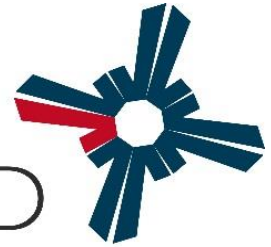


ENHED
FOR
KVALITET



Ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (Lumbal radikulopati)

Enhed for kvalitet

Har som formål at understøtte og koordinere kvalitetsudvikling i den fysioterapeutiske praksissektor.
Læs mere på enhedforkvalitet.dk

Anbefalinger og evidens: En forklaring af de anvendte symboler

Foran anbefalingerne i de kliniske retningslinjer er der angivet symboler, som indikerer styrken af anbefalingerne. Symbolerne forklares her:

↑↑ = Stærk anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for interventionen, når der er evidens for, at de samlede fordele ved en intervention vurderes at være klart større end ulemperne. Der skal derfor være vægtige grunde til ikke at følge anbefalingen.

↑ = Svag/betinget anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne. En svag anbefaling kan også gives, hvis der ikke er tilstrækkelig litteratur på området til at give en stærk anbefaling. Det bør klart overvejes at følge en svag/betinget anbefaling.

↓ = Svag/betinget anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod en intervention, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, eller hvor balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger er vanskelig at afgøre, fordi litteraturen ikke er entydig.

↓↓ = Stærk anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene, eller i tilfælde hvor gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

✓ = God praksis

God praksis anbefalinger bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af den arbejdsgruppe, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke er fundet (tilstrækkelig) relevant litteratur.

Arbejdsgruppens væsentligste generelle anbefalinger til behandling af patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning

- Behandling af patienter med lumbal nerverodspåvirkning bør som minimum omfatte information om **sygdommens forløb**, prognose og faresignaler, samt eventuel medicinsk smertebehandling.
- Både patient og behandler bør nøje **følge symptomer** og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen.
- Hvis der ikke er gavnlig effekt af et behandlingstiltag, kan andre ikke-kirurgiske tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. For at undgå langvarige og ineffektive forløb skal dette ske under hensyntagen til patientens præferencer og tiden siden debut.

Anbefalinger knyttet til fysioterapeutiske interventioner til behandling af patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning

1. Fysisk aktivitet

- ↑ *Overvej* at opfordre patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning til normal fysisk aktivitet fremfor reduceret aktivitet i form af sengeleje.

Det kan i dialog med patienten overvejes om reduceret fysisk aktivitet i den akutte fase, ved *svære smerter*, kan være hensigtsmæssigt i en kort periode (op til en uge) efterfulgt af normal fysisk aktivitet.

2. Superviseret øvelsesterapi

- ↑ *Overvej* at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling.

Øvelser, der virker umiddelbart smertelindrende, kan være motiverende for patienten og samtidig understøtte patientens kontrol over smerterne.

3. Specifik øvelsesterapi

- ↑ *Overvej* retningsspecifikke øvelser eller øvelser til træning af neuromuskulær kontrol til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er klinisk relevant forskel på de to behandlingsformer.

Patienter kan opleve at få større grad af selv at kunne kontrollere smerte og dermed bedre tage ansvar for egen situation.

- ✓ **4. Kombineret øvelsesterapi**

Det er god praksis at overveje at kombinere retningsspecifikke øvelser med øvelser til træning af neuromuskulær kontrol frem for retningsspecifikke øvelser alene til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan udelukkes, at de to interventioner understøtter hinanden.

Patienter kan opleve at få en grad af selvkontrol og tage ansvar for egen situation.

↑ **5. Ledmobiliserende teknikker**

Overvej at tilbyde manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling.

Det betragtes som god praksis, at behandling indledes med teknikker af lav intensitet, der skaber minimal påvirkning omkring den påvirkede nerverod for derefter gradvist at intensivere teknikkerne på baggrund af patientens respons herpå.

Det bør i relation til den enkelte patient overvejes, om en passiv behandlingsmodalitet som ledmobilisering kan hæmme tilbagevenden til almindelige aktiviteter eller være u hensigtsmæssig for patientens sygdomsforståelse.

Alvorlige skadevirkninger rapporteres yderst sjældent. Forbigående symptomforværring er relativt hyppigt forekommende og på samme niveau som træningsømheden ved øvelsesbehandling. Det er vigtigt at informere patienten herom.

↑ **6. Ledmobiliserende teknikker eller øvelsesterapi**

Overvej superviseret øvelsesterapi eller manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er en klinisk relevant forskel på de to interventioner.

Det initiale valg af behandling vil derfor bero på patientens præferencer.

√ **7. Akupunktur**

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde akupunktur til patienter med nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning.

Anbefalingen baserer sig på klinisk erfaring samt indirekte evidens. Akupunktur formodes at have en kortvarig smertelindrende effekt.

Frekvens, varighed og intensitet ved retningspecifikke øvelser, træning af neuromuskulær kontrol og ledmobiliserende teknikker.

| | Retningspecifikke øvelser | Neuromuskulær træning | Ledmobiliserende teknikker |
|-----------------------------|--|--|--|
| Indhold | Mekanisk Diagnostik og Terapi (MDT), McKenzie-behandling | Forskellige koncepter af stabilitetstræning +/- Superviseret | Spinal manipulation og specifik mobilisering af lumbale led og sacroiliaca led |
| Varighed pr. session | | 10-45 min | 10-20 min |
| Varighed af forløb | 8-12 uger | 20 dage til 12 uger | 1-3 måneder |
| Frekvens | 10-15 rep. hver 1-2 timer I alt 3-8 konsultationer | 3-7 gange pr. uge 1-3 sessioner superviseret pr. uge | 3-20 behandlinger. |
| Intensitet | Individuel | Individuel | Individuel |
| Opbygning | Bestemmes af symptomer og reaktioner på øvelserne | Ugentlig progression | Afhængig af smertelettelse. |
| Effekt på | Smerte Funktion | Smerte Funktion | Smerte |

Der er evidens for effekt af interventionerne ved ovenstående frekvens og varighed. Anbefalingerne i skemaet er baseret på de inkluderede studier, og er altså derfor ikke nødvendigvis de eksakte grænseværdier for, hvornår der kan forventes effekt af træning.

Retningslinjens øvrige anbefalinger, der kan have relevans for den fysioterapeutiske indsats

8. MR-scanning

- ↓ Tilbyd kun MR-scanning til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker.
MR-skanning er kun påkrævet i tilfælde, hvor der er mistanke om alvorlig patologi (cancer, fraktur, afklemning af nervekompleks – cauda equina), persisterende medicin/morfika-resistente smerter, alvorlig symptomforværring, og hvor henvisning til kirurgisk vurdering og operation overvejes.

9. Ekstraforaminal glukokortikoid

- ↓ Tilbyd kun ekstraforaminal glukokortikoid injektion omkring den lumbale nerve hos patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt formentlig er kortvarig og meget lille.

10. Kirurgisk vurdering

- ✓ Det er god praksis, at patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning vurderes af en rygkirurg inden for 12 uger, i tilfælde, hvor svære og funktionshæmmende smerter varer ved trods ikke-kirurgisk behandling.

En National Klinisk Retningslinje bør læses og bruges som:

- En rettesnor for **god klinisk praksis** og som en fast del af den fysioterapeutiske **kliniske ræsonnering** til behandling af patienter med en given diagnose.
- En vejledning, der kan fraviges, hvis vægtige **faglige argumenter** taler for det, og fravigelsen sker under hensyntagen til den enkelte patients tarv.
- **Udvalgte evidensbaserede anbefalinger** for eller imod enkeltstående interventioner. Anbefalingerne går derfor på delelementer i det samlede udrednings- og behandlingsforløb.
- En **kilde til inspiration**, hvis du er i tvivl om, hvad et behandlingsforløb kan eller bør bestå af

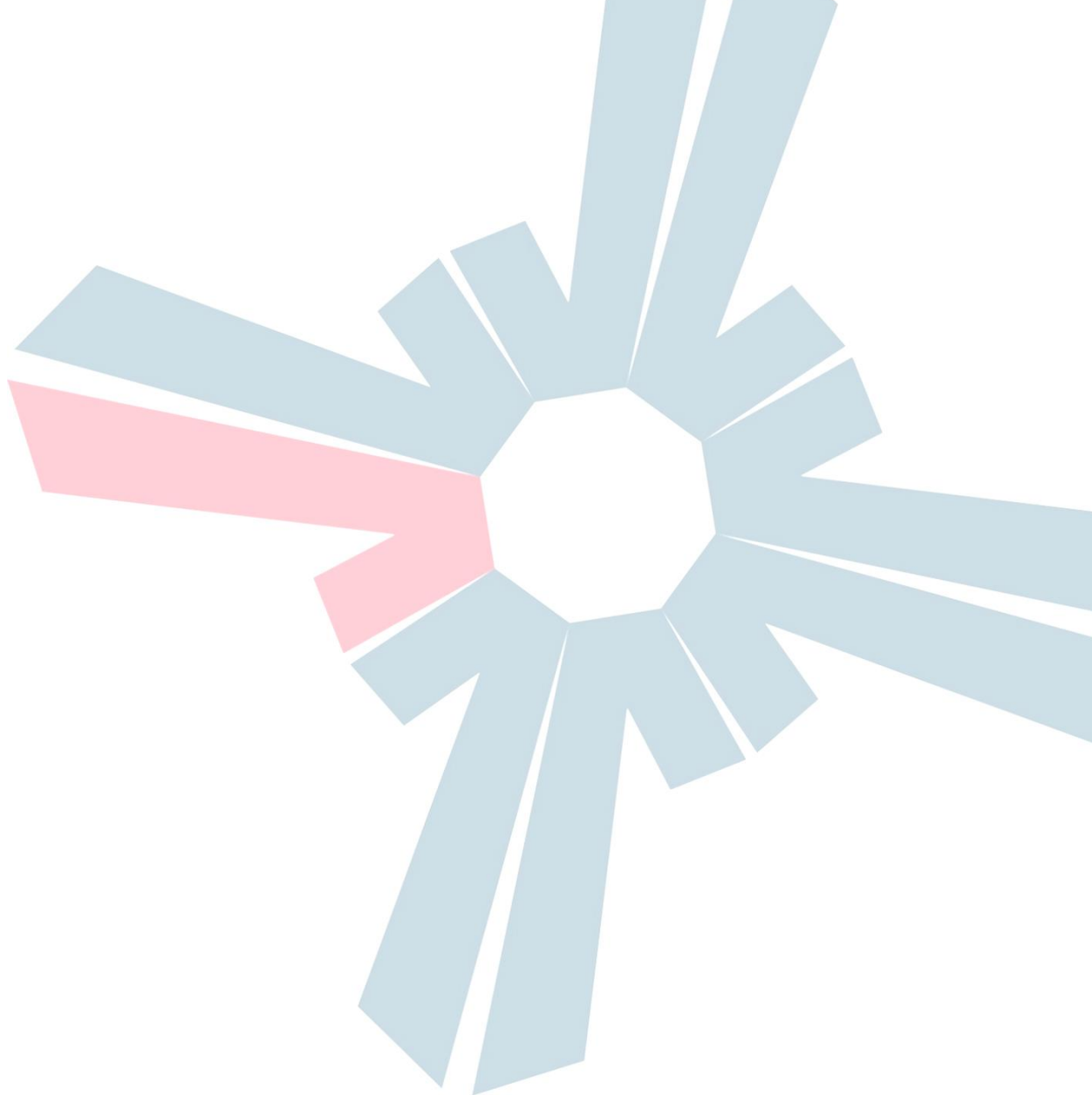
En National Klinisk Retningslinje er:

- Resultatet af en fælles national indsats for at sikre evidensbaseret og ensartet høj behandlingskvalitet på tværs af landet.
- Mellem 7 og 10 udvalgte tværfaglige kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet') med relevans for en given diagnose.
- Et omfattende litteraturstudie, der fører til et antal anbefalinger relateret til udredning og behandling. Nogle anbefalinger vil være relevante for f
- Fysioterapeuter, andre vil ikke være relevante.
- Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af relevante faglige ressourcerpersoner.

Den fulde retningslinje inkl. metodebeskrivelser mv. kan downloades på www.fysio.dk.

Kontakt med Enhed for Kvalitet?

Enhed for Kvalitet refererer til en styregruppe bestående af overenskomstens parter. Enheden er finansieret af praksisfonden for fysioterapi. **Kontakt:** enhedforkvalitet@fysio.dk



Enhed for Kvalitet, Holmbladsgade 70, 2300 København S

www.enhedforkvalitet.dk