

Misselijkheid en braken in de palliatieve fase - achtergrondinformatie

Bron: PIN Palliatieve zorg deel II, Jrg.11/10, 2008, hoofdstuk 1

In de palliatieve fase komen misselijkheid en braken bij patiënten met diverse ziekten (zoals kanker, aids, lever- en nierfalen) veelvuldig voor. Misselijkheid en braken beïnvloeden de kwaliteit van leven aanzienlijk. Bij misselijkheid kan de patiënt van vrijwel niets meer genieten en is een goed gesprek nauwelijks mogelijk. Braken kan hem uitputten en pijn veroorzaken, bijvoorbeeld bij metastasen in de ribben. De patiënt kan het daarnaast als belastend ervaren dat anderen de gevolgen van het braken moeten opruimen. Ook kan ongerustheid over de geringe opname van voedsel en vocht, vaak verwoord door de naasten, een rol spelen. De aanpak van misselijkheid en braken bestaat uit algemene maatregelen en medicamenteuze behandeling.

Beantwoord de vragen bij de volgende casus over het beleid bij misselijkheid en braken.

Lees niet vooruit. Soms blijkt het antwoord op een vraag uit het vervolg van de casus.

Mevrouw Ten Hoopen, 59 jaar, is getrouwd en moeder van twee buiten de stad studerende dochters. Toen zij 48 jaar was, is bij haar een mammacarcinoom met positieve okselklieren vastgesteld. Na de behandeling heeft zij haar leven weer opgepakt. Ook haar werk op een plantenlaboratorium heeft zij gewoon voortgezet. Een paar jaar geleden kreeg zij pijn in haar schouder en bovenarm. Er werden metastasen gevonden, verspreid door het hele skelet en in de lever. Zij is bestraald op de schouder en kreeg chemotherapie met goed resultaat. Nu heeft u haar al enkele maanden niet meer gezien. Wel krijgt u geregeld bericht van het ziekenhuis over de chemotherapie.

Op een dinsdagochtend vraagt zij een visite aan omdat zij sinds enkele dagen in toenemende mate misselijk is en sinds gisteravond enige malen heeft gebraakt. Terwijl u uw jas aantrekt, realiseert u zich dat u eigenlijk niet weet hoe het met haar en haar gezin gaat. Wat voor situatie zult u aantreffen? Wat verwacht de familie van u? Had u meer contact moeten houden? Waarom zou zij nu opeens misselijk zijn en braken?

1. Beschrijf concreet hoe u voor uzelf structuur aanbrengt in deze complexe situatie.

Vaak ziet u een patiënt in de palliatieve fase een hele tijd niet, vooral als de ziekte een geprotaheerd verloop heeft (zoals bij een gemetastaseerd mammacarcinoom). Als zich dan plotseling een hectische situatie voordoet, is het soms lastig goed in te schatten in welk stadium in het proces van ziekte en achteruitgang de patiënt en zijn naasten zich inmiddels bevinden. Wat zijn hun gedachten, gevoelens en verwachtingen over het ziekteverloop en eventuele medische interventies?

Het is van belang dat u van tevoren wat tijd uittrekt om na te gaan wat er op somatisch gebied aan de hand kan zijn en welke informatie nog ontbreekt. Als de aanpak voor uzelf helder is, heeft u meer ruimte om open te staan voor gevoelens en gedachten van de patiënt en zijn familie.

Bij mevrouw Ten Hoopen neemt u zich voor te informeren naar de medicijnen die ze gebruikt, of ze nog contact met de specialist heeft en hoe het de afgelopen weken is gegaan. U wilt proberen een indruk te krijgen van de ideeën en verwachtingen van haar en haar familie over de ziekte en de eventuele behandeling.

2. Wat zijn volgens u de vier meest waarschijnlijke oorzaken van misselijkheid en braken bij mevrouw Ten Hoopen?

In de palliatieve fase kunnen misselijkheid en braken diverse oorzaken hebben (tabel 1). Bij 30 procent van de patiënten spelen meerdere factoren een rol.

Aandoening (in/van)	misselijkheid/braken door	kan gevolg zijn van
Maag-darmkanaal	irritatie pharynx	candida-infectie hevig hoesten
	vertraagde maagontleding	medicatie (anticholinergica, opioïden) paraneoplastische auto-nome neuropathie mechanische reden (tumor, hepatomegalie, as-cites)
	irritatie mucosa/ulcus	medicatie (NSAID's, as-pirine, cytostatica) radiotherapie
	obstipatie	
	gastro-intestinale obstructie	fecale impactie tumor in of buiten maag-darmkanaal
	rek leverkapsel	stuwing metastasen bloedingen
Centraal zenuwstelsel	verhoogde hersendruk	hersentumor, hersenmetastasen
	meningitis (carcinomatosa, infectieus, chemisch)	
	angst, pijn, conditionering	
Gehoorgang en evenwichts-orgaan	lokale tumor (acusticusneu-rinoom, hersentumor)	
	Medicatie (opoiden, aspirine)	
	aandoeningen labyrint	
Stofwisseling	Hypercalciemie Nierinsufficiëntie Hyponatriemie	
Bijwerking behandeling	medicatie (opioïden, NSAID's, digoxine, anti-biotica, cytostatica) 1. radiotherapie	

Op grond van wat u nu weet van mevrouw Ten Hoopen denkt u het eerst aan een vertraagde maagontleding door een vergrote lever of aan hypercalciëmie door de skeletmetastasen. Ook zou verhoogde hersendruk als gevolg van hersenmetastasen oorzaak van het braken kunnen zijn. Als zij inmiddels pijnstillende medicatie is gaan gebruiken vanwege de skeletmetastasen (zoals NSAID's of opioïden), kan er ook een medicamenteuze oorzaak van de klachten zijn.

3. Wat wilt u haar vragen om een idee te krijgen van de mogelijke oorzaak/oorzaken?

U kunt vragen naar:

- duur, beloop en ernst van de misselijkheid; verbetert de misselijkheid na braken?
- frequentie van het braken; is er verband met de maaltijden?
- aard van het braaksel; bevat het voedselresten of bloed, hoe ruikt het?
- beïnvloedende factoren zoals houdingsverandering, beweging, voeding;
- eetlust, slikproblemen, maagklachten, buikpijn, vol gevoel, opgezette buik, rommelingen, mictie- en defecatiepatroon;
- dorst, polyurie;
- hoofdpijn, neurologische stoornissen;
- medicatie;
- gewichtsbeloop.

4. Waarop let u bij het lichamelijk onderzoek?

Aandachtspunten van lichamelijk onderzoek zijn:

- Voedings- en hydratietoestand
- Bewustzijn en psychische gesteldheid
- Inspectie van de mond: is de mond droog? Is er sprake van een candida-infectie?
- Onderzoek van de buik - inspectie: is de buik opgezet? (ascites, fors vergrote lever) - auscultatie: normale peristaltiek? Ileusperistaltiek? - percussie: demping? (lever; shifting dullness bij ascites) - palpatie: drukpijn? Abnormale weerstanden? Levergrootte? Clapotage maag?
- Rectaal toucher bij een vermoeden van obstipatie of ileus
- Neurologisch onderzoek bij een vermoeden van intracraniale drukverhoging en, als u de techniek beheerst, fundoscopie
- Zo mogelijk: inspectie van het braaksel: hoeveelheid? Voedselresten? Bloed?

Als u aanbelt doet Maaïke, de oudste dochter, open. Bezorgd zegt ze dat het helemaal niet goed gaat met haar moeder.

Mevrouw Ten Hoopen heeft de chemotherapie anderhalve maand geleden afgesloten. Bij de laatste controlefoto waren de skeletmetastasen vrijwel gelijk gebleven. Over twee weken heeft zij een afspraak bij de internist.

Zij voelt zich de laatste weken erg moe en gaat geregeld op de bank liggen. Ze heeft het gevoel dat het niet goed met haar gaat. Al enkele dagen is zij in toenemende mate misselijk. Sinds gisteravond heeft zij driemaal gebraakt. Het braaksel bevat geen voedselresten en is zurig; aan het eind komt er wat gal; er zit geen bloed bij. Vanmorgen heeft ze nog een half beschuitje gegeten. De hele ochtend heeft ze geprobeerd wat water te drinken, want ze heeft erge dorst. Het plassen is volgens haar niet anders dan anders. De ontlasting gaat redelijk. Ze heeft geen buikpijn.

Ze gebruikt lactulose en sennosiden A en B die de internist heeft voorgeschreven toen ze drie maanden geleden begon met een fentanylpleister. Ze gebruikt de laatste twee maanden een fentanylpleister van 25 microg eenmaal per drie dagen. Verder gebruikt ze geen medicijnen. Ze heeft geen hoofdpijn.

Bij het lichamelijk onderzoek vindt u droge lippen en een droge mond. De bloeddruk bedraagt 140/80 mmHG, de polsfrequentie 70 slagen per minuut. De buik is niet opgezet, de peristaltiek normaal. Bij palpatie is de buik soepel, de lever is 3 cm onder de ribbenboog palpabel, er zijn geen abnormale weerstanden.

5. Wat is de meest waarschijnlijke oorzaak van de misselijkheid en het braken bij mevrouw Ten Hoopen? Motiveer uw antwoord.

Anamnese en lichamelijk onderzoek hebben geen aanwijzing opgeleverd voor een andere oorzaak dan de vier die eerder als mogelijkheid zijn genoemd (vergroete lever, hypercalciëmie, verhoogde hersendruk, eventueel medicatie).

Hypercalciëmie is nu de meest waarschijnlijke oorzaak. Fentanyl kan misselijkheid veroorzaken, maar omdat mevrouw Ten Hoopen dit middel al maanden in deze dosering gebruikt is dat hier minder waarschijnlijk. Anamnese en lichamelijk onderzoek geven geen aanwijzingen voor verhoogde hersendruk. Ten slotte is het niet aannemelijk dat de slechts matig vergroete lever obstructie van de maaguitgang veroorzaakt.

Hypercalciëmie in de palliatieve fase ontstaat door botafbraak ten gevolge van tumoractiviteit in het skelet (met name bij mammacarcinoom en de ziekte van Kahler) of door productie van een parathormoonachtige stof (met name bij niet-kleincellig bronchuscarcinoom).

De meest voorkomende initiële symptomen zijn: anorexie, misselijkheid en braken, polyurie en dorst, obstipatie, moeheid en algehele malaise. Later kunnen uitdroging, spierzwakte, cerebrale symptomen (onder andere sufheid en delier) en hartritme- en geleidingsstoornissen ontstaan.

Hypercalciëmie treedt in het algemeen op als de ziekte al in een gevorderd stadium is. Patiënten met hypercalciëmie hebben bij symptomatische behandeling een korte levensverwachting: 65 tot 75 procent van hen overlijdt binnen drie maanden. Als effectieve anti-tumorbehandeling nog mogelijk is, varieert de mediane overleving in verschillende onderzoeken van 86 tot 140 dagen.

Als u klaar bent met het lichamelijk onderzoek moet mevrouw Ten Hoopen weer overgeven. Haar man zegt: 'Zo gaat het niet langer, dokter, mijn vrouw houdt dit niet vol!'

6. Wat bespreekt u met haar en haar familie en welke aanpak stelt u voor?

U spreekt uw begrip uit voor de ongerustheid van mevrouw Ten Hoopen en haar familie, nu zij de laatste weken achteruitgaat en zich op dit moment erg ziek voelt. U vertelt dat u vermoedt dat het kalkgehalte van het bloed is gestegen door de afbraak van bot, maar dat nader bloedonderzoek nodig is om dit zeker te weten. U geeft hun gelegenheid hierop te reageren en hun ongerustheid onder woorden te brengen. U probeert te peilen wat mevrouw Ten Hoopen en haar familie van een eventuele behandeling verwachten, of ze een ziekenhuisopname willen of juist een thuisbehandeling, en of ze er een idee van hebben hoe ver het ziekteproces van mevrouw Ten Hoopen al is gevorderd.

Uit het gesprek met mevrouw Ten Hoopen en haar man en dochter, komt naar voren dat zij wel degelijk inzien dat het slechter gaat, maar dat mevrouw Ten Hoopen toch alles wil aangrijpen om verder te kunnen. Zij wil voor haar dochters zo lang mogelijk blijven leven. Ze heeft een groot vertrouwen in de oncoloog en wil graag dat u met hem overlegt. Zij wil op dit moment liever niet worden opgenomen.

7. Ziet u mogelijkheden voor aanvullend onderzoek en behandeling thuis? Zo ja: welk on-derzoek zou u aanvragen? Geef een concrete en gedetailleerde beschrijving. Hoe zou u de behandeling organiseren? Welke obstakels verwacht u in zo'n geval in uw eigen praktijksituatie tegen te komen?

Om de diagnose hypercalciëmie te bevestigen wilt u de hoogte van het geïoniseerde serumcalciumgehalte weten. Bij een waarde hoger dan 1,30 mmol/l is er sprake van hypercalciëmie. Niet alle laboratoria bepalen het geïoniseerde calciumgehalte. U kunt dit bij uw laboratorium navragen.

Als uw laboratorium gebruikmaakt van de bepaling van het totale serumcalciumgehalte (waarvan in het algemeen 50 procent aan albumine is gebonden), is gelijktijdige bepaling van het serumalbuminegehalte noodzakelijk. Bij een verlaagd albuminegehalte moet de waarde van het aangetoonde totale serumcalciumgehalte namelijk worden gecorrigeerd met de volgende formule:

Correctie totaals serumcalciumgehalte bij verlaagde albuminewaarde

Gecorrigeerd calciumgehalte:

$(\text{serumcalciumgehalte} + 1,0) - (0,025 \times \text{serumalbuminegehalte})$. ^{1 2}

¹ Uit: VIKC-Richtlijn Hypercalciëmie (2006).

² Let op: deze formule uit de VIKC-Richtlijn Hypercalciëmie staat correct op de VIKC-website <http://www.pallialine.nl> maar foutief in: De Graeff A, Hesselmann GM, Krol R, et al. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Laren: Van Weiland, 2006.

De hoogte van het calciumgehalte (bij hypercalciëmie) is overigens niet bepalend voor de ernst van de klachten.

De VIKC-Richtlijn Hypercalciëmie raadt aan om ook het creatinine-, natrium-, kalium- en fosfaatgehalte te bepalen om de mate van dehydratie en eventuele elektrolytstoornissen vast te stellen. Meestal is het mogelijk de patiënt thuis te laten prikken, maar dat kan niet overal op korte termijn (zoals in dit geval nodig is).

De behandeling van hypercalciëmie bestaat uit intraveneuze toediening van bisfosfonaten en vocht ter rehydratie. Voor de juiste medicatie, dosering, vereiste controles en follow-up kunt u de VIKC-Richtlijn Hypercalciëmie raadplegen (www.pallialine.nl). In sommige regio's heeft het medisch-technisch team ervaring met de behandeling van hypercalciëmie thuis en kunt u dat inschakelen. Als dit niet mogelijk is en u mevrouw Ten Hoopen toch thuis wilt behandelen, zal dit een aanzienlijke investering in tijd en aandacht van u vragen.

U vraagt met spoed laboratoriumonderzoek aan: er is sprake van hypercalciëmie. U overlegt met het medisch-technisch team van de thuiszorgorganisatie en de internist. Het blijkt logisch toch het handigst om mevrouw Ten Hoopen kortdurend op te nemen. Na intraveneuze behandeling met zoledroninezuur en rehydratie kan zij snel weer naar huis. De oncoloog ziet nog mogelijkheden voor behandeling met chemotherapie. Mevrouw Ten Hoopen begint daar vol goede moed aan. U spreekt met haar af dat u haar regelmatig zult bezoeken tijdens de periode van chemotherapie. In de maanden daarop lijkt het aardig goed te gaan met haar. Als u terugkomt van uw zomervakantie vindt u een ontslagbericht: zij is opgenomen geweest vanwege ascites. Er bleek uitgebreide peritonitis carcinomatosa te bestaan. Na een ontlastende punctie waarbij vijf liter vocht werd verwijderd, is zij weer naar huis gegaan. U besluit haar op te zoeken.

Mevrouw Ten Hoopen ligt op de bank beneden en ziet er duidelijk bleker, vermoeider en wat magerder uit dan voorheen. 'Tja, daar lig ik dan', zegt ze, 'het begin van het einde'.

8. Beschrijf hoe u ingaat op deze verzuchting.

Als alle mogelijkheden tot levensverlenging zijn uitgeput, bent u als huisarts hoofdverantwoordelijk voor de medische begeleiding van de patiënt. Zoals in PIN 10/10 Palliatieve zorg (deel I) aan de orde kwam, is het goed om op dit moment een 'contractgesprek' te houden. De verzuchting van mevrouw Ten Hoopen kan een ingang zijn voor zo'n ge-sprek. Er moet wel een rustig moment voor worden gezocht. Wat betekent het voor patiënt en naasten, dat het levenseinde in zicht is? Als eerste punt in het gesprek nodigt u de zieke en de familie uit om gevoelens, angsten en ideeën hierover onder woorden te brengen. Hieruit ontwikkelt zich meestal een gesprek waarin u voorlichting kunt geven over het stervensproces en onterechte angsten kunt wegnemen. Keuzes in de laatste fase (zoals wel of geen infuus, antibiotica of ziekenhuisopname) komen nu ter sprake.

U heeft ook de gelegenheid te exploreren wat de patiënt en de naasten van u verwachten bij beslissingen rondom het levenseinde zoals euthanasie of palliatieve sedatie. U geeft aan wat u te bieden heeft aan behandeling en begeleiding. U geeft voorlichting over de voorwaarden en procedures bij euthanasie en palliatieve sedatie, en maakt duidelijk in hoeverre u aan de wensen van patiënt en naasten tegemoet kunt komen. Ook kunt u peilen aan welke zorg (wijkverpleging, nachtzorg, psychologische ondersteuning) behoefte is en uitleggen wat deze zorg inhoudt.

Mevrouw Ten Hoopen vertelt dat ze te horen heeft gekregen dat verdere behandeling niet zinvol meer is. Samen met haar man is zij de nodige zaken aan het regelen. Haar dochters zijn erg verdrietig maar ze kunnen er met zijn vieren goed over praten. Ze hebben geen behoefte aan een psycholoog of maatschappelijk werker. Mevrouw Ten Hoopen is erg opgeknapt van de ascitespunctie. Ze slaapt nog gewoon boven en dat gaat goed, evenals wassen en aankleden. Ze had pijn in haar bovenbuik maar die is op de achtergrond geraakt sinds de fentanylpleister is verhoogd naar 50 microg. De defecatie gaat matig, hoewel ze momenteel 1 zakje macrogol/elektrolyten gebruikt via het ziekenhuis.

Ze vindt het vervelend dat ze weer zo misselijk is en zo gauw een vol gevoel in de bovenbuik heeft. Het calciumgehalte was onlangs in het ziekenhuis in orde. Mevrouw Ten Hoopen wil voor haar dochters blijven leven zolang het enigszins dragelijk is. Als het helemaal niet meer gaat, wil ze graag dat u haar helpt met inslapen. Geen euthanasie, dat vindt ze te abrupt voor haar dochters.

U legt aan haar en haar familie uit wat palliatieve sedatie is en welke voorwaarden daaraan verbonden zijn. U spreekt af dat u hen regelmatig zult bezoeken, in elk geval iedere week en als het nodig is vaker.

Mevrouw Ten Hoopen vraagt of u op dit moment iets kunt doen aan de misselijkheid en het volle gevoel in haar bovenbuik. U besluit haar te onderzoeken. Bij inspectie vindt u een iets bolle buik. Percussie toont een geringe mate van ascites aan, bij auscultatie hoort u een normale peristaltiek, de lever is 10 cm onder de ribbenboog palpabel. Verspreid door de buik zijn er grote en kleinere zwellingen te voelen als uiting van de peritonitis carcinomatosa. Bij rectaal toucher vindt u feces in de ampul.

9. Noem drie factoren die in dit stadium van de ziekte kunnen bijdragen aan de misselijkheid. Denk daarbij aan de verschillende pathofysiologische mechanismen en aangrijpingspunten.

Er kan nu wél sprake zijn van een vertraagde maaglediging door hepatomegalie. Daarnaast kan obstipatie een rol spelen. Er is nu heel weinig ascites, maar als deze toeneemt kan dit eveneens bijdragen aan de vertraagde maaglediging en misselijkheid. Ten slotte kunnen opioïden zoals fentanyl de maaglediging en de darmwerking vertragen. Deze middelen hebben bovendien een rechtstreeks effect op de chemoreceptortriggerzone in

de hersenen en kunnen ook daardoor bijdragen aan de misselijkheid (zie de VIKC-Richtlijn Misselijkheid en braken).

U bespreekt met mevrouw Ten Hoopen en haar familie de mogelijk oorzaken van de misselijkheid. Mevrouw Ten Hoopen zegt dat ze wel meer wil eten maar dat het niet gaat. Ze vraagt of astronautenvoeding zinvol is.

10. Hoe gaat u in op de vraag naar 'astronauten voeding'?

Zorgen over geringe voedselopname komen veel voor, meestal bij de naasten van de patiënt: de zieke moet goed eten, anders zal zij nog meer verzwakken. Uitleg dat de geringe eetlust een uiting van de ziekte zelf is en dat de zieke niet meer voedsel aankan dan zij zelf aangeeft, helpt meestal. Bij een beperkte levensverwachting is verbetering van de voedingstoestand geen haalbaar en zinvol doel. Het heeft wel zin om te proberen de misselijkheid en het volle gevoel te verlichten.

11. Welke algemene en voedingsadviezen geeft u met het oog op de misselijkheid?

De VIKC-Richtlijn Misselijkheid en braken geeft de volgende algemene en voedingsadviezen:

- Zorg voor opvangmateriaal, tissues en water om de mond te spoelen.
- Zorg voor een rustige omgeving en frisse lucht.
- Zorg voor ruimzittende kleding.
- Vermijd sterk ruikende parfums.
- Vermijd de aanblik en geur van eten; haal voedsel dat de patiënt niet kan of wil eten direct weg.
- Zorg voor goede mondhygiëne en mondverzorging.
- Laat de patiënt gedurende 30 tot 45 minuten na voedselopname rechtop zitten.
- Geef vaak kleine maaltijden; vermijd te vet, te warm, sterk gekruid en geurig eten; in sommige gevallen kan het eten beter koud worden opgediend; laat de patiënt eten wat hij lekker vindt en goed verdraagt.
- Laat de patiënt cola drinken (niet te koud!).
- Laat de patiënt zuigen op een ijsklontje, een waterijsje of een stukje fruit uit de ijskast (ananas, kiwi of appel).
- Probeer er bij hevig braken voor te zorgen dat de maag gevuld is (mits er geen sprake is van maagretentie).
- Overweeg een diëtist te consulteren.
- Overweeg bij insufficiënte voeding het gebruik van voedingssupplementen; deze worden echter vaak slecht verdragen en verergeren de klachten nogal eens.

U besluit ook medicamenteuze behandeling in te stellen. U wilt op rationele gronden een medicament kiezen, uitgaande van de receptoren en neurotransmitters genoemd in vraag 9. U kunt hiervoor de multidisciplinaire richtlijn Misselijkheid en braken raadplegen (zie www.pallialine.nl), opgesteld door de Vereniging van Integrale Kanker-centra (VIKC).

12. Welk medicament kiest u? Motiveer uw antwoord.

Stap 1 van het stappenplan in de VIKC-Richtlijn Misselijkheid en braken is monotherapie met een anti-emeticum gericht op de oorzaak van de misselijkheid en de daarbij betrokken receptoren en neurotransmitters.

Bij vertraagde maagontleding zijn prokinetica (bijvoorbeeld metoclopramide of domperidon) middelen van eerste keuze. Zij bevorderen de maagontleding door remming van dopaminereceptoren in de maag. Metoclopramide is tevens een 5HT₄-agonist die de peristaltiek bevordert. Daarnaast werkt het remmend op de dopaminereceptoren in de chemoreceptortriggerzone, waardoor de centrale emetogene werking van opioïden afneemt. Metoclopramide is bij mevrouw Ten Hoopen dan ook het middel van eerste keus. De dosering is drie- tot viermaal daags 10 tot 20 mg per os of rectaal (metoclopramide werkt oraal twee keer zo sterk als rectaal). Metoclopramide kan ook subcutaan worden toegediend in een dosering van 40 tot 100 mg per 24 uur.

Daarnaast kunt u de obstipatie bestrijden, bijvoorbeeld door verhoging van de macrogol/elektrolyten naar tweemaal daags 1 zakje. Het geven van een klysma valt te overwegen.

Diuretica zijn bij de behandeling van ascites ten gevolge van peritoneale metastasen (exsudaat) theoretisch weinig zinvol, maar worden toch nogal eens uitgetoet (zie de VIKC-Richtlijn Ascites, www.pallialine.nl). Als deze middelen op enige wijze bijdragen aan de vermindering of het minder snel toenemen van ascites, zullen zij ook het aantal uit te voeren puncties verminderen.

Door deze aanpak nemen de misselijkheid en het volle gevoel enigszins af maar de misselijkheid blijft toch hinderlijk. Een nieuw lichamenlijk onderzoek levert geen andere gezichtspunten op.

13. Wat is uw volgende stap in de medicamenteuze behandeling? Motiveer uw antwoord.

In ongeveer 30 procent van de gevallen is monotherapie niet toereikend en is een combinatie van medicamenten geïndiceerd (stap 2 van het stappenplan in de VTKC-Richtlijn Misselijkheid en braken). Het is belangrijk om anti-emetica te kiezen die op verschillende receptoren aangrijpen. Toevoeging van bijvoorbeeld haloperidol (ook een dopamineantagonist) aan metoclopramide is daarom geen rationele keuze.

De richtlijn adviseert de combinatie van metoclopramide en dexamethason 2 tot 4 mg eenmaal daags. Hoe dexamethason tegen misselijkheid werkt, is niet bekend.

Na enkele dagen zijn de misselijkheid en het volle gevoel op de achtergrond geraakt. Mevrouw Ten Hoopen heeft enkele redelijke weken waarin ze veel met haar familie kan praten, regelingen kan treffen en mensen kan ontvangen.

Vandaag, de dag voor uw wekelijkse bezoek, belt de heer Ten Hoopen. Hij zegt dat het helemaal niet gaat. Mevrouw Ten Hoopen is de laatste dagen steeds misselijker geworden, heeft een opgezette buik en steeds vaker krampen in de buik. Sinds gisteravond braakt zij geregeld kleine hoeveelheden. De laatste dagen heeft ze nauwelijks ontlasting gehad.

Bij het lichamenlijk onderzoek vindt u haar ziek, ze heeft een droge mond en braakt kleine hoeveelheden. De buik is opgezet en pijnlijk. Er is nauwelijks sprake van ascites. U hoort bij auscultatie gootsteengeruisen. Er is sprake van een ileus.

14. Beschrijf hoe u dit probleem aanpakt.

De ileus van mevrouw Ten Hoopen wordt hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt door de peritonitis carcinomatosa. Daarnaast kan obstipatie of fecale impactie een rol spelen. Ileus ontstaat door obstructie van de darm door een tumor in de darmwand of druk van buitenaf. Als de motiliteit van een darmsegment is aangetast door infiltratie van de tumor in de darmmusculatuur of de zenuwbanen of bij (bijvoorbeeld) peritonitis carcinomatosa, spreekt men wel van pseudo-obstructie. Vaak is de afsluiting niet totaal en kan de

darmpassage, al dan niet tijdelijk, weer op gang komen. Omdat nog enige darmpassage mogelijk kan zijn, is laxeren de eerst aangewezen interventie. Als u bij een rectaal toucher feces in de ampul aantreft, is laxeren - in eerste instantie met een klysma - zeker nuttig. Is de ampul leeg, dan bevindt de afsluiting zich hoger. In dat geval wordt een hoogopgaand klysma gegeven. Dat levert echter lang niet altijd wat op.

Bij ernstige klachten van misselijkheid en braken kan de patiënt opknappen van een neussonde. Of de sonde vervolgens wel of niet wordt verwijderd, is afhankelijk van de prognose en de wijze waarop de patiënt de sonde verdraagt. Voordeel van een sonde is dat de patiënt weer een beetje kan drinken.

Soms is parenterale vochttoediening geïndiceerd (zie hieronder), bijvoorbeeld om de tijd te overbruggen tot een beslissing over al dan niet opereren is genomen.

Bij mevrouw Ten Hoopen is operatief ingrijpen niet zinvol vanwege de korte levensverwachting en zelfs gecontra-indiceerd vanwege de peritonitis carcinomatosa.

Om de obstructieverschijnselen te verminderen kunt u corticosteroiden voorschrijven in de hoop dat daardoor het oedeem rond de tumor afneemt en de darmpassage verbetert. U kunt dexamethason geven, 8 mg eenmaal daags subcutaan gedurende vijf dagen.

Daarna kan de dexamethason op geleide van de klachten worden verminderd.

Omdat mevrouw Ten Hoopen al dexamethason gebruikt, lijkt een proefbehandeling daarmee bij haar niet zo geschikt. Butylscopolamine en octreotide (tabel 2) remmen de secretie van darmvocht en verminderen daardoor de verschijnselen van ileus zoals pijn, misselijkheid en braken.

Butylscopolamine heeft door zijn anticholinergisch effect als bijwerking een droge mond. Octreotide werkt sneller en waarschijnlijk ook effectiever. Een sonde is dan soms niet nodig of kan na korte tijd weer worden verwijderd.

In afwachting van het effect van octreotide op de misselijkheid kunt u metoclopramide toedienen. Bij een volledige afsluiting kan metoclopramide door zijn prokinetisch effect toename van de darmkrampen veroorzaken. U stopt deze medicatie dan weer.

Tabel 2. Medicamenteuze behandeling van ileus (VIKC-Richtlijn Heus) Middel	Werking	Dosering
Dexamethason	oedeemverminderend, anti-emetisch	1 dd 8 mg bolus of 8 mg/24 uur s.c./i.v.
Octreotide	antisecretoir	3 dd 100-200 microg s.c. of 300-600 microg/24 uur s.c./i.v.
Butylscopolamine	spasmolytisch, antisecretoir	40-200 mg/24 uur s.c./i.v.
Metoclopramide	anti-emetisch	4 dd 10-20 mg supp. 40-120 mg/24 uur s.c./i.v.
Haloperidol	anti-emetisch	5 mg/24 uur s.c./i.v.

Een andere mogelijkheid om de misselijkheid te bestrijden is levomepromazine (stap 3 van het stappenplan in de VIKC-Richtlijn Misselijkheid en braken), in een dosering van 3,125 mg subcutaan, zo nodig herhalen en ophogen. Levomepromazine kan ook transmucosaal worden toegediend. De voornaamste bijwerking is slaperigheid. Het middel wordt niet vergoed, maar is niet duur (€ 1,12 per ampul van 25 mg, afgezien van de receptkosten).

Ileus veroorzaakt vaak dehydratie door het braken en de secretie van vocht in de darmen. Het hangt van de omstandigheden af of het kunstmatig toedienen van vocht via een infuus zinvol is. Een goede reden is bijvoorbeeld: de patiënt is erg uitgedroogd en wil alles op alles zetten om te blijven leven tot een voor hem belangrijk persoon arriveert. Behalve intraveneus via een infuus kunt u ook subcutaan vocht toedienen met een hypodermoclyse. Aan het kunstmatig toedienen van vocht zijn nadelen verbonden zoals toename van ascites, oedemen of pleuravocht.

Het verband tussen een droge mond en (de behandeling van) dehydratie is niet lineair. De beste aanpak van dit probleem is goede mondverzorging en frequente bevochtiging, bijvoorbeeld met een (planten)spray. Overigens werkt octreotide in het algemeen snel, binnen 24 tot 48 uur; inname van kleine beetjes vocht (en voedsel) is dan meestal weer mogelijk, terwijl het verlies van vocht via de darmwand wordt geremd.

U behandelt mevrouw Ten Hoopen met driemaal daags 100 microg octreotide s.c, toegediend door de wijkverpleegkundige. Een spuitje met levomepromazine, verdund met water in een verhouding van 1:10, ligt binnen handbereik. Mevrouw Ten Hoopen dient zich zelf om de paar uur een transmucosale dosis van 0,5 ml toe. Het lukt om haar op deze manier zonder neussonde te behandelen. De volgende dag is zij minder misselijk, heeft zij minder buikpijn en kan zij weer wat drinken. De dag daarop is de misselijkheid verdwenen en eet zij weer wat vla. De levomepromazine gebruikt zij niet meer.