

Smerter

En sesjon på landsmøtet var til-egnet smerteproblematikk. En doktorand fra Karolinska institutet, en spesialist i endodonti og en odontologisk farmakolog belyste dette høyst aktuelle og kompliserte temaet.

Mange og komplekse mekanismer for smerte

Irène Lund fra Karolinska institutet i Stockholm ga et innblikk i smerteopplevelse og de komplekse mekanismene som er involvert. Det er slett ikke så enkelt at smertereseptorer, nociceptorer, gir en direkte oppfatning av smerte hos en person. Smerteopplevelsen er avhengig av en rekke kjemiske, anatomiske, fysiologiske og psykologiske faktorer.

Alle som sier at de har smerter har det vondt – det skal aldri trekkes i tvil. Men det er ulike komponenter i smerteopplevelsen: Den sensorisk-diskriminative smertekomponenten gjør at pasienten registrerer smerte som kan beskrives med styrke, lokalisasjon og varighet. Den affektiv-motiverende smertekomponenten involverer angst og uro i forbindelse med smerten. Det er kanskje denne komponenten som gjør at pasienten oppsøker helsetjenesten. Den kognitiv-evaluerende smertekomponenten er forbundet med tanker og forestillinger. Alle komponentene finnes hos alle personer, men med ulik fordeling.

Ulike inhibisjonsmekanismer beskytter mot stadige, normale impulser fra smertesensorene, men noen ganger kan systemet arbeide i utakt slik at smerteopplevelsen øker. Hyperalgesi er fenomenet at en person reagerer sterkere enn normalt på et smertestimulus. Allodyni betyr at personen reagerer på stimuli som ikke skal gi smerte, f.eks. lett berøring. Hos en allerede skadet pasient kommer smertereaksjon tidligere og sterkere, altså hyperalgesi. Med tiden får man en sentral sensitisering og reorganisering. Derfor er det viktig å behandle smerte i seg selv.



Spesialtannlege Atle Brynjulfsen fra Bergen presenterte en smertejournal som det var stor interesse for blant tilhørerne.

Den vanligste smertetyper er noci-ceptiv smerte der pasienten kan beskrive sted, styrke og varighet. Neurogen smerte forekommer i utbredelsesområdet til en nerve og kan utløses av ikke-skadelige stimuli. Kroniske smerter kan finnes overalt kroppen – hele kroppen er vond, og den psykogene smerten kan gjerne ikke lokaliseres i det hele tatt.

Behandling av smerte tar ofte utgangspunkt i denne inndelingen. Nociceptiv smerte kan behandles med smertestillende midler og kan også svare på f.eks. akupunktur og transkutan elektrisk nervestimulering (TENS). Den neuropatiske smerten er vanskeligere å behandle, men høyfrekvent TENS kan være aktuelt. Pasienter med kronisk smertesyndrom kan kanskje ha nytte av psykoterapi.

Irène Lund snakket mye om måling av smerte. Hun drøftet VAS (visuell-analog) skalaer og et nytt måleinstrument («Painmatcher») der pasienten kan angi smerteterskel, smertens styrke og maksimalt tolererbar smerte. Dette kan gi et objektivt mål for pasientens smerteopplevelse, som av natur har en stor subjektiv komponent.

Praktisk med smertejournal

Spesialtannlege Atle Brynjulfsen har arbeidet ved endodontiavdelingen i Bergen, blant annet med pasienter som var henvist for diffuse oro-faciale smerter. Noen av disse pasientene hadde fått utført omfattende og kostbar behandling uten at de ble kvitt smertene. Det kan føre til alvorlige klagesaker.

De aller fleste pasientene, kanskje 99 %, hadde noci-ceptiv smerte, altså at man kunne finne en årsak. Neurogen smerte som skyldes sentral eller perifer nerveskade, eller at inhibisjonssystemet svikter, er sjelden, men desto vanskeligere å finne ut av. Tannsmarter i form av neuropati og fantomsmerter er også sjelden, men forekommer muligens hos 1 % av pasientene etter f.eks. kirurgi.

Atle Brynjulfsen understreket at diagnosen er uhyre viktig: Man skal ikke starte behandling før diagnosen er klarlagt. Diagnostikk tar tid – er det en tann som er den direkte årsaken, og i så fall hvilken tann? Infraksjoner var ofte involvert i smertekasus og kunne være vanskelig å finne.

Til hjelp i utredningsarbeidet hadde medarbeidere ved endodontiavdelingen i Bergen utviklet en praktisk journal og

registreringsskjema for smertekasus. Denne journalen er beskrevet side 838 i dette heftet.

Verken myndighetene eller legemiddelindustrien tenker på tannlegene

Det har skjedd en fantastisk utvikling innen medikamentell smertebehandling, men i de siste 30 årene har industrien satset på alt annet enn odontologi, mente professor Lasse Skoglund fra fakultetet i Oslo. Det finnes avanserte midler på markedet, bl.a. sentralvirkende analgetika og ikke-steroid antiinflammatoriske midler. Cannabinoide stoffer er på full fart inn, men problemet er at de virker best på de som er avhengige. I tillegg skjer det mye når det gjelder ulike leveringsmåter, f.eks. smertepumper.

Lasse Skoglund hadde små illusjoner om at legemiddelindustrien ville satse på spesifikke odontologiske anvendel-

ser. Pengene som skal tjenes ligger ikke i tannlegenes forskrivning av smertestillende midler. Utviklingsarbeidet i industrien har i stor grad gått ut på å finne stoffer som etterligner egenskapene hos salisylater. Det er gjort mye innen antiinflammatoriske midler, f.eks. NSAIDer (non-steroidal anti-inflammatory drugs), inkludert COX2-hemmere (cyclooxygenase-2). COX2-hemmere er dyre, men man slipper å gjenta doseringen. På den andre siden ønsker man seg analgetika med korte halveringstider for akutte smerter. Den store satsningen innen smertestillende midler gjelder først og fremst kroniske smerter, i mindre grad akutte. Siden industrien ikke engasjerer seg i spesifikke odontologiske smertemidler, er det viktig å ha en odontologisk basert forskning innen farmakologi.

Antiinflammatoriske midler er en

blindvei, og vi bør satse på det gode, gamle, mente Lasse Skoglund. Midler som virker på sentralnervesystemet er velp prøvd, og ikke noe er så effektivt som opiat. Han hadde klare synspunkter på dette: Norske myndigheter har en misforstått frykt for å gjøre pasienter narkomane. Sannsynligheten for at det skal skje er mikroskopisk. I det medisinske systemet er det ingen som tar vare på tannlegene, og myndighetene ser ned på tannlegene som medikamentforskrivere, var Skoglunds påstand.

Vi ønsker oss nye stoffer eller leveringsmåter som vi kan gjøre noe interessant med. Etter Lasse Skoglunds mening var det enn så lenge snakk om gammel vin på nye, men kanskje smarte flasker.

Nils Roar Gjerdet

Tobakksforebygging – resultater fra en spørreundersøkelse blant tannleger

En tredel av befolkningen røyker daglig, det er tilsig av 30 ungdommer hver dag, røykerne forbraker 7 000 tonn tobakk til en verdi av 12 milliarder kroner per år, investerer 10% av våken tid på å røyke, og 7 500 dør årlig av 50 tobakksrelaterte sykdomstilstander. Dette fortalte forsker Karl Erik Lund, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i sitt foredrag på landsmøtet og la til: – Etter *relativt* lang tid med kunnskap om tobakkens skader og *relativt* stort informasjonsvolum, er *relativt* mange mennesker fortsatt villige til å bruke *relativt* mye penger på en aktivitet de har *relativt* stor sannsynlighet for å bli *relativt* syke av. Dette er situasjonen og bakgrunnen for at helsemyndighetene ønsker at helsepersonell skal bidra i det tobakksforebyggende arbeidet.

Helsekommunikasjonsteori viser at personer med lav sosioøkonomisk status responderer bedre på formidling av budskap ansikt til ansikt enn på massekommunikasjon. Derfor er det viktig at

helsepersonell tar opp spørsmål om tobakksbruk, og det er et stort forbedringspotensial blant leger, helsesøstre og jordmødre, viser tidligere undersøkelser. – De er motiverte og kjenner skadepanoramaet, men de er usikre på hvordan de skal intervensere, de har ikke fått opplæring, mangler tid, føler ubehag for å ta opp spørsmålet og frykter negative reaksjoner, forklarte Lund.

I februar 2002 ble det utført en spørreundersøkelse blant et utvalg på 1 500 tannleger og alle tannpleiere som er medlem av NTpF for å kartlegge i hvor stor grad tannhelsepersonell tar opp tobakksbruk med sine pasienter, hva som er barrierene for intervensjon og hvilke faktorer som forklarer variasjonen i intervensjon. I foredraget presenterte Karl Erik Lund resultatene av tannlegeundersøkelsen som hadde en respons på 68% etter purring.

Svarene viste at norske tannleger ligger langt under landsgjennomsnittet når det gjelder røykevaner. Blant kvinnene er det 3% som røyker daglig, 4%

ukentlig og 6% sjeldnere, til sammen 13%. Tilsvarende tall for mannlige tannleger er 8, 4 og 7%, til sammen 19%.

Mellom 80 og 87% av tannlegene spør voksne pasienter som har tobakksrelaterte skader/symptomer i munnhulen, om deres røykevaner. Unge tannleger spør litt oftere enn eldre og kvinner litt oftere enn menn. Men hvis pasienten ikke har skader eller symptomer, skjer det langt sjeldnere. Kvinnelige tannleger spør i 40% av konsultasjonene og mannlige i 25% om pasienten røyker mens tilsvarende spørsmål om snus blir stilt i 19% av konsultasjonen av kvinnene og 15% av mennene.

Ved første gangs konsultasjon spør kvinnelige tannleger om røykevaner i 69% og mannlige tannleger i 57% av tilfellene, og hvis det avdekkes at pasienten bruker tobakk, blir det som oftest notert i journalen.

Svarene blir langt mer negative når det dreier seg om bistand til å slutte