



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Läkemedelsrekommendationer för smärtbehandling

Adriana Miclescu, PhD, DEAA

Docent vid Kirurgiska Vetenskaper

Uppsala Universitet

Överläkare Multidisciplinärt

Smärtcentrum

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Bakgrund

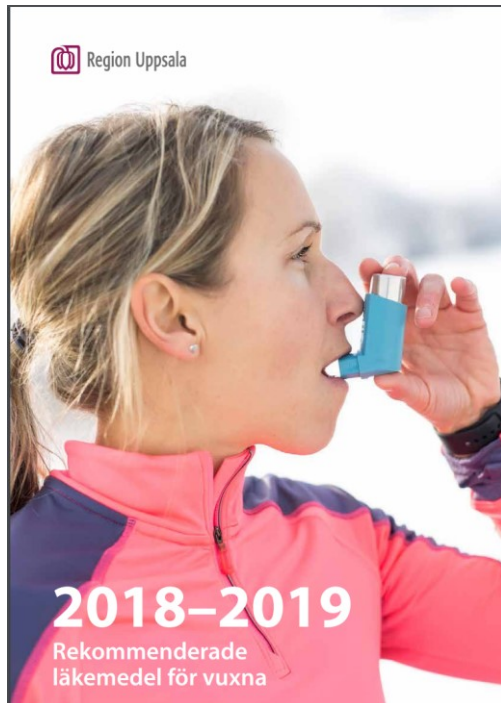
Smärta är en folksjukdom- ca 40 % av befolkningen har långvarig eller återkommande smärta.

Förekomst av smärta inom primärvården (20-40%)

Förekomst av smärta på akutmottagning (45%)



Reklistan



REGION UPSALA

Rekommenderade läkemedel för vuxna - bakgrundsmaterial

2018-2019

Läkemedelskommittén i Region Uppsala

Fattobild 2017-12-06

Uppdaterad 2018-12-03

Kan mindre
information vara till
hjälp för att fatta
medicinska beslut?



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Heuristisk beslutsfattande inom smärtmedicin

I motsats till den gemensamma intuitionen att mer information alltid är bättre kan användningen av heuristik hjälpa både läkare och patienter att fatta beslut. Heuristik är enkla beslutsstrategier som ignorerar en del av tillgänglig information.



Ockhams rakkniv, uppkallad efter den medeltida engelska franciskanmunken och filosofen William Ockham (ca 1285–1347), är en princip inom vetenskaplig metod som innebär att man inte ska anta fler företeelser eller ting än som behövs för att förklara de observationer man gör



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Rekommendation 1

**“ The important thing
is to never stop
questioning. ”**

Albert Einstein

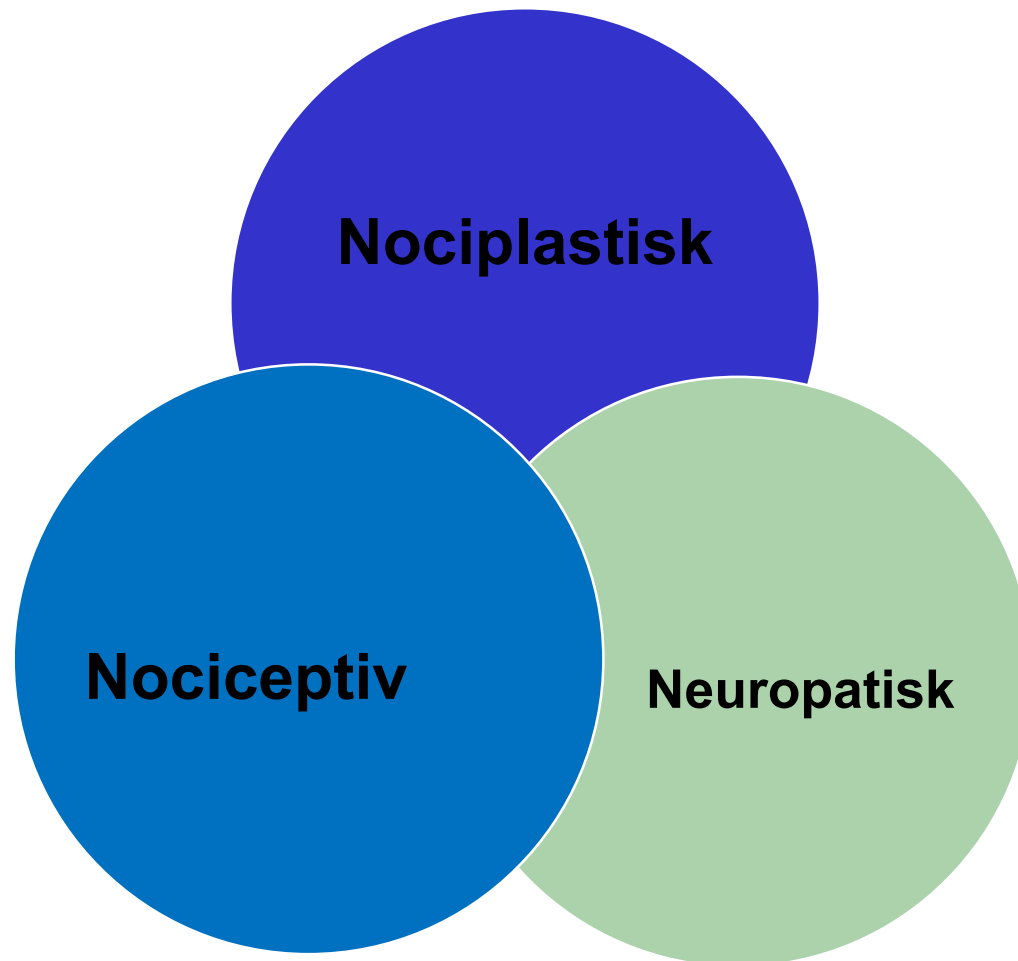
**MADE
FOR
SCHOOL**
by LWR since 1922



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Rekommendation 2

Läkemedelsbehandling ska väljas efter smärtmekanism



Kosek E, Cohen M, Baron R et al.: Pain 2016;157:1382-86



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Rekommendation 3

Behandling av långvarig smärta

- Multimodalt omhändertagande och ett biopsykosocialt synsätt är viktigast.
- Läkemedel är inte en självklar del vid behandling av långvarig smärta.
- När läkemedel används ska de ses som en del i det multimodala omhändertagandet.

Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – bakgrundsdocumentation

Takter publicerade under rubriken Bakgrundsdocumentation är författarnas/författarnas enskilda. Budskapet i dessa delar står inte alltid av sig själva i sin helhet.

Långvarig smärta hos barn och ungdomar – inledning och övergripande behandlingsstrategier
Ulla Caverius, Sara Holm, Rikard Wickell

Frekvent och kronisk huvudvärk hos barn och ungdomar
Erik Eklund

Behandling av funktionella buksmärter hos barn och ungdomar
Agneta Uusijärvi, Ola Olen

Kronisk muskuloskeletal smärta hos barn och ungdomar
Anders Faxth

Generaliserad smärta och CRPS hos barn och ungdomar
Gunnar L. Olsson

Långvarig postoperativ smärta hos barn och ungdomar
Ulla Caverius

Långvarig smärta – avgränsning, definitioner och övergripande behandlingsstrategier
Torsten Gordh, Marcelo Rivano-Fischer

Långvarig smärta i ett primärvårdsperspektiv
Kerstin Åberg, Magnus Peterson

Behandling av långvarig smärta med icke-opioider
Ellen Vinje, Lars Ståhle

Opioidbehandling vid långvarig smärta – etiska överväganden och rekommendationer
Annika Persson Rhodin, Kia Melin

Generaliserad smärta och fibromyalgi
Eva Kosek

Långvarig ryggsmärta
Hans Westergren, Eva-Maj Malmström, Monica Millidottter Krantz

Långvarig smärta efter kirurgi, neuropatisk smärta, CRPS
Emmanuel Bäckryd

**Nociceptiv
Smärta**

**Lätt-
Paracetamol
NSAID,
COX2**

**Måttlig
Tramadol
Citodon,
Buprenorfin**

Tapentadol

**Svår
Morfin
Oxykodone
Ketobemido
n**

**Neuropatisk
smärta**

Perifer NS

**Saroten,
Gabapentin,
Venlafaxin,
Duloxetin**

Pregabalin

**Tramadol,
capsina,
lidokain**

Opioider

Smärttillstånd

Postoperativ

Cancer

Fibromyalgi

**Ryggsmärta
Artros**



Rekommendation 4

Nociceptiv Smärta

Läkemedelsvalet vid nociceptiv smärta baseras på ett stegvis förfarande:

Steg 1 - Lätt smärta

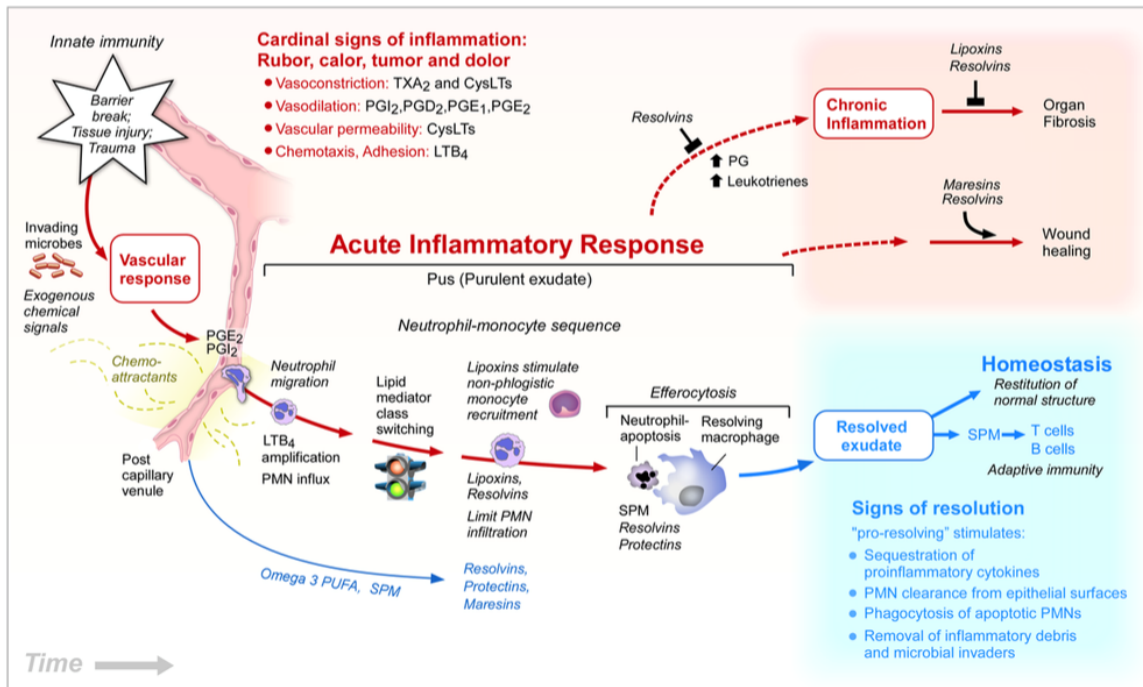
Preparat		Yngre patienter	Äldre patienter	Kommentar
Paracetamol	Generika	1 g x 4 dagligen	1 g x 3 dagligen	Förstahandsval för äldre
Ibuprofen*	Generika	200-400 mg engångsdos eller 200-400 mg x 3-4 dagligen	Låg dos (200 mg engångsdos eller 200 mg x 3 dagligen), kort behandlingstid (1-2 veckor)	Riskläkemedel för äldre
Naproxen*	Generika	250-500 mg engångsdos eller 250-500 mg x 2 dagligen, högst 1000 mg/dag	Låg dos (250 mg engångsdos eller 250 mg x 2 dagligen), kort behandlingstid (1-2 veckor)	Riskläkemedel för äldre
Ketoprofen*	Generika	50 mg engångsdos eller 50 mg x 3-4 dagligen, högst 200 mg/dag Alternativt Orudis retard 200 mg/dag	Låg dos 50 mg engångsdos eller 50 mg x 2 dagligen, Kort behandlingstid (1-2 veckor)	Riskläkemedel för äldre

Ovan nämnda NSAID är likvärdiga. Diklofenak bör undvikas pga högre risk för hjärt-kärlhändelser jämfört med övriga alternativ samt hög risk för negativa miljöeffekter.

* NSAID bör undvikas vid njur- och/eller hjärtsvikt. Behandling med NSAID är förenat med en ökad risk för hjärtinfarkt och stroke. Detta bör särskilt beaktas hos patienter med känd hjärt-kärlsjukdom eller med riskfaktorer för kardiovaskulära händelser. Lägsta effektiva dos och kortast möjliga behandlingstid bör eftersträvas. Behandling med NSAID innebär en ökad risk för gastrointestinal blödning. Om behandling inte kan undvikas hos patienter med ökad risk för gastrointestinal blödning bör tillägg av protonpumpshämmare övervägas.



Diskussion: COX2 och inflammation



Charles Serhan Nature 2014



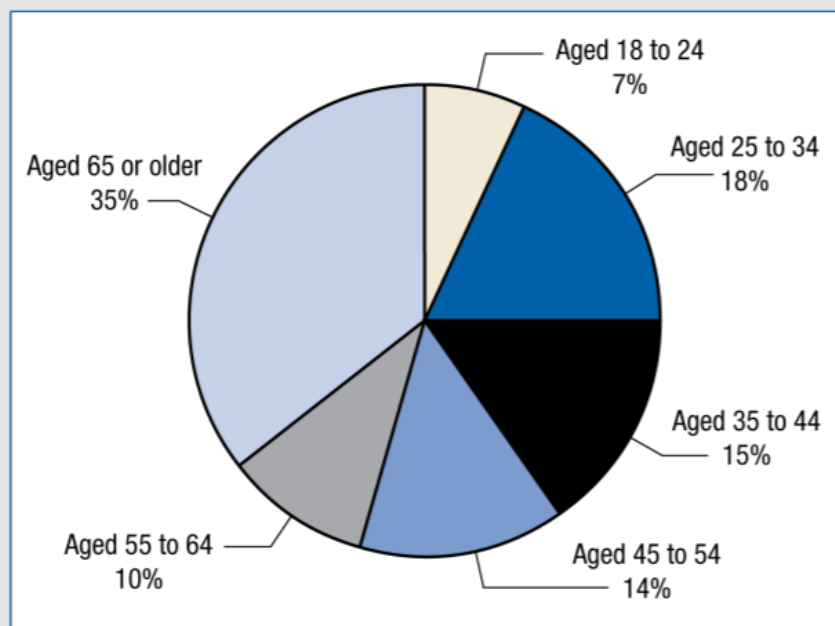
Rekommendation 5

**Nociceptiv
Smärta**

Preparat		Yngre patienter	Äldre patienter	Kommentar
Tramadol	Generika	50–100 mg engångsdos eller 50–100 mg var 4-6 timme, maxdos 400 mg/dag. För tramadol i retardberedning är startdosen 100 mg x 2 dagligen, som ev kan ökas till 150 mg x 2, sedan till 200 mg x 2. En dygndos på 400 mg får ej överskridas.	Risk för centralnervösa biverkningar såsom förvirring hos äldre. Undvik nyinsättning av tramadol hos äldre, men en fungerande behandling ska inte sättas ut.	Risk för kramper om doseringen överstiger 400 mg. Bör undvikas vid epilepsi. Risk för serotonergt syndrom vid samtidig behandling med antidepressiva. Risk läkemedel hos äldre.
Paracetamol+kodein	Generika	1–2 tabletter vb, 1–4 ggr/dag, max 8 tabletter/dag	1–2 tabletter vb, 1–4 ggr per dag, maxdos 6 tabletter/dag.	Kodein metaboliseras till morfin, och det finns risk för ackumulering av morfinmetaboliter vid njursvikt. Kodein har ingen analgetisk effekt hos s k långsamma metaboliserares (låga nivåer av CYP2D6 som förekommer hos 7% av västeuropéer). Risk läkemedel hos äldre.
Buprenorfin transdermalt	Generika	Initial dos 5 µg/h. Under inledande behandling med kan kortverkande kompletterande smärtstillande läkemedel behövas. Kan bytas efter en vecka till högre dos. Maximal dos 40 µg/h.	Det är inte nödvändigt att justera dosen för äldre patienter, men upptrappningen bör göras långsammare. Lämplig dos för äldre är 5–10 µg/h.	Ej lämpligt för behandling av akut smärta. Ges vid svårigheter att ta tabletter.



Figure 2. Age distribution* among tramadol-related emergency department (ED) visits involving adverse reactions: 2011



* ED visits made by patients younger than age 18 accounted for less than 2 percent of visits.

Emergency Department Visits for Adverse Reactions Involving the Pain Medication Tramadol

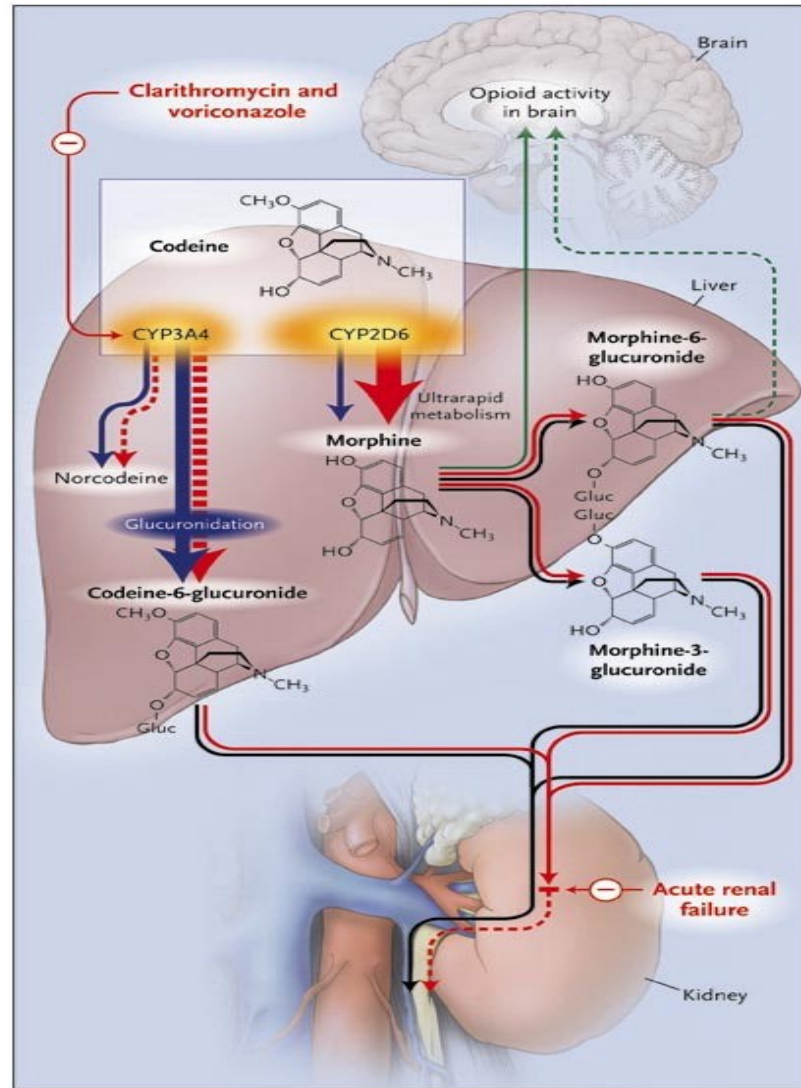
Donna M. Bush, Ph.D., F-ABFT¹.

Table 1. Selected drug combinations among tramadol-related emergency department (ED) visits involving adverse reactions: 2011

Drug category/combination	Number of ED visits*	Percentage of ED visits*
Total ED visits	27,421	100
Tramadol only	16,561	60
In combination with alcohol	**	**
In combination with other pharmaceuticals	10,833	40
Other pain relievers	5,007	18
Other narcotic pain relievers	2,586	9
Hydrocodone combinations	1,424	5
Cardiovascular medications	3,655	13
Antidepressants	2,606	10
SSRI*** antidepressants	1,726	6
Anticonvulsants	2,081	8
In combination with other pharmaceuticals only	10,782	39

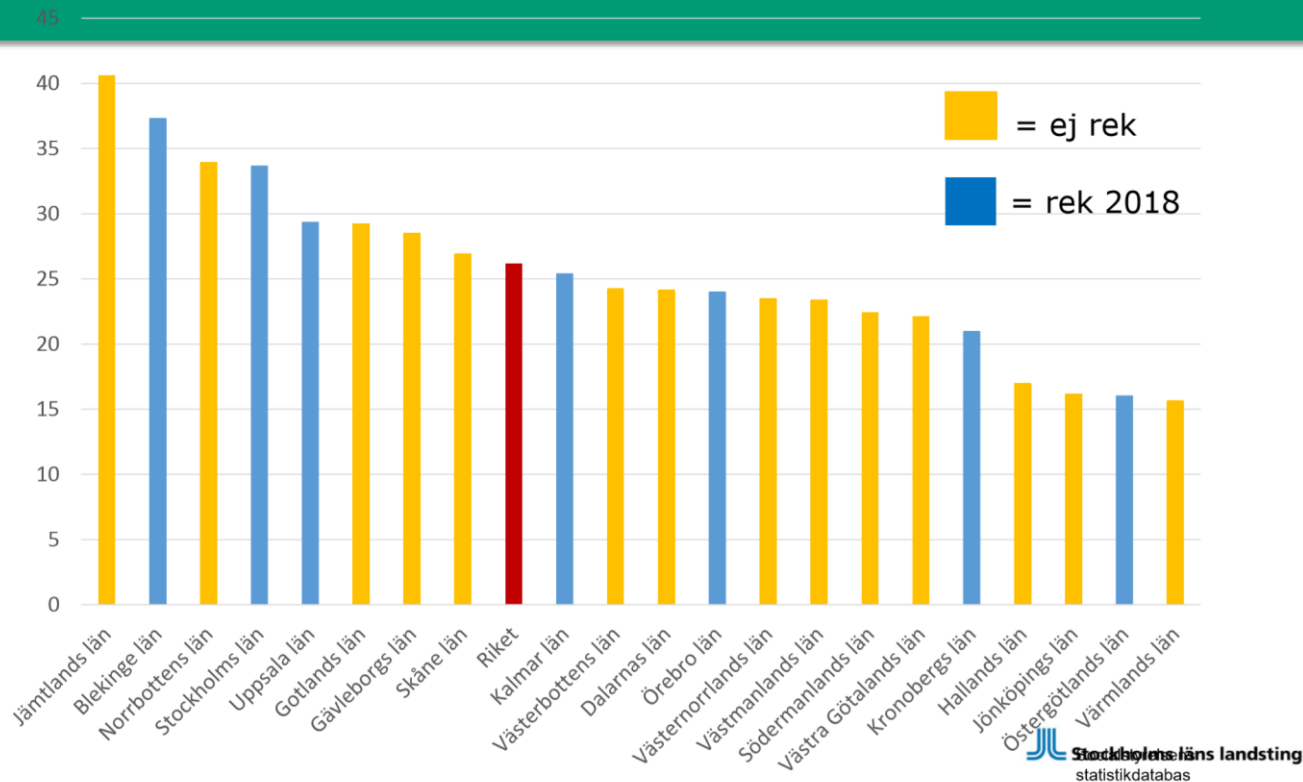


Kodein





Antal patienter/1000 invånare med recept på kodein/paracetamol (N02AJ06) i riket och olika landsting 2017



ORIGINALSTUDIE

Dynamiken i förskrivningen av opioider i Sverige 2000–2015

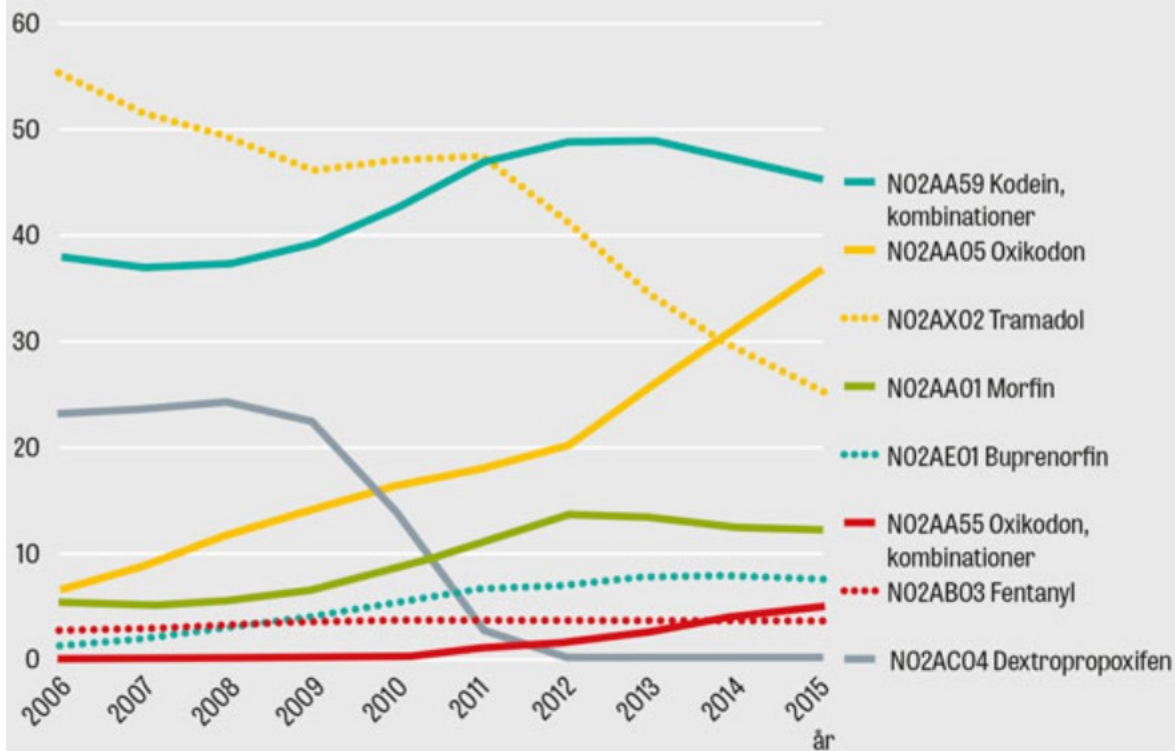
MARKANTA OMFÖRDELNINGAR INOM OPIOIDGRUPPEN, MEN INGEN »EPIDEMI«

HUVUDBUDSKAP

- Förskrivningen av opioider i Sverige är ofullständigt beskriven.
- Den sammanlagda förskrivningen av opioider, mätt som morfinekvalenter, ökade med 22 procent under åren 2000–2006, men har därefter varit i stort sett konstant.
- Antalet individer som förskrevs opioid under perioden 2006–2015 var konstant.
- Någon uttalad »opioidepidemi« föreligger alltså inte i Sverige.
- Ett markant skifte har däremot skett mellan olika opioider: dextropropoxifen har avregisterats och tramadol-förskrivningen minskat, medan framför allt förskrivningen av oxikodon har ökat.
- Av beroendemedicinska skäl är det synnerligen viktigt att i kommande studier närmare belysa detta skifte i val av opioid.

FIGUR 3. Vanligaste opioiderna mätt i årsprevalens

Behandlade individer/1000 invånare



► Årsprevalens för de vanligast förskrivna opioiderna i Sverige 2006–2015, individer ≥ 30 år.



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Rekommendation 6



All things are poison, and nothing is without poison, the dosage alone makes it so a thing is not a poison. — Paracelsus or "The dose makes the poison" (Latin: sola dosis facit venenum).



Nociceptiv Smärta

Rekommendation 7

Steg 3 - Svår smärta

Behandling som vid lätt smärta kombinerat med starka opioider. Innan behandling med starka opioider inleds ska risken för beroendeutveckling och problematiskt bruk värderas och en vårdplan upprättas. Den förskrivare som påbörjar behandling är skyldig att följa upp medicineringen till dess att den formellt överlämnas och accepteras av annan förskrivare.

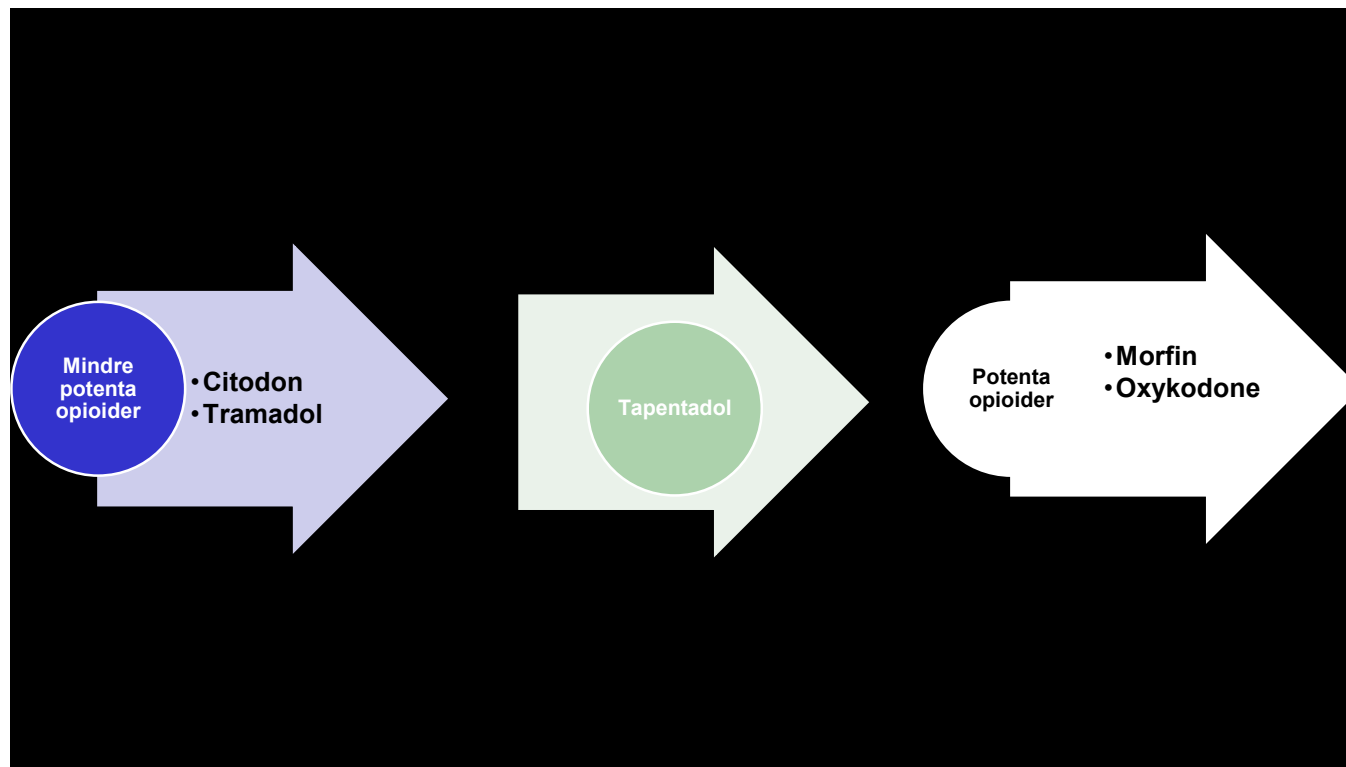


Preparat		Yngre patienter	Äldre patienter	Kommentar
Morfin	Generika (snabb frisättning) Depolan (depottabletter)	Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta hos opioidnaiva patienter ges morfin i snabb frisättning 10 mg (1 tablett) Vid kontinuerlig smärta ges depottablett med startdos 5 mg x 2 dagligen.	Låg dos och långsam upptitrering. Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta ges morfin i snabb frisättning 10 mg ½ tablett. Vid kontinuerlig smärta ges morfin som depottablett med startdos 5 mg x 2.	Förstahandsval vid svår, långvarig och opioidkänslig smärta, med beaktande av riskfaktorer såsom ålder, samsjuklighet och beroenderisk. Vid eGFR < 60 ml/min kan oxikodon vara att föredra.
Oxikodon	Generika	Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta hos opioidnaiva patienter ges oxikodon i snabb frisättning 5 mg x 1. Vid kontinuerlig smärta ges depottablett med startdos 5 mg x 2 dagligen.	Låg dos och långsam upptitrering. Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta ges oxikodon i snabb frisättning 5 mg x 1. Vid kontinuerlig smärta ges depottablett med startdos 5 mg x 2 dagligen.	Eliminationen av oxikodon är inte beroende av njurfunktionen i samma utsträckning som morfin och kan vara att föredra vid eGFR < 60 ml/min. Försiktighet vid gravt nedsatt njur- eller leverfunktion.
Ketobemidon	Generika Marknadsförs i peroral beredningsform endast som tableter 5 mg. Finns inte i depotberedning.	Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta ges 5-10 mg vb.	Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta ges 5 mg vb.	Kan administreras vid nedsatt njurfunktion.
Tapentadol	Palexia (snabb frisättning) Palexia depot (depottabletter)	Vid kortvarig smärta eller genombrottsmärta ges 50 mg var 4:e till 6:e timme. Palexia Depot bör tas 2 gånger dagligen med cirka 12 timmars intervall.	Låg dos och långsam upptitrering från 25 mg till 50 mg.	Kan övervägas hos patienter som provat, men inte tolererat, en stark opioid och avbrutit behandlingen (subventionerat endas för denna patientgrupp).

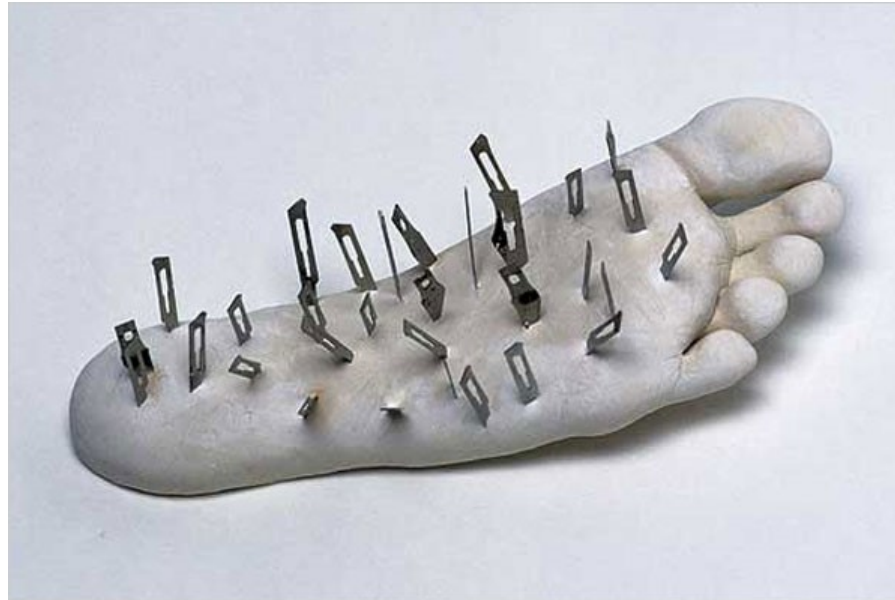


Rekommendation 8

Tapentadol-Palexia



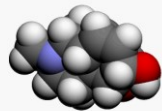
**“Behind every beautiful thing, there's some
kind of pain.”
— Bob Dylan**



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Akut smärta

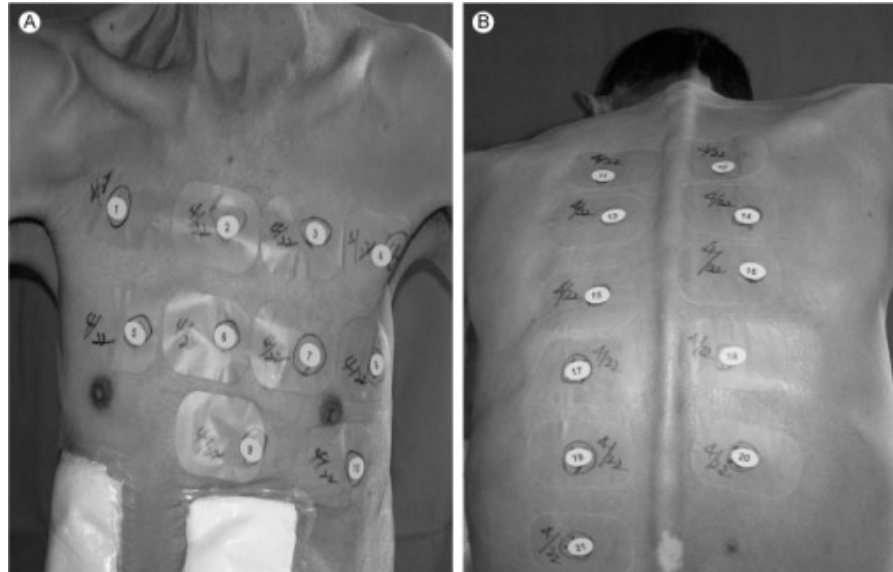
Farmakocinetik Oxikodon, Morfin, Ketogan

	Oxycodone	Morphine	Ketobemidone
Elimination half-life (h)	3–5	2–4	2-3.8 h
Oral bioavailability (%)	60–80	15–40	34%
Peak concentration time after oral administration (h)	1–2 (kapslar) 0.5–1.5 (oral lösning)	0.5–1.5 (oral solution)	
Proteinbindning (%)	45	30–40	
Metabolism	CYP450 3A4, CYP450 2D6	Metabolisation N-demet glukuronyl transferaser (UGT)	
Medium dose for pain treatment (Lemberg 2009)	22 mg	35 mg	
Akute pain (Oikkola 2013)	Increased passage i CNS in comparison with morphine (activ transport)		



Rekommendation 9

Fentanyl-The sky is not the limit !





"Medicine is a collection of uncertain prescriptions the results of which, are more fatal than useful to mankind."
Napolen Bonaparte



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Rekommendation 10 Opioid Prescribing In and Out of the Box

Dose < 100 (120-180) mg Mo equivalents daily

Cancer and perioperativ pain

Lack of active psych or substance abuse

Limited contact with nonmedical users

Older age

Pain syndrome in which opioids are controversial

Dose > 120-180 mg Mo equivalents daily

Active psychic disorder or substance abuse

Younger age

The Changing Paradigm of Pain Policy: Effects on Clinical Care

Kenneth L. Kirsh, PhD; Steven D. Passik, PhD

Medscape Neurology June 30, 2008



Rekommendation 11

Neuropatisk smärta



7-8 % av Europas befolkningen
1/3 del av de drabbade får 50% smärtreduktion med dagens
medicinska eller farmakologiska alternativ



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Diagnos av perifer neuropatisk smärta

Misstanke av NeP
Anamnes
Neuroanatomiskt korrelerbar
smärtutbredning

A. Sannolik
A. Sensibilitetsrubbning inom
neuroanatomiskt definierat område
motsvarande innervation för den
drabbade nerv

B. Diagnos (test)
EMG, Neurografi, SEP
MRT

A+B=Säker diagnos
Bara A eller B= Sannolik NS
Varken A or B=Osannolik NS



PERIFER NEUROPATISK SMÄRTA

FÖRSTAHANDSVAL

Amitriptylin / nortriptylin*
Gabapentin†
Venlafaxin / duloxetin

Alternativen ovan är likvärdiga. Vid behandlingssvikt skiftas om möjligt till ett alternativt förstahandsmedel. Kombination gabapentin+antidepressiva kan också övervägas.

* *Yngre patienter:* inled med amitriptylin/nortriptylin 10-25 mg till natten. Trappa långsamt upp under 6-8 veckor till 30-75 mg till natten.
Äldre patienter: inled med amitriptylin 10 mg till natten. Om högre dos krävs, byt till nortriptylin 25 mg till natten pga mindre antikolinerg effekt.

† Dos justeras efter njurfunktion.
Äldre patienter: inled med gabapentin 100 mg till natten. Trappa långsamt upp med 100 mg ca en gång per vecka.

ANDRAHANDSVAL

Pregabalin (Lyrica)‡

Observera att missbruk och toleransutveckling har rapporterats för pregabalin. Iaktta försiktighet hos patienter med missbruksanamnes.

‡ Dos justeras efter njurfunktion.

TREDJEHANDSVAL

Tramadol
Lidokain transdermalt (Versatis)*
Kapsaicin transdermalt (Qutenza)*

• Vid lokaliserad neuropatisk smärta. Lidokain och kapsaicin är likvärdiga alternativ.

FJÄRDEHANDSVAL

Starka opioider i depåberedning. Morfin och oxikodon har störst dokumentation.



Rekommendation 12

Opioider och neuropatiska smärtor

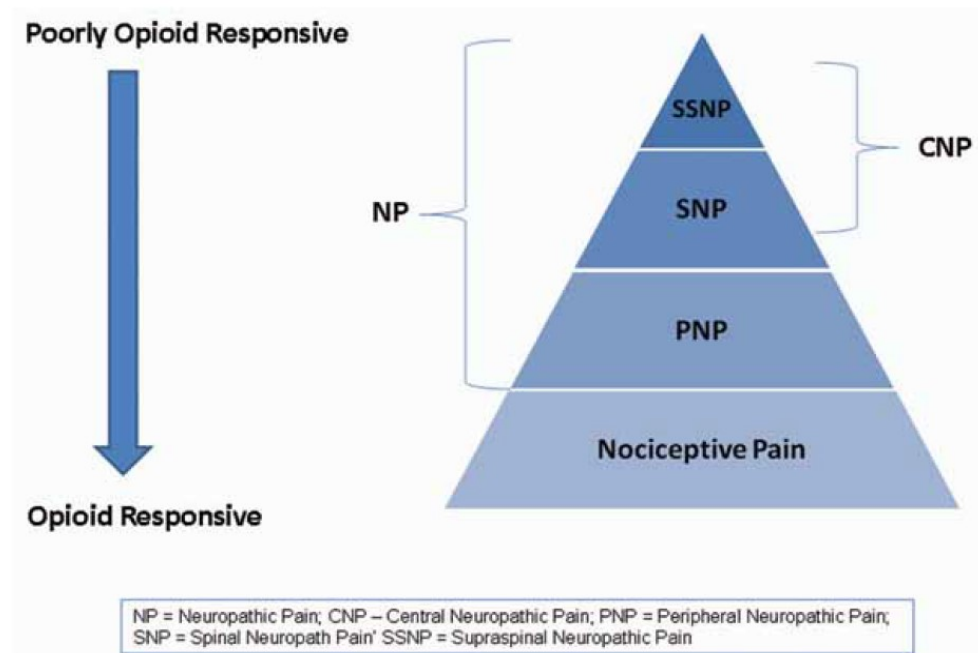


Fig. 1. Relative overall opioid responsiveness of different categories of Pain



**Nociceptiv
Smärta**

**Lätt-
Paracetamol
NSAID,
COX2**

**Måttlig
Tramadol
Citodon,
Buprenorfin**

Tapentadol

**Svår
Morfin
Oxykodone
Ketobemidon**

Pregabalin

**Neuropatisk
smärta**

Perifer NS

**Saroten,
Gabapentin,
Venlafaxin,
Duloxetine**

**Tramadol,
capsina,
lidokain**

Opioider

Smärttillstånd

Postoperativ

Cancer

Fibromyalgi

**Ryggsmärta
Artros**



Postoperativ smärta

Riskfaktorer för signifikant postoperativ smärta

yngre ålder

psykiatrisk sårbarhet

ökad nociception

hög preoperativ smärta

patienter med preoperativ opioidanvändning (pga opioidtolerans eller underliggande sensibilisering och ökad nociception före opioidbehandling)



Chronic pre-operative opioid use and acute pain after fast-track total knee arthroplasty

E. K. Aasvang^{1,2}, T. H. Lunn^{2,3}, T. B. Hansen⁴, P. W. Kristensen⁵, S. Solgaard⁶ and H. Kehlet^{1,2}

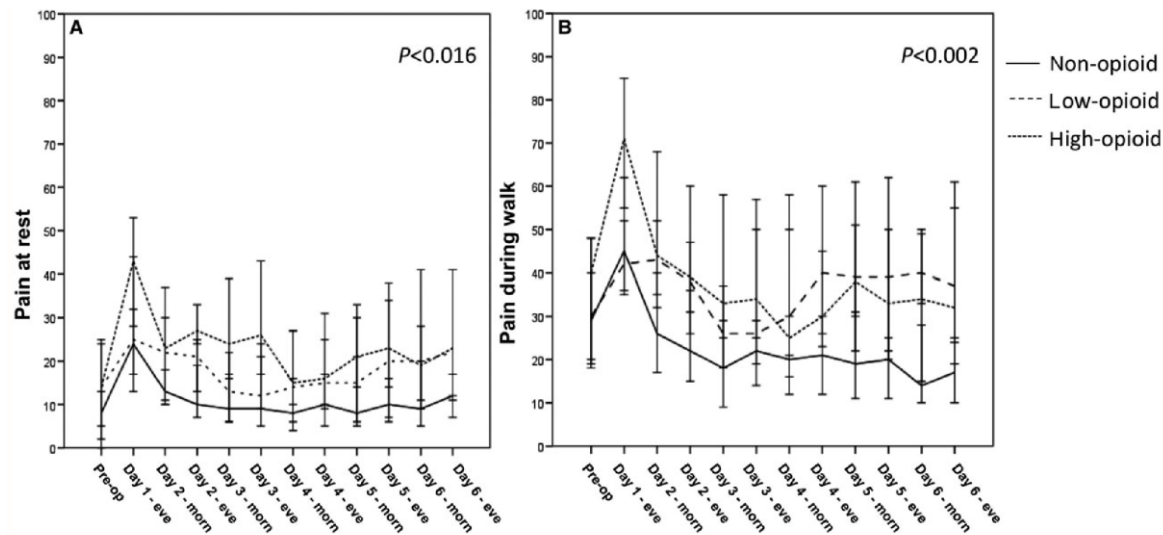


Fig. 1. Median pain scores with 95% CI, pre-operatively and day 1–6 after total knee arthroplasty for non- vs. low vs. high chronic opioid-treated patients, at rest (a) and during walk (b). *P*-value for AUC pain scores between groups where assessed by the Kruskal–Wallis one-way analysis of variance.

Acta Anaesthesiologica
Scandinavica 60 (2016) 529–
536



AKADEMISKA
SJUKHUSET

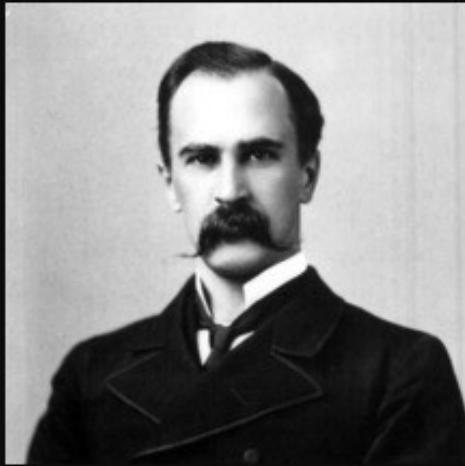


Opioid prescription levels and postoperative outcomes in orthopedic surgery

Crispiana Cozowicz^{a,b}, Ashley Olson^c, Jashvant Poeran^c, Eva E. Mörwald^{a,b}, Nicole Zubizarreta^c, Federico P. Girardi^d, Alexander P. Hughes^d, Madhu Mazumdar^c, Stavros G. Memtsoudis^{a,b,*}

Högre opioidförskrivning associerad med en ökning av de flesta postoperativa komplikationerna med den starkaste effekt som observerades vid tromboemboliska, infektiösa och gastrointestinala komplikationer, kostnad och LOS.





One of the first duties of the physician is to educate the masses not to take medicine.

~ William Osler

AZ QUOTES



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Rekommendation 13

Nedtrappning av smärtbehandlingen efter operation

Opioider vid postoperativ smärta –Rekommendationer vid utskrivning

Okomplicerade operationer-inga opioider

Efter större /komplicerade operationer-plan för nedtrappning

Patienter behandlade med opioider under en kortare tid än 3 veckor behöver ingen nedtrappning av opioiderna, utan opioider kan sättas ut direkt

Om patienten har stått på opioider längre tid än 3 veckor rekommenderades nedtrappning av opioiderna med 3-10 mg MEKV var 3-7-e dag

Förnya inte recept på opioider utan noggrant övervägande, detta gäller yngre pats



Transitional Pain service (tPs) referral criteria

- 1. Preoperativ långvarig smärta med eller utan opioidbehov**
- 2. Svår postoperativ smärta (som behöver flera besök av APS under längre tid än förväntad för postop smärta). Patienter som kan inte skrivas ut pga problem med smärta**
- 3. Hög opioiddos postoperativ**
- 4. Patienter som står på mer än 90 Mg/dag oral morfin equivalent (behöver hjälp för opioid nedtrappning)**
- 5. Patienter som står på metadon eller buprenorfn och inte har en läkare som följer dem postop.**
- 6. Patienter som står på långverkande opioider vid utskrivning**
- 7. Utskrivning med smärtpumpar eller vid katetrar i samband med kirurgi (eg, stump catheters post-amputation)**
- 8. Psykiatrisk komorbiditet som depression, ångest, andra psykiska sjukdomar**



Rekommendation 14

SMÄRTBEHANDLING VID CANCER

Liksom vid all annan smärtbehandling är smärtanalysen viktig för att kunna välja rätt behandling. I smärtanalysen ingår förutom analys av smärtmekanismer, också bedömning av smärtans orsaker, samt bedömning av framtida sjukdomsförlopp. Detta ligger till grund för vilken behandling som ska väljas. Vid komplicerade smärtsituationer rekommenderas kontakt med smärtspecialist.

- Vid svår smärta är starka opioider ett självklart alternativt att starta med (se steg 3 i kapitel "Nociceptiv smärta"). Är smärtan mycket svår rekommenderas frikostighet med iv morfin eftersom tablettbehandling tar 30–45 min innan full effekt. Utvärdera effekten noga; om smärttoppen kapas endast lite finns två alternativa förklaringar: opioiddosen är för liten eller smärtan är inte fullt opioidkänslig. Det senare är ofta förklaringen vid spridd cancersjukdom. Fentanylplåster har sin plats hos patienter med cancersmärta som inte kan ta tabletter. Fentanyl är dock inte lämpligt för dositering. Risken för toleransutveckling med fentanyl är stor, vilket leder till högre doser med ökade biverkningar såsom trötthet som följd. Hos patienter vars cancersjukdom har ett stillsamt förlopp finns indikation för behandling med tramadol, som ger lindring också för smärtor med neuropatiskt inslag.
- Ofta behövs tillägg av läkemedel, såsom antidepressiva och antiepileptika (se kapitel "Neuropatisk smärta").
- Vid snabb progress finns ofta en hög inflammatorisk aktivitet, som då bör behandlas med tillägg av NSAID eller en kortisonkur (nedtrappning under 7–10 dagar från 8 mg betametason eller 45 mg prednisolon).
- Skelettmetastaser svarar bra på NSAID eller kortisonbehandling i korta kurer om patienten inte tolererar NSAID. Nyare forskning tyder på att det förekommer neurogena mekanismer i skelettet vid cancerväxt, vilket betyder att det finns skäl att sätta in behandling med antidepressiva eller antiepileptika tidigt (se kapitel "Neuropatisk smärta").
- Strålbehandling ger ofta god smärtlindring.
- Bifosfonater bör övervägas vid skelletmetastaser.
- Vid cytostatikainducerad neuropatisk smärta finns evidens för behandling med duloxetin.



Rekommendation 15

FIBROMYALGI

Behandling av smärta vid fibromyalgi baseras initialt på patientundervisning och skriftlig information om fibromyalgi, sedan fysioterapi med individualiserad gradvis stegrad aktivitet [41].

Behandla eventuell psykiatrisk samsjuklighet eller skriv remiss för multimodal smärtrehabilitering vid uttalad funktionsnedsättning.

För att underlätta smärtbehandling hos vuxna och för att förklara smärta orsakad av dysfunktionell smärtreglering (som smärta vid fibromyalgi) har Läkemedelsverket (29) introducerat ett nytt begrepp: "nociplastisk smärta" för att beskriva en smärtmekanism som kan förklara den dysfunktionella smärtregleringen. Begreppet nociplastisk smärta är relativt nytt inom smärtvärlden. Den farmakologiska behandlingen av nociplastisk smärta liknar den vid neuropatisk smärta, det vill säga SNRI och gabapentinoider, medan opioider bör undvikas.

Downloaded from <http://ard.bmj.com/> on July 30, 2017 - Published by group.bmj.com

Recommendations

EXTENDED REPORT

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

G J Macfarlane,¹ C Kronisch,^{1,2} L E Dean,¹ F Atzeni,³ W Häuser,^{4,5} E Fluß,¹ E Choy,⁶
E Kosek,⁷ K Amris,⁸ J Branco,⁹ F Dincer,¹⁰ P Leino-Arjas,¹¹ K Longley,¹²
G M McCarthy,¹³ S Makri,¹⁴ S Perrot,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Taylor,¹⁷ G T Jones¹



Vid hög smärtintensitet kan följande prövas vid fibromyalgi:

paracetamol		generika
duloxetin	30-60 mg/dag	generika
pregabalin*		generika
tramadol†		generika

NSAID har ingen plats i behandlingen av fibromyalgi.

Vid uttalad sömnstörning

amitriptylin	10 mg till natten	generika
--------------	-------------------	----------

Amitriptylin kan vid behov kombineras med låg dos pregabalin (25-50 mg) till natten.

* Observera att missbruk och toleransutveckling har rapporterats för pregabalin. Iaktta försiktighet hos patienter med missbruksanamnes.

† Tramadol bör endast användas sporadiskt eller under kortare perioder. Ska inte användas hos äldre pga hög risk för illamående och centralnervösa biverkningar såsom förvirring.



Rekommendation 16

LÅNGVARIG RYGGSMÄRTA

Långvarig ryggsmärta är ofta förknippad med psykosociala problem och nedsatt funktion. Icke-farmakologiska åtgärder som kan övervägas är anpassad fysisk aktivitet (se kapitel "Fysisk aktivitet"), TENS, akupunktur och rökstopp. Syftet med läkemedelsbehandling vid ryggsmärta är att möjliggöra andra åtgärder, till exempel fysioterapi. De långsiktiga effekterna av enbart läkemedelsbehandling är mycket begränsade.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling bör utformas utifrån aktuella smärtmekanismer, se respektive avsnitt "Nociceptiv smärta" och "Neuropatisk smärta". NSAID/paracetamol ska inte ges slentrianmässigt. Opioider är aldrig förstahandsval. Vid behov ges behandling av samsjuklighet, till exempel smärttillstånd i andra lokaler eller ångest/depression.

Psykologiska och sociala åtgärder

Följande åtgärder kan vara aktuella:

- Åtgärder på arbetsplatsen, vid behov i samråd med företagshälsovård
- Samverkan med Försäkringskassan/Arbetsförmedlingen
- KBT i öppenvård
- Kuratorsstöd.

När tillståndet kräver mer omfattande beteendeförändringar och acceptans för den uppkomna situationen rekommenderas multimodal smärtrehabilitering.

Rekommendationerna i detta kapitel bygger på [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation av långvarig smärta \[29\]](#).



Rekommendation 17

