

Rygg, Akut ischias-bedömning

Hitta i dokumentet

[Akutfas](#)
[Frågeställningar](#)
[Utredning och bedömning](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Akutfas

Vid akutbedömning kan rektalpalpation utföras (om ej utförs ska det uttryckligen negeras i journalen) samt utförligt neurologstatus inklusive bedömning av sensibilitet. Basal lab-utredning görs med SR, CRP och B-LPK.

Utför MRT ländrygg om patienten <20 år eller >50 år eller om patienten har haft ryggsmärtor mer än sex veckor.

MR ländrygg vid suspekt CEC-syndrom (cauda equina compression syndrome) eller om tidigare malignitet.

Vid misstanke på urinretention ta bladderscan och sätt KAD!

Frågeställningar

1. Föreligger cauda equina-syndrom?
2. Är smärtan neurogen eller segmentellt refererad
3. Är smärtnönstret mekaniskt eller icke-mekaniskt?
4. Finns misstanke om bakomliggande malignitet?

Status vid klinisk undersökning inriktas primärt på att skilja på äkta rizopatismärta från refererad smärta.

Utredning och bedömning

1. Föreligger cauda equina syndrom

Varje påverkan av tarm- och blåsfunktion kräver omedelbar bedömning för att utesluta CEC (cauda equina compression syndrome). Kliniskt föreligger dysfunktion av tarm- och blåsfunktion, sadelanestesi samt varierande bortfall av sensorik och motorik (pares - paraplegi) i nedre extremiteterna. Blåsdysfunktion med urinretention är det mest konstanta fyndet vid CEC men kan orsakas enbart av smärtinhibition sekundärt till ischiassmärta i sig. För säkerställd ischemisk och mekanisk kompressiv blåspåverkan (incidens totalt drygt 2 %) bör båda sidors sacralrötter vara engagerade vilket signifikant oftare sker vid proximalt belägna lumbala diskbräck. Det kan även ske vid sekvestrering. Stora medellinjedisckbräck komprimerar flera spinala nervrötter och kompressionen av de centralt belägna sacrala rötterna ger upphov till cauda-equina-syndromet. Perianal sensibilitetsnedsättning och samtidig avsaknad av anal wink och bulbocavernosus-reflexen är tecken på ett avancerat CEC.

Spontan remission av CEC sker ej helt. Viss funktionell förbättring i funktionen ses ofta inom 6 veckor. Om akut utvärdering med MR visar att orsaken är kompression av nervrötterna i cauda equina ska patienten **opereras/dekomprimeras akut inom 24 timmar från och med symtomdebut**. Ju snabbare patientens symptomdebut på CEC skett desto snabbare bör kanske operation med dekompressionen göras. Mekanisk kompression av cauda equina med säkerställt progressivt motoriskt bortfall

är en av få akuta indikationer för lumbal ryggkirurgi vare sig orsaken är ett centralt diskbräck eller fraktur/metastas/tumor.

2. **Är smärtan neurogen eller segmentell refererad:**

Smärtteckning är till stor hjälp vid bedömningen både för den rent somatiska analysen som för detektion av psykologiskt betingad "over-reaction" (Waddell's fem tecken, 1: Diffus yttlig icke anatomisk ömhet. 2: Avledningstest. 3: Simulationstest. 4: Dermatombredning stämmer ej. 5: Överreaktion).

Neurogen ischias går vanligtvis nedom knänivå - men S1-betingad smärta och ibland L5-betingad kan lokaliseras enbart till glutealregionen och eventuellt ner dorsalt lår.

Samtidigt kan en segmentellt betingad refererad smärta ibland nå nedom knänivå - dock ej ut i foten. Utstrålning eller neurologiska bortfall nedom ankeln tyder med stor sannolikhet på neurogen påverkan även om differentieringen mellan L5- och S1-påverkan inte alltid stämmer med "klockboken". **Sök ett radikulärt mönster i smärtbeskrivningen och försök finna stöd för detta i status.** Fråga efter tidigare ischiasepisoder och om eventuellt kvarvarande neurologiska bortfall som till exempel sensibiliseringsnedsättning eller känd kvarstående reflexpåverkan. Dessa statusfynd kan tid ej användas vid den aktuella nivådiagnostiken. Aktuella **positiva tensionstecken** som SLR, korsad Lasègue, bowstring sign och femoral stretch ger **sammantaget med smärtbeskrivningen på smärtteckningen bättre bedömning av aktuell påverkan. Glöm inte lokalstatus.**

Smärtutstrålning anteriort på låret kan betingas av ett L4-syndrom särskilt om femoral stretch test är positivt sammantaget med neurogena bortfall svarande till L4-roten.

Vid smärtutstrålning anteriort lår måste höftstatus exkludera artros. Andra differentierande diagnoser är ljumsk- och femoralbräck, njursten, diabetesneuropati, retroperitoneal tumor eller lateralt diskbräck i övre lumbalrygg.

Smärtutstrålning dorsalt lår är oftast en refererad smärta till mjukdelarna som har samma embryologiska ursprung som ländryggen. Diskbräck eller spinal stenos lokaliserad i övre lumbalryggen kan dock förlägga en neurogen smärta hit och ibland enbart till lumbosacrala området (Maigne's syndrom).

Bukpalpation och rektalundersökning ska göras för att utesluta refererad smärta från ulcus, cholecystit, pancreatit, aorta aneurysm, gyn-affektion, endometrios och prostata-affektion (om det ej utförs ska det uttryckligen nekas i journalen!).

3. **Är smärtmönstret mekaniskt eller icke-mekaniskt:**

Smärtan vid diskbräck brukar öka i sittande och vid flexion. Smärta och neurogen påverkan vid central och lateral stenosis ökar vid gång och vid längre tids stående samt lindras i vila särskilt sittande. Konstant smärta/värk kan vara tecken på tumor eller infektion/reumatisk inflammation. Nattlig värk är ett varningstecken.

Allmänpåverkan med feber, trötthet och viktnedgång pekar mot en mer systemisk process som vid tumor eller infektion.

4. **Finns misstanke om bakomliggande malignitet:**

Ischias hos patienter med tidigare malignitet - ställ direkta frågor angående tidigare sjukdomar - ska utredas som om recidiv av grundsjukdomen föreligger. Utredningen bedrivs med högre tempo och kan delvis göras akut.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2019-08-19, ingen ändring.