

Korsryggsmarter

- med og uten nerverotaffeksjon

RYGGPLAGENES OMFANG

Opp til 80% av befolkningen har ryggplager en eller flere ganger i løpet av livet, og rundt 50% har hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder. Dagsprevalensen er 15%, og residivhyppigheten er stor. Ingen enkeltlidelse koster samfunnet mer i form av trygdeutgifter.

MÅLGRUPPENE FOR RETNINGSLINJENE

Målgruppene er i første rekke leger i primærhelsetjenesten, fysioterapeuter med og uten spesialisering i manuell terapi og kiropraktorer, samt andre aktører som behandler ryggpasienter. Retningslinjene har også relevans for helsepersonell i andrelinjertjenesten.

INDELING OG VIKTIGE DEFINISJONER

Korsryggsmarter deles inn akutte, med varighet under 3 måneder, og langvarige (mindre heldig kalt kroniske).

Langvarige smerter ledsages ofte av inaktivitet og engstelse for å gjøre bestemte bevegelser som gjør vondt.

Subakutte korsryggsmarter er en undergruppe av de akutte med varighet mellom 6 og 12 uker. Smertene kan også deles inn i tre hoveddiagnosekategorier som veileder videre håndtering:

1. Uspesifikke korsryggsmarter
2. Korsryggsmarter med nerverotaffeksjon, først og fremst isjias (oftest p.g.a. skiveprolaps eller spinal stenose)
3. Mulig alvorlig underliggende sykdom eller nevrologisk akutttilfelle/cauda equina.

Anamnesticke opplysninger og funn som gir pekepinn om sannsynlig underliggende årsakog forløp av ryggsmertene deles inn med ulike "flagg". *Grønne flagg* indikerer akutte, uspesifikke korsryggsmarter med god prognose og hvor normale daglige aktiviteter kan gjenopptas så fort som mulig. *Røde flagg* indikerer mulig alvorlig patologi med behov for videre utredning. *Gule flagg* er faktorer som innebærer økt risiko for at tilstanden blir langvarig, eller med hyppige residiv.

DIAGNOSTISKE OVERVEIELSER

Diagnostisk tredeling i beskrivende diagnosekategorier er grunnlag for videre tiltak:

1. Uspesifikke korsryggsmarter (80-90 %)

- Smerteutbredelse korsrygg, nates og lår
- Smerteintensitet varierer, ofte bedre i ro
- Pasient i god allmenntilstand
- God prognose indikert ved *grønne-* og fravær av *røde-* og *gule flagg*

2. Nerverotaffeksjon (5-10 %)

- Utstrålende smerter er ofte mer distinkte og svarende til ett eller flere dermatom. Utstrålingen fra nerverøttene L5 og S1 vil ofte være distalt for kneet og mer intens enn selve ryggsmerten. L3- og L4-roten gir smerteutstråling henholdsvis på forsidelår og innside legg/mediale fotrand.
- Nummenhet og parestesier i varierende grad.
- Lasègues prøve reproducerer smerteutstrålingen (25 % av spinal stenosestilfellene).
- Motoriske, sensoriske og/eller refleksforandringer svarende til en eller flere nerverøtter.
- Hosting/nysing reproducerer smerteutstrålingen (ikke ved spinal stenose).
- Nevrogen (vertebrogen) claudicatio/spinal stenose: Smerter (og eventuelle lette pareser) i et eller begge ben ved gange eller i stående stilling forårsaket av henholdsvis lateral og sentral spinal stenose. Smertene gir seg kun langsomt når man stopper opp. Ofte må pasienten sette seg ned, eller lute seg fremover for å få smertelindring. Nummenhet og tyngdefornemmelse i bena, affeksjon av en eller flere nerverøtter, bedring ved ryggfleksjon hos ca. 60 % av pasientene. Alder oftest over 60 år. Vanligvis negativ Lasègues prøve.

3. Mulig alvorlig underliggende sykdom/cauda equina (1-5 %). Identifikasjon av røde flagg

Røde flagg innebærer at pasienten skal utredes med hensyn til deformitet, brudd, inflammatorisk sykdom, tumor/metastaser, infeksjon, referert smerte fra indre organer, eller andre sjeldne tilstander

- Ryggplager som debuterer, eller oppfattes annerledes enn tidligere plager, ved alder under 20 eller over 55 år
- Konstante smerter, evt. tiltagende over tid; hvilesmerter
- Generell sykdomsfølelse, feber og/eller vekt tap
- Traume, kreft, bruk av steroider eller immunosuppressiva, stoffmisbruk
- Utbredte og eventuelle progrediserende nevrologiske utfall
- Deformitet i ryggstølen
- Høy SR, uttalt morgenstivhet med varighet over en time

NB! Cauda equina syndrom og/eller progredierende nevrologiske utfall. Sensibilitetstap ("ridebukseanestesi"), urinretensjon/lekkasje, svekket sphinctertonus, patologiske sacrale reflekser, progredierende pareser og paralyse.



SYKEHISTORIEN

Anamnesen tilpasses den enkelte pasient. Spør etter smertens varighet, art, intensitet og lokalisering (eventuelt generaliserte smerter), tidligere ryggepisoder, type smertebehandling, mestring og funksjon, sykdomsopplevelse inklusiv smertefrykt og smerteunngåelse, *røde-* og *gule flagg*, tanker og preferanser om tiltak, andre sykdommer og plager (NB. somatisering).

KLINISK UNDERSØKELSE OG UTREDNING ¹

Klinisk undersøkelse

- Inspeksjon av gange, av- og påkledning, kroppsspråk, kroppsholdning, smerteatferd. Deformitet/scoliose. Ryggsøylens bevegelse mht. lateralfleksjon; framover- og bakoverbøying, avstand fingertupp – gulv.
- Lasègues prøve (også krysset) og femoralis nervestrekktest (L3, L4) ved utstrålende smerte.
- Nevrologisk undersøkelse i underekstremitetene ved *mistanke om nerverotaffeksjon* (gå på tå (S1), hæl (L5) og sitte på huk (L4)). Følesans og reflekser.
- Blodprøver og urinprøve (f.eks. SR, CRP, ALP, urinstix) ved mistanke om underliggende patologi.

Bildedagnostikk

- Bildediagnostikk anbefales ikke ved akutte, subakutte eller langvarige korsryggsmerter, eller initialt ved nerverotaffeksjon uten *røde flagg*.
- Bildediagnostikk anbefales imidlertid ved *røde flagg* og ved symptomer uten bedring etter 4-6 uker. Primært MR som har høyest sensitivitet overfor de fleste potensielle bakenforliggende tilstander og bør førstevalg hvis prolapskirurgi vurderes. Konvensjonell røntgen anbefales primært ved mistenkt strukturell deformitet, spondylolistese, iliosakralledsartritt eller fraktur, mens CT anbefales ved mistenkt fraktur i bue, og som alternativ til MR ved nerverotaffeksjon.
- Henvisningen til bildediagnostisk utredning bør inneholde kliniske opplysninger som
 - a.) dokumenterer at utredningen er indisert
 - b.) viser hvilke problemstillinger utredningen skal gi svar på.

Gule flagg

Risikofaktorer (hovedsakelig psykososiale) for å utvikle mer langvarige ryggplager

- Arbeidsrelaterte problemer/sykmelding (bør tidsbegrenses)
- Emosjonelle problemer (f.eks depresjon og angst)
- Tilleggsymptomer i form av generaliserte smerter, hodepine, tretthet, svimmelhet og plager fra magen
- Pasienter med omfattende tidligere ryggplager og med nerverotaffeksjon
- Pessimistiske/negative holdninger/overbevisninger i forhold til smertene, f.eks uttalt engstelse for visse bevegelser og for å være i arbeid, og liten grad av forventning om å bli bra/komme tilbake i arbeid

BEHANDLING OG TILTAK

Overordnet mål for behandling er å oppnå tilstrekkelig smertelindring til at pasienten kan gjenoppta normal aktivitet, fordi aktivitet i seg selv er et viktig tiltak for tilheling. Prognosen er god ved akutte korsryggsmerter (*grønne flagg*), men symptomlindrende tiltak kan være nødvendig, selv om ingen spesifikke behandlingstiltak har dokumentert stor effekt. Pasienten som har plager som varer ut over 1-2 uker, bør vurderes på nytt for at råd og behandling kan individualiseres. Det er viktig å identifisere tilleggsplager (komorbiditet) tidlig i forløpet. Trekker plagene i langdrag, anbefales tilrettelegging av jobbsituasjonen som et samarbeid mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, for at pasienten kan forbli i/komme raskt tilbake i jobb. Risiko for residiv er generelt stor og sekundærforebyggende trening/tiltak bør tilrettelegges og pasienten bør følges opp.

1. Uspesifikke korsryggsmerter (akutte og langvarige)

- *Generell aktivitet:* Ved akutte, subakutte og langvarige ryggsmerter anbefales å gi råd om å være mest mulig i normal aktivitet og å fortsette i/gjenoppta jobb så raskt som mulig, avdramatisere og eventuelt bruke metaforen *grønne flagg*. Sykmelding anbefales å gjøres så kort som mulig. Det krever at pasienten følges tett opp, gjerne med ny kontakt etter 1-2 uker. Mulighetene for gradert sykmelding skal vurderes ved hver konsultasjon der sykemelding er et relevant tema.
- *Sengeleie:* Anbefales ikke som terapi, men kan i mer sjeldne tilfeller være nødvendig de første 2-3 dager som smertelindring.

1. Styrken på gradering av anbefalingene finnes i fullversjonen av retningslinjene, men er av hensyn til plass og leservennlighet ikke inkludert i denne kortversjonen.



- **Legemidler:** Smertestillende medisin ved akutte korsryggsmerter bør generelt tas med jevne mellomrom og ikke bare ved behov. Start med paracetamol evt. NSAIDs hvis paracetamol allerede er prøvd. Ved sterke smerter gi paracetamol/ opioidblandingspreparater, alternativt tramadol, som førstevalg. Vær imidlertid oppmerksom på faren for bivirkninger og avhengighet ved de to sistnevnte medikamenter. Ved langvarige smerter kan også NSAIDs ha en viss smertestillende effekt. Det samme gjelder noradrenerge/kombinert noradrenerg/serotonerge antidepressiver enten pasienten er deprimert eller ikke.
- **Øvelser og trening:** Spesifikke øvelser/trening anbefales ikke de første ukene. Det er tilstrekkelig at pasienten er i normal aktivitet. Henvisning innen førstelinjen, eller til spesialisthelsetjenesten for utredning, kognitiv rettede tiltak og trening/fysisk aktivitet anbefales dersom pasientene ikke har gjenopptatt vanlige aktiviteter eller kommet tilbake i arbeid etter ca. 4-6 uker. Veiledet øvelser/trening over tid anbefales ved langvarige plager og for å forebygge residiv.
- **Manipulasjon:** Anbefales som et behandlingsalternativ etter 1-2 uker for å redusere smerte og bedre funksjon. Effekten er liten/moderat.
- **Massasje:** Anbefales som supplement til øvelser og trening, særlig ved subakutte og langvarige plager.
- **Akupunktur:** Anbefales ved langvarige smerter. Effekten er kortvarig og moderat.
- **Kirurgi:** Kirurgi har ingen plass i behandling av akutte uspesifikke korsryggsmerter. Avstivingsoperasjon kan vurderes for pasienter med langvarige og sterke uspesifikke korsryggsmerter over 2 år, utilfredstillende effekt av kunnskapsbasert tverrfaglig, ikke-kirurgisk behandling, og degenerative forandringer begrenset til 1-2 skivenivå. Komplikasjonsfrekvensen er betydelig (18-40 %).
- **Arbeidsmedisinske tiltak og tverrfaglig behandling:** Pasienten anbefales å forbli på/gjenoppta sitt arbeid så snart som mulig, og at det etableres et best mulig samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og eventuelt helsearbeider. Henvisning til tverrfaglig kognitiv rehabilitering (se definisjon) anbefales etter 6-8 uker, særlig hvis pasienten er sykmeldt og annen behandling har gitt utilstrekkelig resultat.
- **Ryggskole med kognitiv tilnærming:** Kan anbefales ved langvarige plager.
- **Annen behandling og tiltak:** Behandling med varme eller TENS kan forsøkes ved akutte smerter. Det er ikke dokumentert grunnlag for å anbefale behandling med traksjon, kulde, ultralyd, andre former for elektroterapi eller støttebelte/korsett.

2. Nerverotaffeksjon

- **Generell aktivitet:** Anbefales ut fra generell gunstig effekt. Pasienten bør oppfordres til å være i variert aktivitet selv om det gjør noe vondt i ryggen/benet. Aktivitet som fører til tydelig forverring av rotsmerten bør unngås.
- **Sengeleie:** Sengeleie/hvile kan være nødvendig som smertelindring, og iblant i noe lenger tid enn for akutte uspesifikke smerter. Det anbefales å variere mellom hvile og aktivitet.
- **Legemidler:** Det anbefales å starte med paracetamol eller kombinasjonspreparat med opioid. Tramadol kan være et godt alternativ og kan kombineres med paracetamol. Vurder avhengighetsfare. Smertestillende medisin bør tas med jevne mellomrom. NSAID kan ikke anbefales ved nerverotsmerter.
- **Øvelser og trening:** Dersom pasienten går inn i en fysisk inaktiv tilstand, anbefales lett fysisk trening og øvelser.
- **Kirurgi:** Anbefales ved cauda equina (øyeblikkelig hjelp så snart som mulig)/progredierende nevrologiske utfall og ved utilfredsstillende bedring av nerverotsmerter etter 6-12 uker, evt. før ved intolerable smerter. Generelt er prognosen for nerverotsmerter god. Kirurgisk behandling av isjias er smertebehandling for selve nerverotsmerten ned i underekstremitetene, og bør vurderes fortrinnsvis før 6-8 måneder.
- **Arbeidsmedisinske tiltak og tverrfaglig behandling:** Pasienten anbefales å forbli på/gjenoppta sitt arbeid så snart som mulig, og at det etableres et best mulig samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og eventuelt helsearbeider. Henvisning til tverrfaglig kognitiv rehabilitering anbefales etter 6-8 uker, særlig hvis pasienten er sykmeldt og annen behandling har gitt utilstrekkelig resultat.
- **Annen behandling og tiltak:** Det er ikke dokumentert grunnlag for å anbefale behandling med traksjon, elektroterapi, støttebelte/korsett, akupunktur, eller massasje. Manipulasjon bør ikke benyttes for pasienter med progredierende nevrologiske utfall, men kan forsøkes for å oppnå en moderat korttidseffekt hos pasienter med langvarige plager.

FOREBYGGING

- Ingen primærforebyggende tiltak kan anbefales på grunn av manglende dokumentasjon.
- Som sekundærforebygging mot nye episoder med akutte smerter anbefales:
 - Veiledet trening og øvelser over tid.
 - Aktiv ryggskole med ergonomisk ferdighetstrening, kognitive aspekter og øvelser/trening.
 - Multimodale tiltak på arbeidsplassen med opplæring og informasjon, kognitive tiltak, ergonomisk tilrettelegging og praktisk ergonomisk ferdighetstrening. Tiltakene må rettes mot spesifikke problemer og aktivt involvere de ansatte.
 - Som tertiærforebygging er det moderat godt grunnlag for å anbefale fast fremfor hard madrass, og de som går lange distanser kan ha nytte av støtdempende innleggssåler.

KLINISK KOMMUNIKASJON

God klinisk kommunikasjon og samhandling med pasienten bør være integrert del av enhver ryggrelatert konsultasjon. Følgende punkter er sentrale:

- Ta pasienten på alvor (bli møtt, hørt, trodd og sett)
- La pasienten få slippe til med sine bekymringer, følelser og tanker, forventninger og preferanser knyttet til årsaker, utredning, prognose og behandling.
- Gi trygghetsskapende informasjon om hva du som fagperson mener dette kan være; avdramatiser uten å bagatellisere eller "psykologisere"
- Drøft og gi råd om hva som bør gjøres både vedrørende videre utredning, behandling, tidsbegrenset sykmelding, eventuell forebygging, og hvis mulig utform en omforenet målsetting.
- Gi enkel informasjon om hva pasienten kan gjøre selv for å bli bedre.
- Bruk anatomiske modeller, tegninger/figurer, og enkle metaforer.
- Avtal videre opplegg/kontroll og eventuell henvisning

HENVISNING

- Kirurgi som *øyeblikkelig hjelp* ved mistanke om cauda equina syndrom/progredierende pareser/paralyse.
- Rask henvisning til annenlinjetjenesten ved *røde flagg*.
- Tverrfaglig rehabiliteringsprogram der kognitive, atferdsmessige faktorer og fysisk aktivitet vektlegges ved spesialistinstusjon, for eksempel ryggpoliklinikk hvis pasienten ikke er vesentlig bedre etter 6-8 uker. Dette gjelder både for sykmeldte og dem som ikke er sykmeldt. Henvisning til enkel vurdering hos spesialist eller annen fagprofesjon, for eksempel fysioterapeut eller kiropraktor er ofte aktuelt før dette.
- Pasienter som ønsker informasjon om rygglidelser henvises til Rygginfo (www.rygginfo.no) og hjemmesiden til Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (www.formi.no). På sistnevnte sted kan man også bestille pasientbrosjyren "Verdt å vite om vond rygg", som er en popularisert versjon av disse retningslinjene.



formi
Formidlingsenheten for
muskel- og skjelettlidelser



Sosial- og helsedirektoratet