

Farmakologisk smärtbehandling

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Bjarne Sörensen, överläkare, anestesikliniken Växjö

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Smärtanalys.....	2
1.2	Smärtmekanismer.....	2
1.2.1	Nociceptiva smärtor.....	2
1.2.2	Neuropatiska smärtor.....	2
1.2.3	Idiopatiska smärtor.....	2
1.2.4	Psykogena smärtor.....	2
1.3	Sensitisering.....	2
2	Behandling.....	3
2.1	Behandlingsprinciper.....	3
2.2	Nociceptiv smärta.....	3
2.3	Nociceptiv smärta – muskelsmärta.....	4
2.4	Neuropatisk smärta.....	4
2.5	Fibromyalgi och andra långvariga smärttillstånd med kraftigt inslag av sensitisering.....	6

1 Inledning

1.1 Smärtanalys

Innan man tar ställning till farmakologisk smärtbehandling bör man göra en smärtanalys. Smärtanalysens syfte är att fastställa vilken typ av smärta patienten har (smärtmekanism) och i vilken vävnad den har sitt ursprung. Smärtanalysen grundar sig på anamnes, status och helst en smärteckning.

1.2 Smärtmekanismer

Traditionellt indelar man smärtor i nociceptiva smärtor, neuropatiska smärtor (perifera resp. centrala), idiopatiska smärtor samt psykogena smärtor.

1.2.1 Nociceptiva smärtor

Smärtor som har sitt ursprung i retning av nociceptorer. Exempel är smärtor till följd av skador, operationer, inflammationer eller vävnadsdestruktion som vid cancer.

1.2.2 Neuropatiska smärtor

Smärtor som har sitt ursprung i skador på nervsystemet, antingen det perifera eller det centrala. Exempel är diabetesneuropati, postherpetisk neuralgi (perifera nervsystemet), MS och smärta efter stroke (centrala nervsystemet). Tecken på ett skadat nervsystem är neurologiska bortfallssymtom (t.ex. sensibilitetsstörning) inom den skadade nervens utbredningsområde. Den befintliga skadan skall kunna korreleras till smärta och klinisk bild. Vid skador i centrala nervsystemet kan den kliniska bilden vara komplex. Observera att neuropatiska smärtor kan uppträda en tid efter den aktuella skadan.

1.2.3 Idiopatiska smärtor

Smärtor som inte kan förklaras av någon annan mekanism. (Se Sensitisering)

1.2.4 Psykogena smärtor

Rent psykogena smärtor är sannolikt sällsynta. Däremot kan all smärta upplevas som mer intensiv i samband med oro, nedstämdhet och sömnbrist.

1.3 Sensitisering

All smärta kan förstärkas av att nervsystemet förändras, sensitiserar. En sensitisering kan vara perifer eller central. Perifer sensitisering visar sig som ömhet och kraftigare smärta runt skadestället. Central sensitisering visar sig som att smärtan upplevs som mer diffus och sprider sig från det ursprungliga skadestället. Patienten uppvisar en onormal ömhet (allodyn = smärta som framkallas av normalt inte smärtsamt stimulus) och en hyperalgesi (= onormalt kraftig smärteaktion på ett smärtstimulus). Ett annat vanligt tecken är kvarstående smärta efter undersökning som tyder på en defekt endogen smärthämning. En sensitisering är i tidigt skede reversibel men kan efter varierande tid bli permanent. Många av de patienter vars smärta klassificeras som idiopatisk har en

kvarstående sensitisering men det ursprungliga nociceptiva eller neuropatiska inslaget har försvagats eller försvunnit.

2 Behandling

2.1 Behandlingsprinciper

Akuta smärtor skall behandlas kraftfullt. Det kan bli aktuellt med kombinationer av olika preparat. Målsättningen är att patienten skall kunna leva så normalt som möjligt. Insatt behandling behöver utvärderas för dosjustering och ev. preparatbyte.

Tiden för utvärdering behöver relateras till läkemedlets halveringstid. Full effekt kan förväntas när man nått jämnviktskoncentration i blodet (vanligen efter 5 halveringstider).

Som hjälpmedel vid utvärderingen kan man be patienten bedöma smärta just nu, max smärta resp. minsta smärta senaste veckan med siffror (NRS) eller med hjälp av en VAS-sticka.

Långvariga smärtor innebär en terapeutisk utmaning. Om nervsystemet är sensitiserat har smärtdämpande läkemedel i regel begränsad effekt. Det är av största vikt att läkemedelsbehandlingen utvärderas kritiskt och att överksamma preparat sätts ut. Vanebildande preparat bör om möjligt undvikas åtminstone för kontinuerlig behandling. Om sådan behandling ändå är nödvändig bör retardformer väljas.

Då långvariga smärtor i många fall kan förväntas bli bestående har patienterna ofta behov av rehabiliteringsåtgärder för förbättrad hantering av smärta och alla de konsekvenser för livsföringen som smärtan för med sig.

2.2 Nociceptiv smärta

TENS och Akupunktur kan provas. Kan ha bra effekt hos vissa patienter.

Paracetamol

högst 4g/dygn till vuxen (>50kg).

COX-hämmare (NSAID)

Observera kontraindikationerna.

Bör provas i maxdos (om lämpligt) innan man anger att det inte hjälper.

Eftersom det har en annan verkningsmekanism än paracetamol så kan dessa mycket väl kombineras.

I ekvipotenta doser bör alla NSAID ha samma effekt. Det förekommer dock att olika personer upplever olika smärtlindring av olika NSAID. Man kan kanske byta NSAID någon gång men för många byten är troligen slöseri med tid och pengar. Den femte typen har troligen inte bättre effekt än de fyra tidigare sorterna.

Opiater

Det är viktigt att komma överens om vad behandlingen skall leda till i förbättrad funktion innan den påbörjas. Om framgången uteblir så omprövas behandlingen. Ibland är det bättre med låg dos av stark opiat än hög dos av svag opiat.

Risk för beroende och missbruk måste beaktas.

Ju snabbare peakeffekt desto större är risken för utveckling av beroende/missbruk. Om patienten är missbruksbenägen och man ändå kommer överens om att behandla med opiat så bör man ge en dos som är tillräckligt stor. En för låg ordinerad dos opiat ger lättare missbruk/missbruksbeteende.

Om man beslutar sig för opiatbehandling av långvarig nociceptiv smärta bör man använda ”retard beredningar” ex. Tramadol retard, Dolcontin (*morfin depottablett*) m.fl. Många äldre får biverkningar av Tramadol i form av yrsel och illamående. För att minska risken för biverkningar bör man alltid ge tramadol i retardform i lägsta möjliga dos och ge första dosen till natten

Ett annat alternativ är Norspanplåster (*buprenorfin*). Det är påtagligt dyrare än alternativen.

Opiater skall i allmänhet kombineras med laxantia (ej bulkmedel)

2.3 Nociceptiv smärta – muskelsmärta

Rekommenderas även behandling med muskelavslappnande och/eller antidepressiva.

Muskelavslappnande

Paraflex (*kloroxazon*)250mg 1/2-2 tabletter 2-4 ggr dagligen – hitta rätt dos.

Norfex (*orfenadrin*)100mg 1 tablett 1-3 ggr dagligen

Sobril (*oxazepam*) kan ge ett beroende men kan vara adekvata under en begränsad tid. Behandlingstiden bestäms innan behandlingen påbörjas.

Tricykliska antidepressiva

kan ha effekt vid olika typer av muskelsmärtor. Smärtpatienter är ibland mycket känsliga för biverkningar. Starta därför behandlingen mycket försiktigt, T. Saroten /Amitriptylin 10mg 1/4-1/2 tablett t.n.(2,5-5mg) och öka sakta varje vecka. För att veta om medlet har effekt ökas dosen successivt till 150mg t.n. och kvarhålls 8-12 v. Har man inte någon effekt av denna dos har medlet ingen effekt. Trappas då ut på 2-4 veckor: Blir patienten väl hjälpt av medlet så kvarhålls den dos som hjälpte i 6-12 månader. Därefter sänks dosen stegvis med 2 månaders intervall. Målet är att finna lägsta effektiva underhållsdos.

Sjukgymnastik är oftast nödvändigt vid svårare eller återkommande muskelsmärteproblem.

2.4 Neuropatisk smärta

Trigeminusneuralgi pröva först Karbamazepin.

TENS kan ha god effekt.

Antiepileptika

Gabapentin prövas ut. Beroende på patient kan det vara rimligt att börja med 100-300mg x3 och titrera upp till effektiv dos. Om patienten inte har någon effekt av 3600mg/dygn är det ingen idé att gå högre i dos. Gabapentin trappas ut under 1-2 veckor när man skall sätta ut det.

Lyrica/ Pregabalin har en verkningsmekanism som mycket liknar gabapentin men är dyrare.

Andra antiepileptika kan prövas vid utebliven effekt av gabapentin/pregabalin. De olika grupper antiepileptika som finns har olika verkningsmekanism. Om en grupp inte fungerar så kan en annan grupp fungera.

Antidepressiva

TCA (Tricykliska antidepressiva) ex. Saroten/ Amitriptylin eller Klomipramin är välbeprövade medel som kan hjälpa. För dosering se ovan under nociceptiv smärta.

Cymbalta (*duloxetine*) SNRI preparat. Godkänt för behandling av smärtsam diabetesneuropati.

Lokalbehandling

Versatis (Lidocain plåster) Har en bedövande effekt. Lämpligt att använda till patienter med överkänslighet (allodyni) i huden. Plåstret sitter på i 12 timmar och pat. är utan plåster i 12 timmar. Full effekt kommer ibland efter några dagars behandling. På grund av priset skall det användas när det inte fungerar med antidepressiva eller antiepileptika.

Opiater

- Om det är lämpligt att behandla patienten med opiater.

Svaga

Tramadol har troligen en bättre effekt mot neurogen smärta än de andra opiaterna. Då tramadol har en viss serotoninåterupptagshämmande effekt finns det risk för karftiga serotoninerga biverkningar vid kombination med SSRI eller TCA.

Buprenorfin kan ha en bättre effekt mot neuropatisk smärta än vad morfin/kodein har.

Starka

Dessa kan hjälpa men man behöver ofta högre doser än vid nociceptiv smärta.

Börja med Dolcontin (*morfin depottablett*).

Oxicodon kan ha bättre effekt än morfin hos vissa patienter med nervsmärtor.

(Metadon har även en NMDA-receptor blockerade effekt och kan därför ibland

fungera när andra opiater fungerar dåligt. Man bör vara medveten om dess speciella farmakokinetik).

Större risk för tillvänjning och beroende om man använder preparat som ger en snabb serumkoncentrations ökning. Man skall därför använda retardberedningar. Bland retardberedningarna har OxyContin (*oxycodon*)/Targiniq (*oxycodon+naloxon*) snabbare upptag än vad man får av Dolcontin.

2.5 Fibromyalgi och andra långvariga smärttillstånd med kraftigt inslag av sensitisering

Om det finns nociceptiva inslag i smärtan från t.ex. muskelspänningar kan paracetamol vara till viss hjälp. Fulldos måste ofta användas för att få effekt. Eftersom smärtnivån ofta varierar mellan olika dagar kan patienterna instrueras att använda analgetika i fulldos under ”dåliga dagar” och däremellan undvika smärtstillande. Det finns viss dokumentation för att Saroten / Amitriptylin i dos 10-75 mg kan ha symtomlindrande effekt särskilt när det gäller sömn hos patienter med fibromyalgi. Patienterna är ofta biverkningskänsliga och man måste börja med låg dos (2,5-5mg) och långsamt trappa upp. Pregabalin och duloxetin saknar indikation fibromyalgi i Europa på grund av att dokumentationen anses för svag. Det finns viss dokumentation för gabapentin resp. venlafaxin men dessa saknar också indikation fibromyalgi. Venlafaxin kan dock vara lämpligt att använda vid fibromyalgi med samtidig depression. Observera att venlafaxin ibland höjer blodtrycket.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.