

PM

Rubrik: Diskbråck, vårdprogram	
Enhet/förvaltning: Ortopedkliniken Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Vårdprogram/Rygg
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Anton Parushev, överläkare
Gemensamt med:	Version: 5.0
Godkänt datum: 2021-12-15	Nästa revidering: 2023-12-15

Diagnoser och sjukdomar

- Lumbago/ischias M54.4
- Diskbråck i ländrygg M51.1K

KOPIA

Orsaker

Discus intervertebralis är uppbyggt av en central "geléliknande" nucleus pulposus och ett yttre stärkt fibros annulus fibrosus. Diskus absorberar stöd under belastning av ryggen. Diskbråck kan vara arereditärt, degenerativt eller traumatiskt. Diskbråck medför ofta ensidig rygg- och bensmärta.

Olika typer av diskbråck

Paramediant

Symtom: Unilaterala smärtor, förbigående rot.

Foraminalt

Symtom: Unilaterala smärtor, utgående rot.

Centralt

Symtom: Varierande, bilateral förbigående rot, cauda equina.

Patoanatomi och symtom

I början ryggsmärtor som går över i ischiassmärter efter några dagar eller veckor. Man har ofta skärande smärta med inslag av parestesier och domningar. Lasègue test är ofta positivt. Utbredning av smärtor och objektiva fynd är relaterade till vilken rot som är afficerad.

- **L3 – L4 diskbråck**: Kan påverka L4-roten vid paramediant diskbråck och L3-roten vid lateralt diskbråck.
- **L4 – L5 diskbråck**: Kan påverka L5-roten vid paramediant diskbråck och L4-roten vid lateralt diskbråck.

- **L5 – S1 diskbråck:** Kan påverka S1-roten vid paramediant diskbråck och L5-roten vid lateralt diskbråck.

Röda flaggor

Vid ryggvärk och symtom eller anamnestiska upplysningar på feber, frossa, viktning, gång, adekvat trauma, ålder >50 eller tidigare cancerdiagnos kan kräva ytterligare utredning i form av röntgen, MR och blodprover.

KOPIA

Cauda equina syndrom (CES)

Vid centralt diskbråck kan ett cauda equina syndrom (CES) utvecklas. I cauda equina är nervrötterna L1 – S5 samlade. Den vanligaste orsaken till CES är diskbråck. Andra orsaker till CES är tumörer, penetrerande trauma och frakturer, spinal epidural hematoma och epidural abscess. Vid diskbråck är prodromalsymtom inte ovanliga, till exempel ryggvärk eller unilateral ischias. Symtom på cauda equina varierar en del men kan inkludera: ryggvärk, pung och/eller perineal värk, bilateral ischias, nedsatt kraft i nedre extremiteter, hypoflexi eller areflexi, nedsatt känsel eller bortfall i perineum, anal inkontinens och urinretention. Patienter med CES har ofta bevarad känsel för tryck och beröring i perineum och därför behöver man undersöka om patienterna kan skilja mellan trubbigt och spetsigt. Exploratio rectalis ska utföras för att bedöma sfinktertonus. Blåsan ska palperas och residualurin bestämmas. Vid symtom på CES ska MR utföras akut. Bekräftas diagnosen CES ska patienten opereras inom 24 timmar.

Behandling

I det akuta läget smärtstillande medicin och kort viloperiod.

Rekommenderad analgetika: Paracetamol 1 g x 4, NSAID-preparat och eventuellt supplerat med Tramadolpreparat. Vid svåra fall tablett Stesolid 5 mg x 3.

Vid förbättring (oftast inom 2 veckor) är det viktigt att bibehålla den fysiska aktiviteten så långt som möjligt. Sjukgymnastik är rekommenderat när smärtorna tillåter detta. 2 – 3 veckors sjukskrivning rekommenderas.

Ibland kan smärtorna vara så svåra att patienten måste läggas in för smärtlindring på vårdavdelningen (avdelning 37 i Karlskrona).

Vid tilltagande bilateral rotsmärta, droppfot, stor pares eller smärtor som inte blir bättre på några dagars inläggning kan en halv akut operation vara indicerad.

Om patienten fortfarande är påverkad av smärtor 6 – 8 veckor efter debut ska MR-undersökning utföras och patienten erbjudas exstirpation av diskbråcket.

Klinisk undersökning

Grundlig anamnes, tidigare sjukdomar och operationer, arbete, medicinering, klinisk undersökning (kraft, tonus, trofik, reflexer, sensorik, radikulopati). Symtomen ska harmonisera med MR-fyndet.

Röntgendiagnostik

MR av ländryggraden. Om kontraindikation till MR ska DT-myelografi utföras.

Inskrivning

Vid elektiv mikroskopisk diskektomi sker inskrivning cirka 2 veckor innan planerad operation. Läkare gör inskrivning av patienten. Narkosläkare gör en narkosbedömning. Vid en akut eller halvakut operation kan inskrivning utföras via akuten. Patienten träffar sjukgymnast och blir informerad om träningsprogram samt restriktioner. Sjuksköterska presenterar avdelningen och informerar om vad som kommer att hända i samband med operationen. Patienten informeras av läkaren om att inte ta NSAID 1 vecka innan operationen. Frågeformulär från Svensk Rygg skall fyllas i och lämnas till sköterskan.

Blodprover vid inskrivning

- Hb, vita, MCV; EVF
- SR, CRP
- Elstatus och kreatinin
- Blodgruppering
- EKG om patient >60
- Röntgen pulm vid kliniskt behov

KOPIA

Preoperativt

Patienten kommer till avdelningen kvällen innan operationen alternativt på operationsdagen. Patienten ska dubbelduscha med Descutan x 3 inför operation på förmiddagen och på kvällen dagen före operation och på morgonen innan operationen.

Bladderscan tas efter att patienten kissat.

NEWS-kontroller tas på operationsdagen och patienten får läkemedel som anestesi ordinerat.

Ordinationer

Injektion Ekvacillin 2 g x 1 intravenöst i engångsdos (om pc-allergi injektion Dalacin 600 mg x 1 intravenöst).

Operativ behandling

Mikroskopisk diskektomi med exstirpation av diskbråcket. Planerad hemgång efter 1 – 2 vård dagar.

Operationskoder

- Mikrokirurgisk lumbal diskektomi: ABC16
- Öppen lumbal diskektomi: ABC26
- Dekompression av lumbal rot: ABC56

Postoperativt

NEWS-kontroller x 3 första operationsdygnet. Observation av blödning i förband. Kontroll av känsel och rörelseförmåga x 1 på operationsdagens kväll. Kontrollera att vattenkastningen fungerar, tappa vid behov. Blåsmängd kontrolleras med bladderscan om patienten inte har kissat senast 4 timmar efter operationens slut. Bladderscan-kontroller görs efter miktions tills man har 2 stycken kontroller efter varandra med <200 ml blåsmängden ska inte överstiga 400 ml. Regelbunden VAS-mätning. Kan mobiliseras fritt. Får äta och dricka fritt.

Postoperativt dag 1

NEWS-kontroller. Observation av blödning i förband.

Aktiv mobilisering: Träna att ta sig i och ur säng. Mobilisering med hjälp av gånghjälpmedel.

Om inget avviker från vårdförloppet och patienten är klar från sjukgymnastens sida skrivs patienten ut.

Smärtlindring

Preoperativt:

- Paracetamol 1 gram, peroralt.
- OxyContin 10 mg, 1 gång.

KOPIA

Peroperativt:

- Narop (LIA) 7,5 mg/ml i mjukdelarna runt operationssåret i slutet av operationen.

Postoperativt:

- Paracetamol 500 mg, 2 tabletter 3 – 4 gånger dagligen.
- OxyNorm 5 mg, vid behov.
- Forlax, 1 påse, x 1.

Trombosprofylax

Endast till patienter med ökad risk för trombosor (tidigare trombosor, APC-resistens, p-piller) enligt operatörens ordination.

Mottagningskontroll

- Suturtagning via distriktssköterska 2 veckor postoperativt.
- Återbesök till operatören 6 veckor postoperativt.
- Patienten får remiss till sjukgymnast vid utskrivningen och kan börja sjukgymnastik.
- Sjukskrivning 2 månader.