

samenvatting richtlijn dyspneu in de palliatieve fase

Datum goedkeuring richtlijn:

december 2015 | versie 3.0

Verantwoording:

Richtlijnwerkgroep Dyspneu

Het is gewenst dat u als zorgverlener

deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest

recente versie van de richtlijn op:

www.palliatie.nl/dyspneu

Inleiding

Dyspneu is een onaangename gewaarwording van de ademhaling. **Aanvalsgewijze dyspneu** is dyspneu die tijdelijk (meestal < 10 min) ernstiger of onaangener is dan de normale fluctuaties in dyspneu of die uitsluitend aanvalsgewijs optreedt.

Oorzaken

- obstructie bovenste luchtwegen: tumor, allergische reactie, secreet, aspiratie, dubbelzijdige stembandparese
- pulmonaal:
 - afhame ventilerend oppervlak: na longoperatie, atelectase, zeer uitgebreide longmetastasen
 - interstitiële afwijkingen: bestralingspneumonitis/fibrose, longafwijkingen door radiotherapie of medicamenten, lymphanjitis carcinomatosa, vochtretentie door nierfalen of antitumortherapie, andere interstitiële longaandoeningen
 - astma/COPD
 - pneumonie
 - longembolie
- extrapulmonaal/intrathoracaal: pleuravocht (pleurale metastasen, infectieus, hartfalen), pneumothorax, v. cava superior-syndroom
- cardiaal (hartfalen): myocardaandoeningen, kleplijden, pericarditis (carcinomatosa, infectieus), ritme- of geleidingsstoornissen
- overige oorzaken:
 - zwakte van de ademhalingsspieren (neuromusculaire aandoeningen, paraneoplastisch, inactiviteit, bij anorexie-cachexie-syndroom)
 - diaphragmahoogstand (ascites, massale levermetastasen, parese n. phrenicus)
 - thoraxdeformiteit (kyfoscoliose)
 - overgewicht
 - anemie
 - metabole acidose (bijvoorbeeld diabetische keto-acidose)
 - psychogene (angst, spanning en/of depressie) en existentiële factoren

dyspneu

Diagnostiek

1. Anamnese en lichamelijk onderzoek
2. Meetinstrumenten (dyspneuscore m.b.v. numeric rating scale, evt. Chronic Respiratory Questionnaire bij COPD, Utrecht Symptoom Dagboek)
3. Aanvullende diagnostiek (indien haalbaar, zinvol en gewenst):
 - saturatiemeting, arteriële bloedgassen
 - laboratoriumonderzoek (Hb, BNP, D-dimeer, glucose)
 - beeldvorming: X-thorax, CT-thorax, CT-angiografie, echo-cardiografie
 - kweken sputum en evt. bloed, longfunctie, ECG, bronchoscopie

Beleid

1. Integrale benadering:
 - Geef adequate voorlichting en instructie; maak gebruik van schriftelijke informatie en attendeer op relevante websites.
 - Bevorder het zelfmanagement van de patiënt door adviezen over leefregels en zelf toe te passen interventies.
 - Exploreer gedachtes over de dyspneu, hoop en verwachtingen t.a.v. de toekomst en wensen rond het levens einde.
 - Bied desgewenst ondersteuning aan door lotgenoten, gespecialiseerd verpleegkundige, gespecialiseerd fysiotherapeut, ergotherapeut, apotheker, maatschappelijk werker, psycholoog, geestelijk verzorger en/of vrijwilliger.
 - Zorg voor goede coördinatie en overdracht van zorg; maak afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners.
 2. Indien haalbaar, zinvol en gewenst: behandeling van de oorzaak:
 - bij obstructie van de bovenste luchtwegen door tumor: tracheotomie, laser, cauterisatie, coagulatie, cryotherapie, stentplaatsing, radiotherapie
 - bij dyspneu door longtumor: radiotherapie
 - bij dyspneu door longtumor, uitgebreide longmetastasen of lymphangitis carcinomatosa: systeemtherapie (chemotherapie, antihormonale therapie, targeted therapy)
 - behandeling van COPD of hartfalen
 - behandeling van infecties (m.n. pneumonie)
 - bij longembolie: antistolling
 - bij pleura- of pericardvocht, pneumothorax of ascites: punctie, drainage, evt. pleuro- of pericardiodese, pericardfenestratie
 - bij vena cava superiorisyndroom: radiotherapie, chemotherapie of stentplaatsing
 - bij anemie (Hb <5-6 mmol/l): bloedtransfusie
 - correctie van metabole acidose
 - behandeling/begeleiding bij psychische en existentiële factoren
3. Symptomatische niet-medicamenteuze behandeling:
 - adviezen t.a.v. ademhalingsoefeningen c.q. technieken, ontspanningsoefeningen en doseren van inspanning
 - gebruik van een rollator, karretje om zwaarstoffs te vervoeren, ventilator
 - zuurstof:
 - proefbehandeling bij acuut ontstane dyspneu (indien zuurstof beschikbaar)
 - chronisch gebruik alleen bij diffusiestoornis (bijv. lymphangitis carcinomatosa, zeer uitgebreide longmetastasen, longfibrose)
 - evalueer het effect aan de hand van de dyspneu
 - uitzuigen tracheacannule
 4. Symptomatische medicamenteuze behandeling:
 - opioïden: zie tabel
 - 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.
 - corticosteroiden (1dd 4-8 mg dexamethason of 1dd 30-60 mg

Indien orale medicatie mogelijk en gewenst is:

Indien een snel effect gewenst is en/of de orale weg niet mogelijk of gewenst is:

Bij opioïdnatieve patiënt:

Slow release morfine 2dd 10 mg p.o.

Alternatief: immediate release morfine z.n. of 6dd 2,5-5 mg p.o.

Switch naar slow release morfine als de effectieve dagdosis is gevonden. Geef 2dd de helft van de effectieve dagdosis.

Geef z.n. 2,5 mg (bij ernstige dyspneu doseringen tot 20 mg) of 6dd 2,5 mg morfine s.c. of i.v.

Alternatief: 15 mg/24 uur continu s.c. of i.v.

Indien 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 6dd 1/6 van de dagdosis.

Geef bij continue infusie de dagdosis in 24 uur.

Indien 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 6dd 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.

prednison p.o., s.c. of i.v.) bij:

-exacerbatie van COPD

-pneumonitis door radiotherapie of medicamenten

-lymfhangitis carcinomatosa

-v. cava superiorisyndroom

-obstructie van de grote luchtwegen

- toevoeging van benzodiazepines bij onvoldoende effect van morfine, vooral bij angst en spanning: oxazepam 3dd 10 mg/

- lorazepam 2dd 0,5 mg p.o. of (bij een levensverwachting van dagen tot een week) midazolam 10-30 mg/24 uur s.c.
- palliatieve sedatie bij refractaire dyspneu (bij continue en diepe sedatie alleen bij een levensverwachting <1-2 weken); acute sedatie bij dreigende verstikking. Gebruik middelen en doseringen conform KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie.

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

Uitgave van
Integraal Kankercentrum Nederland
pallialine@iknl.nl
december 2015

