

Kroniske smerter
Behandlingsguide
Opioider og compliance



Udgives af BestPractice ApS

Redaktion:

- Jan Andreasen, ansvarshavende redaktør, læge og journalist
Jan.andreasen@bestprac.dk
- Lars Hansen, praktiserende læge, Allinge
- Tina Enevoldsen, praktiserende læge, Måløv
- Lars Christensen, journalist

Temaredeaktører:

- Dorte Halkjær, praktiserende læge, Kastrup
- Jørgen Solgaard, praktiserende læge, Tønder
- Maria Vittrup, praktiserende læge, Humlebæk
- Marianne Stubbe Østergaard, praktiserende læge, Valby
- Merete Lundsteen, praktiserende læge, Ballerup
- Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge, Skovlunde

BestPractice udsendes vederlagsfrit til landets praktiserende læger.

annoncer:

Morten Søndberg
Telefon 7025 5505
ms@bestprac.dk

Grafisk design:

Jens Otto Emmich / zentens

BestPractice

Blegdamsvej 28C, 1.
2200 København N
Telefon 3211 9610
info@bestprac.dk
www.bestprac.dk

Copyright © 2008
BestPractice ApS

Oplag: 4.500

ISSN 1902-7583

Indhold



Flere aspekter af smertebehandling	side 4
Dorte Halkjær, praktiserende læge	
Compliance ved behandling af kroniske smerter hos ældre	side 5
Finn Rønholt, ledende overlæge, ph.d., MPA	
Mavesmerter og atypisk smertepresentation	side 6
Asbjørn Mohr Drewes, professor, overlæge, dr.med., ph.d., Søren Schou Olesen, læge, ph.d.-studerende,	
Behandling af kroniske smerter i almen praksis	side 8
Mette Wanning, praktiserende læge	
Ny metode til smertevurdering	side 10
Kim Kristiansen, praktiserende læge	
Udredning af neurogene smerter	side 12
Nanna Brix Finnerup, læge	
Medicinsk behandling af kroniske komplekse smerter	side 14
Gitte Handberg, specialeansvarlig overlæge	
Skift mellem opioider	side 17
Gitte Juhl, overlæge	
Kroniske smerter og livskvalitet	side 19
Lisbeth Stampe Frølich, cand.psych.aut.	
Hvilken medicin til hvilke smerter?	side 20
Niels-Henrik Jensen, overlæge	



Dorte Halkjær
praktiserende læge,
Kastrup

Flere aspekter af smertebehandling

Dette nummer af BestPractice sætter blandt andet fokus på forskellige aspekter af kroniske smerter i form af compliance, medicinsk behandling, skift mellem opioider og håndtering af smertepatienter i almen praksis. Det afspejler, at denne patientgruppe er en stor faglig og menneskelig udfordring – ikke mindst fordi den biologiske smerte kun udgør én dimension af en kompleks tilstand.

Mange undersøgelser støtter op om vore egne erfaringer med hensyn til, at patienterne langt fra følger den ordinerede behandling. Det anslås således, at kun omkring en tredjedel følger de anførte forskrifter som planlagt. I artiklen om compliance redegøres for, at især smertepatienters bekymringer for bivirkninger har stor betydning for, om behandlingen følges.

Og som praktiserende læge Mette Wanning anfører, bør behandlingen af kroniske smertetilstande tilpasses den aktuelle smertemekanisme under nøje kontrol af behandlingseffekt, bivirkninger og risikoen for misbrug ved opioidbehandling.

En af de hyppigste årsager til henvisning til smerteklinikkerne som følge af utilstrækkelig lindring er, at neurogene smerter overses. Det er tankevækkende, og understreger diagnostikkens betydning. Ved komplicerede kroniske smertetilstande, hvor psykologiske og socio-økonomiske faktorer har en større rolle i det komplekse smertemønster, kan faglig sparring med smertespecialister resultere i et stort fagligt udbytte.

Dorte Halkjær

Compliance ved behandling af kroniske smerter hos ældre



Af Finn Rønholt

ledende overlæge, ph.d., MPA,
Medicinsk Afdeling C,
Gentofte Hospital

Forholdet mellem den medicin, der udskrives til patienter, og den medicin, patienterne i virkeligheden anvender, stemmer langt fra altid overens. En række undersøgelser har forsøgt at belyse denne compliance-problematik ved at sammenligne oplysninger fra patienter, medicinskabets indhold og lægens formodning om, hvad patienten egentlig indtager. Det anslås således, at kun omkring en tredjedel af alle patienter følger de anførte forskrifter, en tredjedel følger dem delvist, mens den sidste tredjedel følger anvisningerne i så ringe grad, at det kan føre til manglende eller senere helbredelse.

Dårlig compliance kan blandt andet føre til øget sygelighed, hospitalsindlæggelse og højere mortalitet. En lang række faktorer kan alle medvirke til dårlig compliance – eksempelvis antallet af tabletter, som skal indtages pr. dag, og hvor ofte de skal tages, samt u hensigtsmæssig emballage, patientens informationsniveau, pris, bivirkninger samt om der er tale om forebyggende behandling.

Bekymring omkring bivirkninger

Med hensyn til smertebehandling gør specielle forhold sig gældende. De fleste smertepatienter er præget af kroniske non-maligne smerter, som udgør et samlet kompleks, hvori også psykiske og socio-økonomiske forhold spiller ind. Undersøgelser har vist, at patienternes bekymringer for bivirkninger har lige så stor betydning for, hvorvidt en ordineret smertebehandling overholdes, som patientens bekymringer for at opleve selve smerten. Det er således afgørende at opveje en forventet behandlingseffekt mod de bivirkninger, behandlingen kan medføre. Mange smertepatienter vil desuden være i behandling for andre samtidige lidelser som eksempelvis hjerte-kar-

sygdomme og/eller lungesygdom, hvorfor de får et betydeligt antal tabletter hver dag.

Det er derfor helt centralt at medinddrage patienten, når smertebehandlingen planlægges, at få et samlet overblik over medicinforbruget inklusiv håndkøbsmedicin og sørge for, at den samlede behandling tilrettelægges hensigtsmæssigt i forhold til de enkelte præparaters virknings- og bivirkningsprofil samt administrationsform. Realistiske mål for behandlingen skal opstilles, og behandlingseffekten monitoreres via VAS-test, eventuelt suppleret med den nyligt udviklede DoloTest®, som giver den enkelte patient mulighed for visuelt at følge effekten af behandlingen.

Undgå akkumuleret analgetikaforbrug

Ved lettere kroniske smertetilstande kan en fast døgndosering af paracetamol give et tilfredsstillende resultat, men ofte må der suppleres med anden form for analgetika – typisk milde morfika. Målet er at undgå gennembrudssmerter, og at patienten uregelmæssigt indtager forskellige, typisk kortvirkende analgetika med risiko for et akkumuleret analgetikaforbrug. I et tæt samarbejde mellem læge og patient planlægges den rette basisbehandling gennem titrering og løbende monitorering. Ofte vil denne basisbehandling bestå af fast dosis tramadol eller lavdosis buprenorphinplaster.

Der bør altid træffes faste aftaler mellem læge og patient. Herved bliver det muligt løbende at tage stilling til op- og nedtitrering af den analgetiske behandling, forebygge over- eller underbehandling samt at forbedre compliance for den enkelte patient. ■

Referencer

1. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-622.
2. Eriksen J, Jensen N-H, Sjøgren P. Praktisk klinisk smertebehandling. Munksgaard, 2000.

Mavesmerter og atypisk smertepræsentation



Af Asbjørn Mohr Drewes
professor, overlæge,
dr.med., ph.d.,
Medicinsk Gastroenterologisk
Afdeling, Aalborg Sygehus



Søren Schou Olesen
læge, ph.d.-studerende,
Medicinsk Gastroenterologisk
Afdeling, Aalborg Sygehus

Smarter i abdomen er blandt de hyppigste årsager til, at patienter henvises til gastroenterologisk speciallægevurdering.¹ Smerten er ofte diffus og uspecifikt lokaliseret med mange ledsagesymptomer, hvorfor en præcis klinisk diagnose kan være vanskelig. Den viscerale smerte har dog flere karakteristika, og et kendskab til disse kan være en hjælp i vurderingen af patienter med "ondt i maven".

Viscerale smerter opleves ofte som vage og svære at lokalisere, hvilket kan forklares ved, at de smerteførende nervefibre innoverer rygmarven diffust på mange niveauer. Desuden forekommer såkaldte meddelte smerter, som projiceres til somatiske strukturer. Baggrunden er, at primære smerteførende fibre fra de indre organer "konvergerer" med smerteførende fibre fra somatiske strukturer.² Meddelte smerter ved viscerale sygdomme er hyppigt forekommende og kan ofte være det eneste symptom. Lokalisationen er ofte typisk (venstre arm ved angina pectoris, flankeregionen ved nyrestenssmerter og højre skulderblad ved galdestensanfald), men kan i visse tilfælde være atypisk og bør overvejes hos patienter med vedvarende klager over smerter, hvor der ikke kan konstateres en abnorm årsag i området, hvor smerterne er lokaliseret. Således er der beskrevet brystsmerter ved appendicitis og smerter under højre curvatur ved Mb. Crohn i terminale ileum. En grundig anamnese og objektiv undersøgelse kan i de

fleste tilfælde give mistanke om sygdomme i indre organer, og ofte findes diskret nedsat sensibilitet og eventuelt trofiske forandringer i området, hvor smerterne er lokaliseret.³

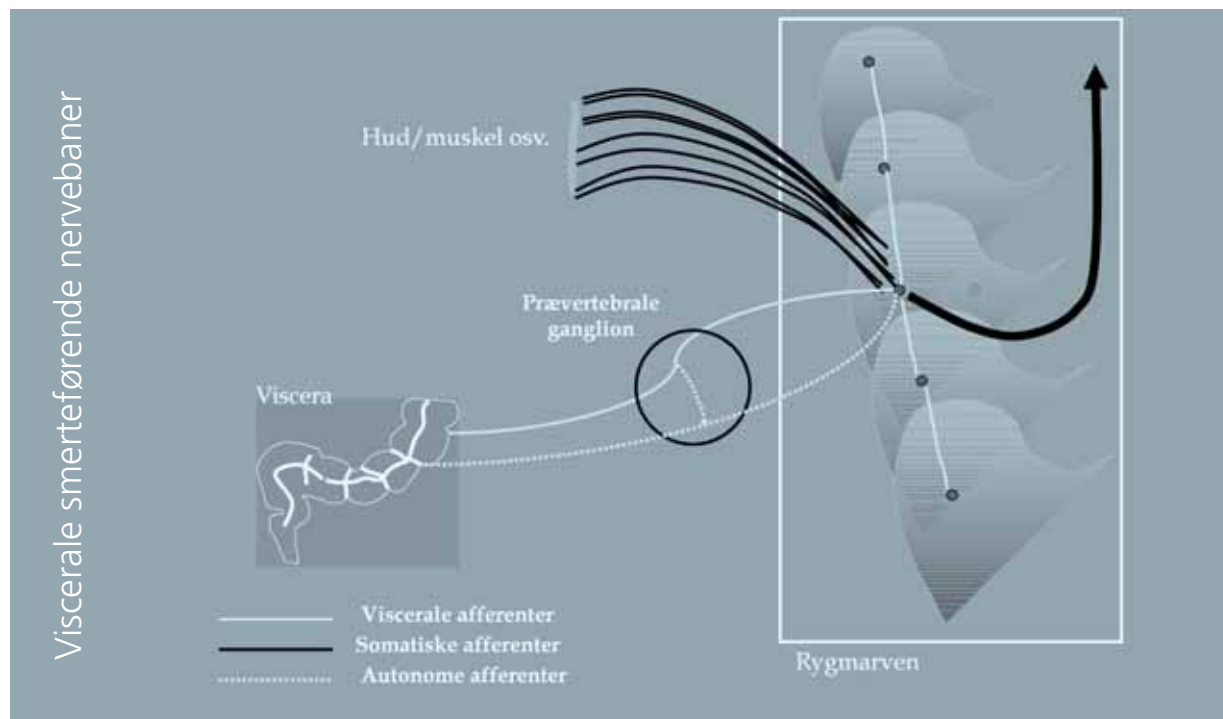
Ledsagesymptomer

Et autonomt, motorisk eller emotionelt respons er ligeledes karakteristisk for den viscerale smerte. Baggrunden er blandt andet de viscerale nervers tætte anatomiske og fysiologiske relation til både det enteriske nervesystem og de sympatiske nerver. Klinisk har patienter med viscerale smerter derfor ofte ledsagesymptomer i form af kvalme, opkastning, blodtryks- og pulsændringer, svedtendens og piloarreaktion. Desuden er øget tonus og eventuelt défense i abdominalmusklerne et hyppigt fund, specielt ved akutte mavesmerter.² Disse symptomer kan dominere sygdomsbilledet, så patienten stort set ikke opfatter smerterne.

Hos patienter med længerevarende klager over mavesmerter og nedsat livskvalitet bør atypisk smertepræsentation fra indre organer overvejes som differentialdiagnose. Henvielse til specialafdeling bør overvejes, idet man naturligvis bør begynde med at undersøge de organer, der vanligvis giver anledning til den aktuelle smertepræsentation. Udredningen bør være mere begrænset hos patienter med eksempelvis colon irritabile, hvor symptomerne er relateret til afføringsmønsteret, samt ved andre patienter, hvor der er særlig mistanke om funktionelle sygdomme. ■

KONKLUSION

Selvom symptomerne ved sygdomme i de indre organer oftest har et klassisk forløb som beskrevet i lærebøger, er abnorm smertepræsentation og autonome symptomer hyppige i klinisk praksis. Dette bør overvejes, såfremt den primære udredning og behandling ikke forløber som forventet.



Figuren illustrerer det komplicerede forløb af smerteførende fibre fra de indre organer. Der bemærkes:

- Konvergens mellem somatiske og viscerale afferente nervebaner i rygmarven.
- En diffus udbredning af viscerale afferenter på spinalt niveau.
- Konvergens mellem autonome og viscerale afferente nervebaner dels i perifere ganglier (cirkel), dels over spinale smertebuer. Disse forhold forklarer den viscerale smertes diffuse natur samt den hyppige forekomst af meddelt smerte samt autonome fænomener.

KLINISKE FUND VED VISCERALE SMERTER

Meddelt smerte.	<ul style="list-style-type: none"> • Typisk lokalisation: Smerter ved højre skulderblad under galdestensanfald. • Atypisk lokalisation: Smerter i venstre fossa ved gastro-eosophageal refluksygdom.
Sensibilitets- og trofiske forandringer i området med meddelte smerter.	<ul style="list-style-type: none"> • Nedsat sensibilitet +/- hyperalgesi. • Atrofisk hud og mindre hårvækst.
Autonome og motoriske responser.	<ul style="list-style-type: none"> • Ændringer af puls og blodtryk. • Défense musculaire.

Referencer

1. Russo MW, Wei JT, Thiny MT, Gangarosa LM, Brown A, Ringel Y, Shaheen NJ, Sandler RS. Digestive and liver diseases statistics 2004. Gastroenterol 2004;126:1448-1453.
2. Drewes AM. Visceral smerte. In: Jensen TS, Dahl BD, Arendt-Nielsen L. Editors. Smerter – en lærebog. København: FADLs Forlag 2003:153-169.
3. Giamberardino MA. Recent and forgotten aspects of visceral pain. Eur J Pain 1999;3:77-92.

Behandling af kroniske smerter i almen praksis



Af Mette Wanning
praktiserende læge,
Helsingør

Kronisk smerte er ikke en specifik sygdom, men en tilstand, som kan være fremkaldt af en vifte af lidelser, eller optræde uden at der kan påvises en specifik tilgrundliggende årsag. Den kroniske smertetilstand kan være en "ukompliceret" persisterende akut smerte. I den "komplicerede kroniske smertetilstand" er den biologiske smerte kun én dimension i en kompleks situation, omfattende også psykologiske og socio-økonomiske faktorer, som har betydning for smerteoplevelsen og det generelle funktionsniveau.

Udredningen af den kroniske smertepatient omfatter en vurdering af de forskellige dimensioners betydning, mens behandlingsindsatsen i almen praksis som hovedregel koncentrerer sig om den biologiske smertetilstand. Diagnosen er ofte uden større betydning for den medicinske behandling. Derimod er det vigtigt at analysere smertemekanismen – er der tale om vævsskade, nerveskade eller begge dele, og hvor stor betydning har de psykologiske og socio-økonomiske faktorer i det samlede billede?

Behandlingsstrategi

Der er ofte flere mekanismer involveret i smertetilstanden, og det er derfor nødvendigt at kombinere analgetika med forskellige virkningsmekanismer.

Nociceptive smerter som følge af vævsskade behandles som altid med primære analgetika, mens antiflogistika fortrinsvis forbeholdes de tilfælde, hvor der skønnes at være aktiv inflammation. Ved behov for opioidbehandling indledes med tramadol (mens kodein bør undgås, da det har beskeden smertestillende effekt og er svært obstiperende). De stærkere opioider kan anvendes med forsigtighed ved opioid-

følsomme, nociceptive smerter med henblik på at lindre smerterne og forbedre funktionsevnen. Skift til depotpræparater, når behandlingsdosis er fastlagt.

Neurogene smerter behandles med sekundære analgetika, det vil sige tricykliske antidepressiva og/eller epilepsimedicin (det vil sige generisk gabapentin eller Lyrica® (pregabalin)). Det anbefales at begynde med lave doser og titrere langsomt op af hensyn til bivirkninger. Ved generaliserede eller uklare smerter (fibromyalgi-lignende tilstande) overvejes behandlingsforsøg med sekundære analgetika. Socio-økonomiske problemer skal så vidt muligt varetages sideløbende.

Mange patienter med kroniske smerter lider også af behandlingskrævende depression eller angsttilstande, og behandling heraf kan medføre bedre effekt af den smertestillende intervention. Ved mistanke om kronificering (afgang fra arbejdsmarkedet, social tilbagevækning, depressive symptomer, familiære konflikter eller begyndende/tiltagende misbrug) bør patienterne forsøges behandlet i egentligt tværfagligt regi. Hvor psykologiske og socio-økonomiske faktorer spiller en større rolle i den samlede smertetilstand, er tværfaglig behandling nødvendig på smerteklinikker/centre med tværfagligt sammensatte behandlingsteam. ■

KONKLUSION

Kroniske smertetilstande varetages i almen praksis med medicinsk behandling tilpasset den aktuelle smertemekanisme under nøje kontrol af behandlingseffekt, bivirkninger – og ved opioidbehandling risikoen for misbrug. Hvor psykologiske og socio-økonomiske faktorer spiller en større rolle i den samlede smertetilstand, er egentlig tværfaglig behandling nødvendig.

Ny metode til smertevurdering



Af Kim Kristiansen
praktiserende læge,
Grindsted

DoloTest® er et dansk udviklet smertevurderings-system, der er ved at vinde udbredelse på hospitalsafdelinger og blandt praktiserende læger herhjemme. Undersøgelser har vist, at omkring 20% af alle voksne i hele den vestlige verden lider af kroniske smerter. De tre hovedårsager er slidgigt, følger efter traumer samt rygsmerter. Derudover viser en række undersøgelser samstemmende, at behandlere generelt har tendens til at undervurdere smerterne.

På mange danske hospitaler anvendes smertevurderinger. Dette er dog ikke i samme grad tilfældet i primærsektoren, hvilket blandt andet har ligget til grund for at udvikle DoloTest®. Den kognitive validering af DoloTest® viser, at det tager under to minutter for patienterne at udfylde testen, og der er ingen efterbehandling af data, ligesom skemaet umiddelbart forstås af både patient og behandler. På de knap to minutter får man et redskab, der både kan anvendes pædagogisk i samarbejdet med patienten, som kommunikation med andre behandlere og socialvæsen, monitorerer forløbet og er grundlag for kvalitetssikring.

Visuelt udtryk for patientens situation

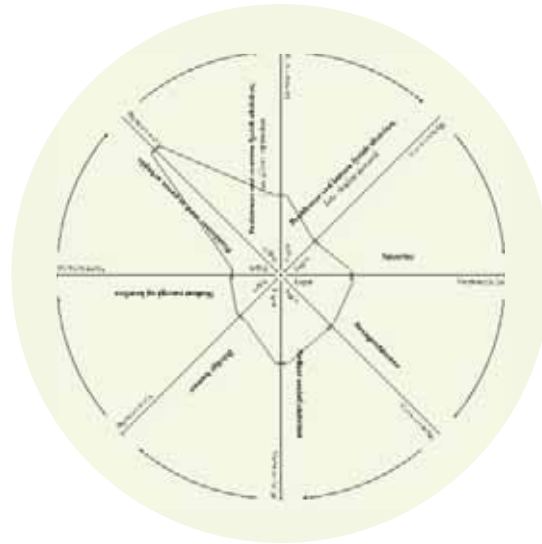
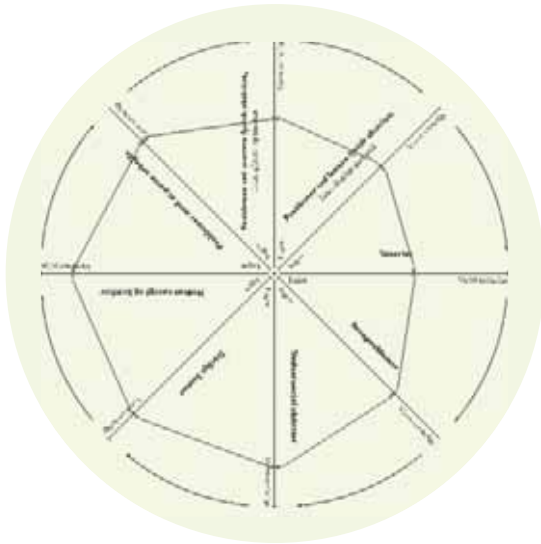
I moderne smertebehandling opfattes smerter som en biopsykosocial tilstand præget af komponenter fra nervesystemet, psykologisk påvirkning og sociale faktorer. DoloTest® tager højde for alle aspekter og er udviklet med basis i den kognitive model. DoloTest® består af otte linier, placeret som eger i et cykelhjul og markeret ved begyndelse og afslutning (se figur). Det er otte såkaldte visuel analog skalaer med det neutrale mod centrum af den figur, de danner,

og "værest tænkelige" scenarie væk fra centrum. De otte arme dækker nedenstående områder, idet patienten anmodes om at svare på:

I hvilket omfang vedkommende oplever:

- Smerter.
- Problemer med lettere fysisk aktivitet (eksempelvis daglige gøremål).
- Problemer ved sværere fysisk aktivitet (som gåture og motion).
- Problemer med at passe arbejdet.
- Nedsat energi og færre kræfter.
- Dårligt humør.
- Nedsat social aktivitet.
- Søvnproblemer.

Patienten markerer med et punkt på den aktuelle scoringslinie, i hvor udtalt grad vedkommende oplever problemer med det pågældende emne. Rent praktisk instrueres efter en patientvejledning (dokumenteret i den kognitive validering). Når alle linier er markeret, forbindes de afsatte punkter med naboliniernes punkter. Herved fremkommer en figur, der er et visuelt udtryk for patientens aktuelle situation. Jo større figurens areal er, des værre har patienten det. Modsat er det bedst at være nærmest centrum ligesom på en skydeskive.



Eksempel på DoloTest® profiler i et forløb

Relevante parametre

Den visuelle fremstilling giver et hurtigt overblik over situationen og eventuelle indsatsområder, og herudfra kan lægen spørge ind til, hvordan patienten oplever de enkelte situationer – specielt dem, der skiller sig ud – som vist i eksemplet. Skemaet gør det overskueligt at sætte mål for behandlingen og justere undervejs. Når mere end én DoloTest® er udfyldt, opstår en tredje dimension helt af sig selv – nemlig det tidsmæssige perspektiv. En fjerde dimension fremkommer, når en eller flere "arme" pludselig ændrer sig markant (kaldes en acceleration). Dette kan bruges til at identificere effektive behandlingstiltag.

De otte områder, der spørges ind til, er fundet i tæt samarbejde mellem smertelæger, reumatologer og praktiserende læger samt patienter med kroniske smerter. Andre parametre har naturligvis også betydning for smertepatienter, men resultater fra den kognitive valideringsproces bekræfter, at netop disse parametre giver et godt billede af smertepatienters situation. Den omfattende vurdering af DoloTest®, der forventes afsluttet senere på året, består af en kognitiv validering, som har vist, at smertepatienter har nemt ved at udfylde og forstå testen. Endvidere gennemføres på Smerteklinikken Vejlefyord en faktavalidering, hvor scoringerne sammenlignes med scoringer i SF-36 (en internationalt anerkendt metode til måling af smerter/livskvalitet). Læs i øvrigt mere på www.dolotest.dk

KONKLUSION

DoloTest® er både for behandleren og patienten en let og præcis metode til at få overblik over en smertepatienters situation og samtidig et grundlag for samarbejdet med patienten om at bedre situationen. På under to minutter får man et for patienten meningsfuldt redskab, der kan bruges som grundlag for smertebehandlingen både pædagogisk over for patienten, men også som kommunikationsredskab mellem behandlere og eksempelvis socialforvaltning samt til dokumentation af resultater. Samtidig giver DoloTest® en monitoring af de enkelte forløb samt en kvalitetssikring. En stor valideringsundersøgelse af DoloTest® nærmer sig sin afslutning.

Kommentar til DoloTest®

DoloTest® er et brugbart redskab i daglig praksis. Testen giver et visuelt indtryk af, om smerterne lindres, og hvor patienten er mest plaget. Samlet giver den et grundlag for, hvordan vi skal intervenere. Endvidere er testen en indgangsvinkel til at tale med patienterne om problemer, der ofte er u håndgribelige og ubehagelige.

Peter Jepsen, praktiserende læge, Kolding

Udredning af neurogene smerter



Af Nanna Brix Finnerup

læge,
Dansk Smerteforskningscenter,
Aarhus Universitet,
og Paraplegifunktionen,
Viborg Sygehus

Neurogene smerter er sekundære til en læsion eller sygdom i det perifere eller centrale nervesystem. Neurogene smerter beskrives ofte (men ikke nødvendigvis) som brændende, jagende, prikkende/stikkende eller strammende og kan være ledsaget af smerter provokeret af let berøring samt kolde eller varme stimuli, der under normale forhold ikke er smertefulde (allodyni). Neurogene smerter er typisk ikke relateret til, at patienten bevæger det område, hvor smerterne er lokaliseret.

Diagnosen neurogene smerter baseres på følgende kriterier:¹

- En smerte opstået efter en skade eller sygdom i nervesystemet og gerne en diagnostisk test, eksempelvis MR-scanning eller neurofysiologisk undersøgelse, der bekræfter en sådan skade.
- En smerteforgrening, der neuroanatomisk er plausibel med skaden.
- Negative og/eller positive sensoriske forstyrrelser i innervationsområdet for den perifere nerve/nerved eller i et område repræsentativt for skaden i centralnervesystemet.

Sensoriske forstyrrelser

Sensoriske forstyrrelser kan således være nedsat sensibilitet til mekaniske eller termale stimuli og/eller øget sensibilitet i form af allodyni eller hyperalgesi (øget smerterespons på smertefulde stimuli). I mange tilfælde kan sensoriske forstyrrelser konstateres ved en standard neurologisk undersøgelse, men hos nogle patienter vil kvantitative sensoriske test med eksempelvis bestemmelse af varme og kulde detek-

tions- og smertetærskler være nødvendige. Der kan i nogle tilfælde desuden være behov for at udelukke nociceptiv smerte ved yderligere test – for eksempel via røntgen eller MR-scanning. ■

NEUROGENE SMERTER

Neurogene smerter kan opstå efter næsten enhver skade eller sygdom i det perifere eller centrale nervesystem. Neurogene smerter er for eksempel hyppige ved diabetisk eller alkoholisk neuropati, rygmarvsskade, cancer og efter traumer. Neurogene smerter er også hyppige efter større operationer som eksempelvis amputation eller mastectomi, men kan også forekomme efter en mere simpel operation som herniektomi.

Reference

1. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70:1630-1635.

Medicinsk behandling af kroniske komplekse smerter



Af Gitte Handberg

specialeansvarlig overlæge,
Smertecenter Syd,
Odense Universitetshospital

Målet med behandling af kroniske smertepatienter er ikke smertefrihed. Derimod stiles mod en passende smertelindring med balance mellem behandlingseffekt og de bivirkninger, der følger enhver medicinsk intervention. Det er vigtigt, at både behandler og patient er sig dette bevidst, idet stræben efter smertefrihed kan resultere i et uhensigtsmæssigt stort medicinforbrug.

Ca. 20% af den danske befolkning har ikke-maligne smerter af mere end seks måneders varighed. På landsplan lider mange tusinde således dagligt af smerter. Langt de fleste klarer sig selv eller behandles af praktiserende læger, og kun en mindre del med komplicerede kroniske smertetilstande behandles i specialiserede tværfaglige smertecentre. Primært forsøges disse patienter behandlet med tricykliske antidepressiva som Noritren® (nortriptylin), Saroten® (amitriptylin) og Amitriptylin "DAK" (amitriptylin) samt antiepileptika som det generiske antikonvulsivum gabapentin.

Komplicerede kroniske smerter karakteriseres ved, at der klinisk ikke er en umiddelbar forståelig sammenhæng mellem vævsskade, smerteklage og smerteadfærd, ligesom smerten typisk har bredt sig ud over anatomisk afgrænsede innovationsområder. Disse tilstande er typisk ikke særligt følsomme for hverken paracetamol eller NSAID-præparater. Stofferne seponeeres derfor ofte som noget af det første, når patienterne kommer i behandling på Smertecenter Syd på Odense Universitetshospital – uanset om patienten er i opioidbehandling eller ej. Årsagen til den manglende effekt kan være, at de neuroplastiske forandringer, der ligger til grund for smertesyndromer-

ne, ikke er særligt følsomme over for de nævnte præparater.

Antidepressiva og antiepileptika

Tricykliske antidepressiva og antiepileptika er effektive ved kronisk komplekse smertetilstande. Førstevalgspræparatet ved såvel neuropatiske som nociceptive smerter bør være amitriptylin eller nortriptylin, og der kan med fordel indledes med lav dosis (10-25 mg). Herefter kan dosis øges hver fjerde til syvende dag til en døgndosis på 50 mg. Serumkoncentrationsværdier bør bestemmes ved døgndosis på 50 mg, idet der er store individuelle variationer i farmakokinetikken af disse præparat typer, og først ved serumkoncentrationer over 300 nanomol/l kan det afgøres, om der er effekt i form af smertelindring.

Der er en lineær sammenhæng mellem døgndosis og serumkoncentrationer, og opnås eksempelvis en serumkoncentration på 100 nanomol/l ved en døgndosis på 50 mg, kan dosis rimeligvis øges til 150 mg pr. døgn. Ved behandlingens påbegyndelse bør der tages EKG for at sikre, at patienten ikke har overledningsforstyrrelser. Generes patienten af for mange bivirkninger, eller er der kontraindikation mod tricykliske antidepressiva, kan gabapentin forsøges. Ved behandling med gabapentin indledes med 300 mg x 1 (tages før sengetid), hvorefter dosis langsomt trappes op. Bemærk, at døgndosis hos nogle patienter skal op på 3600-4800 mg, før der er fuld effekt.

Behandling med opioider

Det gælder generelt for patienter, der henvises til tværfaglig smertebehandling, at der lægges op til intervention gennem mange år – et aspekt, der skal



medtages i vurderingen af, om patienten skal tilbydes opioidbehandling. Der er ingen "skabelon" for, hvilke smertepatienter, der i givet fald kan profitere af morfika, hvorfor man i klinikken er overladt til individuel vurdering med grundig opfølgning af effekten.

Traditionelt inddeles opioider i svage (codein, tramadol) og stærke (eksempelvis morphin og Ketogan® Komb (dimethylaminodiphenylbuten, ketobemidon). Denne inddeling er ved at glide ud til fordel for blot at betragte alle typer som opioider. Tramadol og codein er begge pro-drugs, der omsættes i organismen til aktivt stof, og ca. 7% af befolkningen kan ikke eller kun langsomt omsætte disse præparater, hvorfor de næppe har fuld effekt hos disse patienter.

Udvikling af tolerans er et frygtet, men sandsynligvis overfortolket emne i opioid-behandlingen. Kun få videnskabelige undersøgelser har systematisk analyseret dette fænomen, og som læge er man derfor overladt til prosaiske beslutninger. Udvikling af tolerans ved kronisk smertebehandling sker ikke akut, men over uger til måneder – og eventuelt år. Det forekommer dog sjældent og kan i givet fald undgås ved at øge døgndosis successivt, dog er det næppe nødvendigt at øge dosis med mere end maksimalt 25%. Ved manglende effekt heraf eller tilsyneladende hur-

tig udvikling af tolerans kan en del patienter have glæde af opioidrotation.

Opioidrotation

En sufficient opioidbehandling ved kroniske smertetilstande kræver et individuelt forløb og tæt samarbejde mellem læge og patient, ligesom det er nødvendigt med nøje justering af medicindoser samt observation af bivirkninger. Dosis og bivirkninger skal sammenholdes med smertelindringen og ved utilstrækkelig effekt, toleransudvikling eller generende uacceptable bivirkninger bør opioidrotation overvejes. Ved omlægning af opioider anvender vi på Smerotecenter Syd, Odense Universitetshospital en omregningstabel (se tabel side 16).

Peroral dosis pr. døgn beregnes ud fra disse omregningsfaktorer og kan justeres afhængig af effekt og bivirkninger. Dog kan der være forskel på omregningsfaktorer afhængig af, hvilken vej præparaterne omlægges – eksemplvis Contalgin® (morphin) til Metadon (methadon) (10:1), Metadon (methadon) til Contalgin® (morphin) (1:5, eventuelt 1:3). En opioid-omlægning bør så vidt muligt ikke ske op til weekend eller helligdage, da patienten skal have mulighed for at kunne kontakte læge/sygeplejerske indledningsvis i omlægningsfasen.



Principper for behandling af komplicerede kroniske smertetilstande med opioider:

- Anvend udelukkende langtidsvirkende opioider.
- Brug kun ét opioid.
- Anvend samme doser ligeligt fordelt over døgnet.
- Ingen p.n.-ordinationer.
- Ingen injektioner.
- Anvend lavest mulig dosis.

OMREGNINGSTABEL VED OPIOIDROTATION

FRA peroral	TIL peroral	Omregningsratio
Ketogan® Komb	Contalgin®	1:2
Ketogan® Komb	Metadon	5:1
Ketogan® Komb	OxyContin®	1:1
Fortral	Contalgin	6:1
Fortral	Metadon	16:1
Fortral	OxyContin®	10:1
Mandolgin®	Contalgin®	5:1
Mandolgin®	Metadon	50:1
Mandolgin®	OxyContin®	10:1
Contalgin®	Metadon	10:1
Contalgin®	OxyContin®	1,5:1
OxyContin®	Contalgin®	1:1,5
OxyContin®	Metadon	5:1
Kodein	Contalgin®	10:1
Kodein	Metadon	100:1
Kodein	OxyContin®	15:1
Petidin	Contalgin®	8:1
Petidin	Metadon	80:1
Petidin	OxyContin®	12:1
Opidol	Contalgin®	1:8
Metadon	Contalgin®	1:5, eventuelt 1:3
Metadon	Ketogan	1:3
Durogesic® (fentanyl)	Contalgin®	25 mikrogram/t: 60 mg pr. døgn
Norspan®, Temgesic® (buprenorphin)	Contalgin®	5 mikrogram/t: 5-10 mg pr. døgn

Tabellen viser de omregningsfaktorer (fra et opioid til et andet), som anvendes ved Smertecenter Syd, Odense Universitetshospital.

DOSERINGSHYPPIGHED

Præparat	Antal doser pr. døgn
Tablet Contalgin®	3 (eventuelt 4)
Mixtur/tablet Metadon	3-5
Tablet OxyContin®	2 (eventuelt 3)

Tabellen viser anbefalet doseringshyppighed for de nævnte præparater.

Referencer

1. Jørgen Eriksen, et al. Praktisk klinisk smertebehandling. Munksgaard, København 2000.
2. Troels Staehlin Jensen, et al. Smerter, en lærebog. FADLs Forlag, København 2003.
3. Mads Werner, et al. Smärter och smärtebehandling, Lider AB, Stockholm 2003.

Skift mellem opioider

Af Gitte Juhl

overlæge,
Tværfagligt Smertecenter,
Herlev Hospital

Skift fra et opioid til et andet benævnes opioidskit, og formålet er at opnå den bedst mulige smertelindring med færrest mulige bivirkninger. Den væsentligste årsag til at skifte til et andet opioid er uacceptable bivirkninger, eksempelvis i form af sløvhed, træthed, kvalme eller forstoppelse. Der kan også være andre situationer, hvor man kan overveje at skifte opioid – for eksempel ved aftagende effekt eller utilfredsstillende smertelindring, men i praksis er bivirkningerne den egentlige årsag.

Der er ingen overordnet algoritme for, hvordan der bør skiftes mellem opioider, hvorfor det i praksis gøres forskelligt, herunder også på smertecentrene. Afhængig af det nye opioid er det nødvendigt at kunne følge patienterne tæt. Eksempelvis kræver skift til metadon en meget intens kontrol og dybdegående farmakokinetisk indsigt.

Opmærksomhed på indikation og dosis

Ved manglende effekt trods stigende doser er det vigtigt at vurdere, om smerterne er opioidfølsomme. En af de hyppigste årsager til henvisning til smerteklinikkerne som følge af utilstrækkelig smertelindring er, at neurogene smerter overses. Hvis opioiddosis er større end svarende til 100 mg morfin (50 mg Oxy-Contin®), og hvis dosis eskaleres med under tre-seks måneders mellemrum, bør diagnosen revurderes, ligesom patientens samlede socio-økonomiske og psykiske situation bør gennemgås. Kontakt og eventuel henvisning til smertelæge/smertecenter er relevant i sådanne situationer.

Reducer dosis ved skift

På Tværfagligt Smertecenter på Herlev Hospital anvendes i praksis alle opioider, der p.t. er markedsført i Danmark. Er patienten eksempelvis i behandling med 100 mg Contalgin®, kan der ofte uden problemer skiftes til et andet opioid. Da ækvipotens ikke er lineær – især ikke ved højdosis behandling – er selve skiftet en oplagt mulighed for samtidig at reducere døgndosis med 33-50%. Derudover er patienterne ofte overdoseret og vil kunne klare sig med en lavere dosis, uden at smertelindringen mindskes. Det er vigtigt at huske, at patienten skal have mulighed for at tage ekstra medicin ved behov (ca. 15% af den samlede døgndosis pr. gang), eksempelvis ved genembrudssmerter og abstinenser, når der skiftes til et andet præparat, og/eller hvis dosis reduceres. Efter tilendebragt skift bør p.n.-forbruget som hovedregel seponeres. ■

INDIKATION FOR SKIFT MELLEMM OPIOIDER

Der er indikation for at skifte til et andet opioid ved:

- Uacceptable bivirkninger af et opioid.
- Utilfredsstillende smertelindring.
- Hurtig toleranceudvikling for det anvendte opioid.

Kroniske smerter og livskvalitet



Af Lisbeth Stampe Frølich

cand.psych.aut.,
Tværfagligt SmerteTeam,
København

Kroniske smerter kan bedst forstås som en tilstand snarere end en sygdom, der kan kureres, og det må betragtes som en form for handicap, hvis patienten stadig har ondt, når alle behandlingsmuligheder er forsøgt. Ud over den konstante smerte bliver patienterne også ofte konfronteret med en lang række tab. Det er almindelige daglige gøremål, de ikke længere magter – eksempelvis tabt erhvervsevne, begrænsede eller ingen muligheder for fysisk aktivitet, færre kræfter til den daglige husholdning og et stærkt begrænset overskud til socialt samvær.

Det er umådeligt ressourcekrævende at udholde smerter, og de resterende kræfter er hurtigt opbrugt. Det er ikke vanskeligt at forestille sig, at en tidligere sund og aktiv person derfor kan blive psykisk belastet af kroniske smerter. Mange patienter føler sig da også rådvilde, når de ikke er i stand til at reagere som tidligere – de føler sig fortabt i en ubehagelig situation, de ikke kan se en ende på. En almindelig reaktion er at sætte livet på en slags "stand-by" og vente på, at alt bliver godt igen. Problemet er blot, at tilværelsen ikke bliver som før, og livskvaliteten svinder i takt med, at livsindholdet begrænses.

Accept af situationen

Heldigvis er det muligt at forbedre livskvaliteten hos kroniske smertepatienter, selv om smerteniveauet ikke kan ændres væsentligt. Det første, stadigt tilbagevendende og absolut vigtigste skridt er at acceptere, at smerterne er kroniske og ikke forsvinder. Accepten må ikke forveksles med, at patienten giver op, men skal opfattes som indledningen til igen at kunne overskue at komme ud af "stand-by" positionen og på ny forme en acceptabel tilværelse.

Gradvist må patienten erkende, hvilke aktiviteter og kompetencer vedkommende har mistet. Samtidig er det en stor opgave at finde ud af, hvad der er muligt trods smerterne. Hvordan kan vedkommende igen dyrke sport og tage del i sociale aktiviteter? Med tiden vil patienten skridt for skridt finde fodfæste i en om end forandret, så meningsfuld og indholdsrig tilværelse. Det er dog ikke en let proces, og ofte vil patientens egne forestillinger om, hvad vedkommende kunne før og forventer af sig selv være en væsentlig hindring. Eksempelvis kan det være en stor overvindelse at gå med stok, bede om hjælp eller ikke længere kunne passe børnebørnene. Samtidig kan også mere praktiske og økonomiske forhold vanskeliggøre, at patienten kommer videre på en tilfredsstillende måde.

Markant bedre livskvalitet

Behandlingen på tværfaglige smertecentre søger at hjælpe patienterne på vej i forandringsprocessen. Netop fordi smertetilstanden påvirker både biologiske, psykologiske og sociale forhold, er smertecentrenes tilbud en tværfaglig indsats. Med fordel kan hjælpen tilbydes gruppevis, da problemerne opleves mere håndterbare, når patienterne får støtte og inspiration fra andre patienter. At blive forstået uden at skulle ud i mange forklaringer er ofte en enorm lettelse.

Et vigtigt mål i behandlingen er, at patienten lærer at anvende de knappe ressourcer mest optimalt. Alle kræfter bør således ikke bruges på pligter, men spares til energigivende og opløftende aktiviteter. At gøre gode ting for sig selv fungerer som en nødvendig modvægt til de konstante smerter og fører til et positivt livsindhold. Når smertepatienter – med eller uden hjælp – kommer godt i gang med denne forandringsproces, oplever langt de fleste en markant bedre livskvalitet trods smerterne. ■

Hvilken medicin til hvilke smerter?



Af Niels-Henrik Jensen
overlæge,
Tværfagligt Smertecenter,
Herlev Hospital

Set med "smertelægens øjne" siger en diagnose som cancersmerter, rygsmerter, fibromyalgi med videre sjældent noget om den eller de medikamentelle behandlingsmuligheder. Som læge er man nødt til på baggrund af en smerteanalyse – det vil sige anamnese og objektiv undersøgelse – først at identificere de involverede smertemekanismer og -typer og dernæst vælge lægemiddel. Den følgende skematiske oversigt kan måske være en hjælp ved valget af relevant medicin.

PRIMÆRE ANALGETIKA		
INDIKATION(ER)	NON-OPIOIDER	DOSIS
<ul style="list-style-type: none">• Nociceptive inflammatoriske smerter	NSAID som ibuprofen eller diklofenak	400-600 mg x 3-4 dagligt 75 mg x 2 dagligt
<ul style="list-style-type: none">• Nociceptive non-inflammatoriske smerter	Paracetamol	1 g p.n. stigende til 1 g x 3-4 dagligt
	OPIOIDER	
<ul style="list-style-type: none">• Nociceptive og neurogene smerter	Buprenorfin, fentanyl, hydro-morfon, morfin, metadon, oxycodonhydroclorid, tramadol Obs: Ingen dokumenterede fordele ved et stof frem for andre. Tramadol og morfin er førstevalg	Individuel

SEKUNDÆRE ANALGETIKA

INDIKATION(ER)	ANTIDEPRESSIVA	DOSIS
• Neurogene smerter	TCA: Amitriptylin	10 mg vesp stigende til max. 75-100 mg vesp (sederende sidevirkning: Tages 1-2 timer før sengetid)
• Neurogene smerter	TCA: Imipramin	10 mg x 1 stigende til 10-25 mg x 3 dagligt
• Neurogene smerter	TCA: Nortriptylin	10 mg x 2 stigende til 10-25 mg x 2-3 dagligt (aktiverende sidevirkning: Tages morgen samt tidlig eftermiddag)
• Neurogene smerter	SNRI: Duloxetin	30 mg dagligt stigende til 60-120 mg dagligt
• Neurogene smerter	SNRI: Venlafaxin	75 mg dagligt stigende til 175-225 mg dagligt

INDIKATION(ER)	ANTIKNVULSIVA	DOSIS
• Trigeminusneuralgi	Carbamazepin	100 mg vesp. stigende med 100 mg hvert 3.-5. døgn til 500-800 mg x 3 dagligt
• Restless legs • Neurogene smerter • Muskelkramper	Clonazepam	0,5 mg vesp. stigende til 2-4 mg fordelt på 2-3 doser (sedativt)
• Restless legs • Neurogene smerter • Muskelkramper	Gabapentin	300 mg vesp. stigende hvert 3.-5. døgn med 300 mg til 600-900 mg x 3-4 dagligt
• Restless legs • Neurogene smerter • Muskelkramper	Pregabalin	25 mg x 2 dagligt langsomt stigende til 300 mg x 2 dagligt

TCA: Tricyklisk antidepressiva. SNRI: Serotonin-noradrenalin reuptake-hæmmer.

SSRI (selektiv serotonin reuptake-hæmmer)-præparater har sjældent plads i smertebehandlingen som følge af høj NNT-værdi.

SUPPLERENDE BEHANDLING

INDIKATION(ER)	LÆGEMIDDEL	DOSIS
• Kolikssmerter • Tenesmi • Muskelspasmer/kramper • Neurogene smerter	Baclofen	5 mg x 2-3 dagligt stigende til 25 mg x 3 dagligt per os (sederende)
• Smerter udløst af knoglemetastaser	Bisfosfonater	Zometa® 4 mg iv. hver 3.-4. uge
• Abstinenshæmning • Svedeture om natten • Kløe	Clonidin	25-50 µg x 3-4 dagligt per os
• Avanceret cancer med neurogene smerter, terminal fase	S-ketamin	Kontinuerlig infusion med pumpe af 0,5 mg/kg/døgn stigende til 2 mg/kg/døgn subkutant tilsat midazolam 0,1-1 mg/time + eventuelt opioid
• Neurogene smerter udløst af knoglemetastaser • Almensymptomer ved cancer	Prednisolon	10-25 mg mane eller som akut intervention 100-150 mg mane med nedtrapning efter 7 døgn til 10-25 mg mane. Bemærk: Prednisolon 25 mg per os = betametason 4 mg im/iv = metylprednisolon 20 mg iv
• Opioid-induceret sedation • Udtalt træthed • Kvalme • Sygdomsfølelse	Psykostimulantia	Metylphenidat 10 (20) mg x 2-3 dagligt. Modafinil 100 mg x 2-3 dagligt. (Cave: Tolerance, afhængighed, hallucinationer, søvnløshed)
• Blærespasmer	Tolterodin	Detrusitol® Retard 2,8 mg dagligt