

# Revisie van de richtlijn ‘Ileus bij patiënten met kanker in de palliatieve fase’

Revision of the guideline ‘Bowel obstruction in patients with cancer in the palliative phase’

dr. A. de Graeff<sup>1</sup>, drs. E.B.L. van Dorst<sup>2</sup>, dr. H.C.A.M. van Rijswijk<sup>3</sup>, drs. R.W.M. Schrauwen<sup>4</sup>, dr. M.W.J. Stommel<sup>5</sup>, drs. B.J.P. Vis-Janssens de Varebeke<sup>6</sup>, T. van Wijnen-van den Bogert<sup>7</sup>, dr. L. van Zuylen<sup>8</sup>, B.C.M. Borggreve<sup>9</sup>

## SAMENVATTING

De richtlijn ‘Ileus bij patiënten met kanker in de palliatieve fase’ is in 2018 herzien. De leden van de werkgroep zijn gemandateerd namens diverse wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen. Aan de hand van een knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd over chirurgie, stentplaatsing, maaghevel en medicamenteuze behandeling met octreotide en scopolaminebutyl. Deze uitgangsvragen zijn ‘evidence-based’ uitgewerkt. De andere onderdelen van de richtlijn zijn ‘consensus-based’ herzien. In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de belangrijkste veranderingen en aanbevelingen van de richtlijn.

(NED TIJDSCHR ONCOL 2018;15:302-5)

## SUMMARY

The guideline ‘Bowel obstruction in patients with cancer in the palliative phase’ was revised in 2018. 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 with regard to surgery, colonic stenting, gastric drainage and treatment with octreotide and scopolamine butylbromide. These questions were answered evidence-based. Other parts of the guideline were revised consensus-based. In this paper a short summary is given of the most important changes and recommendations of the guideline.

## INLEIDING

De eerste versie van de richtlijn ‘Ileus in de palliatieve fase’ kwam in 1996 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 de richtlijnenboeken palliatieve zorg van de Vereniging van Integrale Kankercentra

van 2005 en 2010.<sup>1</sup>

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en het Platform Palliatieve Zorg Richtlijnen (PAZORI) namen in 2017 het initiatief voor een herziening van de richtlijn. De leden van de werkgroep zijn gemandateerd namens het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), Verpleegkundi-

<sup>1</sup>internist-oncoloog, UMC Utrecht en hospice-arts, Academisch Hospice Demeter, De Bilt, <sup>2</sup>gynaecoloog UMCU, <sup>3</sup>huisarts, Sint-Michielsgestel, <sup>4</sup>MDL-arts, Bernhoven ziekenhuis, <sup>5</sup>chirurg, Radboudumc, <sup>6</sup>1<sup>e</sup> specialist ouderengeneeskunde met kaderopleiding palliatieve zorg, Aafje Zorgorganisatie, <sup>7</sup>specialistisch verpleegkundige oncologie, palliatief verpleegkundige i.o., Thuiszorg SMR, <sup>8</sup>internist-oncoloog, Erasmus MC, <sup>9</sup>adviseur, IKNL. Correspondentie graag richten aan dhr. dr. A. de Graeff, internist-oncoloog, UMC Utrecht, voorzitter van de richtlijnwerkgroep, 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:** ileus, kanker, palliatieve fase, richtlijn

**Keywords:** bowel obstruction, cancer, guideline, ileus, palliative phase

**TABEL 1.** Oorzaken van een ileus in de palliatieve fase.

- 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 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

gen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Palliatief en de Nederlandse Verenigingen voor Heelkunde (NVH), Interne Geneeskunde (NIV), Maagdarmleverziekten (NVMDL) en Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Aan de hand van een knelpuntenanalyse is besloten om de plaats van chirurgie, stentplaatsing, maaghevel en behandeling met octreotide en scopolaminebutyl 'evidence-based' (volgens de GRADE-methode) te herzien. De overige teksten van de richtlijn van 2010 zijn 'consensus-based' herzien. De concepttekst is bijgesteld aan de hand van het commentaar van de betrokken beroepsverenigingen. De betrokken beroepsverenigingen hebben inmiddels de richtlijn geautoriseerd/geaccordeerd. De richtlijn is in te zien op [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl).

De richtlijn heeft betrekking op een ileus bij patiënten met kanker in de palliatieve fase.

Hieronder wordt een beknopt overzicht gegeven van de inhoud van de richtlijn.

## BESPREKING INHOUD

### DEFINITIE, PREVALENTIE EN OORZAKEN

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. In de palliatieve fase ontstaat een ileus nogal eens geleidelijk (meestal als gevolg van peritonitis carcinomatosa) en is meestal geen sprake van een volledige obstructie. Het

onderscheid tussen mechanische en paralytische ileus is dan meestal niet goed te maken.

Een ileus komt voor bij 3-15% van de patiënten in een gevorderd stadium van kanker, vooral bij het ovariumcarcinoom (20-50% van de patiënten) en het colorectaal carcinoom (10-29%).

De oorzaken van een ileus in de palliatieve fase staan vermeld in *Tabel 1*. Meerdere factoren kunnen tegelijkertijd een rol spelen.

### DIAGNOSTIEK

Voor de diagnostiek van een ileus worden in de richtlijn de volgende aanbevelingen gedaan:<sup>2</sup>

- Stel de diagnose ileus op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Verricht alleen aanvullend onderzoek bij een ileus als het consequenties heeft voor de behandeling (met name als operatie, stentplaatsing of systemische therapie wordt overwogen).
- Verricht als aanvullend onderzoek:
  - een CT-scan van de buik om:
    - o een lokale obstructie aan te tonen, waarvoor operatie of stentplaatsing zou kunnen zijn aangewezen, en/of
    - o een andere behandelbare oorzaak vast te stellen, en/of
    - o 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)

**TABEL 2.** Aanbevelingen ten aanzien van symptomatische behandeling.

- Ter behandeling van braken en misselijkheid:
  - Breng primair een neusmaagsonde in als hevel.
  - Als een neusmaagsonde wordt geweigerd of niet wordt verdragen is octreotide 3 dd 200 µg of 600 µg/24 uur continu s.c. of i.v., een alternatief, eventueel in combinatie met omeprazol of pantoprazol 1 dd 40 mg s.c. of i.v. Geef scopolaminebutyl 60-120 mg/24 uur of 4 dd 20 mg s.c. of i.v., als ook sprake is van krampende buikpijn, als de kosten van octreotide een probleem zijn of als octreotide niet snel leverbaar is.
  - Start bij onvoldoende reactie van de klachten op een maaghevel of behandeling met octreotide of scopolaminebutyl met dexamethason 1 dd 8 mg i.v. of s.c.
  - Start bij onvoldoende effect van bovengenoemde behandelingen met metoclopramide 40 mg/24 uur s.c. of i.v. (bij een incomplete ileus) of met haloperidol 2 mg/24 uur s.c. of i.v. (bij een complete ileus).
- Ter behandeling van pijn:
  - Bij krampende buikpijn: scopolaminebutyl 60-120 mg/24 uur s.c. of i.v..
  - Bij onvoldoende reactie op scopolaminebutyl of bij continue buikpijn: morfine of oxycodon 30 mg/24 uur s.c. of i.v. (bij opioïd-naïeve patiënt).

systemische therapie.

NB. Het maken van een buikoverzichtsfoto wordt niet aanbevolen.

- een coloscopie als een stentplaatsing wordt overwogen.

## BEHANDELING

Als de diagnose ileus in de thuissituatie is gesteld, beslist de huisarts in overleg met de patiënt en vaak ook samen met de hoofdbehandelaar in het ziekenhuis of de patiënt wordt ingestuurd of dat wordt gekozen voor een symptomatisch beleid thuis (zie *Tabel 2*).

Indien de patiënt wordt ingestuurd kan in het ziekenhuis een aantal interventies worden ingezet:

- Niets per os en parenterale toediening van vocht.
- Laxeren.
- Inbrengen van maaghevel ter behandeling van braken en/of als voorbereiding op een eventuele laparotomie.
- Pijnbestrijding.

Vaak wordt 48-72 uur afgewacht om te zien of herstel van de darmassage optreedt. In deze periode kan aanvullende diagnostiek worden verricht (zie eerder) en wordt beoordeeld of er mogelijkheden zijn voor operatie, stentplaatsing of primaire systemische therapie (zie *Tabel 3* voor de bijbehorende aanbevelingen).

Indien er geen herstel van de darmassage optreedt en niet wordt gekozen voor bovengenoemde interventies, wordt een symptomatisch beleid gevoerd, waarbij primair verlichting

van klachten (vooral braken en pijn) wordt nagestreefd (zie *Tabel 2* voor de bijbehorende aanbevelingen).

## VOEDING EN VOCHT

Parenterale voeding wordt geadviseerd in drie situaties:

1. Perioperatief als sprake is van ondervoeding op basis van scores van MUST, SNAQ of PS-SGA.
2. Indien wordt gestart met palliatieve systemische therapie en orale voeding niet mogelijk is.
3. In geval van een inoperabele ileus, een symptomatisch beleid en falen van orale voeding: bij een verwachte overleving van >3 maanden en een WHO-performance-status 0-2.

Van tevoren worden expliciet de voor- en nadelen van parenterale voeding besproken en afspraken gemaakt met de patiënt en diens naasten over de momenten van evaluatie en het staken van de parenterale voeding.

Bij de presentatie van een ileus wordt gestart met parenterale toediening van vocht, tenzij de patiënt dit expliciet niet wil en/of de levensverwachting <1-2 weken is. Bij patiënten met een inoperabele ileus met een producerende maaghevel en bij patiënten zonder maaghevel die niet in staat zijn om regelmatig slokjes te drinken en/of bij veel braken, kan de parenterale toediening van vocht worden gecontinueerd. Hierbij worden expliciet de voor- en nadelen van het voortzetten van parenterale toediening van vocht besproken met de patiënt en diens naasten en worden afspraken gemaakt over de momenten van evaluatie met de patiënt en diens naasten van het effect, de wens en de zin van het voortzetten

**TABEL 3.** Aanbevelingen ten aanzien van operatie, stentplaatsing en primaire systemische therapie bij patiënten met een ileus bij kanker in de palliatieve fase.

- Behandel patiënten operatief (door het aanleggen van stoma of bypass, resectie of adhesiolysis) indien:
  - sprake is van een (enkel) aanwijsbaar obstructief moment op basis van preoperatieve beeldvorming, en
  - de algehele conditie van de patiënt voldoende is 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).
- Kies voor het inbrengen van een stent in het colon als:
  - sprake is van linkszijdige obstructie (vanaf 8 cm boven de linea dentata tot de flexura lienalis) op basis van een proces in de darmwand (en niet op basis van compressie van buitenaf), en
  - de stenose korter dan 4 cm is en te passeren is met voerdraad en stent, en
  - de endoscopist voldoende expertise heeft (minimaal 20 stents geplaatst), en
  - de geschatte levensduur korter dan drie maanden is.
- Start met palliatieve systemische therapie als is voldaan aan de volgende voorwaarden:
  - goede kans op een snelle respons. Na eerdere palliatieve systemische therapie is grote terughoudendheid aangewezen (met uitzondering van het platinumgevoelig ovariumcarcinoom);
  - goede lichamelijke conditie (WHO-performance-status 1-2).

van de parenterale toediening van vocht.

## CONCLUSIE

Inhoudelijk is er een aantal wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van de richtlijn ileus:

- Bij de diagnostiek staat de CT-scan centraal en worden een buikoverzichtsfoto en echografie niet meer geadviseerd.
- De criteria voor operatie, stentplaatsing, primaire systemische therapie en parenterale toediening van voeding en vocht zijn scherp geformuleerd.
- Er is een duidelijk stappenplan voor de behandeling van braken en misselijkheid.

De werkwijze bij het opstellen van de richtlijn is fundamenteel gewijzigd:

- De leden van de werkgroep zijn gemandateerd door hun verenigingen.
- De belangrijkste uitgangsvragen zijn 'evidence-based' uitgewerkt.

- Er zijn door literatuur onderbouwde conclusies en aanbevelingen gegeven.
- De richtlijn is becommentarieerd en geautoriseerd/geacordeerd door de betrokken beroepsverenigingen.
- Er is een uitgebreide beslisboom gemaakt.

Hopelijk zal deze nieuw ingeslagen weg (samen met het bijgeleverde implementatieplan) het gebruik van de richtlijn door alle bij de diagnostiek en behandeling van ileus betrokken disciplines ten goede komen.

## REFERENTIES

1. De Graeff A, Hesselmann GM. Richtlijn ileus in de palliatieve fase. In: De Graeff A, Van Bommel JMP, Van Deijck RHPD, Krol RJA, Oldenmenger WH, Vollaard EJ (red). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2010, pp 377-91.
2. Richtlijn Ileus in de palliatieve fase. Te raadplegen via [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl).

ONTVANGEN 16 JULI 2018, GEACCEPTEERD 26 OKTOBER 2018.