

Retningslinjer for akutte korsryggssmerter

Even Lærum omtaler i Tidsskriftet nr. 8/2002 (1) de nylig publiserte retningslinjer for håndtering av akutte korsryggssmerter (2). Vi vil komme med følgende bemerkninger til disse retningslinjene:

Muskelrelaksantia (Somadril er det eneste vi kan finne i Felleskatalogen) har etter vårt syn ingen plass i behandlingen av akutte, subakutte eller kroniske rygg- eller isjiasmerter. Vår erfaring er at pasientene ikke rapporterer effekt, og i tillegg gir det tilvenning og virker som et kronifiseringmedikament.

Det samme kan sies om paracetamol kombinert med opioid (Paralgin forte eller Pinex forte), med unntak for noen dagers bruk ved helt akutte sterke smerter.

Ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAID-preparater) har dokumentert effekt ved nociseptiv smerte, for eksempel postoperative smerter. Det er vår erfaring at indometacin eller diklofenak har god effekt sammen med andre preparater (se nedenfor) ved isjias. Det er videre vår erfaring at NSAID-preparater har god effekt ved akutt ryggkink, ev. kombinert med paracetamol. Det er få artikler som omhandler effekten av NSAID-preparater ved ryggplager og isjias, og vi tillater oss her å stille spørsmål ved anbefalingen fra Norsk Ryggnettverk (2). Er effekten av paracetamol evaluert i kliniske studier?

Kombinasjonsbehandling ved akutte korsryggssmerter er etter vår mening 1 g paracetamol sammen med en middels dose NSAID-preparater tre ganger daglig. Ved isjias vil indometacin 150 mg kombinert med paracetamol 1 g \times 3 og levomepromazin 5–20 mg (Nozinan) om kvelden ha effekt, eventuelt kombinert med opioidpreparater (Paralgin forte, Pinex forte) eller tramadol i noen få dager.

Retningslinjene fra Norsk Ryggnettverk (2) bidrar dessverre ikke til å fjerne kronifiseringsmedikamentene Paralgin forte, Pinex forte og Somadril. De verdsetter ikke plassen til NSAID-preparater som medhjelpere i plagereduksjonen og evaluerer ikke levomepromazin som et adjuvans uten tilvenningsfare.

Porsgrunn

*Gunnar Oland
Odd Skjelbred
Øystein Vik
Monika Karlsen*

Litteratur

1. Lærum E. Retningslinjer for akutte korsryggssmerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 832.
2. Nasjonalt Ryggnettverk. Akutte korsryggssmerter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. www.ryggnett.no (10.4.2002).

E. Lærum & E.L. Werner svarer:

Vi takker fagmiljøet ved sykehuset i Telemark for kommentarene til de tverrfaglige kliniske retningslinjene for akutte korsryggssmerter som nylig er utgitt. Det er ønskelig at retningslinjene blir diskutert i fagmiljøene og vurdert opp mot den kliniske praksis. Bevisstgjøring og refleksjon omkring egen klinisk praksis vurdert i lys av dokumentert kunnskap vil kunne bedre behandlingen av en heterogen pasientgruppe.

I innlegget kommenteres anbefalingene for den medikamentelle behandling av akutte korsryggssmerter. Disse anbefalingene er fullt ut i tråd med alle internasjonale retningslinjer og baserer seg på dokumentasjonsgrunnlaget for hele dokumentet.

Det er f.eks. dokumentert at muskelrelaksantia (Somadril) har god analgetisk effekt, sammenliknet med både placebo og andre analgetika. Tilsvarende gjelder for kombinasjonspreparater. Mange leger erfarer at smerteintensiteten initialt ved ryggssmerter noen ganger overstiger egenskapene til ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAID) og paracetamol.

Retningslinjene anbefaler paracetamol som førstehåndspreparat, basert på sammenliknende studier med NSAID-preparater, bivirkningsprofil og pris. Det kan være overraskende for mange at NSAID-preparater faktisk ikke har dokumentert bedre effekt enn placebo ved nerverotsmerter, verken for smertelindring eller forløpet. Vi er imidlertid enig i at grunnlaget for sikre konklusjoner om dette ikke er sterkt, og at det er behov for mer kunnskap.

Det er et overordnet prinsipp for den analgetiske behandling, enten denne er medikamentell eller i form av fysioterapi eller manipulasjonsbehandling, at pasienten skal bli tilstrekkelig smertefri til å kunne gjenoppta normale, daglige aktiviteter og unngå engstelse for smertene. Mange behandlere har etablert egne medikamentregimer for ryggbehandlingen. I innlegget fra Telemark foreslås en ikke ukjent kombinasjon av NSAID-preparat, paracetamol og nevroleptika. Vi er imidlertid ikke kjent med dokumentasjonen som ligger til grunn for denne.

Arbeidsgruppen har vært klar over tilvenningsfaren ved muskelrelaksantia og kombinasjonspreparater, og dette fremgår da også tydelig i dokumentet. Det er viktig at retningslinjene blir anvendbare i den kliniske hverdag. Anbefalingen om noen få dagers bruk av sterkere analgetika møter klinikerens behov for effektive tiltak i de aller første dagene av ryggpasientens lidelse. Når det gjelder den spesifikke dokumentasjon anbefalingene baserer seg på, viser vi til referanselisten i retningslinjene.

Oslo

*Even Lærum
Erik L. Werner*

Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana?

Harald A. Nygaard

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 823–5

I Tidsskriftet nr. 8/2002, side 824, siste avsnitt skal stå: *I denne sammenheng er det interessant å merke seg at mens Helsedepartementet svekker sykehjemmenes status som medisinske institusjoner ved å overlate ansvaret til Sosialdepartementet, gir Statens helsetilsyn uttrykk for en mer differensiert bruk av sykehjem til langtidsopphold som er medisinsk begrunnet (15).*

Vitamin D-mangel hos barn med cøliaki

Chandra Sekhar Devulapalli

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1053

I Tidsskriftet nr. 10/2002 side 1053 i ovennevnte innlegg mangler litteraturreferansene (1, 2). Disse gjengis:

Litteratur

1. Rakover Y, Hager H, Nussinson E, Luboshitzky R. Celiac disease as a cause of transient hypocalcemia and hypovitaminosis D in a 13 year-old girl. *J Pediatr Endocrinol* 1994; 7: 53–5.
2. Moltu SJ, Bentsen BS. Tetani – debut symptom ved cøliaki. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1034–6.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no
eller
- **A-post**
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks til 23 10 90 40

Bruk kun én forsendelsesmåte.