



# De buik in de palliatieve fase

WDH Roosendaal  
Bergen op Zoom

Marjo van Bommel

---

# Programma komende 5 kwartier

- Pretoets
- Aan de hand van korte casus bespreken van
  - chirurgische mogelijkheden ileus
  - belang van obstipatiebehandeling
  - ascites
  - plaatsbepaling medicamenten
  - sedatie
- Pauze

# Pretoets 1

- Het heeft **geen zin** om chirurgisch in te grijpen bij een (sub) ileus ten gevolge van recidief tumorgroei?
- Ja/ nee

## Pretoets 2

- Bij een patient in de palliatieve fase dient bij buikpijnklachten ook een rectaal toucher verricht te worden
- Ja/nee

# Pretoets 3

- Het bij darmobstructie in de terminale fase ophogen van opioïden heeft naast pijnstilling de best sederende werking
- Ja/nee

# Pretoets 4

- Bij misselijkheid ten gevolge van darmobstructie is ondansetron middel van eerste keus
- Ja/nee

# Pretoets 5

- Metoclopramide zou je een breed-spectrum anti-emeticum kunnen noemen
- Ja / nee

# Pretoets 6

- Misselijkheid bij een patient met longkanker doet je het eerst denken aan peritonitis carcinomatosa
- Ja/ nee
- Metoclopramide is dan eerste keus?
- Ja/ nee



# Pretoets 7

- Na langdurig corticosteroïdgebrauk plots staken geeft snel overlijden ( < 36 u)
- Ja/ nee

# Pretoets 8

- Palliatieve sedatie zet je in als patient dat wil, in plaats van euthanasie?
- Ja/ nee

# Pretoets 9

- Een refractair symptoom is een symptoom in de laatste levensweek?
- Ja/ nee

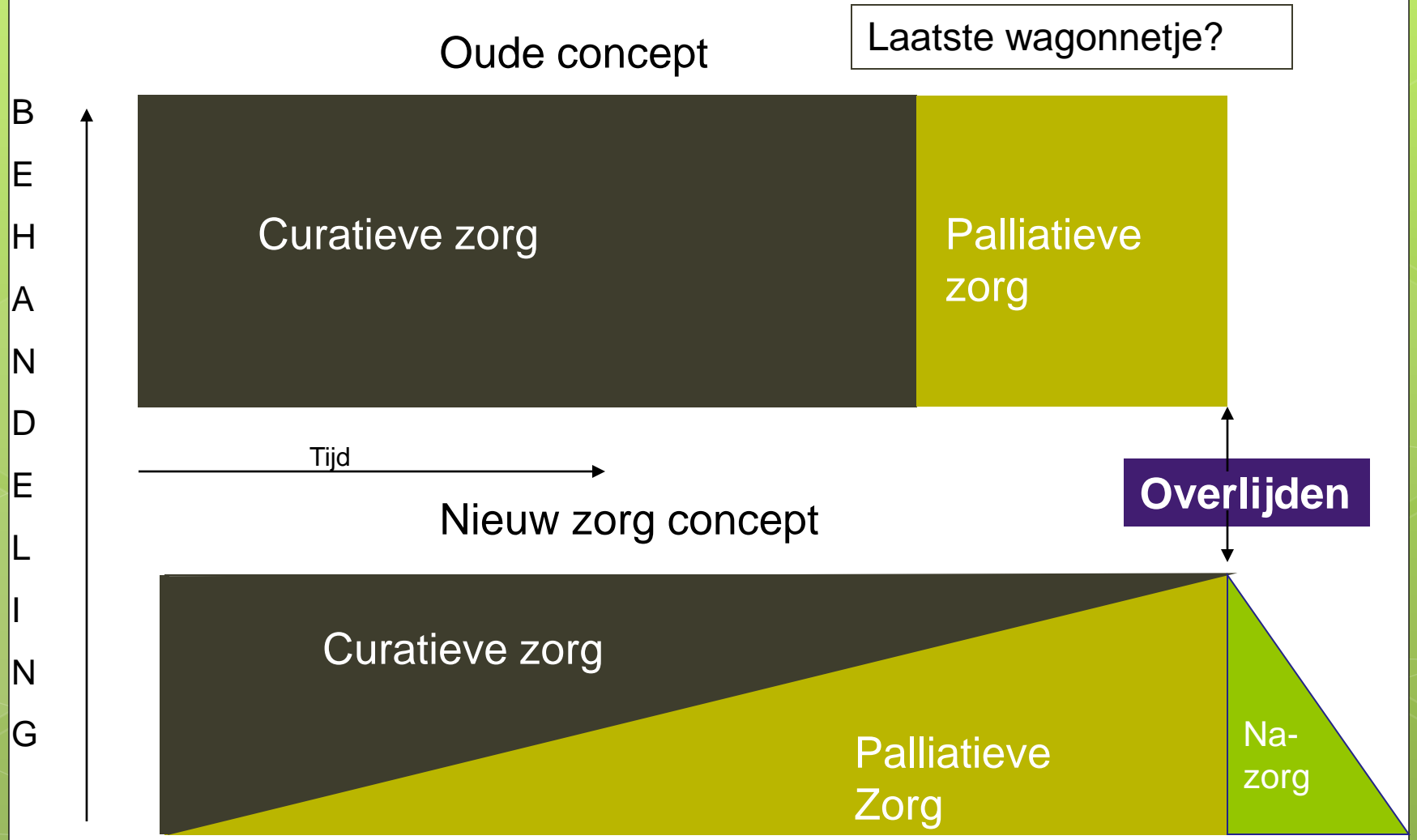
# Pretoets 10

- Palliatieve sedatie is het bestrijden van anderzins niet meer te behandelen klachten dmv bewustzijnsverlaging
- Ja/ nee

# Uitgangspunten

- Palliatieve zorg is integrale zorg met de patient in zijn afscheid centraal
- We onderscheiden
  - palliatieve fase gericht op kwaliteit van leven
  - palliatief-terminale fase gericht op kwaliteit van sterven

# Traditioneel naar nieuw zorgmodel: Cure naar Care (traject denken)



# uitgangspunten

- Proactief denken en handelen
- Transparante communicatie
- Naasten erbij betrekken
- Teamwork
- Veronderstelt kennis en vaardigheden
- Op tijd consultatie! 06-43237150
- Wat is betekenis en doel voor patient

# mevrouw A 46 jaar

- Is thuis bij man en kinderen, eigen zaak
- Operatie in verband met ovariumcarcinoom half jaar terug gevolgd door chemotherapie
- Gewicht 62 kilo ( 2 kg afgevallen)
- Toenemend buikpijn en braken
- Slechte eetlust, vol gevoel
- Opgezette buik, hypertympani, gevoelig
- Gebruikt 2 maal daags morfine retard 30 mg

**mevrouw wil terug naar de chirurg,**

**Is dit reeel? Wat is er aan de hand?**



# Symptomen Ileus

- *Misselijkheid*
- *Braken*
- *Buikpijn, continu of koliekachtig*
- *Droge mond en anorexie*
- *Let op defaecatie!*
- *Auscultatie en percussie: stil of hoogklinkend danwel hypersonoor, met eventueel demping flanken.*

# Niveau obstructie

- Oesofagus (braken direct na eten, helder, ruikt niet)
- Maag/pylorus (braken 1-2 uur na eten, zuur, onverteerde resten, groenig)
- Duodenum/jejunum (bittersmakend, gallig braaksel)
- Colon/rectum (faecaal, scherp, vaak erg slechte conditie, bolle buik)

# oorzaken

- Obstructie: van binnen: tumor, ontsteking, faeces  
van buiten: tumor, adhaesies
- Paralytisch: tumoringroei plexus, medicatie, electrolytstoornis, paraneoplastisch
- ❖ **Palliatieve fase vaak mengvorm: peritonitis carcinomatosa**

# Chirurgie

## Betere prognose

- **Leeftijd (patiënten < 45 jaar betere prognose)**
- **Normale voedingstoestand**
- **Geen palpabele intra-abdominale massa**
- **Geen ascites**
- **Goed gelokaliseerde obstructie**
- **Geen radiotherapie**
- **Response op chemotherapie**

# Chirurgie

## Slechtere Prognose

- *> 65 jaar*
- *Slechte voedingstoestand*
- *Levermetastasen of metastasen op afstand*
- *Ascites*
- *Progressie onder chemotherapie*
- *Radiotherapie*
- *Laag serumalbumine*
- *Radiologisch een niet scherpe lokalisatie*
- *Tijd tussen diagnose en obstructie kort*

# Palliatieve chirurgie

- Resectie reanastomose by paas, stoma, adhaesiolysis
  - Operatiemortaliteit: 4-32%
  - Complicaties: 12-55%
  - Succes: 32-68%
- Stenting: na goede selectie 90% verbetering

# Medicamenteus conservatief?

- De incidentie van strangulatie door maligne darmobstructie is volgens veel studies laag, dus ischaemie, bacteriëmie en sepsis zijn zeldzaam. Je kunt dus conservatief blijven.
- Deze ileus geeft een wisselend beeld

# Voor mevrouw A

- Is uitleg erg belangrijk
- Stel je samen het doel van de behandeling vast
- Relateer aan wat ze nog wil
- En wat voor haar nog acceptabel is
- En relateer dit aan de prognose ( meer dan 2 maanden)



## Mw. B 79 jaar

- ◉ Woont in verzorgingshuis in verband met status na CVA, is weduwe
- ◉ Jaar terug abdominale uterusextirpatie met meenemen adnexen in verband met ovariumcarcinoom
- ◉ Wisselend beeld daarna van buikpijn
- ◉ Gebruikt fentanylpleisters met zonodig morfine zetpillen waarmee redelijke pijncontrole
- ◉ NU:hele dag misselijk, vol gevoel in haar buik, braken soms en intermitterend diarree, angstig

**meest waarschijnlijke diagnose?**

## Voor mevrouw B

- is uitleg erg belangrijk
- Stel je samen het doel van de behandeling vast
- Relateer aan wat ze nog wil
- En wat voor haar nog acceptabel is
- En relateer dit aan de prognose

# Faecale impactie

- Frequent bij buiktumoren
- Frequent bij opioidgebruik
- Bootst ileus na!
- Kan delirant beeld geven met angst
- Eventueel met midazolam "roesje" laxeren

## Vervolg mw B

- Na laxatie enkele maanden redelijk
- Dan weer toename klachten: misselijk slechte eetlust, buikpijnen en buik die opzet
- Spaarzame peristaltiek en gedempte flanken
- medicatie: fentanylpleisters 100 microgram
- metoclopramide 20 mg supp 4dd
- X-praep  
bisacodyl 5 mg 2 dd

**Wat is er aan de hand?**

# Ascites

- Gewichtscontrole als parameter
- Ascites bij ovariumca betere prognose dan bij darmca
- Spironolacton 3 dd 50 tot 600 mg daags
- Eventueel furosemide toevoegen
- Diureticum werkt beter na ascitespunctie
- Ontlastende ascitespunctie

# De heer C 82 jaar

- Morbus Parkinson
- Inoperabel maagcarcinoom,
- Anorexie, cachexie, misselijk, braken
- Voor de pijn oxycontin 2dd 5mg
- Uiteraard laxantia

**Welke medicamenteuze therapie?**

# Management

- PEG-sonde: bij hoge darmobstructies, bijvoorbeeld bij maaguitgang of duodenumobstructie ontkom je soms niet aan een percutane gastrostomy om patiënt nog enig comfort te geven
- Een maligne darmobstructie fluctueert, dat wil zeggen bij periodes is de darm weer gedeeltelijk of geheel open
- Bij een lage dunne of dikke darmobstructie verdraagt patiënt orale intake behoorlijk goed, waarbij de frequentie van het braken fluctueert met de hoeveelheid voedsel. Geruststelling en uitleg maakt het heel wel mogelijk dat patiënt voedsel tot zich neemt, ook niet vloeibaar of niet zacht. Evenwel vermijd bulkvormers.

# Behandeling medicamenteus

- Analgetica
- Anti-emetica
- Spasmolytica



# Analgetica

- Opioiden zowel tegen de koliekpijn als tegen de continue pijn
- Titrezen volgens bekende pijnschema's
- Begin in elk geval met een snelwerkend middel
- Maak gebruik van beste toedieningsvorm (subcutane pomp bijvoorbeeld)
- Transdermaal geeft niet altijd betrouwbare absorptie)

# toedieningswegen

- Oraal
- Sublinguaal
- Rectaal
- Transdermaal
- Subcutaan, per continuam
- Intraveneus

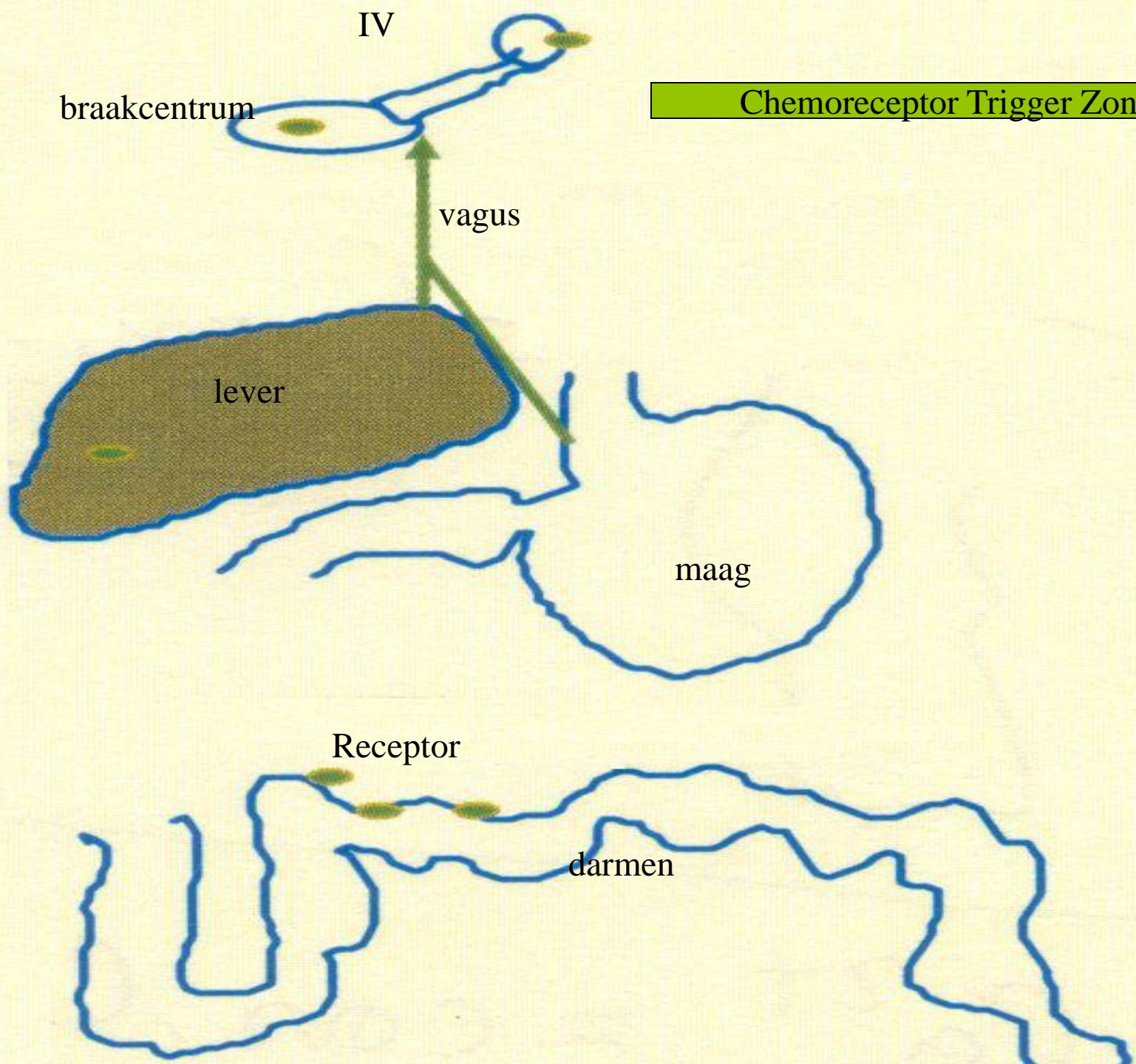
# continu subcutaan

- Graseby MS 26 is een spuitenpomp
- Cadd pomp is een cassettepomp

# Anti-emetica

- Terug naar de basis:

receptoren en dat al



Chemoreceptor Trigger Zone

braakcentrum

IV

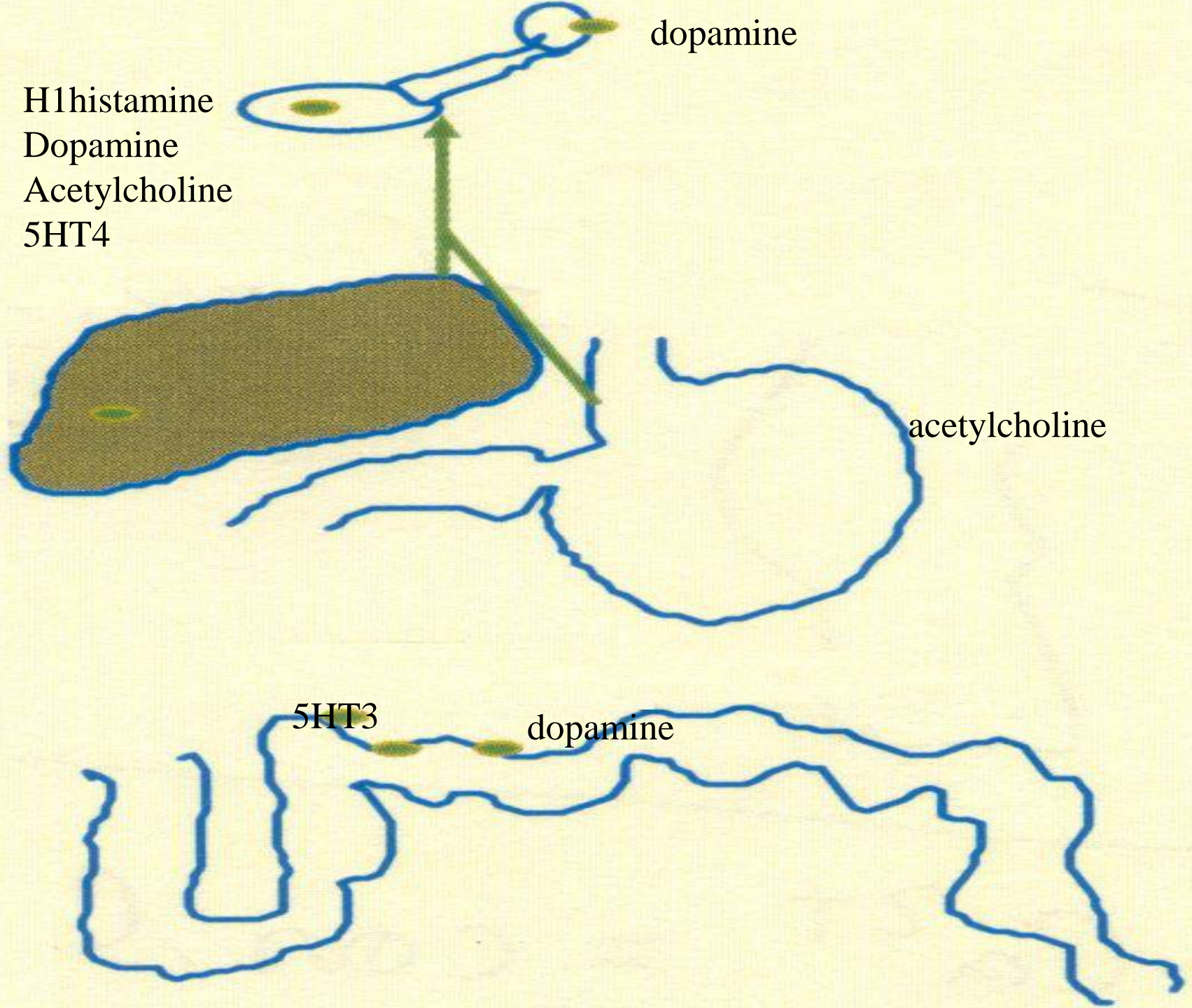
vagus

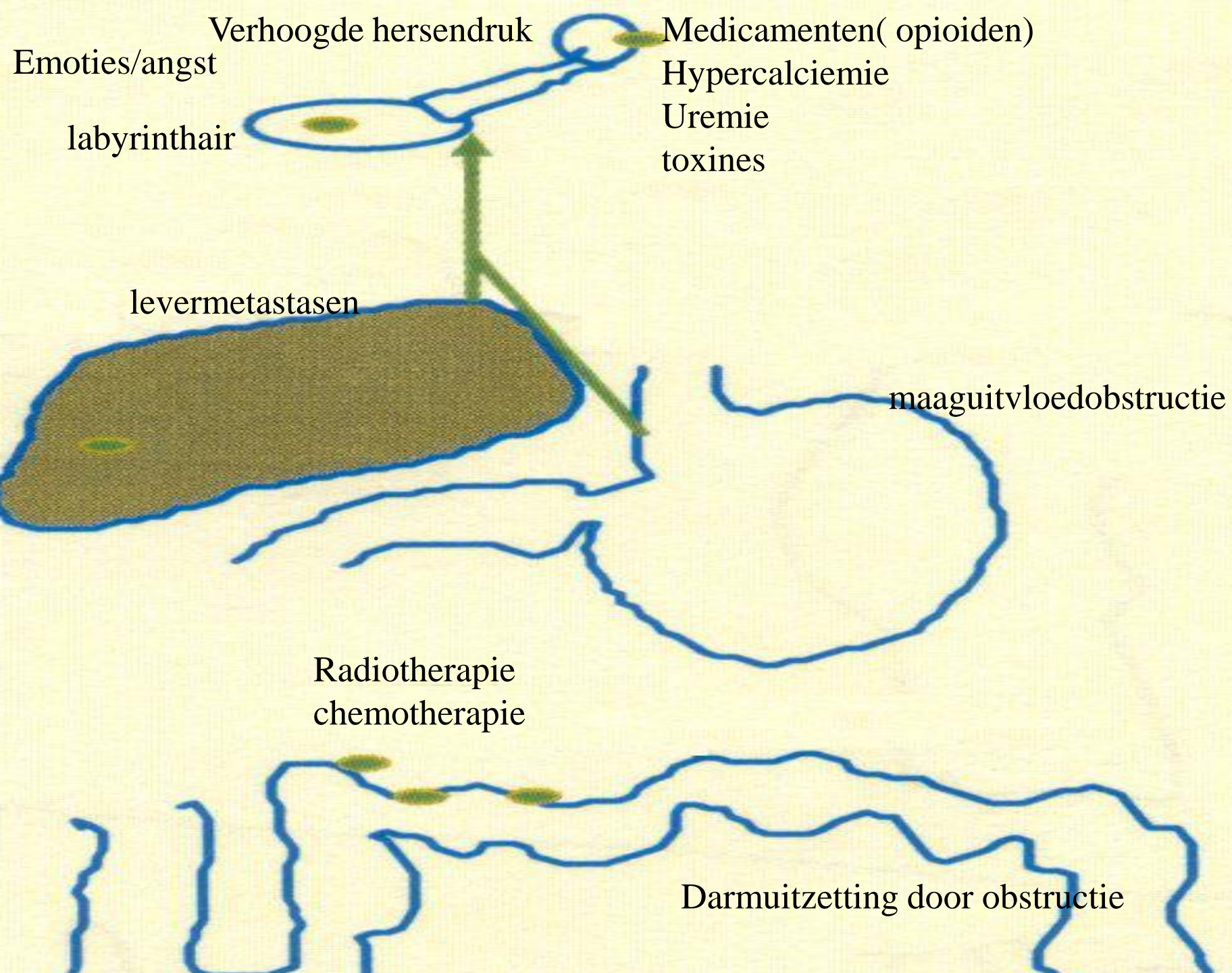
lever

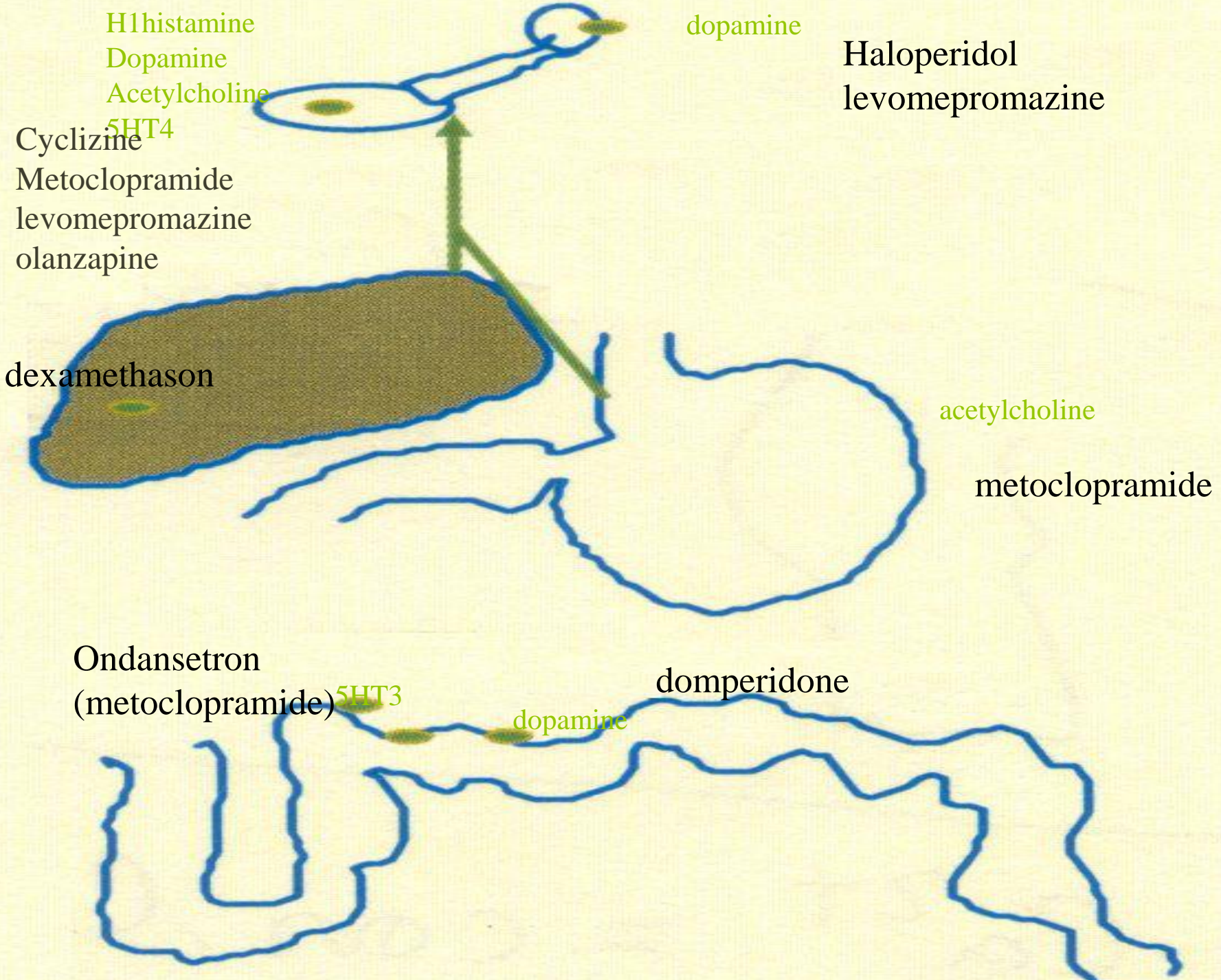
maag

Receptor

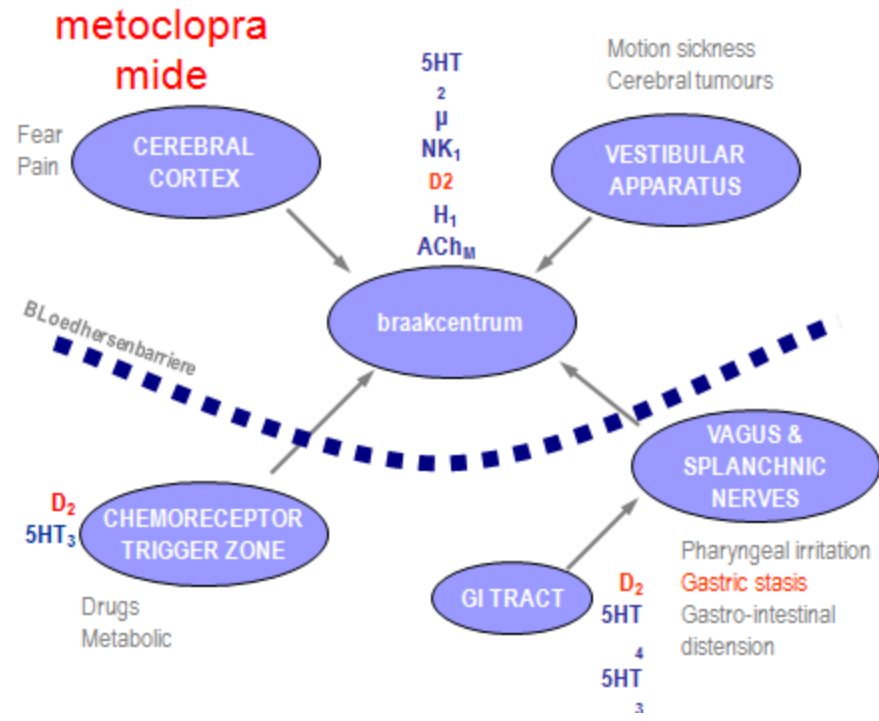
darmen





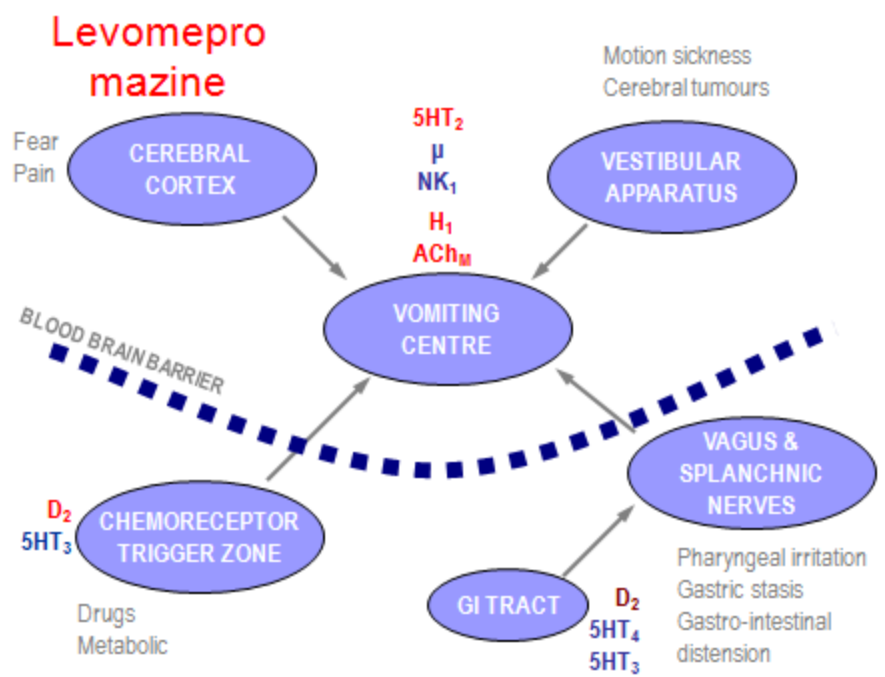






# Overige medicatie bij misselijkheid en braken

- Butylscopolamine (buscopan) 20 tot 60 mg per 24 uur: spasmolytisch maar remt ook darmsapsecretie ( anticholinergisch)
- Octreotide: remt darmsecretie en daardoor verminderen braken. Kan in subcutane pomp
- Levomepromazine 1 ampul op 9 cc water: 3 dd in wangzak of sl



# Misselijkheid als bijwerking

- Denk aan opioidrotatie
- Denk aan hypercalciemie bij botmetastasen
- Dopamineagonisten
- Anticholinergica
- Ps metoclopramide geeft parkinsonisme: oculogyre crise

# nausea

- ⑩ Frisse lucht
- ⑩ Denk aan geuren en misselijkmakende associaties! Hoe ziet aangeboden voeding eruit, kleine porties
- ⑩ Invloed van spanning en angst
- ⑩ Mondverzorging, ananasklontje
- ⑩ Mint, aromatherapie
- ⑩ cola

# De heer D 79 jaar

- Status na onderbeensamputatie bij DM II
- 3 jaar geleden melanoom ontdekt en in toto verwijderd
- Nu metastasering naar dunne darm maar ook peritoneaal waardoor ascites
- Cachectisch misselijk braken, bolle buik en pijn ondanks adequate medicatie, gaat zienderogen achteruit, houdt niets binnen
- Grotendeels bedlegerig, er is thuiszorg
- De man wil geen verdere ingrepen zoals PEG of sonde en ascitespuncties meer

**Wat nu?**

# karnofski

- **90-100** Volledig actief, in staat tot normale activiteit zonder beperkingen
- **70-80** Beperkt in uitvoeren van zware activiteit, maar in staat tot uitvoeren van lichte arbeid
- **50-60** In staat tot verzorging van zichzelf, maar niet in staat tot werken; meer dan 50% van de tijd dat de persoon wakker is, is deze op
- **30-40** In staat tot beperkte verzorging van zichzelf; aan bed of stoel gebonden voor meer dan 50% van de tijd dat de persoon wakker is
- **10-20** Volledig afhankelijk, kan zichzelf niet meer verzorgen; volledig aangewezen op bed of stoel

# Palliatieve sedatie

- het gebruik van hoge doses sedativa in de laatste levensfase van een ernstig zieke patiënt om door diepe sedatie ondraaglijke klachten te bestrijden, die resistent zijn voor andere wijzen van behandeling of waarvoor geen effectieve behandeling meer toepasbaar is.
- Het betreft kwaliteit van sterven



# Palliatieve sedatie

➤ Diep continue

- Levensverwachting kleiner dan 2 weken
- Refractaire symptomen

# Meneer D

- Midazolam te starten met 30 mg per 24 uur in een subcutane pomp, continu
  - Bijgevoegd pijnbestrijding bijv morfine
  - Bijgevoegd een antiemeticum zoals metoclopramide of haloperidol
  - Dosering midazolam opvoeren tot 100 mgr per 24 uur
  - Protocollering!!!!
  - Cave hellend vlak
- 
- Na pauze verder



pauze

Kwartiertje bijkomen

## 2e 5 kwartier

- Palliatieve sedatie ins en outs
- Nog steeds misselijk, overgeven maar nu extra-abdominaal

# Doelen Palliatieve zorg

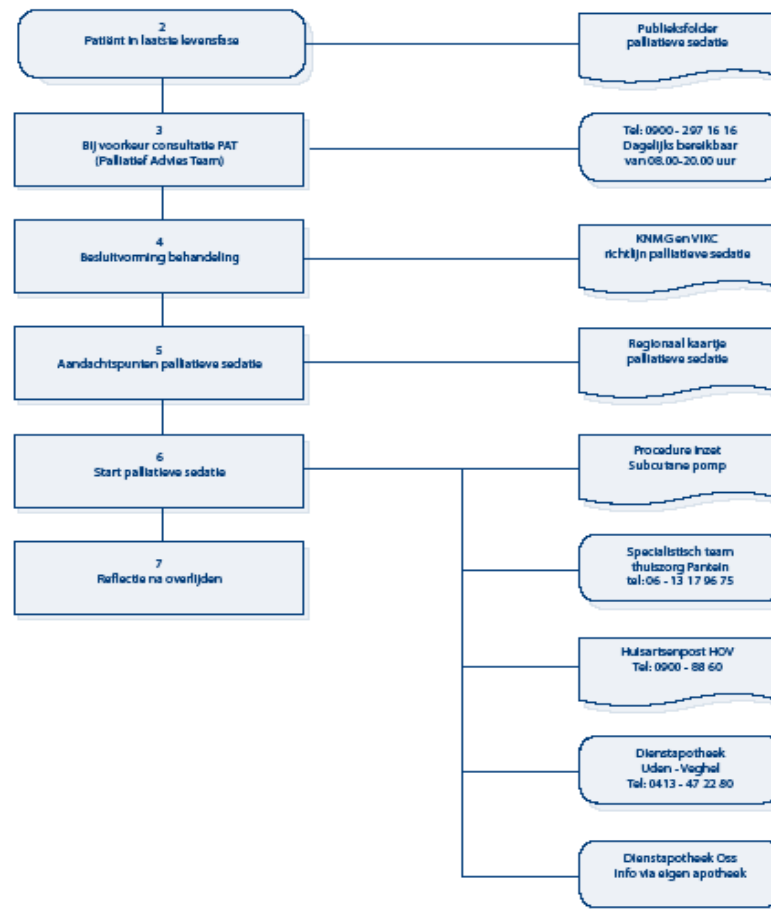
- Vermindering van klachten
  - Fysiek domein
  - Psycho - sociaal domein
  - Zingeving domein
  - Behoud authenticiteit patiënt
  - Behoud fysieke / cognitieve validiteit patiënt
- Verkleinen kans op nieuwe problemen
  - Primaire ziekte
  - Iatrogeen
- Aansturen op een acceptabele dood

# Palliatieve sedatie

- Medische behandeling
- Goed vooraf uitleg
- Proportioneel
- Doel behandeling
  
- Rol verzorgende



## 1 Regionale samenwerkingsafspraken palliatieve sedatie, regio Oss-Uden-Veghel



Voor alle genoemde documenten en aanvullende informatie zie [www.rose-phoenix.nl](http://www.rose-phoenix.nl)

Rijnstraat 4 - 5215 EK 's-Hertogenbosch  
tel: 073 - 613 86 00 - fax: 073 - 613 70 74 - email: [netwerk.pz@rose-phoenix.nl](mailto:netwerk.pz@rose-phoenix.nl)

Dit project is mede mogelijk gemaakt door subsidie van het Integraal Kankercentrum Zuid

# Palliatieve sedatie in context stervende patiënt

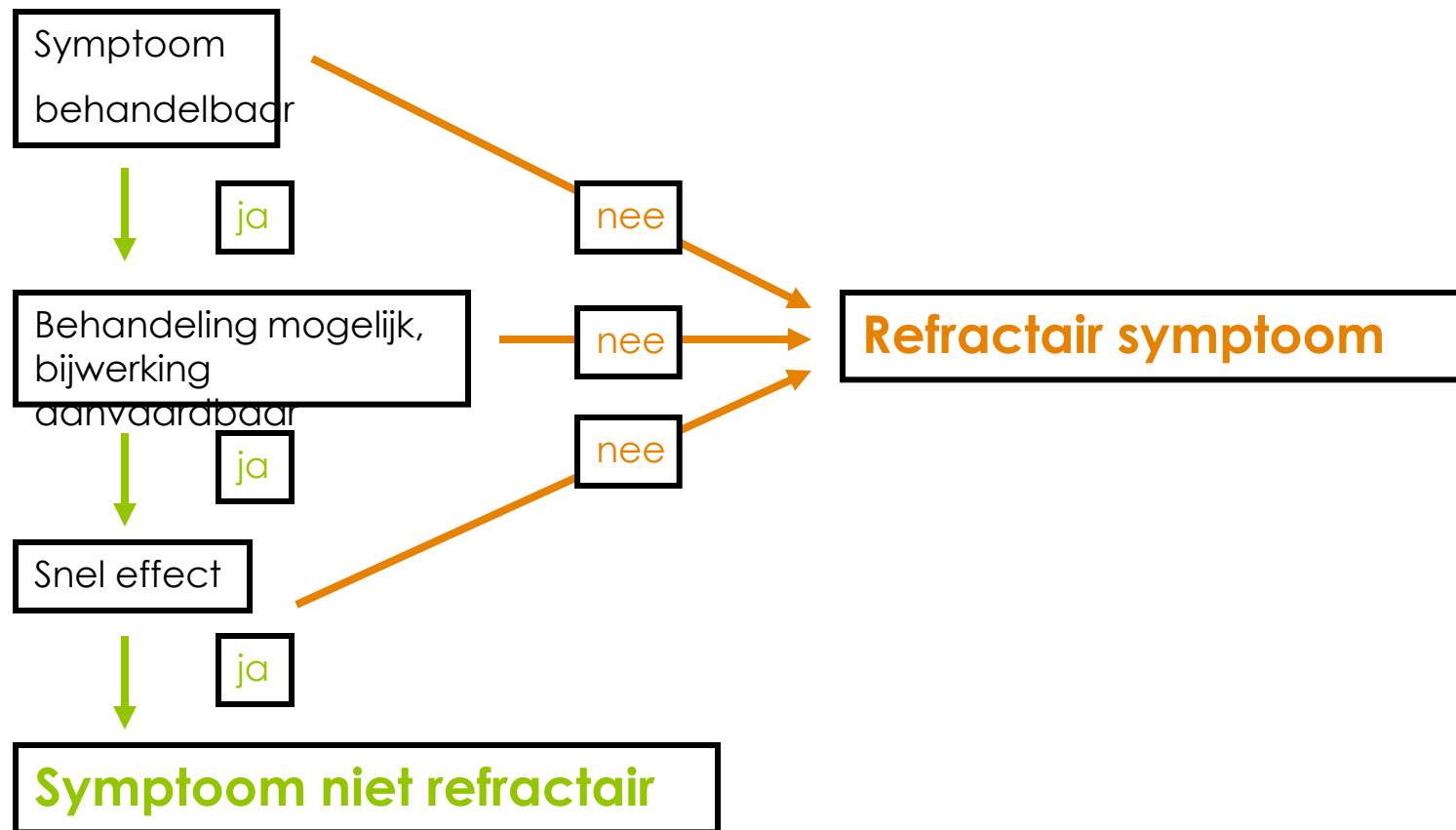
1. Breekpunt van (over) leven naar sterven
    - Vermoeidheid, anorexie, minimale inname vocht etc.
    - Acute complicaties (ileus, verbloeding, pneumonie,..)
  
  2. Breekpunt in lijden
    - Het wordt patiënt teveel
    - De patiënt is niet (meer) zelf in staat dit aan te geven: naasten
- Combinatie van 1 & 2 is nauwelijks problematisch
  - Alleen 1: Potentieel, problematisch
  - Alleen 2: Vaak problematisch



# karnofski

- **90-100** Volledig actief, in staat tot normale activiteit zonder beperkingen
- **70-80** Beperkt in uitvoeren van zware activiteit, maar in staat tot uitvoeren van lichte arbeid
- **50-60** In staat tot verzorging van zichzelf, maar niet in staat tot werken; meer dan 50% van de tijd dat de persoon wakker is, is deze op
- **30-40** In staat tot beperkte verzorging van zichzelf; aan bed of stoel gebonden voor meer dan 50% van de tijd dat de persoon wakker is
- **10-20** Volledig afhankelijk, kan zichzelf niet meer verzorgen; volledig aangewezen op bed of stoel

# Indicatie tot sedatie (eenvoudig model)



# Klacht(en) of problemen

Identificatie, inventarisatie, diagnose, behandeling of evaluatie:  
**Problematisch?**  
**Of beperkte expertise?**

Indicatie ontbreekt  
Of  
Contra-indicaties

Ondraaglijk lijden

Effectief

Bijwerking

Effect voldoende snel?

Alles Ja

Enig maal nee

Refractair symptoom

Prognose < 1-2 weken

Geen contra-indicaties

**Palliatieve sedatie  
aangewezen**  
Diep en continue mogelijk

Palliatie  
Voortzetten  
**Sedatie**  
**Geen**  
**1<sup>e</sup> keuze**

Alleen  
oppervlakkig of  
intermitterend  
mogelijk

Doel  
palliatieve sedatie  
**Comfort!**

Geen anesthesie!!!  
Noch levensbekorting

**Consultatie**  
Expert  
consultteam

# Aanvullingen op begrip refractair

- Combinaties van klachten
- Niet lineaire optelsom
- Combinatie van factoren
  - Patiënt
  - Ziekteproces
  - Familie
  - Opvattingen over goed sterfbed
- **Existentieel lijden** mag aanleiding zijn tot palliatieve sedatie bij **stervende patiënt**.
- Bij langere prognose: alleen licht of intermitterend sederen

# Deskundigheid bij toepassing palliatieve sedatie diep en continu

- Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen
- Professioneel handelen veronderstelt kennis en competentie
- Bij ontbreken of onzekerheid hierover dient de juiste deskundige geconsulteerd te worden
- Dit is norm in al het medisch handelen (vastgelegd in wet BIG)
- Organisatie en uitvoering moet voldoende geregeld kunnen worden
- **Consultatie is dus niet verplicht**, maar volgt uit (gemis aan) ervaring, deskundigheid, bijzondere omstandigheden etc.

Bel gerust eens met

**06-43237150**

- Consultatieteam palliatieve zorg
- Op werkdagen tussen 9 en 17 u

# Proportionaliteit

*doel is verlichting lijden*

- (Mate van lijden bepaalt patiënt)
- (Mogelijkheid van interventies bepaalt arts)
- Mate van symptoomcontrole bepaalt dosering, combinaties en duur van medicatie: **niet diepte van sedatie!**
- Lichte sedatie, korte sedatie, intermitterende sedatie staan naast de mogelijkheid van diep en continue sederen
- Beperken van sedatie, monitoren effect en aanpassen op basis van het beloop is onderdeel van behandeling
- Meten van sedatie diepte dient om intoxicatie te voorkomen
- **Meten van comfort is (nog) niet gestandaardiseerd**
- (palliatieve sedatie in traject van palliatieve zorg)

## sedatie

- **Doel is comfort, sedatie is methode**
- Verloopt alles technisch wel juist
- Wat zit patiënt in de weg
  - Somatisch
  - Onttrekking (medicatie, nicotine)
  - Weerstand
  - Onrustige omgeving
- Wat zit de familie (verpleging) in de weg
  - Interpretatie signalen van de patiënt
  - Burn out
- Bestonden er (relatieve) contra-indicaties
- Heroverweeg of sederen (nog) de juiste keuze is



# Subacute problemen leidend tot ingrijpen einde leven

- Symptoom met VAS score > 4 (?)
- Dyspnoe / verstikking / verbloeding / inklemmen
- Ileus / misselijkheid / braken
- Verwardheid / geagiteerd delier / Angst
- Oncologische wond
- Afname cognitie (coma), neurologische uitval
- Uitputting / burn out / moede- hopeloosheid (ook mantelzorg)
- Alleenstaande patiënt (**2.3 x 10<sup>6</sup> Nederland**)
- Uiteen vallend (botsend) sociaal systeem
- Transfer (ontslag / opname)

# Intermitterende sedatie

- Indicatie
- Hoe praktisch
- Hoe lang
- Wanneer staken
- Wanneer continue sederen

# Oppervlakkige (lichte) sedatie

- Indicatie
- Hoe praktisch
- Hoe lang
- Wanneer staken
- Wanneer continue diep sederen

# Vorbereitung patiënt / omgeving

- Informatie /verwachtingen (hoop-vrees & techniek)
- Blaaskatheter
- Mondverzorging
- Anti-decubitusmaatregelen
- Laxeren
- Nicotinepleister
- Aanwijzen vertegenwoordiger
- Afscheid rituelen
- Rust creëren – slaap mogelijk maken

# Praktische uitvoering/check

- Indicatie stelling en bepaling van de vorm (methode)
- Zijn capabele mensen en technische voorzieningen aanwezig
- Benoemen van het doel van de sedatie
- Bespreking van de beperkingen (complicaties)
- Toestemming patiënt / vertegenwoordiger (acute sedatie?)
- Saneren van de medicatie
- Voorbereiding patiënt
- Keuze en berekening medicatie
- Inductie van de palliatieve sedatie
- Evaluatie (effectiviteit, complicaties, dagelijkse verzorging)
- Nabespreking

# Aanwezigheid arts bij opstarten palliatieve sedatie

- Emotionele gebeurtenis
- Potentieel zijn complicaties mogelijk
- Vaststellen van bereiken van comfort
- Definitief verdelen van taken (monitoring / uitvoering)

## Middelen

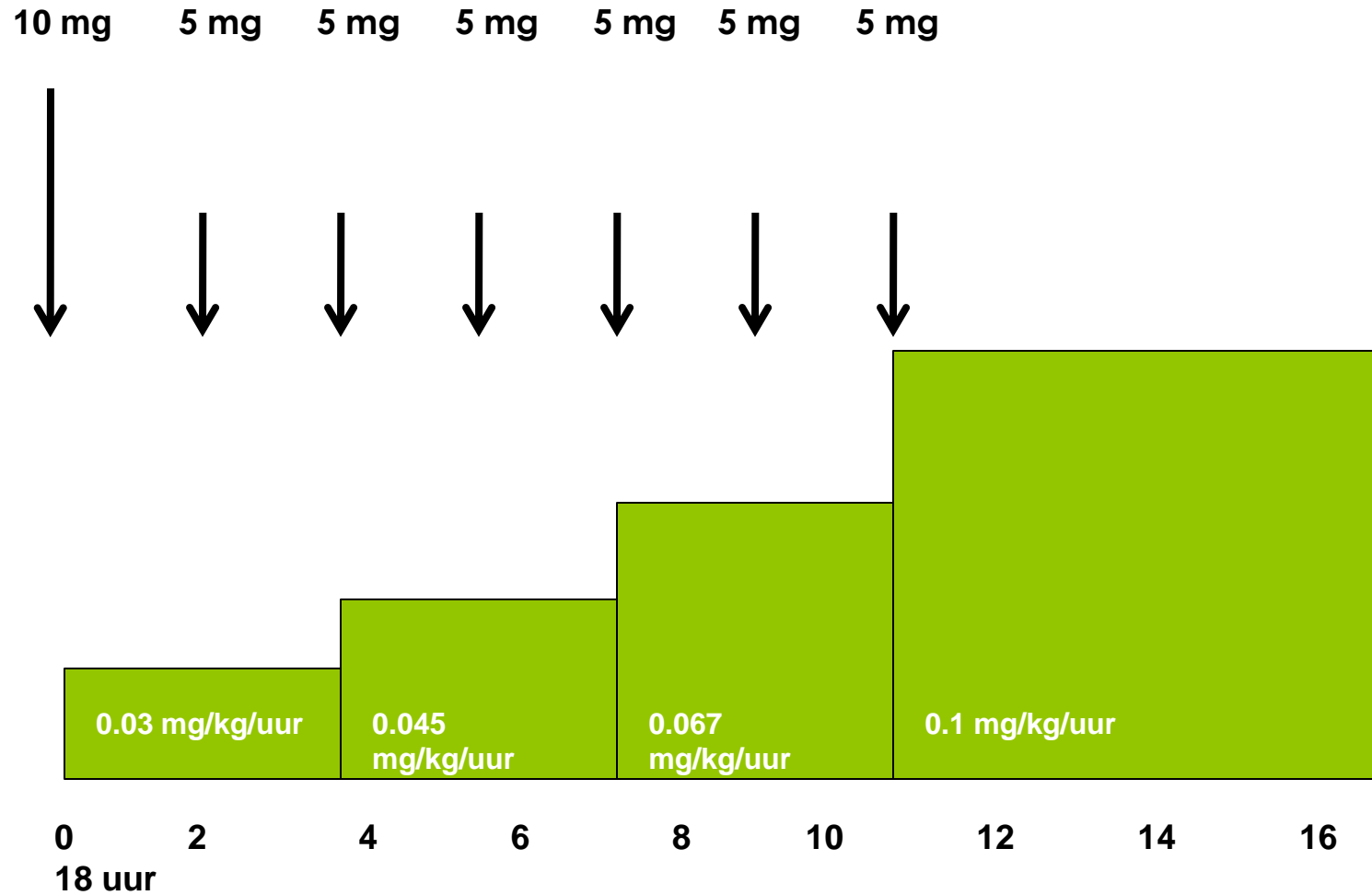
- Midazolam, levomepromazine en propofol zijn middelen voor palliatieve sedatie
- Phenobarbital is bewust uit dit rijtje gelaten
- Morfine alleen als adjuvant middel op gerichte indicatie

# De beperkingen van fenobarbital

- Beschikbaarheid
  - (oplosbaarheid)
  - Titreerbaarheid
- 
- Onderzocht in Zd Limburg



# Snel` inductie en titratieschema midazolam



# uitvoering

- Monitoren
- Wanneer waarschuwen arts
- Uitleg familie
- Mondverzorging
- Lichamelijke verzorging
- Insteekplaats plus pomp



*“Well, it’s not a good sign, that’s for sure ...”*

# Complicaties sedatie

- Onrust / Paradoxe reactie / Resistentie
- Koorts / aspiratie pneumonie / verstikken
- Onzekerheid voldoende pijnstilling (etc.)
- Onttrekking gestaakte medicatie / Insulten
- Coma vigil / fuges / wisselende diepte sedatie
  
- **Lang**: decubitus, cachexie, contractuur, secundair resistent (wakker), burnout familie
- **Terminaal**: grimassen, kreunen, reutelen, cheyne stokes ademhaling

# Aanpassingen van inductieschema

- Risico groepen:
  - Fragiliteit: alles 50% minder
    - > 60 jaar, hypalbuminaemie, lever en nier insufficiëntie, lage bloeddruk, overgewicht
  - Resistent: alles 50% meer
    - Voorbehandeld, (jonge mensen?)

# Beperkingen landelijke richtlijn

- Wetenschappelijke evidentie is beperkt
- Uitwerking van ziekte traject ontbreekt
- Richtlijn is een mix van richtlijn en beperkt uitgewerkt werkplan
- Aanwijzingen voor verpleegkundige blijven summier
- Essentiële besluiten kunnen niet op harde gronden gemaakt worden

# Spectrum van beslissingen in de terminale fase

- Medische heroïek
- Handelen volgens richtlijn
- Niet reanimeer (niet IC) beleid
- Geen nieuwe behandelingen inzetten
- Staken voeding (vocht)
- Staken levensverlengend handelen
- **Sedatie**
- Euthanasie
- Levensbekortend handelen zonder verzoek

Actief



Terughoudend



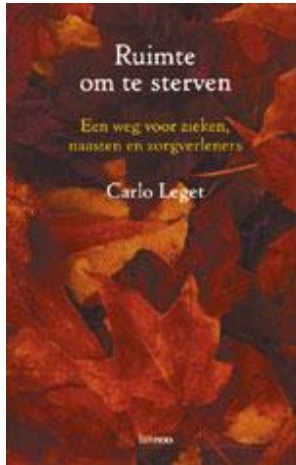
## 2009 Aanvullingen op begrip refractair

- ▣ Combinaties van klachten
- ▣ Niet lineaire optelsom
- ▣ Combinatie van factoren
  - Patiënt
  - Ziekteproces
  - Familie
  - Opvattingen over goed sterfbed
- ▣ **Existentieel lijden** mag aanleiding zijn tot palliatieve sedatie bij **stervende patiënt**.
- ▣ Bij langere prognose: alleen licht of intermitterend sederen



Gedonder in de glazen





# Existentieel lijden

- Domein
- Trage vragen
- Attitude diverse hulpverleners
- Richtlijn



# Een handvat voor onze tijd?



## FOKKE & SUKKE

ZOUDEN ER NORMALITER EEN EUTHANASIJETJE  
VAN GEMAAKT HEBBEN

TIJDSTIP VAN OVER-  
LIJDEN: 16.55 UUR?

WE KUNNEN NET  
ZO GOED NOG EVEN  
DOORGAAN... ER STAAT  
NU TOCH EEN FILE OP  
DE A1.



# palliatieve sedatie versus euthanasie

- Meestal komen de omstandigheden waarin palliatieve sedatie overwogen wordt en euthanasie verzocht niet overeen
- De betreffende einde leven besluiten komen niet overeen
- Indien toch keuzeomstandigheid blijkt te bestaan:
  - Dan is het aan patiënt om deze keuze te maken:
    - Vermindering van lijden door verlaging bewustzijn of:
    - Geen verlaging van bewustzijn en  
moment van sterven zelf kiezen

### Sedatie:

Cliënt wil nog wel leven, maar niet zo en vraagt arts symptoombestrijding

Noodsituatie

Patiënt niet altijd aanspreekbaar

Reversibel

### Euthanasie:

Cliënt wil nu dood en vraagt arts levensbeëindiging

Uitgebreid overleg

Wilsbekwame patiënt

Irreversibel

# Sedatie versus euthanasie

	<b>Continue diepe sedatie</b>	<b>Euthanasie</b>
<b>Medisch handelen</b>	Normaal	Bijzonder
<b>Doel</b>	Lijdensverlichting	Opheffen van lijden
<b>Wijze</b>	Verlaging van bewustzijn	Levensbeëindiging
<b>Toestemming patiënt</b>	Indien mogelijk	Altijd
<b>Consultatie</b>	Nee, tenzij ondeskundig	Verplicht
<b>Medicatie</b>	Midazolam is 1e keus	Barbituraten+spierrelaxantia
<b>Dosering</b>	Titratie op geleide van lijdensverlichting	Snelle overdosering
<b>Verkort leven</b>	Nee	Ja
<b>Melding en toetsing</b>	Nee	Ja
<b>Wettelijke regelgeving</b>	Zoals bij elk medisch handelen (BIG, WGBO)	W v Sr, Euthanasiewet, WOL
<b>Tijdig en open communiceren over (on)mogelijkheden</b>		

Niet dodelijk ziek

Dodelijk ziek

Stervende  
< 1-2 weken

Geen  
ondraaglijk  
lijden

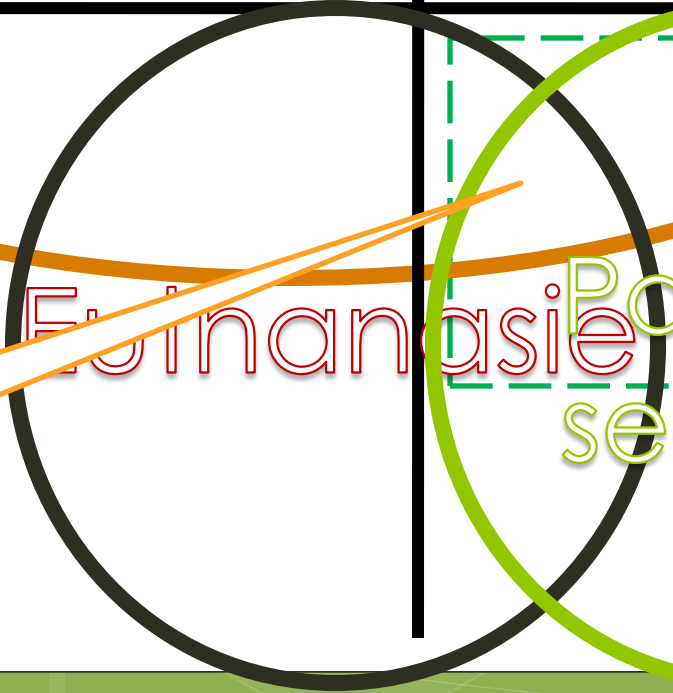
Doodswens

Ondraaglijk  
(verwacht)  
lijden

Euthanasie

Palliatieve  
sedatie

De  
ingewikkelde  
gebieden  
voor  
consultatie



# corticosteroiden

Kunnen jullie nog?



# De heer E.

- 66 jaar
- Vader van 2 dochters, een is arts en hoogzwanger
- Sedert 7 maanden bekend met longkanker, palliatief chemo gehad.
- 9 weken terug misselijk overgeven en hoofdpijn  
welk antiemeticum geeft u en waarom?

# Corticosteroiden...

Want u denkt aan **hersenenmetastasen**

- Wat geeft u?
- Weet u de dosering?

# Meningen verschillen

- Start hoog 1 maal daags in de ochtend bijv 8 of zelfs 16 mg(dreigende inklemming), bij effect na 2 dagen afbouwen naar de laagst werkzame dosering dexamethason
- Afhankelijk prognose: maagbescherming

<b>Geneesmiddel</b>	<b>equivalente dosis</b>
Cortison	25
Hydrocortison	20
Prediso(lo)n	5
Methylprednisolon	4
Dexamethason	0.75

# Helaas hoewel hoofdpijn zakt

- Meneer E manifesteert epilepsie in de weken daarop
- Antiepileptica passeren de revue maar hij breekt er door

# Meneer E

- Beland in een status epilepticus, therapieresistent
- Is soporeus, en met uiteindelijk midazolam is hij comateus met nog enkele geringe trekkingen af en toe
  - iv geeft men nog antiepileptica en dexamethason sc
- Familie is in alle staten en wil die vreselijke aanvallen nooit meer meemaken: dit zou vader nooit hebben gewild
- Dochter oppert: staak de dexamethason: inklemmen en dood?

Beloof  
nooit  
dood!

# Stoppen dexamethason

- De expert's opinion is om dit **niet** te doen, tenzij de patient in coma is. (heer E was in kunstmatig coma!!!)
- De angst om plots te staken na langdurig gebruik bij een bewuste patient is een verergering van symptomen, en mn ook van hoofdpijn en epilepsie
- Als de patient in coma is dan kan staken leiden tot een versneld overlijden tgv inklemming met evt bijdragend hieraan het ontstaan van een bijnierschorsinsufficentie (niet bij dehydratie) echter:
- Ook na staken is het lastig om te voorspellen hoe snel een patient zal overlijden.

# PaTz

Meer weten

Teamwork

Proactief zijn

**Kom 20 februari overmorgen naar de netwerkbijeenkomst**





**Na de dood komt het hiernamaals:  
niets bijzonders,  
behalve dat alles anders is.**

**Voor de dood komt het leven,  
maar niemand weet dat zeker.  
Iedereen heeft zijn ogen dicht,  
houdt zijn adem in:  
het komt, het komt....!**

**Iedereen denkt dat hij al iets hoort.**

**Toon Tellegen: *Als we vlammen waren***