



Af Helle Puggård, specialeansvarlig ergoterapeut

Ergo- og fysioterapeutisk behandling af patienter med CRPS

På Aalborg Sygehus har to fysioterapeuter og en ergoterapeut udarbejdet en omfattende tværfaglig klinisk vejledning for ergo- og fysioterapeutisk behandling af patienter med CRPS, Complex Regional Pain Syndrom

På Aalborg Sygehus har to fysioterapeuter og en ergoterapeut udarbejdet en omfattende klinisk vejledning for ergo- og fysioterapeutisk behandling af patienter med CRPS.

Dette arbejde startede i 2006 i en interessegruppe, der ønskede mere viden og større systematik i behandlingen af CRPS. Arbejdet tog hen ad vejen form som en skriftlig klinisk vejledning.

Baggrunden for arbejdet er, at personer med CRPS udgør en begrænset, men konstant og ressourcekrævende patientgruppe i den ergo- og fysioterapeutiske praksis^{3,5}.

Det er vores oplevelse, at vi på Aalborg Sygehus har haft en noget usystematiseret tilgang til disse patienter, og at behandlingen har været afhængig af den enkelte terapeuts viden og erfaring, snarere end af et fælles-fagligt velbegrundet valg af behandlingstiltag.

Vi ønsker derfor med vejledningen at samle og udbrede kendskabet til nyeste viden indenfor området.

CRPS

CRPS er en sygdom i det perifere, centrale og autonome nervesystem med ubalancer i:

- Det somatisk-sensoriske system, som

bearbejder nociceptiv, berørings- og termisk information

- Det autonome nervesystem, som innervierer blodkar og svedkirtler
 - Det somatisk-motoriske system, som innervierer muskler, og dermed har betydning for tonus og bevægelse^{1,3}
- CRPS inddeles i type 1 og type 2:
- Type 1, tidligere kaldet refleksdystrofi, opstår som følge af kirurgi, traume, immobilisering eller eventuelt spontant
 - Type 2, tidligere kaldet causalgia, opstår efter primær nerveskade. Den terapeutiske tilgang til patienterne er imidlertid den samme, uanset om der er tale om type 1 eller 2

Ifølge "International Association for the Study of Pain" (IASP), skal følgende fire karakteristiske kriterier være til stede for at kunne stille diagnosen CRPS:

1. En udløsende hændelse eller periode med immobilisering
2. Vedvarende smerter, som er ude af proportion med skaden og uden afgrænsning til en enkelt perifer nerves territorium. Der ses: - allodyni – hyperalgesi
3. Ødem, ændringer i hudens blodcirkulation i smerteområdet og/eller abnorm sudomotorisk aktivitet

4. Udelukkelse af anden underliggende tilstand, der kan forårsage personens smerte eller dysfunktion^{2 pp. 10 & 23-24, 5, 41}

Forskellige studier, der tager udgangspunkt i IASP's 4 kriterier, foreslår følgende modificerede kriterier, hvor der er mindst 1 tegn (objektivt) og 1 symptom (subjektivt) – Skal objektivt og subjektiv defineres i denne sammenhæng? i hver af de følgende fire kategorier:

1. Sensorisk (for eksempel hyperalgesi, allodyni, hyperæstesi)
2. Motorisk (for eksempel nedsat bevægelighed i en ekstremitet)
3. Vasomotorisk (for eksempel forandringer i hudtemperatur eller hudfarve)
4. Sudomotorisk (for eksempel øget/nedsat svedtendens eller ødem)

NERVESYSTEMETS ROLLE

CRPS-smerter er neurogene (også kaldet neuropatiske) smerter, som skyldes skader eller funktionsforstyrrelser i det autonome, det centrale og det perifere nervesystem.

Kendetegn for neurogene smerter er, at gentagen nociception (smertestimulation) øger smerterne (summation/wind-up), at smerterne kan fortsætte efter ophør af nociception (eftersensatio-

”CRPS står for Complex Regional Pain Syndrom eller Komplekst Regionalt Smerte Syndrom.”

ner), og at der kan være refererede smerter til for eksempel muskler og led ^{6 p. 24, 7}.

Det vedvarende smertebombardement som CRPS-patienter oplever, kan medføre plastiske forandringer i både det perifere og centrale nervesystem med sensibilisering til følge^{3,7}.

Der opstår herved en generaliseret overfølsomhed overfor smerter, da nociceptorerne generelt i hele kroppen kan blive mere sensitive overfor smertestimuli ⁸.

Vedvarende perifer nociception kan også føre til en cortical reorganisering. Således kan et hjerneområde, der normalt bearbejder smerter og andre sensoriske input fra én bestemt kropsdel, blive større og inddrage andre hjerneområder, som normalt kun ville blive aktiveret ved stimuli fra andre kropsdele ^{7,9}. Der bliver altså ordene i hjernens kropsopfattelse.

Den forstyrrede cortikale repræsentation af en kropsdel kan give en oplevelse af perifer smerte ¹¹. Indskrænket cortical repræsentation af en afficeret ekstremitet i somatosensorisk cortex er beskrevet hos patienter med CRPS type 1, såvel som hos patienter med fantomsmerter og apoplexipatienter¹⁰.

I begyndelsen er de forskellige plastiske forandringer i nervesystemet reversible; men jo længere tid smertestimulationen foregår, jo mere sandsynligt er det, at de neuroplastiske forandringer, og dermed også smerterne, bliver til irreversible tilstande og at de CRPS-relaterede forandringer bliver vanskeligere at tilbagemodulere ^{7,11,12}.

Det er afgørende at forstå mekanismerne bag disse plastiske forandringer i hjernen og nervesystemet for at kunne yde den bedste behandling samt for at sikre patientens forståelse for de skadelige virkninger ved for eksempel at

overbruge sig selv i dagligdagen. I behandlingsvejledningen kan man læse meget mere om nervesystemets omfattende rolle i forbindelse med CRPS.

OM BEHANDLINGSALGORITMEN

I overensstemmelse med IASP's anbefalinger opbygges behandlingsvejledningen som en 4-trins algoritme, hvor der er en fast rækkefølge af indsatsområder. Patienten skal ikke have reetableret normale reaktioner på et trin for at gå videre til det næste trin, men der skal have været en udvikling med stigende intensitet indenfor det enkelte trin, før næste trin påbegyndes.

Algoritmen er rettet mod voksne med CRPS.

Algoritmens 4 trin er kort beskrevet:

1. Pædagogisk, motiverende og informerende indsats, desensibilisering, ødembekæmpelse, cirkulationsbefordrende træning samt bevægetræning
2. Fortsættelse af igangsatte aktiviteter og foranstaltninger samt behandling af sekundære problemer
3. Fortsættelse af igangsatte aktiviteter og foranstaltninger samt postural kontrol, cirkulationsbefordrende træning og balancetræning
4. Fortsættelse af igangsatte aktiviteter og foranstaltninger samt ergonomi, arbejdspladsvurdering, alsidig øvelsesbehandling og normaliseret kropsbrug

De enkelte trin uddybes grundigt i vejledningen, hvor der også gives forslag til konkrete behandlingstiltag.

SAMARBEJDE ER AFGØRENDE

Tidlig intervention, et tæt tværfagligt samarbejde samt et godt samarbejde med patienten er de vigtigste elementer i behandlingen af CRPS.

Fremgang i behandlingen er afhængig af et balanceret og nøje udformet behandlingsoplæg med et langsigtet perspektiv. Der skal forventes en langsom fremgang og perioder helt uden synlige fremskridt ¹³.

Behandlingen skal være styret af patientens smerter og øvrige symptomer, og altså ikke af den eventuelt oprindelige skade. Det er derfor afgørende, at patienten har en meget aktiv rolle og tager ansvar for sin egen situation.

For aggressiv rehabilitering eller for højt aktivitetsniveau i dagligdagen, som medfører stor træthed, smerter og eventuelt angst, kan øge inflammationen og smerterne ¹⁴.

Hvis personen med CRPS får længerevarende opblussen af smerter, er behandlingen eller personens øvrige aktivitetsniveau fejlagtig eller for intensiv ¹³.

Inaktivitet kan ligeledes påvirke sygdomsmekanismen og forværre tilstanden ^{13,14}.

Terapeuten må have stor opmærksomhed på sygdommens kompleksitet. Eksempelvis kan den samme behandling den ene dag bedre og den anden dag forværre symptomerne, hvorfor der må indbygges stor fleksibilitet i behandlingen.

Al nyere litteratur om CRPS pointerer, at medikamentel og psykologisk behandling skal ses som meget vigtige og nødvendige elementer for at kunne komme igennem med ergo- og fysioterapeutiske tiltag, der beskrives som helt centrale for at opnå funktionel bedring. Forholdet mellem medikamentel behandling, psykologisk behandling samt ergo- og fysioterapeutisk rehabilitering er meget individuelt og varieret, afhængig af personens behov og respons på behandling

Da man mange steder ikke har ●●●

FAGLIG CRPS

adgang til psykolog-bistand i behandlingen af disse patienter, stiller det store krav til ergo- og fysioterapeutens pædagogiske kompetencer. Som ergoterapeuter er vi vant til at have fokus på patientens dagligdag og på sygdoms indflydelse på denne. Det er derfor nærliggende for os at tage en meget aktiv rolle i specielt den del af behandlingen, som har til formål at lære patienten forskellige mestningsstrategier i et liv med smerter.

I vejledningen vil man finde beskrivelser af både invasiv og non-invasiv medikamentel behandling, da vi mener det er væsentligt som terapeut at have et godt kendskab til denne del af behandlingen.

Målgruppen for den udarbejdede vejledning har været ergo- og fysioterapeuter på Aalborg Sygehus, men vejledningen kan naturligvis bruges af alle ergo- og fysioterapeuter, der har med CRPS-patienter at gøre. Nogle steder vil den kunne bruges, som den er, andre steder som inspiration til udvikling af egen praksis på feltet. Hermed håber vi at kunne være medvirkende til at skabe forudsætninger for et fagligt velfunderet fælles udgangspunkt for ergo- og fysioterapeuter i behandlingen af CRPS. ●

Den kliniske vejledning kan findes på Aalborg Sygehus' hjemmeside under Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, For Fagfolk, Kliniske vejledninger og instrukser

RESUME

To fysioterapeuter og en ergoterapeut på Aalborg Sygehus har udarbejdet en unik og omfattende klinisk vejledning for behandling af CRPS. Vejledningen beskriver en behandlingsalgoritme, hvor den terapeutiske indsats inddeles i fire trin. Denne trin-inddeling stammer fra anbefalinger fra IASP (International Association for the Study of Pain). Der lægges meget vægt på det essentielle i en tæt tværfaglig indsats hvor medikamentel og psykologisk behandling ses som meget vigtige og nødvendige elementer for at kunne komme igennem med den ergo- og fysioterapeutiske behandling. Dette stiller store krav til blandt andet terapeutens pædagogiske kompetencer, men som ergoterapeuter er vi vant til at have fokus på patientens dagligdag og på sygdoms indflydelse på denne, hvorfor det er nærliggende, at vi tager en meget aktiv rolle i behandlingen af CRPS.

CRPS

CRPS står for Complex Regional Pain Syndrom eller Komplekst Regionalt Smerte Syndrom.

Tidligere blev sygdommen kaldt "Refleksdystrofi" – en dansk betegnelse for det engelske "Reflex Sympathetic Dystrophy" (RSD). Man antog tidligere, at syndromet skyldtes en forstyrrelse af det sympatiske nervesystem. Forskning har vist, at det sympatiske nervesystems relative bidrag til sygdommen var overdrevet og at begrebet "refleks" ingen mening havde i forhold til sygdommen^{1,2,3,4}. Derfor blev betegnelsen "Reflex Sympathetic Dystrophy" i 1993 ændret til "Complex Regional Pain Syndrome" (CRPS)

Man vil dog i daglig tale stadig kunne høre sygdommen omtalt med gammel terminologi.

OM VEJLEDNINGEN

Vejledningen bygger på et litteraturstudie og er opbygget med en teoridel og en behandlingsdel. Med teoridelen ønsker vi at gøre rede for nyeste viden om CRPS og kroniske smerter, da viden og forståelse er en forudsætning for at kunne undersøge og behandle sufficient.

Med behandlingsdelen ønsker vi at øge opmærksomheden på en helhedsorienteret behandlingstilgang, hvor de psykologiske og pædagogiske faktorer er en væsentlig del af den ergo- og fysioterapeutiske intervention og hvor tværfaglighed er et nøgleord.

De tre forfattere til vejledningen er Specialeansvarlig fysioterapeut Sanne Stæhr Nielsen, som arbejder på Tværfagligt Smertecenter i Aalborg, specialeansvarlig fysioterapeut Annette Roed Ottosen, som primært arbejder med patienter med UE-problematikker samt specialeansvarlig ergoterapeut Helle Puggård, som arbejder med håndkirurgiske patienter.

REFERENCER

1. Årsager til bensmerter, Udredning af underkstremitetessmerter – en klinisk vejledning, Redaktion Ole Simonsen, Sven J. Taagholt og Marianne Christensen, Aalborg Sygehus 2005.
2. Reflex Sympathetic Dystrophy, www.medifocus.com
3. Komplekst regionalt smertesyndrom del 1, Anne Sofie Lofthus m.fl., Fysioterapeuten (norsk), nr. 3 /2004 ss. 14-19.
4. Refleksdystrofi, Gry Kambskard Petersen m.fl., Ugeskrift for læger 2002, 264: 5019-24.
5. An Updated Interdisciplinary Clinical Pathway for CRPS: Report of an Expert Panel, Michael D. Stanton-Hicks m.fl., Pain Practice, Vol. 2, Nr. 1, 2002 1-16.
6. Smertes – en lærebog, Troels S. Jensen m.fl., 2003, ISBN 87-7749-300-1.
7. Klinisk håndtering af patienter med kroniske smerter, Bjarne Rittig-Rasmussen og Hanne Lisby, Fysioterapeuten 17/2007.
8. Kinesiofobi – hvad er det? Mari Lundberg, Fysioterapeuten 3/2008.
9. Smertefysiologi, Asbjørn M. Drewes, Ugeskrift for læger 2006: 1941-1943.
10. Is successful rehabilitation of complex regional pain syndrome due to sustained attention to the affected limb?, G. Lorimer Moseley, Pain 114 (2005) 54-61.
11. A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of complex regional pain syndrome (type 1), C. S. McCabe m.fl., Rheumatology 2003; 42:97-101.
12. Kroppen kan blive overfølsom overfor smerter, Dagens Medicin 3/2007.
13. Komplekst regionalt smertesyndrom del 2, Anne Sofie Lofthus m.fl., Fysioterapeuten (norsk), nr. 4/2004 ss. 25-32.
14. Treatment of Complex Regional Pain Syndrome Functional Restoration, R. Norman Harden m.fl., Clin J Pain, Vol 22, 5/ june 2006.
15. Complex Regional Pain Syndromes: Guidelines for Therapy (Consensus Report), Stanton-Hicks m.fl., The Clinical Journal of Pain, Vol. 14(2), June 1998, pp. 155-166.