

Behandlingsriktlinjer Smärta hos äldre 2015



LANDSTINGET SÖRMLAND
Läkemedelskommittén

**Behandlingsriktlinjerna är utarbetade av en arbetsgrupp på uppdrag av
Läkemedelskommitténs expertgrupp för smärta i Landstinget Sörmland**

Arbetsgruppen har bestått av:

Birgir Arge, öl, Reumatologiska kliniken MSE

Carl-Ove Arvidsson, öl, Smärtrehabiliteringsenheten, specialiserad rehabilitering i Sörmland

Kenneth Fernström, öl, Smärtrehabiliteringsenheten, specialiserad rehabilitering i Sörmland

Marie Holmberg-Clausen, geriatiker, medicinska kliniken MSE

Ylva Bodén, ortoped, ortopedkliniken MSE

Ulla-Britt Zetterholm, sjuksköterska, Smärtrehabiliteringsenheten, specialiserad rehabilitering i Sörmland

Viktoria Haavisto, fysioterapeut, paramedicin MSE

Gösta Lööf, apotekare, Läkemedelskommittén

Ruth Lööf, apotekare, Läkemedelskommittén

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING - ÄLDRE OCH SMÄRTA	4
2	UTREDNING AV SMÄRTA	4
3	DIAGNOSTISKA HJÄLPMEDEL VID SMÄRTUTREDNING	6
4	FLÖDESSHEMA SMÄRTUTREDNING	10
5	AKUT SMÄRTA HOS ÄLDRE	10
6	BEHANDLING AV ARTROSSMÄRTA	12
7	SMÄRTA VID REUMATISKA SJUKDOMAR	13
8	NEUROPATISK SMÄRTA - NERVSMÄRTA	20
9	PSYKOGEN SMÄRTA	23
10	SMÄRTA VID MALIGNA SJUKDOMAR	23
11	SMÄRTA VID DEMENSSJUKDOM.....	23
12	ICKE FARMAKOLOGISK SMÄRTBEHANDLING	24
13	FARMAKOLOGISK BEHANDLING	25
14	KONVERTERINGSGUIDE OPIOIDER	27
15	TABELL ”SMÄRTBEHANDLING HOS ÄLDRE”	28
16	REFERENSER	33

1 Äldre och smärta

Smärta hos äldre är vanligt förekommande och kan ta sig olika uttryck beroende på patientens kroppsliga och mentala funktioner. I studier från England har man visat att hälften av alla personer över 65 år har någon form av smärta. Vid 75 års ålder har antalet ökat ytterligare – 56 % av männen och 65 % av kvinnorna uppgavs ha en smärtproblematik. Bland institutionaliserade personer hade mellan 43 och 83 % någon form av smärta.

Smärtproblematiken utgör ett stort problem hos den äldre patientgruppen som därtill samtidigt ofta har andra kroniska sjukdomar och därmed många olika läkemedel. En tilltagande organsvikt medför ökad risk för biverkningar och interaktioner vilket gör denna patientgrupp svårbehandlad.

Det saknas dokumentation i större omfattning för denna patientgrupp. Dessa riktlinjer baserar sig därför till stor del på arbetsgruppens samlade erfarenheter samt den dokumentation som vi funnit.

Att beakta angående smärta hos äldre:

- Vaksamhet hos personal är viktig då äldre kan ha smärta utan att kunna påtala eller visa det.
- All hälsobedömning ska innehålla fråga om eventuell smärta eller värk.
- Om smärta föreligger ska denna undersökas och bedömas utifrån: intensitet, lokalisering och beskrivning.
- Psykologiska upplevelsen av den aktuella smärtan bör bedömas.
- Påverkan på det dagliga livet och/eller ADL-funktioner.
- Smärtans lokalisering antingen genom att patienten pekar ut var smärtan sitter alternativt genom att rita en smärtekarta.
- Smärtans intensitet, smärtermometer, se kap. 3 "Diagnostiska hjälpmedel".
- För personer med nedsatta kognitiva funktioner eller svårigheter att kommunicera använd t.ex. Abbey Pain Scale.
- Identifiera om möjligt orsaken till smärta genom kroppsundersökning.
- Utvärdera efter insatt behandling. Använd samma bedömningsinstrument som vid den initiala bedömningen.

Omarbetat från National guidelines The assessment of pain in older people 2007 Royal College of Physicians.

2 Utredning av smärta

Smärta hos äldre kan ta sig olika uttryck. En **smärtanalys** ska alltid göras! Lättast är det naturligtvis då patienten kan kommunicera verbalt och berätta om sin smärta; om smärtekaraktär, varaktighet, om påverkan vid vissa kroppsställningar, vad som minskar smärtan m.m. Därtill kommer den somatiska undersökningen där det är viktigt att bedöma om smärtan kommer från led- och stödjeorgan, eller om det är en neuropatisk smärta, smärta utan säker förklaring, en psykogen dito eller en blandning av flera olika smärtformer.

Det finns ett antal instrument (se kap. 3) för att bedöma smärta. Om patienten kan beskriva utbredningen av smärttillståndet kan smärtanalys med fördel ske med hjälp av en smärtekarta (se kap. 3). Smärtans intensitet kan beskrivas med hjälp av olika instrument och man bör välja att använda det som patienten klarar av, t.ex. smärtermometer, smärtekarta.

Bedömning av smärtans utbredning, karaktär och intensitet bör ingå i en initial smärtanalys men även vid uppföljning av insatt behandling. Smärtanalysen blir betydligt svårare att genomföra när patienten lider av kognitiva störningar. Smärtan kan då uttryckas på olika sätt; avvärjningsrörelser, ansiktsuttryck, psykisk eller motorisk oro, humörsvängningar, förändrade sömnvanor. Många patienter med demenssjukdom ger en bild av att ha en högre smärtröskel än tidigare, vilket kan vara ett faktum men man får inte bortse från att detta också kan vara ett uttryck för att dessa personer inte har kvar förmågan att förmedla sin smärta. Det blir då viktigt att observera fysiska symtom och/eller ett ändrat beteende. Se avsnitt Smärta vid demenssjukdom.

Vid smärtanalysen bör man komma fram till vilken eller vilka typer av smärta som patienten lider av och utifrån den kunskapen sätta in behandling. Patientens övriga läkemedelsbehandling bör också beaktas med tanke på interaktioner samt eGFR (estimerad glomerulär filtrationshastighet). En nedsatt njurfunktion (eGFR<30ml/min) ska föranleda försiktighet avseende dosering av flertalet analgetika. Den insatta behandlingen ska oavsett om den är farmakologisk eller icke farmakologisk utvärderas genom att man gör om samma smärtanalys, då effekten av den insatta behandlingen förväntas ha inträtt. Utebliven effekt ska alltid föranleda ifrågasättande av diagnos, om tillräcklig dos använts och om det finns alternativa behandlingar att byta till. Dokumentation avseende resultat av insatt behandling, även om den inte varit lyckosam ska göras i patientens journal.

Smärtanalys

Smärtans karaktär
Smärtans varaktighet
Smärtans lokalisering
Smärtans intensitet – VAS/smärtermometer
Rörelse- och lägespåverkan
Neurologisk påverkan
Felställningar i leder och extremiteter

3 Diagnostiska hjälpmedel

Alla diagnostiska hjälpmedel finns att kopiera i den elektroniska versionen som finns på läkemedelskommitténs hemsida.

Smärtkarta

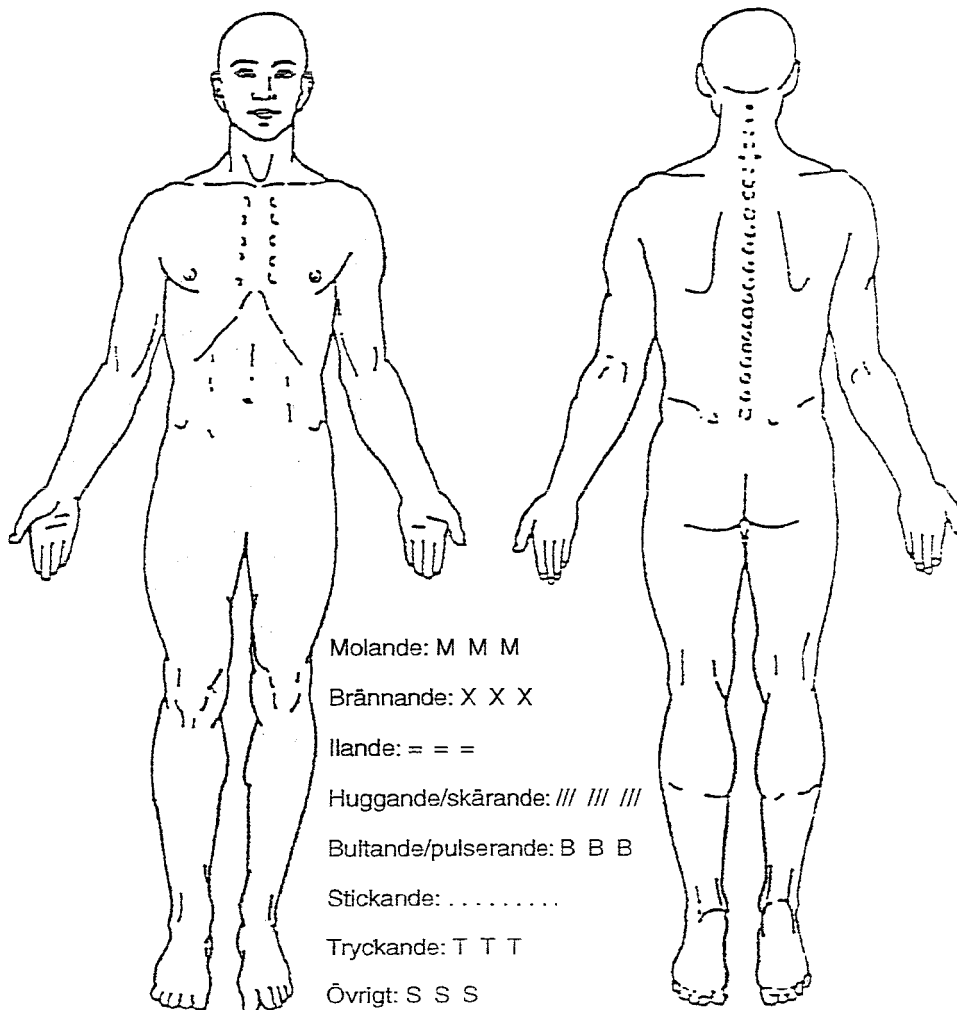
Datum:

Pat.id.

”Vilken ansiktsuttryck
passar bäst för Dig nu?”



SMÄRTANS LOKALISATION



GERIATRIC DEPRESSION SCALE

GDS-20-skalan

GDS

1	Är du i grund och botten nöjd med ditt liv ?	ja	nej
2	Har du gett upp många aktiviteter och intressen ?	ja	nej
3	Tycker du att ditt liv är tomt ?	ja	nej
4	Blir du ofta uttråkad ?	ja	nej
5	Är du oftast på gott humör ?	ja	nej
6	Är du rädd att något skall hända dig ?	ja	nej
7	Känner du dig oftast glad och nöjd ?	ja	nej
8	Känner du dig ofta hjälplös ?	ja	nej
9	Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar ?	ja	nej
10	Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra ?	ja	nej
11	Tycker du att det känns bra att leva ?	ja	nej
12	Känner du dig tämligen värdelös som du är nu ?	ja	nej
13	Känner du dig full av energi ?	ja	nej
14	Tycker du att din situation är hopplös ?	ja	nej
15	Tycker du att de flesta andra har det bättre än du ?	ja	nej
16	Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt på morgonen ?	ja	nej
17	Är du ofta orolig och ängslig ?	ja	nej
18	Kan du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt ?	ja	nej
19	Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen ?	ja	nej
20	Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom ?	ja	nej

Ge 1 poäng för varje svar med bokstäver i grått fält

Summa poäng

Tolkning:

0-5 poäng: Depression osannolik.

6-20 poäng: Misstanke om depression

GDS-skalan modifierad av CG Gottfries och I Karlsson, Psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus, Göteborgs universitet 1995

Smärtermometer

Efter Professor Keela Herr, University of IOWA



The Abbey Pain Scale

Ett skattningsinstrument för smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner eller som inte kan verbalisera sin smärta.

Medan patienten observeras fyll i aktuell poäng i fråga 1 till 6.

Namn:.....

Personnummer:

Namn på den person som genomför skattningen:

1. Röst ljud ex. grymta, stöna, sucka

Finns inte = 0 Svag = 1 Medelsvår = 2 Svår = 3

2. Ansiktsuttryck ex. spänd, rynka pannan, rädsla

Finns inte = 0 Svag = 1 Medelsvår = 2 Svår = 3

3. Förändrat kroppsspråk ex. skaka, hålla kroppsdel stilla, dra bort kroppsdel

Finns inte = 0 Svag = 1 Medelsvår = 2 Svår = 3

4. Förändrat beteende ex ökad förvirring, matvägran, förändrade vanor

Finns inte = 0 Svag = 1 Medelsvår = 2 Svår = 3

5. Kroppsliga förändringar ex. feber, förändrad puls och blodtryck, svettning

Finns inte = 0 Svag = 1 Medelsvår = 2 Svår = 3

6. Synliga skador ex sårskador, tryckområden-sår, ledinflammation, kontrakturer, tidigare skador

Finns inte = 0 Svag = 1 Medelsvår = 2 Svår = 3

Addera svars-poängen på fråga 1-6

Total poäng:

1-2 poäng = ingen smärta

3-7 poäng = mild smärta

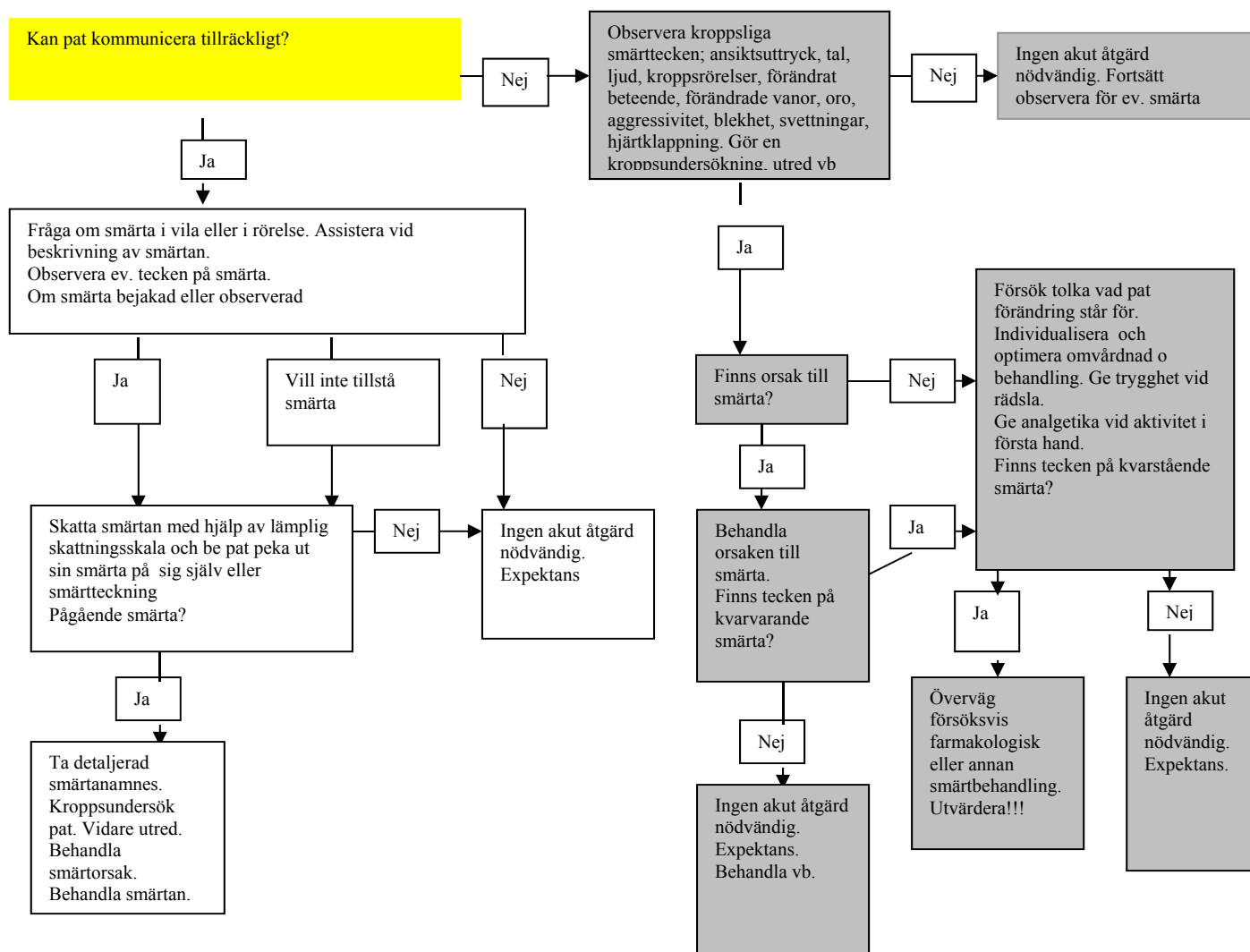
8-13 poäng = medelsvår smärta

> 14 poäng = svår smärta

Kryssa i mest lämplig ruta avseende smärtintensitet!

Abbey J, De Bellis A, Piller N, Esterman A, Giles L, Parker D,
Lowcay B, The Abbey Pain Scale Funded by the JH & JD Gunn Medical Research
Foundation 1998-2002

4 Flödesschema smärtutredning



Översättning från Royal College of Physicians.

5 Akut smärta hos äldre

Akut smärta är ett symtom och orsaken måste alltid sökas och värderas. Undersökningar har visat att vårdpersonal tenderar att underskatta akut smärta medan anhöriga ofta har en benägenhet att övervärdera smärtans svårighetsgrad.

En klinisk undersökning skall utföras av läkare och/eller sjuksköterska. Kognitiva störningar ökar svårighetsgraden att med anamnes och sedvanlig undersökningsteknik erhålla rätt diagnos. Sjukdomshistoria och kännedom om den äldre är viktig. Är det något nytillkommet eller accentuering av en långvarig väl-

känd smärtproblematik? Den kliniska undersökningen kan ibland vara av uteslutande strategi, d.v.s. värdera om ”farlig” orsak till smärtupplevelsen föreligger. Obs! Lägre tröskel för vidare undersökning med röntgen hos demenssjuka!

Anamnesen är viktig: smärtans debut, karaktär, intensitet, rörelsekorrelation? Relaterat till kroppsfunktioner t.ex. andning, matintag, tarmtömning etc. Akut smärta av hög intensitet åtföljs ofta av en emotionell komponent med uttryck av rädsla, ångest och ökad muskulär spänning. Stressfysiologiska reaktioner är vanliga såsom ökat blodtryck, hjärtklappning, illamående etc.

Typ av smärta	Ursprung	Kännetecken	Behandling
Nociceptiv Somatisk	Vävnader ex. hud, muskulatur, skelett, ligament	Molande, tryckande, brännande. Accentueras av fysisk aktivitet.	Paracetamol i första hand. NSAID, obs försiktighet! Opioider per oralt om möjligt.
Nociceptiv Visceral	Inre organ ex. tarm, blåsa, hjärta, bukspottkörtel, livmoder	Diffus initialt. Ex. koliksmärtor, krampartad, ofta anfallsvis.	Paracetamol, Diklofenak vid stensmärtor. Opioider per oralt.
Neuropatisk	Skadad nervvävnad – bältros, rotsmärta, trigeminusneuralgi	Exempelvis: Hugande, strålände, brännande, skärande, ilande.	Sensaval + antiviral behandling vid bältros Oxkarbazepin - trigeminusneuralgi NSAID, opioider. Obs! Försiktighet vid NSAID till äldre, se sid 12
Psykogen	Ångest, livskris	Smärta utan säker eller känd somatisk orsak.	Empati, närvaro, ev. beröring, omvårdnad, mat, dryck.
Ischemiska smärtor	Vävnadsdöd, hjärta, ben, fötter, hud etc.	Tryckande, sammanströande, sprängande	Opioid Nitropreparat Lokalanestetika

Smärtrappan – (nociceptiv smärta)

Smärtrappan visar hur smärtbehandlingen kan indelas i steg. Smärtan ska utvärderas före och efter insatt behandling, helst med något skattningsinstrument och alltid med samma instrument vid utvärderingen som vid behandlingssättningen. Utvärdera kontinuerligt utifrån insatt läkemedel. Om otillräcklig effekt vid optimal dosering gå till nästa steg i smärtrappan.

Tidigare steg 2 är i princip ute ur bilden också internationellt framförallt p.g.a. osäkerhet om patienten har ”rätt” enzymuppsättning plus biverkningsrisker

Paracetamol + ev. NSAID +
långverkande stark opioid/buprenorfin

*Paracetamol + ev. NSAID + svag opioid/buprenorfin

Paracetamol och/eller NSAID

*Individualisera och vid svår värk gå direkt till lågdos långverkande opioider (Dolcontin, vid njursvikt Oxycodone alternativt den svagare opioiden Norspan) efter steg 1 hos äldre-äldre och multisjuka.

OBS! Försiktighet med NSAID hos äldre därför att:

1. Kontraindicerat vid njursvikt – beräkna eGFR enl. Cockcroft-Gault
2. Välj naproxen och ibuprofen
 - maxdos naproxen 500 mg/dygn
 - maxdos ibuprofen 1200 mg/dygn
3. Endast korttidsbehandling!
4. Negativ effekt på hemodynamik
5. Ökad biverkningsrisk i mag-tarmkanalen
6. Vid behov av magskydd – välj Omeprazol som tillägg

6 Behandling av artrossmärta

Artros, även kallat osteoartrit, är vår vanligaste ledsjukdom och mycket vanligt i den äldre populationen. Hälften av alla 60-åringar har tecken till artros i någon eller några leder på röntgen. Orsaken är till hälften ärftligt och till hälften miljöfaktorer som tidigare lednära frakturer, gravt belastande arbete som t.ex. lantbrukare eller övervikt. Numera försöker man använda begreppet ”ledsvikt” och undvika ordet ”ledförslitning” då vi vet att ledbrusket mår bra av måttlig belastning. Det är visat att viktredning ger en smärtstillande effekt på framförallt knäsmärta men även smärta vid höftartros. Det gäller även måttlig nedgång på ca 10 % av kroppsvikten.

Smärta, stelhet och svullnad vid artros behandlas i första hand fysikaliskt, i andra hand medikamentellt och i sista hand ortopedkirurgiskt.

Fysikalisk behandling/sjukgymnastik

Behandlingen vid artros kan liknas vid en pyramid där basen består i information, riktad specifik träning i syfte att förbättra funktionsförmåga samt vid behov viktredning. Denna typ av behandling bör alla patienter med artros i knä eller höft erbjudas tidigt i sjukdomsförloppet, genom att hänvisas till fysioterapeut i primärvård. Informationen kan ske i grupp i så kallad artrosskola eller vara individuellt baserad.

Fysisk aktivitet har en smärtstillande effekt, ökar hållfastheten i ledbrusket och ökar funktionen i lederna. Träningen bör vara individuellt anpassad, utifrån en sjukgymnastisk bedömning, och kan bestå i styrke-, balans- och/eller konditionsträning. Träningen kan utföras på land eller i vatten.

Som kompletterande behandling vid ledstelhet kan manuell rörelsebefrämjande mobilisering av led ha god effekt. Det här är extra viktigt när det rör sig om kognitivt nedsatta äldre som behöver hjälp av omvårdnadspersonal att ta ut sina rörelser. I den smärtstillande terapin kan TENS eller akupunktur vara ett komplement. Fysioterapeut eller arbetsterapeut kan också vara behjälplig i utprovning av gånghjälpmedel och/eller hjälpmedel som underlättar vardagliga moment. Ortopedtekniska hjälpmedel som fot-hylsor, rullsulor, skoinlägg eller utlästning av skor kan vara till mycket stor hjälp för patienterna.

Fysisk aktivitet på recept (FaR) kan med fördel skrivas ut till patienter med artros. Aktiviteten anpassas individuellt och kan bestå i exempelvis hemövningar, gymträning och eller promenader.

Vilka läkemedel bör användas?

Många patienter har provat glukosamin framställt från räkskal eller preparat tillverkade av nypon och andra bär. Dessa har ingen visad effekt och heller inga allvarliga biverkningar rapporterade. Samma sak gäller ledinjektioner med hyaluronsyra från tuppkam. Däremot kan man ge kortison intraartikulärt vid inflammation, max 4 ggr/år. Läkemedelsbehandlingen inriktar sig främst på smärtan som kan vara konstant, rörelserelaterad eller komma i skov. Smärtan är i regel nociceptiv och rörelserelaterad smärta kan vara svårbehandlad. Paracetamol, är förstahandsvalet.

NSAID vid tecken till inflammation. Det kan vara värt att prova geler som ger mindre systempåverkan. Tablett dosen till äldre behöver justeras, se sid 28, och behandlingen bör vara korta kurer av t.ex. Ibuprofen eller Naproxen i 10 dagar.

Opioider ges vid svår smärta. I första hand låga doser morfin eller oxycodon i depotberedningar, alternativt buprenorfinplåster eller fentanyl. Undvik tramadol och kodein till äldre p.g.a. risken för förvirring. Glöm inte laxantia!

Ortopedkirurgisk behandling

Leden kan tas bort vid artrodesoperation, steloperation, som är vanligt i t.ex. fötter eller fingerleder. I handleden kan man operera bort ett helt ben och på så sätt bli av med smärtan från den aktuella leden. Hela eller delar av leder kan även ersättas av proteser i metall, plast eller andra material.

7 Smärta vid reumatiska sjukdomar

Muskuloskeletala symtom är oerhört vanliga bland äldre d.v.s. över 65 år. Dessutom förväntas antalet äldre fördubblas de kommande åren. Därmed ökar prevalensen av åldersrelaterade symtom från rörelseorganen. Förekomsten av mer än en sjukdom hos en och samma person är vanligt.

En holländsk studie från en gerontoreumatologisk mottagning vid Saint Maartens klinike i Nijmegen publicerad 2011 av van Lankweld och medarbetare kan illustrera detta. I ett patientmaterial på 154 patienter med en medianålder på 79,2 år redovisas följande:

Table 2:	Rheumatologic diagnosis	(n= 154)
Osteoarthritis	76	49 %
Spondylitis	48	31 %
Rheumatoid arthritis	26	17 %
Arthritis otherwise defined	18	12 %
Gout	9	6 %
Chondrocalcinosis	18	12 %
Osteoporosis	2	1 %
Shoulder problems	10	6 %
Polymyalgia rheumatic	5	3 %
Soft tissue	2	1 %
Carpal tunnelsyndrome	3	2 %
Others	9	6 %

Table 4:	Comorbidity	(n = 154)
Cardiac	54	36 %
Hypertension	61	40 %
Vascular	39	25 %
Respiratory	19	12 %
EENT (Eye, ear, nose and throat)	35	21 %
Upper GI	21	14%
Lower GI	16	10%
Hepatic	4	3 %
Kidney	4	3%
Other GU	24	16%
Neurological	27	18%
Endocrine/metabolic	32	21%
Psychiatric	13	8 %

Av artikeln framgår att den vanligaste reumatiska sjukdomen är artros och spondylos. I ett annat arbete som samma författare publicerade 2004 angav man en avsevärd högre förekomst av osteoporos. Symtom från rörelseorganen påverkas också av förekomsten av andra sjukdomar. Läkemedel ordinerade för andra sjukdomar påverkar också behandlingen av de reumatiska symtomen. Alla celler och vävnader undergår fysiologiska åldersförändringar. Således minskar muskelmassan vid stigande ålder såväl hos soffliggare som hos aktiva idrottsutövare. Sarkopeni motverkas vid regelbunden fysisk aktivitet under förutsättning att patienten har en normal D-vitaminnivå, men kan inte helt förhindras. Ett åldrande och delvis försvagat immunsystem kan öka möjligheten för uppkomst av autoimmuna sjukdomar.

Artros - se avsnittet om artros

Här ska tilläggas att patienter med generaliserad artros d.v.s. mer än tre leder ibland har perioder med inflammatoriskt ledengagemang särskilt i fingrarnas DIP- och PIP-leder som kan leda till differentialdiagnostiska överväganden gentemot inflammatoriska ledsjukdomar.

Reumatoid artrit (RA)

Medianåldern för insjuknanden i RA har stigit från 32 år till 58 år mellan åren 1930 och 1990. Patienter med hög debutålder har oftare en hög sjukdomsaktivitet som kvarstår efter 2 år med högre morbiditet och utvecklar större funktionshinder än patienter med en lägre debutålder. De initiala sjukdomsmanifestationerna kan skilja sig från de som ses hos medelålders och yngre patienter. Särskilt skulderleden tycks vara angripen hos äldre patienter med reumatoid artrit. Patienter med misstanke om nydebuterad RA skall remiteras till reumatolog detsamma är gällande för RA-patienter som i övrigt har varit i remission men uppvisar tecken till recidiv. Dessa pat skall evalueras avseende immunosuppressiv behandling - det gäller även s.k. biologisk behandling.

Kristallartriter

Kristallartriter är den gemensamma beteckningen för en grupp sjukdomstillstånd som kännetecknas av en akut och/eller kronisk inflammation som uppstår i leder när kristaller utfälls i ledhåla – exempelvis urat- eller pyrofosfatkristaller.

Gikt

Män drabbas oftare än kvinnor och insjuknande sker vanligen i medelåldern. Prevalensen hos män är 0,5 – 2,8 % och hos kvinnor 0,1 – 0,8 %. Hyperurikemi är den viktigaste riskfaktorn för att en giktattack

skall utlösas. Många patienter har gikt sekundärt till andra riskfaktorer för hyperurikemi såsom polycytemi, hyperparatyroidism, hypotyreoos, hyperlipidemi, övervikt samt läkemedel såsom tiaziddiuretika, furosemid, låg dos acetylsalicylsyra och Waran.

Hos äldre förekommer ofta komorbiditet, nedsatt njurfunktion och polyfarmaci vilket försvårar handläggningen såväl vid akut gikt som vid insättande av profylaktiska åtgärder.

Klinik

Det klassiska giktanfallet, podager, kommer ofta på efternatten och drabbar oftast stortåns grundled. Leden är intensivt smärtande och uppvisar vid undersökning rodnad, svullnad, värmeökning samt en intensiv palpationsömheter. I mer än 75 % av fallen drabbar den första attacken stortåns grundled. Anfallet klingar av efter 1 – 3 veckor. Därefter följer ett fritt intervall men flertalet drabbas av recidiv inom 2 år. Så småningom drabbas allt fler leder – näst vanligast är knä - och fotledsartrit. Även bursor och senskidor kan drabbas.

Differentialdiagnos

En mycket viktig differentialdiagnos till kristallartrit är septisk artrit som vanligen är lokaliserad till en stor led. Patienten uppvisar i regel tecken till starka rörelsesmärta av leden som är varm, svullen, och ibland rodnad och palpationsöm. Till bilden hör påverkat allmäntillstånd ofta med feber. En 3-siffrig CRP-stegring är vanlig. Observera: 1) patienter med reumatoid artrit har ofta en hög smärttolerans och använder ofta läkemedel som döljer infektionssymtomen. 2) den kliniska bilden hos protesopererade patienter varierar beroende på om infektionen uppkommer i tidigt postoperativt skede d.v.s. inom 3 månader eller senare. Den tidiga infektionen präglas av feber och pussekretion från operationsområdet medan den sena infektionen kan uppvisa en mer indolent sjukdomsbild.

Behandling

OBS, fastställ diagnosen först! Kombinationen akut insättande artrit i en stortås grundled hos en patient som behandlas med tiazid - eller loop diuretika samt förhöjt uratvärde ökar sannolikheten för gikt. Observera att en stor andel patienter med akut gikt har normal urat! För en säker diagnos krävs ledpunktion och påvisande av **uratkristaller i ledvätska**.

I akutstadiet är det **enbart** indicerat att lindra smärta.

NSAID t.ex. Naproxen 500 mg x 2 eller Arcoxia 120 mg x 1. Om behandlingen påbörjas inom 48 timmar kan patienten sannolikt bli smärtfri inom få dagar d.v.s. < 10 dagar. Behandla tills patienten har varit smärtfri i 1–2 dygn vilket i praktiken kan innebära uppåt 2–3 veckor.

Kontraindikation mot NSAID: hjärt- och njursvikt, pågående Waranbehandling samt tidigare magsår.

Vid kontraindikation mot NSAID

- 1) Kortison, antingen
 - a) Peroralt vid > 2 leder drabbade: 30 – 40 mg Prednisolon som engångsdos eller i tvådosförfarande tills patienten är smärtfri. Därefter långsam nertrappning inom ca 7–10 dagar. Om patienten har haft tidigare giktattacker med tendens till allt tätare recidiv bör nertrappningen ske över 2–3 veckor. OBS risk för diabetes eller försämrat sockerläge hos pat med diabetes.
 - b) Steroidinjektion i led, använd gärna intrakutan kanyl, ger i regel snabb och effektiv smärtlindring, Triamcinolon (Lederspan eller Kenacort) 40 mg/ml ge 0,2 ml i perifer led och 1 ml i större led.
- 2) Kolkicin - FASS text saknas, preparatet finns som extemporeberedning. Sök i APLs databas. www.apl.se/Sv/vard/extempore/Sidor/alla.aspx. Finns i kapslar á 0,25 mg.

Enligt UpToDate finns flera likvärdiga doseringsförslag. Kolkicin har bäst effekt vid tidig insatt behand-

ling d.v.s. inom 12–24 timmar. Efter 72 timmar är effekten bristfällig. Till äldre och gamla ska laddningsdos undvikas p.g.a. biverkningsrisken. Vid beräknat GFR > 50 ml: ge 0,5 mg x 3 tills patienten har varit smärtfri i 2–3 dagar. Reducera dosen vid lägre GFR, v.g. se ovan nämnda länk för doseringsförslag. Kontraindikationer: Uttalad lever- och njursvikt. Patienter med nersatt lever- och njurfunktion som behandlas med läkemedel som hämmar CYP3A4 t.ex. ciklosporin, verapamil, erytromycin, statiner mm.

Om ovan nämnda behandlingsförslag inte är tillräckligt effektiva eller kontraindicerade ska IL-1 hämmaren anakinra (Kineret) övervägas. Kontakta reumatolog som får ta ansvaret för behandlingen.

Profylax

I lugnt skede ta ställning till om det föreligger indikation för insättande av läkemedel som sänker urinsyraproduktionen resp. ökar utsöndringen av urinsyra. Indikation föreligger om patienten har haft minst två attacker årligen. Föreligger en tydlig uratstegring? Skaffa underlag genom att kontrollera urat med några veckors intervall. Har patienten tophi? Röntgenförändringar i lederna såsom vid giktartrit? Kvarstår predisponerande faktorer såsom läkemedel eller livsstilsfaktorer?

- Allopurinol sänker produktionen av urinsyra och minskar urat. Målsättningen är ett uratvärde som ligger i intervallet 300 – 360 mikromol/l. P.g.a. risken för uppkomst av giktattacker vid insättning av preparatet rekommenderas en försiktig policy vid insättningen av Allopurinol. Inled med 100 mg x 1 och kontrollera urat efter 4 veckor. Öka dosen av preparatet med 100 mg v. 4:e vecka tills tillfredsställande uratnivå. Vid doser > 300 mg dagligen skall patienten ha behandling morgon och kväll.

Vid njurinsufficiens gäller följande rekommendationer enl. FASS:

- eGFR > 20 ml/min standarddos
- eGFR 20-10 ml/min 100 – 200 mg dagligen
- eGFR < 10 ml 100 mg dagligen eller varannan till var tredje dag.

Beräkna eGFR enligt Cockcroft-Gault för att ta reda på doseringen. Enstaka patienter (1-2%) kan utveckla överkänslighetsreaktion i form av kliande makulopapulösa hudförändringar, subfebrilitet och svullnad i ansikte, tunga och läppar. Vid minsta tecken till hudreaktion skall behandlingen omedelbart avslutas. Insättande av Allopurinol kan medföra en akut giktattack varför alla patienter rekommenderas NSAID i 3–4 veckor om inte kontraindikation föreligger. Överväg tillägg av Omeprazol. Vid kontraindikation mot NSAID är Kolkicinprofylax ett alternativ i dosen 0,25 mg x 2.

Observera om patienten under pågående Allopurinolbehandling drabbas av en ny giktattack sätt inte ut Allopurinol utan låt den stå kvar i samma dosering som förut!

- Probenecid ökar utsöndringen av urinsyra. Preparatet fungerar bäst vid normal njurfunktion. Njurstensanamnes utgör en kontraindikation. Ge 500 – 1500 mg x 2 och alkalisera urinen med natriumbikarbonat 4–6 g/dygn. Eftersträva hög diures 2–3 liter dagligen för att motverka utfällning av urinsyra i urinvägarna.

Utsättande av Allopurinol och Probecid medför recidiv av gikt. Behandlingen är därför livslång. Nya läkemedel mot gikt ex febuxostat är inregistrerade i EU och Sverige. Eftersom de inte marknadsförs i Sverige går det inte att söka licens på dessa läkemedel.

- Livsstilsfaktorer - Eftersom sekundär gikt orsakas av en ökad purinbelastning med ökad uratbildning måste livsstilsändringar genomföras. Eftersom många födoämnen och drycker innehåller höga halter av puriner skall patienten remitteras till dietist vid upprepade fall. Patienten bör undvika öl och starksprit. Vin i måttliga mängder (1–2 standardglas dagligen) förefaller inte utgöra någon ökad risk för giktattacker.

Pyrofosfatartrit eller falsk gikt

Prevalens- och incidenssiffror är mycket osäkra men är lägre än vid gikt. Kvinnor drabbas oftare än män. Predilektionsålder är 65–75 år. Symptomen förorsakas av utfällning av kalciumpyrofosfatdihydrat (CPPD) i leden. Orsaken är okänd men hereditära faktorer har betydelse.

Klinik

Man skiljer mellan hereditära och sporadiska former (akut eller kronisk) samt sådana som är associerade med trauma och olika metabola tillstånd. Den hereditära formen uppträder hos yngre och avhandlas inte.

Sporadisk form

1) Akut

Förekommer vanligast hos äldre kvinnor som plötsligt drabbas av en akut artrit i någon stor led, oftast knäleden. Näst vanligast är handleden. Precis som gikt utvecklas symtomen snabbt och inom ett dygn föreligger en fullt utvecklad artrit. Leden är kraftigt smärtande och obrukbar. Oftast har patienten feber eller är subfebril och allmänpåverkad. CRP stiger till 50–100, SR senare. I en sådan situation är septisk artrit en differentialdiagnos.

2) Kronisk

Det är framför allt äldre kvinnor som insjuknar. Förloppet kan vara subakut eller kroniskt. Det finns olika kliniska bilder och beroende på symtombilden föreligger pseudoreumatoid artrit, pseudoartrotisk – och pseudoneuropatisk artrit. De särskiljande dragen är dock otydliga. Förstnämnda typen karakteriseras av polyartrit, flektionskontrakturer, morgonstelhet, trötthet samt SR-stegring. Symtomen avtar inom veckor till månader. Vid de sistnämnda formerna dominerar polyartikulära ledbesvär med progredierande degenerativa ledförändringar. Det destruktiva ledinslaget kan variera avsevärt vilket har stor betydelse för långtidsprognosen.

Associerade former

Pyrofosfatartrit förekommer i ökad frekvens efter trauma och tillsammans med metabola sjukdomar som hyperparatyroidism, hypo- och hypertyreos, hemokromatos, Wilsons sjukdom, amyloidos samt hypofosfatemi och hypomagnesemi. Kontrollerade studier saknas men det finns ett oomtvistat samband med hög ålder.

Diagnos och differentialdiagnos

Pyrofosfat är ett viktigt och ofta bortglömt diagnostiskt tillstånd hos äldre patienter med akut artrit, feber/subfebrilitet och andra allmänsymtom. Diagnosen ställs vid påvisande av pyrofosfatkristaller i ledvätska. Röntgen av leden ger ytterligare stöd för diagnosen vid förekomst av förkalkningar i hyalint och fibröst brosk. Ovan nämnda åtgärder medför att andra differentialdiagnostiska möjligheter snabbt kan sorteras bort. De subakuta och kroniska formerna kan dock vara svåra att särskilja från polyartrossjukdomar samt sero negativa polyartriter. Kontroller calcium, magnesium, fosfat, järn samt tyroidea- och paratyroideaparametrar.

Behandling

NSAID kan snabbt eliminera allmänsymtom och dämpa artriten. Den senare åtgärdas som regel snabbt med en intraartikulär kortisoninjektion. Den kroniska artropatin behandlas symptomatiskt och artritskov enligt ovan.

Övriga kristallartriter och tillstånd med kristallutfällning i mjukdelar

Milwaukee shoulder

Drabbar stora leder främst skulderleder. Oftast är det äldre kvinnor som drabbas. I materialet från Milwaukee var medianåldern 72 år. Kliniskt föreligger smärta, svullnad och rörelseinskränkning i axelleden.

Rotatorkuffen är totalt rupturerad och ledhuvudet står uppdraget mot akromion. Röntgen visar en uttalad destruktion av caput humeri och ofta ses mjukdelsförkalkningar. Ledvätskeanalys visar ofta förekomst av såväl basisk kalciumfosfat (BCP) som CPPD. Behandlingen är symtomatisk men tyvärr inte särskilt framgångsrik. I vissa fall kan artroplastik övervägas.

Tendinitis calcarea

Senförkalkningar förekommer i anslutning till flertalet stora och små leder. Vanligaste lokaliseringen är skulderleden där depositionen sker i supraspinatus senan. Behandlingen är symtomatisk d.v.s. NSAID och/eller en kortisoninjektion i subakromiala rummet.

Osteoporos sekundärt till reumatologisk sjukdom

Osteoporos förekommer i ökad frekvens vid vissa reumatiska sjukdomar, framför allt de inflammatoriska såsom reumatoid artrit (RA), ankyloserande spondylit (AS), systemisk lupus erythematosus (SLE) och polymyalgia reumatika (PMR). Osteoporos grundläggs tidigt och profylax bör påbörjas långt innan tillståndet blivit symtomatiskt och det är många faktorer som bidrar till osteoporos. Vid den primära osteoporosen t.ex. ärftlighet, hos kvinnor tidig menopaus, rökning, låg fysisk aktivitet samt D-vitaminbrist. Vid reumatisk sjukdom tillkommer framför allt tre sjukdomsspecifika orsaker till den sekundära osteoporosen nämligen inflammatorisk aktivitet, nedsatt fysisk aktivitet och kortisonbehandling. Manifestationerna är välkända: minskad kroppslängd, ökad kyfos samt smärtsamma frakturer i kotor, handleder och höfter. Höftfrakturerna medför 20 % mortalitet och 50 % bestående invaliditet!

Behandling

Målsättningen är att minska risken för fragilitetsfrakturer. Indikationen för farmakologisk behandling ökar med stigande ålder, låg bentäthet, tidigare fraktur efter lågenergitrauma samt kortisonbehandling. Vid aktiv reumatisk sjukdom är det av största vikt att behandla grundsjukdomen och dämpa inflammationen. Behandlingen av osteoporos vid reumatisk sjukdom skiljer sig inte från den behandling som ges vid primär osteoporos. Se Behandlingsriktlinjer Osteoporos december 2014.

Jättecellsarterit och polymyalgia reumatika

Jättecellsarterit (TA) tidigare temporalarterit innefattar flera kliniska undergrupper varav TA och polymyalgia reumatika (PMR) är de vanligaste manifestationerna.

Klinik

Temporalis arterit (TA): Huvudvärk, tuggclaudicatio, PMR – symtom, palpömma temporalartärer samt allmän sjukdomskänsla, feber och viktnedgång. Symtomen utvecklas gradvis över veckor till månader. 50 % har PMR symtom. Synen påverkas oftast tidigt – ibland som allra första symtomet. En smärtfri akut synnedsättning är typisk ibland föregången av amaurosis fugax.

Polymyalgia reumatika (PMR): Karakteristiskt är nyttillkommen och relativt akut debuterande rörelse-smärta proximalt i armar, skuldror, nacke och/eller höftregionen och lår. Uttalad morgonstelhet är vanlig med betydande ADL-svårigheter för patienten. Sjukdomskänsla med trötthet, låggradig feber, aptitlöshet och viktnedgång är vanlig.

Sjukdomsförlopp och prognos

Symtomen går snabbt i regress vid insättning av kortison men sjukdomsförloppet blir oftast långvarigt. Den tidigare uppfattningen att jättecellsarterit har ett gynnsamt förlopp och läker spontant inom 2 -3 år har fått ändras. Det föreligger en stor benägenhet till recidiv och merparten av patienterna behöver behandling i två till fem år. Patienter med TA löper dessutom en ökad risk att utveckla thorakala aorta-aneurysm, vanligen först efter flera år d.v.s. då många gått i remission. P.g.a. denna risk måste man vid återbesök lyssna efter blåsljud, palpera pulsar samt mäta blodtryck i båda armar samt överväga årlig lungröntgen. Mycket talar för att Prednisolon endast trycker ner de systemiska symtomen och varken kan

läka ut sjukdomen eller förkorta sjukdomsförloppet.

Diagnos och differentialdiagnos

Förutsättes bekant och avhandlas inte närmare. Observera att PMR som ej reagerar som förväntat på kortisonbehandling kan vara en atypiskt debuterande RA (kontrollera förekomsten av anti-CCP samt reumatoid faktor) eller maskera en dold malignitet.

Behandling

Steroider är fortfarande hörnpelaren i behandlingen vid TA och PMR. Den i regel utomordentligt snabba effekten infinner sig efter 1-2 dygn och stärker diagnosen. CRP och SR normaliseras inom 1–3 veckor. Behandlingen skall inledas omgående när den kliniska bilden inger misstanke om jättecellsarterit. Kortisonbehandling given några dagar ibland upp till fyra veckor före temporalartärbiopsi påverkar inte resultatet. Till TA patienter utan oftalmologiska symtom är 40 – 60 mg Prednisolon på morgonen tillräcklig. Vid oftalmologiska symtom skall patienten remiteras akut till sjukhus. Ofta ordineras en intensiv kortisonbehandling oftast som en s.k. pulsbehandling. Behandlingen ger i regel störst effekt vid prodromalsymtom d.v.s. amaurosis fugax. Patienter med PMR utan TA blir ofta symtomfria på en lägre dos Prednisolon 15 – 20 mg x 1. Vid Prednisolon doser högre än 30 – 40 mg dagligen överväg tillägg av protonpumps hämmare.

Nedtrappning

TA: Gott behandlingssvar: minska Prednisolondosen efter 2-3 veckor med 5 mg varannan vecka. Vid 15 mg reducera dagsdosen med 2,5 mg varannan till var fjärde vecka till 10 mg. Minska sedan med 1 mg Prednisolon var fjärde vecka varefter utsättning kan försökas. ASA 75 mg dagligen den första månaden då risken för ischemisk skada bedöms som störst.

TA: Ökande symtom under pågående behandling – återgå till tidigare effektiv dos i tre månader. Därefter fortsatt nedtrappning enligt ovan. Om, efter 3 månaders underhållsbehandling på 15 mg Prednisolon eller mer är nödvändig, bör kompletterande behandling med cytostatika tillgripas.

PMR: Efter 4 veckors behandling reducera Prednisolon till 15 mg, därefter fortsatt dosreducering som vid TA.

Det är ytterst sällan att patienterna kan upphöra med behandlingen under det första året utan genomsnittlig behandlingstid uppgår vanligen till 3–5 år. Har patienten varit recidivfri under 1 års tid anses risken för recidiv vara mindre sannolik. Observera att alla patienter ska ha antiosteoporos behandling.

Biverkningar

Kortison har i regel en snabb effekt på symtomen och minskar risken för vaskulära komplikationer. Samtidigt är det kortisonets biverkningar som kan försämra livssituationen. Ökad frekvens av fragilitetsfrakturer, diabetes mellitus, katarakt, hudatrofi, muskelatrofi och konfusion hos äldre är vanliga.

Smärtlindrande behandling vid inflammatoriska sjukdomar

Patienterna besväras ofta av värk och stelhet i flera led och muskelgrupper med påföljande funktionsnedsättning. Ofta föreligger en morgonstelhet av en till några timmars duration. NSAID's eller Non Steroid Antiinflammatory Drugs har i decennier haft en fast plats i terapiarsenalen. P.g.a. risken för preparatens kardiovaskulära biverkningar ska de användas ytterst restriktivt till äldre patienter. Vid aktiv reumatisk sjukdom ska de endast användas som tilläggsbehandling till vanlig antireumatisk behandling. De är kontraindicerade till patienter med risk att drabbas av hjärt- och njursvikt, genomgången hjärtinfarkt eller stroke samt tidigare magsår. Många multisjuka äldre står ofta på en långvarig Waranbehandling vilket utgör en kontraindikation mot dessa läkemedel. I dagsläget kan det endast rekommenderas en kortvarig behandling d.v.s. 1–2 dagar eller högst en vecka med antingen Naproxen eller Ibuprofen till dessa patienter. Om det föreligger behov av ytterligare smärtlindring är det befogat att i första hand prova med paracetamol 0,5 - 1 g x 1 – 2(3) i den aktuella åldersgruppen. Vid otillräcklig effekt kan tillägg av lågdos

stark opioid ev. som plåster prövas. Buprenorfin (Norspan) är ett alternativ om inte peroral behandling fungerar.

Icke farmakologisk smärtbehandling

Tänk på att alla äldre drabbas av sarkopeni d.v.s. minskad muskelmassa p.g.a. stigande ålder. Vid skador till följd av artros eller genomgången inflammation i ex. höft eller knäleder uppstår ofta en instabilitet i leden vilket kan medföra värk och/eller ostadighetskänsla i benen med påföljande inaktivitet som i sin tur medför ytterligare sarkopeni. Träning eller mobilisering med hjälp av fysioterapeut är ofta nödvändig. Fysisk aktivitet och fysikalisk träning medför en ökad endorfinproduktion som i sig är smärtlindrande. I övrigt är fysisk träning bra för hjärta och kärl samt förbättrar minnesfunktion och balans. Koppla in fysioterapeut tidigt i förloppet och tänk på att våra kroppar är gjorda för att röra sig.

8 Neuropatisk smärta – nervsmärta

Nervsmärta, neuropatisk smärta, uppstår på grund av en skada eller sjukdom i nervsystemet och åtföljs oftast av förändrad känslighet. Vid ”central nervsmärta” finns skadan i hjärnan eller i ryggmärgen där orsaken kan t.ex. vara stroke, hjärn- eller ryggmärgsskada. Vid ”perifer nervsmärta” är skadan belägen i det perifera nervsystemet och orsaken kan t.ex. vara resttillstånd efter operation, trauma, cellgiftsbehandling, strålning, bältros, diabetes etc.

Orsaken till nervsmärta hos den enskilda patienten är oftast känd, dock är nervsmärtans mekanismer till stor del fortfarande okända. Karaktären på nervsmärtan kan ge en diagnostisk vägledning. Ofta är den kontinuerlig hela dygnet, dag efter dag, och åtföljs ofta av depression och ångest. Upplevelsen kan variera och beskrivas som brännande, svidande, molande, stickande, tryckande, isande, skärande, strålande, blixtrande smärthugg och ibland flera smärtekaraktärer samtidigt.

Definition enligt IASP (International Association for the Study Pain): ”smärta initierad eller orsakad av en lesion/sjukdom eller skada i det somatosensoriska systemet perifert eller centralt”.

Diagnostiska kriterier för neuropatisk smärta:

1. Sjukhistoria som tyder på en lesion eller sjukdom i nervsystemet som primär etiologi till smärtan.
2. En neuroanatomisk korrelerbar utbredning motsvarande innervationsområdet eller projektområdet för den drabbade nervstrukturen (perifer nerv, plexus, nervrot, central struktur).
3. Störning inom det somatosensoriska eller autonoma nervsystemet med obligat krav på sensibiliseringsrubning med spontan- eller retningsutlöst obehag eller smärta (undantag trigeminusneuralgi).

I de flesta fall skall alla ovanstående kriterier vara uppfyllda.

Sammanfattningsvis är kravet för diagnos en smärta/obehag över en specifik nervs utbredningsområde där det även finns en sensibiliseringsrubning. De vanligaste sensibiliseringsrubningarna vid neuropatisk smärta är:

Allodyni:	Smärta orsakad av normalt icke smärtsam retning
Hyperestesi:	Ökad känslighet oavsett retningstyp
Hyperalgesi:	Ökat svar på en normalt smärtsam retning
Hypoestesi:	Reducerad känslighet oavsett retningstyp
Dysestesi:	En obehaglig, abnorm, spontan eller stimulusutlöst upplevelse

Kliniska hjälpmedel för undersökning av sensibiliseringsrubning

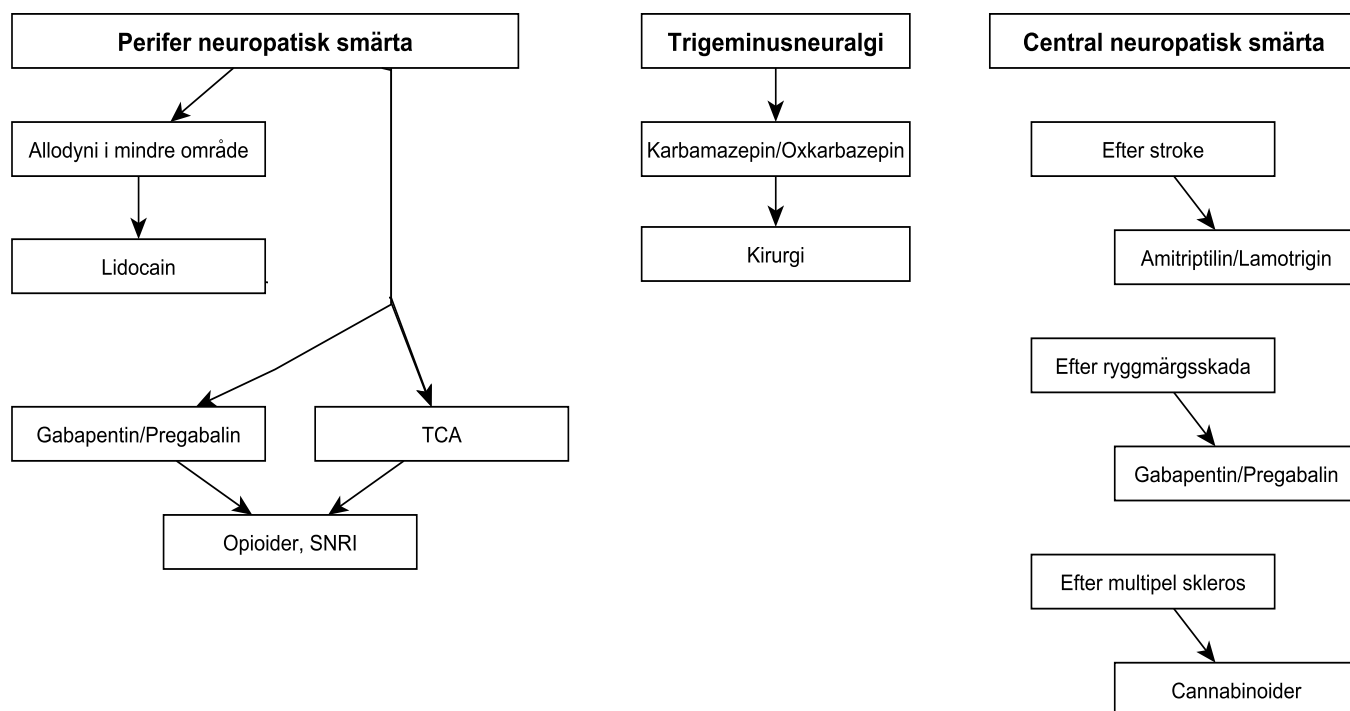
Beröring	A-beta fibrer	Pensel
Stick	A-delta C-fibrer	Nål på tungspatel/vass tandpetare
Kyla	A-delta fibrer	Metallrulle
Värme	C-fibrer	Metallrulle

Smärta är ett vanligt symtom hos äldre patienter. Risk finns för underbehandling farmakologiskt för att minimera biverkningar och interaktioner med andra läkemedel. Hänsyn till försämrad njurfunktion och metabolism i levern är ett krav vid insättning av läkemedel vid nervsmärta samt givetvis korrekt diagnos enligt kriterier ovan, vilket inte är alldeles enkelt. Vid diagnos nervsmärta bör man alltid överväga om operativ behandling kan vara aktuell, ex ritzopatismärta, karpaltunnelsyndrom.

Läkemedel vid behandling av nervsmärta, (flertalet har även indikation epilepsi), är behäftade med en del biverkningar. Det är viktigt att väga för- och nackdelar med aktuellt läkemedel, lindriga biverkningar kan "väntas ut" om indikationen är stark. En god regel är att alltid börja med låg dos av aktuellt läkemedel, försöka undvika vid behovsmedicinering, vänta ut effekt och värdera ev. biverkningar samt att successivt öka dosen i små steg. Jämn serumkoncentration eftersträvas vid behandling av nervsmärta.

Ompröva indikationen för läkemedelsbehandlingen efter cirka sex månader. Prova att dosreducera aktuellt läkemedel, värdera nervsmärtan. Kan läkemedlet sättas ut helt? Generellt är rådet att man ska akta sig för att vara invasiv i ett sjukt nervsystem om inte patientens överlevnad i tid är mycket begränsad.

Behandlingsalgoritm vid neuropatisk smärta



Behandlingsrekommendation Neuropatisk smärta, Information från Läkemedelsverket 2007.

De vanligaste nervsmärttillstånden med läkemedelsrekommendation enligt Läkemedelsverket:

	Läkemedelsgrupp	Preparat
Polyneuropati	Tricyklika	Sensaval
	Antiepileptika	Gabapentin, Lyrica
	SNRI	Cymbalta/Venlafaxin
	Analgetika	Tiparol retard, Gemadol
	Opioidanalgetika	Dolcontin, Oxycodon, Fentanylplåster
Postherpetisk smärta	Tricyklika	Sensaval
	Antiepileptika	Gabapentin, Lyrica
	Opioidanalgetika	Dolcontin, Oxycodon, Fentanylplåster
	Lokalanestetika	Emla, Versatis
Diabetesneuropati	Tricyklika	Sensaval
	Antiepileptika	Gabapentin, Lyrica
	SNRI	Cymbalta/Venlafaxin
	Analgetika	Tiparol retard, Gemadol
	Opioidanalgetika	Dolcontin, Oxycodon, Fentanylplåster
Trigeminusneuralgi	Antiepileptika	Hermolepsin retard
	Antiepileptika	Oxkarbazepin (färre interaktioner)
Perifer nervsmärta	Tricyklika	Sensaval
	Antiepileptika	Gabapentin, Lyrica
	Analgetika	Tiparol retard, Gemadol
	Opioidanalgetika	Dolcontin, Oxycodon, Fentanylplåster
	Lokalanestetika	Versatis, Emla
	Lokalanestetika	Capsina
	SNRI	Venlafaxin/Cymbalta
Central smärta	Tricyklika	Sensaval
	Antiepileptika	Gabapentin, Lyrica
	Antiepileptika	Lamotrigin
	Opioidanalgetika	Dolcontin, Oxycodon, Fentanylplåster
	Multipel skleros	Tricyklika
Antiepileptika		Gabapentin, Lyrica
Antiepileptika		Hermolepsin retard
Opioidanalgetika		Dolcontin, Oxycodon, Fentanylplåster
Cannabinoider		Sativex

Obs! Vid MS finns en ökad känslighet för läkemedel och därmed ökad risk för biverkningar, men dessa patienter har oftast en etablerad kontakt med neurolog och smärtspecialist.

Det tricyklika som rekommenderas ovan hos äldre patienter är nortryptilin - Sensaval, vilket har mindre antikolinerg effekt jmf med amitryptilin - Saroten. Opioider ska ges i låg dos som depotberedning. Detta gäller även tramadol (Tiparol Retard). Rek. av dostritering, se tabell sid 31.

Vid fr. a perifer nervsmärta överväg också behandling med TENS, och ev. remiss för ställningstagande till Qutenza. Vid svår nervsmärta med flera olika smärtkaraktärer, se ovan, blir det inte sällan en kombination av flera olika läkemedel.

Om smärtan ter sig resistent mot behandlingsförsök så rekommenderas kontakt med neurolog och/eller smärtspecialist. Av dessa kan hjälp erhållas för fastställande av diagnos, optimering av läkemedelsbehandling, överväga om annan terapi är möjlig ex. blockader av olika slag, läkemedelsinfusioner, baksträngsstimulering etc.

Versatis är ett lidocainplåster som i princip ersatt Emla vid ytlig neuropatisk smärta och andra ytliga nervsmärtor och får sitta på (oskadad hud) 12 timmar/dygn.

9 Psykogen smärta

Ibland upplever patienten smärta utan att man, efter att ha genomfört en smärtutredning/smärtanalys, hittar någon fysisk förklaring till det aktuella smärttillståndet eller där smärttillståndet ej svarat på den smärtbehandling som patienten fått prova. Det kan i dessa fall exempelvis röra sig om existentiell smärta, ångestutlöst smärta eller som del av en maskerad depression.

Om psykogen smärta misstänks kan det därför löna sig att istället för smärtstillande behandling pröva behandling mot depression och/eller ångest enligt för dessa sjukdomstillstånd gällande behandlingsrekommendationer för äldre. Detta inkluderar farmakologisk behandling och/eller samtalsbehandling.

Som med alla behandlingar ska den utvärderas utifrån förväntad effekt för varje insatt läkemedel eller behandling.

Screening med GDS (se sid 7) kan ge en ledtråd om det är psykogen smärtproblematik som ligger bakom smärttillståndet.

10 Smärta vid maligna sjukdomar

Behandling av smärta vid maligna sjukdomar hos våra äldre patienter skiljer sig inte från de rekommendationer som finns framtagna i ”Farmakologisk smärtbehandling vid cancersjukdom 2012”.

11 Smärta vid demenssjukdom

Smärta är ett vanligt förekommande symtom. Äldre är mer drabbade än yngre. Åldern utgör också den största riskfaktorn för att drabbas av demenssjukdom.

Vid demenssjukdom blir det med tiden oftast allt svårare, och så småningom helt omöjligt, att kunna ge uttryck för och beskriva sin smärta på ett för omgivningen adekvat och tolkningsbart sätt. Det innebär inte att vederbörande inte kan känna smärta längre, utan bara att det är förmågan att artikulera detta som

försvagats eller försvunnit! Studier har visat att för personer i samma ålder är det mindre än hälften så många som har smärtlindrande medicinering i gruppen med demenssjukdom, trots jämförbar hälsa och t.ex. coxartrossmärta dessförinnan. Vid en jämförelse emellan patienter med malignitet och med eller utan demenssjukdom, är skillnaden ännu större. Där är det bara en liten minoritet av de demenssjuka som får någon smärtlindring alls.

Smärta hos demenssjuka kan ta sig många atypiska uttryck med illamående och matleda, med kaosreaktioner med konfusion (förvirring), aggressivitet och ropande, med apati eller med rastlöshet och vandrande osv. Samtidig förekomst av andra sjukdomar, annan medicinering och biverkningar kan inverka på sjukdomsbilden. Det kan vara en veritabel utmaning att åstadkomma god smärtlindring. Jämförelse kan göras med den analys man måste ägna sig åt när det gäller icke-verbala symtomyttringar hos små barn.

När patienter med demenssjukdom knappt kan lämna några verbala ledtrådar, då blir noggranna beteendeeobservationer av andra uttryck av största betydelse. Ex juvantibus medicinering kan övervägas. Observationer av såväl symtom som behandlingseffekter genomförs bäst och säkrast med en strukturerad bedömning. Till hjälp finns olika utvärderingsinstrument till exempel Abbey Pain Scale (se kap 3 – Diagnostiska hjälpmedel). Även BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) kan vara till hjälp, se www.bpsd.se. Anamnes och anhörigas uppgifter om tidigare sjukdomar och behandlingar, om psykologiska reaktionsmönster med stress och oro, bör alltid inhämtas för att man ska få en mer komplett bild. Vad är det för typ av smärta? Kan man förvänta sig praktiska konsekvenser? Oavsett tillvägagångssätt vid observation av patienten, så innebär det att utbildad personal, företrädesvis de som besitter god inlevelseförmåga, måste ägna tid och omsorg åt tolkningen. Att göra smärtanalyser kan i stunden uppfattas som ytterligare en betungande arbetsuppgift, men väl behandlad smärta hos en patient medför dessutom ofta att omvårdnadsarbetet som helhet blir mindre krävande.

12 Icke farmakologisk smärtbehandling

Inaktivitetssmärta

Många äldre lider av intermitterent smärta som orsakas av att kroppen åldrats med sämre genomblödning i vävnader bl.a. Detta leder till snabbt uppkommen stelhet i leder och ömmande strukturer i leder, muskulatur och stödjeorgan. Mycket av denna stelhet och smärtproblematik kan tillskrivas fysisk inaktivitet och i vissa fall mer eller mindre total immobilisering. En person som inte själv kan ändra läge får så småningom smärta och vid längre tids belastning en anoxisk skada i hud och underliggande strukturer.

Läget av leder som gör ont ändras spontant om man har normal sensibilitet och rörlighet, och om man inte har förmåga till normala avvärjning rörelser, bör man få hjälp med dessa justeringar av kroppens läge. Vid ex särskilt boende kan man behöva en signeringslista för att tillgodose patientens hjälpbehov av rörelsebehandling – träning.

Dessa smärttillstånd ska i första hand, om möjligt, förebyggas med hjälp av daglig rörelseträning, fysisk aktivitet.

Massage

Kan cirkulationen inte stimuleras via fysisk aktivitet kan massage av olika slag vara ett behandlingsalternativ. Taktill massage har visat sig gynnsam för äldre patienter med fr.a. kognitiva störningar där förutom den smärtlindrande effekten även en lugnande effekt kan ses.

Hjälpmedel

Att se över den äldre personens säng och madrass är en viktig åtgärd. Arbetsterapeuten har här kunskap om och kan ordinera en för patienten individuellt utprovad madrass. Att sitta bra de stunder man är uppe är också viktigt för att förebygga och lindra värk och stelhet. Även här har arbetsterapeuten en viktig roll liksom för att tillsammans med fysioterapeut prova ut lämpliga gånghjälpmedel.

Fysikalisk behandling

Fysisk aktivitet och sjukgymnastik. Kondition och styrketräning har effekt på smärta och funktion. Träning i vatten har visat sig vara kostnadseffektivt. Hos personer i särskilt boende är det viktigt att personalen runt patienten hjälper till med att hålla kvar styrka och rörelseomfång efter anvisning av fysioterapeut. För detta bör signeringslistor upprättas på samma sätt som vid administrering av läkemedel. Att förskriva fysiskt aktivitet på recept (FaR) kan vara ett alternativ (se www.fyss.se).

Behandling med TENS har en signifikant smärtlindrande effekt. Ultraljudsbehandling har ingen säkerställd effekt.

13 Farmakologisk behandling

Det finns en risk för underbehandling av smärta hos äldre patienter i strävan efter att undvika biverkningar. Behandlingen kan lyckas bra genom en omsorgsfull dosering, ofta lägre doser och långsammare upptitrering samt noggrann uppföljning av effekt och biverkningar.

Äldre patienter har en ökad känslighet för CNS-effekterna av analgetika, med ökad risk för konfusion, sedation och fallskada som följd. Med stigande ålder avtar njurfunktionen. Läkemedel och aktiva metaboliter som utsöndras via njurarna ökar i plasmakoncentration under lång tid vid nedsatt njurfunktion. Dosökning bör därför göras med längre intervall och i små steg, vilket minskar risken för dosberoende biverkningar. Som förskrivare ska man beakta att det tar 4-5 halveringstider innan jämviktskoncentration uppnås. Hos äldre kan tiden till jämviktskoncentration vara ytterligare förlängd p.g.a. förlängd halveringstid. För bedömning av njurfunktionen vid läkemedelsdosering rekommenderas beräknad eGFR enligt Cockcroft-Gault (eGFR=estimerad GFR) istället för s-kreatinin. Uppgift om vikt krävs. Kalkylator finns på www.internetmedicin.se.

Vid eGFR < 60 ml/min kan det vara aktuellt med dosreducering för opioider, gabapentin m.fl. Då äldre ofta behandlas med flera läkemedel mot sjukdomar som är vanliga i hög ålder (t.ex. kardiovaskulära, psykofarmaka och andra CNS-dämpande läkemedel, Waran), rekommenderas att göra Interaktionskontroll. Interaktionskontroll kan göras direkt i SYSteam Cross eller interaktioner sfinx - Janusinfo på www.janusinfo.se eller på preparatnivå www.fass.se.

Vid svår benign smärta som är opioidkänslig väljs med fördel långverkande morfinpreparat, t.ex. Oxycodone i dosen 5 mg x 2 istället för svaga opioider. I enstaka fall behöver man titrera ut dosen med kortverkande morfin. Vid cancersmärta rekommenderas endast starka opioider, dock ej Norspan.

Gäller för alla opioider

- Starta med lägre doser till äldre.
- Alltid obstipationsprofylax (Cilaxoral, Movicol, Forlax) vid insättning av starka opioider, överväg även vid svaga opioider. Obstipationsprofylax behövs under hela behandlingstiden.
- Vid illamående ges Postafen (kan ofta seponeras efter ca 2 veckor).
- Vid insättning av stark opioid skall svaga opioider sättas ut.
- Vid byte från en opioid till en annan rekommenderas att startdosen för den nya opioiden är 50-75% av dokumenterad ekvipotent dos.
- Starka och svaga opioider skall trappas ut p.g.a. risk för utsättningsymtom (se FAS-UT, länk på Läkemedelskommitténs hemsida).
- Samtidig användning av opioider och andra CNS-dämpande läkemedel kan förstärka risken för andningsdepression, konfusion och fallskador.
- Nyttillkommen algesi i huden kan vara orsakad av långvarig opioidbehandling. Opioidrotation rekommenderas.

Gäller för morfin

- Vid byte från peroralt till parenteralt morfin skall dygnsdosen halveras.
- Vid byte från parenteralt till peroralt morfin skall dygnsdosen fördubblas.
- Morfindos vid genombrottsmärta som skall ordinerars vid behov är 1/6 del av dygnsdosen.
- 10 mg morfin motsvarar ca 5 mg oxikodon.

Råd angående smärtplåster

- Smärtplåster med fentanyl ges aldrig utan att först ha utprovat oral opioiddos!
- Vid smärtgenombrott och under upptritering av fentanylplåster ges morfin eller oxycodon (t.ex. 10 mg morfin eller 5 mg oxycodon för varje plåster á 25 mikrogram/tim)
- Plåstren är tunna, hudfärgade, sätts ofta på ryggen och är därför svåra att upptäcka i akutsituation!!
- Ange på plåstret det datum plåstret satts på plus signatur.
- Det finns betydande mängder aktiv substans i avlägsnade plåster, vilken kan innebära risker för bl.a. barn, husdjur, miljö. Omhänderta avlägsnade plåster omsorgsfullt och återlämna till apoteket för destruktion.
- Varje plåster fentanyl 12 mikrogram/tim motsvarar ca 20-40 mg oralt morfin per dygn.
- Varje plåster Norspan á 5 mikrogram/tim motsvarar ca 5-10 mg oralt morfin per dygn.

Individualisera alltid dosering av analgetika till äldre. Varje ordination av smärtlindring och andra åtgärder skall följas av en fastställd tidpunkt för utvärdering och/eller utsättning!
Upprepa smärtanalys!

14 Konverteringsguide opioider

Morfin		Oxikodon		Hydro- morfon (Palladon) fr.a. till pump		Fentanyl
Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	µg/h
po	sc/iv	po	sc/iv	po	sc/iv	Trans- dermalt
20	7-10	10	7			12
40	15-20	20	15	4-8	2-4	12
60	20-30	30	20	8-12	4-6	25
80	30-40	40	30	12-16	6-8	25
100	35-50	50	35	14-20	7-10	37
120	45-60	60	45	18-24	9-12	50
160	60-80	80	60	24-32	12-16	50
220	80-110	110	80	32-44	16-22	75
320	120-160	160	120	48-64	24-32	100
400	150-200	200	150	60-80	30-40	125
500	185-250	250	185	74-100	37-50	150
580	215-290	290	215	86-116	43-58	175
680	255-340	340	255	102-136	51-68	200
760	285-380	380	285	114-152	57-76	225
860	320-430	430	320	128-172	64-86	250
940	350-470	470	350	140-188	70-94	275
1040	390-520	520	390	156-208	78-104	300

Enl. C. Mucchiano m fl.

Tänk på:

- Varje patient skall dositeras individuellt.
- Försiktig konvertering vid högre doser.
- Vid smärtgenombrott ges en extradosa som utgör ca. 1/6 av dygnsdosen.

15 Tabell "Smärtbehandling hos äldre"

Preparat i Reklistan 2015	Substans	Dos till äldre	Kommentarer
Alvedon (Finns i Akut- och buffertförråd för säbo och hemsjukv.)	Paracetamol	500-1000 mg x 3 (-4)	1:a handsval. Dosering 3000mg/dygn kan vara tillräckligt. Risk för förstärkt effekt av Waran vid 1,5 -2g/dygn under 5-7 dygn. Kontroll INR vid in- och utsättning. Undvik kontinuerlig behandling med brösttablett pga natriuminnehållet.
Ibuprofen Naproxen (Naproxen finns i Akut- och buffertförråd för säbo och hemsjukvård)	Ibuprofen Naproxen	200-400 mg x 1-3 250 mg x 2	Kontraindicerat vid hjärt- och njursvikt. Undvik vid eGFR <30ml/min. Endast vid inflammatoriska tillstånd. Stor försiktighet p.g.a. negativa effekter på njurhemodynamiken med risk för hjärt- och njursvikt samt ökad risk för blödning från mag/tarmkanalen. Väij preparat med kort halveringstid (ibuprofen), lägsta effektiva dos under kortast möjliga tid. Säkerställ adekvat kontroll av eGFR, kalium och vätskeretention. Undvik Diklofenak (kontraindicerat vid hjärt-kärlsjukdom, pga allvarliga biverkningar). Interaktioner: Undvik kombination med Waran → monitorering av INR är ej tillräckligt; ökad blödningsrisk i kombination med SSRI (ex citalopram, sertralin, escitalopram) och SNRI (venlafaxin, duloxetin).
Citodon Ej på Reklistan	Kodein 30 mg + paracetamol 500 mg	1-2 tabl x 3	Mindre lämpligt till äldre , endast korttidsbehandling. Kodein metaboliseras (av CYP2 D6) till morfin som svarar för den farmakologiska effekten. Ca 10% saknar enzymet, varför omvandlingen av kodein till morfin uteblir. Obstipationsprofylax. Dosökning utvärderas efter ett dygn. Interaktioner: Undvik kombination med paroxetin, fluoxetin, haloperidol (Haldol), terbinafin (Lamisil), då dessa minskar den analgetiska effekten av kodein p.g.a. minskad metabolism till morfin. Uttrappning: Halv dygnsdos i en vecka, halvera dosen efter ytterligare en vecka (efter långtidsbehandling långsammare uttrappning)

Preparat i Reklistan 2015	Substans	Dos till äldre	Kommentarer
Gemadol Ej på Reklistan	Tramadol	50 mg x 2-3	<p>Olämpligt till äldre p.g.a. hög förekomst av biverkningar (illamående, kräkningar, yrsel, konfusion, sedering) som kan komma inom 1-7 dagar efter insättning/dosökning. Endast korttidsbehandling med Retardberedning i låg dos. Risk för tillväjning. Förlängt doseringsintervall (12 timmar) rekommenderas p.g.a. förlängd halveringstid vid nedsatt njurfunktion. Undvik vid eGFR <30 ml/min. Utvärdering tidigast efter 1 vecka.</p> <p>Interaktioner: Samtidig användning med SSRI eller venlafaxin och duloxetin ökar risken för serotonergt syndrom. Tramadol metaboliseras (av CYP 2D6) till aktiv metabolit. Undvik kombination med paroxetin, fluoxetin, haloperidol, (Halol), terbinafin (Lamisil), amiodoron, då risk för sämre analgetisk effekt.</p> <p>Uttrappning: Reducera dygnsdosen med 50 mg/vecka.</p>
Morfin Dolcontin (Morfin finns i Akut- och buffertförråd för säbo och hemsjukvård)	Morfin	Startdos 5 mg Dolcontin: 5 mg x 2	<p>Förstahandsval om opioid. Vid nedsatt njurfunktion (eGFR < 60 ml/min) kompliceras morfins farmakokinetik så att effekt och biverkningar ökar under lång tid. Detta innebär att man bör ha längre intervaller mellan dosökningar och att dosökningen görs i små steg. Utvärdera dosökning efter 1 dygn. Överväg annan opioid vid eGFR < 30 ml/min (Oxykodon). Obs! Även oxykodon behöver dosreduceras vid eGFR < 30 ml/min.</p> <p>Interaktioner: I kombination med gabapentin →44% ökad exponering av gabapentin. Om behov av kombinationen, överväg minska dosen gabapentin. Alternativ: oxykodon.</p> <p>Uttrappning: Reducera dygnsdosen med 5-10 mg/vecka.</p>
Norspan depotplåster	Buprenorfin	Startdos 5 mikrog/tim	<p>Lämpligt alternativ till äldre Behöver inte dosreduceras vid nedsatt njurfunktion. Ett Norspan plåster 5 mikrog/tim motsvarar ca 5 -10 mg oralt morfin/dygn. Starta i regel med lägsta plåsterstyrka. Jämnviktskoncentration nås under första plåsterapplikationen (ca 7 dagar). Utvärdering av effekten inför andra plåsterapplikationen. Upptrappning av dosen görs i steg om 5 mikrog/tim. Vid otillräcklig effekt under upptrappning ge morfin eller oxykodon. Låg risk för interaktioner. Ange datum för plåsterbyte på plåstret! OBS! Vid nyttillkommen akut smärta av annan orsak som kräver opioidbehandling: avlägsna Norspan plåstret innan adekvat smärtlindring ges. När plåstret avlägsnas sjunker buprenorfinkoncentrationen till hälften på ca 13-20 timmar.</p>

Preparat i Reklistan 2015	Substans	Dos till äldre	Kommentarer
Oxycodone depot (= OxyContin) Oxycodone (OxyContin och OxyNorm finns i Akut- och buffertförråd för säbo och hemsjukvård)	Oxycodon	5 mg x 2 Startdos 5 mg Vid behov av lägre doser se OxyNorm oral lösning 1mg/ml, 10 mg/ml	Alternativ till morfin vid nedsatt njurfunktion, 5 mg oxycodon motsvarar ca 10 mg morfin. Reducerad dos vid eGFR under 30 ml/min. Risk för ackumulering vid nedsatt njurfunktion kräver försiktig upptrappning. Tid till ny jämviktskoncentration i plasma: ca 1½ dygn. Interaktioner: Kombination med inducerande antiepileptika som karbamazepin och fenobarbital (fenemal) skall undvikas, då risk för sämre analgetisk effekt. Uttrappning: Reducera dygnsdosen med 5-10 mg/vecka.
Fentanyl depotplåster	Fentanyl	Startdos 12 mikrog/tim	Aldrig utan att först ha utprovat oral opioiddos. Relativt säker vid nedsatt njurfunktion. Fentanylplåster 12 mikrog/tim motsvarar ca 20-40 mg oralt morfin. <i>Byte från peroral behandling till fentanylplåster:</i> Ge första plåstret samtidigt som sista dosen långverkande opioid. Full effekt efter tidigast 24 tim. Säkerställ tillgång till kortverkande opioid att ta vid behov. Effektvärdering under andra plåsterapplikationen (ca 4 dygn efter insättning). Hos äldre kakektiska, försvagade patienter är tiden till jämviktskoncentrationen förlängd. Dosen titreras upp långsamt med 12 mikrog/tim per vecka, eller vid otillräcklig effekt tidigast efter 72 timmar. Vid smärtgenombrott under upptitring ge morfin eller oxycodon. När plåstret avlägsnas sjunker fentanylkoncentrationen till hälften på 17-28 timmar. Ange datum för plåsterbyte på plåstret. <i>Byte till peroral opioidbehandling:</i> Ta bort plåstret på kvällen, starta nya opioidbehandlingen efterföljande morgon i reducerad dos, 50-75% upptrappning tills tillfredställande smärtlindring. Interaktioner: Kombination med vissa perorala antimykotika (Fungoral, Diflucan) bör undvikas, då effekten av fentanyl förstärks; terbinafin (Lamisil) kan ges vid kutan svampinfektion. Ange datum för plåsterbyte på plåstret. Uttrappning: Reducera med 12 mikrogram/tim vecka.
Saroten	Amitriptylin	Startdos 10 mg till natten	Upptrappning av dos görs en gång per vecka till max 25 -30 mg. Observera risken för antikolinerga biverkningar (muntorrhet, förstoppning, urinretention, konfusion, fallskador). Långsam uttrappning. Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling). Alternativ med mindre biverkningar är Sensaval (nortryptilin, aktiv metabolit till amitriptylin).

Preparat i Reklistan 2015	Substans	Dos till äldre	Kommentarer
Sensaval	Nortriptylin	Startdos 12,5 mg till natten (1/2 tablett)	<p>Är att föredra till äldre istället för amitriptylin pga något mindre risk för antikolinerga biverkningar. Upptrappning av dos görs en gång per vecka till max 25-50 mg. Observera risken för antikolinerga biverkningar (ex muntorrhet, förstoppning, urinretention, konfusion, fallskador). Långsam nedtrappning rekommenderas. Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling).</p>
Gabapentin	Gabapentin	Startdos 100 mg (doseras x 3)	<p>Upptrappning: vecka 1: 100 mg till kvällen. Vecka 2: 100 mg morgon och kväll, vecka 3: 100 mg x 3. Utvärdering efter en vecka, ev ytterligare dosökning en gång per vecka. Dygnsdosen anpassas till eGFR, se Fass. Effekt kan ses vid låga doser. Omprövning efter 6 månader. Trappas ut.</p> <p>Interaktioner: överväg att minska dosen vid kombination med morfin.</p>
Lyrica Ej på Reklistan	Pregabalin	Startdos 25 mg (doseras x 2)	<p>Samma verkningsmekanism som gabapentin. Färre doseringstillfällen. Dyrare.</p> <p>Upptrappning: vecka 1: 25 mg till kvällen. Vecka 2: 25 mg morgon och kväll.</p> <p>Utvärdering efter en vecka, ev ytterligare dosökning. Dygnsdosen anpassas till eGFR, se Fass. Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling). Trappas ut.</p> <p>Risk för beroende föreligger.</p>
Hermolepsin Retard	Karbamazepin	Startdos 100 mg	<p>Äldre är känsliga för biverkningar av karbamazepin. Upptrappning: Vecka 1: 100 mg till natten. Vecka 2: 100 mg morgon och kväll, utvärdera. Dosökning med 100 mg per vecka efter utvärdering. Tid till ny jämnviktskoncentration i plasma: 2-3 veckor.</p> <p>Årlig koncentrationsbestämning rekommenderas.</p> <p>Gör alltid interaktionskontroll! Karbamazepin är en kraftig enzyminducerare och interagerar med många läkemedel. Se upp för ökade biverkningar av andra läkemedel vars metabolism minskar efter utsättning av karbamazepin.</p> <p>Alternativ: Oxcarbazepin (Trileptal) bättre ur interaktionssynpunkt.</p> <p>Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling). Abrupt utsättning undviks, trappas ut.</p>

Preparat i Reklistan 2015	Substans	Dos till äldre	Kommentarer
Trileptal	Oxcarbazepin	Startdos 75 mg	Alternativ till karbamazepin när interaktioner är ett hinder. Är mindre interaktionsbenägen än karbamazepin. Utvärdera dosökning med 75 mg per vecka. God effekt hos äldre med 150 mg x 2. Interaktionskontroll och omprövning som karbamazepin
Lamotrigin	Lamotrigin	Startdos 25 mg	Specialistpreparat. Lamictal får inte bytas med automatik till generiskt lamotrigin på apoteket. Välj aktivt Lamotrigin. Byt Lamictal till Lamotrigin vid smärtbehandling. Interaktioner: Kombination med andra anti epileptika. Gör interaktionskontroll! Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling) trappas ut.
Duloxetin/Cymbalta Ej på Reklistan	Duloxetin	Startdos 30 mg	4:e handsval vid neurogen smärta. Kapslar 30 mg, doseras en gång dagligen. Utvärdera effekt efter en vecka, dosökning vid behov till max 60 mg. Överväg dosreducering vid eGFR < 30ml/min. Interaktioner: Undvik kombinationen med SSRI och andra antidepressiva läkemedel samt Yentreve (duloxetin), p.g.a. risk för serotonergt syndrom. Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling). Trappas ut.
Venlafaxin	Venlafaxin	Startdos 37,5 mg	Depotkapslar 37,5 mg, 75 mg, 150 mg, doseras en gång dagligen. Utvärdera effekten efter en vecka. Dosökning en gång per vecka. Blodtryckskontroll! Halva normaldosen vid eGFR < 30 ml/min. Interaktioner: Försiktighet med kombination med SSRI och andra antidepressiva läkemedel samt Yentreve, p.g.a. risk för serotonergt syndrom. Omprövning efter 6 månader (smärtbehandling). Trappas ut.

Tabellen ovan bygger på teoretiskt resonemang (farmakokinetik och -dynamik), praktisk klinisk erfarenhet samt resultat av studier.

Källor: Fass 2014, Läkemedelsboken 2014, Information från Läkemedelsverket (neuropatisk smärta), www.janusinfo.se, Farmakologiska synpunkter på analgetika till äldre (Doc I. Odar-Cederlöf, Smärtbibl. Mundipharma). FAS-UT 3, Claes Lundberg

16 Referenser

- Klareskog, et al. (2005) Reumatologi. Studentlitteratur. (lärobok)
- Wollheim, F. Reumatiska sjukdomar hos äldre
- Leden. I. Kristallartriter
- Norberg, E., et al.: Temporalarterit och polymyalgia reumatika
- Hafström, I. Reumatisk sjukdom och osteoporos.
- Behandlingsriktlinjer Osteoporos 2015
- Farmakologisk smärtbehandling vid cancersjukdom 2012
- Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta, Läkemedelsverket 2007
- FAS-UT 3
- Läkemedelsboken 2014
- FASS 2014
- FYSS 2008
- Odar-Cederlöf, Ingegerd Farmakologiska synpunkter på analgetika till äldre. Smärtbiblioteket Mundipharma
- Consise Guidance to good Practice nr 8, The assessment of pain in older people oktober 2007 (Royal Collage of Physicians, British geriatric society, The British Pain Society
- Mads Werner (Remedica) Framakologiska aspekter- smärtbehandling

