



Opioidbiverkningar

Gabriella Frisk
Specialistläkare i onkologi samt palliativ medicin
ASIH Stockholm Södra

pkc.sl.se



Opioidbiverkningar

- Trötthet
- Opioidinducerad förstoppning och dysfunktion
- Illamående
- Övriga



Trötthet, dåsighet vid opioidbehandling

- Vanligt i behandlingens början och klingar vanligen av inom några dagar
- Tröttheten beror delvis på en sömnskuld – man har sovit dåligt när man har ont. Nu när man blir smärfri behöver man "sova ikapp"
- Dåsighet förekommer ibland även vid dosering som i övrigt är adekvat
- Byte av opioid eller administrationsform kan lösa problemet



Opioidinducerad förstoppning/dysfunktion

- Prevalens 60 – 90 % hos patienter med opioidbehandling mot cancersmärta och 40 – 60 % hos patienter med opioidbehandling mot kronisk smärta
- Vanligaste biverkan av opioidbehandling, är inte övergående
- Opioider påverkar mag-tarmkanalens peristaltik, tonus, sekretion, sfinkterfunktioner, främst via perifera my-opioidreceptorer (dvs både förstoppning och dysfunktion)
- Den dos som ger förstoppning är betydligt lägre än den dos som ger smärtlindring



Allmänna behandlingsråd

- Gradvis ökat intag av fibrer i kosten
- Adekvat vätskeintag
- Ökad fysisk aktivitetsgrad



Medicinsk behandling

- Bulkmedel i gradvis ökad dosering; vanlig dosering 1-3 påsar/dag – men bara om patienten dricker adekvat! █
 - Ispaghula (Lunelax, Vi-Siblin), Sterkuliagummi (Inolaxol)
- Mjukgörande och osmotiskt aktiva läkemedel
 - Salinskt aktiva medel; Polyetylenglykol = Makrogol; Movicol, Laxiriva
 - Icke-absorberbara kolhydrater; Laktulos
 - Paraffinemulsion 15-45 ml x1
- Tarmirriterande och motorikstimulerande läkemedel
 - Natriumpikosulfat; Cilaxoral, Laxoberal
 - Bisakodyl; Toilax, Dulcolax
 - Senna; Pursennid
- Klysma och lavemang pkc.sll.se



Nyare läkemedelsbehandling

Om inte "vanliga laxermedel har haft effekt"

- Perifera opioidreceptorantagonister PAMORA
 - Påverkar de perifera my-opioidreceptorerna, men inte de centrala
 - Metylnaltrexon (Relistor) 8 – 12 mg sc inj
 - Naloxegol (Moventig) 12,5 - 25 mg x 1
 - Naloxonsyra (Targiniq, kombination med Oxykodon)



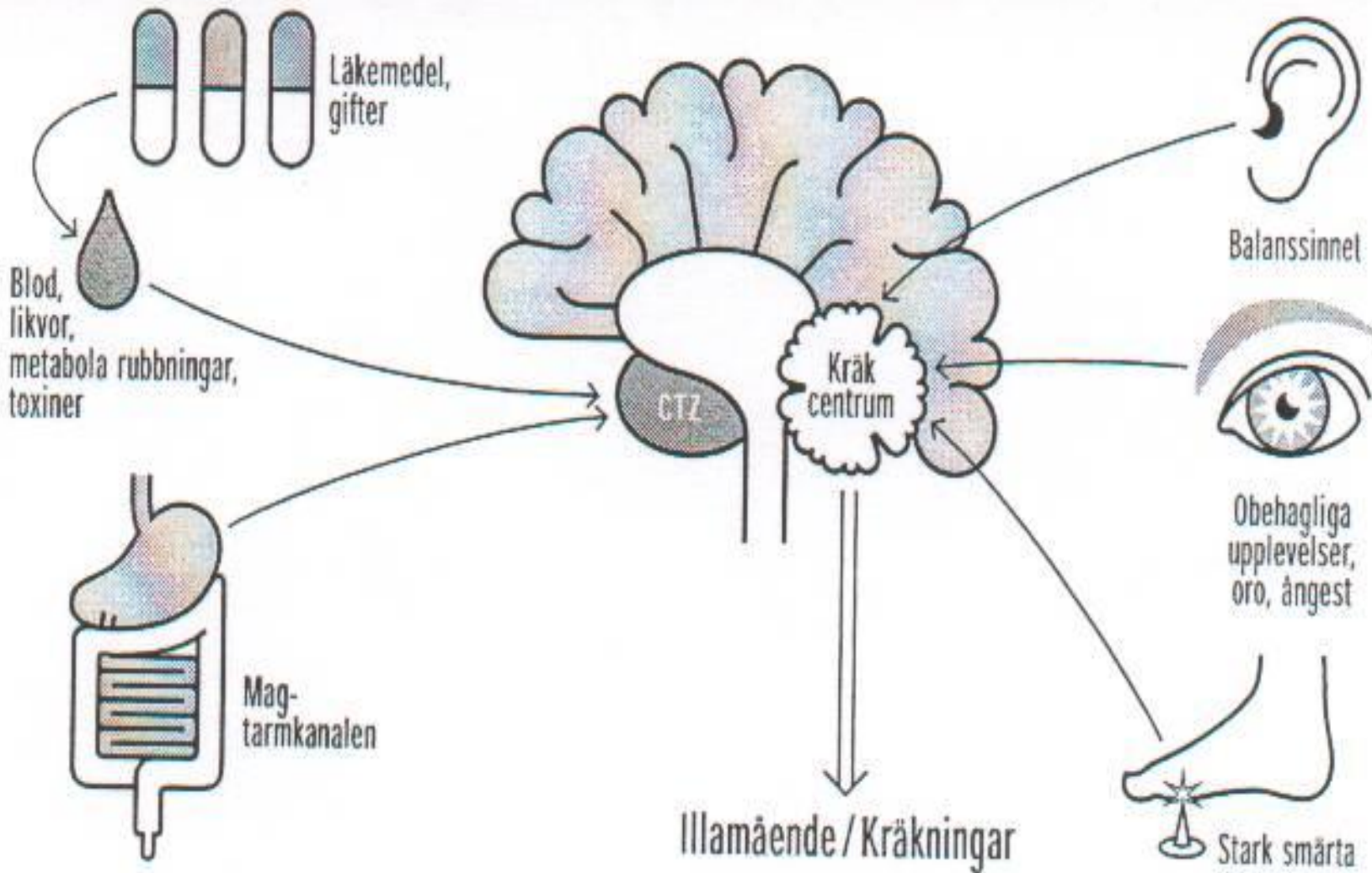
Kristina, 68 år

- Sigmoidcancer med peritonealcarcinom. Diagnos i akut med uppspänd buk pga. ascites. Förstoppad i samband med ascitestappning, lösts på flera dagars behandling med Movicol.
- Bra effekt av palliativ cytostatika. Ascites i regress. Inte speciellt ont.
- Använder Oxynorm vb. Movicol vb, i låga doser.
- Nu inte haft avföring på fyra dagar i samband med neutropen sepsis.
- Vad gör vi?



Illamående vid opioidbehandling

- Illamående förekommer hos runt 20 procent av alla patienter när smärtbehandling med opioider inleds
- Illamående och kräkning vid 1:a dosen av en opioid kan skapa en kraftig aversion
- Vid opioidintag spelar följande mekanismer till illamåendet, rörelsemedierat illamående (typ åksjuka), nedsatt tarmrörlighet (förstoppning) och direkt påverkan CTZ, (area postrema)





Allmänna behandlingsråd

- Håll dig stilla, annars kan du fara illa”

Här handlar det också om uppegående patienter som är nyinsatta på opioider – har större risk att må illa än sängliggande patienter



Medicinsk behandling

- Viktigt att ge förebyggande de första 7-10 dagarna, samt obstipationsprofylax!
- Meklozin (Postafen[®]) eller metoklopramid (Primperan[®])



Ylva 19 år

- Sarkom i benet, insatt långverkande morfin pga. smärta
- Vad gör vi alltid?



Övriga symtom

- Andningsdepression
- Yrsel
- Muntorrhet
- Svetteningar
- Gallvägsdyskinesi
- Urinretention
- Klåda
- Myoklonier (och ev. hyperalgesi)



Kortison mot symtom vid avancerad cancersjukdom

Gabriella Frisk
Specialistläkare i onkologi samt palliativ medicin
ASIH Stockholm Södra



Kortisonbehandling

- Steroider har många indikationer vid avancerad cancersjukdom
- Betametason (Betapred) är mest använt
- Dos och duration varierar beroende på indikation



Indikation	Dos (mg)
Generellt välmående	2-4
Trötthet, fatigue	2-4
Aptitlöshet, anorexi	4-8
Illamående	4-8
Skelettsmärta	4-8
Lever-kapsel-smärta	4-8
Nervkompressionssmärta	8-16
Subileus-ileus	8-16
Högt intrakraniellt tryck	8-16
Medullakompression	16
Vena cava superior syndrom "Stokes krage"	16



- Utvärdera dosen/minska minst var 5-7 dag
- Vid utebliven effekt sluta efter 5-7 dagar direkt
- Vid effekt, försök minska dosen var 5-7 dagar till minsta effektiv dos eller utsättning
- Vid indikation högt intrakraniellt tryck, medullakompression, Stokes krage, subileus/ileus minska dosen var 5-7 dag, följ upp försämring av symtom
- Behandla som morgondos eller x 2 (8.00, 14.00), för att minimera risken för sömnbesvär
- Magskydd, T. Omeprazol 20 mg. Särskilt vid högdosbehandling, kontrollera blodsocker samt ev. osteoporosprofylax vid långtidsbehandling och lång förväntad överlevnad, råd kring munhygien (risk för oral candida)
- Om tablettbehandling inte är möjlig är inj. Betapred dosekvipotent och ges intravenöst men kan också ges intramuskulärt



Patientfall

- Lotta är 73 år, avmagrad med coloncancer, metastaser i skelettet, levern och i nydiagnostiserade hjärnmetastaser. Trött och svag. Besväras av dubbelseende.

Förslag till kortisonbehandling? Nedtrappning? Handläggning?

- Ludvig är 72 år, prostatacancer med skelettmetastaser. Hormonrefraktär. Tablettbehandlad Diabetes M. Nedsatt aptit och illamående. Trött och svag. Förslag till kortisonbehandling? Nedtrappning? Handläggning?





De sista dagarna

Gabriella Frisk
Specialistläkare i onkologi samt palliativ medicin
ASIH Stockholm Södra



Hur vet vi att slutet närmar sig?

Patienten är:

- sängbunden
- Allt tröttare, medvetandesänkt
- kan endast dricka små klunkar
- kan inte längre svälja tabletter

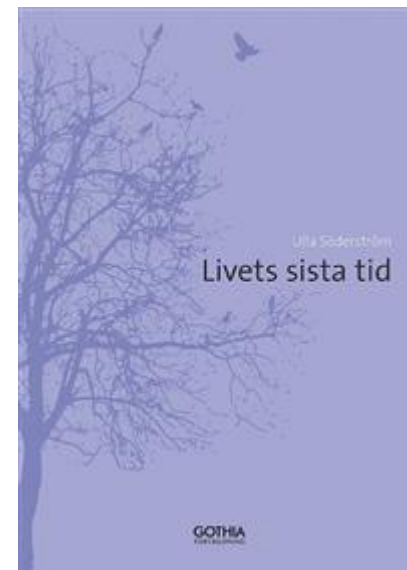


Tecken på att döden är nära förestående (timmar-dagar)

- Kraftig avmagring
- Uttalad svaghet och orkeslöshet
- Drar sig tillbaka, lever i sin stilla "bubbla"
- Frågar inte efter mat eller dryck. Känner inte hunger, törst
- Har svårt att svälja (både mat och läkemedel)
- Huden verkar vaxartad "genomskinlig"
- Har ofta slutat att kissa
- Andningen blir påverkad (snabb, pauser)
- Plockig, förvirrad
- Medvetandesänkt (till och från)
- Fötter och händer blir kalla (bålen kan vara varm och svettig)
- Näsvingeandning (näsan verkar "snipig")
- Marmorering av kroppsdelar längst ner (sidorna)

Praktikaliteter att tänka på:

- att i god tid börja prata med närstående om det praktiska - behöver de närståendepenning?
- att i god tid planera för omsorg och hjälpmedel i hemmet – om patienten ska vårdas i hemmet
- att prata med närstående om "hur vet man att döden är nära förestående"
- att hålla koll på när patienten börjar få svårt att svälja tabletter - att börja sätta ut onödiga tabletter
- att sätta över på subkutant eller pump när patienten inte kan svälja alls





Vad ska göras?

- Avsluta rutinmässig blodprovstagning, ta ställning till fortsatt antibiotikabehandling eller intravenös tillförsel
- Behandlingsbegränsningar
- Sätt in parenterala vid behovsläkemedel mot smärta, illamående, oro, rosslighet
- Sätt ut läkemedel som inte gör nytta/är svåra att ta



Läkemedel in:

- **Inj Morfin** 10 mg/ml, 0,5 ml vb subkutant
- **Inj Midazolam** 5 mg/ml, 0,5-1 ml vb subkutant
- **Inj Furix** 10 mg/ml, 4ml vb (kan även ges subkutant eller intramuskulärt, vid subkutan injektion ges 2 ml på två ställen)
- **Inj Robinul** 0,2 mg/ml, 1 ml vb subkutant
- **Inj Haldol** 5 mg/ml, 0,2 ml vb subkutant



LCP (Liverpool Care Pathway)

- Vårdplan för döende
- Läkemedel in/ut, medicinska åtgärder etc.
- "Checklista" för kontroller



Brytpunktssamtal(en)

Gabriella Frisk
Specialistläkare i onkologi samt palliativ medicin
ASIH Stockholm Södra



Palliativ vård

- Den palliativa vården gäller *inte* enbart döendefasen

Idag både:

- **Tidig** palliativ fas
 - Aktiv sjukdomsspecifik behandling
 - Målet är både livskvalitet och livsförlängning
- **Sen** palliativ fas (brytpunktsprocess till palliativ vård i livets slutskede)
 - Den sjukdomsspecifika behandlingen är avslutad
 - Målet är livskvalitet men inte livsförlängning

Brytpunkter-processer

- Övergång från kurativ till palliativ fas
- Progress under palliativ behandling och avslutande av onkologisk behandling
- Övergång till "Vård i livets slut"





Diagnos

Palliativ fas

Livets slut



Tidig fas

Sen fas

Övergången från kurativ (botande) vård till palliativ (lindrande) behandlingen och vård och övergången från palliativ vård till vård i livets slutskede, ska klargöras inom vårdteamet och tillsammans med patient och närstående, brytpunkter. Palliativ vård omfattar både en tidig fas och sen fas, den tidiga fasen kan vara upp till månader och år, i motsats till den sena fasen som kan omfattas av dagar eller veckor. I den tidiga fasen är målet god livskvalitet och förlängd överlevnad och i den sena fasen står målet för livskvalitet.



Vård i livets slut

Definition av vård i livets slut enligt SoS:

- "Diagnosen ska vara rätt ställd, det går inte att med till buds stående medel att bota eller förbättra prognosen, döden är att förvänta inom en relativt kort tid, dvs inom dagar eller veckor"



Reflektion:

För läkaren är detta med brytpunktssamtal ganska rationellt, men...

Kan patienten förstå det (känslomässigt)?

Vad händer psykologiskt/ existentiellt om patienten "vägrar" inse det?

Kan man göra något för att minska risken att ett brytpunktssamtal hamnar fel och därmed skadar patienten?



Brytpunktssamtal

- Process-brytpunktsprocess
- Samtala och planera med patienten/närstående gärna tidigt
- Kräver kontinuitet
- Evidens talar för att svårt sjuka och äldre patienter vill vara med och planera sin vård
- Det kan vara känsligt att samtala om döden –trots att det borde vara naturligt
- Få vetskap om sin egen förestående död
- Anpassad information och takt



Hur gör vi?

SPIGES

S(tarta) upp: Förberedelser. Något om agendan: *Jättebra att ni kunde komma! Idag tänkte vi prata kring dagsläget för XX och diskutera hur både ni och vi ser på den allra närmaste framtiden.*

PI (Pejla In): *Vad har du fått veta hittills? Hur ser du själv på ditt hälsotillstånd just nu och på den närmaste framtiden? Hur tänker du kring det? Vad väcker det för tankar hos dig?*

GE (Ge besked – men först när ju pejlat in och vet vad patienten själv vet / tror). *Ja din bild stämmer bra med vår bild. Det är ju så att... Tidigare har ju kurerna kunnat bromsa din sjukdom, men nu har vi kommit till en punkt där behandlingarna nog gör mera skada än nytta... Därför.....*

S (samla ihop, sammanfatta). Öppna också för frågor.



Tydliggöra med frågor:

Vad tänker du om din sjukdom och den närmaste tiden?

Vad är viktigast för dig just nu?

Är du rädd eller orolig för något just nu?

Vad är svårast för dig ? För din familj?

Vad har du för förväntningar?

Hur brukar du hitta kraft i vardagen? Vad tycker du om att göra?

Hur vill du leva den sista tiden?

Hur kan vi hjälpa dig på bästa sätt?

Tankar kring medicinska behandlingar?



Övrigt som kan vara bra att komma in på:

Behandlingsstrategi/Behandlingsbegränsning:

- Vad är planerat vid förväntad försämring?
- Sjukhusvård?
- Dropp?
- Antibiotika?
- HLR?
- Läkemedel?



Brytpunktssamtal



Brytpunktssamtal-utmaningar

- Ångestfylld patient
- Patienter som inte vill veta/närstående
- Önskemål i livets slut patient/närstående