

Paul De Cort,
Academisch
Centrum voor Huis-
artsgeneeskunde,
KU Leuven

Referenties: zie
website

Simonne, een vrouw van 79 jaar, gebruikt sinds enkele weken een morfinepleister omwille van langdurige invaliderende lage rugpijn. Op basis van een bevinding op MRI werd even de diagnose van de ziekte van Kahler vooropgesteld, maar uiteindelijk bleek het om een 'klassiek' lumbaal degeneratief letsel te gaan. Sinds het gebruik van de pleister ondervindt ze constipatie en een 'eigenaardig' gevoel in het hoofd, terwijl de pijn wel draaglijker maar niet volledig verdwenen is. Intussen is ook duidelijk geworden dat ze omwille van de toenemende karaktermoeilijkheden van haar dementerende man sterk gestresseerd is. We besluiten om de pleister geleidelijk af te bouwen en benoemen het pijnprobleem in zijn bredere, complexe context. Meer aandacht voor de organisatie van de mantelzorg en sociale contacten maakt de rugpijn uiteindelijk op een duurzame manier beter.

Onder chronische pijn verstaat men gewoonlijk een pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt en/of niet in verhouding staat tot de initiële nociceptieve prikkel, daarnaast het functioneren beperkt en ernstig genoeg is om medische hulp in te roepen. Ook pijn waarvan de intensiteit en de duur onvoldoende door een somatische aandoening kan verklaard worden, rekent men tot deze pijnstoornis¹. In de huisartspraktijk schat men de prevalentie van deze aandoening op 2%² en is het de oorzaak van veel verlies in levenskwaliteit. Voor deze indicatie worden er momenteel veel opiumderivaten (pleisters) voorgeschreven³. Dat gaat echter gepaard met een toename van overdosering, misbruik, verslaving en vermindering van een niet-medicamenteuze aanpak⁴. In vergelijking met placebo verlichten opiaten op korte termijn de pijn⁵.

In een recente systematische review van 39 studies onderzochten Chou et al. op lange termijn (minstens 3 maanden) het effect van opiumderivaten bij chronische pijn van heterogene oorsprong (nociceptief, neuropathisch, bij artrose, fibromyalgie, lage rugpijn)⁶. De onderzoekers vonden geen gecontroleerde effectiviteitsstudies met een follow-up van langer dan 16 weken. Een retrospectieve cohortstudie met 9940 patiënten toonde wel een verhoogd risico voor overdosering (HR 5,2 met 95% BI van 2,1 tot 12,5). Een recente cohortstudie voegt hier nog aan toe dat het vooral opiaten met een verlengde werking zijn die accidenten met overdosering veroorzaken⁷. Uit observationeel onderzoek in de eerste lijn bleek ook dat de prevalentie van misbruik (0,6 tot 8%) en van afhankelijkheid (3 tot 6%) toeneemt. Verder stellen Chou et al. nog vast: een verhoogd fractuurrisico bij 60-plussers (n=2341) die gemiddeld 33 maanden opiaten hadden gebruikt (OR 1,28 met 95% BI van 0,99 tot 1,64); een verhoogd risico van myocardinfarct (OR 2,66 met

95% BI van 2,30 tot 3,08 in een cohortonderzoek met 297 314 patiënten die minstens 180 dagen opiaten hadden gebruikt en een OR 1,28 met 95% BI van 1,19 tot 1,37 in een case-control studie met 11 693 cases); een verhoogd risico van erectiestoornissen die een medische behandeling vereisen (OR 1,45 met 95% BI van 1,12 tot 1,87). Uit deze recente systematische review kunnen we dus besluiten dat er door een tekort aan onderzoek geen uitspraken mogelijk zijn over de werkzaamheid van morfinederivaten op lange termijn. Er is echter wel evidentie over belangrijke ongewenste effecten bij langdurig gebruik.

Uit een andere recente systematische review en meta-analyse⁸ van goede methodologische kwaliteit over nieuwe behandelingen bij neuropathische pijn (zenuwpijn), waaronder 13 studies met opioïden (oxycodon 10-120 mg en morfine 90-240 mg) blijkt de evidentie over de werkzaamheid van opiaten eveneens ondermaats te zijn. Omwille van veiligheidsredenen wordt het gebruik dan ook alleen als derde keuze aanbevolen. Dat staat in tegenstelling tot eerdere aanbevelingen, waarin opiaten nog tweede of zelfs eerste keuze producten waren⁹. Ook hier is het risico van misbruik (vooral met de hogere doses) en mortaliteit door overdosis met de voorgeschreven opiaten bewezen.

Minerva signaleerde al dat in het geval van chronische diffuse pijn (fibromyalgie) een cognitieve gedragstherapeutische aanpak en oefeningen in de eerste lijn effectief zijn, ook al zijn de resultaten uit systematische reviews en meta-analyses tegenstrijdig¹⁰. Dat advies wordt nog beter uitgewerkt in de recente NHC standaard SOLK¹, die handelt over alle 'functionele klachtensyndromen', waaronder dus ook het chronisch pijnsyndroom. Niet-farmacologische behandelingen die de actieve participatie van de patiënt vragen, zoals oefeningen en psychotherapie zijn effectiever dan passieve fysieke behandelingen, inclusief injecties en operaties. Exclusief somatische interventies zorgen er voor dat de aanpak zich niet richt op de complexe aspecten van pijn, wat correcte pijnbehandeling in de weg staat.

Besluit

Bij de behandeling van chronische niet-kankerpijn moet de huisarts geen meerwaarde verwachten van een langdurige behandeling met opiaten. Hij moet integendeel rekening houden met ernstige ongewenste effecten. Exclusief somatische interventies voor chronische pijn houden geen rekening met de complexe aspecten van pijn, wat een correcte pijnbehandeling in de weg staat. Een duurzamere aanpak is dan ook gericht op eenvoudige pijnstillers, communicatie met de patiënt over een ruime probleemdefinitie en een planmatige niet-medicamenteuze aanpak.