

Palliativ smertebehandling

Overlæge Lise Pedersen &
alment praktiserende læge Roar Maagaard

En 41-årig gift kvinde, mor til to skolebørn blev seks år tidligere opereret og strålebehandlet for mammacancer. Hun havde nu fået recidiv med diffus knoglemetastaser. Patienten var generet af konstant »ubehag og murren« i torakalcolumna samt smerter i samme område ved gang og anden bevægelse.

Værd at vide

Ca. 65% af patienterne med avanceret cancer får knoglemetastaser, hvilket er en af de hyppigste årsager til smerter hos kræftpatienter.

Ubehandlet smerte eller dårlig smertebehandling har negativ indflydelse på alle cancerpatientens øvrige symptomer, såvel de fysiske som de psykiske.

Op mod 80% af cancerpatienterne kan behandles med tilfredsstillende resultat ved anvendelse af WHO-trappen.

Ved smertebehandling med opioider til cancerpatienter er der en minimal sandsynlighed for at inducere misbrug.

Palliativ strålebehandling mod de smertegivende knoglemetastaser inducerer smertelindring hos mere end 80%.

Nociceptive somatiske smerter og viscerale smerter responderer godt på konventionel analgetikabehandling (nonopioide analgetika ± opioider).

Neuropatiske smerter er relativt ufølsomme for opioid og lindres bedst med en kombination af opioid og sekundære analgetika (anticonvulsiva, cykliske antidepressiva og kortikosteroider).

En holistisk tilgang til behandlingen af cancersmerter er nødvendig, således at alle smertens aspekter lindres (de fysiske, de psykosociale og de eksistentielle).

Hvad gør vi

Grundig smerteanamnese (lokalisering, type (nociceptive/neuropatiske), intensitet, udløsende og forværende faktorer m.m.).

Smerten skal behandles farmakologisk iht. den modificerede WHO-trappe. Start med paracetamol. Døgndosis anbefales ikke at overstige 4 g. Ved manglende effekt af paracetamol kan der anvendes cyklooxygenase (COX)-2 eller *non steroid antiinflammatory drugs* (NSAID). Ved manglende smertelindring tilføjes der et opioid, der optitreres gradvist til ønsket effekt eller bivirkninger. Basisbehandlingen bør bestå i langtidsvirkende opioid. Husk: laxantia og antiemetika mod henholdsvis obstipation og kvalme.

Basisbehandlingen suppleres med hurtigtvirkende opioid

til p.n.-medicinering af gennembrudssmerter. P.n.-dosis beregnes i forhold til den samlede døgndosis, typisk 1/10 til 1/6.

Morfin er velundersøgt og billigt (førstevalg). Øvrige tilgængelige opioider må anses for at være ligeværdige, men der er en individuel tolerabilitet, hvad angår både virkninger og bivirkninger. Ved manglende effekt eller ved bivirkninger er det derfor en god ide at skifte til et andet opioid, f.eks. oxycodon.

Metadon er et billigt og godt alternativ, specielt til neuropatiske smerter. Metadon har en kompliceret kinetik, og det kræver specialviden at konvertere til metadon (risiko for overdosering).

Ved neuropatiske smerter og utilstrækkelig effekt af ovenstående suppleres med sekundære analgetika i form af anti-convulsiva og/eller cykliske antidepressiva samt eventuelt steroid. Som anticonvulsivum vælges gabapentin, der har færrest bivirkninger. Hvis antidepressiva anvendes, vælges primært blandt de tricykliske, hvis effekt er bedst dokumenteret. Smertepallierende dosis er markant mindre end antidepressive (start f.eks. med 10-25 mg amitriptylin til natten).

Peroral behandling anvendes, så længe patienten uden besvær kan indtage medicin per os. Er der problemer med dette, er transdermal administration (fentanylplaster) en relevant behandlingsform, andre alternativer er rektal eller subkutan administration. Subkutan infusion kan anvendes intermitterende eller permanent, det anbefales givet via en permanent tynd subkutan kanyle og er specielt velegnet til terminale patienter.

Nyere undersøgelser har vist, at methylphenidat (et psykostimulantium) kan reducere bivirkninger ved opioid som dosisbegrænsende sedation og kognitiv reduktion.

Overvej palliativ strålebehandling mod det smertegivende fokus.

Omsorg for den totale smerte med varetagelse af psykiske, eksistentielle og sociale problemer er essentielt hos denne uhelbredeligt syge, unge mor med små børn!

Revurder, evaluer og juster behandlingen regelmæssigt. Husk altid at aftale med patienten hvornår og hvordan dette gøres.

Korrespondance: Roar Maagaard, Plantagen 22, DK-8541 Skødstrup.
E-mail: roarmaag@post7.tele.dk

Antaget: 11. maj 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Anbefalet læsning

Sjøgren P, Pedersen L. Cancersmertetilstande – epidemiologi, ætiologi og behandling. I: Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L, eds. Smerter – en lærebog. København: FADL's Forlag, 2003:303-16.
Eriksen E, Sjøgren P, Jensen NH, eds. Praktisk klinisk smertebehandling. 4. udgave. København: Munksgaard, 2000.