

$\frac{\text{Effekt}}{\text{Bivirkninger} \times \text{pris}} = \text{Rationel Farmakoterapi}$

## Akut uspecifikt lændehold

Af Kirstine Moll Harboe\* og Mogens Pfeiffer Jensen\*\*

Ondt i ryggen er en af de hyppigste kontaktårsager i almen praksis, og livstidsrisikoen for at blive ramt er omkring 70 %. Hvilke lægemidler er de mest hensigtsmæssige? Er muskelrelaksantia en god idé? Skal patienterne blive liggende på sofaen eller koster ud på yogamatten? Og skal de nu have antibiotika alle sammen?

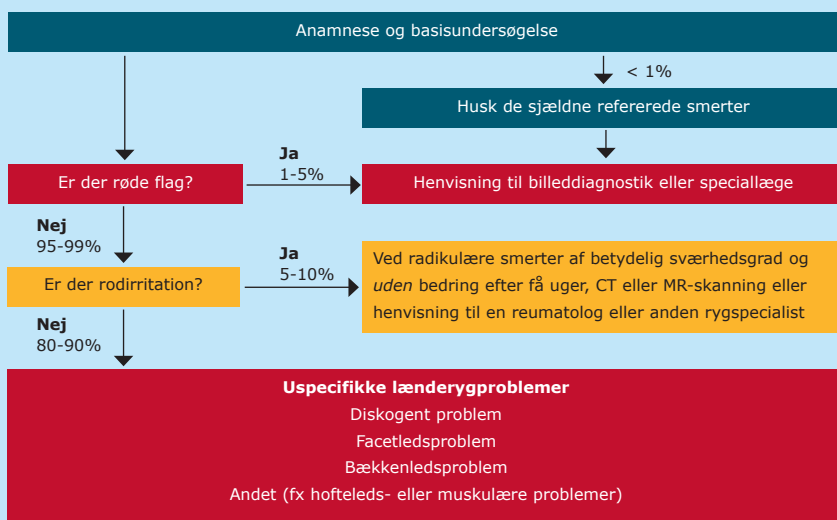
Akutte rygsmerter defineres med en varighed under 6 uger. Risikofaktorer for rygsmerter er tunge løft, vrid i kroppen, fedme og dårlig kondition. Hos ca. 85 % er rygsmerterne uspecifikke, ætiologien er delvist ukendt, og der stilles ikke en egentlig patoanatomisk diagnose. Hos 5-10 % ses rodafektion med radikulært udstrålende smerter, paræstesier og klassisk positiv Lasegues og hos < 1 % alvorlig patologi. »Røde flag« er eksempelvis et relevant traume eller osteoporose, tidligere cancersygdom eller canceralarmsymptomer, progredierende pareser, føleforstyrrelser i ridebukseområdet og urinretention. Der henvises til Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning Diagnostik og be-

\* Sundhedsstyrelsen, Institut for Rationel Farmakoterapi

\*\* Reumatologisk Afdeling U, Aarhus Universitetshospital

Figur 1. Diagnostik af lænderygproblemer

Udredning af lænderygpatienten



handling af lændesmerter i almen praksis (fig. 1).

Generelt er der et begrænset antal randomiserede studier af høj kvalitet, der omhandler rygsmerter, og derudover er der mistanke om publikationsbias med mange små studier med positive resultater. Denne artikel tager udgangspunkt i to Cochrane-reviews, der har undersøgt NSAID og muskelrelaksantia for akutte rygsmerter, anbefalingerne fra DSAMs vejledning fra 2006, den europæiske COST ACTION B13 guideline fra 2006,

American Pain Society/American College of Physicians' clinical guideline fra 2007 og den nationale rekommandationsliste.

### DIAGNOSTIK

#### Anamnese

Akut indsættende lændesmerter stråler som oftest ned over glutealregionen. Smerteintensiteten kan ikke bruges til at vurdere alvorlighedsgraden af symptomerne.

Ved neurologiske symptomer – radikulær udstråling (distalt for knæ-

ene), føleforstyrrelser, nedsat kraft over enkel muskelgruppe – skal der tænkes på mulig rodaffektion.

Ved vandladnings- og/eller afføringsforstyrrelser, -retention eller -inkontinens skal der tænkes på *Cauda Equina* syndrom, og patienten skal akut vurderes med henblik på dette.

Ved traumer eller akutte smerter hos patienter med risikofaktorer for osteoporose skal der tænkes på fraktur/sammenfald.

Inflammatorisk rygsygdom, som sacroiliitis og mb. Becterew er sjældent akut indsættende og er særligt præget af morgenstivhed.

### Klinisk undersøgelse

Smerte giver generelt anledning til afslået lændelordose, evt. skoliose og nedsat bevægelighed. Vigtigst er det at forsøge at udelukke »røde flag« diagnoserne. Fraktur/sammenfald udelukkes med relevant anamnese og fravær af direkte og indirekte ømhed af knoglerne. Det er svært at udelukke cancer, igen spiller anamnesen en stor rolle. Knoglemetastaser (mamma/prostata) har tendens til at give natlige smerter.

Ellers vurderes patienten neurologisk med Laseque (strakt benløftstest), sensibilitet, kraft over hofter, knæ, ankler og tæer samt dybe reflekser (patella-, medial hase- og Achilles-refleks). Ved tegn på lumbal prolaps behandles efter retningslinjerne herfor.

Der er ikke indikation for billeddiagnostik, hvis der ikke er tegn på fraktur/sammenfald. Ved vedvarende symptomer > 6 uger er billeddiagnostik indiceret.

### Prognose

Prognosen er god. Op mod 90 % af nyopståede rygsmerter svinder spontant, og de fleste patienter håndterer rygsmerter uden kontakt til sundhedsvesnet.

## BEHANDLING

### Non-farmakologisk behandling

Patienterne skal have at vide, at de ikke går i stykker, og at hurtig tilbage-

### Farmakologisk behandling af akutte rygsmerter

1. valg: Paracetamol 1 g × 4

2. valg: NSAID, f.eks. ibuprofen 400 mg × 3 \*

Ved utilstrækkelig effekt af paracetamol og/eller NSAID kan suppleres med

Tramadol 50-100 mg × 4 ved stærke smerter, alternativt p.n., særligt til natten  
Eller

Tabl. morfin 10 mg maks. hver 4. time

\* Benefit/risk-vurdering for hver patient (hjertesyg, tidligere ulcus, nyrefunktion m.m.), evt suppleret med PPI.

venden til vanligt aktivitetsniveau både helbreder og forebygger lave lændesmerter. Tidligere blev sengeleje anbefalet ved akutte lændesmerter. Talrige undersøgelser har ikke kunnet dokumentere effekt af denne behandling. Et systematisk review om sengeleje *versus* vanlig fysisk aktivitet konkluderer, at patienterne oplever færre smerter og højere funktionsniveau hos gruppen med vanlig fysisk aktivitet. Vigtige elementer er:

- Ergonomisk vejledning, hvad man må og ikke må (ikke bøje sig forover og/eller vride i ryggen og specielt ikke løfte, når man er foroverbøjet/ved vrid) samt råd om mobilisering til og fra liggende stilling.
- Tidligt begynde rygvøvelser, gerne i form af ekstenderende (McKenzie) øvelser.
- Henvielse til fysioterapeut, hvis patienten har brug for hjælp til at gennemføre øvelsesprogrammet. Her er det vigtigt, at informationen fra alle behandlere er den samme.

### Farmakologisk behandling

Der er ikke dokumentation for, at injektionsbehandling er tabletbehandling overlegen.

### Paracetamol – førstevalg

Paracetamols effekt sammenlignet med placebo er ikke undersøgt i randomiserede studier ved akutte rygsmerter. Til gengæld er der bred enighed om, at paracetamol bør være førstevalg. I et Cochrane-review findes moderat evidens for, at NSAID ikke har større effekt end paracetamol, og at paracetamol har færre bivirkninger. Paracetamol er kontraindiceret ved al-

vorlig lever- eller nyreinsufficiens, og længerevarende behandling > 5 dage kan øge effekten af AK-behandling, men er derudover en sikker behandling med meget få bivirkninger. I overensstemmelse med den nationale rekommandationsliste anbefales paracetamol i fast dosering 1 g hver 6. time derfor som førstevalgsbehandling ved akut lændehold.

### NSAID – bivirkninger

Samme Cochrane-review finder stærk evidens for, at NSAID har smertestillende effekt på akutte rygsmerter sammenlignet med placebo. Effekten ses på alle analyserede parametre. Der er ikke evidens for, at sygdomsperioden afkortes, eller at risikoen for, at tilstanden bliver kronisk, mindskes, men der er evidens for flere bivirkninger hos de NSAID-behandlede patienter. Der blev ikke fundet forskel i effekt mellem de forskellige NSAID, og der er heller ikke evidens for, at NSAID er mere effektivt end paracetamol, opioider, muskelrelaksantia og non-farmakologiske interventioner. Bivirkninger ved NSAID er dosisrelaterede og potentielt alvorlige. Behandling med NSAID skal foregå i kortest mulig tid og i lavest mulige dosis.

Hvis behandling med paracetamol er utilstrækkelig hos en patient med akutte rygsmerter, tillægges NSAID i form af ibuprofen 400 mg × 3 i f.eks. en uge. Ibuprofen i lav dosis er sammen med naproxen førstevalg pga. relativt lav kardiovaskulær risiko i forhold til andre NSAID. Ved behov for kortvarig NSAID-behandling hos personer med høj risiko for ulcus (ældre, prednisolon- eller AK-behandling, svær systemsygdom eller tidligere

ulcus) anbefales tillæg af en protonpump hæmmer, fx lansoprazol 15 mg eller pantoprazol 20 mg. Hos patienter med AMI inden for 6 måneder er NSAID kontraindiceret. Patienter med erkendt hjerte-karsygdom bør generelt ikke anvende NSAID, men ved behov behandles som ovenfor anført.

#### *Muskelrelaksantia – nej*

Muskelrelaksantias plads i behandlingen af rygsmerter er omdiskuteret. Muskelrelaksantia er en heterogen gruppe, der inkluderer både benzodiazepiner og non-benzodiazepiner som baklofen, tizanidin og klorzoxazon. Et Cochrane-review fra 2008 konkluderer, at muskelrelaksantia er effektive ved kortvarig behandling (2-4 dage) til akutte rygsmerter, men har bivirkninger, som bør begrænse brugen. Reviewet finder ikke forskelle på de forskellige muskelrelaksantias effekt, men denne konklusion er svag, bl.a. indgår blot ét studie med klorzoxazon, der er det primært anvendte muskelrelaksantium i Danmark. Ifølge medstat.dk fik 39.000 patienter udskrevet klorzoxazon til gennemsnitlig 23 dages behandling i 2012. Virkningsmekanismen af klorzoxazon er ikke fuldt fastlagt, og den terapeutiske effekt skyldes til dels lægemidlets sedative egenskaber. Det anførte klorzoxazonstudie er fra 1979 og sammenligner smertestillende respons på tizanidin og klorzoxazon på i alt 27 patienter. Studiet er det eneste randomiserede studie med klorzoxazon, vi har kunnet finde. Klorzoxazon er trafikmærket pga. bivirkninger som svimmelhed, træthed og døsighed, og der er beskrevet alvorlig, også dødelig hepatotoksicitet som sjældent bivirkning. Den europæiske og amerikanske guideline for farmakologisk behandling af rygsmerter konkluderer på baggrund af ovennævnte Cochrane-review, at kortvarig brug af muskelrelaksantia kan være indiceret som 3. valg. Vi mener, som det også blev konkluderet i Sundhedsstyrelsens MTV-rapport fra 1999, at muskelrelaksantia ingen plads har i behandlingen af rygsmer-

ter, da der ikke er evidens for effekt og risiko for alvorlige bivirkninger.

#### *Tramadol og opioider – hvis paracetamol og NSAID ikke er nok*

Effekten af tramadol og opioider til behandling af kroniske rygsmerter er veldokumenteret, men misbrugspotentiale og bivirkninger begrænser brugen. Ved akutte rygsmerter er der sparsom evidens, og tillæg af tramadol eller et opioid er derfor ofte et »klinisk skøn«, hvor fordele afvejes mod ulemper. Hvis patienten ikke er sufficient smertedækket af kombinationen af paracetamol og NSAID eller ikke tåler NSAID, kan tramadol lægges oven i behandlingen, f.eks. 50-100 mg maks. fire gange dagligt eller eventuelt blot til natten.

Ved stærke smerter og/eller utilstrækkelig effekt af tramadol kan skift til kortvarig behandling med morfin-tabletter, f.eks. 10 mg maks. hver 4. time, i sjældne tilfælde være indiceret. Behandlingen anbefales dog ikke på grund af de mange bivirkninger og risikoen for misbrug. Parenteral opioidbehandling og kombination af flere opioider, herunder tramadol, må betragtes som kontraindiceret.

#### *Glukokortikoid – nej*

Der findes ikke studier, der har vist effekt af systemisk kortikosteroid ved akutte rygsmerter, hverken ved oral, intravenøs eller intramuskulær administration. Både den amerikanske og europæiske guideline fraråder brug af kortikosteroid.

#### *Andre analgetika/medikamina*

Mange andre medikamina, herunder gabapentin og andre antikonvulsiva, tricykliske antidepressive og lidocain-plastre har dokumenteret effekt i behandlingen af kroniske rygsmerter. Der findes ingen studier, der belyser deres effekt i behandlingen af akutte rygsmerter, og de kan derfor ikke anbefales på denne indikation.

#### *Antibiotika – nej*

Der er nyligt publiceret et dansk ran-

domiseret studie, som har været meget omtalt i både danske og udenlandske medier. I studiet blev patienter med kroniske rygsmerter, tidligere diskusprolaps og MR-verificerede Modic type 1-forandringer (knogleødem i vertebra associeret med rygsmerter) randomiseret og blindet behandlet i 100 dage med enten placebo eller antibiotikum (Bioclavid). Patienterne i antibiotikumgruppen havde signifikant bedre effekt end placebogruppen på alle effektmål ved både 100 dages og 1 års followup. Hypotesen er, at knogleødemet forårsages af infektion med lavvirulente anaerobe bakterier. Studiet trak overskrifter som »Danske forskere finder mirakelkur mod rygsmerter« og »Antibiotika kan kurere rygsmerter«. Det understreges af artiklens forfattere, at antibiotika ikke ukritisk skal ordineres til alle patienter med rygsmerter. Antibiotika har ikke en plads i behandling af akutte rygsmerter, og om antibiotika i fremtiden har en plads ved behandling af kroniske rygsmerter, må fremtidig forskning afklare.

#### **Patientinformation**

Patienten skal informeres om den gode prognose, at tilstanden i langt de fleste tilstande remitterer i løbet af nogle uger uden behandling, og at billeddiagnostisk i det akutte forløb ikke kan give information, der har konsekvens for behandlingen. Patienten skal i videst muligt omfang holde sig aktiv og ikke være nervøs for, at der sker yderligere skade i ryggen. Patienten skal informeres om faresymptomer som progredierende pareser, føleforstyrrelser i ridebukseområdet og urinretention, som alle skal foranledige fornyet lægekontakt. Patienten skal tilbydes smertestillende lægemidler med information om bivirkninger og eventuelle trafikrestriktioner.

#### **Tak til DSAM for lån af figur 1**

#### **Korrespondance**

Kirstine Moll Harboe, KMH@dkma.dk.

#### **Litteraturreferencer og habilitet**

Se artiklen med alle referencer samt forfatternes habilitetserklæringer på [www.irf.dk](http://www.irf.dk).

# Begræns recepter på store pakninger af smertestillende håndkøbsmedicin

Af Dorte Glintborg, Institut for Rational Farmakoterapi

Fra den 30. september 2013 bliver store pakninger af svage analgetika gjort receptpligtige. Fremover kan man kun købe pakninger med maks. 20 stk. i håndkøb.

Målet er at nedsætte risikoen for forgiftninger og selvmordsforsøg med smertestillende håndkøbsmedicin blandt især unge ved at begrænse medicinmængden i hjemmet. Lægerne opfordres derfor til kun at skrive recept på større pakninger, når der er en aktuell indikation for behandling udover få dage.

## Recept – kun ved aktuell indikation

Nogle læger vil formentlig opleve at blive mødt med et krav om at skrive en recept på en større pakning. »Nu er patienten her jo alligevel, så hvorfor ikke yde denne lille service?« Det er ikke hensigten, at det tidligere lager af smertestillende håndkøbsmedicin i hjemmet skal erstattes af store pakninger. Sundhedsstyrelsen opfordrer derfor lægerne til kun at udstede recept, når der er en aktuell indikation for behandling udover få dage, eller patienten har kroniske smerter.

## Regler for medicintilskud er uændrede

Reglerne for tildeling af medicintilskud er uændrede. Det betyder som hidtil, at kun patienter med kroniske smerter er berettiget til tilskud. Det vil i praksis sige næsten daglige smerter af mere end ca. 3 måneders varighed. På recepter til patienter med kroniske smerter skal lægen anføre »tilskud«.

## Hvad må man købe i håndkøb efter 30. september?

De nye begrænsninger omfatter kun håndkøbsmedicin solgt fra apotek, hvor man fremover kun kan købe pakninger

med maks. 20 stk. tabletter svarende til maks. 10 g paracetamol, acetylsalicylsyre, phenazon eller 4 g ibuprofen. Loven forhindrer ikke apotekerne i at sælge to eller flere pakninger ad gangen. I tilfælde af at en kunde beder om et større antal pakninger, har Sundhedsstyrelsen tiltro til, at det faglige personale spørger ind til anvendelsen og hermed identificerer et muligt uhensigtsmæssigt forbrug og yder den relevante rådgivning.

Reglerne for salg i detailhandlen er uændrede. Her kan man fortsat kun købe en pakning med maks. 10 stk. ad gangen (ibuprofen dog 20 stk. Grænsen var tidligere var 30 stk.).

Glas med 100 stk. acetylsalicylsyre-tabletter a 150 mg til forebyggelse af blodpropper bliver også omfattet af receptpligt, hvorimod 75 mg fortsat kan købes i håndkøb.

Begrænsningen får ingen betydning for salg af mikstur og suppositorier med paracetamol eller gel med ibuprofen.

## Nytter det?

Allerede i 2009 blev der indført forbud mod at sælge smertestillende håndkøbsmedicin til unge under 18 år, hvilket dog ikke har haft nogen nævneværdig effekt på antallet af forgiftninger i denne aldersgruppe. Undersøgelser af selvmordsforsøg fra Storbritannien viser, at ca. halvdelen indtog medicin, som allerede fandtes i hjemmet, og at der gik mindre end 1 time, fra tanken om selvmord opstod, til handlingen blev udført. Formålet med at begrænse pakningsstørrelserne i håndkøb er således at reducere medicinmængden i hjemmene og begrænse muligheden for, at en større mængde tabletter indtages i et øjeblikks affekt.

Baggrunden for dette tiltag er en undersøgelse fra Storbritannien, som viser, at dødsfald pga. paracetamolforgiftning er markant reduceret siden 1998, hvor man indførte en begrænsning i pakningsstørrelserne. Udviklingen i ikke-dødelige selvmordsforsøg er ikke opgjort i den nye langtidsundersøgelse. Det kan derfor ikke udelukkes, at det observerede fald i mortalitet i et vist omfang skyldes hurtigere og bedre behandling af paracetamolforgiftning, øget fokus på forebyggelse af selvmordforsøg eller bare en generel tendens. Der er set et tilsvarende fald i forgiftningsdødsfald med acetylsalicylsyre og antidepressiva. Det er sandsynliggjort, men ikke bevist, at en begrænsning i pakningsstørrelsen af paracetamol i håndkøb i nogen grad vil reducere antallet af paracetamolrelaterede dødsfald.

## Risiko for skift til anden håndkøbsmedicin

I England så man initialt en stigning i forbruget af ibuprofen, da kun paracetamol var omfattet af begrænsningen. Såfremt man kun begrænser pakningsstørrelsen for paracetamol, er det sandsynligt, at nogle i stedet vil købe andre smertestillende midler som fx NSAID. Forgiftning med disse præparater er væsentlig sværere at behandle, og bivirkningerne er alvorligere end med paracetamol i selv den anbefalede dosering. Derfor begrænses pakningsstørrelser for al smertestillende håndkøbsmedicin.

For yderligere information henvises til Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

## Gode råd til forældre med hjemmeboende børn

- Undgå at have større mængder smertestillende håndkøbsmedicin i hjemmet, som du ikke aktuelt har behov for
- Opbevar altid medicin utilgængeligt for børn. Gerne i et aflåst skab. Det gælder alt medicin. Både recept- og håndkøbsmedicin.