



Casus “Blow out” bij cervixcarcinoom

I. Tissink*

Reden van opname

Verdenking rectovaginale fistel, tevens onhoudbare pijn.

Voorgeschiedenis

Een 38-jarige vrouw die sinds 2016 gediagnosticeerd is met cervixcarcinoom. Stadium IIb bulky plaveiselcelcarcinoom van de cervix. Patiënt is gehuwd en heeft twee kinderen. Patiënt is altijd sportief geweest en heeft een eigen bedrijf. De behandeling die patiënt krijgt is chemoradiatie; een combinatie van uit- en inwendige bestraling en chemotherapie.

Een maand na de behandeling is er een recidief en wordt patiënt geopereerd; debulking lymfeklier obturatoriusloge rechts, supravaginale hysterectomie, re-implantatie rechter ureter (psoashitch) en het plaatsen van een JJ-katheter (een dun, hol en soepel slangetje, dat ervoor zorgt dat de urine vanuit de nier afloopt in de blaas) rechts. Het recidief is macroscopisch radicaal verwijderd, microscopisch niet. Postoperatief krijgt patiënt radiotherapie: 8 x 3 Gy. Een maand post-radiotherapie heeft patiënt opnieuw pijnklachten. Er wordt een MRI gemaakt waarop een beeld gezien wordt wat verdacht is voor een recidief. Er is geen mogelijkheid tot het nemen van een biopt. Lokale behandelopties, zoals chirurgie en/of radiotherapie, zijn niet meer mogelijk en daarom start patiënt met palliatieve chemotherapie. Er zijn milde nierfunctiestoornissen bij afvoedbelemmering van de rechter nier waarvoor expectatief beleid (aankijken). Op het moment van de opname heeft mw. drie kuren gehad. Er staat een CT-scan gepland waarop te zien zal zijn of de chemotherapie aangeslagen is of niet.

Situatie

Samen met twee gediplomeerde collega's heb ik avonddienst. De dagdienst draagt over dat patiënt, volledig onverwachts, een forse vaginale bloeding heeft gehad om 8.00 uur.

Patiënt is daarbij hemodynamisch instabiel geraakt en het Spoed Interventie Team (SIT) is erbij geroepen. Patiënt wordt flink gevuld en opgetransfundeerd en komt er bovenop. Het Hb is 5,5.

Er wordt een niet-reanimeren beleid (NR-beleid) afgesproken. Verder bespreekt de dienstdoende gynaecoloog de kans op een nieuwe bloeding en wat het beleid dan zal zijn. Patiënt slaapt de verdere dag veel, is uitgeput maar komt nog een keer uit bed om te urineren op de postoel, op karakter. Om voorbereid te zijn op opnieuw een bloeding vraag ik de medisch oncoloog en de dienstdoende arts-assistent om voorzorgsmaatregelen te treffen. Mijn collega die deze avond voor patiënt zorgt is bij haar. Wij hebben het “blow out” (fatale bloeding) protocol (1) uitgeprint en

Blow out protocol

In het blow out protocol staat de verpleegkundige- en medische zorg bij een (dreigende) blow out in de palliatieve fase beschreven. Het doel is om gestandaardiseerde zorg te kunnen verlenen. Bij patiënten met bijvoorbeeld gynaecologische kanker kan door de behandeling of door tumorgroei een arteriële bloeding ontstaan. Een arteriële bloeding leidt binnen vijf minuten tot de dood. Wanneer de patiënt in de palliatieve fase is, is het beleid symptoomgericht. Therapeutisch ingrijpen is dan niet gewenst. Een blow out komt vaak onverwacht. Er kunnen signalen zijn die duiden op een dreigende blow out zoals bijvoorbeeld een voorspellende bloeding (een zogenaamde prodromale bloeding). De hoofdbehandelaar bespreekt met de patiënt en diens naasten dat er een kans is op een blowout en dat er geen behandel mogelijkheden meer zijn. Bij dit gesprek is een verpleegkundige aanwezig. De hoofdbehandelaar noteert alles in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De patiënt krijgt een infuusnaaldje en de arts schrijft een medicatieopdracht voor 25 mg midazolam intraveneus. De verpleegkundige draagt zorg voor een goede overdracht naar de collega's en informeert de collega's van andere disciplines. De verpleegkundige regelt een eenpersoonskamer voor de patiënt, zorgt voor voldoende (liefst donkere) handdoeken op de kamer en zet een bekkentje met spuitje midazolam in het kastje op de kamer. Vanzelfsprekend, maar niet opgenomen in het protocol, is psychosociale zorg gewenst.

bespreken dit met beide artsen. Wij vragen of wij midazolam iv klaar mogen leggen, opgetrokken in een spuit. De dienstdoende arts-assistent bespreekt bovenstaande met patiënt en haar partner en noteert alles in het elektronisch patiëntendossier (EPD).

We hebben net onze maaltijd op als mijn collega een oproep krijgt. 'Kamer 2', zegt ze en loopt er snel naartoe. 'Ik heb weer zo'n enorme bloeding. Help me', roept mw. angstig uit. Het blijken haar laatste woorden te zijn. Bijna tegelijkertijd gaat de noodbel en we weten instinctief dat het menens is en we spoeden ons naar de desbetreffende kamer. Onderweg gris ik de spuit met midazolam mee uit de medicijnkamer. Mijn collega heeft het bed direct in trendelenburg gezet en beide infusen opengezet. Ik trek patiënt al niet meer aanspreekbaar aan. Een derde collega belt de dienstdoende arts-assistent; deze is er snel. Er is veel bloedverlies en we weten dat dit een "blow out" is en dat patiënt zal overlijden. Patiënt krijgt de midazolam iv, het gaat razendsnel. Mijn collega en ik blijven bij de patiënt. We houden haar vast en blijven tegen haar praten. We willen haar onder geen beding alleen laten. De huid wordt gelig, de lippen en het tandvlees bleek en de ademhaling is gaspend. Wat we zien is een jonge patiënt waar 't leven uit wegtrekt. We staan er verslagen bij en kijken er naar. We kunnen niets meer voor haar doen.

Verwerking

Deze casus heeft een enorme impact op mijn collega en

Gaspende ademhaling

Een agonale ademhaling oftewel gasping is een abnormaal patroon van ademen dat gekenmerkt wordt door een snurkende, onregelmatige, zware en op gapen lijkende manier van ademen. Een agonale ademhaling doet denken aan die van een vis op het droge. De meest voorkomende oorzaken zijn een herseninfarct (ischemie), hartstilstand, cardiogene shock en hypoxie. Een agonale ademhaling gaat meestal gepaard met een bleke, grauwe of blauwe verkleuring (cyanose) van de huid in het gezicht. Bij een agonale ademhaling is er geen luchtverplaatsing van en naar de longen. Een agonale ademhaling is dan ook niet effectief en leidt zonder (medisch) ingrijpen tot een totale ademstilstand (apneu). Ongeveer 40% van de mensen die een circulatiestilstand krijgen vertonen een agonale ademhaling, die kort nadat de bloedsomloop gestopt is begint. Een agonale ademhaling houdt gemiddeld 30 tot 60 seconden aan. Iemand die een agonale ademhaling heeft moet onmiddellijk gereanimeerd worden, bij voorkeur ondersteund door een AED.

BRON: Wikipedia Agonale ademhaling

Peer support

Peer support (collegiale ondersteuning) in de zorg vindt zijn wortels in de training "Als het misgaat". Deze is in 2009 ontwikkeld voor het Isala Ziekenhuis en later voor het UMC Utrecht. Professionals in de zorg vragen niet snel om steun en voelen zich vaak geïsoleerd in een bepaalde situatie. Laagdrempelig praten met een collega over het gebeurde draagt bij aan een snellere verwerking, meer openheid in de zorg en uiteindelijk aan een gezonde situatie. Het doel van peer support is zoveel mogelijk steun faciliteren voor professionals die een calamiteit of medisch incident hebben meegeemaakt. Dit wordt gedaan door peer supporters op te leiden zodat intercollegiale steun ingebed wordt. Peer betekent "gelijke". Peer-to-peer is dan ook niets anders dan dat een gelijke, een collega, de steun geeft die nodig is. Vanuit zijn of haar ervaring weet een collega hoe je je voelt na een calamiteit of incident. Laagdrempelig, toegankelijk en vertrouwelijk. Dat is de kracht van de peer supporter.

BRON: www.peersupportindezorg.nl

mij gehad. We zijn beiden ervaren verpleegkundigen en in de dagelijkse praktijk hebben wij regelmatig te maken met ernstig zieke oncologische patiënten op de afdeling gynaecologie. In de weken na deze gebeurtenis hebben wij veel contact met elkaar gehad. We hebben veel gepraat, gehuild en begeleidende gesprekken gehad met verpleegkundigen van Peer support.

Verder hebben wij op een neutrale plek gesproken met de dienstdoende arts-assistent en de gynaecoloog die die avond ook dienst had, maar op de achtergrond aanwezig was. Het heeft mij persoonlijk geholpen dat ik de dag na deze gebeurtenis vrij was en de dag daarna vrij heb gevraagd. Ik kon het niet opbrengen om direct weer voor patiënten te moeten zorgen; ik wilde vooral voor mezelf zorgen. Reflecteren op deze traumatische gebeurtenis is zo belangrijk om daarna weer verder te kunnen. In de maanden na de gebeurtenis komt een en ander nog regelmatig ter sprake. Zo heb ik o.a. een casus gemaakt voor de WCS Cursus Oncologische wond welke in de groep aan bod is gekomen en nog een aantal keren gesproken met mijn Peer-supporter. Ik kan dan ook zeggen dat ik deze gebeurtenis goed verwerkt heb.

Literatuur

1. Blow-out protocol. <https://richtlijn.mijnnumcu.nl/cancercenter/vpk/HHCO/Paginas/Blowout>

* Ilse Tissink, oncologieverpleegkundige met aandachtsgebied wondzorg, UMC Utrecht, verpleegafdeling gynaecologie, Cancer Center