

samenvatting richtlijn ileus bij patiënten met kanker in de palliatieve fase

Datum goedkeuring richtlijn:
december 2018 | versie 3.0
Verantwoording: richtlijnwerkgroep
Ileus

Het is gewenst dat u als zorgverlener
deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest
recente versie van de richtlijn op
www.pallialine.nl/ileus of de
samenvatting op de app PalliArts

Inleiding

Onder een ileus wordt verstaan een verminderde tot opgeheven passage van de dunne of dikke darm door een gedeeltelijke of totale afsluiting op één of meerdere plaatsen (mechanische ileus), een verminderde of opgeheven motiliteit (paralytische ileus) of een combinatie van beide mechanismen. Bij een ileus als gevolg van een peritonitis carcinomatosa is er meestal zowel sprake van een obstructie als van een verminderde darmmotiliteit. Het onderscheid tussen mechanische en paralytische ileus is dan meestal niet goed te maken.

Oorzaken

- peritonitis carcinomatosa (meest voorkomende oorzaak);
- obstructie door primaire tumor, naadrecidief of metastase(n);
- autonome disfunctie:
 - paraneoplastische autonome neuropathie
 - ten gevolge van medicatie: chemotherapie (met name vinca-alkaloïden), opioïden, loperamide of middelen met anticholinerge (bij)werking
- obstipatie (meestal als bijdragende factor);
- adhesies/strengen en fibrose ten gevolge van eerdere operatie en/of radiotherapie;
- andere oorzaken:
 - elektrolytstoornissen (hypokaliëmie, hypercalciëmie);
 - postoperatief;
 - acute bacteriële peritonitis, sepsis;
 - comorbiditeit (bijvoorbeeld diabetes mellitus, ischemische colitis, inflammatoire darmziekte, chronische intestinale pseudo-obstructie);
 - volvulus, invaginatie, ingeklemde hernia.

Diagnostiek

1. Neem een anamnese af en doe een lichamelijk onderzoek (inclusief rectaal toucher).
2. Bij diagnose ileus: overleg zo nodig met de hoofdbehandelaar en stel samen met de patiënt het vervolg vast:
 - stuur patiënt in voor verdere diagnostiek en behandeling, zie stap 3, of:
 - kies voor symptomatische behandeling thuis, in een hospice of in het ziekenhuis: zie stap 7.
3. Verricht in het ziekenhuis aanvullende diagnostiek als het consequenties heeft voor de behandeling:
 - CT-scan abdomen:
 - ter vaststelling van lokale obstructie, waarvoor operatie of stentplaatsing wordt overwogen, en/of:
 - om een andere behandelbare oorzaak vast te stellen, en/of
 - bij complicaties waarvoor een spoedlaparotomie is geïndiceerd, en/of
 - om de uitgebreidheid van de ziekte te beoordelen met het oog op het bepalen van de prognose en/of het stellen van een indicatie voor (verandering van) systemische therapie;
 - coloscopie: indien stentplaatsing wordt overwogen.

Het maken van een blanco buikoverzichtsfoto wordt niet aangeraden.

Behandeling

4. Behandel de klachten en bereid voor op een eventuele operatie:
 - rectaal laxeren met 2dd hoog opgaand klysma (met name bij verdenking op fecale impactie);
 - bij braken en/of intentie tot operatie: (tijdelijke) maagheveling met een neusmaagsonde;
 - maagzuurremming met pantoprazol 1dd 40 mg i.v. of s.c.;
 - bestrijding van continue buikpijn met morfine en van krampende buikpijn met scopolaminebutyl (startdosis 40 mg/24 uur, eventueel opgehogen tot 120 mg/24 uur);

- niets per os en parenterale toediening van vocht tenzij patiënt dit expliciet niet wil en/of de levensverwachting <1-2 weken is;
 - bij symptomatische ascites: punctie of drainage.
5. Indien de kliniek dat toelaat: beoordeel gedurende 48-72 uur of de darmassage weer op gang komt. Bij een acute buik: verricht met spoed diagnostiek (zie punt 3) als een operatie op voorhand zinvol en mogelijk wordt geacht.
 6. Overleg met de patiënt, de hoofdbehandelaar en eventueel de chirurg, de MDL-arts, de medisch oncoloog en/of de huisarts en stel het beleid vast aan de hand van de wens van de patiënt, diens lichamelijke toestand en ingeschatte levensverwachting, de klinische symptomatologie en het beloop ervan, en eventueel verrichte aanvullende diagnostiek:
 - Plaats een stent bij:
 - een lokale obstructie van het linkszijdige colon op basis van een proces in de darmwand; en
 - een stenose <4 cm, die te passeren is met voerdraad en
 - voldoende expertise van de endoscopist (minimaal 20 stents geplaatst); en
 - een levensverwachting van korter dan 3 maanden; of
 - Behandel operatief indien een chirurgische oplossing van de obstructieklachten waarschijnlijk wordt geacht. Voorwaarden voor mogelijke chirurgische oplossing (aanleggen van stoma of bypass, resectie of adhesiolysis) van de obstructie zijn:
 - een (enkel) aanwijsbaar obstructief moment op basis van preoperatieve beoordeling en beeldvorming;
 - algehele conditie van de patiënt voldoende om abdominale chirurgie te ondergaan (WHO performance status 1-2 in de weken voor het ontstaan van de klachten van de ileus, levensverwachting >3 maanden, geen diffuse peritonitis carcinomatosa of massale ascites).

Indien bij open buik bovengenoemde ingrepen niet mogelijk zijn: overweeg het aanleggen van een gastro- of jejunostomie (met behulp van een dikke Foley katheter) als hevel. Betrek bij de keuze voor het beleid ten minste de hoofdbehandelaar en

de chirurg. Start bij ondervoeding (MUST-score >2, SNAQ-score >3) met perioperatieve parenterale voeding; of

- Start bij een ileus op basis van een peritonitis carcinoma of metastasen in de darmwand met palliatieve systemische therapie als voldaan is aan alle volgende voorwaarden:
 - goede kans op snelle response:
 - bij recidief ovariumcarcinoom: platinumbevattende chemotherapie bij een interval tussen het staken van platinumbevattende systemische therapie en het optreden van de ileus van 6 maanden of langer. Ten aanzien van niet-platinum bevattende systemische therapie is grote terughoudendheid aangewezen;
 - bij andere maligniteiten: hoofdzakelijk bij eerstelijns palliatieve systemische therapie; na eerdere palliatieve systemische therapie is grote terughoudendheid aangewezen; en
 - goede lichamelijke conditie (WHO-performance status 1-2).Overweeg om te starten met parenterale voeding als orale voeding niet mogelijk is. Bespreek daarbij van te voren expliciet de voor- en nadelen van parenterale voeding. Maak bij aanvang goede afspraken over de duur van de parenterale voeding en het staken ervan; of
- Kies voor uitsluitend symptomatische behandeling: zie stap 7.

7. Symptomatische behandeling:

- Bij persistent en hinderlijk braken:
 - Overweeg continue maaghevel met een neusmaagsonde (bij levensverwachting <4 weken) of indien technisch mogelijk met een PEG (bij levensverwachting >4 weken). Zorg voor goede verzorging van mond en neus. Geef bij een maaghevel parenteraal vocht, tenzij de patiënt dit niet wil en/of er sprake is van een levensverwachting <1-2 weken.
 - Bij weigeren of niet verdragen van neusmaagsonde, sterke productie van ingebrachte neusmaagsonde: proefbehandeling met octreotide 3dd 200 µg of 600 µg/24 uur s.c./i.v. Bij gebleken effect eventueel overgaan op lanreotide 30 mg i.m. om de 2 weken.
 - indien de kosten van octreotide een probleem zijn, er naast braken ook sprake is van krampende buikpijn en/of octreotide niet voldoende snel leverbaar is: scopolaminebutyl

s.c./i.v. intermitterend of continu (startdosis 40 mg/24 uur, eventueel ophogen tot 120 mg/24 uur).

- Indien geen effect na 3 dagen: staak octreotide en start dexamethason 1dd 8 mg s.c./i.v.; bouw af op geleide van de klachten.
- Bij onvoldoende effect van dexamethason: metoclopramide (startdosis 40 mg/24 uur, alleen bij partiële obstructie) of haloperidol (2-4 mg/24 uur) s.c./i.v. intermitterend of continu. Bij onvoldoende effect hiervan granisetron 1dd 3 mg s.c. of i.v. of ondansetron 2dd 8 mg s.c. of i.v.
- Bij pijn:
 - bij krampende buikpijn: scopolaminebutyl s.c./i.v. intermitterend of continu (startdosis 40 mg/24 uur, eventueel ophogen tot 120 mg/24 uur);
 - bij onvoldoende reactie op scopolaminebutyl en/of continue buikpijn: morfine of oxycodon s.c./i.v. intermitterend of continu (startdosis bij opioïd-naïeve patiënt 30 mg/24 uur met zo nodig 5 mg bij doorbraakpijn); start of switch bij stabiele pijn naar fentanyl transdermaal (startdosis 12 µg/uur bij opioïd-naïeve patiënt).
- Start met parenterale voeding alleen bij (sterke) behandelwens van patiënt, falen van orale en/of enterale sondevoeding, een verwachte overleving van langer dan 3 maanden en een WHO-performance status 0-2. Bespreek van te voren expliciet de voor- en nadelen van parenterale voeding. Maak bij aanvang goede afspraken over de duur van de parenterale voeding en het staken ervan.
- Beoordeel of parenterale vochttoediening (indien reeds gestart) gestaakt kan worden. Overweeg het voortzetten van parenterale toediening van vocht met een producerende maaghevel en bij patiënten zonder maaghevel die niet in staat zijn om regelmatig slokjes te drinken en/of veel braken. Bespreek expliciet de voor- en nadelen van (voortzetten van) parenterale toediening van vocht met de patiënt en diens naasten. Maak met de patiënt en diens naasten goede afspraken over de momenten van evaluatie van het effect en de zinvolheid en wenselijkheid van het voortzetten van de parenterale toediening van vocht.

Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft IKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl