

# VÄLJ ORDEN MED OMSORG!

Information med positiv innebörd kan göra att ryggpatienten törs leva ett normalt liv

**De ord man väljer när man informerar om ryggbesvär har stor betydelse för patientens uppfattning både om prognosen och om hur han bör inrätta sitt liv. Information med positiv innebörd kan betyda att patienten inte ser sig själv som handikappad, utan törs leva ett normalt liv.**

»För fyra år sedan fick jag ont i nacken och smärtan strålade ut i höger arm. Doktorn röntgade mig och visade att jag hade förslitningar i nacken som tryckte på en nerv. Nu är jag bra. Vad kan det bero på?»

Frågan ställdes av min bordsdam vid en middagsbjudning, och konversationen illustrerar att läkarens ordval i kombination med patientens föreställningar har stor betydelse när man skall informera om ryggbesvär. Det är helt klart att kvinnan inte förväntade sig att bli bra. Hon hade fått sin dom. Nu var detta en kvinna med resurser, som fortsatte att leva som vanligt. Hon skötte sitt arbete och sitt hem. Hon fortsatte med sina fritidssysslor, som i hennes fall var trädgårdsarbete, och hon tillfrisknade.

Samma information till en arbetare vid det löpande bandet kunde ha uppfattats så, att hon var sliten i nacken av arbetet och att det skulle vara stor risk för hennes framtida hälsa om hon fortsatte med samma arbete. Det vill säga, ur hennes perspektiv vore sjukskrivning i väntan på omplacering en logisk åtgärd.

Jag har i min verksamhet med yrkesinriktad rehabilitering träffat många patienter som inte har repat sig efter en sådan episod och där vi har fått ägna mycken tid åt att ge dem nya föreställningar om sin värk och ingjuta ny kraft

## Författare

ALF UDÉN

docent, överläkare, ortopediska kliniken; resultatenhetschef, Yrkesinriktad rehabilitering, Universitets-sjukhuset MAS, Malmö.

för att tackla de problem som uppstått under den långa sjukskrivningen.

## Finns det förslitningar i ryggen?

När begreppet förslitning används syftar ofta läkaren på en låg disk och spondylosförändringar, vilket ses på en röntgenbild. Det man måste fråga sig är:

1. Beror de förändringar man ser på röntgen på att kroppen använts på ett felaktigt sätt?
2. Har förändringarna något samband med patientens besvär?
3. Har förändringarna någon prognostisk betydelse?
4. Påverkar röntgenbilden vårt val av behandling?

Beträffande punkt 1 och 2 finns det studier som visar att personer med tungt arbete, eller t ex yrkesföre utsatta för vibrationer, har mer spondylosförändringar än andra, åtminstone i ländryggen, och även mera besvär [1]. Det finns å andra sidan studier som visar att diskdegeneration är mindre vanligt hos fysiskt aktiva [2].

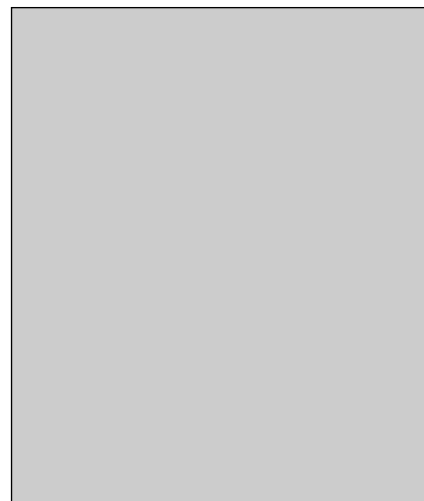
Diskdegeneration är i högsta grad ett åldersfenomen. Prevalensen av ryggbesvär ökar dock inte med åldern i någon större utsträckning, och efter 60 års ålder minskar prevalensen av besvär [3]. Ärftliga faktorer spelar sannolikt större roll än hur vi lever [4].

De flesta auktoriteter på området anser att vanlig röntgen av ryggen har ett begränsat värde; röntgenundersökning görs framför allt för att utesluta missbildningar, infektioner och malignitet [5]. En vanlig röntgen av ryggen har inte heller något prognostiskt värde och påverkar inte val av behandling vid ryggbesvär med eller utan rizopati [5].

## Vad skall man säga till patienten?

När man informerar patienten om röntgenfyndet kan man således säga att det inte finns några tecken på allvarlig sjukdom, som cancer eller infektion, och att den låga disk man ser på röntgen är något normalt för åldern och inte har med besvären att göra.

Även begreppet degeneration är diskutabelt, eftersom det har en negativ klang. Det ger intrycket av en permanent skada, det vill säga att besvären



**Så här säger du väl inte** till en patient med begynnande flint och de grå tinningarnas charm: »Jag kan se att ditt hår har drabbats av allvarlig degeneration»?

inte skall gå över. Åldersförändringar är mer acceptabelt. Vi talar ju t ex inte om hårdegeneration utan snarare om de grå tinningarnas charm!

## Varför strålade smärtan ut i armen?

Läkaren hade förklarat för min bordsdam att värken i armen orsakades av tryck på en nerv. Kan man vara säker på det? Helt klart kan diskbräck och osteofyter ge tryck på nerver, med smärta som följd. Emellertid kan också smärttillstånd i muskulaturen ge radierande smärtor ut i armar och ben [6, 7], dvs all värk ut i extremiteterna kan inte förklaras av tryck på nervstrukturer.

Man måste också komma ihåg att diskbräck förekommer hos helt friska människor utan symtom från armar och ben. Exempelvis visar magnetkameraundersökningar av bröstryggen hos asymtomatiska personer patologiska fynd i 73 procent, diskbräck i 37 procent och deformation av ryggmärgen i 29 procent [8]. Skulle man gå enbart efter fynden vid magnetkameraundersökning när man bedömer behov av behandling skulle således 73 procent av befolkningen kunna behandlas vare sig de har besvär eller inte.

Att korrelera patientens symtom

med radiologiska fynd, eller fynd vid magnetkameraundersökning, är en grannlaga uppgift som kräver en noggrann analys av såväl patientens symptom som de kliniska fynden. Således är det inte lönt att sända en patient för MR-undersökning om man inte misstänker malignitet, infektion eller har en klar misstanke om påverkan på en viss nerv.

I min bordsdams fall fanns det inga kliniska tecken på nervrotsaffektion; det fanns heller inget skäl att tro att disksänkning skulle ha betydelse för hennes radierande smärtor.

Inte heller kan man med hjälp av en MR-undersökning bestämma hur mycket värk patienten har, eller graden av arbetsförmåga. Exempelvis är en person med besvär relaterade till en pisksnärtskada inte mindre trovärdig för att en MR-undersökning visar normala förhållanden [9].

Patienter som fått besked om att de har diskbräck i ryggen föreställer sig ofta att det finns anatomiska förändringar som gör att de aldrig kommer att bli bra. En del patienter säger exempelvis att de har två diskbräck i ryggen, men doktorn förs inte operera. Andra patienter har fått besked om att »äntligen har vi hittat orsaken till dina ryggbesvär; du har ett diskbräck». Patienten upplever förvisso att besvären fått en viss statushöjning; från att ha varit vanliga ryggbesvär beror de nu på diskbräck. Å andra sidan har patienten fått bekräftat att det finns något fel i ryggen som gör att han inte skall bli bra.

Det är också viktigt att informera patienten om att prognosen på lång sikt vid lumbalt diskbräck inte påverkas av operation [10]. Däremot kan man med operation påskynda tillfrisknandet om patienten har ett diskbräck och symptom från motsvarande nerv. Patienten skall dock veta att en operation inte är nödvändig för att han skall tillfriskna.

Det är också viktigt att påpeka för patienten att en diskbräckoperation huvudsakligen påverkar nervrotssmärtan, inte värken i rygg, nacke eller huvud.

### Är det bra att be patienten att ta det försiktigt?

I en randomiserad studie på en mottagning för företagshälsovård i Finland studerades effekten av olika behandlingar vid vanlig lumbago. Man jämförde patienter ordinerade sängläge respektive sjukgymnastik med en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick instruktioner att leva som vanligt [11]. Intressant nog gick det bäst för patienterna i kontrollgruppen.

I diskussionen framförde författarna åsikten att patienterna i kontrollgruppen sannolikt fick optimal belastning av ryggen. De kunde själva känna vad som



Ett mer positivt besked till ryggpatienten: »Disken är nu låg och betydligt mer stabil än tidigare ...

var rätt. En alternativ förklaring kan vara att de som fick sjukgymnastisk behandling eller ordinerades sängläge uppfattade sitt tillstånd som allvarligare, vilket påverkade upplevelsen av smärtan.

De som fick besked att leva som vanligt fick snarast uppfattningen att det inte var så allvarligt med ryggen. För att använda ett uttryck av Gunnar Sträng, »man skall inte märkvärdisera». Sannolikt gäller detta även andra patienter med värk, dvs det kan vara bättre att be patienten att inte vara försiktig än att vara det. Optimism har visat sig vara en kraftfull salutogen faktor [12]. (Salutogen = något som leder till hälsa; kan t ex vara ett socialt kontaktnät efter en hjärtoperation. Jämför patogen = något som leder till sjukdom.)

### Biomekanik och läkningsprocess

Disken kan delas in i en central del, nucleus pulposus, som biomekaniskt ter sig som vätska, och en perifer del, anulus fibrosus, som har ett antal lager med kollagen trådar växelvis lutande 30 grader åt höger och åt vänster. När

disken belastas stramas trådarna och disken blir stabilare [13]. I diskens periferi finns nociceptiva nervändar, som sannolikt kan stimuleras vid mekanisk deformation [14].

Även om etiologin till ryggsmärta i de flesta fall är okänd finns det mycket som talar för att disken spelar en central roll. Belastningens betydelse för stabilitet kan var och en själv förvissa sig om genom att göra ett Springing-test på patienter med ryggbesvär, dvs med patienten i bukläge trycka på spinalutskotten och sedan göra om samma undersökning när patienten står upp. Oftast gör det mindre ont i stående. Man kan på så sätt övertyga sig själv och patienten om att belastning i de flesta fall gör disken mindre känslig.

Många människor känner väl till fenomenet att om man har ont i ryggen kan man inte ligga alltför länge på morgonen, utan man måste stiga upp. Likaså är det vanligt att patienter som har ont



... och på MR-undersökningen kan man se att det pågår en reparativ process.»

i ryggen har mest besvär direkt efter det att de stigit upp. Patientens ökade besvär innan han hunnit belasta ryggen kan bero på att disken inte hunnit bli lägre och mer stabil.

Ett mycket extremt exempel är de amerikanska astronauternas ryggbesvär. Efter en vecka i rymden är de mellan 4 och 7 cm längre än när de sändes upp, och de har mycket uttalade ryggbesvär när de återkommer till jorden [Jorma Styv i rapport till Svensk ortopedisk förening, 1995]. Helt friska och vältränade elitmän får efter en veckas total avlastning av ryggen sådana besvär att de svårligen kan hyllas om hjältar.

Det naturliga förloppet vid en disk-skada är således att disken blir lägre och sannolikt mer stabil, och att osteofyter bidrar till denna stabilisering. Denna »ombyggnad» kan även avläsas på en MR-undersökning i form av en ökad reaktiv aktivitet.

### Ett exempel ur verkligheten

En 48-årig kvinna vaknar med ryggbesvär och S1-ischias på vänster sida. Ett och ett halvt år senare har patienten mest värk i korsryggen och kan endast gå runt kvarteret innan värken i ryggen, höfterna och låren blir alltför besvärlig. Vid undersökningen finner man vid Lasègues test stramning bilateralt vid 80 grader; normal neurologi i benen. Rutinprov, inklusive SR, är utan anmärkning.

Röntgen av ländryggen visar att det sedan föregående röntgen har skett en kraftig progress av disksänkning mellan L5 och S1. L5-disken är helt degenererad och omgiven av en reaktiv skleros. Mellan L5 och S1 finns en liten olistes på några millimeter, lätt intervertebralartros på L5-nivå.

Magnetkameraundersökning visar att disken under L5 är kraftigt höjdreducerad. I benmärgen, i anslutning till disken i intilliggande kotor, ses på T1W-bild en sänkning av signalen. På T2W-bild blir dessa områden snarare signalhöjda. Centralt i disken under L5 ses också en höjd signal på T2W-bild. Allt detta talar för inflammatoriska förändringar i och omkring disken under L5. Sammanfattningsvis finns inga hållpunkter för diskbräck på denna nivå, men inflammatoriska förändringar föreligger i och omkring disken under L5.

Det är således mycket troligt att patientens disk mellan L5 och S1 orsakat hennes besvär. Sannolikt har hon fått en ruptur av disken på degenerativ bas.

För patienten kan detta – om man inte tänker sig för – uttryckas så, att disken är så försliten att kotorna skaver mot varandra; det har även blivit inflammation i kotorna intill. Detta kan av många patienter, kanske även av läkare, uppfattas som att patienten bör ställa in sig på att aldrig bli bra, eller att en stabiliserande operation är den enda möjligheten till bättring.

Patientens situation kan i stället beskrivas på ett mer positivt sätt:

»Disken som du har besvär med sedan ett och ett halvt år har blivit lägre och stabilare. MR-undersökningen visar att det pågår en reparativ process.»

Patienten kan då se framtiden an med en viss optimism.

### Välj orden med omsorg

Mitt budskap är således: välj dina ord med omsorg och skapa inte i onödan en föreställning hos patienten att han har ett obotligt tillstånd och att han riskerar sin hälsa om han fortsätter sitt liv på samma sätt som tidigare.

Uppmuntra i stället patienten att fortsätta med sitt vanliga yrke och sina fritidsaktiviteter, så att livet blir meningsfullt och därigenom kan vidmakthålla hälsobringande effekter.

### Referenser

1. Magnusson M, Pope M, Wilder D, Hansson T. Vibrationer ger ländryggsbesvär. Yrkesförares särskilt utsatt grupp. *Läkartidningen* 1995; 92: 1711-2.
2. Evans W, Jobe W, Seibert C. A cross-sectional prevalence study of lumbar disc degeneration in a working population. *Spine* 1989; 14(1): 60-4.
3. Biering-Sörensen F. A prospective study of low back pain in a general population. I. Occurrence, recurrence and aetiology. *Scand J Rehabil Med* 1983; 15: 71-9.
4. Battie MC, Haynor DR, Fisher LD, Gill K, Gibbons LE, Videman T et al. Similarities in degenerative findings on magnetic resonance images of the lumbar spines of identical twins. *J Bone Joint Surg* 1995; 77A(11): 1662-70.
5. Andersson GBJ. Sensitivity, specificity, and predictive value. A general issue in the screening for disease and in the interpretation of diagnostic studies in spinal disorder. In: Frymoyer JW, ed. *The adult spine: principles and practice*. New York: Raven Press Ltd 1991; 277-88.
6. Kjellgren JH. Observations on referral pain arising from muscle. *Clin Sci* 1938; 3: 175-90.
7. Kjellgren JH. On the distribution of pain arising from deep somatic structures with charts of segmental pain areas. *Clin Sci (Colch)* 1939; 4: 47-71.
8. Wood KB, Garvery TA, Cooper G, Heithoff KB. Magnetic resonance imaging of the thoracic spine. Evaluation of asymptomatic individuals. *J Bone Joint Surg* 1995; 77A(11): 1631-8.
9. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JO, Duranceau J, Suissa S et al. Scientific monograph of the Quebec task force on whiplash-associated disorders: redefining »whiplash» and its management. *Spine Suppl* 1995; 20: 8S.
10. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, retrospective study with ten years of observation. *Spine* 1983; 8(2): 131-40.
11. Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E et al. The treatment of acute low back pain – Bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995; 332(6): 351-5.
12. Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Köping: Natur & Kultur, 1991.
13. Broberg KB, von Essen HO. Modeling of intervertebral discs. *Spine* 1980; 5(2): 155-67.
14. Riihimäki H. Low-back pain, its origin and risk indicators. *Scand J Work Environ Health* 1991; 17: 81-90.