

Pijnbestrijding bij kanker: ook invasieve therapieën verdienen een plaats

Tegelijk met de enorme verbetering van de medicamenteuze behandelmogelijkheden en nieuwe inzichten zien we vaak ook dat de invasieve therapieën voor pijnbestrijding bij oncologische patiënten in de vergeethoek geraken. Dikwijls onterecht, oordelen dr. Martine Puylaert en dr. Astrid Van Lantschoot van het Multidisciplinair Pijncentrum, want pijn bij kanker is vaak een onderschat probleem.

“Door de verbeterde technieken, fijnere materialen en betere beeldvorming zijn de risico’s van invasieve therapieën voor pijnbestrijding beduidend minder. Daarom denken we dat zij opnieuw een plaats verdienen in de therapie voor oncologiepatiënten, mits een correcte timing,” aldus de pijnartsen.

Bij een multimodaal medicamenteus beleid en het gebruik van morfine-equivalenten in dosissen boven de 100 mg/dag, is het zeker nuttig om patiënten te verwijzen naar het Multidisciplinair Pijncentrum. Daar wordt gekeken wat het beste, verdere behandelings-traject voor een specifieke patiënt kan zijn. Dr. Puylaert: “Om in aanmerking te komen voor een invasieve pijnbehandeling moet de algemene toestand van de patiënt wel nog behoorlijk zijn. Belangrijk is ook dat de patiënt een normale stolling heeft. Hierbij is het soms laveren tussen verschillende chemobeurten door.”

Voor de behandeling zijn er twee opties, namelijk het werken met neuroablatieve technieken of het toedienen van de medicatie op een andere wijze, zoals bijvoorbeeld spinaal.

Neuroablatieve technieken

Dr. Van Lantschoot: “Bij neuroabla-

tieve technieken worden met behulp van neurolytica (meestal alcohol) of radiofrequente stromen bewust de geleidingscapaciteit van de bepaalde zenuwstructuren beïnvloed om de pijn te reduceren, zodat de patiënten minder pijn ervaren. Een neurolytische behandeling is echter enkel toepasbaar in een palliatieve setting.

Voorbeeld van een neuroablatieve techniek is de coeliacus-/splanchnicusblokkade bij patiënten met pancreaskanker, waarbij de pijngeleiding van een aantal zenuwen in de bovenbuik wordt uitgeschakeld. Deze kanker staat nu op de vijfde plaats qua incidentie en gaat frequent gepaard met veel pijn die moeilijk te controleren is.

Pijn in de onderbuik - zoals bij een ovarium- of prostaatkarcinoom - kan door een hypogastricusblokkade verminderd worden. Deze zenuwbaan ligt aan de voorzijde van het promontorium en alcoholiseren van deze locatie kan voor de patiënt een heel verschil betekenen.

Eenzijdige pijn ten gevolge van de ingroei van een tumor in een zenuwstructuur, kan hardnekkige symptomen veroorzaken. Typisch voorbeeld hiervan is een longtoptumor met ingroei in de plexus brachialis of

een tumor met ingroei in de plexus lumbosacralis. In deze omstandigheden kan men een chordotomie overwegen. Hierbij wordt de tractus spinothalamicus ter hoogte van C1-C2 door middel van een radiofrequente stroom doorgenomen om zo de pijngeleiding te onderbreken. In België zijn er slechts vijf centra waar men deze behandeling uitvoert, waaronder het Multidisciplinair Pijncentrum van ZOL. Patiënten zijn na deze behandeling onmiddellijk pijnvrij maar omdat de behandeling risico’s met zich meebrengt dienen deze patiënten een drietal dagen in het ziekenhuis te blijven. Dr. Puylaert: “De problemen die voorkomen zijn meestal voorbijgaand, zoals nood aan een blaassonde of unilateraal krachtsverlies.”

Voorgaande zijn slechts drie voorbeelden van invasieve pijntherapieën. Er bestaan er zeker nog veel meer.

Spinale medicatietoediening

Door medicatie zoals morfine en eventueel lokale anesthetica spinaal (in het cerebrospinaal vocht) toe te dienen, kan men de dosis in belangrijke mate reduceren en zo nevenwerkingen vermijden. De medicatie wordt dan immers toegediend op een locatie waar de receptoren zich bevinden waardoor

“



"Alle oncologische patiënten worden wekelijks opgevolgd en opgebeld, onafhankelijk van het type behandeling dat ze krijgen gaande van medicatie tot een invasieve behandeling. Zo nodig sturen we de behandeling bij. Eventueel schakelen we de huisarts of palliatieve zorg in."

dr. Martine Puylaert, pijnspecialist

men met een zeer lage dosis toch een goed effect kan verkrijgen.

Spinale medicatietoediening kan gebeuren met behulp van een volledig extern systeem of een subcutane katheter. Bij een langere levensverwachting geniet dit zeker de voorkeur omwille van het lagere infectierisico. Via een pompje kan naast een continue dosis ook een bolusmogelijkheid worden ingesteld. De patiënt kan deze zelf toedienen bij doorbraakpijn met een snelle en adequate pijnreductie als resultaat. Voor de plaatsing wordt de patiënt wel een 3-tal dagen opgenomen. De eerste 24 uur is bedrust vereist om postpunctiehoofdpijn te voorkomen. Verder is de opname nuttig om een goede medicatiedosis te zoeken met afbouw van pijnpleisters en/of perorale medicatie.

Deze behandeling kan perfect toegepast worden in de thuissituatie en dus een verbetering geven van de levenskwaliteit.

De thuiszorg speelt een heel belangrijke rol wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft. Enerzijds voor de wondzorg, anderzijds om de patiënt vertrouwd te maken met de instellingen en het gebruik van de pomp. Voor een aantal verpleegkundigen uit de thuiszorg werd een opleiding voorzien om een kwalitatieve zorgcontinuïteit te waarborgen. Tevens wordt er aan hen nog een scholingsmoment aangeboden, telkens de patiënt met ontslag gaat. Ook voor de vulling van de pompjes is er een sluitend en veilig systeem door het pijncentrum voorzien.

Vorbereiding

De blokkades, uitgezonderd de choro-dotomie en het plaatsen van de spinale katheter, gebeuren dagklinisch, nadat de patiënt vooraf uitgebreid gezien is door de pijnarts. Op dat moment zal in functie van de labo-onderzoeken en na evaluatie van de algemene toestand, de best mogelijke behandeling worden bepaald. De voordelen, nadelen, alternatieven en relevante risico's worden met de patiënt en zijn familie besproken. Voor het comfort van de patiënt gebeurt de procedure onder lichte sedatie en onder röntgengeleide.



“

"Bij de behandeling van een aantal zenuwen in de bovenbuik met radiofrequente stromen of alcohol kan de pijngeleiding verminderd worden zodat de meeste patiënten minder pijn ervaren."

dr. Astrid Van Lantschoot,
pijnspecialist

Opvolging

Kankerpijnbehandeling wordt vanuit het pijncentrum behandeld als transmurale zorg. Dr. Puylaert en dr. Van Lantschoot: "Alle patiënten worden wekelijks opgevolgd en desgewenst opgebeld, onafhankelijk van het type behandeling dat ze krijgen, gaande van medicatie tot een invasieve behandeling."

In overleg met de huisarts, de thuisverpleging, de palliatieve zorg en bovenal de patiënt en zijn/haar mantelzorger of familie kan het beleid op afstand bijgestuurd worden. Op deze manier trachten we het comfort van de patiënt te verhogen. Enkel indien het niet op deze wijze lukt, zien we de patiënt zelf terug." ■

Op 22 april 2021 organiseerde de Wetenschappelijke Raad van ZOL een avondlezing over pijn bij kanker. Sprekers waren dr. Leen De Bruyn, huisarts en LEIFarts Genk; prof. dr. Marieke van den Beuken-van Everdingen, hoogleraar Palliatieve Geneeskunde Maastricht UMC+; dr. Guy Debrock, Medische Oncologie ZOL; prof. dr. Kris Vissers, hoogleraar Pijn en Palliatieve Geneeskunde Radboudumc Nijmegen en dr. Martine Puylaert, Anesthesiologie-Multidisciplinair Pijncentrum ZOL