

SMÄRTA I PALLIATIV VÅRD OCH SMÄRTA RELATERAD TILL CANCER

gunnar.eckerdal@vgregion.se

www.lakemedelsboken.se

dels kapitlet om smärta, dels kapitlet
”palliativ vård”

All smärtbehandling:

- Bilda dig en uppfattning om smärtans fysiologiska mekanism. Finns tecken till neuropatisk smärta? Hur bearbetar patientens psyke smärtinformationen?
- Anamnes – gärna skattningsformulär
- Status – framförallt rubbad sensibilitet
- Gör en plan – i samråd med patienten
- Utvärdera!
- Telefonsamråd med specialist när allt inte går som planerat

Nociceptiv smärta

Somatisk

- Hud, muskler, skelett, slemhinnor

Visceral

- Thorax, buk, bäcken
- Referred pain
- Ofta diffus upplevelse
- Ofta reflexer som ger dysfori, passivitet
- Ofta samtidigt illamående

Neuropatisk smärta

"central" mekanism när tumör påverkar CNS – t ex
hjärnmetastaser eller stroke. Ovanligt.

Påverkan på medulla eller perifera nerver. Vanligare.
Dels mekaniskt tryck, dels nervsdestruktion eller
kemisk nervpåverkan.

Psykogen mekanism

Isolerad psykogen smärta mycket ovanlig

Smärtupplevelsen hos patienten med cancer är alltid
influerad av en reflektion över vad smärtan betyder för
prognosen

Gäller nog även många andra patienter.....

Fysiologi x psykologi = smärta

Blandsmärta

Smärta hos en patient där flera smärtmekanismer förekommer samtidigt

Vid dålig analgetisk effekt trots ökad dos bör alltid en ny smärtanalys göras

Smärta från tumör i skelettet kan ha både nociceptiv och neurogen orsak

Patientfall Kent Smärtdiagnostik

En 61-årig man med lungcancer, som upptäcktes för 4 veckor sedan. Har diskuterats på tumörrend, idag kommer han för andra behandlingsomgången med cytostatika. Han berättar att han kräktes en del efter första kuren trots förebyggande medicinering.

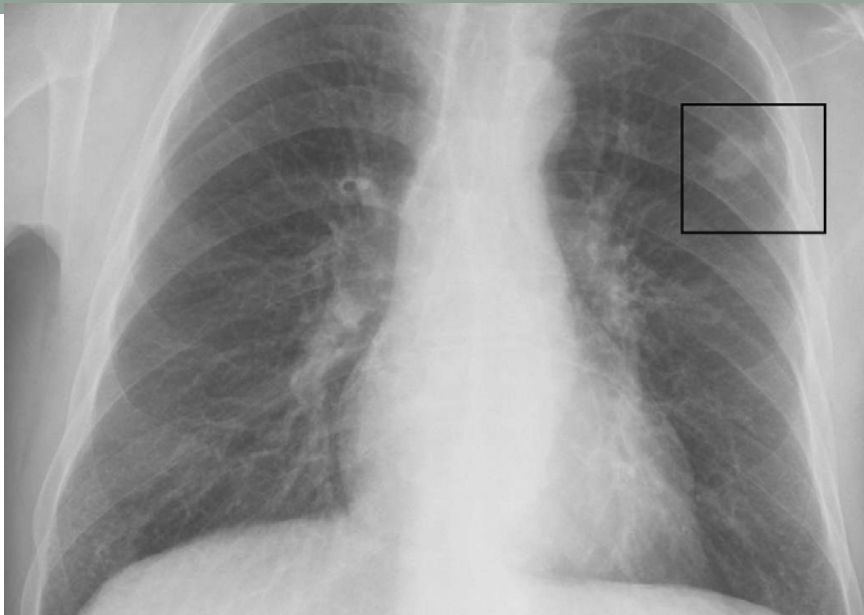
Anger smärta i vila VAS=0. Ibland kommer det attacker med huggsmärtor i vänster sida. VAS då =7. Har inte tagit några läkemedel.

Vad utlöser smärtan?

Hur skall vi bättre förstå mannens smärtsituation?

Fortsättning patientfall Kent Smärtdiagnostik

Röntgenbilderna granskas igen, det finns en metastas i lungvävnaden nära thoraxväggen. När man undersöker patienten anger han ömhet vid palpation här.



Fortsättning patientfall Kent

Smärtdiagnostik

Röntgenbilderna granskas igen, det finns en metastas i lungvävnaden nära thoraxväggen. När man undersöker patienten anger han ömhet vid palpation här.

Läkaren lovar återkomma när cytostatikabehandlingen är klar. Sjuksköterskan talar mera med Kent om smärtorna.

Vilka aspekter på smärtdiagnostiken kommer bättre fram i dialog med sjuksköterskan än med läkaren?

Fortsättning patientfall Kent

Smärtdiagnostik

Kent berättar om hur han känner att hela hans liv kollapsat sedan han fått reda på att han har cancer.

Egentligen har han haft ont i sidan ganska länge. Men lite ont tycker han att man kan stå ut med. Han är arg på sig själv att han inte tagit signalerna på allvar. Huggsmärtorna som kommer ganska sällan och helt nyckfullt, gör honom rädd.

Sjuksköterskan frågar igen om vilovärk. Kent medger nu att det egentligen aldrig är bra där i sidan. Ny VAS i vila blir 3.

Ur vårdprogrammet "Cancervårdprocessen 2015"

<http://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/varprocesser/cancervardprocessen/>

- *Patienter med cancer ska i varje kontakt med sjukvården bedömas med avseende på smärta. Efter analys ska patienten erbjudas behandling vars syfte är att förebygga smärta. Val av behandling – ickefarmakologisk och farmakologisk – sker i samråd med hela vårdteamet med fortlöpande värdering av effekt och bieffekter. Vid förekomst av smärta ska VAS/NRS-värde i vila och vid aktivitet dokumenteras i patientjournalen. (vp) Skattningshjälpmedlet BPI (se bilaga) bör användas om VAS/NRS>4.*

Symtomskattningsformulär

- Ibland är det just genom information via skattningssinstrument som vi kommer rätt i förståelse!
- Patienten får ofta ökad tillit till vårdteamet.
- Skattningen kan minska lidandet.
- Patienten blir mer delaktig.
- Minskad risk för överbehandling.

BPI

- Brief pain inventory
- Finns i svensk översättning, se nedan!
- Väl validerat instrument.
- Användbart som ”läxa” till polikliniska patienter.
- Finns bland annat som bilaga i vårdprogrammet ”Cancervårdprocessen”
- https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/33833/mod_resource/content/1/BPI-SF.pdf

1 De flesta människor har någon gång i livet känt smärta (såsom lite huvudvärk, värk från en stukad led eller tandvärk). Har Du sista veckan känt **någon annan smärta än dessa vanliga typer?**

Ja Nej

Om Du har känt någon smärta – fortsätt med resten av formuläret

2 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den har varit som **värst** under det **sista dygnet**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

3 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den har varit som **minst** under det **sista dygnet**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

4 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan i **genomsnitt**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

5 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver hur ont Du har **just nu**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

6 Vilken behandling eller vilka mediciner får Du för Din smärta?

7 Hur mycket har behandlingen eller medicineringen lindrat smärtan under det **sista dygnet**? Ringa in det procenttal som bäst visar hur mycket smärtlindring Du har fått.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ingen lindring Fullständig lindring

8 Ringa in den siffra som bäst beskriver hur smärtan under det sista dygnet har inverkat på:

A Dina allmänna aktiviteter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

B Din sinnesstämning

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

C Din gångförmåga

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

D Ditt normala arbete (inkluderar både arbete i och utanför hemmet)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

E Dina relationer till andra människor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

F Din sömn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

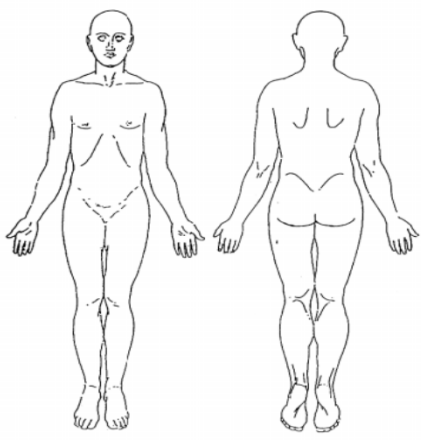
G Din förmåga att njuta av livet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen inverkan Mycket stor inverkan

Skugga på figuren de områden av kroppen där Du upplever smärta.
Markera med X det område som gör mest ont.
Markera även vilken typ av smärta Du besväras av på de olika ställena på kroppen.

Smärtans karaktär är:

M=Molande P=Pulserande B=Brännande, svidande
T=Tryckande S=Stickande D=Domningar
I=Illande H=Huggande O=Övrigt



Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

VAS/NRS är bra och dåligt



VAS/NRS återspeglar intensitet – inget annat
Registreringen ska alltid ingå i en bedömningsprocess som patienten förstår!

TEAMBASERAD DIAGNOSTIK 1

Läkaren har huvudansvaret för diagnostiken

Sjuksköterskan har huvudansvaret för samordning och genomförande av diagnostiken

TEAMBASERAD DIAGNOSTIK 2

Sjukgymnasten relaterar smärtan till rörelse och funktion.

Arbetsterapeuten fokuserar smärta/funktion/aktivitet

Kuratorn finner förklaring i sociala och psykologiska samband

TEAMBASERAD DIAGNOSTIK 3

Undersköterskan har mest tid nära patienten, ofarligast, noterar smärta med händer mot ömtålig kropp.

- Alla i vårdteamet har ansvar för smärtdiagnostik och behandling!

EXEMPEL, SMÄRTBEHANDLING/CANCER

Behandling av smärtans orsak

strålbehandling, kirurgi, kortison

Strålterapi/smärta

- Vanligen i fall när smärtan relaterar till skelettmetastaser
- Oftast mycket god och bestående effekt på smärta
- Onkologen väger tillsammans med patienten för- och nackdelar med behandling.
- Stråldos mot slemhinna ger ofta problem.

EXEMPEL, SMÄRTBEHANDLING/CANCER

Behandling av smärtans orsak

strålbehandling, kirurgi, kortison

Stimuleringstekniker

TENS, akupunktur

Farmakologiska metoder

paracetamol, cox-hämmare, opioider,
antiepileptika

Komplementära metoder

förflyttningstekniker, avspänning,
beröring, distraktion, patientundervisning

Icke-farmakologisk behandling

- Dyna, stol, säng, madrass, glidlakan
- Massage, TENS
 - Närstående kan bidra!
- Fysisk träning (!)
- Distraktion, avslappning
- Information/kunskap/planering-uppföljning
- Kanske ytterligare behandling av grundsjukdomen?

Gunnars lilla smärtis

Cancerrelaterad smärta och långvarig smärta vid allvarlig somatisk sjukdom

Läkemedelsbehandling neurogen smärta:

Vid tecken till neurogen smärta: Saroten 10 mg till natten, informera patienten att öka var fjärde dag med en tablett i taget, upp till den dos som ger nästan oacceptabel muntorrhet, dock inte högre än 50 mg. Yngre patienter tål ibland mer, då delas dosen upp i morgon- och kvällsdos, (t ex 20 + 0 + 50)

Gabapentin är andrahandspreparat. Samma förfarande som ovan. Börja med 100 mg till natten, ökning var fjärde dag, trötthet är tempobegränsande faktor. Tredos eller ibland fyrdos, trötthet är dosbegränsande faktor, maxdos 2400 mg (sällan aktuellt på smärtindikation).

Hemma gör patienten dositeringen, på sjukhus delegeras det till sjuksköterska.

Läkemedelsbehandling nociceptiv smärta:

Sätt aldrig in mer än ett läkemedel i underhållsdos i taget! Utvärdera varje nytt behandlingsförsök! Alltid planerad åtgärd vid smärtgenombrott! Gärna flera alternativ!

- Ickeopioider:
- Inled med Panodil 500mg 2 tabletter var fjärde timma dagtid. Alternativ: Alvedon 665 mg 2x3. (Undvik suppar – dålig biotillgänglighet.) Utvärdera! Sätt ut om det inte har effekt!
- Om otillräcklig effekt: Lägg till en COX-hämmare om det rör sig om skelettrelaterad smärta. Naproxen 500mgx2 eller Ibuprofen 400mgx3

Opioidbehandling:

Om paracetamol och/eller COX-hämmare inte ger tillräcklig effekt, *lägg till* opioid. Om paracetamol/COX-hämmare inte ger effekt alls, *ersätt* med opioid.

- Patienter under 75 år: Dolcontin 10mgx2/OxyContin 10mgx2, pat. över 75 år: Dolcontin 5mgx2/OxyContin 5 mgx2. Dessa doser är nästan alltid för låga. Förutom grunddosen skall pat ta tabl morfin 10mg ½ vb/Oxynorm 5 mg vb. Varje extradoser skall utvärderas med avseende på effekt (VAS) och biverkningar (daganteckning). Grunddosen Dolcontin/OxyContin ökas med ledning av antalet extradoser till god effekt (eller oacceptabla biverkningar) uppnåtts.
- Beakta möjlighet till extradoser morfin som injektion vid behov för tillfällen när pat inte kan ta tabletter.

Opioidbehandling 2

- Dostitreringen kan i hemmet delegeras till patienten eller hemsjukvården. På sjukhus delegation till sjuksköterskan.
- Vid behandlingsstart Postafen 25mgx2.
- Alltid laxermedel i underhållsdos (Forlax/Cilaxoral).
- Alltid skriftlig information om morfinbehandling. (finns i vårdprogrammet "Cancervårdprocessen")
- Fentanyl plåster väljs om patienten förväntas få svårigheter att ta tabletter framgent. Inled ofta med 12 mikrogram/h. Om patienten är yngre och ej opioidnaiv med 25 mikrogram/h.
- Övriga opioider lämpliga i enstaka fall.

Val av opioid

- Opioiderna har stora likheter vad beträffar effekt och risk för biverkningar
- Stor skillnad mellan individer vad beträffar biotillgänglighet och biverkningsrisk
- Ingen opioid är på gruppnivå dokumenterat bättre än morfin

Morfin

- Används allt mindre – men det finns inte vetenskapligt underlag för att någon annan opioid är bättre
- Inte farligt att använda morfin även om pat redan behandlas med annan opioid
- Problemet är att biotillgängligheten är låg och väldigt olika mellan individer

hydromorfon

- Palladon® lämpligt när stora volymer ska tillföras sc, eller vid användning av läkemedelspump.
- I kliniken nästan alltid jämförbart med morfin eller oxykodon
- Konvertering – se Läkemedelsboken!

oxykodon

- Rekommenderas av många läkemedelskommittéer
- Högre och jämnare biotillgänglighet än morfin
- Parenteral dos motsvarar morfin
- Peroperativt används oxykodon på många sjukhus, då kan det vara bra att använda det även i andra fall – ökar säkerheten
- Targiniq® (oxykodon+naloxon) fungerar ofta bra. Dyrt – men laxermedel är inte alltid billiga de heller.....

fentanylplåster

- Bra när det är problem med oral administration (ex kräkningar)
- Upplevs av många smidigt, byts var tredje dag.
- Ibland måste bytet göras var 48:e timma!
- Nödvändigt med kontaktsjuksköterska och säker hantering av begagnade plåster
- Biotillgängligheten ökar vid feber – sällan kliniskt märkbart
- Interaktion med midazolam och flukonazol – bägge ökar fentanyleffekten. Sällan kliniskt märkbart.
- Begagnade plåster måste destrueras säkert!

buprenorfin

- Norspan®plåster byts en gång i veckan.
- Troligen något mindre förstoppning
- Ger jämn koncentration och därmed mindre risk för konfusion
- Relativt vanligt inom hemsjukvård och kommun.
- Fordrar kontinuitet i uppföljningen!

Metadon

- 10 mg metadon ger samma analgetiska effekt med samma tillslagshastighet som 10 mg morfin – vid jämförelse av engångdoser.
- Eliminationen är mycket utdragen – flera dygn.
- Interagerar med t ex flukonazol
- Bättre effekt när det finns neurogen komponent.
- Vanligt val vid opioidrotation.
- Används i samråd med specialist.

tapentadol

- Palexia® är en opioid som även har effekt i andra system
- Bättre effekt vid neurogen smärta än andra opioider
- Ännu för tidigt att bedöma risken för läkemedelsberoende
- Tills vidare försiktighet till äldre patienter

tramadol

- Bör förbjudas!
- Inga jämförande studier visar fördelar jäntemot övriga opioider.
- Talrika kliniska rapporter om förhöjd risk för konfusion och illamående
- Samma (eller större?) risk för läkemedelsberoende som övriga opioider, men svårare att bryta
- Möjligen andrahandsval i utvalda fall, och då alltid enbart en förskrivare

kodein

- Försvinner antagligen
- Kodein metaboliseras till morfin. Kodein har mycket svag analgetisk effekt.
- 7-10% av svenska patienter saknar det enzym som desmetylerar kodein till morfin.
- 2 Panocod motsvarar ungefär 10 mg morfin. Varför inte ge morfin?
- Fast kombination med paracetamol ologisk.

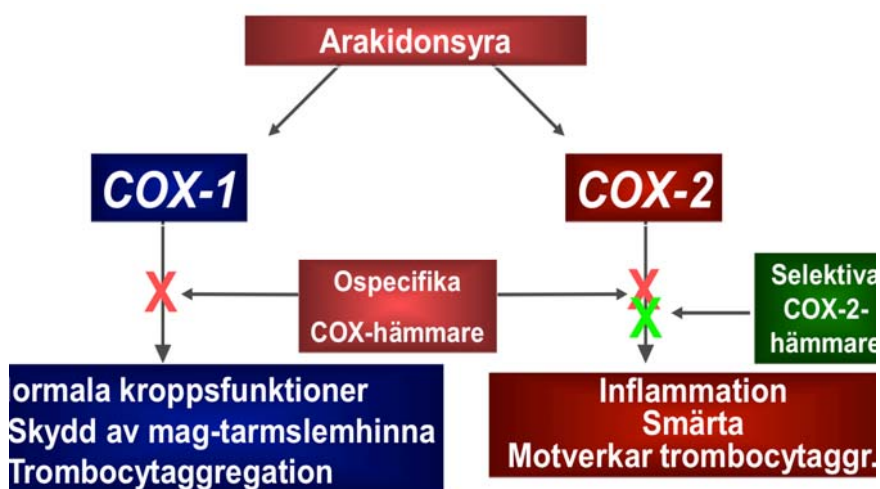
Ketogan

- Antagligen lika bra – men inte bättre – än övriga opioider i peroperativ situation. Dock saknas studier.
- Kan i enstaka fall vara bra – dock aldrig som förstahandsval.

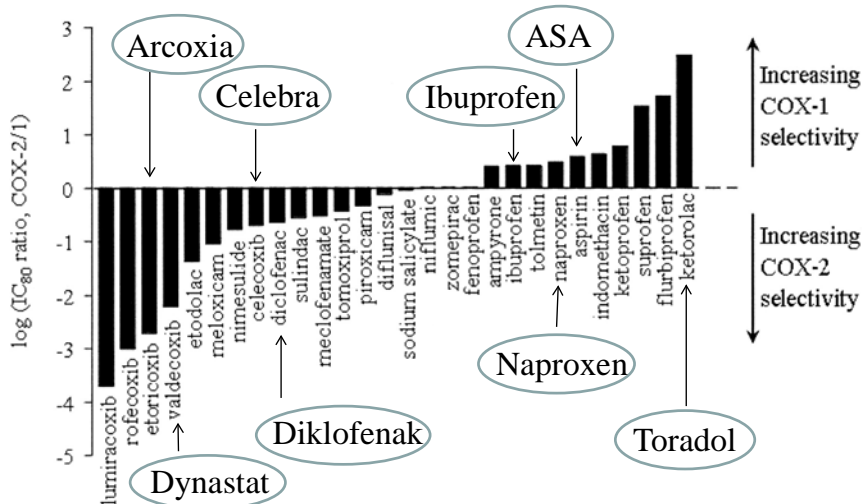
Opioider

- *Cox-hämmare är farliga, paracetamol hjälper bara ibland, opioider ger beroende – ska vi sluta ordinera analgetika?*
- Opioider är mycket lite farliga, biverkningarna går att hålla under kontroll,
 - men det fordras adekvat information till patienten, en vårdplan för uppföljning, och förskrivning från en **fast vårdkontakt!**

Cox-hämmare



Toradol bra i utvalda fall



Toradol eller Dynastat

- Toradol 30mg vb max 90 mg/dygn
 - Bra som komplement vid visceral smärta, skelettrelaterad smärta
 - Bra att slippa CNS-påverkan (risken är mycket liten)
 - Ej rabatterat
- Dynastat 40mg iv vb, max 80 mg/dygn
 - Endast iv
 - Ej rabatterat

Läkemedelspump

- Opioid intermittent eller som plåster ger lika jämn blodkoncentration som kontinuerlig iv eller sc infusion.
- Pump ger möjlighet till extradoser snabbt
- Pump kan ge upphov till logistikkrångel
- Pumpen kan vara besvärlig att bära
- Slutsats: Ganska få patienter är hjälpta av pump. Väg för och emot.
- Extradoser sc kan ges av patient eller närstående som vanlig inj i Neoflon®
- Om pat har TPN eller annat dropp kontinuerligt innebär pump inte så stor tilläggsbelastning
- För de pat som behöver midazolam kontinuerligt kan pump vara bra. – Men intermittenta inj var 3:e eller var 4:e timma ger lika god effekt!