

Lathund - smärtutredning och behandling i öppenvård

Steg1: Smärtanalys

En väl genomförd smärtanalys är en förutsättning för att lyckas med behandlingen. Denna bör innehålla analys av **duration**. En långvarig smärta innehåller andra mekanismer och får andra konsekvenser än akut smärta. Den långvariga smärtan (>3 mån) ger ökad risk för kronicitet och långvarig sjukskrivning. Den långvariga smärtan ger också ökad risk för associerad depression, ångest, sömnstörning och beteendeförändring. Ett bra instrument för att upptäcka detta (och ha som diskussionsunderlag) är Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPQ) utvecklad av Linton et al. Ursprungliga versionen med 25 frågor tycker en del är för långt men finns nu också i kort form med endast 10 frågor; ÖMPQ-short form. Denna korta har lika god sensitivitet som den långa och endast marginellt sämre specificitet. Brytpunkten för ökad risk för kronicitet och sjukskrivning är 90 poäng för långa och 50 poäng för korta. Båda formulären finns allmänt tillgängliga på <https://www.oru.se/english/research/research-environments/hs/champ/questionnaires/>

Smärtans **lokalisering** är förstås viktig i smärtanalysen och inte minst om smärtan är *regional (lokal)* eller *generaliserad*. Vid en generaliserad smärta kan man behöva överväga antingen *psykiatriska differentialdiagnoser* eller *samsjuklighet med psykiatriska diagnoser* som ångest, depression och sömnstörning. *Sociala faktorer* är också viktiga att beakta vid långvarig smärta då dessa påverkar det långsiktiga utfallet, t.ex. arbete, familj, socialt nätverk, ekonomi. Beteendeförändringar p.g.a. smärtan, inte minst undvikande av aktiviteter, kommer att ha inverkan på dessa sociala faktorer. En bedömning av samsjuklighet och sociala faktorer behöver vid långvarig duration ske även vid en regional (lokal) smärta.

En analys av smärtans **mekanism** förbättrar förutsättningarna för effektiv diagnostik och behandling avsevärt. I första hand behöver man avgöra om smärtan är *nociceptiv* eller *neuropatisk*. En nociceptiv smärta är en smärta som uppstår i vävnaden och leds genom ett intakt nervsystem upp till hjärnan. En neuropatisk smärta är en smärta som uppstår i ett skadat nervsystem och därefter fortleds till hjärnan. (Den nociceptiva smärtan kan påverkas av mekanismer i nervsystemet, så kallade neurogena mekanismer men är ändå inte neuropatisk). Vid all långvarig smärta, oavsett om den är nociceptiv eller neuropatisk behöver man, som ovan, utvärdera eventuell samsjuklighet med ångest, depression, sömnstörning och sociala faktorer, d.v.s. utgå från ett *bio-psyko-socialt* synsätt där den långvariga smärtan inte endast är ett *biomedicinskt* tillstånd, utan också ett *psykologiskt* och *socialt*. För att upptäcka depression rekommenderas i tillägg till anamnesen även användning av ett diagnostiskt instrument som t.ex. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) eller Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.) Alternativt kan t.ex. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) användas för att fånga både depression och ångest.

I andra hand kan man överväga om smärtans mekanism är *nociplastisk*. Vid nociplastisk smärta är själva funktionen i smärtsystemet förändrad, och smärtregleringen fungerar inte längre som vanligt. Smärtsignaler till hjärnan förstärks och hämmande signaler från hjärnan försvagas. Det betyder att sådant som normalt inte gör ont blir smärtsamt, till exempel kan lättare tryck göra ont och man kan få utbredda, ömmande partier på kroppen. Nociplastisk smärta är inte symptom på någon skada eller sjukdom, som vävnadsskadesmärta eller neuropatisk smärta är. Vid nociplastisk smärta är smärtan en sjukdom i sig. Typexempel på nociplastisk smärta är fibromyalgi.

Steg 2: Smärtbehandling

Behandling av smärta, f.f.a. om den är långvarig, bör utgå ifrån den *bio-psyko-sociala modellen*. Den bör vara *multimodal*, och når bästa effekt (evidensnivå) om den genomförs i ett samverkande *team*. Teamet bör innehålla läkare, sjukgymnast och psykolog (eller kurator eller beteendevetare).

Psykologen och/eller kuratorn bidrar med (diagnostik och) behandling av psykologiska och sociala faktorer med olika typer av beteendebaserad intervention (KBT/ACT/Operant inlärning) men även icke-farmakologiska interventioner mot t.ex. sömnstörning.

Sjukgymnasten bidrar med strukturerad träning/fysisk aktivitet, stretching, ergonomi, TENS, akupunktur, värme/kyla (vetekudde) och avspännings-/avslappningsövningar (ev. kopplat till biofeedback).

Läkaren bidrar vid nociceptiv smärta med läkemedel enligt WHO:s smärtrappa (paracetamol, NSAID/coxib, opioider). Behandling med opioider bör ske restriktivt vid icke-malign smärta i enlighet med en långsiktig plan, fasta doser och med förskrivarkontinuitet. Vid nociceptiv smärta kan man med fördel utnyttja sjukgymnastens samtliga modaliteter ovan.

För diagnos neuropatisk smärta skall finnas: 1) En sjukhistoria som överensstämmer med skada eller sjukdom i nervsystemet (perifert eller centralt), 2) Symptom som i neuroanatomisk utbredning (patientens berättelse) motsvarar skadan eller sjukdomen 3) Kliniska fynd vid undersökning (ökad eller minskad känselkänslighet) i detta område. Vid neuropatisk smärta bör läkaren ta ställning till om smärtan är central eller perifer. Vid central neuropatisk smärta (t.ex. stroke, MS, HIV) kan den behandlas med tricykliska, SNRI och gabapentin/pregabalin som singelterapi eller i kombinationer. Kombination med opioider endast i sista hand. Vid perifer neuropatisk smärta (t.ex. trauma, bältros, polyneuropati, trigeminal neuralgi) kan den behandlas med tricykliska, SNRI eller gabapentin/pregabalin som singelterapi eller i kombinationer. Kombination med opioider endast i sista hand. Vid trigeminal neuralgi finns bra evidens för behandling med karbamazepin. Vid lokalt avgränsad perifer neuropatisk smärta är lokalbehandling med capsaicin eller lidokain tilltalande alternativ utan systemiska biverkningar. Kombinationer med sjukgymnastiska modaliteter som TENS, värme/kyla och avspänningsövningar kan med fördel prövas även vid neuropatisk smärta. Ryggmärgsstimulering (spinal cord stim, SCS) kan prövas i väl utvalda (lokalt avgränsade) fall.

Vid behandling av nociplastisk smärta är information till patienterna A och O, så att de förstår att man inte kan ta bort smärtan genom att behandla de smärtande vävnaderna, utan att det är fel på själva smärtsignaleringen. Det är vid nociplastisk smärta viktigt att upprätthålla en bra balans mellan vila och aktivitet, att ägna sig åt regelbunden och anpassad fysisk träning/aktivitet och att vara noga med sömnen. Tricykliska och/eller SNRI kan prövas i första hand. Gabapentin endast i andra hand. Opioider ska undvikas, inte bara för att de är vanebildande, utan även för att de kan förvärra den nociplastiska smärtan.

N.B. att det vid alla långvariga smärttillstånd kan finnas olika smärttillstånd med olika smärtemekanismer samtidigt (t.ex. fibromyalgi och artros).