

1. Misselijkheid is een klacht; braken een symptoom. In de Angelsaksische literatuur wordt voor klachten vaak “symptoms” gebruikt en voor symptomen meestal het woord “signs”. Dit kan dus verwarring geven bij het bestuderen van literatuur.
2. Een klacht wordt in ernst door de patiënt gedefinieerd (de ernst van de klacht is wat de patiënt zegt dat het is) dus misselijkheid wordt met een VAS of NRS gemeten of met een ander specifiek instrument voor de gradering van misselijkheid en vaak bijgehouden in een dagboek bij metingen voor studies. Braken is een symptoom en kan gemeten worden. Meestal wordt per dag(deel) geteld of een patiënt gebrakt heeft of gekokhalsd (ja of nee); soms wordt het aantal malen braken (kokhalzen) per dag geteld en zelden de hoeveelheid braaksel in studies. Daarnaast is voor de klinische praktijk van belang waar het braaksel uit bestond (slijm [=alleen sputum]; maaginhoud [zuur]; wel of geen galbijmenging [dieper niveau dan maag of bij retrograde peristaltiek]; met voedselresten van meer dan enkele uren ervoor [retentie braken en bij bruine verkleuring vaak foutief fecaal braken genoemd]. Uiteraard is dan de hoeveelheid van belang en of patiënt nog iets binnen kan houden (uitdroging en mineralen verlies).
3. Tractus digestivus; nervus Vagus; chemoreceptor trigger zone; braakcentrum; evenwichtsorgaan; hogere corticale centra. Zie figuur pallialine onder ontstaanswijze.
4. Palliatieve fase gezien uitgebreidheid en metastasering.
5. Differentiaal diagnose:
  - a. Persisterende misselijkheid na chemotherapie met een component van anticiperende misselijkheid
  - b. Misselijkheid ten gevolge van peritonitis carcinomatosa
  - c. Misselijkheid ten gevolge van de ascites, nog versterkt door de ruime hoeveelheid infusie vloeistof die gegeven wordt tijdens deze vorm van chemotherapie
  - d. Misselijkheid door het staken van de hoge dosis dexamethason die rondom de taxol medicatie gegeven wordt (dag -1 tot +2)
  - e. Misselijkheid bij partiele obstructie (mechanische component) of door trage ontlediging of beperkte peristaltiek (paralytische component) of beiden
  - f. Mogelijk misselijkheid omdat zijzelf of de omgeving meer verwacht dat ze zou kunnen eten; of dat de fysieke belasting (bij afwezigheid van de zoon) en beperkte zorg een rol speelt
  - g. Misselijkheid bij electrolytstoornissen zoals hypercalciemie, hyponatriemie, hyperkaliemie

Medisch redeneren:

In een cyclisch proces van prehypothese (de hiervoor opgestelde differentiaaldiagnose); aanvullende gerichte anamnese op alle 4 de dimensies (somatisch/psychologisch/sociaal/spiritueel), lichamelijk onderzoek; zo nodig laboratorium en of röntgen onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen meer en minder aannemelijke mogelijkheden. Vervolgens zal een diagnose of werkhypothese opgesteld moeten worden, een behandelplan en na overleg / toestemming van patiënt dit plan uitgevoerd en gemonitord moeten worden. Verdwijnt de misselijkheid en braken na behandeling, dan wordt de cyclus afgesloten, zo niet dan zal de cyclus herhaald moeten worden.

6. Ondanks de soms langere overleving is een stadium Figo 4 ovariumcarcinoom niet te genezen. Patiënt bevindt zich dan ook in de levensverlengende behandel fase maar is wel

palliatief. In deze fase is de overweging van een kans op langere overleving onvoldoende en zal de kwaliteit van leven meegewogen moeten worden; dus ook de last die de behandeling veroorzaakt. Daarbij spelen natuurlijk de (kans op) respons op eenvoudige maatregelen, de wens van patiënte, mogelijke aanpassingen van het oncologische behandelplan of mogelijkheden om complicaties aan te pakken en de sociale situatie te verbeteren.

Er zal een integrale behandeling dienen te volgen waarbij voorlichting, communicatie, ondersteunende zorg ook een rol spelen naast (indien zinvol en gewenste) oorzakelijke behandeling en de al dan niet medicamenteuze symptomatische behandeling.

Uit een goed gesprek met patiënte en zoon de psychologische component naar voren komen en daarop een steunende behandeling volgen. Uitleg en leefregels zijn altijd zinvol (zie ook palliatieve misselijkheid en braken het verpleegkundige deel). Daarnaast is laxeren zinvol indien er ontlastingsproblemen zijn (wat heel goed mogelijk is bij ondansetron als antiemeticum). Als de ascites is toegenomen kan deze gepuncteerd worden of meer diuretica gegeven worden als de hyperhydratie een rol speelt. Symptomatisch kan geprobeerd worden of langer doorgaan met dexamethason effect heeft, indien dit niet het geval is, kan er medicatie wissel volgen: als metoclopramide niet werkt dan kan dit vervangen worden door bijvoorbeeld levomepromazine. Aangezien metoclopramide en haloperidol beiden dopamine antagonisten zijn, is niet de verwachting dat als metoclopramide niets doet er met haloperidol wel een effect zal zijn.

7. Ja. Zie palliatieve.nl misselijkheid en braken voor een stappen plan.
8. Differentiaaldiagnose:
  - a. Misselijkheid op basis van opiaat gebruik
  - b. Vertraagde maagontlediging en of vertraagde darm functie door de combinatie van opiaten en ondansetron
  - c. Fecale impactie door bovenstaande
  - d. Toename van ascites vocht na chemotherapie
  - e. Toename van gasophoping in het colon door lactitol gebruik
  - f. Progressie van het ovariumcarcinoom met afname motiliteit en of partiele darmobstructie en of toename ascites
  - g. Ileus op basis van peritonitis carcinomatosa
  - h. Waarschijnlijk verergert de afwezigheid van de zoon de situatie
9. Volg dezelfde cyclus als beschreven bij vraag 5. Anamnese (op alle 4 de dimensies) en lichamelijk onderzoek kunnen belangrijke sleutels hierin zijn. Wat eet ze en hoeveel? Hoe ziet ontlasting eruit? Hoe ziet braaksel eruit? Hoe vaak? Etc. Wat houdt haar bezig? Waar is ze bang voor? Is er pijn? Wat voor soort pijn? Hoe is de tympanie? Is de lever vergroot bij percussie? Hoe is de peristaltiek: normotoon? Hypertoon? Afwezig? Gootsteen geruis? Hoogklinkend? Is er defence musculaire? Oedeem in benen?  
Ileus is een klinische diagnose!
10. Indien (bij andere aandoening) patiënte zich nog in de curatieve fase bevond, dan zal primair overwogen moeten worden of dit wel of geen ileus is, mocht vastgesteld worden dat het een ileus is, niet ten gevolge van medicatie of fecale impactie dan zal overwogen moeten worden of operatie een zinvolle mogelijkheid is. Wat is de conditie van patiënte, hoe is de genezingskans van een grote buikoperatie, is de buik chirurgisch toegankelijk, wat is in zijn algemeen de prognose, wat is het risico op peri-operatieve mortaliteit?
11. Deze patiënte komt niet in aanmerking voor operatief ingrijpen (zie antwoord onder 10). De conservatieve behandeling zal indien mogelijk en zinvol, gericht zijn op de oorzaak. De kans op tijdelijk succes is ongeveer 30-50%, de kans op een volgende periode met ileus klachten is 50% in 6 weken. Pas in ieder geval de medicatie aan: stop ondansetron, start klysmeren, start

of verhoog dexamethason, geef een minder gasvormend laxermiddel. Indien er sprake is van een paralytische ileus, is een prokineticum te overwegen; metoclopramide evt zelfs continue. Geef maaghevel bijveelvuldig braken en overweeg octreotide. Overweeg ascites punctie als dat mede een oorzaak is. Geef goede uitleg en begeleiding. Denk goed na over de zin en onzin van vocht en voeding via infuus!!

Mochten er aanwijzingen zijn dat het ovariumcarcinoom respondeert, dan zal afhankelijk van de uitkomst van de conservatieve therapie overwogen worden om de 2<sup>e</sup> lijn chemotherapie te vervolgen. Verbeterd patiënte niet en of blijkt er vroege progressie te bestaan na de eerste behandeling dan wordt de oncologische behandeling gestaakt (omdat voortzetten of wijzigen naar een derde lijn te lang duurt om patiënte er van te kunnen laten profiteren).