

Smärtlindring dygnet runt en rättighet för cancerpatienten

Onkologiska och farmakologiska metoder i lagarbete gör detta möjligt

II Cancer ger ofta upphov till smärta. Mer än hälften av alla cancerpatienter får någon gång smärtor till följd av sjukdomen; 90 procent av dem som avlider i cancer har haft smärtor i livets slutskede [1]. Med enkla farmakologiska metoder kan dock upp till 90 procent av cancerpatienter få god smärtkontroll [2, 3].

Reflektion: De enheter som möter cancerpatienter måste kartlägga förekomsten av smärta och inrätta dagliga rutiner så att smärta efterfrågas, analyseras och behandlas. De metoder för kvalitetssäkring av cancerrelaterad smärta som finns måste användas! [4, 5]. Varje sjukvårdsområde måste ha en plan för utbildning inom fältet cancerrelaterad smärta. Smärtombud och vårdprogram bör finnas.

Fysiologi–patofysiologi

Smärta vid cancer orsakas vanligen av mekanisk påverkan av tumör mot kringliggande vävnad. Beroende på förekomst av nociceptorer i området kan smärtan signalera begynnande tumörväxt i vissa fall, medan andra tumörer kan uppnå betydande storlek innan de ger upphov till smärta. Gliom ger t ex sällan upphov till smärtor i tidigt sjukdomsskede eftersom det saknas nociceptorer i hjärnans vita och grå substans. Först vid påverkan av meningar får patienten smärtor.

I många fall utövar tumörvävnaden ett mekaniskt tryck mot nervvävnad, framför allt perifera nerver. Detta leder ofta till smärtor, som regel även till andra neurologiska symtom såsom förändrad temperatursensibilitet motsvarande nervens utbredningsområde. Man kan också tänka sig att expanderande tumörvävnad via toxinmekanismer ger upphov till smärtimpulser eller medverkar till perifer sensitisering. Många cancerpatienter plågas av smärtor som saknar kausal relation till canceren.

Reflexktion: I den kliniska bedömningen av cancerpatientens aktuella sjukdomssituation bidrar analys av smärta till helhetsbilden av tumörutbredning och sjukdomsutveckling. Denna bedömning är vital såväl för val av fortsatt cancerbehandling som för beslut om adekvat smärtlindring. Läkarens bedömning av tumörutbredning satt i relation till aktuell smärta bör dokumenteras inför varje beslut om fortsatt behandling. I journalen måste finnas utrymme under rubriken »smärta«, där man vid varje vårdtillfälle noterar bl a uppgifter om tänkbara aktuella patofysiologiska samband. Tecken

SAMMANFATTAT

Smärta är ett vanligt symtom vid cancer.

För att angripa smärtan hos en cancerpatient är det nödvändigt med en teambaserad helhetssyn på patient, sjukdomsaktivitet samt social och psykologisk situation.

Bland onkologiska behandlingsmetoder intar strålbehandling en central roll. Morfin har en självklar plats bland de symtomlindrande farmakologiska alternativen.

Neurogen smärta är relativt vanlig vid cancer och kräver riktad behandling.

Den s k »smärttrappan« beaktas allt mindre. Det är framför allt dess mellansteg, de s k svaga opioiderna, som kan ifrågasättas.

Serie: Smärta

Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 14 och 15/01.

till neurogen smärtmekanism måste alltid efterfrågas i anamnes och status!

Psykologi

Smärta kan genom direkt impulsflöde till hjärnbarken och limbiska systemet medverka till depression och uppgivenhet. Smärta innebär därmed en risk för att patienten ger upp behandlingen, med försämrad prognos som följd. Å andra sidan kan patienten reflektera över sin sjukdom och dess effekter på tillvaron nu och i framtiden. Dessa tankar kan påverka upplevelsen av smärta. Sådana psykogena smärtmekanismer pekar

på vikten av en helhetsbild av smärta vid cancer. Existentiella frågor blir ibland aktuella för cancerpatienten. Frågorna – som ju ofta saknar svar – leder understundom till lidande, vilket också kan påverka smärtupplevelsen.

Reflektion: Vårdpersonalens utbildning måste i större utsträckning belysa cancerpatientens psykologiska försvar. Dialogen med patienten måste baseras på kunskap och empati. Läkare såväl som övriga teammedlemmar måste tränas i konsten att föra en förtroendefull dialog med cancerpatienter och deras närstående.

Termen »existentiell smärta« används mycket sällan av patienter och kan bidra till begreppsförvirring. Smärta är ju enligt definition en upplevelse som patienten relaterar till kroppsskada. För att förstå en lidande cancerpatient är det meningsfullt att skilja mellan det som patienten benämner smärta och det som kallas lidande. En del av lidandet kan hämta näring i påträngande, obesvarade, existentiella frågor.

Diagnostik

Många cancerpatienter har smärta av olika typ och olika lokalisation samtidigt. Läkaren bär ansvar för att smärtanalysen genomförs. Målet är att fastställa smärtans uppkomst. Alla i vårdteamet kan bidra med iakttagelser och bedömning. Sjuksköterskan har ett stort ansvar för att teamets information samlas. I omvårdnadsdokumentationen för alla cancerpatienter bör finnas en vårdplan för smärtbedömning och smärtbehandling. I denna vårdplan bör smärtteckning och VAS-registrering fortlöpande noteras. Här antecknas också smärtans inverkan på funktion, dagliga aktiviteter och sömn. Den smärtlindrande effekten såväl som bieffekter av tillförda läkemedel dokumenteras.

Reflektion: Monitorering av smärta görs på många håll endast sporadiskt. Varje vårdenhet som möter cancerpatienter måste utarbeta rutiner för registrering och dokumentation. Det är framför allt vid förändringar i smärtbilden och i samband med terapiändring nödvändigt att registrera smärtans intensitet och lokalisation. Läkaren måste ta ett ökat ansvar för dessa moment, även om själva arbetet kan delegeras. Patienten kan ofta själv bidra med hjälp av sk smärtdagbok.

Planering är A och O

I tidigt sjukdomsskede är många cancerpatienter smärtfria. Det finns ändå anledning att planera för behandling, om smärta ändå skulle drabba patienten. Många lekmän har felaktiga föreställningar om att smärtbehandling inte bör sättas in i tidigt sjukdomsskede, eftersom det då finns risk för terapivikt längre fram. Lekmän är också ofta omedvetna om smärtans ogynnsamma inverkan på mobiliseringsgrad och psykologiskt status. Behandlingen måste således alltid följas upp med adekvat information, skriftlig och muntlig.

Behandling av smärta kan gärna vara mångfasetterad. Om flera samverkande metoder används kan bieffekterna av de olika behandlingskomponenterna reduceras. Detta är av stor vikt, eftersom just biverkningsproblem är en vanlig orsak till ofullständig smärtbehandling. När sjukdomen progredierar måste smärtbehandlingen planeras, så att nästa steg är förbättrat och patienten informerad. På så sätt förloras ingen tid i en sjukdomsfas när varje dag är dyrbar.

Onkologiska behandlingsmetoder

I de fall tumörvolymen kan påverkas med onkologisk behandling leder detta till god, ibland bestående effekt på smärtan. Behandling innebär dock i många fall risk för oönskade effekter, ibland smärta. Beslut om onkologisk behandling i smärtlindrande syfte måste således alltid grundas på en vägning av fördelar och nackdelar. I de flesta fall kan behandlande läkare finna god vägledning i de vårdprogram som finns för olika

tumörformer. Strålbehandling, kirurgi (t ex anläggande av stomi vid hotande ileus, eller ortopedisk fixation vid fraktur), cytostatika- och hormonbehandling kan i hög grad reducera smärta och minska risken för smärta i senare sjukdomsskede. Strålbehandling är oftast mycket effektiv och kan i de flesta fall genomföras utan svåra biverkningar. Det är angeläget att tidigt identifiera lämpliga patienter och etablera samråd mellan ordinarie vårdteam och onkologisk expertis [6].

Reflektion: Trots god kunskap om indikationer för strålbehandling vid smärta behandlas i vårt land fortfarande alltför få patienter. Av dessa får många vänta oacceptabelt länge från behandlingsbeslut till behandlingsstart. Detta leder ofta till försämrad funktion, betydande lidande och onödigt rädsla för framtida plågor. Dessa faktorer kan senare i förloppet utgöra hinder för god smärtvård. Nya onkologiska metoder med effekt på smärta bör snabbt introduceras i hela landet. Exempel är intravenös administrering av radionuklid vid skelettmastaser och oktreetidbehandling vid subileus/ileus med buk-smärtor.

Omvårdnad

Vården av cancerpatienter inbegriper stöd från kompetent personal med olika profession. I de vardagliga mötena, som är så viktiga för god smärtvård, finns rika möjligheter att reducera både smärttransmission och smärtupplevelse. Detta

Fysiologi x psykologi = **SMÄRTA**

Smärta är en upplevelse som består av inkommande nociceptiv information bearbetad mot en bakgrund av erfarenheter, stämningläge, kunskaper, psykologiska försvarsmekanismer m m. Bägge komponenterna är lika viktiga vid cancerrelaterad smärta!

uppnås t ex med riktig teknik vid flyttningar av patienten, adekvata hjälpmedel, undervisning av patient och närstående samt kroppsligt och psykologiskt stödande moment som taktisk stimulering, musikerapi, stödsamtal, studiecirklar m m. I vårdteamet är det sjuksköterskan som har ansvaret för att samordna och dokumentera dessa insatser [7]. Ansvaret för smärtbehandlingen som helhet ligger däremot på den behandlande läkaren. Cancerpatienter med smärta måste alltid veta vilken, eller vilka, läkare som bär ansvaret för diagnostik och behandling.

Reflexktion: Ett fungerande teamarbete kring cancerpatienten är en förutsättning för att behandling och utvärdering skall fungera. Patienten klarar många kontakter i vårdkedjan under förutsättning att det tydligt framgår vilken funktion var och en har, och vart patient och närstående kan vända sig vid

behandlingssvikt. Detta måste fungera oavsett tid på dygnet och oavsett var patienten vistas.

Rehabilitering

I de fall cancersjukdom eller cancerbehandling påverkar funktion måste rehabilitering sättas in tidigt. Optimal funktion minskar risken för immobilisation, en viktig ogynnsam faktor för utveckling av muskelatrofi, osteoporos, frakturer, sår, trombos, pneumoni osv. Rehabilitering kan därigenom minska risken för smärta framgent.

Reflektion: Vårdenheter som ansvarar för smärtbehandling vid cancer måste ha väl upparbetade kontakter med rehabiliteringsenheter med kompetens inom fältet cancer och smärta. Patienter kan vinna på att i tidigt sjukdomsskede remitteras för vistelse på sådana enheter under en kortare tid, med uppföljning polikliniskt. Dagvårdsenheter för cancerpatienter kan också fylla en viktig uppgift i detta avseende.

Icke-farmakologisk medicinsk smärtbehandling

Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) och akupunktur kan i vissa fall även hos cancerpatienter vara ett adekvat behandlingsalternativ. Framför allt vid neurogen smärta bör TENS prövas under ledning av utbildad personal.

Kordotomi kan vara en mycket effektiv behandling. Smärtbanor delas i ryggmärgen, varvid motorik och sensibilitet förblir intakta. Tyvärr återkommer smärtan så småningom, varför metoden lämpar sig bäst i de fall man kan räkna med en kvarvarande överlevnad på högst fyra till sex månader. Spinal kontinuerlig farmakologisk blockad har i stor utsträckning ersatt kordotomi.

Reflektion: Det finns all anledning att kontakta neurokirurg för diskussion om eventuell kordotomi. Metoden är i utvalda fall mycket effektiv och har minimala biverkningar.

Farmakologisk behandling

Läkemedelsbehandlingen syftar till att med minsta möjliga biverkningar lindra och förebygga smärta. Behandling beslutas och genomförs efter samråd med patienten. Beslutet måste fortlöpande omprövas.

Läkemedelsbehandlingen inleds med läkemedel som minskar inflödet av nociceptiva signaler till centrala nervsystemet. Vid nociceptiv smärta är det »icke-opioiderna« paracetamol och NSAID-preparat som är aktuella. Vid neurogen eller visceral smärta som emanerar från skadlig inverkan på perifera nerver kan kortison reducera skadligt tryck genom att minska svullnad. Kortison kan också ofta minska smärtor relaterade till skelettmetastaser. Betametason används idag ofta vid kortisonbehandling vid cancer. Det är lätt att administrera, tablettarna är lösliga i vatten. Den parenterala dosen är densamma som den orala, vilket är en fördel i de fall patienten tillfälligt inte kan ta medicinen per os. 4–6 mg/dag är en vanlig startdos, 2–3 mg en vanlig underhållsdos.

Vid muskelspasm kan bensodiazepiner ge god smärtlindring. Läkemedel ur denna grupp bör i övrigt användas endast då anxiolytisk eller sedativ effekt önskas. Medlen saknar analgetisk effekt.

Paracetamol. Eftersom paracetamolbehandling innebär mycket liten risk för biverkningar bör doseringen redan initialt vara maximal – för de flesta vuxna 1 000 mg \times 4. Effekten skall utvärderas, helst med VAS. Vid utebliven effekt skall läkemedlet sättas ut. Många patienter kan ha nytta av paracetamol vid behov, t ex vid feber, huvudvärk, tandvärk. Underhållsbehandling med kombinationen paracetamol/NSAID används ofta, även om den vetenskapliga grunden för detta förfarande är svag. Kombinationen innebär för patienten ett intag av många tabletter – vanligen minst nio per dygn.

Om varje preparat utvärderas för sig undviks onödig polyfarmaci.

NSAID. Vid skelettrelaterad smärta kan effekten av NSAID understundom vara mycket god. En lång rad olika medel finns tillgängliga, t ex diklofenak, tenoxicam, naproxen m fl. Cox-2-selektiva läkemedel, t ex celecoxib och rofecoxib, används numera ofta. Minskad risk för ulkus utgör ett argument för detta val. Potentialen för effekt mot smärta skiljer sig dock inte mellan äldre och nyare NSAID, »non steroidala antiinflammatoriska läkemedel«. Ett undantag kan vara ketorolac, som endast kan ges parenteralt, intermittert eller som kontinuerlig subkutan infusion. Det kan ofta utgöra ett bra alternativ till morfin (eller annan opioid) som extrados vid smärtgenombrott till de patienter som står på underhållsbehandling med morfin. Fördelen är mindre tendens till konfusion. Dygnsdosen bör begränsas, vanligen till max 60–90 mg.

Reflektion: Den s k »smärtrappan«, som lanserades av WHO 1986, överges alltmer [8, 9]. Det är logiskt att inleda behandlingen med medel som verkar perifert i smärtsystemet. Mellansteget med s k svaga opioider är dock ologiskt vid behandling av långvarig cancerrelaterad smärta. Cancerpatienter skall i större utsträckning erbjudas morfinbehandling i de fall smärtanalysen talar för god sensorisk analgesi med opioider. Kombinationsbehandling med andra medel är ofta logisk, men den bör fortlöpande omvärderas.

I de fall perifert verkande medel har otillräcklig effekt skall behandlingen kompletteras med opioider. Om smärtan huvudsakligen är neurogen bör dock i första hand tricykliska antidepressiva eller anti epileptika prövas (se nedan).

Opioiderna kodein, dextropropoxifen och tramadol har bland sina farmakologiska egenskaper en övre dosgräns, takeffekt. Passeras denna gräns upplever patienten inte ökad smärtlindring. Alla opioider ger i större eller mindre utsträckning toleransutveckling. Dessa förhållanden tillsammans leder till att behandling med kodein, dextropropoxifen och tramadol är effektiv endast under en begränsad tid, olika för varje individ. Det kan röra sig om veckor till månader. Efter denna tid avtar den smärtlindrande effekten även om dosen höjs. Vid cancer kan man ofta förvänta en lång smärtduration. Detta talar för att dextropropoxifen, tramadol och kodein bör undvikas till förmån för morfin och jämförbara opioider.

Morfin ges i första hand som tabletter. Vid peroral medicinering är den biologiska tillgängligheten synnerligen varierande mellan individer (15–65 procent). Detta innebär att lämplig dosering måste prövas ut individuellt. Efter dositering med kortverkande beredningsform inleds underhållsbehandling med »slow release«-preparat, som kan ges en eller två gånger per dygn. En lämplig peroral begynnelsesdos är i flertalet fall 5 mg \times 6. Hos äldre patienter och patienter med kraftigt reducerad njur- eller leverfunktion kan 2,5 mg \times 4–6 vara en lämplig begynnelsesdos, som dock snart kan behöva höjas. När patienten är smärtfri eller nästan smärtfri inleds behandling med »slow release«-preparat.

Framför allt i inställningsperioden är det viktigt att patienten själv, tillsammans med närstående eller vårdpersonal, kan få disponera över en eller flera »trygghetsdoser«, som kan tas om smärtan skulle återkomma mellan dosintervallen. Trygghetsdosen bör vara ungefär en sjättedel av dygnsdosen och skall vara ordinerad både peroral och parenteral. När behovet inträder skall patienten och vårdpersonalen kunna välja mellan tablett och injektion.

Ketobemidon har enligt tillgängliga data inga aktiva metaboliter. Det utgör därför enligt svensk behandlingstradition ett

förstahandsval vid bestående njursvikt. Ketobemidon uppvisar inte i övrigt några vetenskapligt verifierade fördelar jämfört med morfin.

Fentanyl. Transdermalt administrerat fentanyl innebär en alternativ administreringsväg för de patienter som inte kan ta opioider per os (t ex på grund av kräkningar, ileus osv), eller för de patienter som kan förväntas få svårigheter att ta morfin per os inom en nära framtid (t ex hotande ileus). Medlet har genom sin höga biotillgänglighet en något mindre benägenhet att ge obstipation än morfin.

Hydromorfon. I de fall patienten behöver stora volymer morfin subkutant kan hydromorfon vara ett bra alternativ. Det kan beställas ex tempore i koncentrationerna 10 och 20 mg/ml, som är ca fem respektive tio gånger mer potenta än morfin. Hydromorfon i peroral beredning liknar morfin vad effekt och biverkningar beträffar.

Metadon. Metadon används idag huvudsakligen i de sällsynta fall patienten uppvisar en mycket stor toleransutveckling mot morfin ledande till så stora doser att administreringen blir besvärlig. Byte av opioid på denna indikation bör genomföras i samarbete med smärtspecialist.

Oxycodon uppvisar betydligt mindre variabilitet mellan individer vad beträffar biotillgänglighet. Det innebär att många patienter kan inleda behandling med »slow release«-tabletter utan föregående dositering. Vad beträffar effekt och biverkningsrisk föreligger det en stor likhet med morfin. Oxycodon finns i vårt land endast som tabletter.

Biverkningar av opioider

Mot opioidinducerad förstoppning utvecklas inte tolerans. Laxermedel (t ex Laxoberal), som motverkar motilitetshämningen, måste tillföras fortlöpande. Illamående förekommer i ca 30 procent av fallen. Illamåendet är oftast övergående och motiverar behandling med antiemetika.

Trötthet är vanligt i behandlingens början. Den klingar vanligen av inom några dagar.

Konfusion och hallucinationer är ofta tecken på överdosering, att dosen ökats för snabbt eller att plasmakoncentrationen växlar. Om dosminskning inte hjälper kan neuroleptika (t ex haloperidol) läggas till. I vissa fall kan byte av administreringsväg eller opioid lösa problemet.

Andningsdepression förekommer inte vid underhållsbehandling med opioider om doseringen är anpassad till smärtlindrande effekt. Yrsel, muntorrhet, svettningar, gallvägsdyskinesi, urinretention, klåda, myoklonier m m är mindre vanliga biverkningar.

Farmakologisk behandling av neurogen smärta

Vid neurogen smärta utgör tricykliska antidepressiva vanligen förstahandsval vid farmakologisk behandling. Detta gäller framför allt om smärtan är kontinuerlig till sin karaktär. Amitriptylin och klomipramin är bäst dokumenterade och är troligen likvärdiga sinsemellan. Vid utstrålade, plötsliga, explosiva eller blixtrande smärtattacker bör antiepileptika väljas som förstahandsval. Gabapentin har alltmer kommit att betraktas som förstahandsval vid sidan av karbamazepin. Doseringen och behandlingens inledning överensstämmer helt med epilepsibehandling, se Fass. Vid gabapentinbehandling bör benägenheten för trötthet och psykiska biverkningar uppmärksammas. Inled gärna behandlingen med 100–300 mg till natten, utvärdera och öka gradvis. Doser över de i Fass rekommenderade (2 400 mg/dygn) kan i vissa fall erfordras.

Karbamazepin kan förutom trötthet ge upphov till ortosta-

tism, yrsel och benmärgspåverkan. Behandling med antiarytmika, ketamin, klonidin m m bör endast genomföras i samråd med smärtspecialist. Intratekal kontinuerlig tillförsel av bupivakain, ofta i kombination med morfin, är i de flesta fall en effektiv metod i de fall enkla åtgärder har otillräcklig effekt.

Celiakusblockad

Vid tumör i övre delen av buken kan celiakusblockad ofta vara av stort värde. Blockaden kan göras peroperativt eller perkutant i röntgengenomlysning. Effekten är ofta god, durationen dock begränsad. Blockader är i övrigt sällan aktuella vid cancerrelaterad smärta.

Kontinuerlig tillförsel av bedövningsmedel och opioider till ryggmärgen med epidural eller spinal teknik innebär i de flesta fall en mycket effektiv smärtlindring. I de fall övriga smärtbehandlingsmetoder visat sig ineffektiva skall samråd alltid etableras med anestesilog för bedömning inför eventuell spinal behandling.

Organisation för smärtlindring dygnet runt

Varje vårdteam som möter cancerpatienter måste ha en plan för smärtdiagnostik, kvalitetssäkring och behandlingsstrategi [5]. Samarbetet med smärtspecialist och smärtenhet måste struktureras. I dialog med ledning, beställarorganisation m m måste smärtvården tydliggöras. Varje enhet som vårdar cancerpatienter måste kunna erbjuda adekvat smärtbehandling 24 timmar/dygn året runt.

Många cancerpatienter lever lång tid hemma i sin bostad med sin sjukdom. De skall alltid erbjudas uppföljning på dagvårdsenheter, polikliniker eller av hemsjukvårdsteam. De sjuksköterskor och läkare de kan vända sig till måste besitta hög kompetens inom fältet smärta.

Referenser

1. Foley K. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, eds. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998: 310-31.
2. Cancer pain relief. 2. ed Geneva: World Health Organization, 1996.
3. Axelsson B. Det behöver inte göra ont att dö i cancer! Läkartidningen 1999; 96: 1483-4.
4. Behandling av tumörrelaterad smärta. Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds medicinska kvalitetsråd. Svensk medicin nr 58. Spris förlag, 1997.
5. Arnér S, Killander E, Westerberg H. Dåligt ledarskap bakom dålig smärtvård. Medicinsk revision av cancersmärtvård. Läkartidningen 1999; 96: 33-6.
6. Strang P. Cancerrelaterad smärta kräver riktad behandling. Analgetika inte enda behandlingsalternativet. Läkartidningen 1999; 96: 318-21.
7. Cancerrelaterad smärta. Riktlinjer för smärtbehandling, patientundervisning och komplementär smärtbehandling. Svensk sjuksköterskeförening och Spris. Spris förlag, 1999.
8. Twycross R. Symptom management in advanced cancer. Oxford, New York: Radcliff Medical Press, 1997.
9. Arnér S. Opioids and longlasting pain conditions; 25 years' perspective on mechanism orientated treatment strategies. Pain Reviews. Under publ.