

Akutte tilstander i palliasjon

Fagdag 281113

Ved Jorunn B Fjeldheim

Allmennlege/ overlege pall team Ålesund

Kva tilstander tenkjer de på som akutte hos ein palliativ pasient

- Kva har de opplevd?
- Kva har vore dramatisk?
- Kva har gjort inntrykk?

Følgende tilstander vil som regel kreve vurdering og intervensjon fra spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp:(nasjonalt handlingsprogram)

- Intraktable symptomer (smerte, dyspné, kvalme osv.)
- Manifest eller truende medullær **tverrsnittslesjon**
- Livstruende **elektrolyttforstyrrelser**
- **Vena cava superior** syndrom
- Alvorlig luftveisobstruksjon
- **Ileus** og andre akutte abdominaltilstander
- **Sepsis** og andre alvorlige infeksjoner
- **Blødning**
- Trombose og emboli
- Malign hjertetamponade
- Akutt nyresvikt
- Akutt oppståtte, psykiatriske komplikasjoner som for eksempel **delirium** og panikkangst
- Sammenbrudd i omsorgssituasjonen

- Hvert tilfelle må likevel vurderes individuelt, med pasientens generelle tilstand og forventede levetid som viktige momenter. I henhold til Pasientrettighetsloven har en døende pasient også rett til å nekte livsforlengende behandling. Begrepet "døende" er ikke nærmere definert i lovteksten

Disposisjon,-det eg skal seie noko om:

- Akutte tilstander i terminalfase- "just in case"
- Akutt blødning
- Tverrsnittts lesjon
- SVC
- Hypercalcemi
- Tarmobstruksjon
- Delir
- Sepsis
- Kramper

”Just in case” skrinet

- Inneheld medikamenter for behandling av symptom som kan oppstå i livets slutfase:
 - Dyspnoe
 - Smerter
 - Kvalme
 - Angst/uro
 - Surkling/ralling

De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, lypné	Morfin[®] (opioidanalgetikum)	2,5-5-10 mg eller 1/6 av tidligere døgndose (po:sc = 3:1) inntil x1/time	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	sc = subcutant
Angst, uro, panikk, muskelrykn., cramper	Midazolam[®] (benzodiazepin, sedativum)	1 mg ti 1 gamle/skrøpelige, ellers 2-5 mg inntil x1/time	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	sc
Økvalme Tross, agitasjon	Haldol[®] (haloperidol, lavdoseneuroleptikum)	0,5-1 mg x 3 (mot kvalme) 2 mg x 3 (mot uro/agitasjon)	10 mg	sc
Ørklung i øvre luftveier, leus, kolikk	Robinul[®] (glykopyrron, antikolinergikum)	startdose 0,4 mg. Etter 4 timer 0,2 mg x 4 (dvs hver 6. time)	2,4 mg	sc

Sunniva klinikk for lindrende behandling, jan. '08

Obs: Både Midazolam[®] og Robinul[®] brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.
Vedlagte behandlingsalgoritmer bygger på fylldig dokumentasjon over bruk og effekt av disse medikamentene til døende.
Legen skal imidlertid være klar over sitt ansvar når medikamenter brukes utenfor godkjente indikasjoner.

Alle 4 medikamenter kan blandes i en sprøyte til applikasjon i s.c. pumpe

Dyspné (tung pust)

Ja

Nei

Pas. tar peroral morfin

Dyspné kan oppstå, forskriv
behovsmedikasjon:
Morfin 2,5-5 mg sc inntil x1/time

Ja

Nei

1. Regn ut den totale morfindosen som pas. har fått de siste 24 timene. Gi 1/3 av den totale døgndosen i sc pumpe over 24 timer.

2. Forskriv behovsdose som skal være 1/6 av den totale døgndosen og kan gis inntil x1/time.

1. Gi morfin 2,5-5 mg sc inntil x1/time

2. Vurder oppstart av sc pumpe etter 24 timer hvis flere enn 4 doser er gitt.

3. Hvis pas. trenger flere enn 4 ekstra doser per 24 timer: Øk opp både den faste dosen i pumpen og behovsdosen.

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, ta kontakt med:
Klinikk for lindrende behandling,

Surkling i øvre luftveier

Ja

1. Gi Robinul® 0,4 mg bolus sc. Etter 4 timer gis 0,2 mg x 4 (dvs hver 6. time)

2. Vurder antall doser etter 24 timer. Hvis flere enn 3 doser er gitt, vurder å bruke en sc pumpe over 24 timer. Maks døgndose av Robinul er 2,4 mg.

Nei

Surkling kan oppstå. Forskriv behovsmedikasjon:
Robinul 0,4 mg som bolus sc. Ny dose må ikke gis før etter 4 timer; siden gis 0,2 mg inntil x 4/24 timer.

Pasienten er vanligvis ikke plaget av sin surkling. Vurder sideleie. Gi informasjon/forklaring til de pårørende. Er væskebehandling seponert? Suging frarådes!

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, ta kontakt med:

Klinikk for lindrende behandling,

Glycopyrron, Robinul® antikolinergikum (muskarineffekt) (dødsralling er ikke godkjent indik.område)

Effekt: tørker ut slimhinnene
Relevante bivirkninger: tørr og varm hud, ev. temperaturstigning, urinretensjon. Se Felleskatalogen.
Biotilgjengelighet: < 5 % ved po tilførsel
Virkning inntre: sc: etter 30-40 min, iv: etter 1 min
Tid til maksimal plasma konsentrasjon: iv: umiddelbart, po og sc: data mangler
Plasma T1/2: 1,7 timer
Virkningstid: 7 timer

Kvalme/oppkast

Ja

1. Gi Haldol® 0,5-1 mg x 2 sc fast og inntil x 3 ved behov.

Til gamle og skrøpelige pasienter: se boks til høyre*

2. Hvis flere enn 2 doser er gitt, vurder å bruke sc pumpe:

Haldol® 2,5-5 mg i sc pumpe over 24 timer

Til gamle og skrøpelige pasienter: se boks til høyre #

Nei

Kvalme/oppkast kan oppstå. Forskriv behovsmedikasjon:

Haldol® 0,5-1 mg inntil x 3 sc ved behov

Til gamle og skrøpelige pasienter gis:

* Haldol® 0,5 mg x 2 sc i fast dosering

Haldol® 2 mg i sc pumpe over 24 timer

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, vurder:
Cyclizin (Valoid®) 50 mg x 3 sc (25 mg x 3 sc til gamle). Valoid® er ikke registrert, men fås på Haukeland Sjukehusapotek

Alternativt ta kontakt med klinikk for lindrende behandling:

Haloperidol, Haldol®:..... lavdoseneuroleptikum

Effekt:..... antiemetisk, antipsykotisk
Bivirkninger:..... Ekstrapyramidale. Se Felleskatalogen.
Biotilgjengelighet:..... po: 60-70%
Virking etter:..... sc: 10-15 min, po: > 1t
Tid til maksimal plasma konsentrasjon:..... po: 30-40 min, sc: 10-20 min
Plasma T1/2:..... 13-35 t
Virkingstid:..... opp til 24 t, noen ganger lenger

Smerter

Pas. har et smertepaster og tar i tillegg et opioid p.o. eller s.c. ved behov

Pas. har smerter

Smerten under kontroll

Pas. tar et opioid p.o. fast og ved behov

Pas. har smerter

Smerten under kontroll

Pas. tar ikke opioid

Pas. har smerter

Smerten under kontroll

1. Fortsett å bytte plasteret med samme styrke. Seponer peroral behandling.

2. Bergen den totale opioiddosen pas. har tatt per os de siste 24 timene. Beregn ekvivalent sc morfindose (se konverteringstabell) og fordel denne på seks faste doser (1 dose hver 4. time)

Behovsmedisin: Gi samme enkeltdose inntil x 1 / time ved behov

Har pas. brukt sc morfin ved behov går til pkt. 3

1. Fortsett å bytte plasteret med samme styrke. Seponer oral behandling.

2 Beregn rett sc morfin behovsdose (1/6 del av plasterdosen (se konverteringstabell))

Gi den inntil 1x/time ved behov

1. Beregn den totale p.o. opioiddosen pas. har tatt de siste 24 timene (fast og ved behov, se konverteringstabell) Seponer oral behandling.

2. Beregn ekvivalent sc morfindose (se konverteringstabell) og fordel denne på seks faste doser (1 dose hver 4. time)

Behovsmedisin: Gi samme enkeltdose inntil x 1 / time ved behov

1. Beregn den faste p.o. opioiddosen pas. har tatt de siste 24 timene se konverteringstabell) Seponer oral behandling.

2. Beregn ekvivalent sc morfindose (se konverteringstabell) og fordel denne på seks faste doser (1 dose hver 4. time)

Behovsmedisin: Gi samme enkeltdose inntil x 1 / time ved behov

1. Gi 2,5 –5mg morfin s.c. fast hver 4. time pluss inntil 1 x/time ved behov.

1. Smerter kan oppstå, forskriv behovsmedikasjon: morfin 2,5-5 mg sc inntil x1/time

3. Vurder oppstart av sc smertepumpe etter 24 timer hvis flere enn 4 behovsdoser er gitt. Øk opp både den faste dosen i pumpen og behovsdosen med 30-50%

Akutt blødning

- Tumorrelatert. Lunge cancer og ØNH cancer
- Behandlingsrelatert
- Diverse medisiner kan gje blødn frå GI traktus
- Lave tr c
- Koagulasjonsdefekter

Bedhandlingsmuligheter

- Stråling aktuelt ved blødning:
 - frå overfaldisk tumor
 - Frå tumor i mediastinum
 - Gyn og uro cancer
 - Traneksamsyre 1gx3
- Styrdblødning.
 - Bli hos pasienten
 - Mørke handklær
 - Midazolam iv/sc til søvn

Tverrsnittslesjon

- Symptom.
 - Ryggsmerter hos meir enn 90%
 - Svakheit i u.e
 - Sensorisk nivå
 - Patologiske senererefleksar
 - Vannlatings og avf forstyrrelse

Tverrsnittlesjon forts.

- Tiltak:

Innleggelse ø hj for steroidbehandling, MR og event stråling/ opr. Men pas forventet levetid og allmenntilstand må vurderast

Smertebehandling viktig!!!

- Hyppigast hos ca mammae, ca prostata og ca pulm pasienter

SVC- Superior vena cava syndrom

(Stokes krage)

- Symptomer: Dyspnoe, hevelse hals/hode, hevelse overkropp/armmer, kjensle av å bli kvalt, hodepine, hoste ++
- Funn: Utvida vener på hals og bryst, ansiktsødem, rask respirasjon, cyanose med mer
- Årsaker: Tumor i mediastinum, trombose i vena cava superior
- Behandling: Høgdose steroider, turmoretta behandling (stråling, cytostatica), stenting

Hypercalcæmi

Se ca <2.6 mmol/l

Beh ikkje akt før >3

Symptom: Ofte diffuse: kvalme, brekninger, obstipasjon, trøtthet, konsentrasjonsvasnker, asteni

Patogenese: Auka beinresorbsjon med auka utslepp av calsium frå bein samt nedsett renal utskillelese

Ca pulm, ca mammae, ca prostata, myelomatose

Behandling: Veske.- Bisfosfonat.

Tarmobstruksjon- Ileus

- Ved utbreidd tumormasser i abdomen/bekken
- Hyppigast ved ovarial og GI cancer. Angitt til 3% hos pas med alvorleg kreftsjukdom
- Kan vere partiell eller komplett

- Symptom: Kvalme, oppkast, abdominalsmerter, obstipasjon
- Utredning: Anamnese, husk avf anamnese. Klinisk us. Rtg oversikt abdomen

Tarmobstruksjon: Behandlingsalternativ

- Operasjon?- Kven kjenner pasienten best-innvendig?
- Stenting
- PEG- NG sonde
- Medikamentell behandlig: Ulike overveiingar, men lindring og pasientens preferanser er viktigast

Ileus pumpe

- Smertestillande: Opiater
- Kvalmestillande: Haldol og/eller antihistamin
- Spasmolytica: Buscopan
- Sekresjonshemmande :Oocteroide

- Dexametason sc el iv i tillegg

Delirium-Definisjon

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (des 07)

- Delirium er definert som akutt (timer eller dager) forstyrrelse av bevissthetsnivået med redusert evne til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet.
- Dette kan vere ledsaget av endringar i kognitive funksjoner slik som nedsatt hukommelse, desorientering eller persepsjonsforstyrrelse (hallusinasjoner (oftest syn) og/eller vrangforestillinger) som ikke skyldes demens.
- Tilstanden skal skyldes en medisinsk tilstand.

Delir

- **Raskt oppstått** kognitiv svikt
- Svingande bevissthetsnivå
- Forstyrta søvnrytme
- Redusert eller auka psykomotorisk tempo (hypo- eller hyperaktiv, eller blanda)
- Desintegrert tenking
- Svingande forløp gjennom døgnet

Vert delt i tre typer:

- Hyperaktiv (ca 30-35 %)
- Hypoaktiv (20-25 %)
- Blandet. (40-45 %)

Ved den siste veksler pasienten mellom einslumrende tilstand (hypoaktivitet) og hyperaktiv, ofte formålslaus atferd.

Prevalens

- Usikker, ulikt angitt i ulike studier, variasjon fra 20-80 %
- Ikkje alle er reversible

Symptom ved delir

- Forstyrret bevissthet
- Ikke-spesifikke psykiatriske symptom: Endra psykomotorisk aktivitet, endra søvnmønster, desintegreert tenking, desorientert, hallusinert.
- OBS Kan være hypoaktive. F.eks uklare tankeprosesser og vagt tankeinnhold

Årsaker

- Årsakssammenhengen er multifaktoriell, og hos de fleste kan mer enn en årsak påvises.
- Av didaktiske grunner skilles mellom predisponerende og utløsende årsaker.
- Opioider er trolig den hyppigste utløsende årsaken hos palliative pasienter.

Predisponerende årsaker

(relevante for palliativ medisin.)

- Hjerneorganisk lidelse inklusive demens
- Tidligere hjerneskade inklusive spredning av kreftsykdom til hjerne
- Høy alder
- Alvorlig somatisk sykdom
- Nedsatt allmenntilstand inklusive underernæring
- Rusmiddelmisbruk
- Sansesvikt

Utløysande årsaker

- Psykoaktive legemidler med antikolinerg effekt, f.eks. opioider, benzodiazepiner, antidepressiva, antiepileptika
- Andre medikamenter, f.eks. kortikosteroider. Obs. medikamentinteraksjoner.
- Hypoksi
- Dehydrering
- Infeksjon
- Nyre- og leversvikt
- Brå seponering av alkohol eller medikamenter
- Elektrolyttforstyrrelser, f.eks. hyperkalsemi
- Metabolske forstyrrelser, f.eks. hypoglykemi

Utredning

Årsaksrettet diagnostikk skal alltid gjennomføres hvis den kan få terapeutiske konsekvenser.

Det innebærer at alle pasienter med delirium som ikke opptrer i livets aller siste fase, bør utredes.

Omfanget av og innholdet i utredningen bør være tilpasset den kliniske situasjonen.

Anamnese

- Delirium underdiagnostiseres. Det er derfor viktig å få frem og stole på rapporter fra pasient og pårørende.
- I tillegg til vanlig anamneseopptak inkludert sykehistorie, medikamenter, stimulantia og naturlige funksjoner, bør opplysninger om følgende vektlegges:
 - Endring i atferd og kommunikasjon
 - Endring i søvn-våkenhetsyklus
 - Treg og manglende respons på stimuli
 - Sviktende nærhukommelse og desorientering

Klinisk undersøkelse

- Generell klinisk undersøkelse med fokus på predisponerende og utløsende årsaker, ev. supplert med nevrologisk undersøkelse.
- Kognitive funksjoner må registreres systematisk som en integrert del av den kliniske undersøkelsen, f.eks. ved hjelp av MMSE kortversjon,

Supplerende undersøkelser

- Aktuelle blodprøver
- O₂-måling (pulsoksimeter-saturasjonsmåling)
- Billeddiagnostikk av hjernen er ikke indisert som standard utredning med mindre pasienten har en kreftform hvor hjerneaffeksjon er sannsynlig, eller der andre symptomer tyder på en slik genese

Forebygging

- Aktuelle intervensjoner kan være **optimalisering av søvn-våkenhetssyklus** og systematisk monitorering av kognitive funksjoner inklusive bevisshet.
- Det er per i dag **ikke vist at forløpet av delirium påvirkes i gunstig retning av medikamentell profylakse** med f.eks. haloperidol.
- På tross av begrenset evidens kan det være grunnlag for å systematisk monitorere og ev. sette inn tiltak overfor definerte symptomer i utvalgte grupper av palliative pasienter med **antatt høy risiko**, f.eks. pasienter innlagt på palliative enheter. Litteraturen kan indikere at søvnforstyrrelse er et velegnet symptom å monitorere med hensyn på forebyggende intervensjoner.

Symptomatisk behandling

- Følgende tiltak anbefales for å tilrettelegge miljøet rundt pasienten:
 - Stimulus-begrensning
 - Markering av døgnrytme
 - Realitetsorientering
 - Stabil personalkontakt
 - ☐ Introduksjon av kjente objekter/personer
 - ☐ Fysisk aktivitet
- Dokumentasjonen for effekt er manglende. Tiltakene må likevel anses som en ønsket standard for pleie av pasienter med delirium

Medikamentell behandling

- Haloperidol er best dokumentert (Eks. 0.5-2 mg iv eller sc kvar 1/2 time innt effekt)
Anbefalt opp til 28 mg. Lite problem med tardive dyskinesier i denne settingen
- Atypiske antipsykotiske medikament:
risperidon(Risperdal);olanzapin(Zyprexa)
- Benzodiazepiner
- Event Midazolam IV el Sc ved svær uro
- Levopromazin (Nozinan)

Behandling av deliriøse symptomer i livets aller siste fase

- Hos dei fleste ikkje indisert
- Hyperaktive, deliriøse symptom bør vurderast med tanke på korrigerbare årsaker (smerte, dehydrering, hypoksi, panikkangst osv.). Behandling med siktemål å sedere pasienten bør initieres.
- Viss sedering er indisert, er truleg midazolam mest brukt. Alternativet kan vere å auke dosen av anna aktuell medikasjon (td haloperidol) til ønska grad av sedasjon er oppnådd. Medikament bør i denne fasen titreres inntil ønsket effekt er oppnådd. Vanligvis trengs lavere doser enn i andre situasjoner.

Doseringsforslag: Midazolam 2-4 mg/døgn sc som startdose.

Kramper

- Primær og sekundær hjernetumor
- Uremi
- Hypoksiske tilstander
- Behandling.
- Diazepam 10-20 mg iv eller 20 mg rectalt.
Midazolam

Sepsis

- Kjemoterapi kan utløyse alvorlege infeksjonar med høg mortalitet
- Kjemoterapi kan medføre granulocytopeni ($gr.c < 0.5 \times 10^9$) 5-10 dager etter siste kur
- Feber av ukjend årsak må behandlast som sepsis hos pas under kjemoterapi og med alvorleg granulocytopeni

Andre øhj situasjonar kan vere:

- Intraktable symptom
- Samanbrot av omsorgssituasjonen

