



Af Anna Weibull, Bodil Abild Jespersen, Dorte Lange Høst og Mette Asbjørn Neergaard

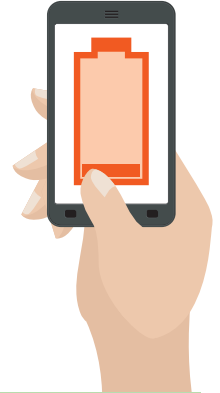
Kontakt

daugaardweibull@dadlnet.dk

Biografi

Afdelingslæge Anna Weibull, overlæge Bodil Abild Jespersen, overlæge Dorte Lange Høst og overlæge Mette Asbjørn Neergaard er alle ansat ved Enhed for Lindrende Behandling, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

Træthed/fatigue hos patienter i palliative forløb



Træthed hos palliative patienter er et almindeligt forekommende symptom med stor indflydelse på livskvaliteten. Den kan skyldes grundsygdommen, behandlingen eller comorbiditet som eksempelvis depression, søvnforstyrrelser og smerter. Læs om håndteringen af træthed i palliative forløb her.

"Trætheden – den var massiv og gjorde kroppen urolig, øm og sløv. Psyken blev let påvirket, løftede de stemmerne hjemme, blev hun trist, hun overtolkede ALT, der blev sagt. Hun var bekymret for alt, let til melankoli. Tanke-mylder – hun skulle forholde sig til hele verden."

Den forbandede træthed. www.hjernesagen.dk

Introduktion

Træthed/fatigue er et meget almindeligt symptom ved alvorlig og livstruende sygdom. Denne artikel beskriver reversible og irreversible årsager til træthed og fatigue samt non-farmakologisk og farmakologisk behandling.

Både grundsygdommen og behandlingen af denne kan forårsage træthed, men også komorbiditet og andre symptomer som fx depression, smerter og søvnforstyrrelser kan medføre træthed.

I denne artikel bliver fatigue og træthed brugt som udtryk for samme symptom.



Trætheden tager koncentrations- evnen og påvirker de kognitive funktioner

Patientens perspektiv

Træthed er et symptom, som ofte får patienten til at søge læge ved sygdomsdebut.

Træthed er ofte overvældende for patienten. Det hjælper ikke at hvile sig eller forsøge at sove mere – trætheden er der stadig, når man vågner eller rejser sig fra sofaen igen. Trætheden tager koncentrationsevnen og påvirker de kognitive funktioner, så det går ud over almindeligt socialt samvær eller bare det at læse en bog.

Patienten og de pårørende prøver måske forskellige tiltag, vitaminer og naturmedicin, men det hjælper sjældent. Man kan ikke fjerne trætheden ved at snakke den væk eller tvinge sig selv til at spise mere.

Undersøgelser viser, at kræftpatienter i behandling er tilbøjelige til at holde deres oplevelse af træthed for dem selv, medmindre den er meget overvældende og nedsætter deres aktivitetsniveau betydeligt (1). De ønsker ikke at forstyrre personalet og opfatter træthed som en naturlig del af det at have kræft eller anden livstruende sygdom og at få behandling. De frygter, at træthed kan være udtryk for, at behandlingen enten ikke virker, eller at de ikke tåler behandlingen.

Den sundhedsprofessionelles perspektiv

Fatigue kan defineres som 'ekstrem fysisk eller mental træthed eller udmattning' eller som ved kræftsygdomme, hvor fatigue defineres som: *En vedvarende subjektiv oplevelse af fysisk, emotionel og/eller kognitiv træthed eller udmattelse relateret til cancer eller cancerbehandling, som ikke er proportional med nylig aktivitet og interfererer med almindelige funktioner (2).*

80-90 % af kræftpatienterne i kemobehandling eller med fremskreden kræft er plaget af træthed, som også er tæt relateret til kakeksi og andre symptomer som depression, angst og smerter. Træthed er et kernesymptom hos patienter med hjertesvigt og KOL og et hyppigt symptom ved andre kroniske livstruende sygdomme.

Det er vigtigt at tage træthed alvorligt, da det kan være invaliderende for patienten. Vurdering af patientens forventede restlevetid er afgørende. Når patienten nærmer sig terminalfasen, er træthed et vilkår, som vi ikke kan behandle. Her er det vigtigt at turde tale med patienten om det, der følger med sygdommen, så patienten føler sig set og hørt.

Tidligere i forløbet kan symptomet evt. lindres ved non-farmakologisk eller farmakologisk behandling. I denne tidlige fase af det palliative forløb er det derfor vigtigt at udrede, i forhold til om der er reversible årsager til trætheden. I Boks 1 skitseres en måde at udrede træthed på.

Man bør fokusere på de mest sandsynlige årsager hos den enkelte

Boks 1 /

Udredning i forhold til træthed

Grundig anamnese: Hvornår? Hvad udløser trætheden? Hvad og hvor meget påvirker trætheden? Hvad forværrer? Hvad lindrer?

Spørg ind til: Smerte, angst og depression, søvnforstyrrelser, aktivitetsniveau og komorbiditet (hjertesygdom, lungesygdom, DM, stofskiftesygdomme, gigtsygdomme m.v.)

Medicinnemgang: Opioider? Benzodiazepiner? Andre psykoaktive stoffer?

Relevant objektiv undersøgelse

Parakliniske undersøgelser: Fx Hb, calcium, creatinin/carbamid osv.

patient og huske, at årsagen ofte er multifaktoriel. En patient med smerter vil ofte være træt eller endda udmattet på grund af smerterne. En relevant og god smertebehandling kan hjælpe på trætheden, og den af morfin udløste træthed ved opstart og opdosering aftager oftest i løbet af kort tid. Der skal tages hensyn til patientens komplekse symptom-billede, og prioritering er nødvendig. De mest sandsynlige og/eller mest alvorlige faktorer skal behandles først, og trætheden og evt. effekt af interventionen skal revurderes løbende. Forslag til behandling af reversible årsager til træthed ses i Boks 2.

Boks 2 /

Behandling af reversible årsager til træthed kan være at

- reducere eller eliminere ikke nødvendig medicin
- behandle infektion
- korrigere hypercalcæmi
- behandle smerte og depression
- behandle søvnforstyrrelser (søvnhygiejne og evt. hypnotika)
- behandle anæmi.



Det er vigtigt at tage træthed alvorligt, da det kan være invaliderende for patienten

Case

Preben har kræft i bugspytkirtlen. Han er blevet opereret, men ret kort tid efter konstateres det, at han ikke var radikalt opereret. Efter operationen fik Preben en enkelt portion blod. De kunne ikke gøre mere på sygehuset, for at han kunne blive rask, men tilbød pallierende kemobehandling, som måske kunne give en kort livstidsforlængelse. De havde sagt, at han skulle spise sundt og mange proteiner. De startede smertebehandling med depotmorfin og sørgede for, at han fik laksantia. Preben var meget usikker på, om han skulle tage imod tilbuddet om kemoterapi.

Egen læge har kontaktet Preben, efter han kom hjem, og har fulgt op på smertebehandlingen, men Preben bliver bare mere og mere træt, selvom han er godt smertelindret. Han har let kvalme og ikke så meget appetit, og trætheden gør, at han trækker sig fra mange sociale aktiviteter, som han egentlig gerne vil deltage i.

Overvejelser og strategier

Preben opfylder kriterierne for fatigue/træthed. Det er sandsynligt, at hans vægttab og tab af muskelmasse er årsag til en del af hans træthed. Der er dog andre muligt reversible årsager, som bør udredes. Har han stadig anæmi efter operationen? Kan morfinaen være med til at give ham madlede og kvalme? Eller træthed? Er han trods laksantia obstiperet? Eller er trætheden irreversibel, da den skyldes progression af sygdommen?

I Prebens tilfælde blev de reversible årsager først forsøgt behandlet. Han blev sat i behandling med metoclopramid for kvalme og sertralin på mistanke om en depression. Preben er dog fortsat træt. Hans Hb er 4,4, og han tilbydes en portion blod. Blodtransfusion kan gives ved lav Hb på < 5,6, men de tilførte blodlegemer har kort levetid, og ofte oplever patienterne ikke nogen effekt på trætheden. Preben synes transfusionen hjælper i nogle dage, men kan så ikke længere mærke nogen forskel. Jerntilskud er yderst sjældent indiceret. Det giver træg mave og har kun effekt, hvis Preben har jernmangel og selv kan producere blod i sin knoglemarv, hvilket ofte ikke er tilfældet ved dissemineret kræftsygdom.

Ved behov for behandling af selve trætheden skal der først overvejes non-farmakologisk og derefter farmakologisk behandling.



I denne tidlige fase af det palliative forløb er det derfor vigtigt at udrede, i forhold til om der er reversible årsager til trætheden

Non-farmakologisk behandling af træthed

Fysisk træning: Der ses statistisk en signifikant gavnlig effekt på cancerrelateret træthed, når kræftpatienter (uanset stadie, fase) udfører fysisk træning (3). Fordelene overstiger klart ulemperne, og der ses ingen alvorlige rapporterede bivirkninger ved interventionen. Fysisk træning anses derfor som værende en effektiv behandling til lindring af træthed, såfremt den tilrettelægges individuelt og tilpasses den enkeltes behov, fysiske formåen og kunnen.

Psykosociale interventioner: For patienter med vedvarende cancerrelateret træthed kan psykologisk intervention være indiceret (4). Dette gælder sandsynligvis også for andre livstruende sygdomme.

Patientundervisning: I alle kommuner findes kurser i at leve med kræft/kronisk sygdom. Fysioterapeut/ergoterapeut eller anden behandler med erfaring inden for området kan give råd om at prioritere aktiviteter i hverdagen.

Ernæringsrådgivning: Adækvat ernæring og hydrering er vigtig for at forebygge og lindre træthed i tidlig fase. Det kan være relevant med proteintilskud. Den terminale patient vil oftest slet ikke føle sult, og behovet for mad og drikke er sparsomt.

I Prebens tilfælde blev han henvist til fysioterapeut med henblik på genoptræning og blev informeret grundigt om symptomerne og hans og omgivelsernes reaktioner på dem. Han deltog også i det kommunale tilbud om kræftrehabilitering.

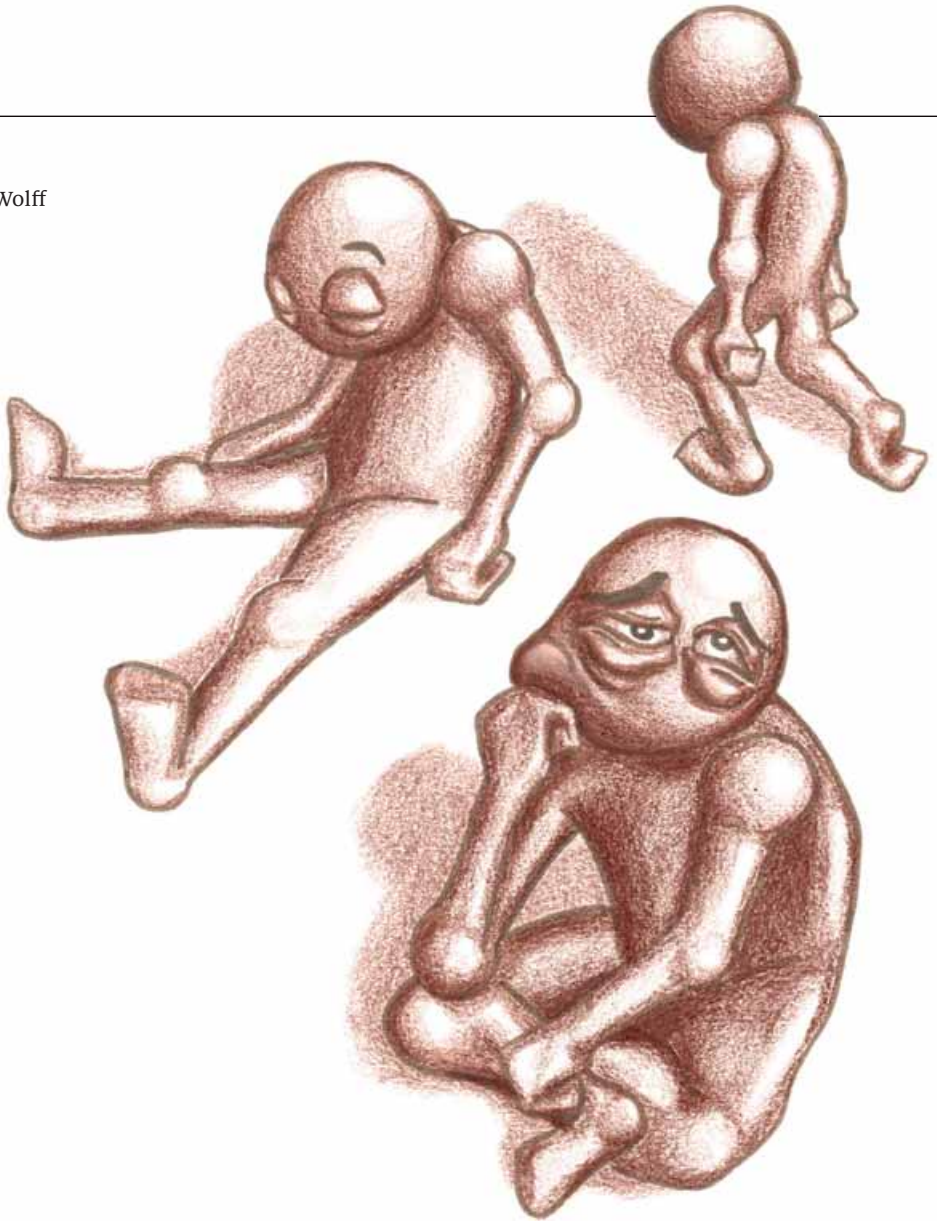
Farmakologisk behandling af fatigue

Når relevant behandling af mulige reversible årsager til træthed er forsøgt, og nonfarmakologiske behandlingsmuligheder er afprøvede (eller ikke er mulige/relevante), men trætheden persisterer, kan farmakologisk behandling afprøves. Der er kun to medicinske præparater, hvor der er evidens for effekt på fatigue (2).

Kortikosteroider: Effekten er tidsbegrænset og aftager efter 2-4 uger. Optimal dosis er 25-50 mg. Bivirkningerne er ikke ubetydelige: søvnløshed, agitation, tab af muskelmasse, osteoporose, øget infektionsrisiko, diabetes m.m. Steroider egner sig derfor bedst til patienter med relativt kort forventet restlevetid (måneder). Hvis der ikke er effekt inden for en uge, bør behandlingen seponeres. Husk at ordinere PPI, hvis der er anamnese med mavesår. Kalk og D-vitaminer er kun relevant ved vurderet restlevetid på år. Kortikosteroider øger risikoen for dårlig søvn, uro og delirium og bør i den terminale fase oftest seponeres eller kun gives på anden indikation (fx ved hjerneødem pga. hjernetumor).

Foto 1 /

Tegning. Sanne Wolff



Methylphenidat: Gives med 5-10 mg x 2 dagligt stigende med 10 mg hver 3. dag til maks. 40 mg/dag. En anden mulighed er at bruge methylphenidat 10 mg p.n. i forbindelse med særlige aktiviteter. Methylphenidat er især indiceret ved opioidinduceret fatigue.

Indtil nu er alle undersøgelser udført med hurtigvirkende methylphenidat, og der er ikke beskrevet væsentlige bivirkninger. Dog anbefales forsigtighed ved psykisk sårbarhed og høj alder.

Preben blev sat i behandling med prednisolon, som hjalp to-tre uger, men derefter blev hans almene tilstand hurtigt dårligere, og han var

tydeligvis nu i den terminale fase af sygdommen – hvor trætheden var et vilkår, som han og familien accepterede. ●

Interessekonflikter: *ingen angivet.*

Litteratur

1. Borneman T, Piper BF, Sun VC, Koczywas M, Uman G, Ferrell B. Implementing the Fatigue Guideline at One NCCN Member Institution: Process and Outcomes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 2007; 5:1092-1101
2. Klinisk retningslinje om farmakologisk behandling af patienter i tidlig og sen palliativ fase med Cancer Relateret Fatigue (CRF). DMCG-PAL 2018
3. Klinisk retningslinje om fysisk træning som intervention for lindring af cancerrelateret fatigue (CRF) hos patienter over 18 år, der har kræft og er i tidlig og sen palliativ fase. DMCG-PAL 2018
4. Klinisk retningslinje om psykosociale interventioner til lindring af Cancer-Relateret Fatigue (CRF) hos patienter over 18 år, der har kræft og er i tidlig og sen palliativ fase. DMCG-PAL 2018

Hovedbudskaber

1. Træthed er et meget hyppigt symptom ved alvorlige og livstruende sygdomme og har stor indvirkning på livskvaliteten.
 3. Søg efter årsager til træthed, medmindre patienten er i terminal fase.
 4. Behandl eventuelle reversible årsager.
 5. Motion og psykosociale tiltag kan lindre.
 6. Kortikosteroider bruges ved måneders forventet restlevetid (på grund af mange alvorlige bivirkninger ved lang tids brug). Behandlingen trappes ud efter ca. fire uger og kan genoptages senere.
 7. Kortikosteroider påvirker søvnkvaliteten negativt og bør derfor doseres om morgenen.
 8. Kortikosteroider øger risikoen for uro og delirium - især terminalt.
 9. Opioid-induceret fatigue kan forsøges behandlet med methylphenidat.
-