



(Ver)bloedingen bij hoofd-halstumoren

R. Kuijl *

In 1976 ben ik als achttienjarige begonnen als leerling-verpleegkundige in het voormalige ziekenhuis Mariastichting te Haarlem. Mijn eerste afdeling was de klasse-afdeling. Op een ochtend werd mij gevraagd om naast een patiënt te gaan zitten met in zijn hals een enorme, indrukwekkende tumor. De hoofdzuster gaf mij opdracht om bij een bloeding, deze te stoppen met een gaas en om hulp te roepen. Gelukkig werd ik afgelost en heeft er geen bloeding plaatsgevonden.

Hoofd-halskanker

Er komt veel kanker voor in Nederland, waarvan drie procent in het hoofd-halsgebied. De behandeling van deze vorm richt zich op de mondholte, de keel, het strottenhoofd, de neus, de hals en de speekselklieren. Per jaar komen er ongeveer 3.000 patiënten bij met tumoren in het hoofd-halsgebied en sterven er 900 (1). Het komt tweemaal zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen.

De meeste tumoren in het mond- en keelgebied worden te laat ontdekt omdat de symptomen niet altijd opgemerkt worden en deze tumoren snelgroeiend zijn.

De oorzaken zijn roken en/of alcoholgebruik, het humaan papillomavirus, erfelijkheid of door pure pech. Slechte mondhygiëne en voeding spelen in het geheel een belangrijke rol. Helaas komt meer dan de helft van de patiënten in een vergevorderd stadium bij de specialist. De meeste tumoren in het mond- en keelgebied worden te laat ontdekt omdat de symptomen niet altijd opgemerkt worden en deze tumoren snelgroeiend zijn. De klachten die voor kunnen komen zijn pijn uitstralend naar de oren, zwelling in de hals, kauw- en slikklachten, neusbloedingen, gewichtsverlies, heesheid en verstopte oren (1). De curatieve behandeling van kanker in het hoofd-halsgebied bestaat meestal uit een operatie, waarbij vooraf of na de operatie radiotherapie wordt gegeven en de schildwacht-klierprocedure kan worden uitgevoerd. Er kunnen door de behandeling oncologische wonden ontstaan die een normale genezingstendens hebben. Bij vergevorderde stadia van hoofd-halskanker met uitzaaiingen is de behandeling niet meer gericht op genezing, maar op ondersteunende behandeling, zoals een combinatie chemo-radiotherapie en targettherapie. Door de behandeling kan een defect ontstaan in de tumor of uitzaaiing waardoor er een oncologisch ulcus ontstaat. Het onderlig-

gend weefsel is kwaadaardig en heeft geen genezingstendens. In het weefsel van het oncologische ulcus ontstaan infecties en geurproblemen door afsterven van tumorweefsel (foto 1)), het heeft een verhoogde bloedingsneiging en veroorzaakt jeuk en pijn (2).



Foto 1. Oncologisch ulcus speekselklierkanker. Toestemming verkregen van de patiënt voor plaatsing.

Bloedingen

De meeste patiënten waarbij een bloeding dreigt te ontstaan bevinden zich al in de palliatieve fase van hun ziekte, waarbij genezing niet meer mogelijk is. Er ontstaan bloedingen door slechte vasoconstrictie van de bloedvaten in het tumorweefsel en/of uitzaaïngen en de maligne cellen in het tumorweefsel tasten bloedvaten aan. Er zijn drie soorten bloedingen: diffuus, veneus en arterieel (2). Diffuse bloedingen kunnen ontstaan door beschadiging van de haarvaten door gebruik van verkeerd verbandmateriaal, krabben of door schuifkrachten. Een oncologisch ulcus heeft een verhoogde bleedingsneiging en het verwijderen van tumorweefsel is een contra-indicatie. Het oncologische ulcus moet heel goed beschermd worden tegen stoten, verkleven en schuifkrachten (2).

Kleine bloedingen kunnen een voorbode zijn voor een grotere veneuze of zelfs fatale arteriële bloeding door de groei van de tumor in grote bloedvaten (2).

Het gebruik van verband moet wel overwogen gemaakt worden en mag absoluut niet gaan vastplakken aan de wond, zodat er geen schade toegebracht kan worden aan het wondbed. Het verwijderen van het oude verband kan onder de kraan of de douche gedaan worden met een zachte straal, zodat het rustig kan worden losgemaakt. De wond moet heel voorzichtig gereinigd en verbonden worden en dit vergt veel creativiteit. Kleine bloedingen kunnen verholpen worden door tien tot vijftien minuten lokale druk uit te oefenen met behulp van een hemostatisch verband, drukverband of een cool pack. Kleine bloedingen kunnen een voorbode zijn voor een grotere veneuze of zelfs fatale arteriële bloeding door de groei van de tumor in grote bloedvaten (2). Wanneer de bloedingen heftiger en frequenter voorkomen, dan is het raadzaam om xylometazoline met 1:1000 adrenaline oplossing paraat te hebben. Deze oplossing moet, gedrenkt in gazen, op de wond gelegd worden om zo vasoconstrictie van de bloedvaten te krijgen. De bloeding zal langzaam afnemen. Een andere optie is tranexaminezuur (3) driemaal daags 1.000 milligram per os (2). Dit middel voorkomt dat bloedstolsels oplossen. Bij regelmatige veneuze bloedingen kan een oncologische behandeling zinvol zijn, zoals radiotherapie, embolisatie of het plaatsen van een stent. Het plaatsen van een stent kan maar bij een heel kleine groep patiënten die kans hebben op een herseninfarct of wederom een bloeding met de dood als gevolg (4). Er kan plotseling, zowel intern als extern, een enorm grote bloeding ontstaan door het scheuren van de wand van de arteria carotis en de patiënt kan binnen een minuut overlijden; dit wordt verbloeden of

een blow-out genoemd. Een blow-out is een fatale bloeding als gevolg van een tumor of als gevolg van een behandeling.

Blow-out

Vijf procent van alle patiënten met hoofd-halskanker in de palliatieve fase krijgt een blow-out (5), maar de meeste patiënten overlijden aan andere complicaties van de kanker, zoals longontsteking en uitputting. In 2004 is er in het Erasmus MC een werkgroep Blow-out gestart met als doel structureren en verbeteren van de acute zorg (6). Dit heeft geleid tot twee flowcharts: 1. Anticiperend beleid en 2. Acute zorg (figuur 1 en 2). Deze zijn in 2006 geïmplementeerd. De werkgroep heeft gekozen om tijdens de fatale bloeding midazolam te geven in plaats van morfine. Midazolam heeft een sedatieve en angstverminderende werking. Morfine wordt gegeven bij hevige pijn en is ongeschikt voor sedatie. Het Erasmus MC heeft een onderzoek gedaan naar risicofactoren voor het krijgen van een blow-out. Regelmatige bloedingen en het hebben van een fistel zijn onafhankelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van een blow-out (5). Tegenwoordig wordt een scan gemaakt om de ingroei van de tumor in de vaten te bekijken en in te schatten of er kans is op een bloeding. De klinische blik speelt hierbij een belangrijke rol.

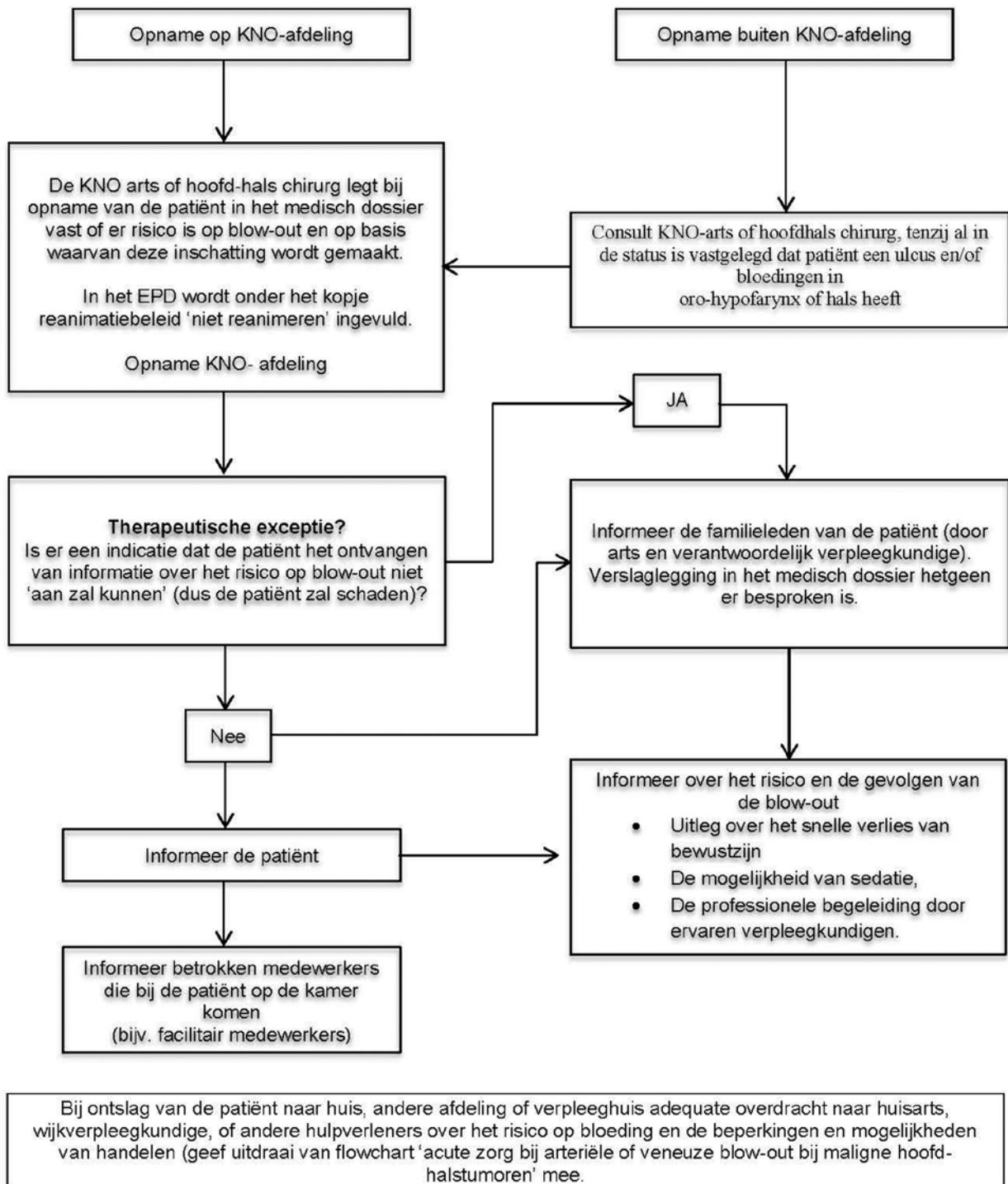
In 2015 is er een rechtszaak geweest (7). Een patiënt kreeg twee dagen voordat hij geëuthanaseerd zou worden beginnende bloedingen. Volgens het blow-out protocol werd gestart met sedatie. De patiënt had eerder te kennen gegeven om tijdens een blow-out 'niet meer wakker te willen worden'. De SCEN-arts interpreteerde 'niet meer wakker worden' als euthanasiewens van de patiënt. Het oordeel van de commissie: 'Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen'. Hieruit blijkt dat communiceren een punt van aandacht blijft. Gespecialiseerde ziekenhuizen werken momenteel met een protocol voor acute sedatie, daar een blow-out acuut aanleiding kan geven tot een ondragelijk sterfproces en de patiënt binnen minuten tot enkele uren komt te overlijden (8).

Communicatie

De complexe behandeling van patiënten met hoofd-halskanker vindt plaats in een gespecialiseerd ziekenhuis met een multidisciplinair team. Dit team bestaat uit specialisten op het gebied van keel-, neus- en oorheelkunde, kaakchirurgie, radiologie, medische oncologie, radiotherapie, nucleaire geneeskunde en pathologie. Het team bespreekt wat de beste behandeling is voor de patiënt en stelt een behandelplan op. De patiënt en familie krijgen informatie over de medische aspecten, diagnose en behandeling, prognose en vooruitzichten en de te verwachten gevolgen voor het dagelijkse leven op korte en lange termijn (9).

Anticiperend beleid bij patiënten met een hoofd/halstumor in de palliatieve fase met een risico op een fatale bloeding

Patiënten in de palliatieve fase die behandeld zijn voor een maligniteit in het hoofd-halsgebied lopen als gevolg van behandeling of tumorgroei kans op een grote bloeding (zogenaamde 'blow-out'). Als een dergelijke bloeding ontstaat is het beleid symptoomgericht. Zie flowchart hieronder 'Acute zorg bij veneuze of arteriële bloeding ('blow-out') bij maligne hoofd-halstumoren'

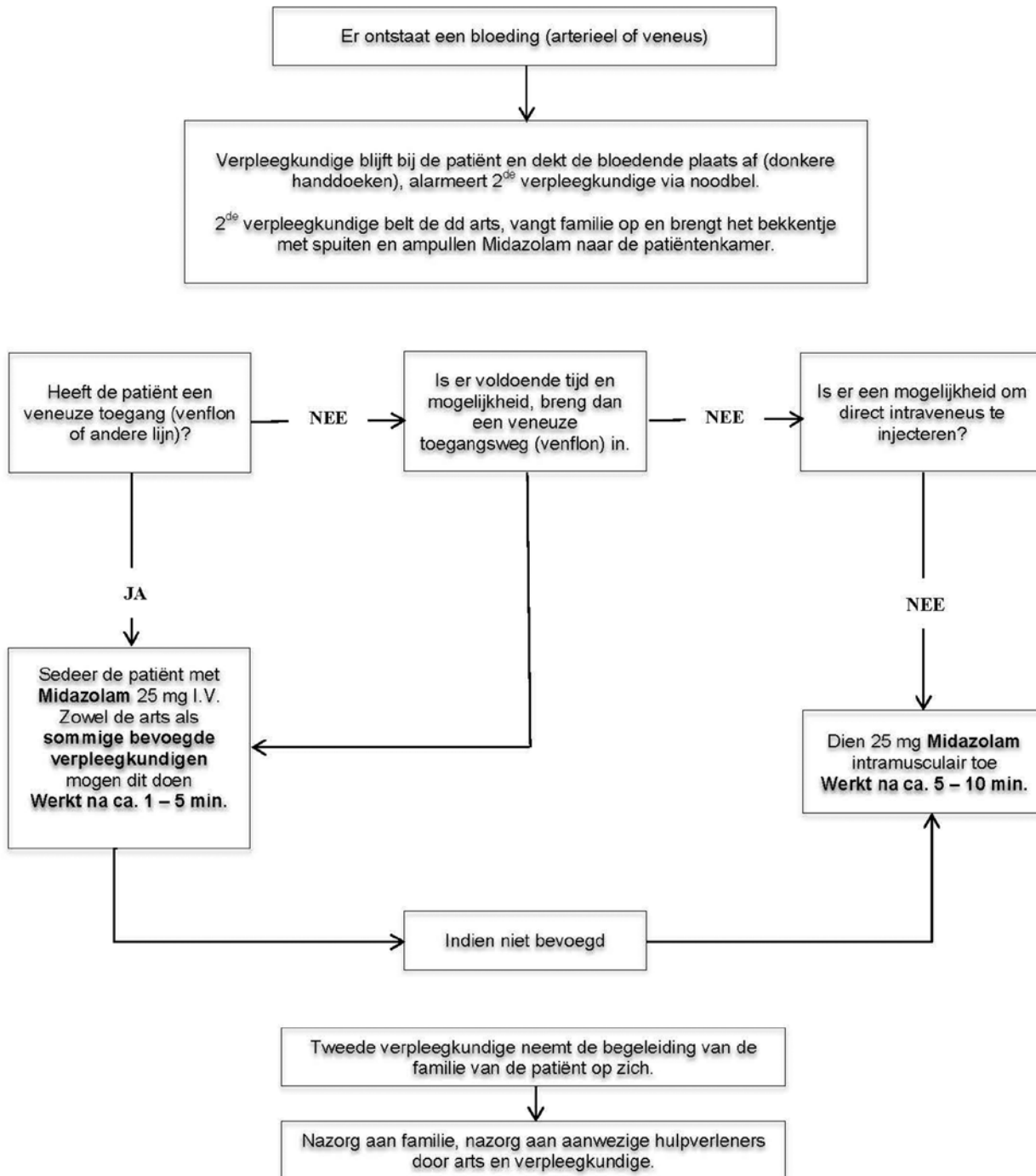


Figuur 1. Anticiperend beleid bij patiënten met een hoofd-halstumor in de palliatieve fase met een risico op een fatale bloeding.

Acute zorg bij veneuze of arteriële bloeding ('Blow-out') bij maligne hoofd-halstumoren

Na behandeling of door doorgroei van een maligne halstumor kan een zogenaamde 'blow-out' optreden. Van tevoren is het besluit genomen dat er geen curatief gerichte behandeling meer geboden wordt (de patiënt mag overlijden). Patiënt wordt op een eenpersoonskamer verpleegd. Op de kamer zijn donkere (hand)doeken en handschoenen aanwezig.
In de medicijnkamer staat een bekkentje met daarin twee ampullen **Midazolam** 50 mgr/10cc en een 10cc spuit met opzuignaald klaar.

In *principe* is de patiënt van het risico op 'blow-out' op de hoogte (**uitzondering therapeutische exceptie**). Belangrijk is dat de naaste familieleden **altijd** van dit gevaar op de hoogte zijn. Het ontstaan van de bloeding is vrijwel altijd een zeer ingrijpende ervaring voor aanwezige familieleden.



Figuur 2. Acute zorg bij veneuze of arteriële bloeding ('Blow-out') bij maligne hoofd-halstumoren.

Het behandelplan wordt besproken met de hoofdbehandelaar, de casemanager, patiënt en familie. De gevolgen van de ingrijpende behandeling liggen op lichamelijk, emotioneel, psychosociaal en relationeel vlak. Denk hierbij aan mutilerende littekens, problemen met praten en slikken waardoor een slechte intake van voeding, wonden, fistel, vermoeidheid, pijn en allerlei emoties. Het gevolg is dat deze patiënten geïsoleerd zijn en de deur haast niet meer uitgaan. De hoofdbehandelaar moet de patiënt eerlijke informatie geven over de gevolgen van de behandeling, zodat deze een beslissing kan maken.

De patiënt houdt zelf de regie in handen over hoe de behandeling eruit gaat zien. Wel of niet behandelen, hoe ziet zijn/haar toekomst eruit. De gevolgen van de behandeling mogen niet opwegen tegen de resultaten. De patiënt heeft recht om af te zien van een behandeling.

Als er geen genezing meer mogelijk is neemt het palliatieve team de behandeling over. Deze is gericht op het remmen van de kanker en het bestrijden van de klachten. Palliatieve zorg is meer gericht op kwaliteit van leven en om de terminale fase zo dragelijk mogelijk te maken. Er zitten grenzen aan de behandelingen en uiteindelijk beslist de patiënt. Wat er niet meer kan worden gedaan zal besproken moeten worden met de patiënt, zoals reanimeren, beademen, antibiotica, IC-opname en bloedonderzoek. Het palliatieve team bespreekt het krijgen van een mogelijke blow-out en de mogelijkheid voor acute sedatie of euthanasie bij ondragelijk lijden. Uiteraard moet dit goed gedocumenteerd worden.

De hoofdbehandelaar neemt na ontslag van de patiënt zowel mondeling als schriftelijk contact op met de huisarts en in de ontslagbrief moet duidelijke informatie gegeven worden over de diagnose, het behandelplan, leefstijladviezen, welke disciplines erbij betrokken zijn en wat actuele problemen kunnen zijn. De patiënt krijgt een recept mee volgens het protocol blow-out voor midazolam ampullen en neusspray.

De casemanager is de spin in het web en blijft tot het eind het aanspreekpunt van de patiënt, zowel in de curatieve als in de palliatieve fase.

De taak van een casemanager of gespecialiseerd verpleegkundige (10) is het begeleiden op medisch-technisch en psychosociaal gebied, verlenen van hoogwaardige patiëntenzorg en ondersteuning van een zo optimaal mogelijke conditie van de patiënt. Tevens het geven van voorlichting en gerichte consultatie aan de eerste en de tweede lijn. De patiënt heeft ook recht op informatie, wat geleidelijk moet plaatsvinden. Kijk welke informatie op dat moment relevant is en bekijk dit per week. Er mag altijd contact worden opgenomen met de casemanager, zowel door de patiënt, de familie als de eerste lijn.

Het krijgen van een blow-out kan zowel in het ziekenhuis, het hospice als thuis gebeuren en iedereen moet goed op de hoogte zijn gebracht van het blow-out protocol. De taak

van de huisarts is de eerste lijn goed te informeren over de situatie van de patiënt. Er ontbreekt nog weleens belangrijke informatie over het verzorgen van de complexe wond en het blow-out protocol. Het is van belang dat de huisarts samen met de verzorgenden het protocol doorspreekt. Een blow-out gebeurt meestal onverwachts en er kan paniek ontstaan. Bedenk van tevoren wat de benodigdheden zijn als er een kans is op een bloeding en zet dit klaar in een mand, zodat het gelijk voorhanden is. Benodigdheden, zoals donkere handdoeken om het bloed te maskeren, handschoenen, disposable matjes, midazolam neusspray of ampullen, spuitjes/naalden, belangrijke telefoonnummers. Zorg dat de patiënt tijdens een blow-out comfortabel is en blijf bij hem/haar. Er kan worden gestart met midazolam spray in de neus of een midazolaminjectie, afhankelijk wat er is afgesproken. De patiënt overlijdt binnen enkele minuten tot een half uur.

Het meemaken van een blow-out is traumatisch voor alle omstanders. Neem de tijd voor een nagesprek. Na deze nare gebeurtenis is het belangrijk om de familie te steunen en mogelijk door te verwijzen naar een instantie die hen kan helpen met de verwerking hiervan.

Literatuur

1. <https://www.IKNL.nl/hoofd-halskanker> Nederland: cijfers uit de Nederlandse Nederlandse kankerregistratie/update 13 sept.2019. Bezocht op 4 juli 2020.
2. Digitale versie WCS wondenboek/Hoofdstuk 11 Oncologische wonden/Oncologische ulcera/I. Bloedingsneiging. Bezocht op 4 augustus 2020.
3. <https://www.apotheek.nl/medicijnen/ranexamine> zuur/werking, bezocht op 20 juli 2020.
4. https://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/documenten/pdf/kenniscentrum_palliatieve_zorg_hoofd-hals_kankerpatiënten_blow_out_in_palliatieve_fase/netwerk_palliatieve_zorg Rotterdam en omstreken. Bezocht 20 augustus 2020.
5. Van de Berg JM, Monserez DA, Van de Wall BJ, et al. **Presentatie: risicofactoren voor blow-out bij palliatieve hoofd hals kankerpatiënten.** 2014.
6. Kompanje E. **Goede, acute zorg bij een fatale bloeding bij hoofd-hals kanker.** *Oncologica*, 2006; nummer 3.
7. <https://www.euthanasiecommissie.nl/oordelen/2015/> Oordeel 2015-26, medisch specialist, kanker, vrijwillig en weloverwogen verzoek. Bezocht 27 juni 2020.
8. Castelijin DAR, Rozemeijer O, Cornelisse AC, et al. **Acute palliatieve sedatie. Verlicht het lijden en begeleid zorgvuldig.** *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2019;09.
9. Richtlijn hoofd-halstumoren-nvmka, https://www.nvmka.nl/richtlijn_hoofd-halstumoren, 2014. Bezocht 10 september 2020.
10. Van den Berg JM, Catsburg A, Dudok Smit ME, et al. **Specifieke zorg bij hoofd-hals tumoren.** *WCS Nieuws*, 2008;24:32-5.

* Rina Koopman-Kuijl, wondconsulent, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk. Lid WCS Commissie Oncologie en lid van de redactie WCS Nieuws