

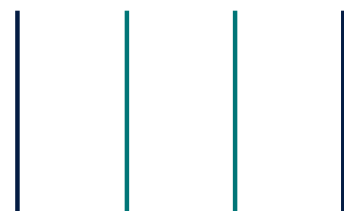


Sammenslutningen af Kræftafdelinger
Co-operative Cancer Departments

Stråleterapiinduceret kvalme og opkastning

Symptombehandling

Maj 2011



STRÅLETERAPIINDUCERET KVALME OG OPKASTNING

DEFINITION

Kvalme og/eller opkastning fremkaldt af ekstern strålebehandling uden anden påviselig årsag.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

Kvalme og opkastning udløst af en enkelt fraktion strålebehandling giver sjældent differentialdiagnostiske vanskeligheder. Ved kvalme og opkastning i forbindelse med længerevarende fraktioneret strålebehandling bør andre udløsende årsager overvejes. Disse kan omfatte:

Kemoterapi, infektioner (udbredt mucositis, gastritis/enteritis, pancreatitis, peritonitis, meningoencephalitis m.v.), metaboliske forstyrrelser (ketoacidose, uræmi, binyrebarkinsufficiens (f.eks. efter seponering af længerevarende steroidbehandling)), elektrolytforstyrrelser (hypercalcæmi, hypomagnesiæmi), obstipation, cancer anoreksi kakeksi syndrom, gastrointestinal obstruktion, metastaser (specielt til hjerne eller lever), ascites, paraneoplasmi og anden emetogen medicin (specielt opioider, radiosensitizers og antibiotika).

BEHANDLING

Den stærkeste risikofaktor for udvikling af stråleterapiinduceret kvalme og opkastning er lokaliseringen af strålefeltet, hvorfor behandlingsforslag primært tager udgangspunkt i dette. Andre risikofaktorer er feltstørrelse, fraktionering og tidligere eller samtidig kemoterapi.

Antiemetika gives profylaktisk 30-60 min før start af strålebehandling. Peroral behandling kan næsten altid gennemføres. Varighed oftest kun samme dag eller en enkelt dag udover strålebehandlingen. Ved samtidig strålebehandling og kemoterapi doseres antiemetika som ved det mest emetogene af de to (oftest som ved kemoterapi). Ved langvarig fraktioneret strålebehandling er det uklart om antiemetika altid skal gives forebyggende eller først ved behov. Langvarig steroidbehandling er ikke attraktivt. I en undersøgelse på 1020 patienter i stråleterapi varede det mediant 3 dage, før patienterne kastede op p.g.a. strålebehandling¹.

MINIMAL RISIKO (< 30%)

Patienter, der får strålebehandling på mammafeltet eller ekstremiteter.

Profylaktisk antiemetika anbefales ikke.

Ved behov anvendes en dopaminantagonist eller en serotoninantagonist.

LAV RISIKO (30-60%)

Patienter, der får strålebehandling mod cerebrum eller neuroaksen, hoved-halsfeltet (obs. Naxogin giver også kvalme), nedre thorax eller pelvis. Til denne gruppe hører også patienter, der får stereotaktisk stråleterapi mod hjernemetastaser.

Kan behandles profylaktisk eller først ved behov.

I begge tilfælde anbefales en serotoninantagonist.

MODERAT RISIKO (60-90%)

Patienter, der får strålebehandling mod øvre abdomen eller halvkropsbestråling. Bør have profylaktisk antiemetika med en serotoninantagonist og evt. et kortikosteroid.

HØJ RISIKO (> 90%)

Patienter, der får helkropsbestråling eller total nodal bestråling bør have profylaktisk antiemetika med en kombination af en serotoninantagonist plus et kortikosteroid.

ANTIEMETIKA

Nedenstående doseringer gælder for voksne

Dosering af antiemetika	Mindste effektive dosis	Defineret døgn dosis
Dopaminantagonister		
Primperan/Emperal (metoklopramid)	20 mg po	20 mg x 3-4 po
Vogalene (metopimazin)	10 mg po	10- 30 mg x 3-4 po
Kortikosteroider		
	ikke dokumenteret	ikke dokumenteret
Prednisolon	10-25 mg po	10-50 mg x 1 po
Decadron (dexamethason)	1,5-4 mg po	1,5-8 mg x 1 po
Serotoninantagonister		
Zofran (ondansetron)	8 mg po 16 mg supp.	8 mg x 2 po 16 mg x 1 supp.
Kytril (granisetron)	1 mg po	1 mg x 2 po

SPECIELLE FORHOLD

Kvalme og opkastning ved strålebehandling er et mindre problem end ved kemoterapi. Sen kvalme og opkastning fra strålebehandling ses således udelukkende ved de mest emetogene behandlinger, specielt helkropsbestråling.

Varigheden af kortikosteroidbehandling bør begrænses mest muligt. Fem dages behandling med dexamethason 2 mg x 3 synes effektivt (i forhold til placebo) og med beskedne bivirkninger ved strålebehandling mod øvre abdomen (minimum feltstørrelse 80 cm², feltgrænser T11-L3, minimum totaldosis 20 Gy, minimum antal fraktioner 5).

Ved længerevarende emetogen strålebehandling vil der ofte også være diarré. Der bør i såfald vælges antiemetika, der tenderer til obstipation (Zofran, Kytril, Vogalene)

fremfor de, der kan øge risikoen for diarré (Primperan, Emperal).

Ved længerevarende emetogen strålebehandling øges risikoen for bivirkninger af antiemetika. Det gælder specielt ekstrapyramidale bivirkninger udløst af Primperan/Emperal og svimmelhed (ortostati) udløst af Vogalene. Risikoen mindskes ved at anvende mindste effektive dosis og evt. alternere mellem Primperan/Emperal og Vogalene. Ekstrapyramidale bivirkninger fra Primperan/Emperal kan forebygges med Akineton, Difenhydramin eller Lorabenz/Temesta.

Opioider er hyppigt årsag til kvalme også hos patienter i strålebehandling. Serotoninantagonister har kun ringe eller ingen effekt på opioidinduceret kvalme. Istedet bør anvendes en dopaminantagonist.

REFERENCER

1. E Maranzano, VDe Angelis, S Pergolizzi et al.
A prospective observational trial on emesis in radiotherapy: Analysis of 1020 patients recruited in 45 Italian radiation oncology centres.
Radiother Oncol 94:36-41,2010.
2. F Roila, J Herrstedt, M Aapro, RJ Gralla, LH Einhorn, E Ballatori, E Bria, RA Clark-Snow, BT Espersen, P Feyer, SM Grunberg, PJ Hesketh, K Jordan, MG Kris, E. Maranzano, A Molassiotis, G Morrow, I Olver, BL Rapoport, C Rittenberg, M Saito, M Tonato, D Warr. On behalf of the ESMO/MASCC Guidelines Working Group. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia multinational consensus conference.
Ann Oncol 21 (suppl 5):v228-v239, 2010.

Jørn Herrstedt, M.D
Professor, dr. med
Odense Universitetshospital
Maj 2011