

Avancerad symtomlindring i palliativ vård



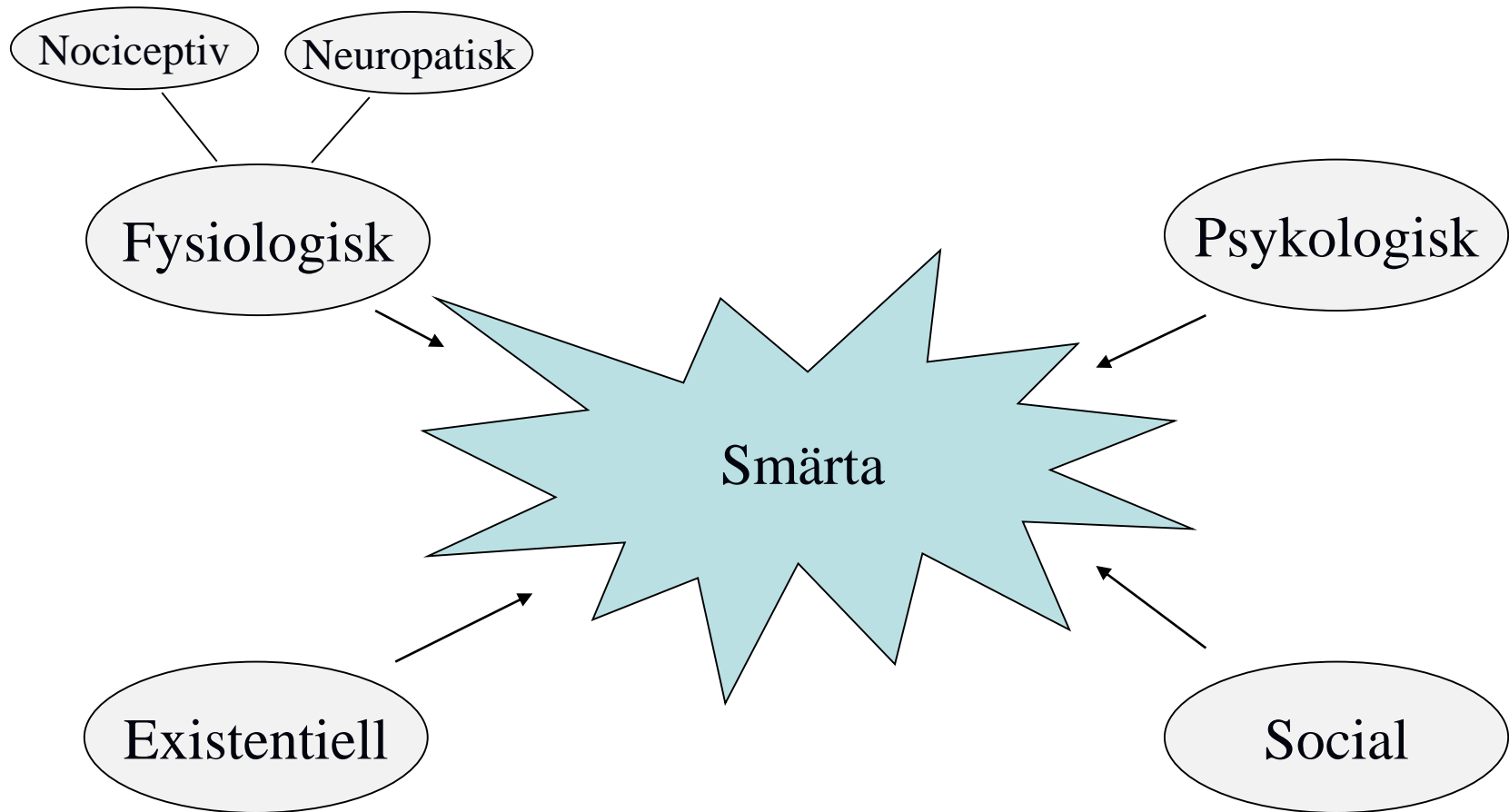
Ämnen

- Smärta
 - Behandlingsstrategier
 - Farmakologisk smärtbehandling
 - Opioidinducerad hyperalgesi
- Ångest i livets slutskede
- Palliativ sedering

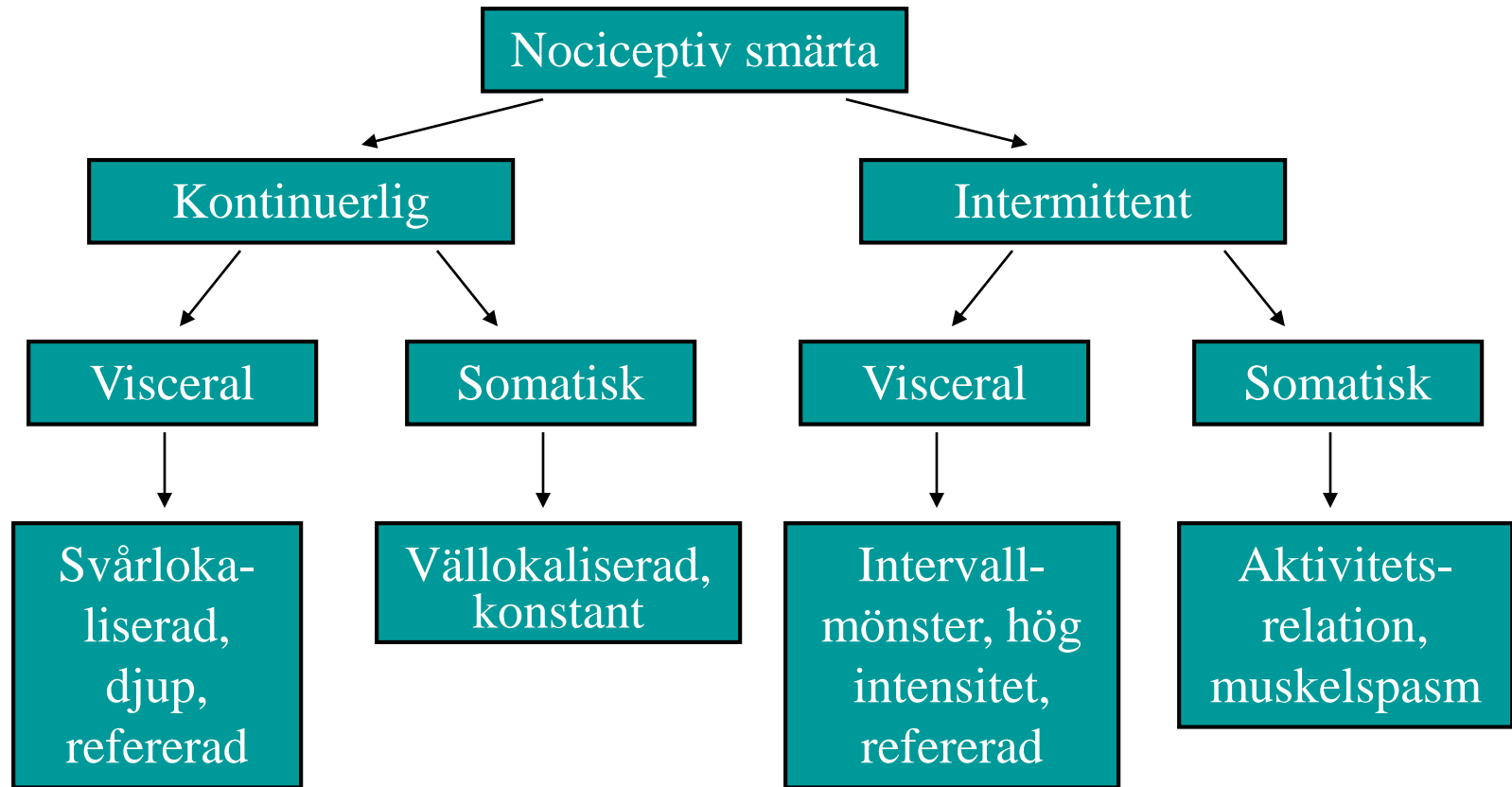
Grund för lyckad smärtbehandling

- Försök förstå smärtmekanismen innan du väljer behandling
- Bas för att förstå smärtmekanismen:
 - Anamnes
 - Använd ett smärtskattningsinstrument
 - Klinisk undersökning
 - Ev röntgen, andra tester.
- Välj en behandlingsstrategi
- Informera, utvärdera och justera
- Vid svår smärta – rådfråga en smärtspecialist!

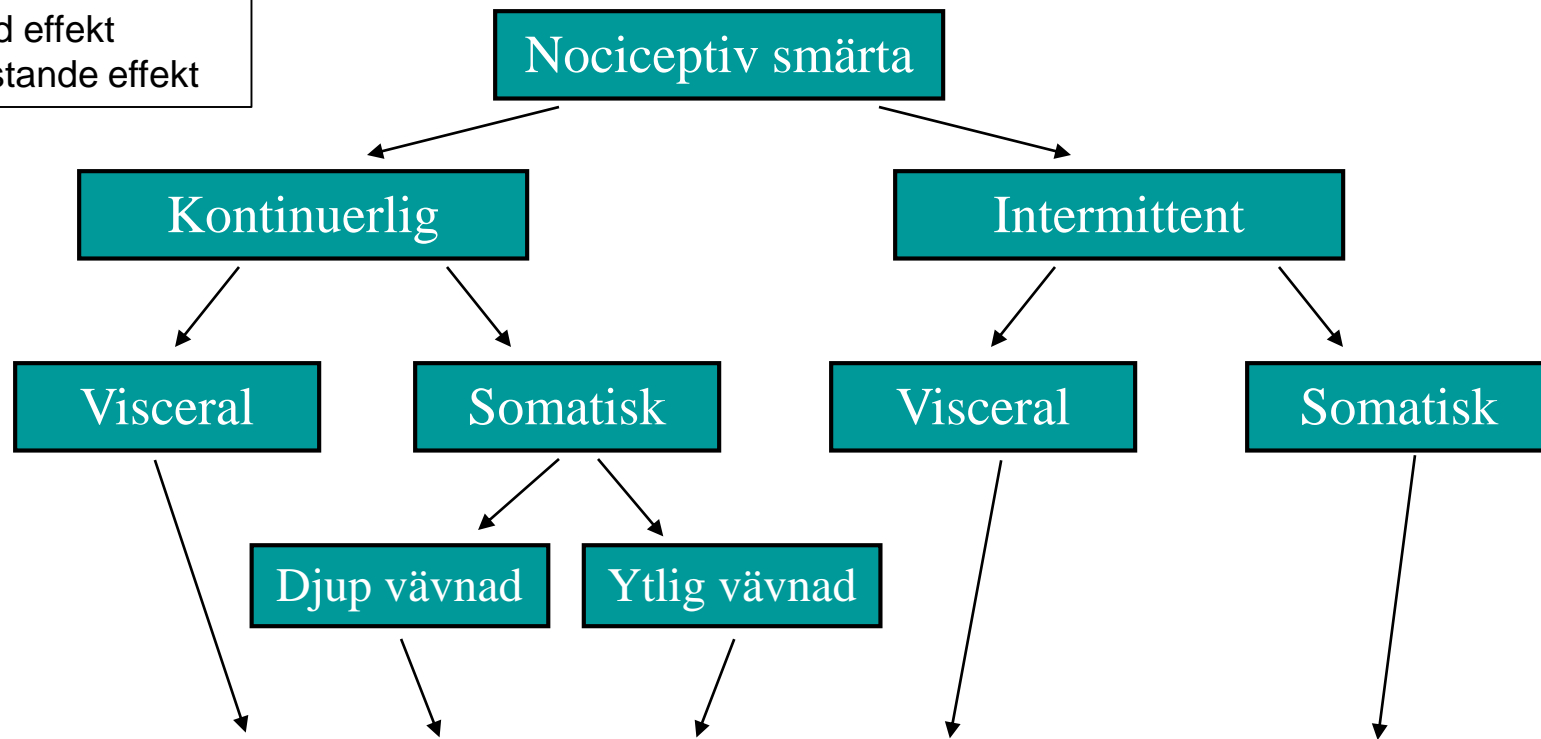
Smärta i livets slutskede



“Total pain”



+ Kan ha effekt
 ++ Ofta god effekt
 (-) Ofta bristande effekt



| | | | | | |
|-------------|-----------|-----------------|-------------------|----------------------------|---|
| Paracetamol | + | + | ++ | + | + |
| COX-hämn | + | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Opioid | ++ | ++ | (-) | (-) | (-) använd kortverkande |
| Adjuvans | Steroider | Bisfosfonater | Lokal-anestetika | Antikolinergika | Bisfosfonater, steroider, bensodiazepiner |
| Annat | | Strålbehandling | Morfingel i såret | Antisekretorisk behandling | Strålbehandling |

Inflammatorisk smärta hos den palliativa patienten

- Många listor över landet rekommenderar (i första hand):
 - Naproxen – startdos 125-250 mg x 1-2, max 1000 mg/d
 - Ibuprofen – startdos 200 mg x 1-3, max 1200 (2000) mg/d
- COX-2 hämmare - vid:
 - Ulcusproblematik
 - Låga trombocyter
 - Samtidig behandling med antikoagulantia
- Parenteral behandling:
 - Ketorolak (Toradol 30 mg/ml), max 90 (120) mg/24h, kan ges sc. Analgetisk effekt inom 30 – 60 min, duration 4 – 6 timmar
 - Parecoxib (Dynastat 40 mg), COX-2 hämmare, max 80 mg/24h. Max analgetisk effekt efter 30 min (iv)

Antikolinergika

- Vid kramptillstånd i glatt muskulatur
- Vid ökad slemsekretion, rossel
- För att minska sekretionen från GI-kanalen
- Buscopan:
 - Inj 20 mg/ml, 1 – 2 ml sc vb, max 100 mg/24h
 - Passerar inte blod/hjärnbarriären – ringa sedation
- Robinul:
 - Inj 0,2 mg/ml, 1/2 – 1 ml sc
 - Effekt upp till 8h
 - Mer potent än Morfin-Skopolamin
 - Passerar inte blod/hjärnbarriären – ringa sedation

Kortikosteroider

- Kortikosteroider:

Har ofta god smärtstillande effekt vid:

- skelettsmärta
- leversmärta
- huvudvärk vid hjärntumörer
- buksmärta vid utbredd metastasering
- neurogen smärta pga inflammation och tumörövertväxt.

Ge ordentlig dos under 1 – 2 veckor, hellre i kurer än tills vidare behandling (gäller ej vid hjärntumörer).

T Betapred 0,5 mg, 8-10 tabl på morgonen.

Starka opioider

- Morfin oftast förstahandsval
- Behandlingen kan inledas med långverkande preparat
- Oxikodon är ett alternativ vid nedsatt njurfunktion
- Transdermalt fentanyl vid stabil opioidkänslig smärta när patienten har svårt att ta tabletter, osäkert upptag.
- Vid behovs dosen av en opioid är $1/6$ (- $1/10$) av dygnsdosen
- Subkutan/intravenös dos = $(1/3)$ - $1/2$ av peroral dos
- I specialiserad palliativ vård används ofta subkutana smärtpumpar i livets slutskede

Biverkningar vid opioidbehandling

- Vanliga biverkningar:
 - Muntorrhet – munvård!
 - Förstoppning – förebygg!
 - Illamående – förebygg!
 - Trötthet – dosjustering?
- Mindre vanliga biverkningar:
 - Vattenkastningsbesvär
 - Svette
 - Klåda
 - Myoklonier
 - Kognitiv påverkan

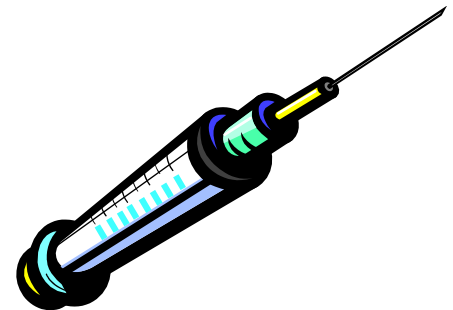


Opioidinducerad hyperalgesi

- Ett tillstånd där opioidbehandlingen förvärrar smärtan istället för att lindra den
- Vid höga opioiddoser
- Smärtsystemet är i obalans, NMDA-receptoraktivering, ökad aktivitet av endogena opioidantagonister
- Behandling:
 - Byt till annan opioid och sänk samtidigt opioiddosen
 - NMDA-receptorblockad – metadon eller ketamin
 - Annan smärtemekanism?
- Kontakta gärna en smärtspecialist

Opioidbehandling i livets slutskede

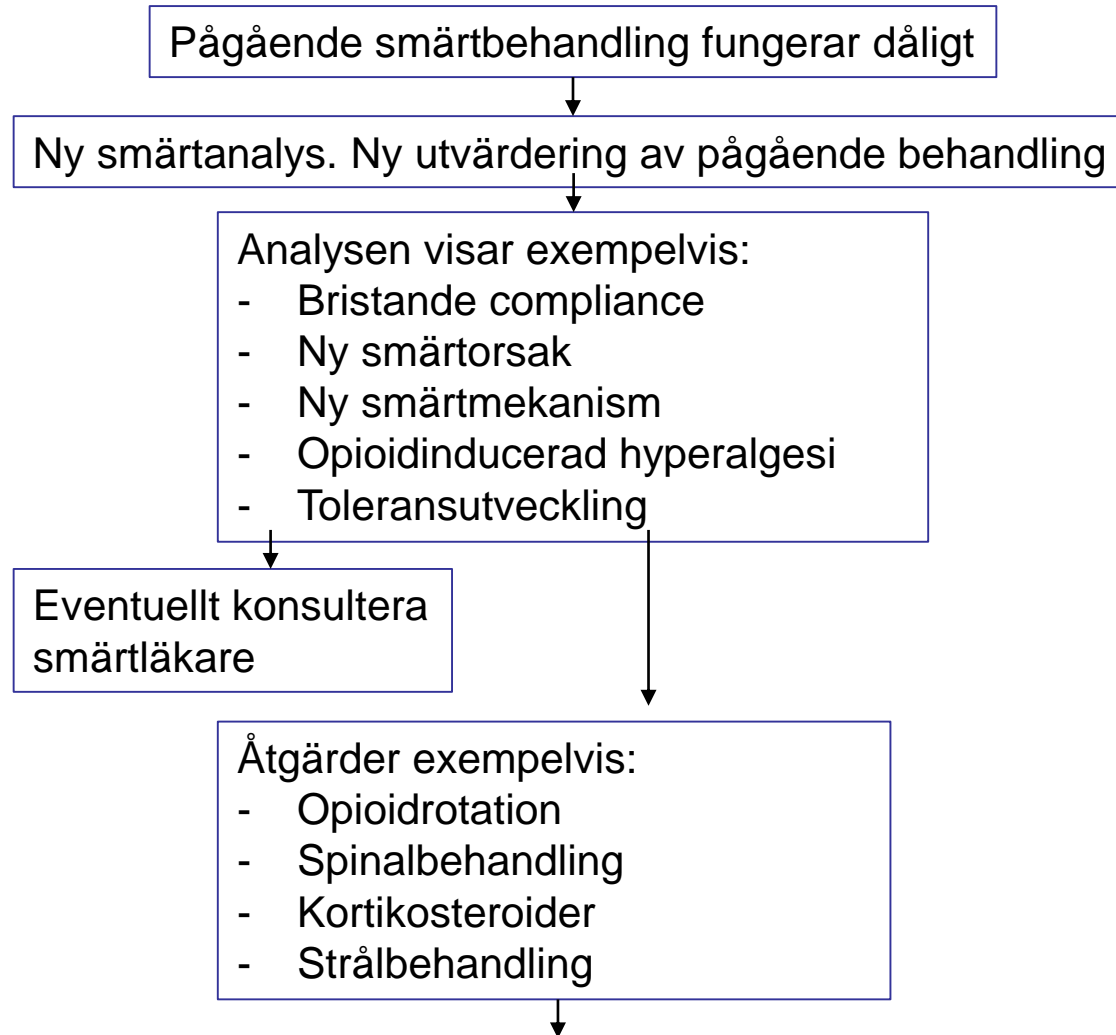
- Svår smärta förkortar livet
 - Leder till svår stress
 - Nervsystemet och endokrina funktioner påverkas
 - Immobilisering och passivitet
- Höga opioiddoser förkortar INTE livet, snarare tvärtom...



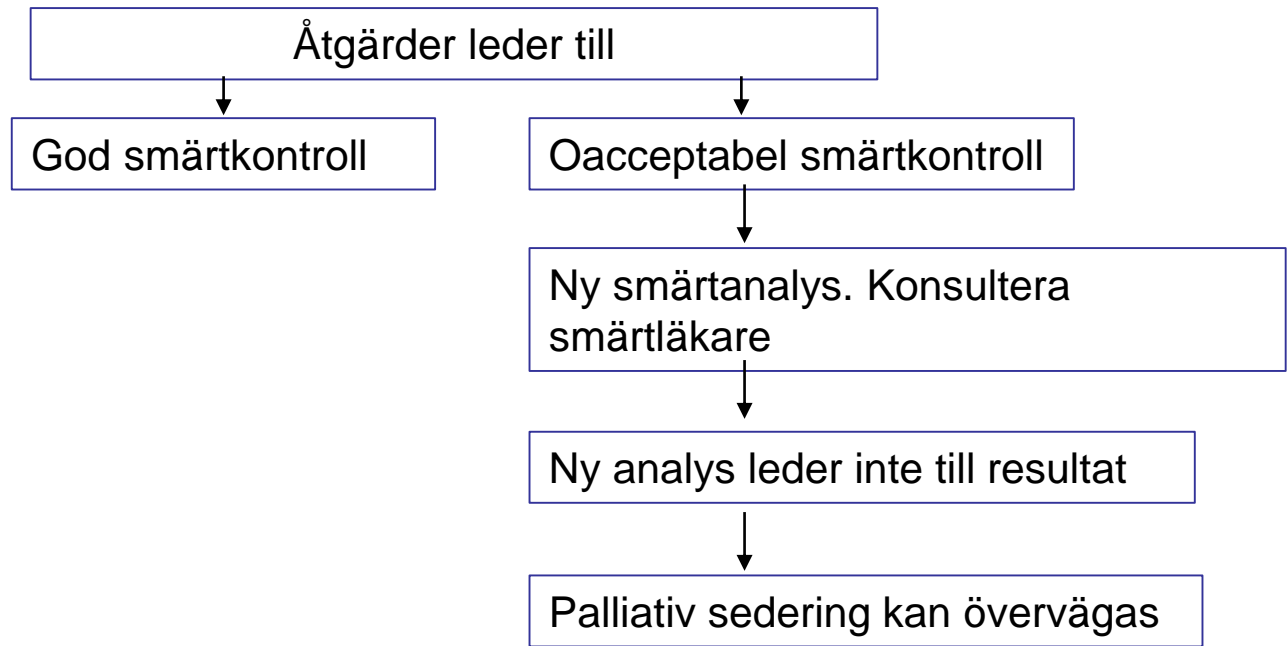
Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta

- Cancerrelaterad neuropatisk smärta
 - Gabapentin
 - Amitriptylin (Saroten)
 - Duloxetin (Cymbalta)
 - Opioider (oxikodon, metadon)
- Fokal perifer neuropatisk smärta med allodyni
 - Lidokainplåster (Versatis)
- Samtidig depression
 - Amitriptylin (eller duloxetin)
- Samtidig ångest
 - Pregabalin (Lyrica)
- Kortikosteroider, ketamin, TENS, nervblockader, spinal smärtbehandling

Klinisk beslutsprocess vid behandlingssvikt



Klinisk beslutsprocess vid behandlingssvikt



Ångest i livets slutskede



Olika typer av ångest

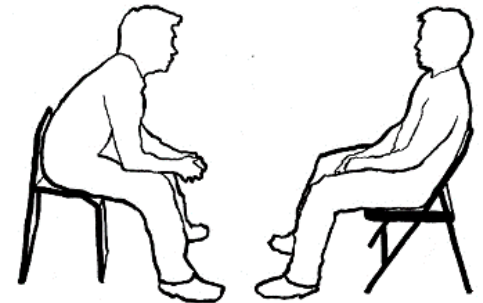
- Existentiell ångest, dödsångest, separationsångest
- Ångestsjukdom (jfr ångestsyndrom)
- Ångest av depression – atypisk (ej avledbar ångest, agitation)
- Ångest av somatiska orsaker
 - Hypoxi, sepsis, smärta
 - Läkemedel (opioider, antikolinergika, bensodiazepiner, steroider, nyinsatt SSRI)

Ångest i livets slutskede

- Kanske inte döden mest skrämmande – utan vägen dit
- Rädsla för lidande och ensamhet
- Ångesten påverkar:
 - *Fysiskt* – stjälar energi
 - *Psykiskt* – påverkar koncentration, minne och känslor. Irritabilitet, labilitet
 - *Socialt* – närstående ökad trötthet, sämre interaktion
 - *Existentiellt* – Ökad känsla ensamhet, utsatthet, minskad meningsfullhet, dödsönskan
- Snabb diagnos och behandling ger ökad livskvalitet

Icke-farmakologisk behandling

- Existentiellt samtal
 - Känsломässiga behov tillgodoses
 - Insikt om sjukdomstillståndet just nu och framöver
 - Diskussion kring behandlingsalternativ
 - Vi gör vårt bästa
 - Hjälper alla förbereda sig
 - Våga ta farväl
 - Underlättar sorgeprocessen
- Mänsklig närvaro
- Avslappningsmetoder



Farmakologisk behandling

Behandla orsaken om det går!

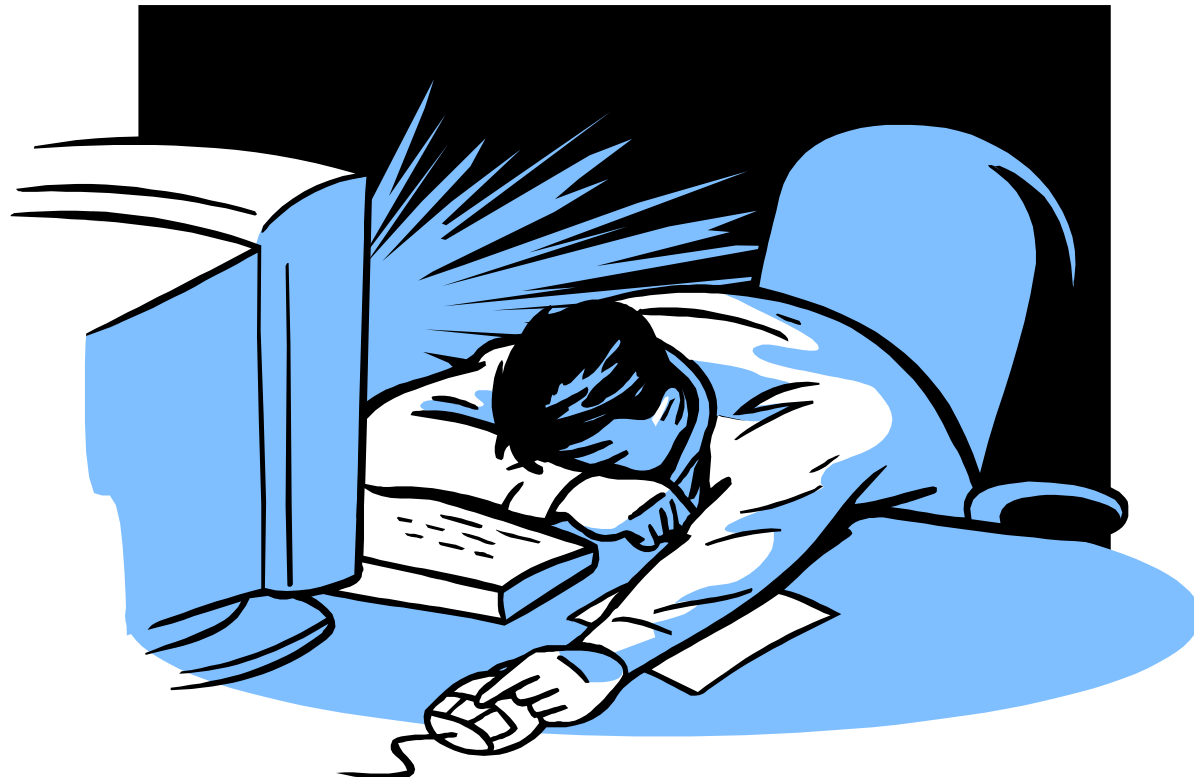
- Ångest av
 - Hypoxi (syrgas)
 - Sepsis (infektionsbehandling)
 - Förändrad läkemedelsbehandling
- Läkemedel vid svår ångest
 - Bensodiazepiner
 - Mirtazapin
- Ångest vid agiterat delirium/konfusion
 - Neuroleptika i första hand - haloperidol

Bensodiazepiner

- Försiktighet hos äldre
- Tänk på halveringstiden vid preparatval
- Använd ett preparat åt gången
- Alprazolam finns som depottablett

| Preparat | Ekvipotens | Halveringstid | Exempel |
|------------|------------|---------------|---------------|
| oxazepam | 30 mg | 3-9 h | Oxascand |
| diazepam | 10 mg | 20-54 h | Stesolid |
| midazolam | 5 mg | 2-6 h | Dormicum |
| alprazolam | 1 mg | 11 h | Xanor (Depot) |

Palliativ sedering i livets slutskede



Palliativ sedering – en symtomlindrande åtgärd hos en döende patient

- Ges i syfte att lindra plågsamma symtom när andra behandlingsalternativ visat sig otillräckliga
- Behandling med läkemedel som påverkar vakenhetsgraden
- Minsta möjliga vakenhetspåverkan med tillräcklig symtomlindring eftersträvas
- Avsikten är varken att förkorta eller förlänga dödsprocessen
- Inte en specificerad evidensbaserad medicinsk behandling

Palliativ sedering - förutsättningar

- Adekvat diagnostiserad fysisk grundsjukdom
- Kort förväntad överlevnad – dagar till någon vecka
- Alla möjligheter att behandla orsaken till lidande eller symtom (fysiska, psykosociala och existentiella aspekter) ska vara prövade eller övervägda
- Samråd med patient och/eller närstående
- Samråd med palliativmedicinsk kollega och ev. med anestesilog
- Vårdteamet delaktigt
 - Tydlig dokumentation av bakgrund, samråd, behandlingsstrategi, utvärdering

Är palliativ sedering = eutanasi??

- NEJ!
- Varför inte?
 - Målet är symtomkontroll, inte att förkorta livet.
 - Döden är inte ett kriterium på framgångsrik behandling.
 - Symtomets art och svårighetsgrad styr behandlingsvalet – individualiserad behandling.
 - Palliativ sedering kan ges intermittent.

Exempel på indikationer för sedering:

- Svår dyspné, kvävningsskänsla
- Icke behandlingsbar smärta
- Terminal konfusion, särskilt vid agitation
- Svår ångest
- Stor blödning
- Svårbehandlade epileptiska kramper

Palliativ sedering

- Ges intermittent eller kontinuerligt
 - Kontinuerlig behandling vid permanenta symtom
 - Midazolam är förstahandspreparat
 - Behåll övrig symtomlindrande behandling
 - Utvärdera varje dygn
- Målet är god symtomlindring, inte djup medvetandesänkning!
- Ovanlig inom specialiserad palliativ vård i Sverige
 - Tvärsnittstudie 2006, 51 enheter, 2021 patienter
 - 22 patienter (1 %) hade pågående palliativ sedering
 - 12 vakenhetssänkta och symtomlindrade
 - 16/22 patienter delaktiga i behandlingsbeslutet
 - Svår ångest indikation hos 15/22 patienter

Behandlingsrekommendation

- Midazolam är förstahandsval i frånvaro av delirium/terminal konfusion
- Använd neuroleptika (haloperidol, levomepromazin) vid delirium, kombinera med midazolam i behandlingsrefraktära fall
- Överväg propofol i svåra fall
- Vid behov av intermittent sedering – använd midazolam eller propofol
- **Individualiserad behandling!**

Behandlingsrekommendation

- Midazolam:
 - Anxiolytiskt, sederande, retrograd amnesi, antiepileptiskt, muskelrelaxerande
 - Administrera gärna som kontinuerlig sc infusion
 - Initial dos kan vara 0,4 mg/h
 - Ger ro hos de flesta
 - Dubblera dosen nattetid om sömn önskas
 - Dygnsdos vid palliativ sedering 10 – 30 (60) mg/24h
 - Blandbart i pump med t ex morfin, haloperidol



Tills slut...

- En bra symtomanalys är avgörande för resultatet!
- Lägg upp en behandlingsstrategi och gör ditt preparatval.
- Informera, utvärdera och justera.
- Våga fråga någon annan när du inte lyckas.

