

RIKTLINJER FÖR FYSIOTERAPEUTISK REHAB EFTER SPINAL STENOS OPERATION

1 Faktabakgrund

1.1 Definition av spinal stenosis

Spinal stenosis kan definieras som ett tillstånd vid vilket nervstrukturerna i spinalkanalerna (central spinal stenosis) och/eller i rotkanalerna (lateral- eller rotkanalsstenosis) 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 stenosis och unilaterala vid lateral spinal stenosis.

Etiologin till spinal stenosis är en process relaterad till degenerativa förändringar i intervertebraldiskarna och i facettlederna samt en förtjockning av ligamentum flavum. Tillsammans kan dessa förändringar ge upphov till en mekanisk påverkan av nervrötterna i cauda equina. ^[2]

Trycket mot nervvävnaden och därmed symtomen uppträder vid olika fysiska aktiviteter, exempelvis gång, långvarigt stillastående eller i speciella kroppspositioner som till exempel extension av ryggen, och kallas ibland ”spinal claudication” eller ”neurogen claudication intermittens”. Symtomen lindras ofta vid ventralflexion av columna, till exempel i sittande, på grund av att spinalkanalerna antas större volym vid flexion och trycket mot nervstrukturerna då lättar. Differentialdiagnostiska överväganden är framförallt avancerad höftartros eller claudication på grund av arteriell insufficiens. ^[2,3]

1.2 Förekomst av spinal stenosisoperation i Sverige

I Sverige görs ca 10 000 operationer på lumbala ryggraden varje år. Av dem är ca 50 % operationer av spinala stenoser. ^[9]

Patienten med spinal stenosis är vanligtvis mellan 60-80 år med en lång anamnes av ryggvärk ofta med en eller flera episoder med ischiasbesvär. Spinal Stenosis är något vanligare förekommande hos män än hos kvinnor. ^[2,9]

1.3 Operationskriterier

- Funktionshinderande smärta och bortfallssymtom i benet/benen

- Begränsad gångsträcka
- Konservativ behandling utan effekt ^[1,8]

1.4 Operationen

Kirurgisk behandling, dekompressionsoperation, sker under narkos och tar ca 45-90 min. Vid operationen tas kotbågarna bort (laminectomi) och man tar också bort ben från facettlederna för att avlasta nervstrukturerna. ^[4]

Det är ovanligt med allvarliga komplikationer men kan förekomma och då rör det sig oftast om blödning, infektion, durarift eller nervskada. ^[2]

Målet/syftet med operationen är att lindra bensmärtnan, förbättra gångförmågan och i vissa fall även minskade ryggbesvär, vilket dock är mer svåröversägbart.

Av de patienter som genomgår operation blir 70-80% bättre. Några blir sämre avseende ryggsmärtnan, vilket kan bero på en ökad instabilitet eller rörlighet mellan kotorna som ett resultat av dekompressionen. Detta kan i så fall åtgärdas med en *fusionsoperation. ^[5]

*Se riktlinjer för fysioterapi efter operation av lumbal fusion/stabilisering.

1.5 Preoperativt

I Kalmar län genomförs ryggoperationer på ortopedkliniken i Kalmar. Cirka en vecka innan operationen sker inskrivningssamtal på ortopedmottagningen. Där får patienten information om mobilisering efter operation samt att kontakta kommunrehab om de upplever behov av hjälpmedel såsom toalettförhöjning, duschstol, förhöjningsklossar till säng eller gångstöd efter operation. Kryckkäppar, griptång, strumppådragare och kildyna finns att köpa på avdelningen. På kliniken ges information ” patientinformation spinal stenosis” till patienten inför ingreppet. ^{Navet}

2 Träning

Rehabiliteringen är individuellt anpassad och indelad i tre faser. Träningen är framförallt inriktad mot funktionsträning, den skall utföras dagligen, kortare stunder. Eftersom det framförallt är äldre personer som drabbas av spinal stenosis anpassas de fysioterapeutiska insatserna för att implementera träningen i patientens dagliga aktiviteter. ^[1] Träningen initieras när patienten är inlagd på sjukhus, fas 1. Den vidareutvecklas vid behov, utifrån patientens individuella förutsättningar, på distriktsrehabiliteringen enligt fas 2 och 3.
Exorlive

Träningsprogram efter spinal stenosoperation bygger på aktivering av den djupa stabiliserande bålmuskulaturen där bålkontroll bibehålls i samtliga övningar och aktiviteter.^[6,7] Allra viktigast är dock att poängtera de dagliga promenaderna som anpassas efter patientens egen förmåga. Vid uppföljningsbesök på distriktsrehabiliteringen anpassas och doseras den fortsatta träningen. En stor del i den funktionella träningen är hållningskorrigerande, dosering i ADL och anpassning av fritidsaktiviteter postoperativt.^[5]

2.1 Postoperativt

Senast dagen efter operation mobiliseras patienterna som är inlagda på avdelning. Gånghjälpmiddel provas ut vid behov. Patienterna är ineliggande till de uppfyller utskrivningskriterierna (symtom, förmåga att kissa, sårets utseende, fysioterapeutens bedömning, effekt av smärtlindring och kontrollröntgen). Fysioterapeuten ser över förflyttning i och ur säng, gång, trappgång samt genomgång av träningsprogram. Patienten får skriftlig information ”Råd till dig som är ryggopererad” som handlar om den praktiska vardagen. Patienten är ineliggande i 1-3 dagar.^[5]

2.2 Postop träning

Fysioterapeuten på vårdavdelningen, går igenom de hemövningar som är aktuella för patienten att börja med. Man utgår från ”rygg avd. 16”.^{Exorlive} Gånghjälpmiddel provas ut vid behov. Efter dekompressionsoperation finns egentligen inte några restriktioner vad gäller mobilisering men information ges om att det kan underlätta om patienten sitter högt och i korta stunder. Patienten bör undvika att lyfta och bära tungt de första veckorna.^[5]

2.3 Fas 1,2,3.

Cirka 3-4 veckor efter operation kallas patienten, vid behov, till distriktsrehabiliteringen för uppföljning. Fysioterapeuten gör en bedömning av patientens status (smärta, funktion, motoriska och sensoriska bortfall). En genomgång av de övningar som patienten erhöll på sjukhuset görs. Eventuellt utökas hemprogrammet fas 1-3.^{Exorlive} Det är vanligt att det smärtar lite i ryggen. Däremot bör man undvika moment som ger smärtutstrålning i benen. Fysioterapeuten utgår från aktuellt status och utökar successivt träningsprogrammet. Rehabiliteringstiden skiftar och är beroende av många faktorer, t ex på hur snabbt patienten återhämtar sig, eventuell återgång i arbete, fritidsaktiviteter mm. Smärtan i benet försvinner först, därefter återkommer kraften vilket kan ta 3-4 månader. Det kan ta upp till ett år att få tillbaka känslan i benen.^[4,5]

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

3 Mål och Mätetal – Utvärdering

3.1 Mål

Målet vid behandling är att ytterligare 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 och eventuella komplikationer till kirurgisk behandling.

3.2 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

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

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. 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 med bra lyftteknik. Att ta 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}

Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)

Denna används då patienten upplever rädsla för att röra på sig. TSK är ett självskattningsformulär som undersöker rörelserädsla. Det innehåller 17 påståenden som personen ska ta ställning till huruvida de stämmer in på honom eller henne ("jag är rädd för att jag kan skada mig själv om jag tränar"). Personen gör sina skattningar på en 4-gradig Lickertskala. Maxpoäng på TSK är 68. TSK har i tidigare studier uppvisat god reliabilitet och validitet. ^{15 Navet}

Timed Up and Go

Testar balans, gång och funktionell rörelseförmåga. ^{Navet}

4 Referenser

1. KLINIK OCH VETENSKAP, Ländryggens sjukdomar, Björn Strömqvist, professor, överläkare, ortopediska kliniken Universitetssjukhuset i Lund; Rune Hedlund, docent, sektionschef, ortopedkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; Bo Jönsson, docent, överläkare, ställföreträdande verksamhetschef, ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund; Tycho Tullberg, verksamhetschef, överläkare, Stockholm Spine Center
2. Svensk Ryggkirurgisk Förenings Vårdprogram, www.4s.nu/vardprogram2_soc_spinalstenos.htm
3. Ortopediskt Magasin, Lumbal spinal stenosis
4. Stockholm Spine Center, www.spinecenter.se

5. Vårdprogram St Görans Sjukhus, Stockholm, Hellmuth Gretzer, Överläkare, Ortopedkliniken
6. 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.
7. 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.
8. Nord T, Grönlund P, Korenerup U, Reuterwall C. Träning minskade behovet av operation vid lumbal spinal stenosis. Läkartidningen. 2015;112:C7XP
9. Svenska ryggregistret, SweSpine. www.swespine.se/ Årsrapport 2020.

Ändringshistorik

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

