



Smärta i palliativ vård

- **Peter Strang**

Professor i palliativ medicin, **överläkare**

Vetenskaplig ledare, PKC (*Palliativt kunskapscentrum*)

Karolinska Institutet och
Stockholms Sjukhem och PKC



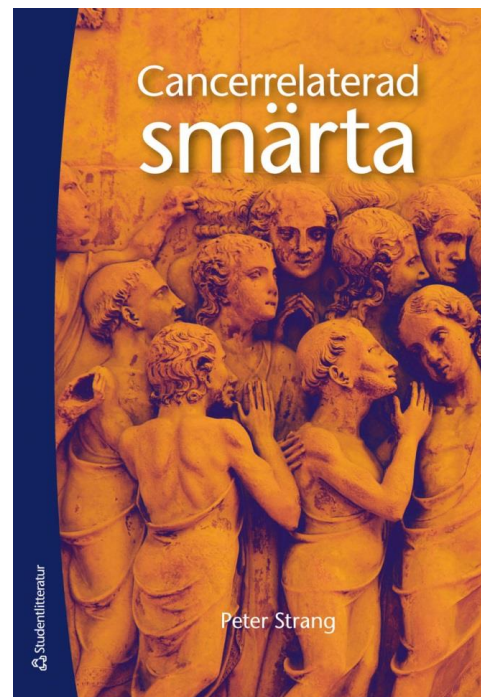
Föreläsningens innehåll

- **Olika kliniska smärttyper** – och varför "likadana smärtor" kan behöva olika behandling!
- **Läkemedelsbehandling och tips**
- **Varför kropp och själ hänger ihop när det gäller smärta?**
- Varför **ofrivillig ensamhet** kan öka upplevelsen av smärta!



Strang: Cancerrelaterad smärta, 2a uppl 2012

395 sid, 428 referenser. Cirka 40 fallbeskrivningar.





Smärta är vanligt

- Utgår från cancer
- Men råden kan användas t.ex. vid svår ledvärk eller ryggvärk där det finns en fysisk orsak



Fallbeskrivning 1

- 75 årig kvinna med bröstcancer
- Kända skelettmetastaser i bröstrygg och bäcken sedan 4 år tillbaka. Lätta till måttliga smärtor
- Har pågående palliativ cytostatika, med god effekt (hittills)
- Hittills har paracetamol (Panodil 1 g x 4 räckt), men nu har hon **molande, konstant värk** som inte påverkas av rörelser
- **Vad göra?**



Fallbeskrivning 2

- 65 årig man med metastaserande blåscancer
- Insatt på långverkande **oxykodon** (OxyContin®), nu uppe i **120 mg x2**, dvs relativt hög dos. Har funkat bra
- Har fått **nyttillkomma** svåra **rörelseutlösta** smärtor från vänster skulderparti, (där han har skelettmetastaser + en ömmande subkutan metastas)
- Denna smärta påverkas inte alls av den höga oxykodon dosen.



Fallbeskrivning 3

- Kvinna på drygt 70 år, **döende i spridd cancersjukdom** med skelettm metastaser och visceral metastaser
- **Komplicerad smärtbild** med nociceptiv molvärk, inflammatorisk smärta, nervsmärta...
- Morfinpump, NSAID (diklofenak), kortison, gabapentin
- Pga otillräcklig effekt (wind-up?) också ketamin (Ketalar®) -dropp...
- Svårbedömd smärtbild... fortfarande VAS=7



Fallbeskrivning 4

- 72 årig man med prostatacancer
- Relativt nytillkomna skelettmetastaser, snabb sjukdomsprogress. Känner en hel del oro.
- Bristfällig effekt av morfinpreparat, bara delvis smärtlindrad med långverkande morfin (Dolcontin®) 100 mg x 2
- Bättre efter insättning av NSAID (diklofenak 50 mg x 3) men inte smärfri



Fallbeskrivning 5

- 85 årig kvinna (änka) med metastaserande bröstcancer
- Inskrivs i ASIH bl.a. pga smärtproblem
- Står på Dolcontin 20 mg x 2 + morfin vb.
- Larmar – sjuksköterska gör besök. Dosen behöver höjas till Dolcontin 30 mg x 2. Blir smärfri just då.
- Detta sker gång på gång – larmar varje dag. Dosen behöver höjas. Blir smärfri efter varje jourbesök där dosen höjs.
- Snabbt ökande doser. Missbruk? Ger hon tabl. till någon?
- Får smärtpump – nu blir det stabilt i 3 dygn!
- Larmar fredag f.m. - har VAS 7. **Vad göra??**



Smärta... (enligt IASP- International Assoc. for the Study of Pain)

- ”En obehaglig **sensorisk** (=fysisk) **och känslomässig** upplevelse

förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada,

eller beskriven i termer av sådan skada.

Smärtan är alltid subjektiv”

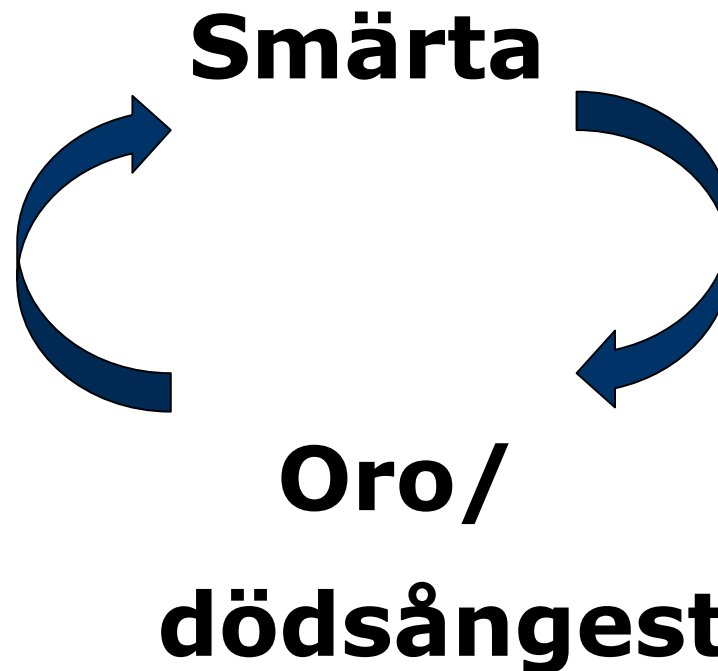


Den känslomässiga delen av smärtan

- Smärtan att tolkas i limbiska systemet, som styr vårt känsloliv
- Tidigare upplevelser, men också nuvarande sjukdom påverkar tolkningen
- Om man uppfattar att smärtan beror på en livshotande sjukdom, börjar man känna efter...t.ex. vid:
 - Vid smärta på grund av cancer
 - Bröstsmärta på grund av hjärtinfarkt



Dödsångest ökar smärtan



- man börjar känna efter
- smärtan känns starkare



CANCERUTLÖST SMÄRTA - Förekomst -

- 50% av patienter med avancerad cancer upplever svåra smärttillstånd
- ytterligare 20% har medelsvår smärta
- De sista veckorna har >90% smärtproblem
- >90% av smärtorna är **behandlingsbara**
- cirka 80% upplever **två** eller **fler smärtyper** samtidigt



MYT OM MORFINBEHANDLING

”Opioider tar bort all smärta,
om dosen är tillräckligt hög”



Mekanismbaserad smärtbehandling (1)

1. Nociceptiv smärta

- Skadad vävnad, men friskt nervsystem
- Kan vara molande eller rörelseutlöst
- Smärta i bukhålans organ (visceral smärta) kan vara molande eller handla om spasmsmärta/koliksmärta
- *Vanliga smärtstillande läkemedel fungerar,*
 - men alla läkemedel fungerar inte alltid!



Mekanismbaserad smärtbehandling (2)

2. Neuropatisk smärta

- Nerver, nervrötter eller CNS är skadade
- Andra smärtmekanismer
- *Tillägg med andra läkemedel kan behövas*



Mekanismbaserad smärtbehandling (3)

3. **Emotionell** (känslomässig) **komponent**

- Oro, dödsångest bidrar
- Ofrivillig ensamhet ökar smärtupplevelsen



Nociceptiv, molande värk

- Nociceptiv värk innebär **vävnadsskada** som gett upphov till värken
- Vanligt vid
 - **cancer**, men också till exempel vid
 - svår **ledvärk** (artros)
 - **ryggvärk** (t.ex. på grund av osteoporos)



Nociceptiv, molande värk vid cancer

- Börjar ofta som en **molande** värk, som
- Är **konstant** över dygnet
- **Inte påverkas särskilt mycket av rörelser**



Konstant nociceptiv molvärk

- **Vid lätt-medelsvår smärta**
- **Paracetamol** (Panodil, Alvedon osv)
- Fulldos 1gx4
- Funkar ofta även vid hög ålder (ev. dosreducering 1gx3 eller 0,5gx4)
- Funkar ofta vid levermetastasering

- **Vid svårare smärtor:**
- **Paracetamol + stark opioid**
- (morfin, oxykodon, fentanyl, hydromorfon, ketobemidon, metadon).
- Alltid **laxermedel** (Laxoberal, Movicol)
- Alltid **medel mot illamående** (Postafen, Primperan, ev Scopoderm) vid opioidinsättning.



Fallbeskrivning

- 70 årig kvinna med spridd gyn cancer i buken
- Har länge stått på Dolcontin 60 mg x 2
- Får allt mer ont. Under knappt 1 vecka ökas Dolcontinet upp till 100 mg x2
- Maken ringer: patienten är bättre smärtlindrad, men förvirrad, mkt svag.
- **Åtgärd:** minska Dolcontin till 80 mg x2 + insätta Panodil 1 gx4
- Patienten blir bra smärtlindrad och klar i huvudet



Var noga med detaljer!

79 årig man med prostatacancer. Spridning till bäcken + ryggrad

- Har ont. Panodil har hjälpt men inte längre
- Får Dolcontin utskrivet från sjukhuset + *"Primperan vid behov"*
- Provar men det funkar inte
- Har **ont**, men vill inte ta Dolcontin *"jag tål inte morfin, jag spyr!!"*
- ***Vad göra?***
- *Fick ett schema där han tog Primperan 60 minuter före Dolcontin tabletten.*
- *Då var problemet med illamåendet löst!!*



Startdoser för opioider

- förslag

- **Opioid-naiv** (står ej på opioider)
- **Långverkande morfin (Dolcontin) 10 mg x2** (som tillägg till paracetamol)
 - (vid demens: Dolcontin 5 mg x2)
 - (Stor patient: Dolcontin 20 mgx2)
- **Eller: Långverkande oxykodon (OxyContin) 5 mg x2**



Konstant nociceptiv molvärk *hos den multisjuka äldre*

- **T.ex. på grund av ledvärk eller ryggvärk**
- **Vid lätt-medelsvår smärta**
- **Paracetamol** (Panodil, Alvedon osv)
- **Vid svårare smärtor:**
 - **Paracetamol + buprenorfinplåster (Norspan)**
 - Startas med lägsta dos (depotplåster 5 mikrogram/timme).
 - Plåstret byts 1 gång / vecka (var 7:e dag)
 - Dosökning görs tidigast efter 3 dagar



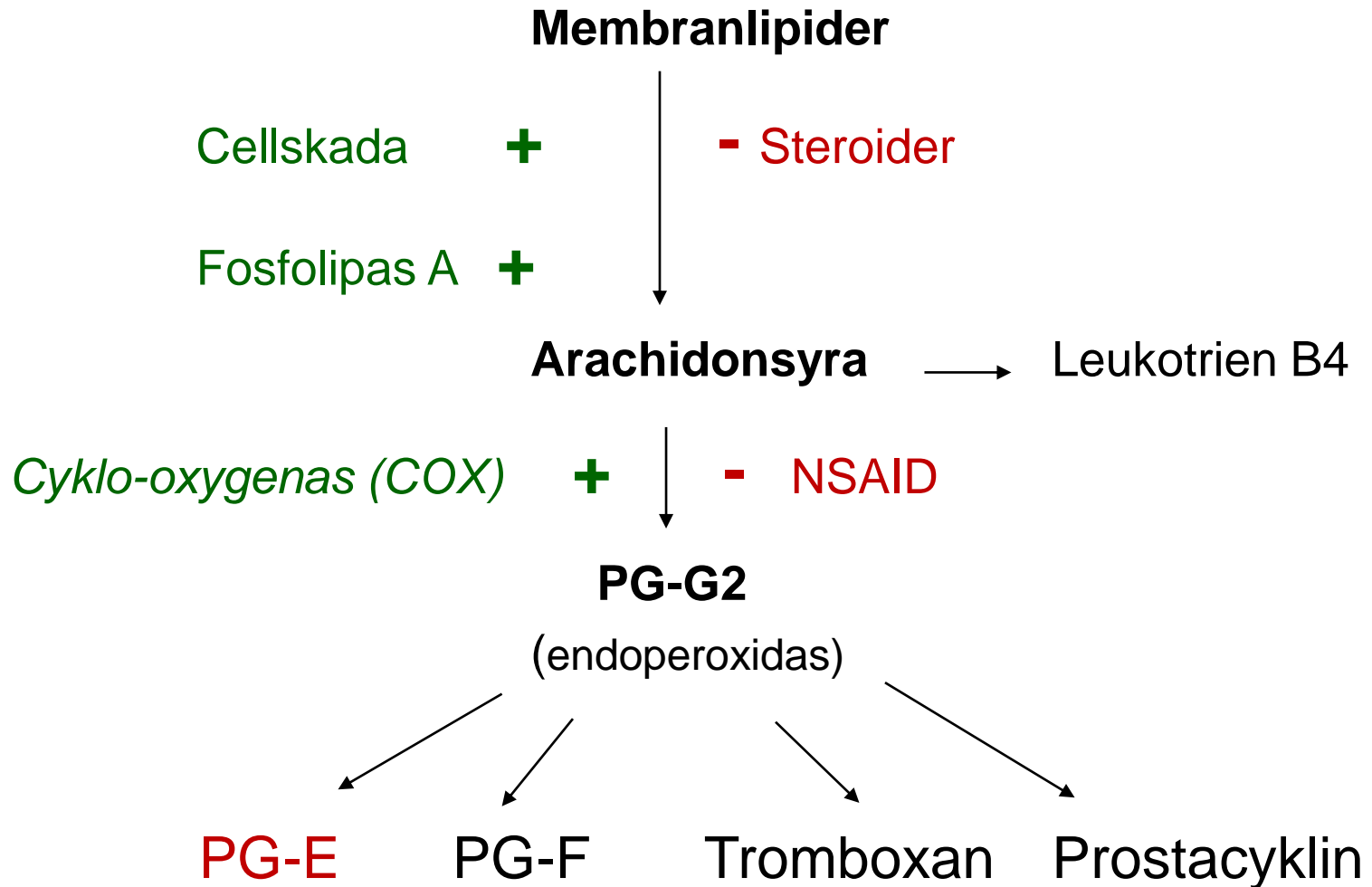
Rörelseutlöst nociceptiv, inflammatorisk smärta

- Smärta vid cancer börjar ofta som **molvärk**
- **Rörelseutlöst smärta** är vanligt lite senare i sjukdomsförloppet
- Vanlig smär்த்தyp vid snabb metastasering
- **Typiskt:** stor skillnad mellan vila och rörelse
- Frisättning av prostaglandiner (PGE₂), interleukiner (IL1, IL 6 osv), tillväxtfaktorer (EGF, NGF osv) mm.
- **NSAID** (= Naproxen, ibuprofen, ketoprofen osv) +/- kortison
- **I svåra fall: morfinprep + NSAID (+/- kortison)**
- Palliativ strålbehandling har ofta god verkan

Prostaglandin- och leukotriensyntes



Karolinska
Institutet





Ulkus, njursvikt, hjärtsvikt

- Klar **ulkusrisk** vid NSAID-behandling
- Särskilt hög risk om NSAID + kortison
- Frikostighet med ulkusprofylax
 - Omeprazol (Losec), eller liknande läkemedel
- Risk för **njurpåverkan** (pga prostaglandinhämning). KOLLA:
 - Någorlunda bra blodtryck
 - Patienten får i sig vätska
 - Har urinproduktion
 - Inte har försämrad njurfunktion (kolla krea)
- Försiktighet vid **hjärtsvikt**



Rörelseutlöst nociceptiv molvärk *hos den multisjuka äldre*

- Också vid svår ledvärk och ryggvärk kan man ha antingen molande värk eller rörelseutlöst smärta
- Samma principer kan användas (paracetamol vid molvärk, NSAID vid rörelseutlöst smärta)
- **MEN: den multisjuka är mycket mer känslig för biverkningar av NSAID!**
- Använd helst NSAID **enbart** när det finns klara tecken på inflammation: rodnad, värmeökning, svullnad
- Använd gärna **NSAID gel, gärna i kombination med paracetamol**
- Använd kortast möjliga behandlingstid.



Fallbeskrivning 1

- 75 årig kvinna med bröstcancer
- Kända skelettmetastaser i bröstrygg och bäcken sedan 4 år tillbaka. Lätta till måttliga smärtor
- Har pågående palliativ cytostatika, med god effekt (hittills)
- Hittills har paracetamol (Panodil 1 g x 4 räckt), men nu har hon **molande, konstant värk** som inte påverkas av rörelser
- **Vad göra?**



Fallbeskrivning 2

- 65 årig man med metastaserande blåscancer
- Insatt på långverkande **oxykodon** (OxyContin®), nu uppe i **120 mg x2**, dvs relativt hög dos. Har funkat bra
- Har fått **nyttillkomma** svåra **rörelseutlösta** smärtor från vänster skulderparti, (där han har skelettmetastaser + en ömmande subkutan metastas)
- Denna smärta påverkas inte alls av den höga oxykodon dosen.



Fallbeskrivning 3

- Kvinna på drygt 70 år, **döende i spridd cancersjukdom** med skelettm metastaser och visceral metastaser
- **Komplicerad smärtbild** med nociceptiv molvärk, inflammatorisk smärta, nervsmärta...
- Morfinpump, NSAID (diklofenak), kortison, gabapentin
- Pga otillräcklig effekt (wind-up?) också ketamin (Ketalar®) -dropp...
- Svårbedömd smärtbild... fortfarande VAS=7



Fallbeskrivning: gyn cancer, buksmärta

- **Vera** är 70 år, med gyn cancer och **spridning i buken**
- Har värk i buken men har fullgod effekt av morfin (Dolcontin)
- Har svarat bra på extra morfin när hon får mer ont
- Nu har hon haft ont flera dagar, ibland VAS 8.
- Försök har gjorts med tillägg av Metadon, utan effekt
- **Hur ska man tänka?**



Visceral *konstant* molvärk

- Ofta **initialt** växt på bukhinnan och fria ytor
- **Molvärk** vanlig vid tidig metastasering
- **Vid lätt - måttlig smärta**
- **Paracetamol**
- Fulldos 1gx4 (hos äldre 1 g x3)
- **Vid svårare smärtor:**
- **Paracetamol + stark opioid**
- (morfin, oxykodon, fentanyl, hydromorfon, ketobemidon, metadon).
- Alltid **laxermedel** (Laxoberal, Movicol) + **antiemetika** (Postafen, Primperan, ev. Scopoderm) vid opioidinsättning.



Visceral koliksmärta

- **Vid mer långtgången metastasering:**
- Påverkan på urinvägar, gallvägar eller tarmens lumen
- Risk för spasm (kolik)
- Ofta svårbedömd bild!!

- Allt som är bra vid njurstensanfall kan prövas:
- Ex: NSAID tex ketorolak (Toradol 30 mg/ml) 1 ml iv.
- Butylskopolamin (Buscopan, 20 mg/ml) 1 ml sc
 - Obs försiktighet vid glaukom, prostataförstoring osv



Fallbeskrivning: gyn cancer, buksmärta

- Vera är 70 år, med gyn cancer och **spridning i buken**
- Har värk i buken men har fullgod effekt av morfin (Dolcontin)
- Har svarat bra på extra morfin när hon får mer ont
- Nu har hon haft ont flera dagar, ibland VAS 8.
- Försök har gjorts med tillägg av Metadon, utan effekt
- **Hur ska man tänka?**
- **Fick prova Buscopan som tillägg.**
Smärtan gick ner från VAS 8 till VAS 2 på ett par timmar!



Neuropatisk (neurogen) smärta - orsaker

- På grund av nervinklämning (t ex kotfraktur)
- Pga nervpåverkan (t ex **inflammation** – nerven blir inflammerad)
- Pga cancersår (där nervändar skadats och **inflammerats**)
- Inslag redan vid tidig skelettmetastasering!!



Neuropatisk (neurogen) smärta - behandling

- **Behandling (utöver opioidbeh):**
- Ev prova Metadon (bästa opioiden vid nervsmärta)
- Kortison (Betapred 6-8 mg x2 + nedtrappn)
- Gabapentin (initialt 100mg x3, ev. bara 100 mg t.n.. Trappas upp)
- Pregabalin: starta med låga doser (25 mgx2)!! Trappa upp successivt
- Tricykliska (amitriptylin/Saroten 10 ---50 mg, sällan mer)
- Palexia (tapentadol) – nytt preparat, effekt på nociceptiv + neuropatisk smärta
- Om cancersår – ev antibiotikabehandling *för att minska smärtan*
- Spinal kateter med lokalbedövningsmedel (Marcain) vid vulvacancer
- Ortopedisk kirurgi vid kotfrakturer



Ofrivillig ensamhet och smärta

- **Forskningsfrågeställning ("social pain research"):**
Har ofrivillig ensamhet samband med smärta?
- Ny hjärnforskning med magnetröntgen((f)MRI) visar:
Vid ofrivillig ensamhet (=social smärta) **aktiveras** hjärnans **smärtcentrum!!**
- ... därför är det troligt att man **känner mer smärta** om man känner sig **ensam!**
- (originalpublikation: Eisenberger N. et al. **Does rejection hurt?** SCIENCE)
(Vidareläsning: Strang P: **Att höra till – om ensamhet och gemenskap** NoK 2014)



Känsla av gemenskap – minskar smärta?

- Forskningsfråga:
 - Kan **känsla av samhörighet** minska smärtupplevelsen?
- **Aktiviteten** i hjärnans **smärtcentrum** studerades med röntgen (fMRI) hos personer med smärta
- Om försökspersonen **fick titta på bilder av sin älskade** – då **minskade** aktiviteten i **smärtcentrum!**
- Om någon man litade på fick **"hålla handen"** – då minskade också smärtan!

(Review: **Eisenberger N.:** *The neural basis of social pain* 2012)





Fallbeskrivning 4

- 72 årig man med prostatacancer
- Relativt nytillkomna skelettmetastaser, snabb sjukdomsprogress. Känner en hel del oro.
- Bristfällig effekt av morfinpreparat, bara delvis smärtlindrad med långverkande morfin (Dolcontin®) 100 mg x 2
- Bättre efter insättning av NSAID (diklofenak 50 mg x 3) men inte smärfri



Fallbeskrivning 5

- 85 årig kvinna (änka) med metastaserande bröstcancer
- Inskrivs i ASIH bl.a. pga smärtproblem
- Står på Dolcontin 20 mg x 2 + morfin vb.
- Larmar – sjuksköterska gör besök. Dosen behöver höjas till Dolcontin 30 mg x 2. Blir smärfri just då.
- Detta sker gång på gång – larmar varje dag. Dosen behöver höjas. Blir smärfri efter varje jourbesök där dosen höjs.
- Snabbt ökande doser. Missbruk? Ger hon tabl. till någon?
- Får smärtpump – nu blir det stabilt i 3 dygn!
- Larmar fredag f.m. - har VAS 7. **Vad göra??**