

Smärta och inflammation

NSAID

NSAID-rekommendationer i baslistan 2021 skiljer sig inte på något sätt från 2020 då det inte händer så mycket inom det området. En kort påminnelse om att all smärtbehandling bör vara individanpassad, starta med lägsta effektiva dos under en begränsad period och utgå från tänkbara smärtmekanismer. SBU's genomgångar och stora metaanalyser bekräftar den klena effekten hos många smärthämmande mediciner vid långvarig smärta, vid de vanligaste smärttillstånden, särskilt hos den äldre patientgruppen. Därför är det viktigt att tänka till en extra gång på vilket preparat

som förskrivs för att biverkningarna inte ska överstiga nyttan med behandlingen. Samtidigt är det av stor vikt att behandla akut smärta snabbt och adekvat för att förhindra utveckling av långvarig svårbehandlad smärta.

NSAID till gravida

Värt att påminna om aktuella rekommendationer gällande användning av NSAID under graviditet och amning när sådan behandling är nödvändig, särskilt till patienter med inflammatoriska ledsjukdomar. Kontinuerlig behandling med icke-selektiva NSAID under graviditet bör om möjligt undvikas men



kan vid behov, och med lägsta möjliga dygnsdos, ges fram till trimester 3 (det vill säga t.o.m graviditetsvecka 28). Välj preparat med kort halveringstid såsom ibuprofen i icke depå-beredning. Kontinuerlig behandling bör ske i samråd med obstetriker så att fosterövervakning planeras för kontroll av eventuell oligo- hydramnios och för tidig slutning av ductus arteriosus. NSAID kan påverka implantation. Vid upprepade missfall och infertilitet seponera därför NSAID. Data för selektiva COX-2 hämmare under graviditet är otillräckliga varför behandling bör undvikas.

Naproxen förstahandsval

Naproxen är fortfarande förstahandsvalet inom COX1-gruppen. Detta tack vare en neutral kardiovaskulär biverkningsprofil och att den är mer miljövänlig än diklofenak. Diklofenak-föreskrivningen bör upphöra av patientsäkerhets- och miljökäl. COX2-hämmaren etoricoxib (Arcoxia) är att föredra för patientgruppen med nociceptiv inflammatorisk smärta och tidigare ulcusanamnes eller vid magtarmsbesvär och samtidigt behov av långvarig användning i kombination med kortison och ASA-preparat. Var god se Fass.se gällande dosering av etoricoxib vid artros, artrit och gikt. Effekten av topikala NSAID-beredningar (geler) är liten men ger få biverkningar och nästan all substans spolats ut med duschvattnet. Särskilt skadligt för naturen är diklofenak (Voltaren-gel) och vi bör av flera skäl i alla sammanhang avråda våra patienter från att använda sådan gel. För den som av någon anledning ändå vill använda NSAID-gel istället för tablett finns det ibuprofen gel (Ipren gel) som är ett mer miljövänligt alternativ.

Gikt

Vid akut giktbehandling rekommenderas NSAID, kolkicin eller prednisolon. Valet avgörs av eventuell komorbiditet eller kontraindikationer. Tyvärr har vi under hösten 2020 och vintern 2021 fått en restsituation för Colrefuz 500 mikrogram (Kolkicin). Dispens är beviljad för försäljning av utländsk förpackning avsedd för den danska marknaden. Dispensen gäller längst till och med 2021-03-31. Patentet på Colrefuz har gått ut och därför finns generiska alternativ som i skrivande stund inte marknadsförs i Sverige. Kolkicin APL kapsel 0,25 mg finns i Cosmic under icke godkänt läkemedel, kan förskrivas istället för Colrefuz (2 kapslar 0,25 mg motsvarar 1 tablett 500 mikrogram). Om behovet inte kan tillgodosas av läkemedel godkända i Sverige finns möjlighet

att ansöka om licens för läkemedel godkänt i annat land.

Vid profylaktisk giktbehandling rekommenderas allopurinol i första hand. Dostitrering och optimering av allopurinoldosen för att uppnå behandlingsmål av s-urat <360 µmol/L är tyvärr fortfarande en utmaning särskilt hos patienter med nedsatt njurfunktion. Ofta krävs högre doser (300–600 mg/dag) för att uppnå behandlingsmål av s-urat <360 µmol/L eller vid tofös gikt <300 µmol/L. Starta alltid med allopurinol 100 mg x 1 och höj dosen successivt var 3:e-4:e vecka med 100 mg. Ge aldrig mer än 300 mg vid samma dostillfälle. Högre doser fördelas till 300 mg x 2 eller som max x 3. Tveka inte att starta allopurinol även vid nedsatt njurfunktion, börja dock med allopurinol ½ tablett (50 mg/d) vid eGFR <30 ml/min eller ½ tablett varannan dag vid eGFR <20 ml/min. Efter ca 6–8 veckor kan dosen stegvis höjas tills behandlingsmålet uppnås. Överväg insättning av uratsänkande behandling redan vid första attacken under skydd av kolkicin och/eller prednisolon (profylax upp till 6 mån) hos högriskpatienter som med stor sannolikhet kommer att få fler giktanfall. Högriskpatient är den som får första giktattacken vid ålder <40 år, uratnivå >480 µmol/L, förekomst av tofi, skelettpåverkan/leddestruktion på röntgen, multipelt ledengagemang, uratnjursten, komorbiditet som njursvikt, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom eller hjärtsvikt. Vid intolerans eller kontraindikation för allopurinol finns febuxostat (Adenuric). Båda är xantinoxidashämmare. Adenuric är subventionerad som andrahandsval vid profylaktisk giktbehandling. Till skillnad från allopurinol är behovet av dostitrering obefintligt med Adenuric. Effektiv start och underhållsdos är 80 mg x 1. Nya studier visar ingen ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid användning av febuxostat. Dosjustering kan övervägas vid eventuella biverkningar eller om behandlingsmålet uppnås redan på 40 mg febuxostat, dvs ½ tablett x 1 (godkänd dos i USA i form av Uloric är 40 mg eller som max 80 mg). Om målnivån för s-urat inte uppnås på xantinoxidashämmare (allopurinol eller febuxostat) i monoterapi trots dosoptimering eller högsta tolererade dos, bör kombinationsbehandling med probenecid prövas om eGFR >30 ml/min.

Expertgrupp smärta och inflammation

Milad Rizk

milad.rizk@regionvastmanland.se



Grunden för lyckad giktbehandling är sänkningen av s-urat, på alla möjliga sätt, för att uppnå behandlingsmål s-urat <360 µmol/L eller vid tofös gikt <300 µmol/L.

Användning av opioider

Det görs framsteg inom området smärta och långvarig smärta men det är inte inom utvecklingen av läkemedel som framstegen görs utan inom området hur vi bör använda dem. Det förtjänar att upprepas.

Bifogar nedan utdrag av det Statement som IASP (International Association for the Study of Pain) tagit fram och som vilar på evidens och beprövad erfarenhet från världen över.

Opioider ska användas när det behövs för akut bruk men kontinuerlig långvarig behandling av långvarig smärta är ingen god idé, så kan budskapet sammanfattas.

-IASP strongly advocates for access to opioids for the humane treatment of severe short-lived pain, using reasonable precautions to avoid misuse, diversion, and other adverse outcomes. At the same time, IASP recommends caution when prescribing opioids for chronic pain. There may be a role for medium-term, low-dose opioid therapy in carefully selected patients with chronic pain who can be managed in a monitored setting. However, with continuous longer-term use, tolerance, dependence, and other neuroadaptations compromise both efficacy and safety. Chronic pain treatment strategies that focus on improving the quality of life, especially those integrating behavioral and physical treatments, are preferred. IASP also strongly advocates for continued research to identify ways to minimize opioid risk and find effective alternatives to opioids for the treatment of various pain problems.

Vi är alltså på rätt väg i Regionen där instruktioner nu finns som kan vägleda till bättre handhavande av dessa läkemedel och framförallt så arbetar vi med implementering av kunskapen. Västmanlands modell har nu inspirerat flera regioner att göra liknande åtgärder. I region Kalmar har vi under året haft tre seminarier med 150 deltagare per gång, innan Corona fysiska möten, och sedan digitalt.

Närmast planerar vi att lansera mallar för korttidsanvändning av morfin i låg dos. Ett annat förslag är att giltighetstiden för opioidrecept, men även recept på andra beroendeframkallande läkemedel, begränsas.

Vi har länge rekommenderat morfin som första opioidval, liksom övriga läkemedelskommittéer i Sverige, men den rekommendationen har dessvärre mycket bristande följsamhet. Att använda morfin gör det tydligare att det är morfin som skrivs ut, det är möjligt att ge lägre doser och man slipper räkna morfinekvivalenta doser, inte minst vid nedtrappning och utsättning. Det har inte alltid varit tydligt att oxikodon 10 mg motsvarar 20 mg morfin vilket ofta ger höga startdoser. Tyvärr dominerar oxikodonpreparaten i praktiken men ambitionen är att ändra på det. Käppar i hjulet för strategin har framförallt varit leveranssvårigheterna av depotpreparat av morfin, men sannolikt även marknadsföring. Vi hoppas leveransfrågor ska kunna lösas under nästa år och vi för dialog med läkemedelsbolag i frågan liksom att få morfin i lägre dos och i små förpackningar.

Tillsammans behöver vi alltså ta ytterligare steg mot en förnuftigare användning av dessa läkemedel, helt i linje med internationella rekommendationer. Det hänger i slutänden på förskrivande läkare hur framgångsrika dessa steg blir.

Expertgrupp Smärta och inflammation

Mats Rothman

mats.rothman@regionvastmanland.se

Länkar:

[IASP Statement on Opioids](#)

Opioider ska användas när det behövs för akut bruk men kontinuerlig långvarig behandling av långvarig smärta är ingen god idé.