

Langdurig opiatengebruik door mensen met chronische pijn: nut en risico's

drs. JL (Loes) Swaan, revalidatiearts, lswaan@rijndam.nl

Samenvatting van de adviezen

1. Neem zo weinig mogelijk opiaten.
2. Bij langdurig gebruik zijn de langwerkende (pleisters en pillen) minder verslavend dan de kortwerkende middelen.
3. Reken alles om naar milligram morfine equivalent. Blijf onder de 120 milligram!
4. Neem geen opiaten in combinatie met diazepam of andere 'pammen'.
5. Bij een hoge pijnscore ondanks opiaten werkt het waarschijnlijk niet en is afbouwen verstandig.
6. Houd een dagboekje bij met pijnscores en de hoeveelheid gebruikte opiaten als hulpmiddel bij afbouw.
7. Bouw altijd af in overleg met de behandelend (huis)arts

Inleiding

Opiaten, ook wel opioïden genoemd, zijn krachtige middelen om pijn te onderdrukken. Ze zijn nuttig in de behandeling van acute ernstige pijn, zoals na een operatie of ongeval. Dat is voldoende bewezen. Ook voor patiënten met kanker in de laatste levensfase zijn het goede pijnstillers. Maar tegenwoordig gebruiken mensen met langdurige pijn door andere oorzaken ze ook veel. Bijvoorbeeld bij chronische rugklachten, artrose, fibromyalgie, whiplash. Sinds eind jaren negentig van de vorige eeuw is het gebruik sterk toegenomen. Dit gebeurde vanuit de visie dat we patiënten tekort deden door hen pijnstilling te onthouden.

Ook dachten we dat mensen niet verslaafd raakten als ze opiaten gebruikten vanwege de pijnstillende werking. Helaas is in Canada en de VS de stijging in het gebruik net zo groot als de stijging van problematisch gebruik en van verslaving. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Daarom waarschuwen steeds meer wetenschappelijke artikelen tegen langdurig gebruik van opiaten door mensen met chronische pijn. Ook in Nederland is het gebruik de laatste vijftien jaar gestegen en dat is zorgelijk. Het is goed dat behalve artsen, ook patiënten beter op de hoogte zijn van de risico's.

Wat zijn opiaten?

Opiaten zijn allemaal stoffen die lijken op morfine. Er zijn heel veel verschillende middelen met nog meer verschillende namen. De bekendste zijn morfine zelf (bv MS Contin®) en oxycodon (bv Oxynorm®, Oxycontin®). Morfine retard, MS Contin en Oxycontin hoef je maar 2x per dag in te nemen, omdat de werking lang aanhoudt. Oxynorm werkt veel korter. Sommige mensen gebruiken een combinatie van langwerkende en kortwerkende opiaten.

Sommige middelen worden toegediend via een pleister. Bekende soorten zijn de fentanylpleister (bv Durogesic®) en Buprenorfinepleister (Butrans®, Transtec®). De pleister zorgt ervoor dat de werkzame stof heel geleidelijk wordt afgegeven. Daardoor hoeft de patiënt de pleister maar één of twee keer per week te verwisselen.

Tramadol (Tramal®, Tramagetic®) is een zwakke vorm van morfine, net als codeïne. Codeïne wordt steeds minder voorgeschreven: het werkt niet goed tegen ernstige pijn en heeft veel bijwerkingen.

Opiaten bij langdurige niet-kankerpijn: werkt het?

Bij kortdurende ernstige pijn (zoals na een operatie of ongeval) werken opiaten heel goed. De bijwerkingen zijn dan acceptabel, juist omdat het gebruik zo kort is. Bij ernstige kankerpijn is het vaak bijna het enige middel dat helpt, en zijn ook de bijwerkingen acceptabel.

Bij langdurige niet-kankerpijn is het helaas een heel ander verhaal. Ongeveer een jaar geleden stond hierover een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Het Nederlandse artikel verwees naar Amerikaans onderzoek over de effectiviteit en risico's van opiaten. De conclusie was dat een gunstig effect bij langdurig gebruik (meer dan zes weken) nooit is bewezen. Bovendien is het effect op de kwaliteit van leven en op het functioneren nooit onderzocht. Bij fibromyalgie is het zelfs erg onverstandig om langdurig opiaten te gebruiken. Bij fibromyalgie werkt het namelijk nog minder goed en kan een omgekeerd effect optreden. Het zenuwstelsel wordt dan juist gevoeliger voor pijn.

Veel mensen die opiaten gebruiken, hebben nog steeds pijn. Zelfs als iemand al een hoge dosis gebruikt, kan de pijnscore toch nog 6 of hoger zijn (waarbij 0 = geen pijn, en 10 = de ergst voorstelbare pijn). Iemand kan dan denken: ik moet meer innemen want ik heb nog pijn. Het is echter veel waarschijnlijker dat de opiaten helemaal niet zo goed werken! Anders was de pijn wel verminderd.

Opiaten: risico's en bijwerkingen?

De bekendste bijwerkingen van opiaten zijn misselijkheid, verstopping, ademhalingsproblemen, sufheid, duizeligheid en depressie. Opiaten kunnen bovendien verslavend zijn. De een is hiervoor gevoeliger dan de ander.

Het hoogste risico op verslaving hebben mannen tussen de 16 en 45 jaar, die al eens verslaafd zijn geweest aan roken of alcohol. Ook verslaving in de familie maakt het risico groter, en wanneer iemand behalve ernstige pijn ook een depressie heeft. Het bedrijf dat oxycodon maakt, is in de Verenigde Staten veroordeeld. Reden was dat het bedrijf claimde dat het middel minder verslavend was dan morfine, wat niet waar is. Voordat iemand echt verslaafd is, bestaat vaak al een afhankelijkheid.

Bij langdurig gebruik zijn nog meer bijwerkingen dan de bekende hierboven genoemde. Zo kan het gebruik van opiaten een negatief effect hebben op het immuunsysteem, de productie van geslachtshormonen en hartritmestoornissen veroorzaken.

Gelijktijdig gebruik van opiaten met andere dempende middelen wordt sterk afgeraden. Dempende middelen zijn bijvoorbeeld diazepam en oxazepam (en alles wat verder eindigt op 'pam'). Er is een risico op ademhalingsproblemen, vooral tijdens de slaap.

Opiaten: hoeveel en in welke vorm?

Het is niet altijd gemakkelijk om te overzien hoeveel opiaten iemand gebruikt. Er zijn veel verschillende middelen, zowel om te slikken als in pleistervorm. Ook de arts heeft daardoor niet altijd zicht op hoeveel iemand in totaal gebruikt. Niet iedereen weet dat oxycodon tweemaal zo sterk is als gewone morfine. Daarom is het belangrijk om alles op te tellen en om te rekenen. We gebruiken daarvoor het begrip 'morfine equivalent'. Een voorbeeld: oxycodon is tweemaal zo sterk als gewone morfine, dus 20 milligram oxycodon is 40 milligram morfine equivalent. Ook van alle pleisters is bekend hoe je ze kunt omrekenen naar morfine equivalent (zie de tabel met voorbeelden). Alleen zo is goed inzicht mogelijk in de totale hoeveelheid gebruikte opiaten per dag. Meer dan 120 mg morfine equivalent voor langere tijd is een ernstig gezondheidsrisico.

Kortwerkende middelen zijn niet geschikt voor langdurig gebruik. Ze zijn mee verslavend dan langwerkende middelen. Ze worden meestal onregelmatig ingenomen, afhankelijk van de ernst van de pijn. Zo leren de hersenen dat bij veel pijn een korte piek aan opiaten hoort en wordt afbouwen moeilijker. Langwerkende middelen zoals pleisters en middelen die tweemaal daags ingenomen worden, werken minder snel verslavend. Een pleister heeft verder weinig voordelen boven pillen.

Afbouwen: hoe doe je dat?

Om een afbouwschema te maken, is inzicht nodig in de hoeveelheid die iemand neemt. Dat kan bijvoorbeeld met een dagboekje. Daarin schrijft de patiënt op welke middelen hij gebruikt, hoeveel en op welke tijd van de dag. Ook de pijnscore is belangrijk om te noteren. Na een paar weken kan de (huis)arts hiermee een afbouwschema maken.

Het heeft de voorkeur om eerst de kortwerkende middelen af te bouwen en pas daarna de langwerkende. Afbouwen is niet altijd makkelijk! De pijn kan tijdelijk verergeren, iemand kan zich griepigerig voelen, of humeurig zijn. Toch zijn bijna al mijn patiënten blij als ze er vanaf zijn. Ze voelen zich fitter, zijn helderder, en hebben niet meer pijn dan met middelengebruik. Mensen die al een verslaving hebben, kost afbouwen meestal meer moeite. Soms is het nodig om advies aan een psychiater te vragen.

Wat zijn de alternatieven voor opiaten?

Chronische pijn reageert helaas veel minder goed op medicatie dan acute pijn. Als gewone pijnstillers en opiaten niet voldoende werken, zijn er wel andere middelen die soms effectief zijn. Dit zijn vaak middelen die oorspronkelijk niet voor pijnbestrijding waren bedoeld. Zoals middelen tegen epilepsie of tegen depressie. Via het centrale zenuwstelsel werken ze soms ook goed tegen de pijn. Verder zijn er veel andere methoden om de pijn aan te pakken. Soms vermindert de pijn echt, soms helpt het vooral om de pijn minder belemmerend te laten zijn. Bijvoorbeeld oefentherapie, lichaamsbeweging en training. Of gesprekken bij een psycholoog, omdat pijn ook emotioneel veel invloed heeft. Of revalidatiebehandeling natuurlijk, dat is mijn eigen dagelijks werk.

Dit is een bewerking van het artikel 'De revalidatiearts en de patiënt met opioïden: wat zijn verstandige keuzes?', verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde in mei 2015

Literatuur

1. Jason W Busse JW, Schandelmaier S, Kamaleldin M et al. Opioids for chronic non-cancer pain: a protocol for a systematic review of randomized controlled trials. *Systematic Reviews* 2013; 2:66.
2. Chou R, Turner JA, Devine EB et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review. *Ann Int Med* 2015; 4:276-286.
3. Deyo RA, von Korff M, Duhkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ* 2015; 350:g6380.
4. Franklin GM. Opioids for chronic noncancer pain. A position paper of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2014; 83:1277-1284.
5. Manchikanti L, Atluri S, Hansen H et al. Opioids In Chronic Noncancer Pain: Have we reached a boiling point yet? *Pain Physician* 2014; 17:E1-E10.
6. Mevius L. Bewijs voor opioïden bij chronische pijn mager. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 7 februari 2015i; 159(6):225
7. Balthasar AJR, Patijn J, van Kleef M. Opiaten op recept. Een probleem in Nederland? *Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding*, 29 (44), 2010.
8. Clauw DJ. Fibromyalgia – a clinical review. *JAMA* 2014 (311); 15: 1547-1555.
9. Benyamin R, Trescot AM, Datta S et al. Opioid Complications and Side Effects. *Pain Physician* 2008; 11:S105-S120
10. Webster LR. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Medicine*. 2005;6(6):432-442.
11. Vowles KE, McEntee ML, Siyahhan Julnes P et al. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain* 2015; 4:569-576.
12. Tournebize J, Gibaja V, Muszcak A et al. Are physicians safely prescribing opioids for chronic noncancer pain? A systematic review of current evidence. *Pain Practice* 2015; epub ahead of print DOI. 10.1111/papr. 12289.
13. Hooten WM, Lamer TJ, Twyner C. Opioid-induced hyperalgesia in community-dwelling adults with chronic pain. *Pain* 2015 (156); 6: 1145-1152.

Bijschriften figuren en tabellen:

Tabel 1. Omreken tabel opioïden naar morfine equivalent

Bron: Handboek Pijn geneeskunde, Huygen et al. Tijdstroom 2014 (hoofdstuk 25).

Tabel 1. Omreken tabel opioïden naar morfine equivalent

Morfine (mg)	Fentanyl (pleister, mcg)	Oxycodon (mg)	Tramadol (mg)	Buprenorfine (pleister, mcg)
30	12	15	150	17,5
60	25	30	300	35
120	50	60		70
180	75	90		105
240	100	120		140
360	150	180		
480	200	240		