

Handelen bij dyspnoe in de laatste levensfase

Een casus

B.P. PONSIOEN

Ponsioen BP. Handelen bij dyspnoe in de laatste levensfase. Een casus. Huisarts Wet 1998;41(9): 424-6.

Het is de vraag of men bij de behandeling van dyspnoe in de palliatieve fase steeds kan volstaan met morfine. De ziektegeschiedenis van een 54-jarige vrouw met longkanker, die thuis verbleef, wordt beschreven. Morfine in lage dosering voorkomt dyspnoe, waardoor kortademigheid tijdens het ziekteproces niet wordt opgemerkt bij gebruik van dit middel. Wegens paniek en acute verergering van de dyspnoe werd in dit geval gekozen voor aanvullende behandeling met een benzodiazepine (midazolam) parenteraal. Mogelijk dreigende verstikking als gevolg van de longtumor werd voorkomen. Benzodiazepines zijn daarnaast een aanvulling of alternatief voor morfine in geval van mogelijke bijwerking van morfine zoals onrust, obstipatie of urineretentie.

B.P. Ponsioen, huisarts,
Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut,
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Inleiding

Kortademigheid of dyspnoe komt voor bij ongeveer de helft van alle kankerpatiënten in de palliatieve fase.¹ Bij longkankerpatiënten zou de frequentie nog hoger zijn: 70 procent. Benauwdheid wordt na pijn gerekend tot het meest frequente symptoom bij patiënten met kanker in de laatste fase.²

De behandeling van dyspnoe is in veel gevallen moeilijker dan die van pijn. Bovendien zijn de mogelijkheden voor diagnostiek van dyspnoe thuis beperkt vergeleken met die in het ziekenhuis.

Het voorkómen van stikken is volgens artsen een van de redenen waarom een verzoek tot actieve levensbeëindiging door hen ten uitvoer wordt gelegd.³ Actieve levensbeëindiging echter mag niet worden ingegeven 'door het idee dat er geen alternatieven zijn, terwijl die er in werkelijkheid wel zijn'.⁴

Beschreven wordt de ziektegeschiedenis van een patiënt met longkanker en progressieve dyspnoe. De patient verbleef thuis en ontwikkelde ten slotte acute dyspnoe. Wat waren de diagnostische mogelijkheden en overwegingen? Heeft men in een dergelijke situatie thuis meer voorhanden dan alleen morfine?

Patiënt A is een 54-jarige vrouw bij wie tweeënehalf jaar voor haar dood een kleincellig bronchuscarcinoom (linkeronderkwab en hoofdbronchus) wordt vastgesteld. Wegens extrathoracale metastase (in de schildklier) is chirurgische behandeling niet zinvol. De therapie bestaat uit 3 CDE-kuren. Bij de aanvang van de therapie heeft ze de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging met de huisarts besproken en schriftelijk vastgelegd.

De tumor blijkt niet op de behandeling te reageren: na twee maanden wordt gestart met Ifosfamide Carboplatin en Vincristine. Kort daarna wordt de diagnose herzien: atypisch carcinoïd. De behandeling bestaat dan uitsluitend uit Somatostatine 3 dd 100 mcg, waarmee de toestand stationair blijft.

Een intercurrente haemoptoë wordt adequaat behandeld door embolisatie van een bij bronchialis angiografie waargenomen

pathologische tak, die loopt in de richting van het tumorgebied.

De Somatostatine wordt in april 1997 gestaakt wegens verminderd effect. Vanuit de polikliniek oncologie wordt geadviseerd om diclofenac en codeïne tegen de pijn en het hoesten te nemen. Mevrouw A krijgt tevens het advies zich in verbinding te stellen met de huisarts voor verdere begeleiding.

Begin juli kan ze de trap niet meer op wegens dyspnoe. Voor de pijn wordt gestart met MS contin 2dd 10 mg.

Wegens snelle progressie van het ziektebeeld, nachtelijke dyspnoe, misselijkheid en een zwelling in de rechter onderbuik wordt ze eind augustus op verzoek van de huisarts nog een keer gezien op de polikliniek oncologie. De MS contin wordt verhoogd tot 2 maal 30 mg, hetgeen tot het eind toe voldoende zou blijken om haar pijnvrij te houden. Voor de misselijkheid wordt motilium 2dd 10 mg en megestrol 3dd 160 mg geadviseerd. Dit laatste medicament veroorzaakt een sterke verbetering van de anorexie, hetgeen zij onder haar omstandigheden als een weldaad ervaart.

De stemfunctie neemt af en haar actieradius is door haar dyspnoe beperkt tot huiskamer en keuken. Prednison 2 dd 10 mgr wordt nu aan de medicatie toegevoegd.

Begin oktober wordt de eventuele wens tot actieve levensbeëindiging opnieuw ter sprake gebracht door patiënte. Ze heeft vragen over haar toekomst: 'Hoe ga ik straks dood? Ga ik stikken? Ben ik dan benauwd?' Aan huis wordt bloed geprikt om te zien of er nog een behandelbare oorzaak is van de symptomen, waaronder de dyspnoe. Het laatste bloedonderzoek dateert van 6 maanden eerder. Het Hb is 7,8 mmol/l. Het kalium is verhoogd tot 5,8 (later 6,2) bij een normaal natrium en calcium.

Enkele weken later treft de huisarts haar leunend aan de tafel aan, zoals de laatste weken meestal het geval was. Daarbij is ze nu echter toenemend dyspnoeïsch en stridoreus, maar toch vooral ontevreden over het feit dat ze de wastafel niet meer kan bereiken. De eventuele wijze van uitvoering van actieve levensbeëindiging (de keus voor drank of injectiemethode) wordt besproken. Ze zegt eventueel te kiezen voor de laatste methode, maar ook wil ze het de dokter be-

sparen om deze handeling te moeten uitvoeren.

Na telefonisch overleg met de polikliniek oncologie vervangt de huisarts de prednison door hydrocortison (wegens verhoogd kalium). Verder wordt voor een zuurstofconcentrator gezorgd.

Binnen een uur na dit bezoek moet de huisarts opnieuw komen: mevrouw A is, nog steeds zittend aan tafel, acuut dyspnoeïsch, met snelle pols, hypotensie en profuus zweeten. De huisarts dient haar nu een ampul morfine 20 mg en diazepam 10mg intramusculair toe en zuurstof 3 l/min. Ze zegt dat ze deze benauwdheid niet kan verdragen en dat ze liever in slaap gebracht zou willen worden; binnen een kwartier gaat het echter al wat beter. Terwijl ze met ondersteuning naar haar bed loopt, weet ze uit te brengen dat ze – als ze nog een paar keer een dergelijke aanval zou krijgen – actieve levensbeëindiging volgens de kort tevoren besproken injectiemethode zou willen.

Eenmaal op bed gelegd wordt ze weer toenemend dyspnoeïsch. Aan haar en de aanwezige familieleden wordt uitgelegd dat ze nu één ampul midazolam 15 mgr subcutaan krijgt toegediend. Daardoor zal ze in een slaap raken waar ze mogelijk niet meer uit zal ontwaken. Twee uur later overlijdt ze rustig, in slapende toestand. Haar familie is daarbij aanwezig, nog enigszins beduusd van de acute benauwdheidsaanval enkele uren tevoren en de afloop ervan.

Beschouwing

Adequate behandeling van dyspnoe is onmisbaar bij de behandeling van terminale patiënten met kanker. Dyspnoe bij terminale patiënten met kanker wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren.

Men kan te maken hebben met oorzaken die het directe of indirecte gevolg zijn van de maligniteit. Verder kan dyspnoe veroorzaakt worden door de gevolgde behandeling of door geheel andere factoren, zoals cardiale stoornissen, angst en pijn.

Het is daarom duidelijk dat men als handelend arts bij patiënt A in de terminale fase slechts tot een waarschijnlijkheidsdiagnose kan komen. De maligniteit zelf

brengt een scala aan mogelijke oorzaken van dyspnoe met zich mee, zoals afname van het functionerend longweefsel, atelectase, doorgroei in het mediastinum, verminderde beweeglijkheid van het diafragma, pericarditis en vena-cava-superior-syndroom.

Anemie als oorzaak van de dyspnoe was bij patiënt A onwaarschijnlijk, maar het is niet uitgesloten dat een longembolie heeft bijgedragen aan de acute verergering van de dyspnoe. Evenmin is een cardiale oorzaak van de acute dyspnoe uitgesloten. Te overwegen valt hartinfarct, decompensatie cordis of een hartritmestoomnis, als gevolg van de geconstateerde hyperkaliëmie.

De medicamenteuze therapie voor dyspnoe bij patiënt A omvatte corticosteroiden en morfine retard. Het laatste medicament was reeds gegeven voor de pijn. De behandeling van de acute dyspnoe (die mogelijk wees op dreigende verstikking) en de ermee samengaande paniek kon worden bestreden met diazepam en morfine parenteraal. De gekozen dosering van 20 mg morfine leek voldoende. Een hogere dosering morfine, met het doel haar te laten overlijden, werd niet gegeven: ze wilde nog niet doodgaan. Later werd gekozen voor midazolam intramusculair, dat in een dosering van 15 mg voldoende bleek de patiënt het gevoel van verstikking te besparen. Midazolam 45 mg wordt als een letale dosering beschouwd.¹

Essentieel bij al deze handelingen is uitleg aan en overleg met de patiënt over diens wensen.⁵ Dit leidde bij patiënt A tot het toedienen van midazolam parenteraal, waardoor ze kon 'inslapen'. Deze laatste handeling wordt niet beschouwd als actieve levensbeëindiging, ook niet wanneer een dosering van 45 mg zou zijn toegediend.

Dyspnoe bij terminale patiënten kan verdwijnen met morfine in een relatief lage dosering. In de terminale fase wordt morfine vaak reeds gegeven tegen pijn en ter bevordering van het welbevinden van de patiënt. Het gebruik van morfine draagt er

mogelijk aan bij dat dyspnoe of kortademigheid in deze fase niet vaak wordt opgemerkt.

Bij de behandeling van dyspnoe kan een sedativum naast morfine worden toegepast, wanneer men problemen ziet of verwacht als gevolg van de bijwerkingen van morfine: onrust, obstipatie en urineretentie. Ook bij dyspnoe die gepaard gaat met paniek of bij acute benauwdheid is een sedativum een goede aanvullende maatregel. Ten slotte is een hoog gedoseerd sedativum een mogelijk aanvulling op of alternatief voor morfine bij dreigende verstikking als gevolg van de aandoening.

Midazolam zou daarbij meer mogelijkheden bieden dan diazepam: het effect bij toediening intramusculair zou beter voorspelbaar zijn.¹ Morfine versterkt het centrale effect van benzodiazepinen zoals diazepam en midazolam.⁶ Het is niet duidelijk of diazepam in dit opzicht wezenlijk verschilt van midazolam. Hoewel niet vermeld in het *Farmacotherapeutisch kompas* is midazolam beschikbaar in ampullen, van zowel 5 als 15 mg.

Het aanleggen van een subcutaan infuus met pomp voor continue toediening van de morfine, benzodiazepinen en andere middelen kan uitkomst bieden wanneer parenterale toediening van deze medicamenten gedurende langere tijd gewenst zou zijn.⁷ Met behulp van een subcutaan infuus met pomp zijn ook algehele anesthetica toepasbaar in de thuissituatie, bijvoorbeeld bij dyspnoe in de laatste levensfase.

Dankwoord

Zonder de toestemming van de kinderen van patiënt A zou deze ziektegeschiedenis hier niet beschreven hebben kunnen worden. Dank aan Maarten Brinkhuijzen, co-assistent, voor zijn 'aanwezigheid' zowel op de laatste dag van patiënt A als bij het beschrijven van deze casus. Dank aan S. Thomas, hoogleraar huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam, voor zijn commentaar bij een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- 1 Van Berg WN, Eliel MR, Batterman JJ, redactie. Oncologieboek Integraal Kankercentrum Midden Nederland. Utrecht, 1996.
- 2 Verhagen EH. Terminale zorg door de huisarts. In: Van Doorn B, Van der Poel BNM, Weber RFA, redactie. Ontwikkelingen in de geneeskunde 1997. Rotterdam: PAOG Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 3 Van der Wal G, Van der Maas PJ. Euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde: de praktijk en de meldingsprocedure. Den Haag: Sdu, 1996.
- 4 Crul BJP. Pijnbestrijding in de laatste levensfase. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2097-100.
- 5 Ponsioen BP. Overleg tussen huisarts en patiënt over actieve levensbeëindiging in de thuissituatie. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:921-4.
- 6 Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998.
- 7 Jacobs WMJ, Thiesbrummel AWB, Zylicz Z. Behandeling van onrust bij stervenden: meer dan sederen alleen. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142:433-6. ■

Abstract

Ponsioen BP. Treatment of dyspnoea at the end of life: case report. Huisarts Wet 1998; 41(9):424-6.

We questioned whether morphine is sufficient in the treatment of dyspnoea in palliative care. A 54-year-old woman suffering from terminal

lung cancer did not want to be hospitalized. A low dose of morphine prevents dyspnoea, and shortness of breath will rarely be experienced. Therefore morphine is common in palliative care. Midazolam (a benzodiazepine) was given to the patient parenterally to reduce panic and progressive dyspnoea. Threatening suffocation, caused by progression of the tumor, could be prevented. Benzodiazepines may also be used as co-medication or as an alternative in case of side effects of morphine, like restlessness, constipation or urinary retention.

Correspondence B.P. Ponsioen, MD, Department of General Practice, Erasmus University Rotterdam, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands.