

DISKUSPROLAPS



STATUS OVER FORSKNING OG VANLIG PRAKSIS

Den foreliggende evidens for genoptræning efter operation for lumbal diskusprolaps.



LÆS OGSÅ

- Interview med kirurg og fysioterapeuter fra Rygteamet på Middelfart Sygehus. Side 42
- Reportage fra Genoptræningscenter Lillebælt i Middelfart. Side 44



LÆS OGSÅ FYSIO.DK

- National Klinisk retningslinje for lumbal nerverodspåvirkning fysio.dk/retningslinje/lumbal-nerverod
- Kort artikel, der beskriver undersøgelse af årsager til recidivprolaps fysio.dk/prolaps



RUNE TENDAL PAULSEN

Læge, ph.d.-studerende på Rygkirurgisk afdeling, Middelfart Sygehus
rune.tendal.paulsen@rsyd.dk

Rehabilitering efter operation for lumbal diskusprolaps

Artiklen gennemgår den foreliggende evidens for den postoperative rehabilitering.

AF RUNE TENDAL PAULSEN



DET ER SVÆRT at estimere hvor mange mennesker, der hver år får en diskusprolaps, da en stor del af dem diagnosticeres og behandles i primærsektoren hos egen læge, fysioterapeut eller kiropraktor. Et stort studie fra Finland (3) undersøgte forekomsten af diskusprolaps, og her fandt man en prævalens på omkring 3 procent i befolkningen. Sygdommen er hyppigst blandt de 30-50-årige, og betydeligt flere mænd end kvinder får diskusprolaps.

Der er multifaktorielle årsager til at få en diskusprolaps, hvor både endogene og eksogene forhold synes at spille en rolle. Det antages, at en stor del af diskusprolapsene skyldes genetiske forhold, såsom rygøjens strukturelle form og forskelle i bindevævsfibrenes sammensætning (4). Derudover spiller flere ydre forhold såsom alder, rygning, rygbelastende arbejde og traumer også en vigtig rolle for udviklingen af diskusprolaps.

Konservativ behandling

Langt størstedelen af alle diskusprolaps i lænderyggen forsvinder af sig selv og kan håndteres i primærsektoren, men evidensen for det bedste behandlingsregime er uklar. Der blev i 2016 publiceret en national klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning. Konklusionen fra denne retningslinje var, at der generelt foreligger sparsom evidens for effekten af ikke-kirurgisk behandling. Retningslinjen har dog nogle generelle anbefalinger, herunder superviseret øvelsesterapi med en kombination af retningspecifikke øvelser og øvelser til træning af den neuromuskulære kontrol. Derudover anbefaler man at henvise patienter til kirurgisk vurdering inden for 12 uger, hvis svære og funktionshæmmende smerter varer ved trods ikke-kirurgisk behandling. Flere studier tyder i øvrigt på, at man ikke må trække tiden for meget, da radikulære smerter i benene i længere tid giver et dårligere resultat af en eventuel operation i det senere forløb (5). Alle patienter med røde flag, såsom urinretention, progredierende lammelser og ophævet sfinktertonus, bør akut henvises til kirurg med henblik på hurtig kirurgisk intervention for at undgå varig skade på nerverødderne.

Operation

Der findes flere operationsteknikker til behandling af lumbal diskusprolaps. Nogle kirurger benytter konventionel åben kirurgi med

og uden brug af mikroskop, mens andre benytter mindre invasive teknikker såsom kikkertoperationer. Der er fordele og ulemper ved de forskellige teknikker, men evidensen er uklar i forhold til hvilken teknik, der er den mest optimale. Grundlæggende handler det dog om at få frilagt nerveroden og fjernet diskusprolapsen. Selve operationen tager omkring 1 time, hvorefter patienterne som regel er klar til at blive udskrevet inden for det første postoperative døgn. Komplikationsraten i forbindelse med prolapskirurgi er omkring 2,5 procent, hvor hovedparten af komplikationer udgøres af durallæsioner, som ikke har klinisk betydning. Øvrige komplikationer kan tælles i promiller. Efter operationen får ca. 5,5 procent en ny operation senere i forløbet. Dette sker hyppigst på grund af repropals, og disse ses i øvrigt dobbelt så hyppigt hos patienter, der ryger (1).

Evidens bag postoperativ rehabilitering

I 2009 blev der gennemført et stort dansk systematisk review, som undersøgte evidensen bag genoptræning efter diskusprolapsoperation (6). Selvom den overordnede evidens var svag, anbefalede man umiddelbart efter operationen at udføre stabilitetstræning ved lave belastninger, eventuelt suppleret med mobilitets- og/eller nervestræks-øvelser. Genoptræning skal påbegyndes 4-6 uger postoperativt med træning af styrke og udholdenhed af trunkusmuskulaturen. Reviewet anbefalede genoptræning 2-3 gange ugentligt i mindst 8 uger.

I 2014 undersøgte et mindre dansk studie den postoperative genoptræning i Region Syddanmark (7). Denne undersøgelse viste, at genoptræningsforløbene i regionens 22 kommuner var meget sammenlignelige, og at anbefalingerne fra det føromtalt studie var implementerede.

Patienterne vurderes oftest individuelt inden opstart, og de tilbydes herefter eksempelvis individuel træning, virtualtræning via online-systemer eller holdtræning. Selv om kommunerne i Region Syddanmark har sammenlignelige tilbud til patienterne, kan der forekomme stor variation nationalt.

I 2014 udkom et stort systematisk Cochrane-review (8), som undersøgte effekten af forskellige postoperative behandlinger hos patienter, som var opereret for lumbal diskusprolaps. Studiet inkluderede 22 randomiserede klinisk kontrollerede studier (RCT) med sammenlagt 2503 patienter. Studiet konkluderede, at patienter, som deltog i træning 4-6 uger postoperativt, rapporterede færre smerter og mindre funktionstab end de patienter, som ikke fik behandling. Patienter, som havde deltaget i høj-intensitets træningsprogrammer, rapporterede en anelse færre smerter og mindre funktionstab end de patienter, som udelukkende lavede lav-intensitetstræning. ➡

Man kunne dog ikke påvise en effektforskel mellem patienter, som gennemgik et superviseret genoptræningsforløb og patienter, som gennemførte hjemmetræning. Ydermere blev der ikke rapporteret øget risiko for repropolaps i forbindelse med genoptræningen. Der er siden det førømtalte review publiceret flere studier, som omhandler postoperativ genoptræning, men som ikke nåede at blive inkluderet i analysen. Nogle af disse vil blive belyst i det følgende.

Starttidspunkt for genoptræning

Det optimale tidspunkt for opstart af genoptræning diskuteres. Der synes dog at være en naturlig begrænsning de første par uger postoperativt, hvor mange patienter har smerter fra ryggen og kan have svært ved at deltage i eksempelvis holdtræning. Dette resulterer i, at nogle kommuner først indkalder patienterne til genoptræning 4-6 uger postoperativt, hvorimod andre kommuner indkalder patienterne tidligere postoperativt. Der er ligeledes forskellige anbefalinger i genoptræningsplanerne fra de forskellige afdelinger (7). Flere studier tyder dog på, at man uden øget risiko kan starte med lette øvelser kort tid efter udskrivelsen. Ozkara et al. (9) undersøgte effekten af et 12 ugers-hjemmetræningsprogram. Studiet havde to grupper, hvor den ene trænede, og den anden gruppe udelukkende fik gode råd ved udskrivelsen. Hjemmetræningen startede på første postoperative døgn med let udstrækning og blev intensiveret over de følgende 12 uger til styrketræning med fokus på trunkusmuskulaturen. Studiet fandt, at træningsgruppen havde statistisk signifikant bedre funktionsniveau og færre smerter ved 12-ugers follow-up end kontrolgruppen. Studiet rapporterede desuden ikke om øget antal af recidiv ved hurtig påbegyndelse af genoptræning.

I 2016 blev der desuden udgivet en metaanalyse (10), hvor man undersøgte, om det var sikkert at påbegynde genoptræning de første 4 uger efter operationen. Analysen viste ikke øget recidiv-rate af diskusprolaps, og man konkluderede, at tidlig postoperativ genoptræning er sikkert og uden forøget risiko for patienterne. Derudover fandt man statistisk signifikant smertelindring i den tidlige fase postoperativt.

En af konklusionerne fra Cochrane-reviewet i 2014 var, at man ikke kunne påvise forskel mellem hjemmetræning og superviseret træning. I slutningen af 2014 blev der dog publiceret et studie, som undersøgte effekten af superviseret dynamisk stabilitetstræning kombineret med et hjemmetræningsprogram i forhold til hjemmetræning alene. Interventionen bestod af et fire-ugers intensivt træningsforløb, som startede 4 uger postoperativt. Resultaterne fra dette studie viste, at de patienter, som havde modtaget superviseret dynamisk stabilitetstræning, oplevede færre smerter og bedre funktionsniveau ved follow-up. Studiet konkluderede, at ➡➡

SYMPTOMER OG DIAGNOSE

En diskusprolaps er en udposning af den geléagtige nucleus pulposus gennem den fibrøse ring, annulus fibrosus. Udposningerne kan forekomme i alle retninger, men når prolapsen ligger posterior eller lateralt vil de omkring liggende nerverødder blive afklemt og irriterede. Diskusprolaps opstår hyppigst i de to nederste niveauer i lænderyggen (L4/L5 og L5/S1), hvor den største belastning og bevægelse af ryggen finder sted. Symptomerne kan variere i sværhedsgrad, men patienterne oplever typisk smerter og/eller ændret følesans i et område i underekstremiteten. Undertiden ses endvidere pareser af en eller flere muskelgrupper og yderst sjældent ses fulminant cauda equina. Diagnosen kan i mange tilfælde stilles klinisk på baggrund af de ofte ret specifikke symptomer, som følger dermatomerne for den påvirkede nerverod. Diagnosen bekræftes dog oftest med en MR-skanning, hvor typen og lokalisering af diskusprolapsen visualiseres. Billeddiagnostiske screeninger finder asymptomatiske diskusprolaps hos ca. 19 procent af befolkningen (2).

HYPPIGHED

Ifølge landspatientregisteret bliver der årligt opereret ca. 2600 patienter for lumbal prolaps. Patientgruppen er samfundsøkonomisk vigtig, da størstedelen er i den erhvervsaktive alder (1).

superviseret dynamisk stabilitetstræning målrettet multifidus- og transversus abdominis-muskulaturen, kan føre til færre smerter og bedre mobilitet postoperativt på kort sigt (11).

En af udfordringerne ved den postoperative genoptræning er, at evidensen ikke er tydelig i forhold til, hvilke træningsøvelser, der er mest effektive. Hebert et al. (12) publicerede i 2015 et studie, hvor man sammenlignede to grupper patienter, der var opereret for lumbal diskusprolaps. Den ene gruppe fik generel rygtræning, hvorimod den anden gruppe fik både generel rygtræning og specifikke rygøvelser med fokus på den stabiliserende trunkus-muskulatur. Forskerne forventede at se en betydelig forskel mellem grupperne, men måtte konkludere, at der ikke var signifikant forskel i patienternes resultat. Begge grupper opnåede signifikant bedring, men grundet studiets design kunne man ikke med sikkerhed udlede, at denne bedring kunne tilskrives genoptræningen og ikke blot var en del af spontanforløbet efter operation.

På baggrund af de ovenstående studier kan man konstatere, at der er en vis evidens for, at forskellige genoptræningsformer kan påvirke patienternes outcome på kort sigt.

Der er dog ikke mange studier, som undersøger den langsigtede virkning af postoperativ genoptræning. I 2015 udkom et studie (13), hvor man undersøgte langtidseffekten af postoperativ genoptræning hos patienter opereret for diskusprolaps. Man delte patienterne i tre grupper med henholdsvis fysioterapi, placebobehandling og ingen behandling. Man fulgte herefter patienterne i 12 år og vurderede, om der var en længerevarende effekt af genoptræningen. Studiet viste, at de patienter, som havde fået omfattende fysioterapi eller placebobehandling, havde det bedre end gruppen, som ikke blev behandlet. Dog kunne studiet ikke vise forskel mellem placebobehandling og reel fysioterapi efter 12 år.

De seneste systematiske reviews (6, 8) rapporterer svag eller meget svag evidens for den postoperative genoptræning, hvilket indikerer, at der er behov for yderligere forskning på området.

En af udfordringerne ved at generere stærk evidens er dog, at man har svært ved at sammenligne de eksisterende studier på området. Dette skyldes blandt andet, at studierne typisk anvender forskellige effektmål, forskellige patientgrupper og at den udførte genoptræning ikke er tilstrækkeligt beskrevet i studiet. Endvidere ved man, at en stor del af patienterne i RCT-studierne skifter gruppe undervejs. Det kan udvande resultatet i det enkelte RCT-studie og gøre det sværere at generere stærk evidens i meta-analyserne.

Igangværende studie

På rygkirurgisk afdeling i Middelfart er man på nuværende tidspunkt i gang med et RCT-studie som led i en ph.d.-afhandling.

STARTTIDSPUNKT FOR GENOPTRÆNING

Genoptræning kan iværksættes inden for de første 4 uger efter operationen, uden øget risiko for patienten. Tidlig postoperativ genoptræning kan føre til smertereduktion på kort sigt.

Her undersøges effekten af den kommunale genoptræning efter operation for 1. gangs-diskusprolaps i lænderyggen. Patienterne inddeles tilfældigt i to grupper. Kontrolgruppen sendes til kommunal genoptræning ca. 4 uger postoperativt, og interventionsgruppen sendes hjem med enkelte øvelser og råd om at genoptage almindelige dagligdags aktiviteter. Patientindtaget blev fuldført i januar 2017 og aktuelt indsamles der spørgeskemaer fra patienterne, som bliver fulgt over de næste to år.

Dette forskningsprojekt vil forhåbentlig belyse effekten af den kommunale genoptræning og eventuelt hjælpe med at identificere de patienter, som har mest gavn af genoptræningen. Herved vil man måske i fremtiden kunne individualisere behovet for en genoptræningsplan og dermed fokusere ressourcerne på de patienter, som har den største effekt af genoptræningen. Der vil i ph.d.-afhandlingen også blive udarbejdet økonomiske beregninger af prisen per kvalitetsjusterede leveår, foruden en analyse af sammenhængen mellem erhvervstype og tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter operation.

Denne artikel har forsøgt at belyse den eksisterende evidens for postoperativ genoptræning og må forsigtigt konkludere, at der er belæg for genoptræning postoperativt. Det mest optimale genoptræningsforløb er dog forsat ikke fastlagt med stærk evidens, og man bør derfor støtte sig til retningslinjerne fra de store systematiske litteraturstudier. ●



Referencelisten er publiceret sammen med den digitale version af artiklen på fysio.dk