

# Goede, acute zorg bij een fatale bloeding bij hoofd-hals kanker

• Dr. Erwin J.O. Kompanje, klinisch ethicus intensive care • Monique Booms, verpleegkundig consultant thuiszorgtechnologie en palliatieve zorg • Mirjam Dudok-Smit, verpleegkundig consultant hoofd-hals chirurgie • Wilma Neeleman, regieverpleegkundige radiotherapie • Yvette Sollewijn-Gelpke, verpleegkundige KNO • Martin Zwaard, verpleegkundige KNO • dr. Lia van Zuylen, internist-oncoloog • dr. Lilly-Ann van der Velden, KNO-arts. Allen werkzaam in het Erasmus MC Universitair medisch centrum Rotterdam en allen lid van de werkgroep 'richtlijn Fatale bloeding Erasmus MC'.

Kanker in het hoofd-hals gebied is zeldzaam. Circa 5 procent van alle voorkomende maligniteiten in westerse landen betreft kanker in dit gebied (Tobias, 1994). In Nederland nemen hoofd-hals tumoren momenteel onder mannen circa 5 procent en onder vrouwen circa 2 procent van alle maligniteiten in (gegevens KWF). Patiënten met deze tumoren worden, gezien de zeldzaamheid, in Nederland bij voorkeur behandeld in gespecialiseerde (academische) centra. Een klein aantal van hen heeft in de palliatieve fase van hun ziekte risico op een fatale bloeding (een 'blow-out') door beschadiging van de vaatwand als laat gevolg van bestraling en/of operatie in dit gebied of door ingroei van de tumor in de externe halsslagader, een van de zijtakken van de halsslagader, of een grote halsader. De kans op een fatale bloeding bij patiënten die behandeld zijn voor een tumor in het hoofd-hals gebied is ongeveer 3-4 procent (Koch, 1993; Cohen & Rad, 2004). Hoewel er curatieve behandelmogelijkheden zijn voor een fatale bloeding (Chaloupka e.a., 1999), wordt het optreden van een fatale bloeding in de eindfase van de ziekte als fataal incident geaccepteerd. Een fatale bloeding is daarmee een van de meest dramatische situaties in de palliatieve zorg voor patiënten met kanker in het hoofd-halsgebied, met een zeer grote impact op de naasten van de patiënt en de zorgverleners. Om de acute zorg bij een arteriële of veneuze fatale bloeding en het anticiperend beleid bij patiënten met een hoofd-hals tumor in de palliatieve fase met het risico van een arteriële of veneuze fatale bloeding te structureren en te verbeteren werd in 2004 in het Erasmus MC een werkgroep opgericht met de opdracht een richtlijn te ontwikkelen. Dit heeft in 2006 geleid tot de implementatie van twee flowcharts op alle betrokken afdelingen. In dit artikel worden deze flowcharts gepresenteerd en de argumentatie achter enkele beslissingen beschreven.

## Palliatieve zorg bij hoofd-hals tumoren

Palliatieve zorg wordt algemeen gedefinieerd als het geheel van zorg aan patiënten waarbij geen curatieve mogelijkheden voor de behandeling van hun ziekte meer aanwezig zijn. Sommige palliatieve bedoelde therapieën, zoals chirurgie en bestraling, geven ook aanleiding tot aanzienlijke morbiditeit. De problemen die patiënten in deze fase ondervinden, zijn veelal gerelateerd aan de directe



Voorbeeld van een patiënt met een uitgebreide maligniteit in het hoofd-hals gebied. Bij een dergelijke patiënt bestaat een reëel risico op een fatale bloeding.

locale gevolgen van de tumor(en), zoals bloedingen of fistelvorming (figuur 1), communicatieproblemen door het verlies van de mogelijkheid tot spreken, voedingsproblemen inclusief dysfagie, pijn en problemen met de ademhaling (Forbes, 1997). De meeste patiënten overlijden uiteindelijk aan uitputting of een bronchopneumonie. Zoals eerder genoemd, overlijdt een klein deel aan de gevolgen van een fatale bloeding in het hoofd-hals gebied. De volgende twee casussen zijn illustratief voor een dergelijk einde.

## Casus 1

*Bij de 62-jarige B.K. is twee jaar terug een carcinoom van de tongbodem vastgesteld. Hij is hiervoor behandeld met concomitante chemo-radiotherapie. Twee weken terug is hij in het ziekenhuis opgenomen in verband met koorts en cachexie. Bij opname is de rechterkant van de hals gezwollen en rood verkleurd. Centraal wordt een licht bloedend ulcus vastgesteld. Arteriële pulsaties zijn in dit gebied duidelijk zichtbaar. Er is sprake van een recidief carcinoom, zonder curatieve behandelmogelijkheden. Het beleid is palliatief. Hij krijgt twee liter sondevoeding via een PEG-katheter. Pijn en benauwdheid worden behandeld met morfine. Als intraveneuze toegang heeft de patiënt een perifere infuuscanule in de onderarm. In het medisch en verpleegkundig dossier is vastgelegd dat er een risico is op een fatale arteriële bloeding. Zowel de patiënt als diens naaste familieleden zijn op de hoogte gebracht van dit risico en zijn inge-*

# Samenvatting

Circa 5 procent van alle voorkomende maligniteiten in westerse landen betreft kanker in het hoofd-hals gebied. Een klein aantal van deze patiënten heeft in de palliatieve fase van hun ziekte risico op een fatale bloeding (een 'blow-out'). Om de acute zorg bij een arteriële of veneuze fatale bloeding en het anticiperend beleid bij patiënten met een hoofd-hals tumor in de palliatieve fase met het risico van een arteriële of veneuze fatale bloeding te structureren en verbeteren werd in 2004 in het Erasmus MC een werkgroep opgericht met de opdracht een richtlijn te ontwikkelen. Dit heeft in 2006 geleid tot de implementatie van twee flowcharts op alle betrokken afdelingen. In dit artikel worden deze flowcharts gepresenteerd en de argumentatie achter enkele beslissingen beschreven.

licht over het feit dat indien een bloeding optreedt dit zeer waarschijnlijk dodelijk zal verlopen. Hen is medegedeeld dat de patiënt dan snel het bewustzijn zal verliezen, en dat er begeleiding zal zijn van ervaren verpleegkundigen, onder andere door het injecteren van een snelwerkend slaapmiddel.

Om vijf uur 's middags komt een verpleegkundige op de kamer van de patiënt, nadat hij op de noodbel had gedrukt. Het ulcus in de hals is gaan bloeden. Terwijl de verpleegkundige bij de patiënt is, ontstaat vrij snel een fatale bloeding. De verpleegkundige drukt de bloedende plaats af en slaat alarm via de noodbel, waarop een tweede verpleegkundige komt. Deze injecteert 25 mg midazolam via de perifere infuuscanule. De man verliest het bewustzijn en overlijdt vrij snel hierna.

## Casus 2

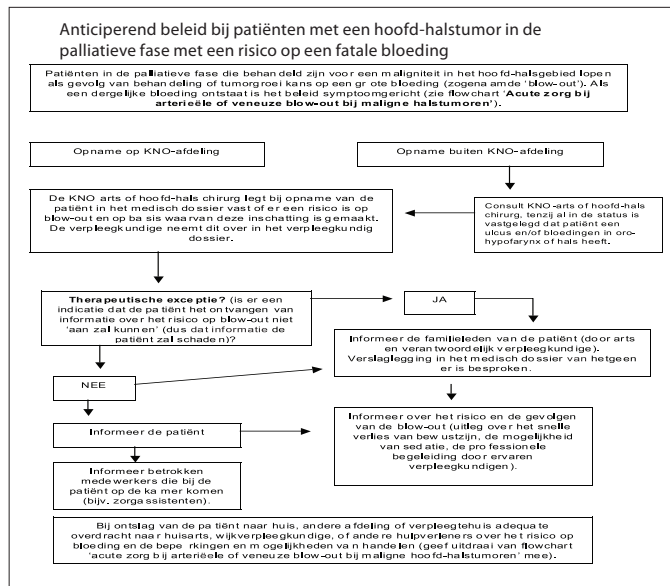
De 65-jarige T.B. is thuis om te sterven. Hij is de laatste anderhalf jaar uitgebreid behandeld voor een maligniteit in de hals. Gezien de uitgebreide ulceraties in de hals is er een risico op fatale bloeding. Vijf maal daags komt er een verpleegkundige van de thuiszorg langs, en één maal per dag een verpleegkundige van het transmuraal team om de toediening van morfine per infusiepomp te begeleiden. De huisarts komt regelmatig langs. De patiënt wordt door zijn vrouw en dochter verzorgd. Zij zijn uitvoerig ingelicht over het risico van een bloeding met fataal beloop. Hen is uitgelegd dat als de patiënt gaat bloeden, hij snel het bewustzijn zal verliezen. Zij hebben het bed waar de man in ligt opgemaakt met donker beddengoed, hebben de matras overtrokken met een plastic hoes en zijn geïnstrueerd om in geval van een bloeding de hals met donkere handdoeken af te dekken en bij de patiënt te blijven en hem bij te staan.

Terwijl de man ligt te slapen ontstaat een arteriële bloeding. De vrouw en de dochter en een verpleegkundige van de thuiszorg zijn aanwezig. Zij dekken de bloedende hals af met een drietal donkere handdoeken. De man overlijdt zonder bij bewustzijn te zijn geweest.

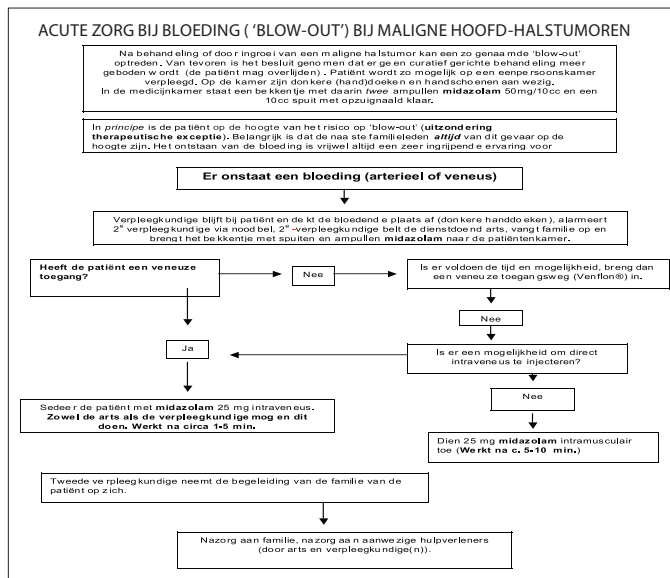
## Flowcharts

In figuur 1 en 2 zijn de twee door ons ontwikkelde flowcharts weergegeven. Op drie punten behoeven de flowcharts enige toelichting. Ten eerste de in beide flowcharts genoemde 'therapeutische exceptie'. Hieronder wordt verstaan dat de arts en verpleegkundige zich kunnen ontslaan van de informatieplicht naar de patiënt als zij inschatten dat de mededeling de patiënt meer schade zal berokkenen dan goed zal doen. De meest genoemde uitzondering in dit kader is dat hulpverleners er niet aan gehouden zijn om in alle gevallen een patiënt mede te delen dat hij of zij bij een circulatiestilstand niet meer zal worden gereanimeerd. Door deze mededeling kan de patiënt de moed in de schoenen zakken en kan hij alle hoop opgeven. Dit kan vanuit therapeutisch oogpunt onwenselijk zijn.

DEZE FLOWCHARTS ZIJN TE DOWNLOADEN VIA WWW.VVOV.ORG



figuur 1. Flowchart 'Acute zorg bij arteriële of veneuze bloeding bij hoofd-hals tumoren'.



figuur 2. Flowchart 'Anticiperend beleid bij patiënten met een hoofd-hals tumor in een palliatieve fase met een risico op fatale bloeding'.

Belangrijk is wel dat familieleden altijd op de hoogte moeten worden gebracht. Therapeutische exceptie kan in zeldzame gevallen ook aan de orde zijn bij de dreiging van een fatale bloeding. Ten tweede staat aangegeven dat twee ampullen midazolam van 50 mg klaar moeten staan. De reden hiervoor is dat in de stress van het moment een ampul kapot kan vallen of breken. Er is dan direct een nieuwe ampul bij de hand. Ten derde de 'donkere handdoeken'; hiervoor is gekozen om reden dat het vrijkomende bloed dan minder opvalt.

### Midazolam

Het sedativum waarvoor wij hebben gekozen is midazolam, in Nederland bekend onder de merknaam Dormicum®. Midazolam is een benzodiazepine dat een sederende, amnestische en angstreducerende werking heeft. Hoewel midazolam op verschillende wijzen wordt toegediend, heeft een intraveneuze injectie de snelste werkingstijd. Het is daarom zeer geschikt als sedativum in acute situaties (Brown e.a., 2005). Het heeft geen analgetische eigenschappen, waardoor het vaak in combinatie met een opioïd wordt gegeven. Bij hogere doseringen heeft midazolam hypotensie, bradycardie en respiratoire depressie (in de zin van een lage ademhalingsfrequentie) als mogelijke bijwerkingen (Shafer, 1998). Bij toediening tijdens het actuele sterven, zoals bij een fatale bloeding zijn dergelijke bijwerkingen niet (meer) van belang. De werkgroep heeft ervoor gekozen om, indien mogelijk, 25 mg midazolam intraveneus als bolus toe te dienen. Is er geen intraveneuze toegang en is het niet mogelijk direct in de bloedbaan te injecteren, dan kan de bolus intramusculair worden toegediend. Hierbij moet worden aangetekend dat de inwerktijd bij intramusculaire toediening langer is (circa 5 minuten) en hierdoor haar doel voorbij kan schieten.

### Geen morfine

De vraag waarvoor de werkgroep zich gesteld zag, is of patiënten tijdens de fatale bloeding een bolus morfine toegediend zouden moeten krijgen. Voordat de werkgroep werd ingesteld was het algemeen beleid om in geval van een fatale bloeding een bolus morfine te injecteren. De intentie hierbij was om de patiënt acuut diep en volledig te sederen. Morfine is een veel gebruikt middel in de palliatieve zorg voor de behandeling van pijn, dyspnoe en hinderlijke hoest. Het is echter geen sedativum. Voor (acute) sedatie is morfine ongeschikt. Een patiënt met een fatale bloeding zal snel na het ontstaan van de bloeding overlijden, waardoor (anticiperende) behandeling van pijn, dyspnoe of hoest niet nodig is. Om die reden is er geen indicatie voor het toedienen van morfine in de stervensfase in geval van een fatale bloeding. Daarnaast is er over het nut van de toediening van een sedativum gediscussieerd. In geval van een ernstige arteriële bloeding verliest de patiënt snel het bewustzijn en is het veelal niet nodig om de patiënt te sederen, maar dit is niet het geval bij een 'sijpelende' arteriële of veneuze fatale bloeding. Wordt in een dergelijke situatie het sterven geaccepteerd, dan is het moreel wenselijk om op mogelijk lijden van de patiënt te anticiperen door de patiënt acuut en diep te sederen. Het meest voor de hand liggende middel hiervoor is een snelwerkend sedativum zoals midazolam.

### Geen actieve levensbeëindiging

Omdat de toediening van een bolus midazolam tijdens het sterven plaats

heeft en de patiënt veelal binnen minuten na het ontstaan van de bloeding en de toediening van midazolam overlijdt, kunnen familieleden, maar ook artsen en verpleegkundigen denken dat het leven van de patiënt actief wordt beëindigd. Er is echter geen causaal verband tussen het overlijden en de injectie van midazolam. De optredende bloeding is fataal en wordt als een eindig incident geaccepteerd. Met of zonder de injectie van midazolam zal de patiënt snel (binnen minuten) komen te overlijden. De werkgroep is daarom van mening dat de veel genoemde ethische doctrine van het dubbeleffect (aan de beslissing ligt zowel een goede uitkomst (de patiënt lijdt niet, is diep gesedeerd), als een slechte uitkomst (de patiënt overlijdt eerder door de toediening van het sedativum)), niet van toepassing is bij de toediening van midazolam tijdens het sterven ten gevolge van een 'fatale bloeding'. Het toedienen van midazolam is te zien als een poging om de horror van te sterven aan verbloeding te verlichten; het is normaal medisch handelen tijdens het sterven. De patiënt sterft een natuurlijke dood.

### Conclusie

Met de implementatie van de richtlijnen 'Acute zorg bij arteriële of veneuze bloeding bij hoofd-hals tumoren' en 'Anticiperend beleid bij patiënten met een hoofd-hals tumor in een palliatieve fase met een risico op fatale bloeding' hopen wij dat de acute palliatieve zorg voor patiënten met risico op een 'fatale bloeding' meer gestructureerd zal verlopen, meer duidelijkheid zal verschaffen en hierdoor uiteindelijk de patiëntenzorg ten goede zal komen. De werkgroep ziet geen reden om tijdens de bloeding een bolus morfine toe te dienen, maar beperkt zich tot de toediening van een bolus midazolam tijdens het sterven. Er is hierbij geen sprake van actieve levensbeëindiging, er is geen causaal verband tussen de toediening van midazolam en de dood van de patiënt. De ethische doctrine van het dubbeleffect is niet van toepassing.

CORRESPONDENTIE. E.J.O.KOMPANJE@ERASMUSMC.NL

DE FLOWCHARTS OP PAGINA 33 ZIJN TE DOWNLOADEN VIA WWW.VVOV.ORG

### LITERATUUR

- **BROWN T.B., LOVATO L.M., PARKER D.** (2005). PROCEDURAL SEDATION IN THE ACUTE CARE SETTING. *AM FAM PHYSICIAN*, 71: 85-90
- **CHALOUKKA J.C., ROTH T.C., PUTMAN C.M., MITRA S., ROSS D.A., LOWLIGHT R.A., SASAKI C.T.** (1999). RECURRENT CAROTID BLOWOUT SYNDROME: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES IN A NEWLY RECOGNIZED SUBGROUP OF PATIENTS. *AM J NEURORADIOLOG*, 20: 1069-1077
- **COHEN J. & RAD I.** (2004). CONTEMPORARY MANAGEMENT OF CAROTID BLOWOUT. *CURR OPIN OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*, 12: 110-115
- **FORBES K.** (1997). PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH CANCER OF THE HEAD AND NECK. *CLIN OTOLARYNGOL*, 22: 117-122
- **KOCH W.M.** (1993). COMPLICATIONS OF SURGERY OF THE NECK. IN: D. EISELE (RED.), COMPLICATIONS IN HEAD AND NECK SURGERY 393-413
- **PANTVAIDYA G.H., D'CRUZ A.K., PRABHASH K.** (2005). PALLIATION IN INCURABLE HEAD AND NECK CANCERS: CHEMOTHERAPY? *J CLIN ONCOL*, 23: 8128-8129
- **SHAFFER A.** (1998). COMPLICATIONS OF SEDATION WITH MIDAZOLAM IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND A COMPARISON WITH OTHER SEDATIVE REGIMENS. *CRIT CARE MED*, 26: 947-956
- **TOBIAS J.S.** (1994). CANCER OF THE HEAD AND NECK. *BMJ* 308: 961-966