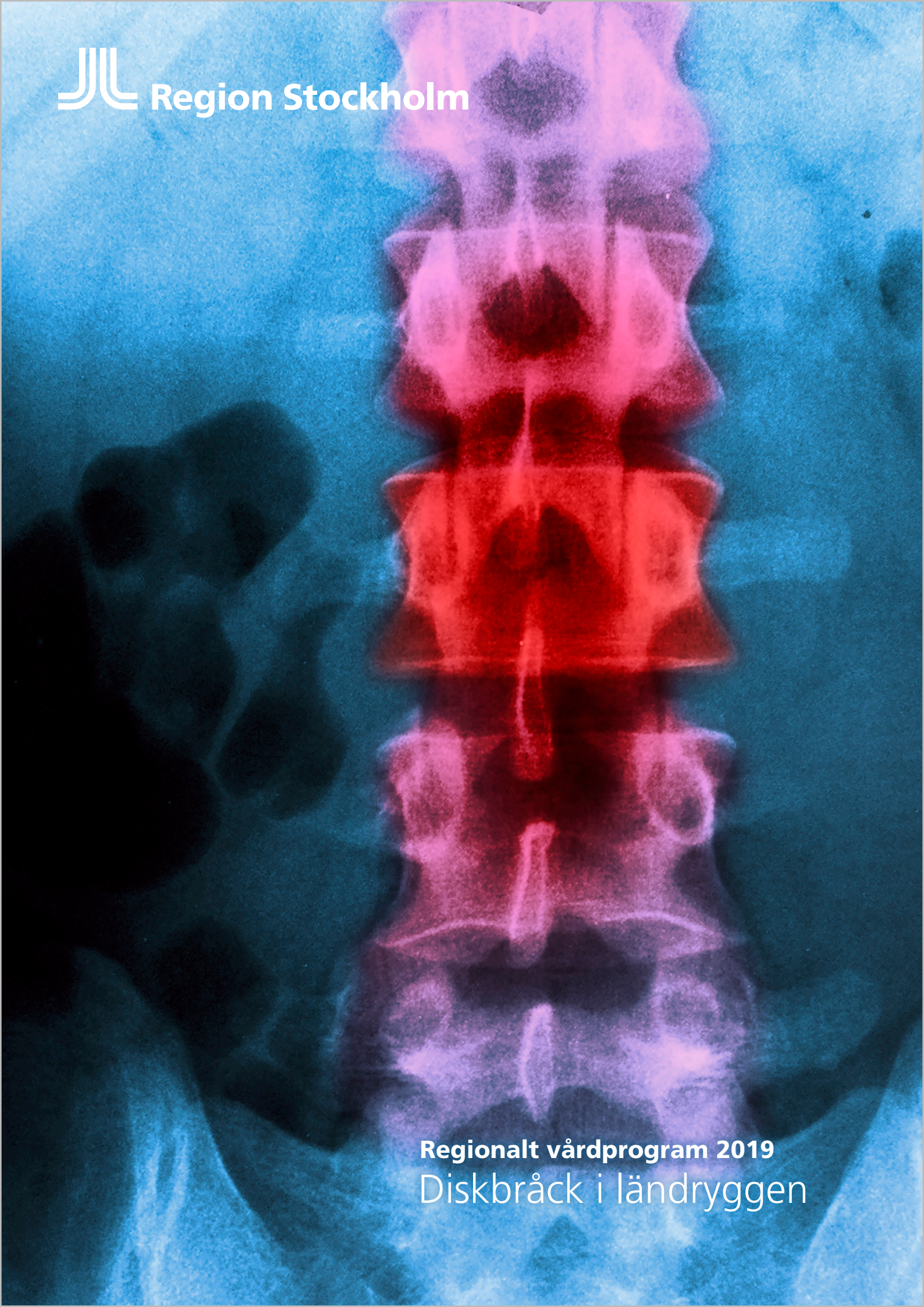
Region Stockholm



Regionalt vårdprogram 2019

Diskbråck i ländryggen

Grafisk form: Urszula Arpholm Felix och Carina Ekner, Kunskapsstyrning och -stöd,
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Regionalt vårdprogram 2019

Diskbråck i ländryggen

ISBN 978-91-976391-2-5
RV 2019:07

Region Stockholm

Regionala vårdprogram i region Stockholm

I region Stockholm arbetar vi samlat kring medicinska områden inom sakkunnig-strukturen med syfte att patienter, vårdgivare och beställare ska mötas för att forma en god och jämlik vård för länets invånare. Kunskapen om den goda vården ska vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar samt bilda grund för bättre beslut i vården.

De regionala vårdprogrammen ska vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Arbetet bedrivs inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i samverkan med sakkunnigorganisation, vårdgivare och beställare. Patientorganisationer medverkar också i arbetet. Detta arbete sker inom ramen för det som kallas Kunskapsstyrning i region Stockholm – Gotland.

https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod

Förord

Detta vårdprogram är en andra upplaga, tidigare upplaga gavs ut under 2004.

Sedan 2004 har det skett stora organisatoriska förändringar med utbyggnad av privata specialistkliniker och införande av vårdgaranti och vårdval ryggkirurgi. Samtidigt har ytterligare utbyggnad av antal magnetkameror skett. Därmed har tillgängligheten för patienterna ökat och möjligheten att följa den tidsplan som finns i detta och det förra vårdprogrammet. Inför denna upplaga har en ny litteraturgenomgång genomförts som visar på bättre evidens för en mer positiv inställning till diskbråckskirurgi hos patienter som inte snabbt förbättras genom icke-kirurgisk behandling. Antal operationer för diskbråck har ökat i Sverige under de sista tio åren men ligger fortfarande på en låg nivå vid en internationell jämförelse.

Stockholms medicinska råd har antagit vårdprogrammet den 28 mars 2019.
Hälso- och sjukvårdsdirektören i samråd med Direktörsgruppen KUST beslutade att godkänna vårdprogrammet den 14 juni 2019.

Karl Åke Jansson
Spesak och ordf. i specialitetsrådet
Rörelseorganens sjukdomar

Johannes Blom
Ordf. i Stockholms medicinska råd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Innehåll

Förord **1**
Innehåll **3**
Inledning **5**
Syfte 5
Mål med behandling av diskbråck 5
Kartläggning och analys **6**
Datakällor 6
Felkällor 6
Symtom, diagnostik och behandling 6
Bakgrund och symtom 6
Diagnostik 7
Cauda equina syndrom 8
Behandling 9
Icke-kirurgisk behandling ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
Kirurgisk behandling 9
Resultat, efterbehandling och kontroll 12
Folkhälsoinsatser 12
Hälso- och sjukvårdens insatser 12
Primärprevention 12
Inför operation 12
Vårdtillfällen slutenvård inom Region Stockholm och i riket 13
Behov efterfrågan och utbud 14
Kvalitetsmått **15**
Mått och inventorier skall sätta patienten i centrum 15
Övriga kvalitetsparametrar 16
Organisatoriska aspekter 16
Konsekvenser **16**
Organisatoriska 16
Ekonomiska 17
Metodologiska 17
Bilaga 1 – Patientinformation **19**
www.1177.se 19
Diskbråck 19
Symtom 19
När och var ska jag söka vård? 19
Vad kan jag göra själv? 20
Undersökningar 20
Laboratorieprover 21
Röntgen- och bildundersökningar 21
Behandling 21
Läkemedel 21
Besök hos fysioterapeut, naprapat eller kiropraktor 21
Ibland behövs en operation 22
Du kan behöva en operation om vid följande: 22
Operation vid diskbråck i ländryggen 22
Steloperation - oftast vid diskbråck i halsryggen 22
Vad händer i kroppen? 23
Bilaga 2 - Information för personal inom primärvården i Region Stockholm **25**
www.viss.nu 25
Lumbago-ischias - misstänkt lumbalt diskbråck 25
Vårdnivå/remiss 25
Sjukskrivning 26
Symtom 26
Riskfaktorer 27
Utredning 27
Behandling 27
Prognos 28
Referenser **29**

Inledning

Detta regionala vårdprogram har skrivits inom ramen för det medicinska programarbetet inom Region Stockholm, arbetsgruppen för rörelseorganens sjukdomar. Ansvarig för det ursprungliga innehållet var Gunnar Németh, professor i ortopedisk kirurgi, vid Karolinska Institutet, tidigare SPESAK i ortopedi.

En omfattande revidering av detta vårdprogram har gjorts av Hans Möller, överläkare vid Karolinska Universitetskliniken och ordförande för Svensk Ryggkirurgisk förening och Tobias Lagerbäck, leg. läkare och doktorand vid KI inom området behandling av lumbala diskbråck.

Förankring har skett med ortopediska rådet i Stockholm samt övriga intressenter inom primärvård, omvårdnad, medicinsk service, läkemedelskommittén och avtalshandläggare har beretts tillfälle att lämna synpunkter.

I primärvården är ryggvärk ett vanligt problem, även ischias. Förekomst av diskbråck är sannolikt mycket vanligare är tidigare rapporter visat. Fokus i denna rapport ligger på kirurgisk behandling av diskbråck.

Målgrupp är framförallt operativ hälso- och sjukvårdspersonal där avsnittet om inklämd nervrot särskilt riktar sig till allmänläkare. För beställare är sammanställningen av diskbråckskirurgin särskilt intressant.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer till vårdinsatser inom hela vårdkedjan. Riktlinjerna grundas på aktuell forskning och erfarenhet.

Rapporten innehåller två bilagor:

1. Information till patienter med diskbråck/ischiasbesvär *(Källa:Vårdguiden)*
2. Information för personal inom primärvården i Region Stockholm *(Källa: www.viss.nu)*

Syfte

Syftet med det regionala vårdprogrammet är att beskriva vad patienter och ortopeder i Stockholm menar är ”god vård” för patienter med diskbråck, baserat på evidens, nytta, patientfokus och kostnadseffektivitet.

Mål med behandling av diskbråck

Målet är att reducera smärta, återställa funktionsförmåga och höja patientens livskvalitet.

Maria Kinderås
Projektledare
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och - stöd

Karl Åke Jansson
Medicinskt råd, Rörelseorganens sjukdomar

Uppdatering

Vårdprogrammet uppdaterat 2020 avseende Socialstyrelsens nationella riktlinjer för levnadsvanor i samband med operation.

Kartläggning och analys

Datakällor

Effekterna för individ och samhälle av besvär från ländryggen påverkas inte bara av så kallade ”objektiva faktorer” utan också av Sveriges socialpolitik samt olika psykosociala och kulturella faktorer på individ och gruppnivå. En strävan har därför varit att i möjligaste mån hämta data och resultat från svenska och europeiska undersökningar.

Huvudsakliga källor har varit PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) och samt SBU:s rapport ”Ont i ryggen, ont i nacken” [1, 2]. Nationella data har hämtats från Socialstyrelsens Patientregister (slutenvård) och Nationella ryggregistret, Swespine (Svensk Ryggkirurgisk Förening). Data som avser Region Stockholm har hämtats från VAL-databasen och extraherats från patientregistret delvis med hjälp av inrättningarnas kombikakoder. Koderna har hämtats från Produktionsstyrelsen inom Region Stockholm samt ICD 10.

I övrigt har uppgifter hämtats från referenser som anges.

Felkällor

Möjliga felkällor i patientregistrets data är underlåtenhet att rapportera data och felkodningar. Nästan 100% av slutenvårdsdiagnoserna kodas och överförs automatiskt till VAL databasen. Vid parallella körningar mellan patientregistret och VAL databasen finns vissa skillnader.

En känd felkälla som ger svårigheter att tolka registerdata är olika rutiner på sjukhusen för att klassificera diagnoser och operationsåtgärder. I tabellerna redovisas därför flera diagnoser som alla representerar patienter med diskbråck eller möjlig diskbråckssjukdom. Vidare redovisas flera operationsåtgärder som alla är aktuella vid diskbråckskirurgi. En kod, ABC 36, laminektomi, används främst vid operation av spinal stenos (förträngning av ryggkanalen) men kan också användas av vissa operatörer då Cauda equina syndrom opereras eller andra mycket stora diskbråck opereras. Då denna kod sannolikt används mera i undantagsfall för operation av diskbråck har den inte medtagits i nu redovisade data. Cauda equina diagnosen används också när kompressionen är orsakad av annat än diskbråck såsom tumör.

Symtom, diagnostik och behandling

Bakgrund och symtom

De vanligaste symtomen vid diskbråck är smärta i ländryggen och smärtutstrålning (ischias) i ett ben. Diskbråck kan förekomma i alla åldrar men medelålder för symptomgivande diskbråck är strax över 40 år. Vanligaste lokalisationen är de två nedersta diskarna i ländryggen (mellan kotorna L4-L5, L5-S1).

Disken eller mellankotsskivan stabiliserar ryggkotorna men fungerar också som en led och en stötdämpare mellan kotkropparna. Disken är uppbyggd av en fibrös ring och en mjukare kärna. Då den yttre delen av diskens fibrösa del är innerverad upplever en del patienter initialt lokal smärta i ländryggen som kan följas av en successivt stegrande smärta i benet [3-5].

Den strålande smärtan i benet orsakas av tryck på nervroten och/eller att nervroten utsätts för neurotoxiska substanser från diskvävnaden [4-7]. Ett diskbråck påverkar vanligtvis en nervrot och har därmed specifik utbredning i benet vad gäller känsel (ett dermatom) och muskelkraft.

I en population (17 000 individer mellan 20–59 år) inom Region Stockholm sökte 5% vård på grund av problem med smärta i ländryggen under en treårs period [8]. Av de 5% som var vårdsökande hade 6% ischias vid det initiala undersökningstillfället och 1,5% sjukskrevs under diagnosen ländryggssmärta under en treårsperiod.

Punktprevalensen för diskbråck med ischias/nervrotssmärta anges till mellan 2 och 6% [9, 10] och i en finsk studie [11] till 5% hos män och 4% hos kvinnor.

De flesta patienter söker i första hand vård inom primärvården medan patienter som har en mera akut debut eller kraftig progress i sin smärta ofta söker på en akutmottagning. Resultatet av en forskningsstudie som genomförts i Region Stockholm visar att 50% av patienterna söker vård primärt hos läkare eller fysioterapeut och 50% hos andra vårdgivare (t.ex. kiropraktor, naprapat och osteopat) [8].

Eftersom diskbråck initialt ofta bedöms i öppenvård och av olika vårdgivare är det naturligt att i en vårdkedja inkludera primär öppenvård i bred bemärkelse. En sådan vårdkedja bör definiera aktuella besvär, andra sjukdomar (co-morbiditet), prediktorer och markörer för patienter med ryggproblem i stort [1, 2, 8, 12-14].

Diagnostik

Asymtomatiska diskbråck är vanligt och ökar med åldern. Cirka en tredjedel av den friska befolkningen har ett asymtomatiskt diskbråck. Grundat detta är enbart ett fynd från en magnetkameraundersökning inte tillräckligt för att bedöma patientens vårdbehov [15]. Korrekt diagnos kräver noggrann anamnes och klinisk undersökning som kan korreleras till magnetkamerafyndet. Det är patientens smärta och funktion som är viktigast vid bedömning av lämplig behandling av patienten.

En positiv Lasègue's test, är starkt korrelerad till förekomsten av diskbråck, särskilt s.k. positiv korsad Lasègue [16]. Andra kliniska fynd talande för diskbråck är ensidig bensmärta motsvarande dermatom kombinerat med lumbal rörelseinskränkning.

Vid misstanke om diskbråck är MR förstahandsval. Datortomografi eller konventionell röntgen är inte indicerat rutinmässigt [12] men kan i andra hand, efter MR, vara av värde vid oklara anatomiska förhållanden. MR skall utföras vid de tidsintervall som, beroende på symptomens svårighetsgrad, är anpassade till figur 1, sid 11. Vid typiska besvär för diskbråck och kontinuerlig förbättring behöver MR ej utföras.

Vid Cauda equina syndrom skall MR göras akut (se nedan) och allmänt vid kliniska ”röda flaggor” för bakomliggande allvarlig sjukdom (t.ex. fraktur, infektion eller malignitet) skall MR utföras utan dröjsmål.

Exempel på **kliniska ”röda flaggor”** (som signalerar potentiellt allvarlig skada eller sjukdom) inklusive tecken på spinal avklämning är [1]:

• Ryggsmärta vid ålder <18 år	• Intensifierad smärta vid minsta rörelse
• Avsevärda smärtor eller smärtdebut >55 år	• Bilateral ischias
• Konstant eller progredierande nattsmärta	• Svårigheter med miktion
• Tidigare malignitet	• Förlust av tonus i analsfinkter eller avföringsinkontinens
• Viktförlust	• Ridbyxanestesi
• Drogmissbruk	• Svår eller progredierande motorisk svaghet
• Bestående svår rörelseinskränkning	• Gångstörningar

För patienter där MR är kontraindicerat (främst pacemaker, neuroelektroder, vissa intrakraniella aneurysmklämmor) och patienter som är mycket överviktiga (och därmed inte kommer in i en vanlig magnetkamera) är datortomografi ett ofta tillräckligt alternativ. Det finns idag en öppen MR kamera i Stockholm, främst för patienter med cellskräck. MR i öppen kamera är ett gott alternativ men begränsad fältstyrka gör att upplösningen blir sämre och man riskerar att främst missa laterala spinala och foraminala diskbråck med rotpåverkan.

Myelografi och/eller DT-myelografi är ett oftast ett alternativ till MR undersökning men är en invasiv undersökning och skall användas till dem där stark indikation för undersökningen föreligger. Dessa fall skall planeras i samråd med ryggspecialist och radiolog.

Neurofysiologisk utredning inkluderar elektromyografi (EMG) samt elektroneurografi (EneG). Någon neurofysiologisk utredning är inte indicerad vid diskbråckssjukdom [17]. Är patientens symptom och MR så pass inkonklusiva att man överväger neurofysiologisk diagnostik är patienten vanligtvis inte fall för operation.

Diagnostisk nervrotsblockad utförs i sällsynta fall som smärtutredning när kirurgisk åtgärd starkt övervägs trots att radikulära smärtorna inte har en säker korrelation till anatomiska fynd vid MR. SBU:s rapport [1, 2] påvisar svaga bevis för att metoden är värdefull.

Psykosocial belastning och nedstämdhet påverkar utfallet av diskbråcksoperation. För att mäta depression/nedstämdhet kan HAD (Hospital Anxiety and Depression) eller Zung depression scale användas [18, 19].

Cauda equina syndrom

Ett speciellt tillstånd är där nervrötterna i ländryggen kläms åt (Cauda equina syndrom) och därmed hotas förmågan att tömma blåsa och tarm. Kliniska bilden skiljer sig jämfört med vanliga diskbråck då patienten ofta har bilateral ischias och domningar och nedsatt känsel i underlivet. I riket registrerades 43 cauda equina diskbråcksoperationer år 2017 enligt Swespine [20], och i Region Stockholm registrerades 22 individer med vårdtillfällen på grund av cauda equina.

Diagnostiken av misstänkt Cauda equina syndrom skiljer sig från det ”vanliga” diskbråcket i flera avseenden:

- Undersökningen av patienten skall göras akut, inklusive rektalundersökning och mätning av residualurin.
- MR utredningen av patienten skall göras akut. Om kontraindikation för MR föreligger görs i första hand datortomografi.
- Uppföljning av utredningens resultat skall göras akut av ansvarig kliniker
- Den radiologiska utredningen bör genomföras på vidare indikationer jämfört med diskbråck.
- Vid Cauda equina syndrom kontaktas ryggbakjour på Karolinska Universitetssjukhuset som finns tillgänglig dygnet runt.

Stockholm är mycket välförsett med MR-kameror på kontorstid men det är bara tillgängligt dygnet runt på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Även om flertalet av MR undersökningarna som görs akut inte visar någon avklämning av cauda är det viktigt att undersökningen görs akut så att inte något behandlingsbart Cauda equina syndrom missas. Fördelen för de patienterna med negativt fynd är att de snabbare kan behandlas på ett adekvat sätt och därmed förkorta vårdtiden på sjukhus.

Behandling

Den initiala behandlingen vid diskbråck är i första hand icke-kirurgisk, endast undantaget Cauda equina syndrom och de patienter som har så svår smärta att de inte kan smärtlindras trots inneliggande på vårdavdelning.

Icke-kirurgisk behandling

Naturalförlopp, farmaka och regimråd medför att cirka 80% av patienterna förbättras inom 8 veckor. Så många som 90–95% av patienterna upplever sig återställda inom ett år utan operation [21, 22]. Behandlingen innefattar information om tillståndet och den gynnsamma prognosen, analgetika och fysioterapi. Smärtlindring i första hand med paracetamol och NSAID-preparat [23]. Om svår nervsmärta kan även preparat mot neuropatisk smärta ges. Opioder bör undvikas.

Kirurgisk behandling

Beslutet om operation, som görs gemensamt med den informerade patienten, baserar sig på patientens smärtupplevelse och grad av funktionsnedsättning. Då det finns studier som visar att patienter som behandlas kirurgiskt har en snabbare effekt på bensmärta och snabbare återgång till normal aktivitet rekommenderas operation inom 2–3 månader hos patienter som ej förbättrats [24, 25]. Vid stark funktionsnedsättning och svår bensmärta som ej svarar på smärtlindrande medicinering kan operation vara indicerat tidigare än angivna tidsgränser.

I nationella ryggregister har man sett att patienter med lång duration av bensmärta har ett sämre resultat av kirurgi än de med kort duration [26]. Emellertid har man i en randomiserad studie, jämförande kirurgisk och icke-kirurgisk behandling, inte sett sämre resultat hos de patienter som initialt behandlades icke-kirurgiskt och senare blev opererade [25].

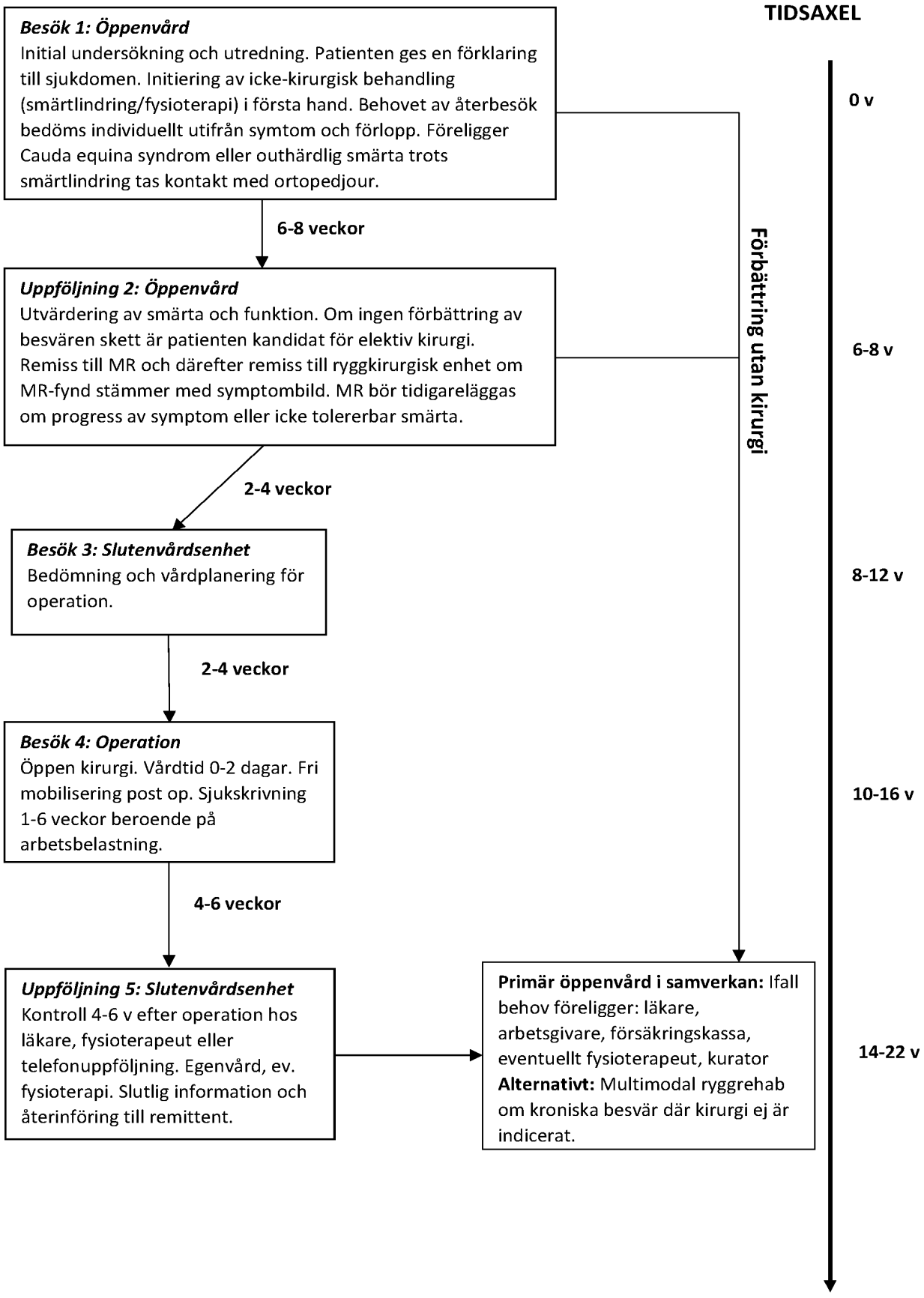
Öppen kirurgi för att avlägsna diskbråck är förstahandsval vid kirurgisk behandling [1]. Detta kan göras i mikroskop eller konventionellt med eller utan luppar. Inga studier har kunnat påvisa skillnader i utfall [1]. Under operation är patienten sövd men det stora

flertalet av diskbråcksoperationer i Stockholm kan ändå idag göras som dagkirurgi. Patienten får mobiliseras fritt efter operation. Patienten erhåller träningsprogram av fysioterapeut innan hemgång och därefter endast besök hos fysioterapeut vid behov.

Figur 1 visar ett ur medicinsk synpunkt motiverat tidsförlopp för omhändertagande.

Cauda equina syndrom är ett tillstånd som skall handläggas akut. Det har varit svårt att i studier visa effekten av tidig kirurgi i olika studier. Detta beror på att patientmaterialet är hetrogent och att flesta studier har små patientmaterial. Det finns dock en konsensus om att operation av Cauda equina syndrom ska ske så skyndsamt som möjligt [27].

I litteraturen anges ofta att operation bör ske inom tidsgränsen 48 timmar från debut [28]. Det är förstås ingen skarp tidsgräns utan troligen är en tidigare dekompression av nervstrukturerna en fördel för nervernas återhämtande. Skillnaden i slutresultat är dock inte så stor att den motiverar operation nattetid om inte goda förutsättningar finns för att genomföra operationen [29]. Patienter som inte kan opereras nattetid bör alltid göras preoperativt klar och planeras in som första operation på operationssal efterföljande dag. Även om patienten sökt sent och tillståndet har förelegat under flera dagar skall patienten opereras då det finns god chans till förbättring ändå.


TIDSAXEL
0 v
6-8 v
8-12 v
10-16 v
14-22 v
Besök 1: Öppenvård
Initial undersökning och utredning. Patienten ges en förklaring till sjukdomen. Initiering av icke-kirurgisk behandling (smärtlindring/fysioterapi) i första hand. Behovet av återbesök bedöms individuellt utifrån symtom och förlopp. Föreligger Cauda equina syndrom eller outhärdlig smärta trots smärtlindring tas kontakt med ortopedjour.
6-8 veckor
Uppföljning 2: Öppenvård
Utvärdering av smärta och funktion. Om ingen förbättring av besvären skett är patienten kandidat för elektiv kirurgi. Remiss till MR och därefter remiss till ryggkirurgisk enhet om MR-fynd stämmer med symptombild. MR bör tidigareläggas om progress av symptom eller icke tolererbar smärta.
2-4 veckor
Besök 3: Slutenvårdsenhet
Bedömning och vårdplanering för operation.
2-4 veckor
Besök 4: Operation
Öppen kirurgi. Vårdtid 0-2 dagar. Fri mobilisering post op. Sjukskrivning 1-6 veckor beroende på arbetsbelastning.
4-6 veckor
Uppföljning 5: Slutenvårdsenhet
Kontroll 4-6 v efter operation hos läkare, fysioterapeut eller telefonuppföljning. Egenvård, ev. fysioterapi. Slutlig information och återinföring till remittent.
Förbättring utan kirurgi
Primär öppenvård i samverkan: Ifall behov föreligger: läkare, arbetsgivare, försäkringskassa, eventuellt fysioterapeut, kurator
Alternativt: Multimodal ryggrehab om kroniska besvär där kirurgi ej är indicerat.

Resultat, efterbehandling och kontroll

Viktigaste faktorn för ett gott resultat är korrekt indikation för operation.

Komplikationsfrekvensen varierar och är från 2,7% [30] upp till 9,1% [26].

Data från Swespine indikerar att hos omkring 90% (varierar i olika studier mellan 80–95%) av patienterna minskar ischiassmärtan efter operation. Enligt utvärderingar mätt med EQ-5D [32] har patienter före kirurgisk behandling en mycket låg hälso-relaterad livskvalitet, 0,29 på en skala 0 till 1 där 0 är död och 1 är full hälsa. Ett år efter operationen hade den hälsorelaterade livskvaliteten ökat till 0,7, d v s mer än fördubblats [33]. Trots förbättringen i EQ-5D når de som grupp inte upp till samma livskvalitet som jämngamla i normalbefolkningen.

Vid uppföljning av ryggsmärta efter ett år angav 20% av patienterna att de var helt smärtfria, 48% att de var mycket förbättrade, 17% att de var något förbättrade, 5% att de var oförändrade och 4% att de hade försämrats (6% av patienterna angav att de inte hade ryggsmärta innan operation) [20]. Motsvarande siffror vid uppföljning av bensmärta var: 32% helt smärtfria, 41% mycket förbättrade, 15% något förbättrade, 6% oförändrade och 4% försämrade (2% av patienterna angav att de inte hade bensmärta innan operation) [20].

Gällande resultatet av kirurgin sade sig 75% vara nöjda, 18% tveksamma och 7% missnöjda efter ett år [20].

Vid ett normalt utfall av kirurgin sker efterkontroll 4–6 veckor efter operationen och ett återbesök räcker. Uppföljning vanligtvis hos fysioterapeut eller läkare. I samband med återbesöket återförs information om patienten till inremitterande instans (figur 1). I de fall komplikation har uppstått, eller utfallet inte blir bra, bör den opererande instansen följa upp patienten ytterligare. I vissa fall bör rehabiliterande fysioterapi och träning erbjudas.

För cauda equina syndrom är utfallet inte lika bra. Dessa patienter bör erbjudas 2–3 återbesök. Det behövs för förklaringar, intygsskrivande och ibland kontakter med uroterapeut och rehabiliteringsinstanser.

Folkhälsoinsatser

Evidens för att preventiva åtgärder skulle minska frekvensen av diskbråck saknas. En allmänt god hälsoprofil inkluderande reduktion eller rökstopp liksom att upprätthålla en viss grad av fysisk träning antas bidra till god rygghälsa [1,2].

Hälso- och sjukvårdens insatser

Primärprevention

Vissa former av mekanisk belastning kan innebära en ökad risk för uppkomst av diskbråck i ländryggen. Fysisk aktivitet varvad med återhämtning, god arbetsteknik och muskelstyrka som personen behöver i sitt dagliga arbete kan ha betydelse [34].

Inför operation

Alla patienter som ska opereras bör informeras om att alkohol kan påverka organen och viktiga funktioner i kroppen, och att det finns god kunskap om att komplikationsrisken är

förhöjd vid riskbruk av alkohol. Information om vikten av att sluta röka samt hänvisning till hjälp ska återkomma genom hela vårdkedjan.

- Personer med riskbruk bör erbjudas rådgivande samtal och rekommenderas alkoholuppehåll under minst fyra veckor före operation och en tid efter.
- Personer med lägre konsumtion bör informeras om att det inte finns någon känd gräns för riskfritt intag och att man därför rekommenderas alkoholuppehåll fyra veckor före operation.
- **Rökstopp** rekommenderas 4–6 v före och efter operation.

Länk Vårdgivarguiden
https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/rok--och-alkoholuppehall-i-samband-med-operation/

Länk Patientinformation
https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/folder-rokfri-operation.pdf

Vårdtillfällen slutenvård inom Region Stockholm och i riket

Det totala antalet vårdtillfällen i riket 2017 var 4 120 (tabell 1) och i Region Stockholm 907 (tabell 2 och 3). Flertalet av diskbråcksoperationerna utfördes på privata specialist-kliniker.

Tabell 1: Antal patienter och antal vårdtillfällen per ”huvuddiagnos” år 2017 i riket [35]

Huvuddiagnos - kod	Huvuddiagnos - namn	Antal vårdtilfällen	Antal patienter
M511	Disksjukdomar i lumbalregionen och andra regioner med radikulopati	399	376
M511J	M511J	35	30
M511K	M511K	2415	2158
M543	Ischias	97	93
M544	Lumbago med ischias	1097	996
G834	Cauda equina syndrom	77	66
	Total	4120	3719

Tabell 2: Antal patienter år 2017 i Region Stockholm [36]

Region Stockholm	Antal vårdtillfällen	Antal operationer
Total	907	570

Tabell 3: Typ av vårdtillfällen år 2017 i Region Stockholm [36]

Region Stockholm	Typ av vårdtillfälle			
	G834	M511+M511K	M543+M544	Totalt
Total	23	622	262	907

I Sverige utfördes 1 760 operationer av diskbråck under 2017 (tabell 4) vilket innebär en operationsfrekvens på 17,4 operationer per 100 000 invånare och år. Av de patienter i riket som vårdas under diskbråcksdiagnos opereras 46%. Av de utförda operationerna var 41% (721 st) av mikrokirurgisk typ. Bland de enheter i riket som rapporterar till Nationella ryggregistret utfördes konventionell diskbråcksoperation i 58% av fallen och perkutan endoskopisk diskektomi i 1% av fallen.

Tabell 4: Antal patienter och antal vårdtillfällen per "operationskod" år 2017 i riket [35]

Operationskod	Operationsnamn	Antal vårdtillfällen	Antal patienter
ABC07	Perkutan endoskopisk diskektomi i ländryggraden	17	16
ABC16	Mikrokirurgisk diskektomi i ländryggraden	721	709
ABC26	Öppen diskektomi i ländryggraden	1022	1002
	Total	1760	1727

I Region Stockholm utfördes under samma period 570 operationer. Operationsfrekvensen är högre än i riket, 25 per 100 000 invånare och år. 67% av patienterna i Stockholm som vårdas under diskbråcksdiagnos opereras vilket är mer än i riket. Andelen mikrokirurgiska ingrepp var 39%.

Tabell 5: Typ av operation år 2017 i Region Stockholm [36]

Region Stockholm	Typ av operation		
	ABC 16	ABC 26	Totalt
Totalt	222	348	570

Behov efterfrågan och utbud

Aktuella väntetider för de vårdgivare som har avtal med Region Stockholm finns på https://www.vardgivarguiden.se/vantetider Denna webbplats riktar sig till patienterna och uppdateras kontinuerligt. En mer övergripande statistik om tillgänglighet i vården i Region Stockholm och övriga landsting finns på http://www.vantetider.se/ Införandet av vårdgarantin har medfört kortare väntetider till vårdcentraler och specialistläkare för patienter med ischiasbesvär.

Succesivt under 2000-talet har operationer av degenerativa tillstånd i ländryggen övertagits av privata vårdgivare. Initialt som upphandlade beställningar från Landstinget. Akutsjukhusen har under tiden succesivt koncentrerat sin verksamhet mot akuta tillstånd och de svårare sjuka patienterna som kräver akutsjukhusens resurser, exempelvis tillgång till intensivvårdsavdelning vid planerad kirurgi.

2013 infördes vårdval ryggkirurgi med en värdebaserad ersättningsmodell. Ersättningen utgår för hel vårdepisod och inkluderar även eventuella reoperationer som skulle kunna varit undvikbara. Ersättningen baserades till ca 10% på ettårsresultat av patient-rapporterade global assessment i Swespine och 90% på operationstyp. Högre hälsoutfall än vad som predikterades utifrån case-mix ger högre ersättning. I en nyligen genomförd utvärdering konstaterades att antalet opererade patienter hade ökat med 17% medan kostnaderna hade ökat med 16% [37]. Prestationsbaserade ersättningen bedömdes för låg för att generera effekt. I nuläget är det större fokus på att minimera postoperativa kostnader än maximera hälsoutfall efter kirurgi. För att få större effekt på att förbättra hälsoutfall kan den rörliga delen ökas.

I SVEUS rapporten 2015 om uppföljning av kirurgisk behandling vid diskbråck och spinalstenos samverkar sju landsting [38]. Rapporten baseras på en unik databas med data från Landsting, kvalitetsregister (Swespine), Försäkringskassa, Statistiska centralbyrån och patientregistret hos Socialstyrelsen. Efter case-mixjustering föreligger skillnader mellan olika kliniker. Skillnaderna är störst vad gäller resursutnyttjande såsom antal vårddygn och sjukskrivning efter operation. Patientrapporterat hälsoutfall hos olika kliniker är relativt likartat, vilket tyder på en generellt jämn kvalitet inom undersökta landsting. Det förelåg signifikanta skillnader mellan vissa kliniker men de var inte kliniskt signifikanta skillnader. Resultaten visar att patienternas egenskaper exempelvis socioekonomiska faktorer har mycket stort samband med hälsoutfall efter kirurgi. Ett dialogstöd har utvecklats av Swespine där patientens bakgrundsdata kan läggas in och man kan då få fram ett predikterat resultat. Detta underlättar för patienten att ta ett informerat beslut om föreslagen behandling.

Med tanke på införandet av vårdval och data som visar snabbare återgång till arbete och fritidsaktiviteter kommer sannolikt det fortsätta att var en sakta ökning av andelen som opereras för diskbråck. Till detta bidrar även önskan om snabbare återgång i arbete som finns från patient, arbetsgivare och Försäkringskassan.

Kvalitetsmått

Mått och inventorier skall sätta patienten i centrum

Målet vid behandling av diskbråck är att reducera smärta, återställa funktionsförmåga och höja patientens hälsorelaterade livskvalitet. De frågeformulär/enkäter (inventorier), som används skall därför fokusera på att utvärdera detta. Det är viktigt att fånga patient-upplevd kvalitet och komplikationer till kirurgisk behandling. Insamlade data bör också ge möjlighet till hälsoekonomiska analyser.

I Nationella ryggregistret, Swespine [20], registreras en rad parametrar: diagnos, operationsmetod, komplikationer, patientupplevd livskvalitet, smärta, funktion, med mera.

1, 2, 5 och 10 år efter operationen får patienten svara på en liknande enkät rörande nöjdhet, patientupplevd livskvalitet, smärta, funktion, med mera. Registret drivs av Svensk Ryggkirurgisk Förening. Utfallsmåtten i Swespine stämmer väl överens med de utfallsmått som föreslagits av den internationella ”ICHOM”-gruppen [39]. Swespine har en täckningsgrad (eng. coverage) (andel av klinikerna som genomför ryggoperationer i Sverige och som rapporterar till registret) på 98% (49/50 kliniker) och en genom-förandenivå (eng. completeness, fullständighet) (andel av de patienter som opereras som blir registrerade i registret) på 75–80% [20]. Andelen patienter som svarar på ettårsupp-följningen är 75% [20]. I jämförelse med andra register, också internationellt, är dessa siffror höga.

I en norsk studie av 692 patienter som opererats för diskbråck försökte man hitta vilka förändringar i utfallsmått som krävs för att räkna en operation som lyckad [40]. Detta gjordes genom att jämföra utfallsmåtten i förhållande till de patienter som skattat sig själva som helt återställda eller mycket förbättrade ett år efter operationen. För att räkna en diskbråcksoperation som lyckad enligt denna metod krävs en reducering av ben-respektive ryggsmärta enligt ”Numerical Rating Scale” (NRS, skala från 0; ingen smärta till 10; maximal smärta [41]) på 3,5 respektive 2.5 [40]. För att se ett lyckat resultat i funktion enligt “Oswestry Disability Index” (ODI, skala från 0; ingen nedsättning av

funktion till 100; maximal nedsättning av funktion [42]) krävs en reducering på 20 och för livskvalitet enligt EQ-5D (skala från -0,59; värsta möjliga hälsa till 1; perfekt hälsa [43]) krävs en ökning på 0,3 [40]. I studien fann man att känsligheten var högst för ODI och NRS bensmärta medan EQ5D och NRS ryggsmärta hade svagare korrelation till patientens självskattning av graden av förbättring efter operation.
Oswestry disability index (ODI) [42] konstruerades för vuxna med degenerativa sjukdomar i ryggen. ODI är väl validerat hos vuxna och värderar funktionen i ryggen.

EQ-5D [32, 43] är ett icke ryggspecifikt mått för hälsorelaterad livskvalitet, är översatt till 170 olika språk och har en bred horisont att spegla resultaten mot. I Swespine används skalan från -0,59; värsta möjliga hälsa till 1; perfekt hälsa. Det finns även andra varianter där skalan går från 0; död till 1; perfekt hälsa. I skalan med -0,59 kan man alltså bedöma sin hälsa som värre än döden. Det finns en centraleuropeisk organisation som driver utvecklingen av detta inventarium. Bred svensk erfarenhet finns med jämförelser bland annat mellan män och kvinnor, olika åldersdekader och olika diagnoser [44]. Ytterligare en fördel är att kvalitetsjusterade levnadsår (QALY's) går att beräkna från EQ-5D och därmed kan det användas för hälsoekonomiska beräkningar.

I enkäten patienterna besvarar vid 1, 2, 5 och 10 år efter operation finns en fråga om hur patientens ben- respektive ryggsmärtan är idag jämfört med innan operationen. Svarsalternativen är 1) Helt försvunnen, 2) Mycket förbättrad, 3) Något förbättrad, 4) Oförändrad och 5) Försämrad. Denna fråga har visat sig ha en hög svarsfrekvens och vid ettårsuppföljningen korrelera väl till patients resultat i ovan nämnda utfallsmått, särskilt de som berör smärta och funktion [45].

Övriga kvalitetsparametrar

- Andra kvalitetsparametrar kan vara; post-operativ infektion, recidivdiskbråck, skada på duran och patientnöjdhet. Alla dessa parametrar skall registreras i Swespine.

Organisatoriska aspekter

För att nå de ledtider och kvalitetsmått som angivits krävs

- Öka andelen invånare med fast allmänläkarkontakt
- Utveckla samarbetet såväl inom primärvården som mellan primärvård och sjukhus/specialistkliniker.
- Bättre information på remisser.
- Kort väntetid till slutenvårdsenheternas mottagningar.
- Ökad rapportering från klinikerna till Nationella ryggregistret.
- Infrastruktur för att koppla Swespine till patientjournal.

Konsekvenser

Organisatoriska

Ingen förändring av organisatoriska hemvister behövs för att genomföra detta vårdprogram.

Ekonomiska

Det är framför allt tidsförloppet som kan optimeras för elektiva patienter som kräver akutsjukhusens resurser. Begränsad tillgång till vårdplatser och operationsutrymme på akutsjukhusen medför att de sjukare patienterna som inte kan opereras på de privata specialistklinikerna har betydligt längre väntetider än i övrigt friska diskbråckspatienter.

Antalet patienter som opereras för diskbråck i Sverige har ökat de senaste 10 åren, trots detta har Sverige en jämförelsevis låg incidens av kirurgi av diskbråck i Norden. I Norge är den årliga incidensen för kirurgi dubbelt så hög jämfört med i Sverige [46]. En mer restriktiv hållning i Sverige har inte gett ett bättre patientrapporterat resultat hos de som opererats. Vidare har man i en randomiserad studie av 283 patienter från Nederländerna funnit att de som lottats till tidig operation återgår till normal aktivitet snabbare än de som lottats till icke-kirurgisk behandling (”intention to treat”-analys) [25]. I studien blev 39% av patienterna som initialt behandlats icke-kirurgiskt opererade inom ett år och 11% av de som planerades för operation opererades inte då de återhämtade sig spontant innan planerad operation. Den kirurgiska behandlingen gav en ökad vinst mätt i kvalitets-justerade levnadsår jämför med icke kirurgisk behandling. Grundat detta var kirurgisk behandling, i Nederländerna, mer effektiv ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och genom en snabbare återhämtning även ur ett samhällsperspektiv [47]. Det talar, på ett hälsoekonomiskt plan, för mer kirurgi, även om kostnaderna för sjukvården kommer att öka.

Samverkan mellan de instanser som erbjuder den icke-kirurgisk behandlingen har en stor utvecklingspotential. I nuläget finns inte något nationellt kvalitetsregister för icke-kirurgisk behandling av diskbråck. Här fordras nya arbetsformer vilket kommer att fordra ekonomiska satsningar.

Metodologiska

Inga medicinska teknologier kan utgå om vårdprogrammet genomförs.

Bilaga 1 – Patientinformation

www.1177.se

Diskbråck

Om du har diskbråck så har en disk som ligger mellan ryggradens kotor brustit och buktar in mot ryggradskanalen. Det är vanligt och gör ofta inte så ont. Men om disken trycker mot ryggmärgen eller nervrötterna, kan det hända att du får ont i ryggen eller ischias, som är en strålande smärta i benet. Oftast går smärtan över av sig själv efter en viss tid, men ibland kan det behövas en operation.

Man kan få diskbråck i hela ryggraden men vanligast är att få det i den nedre delen av ryggen som kallas ländryggen. Näst vanligast är att få diskbråck i övre delen av ryggen som kallas halsryggen. Det är mer ovanligt att få diskbråck i bröstryggen.

Smärtan kan komma mycket snabbt eller utvecklas under en längre tid. Det är oklart vad som orsakar diskbråck men det är större risk att få diskbråck om någon i släkten har det. Ryggont behöver inte bero på ett diskbråck. Det kan finnas flera andra orsaker till att du har ont i ryggen.

Symtom

Om du har diskbråck är det vanligt med något eller några av följande symtom:

- Ont i ryggen
- Smärta som strålar ner i ett ben
- Domningar och stickningar i benen
- Tyngdkänsla i benen
- Svårt att kontrollera rörelserna i benen
- Sämre känsel i benet och foten
- Svårt att kontrollera urin och avföring
- Ont i nacken
- Smärta som strålar ut i armarna och fingrarna
- Smärta som strålar ut i bröstkorgen

När och var ska jag söka vård?

Oftast blir besvären bättre inom ett par veckor. Inom ett par månader brukar de flesta inte längre ha ont. Men i vissa fall kan du få allvarligare symtom. Då kan du snabbt behöva opereras.

Sök vård direkt på en vårdcentral eller akutmottagning om du har ont i ryggen och dessutom något av följande symtom:

- Du har svårt att kontrollera urin och avföring
- Du har domningar eller nedsatt känsel kring ändtarmen eller könsorganen
- Du har domningar, stickningar eller svagheter i benen eller armarna

Kontakta också vårdcentralen om ryggvärken eller ischiasvärken inte blivit bättre inom ett par veckor eller om smärtstillande läkemedel inte hjälper. Detta är särskilt viktigt om du är i övre medelåldern.

Fysioterapeuter, även kallade sjukgymnaster, naprapater och kiropraktorer kan ibland ge råd.

Du kan alltid ringa och få sjukvårdsrådgivning på telefonnummer **1177**.

Vad kan jag göra själv?

Om du har fått diskbråck kanske du har väldigt ont och svårt att gå. Men det tar oftast längre tid att bli bra om du ligger i sängen mer än någon dag.

Saker du kan göra för att må bättre:

- Gör de vardagliga sysslor du känner att du klarar av.
- Gå tillbaka till jobbet så snart du orkar. Om du har ett stillasittande jobb kan du försöka att stå upp och arbeta om du kan. Om du har ett fysiskt krävande jobb kan du behöva sjukskriva dig ett tag.
- Försök att motionera så gott det går. Lättare träning stärker dina rygg- och benmuskler.
- Om du har diskbråck i ländryggen kan du prova att lägga en kudde under benen när du ligger på rygg så att dina höfter och knän böjs.
- Prova att ligga på sidan i fosterställning.
- Lindra smärtan med värktabletter om det behövs. Det botar inte diskbråcket men kan hjälpa dig komma igång med vardagsaktiviteter. Receptfria läkemedel finns på apoteket.

Undersökningar

Läkaren som undersöker dig vill kontrollera att du inte har någon allvarlig sjukdom som ger dig ont i ryggen.

Om du har ont i ländryggen eller ischiasvärk undersöker läkaren till exempel följande:

- var i ryggen värken sitter
- var på kroppen nervsmärtan breder ut sig
- reflexer i benen
- benens känsel och känseln i underlivet.

Läkaren undersöker även ändtarmens ringmuskel genom att känna om du kan knipa med muskeln i ändtarmen, hos män undersöks också prostata.

Du får också lyfta dina ben när du ligger ner för att kontrollera ischiasvärken.

Om läkaren tror att du kan ha diskbråck i halsryggen undersöks följande:

- var i nacken det gör ont
- reflexer i armarna
- känsel i armarna och fingrarna.

Laboratorieprover

Har du aldrig tidigare haft ont i ryggen eller ischias brukar också vissa laboratorieprover tas. Proverna tas för att utesluta sjukdomar som kan vara allvarliga. Har du diskbråck är dessa prover oftast normala.

Exempel på prover du får ta är:

- sänka
- blodvärde
- urinprov
- temperatur.

Röntgen- och bildundersökningar

Om ryggvärken eller ischiasvärken inte blivit bättre efter fyra till sex veckor brukar läkaren antingen beställa en datortomografi av ländryggen eller magnetkameraundersökning.

En datortomografi som också kallas skiktröntgen, innebär att en dator skapar två- eller tredimensionella bilder genom att avbilda tunna skivor, skikt, av ryggen. Med hjälp av röntgenstrålar kan mjuka delar som diskbråck i ländryggen göras synliga.

En magnetkameraundersökning, MR, är en undersökning där tunna skikt av ryggen avbildas. Här används ett magnetfält för att skapa bilderna istället för röntgenstrålar. En undersökning med magnetkamera ger mycket bra bilder på mjukdelar, såsom diskar och nervstrukturer.

Behandling

Läkemedel

I vissa fall hjälper det inte med att enbart röra på sig och ta receptfria läkemedel. Då kan du behöva starkare, receptbelagda läkemedel.

Muskelavslappnande medel kan också hjälpa, men rekommenderas inte i första hand eftersom du kan bli dåsig av dem. Det finns också en risk att bli beroende även om du bara använder läkemedlen en kort tid.

Besök hos fysioterapeut, naprapat eller kiropraktor

De kan hjälpa dig att lägga upp ett träningsprogram så att du kan komma igång och träna upp musklerna och konditionen. Det behövs ingen remiss, du kan själv kontakta fysioterapeuten, naprapaten eller kiropraktorn.

Där kan du få hjälp med att:

- Minska smärtan
- Få tillbaka muskulaturens och ledernas normala rörlighet och funktion

Det är viktigt att behandlingarna utvärderas. Om du inte blivit bättre efter tre till fyra gånger är det bra att ompröva behandlingen och fundera över något annat sätt att behandla besvären.

Det finns också andra metoder som kan lindra. Till exempel akupunktur, korsett, kyla, värme, ultraljud och transkutan elektrisk nervstimulering, också kallad tens. Dessa

metoder kan lindra besvären men det finns inga vetenskapliga studier som bekräftar att metoderna hjälper till att läka diskbråcket.

Ibland behövs en operation

Om du har mycket ont och upplever att du inte kan leva ett vanligt aktivt liv igen kan du diskutera med din läkare om du kan behöva en operation. De allra flesta blir bättre eller helt bra efter en operation.

Du kan behöva en operation om vid följande:

- Du har nervrotssmärta i benet som orsakats av diskbråck och smärtan inte minskat efter två till tre månader, trots olika behandlingar. Du blir då opererad i ländryggen eller halsryggen för att bli av med smärtan som strålar ut i benet eller armen. Har du mycket ont opereras diskbråcket oftast inom någon vecka.
- Diskbråcket trycker på nerver till urinblåsan eller ändtarmen och du inte kan kontrollera urin eller avföring.
- Du blir förlamad i benet eller i armen.

Operation vid diskbråck i ländryggen

När man opererar ett diskbråck i ländryggen gör läkaren ett hudsnitt och skapar en liten öppning mot disken mellan två kotbågar. Läkaren håller nervroten åt sidan och tar bort diskbråcket.

Du behöver inte förbereda dig på något särskilt sätt. Du får den information du behöver av din läkare innan du ska opereras.

Operationen tar oftast en timme och du är sövd när du opereras. Ibland får man gå hem samma dag men oftast dagen efter operationen.

Efteråt kan du röra på kroppen som vanligt. Men var försiktig med att anstränga ryggen i början. Du kan behöva någon form av rehabilitering och varje klinik har särskilda program för hur rehabiliteringen går till.

Hur snabbt du kommer tillbaka till arbetet beror på de arbetsuppgifter du har. Vanligen varierar sjukskrivningstiden efter operation från några veckor till tre månader.

Steloperation - oftast vid diskbråck i halsryggen

Vid en steloperation tar läkaren oftast bort disken mellan två kotor. Sedan tar läkaren ett ben, oftast från höftkammen, och placerar det mellan kotorna. Man gör också en fixation med titanimplantat. Det innebär att en liten del av ryggraden blir orörlig, men det ska inte påverka den totala rörligheten i ryggen.

Du behöver inte förbereda dig på något särskilt sätt inför operationen. Du får den information du behöver av din läkare innan du ska opereras.

Operationen tar oftast mellan en och en halv och två och en halv timme. Du är sövd när du opereras. Du får komma hem från sjukhuset efter en eller ett par dagar.

Efter operationen kan du behöva någon form av rehabilitering, varje klinik har särskilda program för hur rehabiliteringen går till. Hur länge du behöver vara sjukskriven efteråt beror på vilka arbetsuppgifter du har.

Det är ovanligt att du efter en operation får ett diskbråck på samma ställe igen, men nya diskbråck kan uppstå mellan andra kotor. Vid ett nytt diskbråck går du igenom en ny utredning.

Vad händer i kroppen?

Ryggraden är uppbyggd av tjugofyra kotor. Översta delen kallas halsryggen, och följs av bröstryggen och längre ned ländryggen. Kotorna längst ner i bäckenet bildar korsbenet och svansbenet.

Diskarna är viktiga för ryggradens rörlighet

För att ryggraden ska hänga ihop, men ändå vara rörlig, finns leder mellan kotorna. Lederna hålls samman av ledband och korta muskler. Mellan kotorna ligger diskar, mellankotsskivor. Diskarna är viktiga för ryggens rörlighet och fungerar samtidigt som stötdämpare. Diskens kärna består av en mjuk massa medan den yttre delen är en fastare, hård broskmassa.

När en del av den mjuka kärnmassan i disken tränger ut genom den yttre fastare delen av disken blir det ett diskbråck. Då buktar disken ut mot ryggmärgskanalen. Det kan hända i hela ryggraden men vanligast är att det händer i ländryggen och därefter halsryggen.

Nervrötter går ut från ryggmärgen mellan kotorna

Ryggmärgen löper innesluten i ryggmärgskanalen inuti ryggraden. Ryggmärgen fungerar som en viktig omkopplingsstation för de nervbanor som är på väg till och från hjärnan. Mellan varje kotpar går nervrötter ut från ryggmärgen genom hål på vardera sidan. Varje nervrot innehåller både nervtrådar som leder information från hjärnan och ryggmärgen ut till kroppen, och nervtrådar med känselinformation från kroppen till hjärnan.

Magnetkameraundersökningar av ryggen hos friska personer visar att man kan ha ett diskbråck utan symtom. Men ett diskbråck i nedre delen av ryggen kan ge ont i ryggen och ibland så kallad nervrotssmärta som strålar ner i benet, ischias. Ett diskbråck som trycker på nervrötter i halsryggen kan ge utstrålande värk i armarna och ibland ont i nacken.

I vissa fall kan diskbråcket övergå i ischias

Om nervrötterna påverkas av ett diskbråck kan du så småningom få utstrålande smärta i ett ben, ischias. Många gånger minskar ryggvärken när ischiassmärtan börjar.

Ischias innebär en nervsmärta som strålar ner i benet i ischiasnervens område. Den stora ischiasnerven till benet bildas av flera olika nervrötter som utgår från ryggmärgskanalen i nedre delen av ryggen, ländryggen.

Värken orsakas oftast av en kombination av tryck mot en av de nervrötter som bildar ischiasnerven och en inflammation kring denna rot. En påverkad nervrot blir svullen och det leder till smärtsignaler, försämrad känsel och försämrad muskelkraft. När en nervrot blir påverkad att skicka smärtsignaler, tolkar hjärnan det som smärta i det område som nerven försörjer, det vill säga i benet eller armen och handen.

Symtomen kan variera mycket mellan olika personer, allt från nästan inga symtom alls, till mer eller mindre invalidiserande smärta. Då kan man behöva sjukhusvård. Ofta förvärras ischias i situationer då man har benet sträckt och samtidigt böjer kroppen från höften framåt.

Du kan få ischias av ett diskbråck, men ischias kan också ha andra orsaker.

Andra besvär av diskbråck i ländryggen är domningar och stickningar i benen samt muskelförsvagning. Känseln i benet och foten kan också påverkas.

Liknande värk kan uppstå i armarna och på bålen av diskbråck i halsryggen, men kallas då inte ischias.

Smärtan går gradvis över

Om du fått ett diskbråck kan smärta och andra besvär antingen komma mycket snabbt, eller gradvis under dagar eller veckor. Smärtan går sedan oftast successivt över. Under tiden som besvären avtar är det viktigt att du, trots att det gör ont, försöker vara fysiskt aktiv, oavsett om du har ischias eller ryggvärk.

Man brukar känna sig bättre efter ett par veckor och efter två till tre månader är de flesta besvärsfria. Själva diskbråcket, eller utbuktningen av disken, kan finnas kvar trots att symtomen försvunnit.

Du kan få diskbråck utan särskild anledning

Det är svårt att peka ut vad som kan öka risken för diskbråck, men ärftlighet verkar ha viss betydelse. Möjligen kan även upprepad eller kraftig böjning och samtidig vridning av kroppen orsaka diskbråck, eller att ett diskbråck som redan finns ger svåra besvär.

Källa: www.1177.se

Senast uppdaterad: 2017-10-13

Redaktör: Ernesto Martinez, 1177 Vårdguiden

Granskare: Urban Lindgren, Professor i ortopedi, Karolinska Sjukhuset, Stockholm

Allt innehåll är granskat och godkänt av 1177 Vårdguidens redaktion, Region Stockholm

Tillägg uppdaterade: 2017-10-13

Skribent: Lena Fieber, skribent, frilans

Redaktör: Malin Erlingsson, 1177 Vårdguiden

Bilaga 2 - Information för personal inom primärvården i Region Stockholm

www.viss.nu

Lumbago-ischias - misstänkt lumbalt diskbråck

Vårdnivå/remiss

Specialist i allmänmedicin

Primärvården utreder så långt kompetensen tillåter.

Allmänläkaren ska i allmänhet primärt handlägga, behandla och utreda lättare till måttliga besvär av lumbago-ischias.

Remiss till MR

- Primärvården ombesörjer MR av ländrygg i de fall där förbättring ej skett på 6–8 veckor eller om besvären förändrats med ökad neurologisk påverkan under de första 6–8 veckorna så kan detta utgöra indikation för tidigare MR undersökning. Likaså om smärtorna ej är tolererbara och/eller ger kraftig funktionsnedsättning kan tidigare MR undersökning övervägas.

Remiss till specialist i ortopedi

Generellt gäller att patient inte ska remitteras till annan vårdgivare med det huvudsakliga syftet att där få remiss till MR/röntgen. Remiss bör inte skickas till flera ryggkirurgiska enheter.

Goda levnadsvanor - För att minska risken för komplikationer bör patienten avstå från att röka och dricka alkohol före och efter operationen. Information om vikten av att sluta röka samt hänvisning till hjälp ska återkomma genom hela vårdkedjan.

Remiss till ortoped

- Vid tecken på cauda equina-påverkan (blåspares/inkontinens, analsfinkterpares/ inkontinens, genitoanal sensibilitetspåverkan) skall kontakt tas med akutklinik/ortoped-konsult utan fördröjning
- Vid uttalade bortfallssymtom, tex total droppfot, omfattande sensibilitetsstörningar, bör halvakut remiss övervägas
- Vid så uttalade smärtbesvär att patienten inte kan skötas i öppenvården Telefonkontakt med akutklinik rekommenderas
- Vid klar neurogen bensmärta och/eller neurologiska symtom >2 månader. Behov av remiss med frågeställning operation beror förstås på graden av besvär och om förbättring skett

Remissinnehåll

- Aktuell och eventuell tidigare smärtanamnes och förlopp
- Eventuella neurologiska bortfall, positiv SLR (Straight Leg Raise) eller Lasegues test
- Övriga relevanta bakgrundsfakta, mediciner och behandling
- MR-fynd

Remiss till paramedicin/rehab

Vid funktions- och/eller aktivitetsnedsättning kan fysioterapi prövas.
Allmän aktivering och tillämplig träning är ofta av godo redan tidigt. Tänk dock på att akut nervsmärta inte kan tränas bort, den måste läka ut.

Om patienten ej bedömts som operationsfall, men besvären inte går över, rekommenderas remiss till ryggrehabiliteringscentrum.

Sjukskrivning

Att tänka på vid sjukskrivning

Diskbråck är den vanligaste orsaken till ischiassmärta.

Att tänka på vid bedömning av arbetsförmåga

Den kliniska bilden är viktigast. Patientens förmåga att lyfta, böja sig och vrida kroppen kan vara begränsad till följd av smärta, stelhet och neurologiska bortfall. Mycket svåra smärtor påverkar sömnen och tillsammans med analgetika den kognitiva funktionen (exempelvis koncentrationsförmågan).

Att tänka på utfärdande av sjukintyg

Tänk på att precisera hur smärtan och rörelseinskränkningen begränsar patientens förmåga att klara sina arbetsuppgifter.

Rekommenderad tid för sjukskrivning, se Arbetsverktyg för sjukskrivning, Socialstyrelsen: Lumbago-ischias

Specialistutlåtande till Försäkringskassan

Vid besvär i rörelseapparaten där kirurgi är uteslutet kräver Försäkringskassan ibland specialistbedömning av patienten. Husläkaren kan lämpligen vara ansvarig för sådant specialistutlåtande, tillsammans med fysioterapeut.

Symtom

Ritzopathi (vanligen L5- eller S1-syndrom), med ischiassmärta, eventuella sensibilitetsstörningar och pareser. Vanligt med initial ryggsmärta och sekundär ischiassmärta.

Nervrot	L4	L5	S1
Myotom	Quadriceps (knäextension)	Extensor hallucis longus (stortåextension)	Gastrocnemius (Plantarflexion av fot)
Dermatom	Lårets framsida, underbenets fram och insida	Utsida lår, utsida, framsida underben, fotryggen	Lårets och underbenets baksida, utsidan av foten
Reflex	Patella	-	Achilles

Riskfaktorer

- Tunga lyft i kombination med vridning av bålen
- Helkroppsvibrationer
- Rökning

Utredning

Positiv SLR-test är starkt korrelerad till förekomst av diskbråck, särskilt om positiv korsad SLR-test föreligger.

Slätröntgen är sällan indicerad vid primär lumbago-ischiasdiagnostik (diskbråck). Vid remissfall enligt ovan, bör i normalfallet en MR vara gjord via allmänläkarens försorg, om inte annat överenskommits med mottagande ortoped, tex vid akuta fall. Enbart CT bör inte användas vid diskbråcksdiagnostik. CT-myelografi kan vara enda möjligheten för patienter med pacemaker, eller andra inopererade stimulatorer. Dock bör dylik remiss utfärdas av sjukhusanknuten ortoped.

Behandling

Konservativ behandling

Genomföres alltid initialt såvida ej Cauda equina syndrom föreligger. Konservativ behandling innebär fysioterapi med stabilitets- och aktivitetsträning, TNS samt farmakologisk behandling. Eventuellt droppfotsskena efter ortopedkontakt. Paracetamol i kombination med NSAID ger ofta lindring. Om svår nervsmärta kan även preparat mot neuropatisk smärta ges (t.ex. Gabapentin). Opioder bör undvikas.

Kirurgisk behandling

Vid bestående (2 månader) svåra symtom skall kirurgi övervägas.

Allmänna indikationer för kirurgisk behandling:

- Akut operation: Cauda equina syndrom
- Elektiv operation
  - **A.** Uttalad smärta i benet och med utbredning enligt nervrotsdistributionen
  - **B.** Utebliven effekt av icke-kirurgisk behandling
  - **C.** Radiologisk verifikation med bekräftelse av klinisk nivå och sida

Prognos

Naturalförlopp, farmaka och regimråd medför att cirka 80 % av patienterna förbättras inom 8 veckor. Vissa studier har rapporterat att 90–95% av patienterna upplever sig återställda inom ett år utan operation.

Cirka 75% blir bra eller klart förbättrade i bensmärtan efter operation. Ryggsmärtan har något sämre resultat. Domningar och pareser tar ofta lång tid, upp till 1-1½ år att förbättras.

Kirurgi ger snabbare förbättring av smärta och funktion än icke-kirurgisk behandling men efter ett år är resultaten efter kirurgisk behandling jämförbara med icke-kirurgisk behandling (i de studier som finns har det dock funnits en stor överflyttning av patienter från icke-kirurgisk behandling till kirurgisk behandling varför resultaten bör tolkas med försiktighet).

Operationsresultaten är sämre hos patienter med kronisk ryggsmärta och där ryggsmärtan är svårare än bensmärtan.
Psykiska störningar innebär stor risk för sämre resultat vid diskbråckskirurgi.
Operationsresultaten är mera beroende av patientselektionen än operationstekniken.

Författare: Peter Elkan, överläkare och Ulric Willers, överläkare, Ortopedkliniken, Södersjukhuset

Uppdaterat av: Hans Möller, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Kadir Kakili, distriktsläkare

Publicerat: Januari 1997

Uppdaterat: April 2019

Referenser

1. Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapssammanställning. Vol. 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2000.
2. Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapssammanställning. Vol. 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2000.
3. Lavelle WF, Bianco A, Mason R, et al. Pediatric disk herniation. J Am Acad Orthop Surg. 2011;19(11):649-56.
4. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Clinically oriented anatomy. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
5. Rhee JM, Schaufele M, Abdu WA. Radiculopathy and the herniated lumbar disc. Controversies regarding. J Bone Joint Surg Am. 2006;88(9):2070-80.
6. Mulleman D, Mammou S, Griffoul I, et al. Pathophysiology of disk-related sciatica. I.--Evidence supporting a chemical component. Joint Bone Spine. 2006;73(2):151-8.
7. Olmarker K, Rydevik B. Ny kunskap om smärtmekanismer vid diskbråck och ischias. Exponering for diskvävnad sensitiserar nervrötterna. Läkartidningen. 1998;95(49):5618-22.
8. Vingard E, Mortimer M, Wiktorin C, et al. Seeking care for low back pain in the general population: a two-year follow-up study: results from the MUSIC-Norrtalje Study. Spine (Phila Pa 1976). 2002;27(19):2159-65.
9. Frymoyer JW. Lumbar disk disease: epidemiology. Instr Course Lect. 1992;41:217-23.
10. Younes M, Bejia I, Aguir Z, et al. Prevalence and risk factors of disk-related sciatica in an urban population in Tunisia. Joint Bone Spine. 2006;73(5):538-42.
11. Heliovaara M, Impivaara O, Sievers K, et al. Lumbar disc syndrome in Finland. J Epidemiol Community Health. 1987;41(3):251-8.
12. Bouter LM, van Tulder MW, Koes BW. Methodologic issues in low back pain research in primary care. Spine (Phila Pa 1976). 1998;23(18):2014-20.
13. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine (Phila Pa 1976). 2001;26(22):2504-13; discussion 13-4.
14. Seferlis T, Nemeth G, Carlsson AM, et al. Acute low-back-pain patients exhibit a fourfold increase in sick leave for other disorders: a case-control study. J Spinal Disord. 1999;12(4):280-6.
15. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. AJNR Am J Neuroradiol. 2015;36(4):811-6.
16. Jönsson B. Lumbar nerve root compression syndromes: symptoms, signs and surgical results [dissertation]. Lund: Department of Orthopedics, University Hospital; 1995.
17. Tullberg T. Lumbar disc herniation. Results of micro and standard surgical treatment evaluated by clinical, radiological and neurophysiological methods [dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet; 1993.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.
19. Zung WW. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. Arch Gen Psychiatry. 1965;12:63-70.
20. Fritzell P, Hägg O, Gerdhem P, et al. Swespine 25 år - Årsrapport 2018. Svensk Ryggkirurgisk Förening; 2018. Hämtad 2018-10-04 från http://swespine.se/180911_Swespine_-arsrapport_2018.pdf.
21. Legrand E, Bouvard B, Audran M, et al. Sciatica from disk herniation: Medical treatment or surgery? Joint Bone Spine. 2007;74(6):530-5.
22. Schoenfeld AJ, Weiner BK. Treatment of lumbar disc herniation: Evidence-based practice. Int J Gen Med. 2010;3:209-14.
23. Limbäck Svensson G. Evaluation of a structured physiotherapy treatment model for patients with lumbar disc herniation [dissertation]. Göteborg: University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy; 2013.

24. Deyo RA, Mirza SK. CLINICAL PRACTICE. Herniated Lumbar Intervertebral Disk. N Engl J Med. 2016;374(18):1763-72.
25. Peul WC, van den Hout WB, Brand R, et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. BMJ. 2008;336(7657):1355-8.
26. Elkan P, Lagerback T, Moller H, et al. Response rate does not affect patient-reported outcome after lumbar discectomy. Eur Spine J. 2018.
27. Chau AM, Xu LL, Pelzer NR, et al. Timing of surgical intervention in cauda equina syndrome: a systematic critical review. World Neurosurg. 2014;81(3-4):640-50.
28. Ahn UM, Ahn NU, Buchowski JM, et al. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(12):1515-22.
29. Heyes G, Jones M, Verzin E, et al. Influence of timing of surgery on Cauda equina syndrome: Outcomes at a national spinal centre. J Orthop. 2018;15(1):210-5.
30. Stromqvist B, Jonsson B, Fritzell P, et al. The Swedish National Register for lumbar spine surgery: Swedish Society for Spinal Surgery. Acta Orthop Scand. 2001;72(2):99-106.
31. Jansson KA, Nemeth G, Granath F, et al. Surgery for herniation of a lumbar disc in Sweden between 1987 and 1999. An analysis of 27,576 operations. J Bone Joint Surg Br. 2004;86(6):841-7.
32. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16(3):199-208.
33. Jansson KA, Nemeth G, Granath F, et al. 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.
34. Kelsey JL, Githens PB, O'Conner T, et al. Acute prolapsed lumbar intervertebral disc. An epidemiologic study with special reference to driving automobiles and cigarette smoking. Spine (Phila Pa 1976). 1984;9(6):608-13.
35. Statistikdatabasen. Stockholm: Socialstyrelsen; Hämtad 2017-12-19 från https://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/
36. VAL-databasen. Datauttag 2018-11-14. Stockholm: HSF, Stockholms läns landsting (SLL).
37. Eriksson T, Levin L. Utvärdering av vårdval ryggkirurgi i Stockholms län. Linköping: Linköping University Electronic Press, Linköpings Universitet; 2018. Hämtad 2019-04-10 från http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-151826
38. Värdebaserad uppföljning av kirurgisk behandling vid diskbråck och spinal stenos - analys från framtagande av nya uppföljningssystem. Stockholm: Sveus; 2015. Hämtad 2019-04-10 från http://www.sveus.se/publikationer/rapporter/ryggkirurgi
39. Clement RC, Welander A, Stowell C, et al. A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain. Acta Orthop. 2015;86(5):523-33.
40. Solberg T, Johnsen LG, Nygaard OP, et al. Can we define success criteria for lumbar disc surgery? : estimates for a substantial amount of improvement in core outcome measures. Acta Orthop. 2013;84(2):196-201.
41. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage. 2011;41(6):1073-93.
42. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(22):2940-52; discussion 52.
43. Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy. 1996;37(1):53-72.
44. Burstrom K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. Qual Life Res. 2001;10(7):621-35.
45. Parai C, Hagg O, Lind B, et al. The value of patient global assessment in lumbar spine surgery: an evaluation based on more than 90,000 patients. Eur Spine J. 2018;27(3):554-63.

46. Lagerback T, Fritzell P, Hagg O, et al. Effectiveness of surgery for sciatica with disc herniation is not substantially affected by differences in surgical incidences among three countries: results from the Danish, Swedish and Norwegian spine registries. Eur Spine J. 2018.
47. van den Hout WB, Peul WC, Koes BW, et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica from lumbar disc herniation: cost utility analysis alongside a randomised controlled trial. BMJ. 2008;336(7657):1351-4.

Rapporten finns på www.vardgivarguiden.se