

Revisie van de richtlijn ‘Dyspneu in de palliatieve fase’

Revision of the guideline ‘Dyspnea in the palliative phase’

Dr. A. de Graeff¹, drs. A.A.F. Baas², E. Jordens³, drs. A. Kodde⁴, drs. P.J. Schimmel⁵, dr. J. Vlayen⁶ en drs. M.G. Gilsing⁷, namens de multidisciplinaire richtlijnwerkgroep

Samenvatting

De richtlijn ‘Dyspneu in de palliatieve fase’ is in 2015 herzien. De leden van de werkgroep waren gemandateerd namens diverse wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen. Aan de hand van een knelpuntanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd. De uitgangsvragen over niet-medicamenteuze en medicamenteuze symptomatische behandeling van dyspneu zijn ‘evidence-based’ uitgewerkt. In het artikel wordt een kort overzicht gegeven van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de richtlijn.

(*Ned Tijdschr Oncol* 2016;13:53-6)

Summary

The guideline ‘Dyspnea in the palliative phase’ was revised in 2015. The members of the working group were mandated by several scientific, professional and patient organisations. On the basis of a bottleneck analysis several scientific questions were formulated. The questions about non-pharmacological and pharmacological symptomatic treatment of dyspnea were analysed evidence-based. In this paper a short summary is given of the most important conclusions and recommendations of the guideline.

Inleiding

De eerste versie van de richtlijn ‘Dyspneu in de palliatieve fase’ kwam in 1994 tot stand als onderdeel van de richtlijnen palliatieve zorg van het Integraal Kankercentrum Midden Nederland. ‘Consensus-based’ revisies volgden in 2005 en 2010 en werden opgenomen in het richtlijnenboek palliatieve zorg van de Vereniging van Integrale Kankercentra van respectievelijk 2005 en 2010.¹

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en het Platform Palliatieve Zorg Richtlijnen (PAZORI) namen in 2014 het initiatief voor een herziening van de richtlijn. De leden van de werkgroep waren gemandateerd namens het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), de Vereniging van Specialististen

Ouderengeneeskunde (Verenso), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Palliactief, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) en de Leven met Kanker patiëntenbeweging.

Aan de hand van een knelpuntenanalyse werd besloten om de niet-medicamenteuze en de medicamenteuze behandeling van dyspneu ‘evidence-based’ (volgens de GRADE-methode) te herzien. De overige teksten van de richtlijn van 2010 werden ‘consensus-based’ herzien. In juni 2015 is de concepttekst voor commentaar aangeboden aan de betrokken wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen en bijgesteld aan de hand van het geleverde commentaar.

¹internist-oncoloog, UMC Utrecht, en hospice-arts Academisch Hospice Demeter, De Bilt, voorzitter van de richtlijnwerkgroep, ²longarts/nurse practitioner, ³verpleegkundig specialist, afdeling Interne- en longgeneeskunde, Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, ⁴huisarts te Haarlem, ⁵specialist ouderengeneeskundige en consulent palliatieve zorg, Zorggroep Noordwest-Veluwe, ⁶methodoloog en endocrinoloog, ME-TA, ⁷adviseur palliatieve zorg, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Correspondentie graag richten aan dhr. dr. A. de Graeff, internist-oncoloog, afdeling Medische Oncologie, UMC Utrecht, Heidelberglaan 100, 3583 CX Utrecht, tel.: 088 755 62 65, e-mailadres: a.degraeff@umcutrecht.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: dyspneu, richtlijn

Keywords: dyspnea, guideline

Eind 2015 is de richtlijn door de betrokken verenigingen geautoriseerd/geaccordeerd. De richtlijn is te vinden op www.pallialine.nl en de samenvattingskaart is beschikbaar op www.iknl.nl in de IKNL-webshop.² Hieronder wordt een beknopt overzicht gegeven van de inhoud van de richtlijn.

Bespreking inhoud

Prevalentie, oorzaken en diagnostiek

Dyspneu komt voor bij 35% van de patiënten met kanker in de palliatieve fase, bij 94% van de patiënten met een gevorderd stadium van COPD en bij 72% van de patiënten met een gevorderd stadium van hartfalen.

De oorzaken van dyspneu staan vermeld in *Tabel 1*. Bij 1 patiënt kunnen meerdere oorzaken een rol spelen. Voor de diagnostiek van dyspneu worden de volgende aanbevelingen gedaan:²

- Doe altijd een volledige anamnese, gericht op de dyspneu, de begeleidende symptomen, de mogelijke oorza(a)k(en), de impact voor het dagelijks functioneren en de emotionele, cognitieve, existentiële en gedragsmatige dimensies ervan.
- Doe altijd een lichamelijk onderzoek voor aanvullende informatie over de ernst en mogelijke oorzaken van de dyspneu.
- Overweeg het gebruik van symptoomscores (m.b.v. een 'numeric rating scale').
- Doe op indicatie aanvullend onderzoek:
 - meting van de zuurstofsaturatie met een pulseoxymeter
 - laboratoriumonderzoek: Hb, BNP, D-dimeer, glucose, arterieel bloedgas
 - kweken van sputum en/of bloed
 - beeldvormend onderzoek: X-thorax, CT-thorax, CT-angiografie, echocardiografie
 - longfunctieonderzoek
 - ECG
 - bronchoscopie

Maak bij de keuze voor aanvullende diagnostiek een afweging van haalbaarheid en therapeutische consequenties, mede in het licht van de wens van de patiënt, zijn of haar verblijfplaats en de levensverwachting.

Integrale zorg

In de richtlijn worden de volgende aanbevelingen gedaan:²

Met betrekking tot voorlichting en communicatie:

- Geef de patiënt en diens naasten adequate informatie en instructie over dyspneu en over oorzaken en behandeling ervan.

Tabel 1. Oorzaken van dyspneu in de palliatieve fase.

<ul style="list-style-type: none"> • Obstructie bovenste luchtwegen (bijvoorbeeld door tumor, oedeem, secreet, aspiratie, dubbelzijdige stembandparese)
<ul style="list-style-type: none"> • Afname ventilerend oppervlak ten gevolge van: <ul style="list-style-type: none"> - operatie (lobectomie, pneumonectomie) - atelectase - zeer uitgebreide parenchymateuze longmetastasen
<ul style="list-style-type: none"> • Interstitiële afwijkingen ten gevolge van: <ul style="list-style-type: none"> - bestralingspneumonitis/fibrose - longafwijkingen ten gevolge van medicatie c.q. antitumortherapie - lymfangitis carcinomatosa - vochtretentie ten gevolge van nierfalen of antitumortherapie (progestativa, docetaxel) - andere interstitiële longaandoeningen
<ul style="list-style-type: none"> • Astma/COPD
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie
<ul style="list-style-type: none"> • Longembolie
<ul style="list-style-type: none"> • Pleuravocht (pleurale metastasen, infectieus, hartfalen)
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumothorax
<ul style="list-style-type: none"> • Vena cava superior-syndroom
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiaal: hartfalen door myocardaandoening, kleplijden, pericarditis (carcinomatosa, infectieus), ritme- of geleidingsstoornissen
<ul style="list-style-type: none"> • Zwakte van de ademhalingsspieren (neuromusculaire aandoeningen, paraneoplastisch, door inactiviteit en/of bij het anorexie-cachexie-syndroom)
<ul style="list-style-type: none"> • Diafragmahoogstand (bijv. door ascites, massale levermetastasen of parese n. phrenicus)
<ul style="list-style-type: none"> • Thoraxdeformiteit (kyfoscoliose)
<ul style="list-style-type: none"> • Overgewicht
<ul style="list-style-type: none"> • Anemie
<ul style="list-style-type: none"> • Metabole acidose
<ul style="list-style-type: none"> • Psychogene (angst, spanning en/of depressie) en existentiële factoren

Meerdere oorzaken kunnen een rol spelen bij 1 patiënt.

- Attendeer de patiënt en diens naasten op relevante websites en de patiëntenversie van de richtlijn Palliatieve zorg bij COPD.
- Leg het belang uit van symptoomregistratie en geef instructies over het gebruik hiervan.
- Bevorder het zelfmanagement van de patiënt door

Tabel 2. Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling van dyspneu.

Ter verlichting van dyspneu in de palliatieve fase:
<ul style="list-style-type: none"> • Geef adviezen ten aanzien van: <ul style="list-style-type: none"> - ademhalingsoefeningen c.q. -technieken (vooral 'pursed lip breathing' bij patiënten met COPD) - houding - doseren van inspanning • Schakel hiervoor, indien nodig en beschikbaar, een gespecialiseerde verpleegkundige, gespecialiseerde fysiotherapeut en/of ergotherapeut in.
<ul style="list-style-type: none"> • Overweeg de toepassing van ontspanningsoefeningen, vooral wanneer angst en spanning een rol spelen. Schakel hiervoor, indien nodig en beschikbaar, een gespecialiseerde verpleegkundige of gespecialiseerde fysiotherapeut in.
<ul style="list-style-type: none"> • Adviseer het gebruik van een rollator.
<ul style="list-style-type: none"> • Adviseer om bij gebruik van zuurstof de zuurstoffles te transporteren in een karretje.
<ul style="list-style-type: none"> • Overweeg het gebruik van een ventilator.
<ul style="list-style-type: none"> • Overweeg bij plotseling ontstane dyspneu een proefbehandeling met zuurstof. • Chronisch gebruik van zuurstof ter bestrijding van dyspneu bij COPD of hartfalen wordt niet aanbevolen. • Overweeg het chronisch gebruik van zuurstof bij patiënten met dyspneu op basis van een diffusiestoornis (bijvoorbeeld bij lymfangitis carcinomatosa, uitgebreide longmetastasering of longfibrose). • Evalueer in alle gevallen het effect van toediening van zuurstof op de dyspneu en niet op zuurstofsaturatie of arteriële bloedgassen. • Continueer bij een klinische respons de zuurstof op geleide van de klachten.
<ul style="list-style-type: none"> • Overweeg uitzuigen alleen bij een tracheacanule bij productie van veel en/of taai sputum.

te bespreken welke factoren de dyspneu beïnvloeden en welke maatregelen en leefregels hij/zij zelf kan toepassen om dyspneu te voorkomen of te verlichten.

- Ga na of de patiënt bang is om te stikken. Leg uit dat stikken (een acute volledige afsluiting van de bovenste luchtwegen) zeer zelden voorkomt. In het zeldzame geval dat het wel een reële mogelijkheid is, bespreek dan welke maatregelen er in die situatie kunnen worden genomen.
- Bespreek de verwachtingen, hoop en angst ten aanzien van de toekomst. Bespreek de wensen ten aanzien van wel of geen ziekenhuisopname, wel/niet reanimeren en eventueel beademing.
- Ga tijdig het gesprek aan over het levenseinde.

Met betrekking tot ondersteunende zorg:

- Bied zo nodig ondersteuning van de patiënt en diens naasten aan door lotgenoten, gespecialiseerde verpleegkundige of fysiotherapeut, maatschappelijk werk of psycholoog, ergotherapeut, apotheker of geestelijk verzorger.
- Vraag zo nodig advies bij een palliatief team.

Behandeling

De behandeling valt uiteen in:²

- Behandeling van de oorza(a)k(en) c.q. van beïnvloedende factoren (zie *Tabel 1*), waarbij een afweziging wordt gemaakt van de haalbaarheid en zinvolheid van de interventie, mede in het licht van de wens van de patiënt, zijn of haar verblijfplaats en de levensverwachting.

- Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling (zie *Tabel 2*).

- Medicamenteuze symptomatische behandeling (zie *Tabel 3*).

Conclusie

Inhoudelijk zijn er geen grote wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van de richtlijn 'Dyspneu in de palliatieve fase'.

De procedure van de ontwikkeling van de richtlijn en het format van de richtlijn zijn echter wel grondig gewijzigd:

- De leden van de werkgroep zijn gemandateerd door hun verenigingen.
- Er is een knelpuntenanalyse uitgevoerd bij de start van de richtlijn.
- De belangrijkste uitgangsvragen zijn 'evidence-based' uitgewerkt.
- Er is een uitgebreide commentaarfase ingevoegd.
- De richtlijn is geautoriseerd/geaccordeerd door de betrokken verenigingen.

Tabel 3. Medicamenteuze symptomatische behandeling van dyspneu.

Ter verlichting van dyspneu bij patiënten in de palliatieve fase:		
<ul style="list-style-type: none"> Zet sterkwerkende opioïden in: 		
	Indien orale medicatie mogelijk en gewenst is	Indien een snel effect gewenst is en/of de orale weg niet mogelijk of gewenst is
Bij een opioïdnaïeve patiënt	'Slow release' morfine 2 dd p.o. Alternatief: 'immediate release' morfine z.n. of 6 dd p.o. Switch naar 'slow release' morfine als de effectieve dagdosis is gevonden. Geef 2 dd de helft van de effectieve dagdosis.	Geef z.n. of 6 dd morfine s.c. of i.v. Alternatief: morfine continu s.c. of i.v.
Indien een patiënt reeds morfine gebruikt in verband met pijn	Hoog de dosis met 25-50% op.	Hoog de dosering op met 25-50% en bepaal de equi-analgetische dagdosis morfine s.c./i.v. Geef bij intermitterende injecties z.n. of 6 dd 1/6 van de dagdosis. Geef bij continue infusie de dagdosis in 24 uur.
Indien een patiënt reeds een ander opioïd gebruikt in verband met pijn	Roteer naar morfine en geef daarbij de equi-analgetische dosis p.o. Alternatief: Hoog dosering van het opioïd op met 25-50%.	Bepaal de equi-analgetische dagdosis morfine s.c./i.v. Geef bij intermitterende injecties z.n. of 6 dd 1/6 van de dagdosis. Geef bij continue infusie de dagdosis in 24 uur.
Beoordeling effect	Na 24 uur. Hoog bij onvoldoende effect op in stappen van 25-50%.	Na 4 uur. Hoog bij onvoldoende effect op in stappen van 25-50%.
Dosering 'rescue'-medicatie	In alle gevallen: z.n. 1/6 van de dagdosis.	
<ul style="list-style-type: none"> Kies bij een gestoorde nierfunctie (klaring <50 ml/min) voor intermitterende toediening van morfine (zo nodig, op geleide van de klachten) of voor onderhoudsbehandeling met fentanyl of hydromorfon. Overweeg bij onvoldoende effect van morfine, zeker als angst en spanning een rol lijken te spelen, toevoeging van een benzodiazepine (oxazepam of lorazepam p.o. of midazolam s.c.). Start met dexamethason of prednis(ol)on p.o., s.c. of i.v. bij: exacerbatie van COPD, pneumonitis door radiotherapie of medicamenten, lymfangitis carcinomatosa, v. cava superior-syndroom of obstructie van de luchtwegen. Beoordeel het effect na een week. Zet palliatieve sedatie in bij refractaire dyspneu. Bij continue en diepe sedatie dient de levensverwachting <1-2 weken te zijn. Bij dreigende verstikking wordt acute sedatie toegepast. 		

- De richtlijn wordt afgeleverd met een implementatieplan.
- Conform het format van richtlijnen heden ten dage zijn door literatuur onderbouwde conclusies en aanbevelingen gegeven.

Hopelijk zal deze nieuw ingeslagen weg de implementatie van de richtlijn ten goede komen.

Referenties

- Baas AA, Zylicz Z, Hesselmann GM. Richtlijn dyspnoe in de palliatieve fase. In: De Graeff A, Van Bommel JM, Van Deijck RH, Krol RJ, Oldenmenger WH, Vollaard EJ (red). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2010, pp 275-85.
- Richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase. Te raadplegen via www.pallialine.nl.

Ontvangen 5 december 2015, geaccepteerd 9 december 2015.