

## RIKTLINJE FÖR FYSIOTERAPEUTISK REHAB VID ICKE OP LUMBALA DISKBRÅCK

### FAKTABAKGRUND

#### Definition av diskbråck

Intervertebraldisken är uppbyggd av en stram kapsel-anulus fibrosus, och engeleartad kärna-nucleus pulposus. Disken är en avaskulär struktur, vilket sannolikt är en av orsakerna till att man tidigt kan se tecken på degenerativa förändringar. Anulus 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 spinalkanalen kan bråcket trycka på ryggmärg/nervrötter och/eller ge en lokal inflammation som kan ge patienten smärta, med eller utan neurologiska bortfall. Hur kraftiga symtom patienten får beror delvis på diskbråckets lokalisation samt hur stor del av diskmaterialet som tryckts ut. [1] De flesta diskbråck resorberas spontant genom skrumpling eller, då det gäller sekvestrar/fria fragment, genom enzymatisk digestion. Som första åtgärd vid diskbråck i ländryggen rekommenderas därför i första hand konservativ behandling eller expektans. [2]

#### Förekomst av lumbala diskbråck i Sverige.

Uppskattningsvis orsakas ca 5-10% av alla akuta ryggbesvär av ett diskbråck. [1]

Symptomgivande diskbråck har rapporterats förekomma hos 1-2% av befolkningen. Det är möjligt att denna siffra är något låg eftersom 20 % av befolkningen i västvärlden vid något tillfälle under sitt liv drabbas av ischiasmärtor. En stor del av dessa patienter har sannolikt ett diskbråck i ländryggen. [2]

#### Prognos och förlopp vid lumbala diskbråck

Prognosen vid ett akut diskbråck är oftast god, hos en majoritet klingar besvären av helt eller delvis, inom några veckor till några månader. De typiska symtomen är akuta ländryggsbesvär i kombination med radierande bensmärta utefter ischiasnervens

förlopp, nedanför knät. Besvären kan debutera med enbart ländryggssmärta, vilket efter en tid (ibland 1-2 veckor) kombineras med eller övergår i radierande bensmärter. Förutom smärta förekommer neurologisk påverkan i form av parestesier, sensibilitetsstörningar och/eller motorisk påverkan.

Hos de allra flesta klingar besvären av från rygg och ben. En minoritet har kvarstående uttalade symtom. [3] Det kan finnas indikation för operation vid svår ischiassmärta som strålar ut nedanför knäleden, positivt Lasègues tecken med eller utan neurologiska symtom som korresponderar till den affekterade nervroten, magnetkamerafynd och/eller datortomografifynd som överensstämmer med den kliniska bilden eller utebliven förbättring trots 6-8 veckors konservativ behandling. [2]

Vid cauda equinasyndrom, progredierande pareser eller svårbehandlad smärta kan akut operation bli aktuell. 5-10 % av de diagnosticerade patienterna opereras. [2]

## Funktionsdiagnostik vid lumbala diskbräck

Noggrann anamnes och undersökning av patienten görs, där ett neurologistatus är grundläggande. Neurologiskt status innebär test av: senreflexer, sensibilitet och kraft i identifikationsmuskulatur samt nervstrukturers tensionskänslighet. Det är viktigt att vara observant på symtom som signalerar "röda flaggor". [4]

## Behandling – åtgärder och alternativ

### Stadier av besvär och behandling

Det har gjorts ett samarbete mellan Primärvården i Kalmar Län och Ortopedkliniken på Länssjukhuset i Kalmar gällande omhändertagandet av ryggpatienter med radierande smärta. Patienterna utreds och behandlas/tränas via distriktsrehabiliteringen i ca 12 v. Om patienten har kvarstående svår smärta och/eller neurologiska symtom som inte har gått att påverka med fysioterapeutiska behandlingsmetoder, tas kontakt med patientens läkare för fortsatt utredning samt diskussion om remiss bör skickas för ortopedkirurgisk bedömning. [4]

Rehabiliteringsförloppet för patienter ser olika ut. Fysioterapeutisk behandling och träning individualiseras och anpassas därför beroende på vilken fas patienten befinner sig i.

Träning fyller en stor funktion för att få patienten att förbättras vad gäller styrka, uthållighet och för att hitta tekniker för att klara att belasta ryggen i vardagen. Träningen är också viktig för att minska patientens rörelserädsla. Rörelserädsla och ett passivt förhållningssätt till smärta har visat sig vara avgörande för utvecklingen av långvarig ryggsmärta. [2]

Träningen delas in i fyra faser med en successiv progrediering från fas 1 till fas 4 enligt "Lumbalt diskbräck ickeop" Exorlive

### **Akuta besvär** (upp till 6 veckor efter debut)

Åtgärderna kombineras med att patienten har läkarkontakt för adekvat medicinerings och ev. sjukskrivning.

#### Patientutbildning:

- Förklaringsmodell samt information till patienten om tillståndet.
- Anatomi
- Ergonomi
- Hållning
- Instruktioner om avvägning mellan aktivitet och vila

#### Träning:

- Stabiliseringsträning påbörjas om det är möjligt. Träning: Fas1-2. Träningen bygger på aktivering av den djupa stabiliserande bålmuskulaturen. Fysioterapeuten anpassar och utformar träningen individuellt efter patientens aktuella symtom. [5,6]

#### Smärtlindring:

- Avlastning med t ex kryckkäpp
- OMT/MDT(McKenzie)
- Avlastning av afficerande strukturer tex i bassäng
- Akupunktur/TENS

Om patienten har kvarstående svår smärta eller blir sämre trots konservativ behandling, tas kontakt med patientens läkare för fortsatt utredning samt diskussion och samverkan kring fortsatt behandlingsstrategi.[4]

### **Subakuta besvär** (6-12 veckor efter debut)

#### Patientutbildning:

- Ge patienter strategier för att kunna klara vardagliga situationer som skapar problem/provocerar patientens smärta.

#### Träning:

- Stabiliseringsträning samt funktionsträning för återskapande av normal nerv- och muskelfunktion samt normalisera belastningståligheten. Träningen anpassas och utformas individuellt efter patientens aktuella symtom. [4]

#### Smärtlindring:

- Akupunktur/TENS
- OMT/MDT(McKenzie)

### **Långvariga besvär** (från 12 veckor efter debut och framåt)

Samverkan/planering tillsammans med patientansvarig läkare. Multidisciplinära team [4] (läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, beteendevetare, sjuksköterska)

#### Träning:

Stabiliserings- och funktionsträning, träning i kombination med specifik fysioterapeutisk insats. Träningen anpassas och utformas individuellt utifrån patientens aktuella symtom.

#### Smärtskola

Smärtlindring:

- OMT/MDT(McKenzie)
- Akupunktur/TENS

Arbetsanpassad rehabilitering i samverkan med t ex försäkringskassa, arbetsförmedling och företagshälsovård. [4]

## Uppföljning- mål och mätetal

### Mål

Målsättningen med rehabiliteringen är en så smärtfri patient som möjligt med god vardaglig funktionsförmåga och med maximal möjlighet till självständighet i arbete och på fritid.

### Utvärdering av patienters smärta och funktionsförmåga

Under behandlingsperioden görs kontinuerligt en värdering av risken för en kronisk smärtutveckling samt uppföljning av uppsatta mål. Som förslag kan ett eller flera av nedanstående utvärderingsinstrument användas.

### 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 uppföljning. Hjälpa 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 Navet.

**VAS-skala:** smärtskattning av rygg och ben separat, viktigt i början och sedan vid sista uppföljningen. Navet.

**EuroQOL (EQ-5D)** – Livskvalitetsskala – Frågeformulär i fem dimensioner; rörlighet, egen vård, vardagliga aktiviteter, smärta, och sinnesstämning. Självskattning av upplevd hälsa på en 20 cm lång vertikal visuell analog skala, graderad 0-100. Navet.

## Referenser

1. Institutionen för ortopedi, Huddinge Sjukhus 1991(1988). Ortopedi. Författares bokmaskin, Stockholm:31.
2. Nationella riktlinjer för postoperativ behandling av patienter som genomgått lumbal diskbråcksoperation 2009. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund.
3. Hansson T, Jansson K. Kirurgi eller icke-kirurgi vid diskbråck i ländryggen? SPORT kan inte ge svar - naturalförloppets nyckfullhet blev en för tuff match. Läkartidningen 2007;104:1678-1679.
4. SBU rapport 2000, nr 145/1: Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I och II.
5. 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.
6. 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.

#### Ändringshistorik

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