

SFOG-Råd om Endometrios

Del 10. Smärtbehandling vid endometrios.

B. Förslag på PM för smärtlindring. Akut och på avdelning

Bakgrund

- Akuta smärtgenombrott är vanligt vid endometrios, framför allt hos personer som inte har en optimal hormon- och smärtbehandling eller hos dem som av olika skäl inte tolererar hormonbehandling eller vissa smärtstillande läkemedel. Ökad smärta kan också förekomma efter operationer, i samband med spiralinsättning och under de första veckorna av behandling med GnRH-agonist.
- Även personer med en optimal hormon- och smärtbehandling kan drabbas av mer eller mindre frekventa smärtgenombrott. Endometrios utvecklas ibland till en långvarig smärtsjukdom, vilken kan variera i svårighetsgrad både över tid och mellan olika individer.
- Vid akuta smärtskov är oro och ångest vanligt, vilket kan bidra till att smärtan upplevs starkare och även påverka förmågan att hantera smärtan. Detta kan vara särskilt påtagligt för personer med en psykiatrisk samsjuklighet och psykosocial utsatthet.
- Ett adekvat omhändertagande vid akuta smärtskov är av stor vikt för att undvika etablering av ökad smärtkänslighet. Smärtupplevelsen är komplex och inbegriper kognitiva och emotionella processer varför själva omhändertagandet har stor betydelse. När dessa kvinnor söker akut så är det oerhört viktigt att de inte ifrågasätts utan bekräftas och genast tas om hand.

Ofta kan vårdpersonalen uppleva oro för att opioidbehandling skapar beroende - och det är ibland sant. Vissa patienter med svår smärtproblematik och endometrios är redan fysiskt beroende av opioider, men därmed inte missbrukare.

Detta är dock inget som ska diskuteras i den akuta situationen!

Vid upprepade akutbesök ska en individuell vårdplan upprättas i lugnt skede. Denna ger trygghet både för patient och personal vid nya akutbesök. Finns en missbruks- eller beroendeproblematik tas den omhand i ett senare skede.

Akut handläggning av endometriossmärta.

- Vid akuta smärtskov utförs gynekologisk undersökning för att diagnostisera eller utesluta akut sjukdom som kräver omedelbara insatser i form av vidare utredning och behandling.
- Då en undersökning i det akuta skedet kan vara mycket smärtsam för kvinnan, kan det behövas smärtlindring med opioider för att patienten ska klara av en undersökning.
- Differentialdiagnoser utgörs till exempel av äggledarinflammation, endometrit, ileus, adnextorsion, appendicit, blödande corpus luteum och njursten.
- Att använda opioider vid svår smärta och endometrios är omdebatterat och kontroversiellt. Opioidbehandling är emellertid både indicerat och evidensbaserat för behandling av akut smärta (en till två veckor maximalt) och dessutom en humanitär åtgärd vid svår smärta. Däremot, vid långvarig smärta är opioider överksamma i de allra flesta fall och medför dessutom risk för biverkningar, sensitisering, beroendutveckling och även morfinassocierad smärta (opioidinducerad hyperalgesi) [1–4].

Initialt akut omhändertagande

1. Låt inte patienten vänta mer än absolut nödvändigt. Närvaro av personal, stöd och tröst är alltid av stort värde och kan i hög grad fungera smärtlindrande då smärta beror mycket av sitt sammanhang. Ett gott bemötande kan alltså minska behovet av smärtlindrande medicinering. Skapa lugn och ro runt patienten. Målet är inte att lösa patientens problem utan att hon ska känna sig bekräftad och omhändertagen.
2. Klinisk bedömning med differentialdiagnostiska överväganden och om det är något nytillkommet som bör utredas. Om det rör sig om sedan tidigare kända smärtor kan man efter att punkt 3–5 har utretts börja ge smärtlindring.
3. Ta reda på vilka smärtläkemedel hon normalt tar.
4. Överkänslighet mot läkemedel?
5. Vilka smärtstillande medel har hon tagit senaste dygnet?
6. Finns det en individuell behandlingsplan dokumenterad i journalen? Följ denna i så fall. Viktigt att fråga patienten om detta.
7. Ordinera iv infart.
8. Lämna inte patienten ensam långa stunder.
9. Utvärdera insatt behandling med VAS-skala eller muntligt med numerisk skala, före och 20–30 min efter administrering av läkemedlet. Målsättning är VAS <4. Vid långvarig smärta kan VAS-skalan inte alltid tillämpas. Istället kan man fråga patienten om hon är nöjd med smärtlindringen.

Farmakologisk smärtlindring på akutmottagning och på avdelning

1. Börja med **paracetamol och COX-hämmare** såvida inte maximal dygnsdos redan intagits. Ge läkemedlen intravenöst för bästa upptag och snabbast effekt.
 - Paracetamol (Perfalgan®) 10 mg/ml, 100 ml som infusion, vilket innebär 1 g paracetamol iv såvida inte patienten redan tagit 4 g senaste dygnet.
 - Ketorolac (Toradol®) 30 mg iv/im (max dygnsdos 90 mg) alternativt parecoxib (Dynastat®) 40 mg iv/im (max dygnsdos 80 mg).
2. **Opioider** bör ges peroralt: T. OxyNorm 5–10 mg. Utvärdera VAS före och 20–30 min efter! Om otillräcklig effekt peroralt, ge Morfin eller Oxynorm 2–5 mg iv vid svår smärta. Om patienten redan står på opioider kan högre doser behövas. Undvik Ketogan som ger snabb toleransutveckling.
3. **Vid otillräcklig effekt** alternativt biverkningar kan klonidin användas - Inj Catapresan® 75 µg iv. Catapresan lindrar smärta, förstärker opioideffekt, minskar stresspåslag och har effekt vid abstinens. OBS kan vara blodtryckssänkande. För den intravenösa beredningen behövs inte licens till skillnad från Catapresan i tablettform.
4. Vid **illamående** ge Ondansetron 4 mg (2 mg/ml) långsamt iv under minst 15 minuter alternativt 4–8 mg sublinguallt eller Primperan 10 mg iv/po,
5. Vid **krampsmärta**: Buscopan® 20 mg iv/sc.
6. Vid **oro/ångest** ge diazepam (Stesolid®) 5–10 mg po eller 2–10 mg iv.

Fram till denna punkt kan många patienter behandlas polikliniskt. Vid god smärtlindring på akuten och om ingen misstanke om annan genes till smärtan kan patienten skrivas hem.

OBS! Uppföljning via ordinarie läkare eller via endometriosteamb enligt lokala riktlinjer är nödvändigt.

- Telefonuppföljning eller återbesök skall ordnas i anslutning till akutbesöket. (Se nedan under "Inför utskrivning; 2) Uppföljning...").
- Om patienten åker hem från akutmottagningen och har fått nya läkemedel ordinerade eller ändring i tidigare pågående medicinering skall skriftligt behandlingsmeddelande om hur läkemedlen skall tas, ges före hemgång.

Vid utebliven förbättring enligt ovan kan inläggning på gynekologisk vårdavdelning bli aktuell. Ordinera nyinsatta läkemedel i läkemedelsmodulen samt gör eventuellt medicinjusteringar. Se nedan.

Omhändertagande och vidare åtgärder på avdelning.

Varje nytt insatt läkemedel skall utvärderas med smärtskattning och klinisk bedömning. Målet är VAS <4 och uppegående patient.

1. Skapa trygghet kring patienten! Det är viktigt med lugn och ro samt närvaro av personal. Detta är i sig smärtlindrande (se akut omhändertagande).
2. Värdera och dokumentera VAS helst tre till sex gånger till per dygn samt före och efter administrering av opioid.
3. Frikostigt med varma kuddar. TENS hjälper ofta och har fördelen att vara något patienten kan styra själv. TENS-apparat ska finnas på avdelningen och kan provas även om ingen fysioterapeut/sjukgymnast finns i tjänst.
4. Kontakta fysioterapeut/sjukgymnast i endometriosteambesök.
5. Fortsätt med paracetamol + COX-hämmare exempelvis Naproxen.
6. Restriktiv användning av opioider som ska ges under så kort tid som möjligt. **Ge endast per os** och undvik många doser kortverkande oxikodon. Använd låga doser långverkande morfin (Dolcontin) 5–10 mg x 2 eller oxikodon depot (Oxycontin) 5–10 mg x 2. Opioider kan orsaka obstipation, vilket också är en vanlig bidragande orsak till smärtan vid smärtskov. Sätt in makrogol (Movicol ®) på fasta tider.
7. Klonidin, som används som adjuvans till annan smärtlindring, ges med fördel i form av T Catapresan 75 µg x 3 under vårdtiden.
8. Paracervikalblockad (PCB) kan övervägas vid svårbehandlad smärta, t ex med 20 ml ropivakain (Narop) 7,5 mg/ml (max 600 mg/dygn, dvs max 4 stycken PCB på ett dygn. Andra lokalanestetika kan användas enligt lokal rutin.
9. Epiduralanestesi (EDA) med ropivakain (Narop®) kan övervägas efter samråd med smärtenhet /anestesiolog vid mycket svårkuperad smärta eller mycket höga opioiddoser. KAD sätts när EDA är lagd. Behandlingstid tre till fem dygn.
10. När den akuta smärtan har släppt ska man utvärdera patientens hormonbehandling, gärna i samråd med patientansvarig läkare (PAL).
11. Vid misstanke om neuropatisk komponent sätt in
 - a. Amitriptylin (Saroten)® 10–25 (max 75) mg till natten
 - b. Gabapentin i upptrappningsschema enligt FASS.
12. Avdelningsläkare ansvarar för patienten på vårdavdelning. Konsultera PAL/endometriosspecialist och smärtenhet vid behov.
13. Kontakta kurator.
14. Kontakta endometriossköterska. Det är en fördel att få ett personligt möte, vilket underlättar telefonuppföljning. Patient och sjuksköterska/barnmorska ska då göra upp om tidpunkt för telefonkontakt efter hemgång. Ett alternativ är att skicka en bevakning till ansvarig endometriossköterska.

Inför utskrivning

1. Medicinering ses över:

- a. Optimera hormonbehandling och samråd med ansvarig gynekolog.
- b. Optimera smärtbehandling: Paracetamol och COX-hämmare. Eventuellt kan lågpotenta opioder (paracetamol/kodein) användas under några dagar vid cyklisk smärta.
- c. Om långverkande opioid har satts in ska man **planera för utsättning och följa upp att preparatet sätts ut inom två veckor.**
Nedtrappningsschema behövs sällan vid opioidbehandling under kortare tid än två veckor. Det är utomordentligt viktigt med uppföljning och att bara förskriva små förpackningar.
- d. Om det krävs längre tid med behandling med stark opioid ska smärtläkare konsulteras och behandlingsplan alternativt opioidkontrakt upprättas enligt lokal rutin.
- e. Överväg amitriptylin, melatonin och SNRI, vilka kan ha god effekt på smärtan i sig utöver förbättring av sömn och psykiskt mående
- f. Movicol alternativt Inolaxol regelbundet, kan behövas. Vanligt med IBS-problematik.
- g. Utfärda ett utskrivningsmeddelande med information om den grundläggande hormonbehandlingen och hur patienten ska ta sina smärtläkemedel.

2. Uppföljning efter utskrivning från avdelning samt efter akutbesök:

- a. Telefonkontakt med endometriosköterska inom en till två veckor efter hemgång.
- b. Återbesök till PAL/endometriosläkare inom två till fyra månader.
- c. Avisera endometriosteamet skriftligen, gärna med riktad frågeställning, för diskussion och beslut om uppföljning och fortsatt behandling. Enklarest är att skicka en bevakning till endometriosköterska.
- d. Överväg ny eller förnyad kontakt med fysioterapeut.

3. Sjukskrivning

- a. Från försäkringsmedicinskt beslutsstöd:
 - i. ”Vid akut smärtskov på grund av endometrios kan arbetsförmågan vara helt nedsatt upp till två veckor, även vid fysiskt lätta arbeten.
 - ii. Vid endometrios med suboptimal behandling kan arbetsförmågan vara nedsatt upp till sex veckor. Exempel på sådana situationer kan vara vid nyinsättning eller byte av behandling, vid utsättning inför planerad graviditet, biverkningar eller otillräcklig effekt av behandling. I första hand är det aktuellt med partiell sjukskrivning, alternativt på heltid initialt.”
- b. Kortvariga upprepade sjukfrånvaroperioder är vanligt vid endometrios. Överväg alltid Särskilt Högriskskydd vid upprepade skov!

4. Individuell behandlingsplan

- a. Vid två eller fler akuta vårdkontakter inom tre månader ska en individuell behandlingsplan utarbetas. Görs inom endometriosteamet.
- b. Sätt upp patienten till teamet med frågeställning ”individuell behandlingsplan”.

Referenser

1. Kissin I. *Long-term opioid treatment of chronic nonmalignant pain unproven efficacy and neglected safety?* J Pain Res 2013; 6: 513-529.
2. Angst MS, Clark JD. *Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review.* Anesthesiology 2006;104: 570-587.
3. Lee, M., et al. *A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia.* Pain Physician 2011; 14: 145-161
4. Higgins, C., et al. *Evidence of opioid-induced hyperalgesia in clinical populations after chronic opioid exposure: a systematic review and meta-analysis.* BJA: The British Journal of Anaesthesia 2019; 122: e114-e126