

## Farmakologisk behandling af akutte smertetilstande i bevægeapparatet

Marie Lund<sup>1</sup>, Gitte Krogh Madsen<sup>2</sup>, Jens Gram-Hansen<sup>3</sup> og Mogens Pfeiffer-Jensen<sup>4</sup>

Her under opsummeringer fra ovennævnte artikel.

**Tabel 2** Opsummering af præparatvalg for de orale formuleringer af NSAID i henhold til risikofaktorer for gastrointestinal blødning og hjerte-kar-sygdom [1].

Patientens risiko <sup>a</sup>		Behandlingsvarighed
GI risiko	CV risiko	0-14 dage
Lav	Lav	Ibuprofen ≤ 1.800 mg per døgn Naproxen ≤ 1.000 mg per døgn Diclofenac ≤ 200 mg per døgn Celecoxib ≤ 400 mg per døgn
Høj	Lav	Diclofenac ≤ 200 mg per døgn Celecoxib ≤ 400 mg per døgn
Lav	Høj	Ibuprofen ≤ 1.200 mg per døgn Naproxen ≤ 500 mg per døgn
Høj	Høj	Undgå orale NSAID om muligt Alternativt: - topikale NSAID - oral NSAID i lavest mulige dosis, kortest mulige varighed og med samtidig ordination af relevant forebyggende behandling i forhold til GI-bivirkninger

CV = kardiovaskulær, GI = gastrointestinal.

a) Der er ikke i ovenstående taget udgangspunkt i en specifik risikostratificeringsalgoritme. Risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom er eksempelvis arteriel hypertension, hyperlipidæmi, diabetes eller tobaksrygning [12]. Risikofaktorer for ulcuskomplikaion ved NSAID-behandling er fx alder (specielt > 60 år), tidligere ulcus, tidligere ulcusblødning/-perforation, dyspepsi, anden systemsygdom (herunder særligt diabetes og hjerte-kar-sygdom) og anden samtidig behandling (selektive serotoningenoptagelseshæmmere [SSRI], trombocyttaggregationshæmmere, AK-behandling, systemisk glukokortikoid) [27].

### Opsummering

- Farmakologisk smertebehandling er symptomatisk og bør altid være suppleret af information og non-farmakologisk behandling.
- Ved indikation for farmakologisk smertebehandling:
  1. Valg: tbl. paracetamol, 1 g × 4 daglig, generelt ringe dokumentation for effekt, men kan forsøges pga. få bivirkninger hos ikke-risikopatienter\*.
  2. Valg: NSAID (fx topikal eller tbl. ibuprofen 400 mg × 3 daglig\*\*), velegnet særligt til de akutte smertetilstande med inflammatorisk komponent, brug lavest mulige dosis i kortest mulige varighed pga. risiko for bivirkninger.
  3. Ved utilstrækkelig effekt af paracetamol og/eller NSAID og stærke smerter kan suppleres med et opioid (fx tbl. morphin), kræver tæt opfølgning og er forbeholdt en lille gruppe patienter.

\* Med risikopatienter menes fx patienter med dårlig ernæringstilstand, skadeligt alkoholforbrug og leverfunktionspåvirkning [1].

\*\* Vurdering af gavnlige vs. skadelige virkninger for den enkelte patient (hjerte-kar-sygdom, tidligere ulcus og risikofaktorer for GI-blødning, nyrefunktion m.m.), evt. suppleret med protonpump hæmmer.

## Farmakologisk behandling af akutte smertetilstande i bevægeapparatet

Marie Lund<sup>1</sup>, Gitte Krogh Madsen<sup>2</sup>, Jens Gram-Hansen<sup>3</sup> og Mogens Pfeiffer-Jensen<sup>4</sup>

1) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, og Center for Evidens, Uddannelse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen

2) Roskilde Lægehus

3) Praksisvikar og Praksiskonsulent, Silkeborg

4) Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Rigshospitalet – Glostrup

Denne artikel giver et overblik over farmakologisk smertebehandling af akutte muskuloskeletale smertetilstande i almen praksis med fokus på nyeste viden om effekt og bivirkninger.

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/rationel-farmakoterapi-8-2020/farmakologisk-behandling-af-akutte-smertetilstande-i-bevaegeapparatet>