
SMERTER

ved Parkinsons sykdom



Norges Parkinsonforbund



Å kunne føle smerte er viktig for oss mennesker. Det gjør at vi kan oppdage skadelige påvirkninger på kroppen, fjerne oss fra dem, eller gjøre noe med dem. Men av og til vedvarer smertene. Da fungerer de ikke lenger som nyttige varslere, men blir et kronisk problem. Denne brosjyren er først og fremst ment å være til hjelp for deg som har Parkinsons sykdom med et langvarig smerteproblem. Den tar for seg ulike smerteproblemer, og behandlingsforslag. På side 30 og 31 finner du også en forklaring av noen ord og uttrykk som kan være nyttig under lesning.

Forfattere:

Arnulf Hestnes, overlege PhD, spesialist i nevrologi
Antonie Beiske, nevrolog PhD, spesialist i nevrologi

Andre bidragsytere:

Linda Rennie, Per Ola Wold-Olsen og Annette Vistven
Flere personer med Parkinsons sykdom og pårørende
har lest og kommet med viktige innspill underveis i arbeidet.

Design & produksjon: Sax Media & Design AS
Desember 2017



INNHold

Å leve med smerter

Hva er smerte?	06
Symptomer ved Parkinsons sykdom	06
Smerteforekomst	06
Akutte smerter	07
Kroniske smerter	07
Diagnostisering av smerte	08
Smertemestring	12

Ulike typer smerte

Muskel- og skjelettsmerter	16
Smertefull dystoni	17
Smerter i perifere nerver	18
Ryggsmerter	19
Magesmerter	19
Sentral nevropatisk smerte	20
Restless legs	20
Akatasi	21

Smertebehandling generelt

Behandling av akutte smerter	24
Behandling av kroniske smerter	24
Medikamentell behandling av smerter	24
Ikke-medikamentell behandling	27

Ordforklaring	30
---------------	----





Å leve med smerte

HVA ER SMERTE?

Hva som er smertefullt er en subjektiv opplevelse og tilsvarer ikke alltid omfanget av skaden. Opplevelsen av smerte og reaksjonen som smerten fører til, påvirkes av kroppslige, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold hos hver enkelt. International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsskade eller *truende* vevsskade, eller beskrevet med ord for en slik skade». Smerte forekommer i forbindelse med sykdom og skade, men man kan også føle smerte uten at årsaken er opplagt.

SYMPTOMER VED PARKINSONS SYKDOM

Parkinsons sykdom kjennetegnes ved en karakteristisk kombinasjon av motoriske symptomer og tegn:

- Langsomme bevegelser (akinesi)
- Skjelving (tremor)
- Stivhet (rigiditet)
- Svekket balanse

Men Parkinsons sykdom har også en rekke andre symptomer. Det er stor variasjon i symptomer og sykdomsforløp fra person til person.

SMERTEFOREKOMST

En studie fra 2006 viser at 30 % av voksne i Norge har kroniske smerter. Sammenlignet med 14 andre europeiske land, skårer Norge høyest på forekomst – betydelig høyere enn våre naboland, hvor forekomsten er 16–19 %¹. I en norsk studie av 176 personer med Parkinsons sykdom, er forekomsten av kroniske smerter 83 %, langt høyere enn i den generelle befolkningen i samme aldersklasse². Likevel synes smerter ved Parkinsons sykdom å være både undervurdert, underdiagnostisert og underbehandlet.

AKUTTE SMERTER

Akutte smerter kommer plutselig og er et signal om at det skjer noe i kroppen.

I tillegg til opplevelsen av smerte utløses ofte en indre uro og en opphisset atferd på samme måte som ved angst og irritasjon. En akutt smerte kan være et varsel om at noe bør gjøres. Er det ikke opplagt hva som forårsaker smerten, kan det være grunn til å kontakte lege.

KRONISKE SMERTER

Kroniske eller langvarige og vedvarende smerter er en utfordring ved Parkinsons sykdom.

Kroniske smerter kan føre til at du blir passiv og isolerer deg. Disse reaksjonene likner symptomer på depresjon og kan forsterke opplevelsen av smerte. Andre symptomer som søvnvansker, redusert seksuell aktivitet, nedsatt hukommelse og konsentrasjon er også vanlig om du lever med kroniske smerter. Mangel på søvn over tid vil igjen kunne forverre smerteopplevelsen og du kan havne i en ond sirkel. Å føle irritasjon og sinne er heller ikke uvanlig hos mennesker med kroniske smerter. Dette kan forverre problemet, ikke bare for deg som har vondt, men også for de som er rundt deg.

Kroniske smertetilstander kan dominere hverdagslivet og skape utfordringer for familieliv, sosialt liv, fritidsaktiviteter og mosjon. Smerte kan også føre til sykemeldinger og forårsake uførhet. Den psykiske belastningen kroniske smerter medfører kan være enorm.

Ved behandling av kroniske smerter er det viktig å se helheten. Både mentale og fysiske utfordringer kan påvirke effekten av behandlingen.

¹ Breivik H et al Survey of chronic pain in Europe, prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006 4: 287-333 ² Beiske AG, Loge JH, Rønningen A et al. Pain in Parkinson's disease: prevalence and characteristics. Pain 2009; 141: 173-7.

DIAGNOSTISERING AV SMERTE

Den best mulige behandling for smerten forutsetter riktig smerte-diagnose. Det kan være nyttig å føre logg over smertene, for det er ikke alltid lett å huske hvordan smertene artet seg når du sitter hos legen.

For å forstå hvor sterk smerten er for deg, er det vanlig å beskrive smertene ved å bruke en skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerter og 10 er den verst tenkelige smerten (visuell analog skala, VAS).

Dette er også et nyttig verktøy når legen skal vurdere effekt av iverksatt behandling, eller vurdere om smerten oppstår når du er uten eller under behandling. Informasjon om at smerten kommer når effekten av parkinsonmedisinene avtar, eller om at smerten er upåvirkelig av parkinsonmedisinene, er viktig.

Tenk over følgende, og skriv det gjerne ned, mens smerten pågår:

1. Hvor sitter smerten?

2. Er det kun på den ene eller på begge sider?

3. Hvordan startet den?

4. Oppstod smerten i forbindelse med en annen hendelse,
eller startet den snikende?

5. Hvordan arter smerten seg:
pressende, bankende, tannpinelignende, hoggende,
stikkende, skjærende, brennende etc.

6. Er det mer ubehag, som prikking og nummenhet, enn smerter?

7. Er smerten vedvarende?

8. Varierer smerten i løpet av døgnet eller uka?

9. Kan det være en sammenheng mellom hvilke medisiner du tar, når du tar dem, og smertene?

10. Oppstår det andre symptomer sammen med smerten?

11. Er det noe som forverrer smerten?

12. Er det noe som lindrer smerten?

Med så tydelige svar som mulig på disse spørsmålene, er det lettere for legen å finne årsak og gi riktig behandling.

Legeundersøkelser, blodprøver og røntgenundersøkelser kan bidra både til å bekrefte og til å avkrefte diagnoser.

SMERTEMESTRING

Smerter som kommer og går skaper uforutsigbarhet, og dette igjen er en utfordring med tanke på å mestre og leve med smerter. Å kunne planlegge hverdagen gir en følelse av kontroll og mestring. Det kan gjøre situasjonen med kroniske smerter mindre belastende.

Når bivirkningene av behandlingen blir vanskeligere å takle enn smerten selv, er det opplagt at behandlingen skyter over mål. Hvis behandlingen gjør deg så trøtt at du får problemer med å holde deg våken på dagtid, forsvinner overskudd og evne til et aktivt liv. Da er det bedre å dempe smertene med medikamenter om kvelden slik at du får sove. På dagtid kan du lære å tolerere eller leve med noe smerte slik at du kan være våken nok til å delta i ønskede aktiviteter. Det er viktig å opprettholde aktivitetsnivået for å motvirke isolasjon og passivitet. Et høyere aktivitetsnivå kan gjøre at du får det bedre.

Kroniske smerter er en stressfaktor. Det er viktig med god og relevant informasjon slik at du på best mulig måte kan mestre de utfordringene du møter i hverdagen. Det er ofte nyttig å ha en å snakke med om sine bekymringer. Dersom smerten utløser angst eller depresjon, kan profesjonell hjelp være nødvendig. Samtaleterapi hos psykolog, lege eller sykepleier kan redusere medikamentforbruket. Det er viktig ikke å slite ut sine nærmeste med jevnlig klaging.

I boken «Lev godt med sykdom» har psykologene Torkil Berge og Elin Fjerstad beskrevet to mestringsstrategier for å akseptere livet med smerte. Boken er lettlest og har gode tips til personer som lever med kroniske smerter.

Det kan hende du trenger en tverrfaglig tilnærming og et individuelt tilpasset tilbud for å lære å leve med kroniske smerter. Forhør deg med legen eller ta kontakt med kommunen for å finne ut av hvilke tilbud som finnes. Noen kommuner tilbyr for eksempel kurs i

depresjonsmestring. Når du er stresset, har sovet dårlig eller parkinsonmedisinene ikke fungerer som de skal, reduseres toleransen for smerte og smerteproblemene blir større. Motsatt kan for eksempel kroniske smerter fortrenge en stund dersom du blir intenst opptatt eller engasjert. Lystbetonte aktiviteter kan dempe smerteopplevelsen!

Ofte kan en begrenset skade utløse store smerter, tannverk kan for eksempel gjøre fryktelig vondt. Personer som har pådratt seg større skader forteller derimot at de i akuttfasen ikke kjente smerter av betydning. En forklaring på dette er port-teorien (gate control theory), som innebærer at nervesystemer vårt blokkerer eller åpner opp for at stimuli videresendes til hjernen.

Smerteimpulsene må bevege seg gjennom kroppen for å nå frem til hjernen. Når det er mye annen trafikk må smerteimpulsene konkurrere med andre impulser. Smertene kan bli mindre når du er i aktivitet fordi impulsene ikke når frem til hjernen. Til sammenligning kan man tenke på trafikken utfra Oslo på en fredag ettermiddag. Blir det alt for mange biler, korker det seg, og trafikken stopper opp. Slik blokkering antar man skjer i ryggmargen. Men prosesser i hjernen bidrar også til hvordan smerten oppleves.

Smerter kan hindre innsovning, føre til oppstykket søvn eller at du blir liggende våken i timevis. Lite eller dårlig søvn kan forårsake lavere terskel for opplevelse av smerte. Da havner du lett i en ond sirkel som det er viktig å komme seg ut av.

Gode og utdypende råd om søvn er beskrevet i Norges Parkinsonsforbunds brosjyre «Søvn og Parkinsons sykdom» fra 2016, forfattet av Michaela Gjerstad og Kari Anne Bjørnå.





Ulike typer smerter



I dette kapittelet gis en oversikt over de vanligste smertetilstandene ved Parkinsons sykdom, hvordan de arter seg og enkle behandlingsgrep som kan hjelpe. Ofte er justering av parkinsonmedisinene det som skal til. I andre tilfeller vil behandlingen være den samme som hos personer som ikke har Parkinsons sykdom.

Generell smertebehandling omtales senere i brosjyren.

MUSKEL- OG SKJELETTSMERTER

Muskel- og skjelettsmerter er den vanligste smertediagnosen ved Parkinsons sykdom. Nesten halvparten av personer med Parkinsons sykdom som har muskel- og skjelettsmerter, forbinder smertene med Parkinsons sykdom. Resten opplever at smertene skyldes revmatisme eller slitasje i skjelettet.

Smerter i muskel- og skjelettsystemet kan også være et startsymptom på Parkinsons sykdom. Eksempelvis har personer som kommer til nevrologisk undersøkelse på grunn av skuldersmerter senere fått diagnostisert Parkinsons sykdom. Det var den bakenforliggende årsaken til smertene.

Feilstillinger på grunn av Parkinsons sykdom kan bidra til økt slitasje. Slike feilstillinger i hender og håndledd kan minne om revmatisk sykdom. Ved muskel- og skjelettsmerter som skyldes Parkinsons sykdom, er stivhet en viktig årsak til smertene. Plagene er mest fremtredende i «off-fasen», den fasen hvor effekten av medisineringen er dårligst.

Det kan være til hjelp å justere parkinsonmedisinene, ta kontakt med nevrologen for å få en vurdering av dette.





SMERTEFULL DYSTONI

Vi har til vanlig en viss spenningstilstand i muskulaturen, men ved Parkinsons sykdom kan man få en økt spenning, en dystoni. Denne spenningen forårsaker krampesmerter, og er den nest vanligste smertetilstanden ved Parkinsons sykdom. Vanligvis oppstår dystoni etter at behandlingen av parkinsonsymptomene har pågått en tid, gjerne måneder eller år, men dystoni kan også oppstå før man har fått påvist Parkinsons sykdom. Skrivekrampe kan være ett av de første symptomene på Parkinsons sykdom, men det er ikke et hyppig debut-symptom.

Dystoni kan oppstå flere steder i kroppen og kan ha ulike årsaker. Dystoni som forekommer om morgenen, som regel samme sted, og ofte i føtter og legger, er vanligvis forårsaket av underdosering. Mengden dopamin i hjernen synker i løpet av natten og muskel-krampene oppstår gjerne før dagens første inntak av parkinson-medisin. Dette fenomenet betegnes ofte som «early morning dystonia».

Dystoni i hode, nakke, hender og armer, samt dyskinesier (overbevegelighet), er ofte forårsaket av overdosering av parkinson-medisiner.

Dersom dystonien henger sammen med parkinsonmedisinene, kan god behandling være å justere dosene med hensyn til mengde og tidspunkt. Legen kan også vurdere å benytte depot dopaminagonister som virker et helt døgn. Da vil dystonier som kommer av døgnrelatert underdosering reduseres. Ved vedvarende dystonier i føttene, ofte stortærne, kan injeksjon med botulinumtoksin (Botox) være løsningen. Virkningen går ut etter 3–4 måneder og da må injeksjonen gjentas.

Andre former for krampe

Av og til oppstår kramper også uten noen åpenbar årsak, eller av grunner som er uavhengige av Parkinsons sykdom.



Det kan være:

- Hard belastning av muskulatur, eksempelvis trening
- Graviditet
- Væsketap, inntørking og elektrolyttforstyrrelser
- Medikamenter, eksempelvis vanndrivende medisiner og medisiner som brukes for å redusere kolesterol i blodet eller midler mot bein-skjørhet og høyt blodtrykk.

SMERTER I PERIFERE NERVER

En nerverot gir nerveforsyning til et bestemt område. Ut fra beskrivelse av smerten og nevrologisk undersøkelse kan legen finne ut hvilken nerverot det gjelder. Av og til skyldes smerten ikke en bestemt nerverot, men at perifere nerver rammes mer diffust. De lange nervene er mer utsatt. Smertene starter ofte i føttene først og brer seg oppover. Når ubehaget har spredt seg til knærne, begynner det gjerne også i fingertuppene. Disse smertetilstandene kaller vi polyneuropatier. Diabetes er en vanlig årsak til smertefull polyneuropati.

Ved parkinsonbehandling med levodopa (Sinemet, Madopar og Stalevo), øker behovet for vitamin B12. Mangel på B12 kan gi symptomer både fra det sentrale og det perifere nervesystem.

Oppvåkning om nettene med smerter og nummenhet i begge hender, gjerne mer i den hvor det oppstod først, skyldes ofte at det er for trangt for en nerve (nervus medianus) ved håndleddet. Denne tilstanden kalles karpaltunnellsyndrom og er svært vanlig i denne aldersgruppen. Det er ingen overhyppighet av dette problemet ved Parkinsons sykdom.

Isjiasmerter er vanlig i den generelle befolkningen, men kan også være forårsaket av Parkinsons sykdom. Skade på en bruskskive mellom to virvler nede i ryggen kan føre til utposning av skiven, et



skiveprolaps. Trykket av prolapsen mot en nerverot kan forårsake sterke smerter. Ofte oppleves det som en lokal smerte i ryggen, deretter som utstrålende smerter nedover i beinet.

Valg av behandlingsform for smerter i nerverot eller nerver avhenger av årsaken til smerten. Er nerver i klem, kan operasjon være aktuelt. Isjas blir ofte bedre av seg selv. Operasjon være et alternativ ved langvarige smerter (over tre måneder) eller hvis det oppstår lammelser. Effekten av isjias-operasjoner ved mild og moderat Parkinsons sykdom er god til tross for en noe høyere komplikasjonsfrekvens enn i normalbefolkningen³.

RYGGSMERTER

Vanlige årsaker til ryggsmarter er slitasje og benskjørhet. Skjev holdning ved Parkinsons sykdom kan bidra til at smerteproblemet blir større enn det ellers ville vært. Lokale ryggsmarter, lumbago, er ikke uvanlig. Om smertene har vært uendret gjennom lang tid er årsaken til smertene gjerne ufarlig. Hvis du opplever nye smerter eller forverring av tidligere smerter bør du kontakte lege.

Styrketrening for rygg og generell fysisk aktivitet kan redusere ryggsmertene.

MAGESMERTER

Magesmerter er vanlig i den generelle befolkningen og kan ha mange forskjellige årsaker. Ved Parkinsons sykdom er mage- og tarmfunksjonen ofte treg og mange har avføringsproblemer. Dette forårsaker ofte ubehag og smerter. Legeundersøkelse er nødvendig hvis du opplever magesmerter du ikke er kjent med fra tidligere, eller hvis avføringen blir sort.

Behandlingen vil vanligvis rette seg mot den trege tarmfunksjonen. Mosjon, rikelig med drikke og drivende kost (fiber) kan bidra til å redusere magesmertene.



SENTRAL NEVROPATISK SMERTE

Den verste og mest intense smerten personer med Parkinsons sykdom forteller om, er sentral nevropatisk smerte (SNS). Den kjennetegnes av en kontinuerlig brennende, strålende, sviende eller kløende smerte. Denne smerten kan ikke knyttes til en perifer nerve eller nerverot, og lar seg ikke forklare av stivheten ved Parkinsons sykdom. Smertene lokaliseres ofte til ansikt, munn, hode, mageregion, bekken, endetarm eller kjønnsorganer, og opptrer ofte på samme side som parkinsonsymptomene.

Smertene kan variere, men ofte er de ekstremt intense. Ved underlivs- eller magesmerter er en grundig legeundersøkelse nødvendig for å utelukke andre årsaker⁴.

SNS er vanligere hos unge enn eldre med Parkinsons sykdom. SNS kan inntre når som helst i sykdomsforløpet. Det finnes rapporter om personer som har hatt SNS hele to år før Parkinsons sykdom ble diagnostisert.

I en studie av over 200 personer med Parkinsons sykdom ble det hos 10 % påvist en uforklarlig, vedvarende smerte i ett bein, noen ganger i begge, etter at andre sykdommer var utelukket⁵. Dette kan være en type SNS. Behandlingen er ofte tidkrevende og vanskelig.

Parkinsonmedisiner kan ha god effekt på smerte som inntre under «off-fasen». Dersom det ikke hjelper å justere parkinsonmedisinene, kan legen vurdere å forskrive smertestillende medikamenter i tillegg.

RESTLESS LEGS

Restless legs, rastløse bein, innebærer en kraftig trang til å bevege beina. Beina føles ubehagelige, det prikker og stikker, kan klø og brenne, og mange beskriver det som å ha maur i beina. Symptomene er verst på kvelden og om natten når man er i ro. Restless legs rammer





oftest leggene, men kan også bre seg til lår og armer. Lavt serumjern og nyresvikt kan gi restless legs og må utelukkes før behandling.

Parkinsonmedisiner med langvarig effekt, depot dopaminagonister som ropinirol (Requip), pramipexol (Sifrol, Oprymea), rotigotin-plaster (Neupro), brukes ofte i behandlingen. Levodopa med 4-6 timers effekt kan være tilstrekkelig til å begynne med, men anbefales ikke fordi symptomene ofte etter en stund kommer tidligere og tidligere på døgnet. Dette fenomenet kalles augmentation. Epilepsimidlene gabapentin og pregabalin kan også være aktuelle i behandlingen av restless legs. Hos noen av de mest plagede av restless legs er det bare morfinpreparater som holder plagene såpass i sjakk at de får sove om natten.

AKATISI

Akatisi er en subjektiv følelse av indre uro eller en trang til å være i stadig bevegelse. Man beveger seg rastløst, klarer ikke å sitte i ro, flytter beina frem og tilbake i kryss eller skifter stadig vekten fra fot til fot. Denne indre anspenningen kan oppstå i hele kroppen, men særlig i bena. Akatisi kan forveksles med restless legs, men ved akatisi har plagene ingen spesiell døgnrytme, og forekomst av prikking eller stikking i huden er uvanlig. Akatisi påvirker vanligvis heller ikke søvnen. Den vanligste årsaken til akatisi er ved oppstart med et nytt medikament som motvirker dopamin, for eksempel medikamenter som brukes mot psykoser.

Akatisi blir ofte bedre ved å endre medisineringsen.

³Schroeder JE et al. Lumbar spine surgery in patients with Parkinson Disease. J Bone Joint Surg Am 2015;97: 1661-6

⁴Ford B et al: oral and genital pain syndrome in Parkinson's disease. Mov Disord 1996; 11: 421-426

⁵[http://www.prd-journal.com/article/S1353-8020\(13\)00346-5/fulltext?cc=y](http://www.prd-journal.com/article/S1353-8020(13)00346-5/fulltext?cc=y)





Smerte- behandling generelt

Smerte er en subjektiv opplevelse. Selv om den noen ganger kan være vanskelig å kvantifisere, er den høyst reell for den det gjelder.

Vi skiller mellom akutt og kronisk behandling, og mellom medikamentell og ikke-medikamentell behandling.

BEHANDLING AV AKUTTE SMERTER

Akutte smerter av moderat grad behandles ofte med reseptfrie smertestillende medikamenter, som paracetamol (Paracet, Panodil, Pinex). Noen opplever ekstra effekt ved å kombinere dette med et betennelsesdempende stoff, eksempelvis ibuprofen (Ibux, Ibumetin).

BEHANDLING AV KRONISKE SMERTER

Kroniske smerter kan oppleves som altoverskyggende og påvirke både konsentrasjon og hukommelse. Det er derfor en fordel om ektefelle, pårørende eller andre som står deg nær kan være med deg til legen for å supplere og hjelpe til i oppfølgingen. Noen kan også ha nytte av teknikker for å memorere, notere og bevisstgjøre seg problemet.

MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV SMERTER

I noen tilfeller er behandlingen av smerter det viktigste behandlingsgrepet ved Parkinsons sykdom. Ved økte smerter forårsaket av parkinsonsymptomer, som stivhet og krampetilstander i muskulatur, er det viktig å justere doseringen av parkinsonmedisinene for å redusere behovet for smertelindring. Smertene kan være en konsekvens av for lite dopamin til hjernen og kan oppstå før, eller til og med uten, motoriske «off-symptomer». Smertestillende medikamenter som paracetamol og ibuprofen kan også bli nødvendig.

Betennelsesdempende medikamenter

Betennelsesdempende medikamenter forskrives ofte ved muskel- og skjelettsmerter som følge av Parkinsons sykdom. Ettersom smertene er kroniske, er det mange som tar slike medikamenter i årevis.

Det er viktig å være klar over mulige bivirkninger:

- Magesmerter, mageblødninger, magesår (oppstår hos 20 % av kroniske brukere)
- forverring av astma, hjertesvikt og blodtrykk
- hevelse i beina
- nyreskade (sjeldent)
- påvirkning av blodfortynnende og vandrivende medikamenter

Betennelsesdempende medikamenter kan påvirke andre medikamenter. Det er derfor viktig at legen får full oversikt over alle sykdommer du har og medikamenter du tar og tidligere har tatt. Det forenkler legens vurdering av smertebehandlingen.

Antidepressive medikamenter

Amitryptilin (Sarotex) ble tidligere ofte forskrevet mot depresjon, men benyttes nå også i lavere doser til behandling av kroniske smerter. Medikamentet kan forårsake søvnighet, og bør derfor bare tas om kvelden. Munntørrhet er en vanlig bivirkning, derfor er det spesielt viktig med god munnhygiene for å forebygge tannrøte og betennelse i tannkjøttet. Amitryptilin kan gi vektøkning, men det er sjelden noe problem ved Parkinsons sykdom. Hos personer med begynnende hukommelsessvikt, kan medikamentet forsterke problemet.

Et lignende medikament er nortryptilin (Noritren). Effekten er like god, og bivirkningene er færre enn ved amitryptilen. Nortryptilin virker oppkvikkende og bør derfor tas om morgenen for å unngå søvnvansker. Andre antidepressive midler som benyttes i smertebehandling er: venlafaxin (Efexor) og duloksetin (Cymbalta). Kvalme er en hyppig bivirkning.

Epilepsimidler

Medikamenter som brukes mot epilepsi kan også virke gunstig på nevropatiske smerter. Gabapentin (Neurontin) og pregabalin (Lyrica) er de epilepsimidlene som hyppigst benyttes til smertebehandling. Stoffene er kjemiske ganske like, men effekten kan være individuell. For noen virker gabapentin best mens andre foretrekker pregabalin. Medisinene kan medføre tretthet og svimmelhet, og dosering bør derfor starte lavt og øke langsomt til ønsket effekt oppnås. Karbamazepin (Tegretol) er førstevalg ved kortvarige, kraftige smertehogg i ansiktet (trigeminusnevralgi).

Opiater

Har man behov for sterke smertestillende brukes morfinlignende stoffer, opiat. Opiater er effektive og vanedannende og kan ha en rekke negative bivirkninger:

- hemmer tarmfunksjon (ofte treg fra før) og gir kvalme
- tretthet (ofte forbigående)
- forvirring og hallusinasjoner

Det er vanlig å dele opiat inn i sterke og svake. Det er vanligst å bruke svake opiat som kodein og tramadol. Kodein omdannes til morfin og gir god smertelindring.

IKKE-MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Fysioterapi

Hensikten med fysioterapi er å bedre livskvalitet og bevegelsespotensial. Fysioterapi har positiv innvirkning på smerter som oppstår på grunn av skade i sentralnervesystemet. Fysioterapeuten kan motivere til egentrening, sørge for normaliserte bevegelser, motarbeide tendenser til feilstillinger og hjelpe til å gjøre trening til en del av hverdagen hos personer med kroniske smerter.

Gjentatte passive behandlinger med kortvarig effekt, som for eksempel massasje, ultralyd og injeksjoner med kortison og bedøvelsesmiddel, kan virke sykeliggjørende ved en kronisk tilstand. Dette bør i hovedsak unngås.

«Europeiske fysioterapi retningslinjer for personer med Parkinsons sykdom» inneholder informasjon om hvilke tiltak man selv kan gjøre for å mestre sykdommen.

Mer informasjon om fysioterapi og retningslinjer finner du på www.parkinson.no

Trening

Etter trening føler de fleste seg bedre. Jevnlig tilpasset trening og aktiviteter er også anbefalt for personer med Parkinsons sykdom. Treningen behøver ikke å være omfattende, alt er bedre enn ingenting. Grunntrening som fokuserer på styrke, utholdenhet, bevegelighet, kjernestabilitet, balanse og god kroppsbevissthet er viktig for personer med Parkinsons sykdom.

Trening av styrke, kjernestabilitet og bevegelighet er de viktigste elementene for å forebygge smerter. Ved smerter som følger av stivhet eller endret kroppsholdning, er målet i utgangspunktet å forebygge

forverring. I tillegg til grunntreningen som nevnt ovenfor, er også trening av og gange-, stå- og sittefunksjon viktig. Mange opplever det som positivt å trene i grupper. Å komme seg ut og treffe andre kan fjerne oppmerksomheten fra smertene.

TENS

I en studie med relativt få deltakere, har behandling med strøm via ledninger på huden (Transcutan elektrisk nervestimulering, TENS) vist effekt på sentrale nevropatiske smerter og bedring av livskvalitet. Det foreligger ingen klar enighet om hvordan TENS skal brukes, så utprøvingene gjøres med individuell tilpasning for å oppnå best mulig effekt⁶. Det anbefales at man har sitt eget apparat, slik at man selv styrer behandlingen og derav opplever mest mulig kontroll og mestring av egen smerte.

Akupunktur

Det finnes ingen studier som viser effekten av akupunktur som behandling av smerter ved Parkinsons sykdom spesielt, men akupunktur benyttes ofte i behandling av kroniske smerter generelt.

Hjernestimulering

Hjernestimulering, Deep Brain Stimulation (DBS), er en behandlingsmetode som påvirker hjernecellenes impulser ved å bruke elektrisk strøm via elektroder som kobles til hjernen. Ved langtkommet Parkinsons sykdom uten tilfredsstillende effekt av parkinsonmedisinene lengre, vurderes hjernestimulering hos personer med Parkinsons sykdom som innfrir visse kriterier (for eksempel alder under 70 år og fravær av psykiske symptomer). Flere rapporter viser at DBS har gunstig, vedvarende effekt på smerter ved Parkinsons sykdom⁷.

⁶ Sawant, Anuradha. Systematic review of efficacy of TENS for management of central pain in people with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis and related Disorders. 2015, ss. 219-227

⁷ Klingelhofer L et al. Review An Update of the Impact of Deep Brain Stimulation on Non Motor Symptoms in Parkinson's Disease J of Parkinson's Disease 4 2014; 280-300





Ordforklaring

Akinesi: Nedsatt spontan bevegelseighet av muskulatur uten at det foreligger lammelse. Dette er et hovedsymptom ved Parkinsons sykdom. Ofte brukes uttrykket bradykinesi som betyr langsomme bevegelser om det samme fenomen.

Akatisi: Manglende evne til å sitte stille, sterk rastløshet og trang til å vandre rundt.

Biokjemiske forstyrrelser: Mange sykdommer skyldes feil i de kjemiske omsetninger i kroppen, og dette kan igjen bero på en feil i en reguleringsmekanisme eller i et bestemt enzym. Medikamenter er kjemiske substanser som griper inn i det biokjemiske maskineriet.

Dyskinesi: Ufrivillige bevegelser av kroppen.

Dystoni: Bevegelsesforstyrrelse med økt spenning i muskulatur som gir tilstivning i kroppen, ofte kombinert med en vridning.

Isjias: Smerter langs isjiasnerven, ofte forårsaket av skade av mellomvirvelskiver i lenderyggen, med utposning av skiveinnhold, prolapper, som presser på en nerverot.

Nevrofysiologi: Den delen av fysiologien som studerer nervesystemets funksjon, både de perifere nerver og sentralnervesystemet.

Nevropatisk smerte: Smerter som kommer av skade eller sykdom som rammer nervesystemet, sentralt eller perifert.

NSAIDs: Forkortelse for Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Non-steroidal betyr at de ikke inneholder steroider eller kortikosteroider,

slik som for eksempel Prednison eller Cortison. Stoffene motvirker hevelse, smerte, ømhet, rødhet og bevegelsesinnskrenkning ved betennelse. Vi sier at de virker anti-inflammatorisk (betennelsesdempende)

On-off: Etter noen år med Parkinsons sykdom svinger tilstanden hos mange. Av og til er medisineffekten god, kroppen er løs og ledig, «on», mens i andre perioder på dagen er effekten dårlig. Tilstanden er preget av stivhet og langsomme bevegelser, såkalt «off».

Opiater: Morfinlignende stoffer.

Rigiditet: Stivhet, økt motstand mot langsomme, passive bevegelser.

Sensorisk: Det som har å gjøre med inntrykk og informasjoner som hjernen mottar fra omverdenen gjennom sanseorganene.

Sentral nevropatisk smerte: En tilstand som ses etter sykdom eller skade i det sentrale nervesystem.

Sentralnervesystemet: Nervesystemet som er omgitt av ryggspylen og kraniet.

Tremor: Skjelving. Hviletremor (skjelving i hvile) er karakteristisk for Parkinsons sykdom.

Wearing off: Ved Parkinsons sykdom er wearing off kjennetegnet ved avtagende medisineffekt.



Norges Parkinsonforbund

Karl Johans gate 7

0154 Oslo

Telefon: +47 22 00 83 00

E-post: post@parkinson.no

www.parkinson.no

ISBN: 978-82-93032-35-9