

Docentversie casus sociale context

Klinische gegevens

Een 43-jarige vrouw is bekend met een recidief cervixcarcinoom in het kleine bekken. Een jaar geleden heeft zij een hysterectomie en bestraling ondergaan met curatieve intentie. Zes weken geleden is op basis van buikpijn, lage rugpijn en vaginaal bloedverlies het locoregionaal recidief vastgesteld. Zij is enkele jaren geleden gescheiden en heeft de zorg voor twee kinderen (13 en 9 jaar). Het contact met de vader is verbroken na een vechtscheiding, inmiddels heeft zij een latrelatie met een partner in een andere stad. Haar kinderen zijn nog niet op de hoogte van het recidief, wat de nieuwe partner weet is onduidelijk. In het verleden heeft u zich zorgen gemaakt over de sociale omstandigheden, maar zij is vorig jaar goed door alle behandelingen heen gerold. De oncoloog heeft nu palliatief chemotherapie voorgesteld en volgende week gaat zij daarmee starten volgens de brief die u heeft ontvangen. De pijnstilling en laxantia waar u haar op ingesteld had zijn door de oncoloog aangepast. Nu krijgt u een melding van de huisartsenpost dat zij de afgelopen nacht van woensdag op donderdag gezien is wegens diarree met toename van pijnklachten en dat de oxycodon langwerkend 2 dd 60 mg verhoogd is naar 2 dd 90 mg met toevoeging van oxycodon kortwerkend 20 mg zo nodig tot 8 x daags nadat zij goed reageerde op 10 mg morfine sc en de laxantia tijdelijk gestopt zijn tot de ontlasting is genormaliseerd.

Wat is uw beleid?

- A. U overweegt dat de huidige interventie voor nu adequaat is, patiënte hierna geen contact meer gezocht heeft en dat zij onder behandeling staat van de oncoloog die haar binnenkort weer ziet en besluit om even af te wachten wat er gebeurt.
- B. U gaat langs, bespreekt de vele problemen waarvoor zij staat en die zij nog kan verwachten met de geplande chemotherapie. U stelt voor (na overleg met de specialist) haar in te sturen voor goede diagnostiek van de diarree, de toename van de pijn en om een goed behandelplan op te stellen die naast de chemotherapie ook de thuissituatie omvat.
- C. U bespreekt het probleem van de onzekere opname van de orale pijnstilling en stelt voor om te roteren naar morfine sc continu 5 mg/uur met een bolus van 10 mg zo nodig iedere 3 uur. Dit had tenslotte goed gewerkt vannacht en de thuiszorg wordt dan meteen ingeschakeld.
- D. U bespreekt het probleem van de onzekere opname van de opioïden oraal en roteert naar fentanyl 100 µg/uur transdermaal en fentanyl 100 µg sublinguaal voor doorbraakpijn en legt uit dat de pleister tot 12 uur nodig heeft om voldoende spiegel op te bouwen. Ook bespreekt u uw zorgen, dat zij in deze omstandigheden niet meer in staat is om voldoende voor zichzelf (en de kinderen) te zorgen. Daarnaast bespreekt u dat u behoefte hebt om met de oncoloog te overleggen over de huidige problemen.

Antwoord casus sociale context

Het goede antwoord is D: U maakt ruimte om haar zo spoedig mogelijk te bezoeken en roteert naar fentanyl.

In principe lijken alle argumenten goed beredeneerd. Bij antwoord A kiest u om uit het vaarwater van de specialist te blijven. Tenslotte is uw behandeling recent door hem gewijzigd, is zij onder zijn behandeling en ontstaat er makkelijk verwarring als er meerdere kapiteins in dit kwetsbare systeem gaan sturen. Ook het antwoord B raakt een belangrijk thema, dat mogelijk niet door de specialist is opgepakt, zonder het beleid van de specialist te frustreren. Zo houdt u als gezinsarts voeling met patiënte en haar psychosociale situatie zonder je met het actuele somatisch medische beleid te bemoeien. Mogelijk kunt u daarin proactieve stappen nemen indien de tijd rijp blijkt te zijn. In C houdt u het beleid in eigen hand en zorgt u onontkoombaar dat de thuiszorg ook een oogje in het zeil gaat houden. Daarnaast krijgt u ook zicht op de nog jonge kinderen en voorkomt dat moeder plotseling wegvalt uit het sociale systeem.

De reden dat u niet voor A moet kiezen, is gelegen in het feit dat bij diarree het ophogen van een oraal langwerkend tablet niet werkt. Bij primaire vormen van diarree is de transitie te snel voor een betrouwbare afgifte van opioïden en is patiënte vooral afhankelijk van het snel werkend preparaat. Bij paradoxe diarree (niet onwaarschijnlijk bij een recidief in het kleine bekken) is de pijn mogelijk veroorzaakt door fecale impactie en zijn de genomen maatregelen contraproductief. U zult zelf moeten gaan kijken wat er aan de hand is. Daarnaast is pijnbehandeling een verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners en zal op enigerlei wijze ook de specialist geïnformeerd moeten worden over de veranderingen. Ook blijkt nu onzekerheid wie het aanspreekpunt was voor de pijnbehandeling (huisarts of specialist).

Er zijn omstandigheden waarbij B de beste keuze is, vooral als bij het huisbezoek patiënte in een deplorabele toestand blijkt te zijn en u inschat dat insturen de beste kans op herstel biedt of als het sociale systeem niet meer in staat is om de huidige problemen op te vangen. Ook als u niet met zekerheid kan onderscheiden wat er speelt (progressie van tumor en fecale impactie met lage ileus) of opnameproblemen bij 'gewone' diarree kunt u beter insturen. Patiënte is echter eerder gezien door een collega en een obstructie ileus is nu minder waarschijnlijk.

Ook C is niet de beste oplossing. Als u kiest voor rotatie is er blijkbaar slechts sprake van 'gewone' diarree. Door parenterale toediening omzeilt u de resorptieproblemen. Echter bij de berekening is uitgegaan van de verhoogde dosis opioïden die de dienstdoende heeft voorgeschreven (volgens Palliative: 2 dd 90 oxycodon \approx 360 mg morfine oraal/24 uur \approx 120 mg morfine parenteraal/24 uur = 5 mg morfine/uur subcutaan continu). In de herziene richtlijn Pijn bij patiënten met kanker (2019) wordt een omrekenfactor van 1:1,5 gehanteerd in plaats van 1:2. De kans is groot dat u daarmee de patiënte intoxiceert en ook fecale impactie induceert omdat de laxantia gestaakt zijn. Bij normalisatie van de defecatie lopen (orale) laxantia vaak 2 dagen achter. Ook als de diarree doorzet zou de nierfunctie achteruit kunnen gaan met stapeling van actieve metabolieten van morfine als gevolg. Daarnaast legt u haar vast aan een pomp hetgeen niet de enige mogelijke oplossing is voor de huidige problemen.

Forceren van thuiszorg is geen adequaat alternatief voor een rustig gesprek om uw zorgen over de toekomst te kunnen bespreken. Tenslotte weet u niet precies wat zij nu wel of niet geregeld heeft.



Fentanyl transdermaal is een goed alternatief voor problemen bij de resorptie van orale preparaten. Bijkomend voordeel is dat de invloed op het maagdarmkanaal minder uitgesproken is en dat de klaring onafhankelijk van de nierfunctie is. De resorptie is onzeker bij extreem magere mensen, bij fixatieproblemen zoals bij heftig transpireren en kan toegenomen zijn bij koorts of warmteapplicatie (blootstelling aan direct zonlicht, warmte kussens, heet bad enzovoort). De berekening is correct uitgevoerd naar aanleiding van de effectieve dosering voor de diarree volgens de tabellen uit Pallialine maar zou 25% lager uitvallen volgens de herziene richtlijn Pijn bij patiënten met kanker, 2019 (waarbij uit gegaan wordt van een omrekenfactor van 1,5 van oxycodon naar morfine). Natuurlijk dient u uit te sluiten dat er sprake is van paradoxe diarree (frequent kleine beetjes, stinkend waterige ontlasting met harde stukjes en aanhoudende aandring vaak na een periode van moeizame ontlasting of obstipatie). Het heeft geen zin om bij deze rotatie de orale dosering opioïden voort te zetten gedurende de 12 uur dat fentanyl transdermaal nodig heeft om een adequate spiegel op te bouwen. U zult bij deze inwerktijd gebruik moeten maken van fentanyl transmucosaal waarbij u de laagste dosering kiest om te beginnen. Er blijkt namelijk geen relatie te zijn tussen de effectieve dosis transmucosaal en de dosis transdermaal, titreren naar behoefte van de patiënte is de goede oplossing. Rotatie in het geval van toedieningproblemen is 100% van de effectieve dosis van het andere product. Hierbij kunt u gebruik maken van de omreken tabellen (bijvoorbeeld www.pallialine.nl) of omrekenen naar de totale dosis morfine oraal/24 uur en vervolgens naar het nieuwe product. Bij hogere doseringen speelt in toenemende mate echter fouten in deze tabellen een rol omdat het een vereenvoudiging is van alle verschillen tussen individuen (resorptie, first pass effect, klaring, receptor-binding en gevoeligheid). Een voorbeeld is de verschillende omrekenfactoren die gehanteerd worden door Pallialine en de nieuwe richtlijn bij kanker. In die gevallen is het wijs om te kiezen voor 75% en ruim gebruik te maken van snelwerkende opioïden om verder te kunnen titreren. Bij rotatie wegens bijwerkingen gebruikt u 75% of minder van de laatste 24 uur-dosis van het oude product voor de berekening van de dosis van het nieuwe product.

Opioïdrotatie een praktische vuistregel

- Indicatie: opioïd gevoelige pijn bij ongunstig effect/bijwerking profiel primaire middel
- Rotatie wordt volledig uitgevoerd: eerste middel staken
- Omrekening volgens terugrekenen naar equipotente dosis morfine oraal van beide middelen
- Start met 75-100% van de berekende dosis van het nieuwe middel als onderhoud
- Geef de mogelijkheid om dit aan te vullen met een 1/6 van de 24 uur-dosis van een kortwerkend oraal opioïd
- Evalueer minimaal dagelijks en stuur medicatie bij waar nodig
- Overweeg bij hoge dagdosis (morfine equipotent meer dan 300 mg oraal/dag) en zeker bij overgang oraal naar parenteraal lager te starten en sneller te evalueren
- Overweeg altijd alternatieven voor behandeling (adjuvante pijnstilling, bijzondere pijnbehandelingstechnieken).

Bron

- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker, 2020.
- Richtlijn Pijn bij patiënten met kanker, 2019

