

28. oktober 2021

Til udvalget for nationale kliniske retningslinjer

Kommentarer fra akut og intensivudvalget under DPS til  
NKR for behandling af langvarige non- maligne muskuloskeletale smerter hos børn  
og unge 6-18 år december 2021 af Gitte Aagard og Pernille Opstrup

Vi har i Akut og intensiv udvalget gennemlæst den udsendte retningslinje udarbejdet af  
Videnscenter for børnesmerter.

Ganske som vores indvending ved NKR om procedure relaterede smerter, er det vores oplevelse,  
at det er et flot og gennemarbejdet værk, som imidlertid ikke er specielt operationelt i en travl  
klinisk hverdag.

Vi støtter arbejdet med at få beskrevet denne meget heterogene patientgruppe og ikke mindst  
forsøget på at definere mulige terapeutiske tilgange, men har svært ved at se, at den taler ind i  
vores felt, som jo i højere grad er akut sygdom og dermed også smerter som der oftest findes en  
fysisk årsag til. Derudover vil det ikke være i akutmodtagelser eller intensiv afsnit at de beskrevne  
behandlingsmuligheder sættes i værk.

På akut og intensiv udvalgets vegne

Marianne Sjølin Frederiksen  
Formand

Kommentarer fra reumatologiudvalget under DPS til  
NKR for behandling af langvarige non- maligne muskuloskeletale smerter hos børn  
og unge 6-18 år december 2021 af Gitte Aagard og Pernille Opstrup

Generelt: Mange tak for den tilsendte NKR og for den grundige gennemgang af  
behandlingsmæssige problemstillinger mht hvilken behandling der er evidens for og ikke evidens  
for. Der er lavet en grundig opbrydning af behandlingsmæssige muligheder mht farmakologisk  
behandling/fys/tværfaglig interdisciplinærbehandling/psykoedukation mv.

Forfatterne har valgt ikke at inkludere en vurdering af behandlinger som cannabis og andre  
alternative behandlinger. Der er udover smerteedukation og interdisciplinærbehandling ikke  
nævnt mere specifikke psykologiske behandlinger (i nogle af vores nabolande ( fx tyskland) er der  
tradition for psykoterapi for børn med kroniske smertetilstande)).



Specifikke kommentarer:

1. Generelt, efter vores mening at det er lidt usikkert hvilke børn der er inkluderede i NKR. Er der tale om børn/unge med smerter i bevægeapparatet uden somatisk comorbiditet. Eller er der også tale om børn/unge med smerter i bevægeapparatet men samtidigt sygdom såsom børnegigt, migræne, leversygdom, neurologisk sygdom, ortopædkirurgisk sygdom, somatiseringstilstand etc. Vi formoder det sidste. Men hvis I kunne udspecificere dette ville det efter vores mening være godt og muligvis gøre retningslinien mere brugbart.
2. side 3 "arbejdsgruppe vurderer at svage analgetika (paracetamol og NSAID) ikke er indicerede i beh af langvarige nonmaligne smerter" Denne vurdering bunder ikke i funden evidens (da den iflg forfattergruppen ikke eksisterer) men mere i forfatternes egne holdninger. Jeg/ vi er ikke uenige i at panodil/nsaid ikke skal bruges hovedløst, men jeg vi/mener at panodil ved behov samt NSAID som korte kure / 14 dg) kan være en fin behandling fx hos børn med ort kir problematik eller børn med mild børnegigt.
3. side 9 "overveje at tilbyde smerteudvikling målrettet forældre til børn/unge med langvarige nonmaligne muskuloskeletale smerter -svag anbefaling – motivation vigtigt, og somatiske spørgsmål skal være afklarede. Vi er enige i dette (at de somatiske spørgsmål skal være afklarede) men vi mener at man godt samtidig med behandling af den somatiske tilstand kan sætte ind med smerteudvikling, hvis det er det man ønsker.
4. side 10, vedr "smerteudvikling", så vidt vi læser retningslinien er der ingen evidens for at smerteudvikling virker eller ikke virker på muskuloskeletale smerter. Forfattergruppen vælger at lave litteratursøgning på andre kroniske smertetilstande end de muskuloskeletale og finder 2 studier hvor smerteudvikling muligvis øger funktionsniveauet hos børn/unge (i form af skolefravær målt pr dg). Forfatterne påpeger selv at disse resultater muligvis ikke kan overføres til at omhandle muskuloskeletale smerter, men vælger alligevel at anbefale m "svag evidens" smerteudvikling. Jeg/vi synes det er mere korrekt at enten ikke udtale sig om smerteudvikling eller skrive at der ingen evidens er for om det virker/ikke virker grundet mgl studier
5. s 11-13 fint skema med de studier der eksisterer vedr smerteudvikling, men spørgsmålet er om konklusionen ikke skal være at vi ikke kan udtale sig om smerteudvikling er indiceret grundet mlg evidens (som nævnt i punkt 4)
6. s22 vedr sekundære analgetika/TCA, Gabapentin mv, generelt et ok afsnit, men vi syntes, doserne er lidt forvirrende: Rent empirisk anvendes i Danmark typisk TCA (Tri Cykliske Antidepressiva) som amitriptylin og noritren som 1. valg i doseringen 0,3-0,5 mg/kg x 3 hvor noritren gives i dagtimerne og amitriptylin til natten, da amitriptylin har en sederende effekt. At give noget til nat og samtidig x 3 giver for os ikke helt mening. Vi er ikke helt sikre på, om disse doser er de gængse (så vidt vi kan se på medicin.dk), men måske kan I uddybe dette. Sidste ting: bør der ikke også være maks dosis på?
7. s 32, vedr Interdisciplinær behandling, god pointe at behandlingen med fordel kan underbygges at hyppig follow-up og evaluering inkl evaluering mht effekt og at behandlingen løbende genovervejes og evt afbrydes ved manglende effekt