

# Smärta hos vuxna med ryggmärgsbråck

*Patrik Ugge*, överläkare, Neuro- och Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Evidens vad gäller smärta och behandling av vuxna med MMC är bristfällig. Förekomst av smärta rapporteras hos mellan 28 och 90 procent.

En skada i nervsystemet där känseln är förändrad/nedsatt innebär att smärtans ursprungliga funktion som larmsystem för att skydda, varna vid pågående vävnadsskada är satt ur spel. Detta bör beaktas i all kontakt med patienter med ryggmärgsbråck. Personens beskrivning av känselupplevelsen påverkas av att känselförmågan alltid varit annorlunda.

Tänk utanför boxen! En femurfraktur kan t ex misstolkas som en inflammation, då patienten inte känner någon smärta.

Vid användning av manuell rullstol och vid annan förflyttning med hjälp av armstyrka utsätts nacke och axlar för ökad belastning. Nociceptiv smärtproblematik från dessa områden och tidig artrosutveckling är därför vanligare än hos övriga befolkningen. Nedsatt bålbalans och skolios ökar förmodligen belastningen ytterligare. Felställning i framförallt höfter, men även i andra leder kan i vuxen ålder öka risken för att drabbas av långvarig smärta.

Nyttillkommen smärta som kan misstänkas vara neuropatisk och försämrad sensibilitet kan vara tecken på fjättrad ryggmärgssyndrom.

Shunt dysfunktion kan ge både förhöjt intrakraniellt tryck och syringomyeli som kan ge smärta. Huvudvärk kan vara enda symptom av en tryckökning. Observera att spänningshuvudvärk är mycket vanlig i denna patientgrupp p.g.a. den långvariga överbelastningen av nacke/axlar.

## Utredning

Personer med ryggmärgsbråck har oftast svårt att berätta fritt. Konkreta frågor behövs.

*Fråga alltid:*

- Brukar du ha ont?
- Var gör det ont?
- Hur länge har det känts så?
- I vilka situationer kommer smärtan?
- Hur påverkar smärtan din vardag?

*Undersökning* av rörelseapparaten är alltid nödvändig för att kunna värdera smärtor. Sensorik vad gäller beröring, värme kyla och stick prövas i smärtande område, (pensel , kall o varm metallrulle samt nål). En hyper- eller hyposensibilitet av minst 2 kvaliteter skall föreligga vid neuropatisk smärta. Bedömningen kompliceras om en förändrad känsel föreligger sedan

födelsen. Jämför aktuell situation med tidigare svar på frågor i MMCUP 3.1 fysioterapi och 7.2 liten genomgång.

### Prevention

Regelbunden uppföljning hos fysioterapeut rekommenderas för att tidigt upptäcka och förebygga smärtor p.g.a. överbelastning av rörelseorganen. Användning av gånghjälpmedel samt elrullstol vid längre transporter kan vara ett förebyggande alternativ. Detta gäller även personer som går med stöd.

### Behandling

*Fysioterapi* är förstahandsbehandling vid långvarig smärta. Viktigt att tänka på är att användning av TENS är kontraindicerad på känselstörda områden – kan provocera istället för att lindra smärtan.

*Kognitiv beteendeterapi* har god evidens vid långvarig smärta, men studier och klinisk erfarenhet avseende personer med ryggmärgsbräck saknas.

*Smärtrehabiliteringsprogram i grupp* Konklusiva resultat avseende patienter med ryggmärgsbräck saknas.

**Farmakologisk behandling.** Välj läkemedel utifrån om smärtan bedöms vara nociceptiv eller neurogen. Viktigt att göra en cost/benefit-analys av varje farmakologisk åtgärd. Beakta förväntad behandlingstid.

### Nociceptiv smärta

- NSAID är förstahandsval vid en inflammatorisk utlöst smärta.
- Behandling med NSAID påverkar koagulationssystemet. Långtidsbehandling innebär en ökad risk för tromboser för en stillasittande patient.
- Paracetamol kan prövas och är relativt ofarligt om det ej överdoseras.
- Morfinpreparat fungerar, men rekommenderas inte vid långtidsbehandling pga toleransutveckling. Det är viktigt att tidsbegränsad användning ej utesluts, då dessa medel är överlägset effektivast vid nociceptiv smärta.

### Neuropatisk smärta

- Om smärtan bedöms neuropatisk har NSAID eller Paracetamol ingen effekt.
- Gabapentinoider: Gabapentin och Pregabalin. Behandling innebär en stående medicinering. Lägsta effektiva dygns dos av Gabapentin är 1200 mg (400 mg x 3) Pregabalin 150 mg (75 mg x 2). Gabapentin kan vara sömnstörande

### Neuropatisk smärta (forts)

- NSRI-preparat
  - Duloxetin ger effekt hos ungefär 70% bör ges två gånger dagligen, kan kombineras med Gabapentinonider.
  - Venlafaxin har prövats och kan ge effekt.
- Tricykliska antidepressiva
  - Mest studerat är Amitryptilin vilket har använt sedan 60-talet och fungerar hos c:a 30% med neuropatisk smärta i doser 50-75 mg/dygn
  - 10 mg Amitryptilin på kvällen kan förbättra sömnen.
- Opioider
  - Vissa opioider har effekt på neuropatisk smärta. ( Metadon, Oxikodon, Tramadol, Tapentadol)
  - Beakta dock att dessa preparat får sämre effekt vid långvarig behandling (dostoleransutveckling) och risk finns för en beroendeproblematik, samt opioidrelaterad förstoppning.

*Kom ihåg:* Vid utprovning av läkemedel mot neuropatisk smärta är en långsam dositering under en- två veckor att rekommendera för att minska biverkningar och öka acceptansen. Förväntad effekt uppkommer ej innan lägsta effektiva dos uppnåtts. Testa ett preparat i taget och utvärdera.

### Rekommendationer

- Fråga om smärtor vid varje besök och gör en noggrann smärtanalys om smärtan är nociceptiv eller neuropatisk.
- Undersök ”hands on”.
- Sätt in behandling även i väntan på utredning och ev. operativ åtgärd.
- Var frikostig med utredning, bildiagnostik (MRT hjärna-spinalkanal) och med att konsultera specialist eftersom smärttillstånd vid ryggmärgsbräck är svårvärderade.

## Referenser

- Miró, Jordi, et al. "Defining mild, moderate, and severe pain in young people with physical disabilities." *Disability and rehabilitation* 39.11 (2017): 1131-1135.
- Adigo, Amégninou Mawuko Yao, et al. "Can atlas spina bifida-occulta be a cause of cervicogenic headaches?." *SpringerPlus* 4.1 (2015): 605.
- Kanda, Shotaro, et al. "An unusual presentation of adult tethered cord syndrome associated with severe chest and upper back pain." *Case reports in orthopedics* 2015 (2015).
- Robbins, J. Will, et al. "Perineal pain secondary to tethered cord syndrome: retrospective review of single institution experience." *Child's Nervous System* 31.11 (2015): 2141-2144.
- Wagner, Robert, et al. "Perception of secondary conditions in adults with spina bifida and impact on daily life." *Disability and health journal* 8.4 (2015): 492-498.
- Ferrero, G., et al. "Risk factors for shoulder pain in patients with spinal cord injury: a multicenter study." *Musculoskeletal surgery* 99.1 (2015): 53-56.
- Garg, Kanwaljeet, et al. "Management of adult tethered cord syndrome: our experience and review of literature." *Neurology India* 62.2 (2014): 137.
- Crytzer, Theresa M., Brad E. Dicianno, and Roohi Kapoor. "Physical activity, exercise, and health-related measures of fitness in adults with spina bifida: a review of the literature." *PM&R* 5.12 (2013): 1051-1062.
- Werhagen, L., et al. "Medical complication in adults with spina bifida." *Clinical neurology and neurosurgery* 115.8 (2013): 1226-1229.
- Werhagen, Lars, Claes Hultling, and Kristian Borg. "Pain, especially neuropathic pain, in adults with spina bifida, and its relation to age, neurological level, completeness, gender and hydrocephalus." *Journal of rehabilitation medicine* 42.4 (2010): 374-376.
- Yildirim, Necmiye Un, Esra Comert, and Nuriye Ozengin. "Shoulder pain: a comparison of wheelchair basketball players with trunk control and without trunk control." *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation* 23.2 (2010): 55-61.
- Hansson, "Antidepressiva, antiepileptika och opioider kan lindra." *Läkartidningen* 2008-09-23 nr 39.  
<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=10347>