

SMERTESTILLENDENDE MEDICIN VED AKUTTE OG KRONISKE RYGSMERTER

Claus Manniche, Læge, PhD

Baggrund:

Adskillige nyligt publicerede nationale guidelines (1-7, 9-12, 14, 15) understøtter alle væsentlige elementer i den aktuelt fremlagte anbefaling.

Præparater:

Smertestillende medicin sælges som håndkøbspræparater (fx paracetamol) eller på recept i form af højere dosis NSAID (nonsteroid antiinflammatorisk medicin) = gigtmedicin) eller stærkere smertestillende medicin, fx morfika (opioider). Der kan også vælges muskelafslappende midler (muskelrelaksantia, fx stesolid) eller sovemedicin (hypnotika).

Status – Hvad vi ved

Dokumentation:

Paracetamol:

Der er rapporteret 6 kliniske studier, hvor paracetamol anvendes ved akutte rygsmerter. En tendens til, at paracetamol klarer sig på linie med de sammenlignede analgetika og NSAID, konstateres.

To systematiske oversigtartikler (8, 15) finder evidens for at der ydes kortvarig smertestillende effekt af paracetamol, og der findes samtidig evidens for at simple analgetika formentlig er ligeså effektive som NSAID og andre stærkere analgetika.

Kombinationen af paracetamol og svage opioider øger den relative risiko (RR = 1.1) svagt. Ud over den akutte levertoksiske påvirkning ved overdosering synes antallet af bivirkninger dog at være få og små og i det væsentlige på linie med placebopræparater (8, 15).

NSAID:

Flere kontrollerede studier (n=8) har belyst effekten af NSAID ved akutte og kroniske rygsmerter.

To systematiske oversigtsarbejder (8, 15) finder stærk evidens for, at NSAID lindrer

smarter, men at der ikke er dokumentation for, at smertelindringen medfører hurtigere tilbagevenden tilbage til jobfunktion, eller at medicinen hindrer udvikling af en kronisk tilstand. NSAID synes ikke at have virkning på udstrålende smerter.

Forskellige NSAID's synes ligeværdige i effekt både ved akutte og kroniske smerter (8, 15).

Bivirkninger kan være alvorlige (10, 11), hyppigst i form af blødninger i mave eller tarm. Akut forblødning eller tarmperforation er en konkret risiko, der kan optræde efter kun få dages forbrug. Denne bivirkning medfører dødelig udgang hos 50-100 personer (hovedsageligt 65+) årligt i DK. De nyere såkaldte COX-2 hæmmere er NSAID's med dokumenteret færre systemiske bivirkninger og synes samtidig at have samme smertestillende effekt som de klassiske NSAID (12).

Opioider:

Der er ingen sikker dokumentation for større effekt af opioider sammenlignet med simple analgetika og NSAID (10, 11, 13). Der er heller ikke dokumentation for anderledes effekt af svage opioider (tramadol, kodein) sammenlignet med stærke (morfin), når administrationen sker peroralt. Heller ikke findes dokumentation for vedvarende effekt af opioider ved vedvarende brug i tilfælde af kroniske rygsmerter.

Der ses mange bivirkninger både i form af obstipation og fysisk/psykisk afhængighed (13). Risikoen er lavere ved brug af svage opioider sammenlignet med stærke.

Muskelrelaksantia:

Et antal (n =14) kliniske undersøgelser er opgjort i 2 systematiske oversigtsarbejder (8, 15). Der findes effekt af muskelrelaksantia sammenlignet med placebo. 70% af patienterne risikerer bivirkninger i form af søvnighed og svimmelhed efter en uge. Samtidig er der stor risiko for fysisk og psykisk afhængighed efter ganske kortvarig brug (10, 11).

Det kan vi anbefale

Anbefaling:

Analgetisk behandling med brug af paracetamol og/eller NSAID og/eller svagtvirkende opioid kan være indiceret hos især patienter med voldsomme akutte eller opblussende lænderygsmerter. Man starter med et paracetamol/NSAID, eventuelt i kombination. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt effektivt, suppleres der med et svagt opioid fx tramadol eller kodein. Behandling bør altid kun ordineres i en afgrænset periode.

De stærke, vanedannende opioider er det næsten aldrig indiceret at benytte ved akutte rygsmerter, og aldrig ved kroniske. Risici overstiger langt den mulige nyttevirkning.

Forslag til praktisk anvendelse: Vurdér først hos den enkelte patient, om der er behov for analgetika. Hvis ja, anvend "analgetikatrappetste-princippet". Gå til næste trappetrin, hvis der efter 1-2 døgn er utilstrækkelig effekt på det aktuelle trin.

- **Første trin:**
Paracetamol i op til fuld terapeutisk dosis.
- **Hvis effekten er utilstrækkelig, næste trin:**
NSAID i op til fuld terapeutisk dosis.
- **Hvis effekten er utilstrækkelig, næste trin:**
Eventuelt kombination med paracetamol og NSAID.
- **Hvis effekten er utilstrækkelig, næste trin:**
Tramadol eller kodein som tillæg eller som monoterapi (vurderes individuelt), dog CAVE obstipation ved kodein.

Ordination af stærkere analgetika bør kun ske kortvarigt (max. 1-2 uger). Anvendes kun ved svære akutte smerter, som ikke kan kontrolleres ved brug af ovenstående principper eller efter operation.

Muskelrelaxantia (fx diazepam), har ingen plads i behandlingen af rygbesvær, fordi de mulige gunstige virkninger overskygges langt af risikoen for fysisk og psykisk afhængighed selv efter kortere tids brug.

Har patienten udpræget søvnbesvær kan det overvejes kortvarigt at supplere med sovetablet til natten.

Det skal vi forske i:

Set ud fra en klinikers synsvinkel med en konservativ tilgang til behandlingen af lænderygsbesvær savnes der viden om mange former for kombinationsbehandlinger mellem de forskellige konservative behandlingstiltag, ikke mindst når vi taler om den kroniske lænderygpatient. Hos den kroniske patient er det forskning som kan fortælle os mere om en optimal doseringen af de enkelte konservative elementer (informations, manuel behandling og øvelsesterapi) i kombination med medicineringen. Hos den akutte patient er det især forskning i bedre smertedækning af den akutte lumbago-iskias patient som kan bidrage til en bedre patientbehandling. –

Referencer

1. ACC and the National Health Committee. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. Wellington, New Zealand, 1997. [New Zealand]
2. Bigos S, Bowyer O, Braen G et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR publication no. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. December 1994. [USA]
3. Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Van den Hoogen JMM, Mens JMA, Smeele IJM, Romeijnders ACM, Van der Laan JR. Clinical practice guidelines for low back pain. (Dutch, available in English).

- Huisarts Wet 1996;39:18-31. [**the Netherlands**]
4. Handlungsleitlinie – Rückenschmerzen. Empfehlungen zur Therapie von Rückenschmerzen, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. (Treatment guideline - backache. Drug committee of the German Medical Society). Zeitschrift für Arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung Aug 1997; 91(5): 457-460. [**Germany**]
 5. Keel P, Perini Ch, Schutz-Petitjean D, et al Chronicisation des douleurs du dos: problematique, issues. Rapport final du Programme National de Recherche No 26B. Bale: Editions EULAR 1996. [**Switzerland**]
 6. Keel P, Weber M, Roux E, et al. Kreuzschmerzen: Hintergründe, prävention, behandlung. Basisdokumentation. Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), Bern, 1998. [**Switzerland**]
 7. Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee. Wellington, New Zealand, 1997. [**New Zealand**]
 8. Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. Ann Rheum Dis 1997; 56: 214-23.
 9. Malmivaara A, Kotilainen E, Laasonen E, Poussa M, Rasmussen M, Clinical Practice Guidelines: diseases of the low back. (Finnish, available in English) The Finnish Medical Association Duodecim 1999. [**Finland**]
 10. Manniche C, et al. Danish Institute for Health Technology Assessment: Low back pain. Frequency, management and prevention from an HTA perspective. Danish Health Technology Assessment 1999. [**Denmark**]
 11. Nachemson AL, Jonsson E. (Eds.) Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000. [**Sweden**]
 12. Pohjolainen T, Jekunen A, Autio L, Vuorela H. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomised, double-blind comparative trial versus ibuprofen. Spine 2000; 25: 1579-85.
 13. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, Kamin M. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain. J Rheumatol 2000; 18: 772-8.
 14. Royal College of General Practitioners. Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain. London, Royal College of General Practitioners, 1996 and 1999. [**UK**]
 15. Van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
 16. Victorian Workcover Authority. Guidelines for the management of employees with compensable low back pain. Melbourne, Victorian Workcover Authority. 1993 and revised edition 1996. [**Australia**]
 17. Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners, 1996. [**UK**]