

Misselijkheid en braken

Vastgesteld op: 16-06-2014

Methode: evidence based

Regiehouder: Stichting PZNL

Gegenereerd op: 12-03-2026

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/archief/misselijkheid-braken>

Inhoudsopgave

MISSELIJKHEID EN BRAKEN	3
Begripsbepaling	3
Oorzaken	3
Diagnostiek	3
Beleid	3
Stappenplan	4
stap 1	4
stap 2	4
stap 3	5
alternatieven	5
Links voor meer informatie	5

Misselijkheid en braken

Vastgesteld: 16-06-2014

Regiohouder: Stichting PZNL

Pallialine heeft onlangs een vernieuwde vormgeving gekregen zodat het beter aansluit bij Palliaweb. Aan de inhoud, indeling en opmaak van de richtlijnen is niets veranderd. De informatie blijft op dezelfde manier vindbaar als voorheen.

samenvatting

Begripsbepaling

Misselijkheid is een subjectieve gewaarwording die moeilijk valt te definiëren. Het is een onaangenaam gevoel in de buik, vaak gepaard gaande met ziektegevoel, geen zin in eten en (aandrag tot) braken.

Snelle verzadiging is het optreden van een vol gevoel na het innemen van een kleine hoeveelheid eten of drinken.

Braken is het krachtig uitstoten van de maaginhoud via de mond.

Kokhalzen is een ritmische beweging in de slokdarm in de vorm van heftige oprispingen zonder dat er sprake is van braken.

Regurgitatie is het passief opgeven van de inhoud van de maag in de slokdarm en eventueel in de mond. Dit gaat niet gepaard met misselijkheid.

Oorzaken

1. Vertraagde maagontlediging, vooral door:
 - gastroparese: invasie door tumor, na partiële gastrectomie of buismaag, anorexie-cachexie syndroom, paraneoplastische autonome neuropathie, medicamenteus, comorbiditeit, opvulling of compressie van de maag door tumor of ascites
 - obstructie van de pylorus of het duodenum
 - gastritis of ulcus: peptisch, medicamenteus, na radiotherapie
2. Andere abdominale oorzaken, vooral obstipatie, peritonitis carcinomatosa, ileus, levermetastasen
3. Chemisch/metabole oorzaken, vooral:
 - medicamenten: opioïden, chemotherapeutica, tyrosine kinaseremmers, andere medicatie (bijv. anti-epileptica, theofylline, digoxine, SSRI's, anesthetica)
 - elektrolytstoornissen (hypercalciëmie en hyponatriëmie)
 - acute of chronische nierinsufficiëntie
 - leverfalen
4. Cerebrale/psychologische oorzaken, vooral:
 - hersenmetastasen of primaire hersentumor met verhoogde intracraniele druk
 - leptomenigeale metastasen
 - invloeden van geur en smaak
 - heftige pijn, angst en spanning
 - conditionering (anticipatoire misselijkheid of braken bij chemotherapie)
5. Vestibulaire oorzaken (zeer zelden): medicamenteus (opioïden, aspirine), aandoening labyrint, tumor van binnen- of middenoor/schedelbasis

Diagnostiek

1. Anamnese en lichamelijk onderzoek
2. Ter vaststelling van dehydratie en/of kaliumverlies laboratoriumonderzoek: serumureum, serumcreatinine, serumkalium
3. Bij verdenking op specifieke oorzaak: laboratoriumonderzoek (Na, Ca²⁺, glucose), urine-onderzoek, X-BOZ, echo/CT-scan van de buik, dunne darmfoto met gastrografine, gastroscopie, MRI/CT-scan van de hersenen

Beleid

1. Indien mogelijk: behandeling van de oorzaak:
 - gerichte antitumorthherapie
 - aanpassen c.q. staken van medicatie

- stent of gastrojejunostomie bij obstructie van pylorus of duodenum
 - behandeling van obstipatie, pijn, hoesten, reflux, ulcus pepticum, gastritis, gastroenteritis, pancreatitis, cholelithiasis, nephrolithiasis of cystitis
 - behandeling van hypercalciëmie of hyponatriëmie
 - bij ascites: ontlastende ascitespunctie of diuretica
 - chirurgie, stent of chemotherapie bij ileus
 - radiotherapie of resectie van hersenmetastasen
2. Symptomatische behandeling:
- niet-medicamenteuze symptomatische behandeling
 - indien noodzakelijk: parenterale toediening van vocht en kalium
 - voedingsadviezen en leefregels
 - bij heftig braken door obstructie van pylorus of duodenum, ileus of gastroparese: tijdelijke of blijvende maaghevel m.b.v. neussonde of PEG-katheter
 - overweeg acupunctuur en/of acupressuur, complementaire zorgvormen en/of psychologische technieken
 - medicamenteuze symptomatische behandeling
 - bij gastroparese:
 - metoclopramide 3 dd 10 mg p.o. of supp.; bij onvoldoende effect kunnen hogere dosering (40-100 mg/dag p.o., supp., s.c. of i.v.) worden gegeven, of - domperidon 3-4 dd 10-20 mg p.o. of 3-4 dd 60-120 mg supp.
 - bij ileus:
 - somatostatine-analoga: octreotide 3 dd 100-300 µg s.c. of 300-900 µg per 24 uur continu s.c. of i.v. (met name bij heftig braken) of (in stabiele fase, bij bewezen werkzaamheid van octreotide) octreotide LAR 30 mg i.m. 1x per 4 weken of lanreotide 30 mg i.m. 1x per 2 weken
 - scopolaminebutyl 40-120 mg/24 uur s.c. of i.v.
 - bij radiotherapie of chemotherapie:
 - preventief bij radiotherapie of 24 uur na toediening van chemotherapie: metoclopramide 3 dd 10 mg p.o. of supp. (bij onvoldoende effect 4 dd 10 mg of 3 dd 20 mg p.o. of supp.), domperidon 3-4 dd 10-20 mg of 60-120 mg supp., of dexamethason afbouwschema
 - bij anticipatoire misselijkheid of braken: 1-2 mg lorazepam p.o., s.l. of i.v., voorafgaande aan chemotherapie
 - bij misselijkheid of braken bij terminaal nierfalen:
 - ondansetron 2 dd 8 mg p.o. of i.v. of 1 dd 16 mg supp.
 - granisetron 3 mg i.v. of 2 dd 1 mg p.o., of
 - tropisetron 1 dd 5 mg p.o. of i.v.
 - bij vestibulaire oorzaken:
 - scopolamine TTS 1-2 pleisters à 1,5 mg per 72 uur
 - in alle andere gevallen: zie stappenplan

Stappenplan

stap 1

- metoclopramide 3 dd 10 mg p.o.; bij onvoldoende effect kunnen hogere doseringen (40-100 mg/dag p.o., supp, s.c. of i.v.) worden overwogen, of
- domperidon 3-4 dd 10-20 mg p.o. of 3-4 dd 60- 120 mg supp.
Argumenten voor metoclopramide: meer ervaring, onderbouwd door onderzoek bij patiënten in de palliatieve fase.
Argumenten voor domperidon: vermoedelijk even effectief, maar minder kans op centrale bijwerkingen (extrapyramidale bijwerkingen, acathisie = motorische onrust, dystonie, sufheid)
- Alternatief is haloperidol 2 dd 1-2 mg p.o./buccaal (druppelvloeistof) of 2 dd 0,5 mg s.c. of i.v. of 1-2 mg/24 uur s.c. of i.v.

stap 2

- dexamethason (monotherapie) 1 dd 4-8 mg p.o., s.c. of i.v.

stap 3

- levomepromazine: 1 dd 6,25-12,5 mg p.o. a.n. of 3,12-6,25 mg s.c. (als monotherapie), kan ook (verdund) in de wangzak worden toegediend

alternatieven

- olanzapine 1-2 dd 5 mg (als monotherapie)
- serotonine-antagonisten: ondansetron 2 dd 8 mg p.o. of 1 dd 16 mg supp., granisetron 2 dd 1 mg p.o. of tropisetron 1 dd 5 mg p.o., in principe in combinatie met dexamethason 1 dd 4-8 mg p.o.

Indien psychische factoren mede een rol spelen, kunnen alle bovengenoemde middelen gecombineerd worden met oxazepam 3 d 10 mg p.o. of lorazepam 1-2 mg p.o. of i.v.

Links voor meer informatie

- [Patiënteninformatie op Overpalliatievezorg](#)