

Behandlingsriktlinje CRPS

Complex Regional Pain Syndrome

INLEDNING

I uppdrag av specialitetsgruppen arbetsterapi har ett nätverk bildats med namngivna personer för att utveckla handrehabilitering vid länets sjukhus samt inom primärvården. Uppdraget är att skapa en evidensbaserad och framgångsrik arbetsterapi inom länets handrehabilitering och tydliggöra rehabkedjan för patientgrupper med handdiagnoser/skador.

Definition

Formulering av behandlingsriktlinjer är ett led i att utveckla, strukturera och teoretiskt förankra arbetsterapi. Riktlinjerna är beskrivna utifrån WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (1). Behandlingsriktlinjer kan användas för att förtydliga när arbetsterapeutiska interventioner kan äga rum, hur de går till och vad de syftar till. Riktlinjerna bör också förtydliga patientens nytta med interventionen och hur interventionen utvärderas (2).

Syfte

Behandlingsriktlinjer syftar till att skapa enhetliga rutiner för arbetsterapeuter inom sluten och öppen vård och att ge invånarna i Region Dalarna en jämlik och trygg sjukvård/rehabilitering baserad på kvalitet och den enskildes behov.

Syftet är dessutom att öka kunskapen hos nyanställda arbetsterapeuter, studerande, och ge berörd personal inom sluten och öppen vård, kommun och primärvård kunskap om de behandlingsinsatser arbetsterapeuten gör för den aktuella patientgruppen och på så vis underlätta samverkan mellan dessa grupper (3).

BESKRIVNING AV MÅLGRUPP

Kroppsfunktion

Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) står för kroniskt smärt tillstånd som särskilt involverar handen efter ett mer eller mindre stort trauma (4). Smärtan står inte i proportion till skadan och gäller inte om något annat tillstånd kan förklara smärtan och nedsättningen (5).

Orsaken är en skada på nervsystemet. Det kan röra sig om en olycka eller slag mot armen eller benet. Ibland kan orsaken vara långvarig överbelastning. Ibland uppkommer CRPS utan att det finns någon utlösande orsak som kan pekats ut.

Typiska symtom är en patient som inte använder sin hand och t ex har brännande smärta i hand/axel, stelhet/ömhet i pip lederna, diffust ödem i hela handen. Obalans i autonoma nervsystemet: överkänslighet i huden för kyla/ värme, beröring, ökad/minskad svettning mm (6,7,8).

En typisk riskpatient kan i jämförelse med den friska handen vara svullen och blank i huden. Ökad hårbeväxt runt handled och ibland på fingerlederna kan förekomma. I vola och i böjvecken kan huden vara blank, fuktig och svettig. Ibland upplever patienten att det rinner vatten i armen. Huden kan se glasaktig ut och upplevas genomskinlig. Huden kan vara rödflammig med vita prickar. Handleden kan vara rak med lätt kloställning på fingrarna.

År 1994 enades Internationell Association for the Studie of Pain (IASP) att kalla tillståndet CRPS. Det finns idag inga diagnostiska test för att fastställa CRPS. Rökare drabbas oftare än icke rökare och kvinnor drabbas 3 gånger oftare än män. Medelåldern för de som drabbas av CRPS är 45 år (9). Barn kan även drabbas av CRPS (10).

Aktivitet och delaktighet

Typiska symptom är en patient som inte använder sin hand i vardagliga aktiviteter. Tillståndet kan ge rörelserelaterade funktionshinder och smärta som innebär förändrade förutsättningar på aktivitetsnivå med svårighet att kunna hantera och utföra olika vardagliga aktiviteter t ex personlig vård, hushållsaktiviteter, fritidsaktiviteter, arbete och skola. Detta påverkar delaktigheten och rollerna.

Vanligt är att man också upplever negativ påverkan på humör, sömn, arbete, relationer, sociala aktiviteter och nöjesaktiviteter (6). Dessutom finns ofta en oro över hela situationen, ingen riktig förklaring till besvären kan ges, och man kan ha svårt att acceptera varför just man själv har drabbats (7).

Omgivning

Under rehabiliteringen har familj, vänner och arbetskamrater en viktig funktion. Personen kan behöva både fysiskt och emotionellt stöd. Hur personen bemöts under rehabiliteringen har betydelse (1). Tillståndet kan medföra svårigheter att hantera vissa redskap och begränsa personen i vissa vardagsaktiviteter p g a nedsatt rörlighet.

BEHANDLINGSMÅL

Målet är att patienten skall återfå en optimal handfunktion för att förhindra nedsatt aktivitetsförmåga och försämrad delaktighet i det dagliga livet. Målen ska vara mätbara och tidsbegränsade, gärna uppdelade i delmål.

ARBETSTERAPEUTISKA ÅTGÄRDER

Handen har en central betydelse för aktiviteter i dagliga livet och det är betydelsefullt och nödvändigt att patienten återfår god handfunktion så snabbt som möjligt (11). Arbetsterapeutens åtgärder syftar till att öka patientens aktivitetsförmåga genom att motverka svullnad, reducera smärtan och övervinna eventuell rädsla så att patienten ska återfå ledrörlighet, muskelstyrka och därmed en god handfunktion.

Bedömning

Tidigast 6-10 veckor efter traumat kan man bekräfta CRPS. I ett tidigare stadium efter skadan kan det vara svårt att skilja på vad som är normala post-operativa problem (10).

Det är dock viktigt att tänka på möjligheten av CRPS hos alla patienter som har ovanligt kraftiga smärtor efter en skada. Noggrann klinisk undersökning är nödvändig för att ställa diagnosen CRPS. CRPS-patienter bör redan i ett tidigt skede av symtombilden på lätta indikationer hänvisas till multiprofessionell bedömning, där erfarenheten och kunskaperna som krävs för optimalt omhändertagande av dessa patienter finns. Smärtbehandling bör inledas enligt riktlinjerna för neuropatisk smärta och aktiv rehabilitering planeras för patienten (12).

Smärtsyndromet delas in i två grupper:

CRPS typ I är den vanligaste formen och som uppstår efter trauma/operation med små nervskador eller spontant utan synliga skador.

CRPS typ II förekommer vid stora konstaterade perifera nervskador och tydliga skador (13).

Tidig diagnostisering av CRPS är viktigt för adekvat behandling och tillfrisknande (14). Till hjälp att diagnostisera och följa utvecklingen, kan bilaga 1 och 2 användas.

Canadian Occupation Performance Measure (COPM), som bygger på teorier i Canadian Model of Occupational Performance, är ett lämpligt bedömningsinstrument att använda. Här värderar patienten aktivitetens betydelse och eventuella problem i aktivitetsutförandet identifieras. Det ger ett bra underlag för diskussionen kring målsättningen med behandlingen (15).

Intervention

Det finns i dag endast ett fåtal studier gjorda som behandlar kombinationen CRPS och arbetsterapi, men i litteraturen beskrivs arbetsterapi/sjukgymnastik som en av de initiala hörnstenarna i behandlingen. Rekommendationen är att aktivt arbeta med interdisciplinära teaminsatser både vid bedömning och rehabilitering. Rehabiliteringen ska ske med fokus på funktion, där desentisering och normalisering av rörelsemönstret ingår i behandlingen (16). Vetenskapliga studier visar att kombinerad behandling med arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare och sjuksköterska av långvarig smärta leder till minskad sjukskrivning och att fler återkommer i arbete (17).

CRPS är en av de största utmaningarna en handterapeut ställs inför. Behandlingen kräver nära samarbete mellan läkare, terapeut och patient. Tidig identifiering av besvären är väsentligt och det är viktigt med ett helhetsperspektiv vid bedömning och behandling. För en lyckad behandling av CRPS krävs att man som arbetsterapeut motiverar patienten och hjälper dem hitta lösningar på problemen så att man får en aktiv patient (18).

Kroppsfunktion

Förebyggande åtgärder för att förhindra CRPS:

- Ödem och knyttdiastas minskas genom högläge, mjuk rörelseträning och vid behov ödembehandling (lindning, ödemhandske).
- Uppmuntra patienten att använda handen i lättare aktivitet.
- Informera patienten om eget ansvar, detta innefattar även att söka hjälp vid problem, "ej sitta hemma och lida".

Omgivning

- Byt gips om det inte hjälper med gipsjustering och smärtlindring. Lyssna på patientens upplevelse!

Till hjälp för arbetsterapeutisk intervention kan bilaga 2 användas.

Aktivitet och delaktighet

Många patienter med CRPS har kopplat bort den drabbade extremiteten och använder den inte i aktivitet. Det finns studier som visar att man vid CRPS upplever extremiteten som främmande och inte riktigt sin egen, och det kan förklaras som ett neglektliknande syndrom med förändringar på kortikal nivå (14, 19, 20). I sådana fall kan träning med hjälp av spegel vara en alternativ träningsmetod, där man utför rörelser och aktiviteter med den friska handen men tittar i en spegel, för att få uppfattningen att det är den drabbade handen som utför rörelserna (19, 20, 21).

RESULTAT OCH UTVÄRDERING

CRPS är ett tillstånd med ett långvarigt förlopp, även vid adekvat behandling, studier påvisar att varaktigheten ligger mellan ett till tre år (6). CRPS är mycket varierande både i hur allvarliga symtomen är och hur länge symtomen varar. CRPS kan vara mild och bli bättre av sig själv eller med behandling. Hos vissa människor, kan CRPS orsaka svåra symtom och pågå i många år. Det finns klara bevis på nyttan av tillräcklig smärtlindrande medicinering redan i början av det akuta skedet, tidig mobilisering (även i det akuta skedet) samt regelbunden uppföljning särskilt efter en svår extremitetsskada för förhindrandet av att tillståndet blir kroniskt (12).

Utvärdering sker kontinuerligt under hela behandlingstiden, mätningar vad gäller strukturer och funktioner följs upp. Att nå de mindre målen ger positiv feedback.

REFERENSER

1. WHO (2010) International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF) Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Edita Västra aros AB, Västerås, 2010
 2. Regionstyrelsen i Region Skåne. Skånsk livskraft, vård och hälsa, 2002.
 3. SOSFS 1996:32. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Stockholm
 4. Veldman, Reynan, Arntc. Signs and Symptoms of reflex sympathetic dystrophy prospective study of 829 patients the lancet, 342 (Oct 23) p.1012-1016.1993
 5. Scadding JW. Complex Regional Pain Syndrome. In Wall P, Melzack R(ed). Textbook of Pain. 4 th ed, London: Churchill Livingstone, p. 835-48;1999.
 6. Galer B, Henderson J, Jensen M & Perander J. (2000). Course of symptoms and Quality of life Measurement in Complex Regional Pain Syndrome. A Pilot Survey. Journal of Pain and Symptom Management. Volume 20. No 4.
 7. Allen Sara & Lofthus Anne. (2004). Komplex regionalt smertesyndrom (CRPA)- Del 1. Fysioterapeuten nr 3.)
 8. L. Andrew Koman, B Paterson Smith, Thomas L. Smith, Rehabilitation of the hand and upper extremity, 5 edition. London. Vol 2, Reflex Sympathetic dystrophy s.1695-1722.).
 9. Low Pa, Wilson P, Sandroni P, Willner C, Chelimsky T. Clinical characteristics of patients with reflex sympathetic dystrophy(sympathetically maintained pain) in the USA. Sandroni 1996.
 10. Schurman M, Gradl G, Andress HJ, Furst. H & Schildeberg FW. 1999. Assessment of perirheral sympathetic nervous function for diagnosing early post traumatic complex regional pain syndrometype I. Pain; 88 p.149-159.
 11. Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering. Vol 1+2: Skador,sjukdomar. Lund, Studentlitteratur, 1992
 12. Heiskanen T, Komplex regionalt smärtsyndrom (Complex regional pain syndrome, CRPS). Finska Läkaresällskapets Handlingar Årgång 172 Nr 1, 2012).
 13. Rho R.H, Bremer R.P, Lamer T.M, Wilson PR. Concise review for clinicians. Complex regional pain syndrome. Mayo Clinic Proceedings (Feb),2002, 77(2)et al.
 14. Zhongyu Li, Paterson B, Smith TL, Koman LA. Diagnosis and Management of Complex Regional Pain Syndrome Complication Upper Extremity Recovery. Journal of Hand Therapy 2005; 02:270-276.
 15. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA. (2006). Canadian Occupational Performance Measure. Svensk version 4:e uppl. Nacka.).
 16. Harden RN, Baron r, Jänning W. Complex Regional pain Syndrome progress in Pain Reaserch and Management . vol 22. Seattle:IASP Press, 2001.
 17. Statens beredning för utredning av medicinsk metodik (SBU). Metoder för behandling av långvarig smärta. SBU – rapport 2006, nr 177.
-

18. Munzter E, Walsh M. Rehabilitation of the hand and upper extremity, 5 edition. London. Vol 2, Therapist management of complex regional pain syndrome. s.1707-1722
19. Acerra N, Moseley L, Souvlis T. (2007). Stroke, Complex Regional Pain Syndrome and Phantom Limb Pain: Can common modalities direct future management? Journal of Rehabilitation Medicine. 39;109-114.
20. Förderreuther S, Sailer U, Straube A. Impaired self-perception of the hand in complex regional pain syndrom (CRPS). Pain ;110:756-761. 2004. Koman et al 2005
21. Holmström E, Moritz U. (2007). Rörelseorganens funktionsstörningar, klinik och sjukgymnastik. Lund: Studetlitteratur.

REVIDERING

Skapat av: Erika Andersson, Therese Eskilsson & Ingela Knott

Ansvarig för detta program: Representant i "nätverk för handrehabilitering"

REVIDERING: 2022

CRPS-kriterier (Complex Regional Pain syndrome)

(Bilaga 1)

(1) Kontinuerlig smärta som inte står i proportion till utlösande orsak
(2) Minst ett symptom i vardera fyra kategorier vid något tillfälle efter skadan

 Sensorik hyperestesi

 Vasomotor temperaturasymetri
 hudfärgförändring
 hudfärgasymetri

 Sudomotor ödem
 svettförändringar
 svettasymetri

 Motor minskat rörelseomfång
 motordysfunktion (svaghet, tremor el dystoni =
 onormal muskelspänning)

(3) Minst ett tecken i två eller fler av följande kategorier vid undersökning

 Sensorik hyperalgesi (nervsmärta, smärtförmimmelser
 pinprick)
 allodyni (lätt hudberöring upplevs smärtsam)

 Vasomotor temperatur asymetri
 hudfärgförändring
 hudfärg asymetri

 Sudomotor ödem
 svettförändringar
 svettasymetri

 Motor minska rörelseomfång
 motordysfunktion(svaghet, tremor el dystoni)
 trofiska förändringar (tillväxt hår, naglar el hud)

 Har patienten CRPS JA NEJ

Undersökare.....

Datum.....

Bedömning/intervention vid misstänkt CRPS

(Bilaga 2)

Bedömning	Intervention
Har patienten bra smärtlindring?	Kontakta behandlande läkare om patienten inte har optimal smärtlindring. Information om smärtlindringens syfte.
Skatta smärta i vila/aktivitet Vid risk för CRPS är patienten trycköm lateralt om pip –lederna. Generell aktiv/passiv rörelse -smärta i fingrarna (10).	VAS: Smärtskattningsinstrumentet VAS för att patienten själv ska skatta sin smärta. Bra effekt för att påvisa smärtintensiteten har p g a detta god reliabilitet och validitet (17). Avlastande ortoser (mjuka), mikropaus vid aktivitet och spegelträning har också en smärtlindrande effekt.
Hur använder patienten sin hand/arm i: <ul style="list-style-type: none"> • aktivitet • fritid • arbete Coacha patienten om aktiv rörelseträning i vardagssituationer	Korta pass med varierande övningar vid olika stationer och med pauser mellan. Observera patientens rörelsemönster. Följer handen med naturligt eller bärs den runt som en ömtålig klenod. Information om anatomi och aktivitetens betydelse, för att öka förståelsen för: Vikten av att: <ul style="list-style-type: none"> - använda hela handen/armen (ej kompensera) - ta ansvar för sin rehabilitering - ta ansvar för om smärtlindringen inte fungerar. Be patienten utföra något praktiskt ex: <ul style="list-style-type: none"> - vika en handduk - skära i deg med kniv och gaffel - hålla vatten ur tillbringare i ett glas och dricka - olika greppövningar som solitärspel med olika storlekar på greppen, plockövningar i olika material och tyngd - trä pärlhalsband, vika påsar mm. Gör patienten observant på hur hon/han gör vid aktivitet.

	<p>Prova ut ett mjukt handledsbandage i smärtlindrande syfte och för att våga använda sin hand i vardaglig aktivitet</p>
<p>Ödem</p> <p>Mät handens omkrets med måttband/volymeter. Använd alltid samma måttband vid varje bedömningstillfälle (10).</p> <p>Viktigt att jämföra med den friska handen då ödemet kan variera under dagen beroende på aktivitetsnivå, diet, temperatur och vattenmängd i kroppen (11).</p>	<p>Ödembehandling:</p> <p>T. ex: kompression, AV-impulsbehandling, lätt massage, instruera om mjuk aktiv rörelseträning, högläge (dag/natt) i syfte att minska ödem. Ortosbehandling i syfte att minska ödem, smärta (18).</p> <p>Behandla alltid ödemet så snabbt som möjligt. Informera/uppföljning tätt tills ödemet är under kontroll.</p>
<p>Nedsatt rörlighet</p> <p>Mät med goniometer (9).</p> <p>Vanligt är: knytdiastas och extensionsdefekt vid aktiv rörelseträning, nedsatt maximal fingerabduktion, passiv hyperextension i MCP-lederna & passiv/aktiv extensionsdefekt i pip-lederna (10).</p>	<p>Träningsprogram för rörelseträning:</p> <p>Aktiv obelastad träning under smärtgräns. I lugnt tempo, observera sittställning, axlar.</p> <p>Korta pass och notera vilken intensitet handen tål.</p>
<p>Har patienten stora problem med svullnad och smärta och inskränkt rörlighet är risken stor att utveckla CRPS</p>	<p>Kalla tillbaka patienten inom en vecka.</p> <p>Den terapeutiska behandlingen går främst ut på att behandla ödem, smärta och rörelseinskränkning. En viktig del i behandlingen är att lära patienten att träna på rätt sätt så att de inte överskrider smärtgränsen vid träningen, detta kan trigga smärtsyndromet ännu värre.</p> <p>Informera om tillståndet och dess följder och ungefärlig tidsperiod så att patienten känner sig trygg och blir maximalt träningsmotiverad.</p> <p>Att det blir en långvarig behandling och att patienten själv måste vara aktiv i rehabiliteringen. Initialt är det viktigt med täta återbesök och långvarig uppföljning (11).</p>
<p>Sensorik t ex hyperestesi</p>	<p>Känslträning, utforma skydd som avlastande mjuka ortoser, beröringsskydd och ärrplåster (11).</p>