Urgentieschema's voor huisartsen: acute pijnbeelden

Amadeo Vander Elst, KU Leuven

Emma Schreurs, KU Leuven

Promotor: Jan Verbakel, KU Leuven

Co-promotoren: Bert Aertgeerts, KU Leuven; Nicolas Delvaux, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

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 courant 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 snijd 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 als tweede keuze. Bij een 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.

Inhoudstafel

Abstract 3

Inhoudstafel 4

1. Inleiding 6

2. Methodes 6

A. Zoekstrategie 6

B. Onderzoeksvragen 6

C. Databanken 6

D. Vertaling van onderzoeksvragen naar zoekstrengen 7

a. PICO 7

b. Zoektermen 7

E. In- en exclusiecriteria 7

F. Onafhankelijke ‘title and abstract screening’, ‘full tekst screening’ en oplossen conflicten 7

G. Opstellen evidence tables 8

H. Ontwikkeling voorstel urgentieschema 8

I. Feedbackmomenten voor urgentieschema 8

a. Organisatie 8

b. Verwerking van resultaten 9

J. Ontwikkeling finaal urgentieschema 9

3. Resultaten 9

A. Flowchart van artikelselectie 9

B. Best evidence topic 9

C. Finaal gebruikte artikels bij opstellen urgentieschema 9

D. Voorstel urgentieschema 11

E. Welke informatie komt terug in de verschillende bronnen van het urgentieschema? 11

F. Resultaten feedbackmomenten 16

G. Finaal urgentieschema..... 20
4. Discussie..... 228
5. Besluit..... 229
6. Referenties..... 30
7. Persoonlijke reflectie…….34
7. Appendix 1: Goedgekeurd protocol..... 37
8. Appendix 2: Gunstig advies EC (OBC via SCONE)…….38
9. Bijlagen……..39
C. Appendix 3: Flowcharts .....
D. Appendix 4: Best evidence topic reports.....
E. Appendix 5: Tables of evidence .....
F. Appendix 6: Eerste versie urgentieschema .....

1. Inleiding

Dagelijks worden huisartsen geconfronteerd met patiënten met acute pijn.
Naast de behandeling van het onderliggende probleem, is er ook vaak een symptomatische pijnbestrijding noodzakelijk voor het comfort van de patiënt.

De behandeling van pijnsyndromen gebeurde lange tijd empirisch.
Wetenschappers trachten nu meer en meer evidence based richtlijnen te ontwikkelen om ook dit deel van de geneeskunde op een correctere manier te benaderen.

In het boekje 'urgentieschema's voor huisartsen 2011', werden er evidence based behandelrichtlijnen neergeschreven om huisartsen te begeleiden bij urgente situaties in hun dagelijks werk. Tussen deze richtlijnen zijn er ook enkele richtlijnen over acute pijnsyndromen.
Aangezien sommige hiervan verouderd zijn, hebben ze een update nodig.

In deze masterthesis bespreken we de 11 acute pijnsyndromen die momenteel reeds te vinden zijn in 'urgentieschema's voor huisartsen 2011'. Deze onderwerpen zijn migraine, hypertensieve encephalopathie, otitis media, thoracale pijn, koliekpijn, acute urineretentie, doorbraakpijn bij kanker, acute lage rugpijn en ischias, jichtopstoten, anale pijn en tandabcessen.
Voor elk onderwerp proberen we de beste beschikbare evidentie te vinden en maken we een best evidence topic (BestBet).

2. Methodes

A. Zoekstrategie

De zoektermen die gebruikt werden in onze zoekstrategie werden opgesteld aan de hand van de PICO-methode. Deze methode werd toegepast voor elk van de relevante topics, waarbij sommige topics nog verdere onderverdelingen kregen ten opzichte van de voorgaande versie van de urgentieschema's.

Met name voor kankerpijn werd nog een onderverdeling gemaakt in 'doorbraakpijn' en 'botpijn door botmetastasen', bij anale pijn werd nog een onderverdeling gemaakt in 'anale fissuur', 'externe hemorroïdale trombose' en '(peri)anaal abces' en bij otitis media werd nog een onderverdeling gemaakt in 'per orale' en 'topische preparaten'.

B. Onderzoeksvragen

Ons onderzoek voor elk topic baseerde zich op de vraag 'hoe kunnen we de geassocieerde pijn aan deze problematiek op de meest efficiënte manier behandelen, rekening houdend met de risicoprofielen van de patiënten en courant gebruikte medicatie volgens de huidig geldende evidentie?'

C. Databanken

De gebruikte databanken zijn Pubmed, Embase en Cochrane.

D. Vertaling van onderzoeksvragen naar zoekstrengen

a. PICO

Zie appendix 4.

b. Zoektermen (vragen)

Zie appendix 4.

E. In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
• Engelstalig artikel • Systematic review, meta-analyse of RCT indien voorgaande niet beschikbaar. • Volwassen populatie of pediatrische populatie indien voorgaande niet beschikbaar.	• > 8 jaar • Duplicaten van publicaties • Volledige versie van publicatie niet gratis te verkrijgen • Niet toepasbaar in de eerstelijnszorg

F. Onafhankelijke ‘title and abstract screening’, ‘full tekst screening’ en oplossen conflicten

We startten door het invoegen van onze zoektermen in de databanken en het aanduiden van de juiste filters voor onze zoekopdracht. Dit betekent dus dat we kozen voor een Engelstalig artikel, systematic review en meta analyses en artikels gepubliceerd tussen 2012 en 2020. Indien we hiermee geen artikels vonden, breidden we uit naar randomized controlled trials.

Daarna screenden we de titels en abstracts van de overgebleven artikels waarbij we duplicaten meteen uitsloten. Artikels waarbij het duidelijk ging over specialistische toepassingen die niet gebruikt kunnen worden in de eerstelijnszorg werden ook geëxcludeerd. Daarna gingen we na of de artikels van toepassing waren op de juiste studiepopulatie, namelijk volwassenen. Indien niet werden de artikels geëxcludeerd, tenzij er geen artikels beschikbaar waren over volwassenen en wel over een pediatrische populatie. Op deze manier vonden we een goede selectie van te gebruiken artikels. Van enkele artikels vonden we geen vrij te verkrijgen volledige versie. Deze werden ook geëxcludeerd.

De twee onderzoekers ondervonden geen conflicten bij de selectie van artikels.

G. Opstellen evidence tables

De artikels die na selectie overbleven, werden geïncludeerd in onze evidence tabellen. In deze tabellen hebben we de artikels ontleed in titel/auteur/land, studietype, patiëntpopulaties, interventie- en controlegroep, de belangrijkste resultaten en het risico of bias.

Het risico op bias hebben we onderzocht d.m.v. gebruik te maken van de checklist voor systematic reviews en randomized controlled trials afkomstig uit het boek ‘Inleiding in de evidence-based medicine’ van Bohn Stafleu van Loghum (2014). Voor richtlijnen gebruikten we het AGREE instrument.

H. Ontwikkeling voorstel urgentieschema

Na het opstellen van de evidence tabellen, hadden we voor de verschillende artikels een mooie samenvatting van de belangrijkste resultaten. Op basis van de kwaliteit van het artikel en het risico op bias, gingen we dan op basis van deze resultaten een clinical bottom line opstellen.

In deze clinical bottom line komen de eerste keuze behandeling, tweede keuze behandeling bij contra-indicaties en af te raden behandelingen aan bod.

Op basis hiervan konden we dan een urgentieschema opstellen met een duidelijke flowchart van wat te doen bij deze acute pijnbeelden.

Deze flowcharts goten we in een PowerPointpresentatie met als eerste slides een inleiding met uitleg over het doel van het project en op welke manier de thesis is opgesteld.

I. Feedbackmomenten voor urgentieschema

a. Organisatie

Aangezien de onderwerpen van onze pijnbeelden zeer uiteenlopend zijn, hebben we besloten ons op huisartsen te richten als expert.

Hiervoor hebben wij ons gericht tot onze vorige en huidige opleidingspraktijken in Hoeilaart, Overijse, Mechelen en Leuven.

In Mechelen, Leuven en Hoeilaart werd het feedbackmoment georganiseerd met presentatie via Zoom.

In Overijse zijn we ter plaatste op een LOK-vergadering gaan presenteren.

De vier praktijken zijn groepspraktijken met een zeer gevarieerd artsenkorps en patiëntenpopulatie.

b. Verwerking van resultaten

De vier feedbackmomenten werden geregistreerd. De onlinemomenten met Mechelen en Leuven werden opgenomen via het programma Zoom. Het geluid van het onlinemoment met Hoeilaart werd opgenomen met een smartphone en de LOK-vergadering werd ook opgenomen met een smartphone.

De opnames werden herbekeken en vervolgens werd de feedback van de artsen neergeschreven per onderwerp om nadien op een kritische manier herwerkt te worden in onze urgentieschema's. Hierbij schrapten we duplicaten en irrelevante informatie met betrekking tot onze topics. Ook informatie die rechtstreeks indruist tegen de huidig geldende evidentie werd niet mee in rekening genomen.

J. Ontwikkeling finaal urgentieschema

Relevante feedback werd meegenomen in de urgentieschema's.

3. Resultaten

A. Flowchart van artikelselectie

Zie appendix 3.

B. Best evidence topic

Zie appendix 4.

C. Finaal gebruikte artikels bij opstellen urgentieschema

1) <u>Acute lumbago, lumbo-ischialgie, aspecifieke lage rugpijn</u>

   We hebben ons voornamelijk gebaseerd op een clinical practice guideline[1] en systematic review[2]. De overige RCT's[3,4,5,6,7] beaamden deze informatie, net zoals de huidige KCE richtlijn omtrent rugpijn [8].

2) <u>Acute jichtopstoot</u>

   Voor dit onderwerp vonden we 3 recente artikels waarvan 2 systematic reviews[9,10] en 1 RCT[11]. We hebben informatie uit de drie artikels geïntegreerd in het schema.

3) <u>Doorbraakpijn bij kanker</u>

   Voor dit schema vonden we niet zo veel recente artikels. We hebben ons gebaseerd op een systematic review[12].

De bevindingen uit deze review kwamen ook overeen met de bevindingen uit het ander artikel dat we gevonden hebben, namelijk een RCT[13].

4) Doorbraakpijn bij botmetastasen

Voor dit schema vonden we niet veel artikels. We hebben ons gebaseerd op 2 RCT's die we vonden[14,15], maar hebben ook gebruik gemaakt van de website pallialine.nl om te kijken wat zij adviseren.

5) Acute anale fissuur

De basis van dit advies komt uit 2 recente systematic reviews[16,17]. Daarnaast hebben we nog 2 RCT's[18,19] gebruikt om dit advies te vervolledigen. Waaronder een RCT gebaseerd op een pediatrische populatie.

6) Getromboseerde externe hemorroïden

Over dit onderwerp vonden we geen relevant artikel.

7) Perianaal abces

Over dit onderwerp vonden we geen relevant artikel omtrent pijnbestrijding. We hebben ook gekeken naar nood aan antibiotica. Hierover vonden we een recente systematic review[20].

8) Tandabces

Voor de pijnbestrijding hebben we ons gebaseerd op een recente overview van systematic reviews[21].

Voor bepaling van nood aan antibiotica vallen we terug op de nieuwe KCE-richtlijn over antibioticagebruik in de tandartsenpraktijk[22].

9) Migraine

Het pijnschema baseert zich voornamelijk op 7 recente systematic reviews[23, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

Het belang van zo snel mogelijk te starten met de behandeling werd benadrukt in een andere systematic review[30].

Eén systematic review werd geïncludeerd met betrekking tot de benefit van coffeïne als adjuvans[31].

10) Koliekpijn

Een goed omschreven zoekstring die zich specifiek focust op galkolieken werd niet teruggevonden. Voor nierkolieken was dit wel het geval. Vandaar dat de zoekterm 'kolieken' gebruikt werd om galkolieken te omschrijven.

Voor de opstelling van het pijnschema werd rekening gehouden met 5 recente systematic reviews[32, 33, 34, 35, 36].

Over het nut van spasmolytica werden 2 andere systematic reviews geïncludeerd[37, 38].

11) Otitis Media

Het betreft een slecht onderzocht thema bij volwassenen. De meeste evidentie berust zich dan ook op een extrapolatie van data uit onderzoek bij kinderen.

Het effectieve pijnschema berust zich op 2 systematic reviews[39, 40].

Het addendum over topische behandeling berust zich op een clinical practice guideline[41] en een systematic review[42].

12) Urine retentie

Er werd 1 recente systematic review teruggevonden over dit topic, waarop het pijnschema zich gebaseerd heeft[43].

Het addendum omtrent adjuvante therapie berustte zich op 2 andere systematic reviews[44,45].

13) Thoracale pijn

Er werden geen recente systematic reviews teruggevonden over dit topic. Het pijnschema berust zich hier op de meest recente updates van twee clinical practice guidelines[46, 47].

Er werd nog een systematic review geïncludeerd over het addendum van zuurstoftherapie[48].

D. Voorstel urgentieschema

Zie appendix 6.

E. Welke informatie komt terug in de verschillende bronnen van het urgentieschema en op welke manier werd deze informatie geïmporteerd in het schema?

1) Acute lumbago, lumbo-ischialgie, aspecifieke lage rugpijn

Elke bron geeft het belang van NSAIDs aan in de pijnbehandeling van een acute lumbago, lumbo-ischialgie en aspecifieke lage rugpijn.

In de bronnen die het bestudeerden, kon er geen significant verschil aangetoond worden tussen placebo en paracetamol, zowel in monotherapie als in associatie met een NSAID.

Er is weinig evidentie voor het gebruik van spierrelaxantia (diazepam) en de voordelen wegen niet op tegen de nadelen.

Er is weinig evidentie voor het gebruik van opioïden, maar het wordt aangeraden indien NSAIDs gecontra-indiceerd zijn.

In deze richtlijn hebben we ervoor gekozen om bovenstaande informatie te integreren in het urgentieschema. Op deze manier geven we duidelijk aan welke medicatie 1e en 2e keuze is en geven we de arts in kwestie de mogelijkheid om te kiezen op basis van het profiel van de patiënt die voor hem zit. We geven duidelijk aan dat paracetamol in monotherapie onvoldoende werkt, aangezien we dit in de huidige praktijk nog vaak zien gebeuren. Net hetzelfde voor het gebruik van diazepam, waar onvoldoende evidentie voor is, grote nevenwerkingen aan verbonden zijn en we toch zien dat te veel artsen aan dit gebruik blijven vasthangen.

Daarnaast hebben we uit de KCE-richtlijn overgenomen om geen combinatiepreparaten type tramadol-paracetamol te gebruiken aangezien deze vaak te laag gedoseerd zijn en moeilijk op te titreren.

Andere types medicatie (anti-epileptica, antidepressiva) en andere toedieningsvormen (topisch) werden weggelaten uit het urgentieschema. Voor de types medicatie omwille van enerzijds weinig evidentie voor acute pijn en anderzijds heden weinig tot geen gebruik in de praktijk. Voor toedieningsvormen wegens onvoldoende evidentie en niet van toepassing bij hevige acute pijn.

2) <u>Acute jichtopstoot</u>

We vonden 2 artikels die colchicine ten opzichte van NSAIDs vergelijken en 1 artikel die NSAIDs ten opzichte van corticosteroïden vergelijkt. We komen uit dat deze 3 vormen van medicatie elk een even goede werking hebben bij de pijnbestrijding van een acute jichtaanval.

Voor colchicine geldt wel dat de dosering die nodig is om effectief te zijn vaak tot gastro-intestinaal ongemak leidt.

We adviseren de arts in kwestie om op basis van het patiëntenprofiel de meest geschikte vorm van medicatie uit te kiezen en dit zo kortdurend mogelijk te doen omwille van de nevenwerkingen.

3) <u>Doorbraakpijn bij kanker</u>

Beide studies vergeleken orale vormen van morfine ten opzichte van fentanyl buccaal of intranasaal. Uit beide bronnen kwam naar voren dat fentanyl een significant snellere en betere pijnstilling geeft dan morfine.

We namen deze informatie mee naar het urgentieschema met fentanyl als 1e keuze en morfine als 2e keuze, echter wetende dat fentanyl immediate release vormen momenteel nog niet bestaan in België.

4) <u>Doorbraakpijn bij botmetastasen</u>

Beide studies geven aan om bij doorbraakpijn door botmetastasen NSAIDs te associëren aan het opioïd. We hebben dit overgenomen in het schema, maar wel de kanttekening gemaakt dat dit waarschijnlijk onvoldoende zal zijn bij hevige pijn en dat er best overlegd wordt met de oncoloog of het opstarten van bisfosfonaten/denosumab en/of radiotherapie geïndiceerd zijn.

5) Acute anale fissuur

Verschillende bronnen hechten belang aan preventie van fissuren door middel van constipatie en spierspasmen te vermijden.

Een advies dat we uit het vorige boekje mee overnemen is om een lokaal verdovende gel (bvb Xylocaïne gel) aan te brengen om de pijn te verlichten bij defecatie.

Daarnaast helpen topisch nitroglycerine-, diltiazem- of nifedipinepreparaten de genezing te bevorderen.

We hebben ervoor gekozen om deze 3 elementen mee te nemen in het urgentieschema aangezien de pijnverlichting o.v.v. een lokaal verdovende gel slechts heel kortdurend is.

6) Getromboseerde externe hemorroïden

Voor dit onderwerp hebben we besloten om het advies uit voorgaand boekje terug over te nemen aangezien dit ons nog steeds de meest gangbare methode lijkt om dit probleem zo snel mogelijk te verhelpen.

7) Perianaal abces

Voor dit onderwerp hebben we ook besloten deels het advies uit voorgaand boekje terug over te nemen. Hier is het natuurlijk ook afhankelijk van de ernst van het abces en de ervaring van de arts.

Of antibiotica dient voorgeschreven te worden, komt niet duidelijk naar voren uit de gevonden systematic review. Het zou geen effect hebben op mogelijke fistelvorming. We adviseren dit van patiënt tot patiënt te bekijken en aan de hand van symptomen van systemische verspreiding.

8) Tandabces

Voor de pijnbestrijding van een tandabces lijken de combinatie van paracetamol en ibuprofen het meest effectief. Deze kunnen dan best zo hoog mogelijk gedoseerd worden naargelang het patiëntenprofiel.

Antibiotica is niet standaard geïndiceerd, tenzij bij symptomen van systemische verspreiding.

9) Migraine

De gebruikte systematic reviews includeerden een grote verscheidenheid aan mogelijke pijnbehandelingen over de verschillende studies heen. De rode draad

doorheen deze studies was dat NSAIDs een significante meerwaarde hebben, ondanks de soms lage kwaliteit van bewijskracht. Hetzelfde was waar voor de triptamines, waarbij de bewijskracht doorgaans van hogere kwaliteit was, doch ten koste van meer adverse events. Paracetamol in monotherapie brengt doorgaans inadequate pijnstilling teweeg, maar wordt algemeen beschouwd als goed adjuvans. Wat betreft de triptamines, vermeldt 1 systematic review dat de combinatie van NSAIDs en triptamines een sterkere pijnstilling geeft dan elk apart. Ook lijkt de subcutane toediening de krachtigste en snelste pijnstilling teweeg te brengen en zijn de intranasale en orale toedieningen ongeveer evenwaardig. Deze info namen we mee naar ons urgentieschema, waarbij de NSAIDs 1^{e} keuze zijn en de triptamines 2de keuze indien er sprake is van milde tot matige hoofdpijn. Zo er matige tot ernstige hoofdpijn aanwezig is of een contra-indicatie voor NSAIDs, kan geopteerd worden om meteen een aanvalsbehandeling te starten met triptamines. Bovendien bestaat er een consensus in enkele studies dat hoe sneller de therapie opgestart wordt, des te betere pijnstilling bekomen wordt.

Tenslotte vond één systematic review dat opioïden geen duidelijke meerwaarde hebben ten opzichte van NSAIDs.

10) <u>Koliekpijn</u>

Ook hier werd er een zeer uitgebreid scala aan mogelijke pijnbehandelingen met elkaar vergeleken in de verschillende studies die de systematic reviews includeerden. Als conclusie stellen we dat NSAIDs de voorkeur genieten, maar dat ze qua pijnstilling slechts een beperkte of geen meerwaarde hebben ten opzichte van opioïden. Met opioïden kan er echter wel andere problematiek gemaskeerd worden. Zodoende moet men zeker zijn van de diagnose ‘koliek’ vooraleer een opioïd te overwegen. Diclofenac is de best onderzochte NSAID, maar heeft geen duidelijk significante meerwaarde op de andere NSAIDs. Daarnaast geniet een parenterale toediening de voorkeur op orale toediening voor de aanvalsbehandeling.

Ten slotte maakten twee systematic reviews de vergelijking tussen de klassieke pijnbehandeling en spasmolytica. Hierbij werd de conclusie gemaakt dat NSAIDs als monotherapie duidelijk de voorkeur genieten op spasmolytica als monotherapie. In combinatie met NSAIDs zou er mogelijks een marginale benefit zijn ten opzichte van NSAIDs alleen, doch dit gold enkel voor één enkele uitkomstmaat (pijnbestrijding op VAS schaal). De bewijskracht is beperkt en van lage kwaliteit. Bovendien gaat dit duidelijk ten koste van meer neveneffecten.

11) <u>Otitis media</u>

Voor een volwassen populatie werd er één systematic review geïncludeerd. Decongestiva zouden een significante meerwaarde hebben ten opzichte van placebo, doch de bewijskracht is beperkt en bovendien van slechte kwaliteit.

De systematic review en clinical practice guideline waarop het schema zich voornamelijk baseert, includeerden studies uitgevoerd op kinderen.

Zowel paracetamol als NSAIDs, waarbij ibuprofen de voorkeur genoot, hebben een significante meerwaarde ten opzichte van placebo.

Er was geen significant verschil tussen paracetamol en ibuprofen onderling. Enkel en alleen uit veiligheidsoverwegingen verkiezen we dan ook paracetamol als eerste keuze product in ons schema.

Orale toediening geniet de voorkeur op rectale toediening, gezien het minder voorspelbare effect van deze laatste door een variabele absorptie. Wanneer orale toediening geen optie is, biedt dit wel een valabel alternatief.

Er is geen bewijs van meerwaarde voor topisch toegediende preparaten, maar wel potentiële irritatie van de gehoorgang alsook ototoxische effecten bij trommelvliesperforatie (lidocaïne). Deze worden dan ook niet aanbevolen als adjuvans.

12) Urine retentie

Over de verschillende systematic reviews heen is de conclusie dat sondage steeds de voorkeur geniet. Er is geen medicamenteuze behandeling die deze stap kan of mag vervangen.

Wel is er enige evidentie voor de additionele pijnstillende werking van warmte en alfa-1 blokkers. Deze kunnen dan ook overwogen worden na een sondage.

Een sondage mag enkel uitgevoerd worden wanneer er geen strictuur vermoed wordt. Bij twijfel of falen van de sondage, kan de patiënt best verwezen worden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

13) Thoracale pijn

Er werden geen recente systematic reviews teruggevonden die de focus leggen op de pijnbehandeling bij acute coronaire syndromen (ACS).

Er werden wel twee recente clinical practice guidelines teruggevonden, waarop het schema zich dan ook voornamelijk gebaseerd heeft.

NSAIDs worden best niet toegediend ter pijncontrole bij een vermoeden van een ACS, gezien dit geassocieerd is met een toegenomen risico op ‘Major Adverse Cardiovascular Events’ tijdens de hospitalisatie.

Het gebruik van opioïde analgetica als aanvalsbehandeling geniet de voorkeur om een adequate pijncontrole te bekomen. Deze worden best niet intramusculair toegediend, aangezien er dan een verhoogd risico bestaat op majeure bloeding na toediening van trombolytica in een latere fase. Intraveneus of subcutaan genieten de voorkeur. Een adequate pijncontrole is van groter belang dan enkel voor het comfort van de patiënt, gezien hevige pijn een sympathische activatie veroorzaakt die vasoconstrictie teweeg brengt en de workload van het hart verhoogt. Langs de andere kant kunnen opioïden ook leiden tot een vertraagde uptake, onset of action en verminderd effect van antiplaatjes therapie. Dit kan achteraf tot een vroegtijdig

therapie falen leiden. Er is dus enkel een indicatie voor het opstarten van pijnbehandeling wanneer er ook effectief hevige pijn aanwezig is. De voordelen worden best tegen de nadelen afgewogen.

Er kan geopteerd worden om een nitraat toe te dienen ter pijncontrole, doch men moet zich er van vergewissen dat er geen rechter ventrikel infarct aanwezig is wegens het risico op cardiovasculaire collaps.

Zuurstoftherapie biedt geen meerwaarde voor pijncontrole.

F. Resultaten feedbackmomenten

1. <u>Acute lumbago, lumbo-ischialgie, aspecifieke lage rugpijn</u>
    a. Kinesitherapie als aanvullende behandeling is zeker nuttig.
    b. Akkoord met het schema.
2. <u>Acute jichtopstoot</u>
    a. Colchicine kan nog gegeven worden bij een lage nierfunctie en is dus een goed alternatief bij nierinsufficiëntie.
        i. BCFI: Bij patiënten met lichte of matige nierinsufficiëntie dienen de doses verlaagd te worden (starten met 0,5 mg per dag en aan te passen in functie van de klinische respons); bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie is colchicine gecontra-indiceerd.
    b. Is een combinatie van colchicine met NSAID geen optie?
        i. Geen studies gevonden die dit bestuderen.
3. <u>Doorbraakpijn bij kanker</u>
    a. Er is weinig ervaring met sublinguaal of nasaal gebruik van fentanyl in België. Als fentanyl gebruikt wordt, is het in de vorm van een pleister.
    b. Voornamelijk ervaring met andere kortwerkende opioïden zoals Morfine (MS direct©) en oxycodon (Oxynorm instant©)
    c. MS Direct is veel duurder dan Oxynorm instant.
4. <u>Doorbraakpijn bij botmetastasen</u>
    a. Over het algemeen zijn de artsen hier van mening dat overleg met de oncoloog over nood aan radiotherapie het belangrijkste is.
    b. Is associatie van paracetamol een optie?
        i. Geen studies gevonden die dit bestuderen.

c. Kunnen corticosteroïden hier helpen?

    i. Geen recente studies over gevonden. In het advies van pallialine.be staat dat corticosteroïden de prostaglandinesynthese remmen en zo analgetisch werken, vnl. bij botmetastasen. Deze richtlijn is van 2012. Als we gaan kijken naar het meer recente advies van pallialine.nl worden corticosteroïden niet meer geadviseerd. Bisfosfonaten/denosumab en radiotherapie wel.

    ii. Twee studies beschrijven het gebruik van corticosteroïden bij pijnopstoten na radiotherapie voor botmetastasen. Deze bevestigen dat corticosteroïden kunnen helpen met het uitstellen van een pijnopstoot na radiotherapie.(49,50)

5. <u>Acute anale fissuur</u>

    a. Een topisch nitroglycerine-, diltiazem- of nifedipinepreparaat kan ook in de acute fase aangewend worden in de behandeling van pijn.

    b. Wat wordt er bedoeld met atypische fissuren?

        i. Laterale fissuren die kunnen wijzen op IBD, een infectieuze oorzaak of een maligniteit.

    c. Magistrale preparaten zijn veel goedkoper. Deze ook graag toevoegen aan de urgentieschema's aangezien het belangrijk prijsverschil.

        i. Nitroglycerine 0.2% in emolliens. Belangrijke nevenwerkingen zijn hoofdpijn en hypotensie.

        ii. Diltiazem 2% of nifedipine 0.2-0.5% in emolliens. Deze bereidingen veroorzaken geen hoofdpijn.

    d. Belangrijk om uitleg te geven over spierspasmen bij fissuren en de behandeling hiervan.

6. <u>Getromboseerde externe hemorroïden</u>

    a. De meerderheid van de artsen zegt hier door te verwijzen aangezien het niet frequent voorkomt en er dus weinig oefening is. Daarnaast ook door het significante bloedverlies dat er kan optreden.

    b. Bij de artsen die wel insnijden, gebruiken sommigen geen verdoving aangezien verdoven even pijnlijk kan zijn als het insnijden zelf en het niet gemakkelijk verdoofd geraakt.

7. <u>Perianaal abces</u>

    a. De meerderheid van de artsen verwijst door.

    b. De meerderheid heeft de voorkeur om antibiotica te starten uit angst naar uitbreiding en fistelvorming toe.

8. Tandabces

    a. Akkoord met het schema.

9. Migraine

    a. Er wordt frequent gebruik gemaakt van domperidone i.p.v. metoclopramide of alizapride uit gebruiksgemak (smelttablet).

    b. Sommige artsen maken frequent gebruik van coffeïne of efedrine preparaten. We includeerden een systematic review over dit thema. Deze concludeert dat deze preparaten een beperkte benefit kunnen hebben, doch enkel voor dosissen boven de 100 mg. Geen enkel preparaat op de Belgische markt bevat een voldoende hoge dosis coffeïne om effectief te zijn. Bovendien bevatten deze preparaten ook frequent aspirine als NSAID, dat een minder gunstig risicoprofiel heeft dan de klassiek gebruikte NSAIDs (cfr BCFI).

    c. Ten slotte kwam er bij de feedback ook vaak de vraag welk NSAID en triptamine dan effectief de voorkeur geniet. De meeste studies voerden hun onderzoek uit op een select aantal NSAIDs, waarbij naproxen, ibuprofen en ketorolac doorgaans de voorkeur genoten. Deze laatste is niet in een per oraal preparaat verkrijgbaar op de Belgische markt. Wat de triptamines betreft, is sumatriptan met voorsprong de best onderzochte, maar bestaat er enige evidentie dat eletriptan en rizatriptan een sterker pijnstillend effect hebben.

10. Koliekpijn

    a. Morfine kan zowel IM als SC toegediend worden

    b. Indien een acuut abdomen niet uitgesloten is, dient er restrictief te worden omgesprongen met morfine, gezien dit andere pathologie kan maskeren

11. Otitis media

    a. Pijnstillende oordruppels worden frequent gebruikt, ondanks weinig bewijs van meerwaarde. Voornamelijk het psychologische effect wordt aangehaald als reden.

    b. Het is daarnaast ook het vermelden waard dat enkele van de topische preparaten ook nefaste effecten kunnen hebben op het gehoor. Zo is onder andere lidocaïne, wat het meest gebruikte topische preparaat is (Otipax©), ototoxisch. Men dient zich er dus van te vergewissen dat het trommelvlies intact is indien dit toch overwogen zou worden.

12. Urine retentie

    a. Algemeen weinig ervaring met sondage techniek, doorverwijzing spoedgevallen als alternatief.

13. Thoracale pijn

a. Akkoord met het schema.

G. Finaal urgentieschema

Urgentieschema's voor huisartsen: pijnbeelden

Amadeo Van der Elst
Emma Schreurs



Methodologie

1. Opstellen Bestbet: best evidence topic report
2. Urgentieschema's opstellen a.d.h.v. de gevonden informatie
3. Aftoetsen in de praktijk ovv vergaderingen met experts
4. Commentaren integreren in de schema's

Inleiding

- Doel van het project:
  - Samen met andere HAIO's werken wij mee aan een geüpdatete versie van het boekje 'urgentieschema's voor huisartsen'.
  - Het huidige boekje werd uitgebracht in 2012 en bevat reeds wat adviezen die gedateerd zijn.
  - Wij hebben ons ontfermd over het onderdeel 'acute pijnbeelden' waar de volgende onderwerpen worden besproken: acute rugpijn, jicht, doorbraakpijn bij kanker, anale pijn, tandabces, migraine, koliekpijn, urineretentie, otitis media en thoracale pijn.



Acuut lumbago, lumbo-ischialgie, aspecifieke lage rugpijn

Informeer de patiënt

Farmacologische interventie: enkel indien nodig!
* 1e keuze: NSAIDs (ibuprofen 600mg 3dd)
* Bij contra-indicaties* voor NSAIDs: zwakke opioïden (bvb tramadol 50-100mg 2dd)

Geef geen paracetamol in monotherapie

Tracht combinatiepreparaten van zwakke opioïden en paracetamol te vermijden

Spierrelaxantia (diazepam) zijn hier niet op hun plaats!

Contra-indicaties NSAIDs: nierinsufficiëntie, hartfalen, gastroduodenaal ulcus, IBD, leverinsufficiëntie, bloeding(stoornissen), allergische reacties op NSAIDs en zwangerschap

Acute jichtopstoot

Start NSAIDs, colchicine of corticosteroïden (op basis van CI patiënt)

Indien ernstige opstoot: overweeg 1e dosis IM:
Bvb. diclofenac 75mg/3ml of methylprednisolon 40mg/ml

Start PO medicatie:
*ibuprofen 600mg 3dd
*methylprednisolon 32mg 1dd
*colchicine 0.5mg om de 2 à 3 uur (tot de patiënt klachtenvrij is of er gastro-intestinale klachten optreden met een maximum van 2mg per dag)

Deze medicatie dient zo snel mogelijk afgebouwd en gestopt te worden

Contra-indicaties NSAIDs: nierinsufficiëntie, hartfalen, gastroduodenaal ulcus, IBD, leverinsufficiëntie, bloeding(stoornissen), allergische reacties op NSAIDs en zwangerschap

Contra-indicaties colchicine: ernstige nierinsufficiëntie; ernstige leverinsufficiëntie

Pijnopstoot bij kankerpatiënten: doorbraakpijn

Verwaarloos de diagnostiek van de pijn niet.
Zorg voor een correcte dosering aan basis pijnmedicatie en hoog deze op indien nodig.

1e keuze: fentanyl sublinguaal of nasaal (gebruik in België?)
2e keuze: morfine Immediate Release

*fentanyl: op te starten aan laagste dosis(100µg sublinguaal of 50µg nasaal) en optitreren i.f.v. het effect op doorbraakpijn.
*morfine Immediate Release: op te starten aan 1/6e van de dagdosis morfine.(Bvb MS Direct)

Pijnopstoot bij kankerpatiënten: botpijn door botmetastasen

Verwaarloos de diagnostiek van de pijn niet.
Zorg voor een correcte dosering aan basis pijnmedicatie en hoog deze op indien nodig.

1e keuze: combinatie van opioïden en NSAIDs

Indien eigen patiënt kan er in de niet-acute fase overlegd worden met de oncoloog over de noodzaak tot opstart radiotherapie en/of bisfosfonaten/denosumab.

Anale pijn: anale fissuur

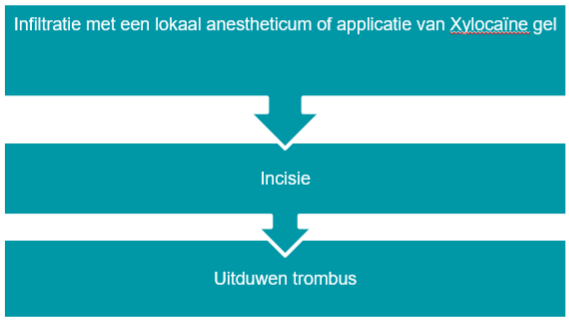
Een lokaal verdovende gel voorgeschreven worden om de pijn te verlichten bij defecatie. Deze wordt dan best voor- en na ontlasting aangebracht.
Bvb. Xylocaïne gel (vraag allergieën na)

- Warme zitbaden
- Vermijd constipatie of pak dit aan
- Schrijf een topisch nitroglycerine-, diltiazem- of nifedipinepreparaat voor om de genezing te bevorderen. Laat deze 2 à 3 dd aanbrengen gedurende 8 weken of tot genezing.

Denk bij atypische fissuren (laterale fissuren) aan verdere diagnostiek. (IBD, herpes, maligniteit..)

Nitroglycerinepreparaat bestaat onder de vorm van Rectogesic® of kan magistraal bereid worden: nitroglycerine 0.2% in emolliens. Belangrijke nevenwerkingen zijn hoofdpijn en hypotensie.
Diltiazem- of nifedipine preparaat dienen magistraal bereid te worden: diltiazem 2% of nifedipine 0.2-0.5% in emolliens. Deze bereidingen veroorzaken geen hoofdpijn.

Anale pijn: externe hemorroïdale trombose



Anale pijn: (peri)anaal abces



Tandabces

Geef pijnstilling onder de vorm van paracetamol en ibuprofen.

Antibiotica is niet standaard geïndiceerd, tenzij bij symptomen van systemische verspreiding (algemene malaise, koorts, zwelling, roodheid..)

Indien antibiotica overwogen wordt:

Volwassenen:

- amoxicilline 500mg, 3dd gedurende 3 tot 7 dagen
- Peni-allergie: azithromycine 500 mg, 1dd gedurende 3 dagen of clarithromycine 500 mg, 2dd gedurende 7 dagen

Kinderen (melkgebit):

- amoxicilline 75-100mg/kg lichaamsgewicht/dag, in 3 doses gedurende 5 dagen
- niet-IgE-gemedieerde penicilline allergie: cefuroximaxetil (een oraal cefalosporine van de tweede generatie) 30-50 mg/kg lichaamsgewicht/dag, in 3 doses gedurende 5 dagen, of,
- IgE-gemedieerde penicilline allergie: azitromycine 10 mg/kg lichaamsgewicht/dag, in 1 dosis, gedurende 3 dagen.

Het is noodzakelijk de patiënt naar de tandarts te verwijzen voor de gepaste behandeling.

Migraine

Evalueer intensiteit van de pijn. Start zo snel mogelijk met medicatie.

Start NSAIDs zo milde tot matige pijn. Overweeg tryptamines als 1ste keus zo matige tot ernstige pijn of contra-indicatie voor NSAIDs.

* Voorkeursproduct: ibuprofen 600 mg, 3x/d of naproxen 500 mg, 2x/d

Combineer eventueel met een anti-emeticum.

* Voorkeursproduct: metoclopramide 10 mg, 3x/d

Bij onvoldoende effect: farmacologische uitbreiding.Start met tryptamines.

* Voorkeursproduct: sumatriptan PO 50-100 mg, max 300 mg/d of nasaal 10-20 mg, 2x/d of SC 6 mg, max 2x/d

Bij elke stap kan er paracetamol worden aangeboden, maar nooit als monotherapie

Coffeïne heeft mogelijks een beperkte meerwaarde, maar enkel bij doses > 100 mg. Geen enkel product op de Belgische markt voldoet hieraan.

Otitis media

Geef voorlichting over het verloop.

Start adequate pijnstilling met klassieke analgetica.

* Voorkeursproduct: paracetamol PO 15 mg/kg, 4x/d

Bij onvoldoende effect: combineer NSAID en paracetamol.

* Voorkeursproduct: ibuprofen PO 5-10 mg/kg, 3x/d

Bied geen additionele orale of topische medicatie aan om de pijn te verlichten. Er is geen bewijs van meerwaarde. Bovendien zijn veel topische preparaten ototoxisch bij een trommelvliesperforatie (vb. lidocaïne)

Per orale toediening is te verkiezen op rectale toediening, gezien de moeilijker te controleren dosage bij rectale toediening

Koliekpijn

Geef zo snel mogelijk en best via parenterale weg medicatie: start met NSAIDs

* Voorkeursproduct: diclofenac IM 75 mg, max 2x/d

Bij onvoldoende effect of indien contra-indicatie voor (extra) NSAIDs: start met opioïden

* Voorkeursproduct: morfine IM 10 mg

Bij elke stap kan er paracetamol worden aangeboden, maar nooit als monotherapie

NSAIDs zijn significant beter dan spasmolytica. Spasmolytica en NSAIDs combineren heeft hoogstens een beperkte meerwaarde, ten koste van meer neveneffecten.

Urinaire retentie

Voer zo snel mogelijk een katheterisatie uit.

Bied geen medicatie aan om deze stap te vervangen.
Niet sonderen wanneer een urethrale stenose vermoed wordt.

Verwijs door bij mislukking.

Warmte en klassieke analgetica (WHO trap 1 of 2) kunnen aangeboden worden bij residuele pijn.
Bvb via warme doeken of hot packs

Thoracale pijn

Voorzie onmiddellijk transport naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis indien vermoeden ernstige ziekte

Bied analgetica aan bij onuitstaanbare pijn. Begin met een sterk preparaat (WHO trap 3).

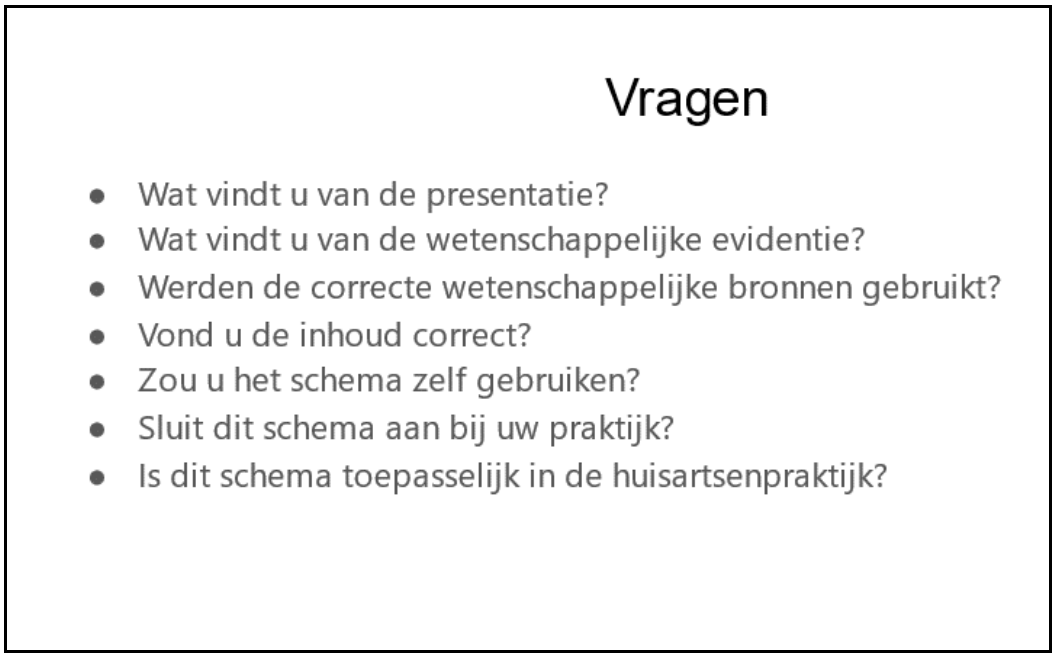
* Voorkeursproduct: morfine SC 10 mg of IV 2 mg/min tot max 10 mg (dosis halveren bij ouderen en verzwakte patiënten)

Indien een ischemische hartziekte (angor) vermoed wordt: overweeg nitraten

* Voorkeursproduct: isosorbide dinitraat 5 mg, elke 5'
  - Laat patiënt zitten of liggen en monitor bloeddruk
* CI: vermoeden RV infarct

NSAIDs zijn tegenaangewezen indien een ischemische hartziekte vermoed wordt.

Vermijd IM injecties wegens risico op bloedingen door thrombolytica.



4. Discussie

In het nieuwe schema, voorgesteld in deze masterthesis, zijn er enkele merkelijke verschillen ten opzichte van het oude schema. Het advies omtrent hypertensieve encefalopathie, dat wel nog in de vorige editie aan bod kwam, werd niet meer opgenomen in de nieuwe adviezen. Er werd geen nieuwe evidentie over dit thema gevonden, alsook lijkt de meerwaarde van dit advies zeer beperkt te zijn in de eerste lijn.

Tijdens ons onderzoek stootten we op enkele tekortkomingen in de data die het vermelden waard zijn. Ten eerste is de kwaliteit van bewijs niet altijd even groot. Vaak had dit te maken met een grote heterogeniteit aan uitkomstmaten en kleine sample sizes. Bovendien betreft het een moeilijk te onderzoeken thema, gezien pijnbestrijding een moeilijk te kwantificeren uitkomstmaat betreft. Vaak wordt er gebruik gemaakt van een VAS-schaal of indirecte uitkomsten, zoals de noodzaak aan extra ‘noodmedicatie’ en zijn de tijdstippen van meten variabel. Dit maakt het soms moeilijk om concrete conclusies te trekken uit de beschikbare data. Daarnaast betreft ons onderzoek een snelle literatuurzoektocht, o.b.v. best bets en is dit geen systematic review. Het is dus mogelijk dat een aantal meer recentere papers niet geïncludeerd werden. Daarnaast hebben we de literatuur ook afgetoetst aan de praktijk en werd er dus ook sporadisch rekening gehouden met expert-based opinions. Langs de andere kant betreft onze studie enkel recente evidentie, die kritisch geanalyseerd werd op kwaliteit en bruikbaarheid in de praktijk. Deze evidentie werd uiteindelijk vervat in enkele leesbare schema’s om een zo efficiënt mogelijk gebruik in de praktijk te faciliteren.

Onze studie wierp een kritische blik via de best-bet methode op de meest recente en relevante richtlijnen en systematic reviews en includeerde sporadisch RCTs. Echter niet elke studie kon eenvoudig geëxtrapoleerd worden naar de Belgische context. Zo wordt er aanbevolen om fentanyl sublinguaal of intranasaal te gebruiken als eerste keuze bij doorbraakpijn bij kankerpatiënten. Fentanyl is echter niet beschikbaar onder deze vormen op

de Belgische markt, vandaar is het ook niet mogelijk om dit advies rechtstreeks te implementeren[12,13]. Daarnaast bevelen sommige richtlijnen het gebruik van eletriptan of rizatriptan aan, omdat er enige evidentie is van een betere werking[3, 8]. Echter, de evidentie is nog beperkt en bovendien niet altijd gebaseerd op een meta-analyse[3]. We besloten dan ook dit niet hard te maken in ons urgentieschema. Ook over het gebruik van opioïden bij ACS bestaat er onenigheid. Enerzijds bevelen de richtlijnen aan om meteen te starten met sterke opioïden bij onhoudbare thoracale pijn geassocieerd aan een ACS. Anderzijds wordt er wel duidelijk vermelding gemaakt van potentiële laattijdige adverse events[28, 29]. We opteerden om het advies qua pijnbehandeling over te nemen, maar er dient met voorzichtigheid omgesprongen te worden met dit advies.

De meerwaarde van het toedienen van langwerkende benzodiazepines als ‘spierontspanner’ bij acute rugpijn wordt niet ondersteund door de huidige evidentie. Dit werd dan ook geschrapt uit het nieuwe schema en niet meer aanvaard als goede praktijkvoering. Diazepam hoort dan ook niet meer thuis in de urgentietrousse van de huisarts voor deze indicatie. Het advies om acetylsalicylzuur te geven bij een acute migraine aanval werd vervangen door een meer up-to-date advies om een klassieke NSAID te geven of zelfs een triptaan bij hevige hoofdpijn. Er is geen plaats meer voor acetylsalicylzuur in de behandeling van migraine. Naast het reeds bestaande advies omtrent thoracale pijn, werd er ook een effectief pijnschema vervaardigd. De stelling dat spasmolytica een significante meerwaarde hebben bij de aanvalsbehandeling van koliekpijnen werd eveneens aangepast. Spasmolytica mogen in geen geval een volwaardig alternatief zijn voor NSAIDs of opioïden en hebben slechts een beperkt nut als additionele therapie, echter ten koste van meer nevenwerkingen. Bij verscheidene adviezen werden er ook nieuwe addenda en nuanceringen toegevoegd, waaronder het advies om topische behandeling bij een otitis media te vermijden gezien er geen duidelijk bewijs is van de meerwaarde hiervan. Bij het thema ‘pijnopstoot bij kankerpatiënten’ wordt er vanaf nu een onderscheid gemaakt in het type pijnopstoot, gezien de concrete aanpak hier afhankelijk van is. Bij het thema ‘anale pijn’ wordt vanaf nu een soortgelijke onderverdeling gemaakt, gezien ook hier een ander beleid gehanteerd wordt afhankelijk van de oorzaak van de pijn. In conclusie zijn er een aantal verouderde gewoontes bij het behandelen van acute pijn die niet meer ondersteund worden door de huidige evidentie. Deze kunnen dan ook geschrapt worden uit het dagelijks praktijkvoeren van de huisarts. .

5. Besluit

Deze thesis geeft een update weer van de vorige pijnschema’s. Met name bij acute rugpijn, pijnbestrijding bij kanker patiënten, migraine en koliekpijnen zijn er enkele merkelijke verschillen. Ook enkele verouderde ideeën, die niet meer ondersteund worden door de huidige evidentie, werden mee onder de loep genomen. Een aantal verouderde gewoontes hebben we duidelijk kunnen ontkrachten en hopen we uit het huidige praktijkvoeren te kunnen verwijderen.

.

6. Referenties

1. Qaseem A et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine. American College of Physicians; 2017. 166(7):514–30.

2. Machado GC et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: A systematic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis. 2017;76(7):1269–78.

3. Friedman BW et al. Ibuprofen Plus Acetaminophen Versus Ibuprofen Alone for Acute Low Back Pain: An Emergency Department–based Randomized Study. Acad Emerg Med. 2020;27(3):229–35.

4. Ostojic P et al. Ibuprofen plus paracetamol versus ibuprofen in acute low back pain: A randomized open label multicenter clinical study. Acta Reumatol Port. 2017;2017(1):18–25.

5. Predel H-G et al. Efficacy and Safety of Diclofenac + Capsaicin Gel in Patients with Acute Back/Neck Pain: A Multicenter Randomized Controlled Study. Pain ther. 2020 9(4):279–296

6. Predel H-G et al. A randomized, placebo- and active-controlled, multi-country, multi-center parallel group trial to evaluate the efficacy and safety of a fixed-dose combination of 400 mg ibuprofen and 100 mg caffeine compared with ibuprofen 400 mg and placebo in patients with acute lower back or neck pain. J Pain Res. 2019. 12:2771–83.

7. Friedman BW et al. Diazepam Is No Better Than Placebo When Added to Naproxen for Acute Low Back Pain. Ann Emerg Med. 2017;70(2):169-176.

8. Van Wambeke P et al. Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 287As. D/2017/10.273/33

9. Billy CA et al. Corticosteroid or nonsteroidal antiinflammatory drugs for the treatment of acute gout: A systematic review of randomized controlled trials. J Rheumatol. 2018;45(1):128–36.

10. Shekelle PG et al. Management of Gout: A Systematic Review in Support of an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166:37-51

11. Roddy Edward et al. Open-label randomised pragmatic trial (CONTACT) comparing naproxen and low-dose colchicine for the treatment of gout flares in primary care. Ann Rheum Dis. 2020;79:276–84.

12. Rogríguez D et al. Efficacy and Safety of Oral or Nasal Fentanyl for Treatment of Breakthrough Pain in Cancer Patients: A Systematic Review. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. 2015 29(3): 228-246

13. Mercadante S et al. Fentanyl Buccal Tablet vs. Oral Morphine in Doses Proportional to the Basal Opioid Regimen for the Management of Breakthrough Cancer Pain: A Randomized, Crossover, Comparison Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2015. 50(5): 579-585

14. Liu Z et al. Combined application of diclofenac and celecoxib with an opioid yields superior efficacy in metastatic bone cancer pain: a randomized controlled trial. Int J Clin Oncol. 2017;22:980–5.

15. Yousef AA et al. The efficacy of oral piroxicam fast-dissolving tablets versus sublingual fentanyl in incident breakthrough pain due to bone metastases: a double-blinded randomized study. Support Care Cancer. 2019;27(6):2171–7.

16. Nelson RL et al. A systematic review and meta-analysis of the treatment of anal fissure. Tech Coloproctol. 2017;21(8):605–25.

17. Sahebally SM et al. Oral versus topical calcium channel blockers for chronic anal fissure-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Surgery 2017; 44:87-93

18. Joda AE, Al-Mayoof AF. Efficacy of nitroglycerine ointment in the treatment of pediatric anal fissure. Journal of Pediatric Surgery 2017;52:1782–1786

19. Alshehri A et al. A prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial comparing the efficacy of polyethylene glycol versus polyethylene glycol combined with topical diltiazem for treating anal fissure in children. Journal of Pediatric Surgery journal 2020: 1-5

20. Mocanu V et al. Antibiotic use in prevention of anal fistulas following incision and drainage of anorectal abscesses: A systematic review and meta-analysis. The American Journal of Surgery 2019; 217:910-917.

21. Moore PA et al. Benefits and harms associated with analgesic medications used in the management of acute dental pain: An overview of systematic reviews. J Am Dent Assoc. 2018;149(4):256-265.

22. Leroy R et al. Richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk – Synthese. Good Clinical Practice (GCP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KEC). 2020. KCE Reports 332A. D/2020/10.273/20

23. Jeric M et al, Treatment of acute migraine attacks in children with analgesics on the World Health Organization Essential Medicines List: A systematic review and GRADE evidence synthesis. Cephalagia, international headache society; 2018, Vol. 38(9) 1592–1607

24. Orr SL. et al, Canadian Headache Society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency settings. Cephalagia, international headache society; 2015, Vol. 35(3) 271–28

25. Barnes NP et al, Migraine headache in children. Clinical Evidence; 2015, 06:318

26. Menshawy et al, Intranasal sumatriptan for acute migraine attacks: a systematic review and meta-analysis. Neurol Sci 2018, 39:31–44

27. Law et al, Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 4. Art. No.: CD008541

28. Cameron et al, Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Headache, American headache society; 2015, ISSN 0017-8748

29. Richer et al, Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 4. Art. No.: CD005220

30. Derry et al, Sumatriptan (all routes of administration) for acute migraine attacks in adults - overview of Cochrane reviews (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014, Issue 5. Art. No.: CD009108

31. Lipton et al, Caffeine in the management of patients with headache. The Journal of Headache and Pain, 2017, 18:107

32. Pathan et al, A Systematic Review and Meta-analysis Comparing the Efficacy of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Opioids, and Paracetamol in the Treatment of Acute Renal Colic. European Urology, 2018, Issue 73; 583 –595

33. M. Jalili et al, Desmopressin effectiveness in renal colic pain management: Systematic review and meta-analysis. American Journal of Emergency Medicine, 2016, Issue 34; 1535–1541

34. García-Perdomo HA, et al. Pharmacologic interventions to treat renal colic pain in acute stone episodes: Systematic review and meta-analysis. Prog Urol, 2017; Pages 654-665

35. Arianto et al, Comparison of Ketorolac versus Diclofenac as Treatment for Acute Renal Colic: A Systematic Review and A Network Meta-Analysis. CDK-257, 2017; vol. 44 no. 10 th; pages 722-728

36. Gu H-Y et al. Increasing Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Reducing Opioids or Paracetamol in the Management of Acute Renal Colic: Based on Three-Stage Study Design of Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front. Pharmacol. 2019; 10:96.

37. Fraquelli M, Casazza G, Conte D, Colli A. Non-steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 9. Art. No.: CD006390.

38. Afshar K, Jafari S, Marks AJ, E ekhari A, MacNeily AE. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and non-opioids for acute renal colic. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, Issue 6. Art. No.: CD006027.

39. Llewellyn A, Norman G, Harden M, Coatesworth A, Kimberling D, Schilder A, et al. Interventions for adult Eustachian tube dysfunction: a systematic review. Health Technol Assess 2014;18(46).

40. Sjoukes A, Venekamp RP, van de Pol AC, Hay AD, Little P, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ. Paracetamol (acetaminophen) or non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined, for pain relief in acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016; Issue 12. Art. No.: CD011534.

41. Marchisio et al, Updated Guidelines for the Management of Acute Otitis Media in Children by the Italian Society of Pediatrics. The Pediatric Infectious Disease Journal, 2019; Volume 38, Number 12S

42. Head K, Chong LY, Bhutta MF, Morris PS, Vijayasekaran S, Burton MJ, Schilder AGM, Brennan-Jones CG. Antibiotics versus topical antiseptics for chronic suppurative otitis media. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020; Issue 1. Art. No.: CD013056.

43. Yoon et al, Systematic review and meta-analysis on management of acute urinary retention. Prostate Cancer and Prostatic Diseases, 2015; Issue 18, 297–302

44. Guang-Jun et al, a1-Blockers in the management of acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. Ir J Med Sci, 2015; 184:23–30

45. Jackson et al, Systematic review of interventions for the prevention and treatment of postoperative urinary retention. BJS Open, 2019; 3: 11–23

46. Collet et al, 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal, 2020; 00, 1-79

47. Amsterdam EA et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non–ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol, 2014;64:e139–228

48. Cabello JB et al. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016; Issue 12. Art. No.: CD007160

49. Van der Linden Y.M. et al. Dexamethasone for the Prevention of a Pain Flare After Palliative Radiation Therapy for Painful Bone Metastases: The Multicenter Double-Blind Placebo-Controlled 3-Armed Randomized Dutch DEXA Study. Int J Radiation Oncol Biol Phys, Vol. 108, No. 3, pp. 546e553, 2020

50. Fabregat C et al. Pain Flare-Effect Prophylaxis With Corticosteroids on Bone Radiotherapy Treatment: A Systematic Review. Pain Practice, Volume 20, Issue 1, 2020 101–109.

7. Persoonlijke reflectie

Verloop en bedenkingen

Voorafgaand aan de start van de thesis vond er een plenaire sessie plaats met alle HAIO's die deelnamen aan de uiteindelijke update van het boekje 'urgentieschema's voor hsuiartsen'. Hierbij besloten Emma Schreurs, een mede-HAIO uit mijn afstudeerjaar, en ikzelf om samen de uitdaging aan te gaan en ons te ontfermen over het deel 'acute pijnbeelden'.

De thema's binnen het hoofdstuk 'acute pijnbeelden' van deze master thesis werden vervoglens evenredig verdeeld tussen Emma en mezelf vooraleer we aan de BestBet begonnen. Initieel ontfermde ik me over de hoofdstukken 'migraine', 'koliekpijn', 'otitis media', 'thoracale pijn', 'urinaire retentie' en 'hypertensieve encefalopathe'. Vervolgens werd er een gemeenschappelijk protocol opgesteld om de literatuurstudie aan te pakken. Dit protocol omvatte onder andere in- en exclusiecriteria alsook de databanken die gingen doorzocht worden. Na de literatuurzoektocht alsook een overleg met de co-promotor, Nicolas Delvaux, werd vervolgens besloten om het hoofdstuk 'hypertensieve encefalopathie' te laten vallen door gebrek aan enige nieuwe evidentie. Ook over andere thema's was het soms moeilijk om recente of vernieuwende evidentie te vinden, waren er voornamelijk studies te vinden die geen betrekking hadden tot de huisartsensetting of werden er medicijnen besproken die niet (of niet in de juiste dosering of toedieningsvorm) op de Belgische markt verkrijgbaar zijn. Er werd tussendoor frequent feedback gevraagd alsook met tijdige deadlines gewerkt die we onszelf oplegden om het werk rond te krijgen. Achteraf mag ik besluiten dat ons dit dan ook goed gelukt is om alles op tijd af te krijgen.

De uiteindelijk gebruikte literatuur werd vervolgens gebundeld in een Best Evidence Table met een clinical bottom line, waar we elk apart aan werkten. Hier gebruikten we initieel elk onze eigen stijl en lay-out voor, maar dit werd achteraf wel gelijk getrokken. Ten slotte keken we elk mekaars gevonden literatuur na en werden de artikels beoordeeld op bias.

Na het opstellen van de Best Evidence table, werd de evidentie vervat in enkele schematische voorstellingen om deze te kunnen presenteren op een 4-tal feedback momenten. De opzet was om de evidentie af te toetsen aan de praktijk. We namen elk 2 van deze momenten voor onze rekening en focusten ons voornamelijk op onze huidige en voorgaande opleidingspraktijken. Voor mij betrof dit mijn huidige praktijk, namelijk WGC Ridderbuurt in het Leuvense alsook mijn voorgaande praktijk, GP 'de Doenders' in Hoeilaart. 1 van de overige twee feedback momenten betrof een LOK vergadering in regio Overijse, waarbij er huisartsen vanuit verschillende praktijken aanwezig waren. Al deze momenten werden door ons beide online gepresenteerd gezien de covid-problematiek, behoudens de LOK in Overijse. Deze laatste kon live doorgaan en werd door mij alleen gepresenteerd wegens ziekte van Emma. Ieder presenteerdee zijn eigen aandeel waar mogelijk. Alle presentaties werden

opgenomen en vervolgens werd de feedback neergeschreven. Deze feedback werd achteraf nogmaals beoordeeld op bruikbaarheid of relevantie omtrent ons thema.

Tenslotte werd de uiteindelijke thesis uitgeschreven met tussendoor een aantal feedback- en bijsturingsmomenten van onze promotor.

Het betrof een boeiend thema, al is het wel een probleemstelling die moeilijk te onderzoeken valt. De moeilijkheden zoals hierboven weergegeven, maken dan ook dat de bewijskracht niet altijd van even goede kwaliteit is. Desalniettemin, kan ik na afloop van de thesis toch besluiten dat we weldegelijk afdoende evidentie gevonden hebben om een gegronde update op te stellen en dit impact heeft op het dagelijks praktijk voeren.

Naar mijn mening verliep de samenwerking over de ganse lijn behoorlijk vlot. De feedback die aangeleverd werd was nuttig en to-the-point van zowel de (co-)promotoren alsook de praktijken.Tijdens het opstellen werd er goed ingespeeld op mekaars werk en spoorden we mekaar aan om de deadlines te halen. Ten slotte wil ik nog eens benadrukken dat het aangenaam samenwerken was met Emma, dat de thesis vlot verlopen is en haar dan ook nog eens extra bedanken hiervoor.

Persoonlijk aandeel

- Voor mijn onderwerpen, met name ‘migraine’, ‘otitis media’, ‘koliekpijnen’,’thoracale pijn’ en ‘urinaire retentie’ werden de volgende handelingen door mij verricht:
    - In- en exclusiecriteria opgesteld voor artikelselectie
    - Opstellen van PICO’s
    - Opstellen van zoektermen en -strings voor de databanken (PubMed, Embase, Cochrane)
    - Artikelselectie uit de desbetreffende databanken
    - Opstellen van flowcharts mbt zoekstrategie
    - Opstellen van de Best evidence tables
    - Bias screening uitvoeren
    - Clinical bottom line opstellen per thema
    - Referentie lijst opstellen
    - Schematische voorstelling per thema maken
- Nazicht van de artikelselectie van mijn thesispartner, Emma Schreurs
- Powerpoint:
    - Schematische voorstellingen integregeren in voorlopige en finale slides voor mijn onderdelen
    - Referenties toevoegen
- Feedback momenten:
    - Organisatie van feedbackmoment in WGC Ridderbuurt en GP Hoeilaart

    - Neerschrijven van de feedback tijdens de presentaties van het aandeel van Emma
    - Live presenteren van feedbackmoment op LOK-vergadering Overijse
    - Noteren en samenvatten van de feedback van de expertenpanels op Emma haar onderdelen
    - Evalueren van relevantie van feedback op onze thesis
- Masterthesis:
    - Schrijven van het hoofdstuk 3C: onderwerpen 9-13
    - Schrijven van het hoofdstuk 3E: onderwerpen 9-13
    - Schrijven van het hoofdstuk 3F: onderwerpen 9-13
    - Discussie
    - Besluit
    - Spellingscontrole
    - Aanvullen appendices 1-2

8. Appendix 1

Goedgekeurd protocol



KU LEUVEN

SCONE - Het platform voor stages en masterproeven

Geachte professor,

Beste student,

De verstrekte informatie toont aan dat het onderzoek in het kader van de masterproef een zuivere literatuurstudie betreft en dat er op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van proefdieren, proefpersonen of menselijk lichaamsmateriaal.

Dit type onderzoek vereist geen goedkeuring van een gemachtigde commissie voor medische ethiek.

Onder voorbehoud van de volledigheid en correctheid van de door u verstrekte gegevens, krijgt u hierbij het akkoord om het onderzoek in het kader van de masterproef te starten. Deze mail dient als bewijs van goedkeuring mocht u uw onderzoek wensen te publiceren.

Wij willen u erop attent maken dat u zelf verantwoordelijk blijft voor uw onderzoek. Bovendien doet elke wijziging aan de door u verstrekte gegevens omtrent de onderzoeksopzet deze goedkeuring vervallen. U dient in dat geval een amendement te maken aan uw huidig dossier.

Veel succes!

9. Appendix 2

Gunstig advies EC (OBC via SCONE)

Urgentieschema's voor huisartsen: Pijnbeelden

Dossiernr.:	MP016868	
[[[Stage/Masterproef/Keuzevak]]]:	Masterproef I HAIO, 2019-2022	
Faculteit/opleiding:	Faculteit Geneeskunde - Master in de huisartsgeneeskunde	
Studiefase:	eerste fase	
Academiejaar:	2020-2021	
Korte omschrijving / abstract:	Aan de hand van de meest recente literatuur over verschillende pijnsyndromen BestBets uitschrijven die dan omgezet zullen worden in urgentieschema's. Deze pijnsyndromen zullen migraine, koliekpijn, otitis media, urine retentie, thoracale pijn, hypertensieve encephalopathie, acute rugpijn, kankerpijn, jicht, anale pijn en tandabcessen zijn. Onze urgentieschema's zullen we dan voorleggen aan een publiek van experts in het vak via een krans of mail, of aan huisartsen via bvb een LOK-vergadering. Hier zullen we de haalbaarheid van de schema's aftoetsen en aanpassen waar nodig.	
Gewenste taal van communicatie:	nl	
[[[Stagemeester/Promotor/Docent]]]:	Prof Dr Jan Verbakel (u0042064)	
Copromotor:	Prof Bert Aertgeerts (u0002409)	Dr Nicolas Delvaux (u0099109)
Organisatie:	KU Leuven	
Dienst:	Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde	
Discipline:	Masterproef	
Extra groepsleden:	Amadeo Vander Elst amadeo.vanderelst@student.kuleuven.be r0470177 Emma Schreurs emma.schreurs@student.kuleuven.be r0464203	

De verstrekte informatie toont aan dat het onderzoek in het kader van de masterproef een zuivere literatuurstudie betreft en dat er op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van proefdieren, proefpersonen of menselijk lichaamsmateriaal.

Dit type onderzoek vereist geen goedkeuring van een gemachtigde commissie voor medische ethiek.

Onder voorbehoud van de volledigheid en correctheid van de door u verstrekte gegevens, krijgt u hierbij het akkoord om het onderzoek in het kader van de masterproef te starten. Deze mail dient als bewijs van goedkeuring mocht u uw onderzoek wensen te publiceren.

Wij willen u erop attent maken dat u zelf verantwoordelijk blijft voor uw onderzoek. Bovendien doet elke wijziging aan de door u verstrekte gegevens omtrent de onderzoeksopzet deze goedkeuring vervallen. U dient in dat geval een amendement te maken aan uw huidig dossier.

10. Bijlagen (www.achg.be/urgenties)

A. Appendix 3: Flowcharts

B. Appendix 4: Best evidence topic reports

C. Appendix 5: Tables of evidence

D. Appendix 6: Eerste versie urgentieschema