

Kortisonbehandling - palliativ vård

Vårdnivå och remiss

Allmän palliativ vård.

Behandling

Indikationer

Kortison har god effekt vid smärttillstånd med inflammatoriska inslag, till exempel vid:

- Skelettmetastaser
- Avancerad bukmetastasering
- Hjärnmetastaser, hjärnödem
- Neurogen smärta vid inflammation och tumöröversväxt
- Leverkapselsmärta

Kortison har också en uppiggande effekt generellt på en stor andel patienter i både tidig och sen palliativ fas. Maximal effekt fås ofta inom 1-2 dygn. Indikationen för kortison hos patient i palliativ vård kan därför också vara följande:

- Dåligt välbefinnande
- Matleda
- Illamående
- Trötthet/fatigue
- Andningsbesvär

Doseringsanvisningar

Mot smärta, dåligt välbefinnande, matleda, illamående och trötthet: Betametason 20 dagars nedtrappningsschema enligt sidan 2 i Betametason (Betametason, Betapred) – patientinformation, se under relaterat. Läkemedelsmall finns i Cosmic under Palliativ vård.

Vid hjärntumörer och intracerebralt ödem: Rekommenderad maxdos vid tumörsakat hjärnödem 16-32 mg Betametason/dygn. Ta gärna kontakt med palliativ enhet för förslag på lämplig dosering.

Korta kurer, innehållande ett nedtrappningsschema är att föredra (gäller inte hjärntumörer). Detta för att inte pressa ner kroppens egen produktion av kortison och i förlängning ge binjurebarkssvikt.

Vid längre tids användning, mer än 10-14 dagar, bör man överväga uttrappning för att undvika binjurebarkssvikt.

Praktiska aspekter på behandling med kortison

- Dosen kortison bör tas på morgonen för att slippa störd nattsömn. Undantag, högdosbehandling vid hjärntumör då dosen delas på två. Andra dosen bör då inte tas senare än kl. 14.00.
- Vid behandling med kortison vid smärta: trappa ned till minsta möjliga effektiva dos.
- Vid behandling med kortison mot dåligt välbefinnande, matleda m.m.: Hel uttrappning av schemat att föredra. Kuren kan då, med förväntad god effekt, startas på nytt efter 1 till 2 veckor, alternativt vid behov.
- Utvärdera effekten efter 3-7 dagar. Om utebliven effekt kan steroiden sättas ut abrupt.
- Patientens förväntade överlevnadstid påverkar vilken regim som väljs.
- Observans på dyspepsibesvär. Alltid ulcusprofylax vid samtidig användning av NSAID och vid högdosbehandling under lång tid (hjärntumör/ödem). Överväg ulcusprofylax vid tidigare anamnes på besvär.
- Vid illamående och kräkningar, medvetandesänkning, kan kortison ges i subkutan och intravenös beredning.
- Vid eventuell långsam nedtrappning av kortison finns ingen evidens för hur nedtrappningen ska se ut. Rekommendationen är snabb nedtrappning i början, långsam uttrappning i slutet.
- I de flesta fall kan kortison seponeras helt i livets slutskede (1 dygn-1 vecka) om patienten inte längre kan svälja tabletter, detta ofta utan några ogynnsamma effekter. Undantag för patienter med hjärntumör.
- Vid hjärntumör kan det vara indicerat med fortsatt kortison även om förväntad kort överlevnad, detta med tanke på kramprisk.

Omvårdnad

- P-glukos bör tas en gång i veckan, även på icke diabetiker.
- Inspektera munhålan, då oral candida är en vanlig biverkan.
- Råd patienten att skölja munnen efter intagen dos. Kan minska risken för candida.

Patientinformation

Se Patientinformation, Betametasom (Betametasom, Betapred) under relaterat.