Godkänt den: 2025-06-10
Ansvarig: Johan Lugnegård
Gäller för: Region Uppsala

Ryggsjukdomar - kliniska riktlinjer

Innehåll

Inledning 1
Radiologisk utredning 2
Neurofysiologisk utredning 2
Vad ryggsektionen vill veta i remissen 3
Anamnes 3
Utredning 3
Diagnosgrupper 3
Ländrygg 3
Långvarig ländryggssmärta (kronisk lumbago) 3
Diskbråck (med ischiassmärta) 4
Spinal stenos 4
Bröstrygg 4
Halsrygg 5
Nacksmärta 5
Diskbråck och spinal stenos 5
Dokumenthistorik 5

Inledning Degenerativa Ryggsjukdomar

Syftet med detta vårdprogram är att underlätta kontakten mellan primärvården och ryggsektionen så att rätt patienter remitteras i rätt tid.

Ryggsektionen lägger stora resurser på snabb och korrekt remissbedömning.

Ryggsektionen på Akademiska sjukhuset har i allmänhet god tillgänglighet för nybesök genom ”Rygglinan”. Det innebär att en ryggspecialiserad fysioterapeut gör en första bedömning. Vid behov bedöms patienten av en ryggkirurg samma dag.

Ryggsektionen på Akademiska sjukhuset har en del av verksamheten förlagd till Aleris/Elisabethsjukhuset där kirurgerna har mottagning och opererar. Avtalet med Aleris är uppbyggt så att remisser för ryggbesvär alltid ska ställas till Akademiska sjukhuset/Ortopedi/Rygg.

Detta vårdprogram tar upp de vanligaste diagnoser och gäller för patienter där man inte misstänker allvarlig bakomliggande orsak till symtomen. Vårdprogrammet tar inte upp den primära handläggningen av besvär från rygg och nacke i primärvård.

Radiologisk utredning

Magnetisk Resonans Tomografi (MRT) är förstahandsundersökning vid utredning av alla icke-traumatiska symtom från kotpelaren. En aktuell MRT-undersökning (<12 månader) är ett krav för bedömning på ryggmottagningen och beställs av remittenten. Se länk nedan:

Radiologisk utredning inför remiss till ortopedi från primärvården

Vid kontraindikation för MRT görs i stället en datortomografi (DT) som dock är en sämre metod för att visualisera nervrots och durasäckspåverkan. Inför eventuell operation kompletterar ryggkirurg ibland DT-undersökningen med så kallad myelografi för visualisering av nervstrukturer.

De flesta moderna pacemakers är MR-kompatibla, vid oklarhet bör remittenten kontakta kardiolog. Observera att ortopediska implantat inte utgör kontraindikation för MRT.

Slätröntgen har ingen plats i primär utredning av smärta från ryggen. Vid misstanke om skolios/deformitet där operation kan vara aktuellt beställer ryggsektionen relevant undersökning utöver MRT.

Att koppla MRT-fynd till patientens symtom kan vara svårt. I radiologens svar beskrivs ofta fynd som kan vara helt normala för åldern men saknar praktisk betydelse, till exempel diskbuktningar och diskbråck hos patienter som inte har utstrålande smärta (ischias). Ett annat vanligt fynd i både halsrygg och ländrygg är foraminala stenoser där kirurgisk behandling sällan är aktuell om de inte symtommässigt mycket tydligt kan kopplas till förändringen.

Vid osäkerhet kring vikten av ett fynd, skriv en remiss så kan den ofta besvaras utan att patienten behöver kallas.

Neurofysiologisk utredning

Neurografi/EMG kan ibland vara till hjälp för att differentiera mellan spinal stenos och polyneuropati vid domningar i underbenen eller för att skilja karpaltunnelsyndrom från

cervikal rhizopati. I övriga fall tillför neurografi/EMG sällan avgörande fakta och förväntas ej ingå i den primära utredningen.

Vad ryggsektionen vill veta i remissen

Anamnes:

- Tidigare sjukdomar och tillstånd som kan ha betydelse för symtomen eller påverka behandlingen. Exempelvis hjärt-/lung-/kärlsjukdom, diabetes, rökning, psykisk ohälsa och förekomst av neuropsykiatriska tillstånd.
- Symtombeskrivning. Lokalisation. Duration. Bekräfta eller negera utstrålande symtom i armar eller ben.
- Genomförd icke kirurgisk behandling.
- Kortfattat om positiva fynd/avvikelser i neurologiskt status. Alternativt ”Neurologiskt status utan anmärkning”.

Utredning:

- MRT Var? När? Om kontraindikation för MRT föreligger, ange orsak samt var och när CT genomförts.
- För diabetiker: aktuellt HbA1c-värde.
- Ett aktuellt Hb.
- BMI
- CRP

Diagnosgrupper

Ländrygg

Långvarig ländryggssmärta (kronisk lumbago)

Vid ont i ländryggen utan bensymtom är tröskeln för kirurgi hög då bara ett begränsat antal patienter har nytta av fusionskirurgi (steloperation) på längre sikt. Först efter minst 6 månaders strukturerad behandling med fysioterapi och smärtbehandling är det aktuellt att remittera vidare för bedömning på ryggmottagningen. Multimodal smärtrehabilitering innefattande bland annat KBT har visat sig ha god effekt vid kronisk lumbalgi. Rökfrihet är ett absolut krav för att genomgå fusionskirurgi i ländryggen.

I region Uppsala, och flera andra regioner, utförs numera operation för ländryggssmärta utan utstrålning enbart inom ramen för en pågående studie som initierats vid Akademiska sjukhuset.

Diskbråck (med ischiassmärta)

Diskbråck i ländryggen har godartad prognos och de allra flesta tillfrisknar från bensmärtan utan kirurgi. Det är i normala fall rimligt att vänta 4–6 veckor från symtomdebut innan man går vidare med MRT ländrygg. Undantag är cauda equina-syndrom som skall utredas akut (remiss till akutmottagningen). Även vid nydebuterad motorisk påverkan i form av komplett droppfot kan funktionen räddas vid snabb handläggning och dessa patienter bör utredas med MRT inom några dagar och vid fynd av diskbråck utan dröjsmål remitteras till ryggsektionen. Vid oklarheter om akut och subakut handläggning rekommenderas kontakt med ryggjouren vid Akademiska sjukhuset. Ryggjouren nås dygnet runt via växeln, 018-611 00 00.

Om bensymtomen fortsätter längre än sex veckor trots smärtlindring och fysioterapi kan operation bli aktuell. Dessa patienter kan vi erbjuda snabb tid för dagkirurgisk operation om MRT-fynd och symtom stämmer överens. Vid progredierande motoriska bortfall prioriteras patienten ännu snabbare, skriv i så fall detta i remissen.

Spinal stenos

Pseudoclaudicatio (bensmärta), gångsvårigheter och domningar/ostadighetskänsla i benen är typiska symptom på spinal stenos. Neurologiskt status är ofta helt normalt vid undersökning. Omkring en tredjedel av patienterna upplever lindring av fysioterapi och träning med ryggen i flekterat läge (till exempel motionscykel och gång med gångstavar). Det är därför rimligt att vänta 2–3 månader innan man utreder med MRT ländrygg.

Vid radiologiska tecken på spinal stenos i ländryggen samt symtom som påverkar livskvaliteten kan patienten remitteras till ryggsektionen för ställningstagande till kirurgi.

Bröstrygg

Bröstryggen är ett stabilt område i ryggen och det är mycket sällan kirurgi är aktuell här på grund av smärta.

Diskbråck i bröstryggen är ovanliga men kan ge ryggmärgspåverkan (myelopati) och ska då remitteras skyndsamt.

Scheuermanns sjukdom ger en kyfos i bröstryggen som i ovanliga fall kan vara smärtsam. Kirurgi vid detta tillstånd är omfattande men med goda resultat hos väl selekterade patienter.

Osteoporotiska kotkompressioner i bröst- och ländrygg är inte indikation för kirurgi och handläggs i primärvården (eller via osteoporosmottagningen) såvida ej neurologiska symtom finns.

Patienter med ankyloserande spondylit (Bechterews sjukdom) kan även efter ett mindre trauma drabbas av instabila frakturer med risk för neurologisk skada och ska därför hänvisas till akutmottagningen vid kvarstående smärta.

Halsrygg

Nacksmärta

Vid långvariga nacksmärtor utan utstrålande neurologiska symtom finns sällan effektiv kirurgisk behandling. Undantag kan vara artros C1-C2, inflammatoriska tillstånd som reumatoid artrit och ankyloserande spondylit. Patienten ska ha genomgått strukturerad fysioterapibehandling och smärtlindring under minst sex månader före remiss. Vid reumatisk sjukdom eller grav felställning kan kirurgi ibland vara indicerad tidigare, ange detta i remissen.

Diskbråck och spinal stenos

Handläggningen av patienter med symtom på diskbråck i nacken är i princip densamma som vid diskbråck i ländryggen. Om patientens armsymtom håller i sig längre än sex veckor trots fysioterapi och smärtlindring kan patienten remitteras för ställningstagande till kirurgi. Vid kraftbortfall kan snabbare bedömning vara aktuell, uppge i så fall detta i remissen.

Om patienten har symtom på myelopati (ryggmärgspåverkan) på grund av diskbråck och/eller spinal stenos ska patienten remitteras omgående. Vid uttalade besvär eller akut insättande symtom ring gärna och diskutera med ryggjouren vid Akademiska sjukhuset. Ryggjouren nås dygnet runt via växeln, 018-611 00 00

Dokumenthistorik

Dokumentet reviderat av Paul Gerdhem, sektionschef rygg, VO ort/hand, Akademiska sjukhuset, maj 2025.