Kunnskapsbasert ryggomsorg for allmennleger

UTARBEIDET AV OVERLEGE FINN Ø. RASMUSSEN,
RYGGSEKSJONEN, NEVROLOGISK AVDELING, ULLEVÅL SYKEHUS.

Retningslinjene er utarbeidet med basis i den amerikanske praksisretningslinjen for ryggomsorg, AHCPR 1994 (1, 2), fordi denne oppfyller kunnskapsbaserte krav om vitenskapelig gyldighet. Den engelske praksisretningslinjen, RCGP 1996 (3) og enkelte nyere systematiske oversiktsartikler (4-7) har også vært viktige kilder. Anbefalingene er forsøkt gitt med vitenskaplig forankring etter samme mønster som i AHCPR:

A - sterke vitenskapelige bevis,
B - moderate vitenskapelige bevis,
C - begensete vitenskapelige bevis,
D - ingen vitenskapelige bevis.

RESYMÉ

Når legen vurderer en pasient med akutt vond rygg, bør man primært søke å utelukke alvorlige tilstander ved en fokusert sykehistorie og en kortfattet klinisk ryggundersøkelse der man særlig søker etter RØDE FLAGG.

1. Legen bør gjøre en enkel sortering i tre beskrivende diagnosekategorier som kan veilede videre tiltak:
   - Mulig alvorlig sykdom i virvelsøylen eller nevrologisk akuttilfelle (uttalte lammelser eller akutt cauda equina syndrom).
   - Mulig nerverotsymptomer (isjias)
   - Uspesifikk vond rygg.
2. Hvis man mistenker alvorlig sykdom i virvelsøylen eller nevrologisk akutttilfelle, bør det tas hånd om umiddelbart på den mest effektive måten.
3. Pasienter i de to andre diagnosekategoriene i aldersgruppen 20–50 år bør den første tiden behandles med:
   - **Vaktsom observasjon.**
     - Det er ikke nødvendig med bildedannende utredning eller henvisning til spesialist.
     - Gi beroligende og korrekt informasjon om resultatet av din kliniske undersøkelse og om det godartete forløpet som du forventer.
     - Vaktsom observasjon er en «krevende» behandling. Legen må gjennom sin kliniske atferd etablere tillit og allianse med pasienten. Beroligende informasjon er bare effektivt hvis den tar utgangspunkt i og tar hånd om pasientens bekymringer.
   - **Aktiv hvile.**
     - Kroppens egne reparasjonsmekanismer stimuleres best ved å være i mest mulig normal aktivitet innenfor de rammer som smertene setter. Noe avlastning og hvile innimellom kan være nødvendig.
     - Styrketrening er ikke anbefalt den første tiden.
   - **Enkel symptomlindring.**
     - med medikamenter (paracetamol, ikke-steroide antiinflammatoriske midler, kodeinholdige analgetika eller muskelavslappende midler).
     - ved egenbehandling med varme- eller kuldepakning.
     - ved manipulasjon. Man kan vurdere et behandlingsforsøk med manipulasjon innenfor de første 4-6 ukene.
4. Pasienter som ikke er tilbake i normale aktiviteter og arbeid etter 4–6 uker bør gjennomgå en helhetlig revurdering for om mulig å påvise årsaken til forsinket tilheling. Legen må utelukke spesifikke årsaker til vond rygg som har betydning for håndteringen slik som tumor, infeksjon, bruddskade eller spondylartritt. Man bør gjøre seg kjent med uheldige ikke-organiske faktorer slik som feiloppfatninger, urealistiske forventninger og psyko-sosiale vansker.
   - **Pasienter med plagsomme utstrålende nerverotsymptomer i bena.**
     - Kirurgisk behandling kan bli aktuelt hvis man ved bildedannende undersøkelser påviser et patoanatomisk substrat som kan behandles kirurgisk. Legen bør gjøre seg kjent med pasientens egne holdninger til en eventuell ryggoperasjon.

- **Pasienter uten plagsomme utstrålende nerverotsymptomer i bena.**
  - Hos flertallet av pasientene besitter vi ikke effektiv spesifikk behandling. Viktige tiltak er gradvis aktivisering og opptrening.
  - Behandlingen bør være målrettet. Når målet er tilbakegang i jobb, er et samarbeid med en velfungerende bedriftshelsetjeneste det mest rasjonelle og effektive tiltaket.

I. INNLEDNING/BAKGRUNN

Det er dessverre en realitet at vi kun hos ca. 15% av pasienter med akutt vond rygg kan påvise en spesifikk årsak til plagene. Legen kan med basis i anamnese og status presens sortere pasientene til en av tre beskrivende diagnosekategorier som kan veilede videre tiltak:

1) Mulig alvorlig underliggende sykdom eller nevrologisk akuttilfelle.
2) Mulig nerverotsmerte (isjias).
3) Uspesifikk vond rygg.

Pasienter med mulig alvorlig underliggende sykdom eller nevrologisk akuttilfelle må utredes raskt, eventuelt innlegges på sykehus. De øvrige pasientene, som er de aller fleste, kan håndteres med enkle midler uten videre utredning. Opp mot 90% kommer seg fint i løpet av 4–6 uker. De som fortsatt har plager etter 4-6 uker bør gjennomgå en helhetlig revurdering og eventuell utredning. Denne vil danne basis for en målrettet videre omsorg. Ryggkirurgi er et tilbud for et fåtall og er hovedsakelig aktuelt ved nerverotsymptomer (isjias) som ikke gir seg.

I møte med en pasient med akutt vond rygg bør siktemålet primært være å utelukke alvorlige årsaker. I de aller fleste tilfeller kan det gjøres ved en alminnelig klinisk vurdering med anamnese og status presens der man søker å besvare tre spørsmål:

1) Kommer det fra ryggen?
2) Kan det være en alvorlig underliggende sykdom eller nevrologisk akuttilfelle?
3) Foreligger det nerverotsymptomer (isjias)?

1. Kommer det fra ryggen?

Både alvorlige og ikke-alvorlige abdominalsykdommer kan simulere rygglidelse. Eksempler er dissekerende aortaaneurisme, pancreatitt, ulcus penetrans, sykdommer i bekkenorganer og nyresten. Vanligvis er diagnosen enkel hvis man tenker på muligheten.

Hvis plagene kommer fra ryggen, kan man sortere til en av de tre overnevnte beskrivende diagnosekategoriene.

2. Kan det være en alvorlig underliggende sykdom eller nevrologisk akutt-tilfelle?

Det er særlig kreft, infeksjon, brudd eller nevrologisk akuttilfelle som er aktuelle differensialdiagnoser. Prevalensen av noen av disse sykdommene i en uselektert pasientpopulasjon i primærhelsetjenesten er i størrelsesorden: Tumor 0,7%, infeksjon 0,01%, bruddskade 4% og spondylartritt 0,3%. Anamnesen er ofte mer nyttig enn status presens for å øke eller redusere sannsynlighet for disse sykdommene. Vond rygg på grunn av underliggende alvorlig sykdom er hyppigere i aldersgruppene før 20 år og etter 50 år.

Den amerikanske praksisretningslinjen (AHCPR 1994) anbefaler rask utredning med vanlig røntgen av ryggen og enkle blodprøver når man påviser et «rødt flagg». Slik praksis kan resultere i stort forbruk av røntgenundersøkelser, og man bør nok være noe mer restriktiv.

Nevrologisk akuttilfelle omfatter akutt cauda equina syndrom og uttalte lammelser i bena.

Akutt cauda equina syndrom: Skyldes vanligvis et stort prolaps i nedre deler av korsryggen som avklemmer alle nerverøttene som skal passere forbi. Det er alminnelig akseptert at kirurgisk behandling for å trykkavlaste nervene bør skje raskest mulig. Kardinalsymptomet er forstyrret vannlating, særlig urinretensjon, evt med overflow-inkontinens (en forstørret urinblære kan ofte palperes på abdomen). Men symptomer og funn vil ofte avspeile funksjonsforstyrrelse av hele cauda equina nedenfor avklemmingsnivået (jmf. egen boks).

Funksjonen i urinblærens detrusormuskel bedømmes enklest ved å bestemme resturin etter voluntær vannlating. Resturin < 100 ml gjør detrusorsvikt usannsynlig, men kan være misvisende når urinproduksjonen er lav eller hvis pasienten tømmer blæren med bukpressen. Resturin > 100 ml er uspesifikt og kan skyldes et cauda equina syndrom eller smertebetinget blærehemning.

Progredierende parese/paralyse gir mistanke om mekanisk klem på en nerverot som skader nerven og gir gradvis økende funksjonstap. Vær oppmerksom på utvikling av parese/paralyse hos en pasient som akutt blir kvitt sin isjiassmerte, noe som kan bety at smertefibrene ikke fungerer lengre!! Nytten av kirurgisk dekompresjon av skadet nerve avtar raskt med tiden (få døgn).

Ved *kraftige traumer* bør man tenke på mulig bruddskade og ledsagende nevrologisk skade. *Polyradikulitt* (Guillain Barré syndrom) kan debutere med ryggvondt gjerne ledsaget av parestesier og lammelser i ekstremitetene. Ved status presens er det ofte lammelser og alltid svake eller utslokkete senereflekser.

RØDE FLAGG ifølge AHCPR 1994 (1,2).
Tumor eller infeksjon
- tidligere hatt kreft
- uforklart vekttap
- immunosuppresjon
- urinveisinfeksjon
- i.v. misbruk
- langvarig kortisonbruk
- ryggsmerter som ikke blir bedre i hvile
- alder > 50 år

Bruddskade
- signifikant traume i forhold til alder
- langvarig kortisonbruk
- alder > 70 år

Akutt cauda equina syndrom eller alvorlig nevrologisk akuttsituasjon:
- urinretensjon eller overflow-inkontinens
- tap av analsfinkter-tonus eller fecal inkontinens
- nummenhet i sete og skritt
- global eller progredierende muskelsvakhet i bena

3. Er det nerverotsmerte (isjias)?

Det er gjerne utstrålende smerter i et eller begge ben. Mer enn 90% av prolapsbetinget isjias affiserer enten L5- eller S1-roten og utgår henholdsvis fra skiven over eller under L5 virvelen. Smerteutstrålingen følger et dermatom, ofte med ledsagende parestesier, nummenhet og eventuelt svakhetsfølelse i benet. Kardinalsymptomet ved lumbal spinal stenose er nevrogen klaudikasjon (smerter, parestesier, nummenhet eller svakhet i bena som provoseres av å gå eller å stå og som lindres av å sitte eller flektere ryggen).

Dermatomutstrålingen og eventuelle nevrologiske funn kan definere hvilken nerverot (-røtter) som er affisert og dermed lokalisere hvor i ryggen årsaken sitter: Ved S1-isjias er årsaken ofte i L5/S1-nivå, ved L5-isjias er årsaken ofte i L4/L5-nivå og ved isjias anterior er årsaken ofte i L3/L4 - eller L2/L3-nivå.

Isjias syndromene slik vi kjenner dem fra nevrol. avd.

S1-isjias
SYMPTOMER
Smerter og parestesier til bakside av legg/utside fot/lilletå. Evt. vansker med tågang
NEVROLOGISKE «NØKKELFUNN»
Motorisk: Plantarmosjon ankel
Refleks: Achillesrefleksen
Sensorisk: Utside av hæl/fot

L5-isjias
SYMPTOMER
Smerter og parestesier til utside legg/fotrygg/stortå. Evt. Drop-fot, nedfall i hofte når står på et ben (pos. Trendelenburgs prøve)
NEVROLOGISKE «NØKKELFUNN»
Motorisk: Utoverfører hofte, dorsalmosjon ankel, tåstrekkere.
Refleks: Ingen.
Sensorisk: Fotrygg mellom 1. og 2. tå

Isjias anterior – «gammel manns isjias»
SYMPTOMER
Smerter og parestesier til forside av lår og legg (dd – hoftebetinget tilstand). Ofte umulig å skille mellom L3 og L4
NEVROLOGISKE «NØKKELFUNN»
L4
Motorisk: Knestrekker.
Refleks: Patella-refleksen.
Sensorisk: Mediale ankelknoke.
L3
Motorisk: Knestrekker, hoftebøyer.
Refleks: Patella-refleksen.
Sensorisk: Innside av kne.

Lettere nevrologiske utfall
er godartete og indiserer ikke kirurgisk behandling. I Henrik Webers klassiske studie som sammenliknet konservativ og kirurgisk behandling av prolapsbetinget isjias, ble det vist at forløpet av nevrologiske utfall var uavhengig av behandlingstype: Pareser hadde god prognose mens hele 35% av pasientene hadde lettere sensoriske forandringer ved 10-års oppfølgingen.

NB! Prognosen er god.
50% kommer seg i løpet av 2 uker og 70% i løpet av 6 uker. Hos endel tar det lengre tid, men de fleste unngår kirurgisk behandling. Vi anbefaler vanligvis ca. 3 måneders ekspekterende/konservativ behandling før man eventuelt tilrår operasjon.

Pato-anatomisk årsak er ofte påvisbar.
Skiveprolaps er vanligste årsak i aldersgruppen 30–50 år er og > 90% utgår fra bevegelsessegmentene over (L4/L5) eller under (L5/S1) L5 virvelen.
Spondylolyse/-olisthese er tidlig ervervet og nesten alltid lokalisert i L5-vivelbuen. Tilstanden kan være asymptomatisk og hos 40–50 åringer er spondylolyse/-olisthese like hyppig hos ryggfriske som hos personer med vond rygg. Relevante isjiassymptomer og -funn uten annen påviselig

anatomisk årsak sannsynliggjør at spondylolisthesen er symptomgivende.
Degenerativ lumbal spinal stenose ses særlig i aldersgruppen > 60 år og affiserer ofte flere bevegelsesnivåer, vanligst L4/L5 og/eller L3/L4. Degenerativ glidning (olisthese) kan øke trangheten i spinalkanalen og ses oftest i L4/L5-nivå.

Det er uspesifikk vond rygg!

Smertene er hovedsaklig lokalisert i korsrygg – eventuelt med diffus utstråling til sete og lår (referert smerte). Alder ved debut er mellom 20 og 50 år. Symptommønsteret har et mekanisk preg, og det er oftest lindring av å ligge.

NB! Prognosen er god.
Opp mot 90% tolererer normal aktivitet igjen i løpet av 4–6 uker. Tilbakefall er vanlig (opp mot 50%), men har også god prognose.

Patoanatomisk årsak lar seg ikke påvise.
Røntgenutredning er unødvendig og vil ofte vise forandringer av usikker etiologisk betydning. Spesifikk nevroradiologisk utredning (komputertomografi, magnettomografi) er oftere falsk positiv enn sann positiv! Omkring 20–30% av friske har asymptomatiske skiveprolapser og omkring 20% av asymptomatiske personer > 60 år har radiologisk spinal stenose. Uten nerverotsmerte er betydningen av påvist skiveprolaps eller spinal stenose usikker, og nerverotavlastende og plassbedrende kirurgi er ikke indisert.

II. OMSORG DE FØRSTE 4–6 UKENE

Initial vurdering av pasienter med vond rygg

Målsetningen er primært å utelukke alvorlige tilstander. Anamnesen er ofte mer nyttig enn status presens. Symptomer og funn som kan påvises ved klinisk undersøkelse har begrenset presisjon/pålitelighet (repeterbarhet) og nøyaktighet (sensitivitet og spesifisitet). Interesserte kan lese mer om det i tabellene på side 19-20. Likevel er anamnese og status presens tilstrekkelig basis for en sortering til en av de tre beskrivende diagnosekategoriene som kan veilede videre tiltak. Det skaper tillit og allianse når pasienten opplever en omsorgsfull vurdering.

Anamnesen
AHCPR 1994 (1,2).

- *Basale opplysninger som alder, symptomvarighet, symptombeskrivelse, betydningen av symptomer ved aktiviteter og eventuell respons på tidligere behandlinger er viktige opplysninger i vurderingen av ryggproblemer (B).*
- *Man bør spesifikt forhøre seg om «røde flagg» med tanke på alvorlige tilstander som kreft, infeksjon, akutt cauda equina syndrom eller fraktur (B/C).*
- *Man bør være oppmerksom på at psykologiske og sosioøkonomiske forhold kan påvirke den kliniske vurderingen (sykdomsatferd) og respons på behandling. Det er derfor nyttig at legen gjør seg kjent med slike forhold (C).*

Status presens, tilpasset fra AHCPR 1994 (1,2).
Status presens veiledes av sykehistorien og kan i de fleste tilfeller gjøres kortfattet. Den bør inneholde generell observasjon av pasienten, regional vurdering av ryggsøyle og bløtdeler samt strakt benløft og nevrologisk screening i bena når det foreligger nerverotsymptomer. Generelt er funn ved undersøkelsen av virvelsøylen/bløtdelene rundt mindre pålitelige og nøyaktige enn funn ved nevrologisk undersøkelse.

Generell observasjon og regional ryggundersøkelse
Sterkt reduserte bevegelsesutslag i ryggen kan støtte en mistanke om infeksjon, tumor eller fraktur, men er uspesifikt. Vurdering av ryggens bevegelighet har begrenset diagnostisk verdi, og det er stor variasjon mellom personer både med og uten symptomer. Endel klinikere synes undersøkelse av ryggens bevegelser kan være et nyttig parameter i oppfølgingen av en pasient over tid (bedret bevegelighet er et positivt tegn). Lokal banke- eller palpasjonsømhet i virvelsøylen kan være et tegn på infeksjon, tumor eller fraktur, men er igjen uspesifikt. Palpasjonsømhet i bløtdelene omkring virvelsøylen er ganske uspesifikt og har dårlig pålitelighet (reproduserbarhet).

Nevrologisk screening i bena hos pasienter med utstrålende symptomer.
Allmennlegen kan trygt begrense seg til noen få enkle tester og ha i mente at isjias særlig rammer L5- eller S1-nerverøttene.
Strakt benløft strekker på L5- og S1-nerverøttene. Prøven er positiv hvis det provoseres utstrålende smerter ved < 60° elevasjon (positiv Laségue's tegn). Enkelte krever at utstrålingen skal gå nedenfor kneet ved positiv prøve, og testen blir da mer spesifikk og mindre sensitiv. I stedet for å angi positiv/negativ test, kan man beskrive symptomene som tilkommer ved prøven. Omvendt Laségue's prøve (knefleksjon i mageleie) strekker på L3- og L4-nerverøttene og brukes ved isjias anterior.
Muskelfunksjonen bedømmes med funksjonstester i stående stilling: Tågang (bakre leggmuskler - S1), hælgang (fremre leggmuskler - L5), knebøy (knestrekker – L3 og L4). Ved nærmere krafttesting kan man konsentrere seg om «nøkkelmusklene» for de enkelte nerverøttene: Plantarmosjon ankel (S1), dorsalmosjon ankel og tåstrekkere (L5), knestrekker (L3 og L4). Smerter kan påvirke kraftprestasjoner og vanskeliggjøre vurderingen.

Følesans undersøkes med lett berøring eller stikksans på føttene ved mediale ankelknoke (L4), over fotrygg (L5) og langs utside av fot (S1).
Senerefleksene kan være vanskelige å vurdere hvis pasienten spenner seg, men påvirkes ikke av smerter slik som kraftprestasjonene. L5-nerveroten formidler ingen senerefleks, mens achillesrefleksen går gjennom S1-roten og patellarrefleksen gjennom L3- og L4-roten.

NB! Hvis man mistenker akutt cauda equina syndrom eller nevrologisk akutt tilfelle, må undersøkelsen gjøres mer omfattende og inkludere perineum.

Behandling i de første 4–6 ukene

Når den initiale kliniske vurderingen gir tilstrekkelig mistanke om alvorlig underliggende sykdom eller nevrologisk akutt-tilfelle, anbefales rask og målrettet diagnostikk for å avklare tilstanden. I enkelte tilfeller bør det skje ved akutt innleggelse i spesialavdeling. Ved ukomplisert isjias eller uspesifikk vond rygg er det ikke nødvendig med supplerende utredning i løpet av de første 4 ukene.

Ukomplisert isjias og uspesifikk vond rygg har god prognose, og kroppens egne tilhelingsprosesser er den viktigste faktoren. Når legen ved sin undersøkelse har utelukket alvorlige tilstander, må pasienten beroliges om at det ikke er tegn til noe alvorlig galt, og at man kan forvente rask bedring. Utstrålende smerter tar ofte noe lengre tid enn lokalisert korsryggsmerte. Pasientens plager kan lindres ved medikamenter, fysikalske tiltak og endringer i aktivitet. Kroppens egne tilhelingsprosesser stimuleres best ved å være i mest mulig normal aktivitet, men samtidig unngå de mest ryggbelastende aktiviteter. Slike aktiviteter er løfting, særlig med bøyning og vridning. Objekter bør holdes nær inntil kroppen ved løft. En del får økte plager av å sitte og bør unngå langvarig sitting og ta pauser innimellom. Noe hvile innimellom kan være nødvendig.

Egenbehandling med varme- eller kuldepakning lokalt på ryggen kan gi lindring hos en del. Både sengeleie som behandling og tidlig innsatt styrketrening kan forlenge forløpet.

Manipulasjonsbehandling kan være et effektivt middel til å forkorte akuttforløpet og lindre smertene, men har neppe varige effekter. Et eventuelt slikt behandlingsforsøk bør revurderes hvis det ikke har gitt klar bedring i symptomer og funksjon i løpet av en måned. Passive behandlingsmetoder har ellers liten plass.

Aktivitet og trening er de viktigste tiltakene for å forhindre tilbakefall og redusere kroniske plager når den mest akutte perioden er tilbakelagt.

Terapeutisk hensikt med vanlig brukte behandlingsmetoder ifølge AHCPR 1994 (1,2).
Enkel, individuell informasjon. Den vanligste årsaken til misnøye med legers håndtering av ryggplager er mangelfull informasjon. Enkel informasjon om ryggproblemer kan redusere bruk av medisinske ressurser, redusere pasientens uro og stimulere tilfriskning.

Ryggskole innebærer et strukturert utdanningsprogram om ryggen, vanligvis i gruppe. Hensikten er å gi pasienten informasjon om anatomi og det naturlige sykdomsforløp ved ryggplager. Man gir opplæring i prinsipper vedrørende holdning, daglige aktiviteter og idrett og ønsker gjennom det å øke pasientens funksjonsevne og arbeidskapasitet.

Medikamenter. PARACETAMOL OG LIGNENDE ENKLE ANALGETIKA: Den terapeutiske hensikt er å lindre smerter. NSAIDs: Hensikten er å redusere smerte antagelig gjennom å redusere inflammasjon og stimulere tilheling.
MUSKELAVSLAPPENDE MIDLER: Farmakologisk er det vanligvis benzodiazepiner, andre sedative midler eller antihistamin-derivater. Den terapeutiske hensikt er å redusere ryggsmerter ved å dempe muskelspenninger. De vanlige brukte muskelavslappende midler har ingen perifer effekt på muskelspenningen.
OPIATER: Den terapeutiske hensikt er midlertidig smertelindring.

Manipulasjon kan beskrives som en rask, passiv strekk av strukturene rundt et ledd. De utvalgte leddene føres til ytterstilling og det gis en impulsbelastning. Den terapeutiske hensikt med manipulasjon er symptomlindring og funksjonsbedring. Virkningsmekanismen er ukjent.

Selvbehandling med kulde eller varme. Den terapeutiske hensikt er å gi symptomlindring ved å påvirke betennelse, «muskulære symptomer» eller leddstivhet.

Støtabsorberende innlegg i sko. Den terapeutiske hensikt er å redusere ryggsmerter.

Korsetter eller belter. Det er forskjellige teorier om hvordan korsetter og belter kan behandle eller motvirke ryggplager: Korsetter kan avlaste ryggen ved å gi økt abdominaltrykk og/eller de kan ha en mekanisk «pass-på»-funksjon som hindrer fremoverbøyninger. Den terapeutiske hensikt for lumbale støttebelter er å redusere smerte og/eller beskytte mot skade.

Epidural kortisoninjeksjon. Den terapeutiske hensikt er å redusere ødem, betennelse og smerter.

Aktivitetsrestriksjoner. Hensikten med å foreskrive redusert aktivitet, tilpasset arbeid eller sykemelding er å redusere smerteplager. Men man bør søke å opprettholde aktivitet for å motvirke fysisk reduksjon. Hovedmålet er å stimulere tilheling uten å forstyrre daglige aktiviteter mer enn nødvendig. Kroppens reparasjonsmekanismer stimuleres best gjennom å holde seg i mest mulig normal aktivitet, og det er mer effektivt enn sengeleie eller tidlig innsatt trening.

Trening. Den terapeutiske hensikt er å bedre kondisjon, muskelstyrke og bevegelighet og derigjennom redusere symptomer, øke funksjonsevnen og forebygge tilbakefall samt redusere alvorligheten av disse.

Tabell. Anbefalinger om initial terapi ifølge AHCPR 1994 (2).

Behandlingsform	Anbefalt	Mulighet	Ikke anbefalt
Pasient informasjon	1) Enkel informasjon om forventet forløp og generelle råd om ryggplager (B) 2) Ryggskole i relasjon til arbeid (C)	1) Ryggskole uten relasjon til arbeid (C)	
Medikamenter	1) Paracetamol (C) 2) NSAIDs (B)	1) Muskelavslappende1) midler (C) 2) Opiater, kortvarig bruk (C)	1) Opiater > 2 uker (C) 2) P.o. kortison (C)
Fysikalsk behandling	1) Manipulasjon i korsryggen i løpet av første måned med symptomer (B)	1) Manipulasjon for pasienter med radikulopati (C)[1] 2) Manipulasjon for pasienter med symptomer > 1 md (C) 3) Selv-behandling med varme eller kulde (C) 4) Støtdempende innleggsåler i sko hvis pasienten står mye (C) 5) Korsett for å forebygge i jobb med mye løfting (C)	1) Manipulasjon for pasienter med uavklarte nevrologiske utfall (D) 2) Langvarig behandling med manipulasjon (B) 3) Traksjon (B) 4) TNS (C) 5) Biofeedback (C) 6) Skoinnlegg for å korrigere benlengdeforskjell < 2 cm (D) 7) Korsett som behandling (D)
Injeksjoner		1) Epidurale kortisoninjeksjoner når radikulære smerter for å unngå kirurgi (C)[2]	1) Epidurale injeksjoner for vond rygg uten radiculopati (D) 2) Triggerpunktinjeksjoner (C) 3) Ligament injeksjoner (C) 4) Fasettleddinjeksjoner (C) 5) Nåleakupunktur (D)
Sengeleie		1) Sengeleie i 2–4 dager når kraftig radikulopati (D)[3]	1) Sengeleie > 4 dager (B)
Aktivitet og trening	1) Midlertidig unngå aktiviteter som øker mekaniske belastninger på ryggen (D) 2) Gradvis tilbakegang i normal aktivitet (B) 3) Lav-belastende kondisjonstrening (C) 4) Styrketrening av trunkus-muskulatur fra 2 uker (C) 5) Treningskvoter fremfor dosering etter smerte (C)		1) Rygg spesifikke trenings maskiner (D) 2) Terapeutisk tøyning av ryggmuskulaturen (D)

1 Ved nevrologisk avdeling på Ullevål sykehus bruker vi ikke manipulasjonsbehandling til pasienter med isjias.
2 En nyere meta-analyse og en stor randomisert kontrollert studie viser at epidural steroidinjeksjon ikke er effektivt for å unngå kirurgisk behandling (12,13).
3 Ved nevrologisk avdeling på Ullevål sykehus bruker vi sengeleie i 4-6 dager ved en kraftig isjias.

III. NÅR VOND RYGG VEDVARER OVER 4–6 UKER

Pasienten bør gjennomgå en helhetlig revurdering for å påvise mulige årsaker til forsinket tilfriskning. Revurderingen bør omfatte både organiske og ikke-organiske (psykososiale) forhold. Hovedfokus er fortsatt på den kliniske undersøkelse med anamnese og status presens.

Mulig spesifikk organisk årsak

Det er fortsatt nyttig med de tre beskrivende diagnosekategoriene for å styre utredning og behandling:
1) Er det en mulig alvorlig underliggende sykdom?
2) Har pasienten plagsomme utstrålende smerter i bena?
3) Er det uspesifikk vond rygg?

Med basis av en fornyet og mer omfattende klinisk vurdering av pasienten, gjør legen den supplerende utredning som man anser er nødvendig for å usannsynliggjøre spesifikke årsaker som tumor, infeksjon, fraktur eller spondylartritt eller for å påvise det patoanatomiske substrat for utstrålende nerverotsymptomer i bena/isjias. Mange vil mene supplerende undersøkelser er unødvendig hos pasienter i aldersgruppen 20-50 år som har et klinisk bilde med uspesifikk vond rygg. Supplerende utredning vil ofte dokumentere uspesifikke forandringer med usikker relasjon til plagene, og for enkelte pasienter kan det virke negativt.

ET VIKTIG SPØRSMÅL ER OM PASIENTEN HAR UTSTRÅLENDE NERVEROTSMERTER (ISJIAS)
Da kan nemlig kirurgisk isjiasbehandling være en mulighet.

Utredning / diagnostikk

Laboriatorieprøver.
AHCPR 1994 (1,2).
Enkle blodprøver som hemoglobin, hvite, SR, CRP og urinprøve er billige og nyttige initialtester ved mistanke om ryggrelatert tumor eller infeksjon.

Bildedannende undersøkelser.
Vanlige røntgenbilder.
Gir grunnlag for å vurdere akseforhold, høyde og form på virvellegemer og skiver, bentetthet og benstruktur, grovt inntrykk av bløtdeler. Hovedhensikt med å rekvirere vanlig røntgen av ryggen er for å utelukke brudd, infeksjon, tumor eller betennelse (spondylartritt). Screening-preget bruk av vanlig røntgen hos personer < 50 år gir sjelden klinisk nyttig informasjon som ikke var mistenkt ved anamnese og status (1 uventet og betydningsfullt funn per 2500 undersøkelser). Vanlige røntgenbilder av ryggen viser ofte uspesifikke forandringer som kan påvises omtrent like hyppig også hos asymptomatiske personer. Eksempler på det er degenerasjon, spondylose, spondylolyse/-olisthese, spina bifida, overgangsvirvel og Scheuermanns sykdom. Påvisning av slike uspesifikke forandringer kan virke uheldig sykeliggjørende for enkelte pasienter. Vanlig røntgen av ryggen utsetter reproduksjonsorganer for betydelige stråledoser.

Konklusjon AHCPR 1994 (1,2):
- *Vanlige røntgenbilder av ryggen er nyttig for å påvise og beskrive frakturer (C).*
- *Vanlige røntgenbilder kan ikke alene utelukke tumor eller infeksjon (lav sensitivitet). Hvis enkle blodprøver (Hb, SR, hvite, CRP) i tillegg er normale, er tumor eller infeksjon lite sannsynlig.*
- *Vanlige røntgenbilder er ikke nyttige for å diagnostisere årsak til nerverotaffeksjon.*
- *Rutinemessig bruk av vanlige røntgenbilder i løpet av første måned er ikke anbefalt (C).*

Konklusjon RCGP 1996 (3):
- *Selv ved langvarig vond rygg er vanlige røntgenbilder ikke rutinemessig indisert, men kan være nyttig 1) hos unge for å utrede mistanke om spondylolisthese, spondylartritt etc. og 2) hos eldre for å utrede mistanke om fraktur.*

Komputertomografi (CT), magnettomografi (MR) eller myelografi.
Gir grunnlag for å vurdere spinalkanalen og innholdet i den. Hensikten med disse undersøkelsene er å påvise patoanatomiske tilstander som kan behandles medisinsk eller kirurgisk. Asymptomatiske forandringer er vanlig og funn må derfor sammenholdes med det kliniske bildet. Undersøkelsene benyttes særlig i en av tre kliniske situasjoner:
1) Ryggrelaterte bensymptomer og klinisk spesifikk påvisbar nerverotaffeksjon hvor symptomene er så uttalte at man vurderer kirurgisk behandling.
2) Nevrogen klaudikasjon og andre symptomer og funn forenlig med spinal stenose der symptomene er så uttalte at man vurderer kirurgisk behandling.
3) Funn ved klinisk undersøkelse eller ved andre tester som indikerer andre alvorlige tilstander i virvelsøylen (som cauda equina syndrom, fraktur, infeksjon, tumor eller annen masse-lesjon/-defekt).

Konklusjon AHCPR 1994 (1,2):
- *Ved nevrologisk akutt-tilstand eller sterk mistanke om alvorlig underliggende sykdom anbefales umiddelbar utredning med CT, MR eller myelografi. Det skjer oftest i samråd med kirurg (C).*
- *Rutinemessig bildedannende utredning er generelt ikke anbefalt i løpet av første måned når det ikke er røde flagg for alvorlig underliggende sykdom. Etter 1 måned med symptomer er bildedannende utredning akseptabel når man vurderer ki-*

rurgisk behandling (eller for å utelukke mistenkt alvorlig tilstand) (B).

Konklusjon RCGP 1996 (3):

- *Ved nevrologisk akutt-tilstand eller sterk mistanke om alvorlig underliggende sykdom gir MR mest informasjon og foretrekkes når det er praktisk mulig.*
- *CT eller MR er nyttige undersøkelser i utredningen av mislykket konservativt behandlet isjias, vanligvis når tilstanden har vart i 4–6 uker.*

Skjelettskintigrafi

Man gir intravenøs tilførsel av radioaktive stoffer som tas opp i metabolsk aktivt benvev. Gamma detektorer kan registrere områder med økt opptak.

Hensikten med undersøkelsen er å påvise okkult fraktur, infeksjon eller benmetastaser i virvelsøylen og å skille dem fra vanlige godartede tilstander som degenerasjon. Skjelettskintigrafi er en moderat sensitiv test for å påvise tumor, infeksjon eller okkult fraktur hos pasienter med ryggsmerter, men kan ikke fastsette diagnosen. Derfor må oftest en positiv undersøkelse bekreftes med andre diagnostiske metoder.

Konklusjon AHCPR 1994 (1,2):

- *Skjelettskintigrafi anbefales i utredningen av akutte ryggproblemer når man på basis av klinisk undersøkelse, laboratorieprøver eller vanlig røntgen mistenker tumor, infeksjon eller okkult fraktur (C).*

Mulige ikke-organiske faktorer

Anamnesen og status presens er viktigst. Det kan være fornuftig å danne seg et bilde av både ressurser og problemer (for eksempel forholdene i hjem og på arbeidssted, individuelle forhold som angst, depresjon, tendens til somatisering og feiloppfatninger). En del klinikere finner nytte av å bruke smertetegning eller spørreskjemaer for å evaluere disse forholdene nærmere. Hvis man påviser spesifikke problemer, må man søke å påvirke disse på den mest effektive måten (det kan være informasjon for å fjerne feiloppfatninger, hjelp til å påvirke forhold på arbeidssted, medikamentbehandling av depresjon m.m.).

Konklusjon AHCPR 1994 (1,2):

- *Sosiale, økonomiske og psykologiske faktorer (ikke-organiske faktorer) kan i betydelig grad endre pasientens respons på ryggsymptomer og på behandlingen av symptomene (D).*
- *Når pasienter, uten alvorlig underliggende sykdom, ikke gjenvinner toleranse for vanlige aktiviteter, bør allmennlegen utrede om det foreligger urealistiske forventninger eller psykososiale vansker. Dette bør skje før legen eventuelt henviser til mer omfattende evaluering eller behandling (D).*
- *Ikke-organiske faktorer har negativ betydning for resultatene av forskjellige intervensjoner (inkludert kirurgisk behandling), men det er foreløpig ikke definert spesifikke og effektive tiltak som kan påvirke disse forhold og dermed forbedre behandlingsresultatene.*

Det er vedvarende uspesifikk vond rygg!

Flertallet av pasientene har uspesifikke plager og utgjør en heterogen gruppe med forskjellige mulige årsaker. Diagnostisk subklassifisering er likevel ikke nyttig for å planlegge videre behandlingsopplegg. Tvert imot kan det ha negative effekter å benytte diagnostiske merkelapper med usikker gyldighet fordi det signaliserer en kunnskap om mulige årsaker som vi ikke besitter. Behandlingen blir i hovedsak uspesifikk og viktige tiltak er gradvis aktivisering og opptrening. Men behandlingen bør være målrettet. Når tilbakegang i arbeid er siktemålet, kan det være mest rasjonelt å søke et samarbeid med bedriftshelsetjenesten.

Aktuelle tiltak kan være:

Opptrening hos fysioterapeut er en mye brukt behandling og et naturlig første valg. Hovedvekten må være på opptrening og instruksjon fremfor passive behandlingstiltak. Det er et åpenbart problem at treningen ofte skjer uten noen relasjon til det arbeidet og de arbeidskrav pasienten skal tilbake til.

Henvisning til ryggspesialist er særlig aktuelt hvis allmennlegen føler seg usikker og vil be om en second opinion. Dessverre rår heller ikke spesialister over effektive og spesifikke tiltak for denne pasientgruppen. Spesialistkompetanse er heller ingen garanti for at pasientene får kunnskapsbasert vurdering og behandling.

Arbeidsplassrelatert opptrening og ryggskole. Eventuell tilrettelegging av arbeid. Arbeidsplassrelaterte intervensjoner i samarbeid med bedriftshelsetjenesten er sannsynligvis det mest effektive tiltak når hensikten er tilbakegang i jobb. Aktiv sykemelding bør være et godt virkemiddel for å igangsette arbeidstrening.

Tverrfaglig behandling/rehabilitering. Fagfolk fra psykologiske og somatiske disipliner kombinerer sine kunnskaper og tilrettelegger en sammensatt intervensjonspakke. Tverrfaglig teamarbeid er særlig vanlig ved rehabiliteringsinstitusjoner og brukes også ved enkelte smerteklinikker. Slik behandling er ressurskrevende. Det er ikke klart hva som er de mest effektive delelementer i slike intervensjoner.

Kirurgisk isjiasbehandling

Prolapsoperasjon

Den terapeutiske hensikt er å trykkavlaste en symptomgivende nerverot ved å ta bort prolapset som trykker på ner-

ven. Med andre ord er inngrepet ikke en operasjon for prolaps, men en operasjon for isjias.

I vår rådgiving til pasienter med vedvarende isjias baserer vi oss mye på resultatene fra Henrik Webers 10-års oppfølgingsstudie der han sammenliknet konservativ og kirurgisk behandling hos 280 pasienter med prolapsbetinget isjias hvorav126 fikk behandling etter randomisering.

Noen av hans viktige resultater er:

1) Generelt resultat
- 4/5 av de som var vellykket konservativt behandlet etter 1 år ble bra i løpet av 3 første mnd.
- Etter 1 år var operasjon signifikant bedre enn konservativ behandling.
- Etter 4 år var operasjon fortsatt bedre, men ikke lengre statistisk signifikant.
- Etter 10 år var det omtrent identisk resultat i de to gruppene.

Men forutsetningen for disse resultatene var at de pasienter som ikke hadde tilfredsstillende bedring ved konservativ behandling ble tilbudt operasjon.

2) Nevrologiske utfall
- Pareser hadde god prognose uavhengig av behandling.
- Hele 35% hadde sensoriske utfall ved 10 års kontroll uavhengig av behandling.

3) Vedvarende arbeidsuførhet

	Etter 4 år	Etter 10 år
Random. til konservativ behandling	12%	12%
Random. til kirurgisk behandling	5%	13%

4) Tilbakefall i løpet av 10-års perioden
- Ca. 20% i begge grupper hadde tilbakefall.

5) Tidspunkt for operasjon
- I totalmaterialet på 280 pasienter var det ingen signifikant forskjell i generelt resultat hos de tidlig opererte (etter 2 uker) versus de forsinket opererte (etter gj.snitt 7,5 mnd.) ved 4-års oppfølging.

6) Vedrørende psykososiale vansker
- Selv om psykososiale vansker var en negativ faktor totalt sett hadde pasienter med slike vansker bedre resultat ved kirurgisk behandling enn ved konservativ behandling.

Konklusjon AHCPR 1994 (1,2):

Kirurgisk behandling av prolapsbetinget isjias:
- *Det er anbefalt at allmennlegen kan diskutere videre behandlingsalternativer med pasienten som har isjias etter ca 1 måneds konservativ behandling. Legen bør vurdere henvisning til spesialist når alle de følgende forutsetninger er til stede:*

1. Isjiasen er kraftig og funksjonshemmende

2. Isjiassymptomer vedvarer uten bedring eller med progresjon

3. Det er kliniske tegn på nerverotaffeksjon (B)
- *Standard diskektomi og mikrodiskektomi har likeverdig effekt i behandlingen av skiveprolaps (B)*
- *Kymopapain er akseptabel behandling, men er mindre effektivt enn diskektomi (C)*
- *Perkutan diskektomi er mindre effektivt enn kymopapain og er ikke anbefalt (C)*

Kirurgisk behandling av lumbal spinal stenose

Spinal stenose omfatter tranghet for nerverøtter og/eller cauda equina i spinalkanalen sentralt eller lateralt i recesser og/eller foramen. Spinal stenose er vanligvis en degenerativ tilstand som rammer pasienter > 60 år. Tilstanden ses også hos yngre pasienter med kongenitt trang spinalkanal, men det er sjelden. Kardinalsymptomet ved uttalt lumbal spinal stenose er nevrogen klaudikasjon (smerter i bena som provoseres av å gå eller av å stå og som lindres av å sitte eller flektere ryggen). Symptomene ved uttalt spinal stenose kan enten forbli uendret, bli gradvis verre eller bli bedre med tiden. Operasjon for lumbal spinal stenose er vanligste ryggoperasjon hos personer > 65 år, og de fleste som blir operert har hatt sine plager > 1 år.

Konklusjon AHCPR 1994 (1,2):
- *Eldre pasienter med spinal stenose som kan fungere adekvat i daglige aktiviteter kan håndteres med konservativ behandling. Kirurgisk behandling bør vanligvis ikke vurderes i løpet av de 3 første måneder med symptomer. Beslutninger om behandling bør ta hensyn til pasientens livsstil, pasientens egne preferanser, andre medisinske problemer og risikoen ved et eventuelt inngrep (D).*
- *Beslutning om kirurgisk behandling av pasienter med spinal stenose skal ikke kun basere seg på røntgenfunn, men må ta hensyn til graden av vedvarende symptomer med nevrogen klaudikasjon, funksjonsbegrensninger og påviselige nevrologiske utfall (D).*

Litteratur

1. Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown K, Deyo R, Haldeman S et al. Acute low-back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR Publication no 95-0642. Rockville, MD: Agency for Heath Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, December 1994.
2. Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown K, Deyo R, Haldeman S et al. Acute low back problems in adults: Assessment and treatment. Quick reference guide no. 14. AHCPR Publication no. 95-0643. Rockville, MD: Agency for Heath Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, December 1994.
3. Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A.

Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners, 1996.
4. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992; 268: 760-5.
5. van Tulder MW, Assendelft WJJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspesific low back pain. A systematic review of observational studies. Spine 1997; 22: 427-34.
6. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine 1997; 22: 2128-56.
7. van der Weide, Verbeek JHAM, van Tulder MW. Vocational outcome of interventions for low-back pain (systematic review). Scand J Work Environ Health 1997; 23: 165-78.
8. Weber H. Lumbar disc herniation. A prospective study of prognostic factors including a controlled trial. Part I. J Oslo City Hosp 1978; 28: 33-64.
9. Weber H. Lumbar disc herniation. A prospective study of prognostic factors including a controlled trial. Part II. J Oslo City Hosp 1978; 28: 89-120.
10. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation.Spine 1983; 8: 131-40.
11. Weinstein JN. Clinical crossroads. A 45-year-old man with low back pain and a numb left foot. JAMA 1998; 280: 730-6.
12. Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, Bouter LM. Efficacy of epidural steroid injections for low-back pain and sciatica: A systematic review of randomized clinical trials. Pain 1995; 63: 279-88.
13. Carette S, Leclaire R, Marcoux S, Morin F, Blaise GA, St.-Pierre A et al. Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus. New Engl J Med 1997; 336:1634-40.

TILLEGG

Tabell 1. Estimert nøyaktighet av faktorer fra anamnesen hos pasienter med sykdommer i virvelsøylen som kan forårsake vond rygg (4).

Sykdom som skal oppdages	Anamnese	Sensitivitet	Spesifisitet
Kreft	Alder ≥ 50 år	0,77	0,71
	Tidligere hatt kreft	0,31	0,98
	Uforklart vekttap	0,15	0,94
	Ingen bedring i løpet av en måned med behandling	0,31	0,90
	Ingen bedring ved sengeleie	> 0,90	0,46
	Smertevarighet > 1 måned	0,50	0,81
	Alder ≥ 50 år eller tidligere hatt kreft eller uforklart vekttap eller svikt av konservativ behandling	1,00	0,60
Vertebrogen osteomyelitt	I.V. rusmisbruk, urinveisinfeksjon eller hudinfeksjon	0,40	IT[1]
Kompresjons-fraktur	Alder ≥ 50 år	0,84	0,61
	Alder ≥ 70 år	0,22	0,96
	Traume	0,30	0,85
	Kortisonbruk	0,06	0,995
Skiveprolaps	Isjias	0,95	0,88
Spinal stenose	Neurogen klaudikasjon	0,60	IT
	Alder ≥ 50 år	0,90	0,70
Ankyloserende spondylitt	4 av 5 positive responser på screeningspørsmål[2]	0,23	0,82
	Alder ved debut ≤ 40 år	1,00	0,07
	Smerten bedres ikke i ryggliggende	0,80	0,49
	Morgenstivhet i ryggen	0,64	0,59
	Smertevarighet ≥ 3 måneder	0,71	0,54

[1] IT – ikke tilgjengelige data.
[2] De fem screeningspørsmålene var: 1) Start av vondt i ryggen før 40 års alder? 2) Startet plagene gradvis? 3) Har plagene vedvart i minst 3 måneder? 4) Er det morgenstivhet? 5) Er det bedring ved trening?

Tabell 2. Estimert nøyaktighet av faktorer i anamnese og status presens hos pasienter med mistenkt skiveprolaps (4)

	Sensitivitet	Spesifisitet	
Forhold fra anamnesen			
Isjias	0,95	0,88	
Forhold fra status presens			
Ipsilateral strakt benløft (SLR)	0,80	0,40	Pos. når bensmerter prov. < 60°
Krysset strakt benløft	0,25	0,90	Pos. når prov. smerte i motsatt ben
Parese for dorsalmosjon ankel	0,35	0,70	Prolaps vanligvis i L4/L5-nivå
Parese for stortåstrekker	0,50	0,70	Prolaps i L5/S1-nivå (60%) L4/L5-nivå (30%)
Svekket achillesrefleks	0,50	0,60	Prolaps vanligvis i L5/S1-nivå Utslokket refleks øker spesifisitet
Redusert sensibilitet	0,50	0,50	Område var dårlig prediktor av prolaps-nivå
Patellarefleks	0,50	--	Kun for høyereliggende prolapser
Parese for ankel plantarmosjon	0,06	0,95	
Parese for knestrekker	< 0,01	0,99	

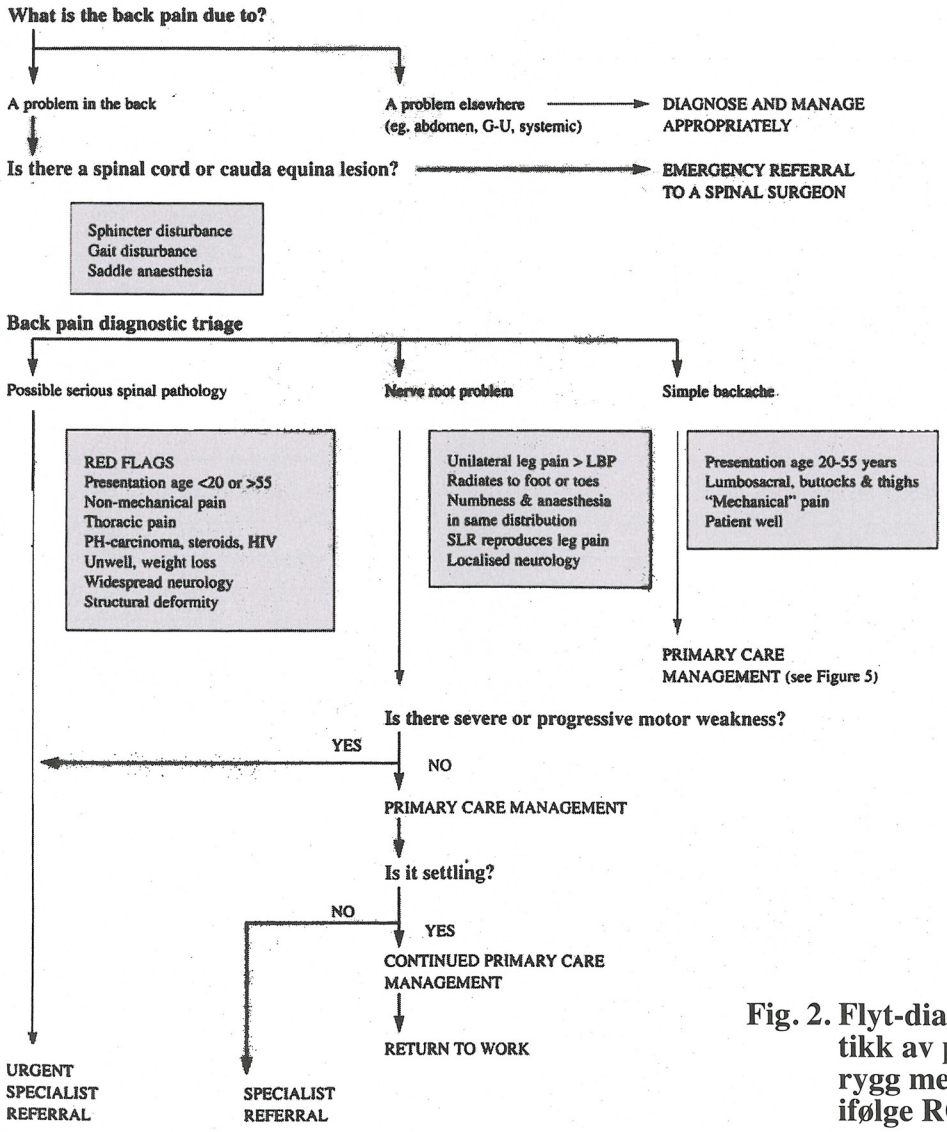

Fig. 2. Flyt-diagram for diagnostikk av pasienter med vond rygg med eller uten isjias ifølge RCGP 1996 (3)
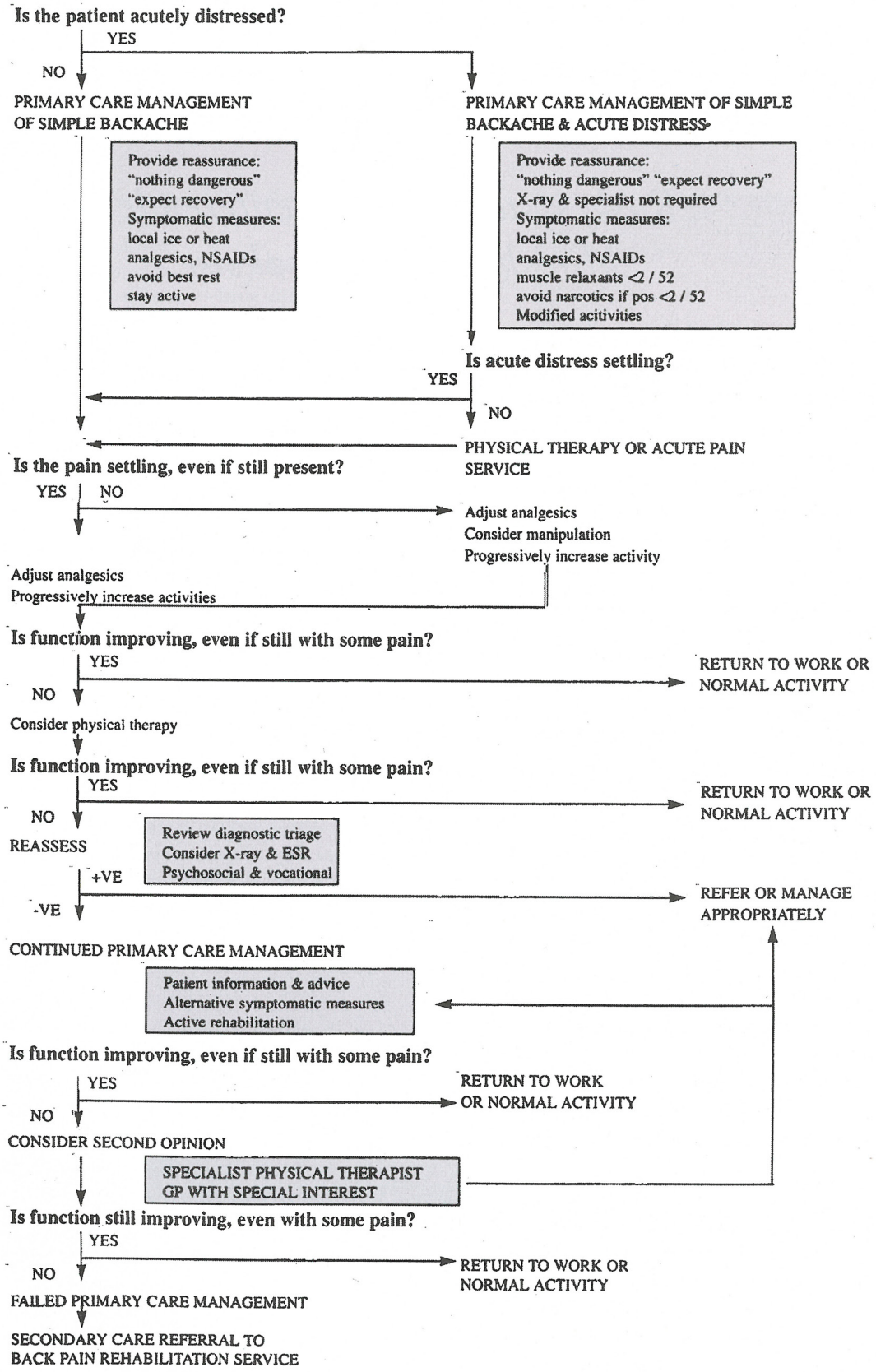
Fig. 1. Allmennlegens håndtering av uspesifikk vond rygg ifølge RCGP 1996 (3).