Urgentieschema's voor huisartsen: 'acute pijnbeelden'

Haio: SCHREURS Emma , KUL
Promotor: VERBAKEL Jan , KUL
Praktijkopleider: DE RIDDER Lut , GARMYN Marianne , Sneijers Ronald , VAN EENOO Peter , VAN NUFFEL Maarten

Context: In het boekje ‘urgentieschema’s voor huisartsen’, uitgegeven in 2011, werden richtlijnen neergeschreven om huisartsen te begeleiden bij urgente situaties in hun dagelijks werk. Hieronder bevindt zich ook het hoofdstuk ‘acute pijnbeelden’ met enkele verouderde adviezen. We trachten in deze thesis de richtlijnen voor doorbraakpijn, acute lage rugpijn, jichtopstoten, anale pijn, tandabcessen, migraine, otitis media, thoracale pijn, koliekpijn en urineretentie te herschrijven op basis van de huidige evidentie.

Onderzoeksvraag: Hoe kunnen we de geassocieerde pijn aan bovenstaande pijnbeelden op de meest efficiënte manier behandelen, rekening houdend met de risicoprofielen van de patiënten en gebruikte medicatie volgens de huidig geldende evidentie?

Methode: Deze masterproef is een literatuurstudie waar we aan de hand van onze onderzoeksvraag voor elk onderwerp één of meerdere PICO’s hebben opgesteld. Met behulp van Pubmed, Embase en Cochrane maakten we voor elk onderwerp een BestBET om deze nadien om te zetten in nieuwe urgentieschema’s met evidence-based richtlijnen. Deze urgentieschema’s hebben we voorgesteld aan vier verschillende expertengroepen om de haalbaarheid in praktijk af te toetsen. De relevante feedback die we kregen van de experten namen we mee in de urgentieschema’s.

Resultaten: Bij acute aspecifieke lage rugpijn zijn NSAIDs de eerste keuze behandeling. Indien dit niet mogelijk is kun je opteren voor zwakke opioïden. Paracetamol in monotherapie en spierontspanners worden afgeraden. Een acute jichtopstoot behandel je met NSAIDs, colchicine of corticosteroïden. Bij doorbraakpijn bij kanker zijn snelwerkende vormen van fentanyl doeltreffender dan deze van morfine, maar het gebruik is nog weinig bekend in België. Bij doorbraakpijn bij botmetastasen kan een associatie van NSAIDs aan het opioïd overwogen worden, maar is overleg met de oncoloog voor opstart radiotherapie/bisfosfonaten het belangrijkste. Bij een acute anale fissuur wordt best een lokaal verdovende gel aangebracht tijdens defecatie. Ter genezing is een zalf op basis van nitraten of Ca-kanaalblokkers doeltreffender. Een getromboseerde hemorroïde snijdt je best uit ter vermindering van de pijn, net zoals een perianaal abces. Pijnbestrijding van een tandabces gebeurt het best m.b.v een combinatie van paracetamol en ibuprofen. Een milde of matige migraine-aanval behandel je met NSAIDs als eerste keuze en triptamines tweede keuze. Bij contra-indicatie voor NSAIDs of een ernstige aanval kan je opteren voor triptamines. Bij koliekpijn zijn NSAIDs eerste keuze. Spasmolytica worden afgeraden. Een otitis media behandel je omwille van veiligheidsredenen best met paracetamol, maar er was geen significant verschil op de pijnstilling t.o.v. ibuprofen. Topische medicatie wordt afgeraden. Bij urineretentie geniet sondage de voorkeur. Bij thoracale pijn zijn opioïden eerste keuze pijnbehandeling. Deze worden best niet intramusculair gegeven. NSAIDs worden afgeraden.

Conclusie: Met deze studie konden we aantonen dat er toch best enkele belangrijke gewoontes uit de Vlaamse huisartsenpraktijk zouden gestopt worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het gebruik van diazepam voor acuut aspecifieke lage rugpijn, van topische medicatie bij otitis media, van spasmolytica bij koliekpijn en coffeïne-houdende producten bij migraine. Daarnaast ontdekten we ook dat fentanyl een sneller en groter effect zou hebben op pijnbestrijding bij doorbraakpijn bij

kanker, terwijl de snelwerkende producten in België momenteel nog niet beschikbaar zijn.