

Cancer hos barn behöver inte göra ont

Effektiv smärtlindring av utbildad personal en rättighet

Enkätundersökningen om smärtbehandling inom barnonkologin, som refereras i detta nummer av Läkartidningen, är en viktig studie som berör mig i egenskap av smärtspecialist starkt. Undersökningen inleds med ett påpekande att studier från vuxenvärlden ej är relevanta för barn. Om man i stället ser till smärtans fysiologi, patofysiologi och farmakologi blir perspektivet dock annorlunda. Det är relativt klart fastställt att vi människor föds med utvecklade smärthämningssystem och att ett smärtminne relativt tidigt kan etableras till förfång för fortsatt smärtkänslighet [1].

Barnen behöver också smärtspecialister

Kunskapen om den moderna synen på smärtans uppkomst och underhåll samt dess medicinska risker är dåligt spridd. Detta gäller smärtbehandling av såväl vuxna som barn! Det är viktigt att smärtbehandlingen inom barnonkologin diskuteras just nu, då smärtlindring som en egen specialitet etablerats. Man kan undra i vilken utsträckning barn får tillgång till specialister inom detta fält. Utvecklingen torde behöva påskyndas, mot bakgrund av aktuella rapporter om »legitima» övergrepp på barn, som t ex omskärelse utan bedövning. Redan för tio år sedan angavs detta som oacceptabelt [2].

Det ligger naturligtvis ett problem i att skicka en enkät till dem som diagnostiserar och behandlar smärtan, och inte till dem som upplever densamma. Det är förvisso underförstått att det är barnet som har smärtan, men man får akta sig för ett »patriarkaliskt» synsätt såväl på smärtan som på barnet. Inom

vuxenvärlden motsvaras detta av att man alltför ofta tycker åt patienten, något som för smärtsymtomet kan vara både respektlöst och kränkande.

Det har funnits en viss övertro på att gynnsamma yttre omständigheter påverkar en smärtupplevelse. Detta gäller sannolikt mer för lätta smärttillstånd än för de svåra smärtor som cancer och dess behandling kan generera.

Smärtintensitetsmätning utfördes regelmässigt endast på 37 procent av barnklinikerna. Man frågar sig hur man då skall kunna fånga smärtnivån, som ju är den viktigaste kvalitetsindikatorn för ett förändringsarbete. För vuxna finns redan officiella rekommendationer för behandling av tumörrelaterad smärta, med angivande av maximalt acceptabla smärtnivåer som i sin tur skall utgöra en standard för kvalitetssäkring [3].

Om barnet får välja

Det finns anledning att poängtera att smärtanalysen bör fokuseras såväl på smärtans fysiologi, patofysiologi och sensorik som på faktorer som avgör toleransen mot givna skadliga stimuli. Det mest unika med cancerrelaterad smärta ligger kanske dels i affektiva faktorer som ångest, depression och kognitiva komponenter relaterande till barnens tankevärld och självuppfattning, dels i beteenderelaterade faktorer.

Ett barn förmedlade skillnaden mellan smärttolerans och smärta på följande sätt: »Det var skönt att ha mamma och pappa i närheten när det gjorde ont, men det var ju inte så mycket de kunde göra åt smärtan.» Om barnen får välja mellan mamma-pappa och smärtstillande medicin så väljer de gärna det senare alternativet [4].

Dessvärre är det alltför vanligt att man på liknande grund blandar ihop bruket av anti-nociceptiva och sedativa farmaka vid smärta relaterad till svår sjukdom. Aktuell underskattning och underbehandling av smärta inom barnonkologin har på ett bra sätt framhållits i den aktuella enkätundersökningen. Vi

har egentligen kommit så långt inom smärtbehandlingsområdet, både för vuxna och barn, att vi idag kan hävda att en »onödig» smärta är jämförbar med en incident av vilket slag som helst i sjukvården. Det är därför viktigt att ett lokalanestetikum för ytanestesi alltid används före venpunktion. Detta sker nu på 89 procent av klinikerna, men borde väl praktiseras till 100 procent om barnet så vill [5]. Fortfarande möter man dock attityder som tyder på att man tycker »det är för omständligt».

Smärtan består av flera mekanismer

Det är också viktigt att påminna om att den cancerrelaterade smärtan hos både barn och vuxna ofta innehåller flera mekanismer, även om man också kan dela upp den i behandlingsrelaterad, procedurrelaterad och direkt tumörrelaterad smärta. Enligt Socialstyrelsens utredning (SoS Rapport 1994:4) föreslås enkla kategorier, såsom nociceptiv, neurogen, idiopatisk och psykogen smärta.

Inte minst hos barn förekommer också smärtor – till vilka både nervskada och enklare vävnadstrauma kan vara ursprunget – som utvecklas till syndrom med starka inslag av dysautonomi med eller utan koppling till sympatiska nervsystemet [6]. Även smärta av oklart ursprung, s k idiopatisk smärta, kan naturligtvis föreligga under barns cancersjukdom. Det är därför viktigt att man inte talar om cancersmärta som en entitet. Smärtanalys är alltid en förutsättning för metodval.

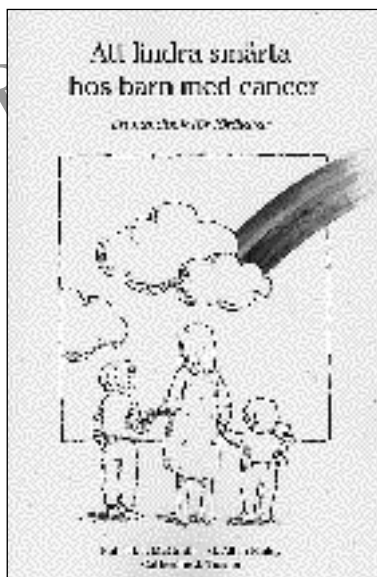
Stort behov av teamarbete

Av enkätundersökningen framgår att sex barnonkologiska centra delar vården av de cancersjuka barnen med barnkliniker på hemorten. För vuxna finns idag en fin utveckling avseende palliativmedicinska insatser i hela vårdkedjan från sjukhuset till hemmet. Måhända kommer barnen också att på sikt kunna kopplas till de organisationer inom

Författare

STAFFAN ARNÉR

docent, överläkare, Multidisciplinärt smärtcentrum, Karolinska sjukhuset, Stockholm.



Utmärkt handbok för föräldrar till cancersjuka barn.

både primärvårds- och sjukhusansluten hemsjukvård som nu utvecklas och där smärtextpertis skall vara tillgänglig.

Det är därför en betydelsefull poäng i den aktuella studien att man påpekar vikten av samarbete med dem som utvecklar specifik smärtvård. Det finns ännu få barnläkare som har uppnått formell kompetens som specialister i smärtlindring, men denna utbildning pågår.

I enkätundersökningen framgår att 35 procent av personal, inklusive läkare, anser att barnen mycket ofta är sängbundna till följd av smärta; 29 procent hävdar att nattligt uppvaknande på grund av smärtgenombrott är vanligt. Detta är siffror som sannolikt relativt omedelbart kan förändras om man tar till sig möjligheten att arbeta med patientkontrollerad smärtlindring (PCA) i större omfattning. PCA kan genomföras både med modern pumpteknik och peroralt.

Det känns naturligt att barnonkologiska centra har en mer framsynt vision och målsättning avseende smärtvården av barnen än övriga kliniker, men alla barn måste på sikt få samma rättigheter som vuxna, och hjälp under hela vårdkedjan ända in i hemmet.

I detta perspektiv kan det vara viktigt att påpeka risken för att det uppstår en alltför stor slutenhet kring smärtvård i livets slutskede, där belastningen kan bli så stor på både läkare och annan personal att man inte orkar släppa in smärt-specialisten i rutinvården (»rubba inte våra cirklar»). Denna slutenhet gagnar ingen, och jag tror att det är viktigt att man inom pediatriken i stort öppnar sig mer mot specialistkunskaper utanför basspecialiteten. Påpekandet om behovet av teamarbete är därför föredömligt framhållet i den aktuella artikeln.

Teamarbete är också viktigt avseende biverkningar av smärtbehandlingen. Vissa barn kan uppleva illamående som ett värre symptom än smärta, så också ångest. Självklart bör även biverkningarna differentieras till sin meka-

nism, och behandlingen riktas mot denna. Det är t ex viktigt att hitta rätt avseende laxantia. Många ansåg förstoppning som vanlig. I samband med morfinbehandling är förebyggande behandling ett måste.

Dosering

Man kan i övrigt notera att 10 procent av barnklinikerna har satt en maximal dos för morfinbehandling. Även barnen kan naturligtvis ha behov av mycket stora doser; maxdoser bör alltså inte finnas. Det räcker som regel att patienten har frekventa erfarenheter av smärta för att smärtsinnet skall bli så känsligt att den interindividuelle variationen i dosbehov blir mångfaldigad.

Detta är ibland relaterat till olika faser i sjukdomsutvecklingen, vilket måste uppmärksammas, inte minst vid behov av kirurgi där den postoperativa smärtan kan kräva större doser än vad man tror.

Tolerans kopplar oftare till cancerprogression med ökad central sensitisering än till farmakologiska parametrar [7]. Om smärtan är opioidkänslig finns idag goda erfarenheter av »slow release»-beredningar av opioider till barn, bl a Dolcontin och Durogesic [8, 9]. Det sistnämnda preparatet är fullt jämförbart med en kontinuerlig subkutan infusion.

Det är anmärkningsvärt att 66 procent av läkarna anser att neuroleptika potentierar effekten av opioidanalgesi. Detta är inte vetenskapligt belagt. För att kunna bemästra de olika faserna av sin sjukdom, där smärta ofta fördunklar tillvaron, är det viktigt att barnen får möjlighet att bibehålla ett intakt intellekt, vilket ju kan påverkas ogynnsamt av neuroleptika och sedativa. Denna möjlighet bör inte dämpas, annat än

möjligen i livets slutskede och då med stor respekt för barnets egen önskan.

Patientstyrd smärtlindring

Inom avsnittet behandlingssmärta påtalas de så vanliga mukositsmärtorna i munnen. Detta är just ett problemområde där man kan vinna mycket med PCA. Både barn och föräldrar måste generellt få mer inflytande och hjälp att bli autonoma, och en av patienten själv styrd smärtlindringsmetod skapar inte bara god kvalitet i smärtlindringen i sig utan ger också god möjlighet för vila och sömn för alla dem som hårt engagerar sig i det enskilda barnet.

Det finns tydligen PM om postoperativ smärtbehandling på de svenska barnavdelningarna, och det vore sannolikt av värde att dessa PM också utnyttjas för smärtproblem som relaterar inte bara till en postoperativ situation utan också till annan akut smärta.

Okunnighet om neurogen smärta

Inom området neurogen smärta föreligger uppenbarligen fortfarande en relativ okunskap. Det finns anledning att påpeka förekomsten av kriterier för det som skall benämnas neurogen smärta. Dessa kriterier innefattar dels att smärtan skall ha en distribution som kan definieras utifrån en neuroanatomisk synvinkel, dels att det i motsvarande område bör finnas någon form av känselstörning, från bortfall till hyperfunktion [10]. För vuxna finns det inte någon klar relation mellan smärtans kvalitet (i termer av hugg, stick, bränningar eller dylikt) och en neurogen mekanism [11]; sannolikt är detta inte heller fallet för barn. Även den neurogena smärtan kan vara molande.

Det finns också anledning att differentiera mellan nociceptiv nervsmärta och neuropatisk smärta; den senare kopplar till en dysfunktion i nervsystemet perifert eller centralt. Den nociceptiva nervsmärtan föreligger vid direkt retning av perifer nerv i form av tumör-

tryck, inflammation m m. Den kan i hög grad behandlas med icke-steroida anti-inflammatoriska läkemedel eller kortison [12]. Neuropatismärtans behandling är fortfarande ett svårt kapitel, och även hos barnen har morfinet ofta sämre effekt än t ex tricykliska antidepressiva, TENS m m.

I enkäten anger 36 procent att barn ibland undviker att säga till när det gör ont, därför att de tror att smärta måste accepteras som en del av den maligna sjukdomen. Information är i sammanhanget naturligtvis av stort värde. Barncancerfonden har låtit översätta en utmärkt kanadensisk handbok för föräldrar om att lindra smärta hos barn med cancer [13]. Författarna tillät oss att översätta och distribuera deras bok under förutsättning att den delas ut gratis till alla föräldrar som har barn med cancer.

Biverkningsaspekter

Vid diskussion kring biverkningar av smärtbehandling har man fångat upp viktiga data: 69 procent av läkarna anser att psykiskt beroende av morfinbehandling förekommer sällan eller aldrig, medan 40 procent av sjuksköterskorna har en annan uppfattning. Det är en viktig utbildningsfråga att eliminera narkomanimyten från smärtvården vid cancer, men det är också viktigt att påpeka att morfinet inte utnyttjas bara på grund av att barnet har cancer, utan med anledning av att många cancerrelaterade smärtor är nociceptiva och därför vanligen svarar rent analgetiskt på morfin i ett dos-effektrelaterat mönster [14].

Vid smärtlindring som synes medierad mer genom sedering än »äkta» analgesi är det speciellt viktigt att man förfinar sin smärtanalys. Kanske har man missat en väsentlig neuropatisk (icke nociceptiv) komponent. Att barnet avböjer morfin ibland på grund av rädsla för beroende ger en direkt hänvisning till behovet av att också barnet informeras om att smärtbehandlingen

kan ge medicinska vinster på sikt. Alltför ofta underskattas smärtans kaskadfenomen, med dess negativa konsekvenser för ämnesomsättning och spinal plasticitet.

Utbildningsbehov

Det är viktigt att påpeka den spinala smärtbehandlingens ökande roll vid de mest extrema smärttillstånden. Enkäten tar upp den epidurala behandlingen som ett exempel. Hos vuxna har spinal smärtbehandling kommit att få betydelse för mer än 5–10 procent av alla patienter som avlider i cancer. Det finns naturligtvis all anledning att, som påpekas, utöka det multidisciplinära teamarbetet kring smärtan inom barnonkologin.

Det är ett observandum att sjuksköterskor enligt enkätundersökningen anger större behov av utbildning än läkare gör. Läkare har dock, enligt min bedömning, det allra största behovet, eftersom just smärtans fysiologi, patofysiologi, analys och farmakologi kan te sig alltför avancerad och svår i det paramedicinska perspektivet. Verksamhetschefer inom all onkologi måste ta på sig ett större ansvar för en kvalitetshöjning av smärtbehandlingen. Både sjuksköterskor och läkare bör smärtombudsutbildas eller ges möjlighet att följa arbetet på de multidisciplinära smärtkliniker som utvecklas alltmer i vårt land.

Stort engagemang

I ett sådant perspektiv kan man också lättare förstå att den förbättrade smärtvården kopplar inte bara till förbättring av smärtkvalitetsbedömning och smärtintensitetsmätning, såsom den aktuella enkätundersökningen antyder, utan också till andra instrumentella smärtanalysmetoder och, inte minst, till livskvalitetsfrågor. Det uttalade intresset och engagemanget hos sjukvårdspersonal för smärtfrågor inom pediatriken lovar gott för det förändringsarbete som vi ser fram emot.

Referenser

1. Taddio A, Katz I, Illersich L, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 1997; 349: 599-603.
2. Arnér S, Olsson G. Barn och akut smärta. *Läkartidningen* 1988; 85: 3153-7.
3. Svenska läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds medicinska kvalitetsråd. Behandling av tumörrelaterad smärta. Stockholm: Svenska läkaresällskapet och Spri, 1997, nr 58, 22.
4. Savedra M, Gibbons P, Tester M, Ward I, Wegner C. How do children describe pain? *Pain* 1982; 14: 95-104.
5. Hallén B, Olsson GL, Uppfeldt A. Pain-free venepuncture. Effect of timing of application of local anaesthetic cream. *Anaesthesia* 1984; 39: 969-72.
6. Olsson G, Berde C. Neuropathic pain in children and adolescents. In: Schechter N, Berde C, Yaster M, eds. Pain in infants, children, and adolescents. Baltimore: Williams and Wilkins, 1993: 473-89.
7. Schug SA, Zech D, Grand S, Jung H, Meuser T, Stobbe B. A long-term survey of morphine in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 259-66.
8. Goldman A, Bowman A. The role of oral controlled-release morphine in children with cancer. *Palliat Med* 1990; 4: 279-85.
9. Patt R, Lustik S, Litman R. The use of transdermal fentanyl in a six-year-old patient with neuroblastoma and diffuse abdominal pain. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8: 317-9.
10. Hanson P. Neurogenic pain: Diagnosis and treatment. *Pain, Clinical Updates* 1994; 2: 1-4.
11. Leijon G, Boivie J, Johansson I. Central poststroke pain – neurological symptoms and pain characteristics. *Pain* 1989; 36: 13-25.
12. Vecht CJ. Nociceptive nerve pain and neuropathic pain. *Pain* 1989; 39: 243-4.
13. Mc Grath P, Finely A, Turner C. Att lindra smärta hos barn med cancer. En handbok för föräldrar. Lund: Scandinavian University Press, 1994: 60.
14. Arnér S, Boivie J, Olsson G, Hedner T. Smärtbehandling. *Läkemedelsboken* 97/98. Stockholm: Apoteksbolaget, 1997: 723-50.

Se även artikeln på sidan 1396 i detta nummer.