

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

livskvalitet [10], bør man sikre protokolleret behandlingstilbud til disse patienter.

Korrespondance: *Lene Weber Vestermark*, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.

E-mail: lene.vestermark@ouh.regionsyddanmark.dk

Antaget: 4. juni 2007

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Siewert JR, Ott K. Are squamous and adenocarcinomas of the esophagus the same disease? *Sem Radiat Oncol* 2007;17:38-44.
2. Homs MY, von der Gaast A, Siersema PD et al. Chemotherapy for metastatic carcinoma of the esophagus and gastro-esophageal junction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct; (4): CD004063. Review.
3. Chau I, Norman AR, Cunningham D et al. Is there a differential chemotherapy effect in patients with locally advanced or metastatic oesophageal (O), oesophago-gastric junction (OGJ), and gastric (G) adenocarcinoma? A pooled analysis of four randomised controlled trials (RCTs). *ASCO GI* 2007: abstract 75.
4. Wagner AD, Grothe W, Haerting J et al. Chemotherapy in advanced gastric cancer: a systematic review and meta-analysis based on aggregate data. *J Clin Oncol* 2006;24:2903-9.
5. Wagner AD, Grothe W, Behl S et al. Chemotherapy for advanced gastric cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
6. Cunningham D, Rao S, Starling T et al. Randomized multicenter phase III study comparing capecitabine with fluorouracil and oxaliplatin with cisplatin in patients with advanced esophagogastric cancer: The REAL 2 trial. *J Clin Oncol* 2006;24(18S): abstr LBA4017.
7. Dupont J, Jensen HA, Jensen BV et al. Phase I study of short-time oxaliplatin, capecitabine and epirubicin (EXE) as first line therapy in patients with non-resectable gastric cancer. *Acta Oncol* 2007;46:330-5.
8. Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S et al. Phase III Study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer: a report of the V325 Study Group. *J Clin Oncol* 2006;24:4991-7.
9. Van Meerten E, van der Gaast A. Systemic treatment for oesophageal cancer. *Eur J Cancer* 2005;41:664-72.
10. Victorson D, Soni M, Cella D. Metaanalysis of the correlation between radiographic tumor response and the patient-reported outcomes. *Cancer* 2006; 106:494-504.

Smerte og smertemestring ved juvenil idiopatisk arthritis

Professor Troels Herlin & lektor Mikael Thastum

Århus Universitetshospital, Skejby, Børneafdelingen, og Aarhus Universitet, Psykologisk Institut

Smerte er det mest almindelige symptom hos børn ved reumatologiske sygdomme, som er karakteriserede ved lokaliseret og systemisk inflammation oftest af autoimmun karakter. Smerte er også et af hovedsymptomerne ved juvenil idiopatisk arthritis (JIA). I nyere studier er det påvist, at smerte forekommer hyppigere ved JIA end tidligere antaget [1], og faktisk oplever børnene lige så mange smerter som voksne med arthritis. Inflammation og smerte synes således at være tæt forbundne, idet smerte er en af hovedkomponenterne ved de fire klassiske inflammationstegn: calor, dolor, rubor og tumor. Det er derfor ikke overraskende, at børn med ubehandlet arthritis har smerter. Derimod tyder resultaterne af flere studier på, at mange børn med arthritis fortsætter med at have smerter, selv om relevant antiinflammatorisk behandling er iværksat.

Efter udbredelsen af den nye biologiske behandling, som er effektiv både til børn og voksne, som har arthritis, har forventningen været, at såvel arthritisaktivitet som smerter blev væsentlig reduceret. Smerter kan dog fortsat volde problemer for en del patienter, trods klinisk og biokemisk bedring under behandlingen.

Smerter ved juvenil arthritis

I et studie, hvor 66% af børn med JIA var i effektiv behandling med methotrexat og/eller tumornekrosefaktor (TNF) α -hæmmere, udfyldte børnene en smertedagbog over to måneder med angivelse af smerteoplevelse på en visuel analog skala [1]. Børnene angav at have smerte 73% af dagene i perioden, og 38% havde daglige smerter. Smerter kan i høj grad influere på børns psykosociale funktioner, dvs. reducere deltagelsen i skole- og fritidsaktiviteter [1, 2], og selv en beskedent smertereduktion er associeret med bedret livskvalitet [3]. Ved eksperimentelt induceret smerte udviser børn med JIA nedsat smertetolerance og nedsat smertetærskel sammenlignet med raske, og smertetolerancen findes at være omvendt korreleret til børnenes kliniske smerteregistrering [4, 5]. Man kunne således formode, at oplevelse af en tilbagevendende smerte ved JIA afficerer den normale smerteprocessering. Et af de vigtigste mål i behandlingen af JIA må derfor være at reducere den kroniske smerte.

Måling af sygdomsaktivitet (antal aktive led, sænkingsreaktionen etc.) kunne kun i beskedent grad forklare variansen af smertescore over en treugersperiode for børn med JIA [6], hvilket tyder på, at biologiske variable ikke er de eneste prædiktorer for smerte. Omfanget af smerte kan influeres af både psykologiske og miljømæssige faktorer uafhængigt af sygdomsaktiviteten. Børns brug af smertemestringsstrategier har vist sig at være en af de psykologiske faktorer, der influerer på smerteopfattelsen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Hvad er smertemestring?

Mestring kan defineres som »konstant skiftende kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser på at håndtere eksterne og/eller interne krav, som vurderes som værende belastende, eller som overstiger personens resurser« [7]. Børns smertemestringsstrategier er, hvad de siger, gør og tænker for at klare smertefulde hændelser. Smertemestring kan opdeles i to former: 1) problemfokuseret mestring, som er rettet mod at ændre smerteoplevelsen, og 2) emotionsfokuseret mestring, som er rettet mod at forandre de følelsesmæssige reaktioner over for smerten. Hvorvidt mestringsbestræbelserne er tilpasningsdygtige eller ej, afhænger af udfaldet, dvs. om de fører til smertelettelse og bedre funktion eller omvendt resulterer i øgede smerter og ringere funktion.

Måling af smertemestringsstrategier og smerteopfattelser

Mestring kan vurderes ved selvrapportering på spørgeskemaer. Vi har anvendt den udbredte *Reids The Pain Coping Questionnaire (PCQ)* og valideret den på raske danske børn [8]. Eksempler på strategier kunne være følgende: Børnene skulle afslutte udsagnet: »Når jeg har ondt ...« 1) spørger jeg nogen om det, 2) tænker jeg på, at det gør ondt, og undersøger, hvad jeg kan gøre ved det, 3) taler jeg med en ven om, hvordan jeg har det, 4) siger jeg til mig selv: »Lad være med at bekymre dig, det skal nok gå over.«

PCQ består af otte mestringsgrupper ud fra 39 strategier, som børn måtte anvende, hvis de fik smerter over nogle timer eller dage (**Tabel 1**). En børnetilpasset version af *Survey of Pain Attitudes (SOPA-C)* blev anvendt for at undersøge smertelaterede helbredsanskuelser, som influerer på de måder, hvorpå patienter med kronisk smerte opfatter smerte [6]. SOPA-C består af seks hovedgrupper ud fra 52 smertelaterede anskuelser, som børn måtte anvende (**Tabel 2**). På en fempunkts Likert-skala blev børnene anmodet om for begge skemaer at graduere, hvor ofte de anvendte den pågældende strategi.

Smertemestring forudsiger smerte

Hvis børn med JIA anvendte såkaldt katastrofetænkning, dvs. blev bekymrede for, om de ville blive ved med at have ondt, var der en markant tendens til, at de havde en kraftigere smerteoplevelse [5, 6]. Hvis de i højere grad anvendte mestringsstrategier som distraktion, forudsagde det en lavere grad af artritiserelateret smerte, selv når der kontrolleredes for relevante medicinske og demografiske variable (alder, køn, sygdomsvarighed, sygdomsaktivitet etc.) [5, 6]. Ved eksperimentelt induceret smerte fandt man reduceret smertetærskel og -tolerance både hos JIA-patienter og raske børn, hvis de benyttede katastrofetænkning, hvorimod en større anvendelse af distraktion som mestringsstrategi anvendtes af de børn, som udholdt den eksperimentelle smerte længere og registrerede lavere smerteintensitet [4].

Forskell i mestring af smerte ved juvenil idiopatisk artritt

Børn med JIA anvender som regel flere smertemestringsstrategier end raske børn, formodentlig fordi sygdomssymptomerne har øget deres mestringskompetence [4]. Mange børn med JIA har udviklet flere forskellige adaptive mestringsstrategier og bliver således gode til at mestre smerte og andre sygdomsrelaterede stresspåvirkninger. I den børnereumatologiske klinik er der imidlertid en særligt krævende undergruppe af JIA-børn, som oplever en højere smerteintensitet, end man skulle forvente i forhold til deres sygdomsaktivitet. Fokus er derfor rettet mod individuelle forskelle i mestringsstrategier hos børn med JIA for at undersøge mulige forskelle mellem »højsmertepatienter«, dvs. patienter hvis smerteoplevelse er høj i forhold til sygdomsaktiviteten, og patienter, hos hvem smerteoplevelsen er overensstemmende med sygdomsaktiviteten. »Højsmertepatienterne« anvendte i mindre grad positive omfortolkninger (f.eks. selvberoligende tanker) og distraktion og i højere grad katastrofetænkning som mestringsstrategi. Det er derfor tænkeligt, at smerteoplevelsen hos »højsmerte-JIA-patienter« trods lav sygdomsaktivitet delvist kan forklares ved patienternes uhensigtsmæssige brug af mestringsstrategier.

Smertelateret helbredsopfattelse

Der er fundet en sammenhæng mellem smerteoplevelse hos børn med gigt og børnenes holdninger til smerte eller smerteopfattelse. Ved hjælp af et spørgeskema angående smerteopfattelse, SOPA, undersøgte børns grundlæggende antagelser om betydningen af deres smerter [6]. Vore resultater viste, at bestemte typer helbredsopfattelser var associeret med smerte hos patienter med JIA, selv når der kontrolleredes for alder, køn, sygdomsvarighed, sygdomsaktivitet, funktionel vurdering (*Childhood Health Assessment Questionnaire, CHAQ*)

Tabel 1. Smertemestringstrategier vurderet ved spørgeskemaet *Pain Coping Questionnaire* [8].

<i>Information seeking</i>	Spørger nogen om det
<i>Problem solving</i>	Tænker på, hvad jeg kan gøre for at få det bedre
<i>Seeking social support</i>	Taler med nogen om, hvordan jeg har det
<i>Positive self-statements</i>	Siger til mig selv: Det er ikke så slemt
<i>Behavioural distraction</i>	Leger, gør noget jeg kan lide
<i>Cognitive distraction</i>	Forsøger at glemme det
<i>Externalizing</i>	Skælder ud, slår
<i>Catastrophizing</i>	Bekymret for altid at have smerte

Tabel 2. Smertespecifik helbredsanskuelse vurderet ved *Survey of Pain Attitudes, Children's version* opdelt i seks hovedgrupper [6].

<i>Control</i>	At have kontrol over smerten
<i>Disability</i>	At være ude af stand til at fungere pga. smerten
<i>Harm</i>	At smerte gør skade, og aktiviteter bør undgås
<i>Emotion</i>	At sindsbevægelser påvirker smerter
<i>Solicitude</i>	At andre bør vise en omsorg ved smerte
<i>Medical cure</i>	At en medicinsk kur for smerten findes

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

og smertemestring. Hvis børnene således i overvejende grad antog, at de ikke selv havde nogen indflydelse på deres smerte, at smerten gjorde dem handikappede og forhindrede dem i aktiviteter, at smerten var et tegn på, at der skete skade på deres krop, eller at der ikke var nogen medicinsk behandling for smerte, havde børnene en kraftigere smerteoplevelse. Mestringskomponenten kunne ikke forklare variansen af smerteoplevelsen, når der kontrolleredes for smerteopfattelse eller andre variable [6]. Undersøgelsen angav derfor den mulighed, at smertemestringsstrategier er påvirket af børns smerteopfattelse, og at en psykosocial behandling eller intervention, som udelukkende fokuserer på mestringsstrategier kunne være mindre effektiv i forhold til en behandling, der rettes mod at påvirke smerterelateret helbredsopfattelse. Vi genundersøgte samme gruppe børn med JIA to år efter og fandt, at trods klar klinisk bedring med halvering af sygdomsaktivitetsscore i den forløbne periode var registreringen af smerteoplevelsen uændret [9]. Vi fandt endvidere, at de dysfunktionelle smerteopfattelser, der blev registreret ved den initiale undersøgelse, var signifikant associeret med smerteoplevelsen målt to år efter. Således fandt vi, at smertemestringen og smerteopfattelsen kunne forklare 22% af variansen af smerteoplevelsen målt to år efter, selv når der blev kontrolleret for sygdomsvarighed, sygdomsaktivitet og CHAQ. I »højsmertegruppen« fandtes den smerterelaterede helbredsopfattelse at være markant anderledes end i de andre grupper, idet patienterne i »højsmertegruppen« opfattede sig som mere handikappede end andre, i højere grad var af den opfattelse, at smerten kunne forvolde skade, og i mindre grad oplevede at have kontrol over smerten, end de øvrige patienter gjorde [6].

Klinisk anvendelse

Specifikt tilrettelagt intervention, som sigter mod at ændre uhensigtsmæssige smertemestringsstrategier og smerteopfattelse, kunne medvirke til en mindsning af smerter ved JIA [10]. Det kunne være hensigtsmæssigt at fokusere interventionen på den undergruppe af patienter, hvor der er en diskordans mellem smerteoplevelsen og sygdomsaktiviteten. Der er dog kun få, der har undersøgt effekten af psykosocial intervention af smerteproblematikken ved JIA. Der er derfor behov for i fremtidige studier at få afklaret, hvilke metoder der er de mest effektive med hensyn til at hjælpe barnet til at håndtere smerten mest hensigtsmæssigt, og få karakteriseret de børn, der måtte have mest glæde af en sådan intervention.

Korrespondance: *Troels Herlin*, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby, DK-8200 Århus N. E-mail: t.herlin@dadlnet.dk

Antaget: 2. juni 2007
Interessekonflikter: Ingen

Artiklen er skrevet på basis af *Troels Herlins* professortilrædelsesforelæsning for at belyse aktive frontlinjeforskningsområder i Danmark.

Litteratur

1. Schanberg LE, Anthony KK, Gil KM et al. Daily pain and symptoms in children with polyarticular arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;48:1390-7.
2. Schanberg LE, Gil KM, Anthony KK et al. Pain, stiffness, and fatigue in juvenile polyarticular arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;52:1196-204.
3. Dhanani S, Quenneville J, Perron M et al. Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic disease. *Arthritis Rheum* 2002;47:501-5.
4. Thastum M, Zachariae R, Scholer M et al. Cold pressor pain: comparing responses of juvenile arthritis patients and their parents. *Scand J Rheumatol* 1997;26:272-9.
5. Thastum M, Zachariae R, Herlin T. Pain experience and pain coping strategies in children with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol* 2001;28:1091-8.
6. Thastum M, Herlin T, Zachariae R. Relationship of pain-coping strategies and pain-specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;53:178-84.
7. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer Publishing Company, 1984.
8. Thastum M, Zachariae R, Herlin T et al. A Danish adaptation of the Pain Coping Questionnaire for children: preliminary data concerning validity and reliability. *Acta Paediatrica* 1999;88:132-8.
9. Thastum M, Herlin T, Kristensen O et al. Health beliefs as a predictor of pain in children with JIA – A longitudinal study. *Arthritis Rheum* 2005;52:S697.
10. Walco GA, Varni JW, Ilowite NT. Cognitive-behavioral pain management in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 1992;89:1075-9.