

Vilka patienter är lämpliga för interventionell utredning och behandling av smärta?

Det är många olika typer av smärtproblem som lämpar sig för interventionell utredning och behandling av smärta. Många gånger har patienter enbart remitterats utifrån att man kört fast i primärvården och behöver en annan bedömning av patienten för att kunna komma vidare, och en som inte enbart ser på psykologiska mekanismer. Utifrån erfarenheten av att på det sättet mött en tämligen oselektad grupp smärtpatienter under den senaste 10-års perioden har vi fått en känsla för vilka man kan hjälpa bäst och vilka som inte är lämpliga. Eftersom patienter med långvarig smärta är ett ständigt aktuellt problem i primärvården har jag valt att istället för att bara säga "remittera" eller "inte remittera" diskutera varje problem lite mer ingående både kring vad en interventionell utredning kan ge och nyttan med den för fortsatt primärvårdskontakt.

Det kan ändå bli lite stelt och 'kokboksmässigt' med denna typ av uppradning. Har man funderingar så är det alltid möjligt att beskriva patientens problem och skriva och fråga: "Är detta ett fall där en interventionell utredning skulle kunna hjälpa oss vidare?" eller kanske "Jag undrar om det kan finnas en smärta som utgår i från detta. Är det möjligt testa det?". En dialog mellan oss alla som ser patienten utifrån olika infallsvinklar är ofta fruktsam när det gäller att hjälpa patienterna tillbaka till ett bättre liv.

Whiplash-skada / trafikolycka.

Vid ett whiplash-trauma vet vi från litteraturen att den vanligaste struktur som ger smärta är facettleder. Det finns dock en hög grad av självläkning efter ett whiplash-trauma och därför bör man inte vara för snabb med fortsatt utredning/behandling. Sedan man uteslutit skelettskada och instabilitet ska man stötta patienten till så normal aktivitet som möjligt. Om besvären går över till långvarig smärta kan en interventionell utredning vara lämplig att påbörjas tidigast efter 1 år. Besvär efter typiskt whiplash-trauma brukar uppstå i halsrygg men lika ofta från bröstrygg och väldigt vanligt är att det lite senare uppkommer besvär från ländryggen.

Äldre patienter med ländryggsvärk

Med ökad ålder så ökar sannolikheten att smärtan kommer från facettleder i ländryggen. Vid kotkompressioner så är det ofta den ökade belastningen på facettlederna som ger smärta. Typiska tecken som styrker detta är dels när patienterna börjar gå mer framåtlutade eller har svårt att böja bakåt, när de har svårt att stå still eller gå längre sträckor. En utstrålade smärta i ben kan förekomma. Om utstrålningen inte följer ett dermatom talar detta extra mycket för överförd smärta.

Ländryggsvärk

Oberoende om det ingår en utstrålade smärta, en svaghetskänsla i ben eller enbart är en ländryggsvärk så kan det vara av värde med en interventionell utredning ifall MR är normal eller påvisar ett diskbräck som ej stämmer med symtomutbredning. I förvånansvärt många fall finns det en facettledsproblematik även om det är relativt unga patienter. Även SI-ledsbesvär lämpar sig väl för diagnostisk utredning.

Huvudvärk

Huvudvärk både av migräntyp där det debuterat efter ett trauma och om huvudvärken ändrat

Smärtkliniken i Umeå Eques Indolor
Kungsgatan 42
903 25 Umeå

tel 090-186018
fax 090-186019

<http://www.smartkliniken.eu>
info@smartkliniken.eu

kvalitetscertifierad enligt iso9001 och iso14001 via FR2000

karaktär med tiden har ofta en association till facettleder och nervretningar vilka väl lämpar sig för utredning/behandling. Cervikala diskbräck ger ytterst sällan upphov till smärta utan om de ger påverkan ger de bortfallssymtom. Buktande diskar på MR ger varken smärta eller bortfall utan är snarast att betrakta som normalvariant i smärthänseende.

Cervikobrachiellt syndrom

Smärta/värk i nacke med utstrålning i arm lämpar sig ofta väl för utredning. Dels därför att det är omöjligt att kliniskt utan exakt testning skilja ut vad som kommer från nacke/bröstrygg och vad som kommer från axelns leder, dels därför att behandling ofta kan förbättra funktionen mycket.

Smärtor från leder

Injektioner i axelleden där man inte har röntgenkontroll med kontrast när man sprutar når mycket sällan själva axelleden. Många gånger kan patienter fått injektioner i axeln utan röntgenkontroll och utan effekt, men när man säkerställer att injektionen blir intraartikulärt får de bra effekt. Detsamma gäller knäleder och i princip alla övriga leder. Har man en misstanke om besvär från en viss led och inte får effekt när man injicerat utan röntgenkontroll kan det därför vara av värde att remittera för interventionell utredning där man med exakt intraartikulär injektion kan utestluta eller bekräfta att besvären kommer från den misstänkta leden. Om man överväger radikala åtgärder såsom att steloperera en fotled bör man alltid först injicera fotleden under röntgenkontroll så att man är säker på att smärtan släpper när bedövningen verkar – i annat fall kommer operationen inte lindra!

Smärtor i fot eller vad utan synliga fel på röntgen

Detta är patienter där man bör remittera för interventionell utredning eftersom det ofta kan vara en överförd smärta som upplevs väldigt distinkt. En ömhet i motsvarande område är tyvärr inget tillförlitligt tecken på att smärtan är lokaliserad där. Både ömheten och smärtan kan vara delar i en överförd smärta!

Smärtor efter operationer

Neurinom i anslutning till operationsärr förekommer inte sällan. Ofta finns en kombination med dels lokal smärta, dels en sekundär påverkan på det autonoma nervsystemet med beröringskänslighet i ett större område och dels ofta en triggad retning på facettleder i samma dermatom. Dessa svarar mycket bra på test och behandling. En patient som varit i det närmaste helt handikappad blir ofta i det närmaste besvärsfri enbart på upprepade blockader.

Autonom påverkan i samband med smärta

Detta är en av våra svåraste grupper av smärtpatienter. Initialt rör det sig kanske enbart om att de börjar känna sig kall om en hand eller fot, sedan tillkommer fumlighet, hudkänslighet (allodyn – då beröring upplevs smärtsam), förändringar i nagelväxt (spricker alternativt växer fortare), vattenkastningsbesvär, förstoppning, sexuella besvär, muskelpåverkan i form av skakningar, kramper och svaghet. Om detta utvecklas samtidigt med att smärtan sprider sig från att varit lokal till att bli mer regional eller även generell så är vi inne på en utveckling mot CRPS, Complex Regional Pain Syndrome. Detta mycket svåra neuropatiska smärttillstånd har en dyster prognos. Det är svårt att vända utvecklingen, det är svårt att behandla och det är sällan patienterna kan bibehålla eller återfå någon arbetsförmåga. Kan man lokalisera det smärtfokus som är ursprunget till detta, och behandla detta smärttillstånd tidigt finns det möjlighet att bryta utvecklingen. Man bör vara

Smärtkliniken i Umeå Eques Indolor
Kungsgatan 42
903 25 Umeå

tel 090-186018
fax 090-186019

<http://www.smartkliniken.eu>
info@smartkliniken.eu

kvalitetscertifierad enligt iso9001 och iso14001 via FR2000

extra uppmärksam på smärtor som startar i arm eller ben eftersom risken för denna utveckling då är extra stor. Tragiska exempel på detta är när en patient brutit en arm eller fotled och gipsas och gipsen skaver eller ett stift retar. De 6 veckor som man negligerar patientens svåra smärta (som de alltid beskriver i denna situation) kan räcka för att befästa ett livslångt invalidiserande smärttillstånd. Ju tidigare till interventionell utredning ju bättre. Men ibland går det även bryta efter lång tid så har man ej utrett bör man ge patienten denna chans eftersom tillståndet är så invalidiserande.

Tidigare utredda patienter

Patienter som tidigare varit utredda, behandlats och blivit smärtfria men sedan smärtan återkommit är lämpliga att utreda igen. En radiovågsbehandling av facettledssmärta orsakar ingen permanent nervskada utan det ger en blockad som håller ca 10 – 12 månader innan nerven återfunnit sin ursprungliga plats. Smärtan brukar vara borta längre men om den återkommer kan man utreda igen och behandla igen utan att nya biverkningar uppstår.

Patienter som utretts utan att man kunnat behandla smärtan är inte lämpliga att utreda igen för samma besvär. Har de fått en annan typ av smärta kan det förstås vara aktuellt med en ny utredning.

Andra patienter som är övertygade om en fysisk grund för smärtan

Även i andra fall där man inte direkt har en misstanke om att smärtan kommer från ett diagnostiserbart smärtfokus (leder, nerver eller mellankotskivor) kan en interventionell utredning vara det som gör att patienten kan börja acceptera sina besvär och ta till sig behovet av att hitta strategier för att kunna leva så bra som möjligt med sina besvär. Copingstrategier kan många gånger av patienten uppfattas negativt ifall de upplever att de inte blivit tagna på allvar och att man ej försökt hitta ursprung för deras besvär. En utredning där man utesluter strukturella smärtfokus kan i dessa fall vara nyckeln som öppnar vägen för fortsatt rehabilitering.

Psykisk sjukdom i sig innebär inte något hinder för utredning och behandling av en fysisk smärta.

Vilka patienter är olämpliga?

Instabila patienter, både psykiskt och somatiskt (t.ex. med oklar infektion eller malignitet) är inte lämpliga att injicera. En remiss till interventionell utredning innebär dock inte med självklarhet att någon blockad kommer läggas. Det börjar alltid med en smärtanalys där man går igenom besvären och bedömer om det är lämpligt och i så fall vad man ska testa. När man som distriktsläkare jobbar med smärtpatienter och känner att man kör fast kan därför en remiss till interventionell utredning vara det som gör att man kommer vidare och når fram till patienten. Patienterna hoppas förstås alltid på att få smärtfrihet efter tester och behandling, men vi tar alltid upp denna aspekt i samband med besöken och även en negativ testning ger värdefull information kring hur man ska gå vidare för att hjälpa patienten vidare till en förbättrad livskvalitet.

Vid frågor är Ni alltid välkomna kontakta mig. Vi tar även gärna emot läkare och sjukgymnaster eller annan vårdpersonal för att auskultera hos oss.

Johan Hambræus
Överläkare
Specialist i anestesi, allmänmedicin och smärtlindring

Umeå 2013-02-28

Smärtkliniken i Umeå Eques Indolor
Kungsgatan 42
903 25 Umeå

tel 090-186018
fax 090-186019

<http://www.smartkliniken.eu>
info@smartkliniken.eu

kvalitetscertifierad enligt iso9001 och iso14001 via FR2000