

Docentversie casus invasieve pijnbestrijding

Casus A invasieve pijnbestrijding

Klinische gegevens

Een 58-jarige man met een maagcarcinoom bij wie 2 maanden geleden een palliatieve partiële maagresectie is uitgevoerd, waarvan hij vrij spoedig is hersteld, komt nu bij u met klachten van een misselijkmakende pijn in de bovenbuik die uitstraalt naar de rug. De pijn in de rug is niet voedingsgerelateerd, maar continu aanwezig. Patiënt geeft de pijn een score 6, maar met paracetamol en tramadol kan hij de score verlagen naar een 4. De pijn is in de afgelopen 2 weken langzaam maar zeker erger geworden. U laat een CT-scan maken die nieuwe tumorgroei in de restmaag laat zien, met lokale ingroei in het omliggende weefsel. Patiënt heeft eerder aangegeven het liefst zo min mogelijk medicatie te willen gebruiken. Hij heeft palliatieve chemotherapie geweigerd. Uw patiënt heeft eerdere gesprekken met de psycholoog afgebroken omdat hij dit niet hulpgevend vond.

Wat is uw beleid?

- A. Uitleg aan patiënt rondom medicatie, opstarten amitriptyline en een sterk opioïd
- B. Insturen voor een splanchnicus- of plexus coeliacusblokkade en uitleg dat patiënt waarschijnlijk niet zonder medicatie zal kunnen blijven
- C. Insturen voor een spinaalkatheter
- D. Terugverwijzen naar de chirurg voor een nieuwe operatie

Antwoord casus A invasieve pijnbestrijding

Het juiste antwoord is antwoord B: insturen voor splanchnicus- of plexus coeliacusblokkade.

Bij een splanchnicus- of plexus coeliacusblokkade wordt de sympathische innervatie van de bovenbuik doorgenomen. Afhankelijk van op welk niveau de plexus wordt onderbroken spreekt men van een splanchnicusblokkade dan wel een plexus coeliacus blokkade. Er is nog geen duidelijkheid over welke benadering beter is. De belangrijkste bijwerkingen zijn passagère orthostatische hypotensie en diarree. Ernstige complicaties zoals parese en paresthesieën komen in 1% voor, net als hematurie, pneumothorax en schouderpijn. Er zijn case reports van zeer ernstige complicaties, zoals een dwarslaesie.

Bij pijn bij maligniteiten in de bovenbuik wordt in de literatuur beschreven dat een vroege behandeling middels splanchnicus- of plexus coeliacusblokkade met name de opioïdbehoefte doet verminderen. De optimale timing van een dergelijke blokkade is moeilijk, en veel patiënten zullen het gevoel hebben dat de behandeling niet gewerkt heeft wanneer ze alsnog medicatie nodig hebben. Het is belangrijk dat het doel goed wordt uitgelegd (vermindering van de benodigde hoeveelheid medicatie). De behandeling middels een plexus coeliacus- of splanchnicusblokkade kan overwogen worden zodra behandeling met sterke opioïden overwogen wordt. Als de pijn na verloop van tijd weer terug komt kan een dergelijke blokkade herhaald worden.

Aangezien de pijn bij maligniteiten in de bovenbuik vaak een neuropathische component heeft vanwege ingroei in de plexus kan neuropathische medicatie een goede toevoeging zijn om de pijn te verlichten. Als een patiënt behandeling middels een splanchnicus- of plexus coeliacusblokkade weigert, zal de eerstvolgende stap zijn om te starten met een sterk opioïd eventueel in combinatie met neuropathische pijnbehandeling in de vorm van amitriptyline



of gabapentine. Ook als een patiënt onvoldoende effect heeft van een blokkade zal deze medicatie geïndiceerd zijn.

Een spinaalkatheter is een goede vorm van pijnstilling in de laatste levensfase. Een spinaalkatheter wordt vaak lumbaal ingebracht en afhankelijk van de verwachte overlevingsduur van de patiënt wordt deze direct naar buiten getunneld, of aangesloten middels een port-a-cath systeem. Bij een langere overlevingsduur kan ervoor gekozen worden een pomp te implanteren. Via de spinaalkatheter kan morfine gegeven worden in combinatie met een lokaal anestheticum. Hierdoor kan pijn vaak goed onder controle gebracht worden. Een spinaalkatheter wordt overwogen als een patiënt met systemische opioïden teveel last heeft van bijwerkingen. Aangezien deze patiënt nog geen sterke opioïden heeft gebruikt, en er nog goede alternatieven zijn voor de pijnbehandeling is een spinaalkatheter nog niet geïndiceerd voor deze patiënt (zie ook casus 35).

Het uitvoeren van een palliatieve gastrectomie lijkt de overleving en de kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten met een maagcarcinoom. Echter, dit is in dit geval al gedaan, en patiënt heeft op dit moment pijn vanwege lokale doorgroei. Waarschijnlijk zal een nieuwe chirurgische interventie nu weinig toevoegen aan de pijnstilling, en een relatief hoog risico op complicaties geven. Derhalve lijkt een terugverwijzing naar de chirurg nu weinig toe te voegen.

Bron

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

Casus B invasieve pijnbestrijding

Klinische gegevens

Een 45-jarige vrouw is onlangs gediagnosticeerd met een inoperabel pancreaskopcarcinoom. Patiënte is de afgelopen weken behandeld met palliatieve chemoradiatie, maar is nu in de laatste fase van haar leven. Als behandeling van de pijn krijgt zij methadon 2 dd 15 mg en amitriptyline 1 dd 25 mg voor de nacht. Gabapentine is gestaakt vanwege bijwerkingen. Zij heeft 3 weken geleden een plexus coeliacusblokkade gehad. Eerder heeft zij fentanyl gehad, maar ondanks toenemende sufheid hield zij nog steeds veel last van pijn. Zij klaagt vooral over pijn in de buik en pijn in het rechter been vanwege een metastase die in de plexus lumbosacralis ingroeit.

U komt bij haar thuis, patiënte geeft aan veel last te hebben van pijn, en geeft aan suf te zijn van de methadon. U ziet een cachectische dame, die aangeeft dat de pijn haar gek aan het maken is. De laatste CT-scan is 1 week geleden gemaakt en toont uitgebreide doorgroei van de tumor, tevens is er in het bekken een metastase met een nauwe relatie met de plexus lumbosacralis. Patiënte wil graag nog het afstuderen van haar zoon meemaken over 1 maand, maar geeft aan dat als er niets meer aan de pijn gedaan kan worden zij euthanasie overweegt.

Wat is uw beleid?

- A. U begint met de aanvraag euthanasie
- B. U verwijst naar de pijnbehandelaar voor een splanchnicusblokkade
- C. U verwijst naar de pijnbehandelaar voor een spinaalkatheter
- D. U verhoogt de methadondosering en voegt methylfenidaat toe tegen de sufheid



Antwoord casus B invasieve pijnbestrijding

Het goede antwoord is antwoord C: U verwijst naar de pijnbehandelaar voor een spinaalkatheter.

U heeft een patiënt die al uitgebreid behandeld wordt voor de pijnklachten bij haar pancreaskopcarcinoom. De plexus coeliacusblokkade had bij deze patiënt onvoldoende effect. Hiernaast is er sprake van een tweede focus voor de pijn. Mocht u de pijn in de buik goed behandeld hebben, dan zal patiënte alsnog last houden van pijn in het been. Derhalve is het uitvoeren van een splanchnicusblokkade geen goede optie. Ook een nieuwe opioïdrotatie zal waarschijnlijk niet heel veel verbetering brengen. U zou kunnen overwegen om de dosering methadon op te hogen, maar dit gaat waarschijnlijk gepaard met onacceptabele sufheid, ook wanneer u methylfenidaat toevoegt. Aangezien er nog een redelijke behandeloptie is voor de pijn middels een spinaalkatheter is euthanasie nog niet aan de orde.

Behandeling middels een spinaalkatheter kan leiden tot een belangrijke verbetering van de pijn, en tot een reductie van de bijwerkingen van de opioïden. Door het opvoeren van een katheter in de spinale ruimte kan er lokaal morfine en bupivacaïne (lokaal anestheticum) gegeven worden waardoor de pijn in de buik en het been beide goed verholpen kunnen worden. De hoeveelheid morfine die spinaal toegediend wordt is vele malen lager dan de hoeveelheid orale morfine (1:300), hierdoor zijn de bijwerkingen vaak minder. Belangrijke bijwerkingen van deze behandeling is dat een patiënt spierzwakte kan krijgen door de toevoeging van het lokaal anestheticum. Dit dient in overleg met de patiënt getitreerd te worden tot er een goede balans is tussen pijnstilling en eventuele motorische zwakte. Patiënten kunnen last krijgen van een retentieblaas en incontinentie voor urine en feces. Na het plaatsen van de katheter kan een patiënt last hebben van postpunctionele hoofdpijn. Andere problemen zijn het ontwikkelen van granulomen bij de tip van de katheter, wat myelumschade tot gevolg kan hebben en het ontstaan van perifeer oedeem. Een ernstige complicatie is het ontstaan van een hematoom waardoor er een dwarslaesie kan ontstaan, dit komt zelden voor. Ook kan er een infectie ontstaan, wat kan leiden tot een meningitis.

Als er in overleg met patiënte gekozen wordt voor het plaatsen van een spinaalkatheter dan zal zij zeker enkele dagen in het ziekenhuis worden opgenomen om haar goed medicamenteus in te stellen. Hierna zal zij met thuiszorg weer naar huis kunnen. Afhankelijk van de verwachte overlevingsduur kan er gekozen worden om een geheel implanteerbaar systeem te plaatsen. Als de verwachte overlevingsduur minder dan 3 maanden is wordt een implanteerbaar systeem niet aangeraden. Dan zal de spinaalkatheter getunneld worden en bij de flank naar buiten worden geleid, of aangesloten worden middels een port- a-cath systeem. Via een pomp zal continue medicatie gegeven worden, en kan patiënt eventueel een extra bolus vragen als er onvoldoende effect is van de medicatie.

Bronnen

- Richtlijn Pijn bij patiënten met kanker, 2019
- Timothy R, Deer, MD, et al. Polyanalgesic Consensus Conference 2012: Recommendations for the management of pain by intrathecal(intraspinal) drug delivery: report of an interdisciplinary expert panel.: *Neuromodulation* 2012;15:436-466.

