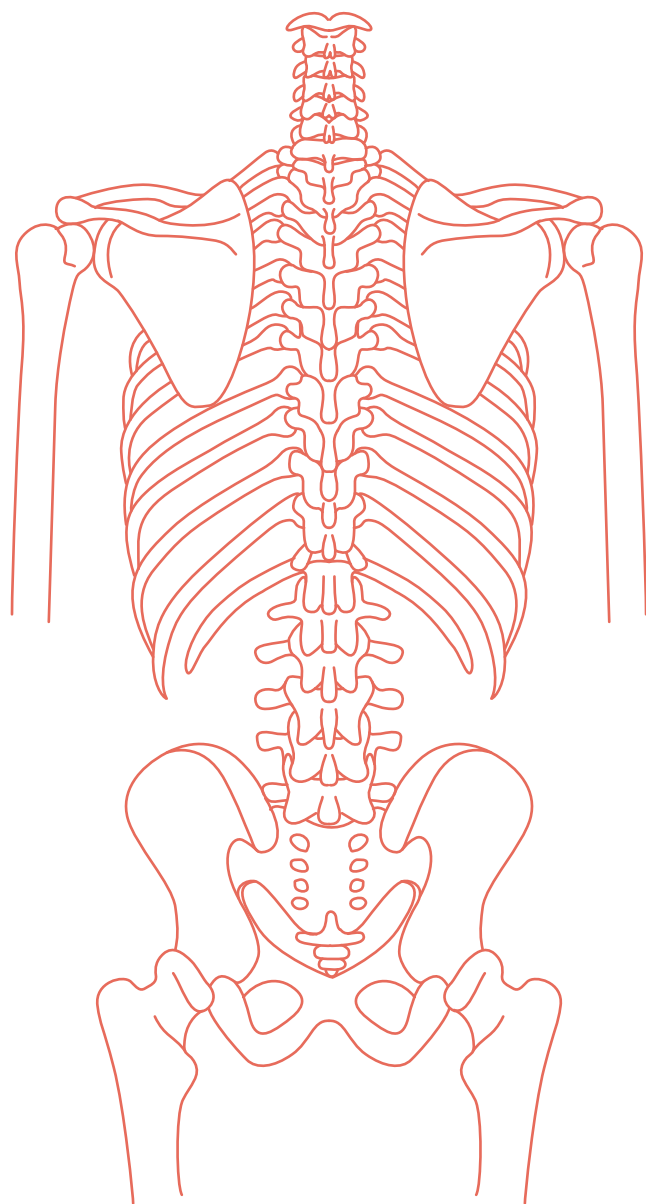


**GEMENSAMT
VÅRDPROGRAM FÖR
LÄNDRYGGSSMÄRTA**



INNEHÅLL

INLEDNING	4
BAKGRUND	7
GRUNDLÄGGANDE BEHANDLINGSFILOSOFI	3
KLINISK BEDÖMNING AV LÄNDRYGGSSMÄRTA	4
ANAMNES	11
STATUS VID LÄNDRYGGSSMÄRTA	14
RÖRELSETESTER Diskaffektion, Sacro-iliacaleds besvär, Höftledsbesvär	15
MANUELL UNDERSÖKNING Provokation/Avlastningstester	16
BEHANDLINGSMETODER	17
MANUELLA BEHANDLINGSTEKNIKER Mobilisering/manipulation, Traktion	18
TRÄNING Tips och råd, Akupunkturbehandling vid ländryggsmärta	19
ARBETSPROCESS SJUKGYMNASTIK	21
UTREDNING INFÖR EVENTUELL OPERATION	22
MEDICINER	23
KIRURGI Indikationer, Kirurgisk teknik, Träning efter steloperation, Resultat av steloperation	24
ARBETSÅTERGÅNG	27
MULTIPROFESSIONELL REHABILITERING	28
SAMMANFATTNING	28
REFERENSER	29
PATIENTINFORMATION VID AKUT SMÄRTA I LÄNDRYGGEN	31



INLEDNING

Vår grupp har tidigare utarbetat och publicerat vårdprogram för diskbråcks-relaterad bensmärta samt spinal stenos-relaterad bensmärta. Det tredje programmet avhandlar den stora gruppen patienter med ländryggsmärta.

Ländryggsmärta är mycket vanligt förekommande och orsakar mycket lidande och stora ekonomiska kostnader.

Vi upplever att man i många fall ger felaktiga råd och behandlingar till dessa patienter. Liksom att det i flera fall sker både överbehandling och underbehandling. Detta leder till onödigt långt lidande och får också sociala och ekonomiska konsekvenser.

Patitenter med ländryggsmärta kommer i kontakt med många olika yrkeskategorier inom vården. Många patienter behandlas initialt av olika manuella terapeuter, framförallt sjukgymnaster, och de med uttalade besvär träffar ibland så småningom ryggkirurgins personal.

Vi tror att det är av stort värde om man kan utarbeta en gemensam syn över de olika yrkesgränserna för hur utredning och behandling av ländryggsmärta ska ske.

Det är således viktigt med ett samarbete mellan sjukgymnaster och ryggkirurger och därför har nedanstående personer från fyra ledande sjukgymnast-centra (Haninge Fysio Center, Ortoped Medicinskt Center, Rehabtjänst Stockholm Norr Sjukgymnastik) och det största ryggcentrat i Stockholm (Stockholm Spine Center, som arbetar med såväl kirurgi som multiprofessionell ryggrehabilitering) tagit fram ett gemensamt vårdprogram.

Baserat på forskning och erfarenheter

Våra rekommendationer bygger på den forskning som finns inom området. Tyvärr saknas dock bra forskning angående många behandlingsformer - framför allt för konservativ behandling - och därför grundar sig många av våra råd på vår gemensamma mycket långa erfarenhet av patienter med ländryggsmärta. Vi har valt att inte lägga in referenser vid varje påstående utan har lagt en aktuell referenslista i slutet av vårdprogrammet.

Vår förhoppning är att detta vårdprogram ska tjäna som ett underlag för en mer systematisk behandling av dessa patienter och stimulera till

kliniska studier för att utveckla en bättre och mer evidensbaserad vård.

En bra utgångspunkt för fortsatta diskussioner är att olika vårdgivare redovisar sitt patienturval och resultat på ett likartat sätt.

Vi föreslår att man använder Lintons frågeformulär för att beskriva risken för kronisk smärta, VAS - separerat rygg och ben - för smärtnivån, Oswestry som ryggspecifik funktionscore och Euroqol som generellt hälsoscore för att kunna jämföra med andra diagnoser/behandlingar.

Vår tanke är att vårdprogrammet ska vara ett levande dokument som förändras allteftersom nya kunskaper tillkommer. Eventuella synpunkter mottages med tacksamhet till någon av våra mail-adresser.

Stockholm 2008.05.18

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tycho Tullberg'.

Tycho Tullberg
Ortoped
Stockholm Spine Center



DELTAGARE

Haninge FysioCenter Peter Ehlin	info@hfc.se
OM-Center Marna Alderin Annika Linusson	info@omcenter.se
Rehabtjänst Ann Hafström Kinne Håkansson Elisabeth Wallgren Bea Bakalis	info@rehabtjanst.se
Stockholm Norr Sjukgymnastik Lars Degerfeldt	larsdegerfeldt@telia.com
Stockholm Spine Center Margareta Hammar Monica Sundquist Tycho Tullberg	tycho.tullberg@spinecenter.se

BAKGRUND

Man brukar säga att 80% av alla människor under sin levnad kommer att drabbas av ryggbesvär. De flesta har dock måttliga besvär som minskar inom rimlig tid.

Man har tidigare sagt att man inte behöver vara så aktiv då ryggbesvär går över av sig själv och har en mycket gynnsam spontanläkning (90% blir bra inom 3 månader). Detta har tyvärr visat sig vara fel, då tidigare siffror grundade sig på arbetsåtergång och att man slutat söka vård för sina ryggbesvär. I själva verket är det en mycket hög recidiv risk – upp till 75% – 1 år efter besvärdebuten har ca 1/3 fortfarande måttliga besvär, ca 15% har uttalade besvär och 20-25% har en substantiell inskränkning i sina aktiviteter.

Det finns således stor anledning till vaksamhet vid ryggbesvär och viktigt att sätta in rätt behandling tidigt. Utan att man för den skull upphör att vara vaksam mot eventuell överkonsumtion av sjukvård.

En orsak till olika diskgenerativa tillstånd

Ur ortopedkirurgisk synvinkel är det den så kallade degenerativa processen som ger upphov till de flesta av ryggbesvären. Diskdegeneration är ett led i det normala åldrandet och det finns ett starkt genetiskt inflytande. Generna är viktigare än trauma och tungt arbete. Man ska veta att de olika diskdegenerativa tillstånden hör ihop och har samma grund. Under tiden som de utvecklas kan det uppkomma

olika symtom. Man kan exempelvis insjukna med bensmärta under tonåren på grund av ett diskbräck. Diskbräcket kan gå i spontan regress och bensmärtan försvinna, men under åren kan diskdegeneration utveckla sig och ge upphov till ryggsmärtor under 40-årsåldern. Dessa kan också spontant bli bättre för att sedan i 60-årsåldern återkomma. Denna gång med benbesvär på grund av en spinal stenos som i sin tur ytterligare kan bli värre med svåra ryggsmärtor på grund av en degenerativ scolios.

I detta vårdprogram behandlas ryggsmärtor utan påtagliga bensmärter. Ur kirurgisk synvinkel spelar det då ingen roll, om diagnosen är diskbräck, spondylos, spinal stenos eller spondylolisthes. Det är samma grundåkomma – diskdegeneration – som i stort behandlas på samma sätt, det vill säga olika former av steloperation (fusion).

GRUNDLÄGGANDE BEHANDLINGSFILOSOFI

Initialt görs en bedömning om det finns tecken på allvarlig underliggande sjukdom, det vill säga risk för fraktur, infektion eller malignitet. Till hjälp med detta används så kallade "röda flaggor", vilket är jakande svar på de anamnesfrågor som man alltid bör ställa.

Initialt används alltid så kallad konservativ behandling. Senast efter en månads sjukskrivning måste man göra en utvärdering för att säkerställa att inga negativa psykosociala faktorer förekommer. Man kan då ha hjälp av så kallade "gula flaggor", som är motsvarigheten till somatikens röda flaggor.

Man har rätt att prova olika manuella behandlingar, men det är inte acceptabelt att fortsätta med samma behandling om resultat uteblir. Det är då rimligt att prova andra behandlingssätt.

Vi anser att en så kallad biopsykosocial förklaringsmodell till ryggbesvär är användbar. Vid mer avancerade besvär bör man använda en multiprofessionell behandlingsfilosofi. Kirurgi ingår som en del i multimodal ryggbehandling.

KLINISK BEDÖMNING AV LÄNDRYGGSSMÄRTA

Den kliniska undersökningen och anamnesen utgör underlaget till en funktionsdiagnos och ett behandlingsupplägg. Den aktuella målsättningen är att dels bedöma patientens smärttillstånd/funktionsnedsättning i ländryggen och dels att differentialdiagnostisera mot patologi i inre organ samt bäcken och höftledsproblematik.

Den kliniska tankegången:

- Identifiera symtomgivande strukturer om möjligt.
- Identifiera funktionsstörningar som är relevanta för symtomen.
- Identifiera provocerande och lindrande rörelser.
- Identifiera konstitution som kan leda till felaktig belastning och smärta som följd.
- Identifiera tillstånd som ej skall behandlas.

Smärtanalysen bygger, förutom anamnesen, på tester av det perifera nervsystemet. Först penetreras olika uppkomstmekanismer, därefter identifieras de strukturer som kan ge smärta för att sedan kunna avgöra dess kvalité, spridning och sensitisering. *Ett viktigt mål vid undersökningen är att kunna reproducera eller finna avlastning för patientens upplevda smärta.*

Med analys av symtomen som grund byggs "*funktionsanalysen*" vidare med:

- helhetsbedömning av hållning, rörelsemönster, rörelseomfång, okontrollerat rörelseuttag, notera provocerande och lindrande rörelseriktningar och smärtans lokalisering
- bedömning av segmentell ledfunktion
- bedömning av muskelfunktion/lokala reaktioner respektive muskulär obalans, minskad eftergivlighet vid muskulär ökad tonus, förmåga till kontroll av bålstabiliserande muskler, koordination vid maximala rörelseuttag samt styrka och uthållighet.

"Funktionsdiagnosen" är slutledningen efter en summering av anamnes och observationer/fynd som kan ha betydelse för symtomens uppkomst. Diagnosen kan bekräftas av en provbehandling som leder till reducering av symtomen.

Övrig *behandlingsplanering* utgår från den analys som är gjord och skall stödja den primära symtombehandlingens på kort respektive längre sikt.

Målsättningen vid behandlingen av ländryggssmärta i ett vidare perspektiv är att bibehålla balans mellan rörlighet, stabilitet och muskelfunktion i relation till ålder, kön och konstitution. Detta med så ringa belastning av smärtgivande strukturer som möjligt. Patienten skall också få verktyg att förebygga ryggbesvär och kunskaper om åtgärder vid framtida recidiv. ...➤

KLINISK DIAGNOSTIK

... ➤ Övergripande bedömning

Det är svårt, för att inte säga omöjligt, att skilja tidiga symtom på allvarlig åkomma och normala ryggbesvär. För att inte missa detta bör man tänka på de så kallade ”röda flaggorna”. De är till för att påminna om att det kan föreligga en fraktur efter trauma, (som hos äldre eller nedgångna personer inte behöver vara stort) en infektion eller en malignitet.

Röda flaggor

Signifikant trauma
Långvarig steroidanvändning
Feber
Intravenöst missbruk
Känd cancer
Vikt förlust
Ihållande svår smärta nattetid
Smärta som intensifieras när patienten ligger ner

Vi vet att psykosociala faktorer är av stor betydelse både för att akuta smärtor ska bli kroniska och för vilka konsekvenser ryggont leder till. Det är därför viktigt att göra en analys av detta. Naturligtvis är det en fördel om man har detta tankesätt redan från början, men det är absolut nödvändigt om den initiala behandlingen inte har förväntad effekt eller om någon behöver vara sjukskriven mer än en månad.

För att leda tanken rätt har man upprättat så kallade ”gula flaggor”.

Gula flaggor

Rädsla/undvikande beteende (copingstrategier)
Katastroftankar
Depression
Somatisering
Tron att arbete är skadligt
Besvären beror på skada
Vantrivsel på arbetet
Beroende av passiva behandlingar
Missnöje med sjukvården
Negativt inflytande från familjen
Bristande ekonomiska incitament att arbeta

ANAMNES

Anamnesen syftar till att få fram patientens symtombild, funktionshinder samt bakomliggande faktorer. Anamnesen ger därigenom ett första intryck för diagnos och om smärtan är nociceptiv (lokal och/eller refererad), neurogen eller blandad.

Tillsammans med patienten diskuteras livsstil och vardagsbelastning. Patientens funktionsförmåga kartläggs. I anamnesen är syftet att få fram duration och förlopp av smärtan. Är den under förbättring, försämring eller ser patienten ingen förändring över tid? Sker ingen spontanläkning ska faktorer i individens livsstil eller annat som kan underhålla besvären identifieras.

Finns en tydligt utlösande faktor analyseras denna i det biomekaniska förloppet. Detta för att ge en ledtråd om hur ryggen har belastats.

Är detta ett förstagångsinsjuknande eller har patienten haft återkommande besvär? Vid recidiverande besvär bör extra emfas läggas på att identifiera bakomliggande faktorer som till exempel arbetsbelastning, hållning, träningsvanor, generell överörlighet, stressnivå och smärthantering.

Infektioner, inflammationstillstånd och övriga led-dysfunktioner kan påverka tillståndet och bör utredas.

Anamnesen bör också ge en antydning om smärtans lokalisering och nivå i columna samt de strukturer som är engagerade. Vanligtvis söker patienten för smärta men observera att även andra symtom som exempelvis trötthet, stelhet eller upplevelse av sjukdom förekommer.

Differentialdiagnostik är viktigt för att kunna ge en adekvat klinisk handläggning. Sjukgymnasten är ofta första instans och måste kunna bedöma om symtomen verkligen kommer från columna eller om de möjligen har sin genes från exempelvis viscera eller extremitetsleder. Psykosociala faktorer penetreras också i anamnesen (se avsnittet om gula flaggor). Anamnesen görs muntligt men kan kompletteras med exempelvis smärtritning och frågeformulär.

Frågor som bör ingå i anamnesen:

Var - Lokal eller utbredd smärta? Har smärtutbredningen förändrats sedan debuten? Det ger en vägledning till ursprunget av smärtan. Vid minskning av symtomen går de ofta tillbaka till den ursprungliga lokaliseringen.

När - Position eller belastning som provocerar alternativt lindrar, dygnsvariation, host- och nyssmärta, intermitterande, periodisk eller kontinuerlig? En konstant smärta kan tyda på inflammation alternativt konstant mekaniskt tryck.

Svaren på dessa frågor leder ofta fram till om patienten har en riktningpreferens. Till exempel går det att avgöra om patienten blir sämre av hopsjunket sittande och av framåtböjning men bättre av att stå och gå. Det ger en indikation om att flexionsaktivitet är provocerande och extension en lindrande rörelseriktning. Detta tas sedan upp vid rörelsetest och i behandling.

• • • ➤ Dessutom bör alltid vissa basfrågor ingå som, ålder, yrkesarbetandets art, grad av fysisk träning och fritidsaktiviteter, tidigare/nuvarande sjukdomar, förekomst av eventuell hereditet, tidigare/nuvarande behandlingar och resultat, eventuell MR/röntgen och laboratorieprover samt aktuell medicinering.

För att skapa ett förtroende mellan patient och vårdgivare är det viktigt att informera patienten om förloppet av akuta ländryggsbesvär och att de flesta tillfrisknar efter 2-4 veckor. De flesta ryggsbesvär har en stor recidivrisk och det är därför viktigt att söka efter faktorer i individens livsstil som kan minska risken för recidiv. För patienter med långvarig smärta är det viktigt att kartlägga om rörelserådsla föreligger. Särskild uppmärksamhet bör också läggas på valet av copingstrategier.

Anamnestiska uppgifter som kan ge vägledning:

Vid diskaffektion

Smärtan kan uppstå plötsligt, men det kan också vara en smygande symptomdebut. Smärtan tilltar oftast i samband med en belastning som provocerar disken genom kompression och/eller torsion, till exempel vid lyft, framåtböjning, mycket sittande, hosta, nysning eller krystning.

I ett tidigt stadium är smärtan ofta beskriven som en trötthet i ryggen med dagar/perioder där smärtan ökar i intensitet. Känslan av att ryggen blir sned eller att det är svårt att hålla ryggen helt rak förekommer ofta. Patienter med diskrelaterad smärta kan ha recidiverande ryggsmärta utan total smärtfrihet i mellan-

perioderna. Om symtomens lokalisation kan variera med position eller belastning, till exempel alternera mellan höger och vänster sida kan man också misstänka diskogen orsak.

Typisk dygnsvariation är att patienten känner sig bättre på morgonen och sämre under dagen på grund av ökad belastning.

Frekvent uppger patienterna att de måste passa sig för framåtböjning och att sitta, framför allt med dåligt stöd för svanken.

Vila och avlastning i liggande ställning lindrar oftast symtomen, men även promenader och lättare former av träning kan ge en smärtlindrande effekt.

Vid facettledsrelaterad smärta

Facettledsrelaterad smärta är ofta lokal i ländryggen och smärtar vid rörelser i en eller ett par riktningar. Den ger sig till känna vid rörelsetester, både i belastade och obelastade positioner. Typiskt för degenerativ facettledssmärta, som vid annan artros, är morgonstelhet och stelhet efter långvarigt sittande som lättar vid aktivitet/rörelser. Smärtan är oftast inte konstant.

Vid muskulär ländryggsmärta

En primär muskulär ländryggsmärta kan debutera efter en för patienten ovan aktivitet som idrottsutövning eller annat tungt muskelarbete. Den kan yttra sig som smärta vid aktivitet, vid förlängning av muskeln samt vid avlastning i vila.

Sekundär muskulär ländryggsmärta är vanligt och uppkommer ofta som ett muskelförsvar orsakat av

ryggsmärta från djupare strukturer eller som en kvarstående spänning efter ett akut tillstånd som läkt ut. Denna spänning är viktig att behandla för att kunna påverka patientens symtom.

Vid sacro-iliacaleds besvär

Smärtan från sacroiliacalederna (SI-lederna) kan vara lokal med eller utan utstrålning till symfysen, ljumskar eller sätet. Utstrålning kan också förekomma mot baksidan av låren, men sällan nedanför knäna. Om patienten upplever nattlig värk, morgonstelhet med belastningsmärta och svårigheter med att finna avlastning, kan orsaken vara inflammatorisk. Viktigt är då att ställa frågor som ger ytterligare information om en eventuell reumatisk/inflammatorisk process. En sådan kan exempelvis förekomma i samband med multipla senfäste-inflammationer, irit, psoriasisartrit och upprepade urinvägsinfektioner. Den kan också förekomma i samband med andra ledåkommor och om eventuell tidigare medicinering givit lindring. Ökad rörlighet i SI-leden, som vid graviditet eller generell överrörlighet, kan också vara orsak till besvären.

Smärtan förvärras ofta vid belastning på ett ben, vid abduktion/snedbelastning eller vid gång. Det är också vanligt att smärtan infinner sig vid uppresning från sittande.

Vid höftledsartros

Patienten anger oftast en ljumsksmärta, ibland med utstrålning i främre/mediala delen av låret fram till knät. Värken kan även vara lokaliserad kring tro-

chantern och sätet. Smärtan är ofta belastningsrelaterad och den uppmätta gångsträckan innan symtom uppstår är ett bra mått på besvärsgrad. Vilovärk förekommer ofta och talar för artros. Patienten anger ofta svårighet att ta på strumpor och skor, smärta vid rotation av benet samt vid uppresning från sittande. Gången är ofta haltande.

Nedsatt rörlighet i höftleden kan leda till att rörligheten istället måste tas ut i ländryggen, vilket kan ge upphov till smärta.

STATUS VID LÄNDRYGGSSMÄRTA

Inspektion i vila

Inspektion av:

- Hållning i stående och sittande
- Tyngdpunkt/muskelaktivitet
- Kurvaturer i frontal- respektive sagittalplanet
- Belastning och avvikande ställning nedre extremiteterna
- Benlängdsskillnad
- Tecken på hypotrofi eller spasm i muskulatur

Analys vid asymmetri

Antalgisk position/ojämnt fördelad belastning

Bedöm om det finns belastningssmärta från nedre extremiteterna eller om det är en avvärjningsposition på grund av smärta i ländryggen. Prova om korrigering avlastar eller provocerar smärtan. Analysen hjälper till att rikta den fortsatta undersökningen/ behandlingen. Om ingen förändring av smärtan sker vid korrektion av avvärjningsställningen är den sannolikt inte relevant för det aktuella problemet.

Benlängdsskillnad

Inspektion och palpation av bäckenets referenspunkter i stående och framåtböjd ställning. Analysen bidrar till att fastställa en eventuell benlängdsskillnad. Inspektion med hälförhöjning samt värdering av funktionen respektive smärtan i ländryggen, talar för eller mot en korrigering. Om patienten har mera besvär i gående och stående, kan det vara relevant med kompensation av benlängdsskillnaden.

Strukturell scolios

Inspektera scoliosens apex samt komensationer ovanför och nedanför samt grad av rotationskomponent i framåtböjt läge. Hur rörlig respektive uträtbar är scoliosen? Analysen bidrar till upplägget av den manuella behandlingen samt övningar för att bibehålla rörligheten.

Att fastställa graden av asymmetri är en viktig del att ta med i den totala bedömningen av en patient. Först då kan man avgöra om den har betydelse för diagnosen eller ej. Asymmetri som ett enskilt fynd skapar ingen diagnos.

I aktivitet – Observera rörelser vid av- och påklädning, förflyttning upp och ned från stol och brits. Notera hålta vid gång, rörelseutslag i nedre extremiteter, medrörelser av bål och rygg. När inträder belastningssmärtan i gångcykeln? Är avvikelsen/ smärtan under gång beroende av dysfunktion i nedre extremiteterna eller påverkas den av columnas inställning? Detta ger ett intryck av hur påverkad patienten är och därmed hur den fortsatta undersökningen skall fokuseras. Observationen ger även vägledning i differentialdiagnostik av länd-bäcken-höft samt rörelserädsla.

RÖRELSETESTER

Vid riktade rörelser i ländryggen noterar man rörelseuttag, hur rörelsen sker, förekomst av deviation samt rörlighet med nedsatt kontroll. Uppmana patienten att ange smärtans lokalisation och utbredning samt när symtom uppstår. Om patienten visar generellt stora rörelseuttag görs en bedömning utifrån en 0-9 skala, Carter & Wilkinson, där man kan få ett mått på generellt ökad ledlaxitet.

Upprepade rörelser i relevanta rörelseplan, belastat och/eller obelastat, utförs för att identifiera lindrande och provocerande rörelseriktningar. Viktigt är att notera om symtomen centraliseras, det vill säga närmar sig columna vid teströrelserna. Detta indikerar en god prognos och att vi har identifierat en behandlingsriktning som lindrar symtomen. Notera förändringen av rörlighet både i den testade rörelseriktningen och i den motsatta riktningen. Till exempel kan rörligheten i extension minska efter test med upprepad flexion.

Under utförande av funktionella tester bedöms styrka, balans samt patientens förmåga att koordinera och stabilisera ländryggen under olika moment. Detta sker genom specifika tester av den muskulatur som påverkar columnas stabilitet och posturala kontroll samt funktionella test som visar förmågan att stabilisera under rörelse och kraftutveckling.

Kliniska fynd som talar för:

Diskaffektion

Hållningen kan vara helt normal men vid test av rörligheten provoceras patientens aktuella symtom. Vid en

tydlig diskpåverkan är bilden ofta karaktäristisk, en så kallad smärtscolios i frontalplanet och med en samtidig uträtning av lordosen. Smärtan kan provoceras genom sidböjning ipsi- eller contralateralt. Deviationen liksom symtomen kan öka i ventralflexion.

Symtomen kan också öka vid en sidoglidning och ett bra test är att stabilisera bäckenet och forcera en translation i sidled.

Smärta i en rörelseriktning kan provocera ökad smärta, men om upprepade rörelser i samma riktning ger successivt mindre smärta talar detta med stor sannolikhet för en diskogen genes till smärtan. En ännu starkare bild som talar för disk är om symtomen närmar sig columna vid test av upprepade rörelser.

Sacro-iliacaleds besvär

Smärta i sacro-iliacaleden kan vara orsak till hålta och är inte påverkbar genom olika inställningar av columna.

Höftledsbesvär

Den klassiska höftledsartrosen har ett typiskt gångmönster där tyngdpunkten placeras över den smärtande höften vid belastning. Då extensionen tidigt påverkas kompenseras slutet av belastningsfasen under gången genom en fällning av bålen framåt. Enkla test som huksittande, sätta sig respektive resa sig, rotation under belastning av höftleden brukar ge klara indikationer på om höftleden är engagerad.

MANUELL UNDERSÖKNING

Provokation/Avlastningstester

Nerv

Vid lokal ryggsmärta kan ibland smärtan provoceras vid test av nervstrukturer. Speciellt känsliga är de neurodynamiska testerna om de utförs i den position där patienten upplever smärta. SLR (straight leg raise) kan testas i liggande, sittande och i stående position.

Vid test av SLR liksom vid PKB (prone knee bend) kan den lokala ryggsmärtan provoceras fram. Om den smärtan dessutom kan förstärkas via till exempel dorsalflexion av foten eller flexion av nacken, är det sannolikt att det föreligger en nedsatt glidning eller ökad mekanisk känslighet av nervstrukturerna. En orsak till detta kan tänkas vara en central diskbuktning.

För omhändertagande av patienter med bensmärta i samband med ländproblematik ber vi att få hänvisa till våra tidigare utgivna vårdprogram.

Lumbalt segment

Specifika provokations- och avlastningstester av ländryggssegment, sacroiliacaleder och höftleder är till stor hjälp vid differentialdiagnostik. Testerna kan utföras såväl under belastning som avlastat – och regeln är att ju mer smärtpåverkad patienten är, desto mer tonvikt läggs på avlastningstester. Disken kan provoceras genom kompression och avlastas med traktion i avvärjningsställning, alternativt i columnas längsriktning. Om rörligheten i liggande ställning jämfört med stående förändras påtagligt till mer nor-

malt förväntat rörelseutslag, så talar detta för en ren diskaffektion.

Facettledssmärta provoceras med ytterlägestester, ofta i kombination med rotation.

Om övrig diagnostik inte tyder på större diskinvolvering ligger den segmentella undersökningen till grund för vidare behandling – mobilisering/manipulation och/eller stabiliseringsträning. De segmentella fynden skall korreleras till patientens konstitution, den normalt förväntade rörligheten samt avvikelser från intilliggande segment. Graden av segmentell dysfunktion bedöms utifrån de sammanlagda svar man får av provokations/avlastnings- och rörlighetstester samt palpation av segmentnära strukturer. Segmentell smärta, svikt och rörlighet kan bedömas i mag- alternativt i sidliggande och verifierar den troliga nivån/erna till vilka behandlingen skall riktas.

Sacro-iliaca led

Avlastning/provokation av sacro-iliacaleden kan göras i olika belastade lägen.

Provokationstester som visat sig vara reliabla samt valida är: femur-dorsalt; kompression av ilii; separation av ilii; samt sacrum ventralt. Två av fyra tester bör vara positiva för att smärtan skall relateras till sacroiliacalederna.

Palpation av ligament kan också förstärka misstan- kar om sacro-iliacaleds engagemang.

Ofta är bäckensmärta refererad från ländryggen och denna bör noggrant undersökas för att försäkra att så inte är fallet, se ovan.

Höftled

Den viktigaste delen av en höftundersökning är att bedöma rörligheten samt notera i vilka rörelseriktningar som smärta uppstår. Det är vanligt att en begynnande höftartros redan i ett tidigt skede får en inskränkt rörlighet med smärta i ytterlägen. Detta kan man testa passivt i liggande, men även i belastad position. Det är av stor vikt att en bedömning görs av stramheten i muskulaturen kring höften, då det framför allt är genom töjning av höftmuskler som patienten själv kan bibehålla sin rörlighet.

Muskulatur

Muskulatur i ländryggen, kring bäckenet och höfterna ska undersökas med avseende på smärta, svaghet och stramhet. En smärtprovokation av musklerna utförs med isometrisk kontraktion, palpation och töjning. Palpation av typiska muskulära triggerpunkter kan ge orsak till en refererad smärta i skinka, höft och lår. Denna bör då behandlas om den kan relateras till symtomen.

BEHANDLINGSMETODER

Det är alltid symtomen och de kliniska fynden hos den enskilde patienten som styr valet av behandlingsalternativ. Behandlingen kan bestå av undervisning om orsaker och prognos, men också egenvård, akupunktur, manuell mobilisering eller manipulation och då ofta i kombination med individuellt anpassad träning, regim och ergonomisk rådgivning. Egenvården anpassas individuellt. Hos de patienter där smärtlindrande rörelser har identifierats, får

patienten som första åtgärd utföra dessa upprepade gånger under dagen.

Vid den manuella behandlingen anpassar man inställningar/behandlingspositioner individuellt, beroende på smärtekänslighet och provocerande/avlastande riktning. Inställningen skall vara smärtfri och får inte ge muskulär deféense eller utstrålning. Traktion eller traktionsmanipulation kan utföras hos de patienter där detta vid test visat sig ge god smärtlindring.

Det är också viktigt att patienterna i ett tidigt skede får övningar i kombination med hållningsregim för att själv bibehålla/återupprätta funktionen i columna. Det kan vara både mobiliserande övningar, töjning av muskulatur och stabiliserande övningar, ofta i olika kombinationer.

Behandling sker även av övriga fynd som kommit fram vid den kliniska undersökningen, såsom att öka den segmentella rörligheten samt påverka muskelstramhet eller muskeltonus. Smärtande, tonusökad muskulatur kan behandlas med mjukdelsmobilisering, triggerpunktsbehandling, akupunktur och/eller stretch. Cirkulationsträning är ytterligare ett sätt att minska de muskulära besvären.

MANUELLA BEHANDLINGSTEKNIKER

Mobilisering/Manipulation

Med mobilisering eller manipulation är syftet att åstadkomma en ökad rörlighet i segmentet samt en lokal avspänning genom mekanoreceptorpåverkan. Ytterligare en effekt kan vara att påverka nucleus intradiskala position.

Mobilisering eller manipulation av det symtomgivande segmentet kan utföras för att återställa funktionen vid en hypomobilitet. Behandlingen kan utföras med alternativa tekniker.

Det är viktigt att även intelligande segment har optimal rörlighet för att avlasta det symtomgivande segmentet. Vid behov kan även dessa behandlas med mobilisering eller manipulation.

Manuell behandling skall liksom andra åtgärder vid akuta samt kroniska tillstånd, ge positiva effekter redan i direkt anslutning till behandlingen eller efter några gånger.

Traktion

Traktion kan utföras manuellt, generellt eller specifikt – eller via autotraktion.

Tänkbara effekter vid traktionsbehandling är en axial separation av segmentet för att avlasta disken. Genom påverkan på muskelspolereflexen kan den muskulära spänningen kring segmentet minska och därmed kan smärtlindring uppnås.

Det är viktigt att patienten vid god effekt av traktionsbehandlingen tidigt instrueras i traktionsbehandling på egen hand.

Autotraktion (AT) är en behandlingsteknik där patienten, i en speciellt utformad AT-bänk, aktivt deltar genom att själv dosera dragkraften så att maximal smärtlindring erhålls. Bänken kan ställas in tredimensionellt och tippas.

Vi väljer autotraktion i de fall då patienten svarar positivt på den manuella traktionen och då vi bedömer att ytterligare smärtlindring kan uppnås via den tredimensionella inställningen och tippningen.

TRÄNING

Idag inriktas alltid en del av behandlingen på träning i rehabiliterande och återfallsförebyggande syfte. Den positiva effekten av träning har påvisats i flera randomiserade studier, både vid akut och vid långvarig smärtproblematik.

Det är viktigt att instruera patienten i hur den djupa stabiliserande ländryggsmuskulaturen kan aktiveras samt att kunna hålla denna kontroll under utförandet av övningarna.

Träningen bör komma igång så snart som möjligt. Gärna under den akuta fasen, då det visats att träningen har en smärtlindrande effekt.

Vid långvarig smärta uppstår ibland så kallad ”rörelserädsla”, vilket ofta leder till inaktivitet. Patienten behöver då hjälp och stöd att komma igång med rörelser och träning som långsamt progredieras i takt med att rädslan släpper.

Studier har visat att vid smärta i ländryggen har funktionen hos den djupa stabiliserande muskulaturen inhiberats, detta gäller främst transversus abdominis (TA) och lumbala multifidus (MF). Man har även påvisat att funktionen inte alltid återkommer spontant, även om smärtan minskar delvis eller helt.

Vid testning av till exempel active straight leg raising (ASLR) undersöker man om patienten får symtom i form av smärta, svårigheter att lyfta benet aktivt eller tappar kontrollen över länd/bäcken/ben. Via aktiveringen av muskulaturen i den lumbosacrala cylindern (även kallad ”core” och som består av bälens stabiliserande muskulatur) ska patientens förmåga att

utföra ASLR förbättras momentant. Detta under förutsättning att man hittar rätt muskelaktivering. Core muskulaturen består förutom av transversus abdominis och lumbala multifidus av diafragman, posteriora psoas och bäckenbotten.

När patienten har lärt sig att aktivera den djupa stabiliserande muskulaturen, kan muskelaktiveringen tränas i de positioner och belastningar där patienten får sina symtom. I den senaste forskningen om stabiliseringsträning gör man en klar distinktion mellan besvär som uppstår vid låg respektive hög belastning.

Med låg belastning menas belastning som pågår mer än tre minuter till exempel sitta, stå, ligga, vända sig i sängen etcetera. Med hög belastning menas att bära en tung väska, lyft tungt, lägga en straff i fotboll eller något annat som kräver korta kraftfulla muskulära anspänningar och som ofta varar mindre än tre minuter. Träningen bör vara specifik för respektive funktionsstörning. Det kan till exempel vara svårt att rehabiliteringsträna med låg belastning för den som får sina besvär vid hög belastning. Det innebär även att den som inte har symtom på gymmet, kan träna vidare med hög belastning och sedan träna låg belastning separat. Detta för att förbättra sina symtom som kanske bara uppkommer i sittande.

Idag använder vi oss till största delen av funktionell träning som anpassas efter individens aktivitetsnivå. Träningen bör så snart som möjligt ske i belastande positioner. Gärna i stående ställning där patienten får utföra exempelvis utfallssteg i olika



•••➤ riktningar samt benböjningar med kontroll av den stabiliserande muskulaturen. Träningen kan stegras genom svårare utgångspositioner, rörligt underlag och ökat motstånd eller hastighet och utförs exempelvis med hantlar och gummiband och/eller dragapparater.

När patienten utför övningen korrekt, kan vederbörande med fördel träna självständigt i annan lokal än hos sjukgymnasten.

Behandlingen hos sjukgymnast bör vara avslutad och utvärderas efter tre månader och patienten bör fortsätta med egen träning för att förhindra återfall.

Tips & Råd

- *Motivera och informera patienten om vikten av träning.*
- *Använd träningen som komplement till annan behandling som: Ortopedisk manuell terapi (OMT), Mekanisk Diagnostik och Terapi (MDT), autotraktion och akupunktur.*
- *Träningen bör vara handledd – åtminstone initialt och därefter anpassas individuellt efter patientens förmåga.*
- *Sträva efter att aktivera den stabiliserande ländryggsmuskulaturen i mer och mer funktionella träningspositioner.*
- *Patienten bör uppmuntras att fortsätta med någon form av egen träning efter avslutad behandlingsserie.*
- *Återbesök med kontroll samt stegring av träningen skall ske med ökat intervall allteftersom träningsintensiteten progredieras.*
- *Sträva efter att göra patienten självständig så snart som möjligt.*

Akupunkturbehandling vid ländryggssmärta

Akupunktur är en behandlingsmetod som tillsammans med andra konventionella terapier kan ge god effekt på långvarig ländryggssmärta. Patienter med ländryggssmärta, och där det finns refererad smärta i sätes- och höftmuskulaturen, lämpar sig väl för behandling med akupunktur.

Ett vanligt behandlingsupplägg är en serie om 6-10 behandlingar med individuellt utvalda akupunkturpunkter. Behandlingstiden bör vara 30 minuter/session 2 gånger per vecka. Regelbundenheten i behandlingsupplägget är viktigt för att de önskade långtidseffekterna ska uppnås. Längre behandlingsserier än cirka 10 gånger ger inte bättre resultat. Behandlingen bör alltid kombineras med övriga åtgärder såsom träning.

Smärtlindringen efter akupunkturbehandling sker genom aktivering av smärthämningssystem i hjärnan, i ryggmärgen och lokalt i periferin där det sker en frisättning av neuropeptider som medför ökad genomblödning och har en antiinflammatorisk effekt. Behandlingen syftar till minskad smärta och minskad muskelspänning såväl lokalt i behandlingsområdet som generellt.

Vid akut ländryggssmärta kan enstaka akupunkturbehandlingar av triggerpunkter vara ett alternativ att inleda med. Särskilt hos patienter där annan behandling eller träning på grund av stark smärta inte kan påbörjas.

ARBETSPROCESS SJUKGYMNASTIK

1. Nybesök

Utifrån de uppgifter som framkommer i anamnes och smärtskattning utförs en funktionsundersökning av sjukgymnasten. Man försöker att i första hand få fram vilken del av ländryggen som orsakar patientens besvär. I många fall finner man orsaker i ett eller flera rörelsesegment som ger upphov till funktionsstörningen.

I de fall som det symtomgivande segmentet har en inskränkt rörlighet i en eller flera riktningar ska detta mobiliseras/manipuleras av sjukgymnasten för att uppnå bättre rörlighet och besvärslindring.

Om man finner att ländryggen saknar en funktionell stabilitet påbörjas en stabiliseringssträning av initialt lokal stabiliseringsmuskulatur och senare integrerat med global muskulatur.

Efter utförd provbehandling och utvärdering av en funktionsstörning, som exempelvis minskad smärta vid framböjning av ryggen i stående, kan sjukgymnasten som regel börja diskutera med patienten hur en handlingsplan kan se ut. Man kommer överens om vad sjukgymnasten respektive patienten ska göra. Man talar också om vilken prognos som är rimlig på tillståndet samt när nästa utvärdering ska ske. I de fall då provbehandlingen ej har varit lyckosam eller besvärshalten är komplicerad kan det krävas ett par besök innan en handlingsplan kan upprättas. Vanligtvis kan man komma fram till en handlingsplan vid första besöket och då ska även patientens självbehandlande övningar påbörjas. De bör ha som mål att vidmakthålla och förbättra de funktionsökningar som har uppnåtts med provbehandlingen. Patienten får en förklaringsmodell till sina besvär. Denna kan bestå av en genomgång av anatomi och funktion samt en redogörelse av de olika uppkomstmekanismerna som är kopplade till patientens besvär.

Tillsammans med patienten utarbetas en handlingsplan som är grundad på hans/hennes förutsättningar. Individuella mål sätts upp, dessa kan vara både funktions- och/eller smärtrelaterade.

2. Återbesök 1 (ca 2-7 dagar senare)

Uppföljning av provbehandling, egenvård och regim. Ny smärtskattning.

Vid *positiv* effekt fortsätter behandlingsserien.

Vid *utebliven* effekt görs ny bedömning och ny provbehandling samt utvärdering.

3. Fortsatta återbesök

Behandlingsserien fortsätter. Successivt minskar den manuella behandlingen och patienten instrueras i specifika övningar för att minska symtomen, ergonomisk rådgivning samt funktionell träning. Behandlingen bör avslutas när tillståndet är stabilt.

Passiva behandlingar där patienten blir allt mer terapeutberoende bör ej förekomma. Vid utebliven behandlingseffekt hänvisas patienten till läkare.

4. Slutbesök

Patientens besvär har minskat och han/hon har lärt sig att kontrollera resterande symtom.

Den form av träning som är lämplig kan patienten nu utföra på egen hand.

Utvärdering av behandlingsserien och uppsatta mål görs gemensamt med patienten.

En långsiktig planering tillsammans med patienten görs i syfte att förebygga/hantera framtida ryggbesvär.

UTREDNING INFÖR EVENTUELL OPERATION

Inför beslut om kirurgi är det nödvändigt med en Magnetisk resonans-undersökning (MR) av ländryggen. MR är förstahandsvalet vid kronisk ryggsmärta där kirurgi övervägs. Vanlig slätröntgen är ej nödvändig. Det finns ingen anledning att göra en MR om det inte föreligger några operationsindikationer.

Det finns således ingen anledning till att göra MR bara för att patienten vill eller att den manuella terapeuten önskar detta.

Många personer lider av klaustrofobi och har svårt att ligga i en MR-kamera. Det finns ett par så kallade öppna MR-apparater som underlättar för dessa patienter. Vissa patienter kan inte heller göra en MR på grund av inopererade metalldelar, så som exempelvis pacemaker.

Om MR inte går att utföra bör man istället utföra en datortomografi (DT).

En MR bör vara utförd innan remissen skickas till en ryggkirurg.

I de allra flesta fall räcker anamnes, status och en MR. I vissa fall kvarstår en betydande osäkerhet om hur till vida operationsindikation föreligger över huvudtaget eller om val av nivå/er. Det finns då några diagnostiska test som man kan utföra för att säkra nivådiagnostiken inför en eventuell operation.

Blockader med lokalbedövning används framför allt för att verifiera diagnoserna facettledsmärta och SI-ledsmärta. Tidigare var det inte så intressant för ryggkirurgen att skilja på om ryggsmärtan kom från disk eller facettled eftersom samma behandling

användes, nämligen steloperation. Idag kan man välja mellan steloperation och olika dynamiska lösningar, framför allt diskproteser. För facettledsmärta finns inga säkra kliniska tester eller någon tydlig anamnes. Blockad av facettlederna kan göras, man bör då blockera samma led två gånger med samma effekt för att resultatet ska anses vara säkert. Blockaden måste göras i TV-genomlysning med kontrast. Detta för att man ska vara säker på att man verkligen lagt bedövningen i leden.

Samma tillvägagångssätt gäller för SI-leden. Här finns tester som är något säkrare men innan en eventuell steloperation av SI-leden kan komma ifråga, vill man konfirmera diagnosen.

Discografi används på många håll för att verifiera ett diskogent smärttillstånd. Det finns en stor mängd litteratur i ämnet. Många studier visar på att det är en mycket svårtolkad procedur och en test av tvivelaktigt värde, andra visar på en större klinisk användbarhet.

Discografi kan utföras på flera olika sätt. Gemensamt för dem alla är att man i TV-genomlysning sprutar in kontrast i disken. Därefter undersöker man om det går att provocera fram patientens normala smärta. Man kan samtidigt också utföra en blockad av disken för att se om smärtan försvinner. Vanligen tar man även en röntgenbild för att se om det finns några sprickor i disken. De flesta är överens om att denna morfologiska bild av disken är av mindre intresse.

MEDICINER

Man har länge letat efter det ideala testet som ska kunna prediktera om en steloperation ska lyckas eller inte. Tyvärr kommer ett sådant test sannolikt aldrig att existera. Istället kommer det alltid att vara anamnes och status som är det grundläggande. Som bäst kan även ett radiologiskt test vara ytterligare en vikt i vågskålarna för eller emot en operation.

Det är bättre för en patient att ta smärtlindrande mediciner för att kunna vara igång i rörelse och arbeta, än att på grund av smärtan bli sängliggande eller arbetsoförmögen. I ett första skedet är det oftast aktuellt med receptfria läkemedel såsom paracetamol (Alvedon, Panodil). Om det inte räcker så är vid nästa steg Citodon förstahandspreparatet, alternativt Tradolan eller Dexofen som båda kan kombineras med exempelvis Alvedon. Om ovan nämnda mediciner inte räcker lägger man ofta till ett NSAID-preparat (nonsteroid antiinflammatoriskt drog), exempelvis Diclofenac. NSAID-preparat har en klart visad effekt vid akut ryggsmärta. Däremot är det oklart vilken effekt dessa mediciner har på kroniska smärttillstånd.

I denna situation finns ofta ett inslag av depression och man kan då även försöka att medicinera mot detta.

KIRURGI

Indikationer

Det är ”relativa indikationer” för steloperation (fusion). Det är alltså inte något man måste göra för att överleva, utan det är smärtekirurgi som utförs för att förbättra livskvaliteten.

Kirurgi är en sistahandslösning och man ska alltid först prova adekvat manuell behandling/träning. Dessutom skall man dessförinnan noga överväga eventuella psykosociala faktorer.

Om dessa interventioner dock inte har givit resultat bör man inte vänta för länge. Tidigare var rekommendationen att man skulle vänta minst två år på smärtduration innan operation skulle övervägas. De flesta har nu minskat denna tid till mellan sex månader och ett år. Detta då det är fastlagt att för lång tid med kronisk smärta har stora negativa konsekvenser med sämre resultat som följd.

Steloperation/diskprotes vid kronisk ländryggsmärta har varit omdiskuterad. Men det finns nu klara evidens för dess effektivitet.

Man opererar inte på ospecifika ryggbesvär utan på en kliniskt avgränsad grupp. Denna är dock inte riktigt distinkt utan har lite flytande gränser.

Det finns fyra övergripande områden att begrunda inför ett ställningstagande till fusion:

1 *Anamnes:* Det som talar för kirurgi är en mekaniskt påverkbar smärta, som provoceras av olika belastningar. Smärtan brukar beskrivas som om ”ryggen går av” eller ”hugg i ryggen”. Oftast finns en molvärk i grunden men patienten ska kunna beskriva en belastningsrelaterad smärta. Många patienter beskriver att den svåraste smärtan är i sittande ställning (vilket kan teoretiskt förklaras med att disktrycket är högst i sittande). Ofta ger snabba oförutseende belastningar, såsom snedsteg på en trottoarkant, en kraftig smärta. Man vill att smärtan som beskrivs ska vara tämligen lokal.

Det som talar emot kirurgi är ständig smärta som inte påverkas av läge eller belastning, liksom smärta som sitter längs med hela ryggen eller ena kroppshalvan.

2 *Status:* Det som talar för kirurgi är ett relativt litet palpationsömt område. Vi rekommenderar så kallat springing-test i sidoläge. Detta görs genom att manuellt trycka mellan spinalutskotten för att fastställa om man kan provocera fram någon smärta.

Tillstånd som talar emot kirurgi är en palpationsömheter över hela ryggen. Likaså om man inte kan provocera fram någon smärta.

3 *MR:* Det som talar för kirurgi är patologi på en nivå. Det kan vara ett stort diskbräck, en kraftig diskdegeneration (gärna med Modic förändringar) eller spondylolisthes. Övriga nivåer ska helst vara friska.

Det som talar emot kirurgi är om det finns utbredda degenerativa förändringar i hela ländryggen. Detsamma gäller om MR är helt normal.

4 *Psykosocial anamnes:* Det som talar för kirurgi är om patienten förutom sin smärta mår bra, trivs på sitt arbete och med sin familj.

Det som talar emot kirurgi är om patienten är deprimerad, har ångest, vantrivs på sitt arbete eller har familjekonflikter.

Om det på samtliga punkter talar tydligt för kirurgi, är vår erfarenhet att det kirurgiska resultatet blir tillfredställande och det är då ingen tvekan om att rekommendera operation. Tyvärr är det relativt ovanligt att alla indikationer är samstämmiga. Exempelvis kan den utförda MR visa på sjuklighet i två nivåer istället för en. Eller så överensstämmer inte palpationsömheter med MR-fyndet helt och hållet. Ju mer man avviker från idealpatienten desto större blir risken för ett sämre resultat.

Det krävs en stor erfarenhet och ett genuint intresse för ryggkirurgi för att man ska kunna göra rätt bedömningar. Det är vår erfarenhet att alltför många doktörer/sjukgymnaster/kiropraktorer/naprapater avråder patienter att genomgå ryggkirurgi, detta utan att ha tillräcklig kompetens för ett sådant avgörande.

I de fall ryggsmärtan är invalidiserande och förbättring uteblir med konventionell behandling, har man som patient rätt till bedömning av en ryggkirurg om fusionkirurgi skall kunna vara ett alternativ.

Kirurgisk teknik

Det finns ett flertal tekniker för att utföra en steloperation. Det kan finnas vissa teoretiska fördelar med olika tekniker till olika subgrupper, men detta återstår att bevisa.

Golden standard är fortfarande att lägga in ben, så kallad posteriolateral fusion (PLF), utan någon fixering. Trots detta så väljer de flesta ryggkirurger att fixera med någon form av pedikelskruvar. Detta för att man ska slippa korsetter och kunna mobilisera utan restriktioner.

Tidig träning och arbetsåtergång är viktiga mål men fortfarande är det inte övertygande visat att en instrumentering överväger de nackdelar som det innebär med längre operationstid, ...➤

•••➤ fler komplikationer och dyrare ingrepp. Det som talar för instrumentering jämfört med att bara lägga in ben, är den högre läkningsfrekvensen. Detta är övertygande påvisat. Dock är det svårt att visa att detta också leder till bättre slutresultat. Eftersom det är benläkning man vill uppnå, är detta rimligen en viktig parameter. Då det oftast är ett relativt litet antal patienter i studierna och många olika faktorer som påverkar slutresultatet, så har en övertygande bevisning inte kunnat göras.

Förutom PLF är den vanligaste bakre metoden posterior lumbar interbody fusion (PLIF), det vill säga man ersätter disken med ben för att kotorna ska läka ihop. Teoretiska fördelar är att man tar bort disken som man tror är en smärtgenerator. Därmed kan man höja upp disken och på så sätt lätta nervtrycket i foramen. Dessutom är det lättare att erhålla en eftersträvanvärd lordosering i ländryggen.

En variant av PLIF är transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF). Med denna metod når man in till disken med en mer lateral approach och endast på ena sidan. Fördelen är ett mindre och snabbare ingrepp men nackdelarna är sämre möjlighet till dekompression och reposition av kotorna.

Ett alternativ är anterior lumbar interbody fusion (ALIF). Även med denna metod tas disken bort, men man går in framifrån istället. Teoretiska fördelar är att man på så sätt inte skadar ryggmuskulaturen men nackdelen är sämre metoder för fixering, vilket har lett till en ökad frekvens av pseudartroser.

Idag finns ett alternativ till fusion och det är diskprotes. Användandet av en diskprotes är fortfarande i högsta grad på provstadiet. Det finns nu ett flertal protestyper (exempelvis Prodisc, Maveric

och Charité) som ger relativt goda korttidsresultat. Anledningen till utvecklingen av diskproteser är framför allt att man vill undvika sena komplikationer efter steloperation. Frekvensen av problem från så kallad adjacent level disease, det vill säga att man får smärtor från intilliggande nivå, är omdiskuterad men den finns. Tanken är att om man behåller lite av rörligheten i segmentet så minskar påfrestningen på intilliggande disker/facettleder. Vad gäller den förlorade rörligheten vid fusion av ett eller två segment så är det inget kliniskt problem. Detta eftersom rörligheten tas ut i höftleden eller övriga ryggen. Därför låter ordet steloperation värre än vad det egentligen är. Det är dock inte visat att det blir mindre problem från intilliggande nivå med diskprotes och det finns farhågor om hur länge proteserna kommer att hålla. Ett flertal studier pågår angående detta.

Träning efter steloperation

Det är vanligast att man försöker uppnå omedelbar stabilitet genom olika fixationsmetoder. Det normala är då att inte ge några restriktioner postoperativt. Istället uppmanar man till successivt upptrappande träning. Ibland får man en sämre fixation på grund av intraoperativa problem eller osteoporos. I dessa fall sker mobilisering efter operatörens önskemål.

Om man inte använder instrumentering utan bara lägger in ben posteriolateralt, finns ett flertal olika behandlingsfilosofier. Vissa kirurger rekommenderar fast korsett och att patienten inte får sitta eller träna på cirka 5 månader. Andra använder endast mjuk korsett och tillåter att man sitter. Inga restriktioner ges vad gäller vanligt leverne, men de flesta avråder från träning i 3-6 månader.

Det vanligaste felet i det postoperativa förloppet är annars att patient och sjukgymnast är för försiktiga med träning och för oroliga för att fixationen inte håller. Likså tror man att smärtan måste vara borta för att träningsgraden ska kunna trappas upp.

Resultat av steloperation

- De flesta ryggklinikerna rapporterar in sina resultat till Svenska Ryggregistret.
- Det registreras ca 7-800 steloperationer/år i Sverige för diagnosen SRS (segmentell rörelsesmärta eller segment relaterad smärta).
- I genomsnitt halveras ryggsmärtan, från VAS cirka 60 till 30.
- Ryggfunktionen, mätt enligt Oswestry minskar från 40-45% till 25-30%.
- Euroqol, allmän livskvalité, ökar från 0.30-0.40 till 0.60-0.65.
- Cirka 70% är nöjda och cirka 10% är missnöjda med operationen.
- Resultaten är i stort lika 1 år och 5 år postoperativt.

ARBETSÅTERGÅNG

Efter fusionskirurgi är det normalt inga restriktioner postoperativt. Sjukskrivningens längd beror på hur smärtan utvecklar sig efter operationen samt vilket arbete patienten har.

Följer man normalförloppet och har ett någorlunda ryggvänligt arbete brukar det räcka med cirka 2-3 månaders hel sjukskrivning och därefter successiv stegring av arbetstiden.

Det är viktigt att så snart som möjligt försöka få tillbaka patienten i arbete. Detta gäller naturligtvis både efter kirurgi och vid konservativ behandling. Patienter med fysiskt tunga arbeten bör om möjligt uppmanas att byta till ryggvänligare uppgifter, åtminstone under en tid. Man bör understryka att det inte är farligt att återgå till arbete, det enda som kan hända är att smärta inträder, men detta uppvägs vanligen av andra positiva effekter som arbetsåtergången ger. Det finns ingen anledning att kräva total smärtfrihet innan arbetsåtergång, det räcker om belastningssmärtan är rimlig och inte leder till en kraftigare och bestående försämring.

MULTIPROFESSIONELL REHABILITERING

Vi tror generellt på en biopsykosocial förklaringsmodell till ryggsmärta.

Det vill säga att det både kan vara problem med en disk/facetted, men också att det spelar roll om man är deprimerad/har katastroftankar eller exempelvis är arbetslös eller vantrivs på arbetet. Vanligen är alla tre komponenterna inblandade men i olika grader. Ett sätt att försöka värdera de psykosociala inslagen är att genomföra "Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire", eller Lintons frågeformulär som det också kallas. Frågeformuläret används av dem som är verksamma i primärvården och för att de ska kunna identifiera patienter som har en ökad risk för att få långvariga ryggbesvär. Har man över 105 poäng och en månads sjukskrivning bör man remitteras för en mer samlad rehabiliteringsbedömning.

I Stockholm finns två ryggcentra med sådan kompetens (Proxima i Nacka och Stockholm Spine Center på Löwenströmska sjukhuset). Det finns även rehabkliniker på akutsjukhusen.

Vid dessa ryggcentra finns förutom manuella terapeuter såsom sjukgymnaster, naprapater och kiropraktorer också rehabläkare, ryggkirurger, kuratorer samt psykologer.

Det är viktigt med kontakter/möten med försäkringskassa och arbetsgivare för att möjliggöra återgång i, kanske anpassat, arbete. Teamens arbete genomsyras av kognitiv beteendeterapi (KBT) som leds av psykologerna. Det är klart visat att multiprofessionell rehabilitering har effekt på ryggbesvär, även om man idag inte vet exakt vilka komponenter som är nödvändiga och hur de bäst ska utformas.

AVSLUT

Vi anser att ett systematiskt behandlingsupplägg kan förkorta besvärperioden och förbättra resultaten, och detta till lägre samhällskostnader.

Vikten av kommunikation mellan de olika yrkesutövarna som har kontakt med dessa patienter kan inte nog understrykas. Särskild uppmärksamhet bör också läggas vid rutiner som bevakar att ingen kategori av vårdgivare överbehandlar eller inte i tid remitterar till annan instans när resultaten uteblir.

Det finns mycket vetenskap runt detta ämne men det är också så att när man kommer ner på individnivå och konkreta behandlingsalternativ, är den evidensbaserade kunskapen ofta bristfällig.

Man ska naturligtvis följa den evidensbaserade behandling som finns, vilket vi här har redovisat för. Man måste dock ha i minnet att bara för att det inte finns evidens för en viss behandling, så innebär det inte att den inte har någon effekt. Den vanligaste orsaken är att det inte har utförts studier som är tillräckligt bra för att kunna dra konklusiva slutsatser. Om det finns säkra evidens för att en behandling saknar effekt ska den naturligtvis utgå. I dagsläget baseras mycket av behandlingsarbetet på beprövad erfarenhet, vilken vi också har försökt redovisa. Vår förhoppning är att många olika aktörer vill bidra med nya studier för att successivt kunna utveckla detta vårdprogram till att vila på en mer evidensbaserad grund.

REFERENSER

Allmänt

SBU rapport 2000, nr 145/1-2: Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapsmanställning. Volym 1-2. ISBN 91-87890-60-7, ISBN 91-87890-65-8.

SBU rapport 2006, nr 177/1: Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. ISBN 91-85413-08-9.

Waddell G; The Back Pain revolution. Churchill Livingstone 1998. ISBN 0 443 060398

Manipulation/mobilisering

Cassidy JD, Coté P, Carrol LJ, Kristman V; Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine* 2005;30(24):2817-23

Deyo R, Rainville J, Kent D; What can the History and Physical examination tell us about Low Back Pain? *JAMA* 1992-Vol 268, no 6

Indabl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikerås O, Ursin H; Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilisation and an informative approach to low back pain. *Spine* 1998;23(23):2625-30

Krismer M, van Tulder M; The low back pain group of the bone and joint health strategies for Europe project; Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. *Clin Rheumatol* 2007;21(1):77-91

Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD; Advice for the management of low back pain: A systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther*, 2007; 12(4):310-27

MDT

Aina A, May S, Clare H; The centralization phenomenon of spinal symptoms - a systematic review *Man Ther*, 2004;9(3):134-143

McKenzie RA, May S; The Lumbar Spine. Mechanical Diagnosis and Therapy. (Vol. 1 and 2) Spinal Publications, Waikanae, New Zealand; 2nd Edition, 2003

Laslett M, Oberg B, Aprill CN, McDonald B; Centralization as a predictor of provocation discography results in chronic low back pain, and the influence of disability and distress on diagnostic power. *Spine* 2005;5:370-380

Long A, Donelson R, Fung T; Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercises for low back pain. *Spine* 2004;29(23):2593-2602

SI-led

Laslett M, Aprill CN, McDonald B, Sharon BY; Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Man Ther* 2005;10: 207-218



... ➤ *Tullberg T, Blomberg S, Branth B, Johnson R;* Manipulation does not alter the position of the sacroiliac joint. A roentgen stereophotogrammetric analysis. *Spine* 1998; 23(10) 1124-8

Wreje U; Treatment of sacro-iliac joint dysfunction in primary care. A controlled study. *Scandinavian Journal of Primary Health care* 1992; 10: 310-15

Akupunktur

Andersson S, Lundeberg T; Acupuncture- from empirism to science: functional background to acupuncture effects in pain and disease. *Med Hypotheses* 1995;45:271-81

Furlan AD, van Tulder MW, Cherkov DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, et al; Acupuncture and dry-needling for low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD001351. DOI: 10.1002/14651858. CD001351. pub2.

Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, et al; Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. *Health Technol Assess* 2005;9:III-IV, IX-X,1-109

Träning

Gibbons, Comerford; Strength versus stability part 1-2 concept and terms. 2001 *Orthopaedic Division Review* March/April: 21-33

O Sullivan PB, Burnett A, Floyd AN, Gadson K, Logiudice J, Miller D and Quirke H;

Lumbar repositioning deficit in a specific low back pain population. *Spine* 2003;28(10): 1074-9

Rasmussen-Barr E, Nilsson-Wikmar L, Arvidsson I; Stabilizing training compared with manual treatment i sub-acute and chronic low-back pain. *Man Ther.* 2003;8(4):233-41

KBT

Linton SJ; Att förstå patienter med smärta. *Studentlitteratur* 2005. ISBN 91-44-03386-9

Kirurgi

Fritzell P, Hägg O, Wessberg P, Nordwall A; and the Swedish Lumbar Spine Study Group. Lumbar fusion versus nonsurgical treatment for chronic low back pain: a multicenter randomized controlled trial. *Spine*. 2001;26:2521-32

Gibson JNA, Wadell G; Surgery for degenerative lumbar spondylosis (Review). *The Cochrane Library* 2005, Issue 2

Möller H, Hedlund R; Surgery versus conservative management in adult isthmic spondylolisthesis – a prospective randomized study. *Spine* 2000;25:1711-5

Tullberg T, Blomberg S, Branth B, Johnson R; Manipulation does not alter the position of the sacroiliac joint. A roentgen stereophotogrammetric analysis. *Spine* 1998; 23(10) 1124-8

Wreje U; Treatment of sacro-iliac joint dysfunction in primary care. A controlled study. *Scandinavian Journal of Primary Health care* 1992; 10: 310-15

PATIENTINFORMATION VID AKUT SMÄRTA I LÄNDRYGGEN.

Att drabbas av ett så kallat ryggskott någon gång under sin livstid, är tyvärr något som en stor del av alla svenskar får uppleva.

I normala fall är ett ryggskott något som de flesta blir återställda ifrån och tillfrisknandet tar oftast mellan 1-3 veckor.

Röntgen eller annan medicinsk utredning sker därför oftast inte under det akuta skedet.

Man har dock kommit fram till att vissa faktorer påskyndar läkningen.

Det är mycket viktigt att:

- 1 Du fortsätter att vara aktiv och försöker utföra dina vardagliga sysslor, detta då man vet att du då blir fortare återställd.
- 2 Du *inte* intar sängläge annat än i nödfall och då högst ett dygn, detta för att det annars tar längre tid att bli bra.
- 3 Du försöker vara kvar i arbete, även om man eventuellt måste anpassa ditt arbete under en tid. Forskning visar att den som har en fot kvar i arbetslivet inte bara blir mer aktiv och får en ökad smärttolerans, man mår dessutom bättre mentalt och kommer fortare tillbaka till sin ursprungliga arbetetsnivå.

4 Din aktivitetsnivå ökas i takt med att du blir bättre.

5 Vid behov ta vanlig, receptfri, smärtstillande medicin. Detta för att du då kan röra dig mer normalt och därför blir bra fortare.

6 Fortsätta sporta men undvik till att börja med hårda kontaktsporter eller kraftig belastning på ländryggen, exempelvis extrem styrketräning. Om du är osäker så börja lugnt och öka träningen successivt.

Det är inte farligt att röra på sig.
Tvärtom är det viktigt för att bli
av med smärtan.

