

Smertecenter – hvorfor og hvornår?

Overlæge Anders Schou Olesen & overlæge Ole Hjort Jensen

Aalborg Sygehus Syd, Tværfagligt Smertecenter

I Danmark angiver ca. 20% af befolkningen at have haft kroniske smerter i mere end et havt år [1]. Smerte inddeles traditionelt i en perceptiv, en affektiv og en evaluativ-motivational dimension, hvilket stemmer godt overens med teorien om neuromatrix og de neurofysiologiske forhold. Neuromatrix-teorien skyldes *Ronald D. Melzack* [2], som understregede følgende fire hovedteser:

- Kroppen betjenes af neurale processer i hjernen. Disse neurale processer aktiveres og moduleres af input fra periferien, men de kan også være aktive uden sådanne input.
- Alle kvaliteter fra kroppen, inklusive smerte, kan også erkendes uden input fra kroppen. Perifere stimuli kan trigge neuromatrix og give smerte, men er ikke nødvendigvis årsag til smerten.
- Kroppen er et »selv« uafhængigt af andre og af omgivelserne – og denne opfattelse ligger i de neurale processer og opstår ikke pga. input fra kroppen.
- Disse hjerneprocesser, som understøtter »selvet«, er medfødte i henhold til den genetiske specifikation.

Denne begrebsmodel understøtter den bio-psykosociale opfattelse, at smerter ikke kun udløses af biologiske skader, men at psykologiske og sociale påvirkninger også kan starte processen i neuromatrix. Ved billeddiagnostiske undersøgelser har man bekræftet til dels neuromatrixhypotesen, at perifere nociceptive signaler fordeles i hjernen til områder, der også

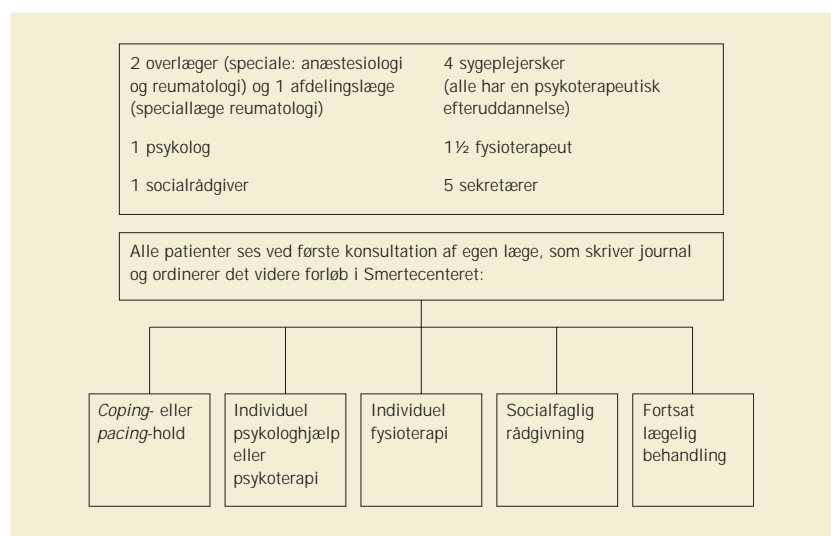
aktiveres af stress, angst, depression og kognition foruden den sensoriske perception [3]. Fænomenologisk indgår smerte således i samspil med mange andre faktorer (i det følgende samlet under betegnelsen psykosocial), der optræder i varierende konstellationer og med varierende vægt. Klinisk gradueres kroniske smertepatienter i forhold til tyngden af de biopsykosociale problemstillinger i [4]:

- Tilstande uden komplicerende psykosociale problemstillinger.
- Tilstande med moderat udtalte komplicerende psykosociale problemstillinger, men smertediagnose og behandling kræver specialviden.
- Tilstande med betydelige komplicerende psykosociale problemstillinger, hvor patienten er socialt truet eller har behov for psykologisk behandling.

Der er os bekendt ingen valide data til belysning af prævalensen af de tre undergrupper.

Fra gruppe 1 til gruppe 3 reduceres det biomedicinske grundlag og dermed betydningen af traditionel diagnostik og behandling, mens det psykosociale islæt øges og dermed baggrunden for en mere kognitiv og adfærdsmæssig tilgang. Det er vigtigt at pointere, at psykologiske forhold kan gøre sig gældende, før smerterne optræder, og at de sociale forhold mere drejer sig om patientens sociale færdigheder end om vedkommendes forsørgelsesgrundlag.

Smertecenterbehandling drejer sig væsentligt mere om at reducere besværet for patienten ved at skulle leve med smerterne end om at mindske smerteintensiteten. Patienter i gruppe 1 kan behandles i primærsektoren eller på ikke-specialiserede afdelinger, hvorimod patienter i gruppe 2 og



Figur 1. Tværfagligt Smertecenter i Aalborg.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

gruppe 3 bør henvises til et tværfagligt smertecenter. Grundlaget for optimal terapi er som altid en regelret smerteanamnese, men det er vor erfaring, at den almindeligvis kun omfatter beskrivelse af smertelokalisation og -varighed, hvilket er utilstrækkeligt. Dette hænger sandsynligvis sammen med den begrænsede præ- og postgraduate undervisning i komplekse kroniske smertetilstande.

Der eksisterer en gråzone mellem smerteterapi og psykiatri. Hos nogle patienter synes smerteproblematikken at være sekundær i forhold til f.eks. sværere angstlidelser, personlighedsforstyrrelse, posttraumatisk stresstilstand og ikke mindst misbrug. Disse patienter bør efter vor opfattelse behandles i enten psykiatrisk regi eller på en misbrugsinstitution.

Kompleksiteten af patienternes problemstillinger fordrer en multidisciplinær behandling forestået af et personale med forskellig grunduddannelse og med en algologisk overbygning i form af både en formaliseret tillægsuddannelse og praktisk erfaring. Udviklingen på området sker så hurtigt, at det også er nødvendigt med løbende videreuddannelse.

På denne baggrund har The International Association for the Study of Pain anbefalet, at et smertecenter bør have personale bestående af speciallæger fra mindst to specialer, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter og sekretærer [5]. Behandlingen skal foregå i egne lokaler, der skal være eget journalsystem, og ud over diagnostik og behandling skal der foregå uddannelses- og forskningsaktiviteter. Smertecenteret i Nordjyllands Amt opfylder disse kriterier, fraset kravet om mulighed for indlæggelse (Figur 1).

Behandlingsprincipper, smertecenteret Aalborg

I 2003 påbegyndtes behandling af 410 patienter på Tværfagligt Smertecenter i Aalborg. 68% af disse var på henvisningstidspunktet i behandling med svage eller stærke opioider, og 53% var endvidere i behandling med korttidsvirkende opioider. Derudover havde de fleste patienter et stort forbrug af håndkøbsmedicin, svage analgetika og triptaner. Mange patienter havde prøvet både primære og sekundære analgetika uanset diagnose, mens en del patienter med neuropatiske smerter ikke havde været forsøgt behandlet med velindiceret farmakoterapi i form af tricykliske antidepressiva og/eller antiepileptika. Indtil for nylig har vi anvendt mange resurser på medicinjustering inklusive varetægelse af misbrugsproblematikker. I konsekvens af det tidligere nævnte har vi i efteråret 2005 i højere grad tilbageført den medicinske behandling til de praktiserende læger for at frigøre resurser til oprustning af holdbehandling på et psykoedukativt grundlag. Af samme årsag har vi søgt at mindske anvendelsen af individuel samtalerterapi. Terapien forgår på hold – enten på »*pacing*»-hold – eller på »*coping*»-hold (se nedenstående) [6]. En holdbehandling tager henholdsvis syv eller otte uger med fremmøde en gang ugentligt i 2-2½ time. Inklusive opfølgning varer holdbehandling fem måneder. På hvert hold er der otte patienter.

Hvem bør henvises til Tværfagligt Smertecenter?

Patienter, som er færdigudredt og -behandlet og har kroniske smerter med moderat udtalte til betydelig komplicerede psykosociale problemstillinger.

Hvem bør ikke henvises til Tværfagligt Smertecenter?

Patienter, hvis smerteproblematik ikke er det dominerende problem, eksempelvis patienter med misbrug, posttraumatisk stresstilstand, angstlidelser og personlighedsforstyrrelse

Patienter, som ikke er færdigudredt eller -behandlet i somatisk regi

Patienter, som ikke er motiverede for smertecenterets behandlingstilbud

Patienter med vanskelig styrbar medicinering specielt patienter, der mangler motivation for ændringer og manglende komplians.

Smertecenterets sigte bliver derved at give patienterne indsigt i og forståelse for smerter og lindringsmetoder, større accept af smertetilstanden, styrke troen på og få vilje til forandring, øge kropsbevidstheden samt mærke grænser og få mod til at sætte dem.

Ved *pacing* benyttes et fysisk øvelsesprogram, så man kan finde et passende lavt udgangsniveau. Det består af otte øvelser, som hver skal udføres i et minut. Målet er herefter at øge antallet (f.eks. at rejse sig og sætte sig på en stol) med en passende lav stigningstakt. Træningen kombineres med forståelse for og uddannelse i strukturering af hverdagen samt evnen til at sætte realistiske mål.

Ved *coping* tilbydes afspænding og kropsbevidsthedsøvelser ligesom der arbejdes med problemstillinger som: manglende accept af ændrede livsvilkår, stress, anspændthed, angst, dårlig nattesøvn og manglende anerkendelse fra omgivelserne.

Ud over de kognitive og adfærdsmæssige tiltag vil der stadig ske en vis medicinjustering ved de første konsultationer. Det understreges, at medicin skal tages på faste tidspunkter, og at ordinationerne i øvrigt skal overholdes. Den farmakologiske behandling følger de retningslinjer, som fremgår af denne artikelserie. Patienterne bibringes en forståelse af, at ved opblussen i smerterne (den normale rytme med gode og dårlige dage/perioder) og ved reelle tilbagefald (med unormal/atypisk høj smerteintensitet) skal medicinen ikke ændres eller øges. I stedet for motiveres patienten for at ændre sin tidligere uhensigtsmæssige smerteadfærd ved eksacerbation.

Hvem skal henvises til et tværfagligt smertecenter?

I konsekvens af ovenstående bør patienter med kroniske smerter og med moderat udtalte til betydelig komplicerede

psykosociale problemstillinger henvises til et tværfagligt smertecenter. Patienterne skal være somatisk færdigudredte og -behandlede.

Det skal også understreges, at følgende patienter ikke bør henvises: patienter, som ikke er færdigudredte og -behandlede, som ikke er motiverede for smertecenterets tilbud, som har mis- eller overforbrug af medicin og ikke er motiveret for ændringer heraf samt patienter hos hvem smerteproblemet ikke er det dominerende problem ved komorbiditet f.eks. misbrug, sværere angstlidelser, posttraumatisk stresstilstand og personlighedsforstyrrelser.

Det skal til slut understreges, at patienterne sandsynligvis ville kunne profitere af at blive henvist til et tværfagligt smertecenter tidligt i forløbet. Desværre er ventetiden uacceptabel lang i oktober 2005 var den på mellem 18-112 uger.

Korrespondance: *Anders Schou Olesen*, Tværfagligt Smertecenter, Aalborg Sygehus Syd, DK-9000 Aalborg. E-mail: an.anders@nja.dk

Antaget: 19. marts 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-8.
2. Melzack R. Pain: past, present and future. *Can J Exp Psychol* 1993;47:615-29.
3. Peyron R, Rainville P, Petrovic P et al. Cognitive Modulation of Cortical Responses to Pain. I: Dostrovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, red. *Proceedings of the 10th World Congress of Pain*. Seattle: IASP PRESS, 2003:277-93.
4. Eriksen J, Schou Olesen A, Sjøgren P. Organisation af smerteområdet. I: Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L, red. *Smertesmerter – en lærebog*. København: FADL's forlag, 2003:379-87.
5. Guidelines for desirable characteristics for pain treatment facilities. Seattle: IASP, 1990.
6. Nicholas M, Molloy A, Tonkin L et al. *Manage your Pain; Practical and positive ways of adapting to chronic pain*. London: Souvenir Press, 2003.

COX-2-hæmmere og andre nonsteroid antiinflammatoriske stoffer – hvad er fremtiden?

Overlæge Peter C. Gøtzsche

H:S Rigshospitalet, Det Nordiske Cochrane Center

Det er påpeget i en nylig parlaments høring, at hverken udviklingen, godkendelsen, markedsføringen eller brugen af lægemidler i tilstrækkelig grad tilgodeser patienternes tarv [1]. Historien om COX-2-hæmmerne viser, at der kan være svigt på alle niveauer. Ud fra virkningsmekanismen måtte man forvente, at de ville give færre mavesår, men til gengæld flere arterielle tromboser end andre nonsteroid antiinflammatoriske stoffer (NSAIDs) [2], og man burde derfor have fokuseret lige så meget på tromboser som på mavesår.

God forsøgsplanlægning indebærer også, at den stikprøve af populationen, man undersøger, er repræsentativ for den population, resultaterne skal gælde for. En opgørelse viste imidlertid, at brugere af COX-2-hæmmere har en otte gange større risiko for at få myokardieinfarkt end de patienter, der indgik i de randomiserede forsøg med rofecoxib [2]. Strategien med at afprøve lægemidler hos forholdsvis raske personer er standard i medicinalindustrien, men den medfører, at mange alvorlige skadevirkninger af lægemidler ikke erkendes. Fremgangsmåden svarer til at afprøve biler, der kun tillades at køre lige ud i første gear og kun i tørvejrs. Så sker der næppe noget uventet, der kunne hæmme salget.

Netop af hensyn til markedsføringen ønskede Merck

Sharp & Dohme (MSD) ikke at studere den kardiovaskulære risiko ved brug af rofecoxib nærmere [3], og Food & Drug Administration (FDA) i USA forlangte heller ikke relevante forsøg. MSD publicerede et forsøg, VIGOR [4], som havde afgørende betydning for salgsarbejdet, men som var meget misvisende [5]. Der var to tabeller med tal for skadevirkninger på mave-tarm-kanalen, men der var ikke nogen tal for tromboser, kun uigennemskuelige procentangivelser af udvalgte trombose mål. Endvidere manglede langt de fleste alvorlige kardiovaskulære tilfælde sammenlignet med de data, firmaet havde indleveret til FDA. Og der var flere alvorlige skadevirkninger uanset årsag i rofecoxib-gruppen end i naproxen-gruppen [4], men det stod der heller ikke noget om i artiklen.

MSD har sponsoreret en lang række videnskabelige artikler, der skulle give lægerne det indtryk, at der ikke var nogen tromboserisiko ved brug af rofecoxib [2]. I 2001 blev der publiceret en metaanalyse af rofecoxib. Analysen havde medarbejdere fra MSD blandt forfatterne, og det blev konkluderet, at stoffet ikke øgede risikoen for arterielle tromboser [6]. I en anden metaanalyse, udført af uafhængige forskere, påviste man derimod en øget risiko, som allerede fremgik af de publikationer, der var tilgængelige for forfatterne af den industrisponsorerede metaanalyse [2]. Der gik imidlertid fire år efter denne viden forelå, før MSD i september 2004 trak præparatet tilbage fra markedet pga. tromboser.

Medicinalfirmaerne var hele tiden bekendt med, at COX-2-hæmmerne kunne give tromboser. Allerede i 1996