

Van Suijlekom is heel blij met de goede samenwerking tussen de oncologieafdeling en de pijnpoli. 'Het is niet uitzonderlijk dat er in ziekenhuizen wachtlijsten zijn voor twee, drie maanden. Deze patiënten kun je niet zolang laten wachten. Daarom heb-

ben wij voor deze groep patiënten een 'straatje' ingericht, wat ervoor zorgt dat de wachtlijsten kort zijn. Door samen zo snel mogelijk de meest effectieve behandeling in te zetten, kunnen we in de meeste gevallen de pijn draaglijk maken.'

Wereldwijd zijn meer dan 20 miljoen mensen gediagnosticeerd met kanker.¹ In veel gevallen krijgen kankerpatiënten chemotherapie. Deze behandeling kent ook bijwerkingen, zoals chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie (CIPN). Symptomen variëren van een doof gevoel tot heftige pijn met grote impact op de kwaliteit van leven. Een systematische review en meta-analyse van 31 studies met in totaal data van 4179 patiënten laat een prevalentie van CIPN zien van 68.1% (57.7-78.4) in de eerste maand na de chemotherapie, 60.0% (36.4-81.6) na drie maanden en 30.0% (6.4-53.5) na zes maanden of langer.²

Bij pijnlijke CIPN is er de mogelijkheid om oraal medicamenteus te behandelen of lokaal. Bij orale medicamenteuze behandeling worden op de pijnpoli in het Catharina ziekenhuis geen klassieke pijnstillers zoals opioïden gebruikt, maar co-analgetica: medicijnen uit de groep van de antidepressiva en met name de anti-epileptica. Ook zijn er lokale medicamenteuze behande-

lingen die effectief zijn, zoals speciale pleisters.³ Pijnbestrijding is maatwerk. Dankzij nauwe samenwerking tussen de oncologie afdeling en de pijnpoli kan snel de meest effectieve behandeling worden ingezet met als resultaat dat in de meeste gevallen de pijn draaglijk wordt.

Referenties:

- 1 Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86. 10.1002/ijc.29210
- 2 Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007;18(9):1437-49
- 3 Finnerup, NN, Attal N, HaroutounianS, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):162-73.

TAKE-HOME MESSAGE

De Werd: 'Wat het pijnsteam heel goed doet, is kijken naar wat het beste past bij de patiënt en patiënten leren om te gaan met de pijn.' Het is dan ook heel belangrijk dat patiënten goed aangeven wanneer zij pijnklachten krijgen', benadrukt Van den Bosch. 'Zorgverleners zou ik willen meegeven: 'Ga in gesprek met de patiënt en stuur op tijd door!' Van Suijlekom: 'Zoek samenwerking met de afdeling oncologie en dan met name ook met de oncologieverpleegkundigen die op een andere manier naar de patiënt kijken dan een oncoloog. Vind samen een weg om patiënten snel en effectief te behandelen.'

BIOGRAFIE

Dr. Hans van Suijlekom is anesthesioloog-pijnspecialist in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Naast zijn werkzaamheden op de operatiekamer werkt hij als pijnspecialist. Hij behandelt chronische pijn, als rug-en nekpijn en pijn bij kanker.

Majorie de Werd werkt als verpleegkundig specialist mammopathologie in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Zij is betrokken bij het totale chirurgische traject van diagnose en behandeling tot nazorg van patiënten met borstkanker.

Angelie van den Bosch is verpleegkundig specialist mammopathologie/medische oncologie in het Oncologiecentrum van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

COLOFON

Hoewel de inhoud van deze uitgave zorgvuldig en naar beste weten waarheidsgetrouw is samengesteld, aanvaarden auteur(s), redacteur(en), noch uitgever enige wettelijke aansprakelijkheid voor onjuistheden of omissies. De bijdragen in deze publicatie en elke advertentie vallen onder de verantwoordelijkheid van de samensteller(s), respectievelijk de adverteerder(s). Het vermelden van een product, dienst of therapie is een bijdrage en mag niet worden opgevat als een aanbeveling. Gelieve de meest actuele productinformatie van de fabrikant te raadplegen alvorens enig product vermeld in deze publicatie voor te schrijven.

Deze uitgave is tot stand gekomen op initiatief van Grünenthal B.V. Grünenthal B.V.

Tekst: Nathalie Ekelmans, Twende journalistieke producties

©2020 Alle rechten voorbehouden. Springer Healthcare, onderdeel van de Springer Nature groep.

MedNet is onderdeel van  Springer Healthcare

MedNet

Vergroot je medische vakkennis

PODCASTVERSLAG

VAN PODCAST NEUROPATHISCHE PIJN NA CHEMOTHERAPIE



Scan de QR-code en beluister de podcast met Hans van Suijlekom, Majorie de Werd en Angelie van den Bosch op MedNet.nl.

SAMENWERKING PIJNPOLI EN ONCOLOGIECENTRUM IS WINST VOOR BEHANDELING PIJNLIJKE NEUROPATHIE



Er is steeds meer aandacht voor het diagnosticeren en managen van pijn. Desondanks blijft pijn een veelvoorkomend symptoom bij kankerpatiënten. Van de behandelde patiënten heeft 30 tot 40 procent kans op neuropathieën veroorzaakt door de chemotherapie (chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie, CIPN). In de podcast van Springer Healthcare gaan Hans van Suijlekom, Majorie de Werd en Angelie van den Bosch uit het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven in op de oorzaak van CIPN, de impact en de behandelmogelijkheden. Bijzonder is de nauwe samenwerking tussen de pijnpoli en het oncologiecentrum om patiënten snel en effectief te behandelen.



Hans van Suijlekom
anesthesioloog-pijnspecialist



Majorie de Werd
verpleegkundig specialist
mammopathologie



Angelie van den Bosch
verpleegkundig specialist
mammopathologie/medische oncologie

M-QZA-NL-01-20-0008

Samenwerking pijnpoli en oncologiecentrum is winst voor behandeling pijnlijke neuropathie

‘Pijn bij kanker heeft verschillende oorzaken’, legt Van Suijlekom uit. ‘Allereerst ontstaat pijn door de tumor zelf; die dringt door in de weefsels van het lichaam en tast de zenuwen aan, wat leidt tot pijn. De tweede vorm is iatrogen, dus veroorzaakt door ons eigen medisch handelen. Wanneer wij tumoren bestralen, tast dat ook zenuwweefsel aan, zoals de plexus in de benen of in de armen. Wat wij met name zien is pijn die door de chemotherapeutica wordt veroorzaakt, de neuropathische pijn, en dan vooral door behandeling met middelen in de groep van de taxanen of de platinum-verbindingen. De derde oorzaak zijn operatieve ingrepen die pijn veroorzaken. Hiermee doel ik niet zozeer op de directe postoperatieve pijn, maar de pijn door zenuw schade na de operatie. Overigens geldt dit niet alleen voor kanker, maar ook voor andere operaties, zoals liesbreukoperaties: 10 procent van de mensen blijft pijn houden na een liesbreukoperatie, ondanks dat de operatie geslaagd is. De laatste vorm is de pijn in de palliatieve fase wanneer de tumor door andere weefsels groeit en pijn veroorzaakt.’

NEUROPATHIE

‘Bij vrouwen die behandeld worden voor een mammacarcinoom ben ik eigenlijk degene die pijn veroorzaakt doordat ik chemotherapie voorschrijf,’ reageert Van den Bosch. ‘Niet alle vrouwen krijgen last van CIPN, het is lastig om dit vooraf te voorspellen. In eerste instantie krijgen de meeste patiënten die behandeld worden met chemotherapeutica last van neuropathieën die een doof gevoel en tintelingen in de vingers en in de voeten veroorzaken. Verder in de behandeling kunnen chemotherapeutica bij een deel van de patiënten pijnklachten veroorzaken in vingers en voeten. Voorafgaand aan de behandeling bespreek ik met de patiënten wat de mogelijke bijwerkingen zijn. Open communicatie naar de patiënt over de voor- en nadelen van de behandeling met chemotherapeutica vind ik heel belangrijk.’

KWALITEIT VAN LEVEN

Wanneer patiënten CIPN krijgen is de vraag: ga je doorbehandelen? Van den Bosch: ‘Patiënten hebben een overlevingsdrang en zeggen daarom lang niet altijd dat ze pijn ervaren. Ze willen zo maximaal mogelijk behandeld worden. Ik ben er persoonlijk heel alert op en benadruk dat ze het echt moeten aangeven als ze klachten krijgen. Als de patiënt niets aangeeft en wij blijven doorbehandelen, heeft dat mogelijk gevolgen voor de toekomst. Patiënten kunnen chronische pijn krijgen aan de uiteinden van de vingers en tenen. Als gevolg hiervan kan het lopen beperkt worden en of kunnen patiënten bijvoorbeeld de knoopjes van hun kleding niet meer los maken. Wanneer de pijn

ontstaat tijdens de chemotherapie verminderen we de dosering iets, om te voorkomen dat klachten verergeren. Is dat niet voldoende, dan geven we daarnaast pijnstilling. Aan de ene kant wil je behandelen en aan de andere kant wil je ook kwaliteit van leven blijven behouden. Het is belangrijk dit goed uit te leggen aan de patiënt en samen te overleggen: behandelen we door, als je vervolgens bijna niet meer kunt lopen? Uiteindelijk draait het om kwaliteit van leven. Als je het duidelijk uitlegt en de behandeldoelen helder zijn, vindt de patiënt het vaak goed om een dosisreductie te krijgen van 100 procent naar 75 procent van de chemotherapie.’

OMGAAN MET PIJN

‘Pijn kan enorm belemmeren in het dagelijks functioneren’, vult De Werd aan. ‘Met name met het lopen kunnen mensen daar dusdanig last van hebben dat ze geen schoenen meer aankunnen en continu pijn hebben. Ik zie mensen die slecht kunnen staan, veel moeite hebben met huishoudelijk werk of zelfs met aankleden. Kortom, je moet het heel serieus te nemen en zo vroeg mogelijk opsporen. Hoeveel pijn patiënten hebben, brengen we in kaart met de NRS-pijnscore. Zij geven de pijn een cijfer waarbij nul geen pijn is en 10 extreme pijn. Hiermee stimuleer je de patiënt om zelf stil te staan bij de pijn: waar heb ik het meeste last van? We gebruiken de Lastmeter om de psychosociale impact van de pijn in kaart te brengen. Vervolgens gaan we prioriteren naar wat hen het meest belemmert in hun dagelijks leven, bij het uitvoeren van activiteiten en bij de re-integratie naar werk. Als zij hoog scoren, gaan wij de pijn ‘uitvragen’: waardoor ontstaat het, wat zijn de beïnvloedende factoren, wat heb je er zelf al aan gedaan? Zo proberen we te onderscheiden of het om CIPN gaat of om weefsel pijn, dat niet te maken heeft met chemotherapeutica. Vaak zie je met de taxanen de pijn pas op een later tijdstip opvlammen. Op het moment dat patiënten aangeven pijn te ervaren bij het lopen of drukpijn met het tikken van de toetsen van hun toetsenbord, gaat er bij mij een belletje rinkelen. Dan verwijst ik hen direct door naar het pijn team. Het is heel prettig dat we een deskundig pijn team hebben dat niet alleen meedenkt over de medicamenteuze behandeling, maar ook over het ‘omdenken’ van de pijn. Hoe patiënten omgaan met pijn is namelijk ook heel belangrijk.’

MOGELIJKE BEHANDELING

‘Als we de pijn gaan behandelen bij ons op de pijnpoli is er keuze tussen systemische medicamenteuze behandeling, lokale (medicamenteuze) behandeling of een interventiebehandeling

ofwel zenuwblokkade’, zegt Van Suijlekom. ‘Gaat het specifiek om pijnlijke CIPN, dan kom je uit op medicamenteuze of lokale medicamenteuze behandeling. Bij systemische medicamenteuze behandeling gebruiken we geen klassieke pijnstillers zoals opioïden, maar co-analgetica. Dit zijn medicijnen uit de groep van de antidepressiva of de anti-epileptica. Ook zijn er lokale behandelingen die effectief zijn, zoals speciale pleisters.

Pijnbestrijding is maatwerk. Hierbij kijken we naar de soort pijn, de ernst en de impact op het dagelijks leven, mogelijke behandelingen en de eventuele bijwerkingen daarvan.’

‘Door samen zo snel mogelijk de meest effectieve behandeling in te zetten, kunnen we in de meeste gevallen de pijn draaglijk maken’

Een derde van de patiënten die behandeld worden met chemotherapie krijgt last van neuropathieën. Dat kan gaan om tintelingen, gevoelloosheid of krachtverlies, te beginnen in tenen en vingers. 15% van hen ervaart chronische pijn door de zenuw schade.¹

- Van de **platinum-verbindingen** geeft met name oxaliplatin in 60-80% van de patiënten acute sensorische symptomen in de onderste ledematen. Patiënten die behandeld zijn met oxaliplatin rapporteerden vaker symptomen als patiënten die niet behandeld waren met chemotherapie: tintelingen (29% versus 8%), gevoelloosheid (17% versus 5%), en pijn (13% versus 6%) in tenen en/of voeten. Patiënten behandeld met oxaliplatin rapporteerden ook vaker tintelende tenen of voeten (29% versus 14%) vergeleken met patiënten die zijn behandeld met chemotherapie zonder oxaliplatin.
- In de groep **vinca-alkaloïden** geven vincristine, vinblastine en vinorelbine in 30-40% frequent klachten van pijnlijke neuropathieën. Met name is dit het geval met vincristine en minder met vinblastine en vinorelbine. Met vincristine rapporteert meer dan een derde van de patiënten autonome zenuwdysfunctie.
- In de groep van de **taxanen** geven docetaxel en paclitaxel in 10-30% klachten als gevoelloosheid, tintelingen, prikkelingen en een brandend gevoel. Met docetaxel zijn deze symptomen minder heftig dan met paclitaxel.
- **Bortezomib** geeft in 50% frequente neuropathische pijn met scherpe, brandende pijn in voeten en vingertoppen en gevoelloosheid.
- Met **thalidomide en lenalidomide** komt in 20-40% frequent klachten van prikkelingen, prikkelingen en gevoelloosheid voor. Dit komt vaker voor met thalidomide dan met lenalidomide.

Table 1: Patients who experienced quite a bit or very much neuropathy symptoms in the past week (EORTC QLQ-CIPN20) and logistics regression analyses showing differences regarding these experienced symptoms between the different treatments for patients diagnosed since 2007.

EORTC QLQ-CIPN20	No chemo-therapy (n=524), n (%)	Chemotherapy without oxaliplatin (n=118), n (%)	Oxaliplatin (n=162), n (%)	p-value [^]	p-value ^{^^}
SENSORY SYMPTOMS AND PROBLEMS					
1. Tingling fingers or hands?				0.1956	0.4543
2. Tingling toes or feet?	44 (8)	17 (14)	47 (29)	0.0010	0.0127
3. Numbness in fingers or hands?	24 (5)	7 (6)	8 (5)	0.6064	0.6413
4. Numbness in toes or feet?	27 (5)	13 (11)	28 (17)	0.0047	0.1733
5. Aching or burning pain in fingers or hands?	24 (5)	4 (3)	6 (4)	0.9657	0.6884
6. Aching or burning pain in toes or feet?	31 (6)	8 (7)	21 (13)	0.0293	0.0910
9. Trouble standing or walking?	33 (6)	9 (8)	16 (10)	0.2557	0.4343
10. Trouble distinguishing temperature of hot and cold water?	7 (1)	1 (1)	5 (3)	*	*
18. Trouble hearing?	57 (11)	13 (11)	18 (11)	0.7691	0.8953
MOTOR SCALE					
7. Cramps in hands?	25 (5)	5 (4)	3 (2)	*	*
8. Cramps in feet?	46 (9)	10 (9)	12 (7)	0.5303	0.8334
11. Trouble holding a pen which made writing difficult?	19 (4)	6 (5)	3 (2)	0.3858	0.1969
12. Trouble handling small objects (e.g. buttoning a blouse)?	35 (7)	11 (9)	14 (9)	0.7311	0.9216
13. Trouble opening jar/bottle due to loss of strength in hands?	60 (11)	16 (14)	19 (12)	0.8356	0.8111
14. Trouble walking because your feet come down to hard?	18 (3)	5 (4)	5 (3)	0.9629	0.7411
15. Trouble walking stairs or standing up from a chair due to weakness in legs?	52 (10)	13 (11)	14 (9)	0.4276	0.5154
19. Only for those driving cars: Trouble driving due to use of pedals?	19 (4)	2 (2)	6 (4)	0.6080	0.2742
AUTONOMIC SCALE					
16. Dizziness after standing up?	28 (5)	2 (2)	4 (3)	0.9386	0.4504
17. Blurry vision?	17 (3)	2 (2)	6 (4)	0.3526	0.2471
20. Only for males: Trouble getting or maintaining an erection?	162 (31)	39 (33)	37 (23)	0.1736	0.0888

The percentages reflect the people that answered ‘quite a bit’ or ‘very much’ on the question, ‘Please indicate the extent to which you experienced these symptoms or problems during the past week’. EORTC QLQ-CIPN20, European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy 20. [^]Difference between oxaliplatin versus no chemotherapy adjusted for stage, diabetes, osteoarthritis, and rheumatoid arthritis. However, question 20 was adjusted for stage, diabetes and age at time of questionnaire. ^{^^}Difference between oxaliplatin vs. chemotherapy without oxaliplatin adjusted for stage, diabetes, osteoarthritis, and rheumatoid arthritis. However, question 20 was adjusted for stage, diabetes, and age at time of questionnaire. *Numbers are too small to calculate p-value.

1. Proefschrift Tonneke Beijers: Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: An underestimated side effect with major impact on quality of life. 2016