

Korsryggsmerter

med og uten nervertaffeksjon

Tverrfaglige kliniske retningslinjer

ved
Even Lærum
Formidlingsenheten for muskel- og
skjelettlidelser (FORMI)
April 2007

1

Formål og målgrupper

- Hjelpemiddel til å treffe best mulig kliniske beslutninger
- Forskningsbasert kunnskap som er felles for profesjonene
- Tverrfaglige - for primærleger, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre ryggbehandlere, samt beslutningstakere
- Formidling/undervisning

2

Bakgrunn

- Vond rygg - enkeltlidelse som "plager flest, og koster mest"
- Oppgave for Formidlingsenheten for muskel-skjelettlidelser, Bevegelsesdivisjonen, UUS (tidl. Nasjonalt ryggnettverk) å utarbeide kliniske retningslinjer
- Tverrfaglige kliniske retningslinjer for akutte korsrygglidelser utgitt i 2002. **Oppdatert/endret og utvidet med langvarige ("kroniske") korsryggsmerter og forebygging (2007)**

3

Arbeidsgruppen (2005-2007)

Bredt tverrfaglig sammensatt

- ◆ Even Lærum (hovedredaktør) (allmenntidning)
- ◆ Jens Ivar Brox (medredaktør) (fys.med./rehab)
- ◆ Ansgar Espeland (radiologi)
- ◆ Ellen Haldorsen (psykologi)
- ◆ Jens Munch-Ellingsen (nevrokirurgi)
- ◆ Lars-Lennart Nielsen (manuell terapi)
- ◆ Ivar Rossvoll (ortopedi)
- ◆ Jan Sture Skouen (fys.med./rehab.)
- ◆ Lars-Christian Stig (kiiropraktor)
- ◆ Kjersti Storheim (fysioterapi)
- ◆ Erik L. Werner (allmenntidning)

4

Andre bidragsyttere

- Eksterne rådgivere (8 pers.)
- Referansegruppe for alle yrkesforeningene, universitetene, pasientforeningen, NHO, KS, RTV og Nasjonalt kunnskapssenter. Sosial- og helsedirektoratet er med på utgivelsen

5

Kilder til dokumentasjon

- Nasjonale og internasjonale retningslinjer
- Rapporter med systematisk litteraturgjennomgang
- Grunnlagsdokumentet Europeiske retningslinjer 2004
- Andre kilder
 - ◆ Egne søk fra 2001 - sept 2005 (N>8000 treff)
 - ◆ Nye systematiske oversikter
 - ◆ Enkeltstudier (RCT'er)
 - ◆ Totalt > 3000 studier vurdert (definerte kriterier)

6

Nivået på dokumentasjonen

- ### *Meget god.* En god systematisk oversikt med minst én studie med god design
- ## *God.* Minst én god studie
- # *Manglende.* Ingen gode studier

7

Styrken på anbefalingene

- Sterk grad** Basert på meget god dokumentasjon (nivå +++) og enighet i arbeidsgruppen om validiteten av dokumentasjonen, appliserbarhet og avveining av nytte og ulempe
- Moderat grad** Basert på minst én god studie (nivå ++) og enighet om validiteten av dokumentasjonen, appliserbarhet og avveining av nytte og ulempe
- Svak grad** Basert på manglende/motstridende dokumentasjon (nivå +) og enighet om appliserbarhet og avveining av nytte og ulempe
- Ikke grunnlag for å anbefale.** Helt utilstrekkelig/motstridende dokumentasjon (+÷)
- Anbefales ikke** Basert på tilstrekkelig dokumentasjon om at behandlingen eller tiltaket ikke virker (÷)

8

Definisjoner og inndeling

- Uspesifikke korsryggsmerter
- Korsryggsmerter med nerverotaffeksjon
- Akutte smerter < 3 mndr.
Subakutte > 6 uker og < 3 mndr.
Langvarige > 3 mndr. (erstatte "kronisk")
- "Røde flagg" - mulig alvorlig underliggende patologi. Videre utredning nødvendig
- "Gule flagg" - prognostiske faktorer for langvarige plager
- "Grønne flagg" - indikerer god prognose med hurtig bedring

9

Diagnostikk

Uspesifikke/ langvarige degenerative korsryggsmerter

- 80-90% av totalt antall ryggpasienter
- Smerteutbredelse korsrygg, nates og lår
- Smerteintensitet varierer, ofte bedre i ro
- God allmenntilstand
- Langvarige ryggsmertene ofte betydelig komorbiditet

10

Diagnostikk

Nerverotaffeksjon (prolaps, spinal stenose)

- 5-10% av alle ryggpasienter - varer lenger
- Utstrålende smerter ett eller flere dermatom
- Nummenhet og parestesier
- Hoste- og nysesmerter
- Lasègues prøve reproducerer smerteutstrålingen
- Pareser
- Refleksforandringer
- NB. Cauda equina (urinlekkasje eller retensjon, ridebukseanestesi, utbredte/progredierende pareser)

11

Diagnostikk

"Røde flagg"

En hovedoppgave å identifisere i PHT

- 1-5% av totale antall ryggpasienter
- Under 20 eller over 55 år
- Konstante eller tiltagende smerter
- Generell sykdomsfølelse/vekttap/feber
- Utbredte nevrologiske utfall/Cauda equina
- Deformitet i columna
- Høy SR, uttalt morgenstivhet (>1 time)
- Traume, cancer, bruk av steroider, immunosuppressiva, stoffmisbruk

12

Diagnostikk Utredning

- Anamnese
- Klinik
- Supplerende undersøkelser (CRP, SR, ALP, HLA-B27, urinprøve)
- **Hovedfokus på bildediagnostikk**

13

Diagnostikk Bildediagnostikk

Hva som mistenkes/klinisk problemstilling bestemmer type undersøkelse og skrives på rekvisisjonen

Psykisk effekt - økt eller redusert angst?
NB Kommunikasjon!

- Uspesifikke korsryggsmerter
 - ◆ Sjelden indisert (NB. Sterkt ønske fra pasienten)
 - ◆ **MR (primærvalg)** evt. CT ved vedvarende, sterke smerter > 4-6 uker
 - ◆ Primært konvensjonell røntgen ved mistenkt fraktur, spondylolistese, IS-artritt

14

forts. Diagnostikk Bildediagnostikk

- Nerverotaffeksjon
 - ◆ **MR (primærvalg)** ved symptomer uten bedring etter 4-6 uker. Viktig om kirurgi overveies
 - ◆ Myelografi ved usikre funn
 - ◆ MR og evt. myelografi ved spinal stenose
- **"Røde flagg"**
 - ◆ Alltid MR, evt. CT og skjelettrøntgen
 - ◆ Videre utredning rettes mot hva man mistenker

15

"Gule flagg" Prognostiske faktorer for langvarige plager

- Frykt-unnngåelsesatferd ("Hurting is harming")
- Manglende forventning om bedring og arbeidsførhet
- Store psykiske og sosiale belastninger
- **Komorbiditet**, somatisering, generaliserte smerter, angst, depresjoner
- Store forventninger til passiv behandling
- Dårlig erfaring med tidligere behandlinger, tidligere omfattende rygghanamnese, **sykemelding**
- Høy alder
- Annet: Prolaps/rotaffeksjon

16

Behandling Uspesifikke korsryggsmerter

- **Aktivitet**: Mest mulig normal aktivitet, fortsette/gjenoppta jobb så raskt som mulig. **Variasjon viktig** +++/++
- **Sengeleie**: Anbefales ikke, men kan være nødvendig de første 2-3 dager som smertelindring ÷ **NB! Rotaffeksjon trenger ofte mer**
- **Øvelser og trening**: Ikke dokumentert effekt de første ukene. Henvisning til trening/fysisk aktivitet vurderes etter ca. 4-6 uker. **God effekt ved subakutte og langvarige plager**. Individuell tilpassing, veiledning og oppfølging over tid +++

17

forts. Behandling Uspesifikke korsryggsmerter

- **Legemidler**: Anbefales (akutt og kronisk) for smertelindring og for å komme i gang med aktiviteter. Ingen store effekter - anbefalingene bygger også på klinisk erfaring og konsensus ++

Start med paracetamol evt. NSAID. Hvis ikke effekt - bruk paracetamol/opoid-preparater (evt. primært). Tas med jevne mellomrom. **Ikke > 4 g paracet/dag**. Anti-depressiva kan forsøkes ved langvarige plager ++

18

forts. Behandling

Uspesifikke korsryggsmerter

- **Manipulasjon:** Etter 1-2 uker for pasienter som trenger ekstra smertelindring eller som ikke tidlig greier å gjenoppta vanlige aktiviteter (sammenlignet med ingen behandling) +++ Ulik grad av anbefaling for akutt, subakutt og langvarig
- **Tverrfaglig kognitiv behandling for subakutt og kronisk** +++
- **Annen behandling:** Massasje som supplerende tiltak for smertelindring ++ Traksjon og støttebelte/korsett ÷ Akupunktur har dokumentert effekt på linje med annen behandling ved langvarige smerter ++

19

forts. Behandling

Uspesifikke korsryggsmerter

Kirurgi/Avstivning:

- Langvarig degenerativ ryggglidelse > 1-2 år, 1-2 skivenivå +
- Optimal konservativ behandling prøvd først
- Kirurgi ikke dokumentert bedre effekt enn konservativ behandling. Klart dyrere og flere bivirkninger
- Ved spinal stenose prøves også konservativ behandling først
- Ikke dokumentert grunnlag for å anbefale injeksjonsterapi eller annen mikrovaskulær behandling
- Skiveproteser på eksperimentelt stadium

20

Behandling

Nerverotaffeksjon

- **Aktivitet:** Pasienten oppfordres til variert aktivitet selv om ryggen er noe vond. Også generelt god prognose ++
- **Sengeleie:** Sengeleie/hvile kan være nødvendig som smertelindring, og ofte lenger enn ved uspesifikke smerter. NB Variasjon! ++
- **Øvelser og trening:** Hvis pasienten blir passiv, kan lett fysisk trening og øvelser benyttes, også etter operasjon

21

forts. Behandling

Nerverotaffeksjon

- **Legemidler:** Start med paracetamol eller kombinasjonspreparat med opioid/tramadol ++ NSAID mangler dokumentert effekt ved nerverotsmerter. Smertestillende bør tas jevnlig +
- **Kirurgi** ved cauda equina/progredierende nevrologiske utfall (innen 48 timer), og ved utilfredsstillende bedring av rotsmerter etter 6-12 uker, evt. før ved intolerable smerter +++ Dårligere effekt etter 8 mndr. Nødvendig hos ca. 5%
- **Annen behandling og tiltak:** Ikke dokumentert for traksjon ÷ Manipulasjon ved langvarige plager ++

22

Henvvisning

- Kirurgi som øyeblikkelig hjelp ved mistanke om cauda equina/progredierende pareser +++
- Rask henvvisning til annenlinjetjenesten ved "røde flagg" +++
- Henvise til bildediagnostikk hvis ikke tilfredsstillende bedring etter 4-6 uker ++
- Tverrfaglig rehabiliteringsprogram ved 6-8 uker og særlig ved sykmelding +++
- Sykemeldt > 8 uker gir halvert sannsynlighet for å komme tilbake i samme jobb

23

Forebygging

- Primær, sekundær og tertiær
- Meget god dokumentasjon for at veiledet trening/øvelser både forebygger nye ryggepisoder og reduserer fremtidig sykefravær +++
- Multimodale ergonomiske tiltak (opplæring, mestring, kognitiv tilnærming, arbeidsteknikker) ved langvarige plager når involvering av de ansatte og spesifikt rettet. Det samme gjelder for ryggskole integrert på jobben +++
- Muligens effekt av myke såler/underlag på arbeidsplass +
- Madrass: middels fast > fast (ved langvarige plager) ++

24

Arbeidsmedisinske tiltak

- Gjenoppta/fortsett normal aktivitet, inklusiv jobb +++
- Trygghet og tilrettelegging for fortsatt yrkesaktivitet - blir da fortore bedre +++
- Tverrfaglig kognitiv rehabilitering, evt. i samarbeid med BHT +++
- Avklare forhold i arbeidssituasjonen som begrenser muligheten for yrkesaktivitet. Partene må samarbeide +
- Vurder tidsbegrenset gradert eller aktiv sykmelding. "Riktig dosering" +

25

Klinisk kommunikasjon

- Ta pasienten på alvor
- Vær pasientsentrert
- Gi avdramatiserende og trygghetsskapende informasjon (NB Hvorfor gjør det vondt?)
- Drøft hva som kan gjøres

26

Potensielle gevinster

- Beslutningsstøtte i praktisk hverdagsmedisin
- Klinikeren føler seg "på trygg grunn" - å være oppdatert
- Bedre kommunikasjons- og informasjon (konsistent)
- Kan benyttes i undervisning
- Kan bidra til bedre organisering/samhandling av helsetjenester
- Virker tverrfaglig samlende

27