

## **Achtergrond**

Gastro-intestinale problemen vormen een belangrijke bron van last in de palliatieve fase. Misselijkheid en braken, obstipatie en diarree, anorexie en cachexie en buikpijn zijn veel voorkomende klachten. Daarnaast spelen in wisselende mate of ernst klachten van mucositis, slikstoornissen, hik, opgeblazen buik, ascites, acute buikverschijnselen, tenesmi ad anum, aambeien en vele andere klachten een rol in de individuele patiënt. De betreffende klachten kunnen zijn ontstaan uit de dodelijke aandoening waar patiënt aan lijdt, door secundaire problemen in andere organen of door de behandelingen die patiënt ondergaat of ondergaan heeft (iatrogeen). Zo kan iemand bijvoorbeeld bovenbuikklachten hebben door een primair levercel carcinoom, door hepatomegalie, door rechts decompensatie bij hartfalen of door galstenen als gevolg van behandeling met octreotide bij een uitgezaaid carcinoid. Misselijkheid en braken kunnen ontstaan door problemen in het maagdarmkanaal, maar ook door leverproblemen en nierinsufficiëntie, door prikkeling van het centrale braakcentrum door chemotherapie of andere medicatie, door aandoeningen van het evenwichtsorgaan, of verhoogde hersendruk bij hersen metastasen. Ook al heeft de aanpak van de onderliggende oorzaak de voorkeur, vaak blijkt dit in de palliatieve fase niet meer mogelijk of zinvol en zal men de klacht op een andere manier moeten verlichten (symptomatische therapie). Toch is er geen standaard symptoom gerichte behandeling mogelijk omdat, afhankelijk van de onderliggende oorzaak, interventies mogelijk tegengestelde effecten teweeg brengen. Zo zal misselijkheid veroorzaakt door hepatomegalie goed reageren op een stimulerend middel dat de darm beweeglijkheid bevordert, maar de klachten juist doen verergeren bij een obstructieve ileus. De maaghevel die effectief is bij obstructieve ileus vergroot juist de kans op akinesie van de tractus digestivus bij hepatomegalie of peritonitis carcinomatosa met mogelijk ontwikkeling van paralytische ileus als er nog geen ileus aanwezig is. De meeste pijnstillers die actief zijn bij kolieklachten veroorzaken obstipatie. Een patiënt met fecale impactie zal nog meer problemen ontwikkelen als hij dergelijke medicijnen krijgt voor zijn (koliek) buikpijn. Kortom ook in de palliatieve fase is het zinvol de mogelijke oorzaak op te sporen en het model van klinisch redeneren gebruiken om tot een juiste symptoom gerichte behandeling te kunnen komen.

## **Doel**

Door deze zelfstudieopdracht wordt kennis verkregen over de achtergronden, de diagnostiek en de behandeling van een aantal gastro-intestinale problemen in de palliatieve fase in het kader van symptoom controle.

## **Instructie**

Bestudeer de volgende literatuur:

- [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl) Palliatieve zorg: richtlijn misselijkheid en braken  
Palliatieve zorg: richtlijn ileus

Beantwoord aan de hand van de opgedane kennis in de beide richtlijnen de vragen bij de casus.

## **Casus**

Mevrouw O is een 69 jarige weduwe waarbij recent een ovarium carcinoom figo graad 4 is vastgesteld met ascites en pleuritis carcinomatosa. Zij woont samen met haar 43 jarige zoon die wegens zakenreizen vaak in het buitenland is. Na het ontdekken van de kwaadaardige aandoening werd zij behandeld met chemotherapie (gekozen werd voor de combinatie taxol en carboplatin bij beperkte nierfunctie). Ondanks de standaard anti-emetica (ondansetron en dexamethason) is zij de 5<sup>e</sup> dag na de derde chemokuur nog misselijk en kan slechts beperkt eten. Eigenlijk was zij direct voor aanvang van de kuren al misselijk. Zij heeft nog steeds last van een opgezette buik, maar is minder kortademig dan voor starten van de behandeling.

1. a. Is misselijkheid een symptoom of klacht en wat is braken, een symptoom of een klacht?



- b. waar staan “signs” en “symptoms” voor in de Angelsaksische literatuur?
2. Hoe zou je de ernst van misselijkheid en hoe die van braken kunnen aangeven?
3. Welke fysiologische en anatomische structuren zijn betrokken (of kunnen betrokken zijn) bij de gewaarwording van misselijkheid?
4. Bevindt patiënte zich in de curatieve of palliatieve fase?
5. Stel een differentiaaldiagnose op voor haar misselijkheid en probeer door klinisch redeneren een onderzoekplan op te stellen.
6. Stel een beleid op waarbij je rekening houdt met de palliatieve fase en geef duidelijk aan welke stap je eerst neemt en welke je laat volgen.
7. Is het mogelijk een stappenplan te bedenken dat breder toepasbaar is dan alleen in deze specifieke patiënte; ook bij andere patiënten in de palliatieve fase?

Mevrouw O is met spoed ingestuurd door de dienstdoende huisarts op zondagavond op verdenking ileus. Na progressie op de eerste lijn chemotherapie en een periode van moeizaam herstel was de oncoloog toch begonnen met een 2<sup>e</sup> lijn behandeling nu 3 weken geleden. Patiënte had goede hoop dat dit effect zou hebben. Wegens buikklachten gebruikte zij fentanylpleister 25 mcg/uur, en zo nodig morfine drank bij acute pijn. Als voorbehoedmiddel voor obstipatie had zij lactitol voorgeschreven gekregen (laxans). Desondanks had zij nu sinds 2 dagen geen ontlasting, een bolle buik en pijn en had meer moeite met de ademhaling. Bisacodyl tabletjes die haar vroeger goed hielpen bij obstipatie hadden niets gedaan. Wegens misselijkheid had de huisartspost nog ondansetron voorgeschreven in de ochtend, maar desondanks was zij gaan braken. Omdat haar zoon in het buitenland was achtte men het niet meer verantwoord haar thuis te proberen te behandelen.

8. Wat is nu de differentiaal diagnose?
9. Geef aan wat je aan diagnostiek zou moeten doen om hier te begrijpen wat er met patiënte aan de hand is en beschrijf de stappen volgens het medisch redeneren model.
10. Kunt je aangeven of de palliatieve fase een verschil maakt in redeneren en behandeling?
11. Hoe zou je een ileus aanpakken als dit nu vastgesteld wordt?

### Product

Samenvatting van de bestudeerde en beoordeelde literatuur & antwoord op de vragen.