

Akutte tilstander i palliasjon

Aart Huurnink
Lindrende Enhet
Boganes sykehjem
23.03.11

Palliasjon fra starten av

- Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer
 - Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.
- N Engl J Med 2010; 363:733-742 [August 19, 2010](#)

Tidlig palliasjon nytter

- RCT: Randomised controlled study
- 151 pasienter:
 - 1 gruppe med vanlig kreftbehandling og opplegg på poliklinikken (74)
 - 1 gruppe med kreftbehandling og oppfølging av palliativt team (77)

Resultat:

- livskvalitet var bedre
- færre pasienter med depressive symptomer 16% vs. 38%
- mindre aggressiv behandling (33% vs. 54%)
- lengre levetid (median: 11,6 måneder vs 8,9 måneder)

Akutte tilstander i palliasjon

- Akutte tilstander som skyldes grunnsykdom
- Akutte tilstander som skyldes følgetilstand/sekvele etter behandling:
 - cytostatika, strålebehandling, kirurgi
- Akutte tilstander som skyldes andre sykdommer
- Akutte livskriser

Hvilke akutte tilstander har dere sett hos palliative pasienter den siste måned?

Hvilke akutte tilstander har gjort inntrykk?

Hvilke akutte tilstander ønsker du å ta opp i dag?

2007 (og oppdatert i 2010) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen



http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf

Gruppe A: Akutte tilstander

Prioritet: Øyeblikkelig hjelp

Følgende tilstander vil som regel kreve vurdering og intervensjon fra spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp:

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

Gruppe B: Symptomlindring

Prioritet: Innen 1-14 dager (kalenderdager)

Denne kategorien vil gjelde pasienter med plagsomme symptomer og tilstander som trenger rask vurdering, men som ikke kan defineres som øyeblikkelig hjelp:

- Eksempler:
- Smertefulle skjelettmetastaser
- Trykksymptomer pga. hjernemetastaser
- Obstipasjon
- Obstruksjon av galleveier
- Obstruksjon i GI-tractus
- Kreftsår
- Ernærings- og væskebehandling
- Lymfødem
- Psykososiale problemer
- Terminal pleie

Også når det gjelder terminal pleie, kan vurderingen fra spesialisthelsetjenesten være i form av innleggelse, tilsyn eller hjemmebesøk (terminal pleie i hjemmet).

Hastegrad

Tidsfristen som settes, er tiden fra henvisningen mottas, til iverksetting av vurdering og eventuell behandling, dvs. til pasienten faktisk mottas eller tilses.

I tillegg vil de fleste intervensjoner haste for å begrense lidelse og bedre livskvalitet.

For prioriteringen innad i hver kategori er systematisk og grundig kartlegging svært viktig, bl.a. gjennom bruk av kartleggingsverktøy som ESAS

Akutte tilstander i palliasjon

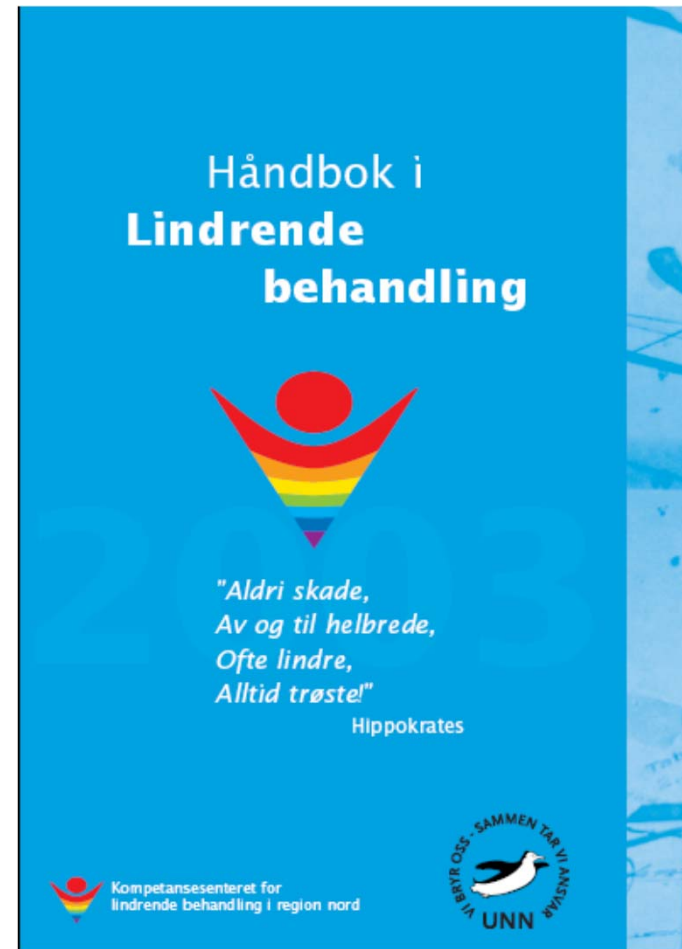
Grunn for å ta kontakt- øyeblikkelig hjelp

1. Ny oppstått problem
 2. Akutt funksjonsvikt /endring
 3. En kommer ikke i mål med symptomlindring
- Smerter
 - Dyspnoe
 - Uro
 - Delir
 - Oppkast/kvalme
 - Diare
 - Kramper
 - Blødning
 - Syncope
 - Fall
 - Hevelse- trombosemistanke
-
- Akutt funksjonssvikt /endring: slapphet, feber, hoste,
 - Den døende pasient

Håndbok

- Håndbok Lindring i Nord

<http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20-%20Intranett/Avdelinger/Kreftavdelingen/Dokumenter/hndbokpdf2007.pdf>



Avansert håndbok

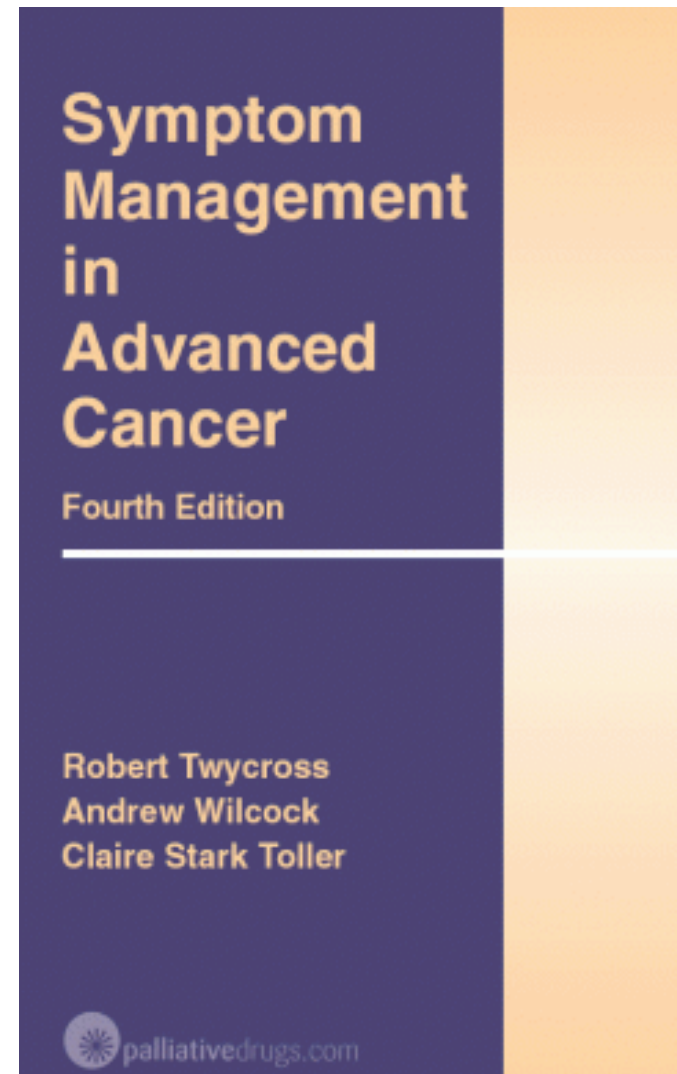
Symptom management
In
Advanced cancer

Robert Twycross

2009

Forlag:

www.palliatedrugs.com



Vena cava superior syndrome

Stokes krage

Vanlige symptomer:

Dyspnoe

Hals og ansiktshevelse

Hevelse på overkroppen og armene

Følelse av å kveles

Følelse av at hodet er fullt

Hodepine

Andre mulige symptomer

Brystsmerter

Hoste

Svelgvansker

Kognitiv svikt

Hallusinasjoner

krampeanfeller

Vena cava superior syndrome

Stokes krage

Vanlige funn ved undersøkelse:

Utvidede vener på thorax

Utvidede vener på halsvener

Ansiktsødem

Rask respirasjon

Cyanose

Ødem armene

Hvis alvorlig:

Laryngeal stridor

Coma

Årsaker vena cava superior syndrome

- Tumor i mediastinum
 - Lungekreft
 - Lymfomer
- Trombose utvikling i v. cava superior

Diff. Diagnose:

- Venetrombose av store vener i samme område

Tiltak

- Høydose corticosteroider
- (selv om evidensen ikke er overbevisende)
- Tumorrettet behandling :
strålebehandling/cytostatika
- Evt. stenting.

Medulla kompresjon/ tverrsnittlesjon

- 3 % av kreftpasienter med metastatisk sykdom utvikler kompresjon av medulla spinalis eller cauda equina
- Mest hos kreft former som gir skjelettmetastaser:
- Hyppigste kreftsykdom: brystkreft prostatakreft og lungekreft (50%)
- Andre former: myelom, non-Hodgkin lymfom, ca. renis (25%)

Medulla kompresjon/ tverrsnittslesjon

Symptomer:

- Smerter > 90%
- Nedsatt kraft >75%
 - 2/3 har nedsatt gangfunksjon
- Sensibilitetsutfall >50%
- Nedsatt blærefunksjon > 40%

Medulla kompresjon/ tverrsnittslesjon

- Cervical nivå <10%
- Thoracal nivå 60-80%
- Lumbosacral nivå 15-30%
- Flere enn 1 nivå: 30-50%
- Hvis det er delvis kompresjon kan symptomene være ensidige.
- Smertene kan forverres ved fleksjon av nakken, hoste,

Medulla kompresjon/ tverrsnittlesjon

- Diagnose: tenk på at det kan være det
- Tiltak:
- Høydose corticosteroider
- MR , evt CT hvis MR ikke er tilgjengelig
- Stråleterapi
- Kirurgi
- Obs urinretensjon

Malign obstruksjon

- Malign obstruksjon i mage-tarmkanalen kan forårsakes både av - primære svulster i mage-tarmkanalen,
 - innvekst fra andre primærsvulster (for eksempel gynekologiskkreft)
 - og av metastaser (for eksempel fra brystkreft eller malignt melanom).
- Tarmobstruksjon inntreffer hos ca. 3 % av pasienter med langtkommen kreftsykdom.
- Det er en overhyppighet ved kolorektalcancer 15–20 % og ovarialcancer 25–40 %.

malign obstruksjon

- Håndtering av i mage-tarmkanalen tar sikte på best mulig symptomkontroll basert på adekvat, men samtidig skånsom utredning av pasienten.
- Grunnlaget for behandlingen er å definere et realistisk behandlingsmål ut fra pasientens generelle tilstand, sykdomsstadium, konkrete undersøkelsesresultater samt forventet livslengde.

Pseudoobstruksjon

Pseudoobstruksjon skyldes manglende eller nedsatt peristaltikk eller et relativt mekanisk passasjehinder.

Det er mange årsaker til pseudoobstruksjon:

- Infiltrerende vekst av kreftceller i krøs, tarmvegg eller nervepleksuser.
- Metabolske forstyrrelser (frigjøring av cytokiner og neurohormonale peptider direkte fra tumorvev, aktivering av sentrale kvalmereseptorer, hypokalemi, hyperkalsemi, hypothyreose).
- Annet (inflammatorisk ødem, opioid-bivirkning, obstipasjon, vinalkakaloider (cytostatika), permanent svekkelse av glatt muskulatur gjennom uttretting, overvekst av candida

Tiltak

Kirurgi må vurderes

Men kontraindikasjon for abdominal kirurgi:

- Pasienten ønsker ikke inngrepet
- Redusert allmenntilstand
- Uttalt karsinomatose og/eller ascites
- Obstruksjon på flere nivåer
- Kort forventet levetid
- Andre faktorer som høy alder, komorbiditet, dårlig ernæringsstatus, utbredt malign sykdom
- Tidligere palliative kirurgiske inngrep

Tiltak

- Stenting (endoskopisk)
- PEG sonde (purkutan endoskopisk gastrostomi)
- Medikamentell behandling

Ileuspumpe

- Analgetika: Morfin
- Spasmolytika: Butylskopolamin 60–100 mg/24 timer eller skopolamin 0,8–2,4 mg/24 timer.
- Antiemetika: Haloperidol 2,5–5 mg/24 timer og/eller ondansetron 8 mg
- Antisekretoriske midler: Octreotid 0,3 mg
- Deksametason 8 mg iv eller sc per døgn i separat Pumpe kan gi ytterligere effekt.

Smerter hos demente og ved annen kognitiv svikt

- Har du smerter nå ?
Ja nei ikke noe svar
- Hva gjorde pasienten da du spurte?
- Se på ansiktsuttrykk
- og se på andre kroppssignaler
- Er det tegn på smerter under ADL, under stell, ved bevegelse, ved snuing, ved forflytning, i ro

(Genesis Elder Care-pain audit)

Effekt av smertebehandling

- 1 time etter at pas fikk behandling mot smerter:
- Har du smerter nå?
Ja Nei ikke noe svar
- Har du inntrykk av at pas har det bedre nå, er mindre smertepåvirket ?
Ja Nei
- Skriv ned effekten av behandlingen

(Genesis Elder Care-pain audit)

2 typer delir:

- Hyperaktiv agitert, vandrende
 - Hypoaktiv apati, tretthet
 - Blandingsform
-
- Differensialdiagnoser:
 - Demens
 - Depresjon
 - Ikke-organiske psykoser

Arsaker til delir hos predisponerte eldre:

- Nesten hvilken som helst akutt sykdom eller medikament.
- Medikamenter mest vanlig reversible årsak (22 - 29 %)
- Infeksjoner
- Kardiovaskulære sykdommer
- CNS sykdommer
- Dehydrering/elektrolyttforstyrrelser
- Alkohol- og benzodiazepinabstinens

Årsaker i palliativ setting

- Medikamenter:
antikolinergika, opioider, antiepileptika,
corticosteroider, benzodiazepiner, ...
- infeksjoner : UVI, pneumoni, sepsis
- dehydrering
- metabolsk svikt, organsvikt, hypoxi
- hjernemetastaser
- abstinens
- obstipasjon
- urinretensjon
- smerter , for eksempel pga frakturer
(skjelettmetastaser eller fall)
- terminal delir

Diagnostisk utredning

- Vurder legemidler - antikolinerge midler ?
- Vurder oksygenering av hjernen
- kontroller elektrolytter, glukose, Hb
- Let etter infeksjonssykdommer
- Undersøk om pas. har skader eller falt
- utelukk urinretensjon, obstipasjon og andre årsaker til smerter

Vurder muligheter for behandling av årsak:

Husk at delir ofte er multifaktoriell

- behandling av infeksjon/sepsis
- behandling av smerter, evt. feber
- væskebehandling (i 1-2 døgn)
- dosereduksjon av medikamenter
 bl.a. (legemidler med antikolinerg effekt)
- evt. opioidrotasjon
- oksygen ved hypoxi
- korrigere elektrolyttforstyrrelser (hypercalcemi)
- behandle anemi.....

Symptomatisk behandling

Symptomatisk medikamentell behandling:

- Haldol 0,5 - 2 mg po. inntil 4 ganger/døgn
- (Risperdal 0,5 - 2 mg)
- Heminevrin (ikke hos respiratorisk og sirkulatorisk ustabile pasienter)
- Benzodiazepiner

Medikament	Evidens-nivå	Indikasjon	Døgndose (peroral)	Kontraindikasjoner	Bivirkninger
Haloperidol (Haldol)	A-B	Delirium	0,8-28 mg	Forlenget QT-tid	Ekstrapyramidale
Risperidone (Risperdal)	B	Delirium	0,5-2 mg	Kardiovaskulær lidelse / økt risiko for slik lidelse	Kardiovaskulære hendelser
Olanzapine (Zyprexa)	B	Delirium	2,5-13,5 mg	Kardiovaskulær lidelse / økt risiko for slik lidelse	Kardiovaskulære hendelser
Klorpromazin (Largactil)	B	Delirium	10-70 mg	Nedsatt bevissthet grunnet intoksikasjon	Ekstrapyramidale, sedasjon, blodtrykksfall
Midazolam (Dormicum)	B	Uro, agitasjon	30-100 mg	Kjent overfølsomhet	Respirasjons-depresjon
Clomethiazol (heminevrin)	C	Uro, agitasjon	300 mg x 3-4 / 600 mg vesp	Svekket lungefunksjon	Blodtrykksfall, forstyrret respirasjon

I palliativ sammenheng

- 40- 60% av tilfeller er delir en reversibel tilstand
- ofte ikke reversibel i terminal fasen
- utfordringen er å vite om delir kan behandles eller om det er en del av den naturlige dødsprosessen:
- viktig å diskutere målet med evt. tiltak når delir oppstår

Prognose:

- Delir medfører økt mortalitet og lengre sykehusopphold selv hos tidligere friske pasienter.
- Hvis behandlet, vil delir vanligvis bedres innen et par uker
- 2/3 varer bare en dag.
- Vanlig med persisterende kognitive defekter

Tidlig intervensjon hjelper

Intervensjon:

Undervisning av personalet på
kartlegging, preventive tiltak (hvem er i
risikogruppen, medikamentjusteringer),
tidlig diagnostikk, og behandling,
Samarbeid m. Pårørende

Resultat:

færre pasienter var delirøs på dag 7.

Kortere liggetid

Færre dødsfall

hypercalcemi

- "Vanlig" ved malign sykdom (ca 5 %)
- Alvorlige Symptomer:
 - Kvalme, oppkast
 - Obstipasjon, ileus
 - delir
- Andre symptomer:
 - dehydrering, vekttap, anoreksi, polydipsi, tørste
 - Hjertet: bradykardi, ulike arrytmier
 - hyporefleksi , letargi , fatigue

Tiltak: IV væske, bifosfonater

Twycross, sympt. Man., 2009

Neutropen sepsis

Kjemoterapi kan utløse infeksjoner med høy morbiditet og mortalitet.

Kjemoterapi kan gi granulocytopeni $< 0,5 \times 10^9 /l$, (ofte mellom 5.-10. dag etter kur)

Feber av ukjent årsak hos pasienter med alvorlig granulocytopeni må behandles som sepsis.

dyspnoe

Årsaksmekanismer for dyspné

- Dyspné kan være
- direkte tumorrelatert pga. tumorinnvekst i alveoler, bronkier og pleura som gir redusert ventilatorisk reserve (både restriktiv og obstruktiv ventilasjonspåvirkning)
- indirekte relatert til grunnsykdommen gjennom komplikasjoner
 - pneumoni,
 - lungeemboli,
 - anemi,
 - kakeksi,
 - pleuravæske,
 - ascites
- behandlingsrelatert (lungetoksisitet/pneumonitt, lungefibrose)
- relatert til andre, tilstøtende sykdommer (KOLS, hjertesvikt)
- relatert til angst (panikkanfall)

Utredning

Anamnese

- Følgende forhold må vektlegges:
- Tidsforløp
- Døgnvariasjon
- Tidligere hjerte-/lungesykdom
- Utløsende faktorer
- Innvirkning på søvn

Klinisk undersøkelse

- Undersøkelsen må være målrettet, og spesielt kartlegge respirasjonsmønster og respirasjonsfrekvens.

Supplerende undersøkelser

- Blodprøver med hemoglobin og infeksjonsstatus
- Pulsoksimeter-saturasjonsmåling i hvile og ved anstrengelse, med og uten oksygentilførsel
- Radiologisk undersøkelse (Rtg thorax, CT thorax)

Andre aktuelle undersøkelser brukes årsaksrettet og må styres av anamnese og kliniske funn:

- spirometri
- full lungemedisinsk utredning med bronkoskopi
- arteriell blodgassanalyse ved mistanke om respirasjonssvikt

Akutt oppstått dyspné krever rask og aktiv diagnostikk for å finne årsaken og sette inn adekvat behandling.

Kausal behandling bør tilstrebes der det er mulig

Følgende tilnærminger må vurderes:

- Tumorrettet behandling (kjemoterapi, strålebehandling)
- Stent ved trakeal/bronkial obstruksjon
- Laserbehandling ved endobronkial tumor
- Pleuradrenasje ev. pleurodese ved pleuravæske
- Ascitestapping
- Blodtransfusjon
- Antibiotika
- Effektiv syreblokade ved refluksproblematikk
- Analgetika ved pleurale smerter

Hemoptyse:

Hemoptyse: Hoste opp blod

Forekommer hos ca 20% med lungecancer:

– ca 3% terminal massiv hemoptyse

Massiv hemoptyse:

Vurdere intubasjon

Vurdere sedasjon

Sykepleie: bruk mørke håndklær

Palliativ strategi ved KOLS

- Styrk pas egne strategier
- Evaluer og optimaliser basis behandling
- Vær forberedt for behandling av akutt forverring
- "Phone to needle"
- Pulmonar hypertensjon kan være en ekstra komplikasjon (dyspnoe, fatigue, væskeretensjon med perifer ødem): evt. Furosemid 40 mg IV
- Skap tillitt og ro
- teamarbeid

Dyp vene trombose

5-10% av kreftpasienter rammes

Vanligst lokalisert i under-ekstremitetene og i det lille bekken

Symptomene: smerte, hevelse og varmeøkning.

Diff.diagn.: overfladiske flebitter, lymfødem

Symptomer ved lungeemboli: dyspnoe, takypnoe, takycardi, subfebril, brystmerter, hemoptyse

Hjertestans

På sykehjem:

- Litteraturen viser at sjansen for å overleve hjertestans er svært dårlig hos pasienter med metastatisk kreftsykdom, langtkommen demens og hos pasienter med alvorlig langtkommen hjertekarsykdom og alvorlig langtkommen nyresykdom. Dermed må resuscitering for denne pasientgruppen oppfattes som en ikke hensiktsmessig tiltak.
- Resuscitering av pasienter som ble funnet livløs har ikke hensikt (non witnessed cardiac arrest)

Brindley, Peter G., Markland, Darren M., Mayers, Irvin, Kutsogiannis, Demetrios J., Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation, CMAJ 2002 167: 343-348

Følgende pasienter på sykehjem skal under alle omstendigheter ikke resusciteres:

- Pasienter som er døende
- Pas som ved innleggelse eller under oppholdet er beskrevet som terminal eller preterminal
- Pas som på sykehuset var HLR-
- Pas som har fallert mye den siste tiden, og hvor en har hatt samtaler med pasienten og /eller med pårørende om at pasienten er alvorlig syk og at det sannsynlig er svært kort forventet levetid
- Pasienter som har uttalt at de ikke ønsker livsforlengende behandling
- Pasienter som ikke ønsker innleggelse på sykehuset

”Phone to needle” responstid

1. Ny oppstått problem
2. Akutt funksjonsvikt /endring
3. En kommer ikke i mål med symptomlindring

Tidsfristen som settes, er tiden fra ”henvisningen” mottas, til iverksetting av vurdering og eventuell behandling, dvs. til pasienten faktisk mottas eller tilses.

Hvor lang tid går det fra problemet ble nevnt til tiltaket er satt i gang?

Takk for oppmerksomheten



Mefjordvær,
Senja, mai-05