



Palliative Case Conference 30th April 2025



A 66-year-old man was diagnosed with advanced gastric cancer. CMT was discontinued due to progressive disease. Later, he developed complete gastric outlet obstruction.

Challenges: How could we provide good quality of life ?

What we will learn from this case discussion:

- Palliative surgery in advanced gastric cancer, when and how ?
- TPN in Malignant Bowel Obstruction, risk VS. benefit ?

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญร่วมอภิปราย

รศ.ดร.นพ.วีระเดช พิศประเสริฐ
อนุสาขาวิชาโภชนศาสตร์คลินิก สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ผศ.นพ.เอกพงษ์ สาริตการมณี
สาขาวิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



วันพุธที่ 30 เมษายน 2568 เวลา 12.00 – 13.30 น.
ขอเชิญร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษาประเด็นการดูแลระดับประคอง
ผ่านทาง Zoom Meeting ID: 957 3201 8813 Passcode: 1234

Case presenter

Napasorn Falayep M.D. (Palliative Fellow)
Karunruk Palliative Care Center

Case profile



- ชายไทย อายุ 66 ปี U/D BPH ,Asthma (Controlled)
- อาชีพ อาจารย์มหาวิทยาลัย (เกษียณ 6 ปี)
- ครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา และหลานสาวคนโต
- ภูมิลำเนา: อ.วังสะพุง จ.เลย
- สิทธิการรักษา: สิทธิข้าราชการ
- Admission date 2 เมษายน 2568
- Consultation date 3 เมษายน 2568

Known case advanced CA stomach with lung and peritoneal metastasis



- Diagnosis: 24 มิถุนายน 2567
- Present with chronic epigastric pain and weigh loss (BW 82 > 75 kg)
- EGD: Gastric mass at body size 5 cm
- Patho: Adenocarcinoma Poorly differential
- CT whole abdomen 17/5/67 : Gastric cancer
- S/P Lap diagnosis and omental perineal biopsy
30 มิถุนายน 2567

CT whole abdomen 17/5/67

- Gastric fundal wall thickening with adjacent peri gastric fat stranding associated multiple subcentimeter enhancing nodes at gastrohepatic and perigastric regions sized up to 0.6 cm. Gastric cancer is concerned.
- Fixed luminal narrowing or suspicious wall thickening along colonic loops.
- Several colonic diverticula at ascending colon without acute diverticulosis.
- Minimal free fluid at Rt paracolic gutter.
- Several bilateral renal cyst sized up to 2.1 cm at interpolar region of Rt.kidney

Known case advanced CA stomach with lung and peritoneal metastasis

- CT Chest 5/7/2567
 - Two tiny **pulmonary nodules** at posterior segment of RUL and anterior segment of LUL, about 3 mm. Pulmonary metastasis cannot be excluded.
 - Evidence of **CA stomach with seeding metastasis**.
- pMMR PDL1 CPS 9.8 HER2 1+

Previous treatment

Metastatic disease + HER2+

- Capecitabine + Oxaliplatin 6 cycle (15/7-9/12/2568) -> Stable disease
- Irinotecan x 4 cycle (13/1-10/3/2568) -> progressive disease

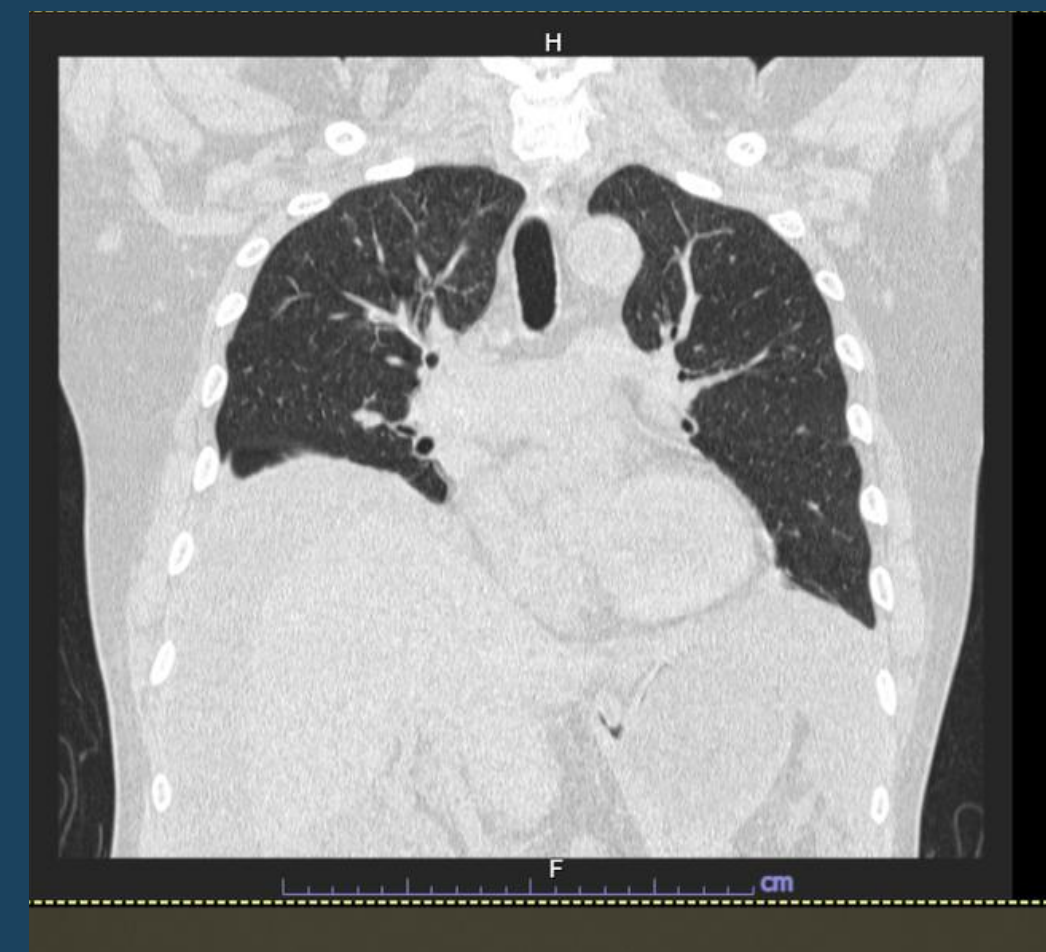
Last CT-whole abdomen and chest 18/3/2568

- Persistence of wall thickening at the gastric body, consistent with primary gastric cancer (non-measurable).
- **Newly detected** mild irregular **thicken enhancing peritoneum** with omental fat stranding at left sided abdomen along with **increased amount of ascites**, could be **peritoneal metastasis**.
- Stable of enhancing peritoneal nodule at left sided mesenteries, metastasis cannot be excluded.
- No interval changes of few non-specific pulmonary nodules. No definite evidence of pulmonary metastasis.

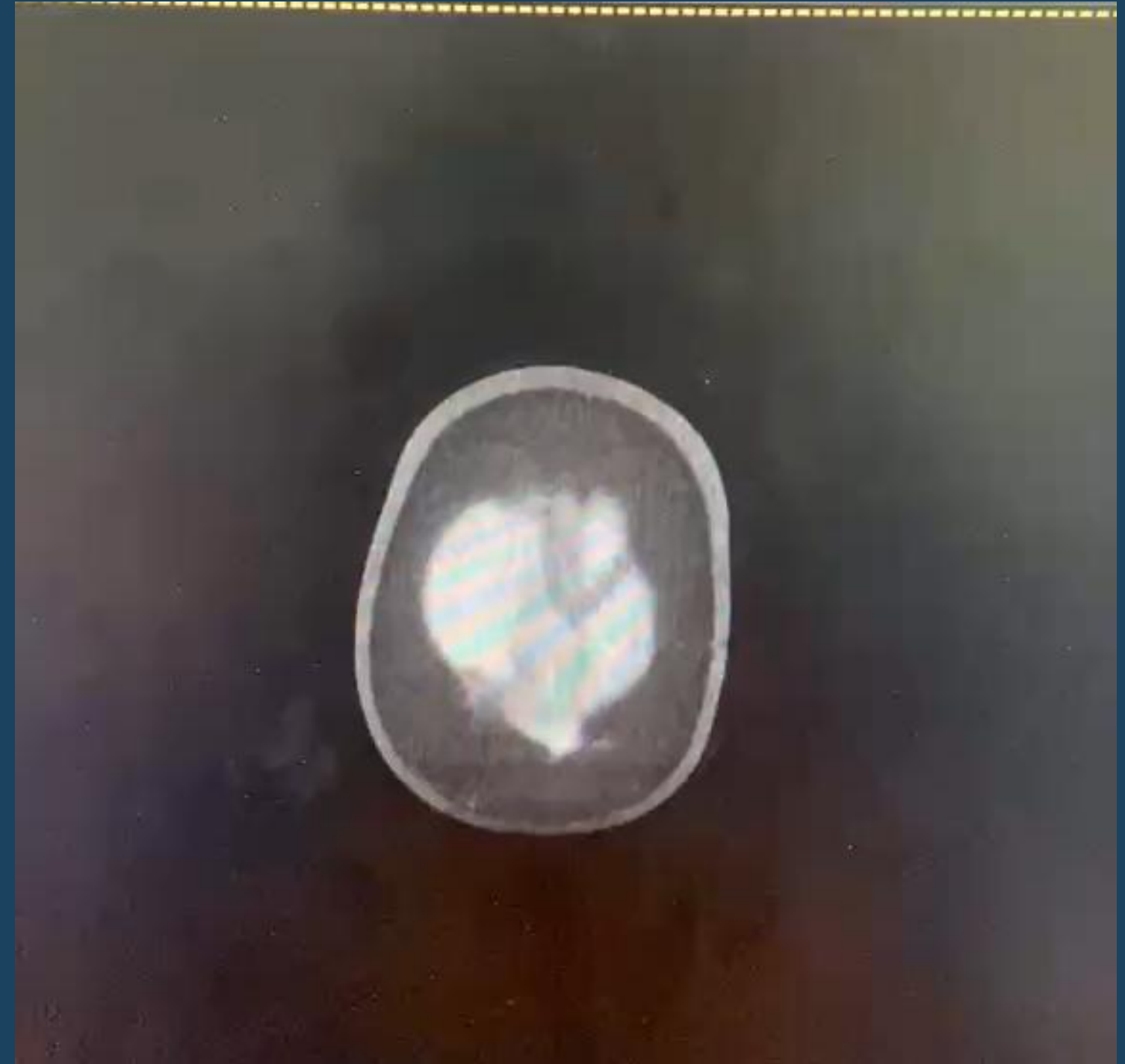
Last F/U oncologist 2/4/2568

Plan best supportive care due to progressive disease

CT whole abdomen and Chest 18/3/68



CT whole abdomen and Chest 18/3/68



2 เมษายน 2568 Admit รพ.ศรีนครินทร์

- 3 wk PTA กินไม่ได้ เริ่มจากกินข้าวแล้วอาเจียนออก เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ
ล่าสุดกินนมแล้วอาเจียน กินได้แค่ น้ำเปล่าเล็กน้อย ไม่ปวดท้อง ไม่ใช่
ถ่ายออกน้อยลง น้ำหนักลด 89 -> 80 kg in 3 wk
 - 1 wk ก่อนมา รพ. อ่อนเพลียมากขึ้น กินแล้วมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่
 - 1 วัน ก่อนมา รพ. อาเจียนเยอะ อาเจียนเป็นอาหารคาว
กินอะไรเข้าไปอีก 15-30 นาที ก็จะอาเจียนออก จุกแน่นลิ้นปี่
หายใจหอบเหนื่อย จึงมา รพ. ไม่มีไข้ ชับถ่ายเป็นเม็ดเล็กๆ



Physical examination and laboratory

V/S: BT 36 C **PR 118 /min** **RR 24 /min** BP 103/69 mmHg SpO2 99 %

PE: Abdomen: **Moderated distention**, soft, not tender, no rebound, no guarding

Lab 2/4/2568:

- CBC Hb 12.5 g/dL Hct 36.6 % (Baseline 39%) **WBC 13,000/uL PMN 75%** Lymp 8% Platelet 766,000 /uL
- **BUN 110.7 (14.4) Cr 7.02 (1.5) eGFR 7.4 (56.86)**
- Na 138 K 4.3 HCO3 18.4 CL 94 Ca 8.5 PO4 8.9 Chol 8.9 Alb 2.7
ALT 31 ALT 31 ALP 308 CEA 7.24

Film abdomen series



Palliative Care assessment

Functional status

- PPS ก่อนมา รพ. 70% ECOG 0
- PPS ปัจจุบัน 50% ECOG 1-2

PC symptoms

1. Abdominal discomfort 10/10 หลังใส่ NG 3/10
2. Fatigue 5/10
3. Dyspnea on exertion 5/10
4. N/V ก่อนมีอาการเยอะ 10/10 หลังใส่ NG แล้วดีขึ้น 0/10

PC management

- Fentanyl 10 mcg iv prn for pain / dyspnea q 2 hr if PRN > 2 doses/day ให้ Fentanyl (10:1) IV drip rate 1 ml/hr
- Octreotide 300 IV drip in 24 hr
- Plasil 5 mg iv q 8 hr
- Dexamethasone 8 mg IV OD

5. Constipation ไม่ถ่ายตั้งแต่ 31 มีค. ก่อนหน้าถ่ายเป็นก้อนเล็กๆ คล้ายขี้กระทาย ผ่ายลมได้
6. Appetite รู้สึกหิวกระหายแต่กินอะไรไม่ได้ 10/10
7. Anxiety อยากทราบทำยังไงจะขับถ่ายได้ปกติ รู้สึกกังวล กับอาการแน่นท้อง ถ่ายลำบาก

Psychosocial

- ผู้สูงอายุข้าราชการเกษียณ เคยเป็นอาจารย์สอนฟิสิกส์ ม.ราชภัฏ เลย
- ภรรยาเป็นผู้สูงอายุข้าราชการเกษียณ อดีตเป็นครูสอน ร.ร.ประถม
- มีบุตรชาย 1 คน ทำงานรับราชการ กรมธนารักษ์ จ.มหาสารคาม
- ปัจจุบันอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดียวกับภรรยา และหลานสาวอายุ 18 ปี
- Value
 - ให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตให้ใกล้เคียงปกติ เช่น การกิน การขับถ่าย ชอบทำกิจกรรมที่บ้าน เช่น ไปทำสวน ใช้เวลากับภรรยาและหลาน

Psychosocial

- **Expectation** (ความคาดหวัง):
 - แม้ว่าไม่ว่าโรคหายขาด แต่คาดหวังจะทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น ช่วยตนเองได้ รับประทานอาหาร ขับถ่ายได้ โดยไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว ภายใต้อายุระยะเวลาที่นานที่สุดเท่าที่ร่างกายทนไหว
- **ขอบเขตการรักษา**
 - ยอมรับ Operation or procedure ที่ทำให้กลับมาดูแลตนเองได้ หรือสามารถเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตโดยไม่เป็นภาระหนักในการดูแลของครอบครัว เช่น การทำ Ostomy, feeding jejunostomy, acute HD, Peripheral inotrope or ATB

Problem lists ในครั้งนี้

1. Advanced CA stomach with peritoneal and lung metastasis
2. Gastric outlet obstruction (Partial gut obstruction)
3. Acute kidney injury
4. UGIB (Non-active bleeding)

Clinical Prognostic Factors

- ECOG, Performance Status (Poor PS → Poorer prognosis)
- Presence of Peritoneal Metastasis
- Presence of Lung Metastasis
- Nutritional Status (Weight loss, Serum Albumin)
- Chemotherapy Response

Prognostication

Performance status

- ECOG 0 → GOO : ECOG 1-2
- PPS 70% > 50%

Disease staging

- Peritoneal metastasis + Lung metastasis
- PCI if PCI > 10-12 → Survival < 6 mo

Nutritional status

Body weigh 80 kg Ht 180 cm
Albumin 2.7 g/dL

Tumor biology

- Poorly differentiated, HER2+
- S/P 2L Irinotecan x 4 cycle → Disease progression

Real-World Survival Data for Advanced Gastric Cancer

- Locally advanced unresectable or metastatic gastric cancer has a poor prognosis.
- Survival in clinical trials assessing the value of CMT has historically been <1 year in non-Asian countries. (ESMO 2022)
- Median survival 3–6 months for peritoneal and lung metastasis despite palliative chemotherapy

What are the options of treatment?

Advance stage gastric cancer with peritoneal
with lung metastasis

Present with Gastric outlet obstruction with AKI

Performance status decline
ECOG 0 > 1-2, PPS 70 % > 50%

Goal of care: Accept procedure that improve QOL

Gastric Cancer treatment

```
graph TD; A[Gastric Cancer treatment] --> B[Surgery]; A --> C[Medication]; B --> D[Curative]; B --> E[Palliative]; C --> F[Curative]; C --> G[Palliative]; D --> H["Gastrectomy, Bypass, gastrostomy"]; E --> I["+Nutrition Therapy"]; F --> J["CMT, Target Tx, Immunotherapy"]; G --> K[Supportive Care];
```

The diagram is a hierarchical flowchart titled 'Gastric Cancer treatment'. It branches into two main categories: 'Surgery' and 'Medication'. Under 'Surgery', there are two sub-categories: 'Curative' (highlighted in green with a red diagonal line) and 'Palliative' (light blue). The 'Palliative' branch leads to a box listing 'Gastrectomy, Bypass, gastrostomy'. The 'Curative' branch under 'Surgery' leads to an orange box labeled '+Nutrition Therapy'. Under 'Medication', there are also two sub-categories: 'Curative' (highlighted in green with a red diagonal line) and 'Palliative' (light blue). The 'Palliative' branch leads to a box listing 'CMT, Target Tx, Immunotherapy Supportive Care'. The 'Curative' branch under 'Medication' leads to a box listing 'CMT, Target Tx, Immunotherapy Supportive Care'.

Surgery

~~Curative~~

Palliative

Gastrectomy,
Bypass,
gastrostomy

+Nutrition
Therapy

Medication

~~Curative~~

Palliative

CMT, Target Tx,
Immunotherapy
Supportive Care

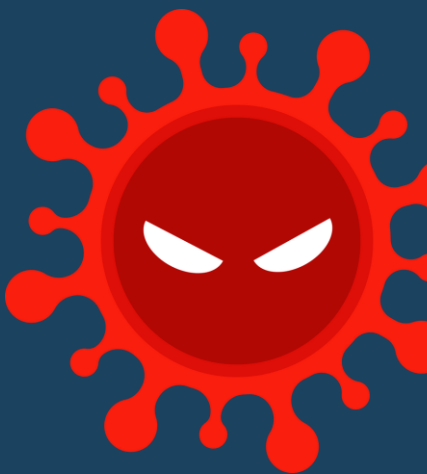
Factors to Consider for Palliative Interventions

Patient Factors:

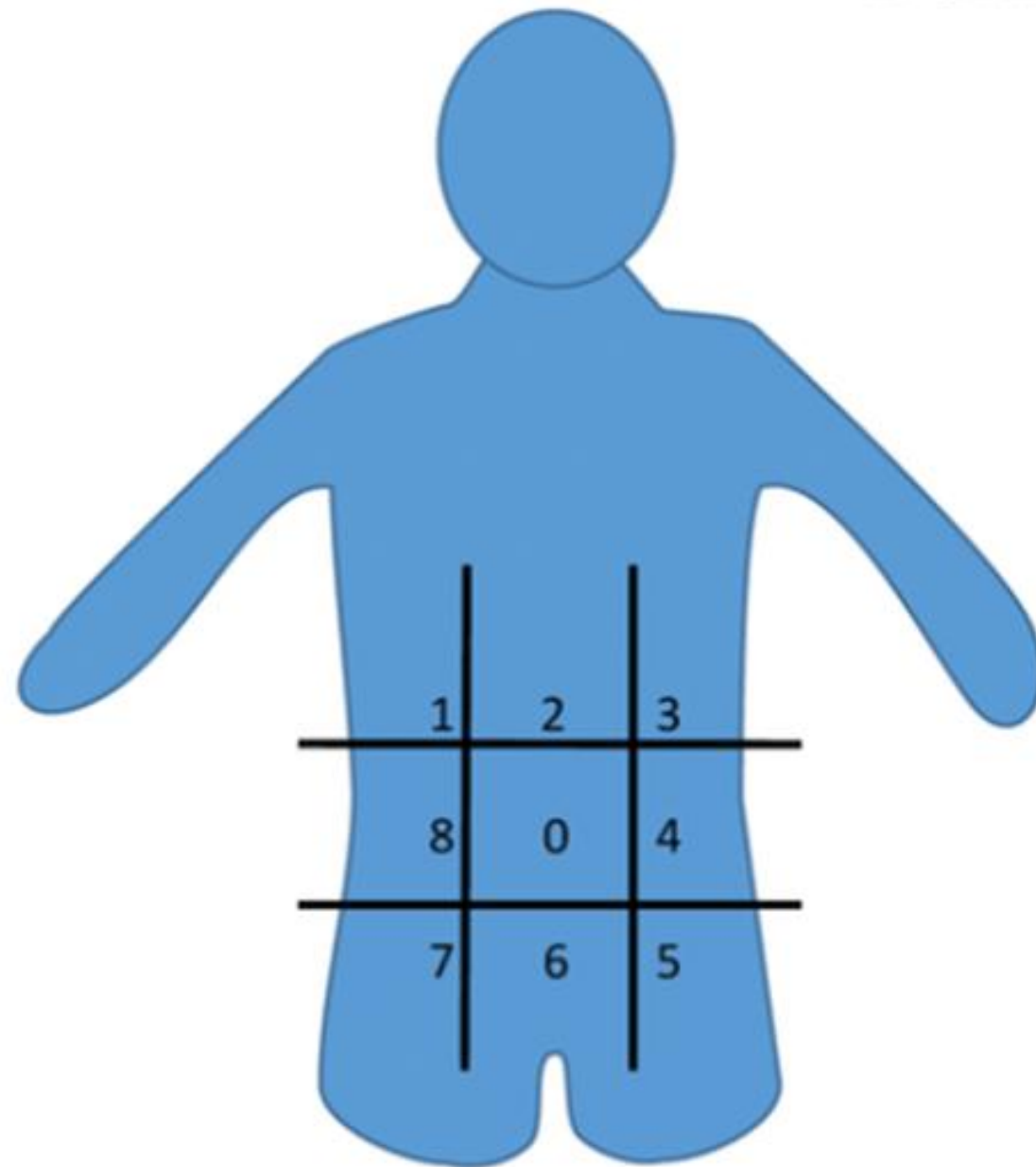
- Good performance status (ECOG 0–2)
- ASA Class I–III
- No decompensated chronic illnesses (e.g., heart failure, severe COPD)
- Chronological age is not an absolute contraindication; biological age is more important

Disease Factors

- Tumor burden not excessively high (Peritoneal Cancer Index, PCI $\leq 10-12$)
- No carcinomatosis extensively involving small bowel
- No large-volume malignant ascites
- Technical issues can be managed (e.g., feasible for bypass or partial resection)

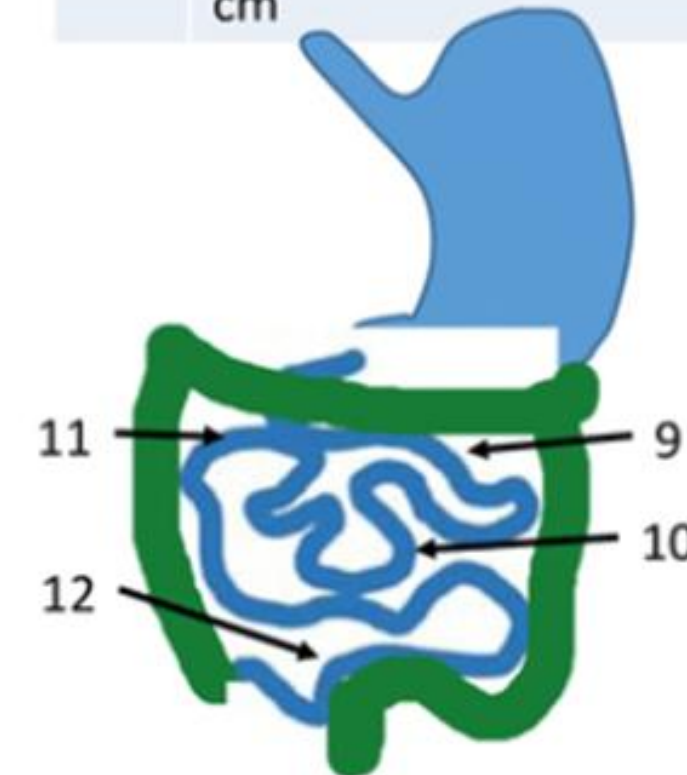


Peritoneal Cancer Index



Regions	
0	Central
1	Right Upper
2	Epigastrium
3	Left Upper
4	Left Flank
5	Left Lower
6	Pelvis
7	Right Lower
8	Right Flank
9	Upper Jejunum
10	Lower Jejunum
11	Upper Ileum
12	Lower Ileum

Lesion Size Score	
0	No Tumor
1	Tumors up to 0.5 cm
2	Tumors up to 5 cm
3	Tumors greater than 5 cm



Peritoneal Cancer Index (PCI) scoring system. PCI is a diagnostic and prognostic tool that is a sum of scores in thirteen abdominal regions. Each receives a score of 0-3 based on the largest tumor size in each region. Scores range from 0 to 39. Higher scores indicate more widespread and/or larger tumors in the peritoneal cavity.

Factors ที่พิจารณาในการทำ Palliative interventions



Surgical Goal

- Aim to relieve symptoms (e.g., obstruction, bleeding, risk of perforation)
- No primary expectation of survival benefit
- Surgery should have a reasonable chance of success and improving quality of life



Prognosis and Life Expectancy

- Expected life expectancy of at least 2–3 months
- Prognosis should be assessed in collaboration with a multidisciplinary team if needed

Patient and Family Understanding

- Ensure clear communication of treatment goals (goal-concordant care)
- Early discussion and planning for Advance Care Planning (ACP)



1. NCCN Guidelines for Gastric Cancer (Version 1.2024)

2. Japanese Gastric Cancer Association (JGCA) Guidelines 2021

3. Fujitani K, et al. Lancet Oncology 2016 (REGATTA trial)

4. Gonzalez H, et al. Annals of Surgery 2019 – Palliative surgery in advanced gastric

Palliative Surgery in Malignant Gastric Outlet Obstruction (GOO)

- **Goal**

- Symptom relief
- Improve oral intake
- Enhance quality of life
- Not intended for cure

- **Main interventions:**

- Surgical
 - Gastrectomy
 - Gastrojejunostomy
- Endoscopic approaches

Palliative Gastrectomy

Indications:

- Symptomatic gastric outlet obstruction (GOO)
- Tumor bleeding or perforation
- Good performance status, limited metastasis

Contraindications:

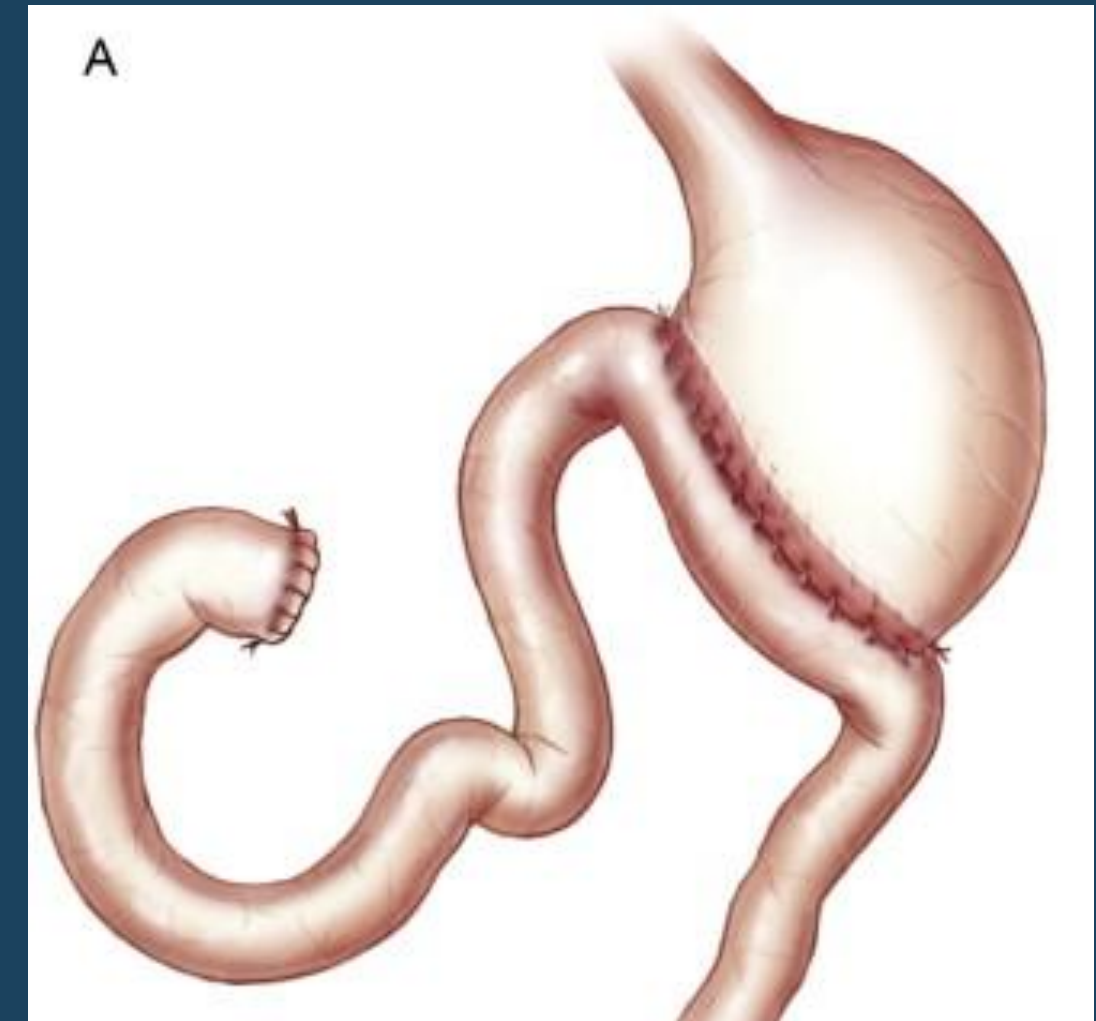
- Extensive peritoneal metastasis
- Poor performance status (e.g., ECOG 3-4)

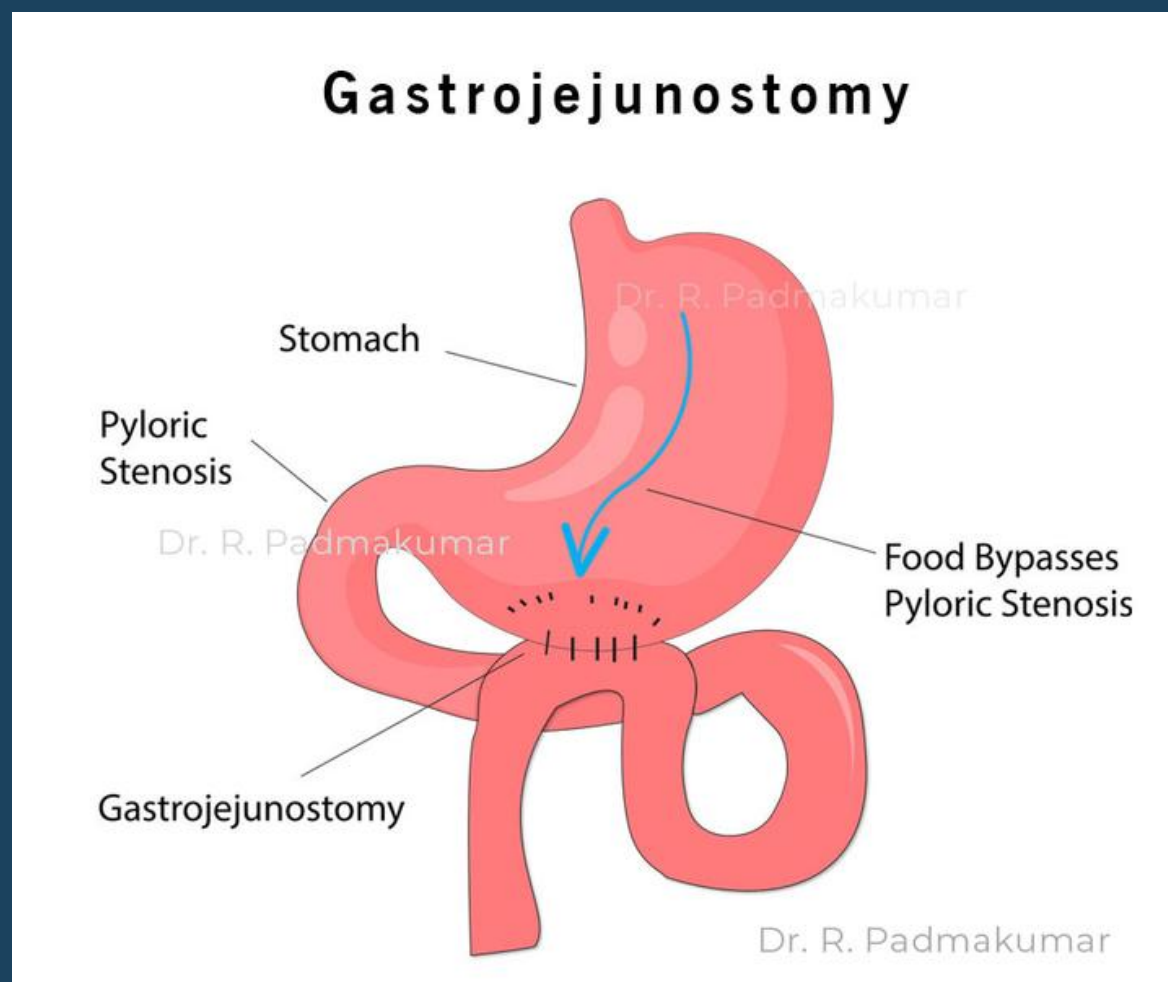
Pros

- Potential symptom relief
- May improve oral intake

Cons

- High surgical morbidity
- No clear survival benefit





Surgical Gastrojejunostomy

“Create a bypass between the stomach and jejunum”

Suitable for:

- Good performance status
- Expected survival > 2 months
- Laparoscopic surgery preferred over open surgery.

Advantages:

- Durable symptom relief
- Lower risk of re-obstruction

Disadvantages:

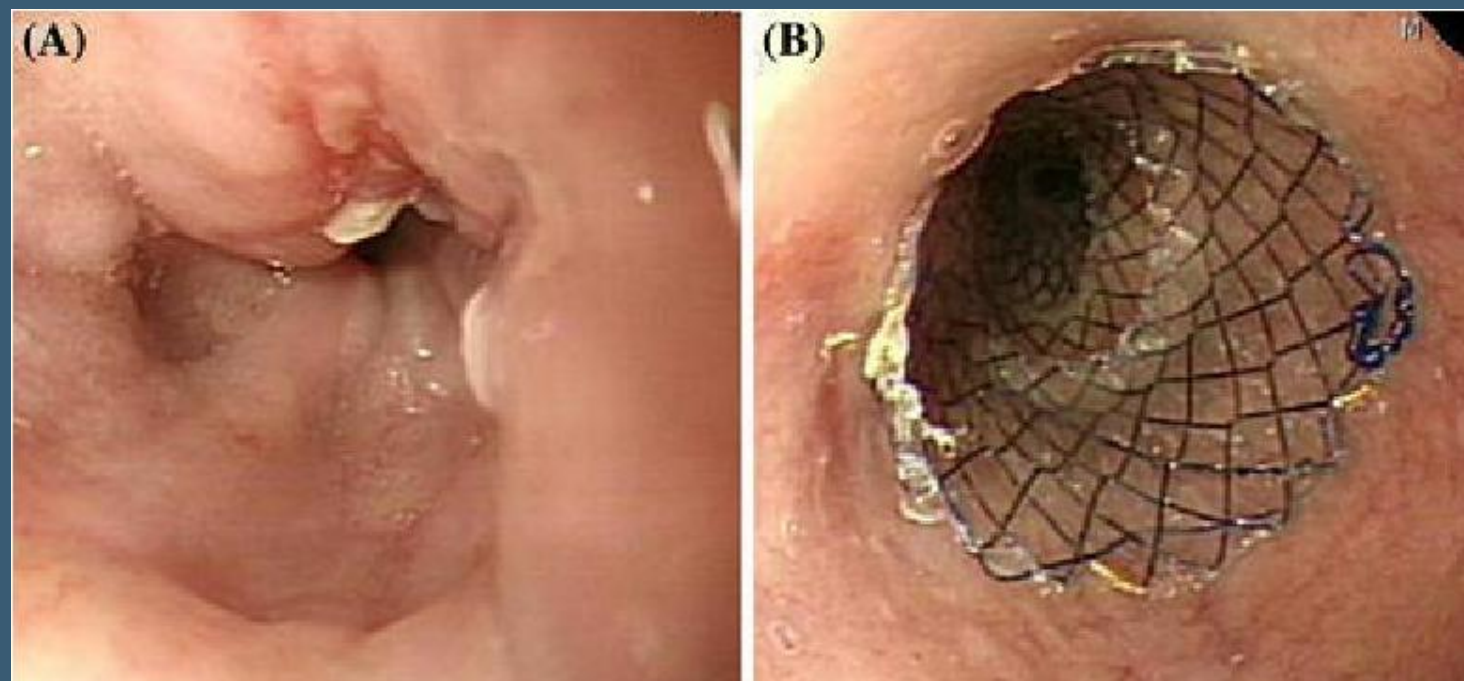
- Invasive
- Longer recovery time

Endoscopic Approaches

- Poor performance status (ECOG 3-4, PPS <40%), multiple comorbid
- Expected survival 2 - 6 months



Self-Expandable Metal Stents (SEMS)



- Rapid symptom relief **but possible re-obstruction.**
- Success rate 86-89%

Endoscopic Ultrasound-Guided Gastroenterostomy (EUS-GE)



- minimal invasive bypass creation.
- Success rate 85-92%
- Newly options and sustained

Palliative Gastrostomy in Advanced Gastric Cancer

Indications:

- Inability to tolerate oral intake
- Multilevel GI obstruction
- Failed stenting or bypass

Contraindications:

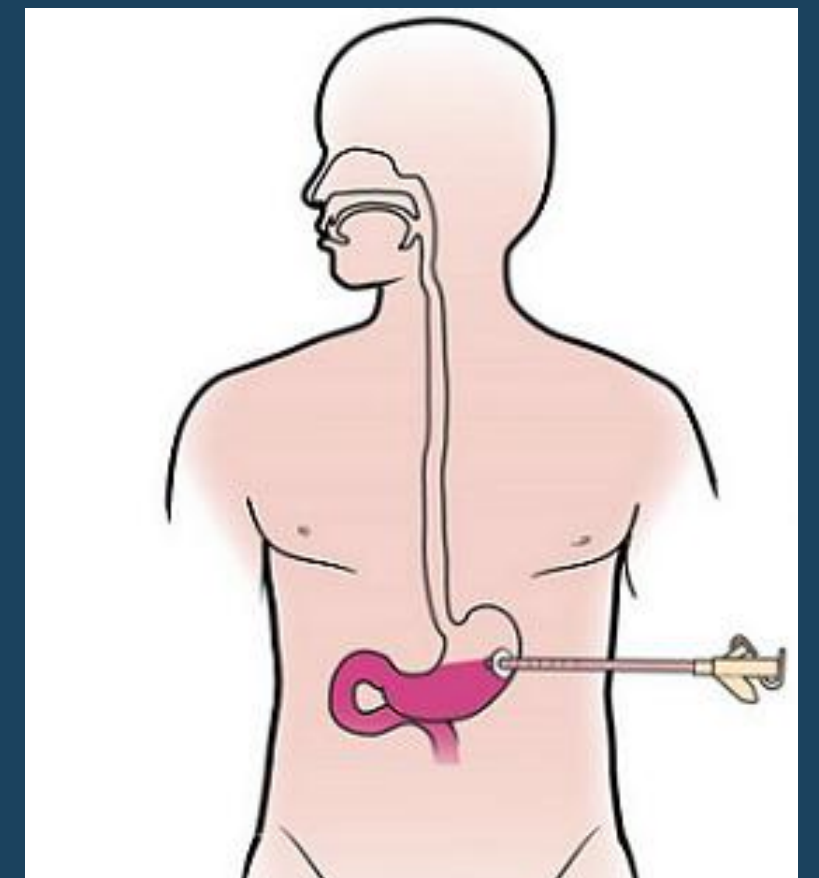
- Severe ascites from peritoneal metastasis.
- Poor prognosis (expected survival < 1 month)

Pros:

- Allows enteral nutrition
- Minimally invasive if PEG

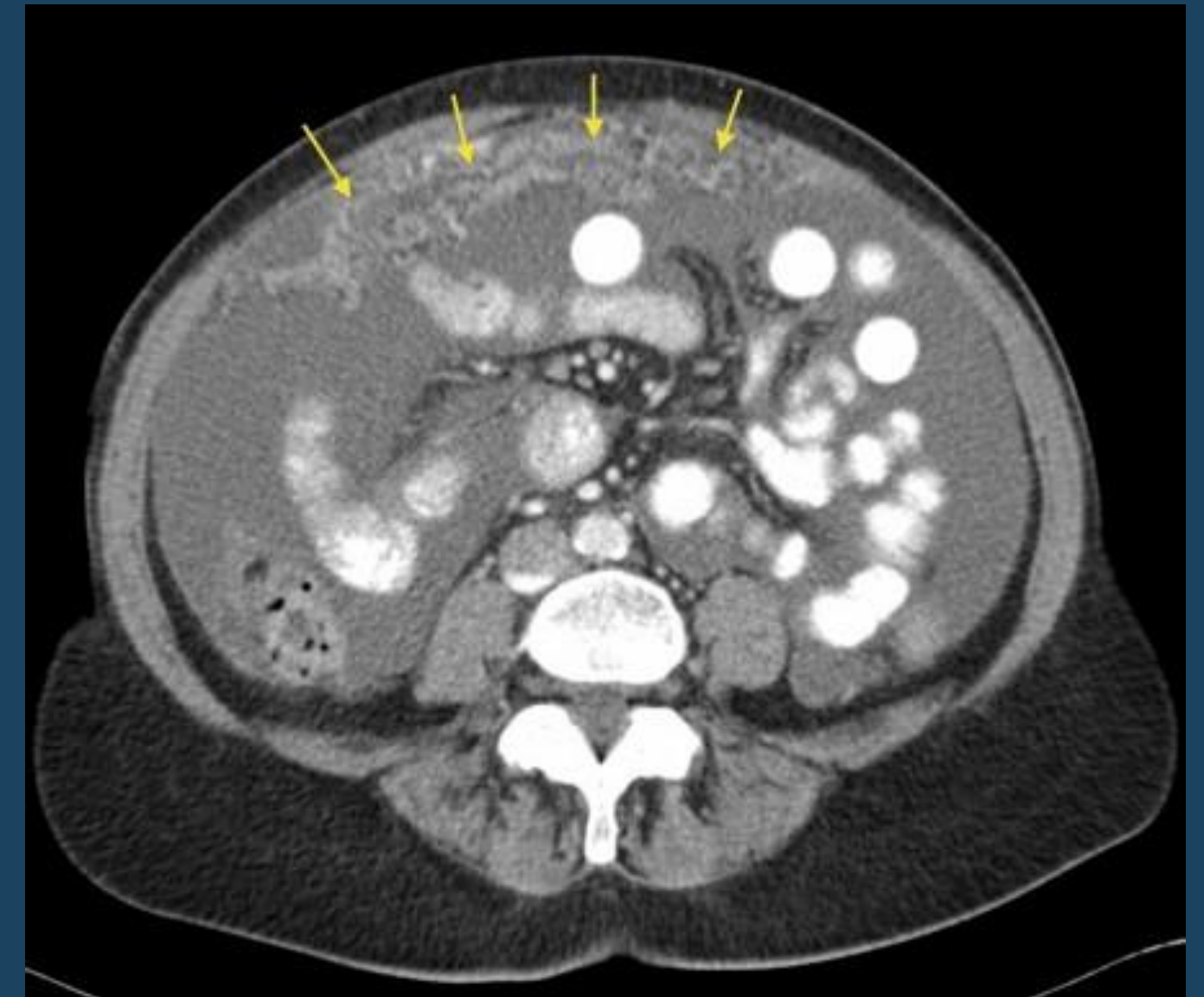
Cons:

- Risk of infection, leakage
- May not improve quality of life if prognosis poor



Special Considerations: Peritoneal Metastasis

- Extensive peritoneal metastasis generally **contraindicates major surgery**
- High risk of **poor wound healing, infection, ascites complications**
- Favor non-surgical palliation: SEMS, supportive care
- Discuss goals of care carefully with patient and family



Advance gastric CA with GOO

Performance status ECOG 0-2

PPS > 50%

Yes

No

Peritoneal metastasis extensive
or PCI >12

Extensive

Supportive care
(Symptom control only)

No extensive

Expected survival > 2-3 months ?

No

Consider SEMS/EUS-GU

Yes

Consider Surgical Gastrojejunostomy
Gastrectomy

Failed stent/bypass

Gastrostomy



Time line off illness



June 2024

Diagnosis: Advance gastric cancer with peritoneal and lung metastasis

chronic epigastric pain and weight loss (82 > 75 kg), ECOG 0

Oct 2024 - March 2025

- Received CMT
 - CAPOX 6 cycles (15/7- 9/12/2024) SD then F/U PD
 - Irinotican 4 cycles (13/1- 10/3/2025)

ECOG 0, no symptom BW 86-89 kg

2 April 2025

- Oncologist Suggest **Best supportive care** due to Disease progression

ECOG 1-2, PPS 50% present with N/V and weight loss 89 kg → 80 kg in 3 wks

3 April 2025

Admit due to GOO with AKI primary ၂၁၂၂၂၂၂၂ no role of Sx

ECOG 1-2, PPS 50% clinical ၂၁၂၂၂၂၂၂ On NG tube , AKI ၂၁၂၂၂၂၂၂ ကံ Hydration

4 April 2025

Consult Palliative care and Nutrition

TPN in Palliative Care

Palliative TPN

- TPN: IV complete nutrition when GI tract is non-functional
- Palliative TPN: To enhance QoL, not cure
- Focus: Symptom control, comfort care

Arends J, et al. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48

Patients needing Home PN (HPN) in palliative care :
classified into 3 groups:

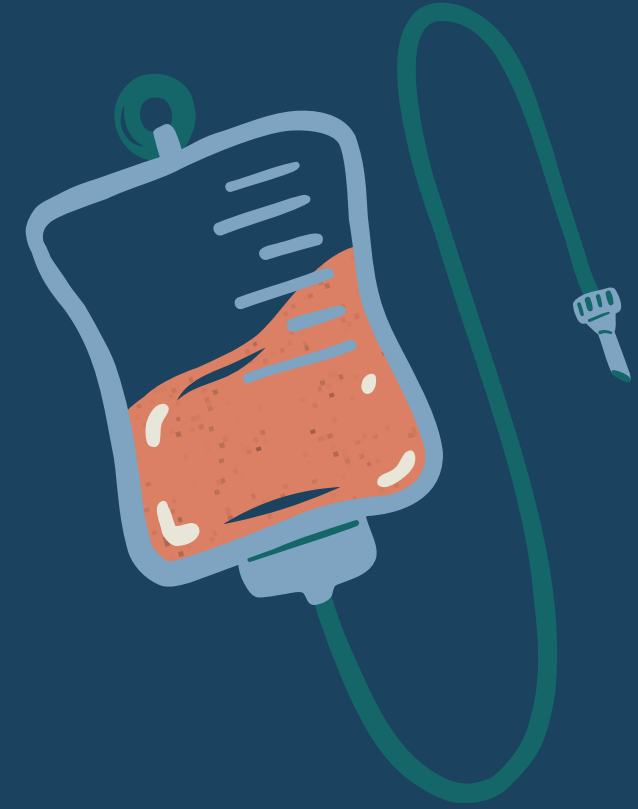
- P1 IF: Short survival, good PS
- P2 IF: Ongoing oncological treatment
- P3 IF: Long-term survival with slow-growing tumors

BAPEN,2020

TPN in Palliative Care

Indications

- Intestinal failure
- Can't assess enteral route
- GI failure, survival > 1–3 months
- Goals: symptom relief, meaningful activities



Contraindications

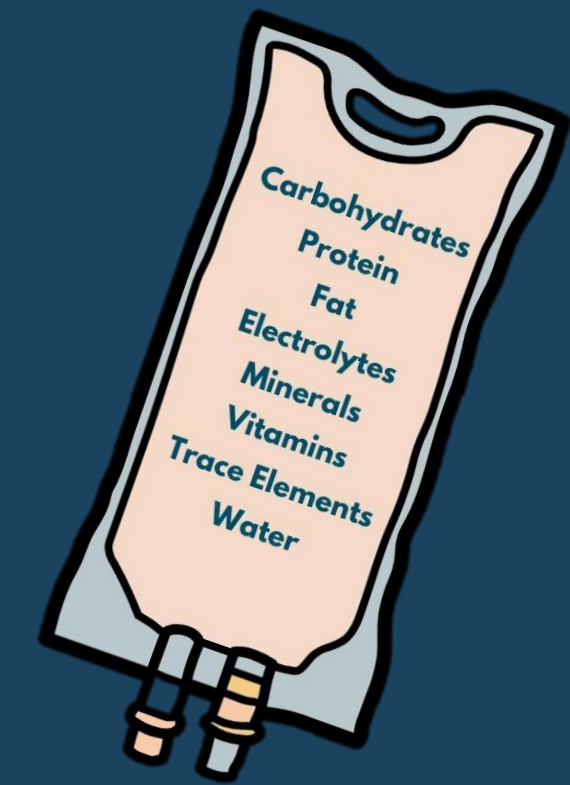
→ Absolute

- Life expectancy < 1 month
- Multiorgan failure
- Uncontrolled infection
- No venous access
- Patient refusal

→ Relative

- Acute kidney injury (AKI) stage 3 / ESRD
- Severe CHF
- Massive ascites
- Poor PPS (<40%)
- Severe electrolyte imbalance
- No capable caregiver (for Home PN)

TPN in Palliative Care

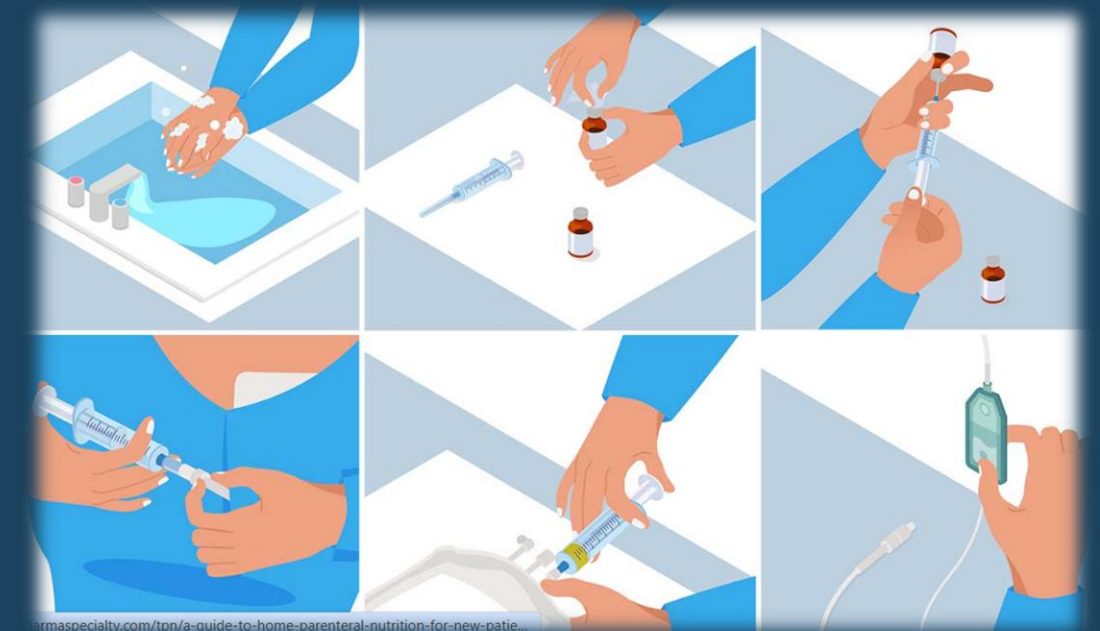


Benefits

- Energy support
- Emotional reassurance

Risk

- Central line-associated bloodstream infection (CLABSI)
- Fluid overload, refeeding syndrome
- Hyperglycemia, electrolyte imbalance
- Burden to caregivers
- Psychological burden



- *ESPEN Guidelines on Nutrition in Cancer Patients, 2021*
- *Oxford Textbook of Palliative Medicine, 6th edition*

Case progression

GOO Symptom control :

- Retain NG release symptom N/V
- Medication
 - Fentanyl (10:1)IV drip rate 1 ml/hr ปรับ Mo PRN เพื่อกลับบ้าน
 - Metoclopramide 15 mg to 60 mg IV /day (Adjust dose in renal failure)
 - Octreotide start 300 mcg then titration to 900 mcg/day
→ NG content 200-300 ml/day
 - Dexamethasone 8 mg/day then off due to UTI
- 11/4/68 ย้ายหอผู้ป่วยระดับประคอง เพื่อเตรียมการดูแลเรื่อง Home TPN
- 15/4/68 ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับ Desaturation
 - -> คิดถึง Acute PE and deteriorate due to respiratory failure
- 17/4/68 ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่ กว.7/1



THANK
YOU

