

Legemiddelbehandling av akutte korsryggssmerter

Akutte korsryggssmerter er vanlig og oftest av kort varighet. Ved behov for medikamentell behandling anbefales paracetamol eller ikke-steroid antiinflammatoriske midler. Bruk av muskelrelakserende medikamenter og opioider bør unngås pga. faren for bivirkninger.

Se også kunnskapsprøve på www.tidsskriftet.no/quiz | > Se også side 2

Tarjei Rygnestad

tarjei.rygnestad@ntnu.no

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser

St. Olavs hospital

7006 Trondheim

og

Institutt for laboratoriemedisin,

barne- og kvinnesykdommer

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Vanligvis definerer man akutte korsryggssmerter som smerter i korsrygg, nates og lår med en varighet på under tre måneder. Smertene kan være utstrålende. Det er varierende smerteintensitet, med bedring når pasienten er i ro. Pasientene er oftest i god allmenntilstand. Prognosen er god.

Materiale og metode

Denne artikkelen gir en kort oversikt over aktuelle legemidler mot akutte korsryggssmerter. Fremstillingen er basert på en gjennomgang av aktuell litteratur, særlig systematiske oversiktsartikler, fremskaffet ved et ikke-systematisk søk i Medline og på forfatterens kliniske og vitenskapelige erfaring.

Forekomst og prognose

I henhold til nasjonale kliniske retningslinjer har halvparten av befolkningen i Norge hatt ryggssmerter i løpet av det siste året, og omtrent 15 % har til enhver tid slike plager. Ryggssmerter er den vanligste årsaken til sykmelding (1–3). Det er funnet at en tredel av pasientene med akutte korsryggssmerter blir bra etter én uke, to tredeler etter to uker, 90 % etter seks uker og 95 % etter tre måneder (3). Omtrent 40 % får tilbakefall i løpet av de seks påfølgende månedene, men denne andelen varierer mye i ulike studier.

De vanligste årsakene er smerter fra muskler eller ligamenter. Smertene kan også komme fra fasettledd, prolaps, annen skade i en mellomvirvelskive eller trang nerverotkanal. Årsaken er sjelden infeksjon, tumor eller blødning og svært sjelden alvorlig

grunnsykdom. Årsakene varierer i ulike aldersgrupper. Prolaps er vanligst i 20–50-årsalderen, mens forekomsten av degenerative lidelser øker med økende alder (2, 3).

Behandling

Omtrent 75 % av dem som får akutte korsryggssmerter, søker ikke lege, men behandler seg selv på ulike måter. De som oppsøker lege, får som regel forskrevet medikamenter. I en allmennlegepraksis fikk 80 % av pasientene med korsryggssmerter medikamentell behandling, og flere enn hver tredje fikk mer enn ett medikament (4). Det vanligste var behandling med paracetamol, ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater), muskelrelakserende medikamenter og opioider. Mindre vanlig var det med forskrivning av benzodiazepiner, kortikosteroider, antidepressiver og antiepileptika. Likevel kan det diskuteres om farmakologisk (og ikke-farmakologisk) behandling har effekt ved slike smerter (5, 6). Før man eventuelt starter behandling må man ekskludere tilstander som krever rask kirurgisk intervensjon, slik som cauda equina-syndrom, akutte pareser eller paralyse og urinretensjon.

Et legemiddels effekt kan angis ved å måle det antall pasienter som må behandles for at én skal oppnå en definert individuell effekt (number needed to treat; NNT). Dette er gjort ved bl.a. moderat sterke til sterke smerter postoperativt. Ved akutte korsryggssmerter er det brukt ulike effektmål. I noen studier har man registrert antall pasienter med minst 50 % eller 30 % smertelindring; i andre studier er effektmål ikke anført. Dette gjør at det kan være vanskelig å angi NNT for de enkelte legemidlene. Forekomsten av bivirkninger er oftest dårlig beskrevet.

Medikamentell behandling

Det finnes ingen gode randomiserte studier som viser at paracetamol har bedre effekt enn placebo ved akutte korsryggssmerter. I to små studier, omtalt i systematiske oversiktsartikler, ga paracetamol i dosen 4 g daglig samme smertelindring som NSAID-pre-

parater (7), mens 3 g daglig ikke var bedre enn ingen behandling (8). I en studie hadde varme omslag bedre smertestillende effekt enn både ibuprofen og paracetamol (9).

Mye tyder på at paracetamol ofte underdoseres, både i studier og i klinisk praksis, inkludert ved bruk som håndkjøpspreparat. Paracetamol skal doseres med 20 mg/kg som startdose, deretter 15 mg × 3–4, men kan ved akutte smerter initialt doseres opp til 90 mg/kg/døgn i en kort periode. Etter 2–3 dager bør dosen redusere til 60–75 mg/kg/døgn. Dette vil for en person på over 75 kg bety en startdose på 1,5–2,0 g, deretter 1,0–1,5 g × 3–4 de første tre dagene, etterfulgt av 1,0 g × 3–4.

Paracetamol skal ikke brukes ved allergi mot virkestoffet eller ved akutt hepatitt. Personer med kroniske leverlidelser kan bruke paracetamol i terapeutiske doser (10).

NSAID-preparater har en statistisk signifikant, men moderat smertestillende effekt på akutte, uspesifikke korsryggssmerter sammenliknet med placebo (9). Det er ikke dokumentert effekt der smertene stråler ned i leggen (isjias). Den smertestillende effekten er ikke sikkert dokumentert å være vesentlig bedre enn effekten av paracetamol, opioider eller muskelrelakserende medikamenter. NSAID-preparater kan kombineres med paracetamol, men det er ikke vist at dette har signifikant bedre effekt enn NSAID-preparater alene (8, 9). Sammenliknet med NSAID-preparater er bivirkningene mest uttalte for opioider og muskelrelakserende medikamenter, minst ved bruk av paracetamol (eller placebo) (9).

Det er ikke forskjell på effekten av ulike NSAID-preparater i ekvipotente doser (9). De har bedre effekt enn sengeleie alene, og sengeleie anbefales generelt ikke. Preparatene

Hovedbudskap

- Akutte korsryggssmerter er vanlig og går som regel over av seg selv i løpet av 4–6 uker
- Ved behov for medikamentell behandling anbefales paracetamol eller ikke-steroid antiinflammatoriske midler
- Muskelrelakserende legemidler bør ikke brukes pga. faren for bivirkninger og tilvenning
- Fysisk aktivitet bør opprettholdes så langt pasienten klarer

synes å ha tilsvarende smertestillende effekt som varme omslag og kiropraktorbehandling. De skal brukes med forsiktighet hos eldre.

Opioider, dvs. morfin og morfinliknende medikamenter, brukes enkelte ganger ved akutte korsryggssmerter, spesielt kombinasjonspreparater med kodein og paracetamol. Man har likevel ikke funnet dokumentert forskjell mellom opioider og NSAID-preparater. Forekomsten av plagsomme bivirkninger, vanligst sedasjon og forstoppelse, blir rapportert av så mange som 85 % av opioidbrukerne, som er signifikant hyppigere enn ved bruk av andre medikamenter (9). Opioider må ikke kombineres med bilkjøring.

Bruk av antidepressive midler og antipsykotika er ikke uvanlig ved akutte korsryggssmerter, til tross for det ikke finnes dokumentert effekt av disse på smerter eller sykdomsforløp. Disse medikamentene kan ha en til dels betydelig enzymhemmende effekt, blant annet på CYP2D6-enzymet, som er ansvarlig for omdanningen av det relativt inaktive medikamentet kodein til den aktive metabolitten morfin. Effekten av kodein blir derfor mindre, eventuelt borte.

Muskelrelaxerende medikamenter, slik som karisprodol, benzodiazepiner, baklofen og orfenadrin, er vist å ha god smertestillende effekt sammenliknet med placebo. Det er ikke vist forskjell i effekt mellom de ulike medikamentene i denne gruppen (11). Den smertestillende effekten av NSAID-preparater kombinert med muskelrelaxerende legemidler er ikke bedre enn for NSAID-preparater alene (8). Bivirkningene er imidlertid signifikant hyppigere ved bruk av muskelrelaxerende midler enn for paracetamol og NSAID-preparater alene. Dette gjelder særlig bivirkninger fra sentralnervesystemet, slik som sedasjon, somnolens og konsentrasjonsvansker. I tillegg er faren for tilvenning til dels betydelig. Muskelrelaxerende medikamenter skal derfor brukes med forsiktighet og kun over kort tid. De må ikke kombineres med bilkjøring. Karisprodol og orfenadrin er avregistrert i Norge pga. høy toksisitet.

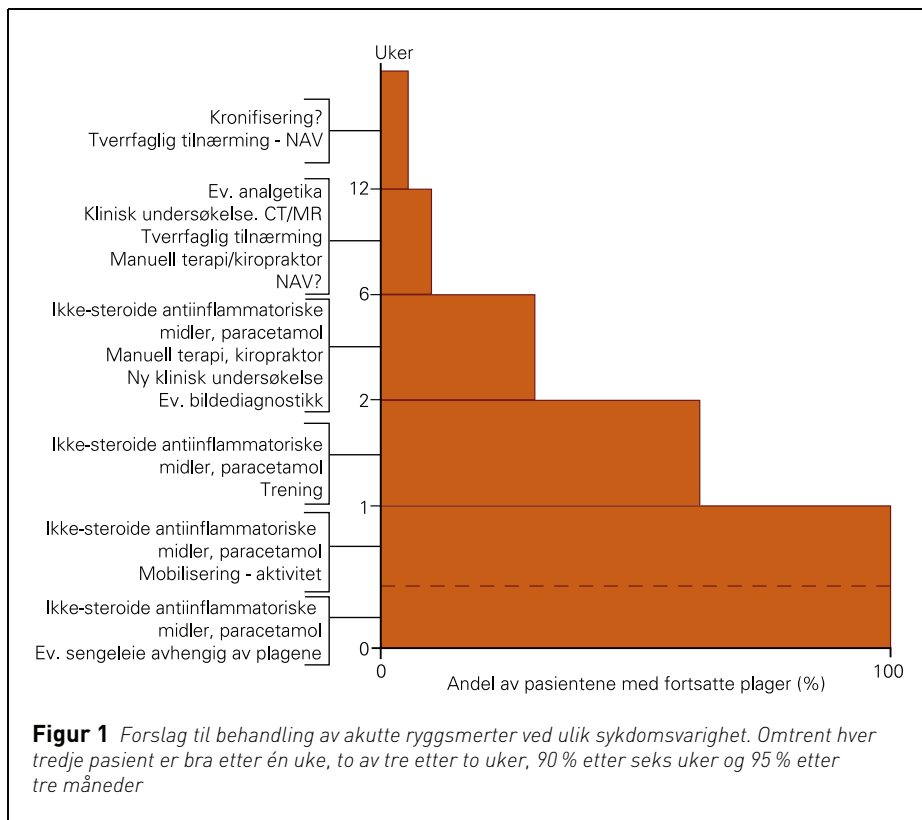
Det er ikke funnet studier som viser bedre effekt av antidepressive legemidler, anti-epileptika, antipsykotika, kortikosteroider, klonidin, ketamin, kapsaicin og andre legemidler enn av placebo eller andre medikamenter. Mange av disse legemidlene er beheftet med til dels svært plagsomme bivirkninger.

Dersom man velger å gi medikamenter mot akutte korsryggssmerter, bør midlene tas fast og ikke ved behov de første dagene. Da vil blodkonsentrasjonen ikke variere for mye, dermed blir effekten jevnere.

Det er ikke vist at medikamentell behandling forkorter sykdomsperioden ved akutte ryggssmerter eller gir et annet og bedre forløp enn ingen behandling (8).

Ikke-medikamentell behandling

Det er vist at varme omslag og kiropraktorbehandling har effekt sammenliknet med annen behandling. I én studie var effekten



Figur 1 Forslag til behandling av akutte ryggssmerter ved ulik sykdomsvarighet. Omtrent hver tredje pasient er bra etter én uke, to av tre etter to uker, 90 % etter seks uker og 95 % etter tre måneder

moderat og dårligere enn for medikamentell behandling (12), mens en relativt ny studie har vist at verken NSAID-preparater og/eller ryggmanipulasjon var bedre enn placebo eller paracetamol (6).

Det er ikke dokumentert effekt av akupunktur, fysioterapi, kognitiv terapi eller alternativ behandling. Ryggskole er vist å ha effekt på kroniske korsryggssmerter, men ikke på akutte. Ved akutte korsryggssmerter er det tilstrekkelig med generelle råd om å opprettholde fysisk aktivitet innen smertegrensen (8, 13).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no [21.7.2009].
2. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine (Phila Pa 1976) 1987; 12: 632–44.
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001; 344: 363–70.
4. Cherkin DC, Wheeler KJ, Barlow W et al. Medication use for low back pain in primary care. Spine (Phila Pa 1976) 1998; 23: 607–14.
5. Deyo RA. Drug therapy for back pain. Which drugs help which patients? Spine (Phila Pa 1976) 1996; 21: 2840–9, discussion 2849–50.
6. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 1638–43.
7. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. Eur Spine J 2008; 17: 1423–30.
8. Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of

- Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med 2007; 147: 505–14.
9. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. Spine (Phila Pa 1976) 2008; 33: 1766–74.
10. Rumack BH. Acetaminophen hepatotoxicity: the first 35 years. J Toxicol Clin Toxicol 2002; 40: 3–20.
11. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD et al. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. Spine (Phila Pa 1976) 2003; 28: 1978–92.
12. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med 2007; 147: 492–504.
13. Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. Man Ther 2007; 12: 310–27.

Manuskriptet ble mottatt 13.9. 2009 og godkjent 16.9. 2010. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.