

Oncologische dwarslaesie; protocollaire zorg of zorg op maat

Als revalidatieartsen worden we in ons (academisch) ziekenhuis regelmatig geconfronteerd met dilemma's ten aanzien van goede zorg voor patiënten met een oncologische dwarslaesie. Het ziekenhuisprotocol dwarslaesie (oktober 2021) geeft houvast in het voorkomen en behandelen van secundaire problemen zoals decubitus en geeft adviezen in het stapsgewijs opbouwen van mobiliseren. Echter, de praktijk is weerbarstig, zeker bij oncologische problematiek.



J.M. (JANNA) STOUT

Anios revalidatiegeneeskunde UMC Utrecht

DR. B.J.E. (BADELOG) DE LANGE-BROKAAR

Revalidatiearts UMC Utrecht

G.H. (GERMIJN) HEIJNEN

Physician Assistant revalidatiegeneeskunde
UMC Utrecht

DR. J (JANNEKE) STOLWIJK

Revalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht

PROF. DR. J.J. (JORRIT-JAN) VERLAAN

Orthopeed UMC Utrecht

PROF. DR. J.M.A. (ANNE) VISSER-MEILY

Revalidatiearts UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

J.M.Stout-2@umcutrecht.nl

In onderstaande casus presenteren we een patiënte met een oncologische dwarslaesie, waarbij het beleid ten aanzien van de decubitus op de stuit complex was door bijkomende longproblematiek en vraagstukken over kwaliteit van leven.

CASUS

In de kliniek zagen we een 68-jarige vrouw, al bekend met COPD, met een oncologische paraplegie T3 AIS-B oftewel incomplete dwarslaesie als gevolg van een primair niet-kleincellig longcarcinoom apicaal in de rechterbovenkwab (ook wel Pancoast tumor genoemd), die invasief doorgroeide in het spinale kanaal en compressie gaf op het ruggenmerg op niveau Th3-Th4. Patiënte had hierbij een paralyse van beide benen, sensibiliteitsstoornissen vanaf het dwarslaesieniveau, en mictie- en defecatiestoornissen. Zij kwam vanuit een perifeer ziekenhuis naar het UMC Utrecht voor aanvullende diagnostiek rondom het longcarcinoom en voor percutane fixatie van de wervelkolom (Th1-Th6), met als doel palliatie door mechanische stabilisatie. Het beeld was complex omdat patiënte ook nog een decubituswond op de stuit had. Daarnaast was zij benauwd en zuurstofbehoefstig vanwege kleine longembolieën en een postobstructiepneumonie. Om te voorkomen dat de decubitus zou verergeren, was het advies de stuit te ontlasten van druk door zo plat mogelijk te

liggen en wisselgigging op een antidecubitusmatras toe te passen. Echter was het voor de longproblematiek de voorkeur om juist meer rechtop te zitten. Bovendien lukte bij patiënte wisselgigging niet, omdat zij uitstralende schouderpijn had ten gevolge van het longcarcinoom. Wat is nu het beste beleid ten aanzien van haar secundaire problematiek? En wat komt, bij deze slechte prognose, haar kwaliteit van leven het meeste ten goede?

BESCHOUWING

Patiënten met een dwarslaesie hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van decubitus. Naar schatting ontwikkelt 30-40% van de patiënten decubitus in de acute of chronische fase, waarbij botuitsteeksels (zoals bijvoorbeeld het sacrum, de tuber ischii, trochantera, of malleoli) vooral *at risk* zijn. Druk- en schuifkrachten, maar bijvoorbeeld ook huidvochtigheid (bij urine- of defaecatie-incontinentie), kunnen zorgen voor beschadiging van de huid en het onderliggend weefsel. Immobiliteit en sensibiliteitsstoornissen onder dwarslaesieniveau, vergroten de kans op langdurige verhoogde druk. Daarnaast geven interne risicofactoren zoals ondervoeding of koorts ook een verhoogd decubitusrisico. In de eerste drie maanden na het ontstaan van een dwarslaesie zijn patiënten erg gevoelig voor het ontwikkelen van decubitus. Decubitus heeft impact, want het verlengt het revalideren met 3-6 maanden en geeft een verhoogd risico op decubitus in de rest van het leven.¹⁻⁴ In ernstige gevallen kan een niet genezende decubituswond zelfs leiden tot verhoogde mortaliteit.

‘Hoe zorg je voor zorg op maat als er comorbiditeit is die conflicteert met het beleid volgens protocol’

In het ziekenhuis is het voorkomen of vroegtijdig behandelen van decubitus bij patiënten met een dwarslaesie dan ook een belangrijk doel. Preventie richt zich op het verminderen van druk- en schuifkrachten tijdens liggen en zitten, een goed mictie- en defaecatiebeleid, en het frequent beoordelen van de huid op

risicovolle plekken. Het ziekenhuisprotocol dwarslaesie geeft hier handvatten voor. Maar hoe zorg je voor zorg op maat, als er comorbiditeit is die conflicteert met het beleid volgens protocol? Bij onze patiënte biedt protocollair werken te weinig handvatten, en is er creativiteit nodig om tot persoonsgerichte oplossingen te komen.

TERUG NAAR ONZE CASUS

Bij onze patiënte was sprake van een cT4N3M0 niet-kleincellig longcarcinoom met doorgroei en compressie op het ruggenmerg. Een slechte prognose, zoals bekend bij deze Pancoast-tumoren; waarbij cijfers bij deze stadiering een 5-jaars overleving van ca 13% laten zien.⁵ Tijdens de opname in ons ziekenhuis kreeg patiënte een operatieve fixatie van Th1-Th6, waarna zij stabiel genoeg zou zijn om het mobiliseren vanuit bed op te starten. Patiënte had echter bij opname een decubituswond categorie 2 op de stuit, waarvoor een goed preventie- en wondbeleid van belang was. Hoe dan te mobiliseren? Volgens ziekenhuisprotocol⁶ is zo plat mogelijke bedrust op een hoogwaardig antidecubitusmatras het devies om de druk zoveel mogelijk te beperken. Dit betekent dat het bovenlichaam maximaal 20 graden hoger ten opzichte van het onderlichaam kan worden gepositioneerd. Daarnaast wordt wisselgigging aanbevolen om de druk af te wisselen, al is hier in de praktijk geen consensus over. Het opstarten van mobiliseren wordt pas aanbevolen wanneer de decubitus genezen is. Tot zover is het beleid omtrent mobilisatie nog vrij duidelijk. Maar vanwege de forse longproblematiek, diende patiënte juist rechtop in bed te zitten. Daarnaast was wisselgigging problematisch vanwege de pijnlijke schouderklachten die patiënte bij haar Pancoast tumor ervaarde.

Dit bracht ons op een behandeldilemma. Wat is in deze fase het meest passend voor deze patiënte? Zijn er manieren te bedenken in mobilisatiebeleid, waarbij je zowel rekening kunt houden met de decubitus als de longproblematiek? In de praktijk wordt vaker gezocht naar een middenweg. Zo wordt er vaak al opgestart met mobiliseren in de rolstoel, wanneer de decubitus nog niet genezen is. Hierbij wordt in de afweging meegenomen waar de decubitus precies zit, of dat een probleem vormt tijdens de transfer, en of het zitten in de rolstoel daadwerkelijk de decubitus verergert. Met name wanneer de decubitus niet op het zitvlak zelf zit, zijn er mogelijkheden om het zitten uit te proberen met uitsparing in het antidecubituskussen in de rolstoel. De transfer naar de stoel →

‘Het revalidatiebeleid bij een oncologische dwarslaesie is vooral zorg op maat, waarbij kwaliteit van leven en de wensen van de patiënt centraal worden gesteld’

is echter niet risicovrij aangezien er dan schuifkrachten spelen, in bed, of in de passieve tillift. Een strenge voor- en nacontrole van de huid is dan ook van uiterst belang. Al bij minimale toename in schuif- of drukkrachten, kan de kwetsbare decubitusplek verergeren.

En dan zijn er nog andere belangrijke aspecten. Het opzitten in bed of mobiliseren in de stoel is niet alleen van belang voor het fysieke gestel. Het doet ook veel voor het gemoed van de patiënt. Het leven ziet er anders uit wanneer je rechtop zit, dan vanuit liggende positie. De ervaren kwaliteit van leven, in de resterende tijd die een patiënt met oncologische dwarslaesie nog heeft, is iets wat in de praktijk ook meeweegt in de besluitvorming rondom het mobiliseren.

In deze casus werd patiënte na de fixatie van de wervelkolom weer overgeplaatst naar het verwijzend ziekenhuis. De oncoloog adviseerde dat patiënte alleen voor palliatieve immunotherapie en radiotherapie in aanmerking kon komen als zij haar conditie zou verbeteren door te starten met passief mobiliseren. Patiënte wilde initieel alles doen voor een optimale behandeling van haar longcarcinoom. Nu stond platte bedrust dus niet alleen de longklachten maar ook het opbouwen van conditie in de weg. Daarom

werd er besloten dat maximale decubituspreventie op dat moment ondergeschikt was aan opbouw van fitheid, en het mobiliseren in de stoel werd onder controle van de huid opgebouwd. De decubitusplek verslechterde tijdens opname. Een week later besloot patiënte toch af te zien van de oncologische behandeling. Het beleid werd daarna gericht op comfort, waarbij zij in de stoel kon mobiliseren wanneer dit voor haar prettig was. Zij ging naar huis met terminale zorg en overleed ruim een maand later aan de gevolgen van het longcarcinoom.

CONCLUDEREND

Het revalidatiebeleid bij een oncologische dwarslaesie is vooral zorg op maat. Het ziekenhuisprotocol dwarslaesie geeft zeker richting aan het beleid, maar bij de complexe oncologische problemen waarbij onze casus als voorbeeld dient, zijn meerdere perspectieven nodig waarbij de kwaliteit van leven en de wensen van de patiënt centraal worden gesteld. Dit vraagt om afstemming met patiënt en naasten, met de behandelaren, de verpleging en het paramedische revalidatieteam. Naast afstemming vraagt zorg op maat vooral ook om flexibiliteit en durven afwijken van de richtlijn met goede onderbouwing van de keuze. ←

Referenties

1. Hoff JM, et al. Pressure ulcers after spinal cord injury. *Tidsskr Nor Laegeforen (Norway)*, 2012;132(7):838-9.
2. Verschueren JH, et al. Occurrence and predictors of pressure injuries during primary in-patient spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord* 2010;49(1):106-12.
3. Van Asbeck FWH, et al. *Handboek dwarslaesierevalidatie*, Hoofdstuk 13 – Decubitus, 2016.
4. Groah SL, et al. Prevention of Pressure Ulcers Among People With Spinal Cord Injury: A Systematic review. *PM&R; the journal of injury, function and rehabilitation* 2015;7(6):613-36.
5. Panagopoulos N, et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment. *J Thorac Dis* 2014;6 Suppl 1(Suppl 1):S108-15.
6. *Nederlands Vlaams Dwarslaesiegenootschap, Ziekenhuisprotocol Dwarslaesie, oktober 2021.*