

Kan træning eller specifikke fysiske aktiviteter være årsag til recidiv prolaps?

Af Fysioterapeut, ph.d.-studerende Stina Brogård Andersen, fysioterapeut Elisabeth Corydon, Mikkel Ø. Andersen, MD

Baggrund

Omkring 7,5 % af patienter opereret for lumbal diskusprolaps, gennemgår en reoperation på baggrund af en ny MR-verificeret prolaps med tilbagevendende symptomer¹. Der er sparsom viden om, hvorvidt genoptræning kan være årsag til recidiv prolaps. I et Cochrane review fra 2014, hvori man undersøger effekten af rehabilitering efter lumbal prolapsoperation, konkluderes det, at der ikke er øget risiko for re-prolaps som følge af træning². De inkluderede studier sammenligner dog kun forskellige træningsinterventioner (fx superviseret træning vs. hjemmeøvelser) og ikke træning vs. ingen træning. Ud fra den viden der er i dag, kan der ikke opstilles klare anbefalinger for det postoperative forløb i forhold til at forebygge re-prolaps. Det indikeres dog, at der bør være øget fokus på rygere og patienter med diabetes³.

Vi finder det derfor relevant at undersøge, om den udløsende faktor kan relateres til træning eller daglige fysiske aktiviteter og ønsker derfor at kortlægge patienternes subjektive oplevelse af årsagssammenhænge til re-prolaps. Dette velvidende, at der kan være mange andre faktorer i spil i forhold til risikoen.

Formål:

At undersøge, om specifikke ydre faktorer kan identificeres som årsag til recidiv af symptomer i forbindelse med re-prolaps.

Design / Metode

Undersøgelsen er udført blandt patienter indlagt til operation for lumbal re-prolaps på rygkirurgisk sektor, Sygehus Lillebælt, Middelfart. Re-prolaps blev defineret ved ny prolaps på samme niveau og side som index-operationen. Tid siden index-operation max. to år. Data blev indsamlet via semistrukturerede interviews. Der blev anvendt et spørgeskema med både åbne og lukkede spørgsmål. To gennemgående personer foretog alle interviews, så vidt muligt før udførelse af reoperationen. Data blev indsamlet fra primo september 2015 til ultimo august 2016. Patienter, der var opereret mere end to gange på samme niveau eller som fik foretaget fusionskirurgi under reoperation, blev ekskluderet. I alt 40 patienter blev inkluderet.

Patientrapporterede årsager til re-prolaps / tilbagevenden af symptomer blev registreret for hver enkelt patient. Desuden blev der indhentet data om højeste aktivitetsniveau mellem index- og re-operation, arbejdsstatus og evt. hvornår arbejde blev genoptaget, rygestatus før index-operation, BMI, alder, køn samt hvornår recidiv symptomerne var debuteret. Data blev indtastet og bearbejdet i Excel. En deskriptiv analyse blev udført.

Resultater

Treogtyve patienter kunne ikke angive en årsag til re-prolaps. De resterende 17 angav årsager som fx: smerter der opstod under en gåtur, et uheldigt trin ned i et hul, opkast episode, hoste, fald, hurtigt drej i ryggen, vrid i ryggen etc.

Årsager, der relaterede sig til træning, er få. Én angav, at det opstod efter at have udført fitness to gange, én at det opstod i en periode, hvor hun genoptrænede men også sad meget ned i forbindelse med sit studie. Yderligere én havde udført en squat-lignende øvelse. Kun hos én af de tre var symptomerne opstået i genoptræningsperioden. Ingen af de 15 patienter, der var startet på arbejde, angav at årsagen til symptomerne var arbejdsrelaterede (tabel 2).

En stor del af patienterne havde symptomer allerede indenfor den første post-operative måned og kun 7 % efter 1-3 måneder (tabel 3). Syv patienter angav slet ikke at have haft lindring af symptomer, defineret ved recidiv max 7 dage efter index-operation.

BaggrundsvARIABLE	n=40
Køn m/k (%)	23/17
Alder (gn.snit)	48
Rygestatus præop.(ja/nej) (%)	33/67
BMI (gn.snit)	27,2
Niveau (L3-4/L4-5/L5-S1)	3/21/16
Operationstype (Åben/Mikroskop/ ikke kendt)	15/16/9

Tabel 1 – Demografiske data

Genoptagelse af arbejde	n	%
Genoptaget arbejde fuldt ud	13	32,5
Delvist i arbejde	2	5
Ikke genoptaget arbejde	13	32,5
Fortsat ikke i arbejde	4	10
Pensionist	8	20
I alt	40	100

Tabel 2 – Genoptagelse af arbejde

Opstart af recidiv symptomer	n	%
<4 uger	16	40
>4 uger – 12 uger	7	17,5
>12 uger	17	42,5
I alt	40	100

Tabel 3 – Tid fra primær operation til opstart af recidiv symptomer.

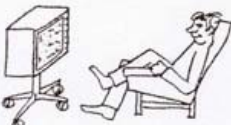
Maximale aktivitetsniveau mellem index- og reoperation blev målt ved Østerbro-undersøgelsens spørgeskema (figur 1). Kun én patient angav at have et højt og anstrengende aktivitetsniveau. Fordelingen af aktivitetsniveau blandt undersøgelsens inkluderede patienter, stemmer godt overens med fordelingen i Østerbro-undersøgelsens brede population. Der var således ikke tegn på, at der her er tale om en meget aktiv gruppe.

Aktivitetsniveau	n (%)
-------------------------	--------------


Næsten helt fysisk passiv eller let fysisk aktiv...	6 (15)
Let fysisk aktivitet fra 2-4 timer pr. uge...	22 (55)
Let fysisk aktivitet i mere end 4 timer pr. uge...	11 (27,5)
Mere anstrengende fysisk aktivitet i 2-4 timer	1 (2,5)

Tabel 4 – Fysisk aktivitetsniveau


40. Hvis De skal anføre Deres FYSISKE AKTIVITET I FRITIDEN herunder transport til og fra arbejde indenfor det sidste år, i hvilken gruppe mener De så, De skal placeres (sæt kun ét kryds):




I. Næsten helt fysisk passiv eller let fysisk aktiv i mindre end 2 timer pr. uge
f. eks. læsning, fjernsyn, biograf.



II. Let fysisk aktivitet fra 2-4 timer pr. uge
f. eks. spadsereture, cykelture, let havearbejde, let motionsgymnastik.



III. Let fysisk aktivitet i mere end 4 timer pr. uge eller mere anstrengende fysisk aktivitet i 2-4 timer pr. uge
f. eks. hurtig gang og/eller hurtig cykling (hvor man overhaler andre), tungt havearbejde, hård motionsgymnastik, hvor man sveder eller bliver forpustet.



IV. Mere anstrengende fysisk aktivitet i mere end 4 timer eller regelmæssig hård træning og evt. konkurrencer flere gange pr. uge

Figur 1

Kun én patient angav slet ikke at have fulgt de post-operative anbefalinger, og to patienter at de ikke havde lavet de tidlige post-øvelser.

Diskussion

I denne undersøgelse, hvor under halvdelen af patienterne kunne angive en oplevet årsag til recidiv af symptomer, viser der sig ikke et mønster af, at symptomerne opstår under udførelse af de anbefalede post-operative øvelser eller i forbindelse med de kommunale genoptræningsforløb.

Kun 7 % af de inkluderede patienter har fået deres recidiv prolaps 1-3 måneder efter deres primære prolapsoperation, hvor genoptræningen i kommunalt regi typisk foregår⁴. Patienter opereret på rygkirurgisk afdeling i Middelfart henvises til genoptræning en måned postoperativt, hvor forsigtighed med benpres anbefales og udførelse af max-test frarådes. Hvis dette overholdes, kan der ud fra denne undersøgelse ikke påvises risiko forbundet med dette.

Hele 40 % af de inkluderede patienter angiver, at de har fået symptomer indenfor den første måned efter primær operation. Dette resultat kan ikke umiddelbart bidrage til diskussionen af, hvor restriktive anbefalinger efter operation skal være, men det kan dog indikere, at hvis hensigten med post-operative restriktioner er forebyggelse af reprotlaps, er det i den første måned efter operationen, at der bør udvises størst forsigtighed ved belastning af ryggen. På Middelfart Sygehus anbefales patienterne at undgå foroverbøjning og vrid de første 2-4 uger. Desuden må de kun løfte to kilo i starten og gradvist øge belastningen indtil 3 måneder post-operativt.

Noget tyder på, at visse bevægelser eller belastninger af ryggen og dermed diskus kan udløse recidiv af symptomer. Her indgår bevægelser med foroverbøjning og vrid, men også host og opkast kan være den udløsende årsag. Vi kender dog ikke noget til forekomsten af denne type belastninger hos de patienter, der ikke reopereres. Vi kan heller ikke udelukke, at der kan være andre medvirkende faktorer såsom rygning eller højt BMI, der har betydning for risikoen for reprotlaps.

Ingen angiver, at recidiv symptomer er opstået i forbindelse med arbejde. Der er heller ikke noget, der tyder på, at det er de meget aktive patienter, der får reprotlaps.

I vurderingen af resultaterne i dette studie skal tages i betragtning, at studiepopulationen er relativ lille. Kun 40 patienter, som er reopereret på baggrund af recidiv prolaps indgår. Desuden ved vi ikke noget om, hvordan de undersøgte parametre ser ud hos den gruppe af patienter, der ikke bliver reopereret. Der er dog ikke noget i denne undersøgelse, der tyder på, at genoptræning øger risikoen for recidiv prolaps.

Referencer

1. Danespine. *Dansk Rygkirurgisk Selsk.* 2016. <http://drksdanespine.dk/wm419475>. Accessed April 1, 2017.
2. Oosterhuis T, Lop C, Cg M, Hcw DV, Mw VT, Rwjg O. Rehabilitation after lumbar disc surgery (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. 2014;(3).
3. Huang W, Han Z, Liu J, Yu L, Yu X. Risk Factors for Recurrent Lumbar Disc A systematic Review and Meta-analysis. *Med Open.* 2016;95(2):1-10. doi:10.4184/asj.2014.8.2.211.
4. Paulsen RT. The postoperative rehabilitation of lumbar disk patients in the Region of Southern. *Dan Med J.* 2015;62(7).