

ABC OM

Smärta i nacke och rygg, del 2

BEHANDLING

Nack- och ryggsmärta är ofta associerad med nedsatt fysisk funktionsförmåga och påverkan på ADL-funktioner, och många patienter upplever en betydande försämring med avseende på livskvaliteten [1]. Antalet behandlingsstrategier har ökat kraftigt genom åren, och publicerade data är ofta av olika kvalitet med motstridiga resultat. För den enskilde läkaren kan heterogeniteten i litteraturen vara förvirrande och utgöra en svårighet vid val av lämplig behandling.

Denna ABC-artikel beskriver moderna behandlingsrekommendationer, behov av sjukskrivning och prognos för olika sjukdomstillstånd som orsakar besvär och smärta i nacke och rygg. Orsaker, symtom och utredning vid dessa tillstånd beskrev vi i en ABC-artikel i föregående nummer av Läkartidningen, nr 33-34.

BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER

Behandlingen styrs av orsak/diagnos, och hänsyn måste också tas till olika patientfaktorer, t ex samsjuklighet.

Vid ryggmärgspåverkan (myelopati) beror svårighetsgraden på bl a orsak, tidsförlopp, lokalisering och grad av ryggmärgskompression. Akuta, uttalade symtom och progressiva besvär bör handläggas akut eller åtminstone skyndsamt med direktkontakt med ryggkirurg, medan lättare symtom med lång duration kan remitteras på vanligt sätt till ryggkirurgisk enhet för bedömning. I nuläget råder ingen konsensus om huruvida patienter med lindrig myelopati ska behandlas konservativt eller kirurgiskt. Vid lindriga stationära symtom över längre tid är risken mindre för att besvären progresserar.

Kirurgisk intervention rekommenderas till patienter med medelsvår/svår myelopati orsakad av kompression. Det är viktigt att komma ihåg att kirurgi utförs för att hindra progress och inte för att återställa neurologisk funktion. Efter avlastning av ryggmärgen

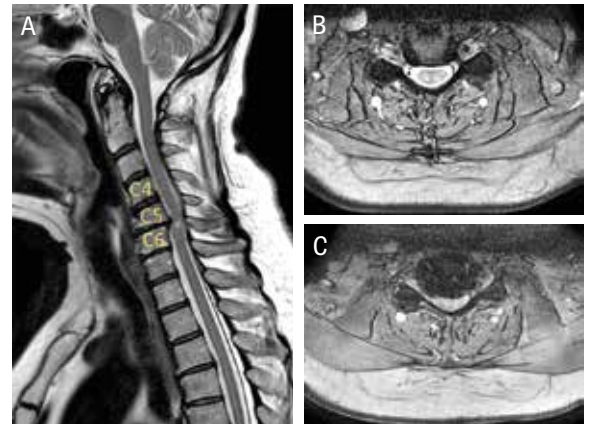
→ Patient med kotmetastaser där tumörväxt i Th12 lett till kompression av kottan: A) Sagittal MRT-bild med T2-sekvens, där Th12 tydligt är komprimerad, buktar bakåt och medför påverkan på ryggmärgen/conus i denna nivå. B) Sagittal MRT-bild med T1-sekvens visar multipla mindre tumörförändringar i samtliga kotor och i spinalnervskott Th11 och Th12. C) Postoperativ slättröntgenbild efter operation med dekompression och fixation.

Alexandra Horvath, läkarstudent, forskningssamarbetare
 ● alexandra_horvath@hotmail.com

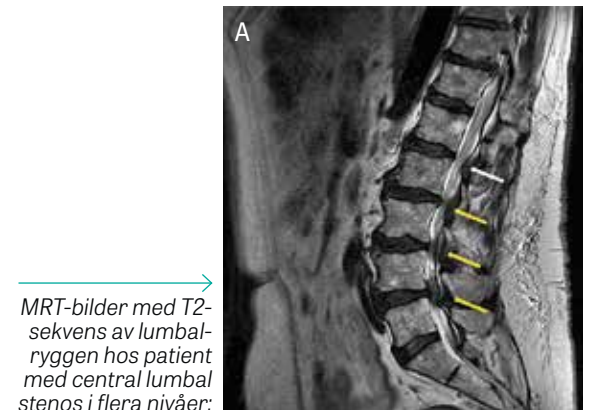
Olof Westin, specialistläkare, doktorand, ryggteamet

Kristian Samuelsson, adjungerad professor, specialistläkare

Helena Brisby, professor, överläkare, ryggteamet; de tre sistnämnda ortopedklinikerna, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; samtliga Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



A) Patient med central stenosis i cervikalryggen med uppkläring i ryggmärgen i nivå C5-C6; axialsnitt från B) C4-C5- respektive C) C5-C6-nivåerna. Notera att inget likvorskikt ses runt ryggmärgen i nivå C5-C6.



→ MRT-bilder med T2-sekvens av lumbalryggen hos patient med central lumbalstenos i flera nivåer: A) Sagittalt medellinjesnitt där tydlig central stenosis ses i nivå L2-L5 (gula pilar) och möjlig stenosis i L1-L2 (grå pil). B) Axialsnitt från L4-L5-nivå visar kraftig central och lateral stenosis orsakad av en kombination av framför allt diskbuktning och förtjockade ligament.



är de uppkomna symtomen helt eller delvis bestående; viss återhämtning av ryggmärgsskadan sker dock ofta [2].

Cauda equina-syndrom kräver skyndsam handläggning med tanke på risken för svåra och allvarliga permanenta besvär. Vid misstanke om cauda equina-syndrom bör undersökning av neurologstatus upprepas regelbundet i väntan på utredning/behandling, och statusfynden ska dokumenteras vid varje tillfälle. Adekvat smärtlindring bör ges för att avgöra huruvida diffusa neurologiska symtom (t ex miktionssvårigheter) vid avsaknad av andra symtom relaterade till cauda equina-syndrom beror på svår smärta eller är neurogent betingade. Om bladderscan påvisar residualurin ska KAD sättas. Patienten bör hållas fastande och genomgå akut utredning med magnetisk resonanstomografi (MRT), helst inom 6 timmar.

Om diagnosen konfirmerats radiologiskt bör ryggkirurgspecialist omedelbart kontaktas för planering av akut operation i form av dekompression [3].

Metastatisk ryggmärgskompression behandlas i initialskedet med kortikosteroider (betametason [Betapred] 8 mg × 2). Fortsatt behandling med strålning och/eller kirurgi ska ges inom de närmaste dygnen och helst inom loppet av 24 timmar. Val av behandling avgörs utifrån tumöretbredning, patientens allmäntillstånd, prognos och tumörform. Strålbehandling bör övervägas primärt till patienter med strålkänsliga tumörtyper. Operativ åtgärd riktar sig i första hand till patienter med ryggmärgspåverkan med spinal instabilitet, progressiva neurologiska bortfall, inte mer än ett par nivåers trängsel och där möjlighet finns att få fäste för eventuellt fixationsmaterial samt mer än ca 3 månaders förväntad överlevnad. Handläggning sker i samråd med ryggkirurgspecialist och onkologspecialist.

Diskit och septisk spondylit kräver till en början antibiotika intravenöst och därefter fortsatt peroral behandling under vanligen minst 3 månader. Handläggning sker i samråd med infektionsspecialist. Vid ställningstagande till operativ åtgärd sker handläggning i samråd med ryggkirurg, vilket är aktuellt vid neurologisk påverkan eller spinal instabilitet samt vid epidural abscessbildning med terapivikt [4].

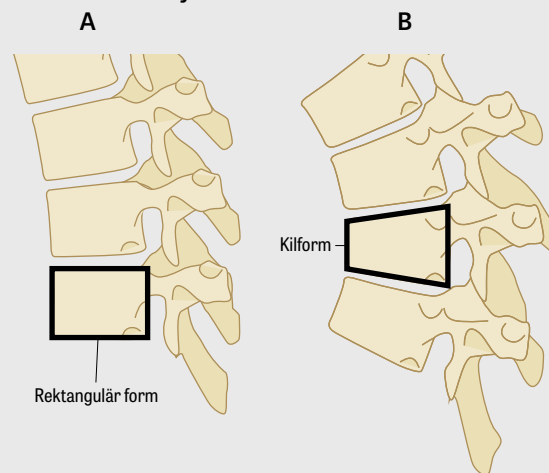
Lumbala diskbräck har ett gynnsamt naturalförlopp då majoriteten av patienterna blir av med huvuddelen av sin neurogena smärta inom loppet av 3 månader utan kirurgiskt ingrepp. Lumbala diskbräck bör initialt behandlas med adekvat smärtlindring (paracetamol/NSAID), men även medelstarka analgetika och ibland opioidanalgetika kan krävas. Gabapentin, antidepressiva och muskelrelaxerande preparat finns också att tillgå vid svår nervsmärta, dock med begränsat vetenskapligt stöd för effekter.

Vid bensmärta som består mer än 6-8 veckor finns indikation för utredning med MRT, och om radiologiska fynd då korrelerar med den kliniska bilden kan diskbräckskirurgi bli aktuell. Vid svåra eller progressiva neurologiska bortfall bör patienten handläggas mer skyndsamt i samråd med ryggkirurg. Kirurgi leder vanligen till att patienten blir av med sin ischiasmärta snabbt, medan eventuell ryggsmärta ofta

HANDLÄGGNING VID MISSTÄNKT CAUDA EQUINA-SYNDROM

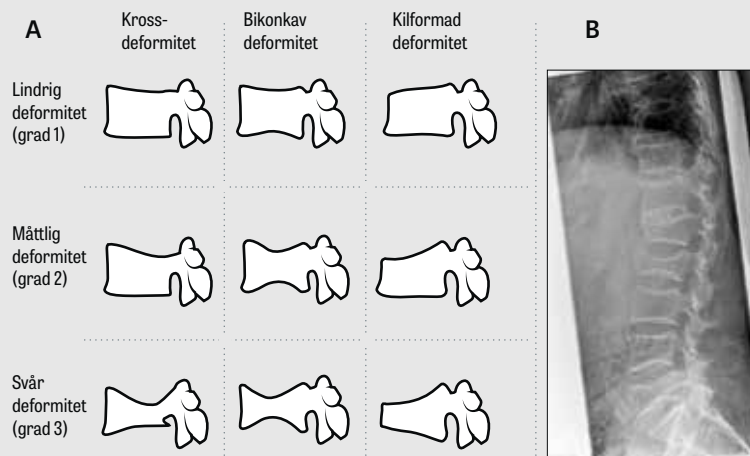
- Dokumentera statusfynd.
- Undersök neurologstatus ofta, särskilt vid byte av vårdenhet/risk för progress.
- Smärtlindra vid föreliggande lumbal smärta och/eller ischialgi med t ex paracetamol, NSAID, opioider eller eventuellt gabapentin.
- Kontrollera residualurin med bladderscan; vid residualurin sätt KAD.
- Håll patienten fastande.
- Skicka röntgenremiss där det framgår att cauda equina-syndrom diagnostiserats kliniskt och kontakta röntgenavdelning för akut MRT-undersökning.
- Vid radiologiskt fynd som konfirmerar misstanken, handlägg skyndsamt – ta kontakt med opererande enhet.

Scheuermanns sjukdom



▶ A) Normala, rektangulära kotor, B) Scheuermanns sjukdom med tre intilliggande, kylformade kotor, vilket resulterar i ökad lokal kyfosis.

Kotkkompressioner



▶ A) Gradering av osteoporotiska kotkkompressioner görs utifrån kotkroppens höjd. B) Patient med kotkkompressioner i nivåerna L 1, L 2, L 4 och L 5.

finns kvar en period. Motoriska och/eller sensoriska bortfall kan bli bestående, men hämtar sig vanligen långsamt, åtminstone delvis [5].

Cervikala diskbräck följer samma principer som gäller för lumbala diskbräck avseende naturalförlopp och initial smärtlindring, såtillvida diskbräcket inte påverkar ryggmärgen och ger upphov till myelopati. Vid MRT-verifierat diskbräck i cervikalryggen med korresponderande radikulopati och bestående smärta mer än 6-8 veckor skickas remiss på sedvanligt sätt till ryggkirurgisk klinik för bedömning avseende kirurgi. Indikation för kirurgi är myelopati, armsmärta eller progredierande neurologi.

Torakala diskbräck är ovanliga men kan ge upphov till myelopati, torakal smärta och/eller radikulopati (smärta och eventuell känselpåverkan i en halvcirkelform runt bröstkorgen på ena sidan). Radikulopati behandlas konservativt (se lumbala diskbräck). Vid myelopati sker handläggning enligt ovan. Man ska komma ihåg att kirurgisk behandling av torakala diskbräck är förenad med relativt stor risk för ökad ryggmärgspåverkan på grund av att det är operationstekniskt svårt att ta bort diskbräck i denna nivå.

Spinal stenosis i lumbalryggen behandlas vanligen initialt konservativt med antiinflammatoriska preparat (NSAID) och fysioterapi [6]. Hos patienter med påtagligt begränsad gångförmåga och smärtpåverkan bör ryggkirurgi övervägas, och vid tydligt radiologiskt fynd utfärdas remiss till ryggkirurgisk enhet. Kirurgisk intervention görs i första hand i form av dekompressiv laminektomi/laminotomi. Tillägg av fusionskirurgi har inte visats ge någon förbättring vad gäller livskvalitet och funktionsförmåga [7]. Hos de patienter som opereras får ca 3 av 4 ökad gångsträcka och förbättring avseende ben- och ryggsmärta [8].

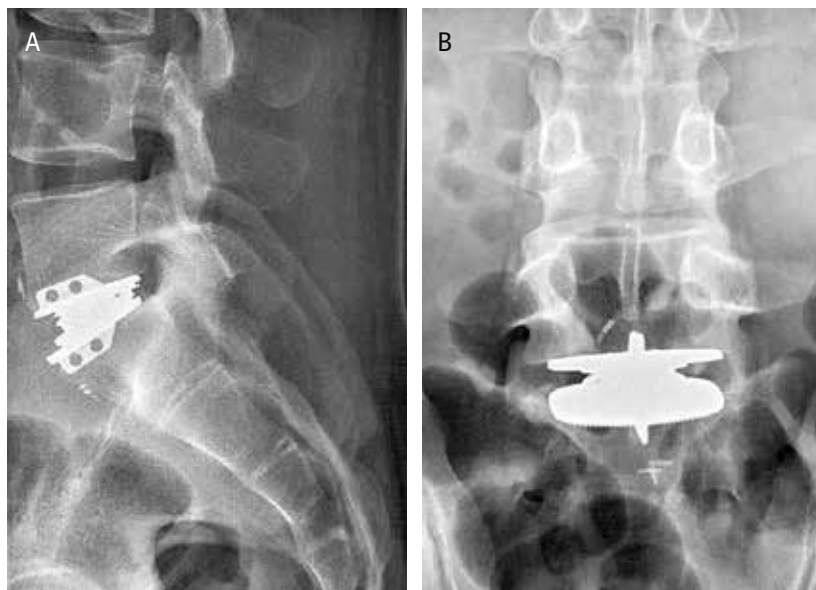
Ankyloserande spondylit bör handläggas i samråd med reumatolog, där första linjens behandling oftast inkluderar antiinflammatoriska preparat i kombination med fysioterapi i syfte att minska smärta och stelhet i påverkad led/leder. Vid svårare fall ges sjukdomsmodifierande läkemedel (t ex metotrexat) och/eller biologiska läkemedel (t ex TNF-inhibitorer). Eftersom ankyloserande spondylit associeras med bl a höftartros och axelrelaterade besvär (såsom synovit och bursit), bör kontakt med ortoped övervägas vid tydliga symptom på och kliniska fynd av höftartros/axelrelaterade besvär [9].

I en del fall kan Scheuermanns sjukdom, som är en utvecklingsrubning där ≥ 3 intilliggande kotor är kilformade, vara av progressiv karaktär där uttalad torakalryggskyfos orsakar smärta och även kompensatoriska problem med smärta lumbalt. Vid uttalad kyfos och smärta kan remiss skickas till ryggkirurgisk enhet för bedömning, men vid lindriga besvär föranleder detta tillstånd ingen åtgärd förutom träningsråd.

Kompressionsfrakturer uppstår vanligtvis torakalt och i torakolumbala övergången, oftast efter fall i samma plan hos individer (vanligen äldre) med samtidig osteoporosjukdom. Kompressionsfrakturer kan också



Slätröntgen efter främre cervikalryggkirurgi med diskektomi och fusion med fusionsbur, med skruvfixation i nivå C5-C6 i A) sagittalprojektion och B) anteroposteriorprojektion.



Slätröntgen efter lumbal diskproteskirurgi i L5-S1-nivå i A) sagittalprojektion och B) anteroposteriorprojektion.

»Träning är en av hörnpelarna i behandlingen och rekommenderas både i den akuta fasen och vid kronisk nack-/ryggproblematik med eller utan påvisbar patologi samt pre- och postoperativt vid ryggkirurgiska ingrepp.«

uppstå spontant utan trauma vid osteoporos. Behandlingen är i första hand konservativ med smärtlindring, eventuellt ryggkorsett i smärtlindrande syfte, fysioterapi och endast i mycket sällsynta fall operation. Kirurgi i form av perkutan vertebroplastik eller kyfoplastik används ibland vid bestående långvarig smärta, men det vetenskapliga stödet för dessa behandlingar är svagt. Patienter som drabbas av kotkompression utan större trauma bör, om de inte redan har känd osteoporos, utredas och vid behov behandlas för detta [10].

Cervikalgi/lumbago utan allvarlig bakomliggande orsak innefattar den största patientgruppen som söker för nack-/ryggbesvär. Generella riktlinjer omfattar information (avseende förlopp och prognos), patientutbildning och multimodal rehabilitering i form av fysisk aktivitet, ofta av fysioterapeut, i kombination med psykologisk intervention. Rekommenderad smärtlindring innefattar i första hand paracetamol och/eller NSAID-preparat, dock under begränsad tid och med lägsta möjliga dos. Vid mycket svår smärta kan kortvarig opioidbehandling övervägas. Vid terapi-svikt av initial farmakologisk behandling med paracetamol/NSAID kan kortverkande muskelrelaxerande medel övervägas. Om inte anamnes eller undersökning signalerar några röda flaggor är radiologisk undersökning inte indicerad i det akuta skedet [11].

OPERATION

För de flesta patienter som drabbas av tillstånd som medför smärta i nacke och/eller rygg är det inte aktuellt med kirurgi. Operativ åtgärd kan vara aktuell vid specifik diagnos där påverkan på nervstrukturer påvisas (orsakad av t ex degenerativ process eller metastas) [8] och endast i enstaka fall vid svår långdragen/invalidiserande smärta utan nervpåverkan. Kirurgi på basis av enbart smärtproblem med samtidig inverkan av psykosociala faktorer måste kunna relateras till patientens belastningsgrad, genomgången multimodal behandling (helst >1 år) och tydlig påvisad patologi med MRT.

Det finns många kirurgiska tekniker att tillgå, och behandlingsmetod väljs utifrån aktuellt sjukdomstillstånd.

FYSIOTERAPI

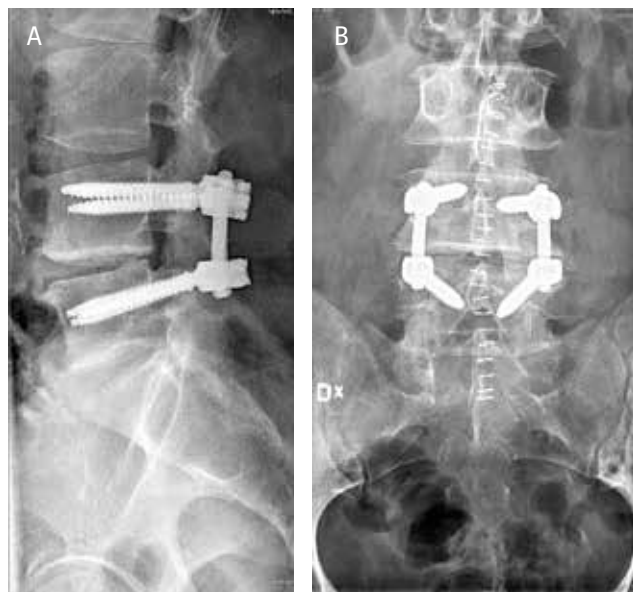
Patienter med nack-/ryggsmärta bör remitteras till fysioterapeut. Träning är en av hörnpelarna i behandlingen och rekommenderas både i den akuta fasen och vid kronisk nack-/ryggproblematik med eller utan påvisbar patologi samt pre- och postoperativt vid ryggkirurgiska ingrepp. Tidig initiering av fysioterapi minskar smärta och ökar patientnöjdhet. Fysisk intervention pre- och postoperativt har dessutom en positiv inverkan på det psykologiska välbefinnandet och livskvaliteten.

SMÄRTSPECIALIST/SMÄRTENHET

Vid svår långvarig ospecifik nack-/ryggsmärta utan effekt av sedvanliga analgetika eller där långvarigt opioidbruk föreligger kan det vara aktuellt med remiss till smärtspecialist.

UPPFÖLJNING

Ospecifika nack-/ryggsmärtor med kort duration utan



Slätröntgen efter lumbal fusionskirurgi i L4-L5-nivå i A) sagittalprojektion och B) anteroposterior projektion.



A) MRT-bild med T2-sekvens i sagittalplan av cervikalryggen hos patient med ankolyserande spondylit. På grund av endast en kvarvarande rörlig cervikalryggsnivå (C3-C4) har spinal stenosis utvecklats med ryggmärgspåverkan som följd. B) och C) postoperativa bilder (sagittalprojektion respektive anteroposterior projektion) efter bakre kirurgi med dekompression och instrumenterad fusion.

misstanke om bakomliggande sjukdom eller där arbetsrelaterade och/eller psykosociala faktorer inte förklarar (och risken för kronicitet därmed är låg) behöver inte följas upp hos läkare. Patienten bör däremot informeras om att söka på nytt vid kvarstående eller förvärrade besvär.

SJUKSKRIVNING

Arbetsförmåga och eventuell sjukskrivning bedöms utifrån graden av patientens besvär och i förhållande till aktuell arbetssituation. Även om fysisk aktivitet förvisso är en del av rehabiliteringen händer det inte sällan vid akuta nack-/ryggsmärtor att ett arbete ändå blir svårt att genomföra. Inte bara fysiskt ansträngande arbeten kan vara svåra att klara av vid svår ryggsmärta, utan även arbeten som medför att man måste sitta kan vara svåra att klara eftersom detta ofta accentuerar lumbal smärta.

Graden av smärta och ibland även effekten av smärtstillande mediciner (medelstarka/starka) ska också vägas in vid bedömning av arbetsförmågan. Anpassning i kombination med stöd från personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och ryggsmärta har visat sig minska graden av ryggsmärta och därmed tiden till återgång i arbete. Målet är alltid att återgå till arbete så snart som det är möjligt, och ett par dagars sjukskrivning kan vid akut smärta i nacke/rygg i många fall vara tillräckligt.

Värt att notera är att sannolikheten för återgång till arbete är lägre ju längre arbetsfrånvaron till följd av nack- och ryggbesvär är.

PROGNOS

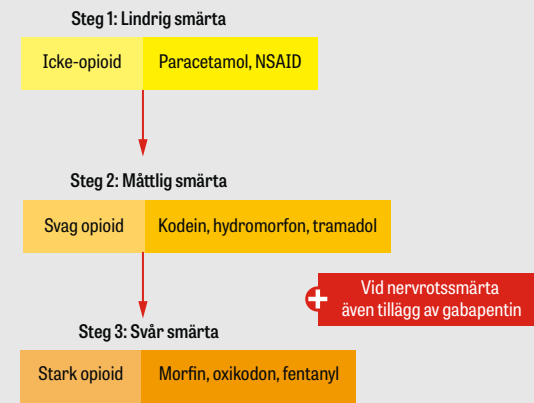
Ett begränsat antal långtidsuppföljningar avseende prognos och prognostiska faktorer för ospecifik nack-/ryggsmärta har publicerats genom åren med inkonklusiva resultat. Generella slutsatser om prognos är svåra att dra eftersom patoanatomiska/bakomliggande mekanismer kan skilja sig åt.

För majoriteten av patienter som söker med nack-/ryggsmärta är besvären dock övergående inom 2 veckor. Däremot är det sedan tidigare känt att risken för ett långdraget förlopp är större ju längre ospecifika nack- och ryggbesvär kvarstår. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- I föregående nummer av Läkartidningen, nr 33–34, publicerades den första delen av två ABC-artiklar om smärta i rygg och nacke. Då handlade det om orsaker, symtom och utredning.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:ETET*

Smärtbehandling vid rygg- och nervrotssmärta



► Vid förskrivning av opioider ska riskfaktorer för missbruk och framtida beroendeutveckling beaktas, dosen ska hållas till lägsta möjliga och endast vara kortvarig. Vid förskrivning av medelstarka/starka smärtstillande preparat samt gabapentin bör uppföljning göras.

»Värt att notera är att sannolikheten för återgång till arbete är lägre ju längre arbetsfrånvaron till följd av nack- och ryggbesvär är.«

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- patienter med nack-/ryggsmärta bör behandlas i samråd mellan olika yrkesspecialiteter
- behandling av nack-/ryggsmärta ska planeras utifrån anamnes, kliniska fynd och vid behov radiologisk diagnostik
- snabb initiering av fysisk aktivitet oavsett etiologi ofta förkortar tiden till tillfrisknande och att tidig kontakt med fysioterapeut här kan spela en viktig roll.

Åsikterna går isär om

- när kirurgisk intervention kan komma i fråga för den enskilde patienten vid olika sjukdomstillstånd i nacke och rygg och i så fall vilken typ.

REFERENSER

- Hansson T, von Sydow H. Läkemedelsboken 2014: Uppsala: Läkemedelsverket; 2013. p. 866–86.
- Fehlings MG, Tetreault LA, Riew KD, et al. A clinical practice guideline for the management of patients with degenerative cervical myelopathy: recommendations for patients with mild, moderate, and severe disease and nonmyelopathic patients with evidence of cord compression. *Global Spine J.* 2017;7(3 Suppl):70–83.
- Todd NV, Dickson RA. Standards of care in cauda equina syndrome. *Br J Neurosurg.* 2016;30(5):518–22.
- Berbari EF, Kanj SS, Kowalski TJ, et al; Infectious Diseases Society of America. 2015 Infectious Diseases Society of America (IDSA) Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis in Adults. *Clin Infect Dis.* 2015;61(6):e26–46.
- Deyo RA, Mirza SK. Clinical practice. Herniated lumbar intervertebral disk. *N Engl J Med.* 2016;374(18):1763–72.
- Zaina F, Tomkins-Lane C, Carragee E, et al. Surgical versus non-surgical treatment for lumbar spinal stenosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;1:CD010264.
- Försth P, Ólafsson G, Carlsson T, et al. A randomized, controlled trial of fusion surgery for lumbar spinal stenosis. *N Engl J Med.* 2016;374(15):1413–23.
- Svenska ryggregistret (Swespine). Årsrapport 2016. Uppföljning av ryggkirurgi utförd i Sverige år 2015 [citerat 12 jan 2018]. http://www.swespine.se/Arssrapport/161020_Swespine_arsrapport2016_USE.pdf
- Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. *Lancet.* 2017;390(10089):73–84.
- Kendler DL, Bauer DC, Davison KS, et al. Vertebral fractures: clinical importance and management. *Am J Med.* 2016;129(2):221.e1–10.
- Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J.* 2018;27(1):60–75.