

Kan neuropatisk smärta handläggas på tio minuter?

■ I november 2008 publicerade Läkartidningen en serie artiklar om neuropatisk smärta (NPS). I LT 4/2009 redovisar Lövander m fl resultatet av ett grupparbete om snabbdiagnostik, på 10 minuter, av neuropatisk smärta [1]. NPS anses vara svårt både att diagnostisera och behandla, och enkla riktlinjer med hög diagnostisk träffsäkerhet skulle vara välkomna, särskilt i primärvården.

Därför är det olyckligt att den aktuella artikeln innehåller en rad felaktigheter, delvis av grundläggande karaktär, och dessutom saknar en del viktiga aspekter. Ska man följa råden i artikeln räcker det i de flesta fall sannolikt inte med 10 minuters handläggning. Förutom det rent somatiska sjukdomsinnehållet har man klokt nog haft med också sociala, psykosociala och kulturella faktorer. I de enklaste fallen, t ex vid en uppenbar postherpetisk neuralgi eller polyneuropatirelaterad smärta hos en patient med känd diabetes, kan förenklingar nog fungera, men det är inte för dessa som riktlinjer behövs.

Alltför mycket i artikeln är inte evidensbaserat. Som alltid har man begränsat utrymme vid publicering av en artikel, men brist på utrymme kan inte förklara artikelns påtagliga brister. Eftersom vi sedan många år engagerat oss i utbildningen om NPS, inte minst med inriktning mot primärvården, ska vi här försöka korrigera en del av felaktigheterna och komplettera med en del andra basala aspekter.

1. Anamnes. Den är som alltid grundpelaren i diagnostiken och styr i stor utsträckning den fortsatta handläggningen. Bakom neuropatiska smärtor ligger alltid en skada eller sjukdom i det perifera eller

centrala nervsystemet. Möjligheten av central NPS antyds över huvud taget inte i artikeln. Om man misstänker NPS måste man fråga om neurologiska symtom i bred bemärkelse, inte bara känsel-symtom. Inget sägs om detta, man nämner bara andra symtom i smärtområdet.

2. Status. Under rubriken »Utredningar« anges att inga utredningar »är nödvändiga« för diagnosen NPS. »Ett sensoriskt test« räcker enligt författarna, och så anger man »känsl, smärta och temperatur«. »Känsl« innefattar enligt vedertagna nomenklatur all typ av känsel, således även temperatur- och smärtekänsl. De adekvata benämningarna måste användas för att undvika missförstånd.

För diagnostik av orsaken till ett neurologiskt tillstånd som NPS krävs att flera delar av nervstatus ingår. Vi menar inte att fullständigt nervstatus såsom en neurolog genomför det måste ingå, men baserat på vad anamnesen givit måste ett riktat, mer utförligt status genomföras. Det bör också uppmärksammas att känselstörningar inte är patognomona för smärtor på neuropatisk bas utan också kan förekomma vid muskuloskeletal smärta [2].

Skillnaden mot NPS ligger i att utbredningen inte följer neuroanatomien vid skadenivåer i nervsystemet. Dessutom måste man beakta att en nervskada med känselstörningar och smärta som symptom inte nödvändigtvis innebär att smärtan är orsakad av nervskadan.

3. Klassifikation av NPS. I artikeln talas om akut, cancerrelaterad, »svår episodisk«, »lokal/perifer« och »övriga typer« av NPS. Detta är en indelning som vi inte träffat på tidigare i något sammanhang,

»I stället rekommenderar vi den allmänt vedertagna uppdelningen i perifera och centrala neuropatiska smärtor ...«

vare sig i kliniken, på vetenskapliga möten eller i litteraturen, i Sverige eller internationellt! Det torde vara synnerligen viktigt att man i enkla, praktiska riktlinjer utgår från etablerade indelningar, om det inte framkommit nya forskningsdata som stödjer en ny nomenklatur.

I forskningen kring NPS diskuteras visserligen möjligheter att klassificera NPS utifrån förmodade bakomliggande patofysiologiska mekanismer, men i nuläget är man överens om att vi inte har tillräckliga kunskaper för att det ska vara möjligt [3]. I stället rekommenderar vi den allmänt vedertagna uppdelningen i perifera och centrala neuropatiska smärtor [3, 4]. Den används också av de svenska, europeiska och amerikanska läkemedelsverken.

NPS på grund av nervrotspåverkan lumbosakralt eller cervikalt nämns inte alls trots att det kanske är den vanligaste NPS inom primärvården. Diagnostiken av rotsmärter är oftast inte enkel, och vid dessa tillstånd krävs en betydligt noggrannare genomgång än den som artikeln rekommenderar.

4. Behandling. I artikeln anges att »akut« NPS, liksom »svår episodisk« NPS, i första hand ska behandlas med opioid (eller tramadol). Det är oklart vad som avses med akut NPS, men det saknas helt stöd för detta i kontrollerade prövningar. Vad som avses med svår episodisk NPS är för oss oklart. Om man avser till-

stånd såsom trigeminusneuralgi ska dessa aldrig behandlas med opioider utan med karbamazepin/oxkarbazepin.

I Tabell I har man förmodligen avsett att sammanfatta rekommendationerna från Läkemedelsverket 2007 [4], men tabellen är felaktig på flera punkter. En av författarna, Karsten Ahlbeck, har vid samtal angett att man med »lokal, perifer smärta« avsett NPS inom ett litet område, som t ex vid begränsad postherpetisk neuralgi, dvs perifer smärta med allodyni (medan man i arbetsgruppen tydligen menat att smärta vid polyneuropati är diffus, vilket i de flesta fall är inkorrekt). I Läkemedelsverkets algoritm anges att lidokainplåster kan övervägas i dessa fall. Där emot finns det inga studier som visar effekt av andra medel mot denna allodyni, eller mot »lokal« NPS.

För övriga NPS har författarna inte angett någon effekt av SNRI (återupptagshämmare av serotonin och noradrenalin), men ändå gett medlen rangordning 2, vilket i sig är korrekt.

När det gäller neurokirurgi anger man att den ska komma i andra hand bland icke-farmakologiska behandlingar vid trigeminusneuralgi. Neurokirurgi är definitivt första handsbehandling, om inte läkemedel fungerar.

Läsaren hänvisas till webbplatsen <www.smartariktlinjer.se> (vems webbplats?). Där kan man om behandlingen bl a läsa att amitriptylin (inte angivet med generikanamnet) ges i normaldos 150 mg/d. Detta är inte i överensstämmelse med internationella riktlinjer, där doser om max 100 mg/dygn rekommenderas, bl a på grund av risken för plötslig hjärtdöd vid högre doser [5].

Som regel anges 50–75 mg/dygn som normaldos för

smärtor. En av oss ingick i SBUs projektgrupp och vill påpeka att vi i gruppen var mycket bestämda på att inte använda termen kronisk smärta, utan långvarig smärta, för att signalera att långvariga smärtor inte behöver vara kroniska [6]. Ändå anges i referenslistan felaktigt att SBUs utredning hette »Kronisk smärta«.

Avslutningsvis önskar vi att våra tillrättalägganden ska bidra till att fler patienter med NPS får en korrekt diagnos och en adekvat behandling.

Jörgen Boivie

docent, neurologiska kliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
jrgen.boivie@telia.com

Per Hansson

professor i klinisk smärtforskning,
Karolinska institutet; överläkare,
Smärtcentrum, neurokirurgiska
kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna

REFERENSER

1. Löfvander M, Ahlbeck K, Lindell O. Neuropatisk smärta kan handläggas på tio minuter. *Läkartidningen* 2009;106:212-3.
2. Leffler AS, Kosek E, Hansson P. The influence of pain intensity on somatosensory perception in patients suffering from subacute/chronic lateral epicondylalgia. *Eur J Pain*. 2000;4:57-71.
3. Hansson P. Perifer neuropatisk smärta mer utforskad än central. *Läkartidningen*. 2008;105:2000-5.
4. Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta. Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2007(7):9-16.
5. Ray WA, Meredith S, Thapa PB, Hall K, Murray KT. Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. *Clin Pharmacol Ther*. 2004;75:234-41.
6. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: SBU; 2006. Rapport nr 177/1+2.

REPLIK:

Målet är säker handläggning

■ Kanske det vore optimalt att alla patienter med misstänkt neuropatisk smärta skulle kunna bedömas av en neurolog specialiserad på smärta. I praktiken är detta självfallet inte möjligt. Syftet med den aktuella workshopen var att sammanställa litteraturen på området, tidigare riktlinjer och klinisk praxis. Utifrån denna kunskap utformades våra riktlinjer med det övergripande syftet att förenkla och säkerställa det kliniska arbetet, främst i primärvården.

Patienter med smärta som söker i primärvården är inte samma patientgrupp som selekteras till en neurologisk mottagning. Därför kan man behöva modifiera undersökningsmetoder och riktlinjer.

Konsultationerna i primärvården är oftast inte lika neurologiskt omfattande, vilket ju inte heller är meningen. Det väsentliga torde vara att hitta patienterna som lider av misstänkt neuropatisk smärta för att kunna ge råd, behandla eller vidareremittera.

Adekvat nomenklatur är viktig men den kan behöva kompletteras med kliniskt välkända begrepp och benämningar. »Akut« är ett välkänt begrepp, och benämningen »cancerrelaterad« visar på eventuellt behov av att behandla smärtan snabbt. Även om ordvalet kanske inte anses korrekt så ökar informationsvärdet. Opioider är inte förstahandsval vid behandling av neuropatisk smärta. Det påstås inte heller i vår



artikel, där det står: »... där det krävs snabb smärtlindring ... kan opioida analgetika eller tramadol användas, enskilt eller i kombination med något av förstahandspreparaten.«

Termen »kronisk smärta« bör mycket riktigt undvikas men kom olyckligtvis med som referenstitel efter direktöversättning av den engelska titeln på SBU:s rapport [1].

Tabellen som skribenterna anser felaktig är ett försök till sammanställning av översikter från bl a Läkemedelsverket och Finnerup [2]. Den senare beskriver »peripheral focal neuropathy«, vilket överensstämmer med vår praktiska benämning »lokal, perifer«.

Vi håller helt med skribenterna om att neurokirurgi är förstahandsalternativ vid trigeminusneuralgi sedan läkemedelsbehandling prövats. Neurokirurgi är för övrigt sannolikt underutnyttjad även vid andra neuropatiska smärttillstånd.

De individuella variationerna i dosering av amitriptylin vid behandling av neuropatisk smärta är stor, och 150 mg är definitivt inte en normaldos.

Sammanfattningsvis är vår förhoppning att de aktuella riktlinjerna ska kunna bidra till en rimlig och säker handläggning av misstänkt eller säkerställd neuropatisk smärta hos patienter inom primärvården. Därmed inte sagt att all diagnostik och behandling ska ske inom loppet av 10 minuter!

Monica Löfvander
docent, distriktsläkare
monica.lofvander@ki.se

Karsten Ahlbeck
specialistläkare

Odd Lindell
specialist i allmänmedicin

REFERENSER

1. Methods of treating chronic pain. A systematic review. Stockholm: SBU; 2006. Report 177.
2. Finnerup NB, Otto M, Jensen TS, Sindrup SH. An evidence-based algorithm for the treatment of neuropathic pain. MedGenMed. 2007;9:36.

God vård kräver flera informationstjänster

■ Hälso- och sjukvården behöver informations- och kunskapsstöd till rimliga kostnader. För att patienterna ska få den goda vård som man från centralt håll så gärna talar om krävs att det finns ett urval av kvalitativa tjänster att hämta information ifrån. Det finns inget enskilt system som fixar allt. I perspektivet av att ge god och patientsäker vård ska flera tjänster ses som något positivt. Om inte annat visar erfarenheterna i Norge detta, då den med centrala medel uppbyggda läkemedelsdatabasen visar sig innehålla en massa felaktiga uppgifter; se <<http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=535690>>.

Verkligheten är helt enkelt för komplicerad och för föränderlig för att på ett tillfredsställande sätt kunna läsas in i ett enda och av den centrala byråkratin rekommenderat system. Det är för hälso- och sjukvården nödvändigt att olika källor tillhandahålls. Ytterst handlar det också om att slå vakt om den kritiska granskningen som grunden för informations- och kunskapsinhämtningen. Den befrämjas inte av det enda systemet.

Sverige är ett litet land, och svenska är ett litet språkområde. Visst kan traditionerna och medicinsk praxis vara olika, men om kunskaper finns om dessa olikheter och om förhållningssättet är kritiskt kan man vid sidan av de svenska med fördel använda sig av många befintliga internationella informations- och kunskapstjänster.

Jag äser med stigande förvåning hur man i Sverige inte verkar bry sig om befintliga internationella databaser med hög kvalitet utan med höga kostnader uppenbarligen ska uppfinna hjulet på nytt. Farmakologin kan stå som ett exempel. Här får jag höra att man från centralt håll hävdar att »svensk sjukvård« inte erkänner de farmakolo-

giska databaserna i Micro-medex.

Jag blir förvånad över den övermaga inställningen – blott Sverige svenska krusbär har – och betryckt som skattebetalare. Jag kan därför tycka att man från läkarhåll skjuter över målet när man kritiserar Apoteket, som i sin planerade elektroniska receptgranskning vill använda andra farmakologiska databaser än »de som används inom sjukvården«; se <<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=11185>>.

Huvudfrågan måste väl vara om informationen ifråga är korrekt eller inte och att patienterna garanteras god vård utifrån bästa möjliga utbud av informations- och kunskapsstöd. För mig innebär detta

att stödsystemen ska vara flera, och detta gäller självklart även andra områden inom hälso- och sjukvården. För det går aldrig att lita på ett enda system.

Dessutom kan vi i Sverige aldrig åstadkomma samma omfattande och genomarbetade tjänster som man kan internationellt. Jag behöver bara nämna Medline som exempel. Låt oss därför använda den rikedom av kvalitativa tjänster som tillhandahålls både internationellt och nationellt, och låt oss fortsätta att använda den kritiska granskningens metod.

Bengt Holmquist
senior librarian, Falu lasarets
bibliotek och informationscentral
bengtholmquist@telia.com

REPLIK:

Alltför många varningar får mottagaren att stänga av informationen

■ Olika informationskällor i sjukvården kan absolut bidra till mångfald, men kan också innebära ett onödigt merarbete för redan stressade kliniker. Man måste se till var och hur informationen ska användas i organisationen och sjukvårdsflödet.

I ett kliniskt sammanhang, där man i lugn och ro utreder olika behandlingsmöjligheter eller orsaker till oväntade behandlingsutfall, är mångfalden av godo, och det är så vi arbetar t ex vid landets läkemedelsinformationscentraler.

I en screeningsituation, som det innebär när alla förskrivningar förutsättningslöst ska kopplas mot ett informationsverktyg, ställs helt andra krav på innehåll, utformning och samordning. Den viktiga anledningen är att

»over-alerting« riskerar att leda till att mottagaren av informationen stänger av systemet, antingen mentalt eller fysiskt, och inte tar in informationen.

Om risken för falskt positiva utfall (överflödiga varningar) är för hög, så riskerar screeningen också att leda till mer skada (t ex i form av onödiga utredningar och ingrepp) än nytta. Det är i det här sammanhanget som det är olyckligt att man inför olika, parallella system med olika information, och det gör mig betryckt, både som klinisk farmakolog och som skattebetalare.

Ylva Böttiger
med dr, klinisk farmakologi,
Karolinska Universitets-
sjukhuset, Stockholm
ylva.bottiger@karolinska.se