

Kirurgi eller icke-kirurgi vid diskbräck i ländryggen?

SPORT kan inte ge svar – naturalförloppets nyckfullhet blev en för tuff match



TOMMY HANSSON, professor, överläkare, ortopediska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg
tommy.hansson@orthop.gu.se



KARL-ÅKE JANSSON, överläkare i ortopedisk kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
karl-ake.jansson@karolinska.se

Symtomgivande diskbräck i ländryggen är den vanligaste specifika ryggdiagnosen (specifik = känd patoanatomy). Prevalensen av symtomgivande diskbräck i ländryggen är dock svårbedömd. Magnetkameraundersökning har bl a visat att ett stort antal diskbräck sannolikt inte ger några symtom. Uppskattningsvis förorsakas cirka 5–10 procent av alla akuta ryggbesvär av ett diskbräck. Det motsvarar en punktprevalens på 2–3 procent i en vuxen befolkning.

Prognosen vid ett akut diskbräck är oftast god. Det innebär att besvären hos en majoritet klingar av helt eller delvis inom några veckor till några månader. Naturalförloppet vid ett symtomgivande diskbräck i ländryggen förefaller således vara gott, men det har aldrig invändningsfritt klarlagts. Inte ens i studier som avsett undersöka just naturalförloppet (konservativ behandling har ansetts motsvara ett naturalförlopp) har man kunnat förhindra patienter med uttalade besvär att opereras [1–3]!

Kvarstående symtom hos en minoritet

De typiska symtomen är akuta ländryggsbesvär i kombination med smärta utstrålade utmed ischiasnervens förlopp och enligt definitionen nedom knäet.

Insjuknandet är ibland tudelat med initiala symtom från ländryggen, vilka efter kortare eller längre tid (ibland 1–2 veckor) kombineras med eller övergår i smärtor ned i benet (ischias).

Förutom smärta förekommer fre-

kvent neurologisk påverkan i form av parastesier, sensibilitetsstörningar och/eller motorisk påverkan, men oftast av måttlig grad.

Hos en majoritet klingar således symtomen av från både rygg och ben. Hos en minoritet kvarstår uttalade symtom i form av t ex ischias- och ryggsmärta. I dessa fall bör möjligheterna till kirurgi övervägas. Ett led i detta övervägande är att med hjälp av magnetkameraundersökning eller datortomografi konfirmera ett diskbräck som motsvarar de aktuella symtomen. Ett andra övervägande vid svåra uttalade besvär är remiss till ortoped för ställningstagande till kirurgi.

Kirurgi eller inte – ett svårt val

Svenska register- och kohortstudier har visat att diskbräckskirurgi har en tämligen distinkt positiv effekt på de kanske viktigaste parametrarna vid ryggproblematik, nämligen smärta, ryggfunktion och hälsorelaterad livskvalitet [4]. Diskbräckskirurgi har i Sverige även visats ha en klar effekt på arbetsåtergång vid sjukskrivning [3].

Med detta goda utfall kan ju valet av kirurgi eller inte vid symtomgivande diskbräck anses vara givet. Tyvärr är detta val inte så lätt. Som redan nämnts förbättras patienterna i hög utsträckning spontant. Vid försök att via randomiserade studier utvärdera effekten av diskbräckskirurgi har denna spontanförbättring, men även försämring bland de patienter som inkluderats i studierna, kommit att innebära ett stort problem [1, 2].

13 ryggkirurgiska kliniker med i SPORT

Tidigare studier som sökt svaret på vilken diskbrücksbehandling som är mest adekvat har oftast begränsats på grund av för få patienter, alltför varierande grupper och icke-validerade utfallsmått etc.

I akt och mening att definitivt klargöra skillnaden mellan konservativ (icke-kirurgisk) och kirurgisk behandling vid symtomgivande diskbräck startades



Foto: Zephyr/Science Photo Library

Valet mellan att operera eller inte operera patienter med symtomgivande diskbräck i ländryggen är inte så lätt som det först kan tyckas. Naturalförloppet är nämligen ganska så nyckfullt, vilket också gör det svårt att genomföra en randomiserad, kontrollerad studie.

därför en omfattande amerikansk multicenterstudie år 2000, The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) [5]. I studien deltog 13 ryggkirurgiska kliniker, representerande 11 stater i USA.

Totalt 1 244 patienter med en medellålder av 42 år (42 procent kvinnor) inklu-

SAMMANFATTAT

Diskbräck i ländryggen är vanligaste specifika orsak till lumbago–ischias.

Prognosen är oftast god vid konservativ, icke-kirurgisk behandling. Vid uttalad, kvarstående (6–8 veckor) ischias-smärta blir kirurgi dock inte sällan alternativet.

En stor randomiserad, amerikansk studie (SPORT) misslyckades i sitt försök att klargöra om kirurgisk eller icke-kirurgisk behandling är att föredra.

Nuvarande praxis, där kvarstående (6–8 veckor), uttalad ischias-smärta nedom knäleden provocerad vid nervtensionstest och konfirmerad av andra nervrotssymtom och via magnetkameraundersökning eller datortomografi är indikation för diskbräckskirurgi, torde få gälla tills vidare.

derades. Inkluderingskrav var 18 år eller äldre och kvarstående symtom efter 6 veckor, oavsett vilken icke-operativ behandling patienten dittills fått. Patienten skulle också ha smärtor utstrålade nedom knäet, eller främre delen av låret vid diskbräckslokalisering mera proximalt i ländryggen, positivt nervtensionstecken (SLR = straight leg raising test eller Lasègues test positivt mellan 30 och 70 grader) eller nervpåverkan i form av t ex reflexpåverkan, påverkan av sensibilitet i specifik dermatom eller myotompåverkan i form av nedsatt kraft.

Samtliga patienter måste också nyligen ha genomgått magnetkameraundersökning (97 procent) eller datortomografi som bekräftat förekomst och lokalisering av diskbräcket.

Sammanlagt 245 patienter randomiserades till kirurgi, medan 256 patienter randomiserades till icke-kirurgisk behandling. Kirurgin var standardkirurgi: dvs sköppen diskektomi, vilken innebär att kirurgen använder sig av lupp eller mikroskop. Den icke-kirurgiska behandlade gruppen fick »sedvanlig behandling«, dvs flera olika typer av insatser, bl a aktiv sjukgymnastik, utbildning, rådgivning rörande rörelser i hemmet och vid behov analgetika. Alla dessa komponenter skulle ingå och betraktades som en miniminivå av insatser vid icke-kirurgisk behandling.

Primärutfall undersöktes med skalor för kroppslig smärta och fysisk funktion enligt livskvalitetsinstrumentet SF36 samt med det ryggsjukdomsspecifika Oswestry Disability Index (ODI).

Två års uppföljningstid

Förändringar och utfall efter 6 veckor, 3 månader, 6 månader, 1 och 2 år studerades. Sekundärutfall var bl a patientens egenrapporterade förbättring, sjukskrivning, tillfredsställelse med behandling, symtom m m. Totalt 472 patienter (94 procent) var kvar i studien efter 1 år. Endast 16 procent av patienterna var sjukskrivna. Samtliga patienter hade ischiasmärta, varav 97 procent med klassisk dermatomutbredning. Majoriteten av diskbräcken förekom på L5-S1-nivån.

I den icke-operativt behandlade gruppen fick 93 procent utbildning/råd om sjukdomen, 61 procent fick NSAID (icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel), 46 procent fick opiater, och mer än 50 procent fick epidurala injektioner, t ex steroider. Totalt 29 procent ordinerades aktivitetsbegränsningar, medan 44 procent fick aktiv sjukgymnastik, vilket 67 procent redan fått innan de inkluderades i studien.

Den vanligaste kirurgiska komplikation

tionen var durarift, vilket förekom hos 4 procent av de opererade patienter.

Totalt 4 procent reopererades inom 1 år, varav hälften på grund av ett recidiv-diskbräck på samma nivå.

»Crossover« av sällan skådat slag

Tyvärr kom även denna mångmiljonstudie att drabbas av de problem man sett i tidigare försök att randomiserat jämföra kirurgisk och icke-kirurgisk behandling vid lumbala diskbräck.

»Crossover« av sällan skådat slag drabbade studien, dvs patienter randomiserade till kirurgi vägrade låta sig opereras, medan patienter randomiserade till icke-kirurgisk behandling krävde kirurgi och blev opererade. I den primära analysen av den till kirurgi randomiserade gruppen (n=232) opererades 140, medan 92 avstod. I den grupp som randomiserats till icke-kirurgi analyserades primärt 240 individer, 133 patienter fullföljde, medan hela 107 kom att opereras.

Crossover skedde av två huvudskäl. Bland dem som avsågs att opereras avstod patienter som förbättrades, medan de som försämrats i den icke-operativa gruppen tillkom. De som kom att opereras hade mer besvär än i den icke-operativa gruppen, något som även andra konstaterat [1-3].

Efter det att detta från studiesynpunkt ytterst besvärande crossover-fenomen inträffat visade inte oväntat resultaten enligt intention to treat inga skillnader i primära utfallsmått mellan dem som behandlades kirurgiskt respektive icke-kirurgiskt. De som opererades rapporterade emellertid en större självupplevd förbättring och även förbättring av sina ischiasbesvär än de som behandlades konservativt.

Oavsett behandling och initial grupp-tillhörighet förbättrades deltagarna under tvåårsperioden.

I tidigare studier (även de med viss crossover) har opererade patienter förbättrats betydligt snabbare än icke-opererade, medan resultaten efter cirka fyra till fem år varit likartade.

Bekräftar behovet av lyhördhet

SPORT-studien bekräftar behovet av lyhördhet vid förändringar av patienternas diskbräckssymtom. Diskbräckspatienter med svåra initiala smärtor kan plötsligt förbättras och inte längre vara aktuella för kirurgi, medan andra patienter med initialt lindriga symtom lika plötsligt kan försämrats och vara till synes klara fall för operation.

Nya frågor har väckts

Något svar på frågan om och i så fall när

diskbräckskirurgi är bättre än konservativ behandling gav således inte heller denna ambitiöst upplagda studie. Snarast gav den upphov till nya frågor.

Går det idag att utan crossover genomföra en randomiserad studie av den här typen? Är det över huvud taget möjligt att i ett sjukvårdssystem som det i USA, med privat sjukvårdsfinansiering, systemincitament för kirurgisk behandling och inget eller dåligt fungerande sjukförsäkringssystem etc, genomföra en studie av denna typ? Är det möjligt att genomföra en invändningsfri randomiserad, kontrollerad studie av denna typ ens i vårt system? Är en sådan studie mödan värd eller räcker empirin?

Bästa möjliga praxis får gälla tills vidare

I väntan på en studie som kan ge oss evidens i denna fråga får vi, som hittills, förlita oss på bästa möjliga praxis. Vi tycker att den kan formuleras på följande sätt när det gäller diskbräck i ländryggen. I det typiska fallet bör kirurgisk behandling övervägas efter 6-8 veckors kvarstående, uttalade besvär i ländrygg och ben. Ischiasmärtan ska utstråla distalt om knäleden. Smärtan i benet ska provoceras av sk nervtensionstest (SLR eller Lasègues test). Specifik nervrotspåverkan bekräftas med motsvarande påverkan av reflexer, sensibilitets- och/eller kraftpåverkan liksom med magnetkameraundersökning eller datortomografi.

I detta typfall har patienten vid diskbräckskirurgi god anledning att förvänta sig snabb förbättring med liten risk för komplikationer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine*. 1983;8(2):131-40.
2. Atlas SJ, Keller RB, Chang Y, Deyo RA, Singer DE. Surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: five-year outcomes from Maine Lumbar Spine Study. *Spine*. 2001;26(10):1179-87.
3. Hansson E, Hansson T. The cost utility of lumbar disc herniation surgery. *Eur Spine J*. 2007;16(3):329-37.
4. Jansson KÅ, Nemeth G, Granath F, Jonsson B, Blomqvist P. Health-related quality of life in patients before and after surgery for a herniated lumbar disc. *J Bone Joint Surg Br*. 2005;87(7):959-64.
5. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Skinner JS, Hanscom B, Tosteson AN, et al. Surgical vs non-operative treatment for lumbar disc herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort. *JAMA*. 2006;296(20):2451-9.