

Riktlinjer för sjukgymnastik efter lumbal diskbråcksoperation

Faktabakgrund

Förekomst av diskbråcksoperation i Sverige

Diskbråcksoperation är en av de vanligaste ryggoperationerna som utförs i Sverige idag.¹ Enligt Svensk Ryggkirurgisk Förenings rapport 2020 utfördes 2485 diskbråcksoperationer under 2018, vilket motsvarar 25 % av alla ryggoperationer. Medelåldern på patienterna var 46,6(13-92) år, andelen män var 55 % och andelen kvinnor 45 %. För 87% av patienterna var den aktuella diskbråcksoperationen förstagångsoperation medan 13% av patienterna hade blivit ryggopererade tidigare².

I Kalmar län utfördes akuta 10 diskbråcksoperationer 2020.

Resultaten av operation är generellt goda, särskilt när det gäller förbättring av ischiassmärtan. Enligt Svensk Ryggkirurgisk Förenings rapport uppnådde 74 % av patienterna fullständig eller god smärtreduktion och 78 % angav sig vara nöjda med resultatet av operation.² Den största förbättringen när det gäller minskad smärta och förbättrad funktion sker under de första 6 postoperativa veckorna.³

Definition av diskbråck

Intervertebraldisken är uppbyggd av en stram kapsel – annulus fibrosus och en geleartad kärna-nucleos pulposus. Disken är en avaskulär struktur, vilket sannolikt är en av orsakerna till att man tidigt kan se tecken på degenerativa förändringar. Annulus fibrosus kommer med tilltagande ålder att försvagas och om den brister kan en del av diskmaterialet tryckas ut och i vissa fall även avskiljas från resten av disken. Ett diskbråck har uppstått. Om diskmaterialet trycks bakåt och in mot spinalkanalerna kan bråcket trycka på ryggmärg/nervrötter och/eller ge en lokal inflammation som kan ge patienten smärta med eller utan neurologiska bortfall. Hur kraftiga symptom patienten får beror delvis på diskbråckets lokalisation samt hur stor del av diskmaterialet som tryckts ut.⁴

Operationskriterier planerade operationer

- Funktionshindrande smärta i benet, radierande nedom knä med distribution motsvarande dermatombredning
- Utebliven klinisk förbättring efter 6-8 veckors konservativ terapi.
- Positivt Laségue test med eller utan neurologiskt bortfall, som korresponderar till den affekterade nervroten.
- Positivt fynd indikerande diskbråck vid CT, MRT som överensstämmer med den kliniska bilden ⁵

Vid akuta tillstånd såsom cauda equina syndrom och intensiv smärta kan akut operation bli aktuell. På Länssjukhuset i Kalmar görs ca 10 akuta diskbråcksoperationer per år.

Operationsteknik

Operationen utförs under generell, regional eller lokalanestesi. Oftast ligger patienten i bukklage i en speciell ställning för att minska buktrycket och därmed minimera blödningen. Den aktuella nivån friläggs. Ibland behövs en del av lamina och angränsande parti av ligamentum flavum tas bort för att därefter kunna avlägsna det diskmaterial som trycker på den/de symptomgivande nervrötterna. Diskbråcksoperation syftar till dekompression av nervroten och därigenom minskning av nervrotssmärta i benet medan lindring av smärta från andra strukturer i ländryggen inte kan garanteras.

Preoperativt

Ortopedkliniken skickar ut patientbroschyren ”Diskbråck” i samband med operationskallelsen till patienten.

Preoperativt får patienten fylla i frågor om VAS ben och rygg, EQ-5D och PSFS. Detta hanteras av ortopedkliniken och skickas in till ryggregistret för registrering.

Remiss skickas till distriktsrehabiliteringen vid utskrivning från avdelning.

Träning

Rehabiliteringen är individuellt anpassad och indelad i 4 faser med start redan dagen efter operation och utgår från: ”Lumbal diskbräck”, fas 1, fas 2, fas 3, fas 4 samt fas 5. ^{ExorLive}
Träningen bygger på aktivering av den djupa stabiliserande bålmuskulaturen. ^{7,8}

Träningen ska utföras dagligen. Då patienten går över till att träna på distrikts-rehabiliteringen kan den dagliga hemträningen trappas ned - patienten uppmanas dock att dagligen utföra rörlighetsövningar för rygg- och benkomplex samt vissa stabiliseringsövningar för bålen. ^{9,10}

Fri mobilisering innebär belastning utifrån symtom och sunt förnuft, se patientinformation som ligger på navet ”Råd till dig som är ryggopererad”.

Det är viktigt med allmänträning av hela kroppen inkl funktionell bålträning i växlande positioner. Det finns stora skillnader på funktionsnivån och allmäntillstånd postoperativt. Det är nödvändigt att tänka på att träningsprogrammet anpassas efter personens tillstånd och resurser samt uppgraderas efter hand. Fokus ligger på aktiverande träning, förbättrad kondition, minskad rörelserädsla samt en ökad funktionsnivå i vardagen. ¹¹

Postoperativt/Fas 1

Senast dagen efter operation mobiliseras patienterna som är inlagda på avdelning. Gånghjälpmiddel provas ut vid behov. Patienterna är inläggande tills de uppfyller utskrivningskriterierna (symtom, förmåga att kissa, sårets utseende, fysioterapeutens bedömning och effekt av smärtlindring). Fysioterapeuten ser över förflyttning i och ur säng, gång, trappgång samt genomgång av de hemövningar som är aktuella för patienten att börja med utifrån ”Lumbal diskbräck postop fas 1”. ^{ExorLive}. Patienten får skriftlig information ”Råd till dig som är ryggopererad” som handlar om den praktiska vardagen. ^{Navet}

Vårdtiden är ca 2-4 dagar men kan vara så kort som ett dygn

De patienter som opereras polikliniskt mobiliseras av avdelningspersonal på UVA och patientens allmäntillstånd avgör när hemgång sker. ¹²

Samtliga diskbråcksopererade patienter träffar en distriktsfysioterapeut inom en arbetsvecka. Fysioterapeuten gör en bedömning av patientens status (VAS ben och rygg, tå/hälgång, knäböj, sensibilitet, SLR). En genomgång av de övningar som patienten erhöll på sjukhuset görs. Eventuellt utökas hemprogrammet.

Sårsmärta rygg är vanligt efter operation.

Om patienten återfår sina ursprungliga symptom inom 1-2 veckor efter operation (Recidiv), måste sjukgymnasten ta kontakt med opererande läkare direkt. För re-operation är bästa resultat inom 3 veckor postoperativt.

Fas 2, 3, 4, 5

Ca 2-4 veckor efter operationen rekommenderas patienten att träna på distriktsrehabiliteringen. Träningsprogrammet utformas individuellt men utgår från ”Lumbal diskbråck postop” fas 2, fas 3 och fas 4, fas 5 ^{ExorLive}. Träningen sker regelbundet (ca 2 ggr/v). Fysioterapeuten utgår från patientens aktuella status och utökar successivt träningsprogrammet.^{13,14}

Vid varje besök noterar fysioterapeuten hur övningarna utförs och eventuella förändringar av smärtan. Uppföljning av träning och progression av denna är viktig.

Rehabiliteringstiden skiftar och beror på hur snabbt patienten återhämtar sig, vilket arbete patienten har och återgång till fritidsaktivitet.

Efter avslutad rehabilitering på distriktsrehabiliteringen får patienten instruktioner om att fortsätta med valda delar av hemträningsprogrammet samt om att vara fortsatt fysiskt aktiv. Vi poängterar vikten av att återgå till ”normala aktiviteter” då rörelserädsla och ett passivt förhållningssätt till smärta har visat sig vara avgörande för utvecklingen av långvarig ryggsmärta.^{15,16}

Remissvar till remisskrivande läkare skickas efter avslutad rehabilitering på distriktsrehabiliteringen.

Mål och Mätetal - Uppföljning

Mål

Minskad smärta och förbättrad funktion för att kunna öka livskvaliteten. Tillsammans med patienten förs en diskussion om patientens egna mål, hur långt de har kommit och om det är något som hindrar t ex nedsatt styrka/rörlighet i rygg/höft/ben, eventuell smärta eller rörelserädsla.¹⁷

Mätetal

Ryggopererade patienter registreras i "Nationella Ryggregistret" och utvärderas preoperativt och 1, 2 och 5 år postoperativt med olika utvärderingsinstrument såsom Oswestry-Ryggfunktionsskala, SF-36 Hälsoenkät och EuroQOL – Livskvalitetsskala.

Uppgifterna som lämnas i registret förs inte in i journalen och utvärderingen kan inte kopplas till patienten och därmed kan inte heller fysioterapeuten ta del av resultaten. Utvärderingen administreras av Svensk Ryggkirurgisk Förening. Patienten fyller i utvärdering på nätet med hjälp av bank-id. Se swespine.se

Utvärderingsinstrument

För den fysioterapeutiska rehabiliteringen används förslagsvis ett eller flera av nedanstående utvärderingsinstrument:

Patientspecifik funktionell skala (PSFS).

Ett individbaserat mått där patienten själv identifierar aktiviteter som är svåra att utföra på grund av sina besvär och sedan skattar svårighetsgraden. Genom PSFS får man både ett objektiva och subjektiva mått. Be patienten skriva ner 3 saker som de vill klara av vid 3 månaders uppföljningen. Hjälpt patienten att välja realistiska mål. Det är bäst om målen är bestämda aktiviteter t ex att kunna gå en lång promenad i 45 minuter utan att framkalla bensmärta, eller att kunna lyfta sitt 6 månaders barn med bra lyftteknik. Hänsyn till arbetsuppgifter är alltid bra. ^{Navet}

VAS-skala

Smärtskattning av rygg och ben separat, viktigt i början och vid sista uppföljningen.

EuroQOL (EQ-5D)

Livskvalitetsskala – Frågeformulär i fem dimensioner; rörlighet, egen vård, vardagliga aktiviteter, smärta, och sinnesstämning. Självsfattning av upplevd hälsa på en 20 cm lång vertikal visuell analog skala, graderad 0-100. ^{Navet}

Referenser

1. Strömqvist B, Hedlund R, Jönsson B, Tullberg T. Ländryggens sjukdomar. *Läkartidningen* 2007; 19(104).
2. Strömqvist B, Fritzell P, Hägg O, m.fl. Uppföljning av ryggkirugi utförd i Sverige. Rapport år 2019. För Svensk Ryggkirugisk förening.
3. Häkkinen A, Kautiainen H, Jarvenpaa S, Arkela-Kautiainen M, Ylinen J. Changes in the total Oswestry Index and its items in females and males pre- and post-surgery for lumbar disc herniation: a 1-year follow up. *Eur Spine J* 2007; 16:347-52.
4. Institutionen för ortopedi, Huddinge sjukhus 1991(1988). *Ortopedi. Författares bokmaskin, Stockholm:31.*
5. Hansson T, Jansson KA. "Surgical or non-surgical treatment of lumbar disc herniation? SPORT can't give an answer—unpredictability of the natural course was a too difficult match." *Läkartidningen* 2007; 104(22):1678-9.
6. Lindgren U, Svensson O. 1996. *Ortopedi. Aimqvist&Wiksell Medicin. Falköping 435-36.*
7. Hodges P, Richardsson C. Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain: a motor control evaluation of transversus abdominis. *Spine* 1996;21(22):2640-2650.
8. Hodges P, Butler J, Mc Kenzie D, Gandevia S. Contraction of the human diaphragm during rapid postural adjustments. *J Physiol* 1997;505(2):539-548.
9. Millisdotter M, Strömqvist B. Early neuromuscular customized training after surgery for lumbar disc herniation: a prospective controlled study. *Eur Spine J* 2007;16:19-26.
10. Yilmaz F, Yilmaz A, Merdol F, Parlar D, Sahin F, Kuran B. Efficacy of dynamic lumbar stabilization exercise in lumbar microdiscectomy. *J Rehabil Med* 2003;35:163-167.
11. Tullberg T. *Ryggen. 14: Fransson R. Postoperativ träning. Liber, 2010.*
12. Kjellby-Wendt G, Styf J. Early active training after lumbar discectomy. A prospective, randomized, and controlled study. *Spine* 1998;23(21):2345-2351.
13. Danielsen JM, Johnsen R, Kibsgaard SK, Hellevik E. Early aggressive exercise for postoperative rehabilitation after discectomy. *Spine* 2000;25:1015-1020.
14. Dolan P, Greenfield K, Nelson RJ, Nelson IW. Can exercise therapy improve the outcome of microdiscectomy? *Spine* 2000;25:1523-1532.
15. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain* 2001;94(1):7-15.
16. Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychological predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine* 1995;20(6):722-8.

17. Filiz M, Cakmak A, Ozcan E. The effectiveness of exercise programmes after lumbar disc surgery: a randomized controlled study. Clin Rehabil 2005;19:4-11.

Ändringshistorik

Datum	Ändring	Utförd av
2021-01-29	Revidering	Ann-Britt Larsson, Anna-Lena Wintersteller ryggmottagningen LSK