

Casus einde leven

Klinische gegevens

Bij een 52-jarige man is 4 maanden geleden een inoperabel pancreascarcinoom vastgesteld. In verband met de pijn is een plexus coeliacusblokkade uitgevoerd die helaas maar kort effect heeft gehad. Palliatieve chemotherapie heeft ook niets opgeleverd. Geleidelijk is het eten steeds moeizamer geworden en ondanks pancreasekorrels is hij blijven afvallen. Wel is de steatorroe verdwenen. De pijn reageerde niet op fentanyl transdermaal, mogelijk door de cachexie maar ook omdat de pleisters steeds loskwamen door nachtzweeten en wisselende temperatuursverhoging. Voor de pijn is hij nu redelijk ingesteld met oxycodon langwerkend 2 dd 90 mg in combinatie met oxycodon kortwerkend zo nodig 30 mg in druppels, die hij af en toe neemt en amitriptyline 50 mg in de avond. Zijn partner en hij hebben ondanks de korte tijd alles goed kunnen verwerken, al hoopt hij nog wel het nieuwe huis dat zij aan het bouwen zijn te kunnen betrekken. Ze zijn bewust kinderloos gebleven wegens een belaste familieanamnese aan haar kant. Over de toekomst is hij duidelijk geweest: hij wil bij nieuwe problemen niet meer terug naar het ziekenhuis, ook ziet hij euthanasie niet als iets wat bij hem past. Hij hoopt op een rustig sterfbed, maar heeft geen bezwaar tegen sedatie als zich in de eindfase onbehandelbare problemen voordoen. Geleidelijk is hij de laatste dagen gaan braken, geen enkel anti-emeticum helpt hiertegen. De combinatie haloperidol 2 mg 's avonds en dexamethason 4 mg in de ochtend, en 2 mg in de middag hadden nog het meeste effect. Nu belt zijn vrouw, omdat hij massaal is gaan braken en geen medicatie kan binnenhouden. U treft een zieke, angstige, verwarde man met wijde pupillen, tremor, zweeten en misselijk. Hij klaagt over ondraaglijke rugpijn. Door de cachexie is een duidelijke tumor in epigastrio zichtbaar bij verder ingevallen buik en u hoort een levendige peristaltiek zonder ileus verschijnselen bij auscultatie. Het braaksel in de emmer bevat onverteerde etensresten en iets wat lijkt op de medicatie. Zijn vrouw heeft reeds meer dan een etmaal met deze problemen geworsteld.

Wat is uw beleid?

- A. U geeft 10 mg morfine en 10 mg midazolam subcutaan en start palliatieve sedatie conform de richtlijn en regelt daarnaast de thuiszorg
- B. U geeft 4 mg dexamethason subcutaan + 10 mg morfine en regelt een pomp voor continue infusie met 2,5 mg morfine per uur met een bolusmogelijkheid van 5 mg per 2 uur en een maaghevel met behulp van de thuiszorg
- C. U geeft 5 mg haloperidol, 20 mg morfine subcutaan en regelt een pomp voor subcutane infusie met 5 mg/uur en een bolus van 5 mg per uur naast thuiszorg en maaghevel
- D. U geeft 12,5 mg levomepromazine, 8 mg dexamethason, 20 mg morfine en 15 mg midazolam subcutaan en gaat thuiszorg, maaghevel, continue sedatie en morfinepomp regelen met 5 mg per uur en bolusmogelijkheid van 10 mg iedere 2 uur

Antwoord casus einde leven

Het juiste antwoord is B: U pakt direct het morfine onttrekkingsyndroom aan, roteert vervolgens naar morfine parenteraal en continueert de corticosteroïden. Daarnaast geeft u een maaghevel op verdenking van een hoge obstructie en schakelt de thuiszorg in om de partner te ondersteunen. U wacht af wat deze maatregelen opleveren om bij persisterende klachten sedatie te overwegen.

Bij aankomst trof u een angstig, verwarde, transpirerende, trillende man aan met wijde pupillen en veel pijn. De waarschijnlijkheidsdiagnose acute opioïdonttrekking werd bevestigd door het verhaal van langer bestaand braken en uw inspectie van de emmer. De eerste actie is een opioïd (parenteraal) toedienen, waarbij u bij subcutane toediening na ongeveer 15-30 minuten effect mag verwachten. Het kan zijn dat u de injectie na 1-2 uur moet herhalen zeker omdat een pomp niet snel geregeld kan worden.

De oorzaak lijkt een hoge obstructie veroorzaakt door voortgaande druk van de tumor op het duodenum. Vaak ontstaat ook een paralytische ileus of combinaties in het beloop van een pancreascarcinoom, echter is de buik dan opgezet en wordt spaarzame peristaltiek, soms gecombineerd met klinkende peristaltiek, gehoord. Mede omdat dexamethason (tijdelijk) effectief was, wijst dit op een hoge obstructie. Is patiënt nog in goede conditie dan kan een (Wall)stent in het duodenum tijdelijk soelaas bieden. Dit was voor deze patiënt geen optie. Een maaghevel is effectief voor de klachten. In het ziekenhuis kan dan tijdelijk een infuus aangeboden worden om een periode te overbruggen (bijvoorbeeld om nog zaken te regelen). In de thuissituatie levert dit veel praktische bezwaren en het wordt daarom zelden gedaan. Bij afzien van infuus (plus corrigeren van mineralen) is de levensverwachting beperkt en minder dan 14 dagen door dehydratie.

Daarnaast moet u besluiten of er een refractair symptoom bestaat, gepaard gaand met ondraaglijk lijden. Het braken lijkt refractair, echter de overige klachten kunnen mogelijk opgevangen worden en het braken zelf door een maaghevel. Acut sederen is (nog) niet aangewezen, nog los van het feit dat bij het antwoord A de overige medicatie nog niet vervangen is.

Antwoord D doet dit wel maar gaat te snel uit van een indicatie voor sedatie en geeft ook niet de adequate doseringen voor morfine. Dexamethason 4 mg is voldoende om onttrekking te voorkomen. Levomepromazine kan gekozen worden voor vervanging van de haloperidol en indien gekozen wordt voor sedatie ondersteunt het de werking van midazolam, morfine en heeft een breedspectrum centraal anti-emetisch effect.

Het verschil tussen antwoord B en C is gelegen in de toevoeging van of haloperidol of dexamethason en de dosering van de morfine.

Argumenten voor haloperidol zijn het effect op het braken en de verwardheid bij patiënt. Echter de verwardheid is pas ontstaan door de onttrekking van opioïden en de misselijkheid wordt goed ondervangen door de maaghevel. Ook speelt mee dat haloperidol een lange halfwaardetijd heeft en voorlopig nog werkzaam blijft (3-5 x de halfwaardetijd van 36 uur). Met dexamethason is het anders gesteld; de biologische effectieve werkzame tijd is wel lang (1-2 dagen) maar dan kan een onttrekking ontstaan met algemene malaise en spierpijnen. Een Addisoncrisis ontstaat alleen als de bijniere niet meer functioneren en er een duidelijk acute stress bestaat (bijvoorbeeld infectie). Dit middel kan beter gecontinueerd worden en vaak is een 1 x daags dosis van 4 mg voldoende.

Voor de berekening van de noodzakelijke vervangingsdosis voor orale medicatie zie casus 21.

Ten slotte: wat te doen met de amitriptyline die de patiënt eerder kreeg? Je zou je kunnen afvragen welke rol dit middel gehad heeft op de slechte werking van het maagdarmkanaal. Nu het niet meer toegediend kan worden blijkt er ook geen goed alternatief voor amitriptyline parenteraal (met neuropathische pijnstilling). Esketamine wordt bij uitzondering toegepast, maar geeft vaak lokale infiltraten bij subcutane toediening en heeft een ongunstig bijwerkingenprofiel met kans op delier, wat bij reeds bestaande prodromen niet aantrekkelijk is. Ook wordt het thuis meestal niet vergoed. Het sterfscenario bij patiënt lijkt versterven te worden. Bij volledig staken van orale intake van vocht is de levensverwachting nog zeer beperkt. De eliminatie halfwaardetijd van amitriptyline en actieve metabolieten is lang (minimaal 36 uur) wat fors kan toenemen bij afname van lever- en nierfunctie. Het duurt dan 5-10 dagen voor er klinisch onttrekking plaatsvindt. Dit is meestal langer dan de overleving als patiënt door de obstructie geen vocht kan innemen.

Bronnen

- Richtlijnen, symptomen Pijn; Misselijkheid en Braken; Delier; Sedatie via www.pallialine.nl.
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker, 2020

