

SYLLABUS SYMPTOOMCONTROLE

INHOUDSOPGAVE

UITGANGSPUNTEN	2
INLEIDING	3
1 PIJN BIJ KANKERPATIËNTEN	4
A Inleiding	4
B Kankergebonden pijn	4
C Therapiegebonden pijn	5
D Medicamenteuze therapie.....	5
E Belangrijkste nevenwerkingen	7
F Invasieve pijntherapie	8
G Radiotherapie	8
H Aandachtspunten bij het gebruik van andere majeure (narcotische) analgetica	8
I Morfinetherapie praktisch.....	9
2 NAUSEA EN BRAKEN	10
3 CONSTIPATIE.....	11
4 OESOFAGITIS-GASTRITIS	11
5 MUCOSALETSELS IN DE MOND.....	12
6 HOESTEN EN DYSPNOE	12
7 TUMORALE ULCERATIES.....	13
8 VERWARDHEID.....	13
9 BLAASPROBLEMEN.....	14
10 DOODSREUTEL	14
11 SAMENVATTENDE TEKST AANGAANDE SYMPTOOMBEHANDELING (MERKNAMEN ALS VOORBEELD).....	14
BIJLAGE 1	20
BIJLAGE 2	21
BIJLAGE 3	22

Verantwoordelijke	Functie	Dienst
<i>Dr Crombez Roger</i>	<i>Arts</i>	<i>Medische Oncologie</i>

UITGANGSPUNTEN

- 1 Een goede symptoomcontrole vergt een multidisciplinaire aanpak met goed omschreven verantwoordelijkheden en een duidelijke leiding van het behandelend team.
- 2 Aan het instellen of veranderen van een behandeling gaat steeds een grondige evaluatie van de patiënt vooraf.
- 3 Elke patiënt vergt een geïndividualiseerde therapie.
- 4 Elke behandeling begint met informatie aan de patiënt over zijn of haar problemen en de behandelingsmogelijkheden hiervoor.
- 5 Ook met de familie worden, met toestemming van de patiënt, de problemen en mogelijkheden van eventuele therapie besproken maar de wensen en het comfort van de patiënt primeren boven de wensen van de familie.
- 6 Goede symptoomcontrole vraagt meer dan alleen maar medicatie. Aandacht voor en opvang van psychische, sociale en spirituele problemen is even belangrijk.
- 7 Continu herevalueren van de toestand van een patiënt, het effect en de bijwerkingen van de therapie is absoluut noodzakelijk.

INLEIDING

Het doel van de palliatieve behandeling (symptoomcontrole) bestaat erin aan de patiënt bij wie de ziekte onomkeerbaar ongunstig verloopt en uiteindelijk tot de dood zal leiden een maximaal comfort te geven op zowel lichamelijk, psychisch als spiritueel vlak.

Hoewel momenteel ongeveer 50% van de kwaadaardige tumoren genezen kan worden, blijft een belangrijk percentage van de kankerpatiënten overlijden aan de gevolgen van deze ziekte.

Bij de meeste van deze patiënten veroorzaakt de evoluerende ziekte belangrijke fysische, sociale en psychische problemen die duidelijk variëren afhankelijk van het type van primaire tumor, het progressiepatroon van de ziekte, de beschikbare behandelingsmodaliteiten, de psyche van de patiënt, de opvang- en begeleidingsmogelijkheden, de sociale toestand enz.

De fysische problemen waarmee kankerpatiënten geconfronteerd worden, zijn zeer divers. Een van de frequentste en meest gevreesde problemen is pijn die voorkomt bij ongeveer 65% van de patiënten met progressieve ziekte. Andere dominerende problemen zijn de progressieve verzwakking en het verlies van fysische en psychosociale autonomie.

Aangezien pijn zowel een frequent voorkomend als een gevreesd probleem is, wordt hieraan in deze tekst de meeste aandacht gegeven. De andere problemen worden dan verder behandeld in iets meer beknopte vorm.

Alle principes van palliatieve therapie (symptoomcontrole) en palliatieve zorg (medisch, verpleegkundig, sociaal, psychologisch, spiritueel) zijn niet alleen belangrijk in de terminale fase van het ziekteproces maar ook al vroeger in het behandelingstraject en dit vanaf de palliatieve fase.

De principes van symptoomcontrole in deze tekst gelden uiteraard niet alleen voor patiënten met terminale kanker maar ook voor patiënten met andere levensbedreigende aandoeningen zoals gevorderde COPD, CHF (hartfalen), gevorderd nierfalen, ALS, ziekte van Parkinson, CVA, MSA, polytraumata ... die nu toch ongeveer 20% van onze palliatieve populatie uitmaken.

1 PIJN BIJ KANKERPATIËNTEN

A Inleiding

65 à 85% van de kankerpatiënten, vooral bij progressieve ziekte of in de preterminale fase, wordt geconfronteerd met dit probleem. Pijn heeft uiteraard meerdere oorzaken en globaal kan men stellen dat pijnklachten veroorzaakt worden door de ziekte zelf bij 70% van de patiënten met pijn, door de behandeling bij 5% en door factoren niet verbonden aan de ziekte of behandeling bij 25%. Hoewel een optimale niet-invasieve pijntherapie succesvol kan zijn bij ongeveer 80 à 90% van deze patiënten ziet men dat dit percentage in realiteit eerder ligt rond de 40 à 50%.

B Kankergebonden pijn

De voornaamste mechanismen hierbij zijn de volgende:

1) Botinvasie: nociceptief-somatisch

Botinvasie vooral door metastasen in het skelet is een van de frequentste problemen waarmee patiënten in de oncologie geconfronteerd worden. Vooral bij patiënten met borst-, prostaat-, nier- of longtumoren vormen deze botmetastasen een belangrijk probleem. Minder frequent zien wij botinvasie door directe tumorale ingroei en dit vooral bij tumoren van het hoofd- en halsgebied en tumoren van de bekkenorganen (cervixcarcinoom, rectumcarcinoom).

2) Zenuwcompressie–plexusinvasie: neuropathisch-somatisch

Deze pathologie geeft aanleiding tot dikwijls zeer uitgesproken pijnproblemen vooral bij directe tumorale ingroei wat vooral gezien wordt bij NKO-tumoren, apicale longtumoren (pancoastsyndroom), maag- en pancreastumoren (plexus coeliacus) en intrapelviene tumoren (plexus presacralis, iliacale zenuwen). Dikwijls gelijklopend met deze problematiek zien we het probleem van wekedeleninvasie (spier, fascia) bij dezelfde groep tumoren en soms ook bij lokaal vergevorderde borstcarcinomen.

3) Orgaanobstructie: nociceptief-visceraal

Deze problematiek doet zich vooral voor als darmobstructie (ovariumcarcinoom, darmtumor) en ureterobstructie (ovariumcarcinoom, lymfoom, blaascarcinoom). Hierbij is pijn echter niet altijd het dominante symptoom maar vinden wij ook frequent braken vooral bij darmobstructie.

4) Hersenoedeem: nociceptief-visceraal

Geeft meestal naast belangrijke hoofdpijnklachten eveneens aanleiding tot neurologische symptomen (parese, verlamming, gedragsverandering) en braken. De belangrijkste onderliggende afwijkingen zijn hier vooral hersenmetastasen (borstcarcinoom, longcarcinoom, melanoom), meningeale metastasen en primaire hersentumoren.

5) Spierspasmen: nociceptief-somatisch

Dit dikwijls zeer pijnlijke probleem is meestal het gevolg van de bedlegerigheid van de patiënt (skeletspiercontracturen) of van tumorale irritatie (spasmen van de gladde spiercellen van o.a. rectum en blaas).

6) Leverkapselpijn: nociceptief-visceraal

Wordt veroorzaakt door volumetoename van het levervolume door levermetastasen, primaire levertumoren, galwegtumoren.

C Therapiegebonden pijn

Dit pijntype ziet men zowel na heekunde (postmastectomie pijn, posthalsdissectie pijn, postthoracotomie pijn) als na radiotherapie (fibrose, zelden necrose) als na chemotherapie (mucosaletsels van mond, keel, slokdarm, maag of darm bij 5-FU, Methotrexaat, Bleomycine, Doxorubicine ...; neuropathieën bij Platinumerivaten, Taxanen, Vinca-alkaloïden ...). Belangrijke pijnklachten kunnen geassocieerd zijn met constipatie (o.a. door morfine) en urinaire retentie (o.a. door morfine en anticholinergica).

Het is daarenboven belangrijk zich te realiseren dat de pijnbeleving ook in belangrijke mate beïnvloed wordt door niet-lichamelijke factoren zoals angst, depressie, vermoeidheid, relationele en financiële problemen. Een goede pijntherapie zal daarom minstens rekening moeten houden met volgende punten:

- 1 type van de pijn
- 2 ernst van de pijn
- 3 actuele medicatie met effect en toxiciteit hiervan
- 4 interfererende factoren vooral van psychische aard
- 5 algemene toestand en prognose van de patiënt.

D Medicamenteuze therapie

1) Volgens de ernst van de pijn

Algemene principes

- Pijn moet voorkomen worden. Wachten met medicatie of andere pijnbehandeling tot de pijn totaal dominerend wordt, is niet aanvaardbaar en onmenselijk. Hieruit volgt ook dat analgetica van het juiste type toegediend moeten worden rekening houdend met de ernst en het type van de pijn en de duur van hun therapeutisch effect. Zo zal men paracetamolpreparaten en snelwerkende morfinepreparaten om de 4 uur moeten toedienen, NSAID-retardpreparaten om de 12 uur en morfine-retardpreparaten eveneens om de 12 uur. Transcutane systemen zoals Matrifen, Durogesic en Transtec worden om de 72 uur vervangen. Alleen op die manier kan men gedurende langere perioden continue pijnstilling bekomen. Voor Transtec wordt door de firma een vast schema voorgesteld waarbij de klever op 2 vaste dagen per week vervangen wordt.
- Bijwerkingen van analgetica moeten worden opgevangen:
 - a. Constipatie (morfine en derivaten): systematisch laxativa bijvoegen.
 - b. Irritatie van maag en slokdarm (NSAID, steroïden): systematisch antacida en/of zuursecretieremmers toevoegen.
 - c. Nausea en braken (morfine en derivaten): anti-emetica bijvoegen.
 - d. Duizeligheid en verwardheid (morfine en morfineanalogen).
- Voor specifieke pijntypes moeten specifieke **co-analgetica** gebruikt worden.
- Pijntherapie moet frequent geherevalueerd en aangepast worden.

- Aggraverende factoren die de pijndrempel verlagen, moeten eveneens behandeld worden. Hieronder vermelden wij vooral angst, slapeloosheid en depressie.

Voorkeursmedicatie

- **Lichte pijn:** Paracetamol (Dafalgan) 4 à 5 x 1 g per dag
- **Matige pijn:**
 - Tramadol (Contramal) tot 400 mg per dag, bij voorkeur retardpreparaat gebruiken
 - MS Contin 2 x 10 à 30 mg per dag
 - Oxycontin of Targinact 2 x 5 à 20 mg per dag
 - Matrifen of Durogesic 12 µg/uur
 - Transtec 17.5 µg/uur
- **Ernstige pijn:**
 - MS Contin
 - Oxycontin of Targinact
 - Matrifen, Durogesic of Transtec
 - Continu morfine of diamorfine sc of iv

! Steeds zorgen voor medicatie bij doorbraakpijn zoals MS Direct, Oxynorm Instant, morfine sc of bijdrukdosissen op een pijnpomp. Men geeft ongeveer per toediening 1/8 tot 1/6 van de dagdosis. Bij onvoldoende pijnstilling wordt de basispijnmedicatie opgedreven met 30% (iv-toediening) tot 50% (po-toediening).

2) Volgens het klinisch type van de pijn

- **Botpijn:**

Combinatie van puur analgeticum met niet-steroïdale anti-inflammatoire medicatie (NSAID) als co-analgeticum. Eventueel ook bisfosfonaten (**Zometa**) of denosumab (**Xgeva**). Indicatie voor radiotherapie of radionucliden evalueren.
- **Zenuwdestructie- of compressiepijn (ook zona):**

Reageert minder goed op de klassieke analgetica.
Bij schietende pijnen starten met anti-epileptica zoals **Tegretol** 3 x 200 mg à 3 x 400 mg per dag, of **Neurontin** 3 x 400 mg à 3 x 1200 mg per dag, of **Lyrica** 2 x 75 mg à 2 x 600 mg per dag.
Bij oppervlakkige brandende pijn starten met **Redomex** 25 mg 's avonds en zo nodig opdrijven naar 50 of 75 mg. Eventueel kan hierbij ook een proeftherapie met steroïden gestart worden. Indicatie voor radiotherapie evalueren bij compressiepijn door tumor.
Eveneens indicatie evalueren voor invasieve technieken via pijnkliniek.
- **Wekedeleninvasie:**

Bij voorkeur combinatie van analgetica met steroïden. Eventueel ook radiotherapie, peridurale medicatietoediening, neurolyse of chordotomie.
- **Hersenoedeem door primaire hersentumor of hersenmetastasen:**

Dit probleem reageert minder goed op analgetica alleen maar wel meestal goed op steroïden. Bij blijvende ernstige pijn kan een analgeticum bijgegeven worden. **Medrol** wordt opgestart aan 32 à 64 mg, **dexamethasone** aan 5 à 10 mg. Bij hersenmetastasen en meningeale metastasen bestaat meestal ook een indicatie voor radiotherapie.

- **Leverkapselpijn:**
In de eerste plaats steroïden zoals bij hersenoedeem.
- **Spierspasmen:**
 - **Skeletspieren:** analgetica samen met een relaxerend product zoals **Valium** 5 à 20 mg 's avonds of **Lioresal** 3 x 5 mg à 3 x 25 mg per dag.
 - **Gladde spieren (tenesmen):** analgetica samen met **Buscopan** dragee van 10 of 20 mg, amp van 20 mg iv of sc of suppo van 10 mg of **Largactil**, enkel in suppo van 100 mg bij voorkeur 's avonds.

E Belangrijkste nevenwerkingen

1) Paracetamol

In de normale doseringen nagenoeg geen problemen. Het product kan wel bij hogere dosissen (boven de 6 g per dag) leverbeschadiging veroorzaken (antidotum: **Lysomucil**).

2) NSAID

- Irritatie van het gastro-oesofageale slijmvlies.
- Vochttretentie en nierfunctiedaling.
- Allergische reacties.
- Interferentie met andere medicatie door invloed op de eiwitbinding of nierfunctie.

3) Morfine en afgeleiden (oxycodone, fentanyl), tramadol, buprenorfine

- **Constipatie:**
Bij een morfinetherapie moet altijd een laxans bijgegeven worden, bv. **Movicol** of **Forlax** zakjes en/of **Dulcolax** dragees of **Laxoberon** druppels. In de mate van het mogelijke moet uiteraard eveneens gezorgd worden voor een voldoende vezelrijke voeding en voldoende vochtinname. Specifiek tegen deze nevenwerking kan bij falen van de klassieke laxativa gebruik gemaakt worden van **Relistor (methylnaltrexone)** dat om de 2 dagen subcutaan toegediend wordt in een dosis aangepast aan het lichaamsgewicht.
- **Draaierigheid:**
Treedt meestal op bij het begin van de therapie en verdwijnt meestal spontaan na enkele dagen. Bij belangrijke of blijvende klachten wordt Morfine geassocieerd met **Haldol** 0.5 à 2 mg 2 x per dag.
- **Nausea en braken:**
Wij zien dit bij 25 à 30% van de patiënten. Toevoegen van anti-emetische medicatie is dan nodig (**Primperan** 4 à 6 x 10 mg, **Litican** 4 à 6 x 50 mg of **Haldol** 0.5 à 2 mg).
- **Urinaire retentie met globus:**
Meestal moet hier in eerste instantie gesondeerd worden. Eventueel aanvullen met een product op basis van tamsulosine (**Omic**) of solifenacine (**Vesicare**).
- **Ademhalingsdepressie:**
Zelden een ongewenst probleem, wordt vooral gezien bij snel verhogen van de morfinedosis.

- **Verslaving:**
Dit is bij kankerpatiënten met ernstige pijn bijna nooit een probleem.
- **Allergische reacties:**
Zeer zeldzaam, bijgeven van antihistaminica en bij onvoldoende resultaat overschakelen op een ander pijnstillend preparaat. Bij transcutane systemen ziet men zowel toxische als allergische reacties.

F Invasieve pijntherapie

Met een goed gestructureerde pijntherapie wordt ongeveer 80 à 90% van de patiënten pijnvrij. De indicatie voor invasieve pijntherapie wordt in deze patiëntengroep zeer selectief gesteld en behoort tot het specialistisch domein van de anesthesist of neurochirurg.

- 1 Neurolyse: o.a. blok op de intercostale zenuwen bij thoracale wandpijn.
- 2 Plexusblok: o.a. plexus coeliacus bij pancreas- en maagcarcinoom.
- 3 Lage epidurale blok: o.a. bij perineale en pelviene pijn.
- 4 Chordotomie: o.a. bij lage unilaterale pijn.
- 5 Intrathecale analgetica met continue toediening via pomp: toediening van de pijnmedicatie (Alfentanyl, Carfentanyl). Er bestaat ook bij intrathecale therapie een grotere breedte tussen werking en bijwerking van de medicatie.

G Radiotherapie

Radiotherapie is een zeer effectief analgeticum bij vooral botpijnen, wekedeleninvasie en hersenmetastasen. Het nadeel hiervan is dat voor de radiotherapie de patiënt verplaatst moet worden en niet elk ziekenhuis over een radiotherapieafdeling beschikt. Men heeft momenteel echter ook de mogelijkheid tot het intraveneus toedienen van de radioactieve preparaten, zoals **Quadramet (samarium) of Metastron (strontium)**, wat bij osteoblastische botmetastasen vooral van borst- en prostaatcarcinoom een vergelijkbaar en analgetisch effect sorteert als de percutane radiotherapie. **Xofigo (radium 223)** wordt enkel bij botgemetastaseerd prostaatcarcinoom gebruikt. Voor goed te lokaliseren pijnen geniet de percutane radiotherapie echter de voorkeur. Ten slotte vermelden wij ook dat de pijn bij botmetastasen dikwijls goed reageert op het intermitterend toedienen van **bisfosfonaten zoals Zometa of denosumab (Xgeva)**. Een goed analgetisch effect ziet men echter pas na meerdere dagen of weken. **Bondronat (ibandronaat)** kan sneller pijnstilling geven indien toegediend in hoge dosis: 6 mg per dag gedurende 3 opeenvolgende dagen.

H Aandachtspunten bij het gebruik van andere majeure (narcotische) analgetica

1) Valtran

Dit is een goed analgeticum maar de dosis ervan kan niet continu opgedreven worden gezien de progressief toenemende Naloxonspiegels in het bloed. Het is goed bruikbaar bij matig ernstige tot ernstige pijnen vooral als de meestal erg gewaardeerde druppelvorm. Het is niet bruikbaar om toe te voegen aan een reeds ingestelde morfinetherapie. Het geeft ook vrij frequent vertigo, nausea en hallucinaties.

2) Temgesic

Krachtig analgeticum maar met een duidelijk plafondeffect qua analgesie bij ongeveer 2 mg per dag. Verder opdrijven van de dosis verhoogt niet meer het analgetisch effect. Voordeel van het preparaat is de eenvoudig sublinguale toediening wat bij patiënten die niet kunnen slikken zeker een voordeel biedt. Het mag nooit toegevoegd worden aan een therapie met morfine of morfinomimetica (partiële agonist). Het product bestaat ook in de vorm van een matrix-pleister gedoseerd aan 35, 52.5 of 70 µg per uur (**Transtec**).

3) Fortal

Af te raden preparaat wegens enerzijds vrij belangrijke bijwerkingen (nausea, vertigo, braken, hallucinaties) en anderzijds een analgetisch plafondeffect. Nooit combineren met morfine of morfinomimetica gezien het partieel antagonistisch effect.

I Morfinetherapie praktisch

1) Indicaties (samen met specifieke co-analgetica)

- Botpijn: **Morfine + NSAID**
- Tenesmen: **Morfine + Largactil of Buscopan**
- Decubitus: **Morfine +** eventueel samen met lokale **morfinespray 5 à 10%**
- Spierspasmen: **Morfine + Valium of Lioresal**
- Neuralgische pijn: **Morfine + Redomex, Tegretol, Neurontin, Lyrica of Ketalar**
- Intracranieële overdruk: **Morfine + Medrol of dexamethasone**
- Leverkapselpijn: **Morfine + Medrol of dexamethasone**

2) Perorale therapie

MS Contin starten met 10 à 30 mg om de 12 uur of **Oxycontin/Targinact** 5 à 20 mg om de 12 uur. Eventueel kan gebruik gemaakt worden van een magistraal bereide morfinesiroop. Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van één standaardoplossing morfine, nl. **Morfine HCL 1500 mg, oranjebloesemwater 100 ml, aqua ad 300 ml**. Dan bevat 1 ml van de oplossing 5 mg morfine. De startdosis bedraagt 10 à 30 mg om de 4 uur (2 à 6 ml oplossing).

3) Toedienen van morfine of diamorfine via continue subcutane toediening met spuitpomp

Omrekeningsfactoren:

morfine per os = 1
morfine subcutaan = 2
morfine intraveneus = 3
morfine periduraal = 8

Voor omrekening tussen morfine, diamorfine, oxycodone of hydromorfone gelden volgende verhoudingen:

morfine = 1, diamorfine = 1.5, oxycodone = 1.5, hydromorfone = 6

Praktisch voorbeeld:

MP DAILY syringe driver met Luer-Lock spuit van 20 ml.

Diamorfine 300 mg opgelost in 16.7 ml fysiologische oplossing of glucose 5% in een spuit van 20 ml = spuitlengte van 60 mm.

Per mm spuitlengte komt dit dus overeen met 5 mg diamorfine. De spuitpomp wordt geregeld in mm/24 uur.

Ook andere concentraties diamorfine en hydromorfone in de spuit zijn mogelijk.

De analgetica type **morfine of diamorfine** kunnen in de spuitpomp gemengd worden met o.a. **Litican, Haldol, Dormicum, Buscopan, Zantac en Ketalar**. **Dexamethasone** is zeer alkalisch en zal dikwijls precipiteren.

2 NAUSEA EN BRAKEN

Deze problemen die voorkomen bij ongeveer 45% van de preterminale patiënten worden vooral veroorzaakt door:

- **Tumor**afhankelijk: levermetastasen, hersenmetastasen, meningeale metastasen, mechanische obstructie van de gastro-intestinale of urogenitale tractus.
Als palliatieve therapie ziet men heel goede resultaten met anti-oedeemtherapie door **Medrol of dexamethasone**, vooral bij lever- en hersenmetastasen.
- **Therapie**afhankelijk: geneesmiddelen zoals morfine, digoxine, theofylline, gastro-intestinale obstructie door briden na heelkunde, fibrose na radiotherapie, gastritis door NSAID's.
- **Metabool**: hypercalciëmie (vooral bij borstcarcinoom, bronchuscarcinoom, myeloom), hyponatriëmie (dilutie, SIADH), uremie, belangrijke constipatie.
Metabole afwijkingen in de zin van hyponatriëmie, hypercalciëmie worden meestal vlot gecorrigeerd (vooral toedienen van vocht en **Zometa, Xgeva of Bondronat** bij hypercalciëmie), maar deze verschijnselen zijn toch meestal het gevolg van een gevorderde ziekte.
- **Mechanische obstructie van de darm**.

Causale therapie in de zin van derivatieve heelkunde moet bij deze preterminale patiënten alleen na grondige evaluatie en bespreking overwogen worden, rekening houdend met de belasting van de therapie, het te verwachten resultaat en de levensverwachting van de patiënt. Deze therapie geeft de beste resultaten bij goed te lokaliseren obstructies, maar geeft dikwijls teleurstellende resultaten bij obstructie door bv. ovariumcarcinoom waar de gastro-intestinale tractus meestal op meerdere niveaus onderbroken is en er ook een bijkomende neurogene factor een rol speelt.

Indien een causale therapie niet mogelijk is of niet gewenst is of eventueel dan als adjuvans bij een causale therapie staan uiteraard verschillende anti-emetica ter beschikking waarbij bv. **Primperan, Haldol en Largactil** tot de meest effectieve behoren. Met nieuwere producten zoals **Zofran, Novaban, Kytril, Emend of Aloxi** heeft men in deze context nog minder ervaring. Bijwerkingen van de klassieke anti-emetica zijn vooral extrapiramidale stoornissen, waarvoor eventueel antiparkinsonmiddelen (bv. **Tremblex of Akineton**) en soms sedatie (vooral bij **Largactil**) gegeven kan worden.

Daarenboven heeft men in een aantal specifieke indicaties ook de mogelijkheid om de gastro-intestinale secreties te remmen d.m.v. **Sandostatine** (octreotide) in snelwerkende vorm of retardvorm. Dit product is dikwijls zeer effectief in de kortetermijnpalliatie van braken door darmobstructie.

In hetzelfde kader valt ook de behandeling van hik (vooral door diafragma-irritatie) met dezelfde medicatie. Standaardbehandeling voor dit probleem is **Lioresal** 5 à 25 mg 3 x per dag. Ook **Largactil** (sederend) en **Haldol** (minder sederend) hebben hier een goede reputatie. Een aantal ervaringen geven ook aan dat het gebruik van **Acupan** 10 mg subcutaan een effectief middel is bij de behandeling van resistente hik.

3 CONSTIPATIE

De frequentie van voorkomen van dit probleem ligt meestal hoger dan de frequentie van nausea en braken. Constipatie is dikwijls een miskend probleem omdat er initieel meestal weinig symptomen aanwezig zijn. Bij terminale of preterminale patiënten kan de constipatie aanleiding geven tot algemeen onwelzijn, buikpijn, nausea, uitgesproken onrust, mictieproblemen (door druk op de blaas), anorexie, braken en overloopdiarree.

Als meest frequente oorzaken noteren wij:

- **Medicatie** zoals morfine en derivaten (morfine>fentanyl>tramadol), spasmolytica, Vinca-alkaloïden (Oncovin), antacida (Aluminiumzouten), antidepressiva, fenothiazine neuroleptica, setron-anti-emetica (Zofran, Kytril, Novaban, Emend, Aloxi).
- **Metabole problemen** zoals dehydratatie, hypercalciëmie, hypokaliëmie.
- **Mechanische obstructie** door tumorinvasie, vergroeiingen na operatie.

Preventie van dit probleem door opdrijven van vochtinname, een restenrijk dieet en beweging is bij deze patiëntengroep meestal niet haalbaar zodat men nagenoeg altijd gebruik zal moeten maken van laxativa. Deze medicatie geeft vooral goed resultaat na ledigen van het rectum (fecale impactie) d.m.v. lavementen, suppositoria of d.m.v. manuele faecesverwijdering. Een lavement met **200 ml vloeibare glycerine**, gemengd met lauw water, kan heel dikwijls rectale impactie oplossen op een voor de patiënt zeer draaglijke manier. Uiteraard kan ook via perorale weg drastisch ingegrepen worden en dit kan o.a. door het toedienen van **Fleet Phospho-Soda**, **Magnesiumsulfaat 8 g** of een hoge dosis **Movicol** (4 à 8 zakjes of equivalent over 12 uur).

Ook bij klachten van diarree, wat een niet zo frequent symptoom is bij preterminale patiënten, moet steeds gedacht worden aan een frequente oorzaak hiervan, nl. overloopdiarree door faecalomen. Hier zijn vooral lokale middelen zoals manuele verwijdering van faecalomen, lavementen en suppo's van belang. Bij belangrijke diarree vooral door hypersecreterende tumoren kan een proefbehandeling met **Sandostatine** (octreotide) nuttig zijn.

4 OESOFAGITIS-GASTRITIS

Pijn t.h.v. de slokdarm en maag met eventueel bijkomende voedingsproblemen is een frequente bijwerking van de **NSAID** en is daarenboven niet zelden een beperkende factor bij het gebruik van deze medicatie.

Oesofagitis (slokdarmontsteking) is echter ook soms het gevolg van refluxbevorderende medicatie zoals **anti-cholinergica**, **calciumblokkers** en **theofylline**. Oesofagitis (slokdarmontsteking) na radiotherapie of chemotherapie wordt in deze patiëntengroep minder frequent gezien.

Bij preterminale patiënten vindt men daarenboven dikwijls een surinfectie van de slokdarm met **Candida species** wat vooral voorkomt bij steroid gebruik (bv. **Medrol, dexamethasone**) of bij diabetici. Een effectieve behandeling van deze klachten moet dan zowel gericht zijn tegen de hyperaciditeit, tegen de eventuele reflux als tegen de Candida infectie. De medicamenteuze behandeling bestaat dan inderdaad uit zuursecretieremming (bv. **Pantoprazole of Omeprazole**), bescherming van het maag- en slokdarmslijmvlies (bv. **Maalox**), het verminderen van de reflux (plat liggen vermijden, gastrokinetica bv. **Motilium**) en ten slotte het bestrijden van de Candida surinfectie door antimycotica (bv. **Diflucan**).

5 MUCOSALETSELS IN DE MOND

Lokale problemen t.h.v. de mond en het mondslijmvlies beïnvloeden in zeer belangrijke mate het comfort van de patiënt. Deze mondproblemen doen zich vooral voor in 2 vormen: droge mond en ontsteking van mondslijmvlies en tandvlees.

- **Droge mond:**

Is het belangrijkste symptoom van dehydratatie en dikwijls de belangrijkste oorzaak van dorst. Een goed en frequent mondtoilet met vochtig houden van de lippen geeft meer comfort dan rehydratatie. Naast dehydratatie zien we droge mond ook na radiotherapie op het mondgebied (vooral functieremming van de parotisklier), als bijwerking van meerdere medicaties (**spasmolytica, antidepressiva, morfine-analgetica**) en ook bij mondademen. Metabole afwijkingen zoals hyperglycemie (steroiden, Sandostatine) en hypercalciëmie mag men hier niet over het hoofd zien. Minder frequent liggen deficiënties (zink, vit. B12, Fe, vit. C) aan de basis van dit probleem.

Een proeftherapie met zure snoep, vitamine C-tabletten of **Pilocarpine** 5 mg 3 x per dag is zeker het proberen waard bij patiënten met resistente monddroogte en normaal functionerende speekselklieren. De Pilocarpine therapie kan echter wel aanleiding geven tot darmkrampen en diarree. Naast het bevochtigen van het mondslijmvlies kan ook gebruik gemaakt worden van kunstspeeksel zoals **Artisial of Glandosane**. Een orale gel zoals **Oral Balance of Biotene** kan ook heel goed helpen.

- **Slijmvliesletsels t.h.v. de mond:**

Ziet men minder frequent in de preterminale fase en zijn eerder relatief acute complicaties van radiotherapie en chemotherapie (**Bleomycine, Methotrexaat, 5-FU, Xeloda, Caelyx**). Bij preterminale patiënten moet men steeds bedacht zijn op een Herpes Simplex of **Herpes Zoster infectie** van het mondslijmvlies en zeker niet te vergeten ook op **Candida infecties** zowel in atrofische als ulcererende vorm. Afteuze letsels komen ook bij deze patiënten frequenter voor en hier vindt men ook het specifieke syndroom van **ANUG** (Acute Necrotiserende Ulceratieve Gingivostomatitis). Globaal bestaat de therapie hoofdzakelijk uit een goed en frequent mondtoilet met mondspoeling (bv. **Perio-Aid, Dentio**), bevochtigen van de mond (gemalen ijs, lemon swabs, **Oral Balance of Biotene** orale gel) samen met protectie van de lippen tegen uitdrogen (boorvaseline, boraxglycerine). Candida surinfectie wordt bestreden, zowel lokaal (bv. **Nystatine** druppels) als algemeen (bv. **Diflucan**). Herpetische infecties zijn een indicatie voor het gebruik van **Zovirax** en pijnstilling. Bij gelocaliseerde mucosa-ulceratie kan ook bestraling met Low Level Infrared Laser zeer snel heel effectief zijn.

6 HOESTEN EN DYSPNOE

Dyspnoe, soms samengaand met paniek en verstikkingsgevoel, zien we vooral bij bronchustumoren, lymfangitis carcinomatosa (borstcarcinoom, lymfoom, bronchuscarcinoom), pleura- en pericardexsudaten (borstcarcinoom, longtumoren, lymfoom) en infecties.

Symptomatische behandeling van hoest berust op het toedienen van **antitussiva** (bv. **Dextromethorfan**), **steroiden** bij lymfangitis carcinomatosa van de long en **antibiotica** bij infectie. In zeer specifieke indicaties kunnen lokale behandelingen zoals endobronchiale lasertherapie, endobronchiale radiotherapie of intrabronchiale stent belangrijke tijdelijke palliatie geven. In vele situaties zal echter het toedienen van **morfine** de belangrijkste palliatieve maatregel vormen. Bij persisterende ernstige dyspnoe kan een proefbehandeling gegeven worden met **Paroxetine (Seroxat)**, **Gabapentine (Neurontin)** of **Pregabalin (Lyrica)** of aerosol met **Lidocaïne 2% plus Salbutamol 0.5%**.

7 TUMORALE ULCERATIES

Door verbetering van de lokale therapeutische mogelijkheden worden tumorale ulceraties nu veel minder gezien dan vroeger. Deze afwijkingen zijn niet alleen dysfigurerend maar stoten zowel de patiënt als omgeving af door de necrose, het bloedverlies en de surinfectie met sterke geurverspreiding (anaerobe kiemen). Wij zien deze ulceraties vooral bij borstcarcinomen, ORL-tumoren en tumoren in de gynaecologische sfeer (vagina, vulva, cervix). Causale therapie in de vorm van heelkunde en radiotherapie is hier meestal niet meer mogelijk en de lokale verzorging bestaand uit anti-infectieuze behandeling en een bloedstelpende behandeling neemt hier een primordiale plaats in. Lokale anti-infectieuze therapie gebeurt bv. met **Iso-Betadine** oplossing, tulle of gel, **Chloramine** oplossing of **chloorhexidine 0.05% oplossing in water**. Debrideren kan chemisch met **Iruxol Mono**. Bij sterk riekende ulceraties, vooral door besmetting met anaeroben, is peroraal of parenteraal **Flagyl** of **Dalacin** een effectieve behandeling. **Metronidazole** kan ook lokaal aangebracht worden in de wonde in de vorm van **Rozex** gel of als magistrale bereiding metronidazole in K-Y Jelly. Diffuse capillaire bloedingen zijn meestal goed te controleren d.m.v. kompressen gedrenkt in **Epinefrine** (adrenaline) oplossing 1/1000 en systemisch **Exacyl**. Eventueel kan gebruik gemaakt worden van morfineoplossing in water als spray om lokale pijnstilling te bekomen. Deze morfineoplossing wordt gedoseerd à rato van 10 mg per ml (1%).

8 VERWARDHEID

Verwardheid, gedaald bewustzijn, desoriëntatie en inadequaat gedrag bemoeilijken in belangrijke mate het contact tussen de patiënt en zijn omgeving. Multipelen oorzaken liggen aan de basis van dit probleem. Naast metabole afwijkingen zoals **hypercalciëmie**, **uremie**, **leverfalen**, **hyperglycemie**, **hypoglycemie** en **hyponatriëmie** vermelden wij ook **dehydratie**, **centrale hypoxie** (door anemie, longproblemen, onvoldoende zuurstofopname) en **hersensmetastasen** als oorzaak. Meerdere medicamenten geven ook aanleiding tot verwardheid. Hier noemen we vooral **morfine** (vooral bij het begin van de behandeling of bij snel opdrijven van de dosis), **steroiden** (vooral bij hogere dosis) en ook andere analgetica zoals **Fortal** en **Temgesic**. Ten slotte moet er steeds aan gedacht worden dat ook **koorts** een belangrijke uitlokkende factor kan zijn samen met een te hoge omgevingstemperatuur.

Bij sterk gesedeerde patiënten of stuporeuze patiënten is soms een uitgesproken onrust aanwezig die moeilijk te verklaren is en dikwijls gelijkgesteld wordt met verwardheid. Nochtans berust het symptoom soms op eenvoudig op te lossen oorzaken zoals: lawaaiige of **te warme omgeving** en zeker niet te vergeten **droge mond en keel**, **urinaire retentie met eventueel infectie** en **constipatie met rectumdistentie**. Therapeutische mogelijkheden bestaan uit: zorgen voor een rustige niet te warme en goed geventileerde kamer, aandacht voor mondtoilet, urineretentie en constipatie. Oorzakelijke medicatie wordt best vervangen door producten die minder aanleiding geven tot verwardheid. Medicamenteus kan men hier gebruik maken van sedativa zoals **Temesta** en **Dormicum** of neuroleptica zoals **Haldol**. Voor duidelijk aan te wijzen etiologieën zoals metabole afwijkingen of hersensmetastasen bestaan specifieke behandelingen.

Niet zelden zien we bij terminale patiënten ook delirante beelden met onrust, agressie en paranoia. Een dergelijk delier berust op meerdere factoren (metabool, medicamenteus ...) en dient heel kortdurend behandeld te worden door toediening van neuroleptica, bij voorkeur **Haldol** in voldoende hoge dosis: 5 à 20 mg per dag. Het optreden van een dergelijk delier is dikwijls een slecht prognostisch teken.

9 BLAASPROBLEMEN

Hierbij onderscheiden we meerdere specifieke entiteiten:

- **Blaasontsteking**, bacterieel of toxisch:
cystitis is meestal bacterieel (urinekwec), soms chemisch of fysisch (Cyclofosfamide, Ifosfamide, BCG, Oncotyce of radiotherapie) en is meestal op te vangen met urinaire antiseptica (bv. **Tavanic**, **Zoroxin** of **Monuril**) en voldoende diurese.
- **Instabiele blaas** met pollakisurie en incontinentie:
reageert meestal goed op bv. **Redomex** of **Ditropan**.
- **Blaasretentie** met pijn door overvulling en met overloopincontinentie:
is meestal een indicatie voor sonderen of het plaatsen van een suprapubische sonde, eventueel associëren met producten zoals **Omic** of **Vesicare**.
- **Blaasspasmen** met continue mictiedrang:
worden behandeld met spasmolytica zoals **Buscopan**, **Vesicare** of NSAID zoals **Feldene** **Liotab**.

Steeds moet er aan gedacht worden dat belangrijke overvulling van het rectum ook compressie van de blaas veroorzaakt met persisterende mictiedrang.

10 DOODSREUTEL

Reutelende ademhaling (vooral bij terminale patiënten) wordt veroorzaakt door: onvoldoende mogelijkheid tot ophoesten van sputa, longoedeem, stase van secreties door lang neerliggen en hypoventilatie, infectie en secretiebevorderende medicatie. Verslapping van mondbodem- en tongspieren kan aanleiding geven tot een hooggelokaliseerde reutel. Dit symptoom is vooral stresserend voor de familie en de bezoekers van de patiënt. Een effectieve behandeling van deze doodsreutel bestaat in het subcutaan toedienen van **Atropine**, **scopolamine** of **Robinul**, best te starten bij de eerste vaststelling van de reutel. Soms is beperkt aspireren bij het begin van de medicamenteuze behandeling nuttig. Bij vochtovervulling kan het toedienen van een diureticum nuttig zijn.

11 SAMENVATTENDE TEKST AANGAANDE SYMPTOOMBEHANDELING (MERKNAMEN ALS VOORBEELD)

1) Pijn

– Algemeen:

- Dafalgan: 1 g om de 4 uur, maximale dosis 6 g per 24 uur
- Contramal Retard: 100 à 200 mg 2 x per dag + reservemedicatie tegen doorbraakpijn
- Oxycontin: vanaf 5 mg 2 x per dag + Oxynorm tegen doorbraakpijn
- Durogesic transcutane pleisters: best de pleister opstarten aan 12 µg/uur + reservemedicatie tegen doorbraakpijn
- Transtec transcutane pleister: best de pleister opstarten aan 17.5 µg/uur + reservemedicatie tegen doorbraakpijn

- **Botpijn:**
 - Voltaren Retard: 75 mg om de 12 uur
 - Naprosyne: 250 à 500 mg om de 12 uur
 - Feldene: 20 mg om de 24 uur
 - + Volgens noodzaak algemene analgetica
 - Bisfosfonaten of denosumab eventueel opstarten
- **Neuralgische pijn:**
 - Tegretol: 200 mg om de 8 uur (opstijgende dosis)
 - Neurontin: 3 x 400 à 3 x 1200 mg per dag
 - Redomex: 25-75 mg 's avonds
 - + Volgens noodzaak Medrol 16 à 32 mg per dag of dexamethasone 5 à 10 mg per dag
 - + Volgens noodzaak algemene analgetica
 - Lyrica opstarten aan 75 mg 's avonds, progressief opdrijven in 2 doses per dag
- **Wekedeleninvasie:**
 - Medrol: 32 à 96 mg om de 24 uur
 - Dexamethasone: 10 à 20 mg po of sc
 - + Volgens noodzaak algemene analgetica
- **Hersenoedeem:**
 - Medrol: 32 à 96 mg per dag
 - Dexamethasone: 5 à 10 mg po of sc
 - + Volgens noodzaak algemene analgetica + eventueel anti-epileptica
- **Leverkapselpijn:**
 - Medrol: 32 mg per dag
 - Dexamethasone: 5 à 10 mg per dag
- **Spierspasmen:**
 - Skeletspieren: Valium (5 à 20 mg 's avonds) en/of Lioresal (5 à 25 mg om de 8 uur), Myolastan tot 100 mg per dag
 - Gladde spieren: Largactil (5-25 mg om de 8 à 12 uur), vooral bij rectale tenesmen
- **Aanvullend:**
 - Voldoende slaap
 - Aanpak angst-depressie
 - Aangename omgeving
- **Aandachtspunten:**
 - **NSAID** (Naprosyne, Rofenid, Voltaren): **maagprotectie** door bijvoegen van antacida zoals Zantac, Omeprazole
 - **MS Contin, Oxycontin, Targinact:**
 - **Laxativa** bijgeven zoals Movicol, Forlax, Laxoberon, of Dulcolax, eventueel Relistor
 - **Anti-emetica**, anti-vertigopreparaten bijgeven zoals Haldol
 - De tabletten niet pletten
 - **Rectale toediening geeft onzekere resorptie**
 - **Steroïden:**
 - Maagprotectie bijgeven zoals Zantac of Omeprazole
 - Aandacht voor hyperglycemie en schimmelinfectie

2) Braken en nausea

- **Algemeen:**
 - Litican: 4 à 6 x 50 mg per dag
 - Primperan: 1 à 3 co's (10 à 30 mg) om de 4 uur
 - Haldol: 0.5 à 2 mg 's morgens en 's avonds
 - Zofran: 2 x 8 mg per dag

- **Hersenmeta's, levermeta's:**
 - Medrol: 16 à 96 mg per dag
 - Dexamethasone: 5 à 10 mg per dag
 - + Volgens noodzaak algemene anti-emetica
- **Hypercalciëmie:**
 - Zometa: 4 mg iv
 - Bondronat: 6 mg iv, eventueel 3 dagen na elkaar
 - Xgeva: 120 mg sc
- **Morfine en derivaten:**
 - Litican: 4 x 50 mg per dag
 - Primperan: 4 x 10 mg per dag
 - Haldol: 0.5 à 2 mg 2 x per dag
- **Aandachtspunten:**
 - Primperan, Haldol, Largactil: bij extrapiramidale stoornis Tremblex 0.5 à 1 mg of Akineton 2 à 4 mg per dag
 - Medrol: zie hoger
 - Voeding en hydratatie optimaliseren
- **Darmobstructie indien deze niet operabel is:**
 - Sandostatine: 1 à 4 mg sc per dag, daarna eventueel langwerkend preparaat zoals Somatuline Autogel
 - Eventueel samen met diamorfine 30 mg, Haldol 10 mg, Buscopan 60 mg, sc over 24 uur via pomp

3) Hik

- Lioresal: 3 à 25 mg 3 x per dag
- Haldol: 0.5 mg sc, te herhalen
- Acupan: 10 mg sc, te herhalen

4) Constipatie

Best wordt een combinatie gegeven van een osmotisch actief laxativum 's morgens zoals Movicol of Forlax met een darmstimulans 's avonds zoals Laxoberon of Dulcolax. Eerst eventuele fecale impactie oplossen!

5) Oesofagitis - gastritis

- **Algemeen:**
 - Zantac: 150 à 300 mg per dag
 - Omeprazole of Pantoprazole: 20 à 40 mg per dag
- **Candida infectie:**
 - Diflucan: 50 à 200 mg per dag (oplossing of capsules). Simultaan toedienen van antacida remt de resorptie van Diflucan.
 - Nystatine druppels: 1 ml 4 x per dag, helpen bij beperkte oppervlakkige orale Candida infectie. Voor diepere infecties of meer uitgebreide infecties is meestal het supplementair toedienen van Diflucan nodig.
- **Aanvullend:**
 - Anti-refluxtherapie
 - Zittende houding
 - Primperan
 - Motilium
- **Aandachtspunten:** zo mogelijk voeding en hydratatie optimaliseren

6) Mondproblemen

- **Algemeen:**
 - Mondspoeling met Perio-Aid, Dentio, Biotene oplossing
 - Gebruik maken van mondgel: Oral Balance, Bioextra, Dentio
 - Tandens poetsen met Elgyfluor gel, Perio-Aid gel
 - Bij radio- of chemotherapie geïnduceerde mucositis: magistrale stomatitiscocktail
 - R/Dexamethasone 80 mg
 - Xylocaine 400 mg
 - Na CMC 2 g
 - Nystatine 1 flacon
 - Propyleenglycol 15 ml
 - Aqua ad 500 ml
- **ANUG:**
 - Mondspoeling met Perio-Aid, Dentio
 - Bevochtigen met Oral Balance, Biotene
 - + Flagyl: 1 co (500 mg) 2 x per dag
- **Herpes:**
 - Mondspoeling (zie hoger)
 - + Zovirax: 5 à 10 mg/kg iv om de 8 uur
- **Aften:**
 - Mondspoeling (zie hoger)
 - + Buccalsone topic: 1 co lokaal 4 x per dag
 - + Eventueel spoelen met oplossing van:
 - R/Tetracycline HCL 1%
 - Lidocaine 0.5%
 - Na CMC 1%
 - Vit. K 500 mg
 - Sir. simplex ad. 3 cc
 - Aquae Mentholatae ad 100 ml
- **Candida:**
 - Diflucan 50 à 200 mg per dag of Sporanox 100 mg per dag
 - + Nystatine druppels: 1 ml, 4 à 6 x per dag
- **Aandachtspunten:**
 - Gebitsstatus
 - Voeding en hydratatie optimaliseren

7) Hoesten en dyspnoe

- **Algemeen:**
 - Dextromethorfan 15 mg per dosis (Bronchosedal Dextromethorfan 10 ml)
 - Morfine opstarten in lage dosis, intermitterend of continu
- **Lymfangitis:** steroïden (Medrol, dexamethasone) en Morfine
- **Infectie:** antibiotica
- **Aandachtspunten:**
 - Niet te warme, goed verluchte kamer
 - Rustige omgeving

8) Tumorulceratie

- **Algemeen:** ontsmetten + eventueel kompressen met Hibitane oplossing in water, Iso-Betadine oplossing

- **Infectie:**
 - Flagyl 1500 mg peroraal of iv per dag
 - Dalacin 600 à 1800 mg po of iv
 - Eventueel overwegen om over te gaan tot lokale applicatie van Metronidazole in de vorm van Rozex gel of magistraal bereid in K-Y Jelly
- **Bloeding:**
 - Epinefrine 1/1000 oplossing op kompres lokaal aan te brengen
 - Exacyl oplossing 3 à 4 g peroraal per dag
- **Pijn:** naast klassieke pijnstilling eventueel ook morfineoplossing 1% in spray

9) Blaasproblemen

- **Infectie:**
 - Voldoende diurese
 - + Aangepaste antibiotherapie
- **Instabiele blaas:**
 - Ditropan: 1 co (5 mg) 2 à 3 x per dag
 - Vesicare: 5 à 10 mg per dag
- **Blaasspasmen:**
 - Buscopan: 1 à 2 co's (10 à 20 mg) 3 x per dag
 - Feldene Lyotab
- **Retentie:** sonderen
- **Aandachtspunten:** controle op constipatie

10) Convulsies

- Standaardmedicatie is im of iv toedienen van Temesta 2 à 4 mg per keer
- Voor onderhoudsbehandeling verder anti-epileptica zoals Diphantoine, Depakine of Kepra
- Steroïden bij intracranieële overdruk

11) Doodsreutel

- Atropine: 0.5 mg sc om de 4 uur
- Robinul: 0.2 mg (= 1 ml) sc om de 4 uur
- Scopolamine: 0.25 à 0.5 mg sc om de 4 à 6 uur

12) Angst - paniek

- Xanax: 1 à 2 mg po
- Dormicum: 5 à 10 mg sc

13) Jeuk

Naast de klassieke medicatie type antihistaminica maakt men ook vooral bij cholestatische jeuk of uremische jeuk met gunstig gevolg gebruik van Seroxat 10 à 20 mg peroraal 's morgens of Zofran 4 mg peroraal 2 x per dag. Bij cholestatische jeuk zo mogelijk toevoegen van Questran 8 à 16 g po per 24 uur.

14) Diarree

- Eerst overloopdiarree t.g.v. faecalomen uitsluiten
- Behandeling acuut met Imodium en op langere termijn in bepaalde indicaties d.m.v. Sandostatine

Besluit

Zoals uit deze korte tekst naar voren komt, kan voor de meeste problemen van terminale patiënten heel wat gedaan worden qua medicatie en verzorging. De klachten van deze patiënten dienen in de eerste plaats ernstig genomen te worden en deze mensen hebben ook recht op een goed klinisch onderzoek, net zoals andere patiënten. Technische en zeker invasieve onderzoeken die niet zullen bijdragen tot de comfortverbetering moeten tot een minimum beperkt worden.

Het spreekt vanzelf dat de medicatie vermeld in deze tekst zeker niet beperkend is. Iedereen kan voor de specifieke problemen uiteraard gebruik maken van gelijkwaardige analogen.

BIJLAGE 1

PROBLEEMSYMPTOMEN	
Pijn	65%
Asthenie-vermoeidheid	60%
Gewichtsafname	60%
Hoesten	50%
Smaakveranderingen	50%
Constipatie	45%
Dyspnoe	40%
Nausea-braken	40%
Oedeemvorming	25%
Slapeloosheid	25%
Decubitus	20%
Spierswakte	20%
Dysfagie	15%
Bloedingen	10%

Tabel 1: Probleemsymptomen

BIJLAGE 2

BENADERING PIJNTHERAPIE
Aanvaard klachten van de patiënt
Geef uitleg over de reden van de pijn
Evalueer type en ernst van de pijn
Overtuig de patiënt van de mogelijkheden van pijncontrole
Start perorale analgetica van het juiste type in de juiste dosis (dosis per toediening x frequentie van toedienen), zo eenvoudig mogelijk
Frequente evaluatie van het analgetisch effect en aanpassen van dosering + evaluatie van de bijwerkingen

Tabel 2: Benadering pijntherapie

BIJLAGE 3

MORFINETHERAPIE	
Mogelijkheden	Peroraal = voorkeur
	Subcutaan / continu subcutaan via spuitaanrijver
	Intraveneus: intermitterend of continu via pomp/spuitaanrijver
	Intrathecaal: direct of via reservoir
	Rectaal: weinig betrouwbaar
	Lokaal toe te dienen spray: open wonden
Perorale therapie	Siroop: snelwerkend, gemakkelijk aan te passen, snelwerkende tabletten idem
	Slow release: eenvoudig
Voorbeeld	<p>Siroop: morfine HCL 1500 mg oranjebloesemwater 100 ml aqua ad 300 ml 1 ml (spuit!) = 5 mg morfine</p> <p>Slow release: MS Contin 10 / 30 / 60 / 100 mg of Oxycontin 5 / 10 / 20 / 40 / 80 mg</p> <p>Snelwerkend: MS Direct 10 / 20 mg of Oxynorm Instant 5 / 10 / 20 mg</p>
Toedieningsfrequentie	Siroop om de 3 à 4 uur
	Snelwerkende tabletten om de 4 uur
	Slow release om de 12 uur
Startdosis	Siroop 2 à 5 ml om de 4 uur (= 10 à 25 mg)
	Snelwerkende tabletten
	Slow release 10 à 30 mg om de 12 uur

Tabel 3: Morfinetherapie