

Klåda i palliativ vård

TEXT // JONAS BERGSTRÖM

Margareta är en 59-årig kvinna med Mycosis fungoides i sent skede. Hennes hud är kraftigt påverkad av grundsjukdomen och hon har en uttalad klåda under dygnets alla timmar. Dessutom fryser hon mycket på grund av sin skadade hud. Margareta är helt och hållet medveten om att hon har en begränsad tid kvar att leva. Hon tycker att hon egentligen skulle ha det ganska bra om det inte vore för denna ytterst besvärande klåda. Behandling med kortison och antihistamin ger inte mycket lindring. Det hon tycker känns bäst är att ta långa duschar, ofta flera gånger per dag.

Klåda kan hos en del av de patienter vi möter i den palliativa vården vara ett besvärande symptom som påverkar livskvaliteten negativt. En mängd olika tillstånd, som vi ser dagligen, har potential att ge symptomgivande klåda.

Tabell 1 Tillstånd som kan ge klåda¹

Njursvikt
Hjärtsvikt
Gallvägsstas
Lymfom
Hjärntumörer
Multipel skleros
Opioidinducerad klåda
Läkemedelsbiverkningar
Paramalign klåda

Klådans fysiologi

Kunskap om de neuroanatomiska orsakerna till klåda är viktig för att förstå vilka behandlingsalternativ som finns. Klådreceptorn är okänd men troligen startar signalen genom en retning av fria nervändar i övergången mellan epidermis och dermis. Signalen leds sedan via myeliniserade C-fibrer till ryggmärgens bakhorn där den kopplas om för att via ryggmärgen nå hjärnans högre centra och det är där som upplevelsen av klåda uppstår.

När man har klåda får man en klådreflex som leder till att man kliar sig. Detta är en reflex som är jämförbar med att dra bort en kroppsdel från ett smärtsamt stimuli. Genom kliandet

skickas hämmande signaler via myeliniserade A δ -fibrer till ryggmärgens bakhorn där de kopplas om och går vidare upp till hjärnan och minskar upplevelsen av klåda.

Klåda kan börja perifert i huden genom ett stimuli eller av en pruritogen - ett klådetande ämne. Klåda kan även bero på en neuropatisk retning av en påverkad eller skadad nervbana. Den neuropatiska klådan kan antingen vara perifer som vid till exempel postherpetisk klåda och uremi eller central som vid multipel skleros och hjärntumörer. Ett tredje alternativ är centralt inducerad neurogen klåda vilket är fallet vid till exempel gallvägsstas och paramalign klåda. Det är även viktigt att komma ihåg den psykogena klådan.

Ofta tänker man på histamin som den substans som ger klåda men det finns även andra pruritogener. Det verkar finnas minst två perifera mekanismer, en som är histaminaktiverad och en som aktiveras av andra pruritogener. Detta kan vara en av orsakerna till att behandlingsstrategin med antihistaminer inte alltid är meningsfull hos patienter med klåda.

Tabell 2 Exempel på pruritogener¹

Histamin
Serotonin
Opioider
Prostaglandiner
Cytokiner
Proteaser
Substans P (via bl.a. NK1 receptorer)
Somatostatin
Kolecystokinin

Icke farmakologisk behandling av klåda

När det gäller den icke farmakologiska behandlingen av klåda är det viktigt att överväga att åtgärda en eventuell gallvägsstas, att göra en genomgång av läkemedelslistan för att hitta mediciner som orsak till klådan samt ge frekvent insmörjning med olika mjukgörande medel. Det finns även andra ickefarmakologiska åtgärder att pröva och informera om. Ofta krävs hela det palliativa teamets kompetens för att hjälpa patienten.

Tabell 3 Icke farmakologiska åtgärder mot klåda¹

Åtgärda gallvägsstas
Gå igenom medicinlistan
Insmörjning med mjukgörande kräm, salva eller lotion
Badda med handsprit/mentolsprit
Minska risk att klia sönder huden (tunna handskar)
Använd luftiga kläder, bomull
Undvika att bli för varm, framför allt nattetid
Öka luftfuktigheten i sovrummet
Undvik uttorkande tvålar
Undvik långa varma bad – ger ofta mer klåda efteråt

Farmakologisk behandling av klåda

Det finns en mängd olika farmakologiska behandlingsmöjligheter att pröva när antihistaminer och kortisonpreparat har använts utan önskvärd symtomlindring. Det är därför viktigt att byta läkemedelsstrategi eller göra tillägg av någonting annat när behandlingen inte fungerar eller ger tillräcklig symtomlindring.

Genom att tänka på de mekanismer som ger klåda och vilka pruritogener som kan vara inblandade kan man få hjälp med att välja behandlingsstrategi.

Tabell 3 Icke farmakologiska åtgärder mot klåda¹

Hög ålder	Torr hud, ökad känslighet för histamin i huden
Gallvägsstas	Ökad mängd endogena opioider, ökad serotoninutsöndring
Paramalign klåda	Histaminutsöndring från basofiler, utsöndring av serotonin
Njursvikt	Påverkan på cytokiner, ökade mängder Substans P, perifer neuropati, obalans mellan opioidreceptorer
Behandling med tyrosinkinashämmare och anti-EGFR	Ökande mängd NK1 receptorer i mastceller och keratinocyter i inflammerade områden

En del läkemedel mot klåda har studerats i randomiserade kontrollerade studier. Paroxetin verkar fungera vid ideopatisk klåda och sertralin är studerat vid gallvägsstas. Gabapentin givet efter dialys har gett effekt mot uremisk klåda och naltrexon kan fungera mot klåda både vid uremi och gallvägsstas.

Många av de läkemedel som finns beskrivna för symtomlindring vid klåda är dessutom läkemedel vi är väl förtrogna med inom palliativ vård.

Tabell 5 Farmakologisk behandling mot klåda i palliativ vård¹

Prednisolon	Vid inflammerad hud 10-20mg/dygn
Capsaisinkräm/plåster	Vid lokaliserad klåda
Hydroxizin	Antihistamin, sedativ till natten 10-25mg/dygn
Levomepromazin	Antihistamineffekt, sedativ till natten, 6-25mg till natten
Bensodiazepiner	Ibland lika effektivt som antihistamin till natten
Paroxetin	Vid malign och icke malign klåda, 5-20mg/dygn
Sertralin	Vid gallvägsstas, malign och icke malign klåda, 50-100mg/dygn
Mirtazapin	Vid paramalign klåda, vid lymfom, 15-30mg till natten
Naltrexon	Vid uremi 50mg/dygn, vid kolestas 12,5-250mg/dygn
Acetylcyclylsyra	Vid polycytemia vera, 300mg 1-2 ggr/dygn
Kolestyramin	Vid gallvägsstas 4g 2ggr/dygn
Gabapentin	Vid uremisk klåda, 100-400mg efter dialys, vid neuropatisk klåda
Aprepitant	Vid klåda som beror på mab/nib
Ondansetron	Vid opioidutlöst klåda, eventuellt vid kolestas/uremi
Propofol	Specialistpreparat, ges i icke sederande dos

Margareta är så påverkad av sin klåda att någonting behöver göras och det fort. Hennes antihistamin sätts ut då hon bara blir trött av den och den inte verkar ge någon effekt mot klådan. Hon blir istället insatt på paroxetin men med tveksam effekt. En höjning görs av hennes kortisonbehandling med kortvarig positiv effekt. Istället får hon dagliga besök av ASiH för insmörjning av den hud som är hel nog att kunna smörjas. Hon uppmanas att inte duscha lika frekvent, för att inte torka ut huden och för att det snarast blir värre efteråt. Till hennes säng ordnas med ett operationstäck som blåser in lagom tempererad luft i ett tunt papperstäck vilket gör att Margareta inte fryser men heller inte blir för varm. När Margareta blir sämre i sin grundsjukdom läggs hon in på en palliativ slutenvårdsavdelning och får propofoldropp i icke sederande dos. Hon blir efter detta betydligt bättre symtomlindrad. Hon avlider relativt symptomfri från sin klåda efter ungefär en vecka på avdelningen.



Jonas Bergström

Specialist i Geriatrik och Palliativ medicin, överläkare vid Palliativ Centrum på Stockholms Sjukhem

Referenser

1. Palliative Care Formula, Fifth Edition, Robert Twycross et al, 2014

Oxford Textbook of Palliative Care, Fourth edition, 2010

Canadian Family Physician Vol 57, September 2011, Pruritus in palliative care, Dori Seccareccia, Nadine Gebara

Acta Derm Venereol 2015; 95: 771–777, Human Surrogate Models of Histaminergic and Non-histaminergic Itch, Hjalte H. Anderssen et al