

KLINISCHE LES

Voorbij de dorst: dehydratie in de palliatieve fase

Hans van Delden^{1*}, Willemijn van Erp^{2,3,4}, Alexander de Graeff^{5,6}, Brigitt Borggreve⁷

Samenvatting

Dehydratie bij patiënten in de laatste levensfase vraagt om een multidimensionele aanpak. Of een bepaalde behandeling passend is, hangt niet alleen af van klinische factoren en de medisch-technische mogelijkheden. Ethische, spirituele en psychosociale aspecten spelen ook een rol in de beslissing om bij een individuele patiënt wel of geen diagnostiek en behandeling in te zetten. Deze klinische les geeft aan de hand van een fictieve casus een overzicht van de overwegingen in de besluitvorming, zoals ook weergegeven in de nieuwe richtlijn 'Dehydratie in de palliatieve fase'.

Trefwoorden: dehydratie, palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming

-
- 1 Divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht
 - 2 Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen
 - 3 Accolade Zorg, Bosch en Duin
 - 4 Libra Revalidatie & Audiologie, Tilburg
 - 5 Afdeling Medische Oncologie, UMC Utrecht
 - 6 Hospice Demeter, De Bilt
 - 7 Stichting Palliatieve Zorg Nederland, Utrecht
- * Correspondierend auteur: j.j.m.vandelden@umcutrecht.nl

Beyond thirst: dehydration in the palliative phase

Hans van Delden^{1*}, Willemijn van Erp^{2,3,4}, Alexander de Graeff^{5,6}, Brigitt Borggreve⁷

Abstract

Dehydration in patients at the end of life requires a multi-dimensional approach. Whether a particular treatment is appropriate depends on more than just clinical factors and medical-technical possibilities. Ethical, spiritual and psychosocial aspects also play a role in the decision whether or not to initiate diagnostics and treatment for an individual patient with dehydration. This paper provides an overview of the considerations in decision-making, in line with the new Guideline on Dehydration in the Palliative Phase.

Keywords: Dehydration, Palliative phase, Shared decision-making

-
- 1 Division Julius Center for Health Sciences and Primary Care Medicine, UMC Utrecht
 - 2 Department Primary Care, Radboudumc, Nijmegen
 - 3 Accolade Care, Bosch en Duin
 - 4 Libra Rehabilitation & Audiology, Tilburg
 - 5 Department of Medical Oncology, UMC Utrecht
 - 6 Hospice Demeter, De Bilt
 - 7 Palliative Care Foundation Netherlands (PZNL), Utrecht
- * Corresponding author: j.j.m.vandelden@umcutrecht.nl

Introductie

Onder dehydratie wordt een tekort aan lichaamswater verstaan.¹ Het komt voor bij 0,8-35% van patiënten in een verpleeghuis² en maakt als fysiologisch fenomeen vaak deel uit van het stervensproces. Dehydratie kan optreden als gevolg van een verminderde inname van vocht, een verhoogd verlies ervan of een combinatie van beide:^{1,3}

- verminderde inname van vocht, bijv. door afgenomen dorstprikkel, verminderde zelfredzaamheid of onvoldoende aanbod van vocht, mondklachten, slikproblemen of misselijkheid; en/of
- verhoogd verlies van vocht:
 - gastro-intestinaal, bijv. braken of diarree;
 - renaal: polyurie, bijv. ten gevolge van diuretica, hyperglykemie, hypercalciemie of diabetes insipidus;
 - via de huid, bijv. door excessief zweten;

Er zijn drie vormen van dehydratie te onderscheiden:

1. isotone dehydratie (normale plasma-osmolaliteit), bijv. bij braken en diarree;
2. hypertone dehydratie (verhoogde plasma-osmolaliteit), bijv. bij kwetsbare ouderen met onvoldoende dorstprikkel;
3. hypotone dehydratie (verlaagde plasma-osmolaliteit), bijv. bij gebruik van diuretica).

In 2024 is de richtlijn 'Dehydratie en vochttoediening in de palliatieve fase' evidence-based herzien (<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/dehydratie-en-vochttoediening>). In deze klinische les wordt aan de hand van een casus de diagnostiek en behandeling van dehydratie besproken met behulp van deze richtlijn.

Casus

Mevrouw Filippo, 87 jaar, wordt vanwege gevorderde dementie opgenomen in het verpleeghuis. Ze komt nauwelijks nog uit bed en eet en drinkt weinig. Kort na opname waart het norovirus door het verpleeghuis en ook mevrouw Filippo heeft twee dagen lang waterdunne diarree. De zoon van mevrouw Filippo is klinisch chemicus en vraagt aan de specialist ouderengeneeskunde of het geen tijd is voor bloedonderzoek. Hij vermoedt dat zijn moeder is uitgedroogd. Het komend weekend is de huwelijksvoltrekking van zijn dochter en het is de bedoeling dat zijn moeder daarbij aanwezig is.

Laboratoriumonderzoek laat een lichte hypernatriëmie zien (serumnatrium 144 mmol/l) en forse nierfunctiestoornissen (serumkreatinine 150 μ mol/l, eGFR 20 ml/min). In overleg wordt besloten om loperamide voor te schrijven en subcutaan

vocht toe te dienen via een hypodermoclyse. Mevrouw Philippo voelt zich een paar dagen later fit genoeg om naar de bruiloft te gaan. De hypodermoclyse wordt gestaakt. In een comfortabele rolstoel woont ze de plechtigheid bij, tot grote vreugde van alle aanwezigen.

In de loop van de daaropvolgende maand gaat mevrouw Philippo achteruit. Ze ligt in bed en eet en drinkt niet meer. Op steeds spaarzamer wordende heldere momenten uit ze grote dankbaarheid naar haar familie en de zorgverleners en geeft aan 'nergens last van te hebben'. De zoon vraagt zich af of ze niet opnieuw een hypodermoclyse moet krijgen, want daarvan is ze de vorige keer zo goed opgeknapt. De specialist ouderengeneeskunde legt uit waarom dit niet zinvol wordt geacht. In goed overleg wordt met de zoon besloten hiervan af te zien. Uiteindelijk overlijdt mevrouw Philippo een paar dagen later in aanwezigheid van haar zoon, zonder zichtbaar discomfort.

Beschouwing

De palliatieve fase

De richtlijn geeft aan dat bij kwetsbaarheid en/of multimorbiditeit de palliatieve fase wordt gemarkeerd bij het antwoord 'nee' op de zgn. 'surprise question': 'zou u verbaasd zijn als deze patiënt binnen een jaar overlijdt'?²⁴ Gelet op de onderliggende aandoening en de lichamelijke toestand van patiënte lijkt ze aan dit criterium te voldoen. De richtlijn is dus bij haar van toepassing.

Diagnostiek

Diagnostiek is gericht op het vaststellen van dehydratie en de oorzaak ervan. Er zijn geen harde criteria voor dehydratie.^{1,3,5,6} Diagnostiek wordt alleen verricht als het therapeutische consequenties heeft en kan bestaan uit:

- Anamnese: klachten die kunnen passen bij dehydratie (dorst, droge mond en slijmvliezen, verminderde urineproductie, licht gevoel in het hoofd bij overeind komen) en klachten die kunnen wijzen op de oorzaak ervan (bijv. weinig drinken, braken, diarree, veel plassen, veel zweten). Het is belangrijk om bij de anamnese onderscheid te maken tussen dorst en een droge mond. Dorst wordt verlicht door drinken. Klachten over een droge mond kunnen veroorzaakt worden door dehydratie, maar ook door ademen met open mond of als bijwerking van medicatie en worden in dat geval niet, of alleen kortdurend verlicht door drinken.
- Lichamelijk onderzoek: tekenen van dehydratie kunnen zijn: sufheid, snelle pols, (orthostatische) hypotensie, verminderde capillary refill, snelle gewichtsverandering, verlaagde huidturgor, droge huid (oksels) en slijmvliezen. Geen van deze tekenen is specifiek voor dehydratie.

- Aanvullend onderzoek van urine (hoeveelheid, concentratie, natrium) en bloed (kreatinine, natrium, osmolaliteit, calcium, glucose): de nierfunctie (serumkreatinine, eGFR) is vaak verstoord bij dehydratie en dus een maat voor de ernst ervan; daarnaast kan het ook informatie geven over de oorzaak ervan (polyurie bij nieraandoeningen met verminderd concentratievermogen van de nier). Het serumnatrium en -osmolaliteit kunnen informatie geven over de oorzaak (hoog serumnatrium bij diabetes insipidus) of over het soort dehydratie (hypertoon, isotoon of hypotoon). Dat laatste kan consequenties hebben voor de behandeling. Het serumglucose en -calcium geven informatie over mogelijke oorzaken van dehydratie.

Of, en zo ja, welk onderzoek wordt ingezet, hangt af van het samenspel tussen het overstijgende behandel doel (curatief, palliatief of symptomatisch), de mogelijkheden tot behandeling en de wens van de patiënt.

Behandeling

Technisch gezien zijn er allerlei behandelopties bij dehydratie in de palliatieve fase. Er zijn preventieve maatregelen te nemen, zoals het regelmatig aanbieden van vocht in vormen die bij de situatie van de patiënt passen. Is er eenmaal sprake van dehydratie, dan kan de oorzaak ervan waar mogelijk en gewenst behandeld worden.³ Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan behandeling van braken, diarree, hyperglykemie en hypercalciëmie.

Dehydratie zelf kan, behalve door extra vochtinname per os, ook worden behandeld door kunstmatige toediening van vocht:

- Via een neusmaagsonde: alleen passend als de patiënt al een voedingssonde heeft.
- Langs subcutane weg (hypodermoclyse): alleen geschikt als kortdurende behandeling, waarbij maximaal 1-2 liter per 24u wordt toegediend.

Argumenten voor subcutane toediening zijn:⁷⁻¹⁴

- Er is minder kans op complicaties (flebitis, roodheid, lekkage en bloedingen).
- Het inbrengen van een subcutaan infuus is veel gemakkelijker en minder belastend voor de patiënt dan het inbrengen van een intraveneus infuus.
- Langs intraveneuze weg (intraveneus infuus): alleen passend als de patiënt om andere redenen al een intraveneuze toegang heeft, als er meer dan 1 liter vocht per 24 uur moet worden toegediend, of als de ervaring en expertise ten aanzien van hypodermoclyse ontbreken.

Vanzelfsprekend hangt het mede van de context af welke behandelingen mogelijk zijn. In de meeste verpleeghuizen wordt bijvoorbeeld geen intraveneuze vochttoediening

gegeven en de huisarts past in de regel ook geen hypodermoclyse toe. In het ziekenhuis wordt in de praktijk vrijwel altijd gekozen voor intraveneuze vochttoediening.

Afwegingen bij al dan niet toedienen van vocht

In de beschreven casus is er op twee momenten een afweging gemaakt over toediening van vocht. In het eerste geval is besloten om (tijdelijk) vocht toe te dienen en in het tweede geval is daarvan afgezien. Dat leidt tot de vraag welke medische, psychosociale, ethische en spirituele factoren een rol spelen in de overweging om vocht toe te dienen. Het is van groot belang om in zo'n geval altijd expliciet het medische behandeldoel van de toediening van vocht te bespreken. Aangezien mevrouw Filippo gevorderde dementie heeft, is ze mogelijk niet in staat om mee te beslissen over de vraag om wel of niet te behandelen.

Aan de vraag hoe te behandelen gaat dus altijd de vraag vooraf of behandeling wel zinvol en wenselijk is. Aangezien hypodermoclyse een medisch-technische handeling is, moet de vraag naar de zin van de behandeling worden beantwoord in een gesprek tussen arts en vertegenwoordiger, in dit geval haar zoon, waarbij de voor- en nadelen van vochttoediening worden besproken. Hoe gaat dat gesprek?

We nemen aan dat er van mevrouw Filippo geen schriftelijke wilsverklaring bekend is. Maar ook als schriftelijke wilsverklaringen ontbreken, kun je proberen een wens van de patiënt te reconstrueren. Het doel is dan te bedenken wat de patiënt gewild zou hebben. Eerdere uitspraken van de patiënt zouden behulpzaam kunnen zijn, al kunnen voorkeuren ook worden afgeleid uit iemands levensovertuiging of uit iemands levenswijze. Wanneer er geen duidelijke mening van de patiënt bekend is, moet toch de proportionaliteit van een behandeling worden bepaald in het gesprek tussen arts en zoon. Hoogstwaarschijnlijk zullen zij het met elkaar eens worden. In het gesprek dat aan dit besluit vooraf gaat dienen zowel het behandeldoel, als de kans dat de behandeling aan dit doel bijdraagt, besproken te worden.

In de eerste situatie (dehydratie door diarree bij norovirusinfectie) was er sprake van een reversibele oorzaak van de dehydratie. De noodzaak tot vochttoediening was dus slechts tijdelijk. Het was de uitdrukkelijke wens van de zoon dat de moeder in staat zou zijn om aanwezig te zijn bij de bruiloft van haar kleindochter; dit is een psychosociale factor. Het was de verwachting dat na de bruiloft geen vochttoediening meer nodig zou zijn omdat er dan geen sprake meer zou zijn van diarree. Er was geen sprake van een ethisch dilemma. Op grond van deze overwegingen is besloten tot tijdelijke hypodermoclyse.

De richtlijn 'Dehydratie in de palliatieve fase' geeft aan dat bij een reversibele of behandelbare oorzaak van dehydratie toediening van vocht in de palliatieve fase overwogen moet worden met als doel om de klachten van de patiënt, de kwaliteit van leven en/of de overleving te verbeteren. Daarbij worden de voor- en nadelen van rehydratie afgewogen samen met de patiënt en naasten. Bij die afweging spelen een rol:

- wens van de patiënt;
- oorzaak van de dehydratie en de mogelijkheid tot behandeling ervan;
- aard en ernst van de klachten en de verwachting dat toediening van vocht de klachten zal doen afnemen;
- nadelen van de toediening;
- setting waarin de patiënt verblijft (thuis, hospice, verpleeghuis, ziekenhuis of elders);
- levensverwachting.

In de tweede situatie (dehydratie in de stervensfase) lagen de overwegingen geheel anders. De richtlijn 'Zorg in de stervensfase' (<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase>) geeft aan dat in deze situatie geen vocht gegeven moet worden. De oorzaak van de dehydratie is niet reversibel of behandelbaar en er is onvoldoende reden om te denken dat toediening van vocht bijdraagt aan de kwaliteit van leven of sterven, of aan de overleving. De professionele norm is dus om in die situatie geen vocht toe te dienen. In een dergelijk geval houdt de behandelaar zich aan de professionele regel en informeert de vertegenwoordiger hierover.

Dit standpunt neemt niet weg dat een uitvoerig gesprek nodig is, eventueel ondersteund door middel van een moreel beraad: hulpverleners moeten het gesprek niet uit de weg gaan met een beroep op hun eigen standpunt. Het gaat erom dat de behandelaar zich verbindt met de vraag wat goed is voor deze patiënt vanuit diens perspectief. Als de behandeling van de dehydratie volgens de behandelaar toch echt disproportioneel is, kan zij of hij niet gedwongen worden te behandelen – ongeacht eventuele psychosociale, ethische of spirituele factoren die wél in de richting van behandeling wijzen.

Conclusie

Dehydratie bij patiënten in de laatste levensfase vraagt om een multidimensionele aanpak. De nieuwe richtlijn 'Dehydratie in de palliatieve fase' geeft een overzicht van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden en handvatten om op basis van de klinische situatie en psychosociale, ethische en spirituele factoren tot passende zorg te komen.

Dankbetuiging

Mevr. M. (Merel) de la Combé-Vonk, verpleegkundig specialist, mevr. A.H. (Herma) ten Have MSc, (oncologie)diëtist, Mevr. MSc. N.C. (Nikki) Lips, internist i.o., mevr. dr. T.R. (Rikje) Ruiters, internist ouderengeneeskunde en klinisch farmacoloog, mevr. drs. N.J.J. (Eline) Neels, huisarts, en dhr. dr. W.M.W.H. (Walther) Sipers, klinisch geriater, maakten deel uit van de werkgroep die de richtlijn 'Dehydratie en vochttoediening in de palliatieve fase' heeft herzien.

Literatuur

1. Paulis SJC, Everink IHJ, Halfens RJG, Lohrmann C, Wirnsberger RR, Gordon AL, Schols JMGA. Diagnosing dehydration in the nursing home: international consensus based on a modified Delphi study. *Eur Geriatr Med*. 2020 Jun;11(3):393-402. DOI: 10.1007/s41999-020-00304-3. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32297264; PMCID: PMC7280358.
2. Paulis SJC, Everink IHJ, Halfens RJG, Lohrmann C, Schols JMGA. Prevalence and Risk Factors of Dehydration Among Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Aug;19(8):646-657. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.05.009. Epub 2018 Jul 6. PMID: 30056949.
3. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber C, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2022 Apr;41(4):958-989. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.01.024. Epub 2022 Mar 5. PMID: 35306388.
4. van Lummel EV, Ietswaard L, Zuithoff NP, Tjan DH, van Delden JJ. The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2022 Jul;36(7):1023-1046. DOI: 10.1177/02692163221099116. Erratum in: *Palliat Med*. 2022 Jul;36(7):NP1. DOI: 10.1177/02692163221121217. PMID: 35769037; PMCID: PMC10941345.
5. Armstrong LE, Kavouras SA, Walsh NP, Roberts WO. Diagnosing dehydration? Blend evidence with clinical observations. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2016 Nov;19(6):434-438. DOI: 10.1097/MCO.0000000000000320. PMID: 27583707.
6. Hooper L, Abdelhamid A, Attreed NJ, Campbell WW, Channell AM, Chassagne P, Culp KR, Fletcher SJ, Fortes MB, Fuller N, Gaspar PM, Gilbert DJ, Heathcote AC, Kafri MW, Kajii F, Lindner G, Mack GW, Menten JC, Merlani P, Needham RA, Olde Rikkert MG, Perren A, Powers J, Ranson SC, Ritz P, Rowat AM, Sjöstrand F, Smith AC, Stookey JJ, Stotts NA, Thomas DR, Vivanti A, Wakefield BJ, Waldréus N, Walsh NP, Ward S, Potter JF, Hunter P. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 30;2015(4):CD009647. DOI: 10.1002/14651858.CD009647.pub2. PMID: 25924806; PMCID: PMC7097739.
7. Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, Zaloga GP, Pontes-Arruda A. Subcutaneous Infusion of Fluids for Hydration or Nutrition: A Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2018 Feb;42(2):296-307. DOI: 10.1177/0148607116676593. Epub 2017 Dec 20. PMID: 29443395.
8. Challiner YC, Jarrett D, Hayward MJ, al-Jubouri MA, Julious SA. A comparison of intravenous and subcutaneous hydration in elderly acute stroke patients. *Postgrad Med J*. 1994 Mar;70(821):195-7. DOI: 10.1136/pgmj.70.821.195. PMID: 8183752; PMCID: PMC2397852.
9. Chanthong P, Siriwananukul S, Srion C. Comparison of feasibility between hypodermoclysis and intravenous hydration among palliative care patients in Thailand. *Int J Palliat Nurs*. 2022 Jul 2;28(7):308-312. DOI: 10.12968/ijpn.2022.28.7.308. PMID: 35861446.

10. Danielsen MB, Worthington E, Karmisholt JS, Møller JM, Jørgensen MG, Andersen S. Adverse effects of subcutaneous vs intravenous hydration in older adults: An assessor-blinded randomised controlled trial (RCT). *Age Ageing*. 2022 Jan 6;51(1):afab193. DOI: 10.1093/ageing/afab193. PMID: 34651171.
11. Esmeray G, Şenturan L, Döventaş A. A study on efficacy of hydration administered by subcutaneous infusion in geriatric patients. *Turk J Geriatr*. 2018;21(3):438-45. DOI:10.31086/tjgeri.2018344059.
12. Duems Noriega O, Ariño Blasco S. Efficacy of the subcutaneous route compared to intravenous hydration in the elderly hospitalised patient: a randomised controlled study. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014 May-Jun;49(3):103-7. Spanish. DOI: 10.1016/j.regg.2013.12.003. Epub 2014 Jan 29. PMID: 24484688.
13. O'Keeffe ST, Lavan JN. Subcutaneous fluids in elderly hospital patients with cognitive impairment. *Gerontology*. 1996;42(1):36-9. DOI: 10.1159/000213768. PMID: 8641599.
14. Slesak G, Schnürle JW, Kinzel E, Jakob J, Dietz PK. Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Feb;51(2):155-60. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51052.x. PMID: 12558710.