

## Cervikalt diskbråck - Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer

### Bakgrund

Den neuropatiska smärtkomponenten är oftast avgörande vid beslut om operation vid cervikalt diskbråck/stenos. De vanligaste nivåerna för diskbråck är nedre cervikalryggen. De ger smärta ut i armen och ned till underarmen men sällan ut i handen. Vid C4-C5 påverkan förläggs smärtan endast till axel och överarm. Motorisk påverkan ger svaghet och reflexbortfall (1). Det är viktigt att patienten har genomgått adekvat rehabilitering då strukturerad fysioterapeutisk/sjukgymnastisk träning hade liknande långtidsresultat som vid cervikal dekompression och fusion samt postoperativ träning gällande aktiv nackrörlighet, muskeluthållighet och handfunktion (2), Neck disability Index (NDI), smärta i nacke-arm och generell nöjdhet (3) vid 2-årsuppföljning. Operation gav dock en snabbare effekt med lindrad nacksmärta och generell nöjdhet.

### Fall där operation bör övervägas

Operation bör övervägas när utredning visar stenosering på grund av osteofyter eller diskbråck med klar påverkan på nervrötter.

Detta i kombination med:

- Långvarig smärta av rhizopatityp > 3 mån där symtomen snarast tilltar (4).
- Svår smärta.
- Starkt nedsatt livskvalitet.
- Erhållen konservativ behandling som visat sig otillräcklig.
- MR som visar påverkan på ryggmärg orsakad av stenosis, diskbråck eller ofta en kombination av dessa (4).

Prediktorer för ett lyckat operationsresultat är preoperativa – inte rökare, män, god handstyrka, god aktiv rörlighet i halsrygg, nedsatt aktivitetsförmåga gällande nacken och låg smärtintensitet skattat på VAS (5). Kvinnor har sämre resultat och är mer påverkade av psykosociala faktorer (6). Det finns flera olika operationstekniker; främre fusion, bakre fusion, foraminotomi och laminektomi. Syftet är att avlägsna diskbråck eller osteofyter som ger tryck på nervrot eller ryggmärg (4). Vid operation framifrån opereras hela disken bort för att avlasta ryggmärg och nervrot. Steloperation görs genom att disken ersätts med ett implantat av specialplast (Neocif, Zero-P [inbyggd främre platta] eller av metallen tantal [Trabecular Metal], som för närvarande används i Jönköping) (information från överläkare H. Löfgren, Länssjukhuset Ryhov).

I de flesta fall vid främre operation sätts en platta framför kotpelaren (7). Om det är trångt sätts även en platta bakom kotkroppen och inte bara i nivå med diskarna.

Även den mellanliggande kotkroppen tas till större delen bort, så kallad partiell korpektomi, och ersätts med ett implantat samt fixeras med främre platta (information från överläkare H. Löfgren, Länssjukhuset Ryhov).

Bakre fusioner utförs mindre frekvent vid spondylos, men är vanligare vid operation av en patient med reumatisk sjukdom eller instabilitet på grund av fraktur, tumör eller infektion. Foraminotomi eller laminektomi via ingång bakifrån är ett alternativ till främre fusion vid stenosis. Vid engagemang av fler nivåer än två kan foraminotomi vara ett bra alternativ då fusion inte behöver göras (4).

De vanligaste nivåerna som opereras är C5-C6 och C6-C7 (4). Vid rätt urval av patienter blir 70-90 % bättre eller fria från nervrotsymtom och 50-65 % bättre avseende ryggmärgspåverkan efter operation (8).

## Indikationer för utredning

### Postoperativt

Alla patienter som är opererade för en fusion eller laminektomi i halsryggen träffar fysioterapeut/sjukgymnast postoperativt för information om mobilisering och regim.

## Utredning

### Postoperativt

Patienterna får träffa fysioterapeut/sjukgymnast under vårdtiden på sjukhuset. Utredningen består av att kontrollera förflyttningsteknik i och ur säng, gångförmåga, kontroll av rörlighet i axelleder samt hållning. Patienter som är opererade med snitt bakifrån har i regel mer smärta initialt. Smärtan beror oftast på att detta snitt innebär mer muskellösning än snittet framifrån.

Den fysioterapeutiska/sjukgymnastiska träningen efter laminektomier kan påbörjas efter cirka 8 veckor då det inte är någon fusion som ska läka. Vid främre fusioner påbörjas träningen efter cirka 12 veckor.

## Indikationer för behandlingsåtgärder

### Postoperativt

Alla patienter som opereras med fusion eller laminektomi i halsryggen behandlas av fysioterapeut/sjukgymnast postoperativt.

## Behandlingsåtgärder

### Postoperativt på ortopedavdelning

I regel behöver patienten inte använda krage vid främre/bakre fusion på en nivå eller vid laminektomier. Vid flernivåskirurgi ordinerar patienten ofta en mjuk eller fast krage under 6 veckor upp till 3 månader. Detta bör alltid kontrolleras med operatören via operationsberättelsen.

- Praktisk genomgång av träningsprogram, förflyttningar i/ur säng, gångförmåga samt träning av axelrörlighet och hållning. Patienten ska helst

inte använda kryckkäppar då detta kan utlösa spänningar och smärta i nackregionen.

- Muntlig och skriftlig genomgång av råd och regim inför hemgång.

**Se dokument:**

- Främre operation av cervikalt diskbråck
- Bakre operation av cervikalt diskbråck
- Råd vid behandling med fast halskrage

Restriktioner vid fusion gäller cirka 12 veckor där man ska undvika tunga lyft, jogging, hopp, simning, cykling samt maximal flexion, extension och rotation i nacken. Naturliga rörelser för nacken är tillåtet och ska göras. Det är viktigt att röra på sig dagligen med till exempel promenader och lättare övningar för axlar/nacke. Man ska undvika passivt uttag av nackrörlighet och stretch av nackmuskulatur innan det har gått 12 veckor. Traktion och segmentell mobilisering/manipulation rekommenderas inte under hela behandlingsperioden. Fusionsläkningen ska först vara helt klar, det vill säga efter minst 1 år. Operationen syftar framför allt till att komma åt smärta och funktionsbortfall. Domningar och stickningar kan kvarstå en lång tid efter operationen. Operationssmärter kan förekomma 1-4 månader och det tar 6-12 månader innan slutresultatet nås.

**Indikationer för fysioterapeutisk/sjukgymnastisk utredning 8-12 veckor efter operation**

Vid återbesök till läkare på ortopedmottagningen 8-12 veckor postoperativt skrivs remiss till fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården om behov anses föreligga vid exempelvis:

- Avvikande hållnings- och rörelsemönster.
- Nedsatt aktivt rörelseomfång i nacke, skuldror och brösttrygg.
- Dålig avspänningsförmåga.
- Behov av mer information och stöd för patienten gällande rehabilitering och eventuell rörelserädsla.

**Fysioterapeutisk/sjukgymnastisk utredning 8-12 veckor efter operation (vårdcentralen)**

Utredning inför fortsatt fysioterapeutisk/sjukgymnastisk behandling:

- Anamnes.
- Smärtnivå.
- Rörelseanalys.
- Hållningsmönster.
- Neurologstatus; motorik, sensorik, reflexer.
- Aktivt rörelseomfång i nacke, skuldror och brösttrygg.

- Avspänningsförmåga.
- Patientens behov av information och stöd gällande rehabilitering och eventuell rörelserädsla.

### **Indikationer för fysioterapeutiska/sjukgymnastiska behandlingsåtgärder 8-12 veckor efter operation (vårdcentralen)**

- Avvikande hållnings- och rörelsemönster.
- Nedsatt aktivt rörelseomfång i nacke, skuldror och brösttrygg.
- Nedsatt avspänningsförmåga.
- Behov av mer information och stöd gällande rehabilitering och eventuell rörelserädsla.

### **Risker/kontraindikationer**

- För att eliminera risken att patienten utvecklar komplikationer såsom stelhet i nackmuskulatur, nedsatt rörlighet i axelleder eller osäkerhet om vad som får/inte får göras efter operationen är det viktigt att patienten får träffa fysioterapeut/sjukgymnast postoperativt.
- Patienten ska undvika lyft över 1-2 kg, långvarigt arbete med armarna ovan axelnivå och tyngre hushållsarbete de första 6 veckorna postoperativt. Därefter successiv stegring.
- Patienten ska undvika maximal flexion, extension och rotation under benläkningstiden (12 veckor).
- Patienten ska undvika joggning och hopp under de första 3 månaderna postoperativt.
- Under de första 12 veckorna postoperativt: inga passiva rörelseuttag utanför patientens aktiva rörelseomfång, ingen stretching av nackmuskulaturen, ingen traktion av nacken och ingen segmentell mobilisering/manipulation.
- Då kvinnor verkar få sämre resultat och är mer påverkade av psykosociala faktorer så bör den postoperativa rehabiliteringen vara multimodal (6).

### **Mätetal och målnivå**

100 % av de opererade patienterna ska ha fått postoperativ information före hemgång. Patienten utvärderas med fördel med Neck Disability Index (NDI) (5, 9). Patienterna följs även upp inom ramen för Svenska Ryggregistret med enkäter före operation samt 1, 2 och 5 år efter operation.

### **Referenser**

1. Levander B, Gerdle B. Whiplashskador och den degenerativa nacken. Kapitel 7.: Astra Läkemedel.; 1995.
2. Peolsson A, Söderlund A, Engquist M, Lind B, Löfgren H, Vavruch L, et al. Physical function outcome in cervical radiculopathy patients after

- physiotherapy alone compared with anterior surgery followed by physiotherapy: a prospective randomized study with a 2-year follow-up. *Spine*. 2013;38(4):300-7.
3. Engquist M, Löfgren H, Öberg B, Holtz A, Peolsson A, Söderlund A, et al. Surgery Versus Non-Surgical Treatment for Cervical Radiculopathy: A prospective, randomized study comparing surgery plus physiotherapy with physiotherapy alone with a two year follow-up. *Spine*. 2013;Publish Ahead of Print.
  4. Svensson M, Pedersen K. Cervikal spondylos, inklusive diskbråck i halsrygg, och "reumanacke". [updated 2018-12-02; cited 2022-02-03]. Available from: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=1348](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1348).
  5. Peolsson A, Peolsson M. Predictive factors for long-term outcome of anterior cervical decompression and fusion: a multivariate data analysis. *Eur Spine J*. 2008;17(3):406-14.
  6. Hermansen A, Hedlund R, Vavruch L, Peolsson A. Positive predictive factors and subgroup analysis of clinically relevant improvement after anterior cervical decompression and fusion for cervical disc disease: a 10- to 13-year follow-up of a prospective randomized study. *J Neurosurg Spine*. 2013.
  7. Hillman J. Medicinskt PM. Postoperativ mobilisering för patienter opererade med främre fusion eller laminektomi. Neurokirurgiska kliniken US Linköping. 2005.
  8. Braakman R. Management of cervical spondylotic myelopathy and radiculopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57(3):257-63.
  9. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther*. 1991;14(7):409-15.