 24 uur
30	10	12	20	10	6 ^{II}	2	150		
60	20	25	40	20	12	4	300		150
120	40	50	80	40	24	8	- ^{III}	52,5	300
180	60	75	120	60	36	12	-		^V
240	80	100	160	80	48	16	-	105	
360	120	150	240	120	72	24	-	- ^{IV}	
480	160	200	320	160	96	32	-	-	

^I Bij het overgaan van het ene opioïd naar het andere (opioïdrotatie) vanwege bijwerkingen wordt geadviseerd om 75% van de equi-analgetische dosis te geven.

^{II} Deze dosering kan in de praktijk niet gegeven worden, omdat de laagste dagdosering van het slow releasepreparaat 4 mg is en het middel 2x per dag moet worden gegeven.

^{III} De maximale dagdosering van tramadol is 400 mg/24 uur.

^{IV} Hogere doseringen buprenorfine dan 140 µg per uur worden niet geadviseerd.

^V De maximaal onderzochte dosis is 500 mg/dag. Over hogere doses kunnen geen uitspraken worden gedaan.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Onderbouwing: Bepaal behandeling met opioïd (toedieningsweg en soort)

Onderbouwing

- Schrijf primair middelen voor die oraal of transdermaal toegediend kunnen worden.
 - Kies bij orale toediening van opioïden als onderhoudsbehandeling voor een preparaat met vertraagde afgifte.
- Kies voor de subcutane toedieningsweg als de orale of transdermale toedieningsweg niet mogelijk of niet gewenst is of als de pijn met orale of transdermale toediening niet voldoende (snel) onder controle komt.
- Kies voor de intraveneuze toedieningsweg als de subcutane route gecontra-indiceerd is (perifeer oedeem, stollingsproblematiek, slechte perifere circulatie) of een snel effect wordt nagestreefd.
- Kies voor neuraxiale (intrathecale of epidurale) toediening indien orale, transdermale of parenterale behandeling met opioïden leidt tot een onvoldoende pijnstillend effect en/of gepaard gaat met ernstige bijwerkingen.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Evalueer na 24 uur sterkwerkend opioïd bij nociceptieve pijn

Onderbouwing

- Schrijf primair middelen voor die oraal of transdermaal toegediend kunnen worden.
 - Kies bij orale toediening van opioïden als onderhoudsbehandeling voor een preparaat met vertraagde afgifte.
- Kies voor de subcutane toedieningsweg als de orale of transdermale toedieningsweg niet mogelijk of niet gewenst is of als de pijn met orale of transdermale toediening niet voldoende (snel) onder controle komt.
- Kies voor de intraveneuze toedieningsweg als de subcutane route gecontra-indiceerd is (perifeer oedeem, stollingsproblematiek, slechte perifere circulatie) of een snel effect wordt nagestreefd.
- Kies voor neuraxiale (intrathecale of epidurale) toediening indien orale, transdermale of parenterale behandeling met opioïden leidt tot een onvoldoende pijnstillend effect en/of gepaard gaat met ernstige bijwerkingen.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

[Terug naar Evalueer sterkwerkend
opioïd bij gecombineerde pijn](#)

Onderbouwing: Evalueer sterkwerkend opioïd bij gecombineerde pijn

Onderbouwing

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing.
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl.
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep Pijn.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 15-6-2020. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing: Bepaal behandeling bijwerkingen opioïd

Onderbouwing
Bij patiënten met kanker met <u>ademdepressie</u> door gebruik van opioïden: Geef naloxon i.v. bij een ademdepressie
Bij patiënten met kanker met <u>cognitieve veranderingen, hallucinaties en/of delier</u> door gebruik van opioïden: - Onderken en behandel (indien mogelijk) andere precipiterende factoren (1D). - Overweeg verlaging van de dosering, opioïdrotatie, verhogen van de dosisfrequentie of verandering van de toedieningsweg (1D). - Indien de bovenstaande strategieën niet mogelijk of niet effectief zijn: start niet-medicamenteuze behandeling, al dan niet in combinatie met haloperidol (1D).
Bij patiënten met kanker met <u>droge mond</u> door gebruik van opioïden: - Besteed aandacht aan goede mondzorg (1D). - Stimuleer de speekselsecretie (met zuurtjes, kauwgom e.d.) en maak eventueel gebruik van een mondspray en/of mondbevochtingsproducten. - Schrijf bij onvoldoende effect daarvan pilocarpine voor (2D).
Bij patiënten met kanker met <u>jeuk</u> door gebruik van opioïden: - Behandel jeuk ten gevolge van spinaal toegediende opioïden met ondansetron (1B). - Behandel jeuk ten gevolge van oraal toegediende opioïden met ondansetron of paroxetine (2D).
Bij patiënten met kanker met <u>misselijkheid en braken</u> door gebruik van opioïden: - Schrijf voor de behandeling van misselijkheid en braken ten gevolge van opioïden metoclopramide of domperidon voor, op grond van het werkingsmechanisme. Alternatief is haloperidol(1D). - Overweeg bij persisterende misselijkheid en/of braken opioïdrotatie of verandering van toedieningsweg (van oraal naar subcutaan) (1D).
Bij patiënten met kanker met <u>myoclonieën</u> door gebruik van opioïden: - Verlaag de dosis opioïd of roteer indien mogelijk (2D). - Indien dosisverlaging of opioïdrotatie niet mogelijk of niet effectief: behandel symptomatisch met clonazepam, of, bij onvoldoende effect van clonazepam, met baclofen, gabapentine of nifedipine (2D).
Bij patiënten met kanker met <u>obstipatie</u> door gebruik van opioïden: - Schrijf standaard laxantia voor bij de behandeling met een opioïd (1D). - Schrijf een osmotisch laxans (macrogol/elektrolyten, magnesiumhydroxide, evt. lactulose of lactitol) voor bij de behandeling van obstipatie, zo nodig gecombineerd met een contactlaxans (senna of bisacodyl) (1C). - Overweeg opioïdrotatie, bij voorkeur naar transdermaal toegediend fentanyl. Het gebruik van laxantia dient dan wel te worden gecontinueerd (1D). - Bij obstipatie ondanks adequaat laxansgebruik: dien methylnaltrexon s.c. toe (1B). - Overweeg onderhoudsbehandeling met naloxegol bij obstipatie ondanks adequaat laxantiagebruik, niet reagerend op opioïdrotatie (2D).
Bij patiënten met kanker met <u>opioïd hyperalgesie</u> door gebruik van opioïden: - Indien zich bij een hoge dosis of een snelle dosisverhoging van een opioïd hyperalgesie, allodynie en myoclonieën voordoen en de pijn zich buiten de oorspronkelijke pijnregio uitbreidt, overweeg dan de mogelijkheid van een opioïd geïnduceerde hyperalgesie. Sluit daarbij een toename van pijn door het ziekteproces of nieuw ontstane neuropatische pijn uit. - Verlaag bij opioïdgeïnduceerde hyperalgesie de opioïd dosis met 40-50% en start daarnaast met methadon. - Overweeg bij onvoldoende effect hiervan opioïdrotatie naar buprenorfine. - Overweeg tijdens een opname behandeling met ketamine intraveneus.
Bij patiënten met kanker met <u>sedatie</u> door gebruik van opioïden: - Indien sedatie optreedt bij de start of na dosisverhoging van opioïden, wacht dan een paar dagen af om te zien of de sufheid spontaan verdwijnt (1D). - Staak, indien mogelijk, sederende comedatie (1D). - Bij patiënten met persisterende sufheid: overweeg opioïdrotatie, dosisverlaging of symptomatische behandeling met methylfenidaat of modafenil (1D).
Bij patiënten met kanker met <u>urineretentie</u> door gebruik van opioïden: - Overweeg bij aanhoudende urineretentie stoppen van anticholinergische medicatie, - opioïdrotatie of - symptomatische behandeling met parasymphaticomimetica (2D).
Disclaimer: - De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing - De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen Pijn bij patiënten met kanker & Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl - De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Evalueer behandeling bijwerking opioïd

Onderbouwing
Bij patiënten met kanker met ademdepressie door gebruik van opioïden:
Geef naloxon i.v. bij een ademdepressie
Bij patiënten met kanker met cognitieve veranderingen, hallucinaties en/of delier door gebruik van opioïden:
- Onderken en behandel (indien mogelijk) andere precipiterende factoren (1D). - Overweeg verlaging van de dosering, opioïdrotatie, verhogen van de dosisfrequentie of verandering van de toedieningsweg (1D). - Indien de bovenstaande strategieën niet mogelijk of niet effectief zijn: start niet-medicamenteuze behandeling, al dan niet in combinatie met haloperidol (1D).
Bij patiënten met kanker met droge mond door gebruik van opioïden:
- Besteed aandacht aan goede mondzorg (1D). - Stimuleer de speekselsecretie (met zuurtjes, kauwgom e.d.) en maak eventueel gebruik van een mondspray en/of mondbevochtingsproducten. - Schrijf bij onvoldoende effect daarvan pilocarpine voor (2D).
Bij patiënten met kanker met jeuk door gebruik van opioïden:
- Behandel jeuk ten gevolge van spinaal toegediende opioïden met ondansetron (1B). - Behandel jeuk ten gevolge van oraal toegediende opioïden met ondansetron of paroxetine (2D).
Bij patiënten met kanker met misselijkheid en braken door gebruik van opioïden:
- Schrijf voor de behandeling van misselijkheid en braken ten gevolge van opioïden metoclopramide of domperidon voor, op grond van het werkingsmechanisme. Alternatief is haloperidol(1D). - Overweeg bij persisterende misselijkheid en/of braken opioïdrotatie of verandering van toedieningsweg (van oraal naar subcutaan) (1D).
Bij patiënten met kanker met myoclonieën door gebruik van opioïden:
- Verlaag de dosis opioïd of roteer indien mogelijk (2D). - Indien dosisverlaging of opioïdrotatie niet mogelijk of niet effectief: behandel symptomatisch met clonazepam, of, bij onvoldoende effect van clonazepam, met baclofen, gabapentine of nifedipine (2D).
Bij patiënten met kanker met obstipatie door gebruik van opioïden:
- Schrijf standaard laxantia voor bij de behandeling met een opioïd (1D). - Schrijf een osmotisch laxans (macrogol/elektrolyten, magnesiumhydroxide, evt. lactulose of lactitol) voor bij de behandeling van obstipatie, zo nodig gecombineerd met een contactlaxans (senna of bisacodyl) (1C). - Overweeg opioïdrotatie, bij voorkeur naar transdermaal toegediend fentanyl. Het gebruik van laxantia dient dan wel te worden gecontinueerd (1D). - Bij obstipatie ondanks adequaat laxansgebruik: dien methylnaltrexon s.c. toe (1B). - Overweeg onderhoudsbehandeling met naloxegol bij obstipatie ondanks adequaat laxantiagebruik, niet reagerend op opioïdrotatie (2D).
Bij patiënten met kanker met opioïd hyperalgesie door gebruik van opioïden:
- Indien zich bij een hoge dosis of een snelle dosisverhoging van een opioïd hyperalgesie, allodynie en myoclonieën voordoen en de pijn zich buiten de oorspronkelijke pijnregio uitbreidt, overweeg dan de mogelijkheid van een opioïd geïnduceerde hyperalgesie. Sluit daarbij een toename van pijn door het ziekteproces of nieuw ontstane neuropatische pijn uit. - Verlaag bij opioïdgeïnduceerde hyperalgesie de opioïd dosis met 40-50% en start daarnaast met methadon. - Overweeg bij onvoldoende effect hiervan opioïdrotatie naar buprenorfine. - Overweeg tijdens een opname behandeling met ketamine intraveneus.
Bij patiënten met kanker met sedatie door gebruik van opioïden:
- Indien sedatie optreedt bij de start of na dosisverhoging van opioïden, wacht dan een paar dagen af om te zien of de sufheid spontaan verdwijnt (1D). - Staak, indien mogelijk, sederende comedicatie (1D). - Bij patiënten met persisterende sufheid: overweeg opioïdrotatie, dosisverlaging of symptomatische behandeling met methylfenidaat of modafenil (1D).
Bij patiënten met kanker met urineretentie door gebruik van opioïden:
- Overweeg bij aanhoudende urineretentie stoppen van anticholinergische medicatie, - opioïdrotatie of - symptomatische behandeling met parasymphaticomimetica (2D).
Disclaimer:
- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing - De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen Pijn bij patiënten met kanker & Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl - De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn

Onderbouwing: Invasieve behandeling

Onderbouwing

- Overweeg een perifere zenuwblokkade bij lokale pijn door kanker (2D).
- Voer een unilaterale chordotomie uit als er sprake is van eenzijdig gelokaliseerde pijn, onder het niveau van het dermatoom C5, mits (1D):
 - de levensverwachting ten hoogste één tot twee jaar bedraagt;
 - de ingreep plaatsvindt in centra met ruime ervaring met deze behandeling.
- Een bilaterale chordotomie wordt niet aanbevolen (2D).
- Voer een unilaterale chordotomie uit als er sprake is van eenzijdig gelokaliseerde pijn, onder het niveau van het dermatoom C5, mits (1D):
 - de levensverwachting ten hoogste één tot twee jaar bedraagt;
 - de ingreep plaatsvindt in centra met ruime ervaring met deze behandeling.
- Een bilaterale chordotomie wordt niet aanbevolen (2D).
- Verricht een plexus coeliacusblokkade bij patiënten met bovenbuikpijn ten gevolge van een maligniteit, m.n. ter vermindering van het opioïdgebruik. Deze behandeling wordt aanbevolen zodra er sprake is van behandeling met opioïden (1A).
Over de keuze voor de techniek (endoscopisch versus uitwendig; plexus coeliacusblokkade versus splanchnicusblokkade) kan geen uitspraak worden gedaan.
Een plexus-coeliacusblokkade kan zo nodig worden herhaald.
- Overweeg een plexus hypogastricusblokkade bij patiënten met kanker in de palliatieve fase en viscerale pijn, veroorzaakt door tumoren in het bekken (2C).
- Overweeg een lower end block bij perineale pijn bij patiënten met kanker indien andere behandelingen falen (2C).
- Voer een lower end block alleen uit bij patiënten die geen blaas- en rectumfunctie meer hebben.

Disclaimer:

- De gebruiksvoorwaarden van Oncoguide zijn van toepassing
- De beslisbomen zijn gebaseerd op de richtlijnen [Pijn bij patiënten met kanker](#) & [Pijn bij gevorderd stadia van COPD of hartfalen](#) beide richtlijnen staan op www.pallialine.nl
- De beslisbomen zijn opgezet met en goedgekeurd door richtlijnwerkgroep Pijn