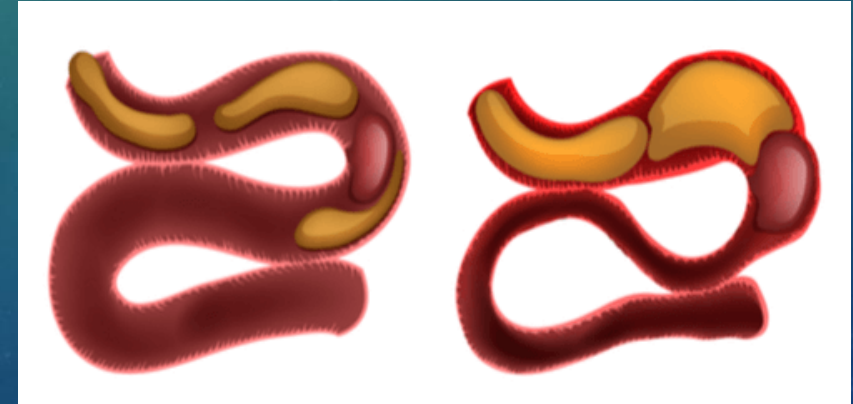


Palliative Case Conference ประจำวันพุธที่ 27 กรกฎาคม 2565



A 62 year-old man presented with bowel obstruction and peritoneal carcinomatosis

How would you manage?



ขอเชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วย
ระดับประคอง วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00-13.30 น
ผ่านทาง ZOOM MEETING ID : 980 7101 6140 Password : 1234





PALLIATIVE CASE CONFERENCE

F. TEERAMET

PATIENT PROFILE

ผู้ป่วยชายคู่ อายุ 62 ปี

- สิทธิการรักษา: จ่ายตรง
- ที่อยู่ อ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม
- Visit date at AE: 29/6/2565
- PPS ก่อน Admit 50%
- PPS ขณะ Admit 40%

		Some disease	
60	Reduced	Can't do hobbies or housework	Occasional assistance needed
		Significant disease	
50	Mainly sit/lie	Can't do any work	Considerable assistance needed
		Extensive disease	
40	Mainly in bed	As above	Mainly assistance
30	Bed bound	As above	Total care
20	Bed bound	As above	As above
10	Bed bound	As above	As above
0	Death	—	—

CHIEF COMPLAINT : 1 เดือน แน่นท้องมากขึ้น

- 6 สัปดาห์; ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องโดยปวดทั่วๆ ปวดตื้อๆ ท้องผูก ไม่มีท้องเสียถ่ายเหลว นอนราบได้ ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีเจ็บคอ ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด แต่คิดว่าไม่เป็นอะไรมาก
- 5 สัปดาห์; เริ่มมีอาการปวดท้องบริเวณท้องด้านล่าง โดยปวดบิด ปวดครั้งหนึ่งนาน 5 วินาที ปวดห่างกันทุก 5 นาที เริ่มมีอาการเบื่ออาหาร พอได้กลิ่นอาหารจะอยากอาเจียน ไม่สามารถทานอาหารได้ น้ำหนักลด 5 kg/ 1 month ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนเวลาขยับตัวแล้วมีน้ำไหลโครกกรากในช่องท้อง

PRESENT ILLNESS

- ภรรยาจึงได้พาไปตรวจที่คลินิกกับแพทย์ศัลยกรรม แพทย์แจ้งว่าพบน้ำในช่องท้องและเขียนใบสรุปอาการให้ไปตรวจต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามวันที่ 6 – 11 มิถุนายน 65 โดยแพทย์ได้ทำการเจาะระบายน้ำในท้อง และนำน้ำไปตรวจ โดยผลตรวจวันที่ 9 มิถุนายน 65 พบ ascites profile >> low SAAG, lymphocyte predominant, high protein
- วันนี้แน่นท้องมากขึ้น กินยาแก้ปวดแล้วดีขึ้นเล็กน้อย กินข้าวได้น้อยลง ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่หอบเหนื่อย ถ่ายอุจจาระลำบากต้องสวนถ่าย

13/6

มา opd sx แน่นท้อง ตรวจพบ ascites

เจาะท้อง >> narrow SAAG lymphocyte predominate

Cyto neg, PCR TB neg

review CT: no mass, no peritoneal nodule

ddx TB peritonitis

consult GI med

19/6

มาฟังผลตรวจ

- ADA = 6.4 -> นึกถึง carcinomatosis peritonii

- ผู้ป่วยมีปัญหาปวดแน่นท้อง หลัง tap release 1.5 L อาการยังไม่ดีขึ้น นึกถึงจาก peritoneal disease

- plan peritoneal scope c biopsy c ใส่ PCD >> peritoneal nodule + omental mass dx carcinomatosis peritonii

13/6

GI med คิดถึง Ascites จาก peritoneal disease

-ส่งตรวจ ascites เพิ่มเติม

-if ADA > 39 plan start tx TB peritonitis

-if ADA < 39 plan evaluate EGD+colonoscopy

work up cause of carcinomatosis peritoneii

if endoscopy negative plan peritoneal biopsy

PATHOLOGY – OMENTAL AND PERITONEAL BIOPSY

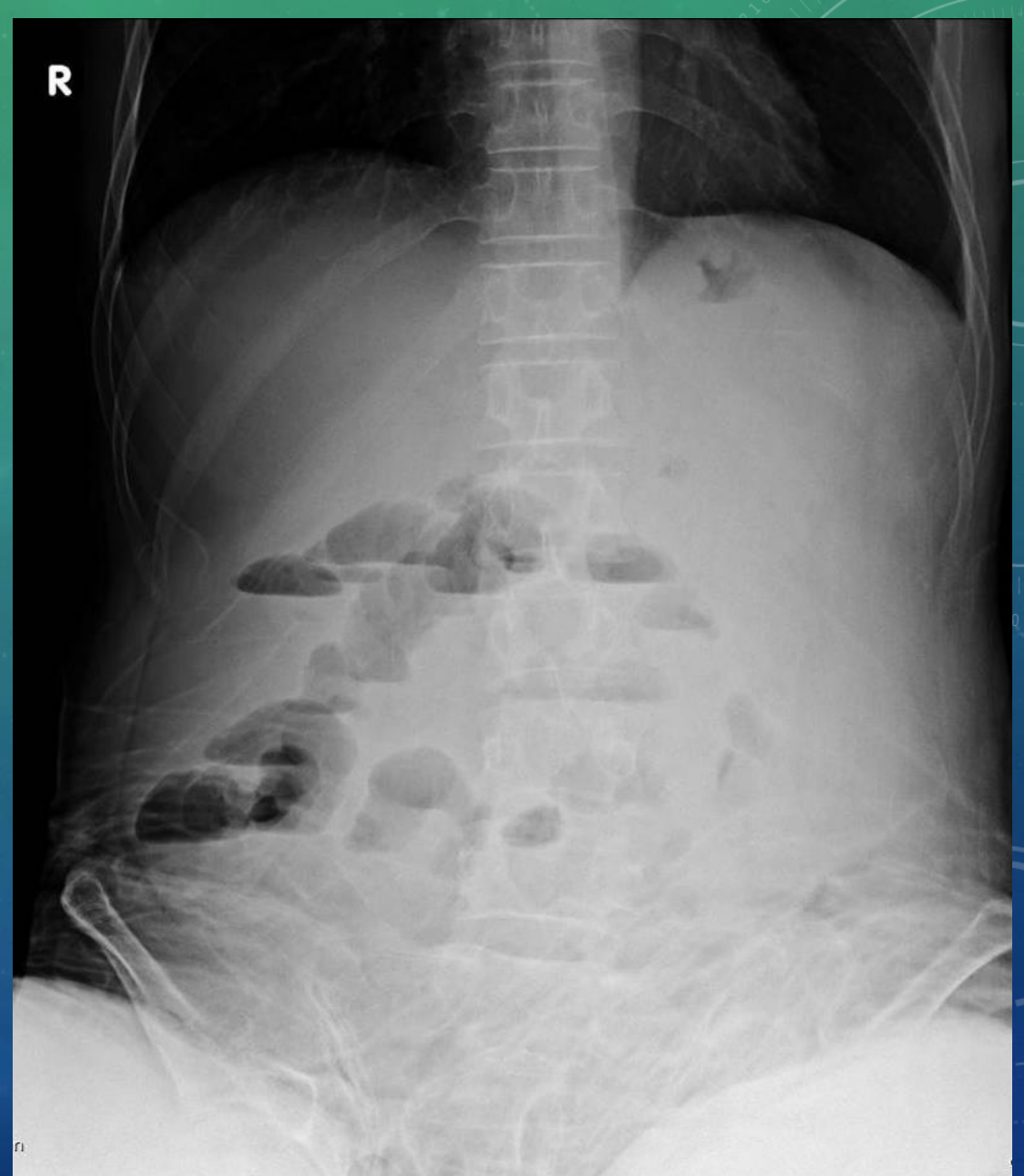
- Omental metastatic adenocarcinoma
- Pathological Report 29/6/65 และ 3/7/65

Positive : CDX-2 (focal), AE1/AE3, CK20 (Diffuse), CD19 (Diffuse)

Negative : TTF-1, WT-1, Calretinin, PSA

IHC study is suggestive of metastatic poorly-differentiated Adenocarcinoma

Possible primary sites include lower GI tract and liver or Metastatic bile duct cancer



15/6/65 Film abdomen –multiple air fluid level ,seen air in rectum

CT WHOLE ABDOMEN

- enhanced and thickening wall of peritoneum/omentum
- review CT: no mass, no peritoneal nodule



Past history

- No U/D
- ไม่มีแพ้ยาแพ้อาหาร

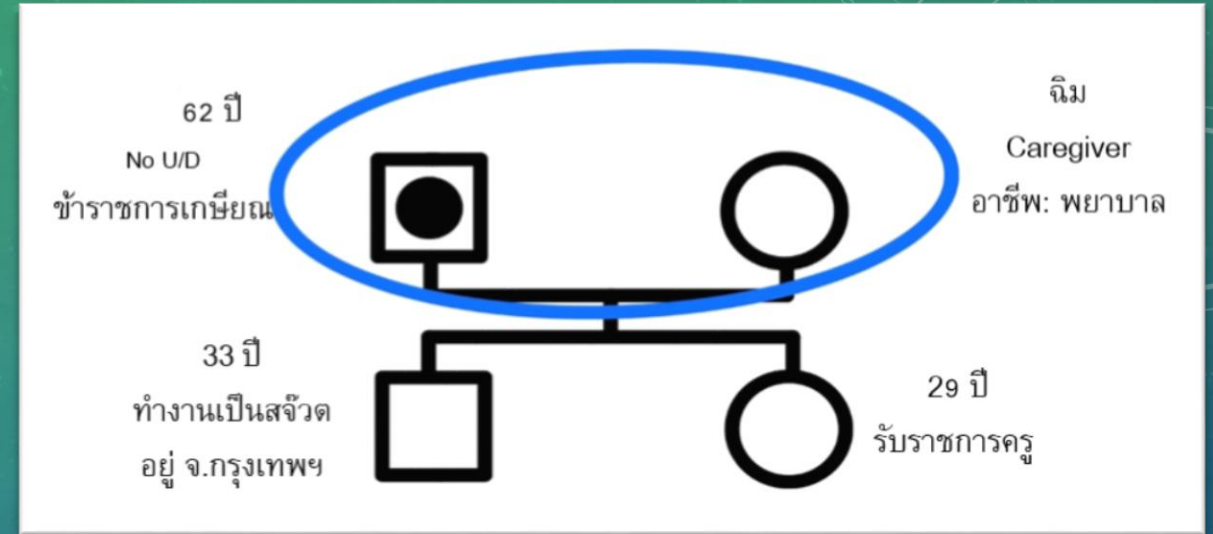
Family history

- ปฏิเสธประวัติคนใกล้ชิดเป็นวัณโรค
- ปฏิเสธคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง

PHYSICAL EXAMINATION:

- GA : A Thai male, good consciousness, well co-operative,
- V/S BT 37.2, RR 20 PR 96 BP 146/93
- HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclerae, Lymph node can't be palpated
- CVS: normal S1 S2, no murmur, regular rate
- Lungs: no stridor, no accessory muscle use, normal breath sound, no adventitious sound
- Abdomen: seen peritoneal drainage catheter at Right site of abdomen , moderate abdominal distention, no hepatosplenomegaly, hypoactive bowel sound
- Ext: edema 1+ both legs, no rash, no petechiae, no ecchymosis.
- PR: normal sphincter tone, soft yellow feces

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT:



ผู้ป่วยอาศัยกับภรรยา มีบุตรทั้งหมด 2 คน

- คนที่ 1 เป็นลูกชาย อาศัยอยู่ที่ จ.กรุงเทพฯ ทำงานเป็นสจ๊วต สายการบิน air- asia
- คนที่ 2 เป็นลูกสาว ทำงานเป็นครู

ผู้ป่วยเดิมเป็นอาจารย์ รับราชการ เพิ่งเกษียณได้ 2 ปี เป็นผู้นำครอบครัว และทำกิจกรรมต่างๆที่โรงเรียนเยอะมาก

Status เดิมช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด เดือนเมษายนที่ผ่านมาเพิ่งไปบวชกับคนที่ลูกสาวบรรจุได้

PERCEPTION

- มีการแยกคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยก่อน โดยทำ family meeting ผู้ที่เข้าร่วมคือคุณฉิม (ภรรยาของผู้ป่วย) และคุณวัชร (ญาติที่สนิทของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นพยาบาล) โดยเมื่อสอบถามถึง perception ที่ภรรยามีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย คุณฉิมแจ้งว่าสงสัยอยู่ว่าสามีน่าจะเป็นมะเร็ง เพิ่งทราบผลได้ไม่นาน ไม่รู้ว่าเป็นมะเร็งที่ร้ายแรงแค่ไหน แต่มีการกระจายมาตรงช่องท้องแล้ว คิดว่ายังสามารถให้เคมีบำบัดได้ ตอนนี้อยากพบแพทย์เจ้าของไข้ เพราะยังไม่ได้พบเจอกัน อยากทราบว่ารักษาไม่ได้แล้วจริงหรือไม่ รู้สึกเสียใจที่มาเจอว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเข้าไป
- ทางทีม palliative care จึงอธิบายเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยมีภาวะมะเร็งลุกลามไปที่ช่องท้องทำให้การดูดซึมอาหารทำได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก เบื่ออาหาร ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้เนื่องจากมีความเสี่ยงสูง ผลเสียมากกว่าผลดี ตอนนี้อยากพบแพทย์เจ้าของไข้กำลังรอผลตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติมเพื่อดูเรื่องการให้ยาเฉพาะ ทางเลือกที่ดีที่สุดของผู้ป่วยในตอนนี้คือการรักษาอาการปวด การจัดการอาการไม่สบายต่างๆ ระหว่างรอผลตรวจ

PERCEPTION

- ประเมิน stage of grief ญาติอยู่ใน Bargaining ภรรยาไม่อยากให้ผู้ป่วยทราบเพราะกลัวผู้ป่วยทรุด แต่ทางทีม palliative แจ้งว่าการบอกผู้ป่วยตรงจริงจะทำให้การรักษาดีกว่า ผู้ป่วยจะได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของตนเองได้ หากแพทย์ประเมินแล้วผู้ป่วยไม่พร้อมรับฟัง ก็จะไม่ฝืนบอกความจริง ญาติจึงยินยอม
- เมื่อมาพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร คิดว่าเป็นโรคอะไรสักอย่างที่น่ากลัว เพราะปวดท้องมาก และมีน้ำในช่องท้อง ไม่คิดว่าจะเจ็บแรงมาก่อน ผู้ป่วยอยากทราบว่าตัวเองเป็นอะไร และต้องการการรักษาที่ทำให้ตัวเองไม่ปวด ไม่ทรมาน ไม่อยากได้การรักษาที่ทรมาน ทีม palliative จึงแจ้งผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระจายมาที่ช่องท้อง ทำให้รักษาโดยการผ่าตัด ประเมิน stage of grief ผู้ป่วยอยู่ใน shock/acceptance ผู้ป่วยได้พูดว่าจริง ๆ พร้อมหมดแล้ว เพราะลูกมีหน้าที่การงานที่ดี มีเงินเก็บไว้ให้ภรรยาและครอบครัวแล้ว จึงไม่รู้สึกกังวล
- เมื่อมาพูดคุยร่วมกัน ผู้ป่วย และครอบครัว ก็มีความเห็นร่วมกันว่าอยากให้ช่วยจัดการเรื่องอาการปวด ทางภรรยาไม่อยากให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ขอรักษาแบบ comfort care, no ETT, no CPR ยังไม่ได้ตัดสินใจเรื่อง place of death

ฉันผ่านเรื่องราวที่สำคัญๆ มาตั้งมากมาย
เรื่องที่ทำให้ฉันมีความสุข ประทับใจ
มีความหมายสำคัญกับใจของฉันมากจริงๆ คือ ...

และอยากให้คุณรอบคอบรับรู้และเก็บไว้ในความทรงจำ

ผม

๐๑ ๖๒ ปี เกิดเมื่อวันที่ ๒๓ ธ.ค. ๒๕๐๒

เป็นลูกชายคนโตของ คุณแม่ (ต้น) และ คุณพ่อ (คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ฉันเคยไปเรียนต่อที่โรงเรียนประถม - มัธยมต้น - มัธยมปลาย

มีคุณพ่อ คุณแม่ คุณพี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ได้เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ (ชั้นประถมศึกษา)

จบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ (ชั้นประถมศึกษา) จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ชั้นมัธยมศึกษา)

แล้วได้เรียนต่อที่วิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จบแล้วได้เรียนต่อที่วิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ได้เรียนต่อที่วิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จบแล้วได้เรียนต่อที่วิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผมมีคุณพ่อ - คุณแม่ คุณพี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

อย่างนี้เอง. ผมมีคุณพ่อ คุณแม่ คุณพี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

คุณพ่อ คุณแม่ คุณพี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

คุณพ่อ คุณแม่ คุณพี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

คุณพ่อ คุณแม่ คุณพี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

นั่นคือ

โดยที่ฉันได้เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ (ชั้นประถมศึกษา)

เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ (ชั้นประถมศึกษา) จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ชั้นมัธยมศึกษา)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)

ที่ทำงานอยู่ที่นี่ (ชื่อจริงคือ คุณ) (ชื่อจริงคือ คุณ)



ฉันอยากบอกกับครอบครัว
ให้รู้ว่าความรู้สึกของฉัน... เป็นอย่างไร

ขอฝากถึงพ่อแม่

* อยากบอกแม่บ้าน () อยากบอก

ลูกชาย () อยากบอกลูกสาว ()

ว่าพ่อรักเธอทั้งสาม มากที่สุดในชีวิต /
* สิ่งที่ทำให้ผมมีความสุข

* ถ้าคุณถามผมว่าสิ่งที่ผมพอใจที่สุดคืออะไร

ขอบรรยายภาพวาดให้ผมของพ่อได้ คงเป็นสิ่งที่คุณ

พอใจมากที่สุด ผมรักพ่อและแม่และทุกคนในครอบครัว

สิ่งที่ดี ๆ มีใจ ของผมรัก รักสาม บวชบวชใจให้ไป

ตัวรัก.



4ก.ธ.65

ฉันอยากบอกกับครอบครัว
ให้รู้ว่าความรู้สึกของฉัน... เป็นอย่างไร



ฉันรักพ่อแม่และทุกคนในครอบครัว

1. ฉันรักพ่อแม่และทุกคนในครอบครัว
2. ฉันรักพ่อแม่และทุกคนในครอบครัว

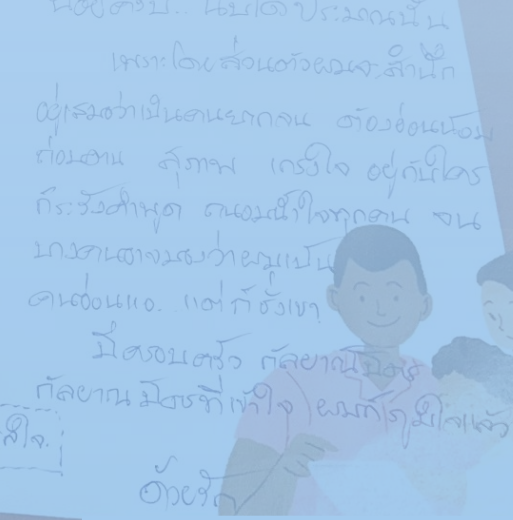
3. ฉันรักพ่อแม่และทุกคนในครอบครัว



4. ฉันรักพ่อแม่และทุกคนในครอบครัว

ลูกผู้ชายคนดี

4. ฉันรักพ่อแม่และทุกคนในครอบครัว



4ก.ธ.65

การประเมินด้านจิตสังคม/ จิตวิญญาณ/ BEREAVEMENT

- บุคลิก ลักษณะ อุปนิสัย: เป็นคนต่อสู้มาตั้งแต่หนุ่ม กว่าจะได้มาเป็นครูฝึกอุปสรรคมากมาย ใช้ชีวิตมาคุ้ม มีจิตใจอาสาหลังเกษียณยังคงไปช่วยงานที่โรงเรียนอยู่เสมอ เป็นผู้นำทั้งในครอบครัวและที่ทำงาน ชอบบันทึกเรื่องราวต่าง ๆ ผ่านการจดบันทึกในสมุดของตัวเองเวลาว่าง
- อารมณ์และความรู้สึก : กังวลเรื่องอาการเจ็บป่วย เพราะยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร อยากหายปวด
- ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง : รู้สึกว่าในชีวิตตนเองที่ผ่านมาใช้ชีวิตคุ้มแล้ว ได้ส่งลูก ๆ เรียนจบทั้งสองคนและมีหน้าที่การงานที่ดี
- การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย: ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคอะไร อยากรักษาเพื่อให้หายจากความเจ็บปวด
- บทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อครอบครัว: เป็นผู้นำครอบครัวมาตลอด ความสัมพันธ์ต่อภรรยาและลูกทั้งสองคนดี ดูแลกันมาตลอดแม้อาจไม่ได้อยู่ด้วยกันเพราะลูก ๆ ทำงานคนละพื้นที่
- เศรษฐกิจ สังคม: ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
- สรุปคนไข้มีปัญหาด้านการรับรู้เกี่ยวกับตัวโรค ในเรื่องผลการวินิจฉัย ระยะของตัวโรค และการพยากรณ์โรค

LAB INVESTIGATION

- 29/6/65

BUN 24.1 ,Cr 1.91 (เดิม 14/6/65 1.14) ,eGFR
36.73 ,uric acid 7.0

Na 132 ,K 5.9 non hemolysis, HCO₃ 22.9 Cl 97

Cholesterol 129 ,TB 5.5 ,Alb 2.7 ,Glob 2.8

TB 0.4 ,DB 0.2 ALT 24 ,AST 21 ALP 100

Gamma GT 70

- 20/6/65

Hb 13.7, Hct 42.9 ,MCV 75.9 ,Plt 484,000

WBC 4,650

PT 11.6 ,PTT 28.7 ,INR 1.05



29/6/65 Film abdomen – seen fecal content in ascending colon, seen air in rectum

PROBLEM LIST

1. Cancer of unknown primary with carcinomatosis peritonii
2. AKI (Cr 1.14 > 1.91)
3. Bowel obstruction with constipation
4. Ascites s/p PCD

ประเมิน ESAS

pain 9/10

constipation 6/10

anorexia 9/10

N/V 0/10

CURRENT MEDICATIONS ก่อนปรึกษา PC

- MST (10) 1 tab po q 12 hr
- Mo IR (10) 0.5 tab po prn for BTP q 2 hr
- Spironolactone (25) 1x2 po pc
- Furosemide (40) 0.5x1 po pc
- Senokot (7.5) 2 tab po hs
- Lactulose 30 ml po hs



How would you manage ??

Date	Order for one day	Order for continuation
29-30/6/65 ปวดท้อง ท้องผูก PCD ออก 100-500 ml/day	Off ยาเดิม SSE rectal suppo 3 d Consult oncomed Evacuate feces at ward IV hydration	Ensure (1:1) 150 ml x 4 feed Fentanyl (10:1) 1 ml per hr Fentanyl 12.5 mcg iv prn for pain q 1 hr Dexamethasone 8 mg iv od เข้า Lactulose 15 ml po hs Buscopan 20 mg iv prn for pain q 8 hr

Date	Order for one day	Order for continuation
1-2/7/65 ผายลมได้ hyperactive BS อาการปวด PS 2-3/10 ถ่ายไป 1 ครั้ง PCD ออก 20-80 ml/day Cr 1.91 >> 0.96	SSE x 1 dose Film abdomen	Morphine syrup 2mg/ml 2 ml po prn q 2 hr Haloperidol 0.5 mg iv/sc prn q 4 hr for n/v Fentanyl patch 12.5 mcg/hr 1 patch q 72 hr Fentanyl (10:1) 0.5 ml per hr >> off หลังแปะแผ่น 12 ชม. Off dexamethasone + fentanyl prn



2/7/65 Film abdomen – multiple air fluid level, seen air in rectum, seen fecal content in large bowel

Date	Order for one day	Order for continuation
3/7/65 ปวดบีบ ๆ มากขึ้น PS 4-7/10 อาเจียนเป็นน้ำดี ท้องอืด ไม่ถ่าย ไม่ผายลม hyperactive BS PCD ออก 70 ml	NPO Morphine 2 mg iv stat Retain ng >> irrigate ได้ bile IV hydration	Off fentanyl patch Morphine (1:1) drip 0.6 ml per hr Morphine 2 mg iv prn Buscopan 20 mg iv prn for colicky pain octreotide 200 mcg iv in 24 hr omeprazole 40 mg iv od +Dexamethasone 8 mg iv เข้าเที่ยง



3/7/65 Film abdomen – seen air in rectum, seen fecal content in large bowel

Date	Order for one day	Order for continuation
4-5/7/65 อาการปวดดีขึ้น ผายลมได้ ท้องอืดดีขึ้น ถ่ายเป็นน้ำ 10 ชีชี PS 3-4/10 NG 210-220 cc bile PR impact feces PCD ออก 20-25 ml per day	Off NG Unison enema rectal suppo Notify sx เรื่อง PCD ออกน้อย sx มา milk สายให้	Liquid diet Off buscopan Off omeprazole

Date	Order for one day	Order for continuation
6/7/65 ผายลมได้ ถ่ายได้เล็กน้อยหลังสวน อุจจาระแข็ง PS 2-3/10 Hyperactive BS PCD ออก 500 ml	-Lactulose 300 ml + NSS up to 1000 ml rectal suppo	Dexamethasone 8 mg iv od soft diet Fentanyl patch 12.5 mcg/hr 1 patch q 72 hr Off morphine drip lactulose 30 ml po hs

Date	Order for one day	Order for continuation
<p>7-11/7/65</p> <p>ผายลมอย่างเดี๋ยวล ถ่ายได้บ้างวัน หลังสวน แน่นท้อง อุจจาระ เหนียวๆเป็นส่วนใหญ่ หลังถ่าย อาการแน่นดีขึ้น</p> <p>ปวดท้องหลังสวน lactulose ได้ buscopan prn เป็นครั้งๆ</p> <p>PCD ออก 20-100 ml/day</p> <p>แผลรอบ PCD มีน้ำ leak ออกมา</p>	<p>Lactulose 300 ml + nss up to 1000 ml suppo rectal</p> <p>Retain ng content ออกมาวันละ 200-240 ml อาการแน่นท้องดีขึ้น ได้ off NG วันที่ 10</p> <p>Oncomed plan ให้ palliative CMT แต่ขอ improve nutrition ก่อน (Alb 2.8)</p> <p>IV hydration</p> <p>Notify sx</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dexamethasone 4 mg iv od - Off octreotide



9/7/65 Film abdomen – seen air in rectum, seen fecal content in large bowel

Date	Order for one day	Order for continuation
12/7/65 ปวดท้องขึ้นมา จุกๆ บีบๆทั่วท้อง PS 8-9/10 ขอ Morphine 2 mg iv prn 3 ครั้ง ยังไม่ดีขึ้น hyperactive BS	NPO Retain NG >> coffee ground >> irrigate clear >> consult sx คิดถึง stress ulcer plan conservative with PPI Film abdomen IV hydration	octreotide 100 mcg iv in 24 hr Pantoprazole 40 mg iv q 12 hr Fentanyl inj 25 mcg SL ก่อน evacuate feces 10-15 min Off dexamethasone



12/7/65 Film abdomen – seen air in rectum, seen fecal content in descending colon, large bowel dilate

Date	Order for one day	Order for D/C
13-20/7/65 NG bile + food content ออกวันละ 100-150 cc สวน unison เป็นครั้ง ๆ ถ่ายออกดี Hyperactive BS ทุกวัน อาการปวดคุมได้ดี PS 2-3/10 แผลรอบ PCD แห้งดีหลัง off PCD ก่อนกลับบ้าน Cr 0.88	IV hydration Step diet ก่อนกลับบ้าน ได้เป็น soft diet Retain NG กลับบ้าน sx ให้ off PCD เพราะแผลซึม และ ascites น้อยมาก โดยให้ tapping เป็นครั้งไป Oncomed มาประเมินซ้ำแจ้งว่า ไม่สามารถให้ CMT ได้ เนื่องจาก ร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อม	- Octreotide 300 mcg + NSS up to 22 ml SC drip via Thalapump 3 ml/hr - Fentanyl patch (12.5 mcg) 1 patch apply q72h - Morphine 2 mg SC prn for BT pain and dyspnea q2hr - Lactulose 30 ml po hs - Pantoprazole (40) 1x1 po ac



19/7/65 Film abdomen – normal bowel gas pattern , minimal air fluid level seen

CLINICAL COURSE SUMMARY

1. Cancer of unknown primary with carcinomatosis peritonii >> plan BSC
2. AKI >> improved with hydration >> Cr 0.88 before discharge
3. Bowel obstruction >> constipation >> partially resolved
4. Ascites >> off PCD >> plan tapping as needed
5. UGIB from stress ulcer >> on oral PPI
6. Constipation >> improved by lactulose + feces evacuation + unison rectal suppo

Review Article

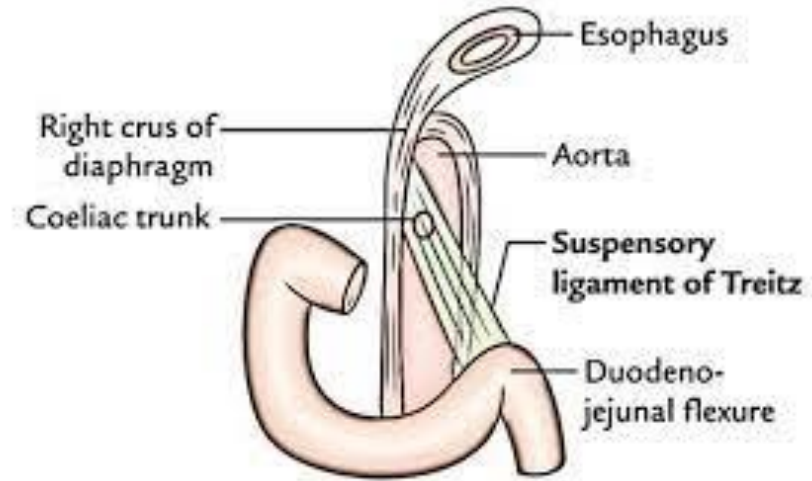
Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis

Guillemette Laval, MD, Blandine Marcelin-Benazech, MD,

The recommendation are related to bowel obstruction with advanced peritoneal carcinomatosis for which complete cytoreductive surgery and intraperitoneal hyperthermic chemoperfusion are no longer relevant

Clinical Signs Depending on the Level of Obstruction

Symptoms	Enteral Bowel Obstruction	Colic Bowel Obstruction
Vomiting	Bilious, aqueous Abundant No or not very foul-smelling	Small volume Sometimes absent Foul-smelling, even fecaloid
Pain	Early sign Periumbilical Brief colicky pain	Late sign Localized Colicky pain with sometimes long periods between episodes
Abdominal distension	Sometimes absent	Present
Anorexia	Always	Sometimes absent



Differential Diagnosis of Bowel Obstruction in Patients With Peritoneal Carcinomatosis

Lesion	Etiology	Associated Conditions/Symptoms
Mechanical Extrinsic	Peritoneal carcinomatosis	Metastatic GI or ovarian tumors
	Adhesions	Prior surgery, peritonitis
	Hernia incarceration	Congenital or acquired
	Sclerosing mesenteritis	Prior surgery, malignancy (urogenital, GI adenocarcinoma, lymphoma)
	SMA syndrome	Rapid weight loss
	Volvulus	Chronic constipation, congenital aberrant attachments
	Intrinsic or endoluminal	CRC
		Prior intestinal surgery
		Prior colon resection, PAD
		Prior abdominal or pelvic radiation
		Medical device migration (PEG, jejunal tube)
		Small bowel tumor
		Chronic constipation, impaction
Functional	Intramural	Gastric carcinoma (linitis plastica)
	Drug induced	
	Adynamic (paralytic) ileus	Paraneoplastic syndrome, mesenteric nerve infiltration, postoperative ileus

NOTE. Adapted from Osteen et al.⁸

INTRODUCTION

- Peritoneal carcinomatosis results from tumor cells in the peritoneal cavity.
- Tumor cells may come from a primary tumor in the peritoneum but in most cases come from the metastasis of abdominal and pelvic malignancies.
- Bowel obstruction can be either mechanical or functional.
- It can result from the compression of the digestive lumen by a primary cancerous mass or metastasis (mesenteric or epiploic), radiation-induced fibrosis, or abdominal or pelvic adhesions.

Secondary extraperitoneal origin

Lung cancer

Breast cancer

Kidney cancer

Malignant melanoma

Peritoneal
cavity

Primary peritoneal origin

Peritoneal mesothelioma

Primary peritoneal cancer

Secondary intraperitoneal origin

Cholangiocarcinoma

Gastric cancer

Pancreatic cancer

Colorectal cancer

Small bowel cancer

Ovarian cancer

Endometrial cancer

Appendiceal cancer

Sarcoma

Fig. 1 | **Tumours causing peritoneal surface malignancies.** Peritoneal surface malignancies are a heterogeneous group of malignancies that can arise from primary tumours of the peritoneum or disseminate secondarily as peritoneal metastases from tumours of intraperitoneal origin and from tumours of extraperitoneal origin.

CLINICAL ASSESSMENT AND IMAGING FOR DIAGNOSIS

- CT scan is the gold standard for diagnosis as it has a specificity and sensitivity of more than 90%.
- CT scanning has four main objectives:
 - 1. Diagnose carcinomatosis
 - 2. Confirm the mechanical obstruction
 - 3. Identify a surgical emergency: Complications include perforation, volvulus, or strangulation, which need surgery even in palliative care
 - 4. Search for a nonmalignant cause of the obstruction: Non-neoplastic obstructions occur in 15% of patients with an identified carcinomatosis

SURGICAL MANAGEMENT

- In patients with ovarian cancer, carcinomatosis is found initially in 50% of cases, and the immediate prognosis is far better than in gastrointestinal carcinomatosis and supports surgical interventions
- Surgery generally is indicated for patients with an obvious obstacle seen on CT scan, inaccessible for endoscopic prosthesis, with a localized peritoneal infiltration and no massive infiltration of the root of the mesentery or mesocolon, extended pelvic carcinomatosis and massive ascites
- Patients who received venting gastrostomy had the lowest complication rate (5%) and good quality of life

ACUTE MALIGNANT OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH PERITONEAL CARCINOMATOSIS: THE ROLE OF PALLIATIVE SURGERY

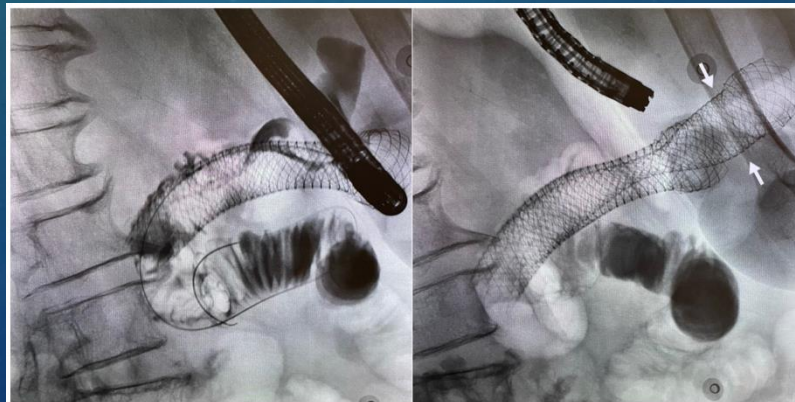
- 148 patients who underwent palliative surgery for acute obstruction caused by peritoneal carcinomatosis. (colorectal cancer, neuroendocrine tumor, ovarian cancer & other)
- **58.1% developed postoperative complications**, 29.1% developed ≥ 2 complications
- **56.1% readmission, 35.0% re-obstruction** and 8.8% hospital mortality
- Median overall survival was 119 days (IQR 48-420)
- Patients who developed an obstruction during or within 6 months after treatment with chemotherapy had a worse overall survival ($p < 0.001$)
- **Conclusion: Palliative surgery is associated with high rates of complications and readmission and re- obstruction are common. Comfort care is often a better option than surgery, especially in patients with disease progression under recent treatment with chemotherapy.**

POOR PROGNOSTIC FACTORS FOR SURGICAL TREATMENT OF BOWEL OBSTRUCTION

- Advanced age
- Poor performance status
- Poor nutritional state
- Extent of the malignant disease: diffuse peritoneal carcinomatosis, ascites, palpable masses, multiple obstacles on the small bowel...
- Obstruction of the small bowel rather than colic obstruction
- Previous abdominal or pelvic radiotherapy

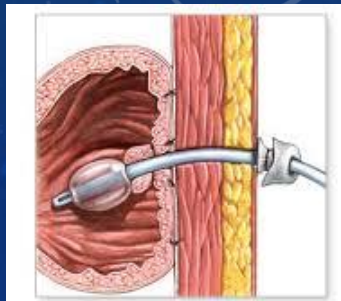
THE ROLE OF STENTS

- Few studies focus on the role of endoscopic prosthesis in the palliative management of obstruction with peritoneal carcinomatosis
- Carcinomatosis is not a contraindication to stent placement in patients with a single-point obstruction
- Endoscopic procedures should be preferred to surgery as they have lower morbi-mortality rates
- Complications are rare: migration (8.5% - 12.4%), obstruction (0.5% - 10%), and perforation (0.5% - 4%).



THE ROLE OF NGTS AND VENTING GASTROSTOMY?

- Nasogastric Tubes. This procedure is considered for patients who suffer from intractable vomiting and/or gastric distention. Moreover, a distended stomach can no longer empty itself. Placing an NGT allows time to determine if medical treatments will work (usually 48 hours)
- Venting gastrostomy must be considered for patients no longer responding to medical treatments or in whom the NGT cannot be removed.
- The removal of the NGT must not be considered if more than 1 L is secreted
- Venting gastrostomy is a rare indication and should be considered as a last resort indicated in the presence of a high obstruction resistant to medical treatment, accompanied by intractable vomiting.



STEROID MANAGEMENT

- Have anti-edematous effects by decreasing the edema around the tumor
- Have central antiemetic effect and indirect analgesic effects by reducing bowel distension and inflammation.
- The number needed to treat is 6
- Methylprednisolone and dexamethasone are prescribed at the moment of the diagnosis
- Mean dose is 1-4 mg/kg/d for methylprednisolone and 0.25- 1 mg/kg/d of dexamethasone
- Administration in short courses (5-10 days), IV or SC
- Continuation or discontinuation of treatment depends on the evolution of obstruction (resolution or not) and management of symptoms



ANTISECRETORY DRUG MANAGEMENT



1. Anticholinergic Antisecretory

- Scopolamine and butylscopolamine (also known as hyoscine butylbromide) have antispasmodic, antiemetic (vestibular center), and antisecretory effects and reduce the volume of gastrointestinal secretions
- 40 to 80 mg/d administered IV or SC; the dose can be increased to 120 mg/d

2. Gastric Antisecretory Drugs



- The use of gastric antisecretory drugs, proton-pump inhibitors (PPIs), and histamine antagonists has not been evaluated in bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis.
- Ranitidine proved to be the most effective as it induces a rapid effect
- PPIs must be administered once a day before the first meal of the day to induce the best antisecretory effect
- As the occurrence of peptic ulcers does not increase when patients receive steroids.

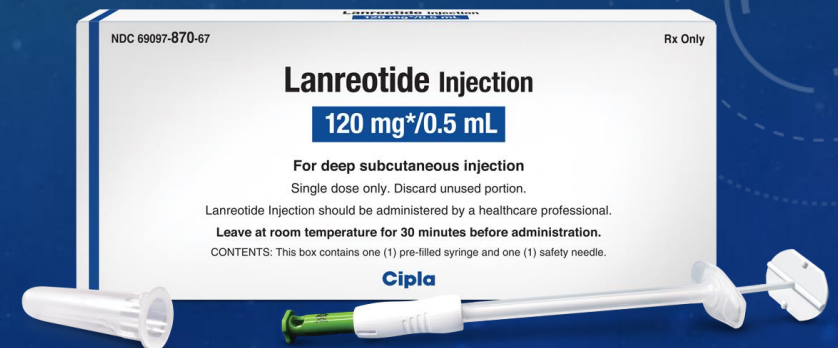
3. Somatostatin Analogues



- It decreases splanchnic and portal blood flow and small intestine secretions and gastrointestinal motility and increases the gastrointestinal reabsorption of water and electrolyte
- Synthetic analogues of natural somatostatin such as octreotide and lanreotide have a longlasting effect
- **Octreotide was superior to scopolamine derivatives** (hyoscine butylbromide) in reducing digestive secretions ,nausea ,vomiting, and removal of NGTs
- The initial dose of octreotide is usually 300 or 600 mg/ sometimes up to 900 mg
- Some side effects have recently been reported: diarrhea and abdominal pain, change in blood sugar levels, and risk of gallstones

3. Somatostatin Analogues

- Assessment should be done on Day 3 (in case of inefficacy, doses can be increased) and on Day 5
- When treatment does not prove effective in controlling symptoms, we recommend discontinuation of octreotide analogues on Day 3 (or Day 6 depending on whether initial doses were increased or not)
- When the obstruction is resolved, these drugs should be discontinued except in cases of recurrent episodes



ANTIEMETIC MANAGEMENT

- Antiemetics ensure a decrease in nausea and vomiting induced by bowel obstruction
- Metoclopramide is usually prescribed as a first-line treatment in patients with incomplete obstruction

Advised Antiemetics in Bowel Obstruction

Neuroleptics

Metoclopramide (only incomplete obstruction) SC, IV:
30–60 mg/24 h

Haloperidol SC: 5–15 mg/24 h

Chlorpromazine SC, IV: 12–50 mg/24 h

Droperidol SC, IV: 2.5–5 mg/24 h

5-HT₃ receptor antagonists

Ondansetron IV: 4–8 mg/d, suppository 16–32 mg/d

Granisetron IV: 3–9 mg/24 h

Tropisetron IV: 5 mg/24 h

Dolasetron IV: 100–200 mg/24 h

Steroids

Scopolamine or butylhyocine or scopolamine

Somatostatin analogues

SC = subcutaneous.

If clinical signs of bowel obstruction

Perform a CT scan : abdominal CT scan

Except if surgery or endoscopic intervention are not feasible

- ➔ Confirm bowel obstruction with carcinomatosis
- ➔ Specify level(s) of stenosis
- ➔ Specify the mechanism
- ➔ Rule out surgical emergency

1. Is there an indication for surgery ?

- ➔ Joint-Action Committee with physicians and surgeons

Prognosis criteria:

- Age and comorbidities
- Nutritional status
- History of radiotherapy
- Level of obstruction
- Probable subsequent treatments

Yes

Non-neoplastic obstruction
Perforation, acute volvulus
Identified obstacle
inaccessible to endoscopic
prosthesis

No

As indication of stent dilatation
on single stenosis,
lesion accessible to endoscopy,
technical facilities available

No

Patient disagreement
Poor general health
Extensive carcinomatosis
Multiple levels of stenosis
Invasion of mesentery root

2. Medical intervention

Decision Tree and Protocol for Symptomatic Medical Treatments of Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis

Bowel Obstruction Protocol, Stage 1

STAGE 1: Day 1 to Day 3

- Fasting patient + IV or SC rehydration
- Symptomatic treatments to be adapted to each case
- 1. Antiemetics
 - Neuroleptics
 - Metoclopramide contraindicated in complete obstruction
 - Haloperidol SC 5–15 mg/24 h continuous or discontinuous/8–12 h
 - Chlorpromazine IV or SC 12–50 mg/24 h continuous or discontinuous/8–12 h
 - Droperidol IV or SC 2.5–5 mg/24 h continuous or disc/8–12 h second-line treatment: 5HT₃ antagonist alone or associated
- 2. Anticholinergic antisecretory
 - Butylscopolamine 40–120 mg/24 h SC or IV continuous or disc/6–8 h
- 3. Antisecretory somatostatin analogue: Can be considered as a first-line treatment in cases of early recurrence in patient who responded to somatostatin analogues in previous episodes (see Stage 2)
- 4. Gastric antisecretory: PPI
 - Continuous IV injection over 24 h or single injection
 - SC is feasible for Omeprazole
- 5. Steroids: Short courses 5–10 days, IV or SC route
 - 1–4 mg/kg/24 h of methylprednisolone in one single injection
 - or 0.25–1 mg/kg/24 h of dexamethasone in one single injection
- 6. Analgesics: levels I–II or III, IV, or SC route
- 7. Nasogastric tube, non systematic
 - Often necessary if abundant vomiting and/or significant gastric distention

SC = subcutaneous; PPI = proton-pump inhibitor

Bowel Obstruction Protocol, Stage 2

STAGE 2: Reassessment on Day 4

- If the obstruction is resolved
Reduction until minimal effective dose (even discontinuation) of steroids and anticholinergics
Reassessment of symptomatic treatment
 - If obstruction is not resolved and vomiting persists:
Introduction of somatostatin analogue:
Octreotide 600 µg/24 h IV continuous or SC discontinuous/24 h
Or lanreotide PR 30 mg single injection IM/10/24 h
- Other medical treatments** should be continued depending on clinical efficacy and patient tolerance
- If analogue is used as first-line treatment, see Stage 3

SC = subcutaneous; PR = prolonged release; IM = intramuscularly.

- To be initiated when Stage 1 fails to resolve the obstruction and persistent nausea/ vomiting continue
- It consists of the administration of a somatostatin analogue if one has not been initiated in Stage 1

STAGE 3: Reassessment on Day 7

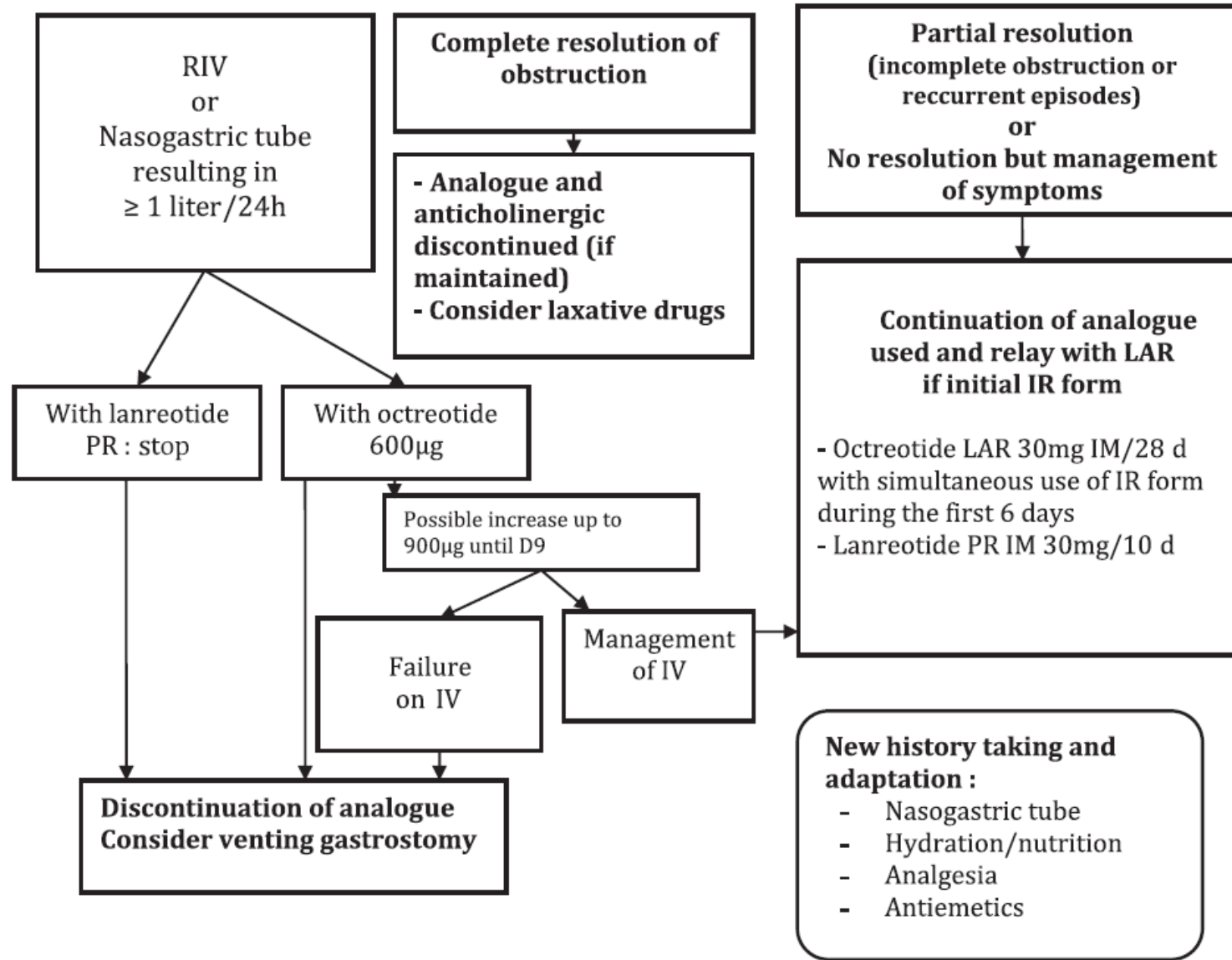
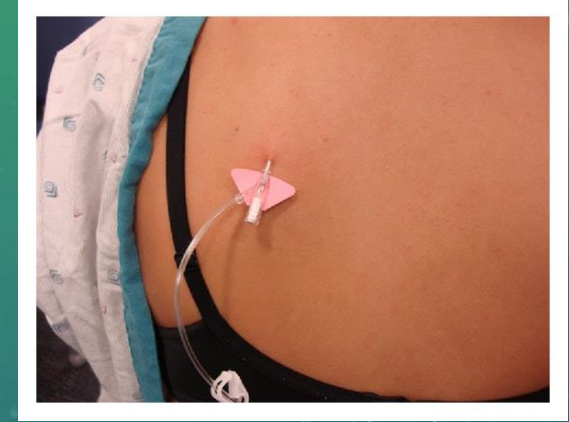


Fig. 2. Bowel Obstruction Protocol, Stage 3. RIV = resistant intractable vomiting; PR = prolonged release; LAR = long-acting release; IR = immediate release; IM = intramuscular; IV = intractable vomiting.

HYDRATION



- The intensity of nausea was significantly lower in patients treated with more than 1 l/day of parenteral fluids
- High level of i.v. hydration may result in more bowel secretions, it is necessary to keep a balance between the efficacy of the treatment and the adverse effects
- Hypodermoclysis (HDC) is a valid alternative with few problems and several potential advantages over the i.v. route for patients who do not already have a central venous catheter.
- Anticholinergic drugs cause dry mouth. Local measures, e.g. frequent sips of fluid, sucking ice cubes or boiled sweets, chewing fresh pineapple, lip lubrication and regular mouth care, are generally effective in relieving the symptom of dry mouth

TOTAL PARENTERAL NUTRITION



- Less than 50% of terminally ill cancer patients experience hunger
- TPN may prolong survival but can also lead to complications and make prolonged hospitalization necessary
- The role of total parenteral nutrition (TPN) in the management of patients with inoperable bowel obstruction is controversial
- if the expected length of survival is short, there is not enough time for a proper TPN plan.
- TPN should not be considered a routine part of a terminal care regimen but should be used in selected patients (KPS > 50 & life expectancy > 2 mo, slow-growing tumors or Patients who are candidates for chemotherapy, Surgery.)

SUMMARY FOR MX BOWEL OBSTRUCTION WITH PERITONEAL CARCINOMATOSIS

Stage 1 Day 1-3 >> Fasting + rehydration + antiemetics + buscopan + PPI + steroids + analgesics + NG +/- octreotide

Stage 2 Day 4 >> obstruction resolved >> reduce doses if already use octreotide go to stage 3
>> obstruction not resolved >> add octreotide

Stage 3 Day 7 >> clinical not resolved >> NG more than 1 l/d >> off octreotide >> venting gastrostomy
>> Complete resolution >> off octreotide + buscopan + consider laxatives
>> Incomplete resolution >> continue octreotide for 1 month



Eastern Metropolitan Region
Palliative Care Consortium

Eastern Metropolitan Region Palliative Care Consortium (Victoria)

Syringe Driver Drug Compatibilities – Guide to Palliative Care Practice 2016

3/5/2016

รายการยา	Compatibility
Haloperidol, Morphine, Metoclopramide	✓
Haloperidol, Octreotide, Metoclopramide	✓
Haloperidol, Ranitidine, Metoclopramide	✓
Haloperidol, Morphine, Hyoscine Butylbromide	✓
Haloperidol, Morphine, Octreotide	✓
Midazolam, Morphine, Hyoscine Butylbromide	✓
Morphine, Octreotide, Metoclopramide	✓

การให้ Ranitidine ทางใต้ผิวหนังสามารถทำให้เกิด site reaction บริเวณตำแหน่งที่ให้ยาได้

