

RIKTLINJE FÖR FYSIOTERAPEUTISK REHAB VID SPINAL STENOS EJ OPERERADE

1 Faktabakgrund

1.1 Definition av spinal stenos

Spinal stenos kan definieras som ett tillstånd vid vilket nervstrukturerna i spinalkanalen (central spinal stenos) och/eller i rotkanalerna (lateralsstenos eller rotkanalsstenos) utsätts för en mekanisk påverkan så att symtom i form av smärta, sensorisk och/eller motoriska störningar uppträder. Symtomen ut i benen är ofta bilaterala vid central spinal stenos och unilaterala vid lateral spinal stenos. Etiologin till spinal stenos är en process relaterad till degenerativa förändringar i intervertebraldiskar och i facettleder samt en förtjockning/veckbildning av ligamentum flavum. Tillsammans kan dessa förändringar ge upphov till en mekanisk påverkan av nervrötterna i cauda equina.^[1,2,3]

Trycket mot nervvävnaden och därmed symtomen uppträder vid olika fysiska aktiviteter, exempelvis gång, långvarigt stillastående eller i speciella kroppspositioner som t ex extension av ryggen, och kallas ibland "spinal claudicatio" eller "neurogen claudicatio intermittens". Symtomen lindras ofta vid flexion av columna, t ex i sittande, på grund av att spinalkanalen antar större volym vid flexion och trycket mot nervstrukturerna då lättar.^[1, 2] Diagnosen ställs genom att den kliniska diagnosen stämmer överens med svar från slätröntgen och MRT eller CT. Differentialdiagnostiska överväganden är framförallt avancerad höftartros eller claudicatio på grund av arteriell insufficiens.^[1,2]

1.2 Förekomst av spinal stenos i Sverige

Patienten med spinal stenos är vanligtvis mellan 60-70 år med en lång anamnes av ryggvärk, ofta med en eller flera episoder med ischiasbesvär. Man finner ingen stor skillnad i fördelningen mellan män och kvinnor. Några säkra uppgifter om prevalens eller incidens av spinal stenos i Sveriges befolkning finns inte.^[1,2,3]

1.3 Prognos och förlopp vid spinal stenos

Som vid andra degenerativa ledsjukdomar varierar sjukdomsförloppet avsevärt från individ till individ. Naturalförloppet, är ofta godartat. Vad som hos den enskilde patienten styr pro- eller regress av symtomen är inte känt.[1, 2, 3] Det rapporteras i studier att omkring hälften av patienterna förblir kliniskt stabila medan en fjärdedel försämras och en fjärdedel förbättras.[3]

1.4 Funktionsdiagnostik vid spinal stenos

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

2 Stadier av besvär och behandling

Flertalet patienter i denna diagnosgrupp utreds, behandlas och tränas i primärvården. Om patienten har kvarstående neurologiska symtom som inte går att påverka med fysioterapeutiska behandlingsmetoder, tas kontakt med patientens läkare för fortsatt utredning samt diskussion om remiss bör skickas för ortopedkirurgisk bedömning.

I dessa fall kan det finnas indikationer för kirurgi:

- * Funktionshinderande smärta och bortfallssymtom i benet/benen
- * Kraftigt begränsad gångsträcka
- * Konservativ behandling utan effekt[2,5]

Rehabiliteringen är individuellt anpassad och indelad i faser. Träningen är framförallt inriktad mot funktionsträning, den skall utföras dagligen och i kortare stunder. Eftersom det framförallt är äldre personer som drabbas av spinal stenos anpassas de sjukgymnastiska insatserna för att implementera träningen i patientens dagliga aktiviteter.[5].

Träningsprogram vid spinal stenos bygger på konditionsträning på cykel [6], samt aktivering av den djupa stabiliserande bålmskulaturen, där bål stabiliteten bibehålls i samtliga övningar och aktiviteter.[7,8]. En stor del i den funktionella träningen är

hållningskorrigerig, kontroll av intill liggande leder, dosering i ADL och anpassning av fritidsaktiviteter samt konditionsträning vanligtvis på cykel.[6]

Utifrån patientens aktuella symtom genomförs träningen i faser med successiv progrediering och startar i den akuta fasen enligt "Lumbal spinal stenosis icke op) fas 1" Exorlive

2.1 Akuta besvär

(upp till 6 veckor efter debut)

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

Patientutbildning:

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

Träning:

- Träning Fas1-2. Träningen bygger på cirkulationsträning med cykel samt aktivering av den djupa stabiliserande bålmuskulaturen. Fysioterapeuten anpassar och utformar träningen individuellt efter patientens aktuella symtom.[6,7,8]

Smärtlindring:

- Avlastning med t ex kryckkäpp, rollator
- Avlastning av afficerade strukturer t ex i bassäng
- OMT/MDT(McKenzie)
- 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]

2.2 Subakuta besvär

(6-12 veckor efter debut)

Patientutbildning:

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

Träning:

- Cykelträning.[6]
- Stabiliseringsträning samt funktionsträning för återskapande av normal nerv- och muskelfunktion och normalisering belastningståligheten. Träningen är indelad i faser som anpassas och utformas individuellt efter patientens aktuella symtom.[4]

Smärtlindring:

- OMT/MDT(McKenzie)
- Akupunktur/TNS

2.3 Långvariga besvär

(från 12 veckor efter debut och framåt)

- Samverkan/planering tillsammans med patientansvarig läkare och ett tvärprofessionellt team vid behov.
- Cykel- stabiliserings- och funktionsträning. Träningen anpassas och utformas individuellt utifrån patientens aktuella symtom.
- OMT/MDT (McKenzie)
- Smärtlindring Akupunktur/TENS

Arbetsanpassad rehabilitering, i de aktuella fallen, i samverkan med t ex Försäkringskassa, Arbetsförmedling och företagshälsovård.[4]

Vid träning och behandling bör man undvika moment som ger smärtutstrålning i benen. Fysioterapeuten utgår från aktuellt status och utökar successivt

träningsprogrammet. Efter avslutad rehabilitering på mottagningen får patienten individuellt utformade instruktioner om fortsatt fysisk aktivitet samt råd om hemträning.

Fysisk aktivitet och anpassad träning är ett bra alternativ till operation när besvären inte är så uttalade eller t ex vid sjukdomar i hjärta och lungor som ökar operationsriskerna. Så länge patienten mår bra av konservativ behandling finns det goda skäl att vänta med operation. I de fall där operation ändå blir aktuellt är det fördelaktigt för den postoperativa rehabiliteringen om patienten är i så bra fysisk form som möjligt.

3 Mål och Mätetal – Utvärdering

3.1 Mål

Målet vid behandling är att reducera smärta, förbättra/återställa funktionsförmåga och höja patientens hälsorelaterade livskvalitet. Tillsammans med patienten förs en diskussion om patientens egna mål och hur långt de har kommit i rehabiliteringsprocessen. Det är viktigt att fånga patientupplevd livskvalitet.

3.2 Mätetal

Varje fysioterapeut avgör själv vilka instrument som är lämpliga för utvärdering av träning och behandling. Man bör tänka på att det framförallt är äldre patienter som drabbas av spinal stenosis och att det därför oftast är ADL-funktionen som är det viktigaste att utvärdera.

3.3 Utvärderingsinstrument

1) **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

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

3) **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. Svensk Ryggkirurgisk Förenings Vårdprogram, Spinal stenosis. Hämtad från www.4s.nu/varprogram2_soc_spinalstenosis.htm 2011-10-11
2. Tullberg T, Branth B. red. Ryggen. Stockholm. Liber 2010.
3. Genevay S, Atlas S J. Lumbar Spinal Stenosis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2010 (24) 253-265.
4. SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm 2000, volym I och II.
5. Strömquist B, Hedlund R, Jönsson B, Tullberg T. Ländryggens sjukdomar, i Klinik och vetenskap. Läkartidningen.se 2007-05-09 (19).
6. Läkartidningen. Träning minskade behovet av operation vid lumbal spinal stenosis. 2015;112:C7XP
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, McKenzie 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