

# *Lindring av smerter hos alvorlig kreftsyke*

NOSF fagkonferanse 080116

**Jan Henrik Rosland, seksjonsoverlege medisinsk klinikk HDS  
/prof. II UiB**

## *Disposisjon*

- Utfordringsbildet kreft og kreft smerter
- Diagnostikk av kreft smerter
- Behandlingsprinsipper

## *Noen kjernedata om kreft*

- 31000 nye kreft tilfeller i Norge årlig
- 10500 dør årlig av kreft
- Kreft incidensen er økende (25000 i 2005)
- Flere overlever kreft, og flere lever lenger med kreft
- Nær 250 000 lever med kreft (5% av befolkningen!)
- 80000 flere enn for 10 år siden

## *Bedre overlevelse gir også utfordringer..*

«Det høye antallet kreftoverlevende fører til at flere får senvirkninger av kreftbehandlingen, og at antallet som blir helt eller delvis uføre etter kreftsykdom øker.

Videre vil det at kronisk syke kreftpasienter stadig lever lenger føre til økende belastninger for sykehus og pleiehjem.»

Fakta om kreft, kreftregisteret 2015

## *Noen kjernedata om kreft og smerter*

- Smerte er det symptom som flest kreftpasienter frykter
- Ca 50% av kreftpasiene rapporterer at de er plaget av smerte
- 65 % av de med langtkommet kreft oppgir smerter
- 80% av pasienter i sluttfasen plages av smerter
- 30% av pasienter som er helbredet for kreft plages av smerter

*(van der Beuken, Ann Oncol 2007)*

## *Er smertebehandlingen optimal?*

- Flere studier viser at pasientene opplever at de ikke får god nok smertebehandling

*Breivik, AnnOncol 2009, Holtan et al Pall med 2007*

- Leger mener de har god kompetanse i smertebehandling
- Stor undersøkelse blant amerikanske leger; onkologer, smertespesialister og palliativ medisinere avslørte manglende kunnskaper og samtidig stor tro på egen kompetanse

*Breuer et al, Oncologist 2015*

## *Utfordringsbildet*

- Flere årsaksmekanismer
- Sammensatt og komplekse problemstillinger
- Fortløpende endringer gjennom sykdomsforløpet
  
- «total pain»: hva er hva?

## *Systematisk tilnærming*

- Hva er årsaken(e)?
- Hva er behandlingsmålet?
- Hvor avansert skal behandlingen være?
- Hvor mye behandlingsbivirkninger skal vi tolerere?
  
- Tverrfaglig tilnærming: tett samarbeid mellom behandlere og hyppige revurderinger i samarbeid med pasient

## Systematisk tilnærming

- Nøyaktig og nødvendig diagnostikk
- «Primum non nocere»
- Følge nasjonale og internasjonale anbefalinger
- Trinnvis oppbygget behandling
- Samkjøre behandlingsapparatet

Nasjonale faglige retningslinjer  
 IS-2/01

### Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen

**Smerte**

**Definisjon**

Smerte er definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv. (International Association for the Study of Pain, IASP)

Smerte er altså en opplevelse som kan ha andre årsaker enn vevsskade. Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. I palliasjon brukes begrepet "total pain" for å illustrere dette. Ved alvorlig kreftsykdom må vi likevel anta at fysisk vevsskade som regel utgjør hovedelementet i smerteopplevelsen.

Smerte forbundet med vevsskade trenger en ytterligere klassifisering. Ofte benyttes en patofysiologisk inndeling etter årsaks mekanisme:

- Nositseptiv smerte er betegnelsen for smerte forbundet med vevsskade. Denne deles i somatisk nositseptiv smerte (oppstår i hud og bindevev) og visceral nositseptiv smerte. Visceral smerte skiller seg først og fremst fra somatisk smerte ved upresis lokalisering og følsomhet for strekk.
- Nevropatisk smerte er smerte oppslått på grunn av skade eller dysfunksjon av nervevev.
- Smerte som ikke kan forklares, benevnes idiopatisk smerte.

Klinisk snakker man om akutt og kronisk smerte, der kronisk betyr at samme type smerte har vedvart i mer enn tre måneder. Vi bruker begrepet gjennombruddssmerte (breakthrough pain) for episodiske smerter eller smerteforverrelser som bryter gjennom på tross av behandling.

Kreftpasienter kan ha alle typer smerte samtidig, og det er ofte nødvendig med ulik tilnærming til de forskjellige smertetyperne.

**Etiologi og forekomst**

Ca. 40-50 % av pasienter som rammes av kreft, har plagsomme smerter. Ved langtkommen kreftsykdom angir 70-80 % av pasientene behandlingskrevende smerte, som kan være både nositseptiv (somatisk og visceral) og nevropatisk.

Smerte hos kreftpasienter kan være:

- tumorrelatert (ca 70 % av all kreftsmerte). Ulike krefttyper har til dels forskjellig smertemønster. Endring i smertemønster hos den enkelte pasient skyldes oftest endring i tumor eller vekst av metastaser.
- behandlingsrelatert (ca 20 % av kreftsmerte). Forårsaket av strålebehandling, kirurgi eller systemisk behandling (hormonbehandling, kjemoterapi, "targeted therapy").
- relatert til generell svekkelse som følge av alvorlig sykdom (f.eks. liggesår, obstipasjon, mucositt, herpes zoster, muskelatrofi/pga. kakeksi)
- uten sammenheng med kreftsykdommen (f.eks. iskemisk hjertesykdom, artrose og andre degenerative lidelser)
- forsterket av psykososiale og/eller åndelige/eksistensielle forhold
- forsterket av langvarig, dårlig smertekontroll

The screenshot shows the EAPC website interface. On the left, there is a navigation menu with the following items: Home, My Account, Project Overview, Participants, Resources, Meetings, News, Project Documents, Work Packages, Discussion Forum, and Guidelines. Above the menu, there are statistics: Site visits: 378927, Page views: 481051, and (visits today): 82. The main content area features the title "Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain: Evidence-based Recommendations from the EAPC". Below the title, it states: "Web version based on the article published in Lancet Oncology February 2012 (Lancet Oncol 2012; 13: e58-e68)" and "Developed on behalf of the European Palliative Care Research Collaborative". On the right, there is a "log in" button and a "view" button for the article. The footer contains the text "Kompetanse med hjertevarme".

The slide is titled "Smerter ved kreftsykdom" (Pain in cancer disease) and is from Haraldsplass Diakonale sykehus. It lists several points regarding pain in cancer patients:

- Tumorrelatert
- Behandlingsrelatert
- Uten direkte sammenheng med kreftsykdommen
- Forsterket av psykososiale og/eller åndelige/eksistensielle forhold
- Forsterket av langvarig, dårlig smertekontroll
- Jo lenger sykdomsvarighet, jo mer betyr evne til mestring av den totale livssituasjon

The footer of the slide contains the text "Kompetanse med hjertevarme".

## Bruk av kartleggingsverktøy

NRS  
ESAS-r

BPI

EORTC-QLQ30

MCGill

PainDetect

Kompetanse med hjertevarme

### ESAS-r



Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (slapphet = mangler på krefter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen desighet (desighet = å føle seg søvlig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig desighet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedstemt)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, alt fatt i betraktning)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
Ingen Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyllt ut av (sett ett kryss):

- Pasient  
 Påørende  
 Helsepersonell  
 Pasient med hjelp fra påørende eller helsepersonell

### Brief Pain Inventory

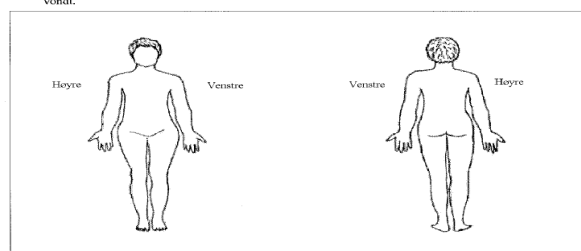
Dato: □□□□□□□□

Pas nr.: □□□□

1. Gjennom livet har de fleste av oss hatt smerter (som lett hodepine, forstuelser eller tannpine). Har du i dag smerter av et annet slag enn slike dagligdagse smerter.

Ja  Nei

2. Vil du skraverde områdene på kroppen hvor du har smerter. Marker med et kryss der du har mest vondt.



3. Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av de siste 24 timer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerte Verst tenkelige smerter

4. Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av de siste 24 timer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerte Verst tenkelige smerter

5. Vennligst sett ring rundt det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerte Verst tenkelige smerter

6. Vennligst sett ring rundt det tallet som best angir hvor sterke smerter du har akkurat nå.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerte Verst tenkelige smerter

## Smerter ved kreftsykdom – klinisk undersøkelse

- Grundig generell undersøkelse inkludert nevrologisk undersøkelse.
- Kartlegg spesielt sensibilitetsforstyrrelser med tanke på nevropatisk smerte.

## Supplerende undersøkelser

- Blodprøver med infeksjonsstatus og serum-Ca
- Radiologisk diagnostikk
- *Gjentakelse av undersøkelser må alltid vurderes når smertemønsteret endrer seg.*



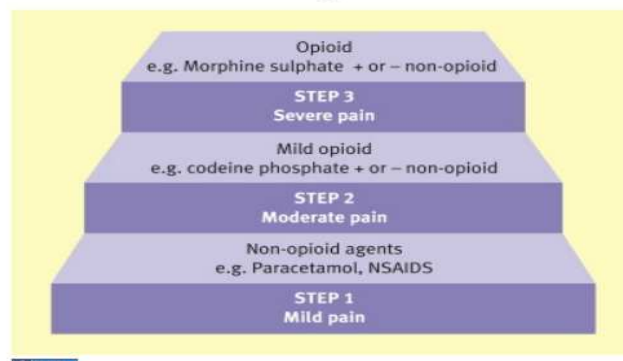
## Generelle behandlingsprinsipper

- Helhetlig vurdering av pasientens smerteproblem
- Er årsaksrettet behandling mulig?
- Medikamentell behandling relateres til smerteintensitet, smertemønster, smertetype og pasientens allmenntilstand
- WHO's smertetrapp er grunnleggende for behandling av kreftsmarter

## Medikamentell smertebehandling

WHO's smertetrapp fra 1982 er fortsatt gjeldende behandlingsprinsipp

### WHO Analgesic Ladder



## Behandlingsmål

- Ved nyoppståtte smerter bør effektiv lindring kunne oppnås innen tre døgn. Dette forutsetter kontinuerlig oppfølging og dosejustering.
- Ukontrollerte smerter er en god innleggesesgrunn!
- Ved manglende effekt tross adekvat behandlingsopplegg :  
Tverrfaglig revurdering

## Generelle behandlingsprinsipper

- Tilstrebe et behandlingsopplegg som praktisk lar seg gjennomføre med hensyn til levering og administrering.
- Standardmedikamenter bør i hovedsak brukes.
- Andre smertelindrende tiltak vurderes fortløpende:
  - Livsmestring, psykososial støtte

## Behandlingsstrategi

- Tilleggsbehandling med andre smertelindrende medikamenter må alltid vurderes ved utilfredstillende effekt eller ved mistanke om nevropatisk smerte
- Invasiv smertebehandling vurderes ved utilstrekkelig lindring (blokader, spinal/epidural applikasjon og nevrolyse)

## EAPC guidelines 2012

- **Trinn II opioider**
  - Skille mellom pasienter i kurativ fase og palliativ fase.
  - Skille mellom stabil smerte og økende smerte
  - Pas i palliativ fase: økende behov sannsynlig, bytt til **trinn III**

## EAPC guidelines

### Trinn III opioider

- Ingen dokumentert forskjell mellom morfin, oksykodon og hydromorfon gitt pr.os, i effekt og bivirkningsprofil.
- Det anbefales at morfin benyttes som første valg ut fra langvarig klinisk erfaring og ut fra et økonomisk synspunkt.
- Fentanyl og buprenorfin er likeverdige transdermale alternativer forutsatt rett konverteringsdose
- NB: ingen føringer/dokumentasjon for kombinasjon av opioider

## EAPC guidelines

- Metadon er spesialist behandling
- *Injeksjonspreparater* benyttes når peroral behandling ikke lenger er mulig (bruk konverteringstabeller)
- Gjennombruddsmerter skal behandles adekvat
- Alltid obstipasjonsprofylakse
- Alltid vurdere Paracetamol /NSAIDs
- Tilleggsbehandling ved nevropatisk smerte
- Spinal smertebehandling på spesiell indikasjon

## Administrasjonsformer

- Subkutan tilførsel er enkel og effektiv og førstevalg etter po/transdermal
- iv tilførsel brukes der sc er kontraindisert
- iv tilførsel anbefales når rask smertelindring er nødvendig
- iv og sc tilførsel kan gi bedre smertekontroll der man ikke kommer til målet med po eller transdermal

## Gjennombruddssmerter (BTP)

- God lindring av grunnsmerter må ligge i bunn
- Gjennombruddssmerter behandles med korttidsvirkende opioider eller transmukosal fentanyl
- I noen tilfeller er fentanyl spray å foretrekke pga raskere innsettende og mer kortvarig effekt
- Forutsigbar BTP (incident pain) behandles med korttidsvirkende opioid gitt 30-60 min før utløsende faktor avhengig av adm. form!

## Nevropatisk smerte

- Ved nevropatisk smerte som bare delvis svarer på opioidbehandling, skal tillegg av amitriptylin eller gabapentin vurderes
- I Norge: pregabalin mest brukt, anxiolytisk tilleggeffekt
- Risiko for økning av nevrotoksiske bivirkninger – obs forsiktig titrering, spesielt hos eldre

## Nevropatisk smerte: ketamin

### NMDA receptor antagonist

- Virkningsmekanisme smerte: Reduserer hyperaktivitet i NMDA mediert smertetransmisjon i glutaminerge receptorer i ryggmarg og thalamus
- Dosering smerte: 1-2 mg/kg/d sc/iv.
- NB lav biotilgjengelighet peroralt

## Hva med steroider?

Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P, Kaasa S.  
Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial.  
J Clin Oncol. 2014 Oct 10;32(29):3221-8.

## Annen smertebehandling

- Palliativ strålebehandling
- Kirurgi: Stabilisering, stenting, avlastning
- Tumorrettet behandling, inkl. bisfosfonater
  
- Fysioterapi som smertelindring
- Livsmestring

## Hvis vi ikke klarer å lindre....

- Tverrfaglig tilnærming
- Hva med pasientens egne mestringsevner?
  
- Vurdere lindrende sedering

## Behandling i terminalfasen

- Sc behandling av nødvendige medikamenter
  - Morfin
  - Midazolam
  - Haldol
  - Glycopyrron