



# Palliative Care Conference: December 2022

Warisara Reungtawee

Suchapak Patchimakun

Thanapon Tangsakul

Fellowship of Karunruk Palliative Care Center



# Basic Information

- ชายไทย
- อายุ 80 ปี
- สถานภาพสมรส: คู่
- ที่อยู่: อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม
- สิทธิการรักษา: จ่ายตรง
- Functional status ก่อน admit: independent

# Personal and Past History

## Underlying diseases

- Prostate cancer
  - bilateral orchidectomy + radiotherapy 5 years prior
  - Now disease stable, F/U PSA
- HT, DLD
- OA knee, gout, BPH
- Deny drug allergy
- Deny alcohol and drug abuse

# Weakness of Right Sided Body

- CC: weakness of right sided body 2.4 hr prior (Onset 19/8/65)
- Weakness and decreasing sensation of right sided body
- Right facial palsy and dysarthria
- Full eye movement
- Visit local hospital; NIHSS 10 points ---> Refer to province hospital

# At Province Hospital

- CT brain NC: no ICH, no large acute parenchymal infarction
- MRI brain: acute pontine infarction
- Not indicated to rtPA (age and ICH 3 year prior)
- Admitted, progression of weakness and muscle twitching
- Diagnosis: Locked-in syndrome, post-stroke seizure
- Delayed DAT due to large infarction
- Phenytoin was given

# Investigation

## **CBC**

- Hb 11, Hct 33.6, MCV 97.1 ,
- WBC 15610, N77.1%, L 14.1%
- Platelet 449,000

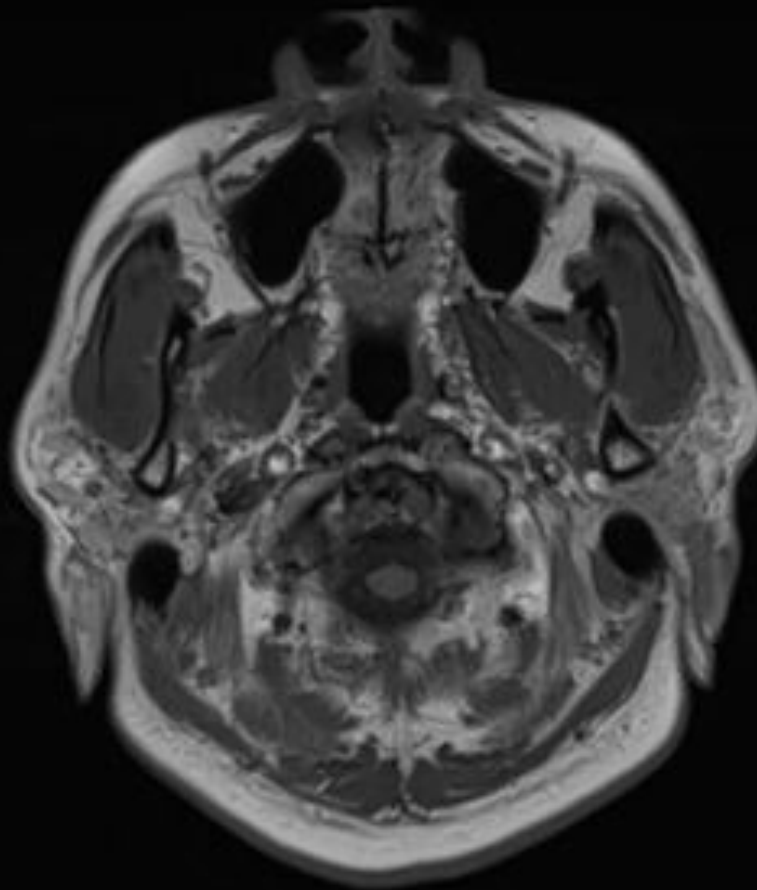
## **Blood chemistry**

- BUN 26.2, Cr 1.03, eFGR 68.77
- Na 129, K 4.9, Cl 99, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 16.1
- Ca 8.2, Mg 2.2, PO<sub>4</sub> 3.1

## **LFT**

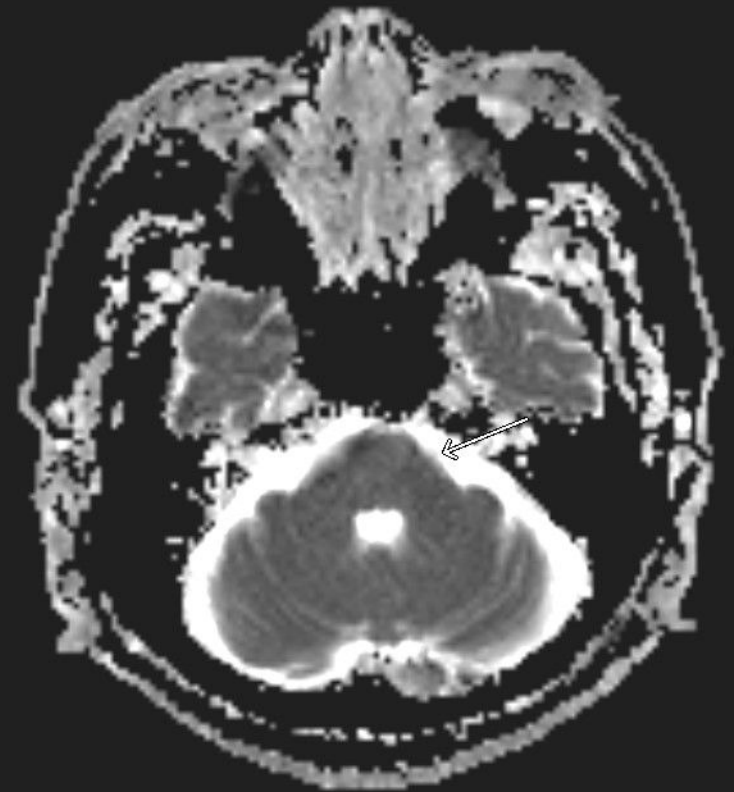
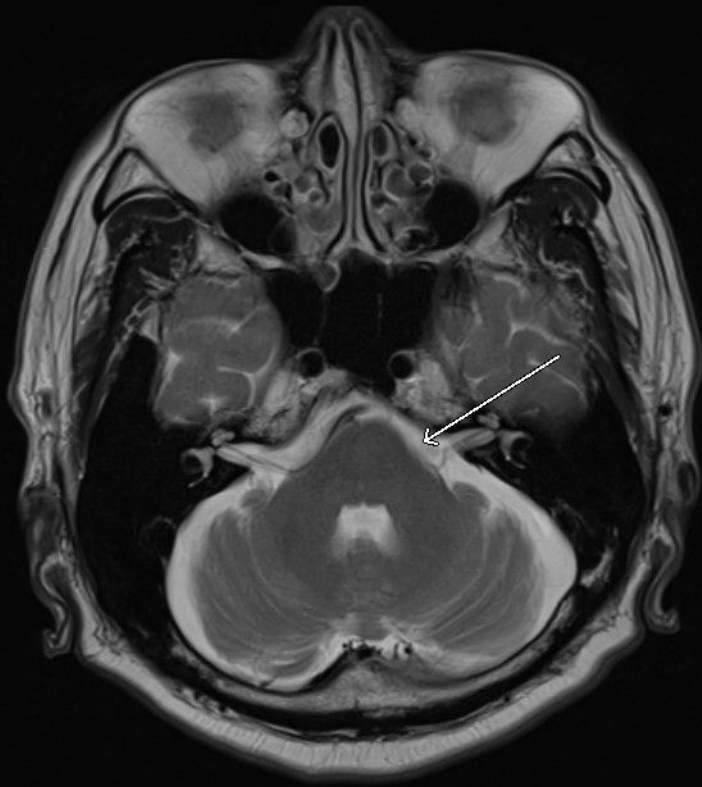
- AST 51, ALT 49, ALP 56
- TB 0.5, DB 0.3
- Albumin 2.6, Globulin 2.6

MRI 19/8/65



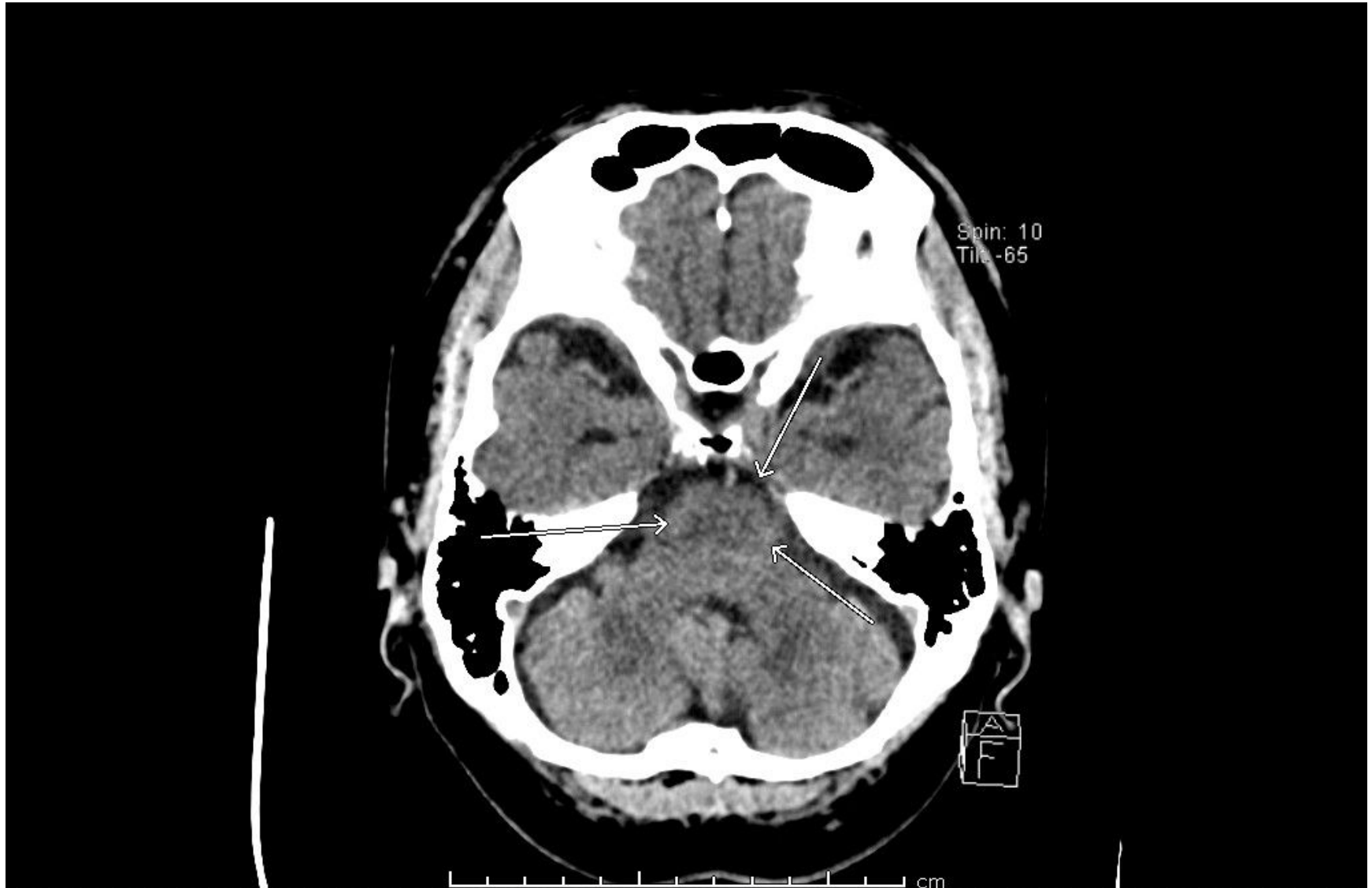
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 cm

# MRI 19/8/65





# CT brain 19/8/65



# Developed Fever

- Aspiration then develop fever dyspnea and profuse secretion
- Chest X-ray: infiltration of LLL
- Diagnosis: hospital acquired pneumonia
- On ETT and ventilator
- Amoxicillin/clavulonate was given
- Patient was referred to SNH 4<sup>th</sup> day after onset

# Follow-Up CT Brain 22/8/65



# Admission at SNH

- First time evaluation at SNH
  - Crepitation left lung
  - E4VTM3
  - Pupil 2 mm RTLBE
  - EOM: medial & lateral rectus palsy both eyes, limited upward gaze
  - No gaze preference, nystagmus
  - Motor power: Rt grade 1, Lt grade 2
  - DTR 1+ all
  - Gag reflex was intact
- PEG & tracheostomy were placed at day 3 of admission

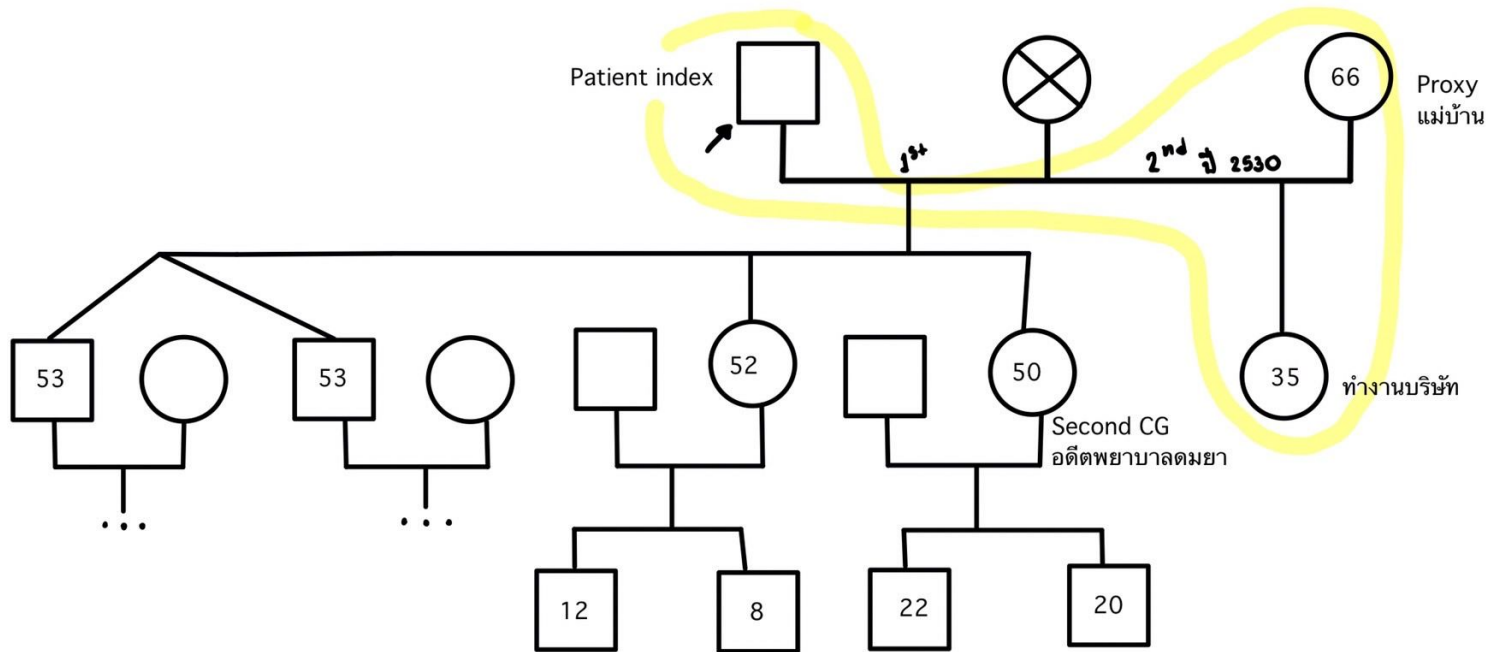
# Hospital Acquired Infection

- After admission developed febrile episodes
  - Urinary tract infection
  - Ventilator associated pneumonia
- Septic work-up shown multi-drug resistant bacteria
  - *Pseudomonas aeruginosa*
  - *Acinetobacter baumannii*
  - *Klebsiella pneumoniae*

# Recurrent Hospital Acquired Infection

- Antibiotics was escalated
  - Piperacillin/tazobactam
  - Colistin
- Difficult ventilator weaning; hypoxia and secretion

# Family



## Family perception:

- Clear understanding about patient's underlying conditions
- Perceived that patient was healthy and always concern about own health

# Psychosocial

- ผู้ป่วยอาชีพค้าขายเครื่องใช้ไฟฟ้า แต่งงาน 2 ครั้ง
- ภรรยาคนที่ 1 เสียชีวิตแล้ว มีบุตร 4 คน
- บุตรกับภรรยาคนที่ 1 จำนวน 4 คน
- คนที่ 1 และ 2: เป็นฝาแฝดผู้ชาย ทำอาชีพค้าขาย แต่งงานแล้วทั้งสองคน อายุ 53 ปี
- คนที่ 3: เป็นผู้หญิงอายุ 52 ปี ทำอาชีพค้าขาย
- คนที่ 4 (Second Caregiver): เป็นผู้หญิง อายุ 50 ปี ข้าราชการพยาบาล ปัจจุบัน early retired แล้ว
- ภรรยาคนที่ 2 (Main CG, Proxy) อายุ 66 ปี
- บุตรกับภรรยาคนที่ 2 จำนวน 1 คน
- คนที่ 5: เป็นผู้หญิง อายุ 35 ปี ประกอบอาชีพทำงานบริษัท สถานะโสด



# Problem listing

1. Acute pontine hemorrhage with lock-in syndrome
2. Aspiration pneumonia with respiratory failure and tracheobronchitis with difficult weaning
3. Occasional PVC, AF with RVR
4. CA prostate S/P surgery and RT – stable
5. Bedsore grade II at coccyx
6. U/D IFP, HT, DLP, BPH, OA knee

# Locked-in Syndrome

- Pathophysiology: lesion in pons
- Paralysis: quadriplegia and cranial nerve palsy
- Spare consciousness
- Preserved motor function: vertical eye movement, upper eyelid
- Can not ambulate or speak ---> locked-in
- 5-year survival: around 80%

PC was consulted for “*evaluation and proper management*”

What is *proper management* in your opinion?

# Our Team Management

- Evaluation
  - Neurological status
  - General conditions
  - Suffering symptoms
  - Family
- Symptom management
- Family meeting
- Establishing plan of care

# PC Attending

- On day 14 of admission (6/9/65)
- Alert, dyspnea at rest
- HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclera
- Heart: Normal S1S2, no murmur
- Lungs: coarse crepitation both lungs, seen intercostal retraction
- Abdomen: no distention, on PEG, soft, not tender, no guarding, no palpable mass
- Extremity: pitting edema 1+

# Neurological Examination

- *E4VTM1*
- pupil 2 mm RTLBE, *lateral rectus palsy both eyes*, present gag reflex
- *Motor power: grade 0 all extremities*
- Sensory: cannot be evaluated (communication issue)
- FTN/HTC: cannot be evaluated (motor function issue)
- *Horizontal and vertical nystagmus*
- Barbinski sign – dorsiflexion both sides
- Good consciousness

# Suffering Symptoms

- Pain
  - BPS 9/12
  - self-report (blinking) severe pain at tracheostomy and PEG site
- Dyspnea: moderate to severe, chest wall retraction, profuse secretion
- Insomnia
- No constipation, agitation

# Symptom Management

- Kapanol(20) 1 cap feed via PEG hs
- Morphine syrup (2 mg/ml) 1 ml feed via PEG prn q 2 hr for pain or dyspnea
- Senokot (7.5) 2 tabs feed via PEG hs
- Dyspnea and pain were better



What would you approach?

# The Approach

- Prognostication
- Shared decision making

## **Principles**

- Truth telling
- Grief and emotion addressing

## **Framework**

- Serious Illness Conversation

# Prognostication

## **Best possible scenario**

- Discharge for Home care
- Bed ridden and total dependence, need full time caring
- Recurrent infection and re-admission

## **Worst possible scenario**

- Cannot get rid of infection
- Difficult ventilator weaning or ventilator dependence
- Multi-organ failure that need organ supports (RRT)
- Dead in hospital

# Serious Illness Conversation

- **Know the patient**
- **Interest more in the patient**
- **Summary: what you heard**
- **Strive & Struggle**
- **Suffering: that patient got and will going on**
- **Preference: **PATIENT's**, not family's**
- **Acknowledge their love**
- **Share decision making**
- **Suggestion on withholding or withdrawal LST**

# The 1<sup>st</sup> Family Meeting 6/9/65: Outcome

- Participants: ภรรยา, ลูกทุกคน
- Grief and Emotion: bargaining and sadness
- Perception:
  - Stroke and severe infection
  - Cannot breathing by himself
  - Tend to getting worse
  - Current status was not comfort

# The 1<sup>st</sup> Family Meeting: Outcome

- Patient preference: he never had an ACP, values not known
- Shared decision: ACP
  - Goal of care: ภรรยาขอสู้เต็มที่
  - Procedure and intervention: accept inotropic drugs, no CPR, RRT, cardioversion
  - Proxy: patient's wife
  - Place of dead: not determine yet

# Progress 13/9/65

- ผู้ป่วยดูซึมลง E3VTM1 ไอบามากขึ้นขณะ feed, มี BD in circuit
- V/S: BT 38.6, PR 120, RR 30, BP 147/80, SpO2 80-90
- Lungs: secretion sound

## Management

- NPO
- On ambu bag -> SpO2 95-97
- CXR -> RLL patchy infiltration
- Consult ENT -> change shiley

# Progress 13/9/65

- At 15.00 น. BP 95/65

## Management

- Septic w/u
- Fluid resuscitation
- Continue morphine ตามเดิม
- คุยกับครอบครัว ACP: full med, no vasoactive

Imp: Aspiration pneumonia with septic shock



# สื่อสารกับผู้ป่วยข้างเตียง

- ทีมการอนุรักษ์ได้สื่อสารตัวโรค และสถานการณ์กับผู้ป่วยข้างเตียงตามความเป็นจริง (โดยระหว่างการสื่อสารจะสอบถามผู้ป่วยเป็นระยะว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ โดยให้ผู้ป่วยหลับตาแน่นๆเป็นการตอบรับ)
- ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลตัวโรคและสถานการณ์ปัจจุบัน
- สอบถามถึงการดูแล ว่าผู้ป่วยต้องการดูแลที่โรงพยาบาลต่อ หรือต้องการกลับบ้าน ผู้ป่วยให้สัญญาณว่าต้องการรักษาต่อที่โรงพยาบาล
- สอบถามถึงข้อมูล ACP: Tracheostomy, CPR ผู้

# The 2<sup>nd</sup> Family Meeting 16/9/65

- Informed progression of situation: aspiration pneumonia
- Anticipatory events:
  - Sepsis and septic shock, renal impairment, intra-hospital death
  - Survive with severe disability and ventilator dependence
- Family decided to .....
  - Withhold inotropic drugs and RRT
  - POD: home at the end-of-life

# Progression 10/10/65

- Infection: ไข้อีลุง เสนหะเรีลลดลง, Primary เเปลีลน ATB เเปลืง tigecycline and sitafloxacin
- CNS: E4VtM1, pupil 2 mmRTLBE, not full EOM
- CVS: stable, rate 80-100
- RS: S/P tracheostomy 25/8/65, on colar 5 LPM
- GI: S/P PEG 25/8/65, step feed BD 350 x 4 feeds รัลได้
- KUB: Cr 1.84, BUN 85, ครอบลครัลปฎีเสล HD

# Progression 10/10/65

- Palliative รับย้ายเข้าหอผู้ป่วย Palliative เพื่อให้ญาติได้เตรียม Home care ก่อนกลับบ้าน
- Palliative D/C at 12/10/65(discharged at day 51<sup>st</sup> of admission)
- Plan Tele f/u อีก 2 weeks

# Status at Discharge

- Bed ridden with total dependence
- Pressure sore: grade II at bilateral hip and coccyx
- Room air breathing via tracheostomy
- Full feeding via PEG
- Caregivers were trained, they can do care well
- Information was shared to local PC network for providing long-term care
- Follow-up via telemedicine 2 weeks later

# Progression: 1 Month after Discharge

- E4VTM1
- Communication: yes/no question, eye blinking
- Pressure sore: grade II at coccyx, decrease in size, healed at bilateral hips
- Dislodge of PEG
  - Admitted in surgery ward
  - Operation for PEG revising
- Febrile episode
  - K. pneumoniae UTI
  - Piperacillin/Tazobactam was given
  - Switch to oral form antibiotic

# Progression: 1 Month after Discharge

- AF with RVR
  - Precipitated by infection, pain
  - Cardiologist was consulted: amiodalone was given then start carvedilol for rate control aiming
- Change tracheostomy tube as appointed timing
- Patient was discharged
- Telemedicine follow-up 2 weeks later

# Learning Issues

- Difficult prognosticating in neurological diseases
- Shared decision making: participation of the patients
- Serious Illness Conversation
- Continuum of long-term and palliative care