

# Behandling af kroniske postoperative smerter

## LEDER

Lone Nikolajsen &  
Troels Staehelin Jensen

Det har længe været kendt, at kirurgiske indgreb som f.eks. amputation, mastektomi og torakotomi medfører kroniske smerter hos 20-60% af patienterne. Inden for de senere år er det endvidere påvist, at selv mindre kirurgiske indgreb kan give kroniske smerter. Således har op til 10% smerter efter herniotomi, 5% har smerter efter sectio, og ca. 30% vedbliver at have smerter efter hofte- og knæalloplastik. Forekomsten af svære smerter, som hæmmer hverdagsaktiviteter, er dog lavere, 5-10% [1].

Kroniske smerter efter kirurgi udgør et væsentligt klinisk problem. I en norsk undersøgelse baseret på 13.000 tilfældigt udvalgte personer har man påvist, at prævalensen af kroniske postoperative smerter er 6% [2]. De præcise samfundsøkonomiske omkostninger ved kroniske postoperative smerter kendes ikke, men de er betydelige, idet kroniske smerter medfører nedsat arbejdsevne og øgede sundhedsudgifter.

De patofysiologiske mekanismer, som forårsager udviklingen af kroniske postoperative smerter, er ikke helt klarlagt, men både inflammation og nerveskade formodes at spille en rolle. Neuropatiske smerter ses især efter indgreb, som medfører stor risiko for intraoperativ nerveskade. Klinisk vil patienten her ofte, ud over spontane smerter, have ændret følsomhed i det opererede område, f.eks. vil let berøring kunne udløse svære smerter (allodyni).

Kroniske smerter efter kirurgi er ofte meget vanskelige at behandle. Der findes ikke specielle behandlingsalgoritmer, og smerterne skal derfor behandles som andre kroniske smertetilstande. Ved mistanke om neuropatiske smerter bør man følge anbefalingerne på området. Fysioterapi, anden ikkemedicamentel behandling og psykosocial støtte vil ofte være indiceret. Det kan være en fordel at henvise patienten til en tværfaglig smerteklinik med henblik på vurdering og behandling.

Generelt bør man være meget tilbageholdende med at behandle kroniske postoperative smerter med yderligere kirurgi. En patient med kroniske smerter har et sensibiliseret nervesystem, og yderligere vævs- og nerveskade vil ofte resultere i en forværring af smertetilstanden. Kirurgi kan dog være indiceret i ganske få tilfælde. F.eks. er det ved kroniske smerter efter herniotomi vist, at reoperation med fjernelse af det indsatte net og evt. revision af beskadigede nerver kan mindske smerterne hos enkelte patienter. Det er dog uafklaret, hvilke patienter der vil have gavn af et sådant indgreb [3].

Det er derfor med stor interesse, at vi læser *Kjerkegaard & Stolles* kasuistik om kirurgisk behandling af kroniske smerter efter kirurgi [4]. Forfatterne beskriver en patient, hvor operation og efterfølgende strålebehandling for såkaldt pseudosarkom gav anledning til kroniske smerter i nakke og ryg. Patienten beskrev stramning ved cicatricerne og havde svære smerter både i hvile og ved aktivitet. Transplantation af autologt fedtvæv til det opererede område bevirkede en smertereduktion fra 8 til 1 på en visuel analog skala, der går fra 0 til 10. Forfatterne konkluderer, at fedttransplantation er et nyt og skånsomt redskab til behandling af kroniske smerter i arvæv.

Fedttransplantation anvendes især inden for plastikkirurgi, hvor patientens eget fedtvæv flyttes til et andet sted på kroppen. Dette sker forholdsvist atraumatisk ved liposugning fra et donorsted, centrifugering af aspiratet og efterfølgende injektion i recipientstedet. Metoden har været anvendt i mange år, men er først for nylig blevet foreslået til behandling af kroniske smerter efter kirurgi, herunder smerter efter mastektomi [5].

Det er muligt, at kirurgisk behandling med fedttransplantation kan mindske det cicatricielle tryk på nervefibre i området med smertelindring til følge. Så længe der ikke foreligger mere dokumentation for effekten af fedttransplantation, herunder randomiserede undersøgelser, må vi dog tilråde tilbageholdenhed med at anvende fedttransplantation til behandling af kroniske smerter efter kirurgi. Vi kan kun opfordre til flere undersøgelser på området.

## LITTERATUR

1. Jensen TS, Kehlet L. Kroniske postoperative smerter. *Ugeskr Læger* 2006;168:1989-91.
2. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS et al. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* 2012;153:1390-6.
3. Aasvang EK, Kehlet H. The effect of mesh removal and selective neurectomy on persistent postherniotomy pain. *Ann Surg* 2012;249:327-34.
4. Kjerkegaard UK, Stolle LB. Fedttransplantation som smertebehandling ved kroniske smerter fra arvæv. *Ugeskr Læger* 2013;175:872-3.
5. Caviglioli F, Maione L, Forcellini D et al. Autologous fat graft in postmastectomy pain syndrome. *Plast Reconstr Surg* 2011;128:349-52.

## KORRESPONDANCE:

Lone Nikolajsen,  
Dansk Smerteforskningscenter og Anæstesiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. E-mail: lone.nikolajsen@ki.au.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk