

MR-undersökning vid akuta tillstånd som involverar ryggkotpelaren

Bakgrund

Bedömning av akuta ryggåkommor är erkänt svårt då symptombilden är varierande och underliggande nervpåverkan många gånger svårvärderad. Behov finns efter Lex Maria ärende (Dnr: 8.2-13003/2014) av riktlinje som stöd i ställningstagandet till MR-undersökning vid akuta ryggåkommor.

Syfte

Tydliggöra när magnetkameraundersökning bör komplettera den kliniska undersökningen vid akuta ryggåkommor.

Vilka berörs

Ortopedkliniken

Åtgärder

MR används i akutsituationen för att diagnostisera patologi i mjukdelarna.

(1)Vid trauma för att (a) påvisa ligamentär instabilitet, och (b) påvisa nervkompression

(2)För att diagnostisera tumörpåverkan och infektion

(3)För att påvisa behandlingsbar nervpåverkan där degenerativa tillstånd i kotpelaren inverkar, av akut karaktär.

Ställningstagande till MR-undersökning föregås alltid av noggrann anamnes och kliniskt status med nivådiagnostik.

Alla som tjänstgör i akutledet ska vara kompetenta att genomföra neurologiskt status med nivådiagnostik eller ha tillgång till handledning. Skillnaden mellan perifer och central påverkan ska vara känd. Likaså skillnaden mellan rotpåverkan och cauda/medullarpåverkan.

Klassifikation av neurologisk påverkan:

- 1 intakt
- 2 rotpåverkan
- 3 komplett medullärt bortfall
- 4 partiell medullär påverkan
- 5 komplett caudapåverkan

6 partiell caudapåverkan

Atraumatisk

Akut MR-undersökning (snarast) är påkallad vid progredierande neurologisk påverkan utan trauma, där anamnesen är kort (timmar-något dygn) med neurologiskt status indikerande partiell påverkan (4) eller (6). Vid komplett bortfall (3,5) är prognosen sämre, men akut undersökning får övervägas vid snabb progress.

- Kontakta AÖL dagtid och mellanjour alt bakjour jourtid för kännedom.
- Skriv akut MR-remiss (se separat rutin)
- Kontakta ryggbakjour (nås via växeln)

Behandlingsbara akuta åkommor är diskbråck, spinal blödning, abscess.

Subakut MR-undersökning (dagtid) är påkallad vid; längre anamnes (dagar), oklarheter i anamnes och status, misstanke på aggravering samt vid tecken på komplett bortfall som stått mer än 24 timmar.

- Sätt KAD
- Kontakta AÖL dagtid, mellanjour alt bakjourring jourtid.
- Skriv subakut MR-remiss
- Kontakta ryggbakjour dagtid (nås via växeln)

Behandlingsbara subakuta åkommor; diskbråck, spinalstenos, tumör, spondylodiskit

Traumatisk

Vid trauma görs MR:

- om det föreligger neurologisk påverkan utan tecken till att denna är orsakad av fraktur med felställning, d.v.s. misstanke på traumatisk diskruptur med nervkompression som inte ses på CT (oftast halsrygg). Rådgör med ryggbakjour.
- om CT visar misstanke på ligamentär skada görs MR planerat inför mobilisering

Vid trauma görs MR inte:

- vid trauma och spinal fraktur med dislokation och nervkompression, där patienten har partiell eller komplett neurologisk påverkan, är MR oftast inte aktuell preoperativt i akutskedet. Oftast har patienten olika traumatiska skador i flera organsystem, och omhändertas inom kirurgklinik och i traumaspåret, överförs IVA till IVA, och genomgår frakturstabilisering och dekompression så snart det allmänna skadeläget medger. Kontakta alltid ryggbakjour, även jourtid, för planering. Noggrant neurologiskt status, värdefullt då patienten ofta hålls sederad senare.

Obs! Patienter med fraktur och neurologisk skada är **regionspecialistfall**. För att säkerställa optimal behandling ska dessa aldrig skötas på ortopedavdelning, vare sig före eller efter kirurgisk stabilisering. På regionsjukhus är neurologkliniken ansvarig, respektive rehab kliniken, beroende på lokala uppgörelser.

- vid fraktur utan neurologisk påverkan stabilisera (sängläge/sängläge + krage beroende på frakturlokalisering). Ring ryggbakjour dagtid. Tag bort spineboard och byt akutkrage. Ordinera log-roll och KAD. Dessa patienter kan vara ortopediska, men ska alltid värderas enligt lokalt traumaomhändertagande. Ryggfrakturen opereras/mobiliseras när patienten för övrigt är stabil och överförs från traumaenhet till ortopedavdelning i samband med detta.

Tumör

Vid metastatisk tumörkompression med neurologisk påverkan görs MR subakut. Kontakt tas med ryggbakjouren dagtid. Så långt som möjligt ska primärtumör, spridning och prognos vara utredd när kontakt tas. Kompletta bortfall(3,5) lönar sig oftast inte att operera, inte heller rotpåverkan(2). Endast stabilisering oftast inte aktuellt. Punktion för PAD görs av radiolog, antingen lokalt eller via embolilab på SU. Ring inte om punktion.

Infektion

Spondylodiskit behandlas av kollegorna på infektionskliniken. Ring ryggbakjouren endast vid diskussion angående operation. Operation sker endast vid progredierande felställning, progredierande nervkompression eller vid terapivikt på antibiotikabehandling. Upprepat status(dagligen) måste göras, särskilt vid allmänpåverkad patient. Neurologisk påverkan kan progrediera utan att patienten kan meddela sig. Punktion för odling görs av radiolog, antingen lokalt eller via embolilab på SU. Ring inte om punktion.

Spinala abscesser med nervpåverkan handläggs via neurokirurgjouren, SU

Övrigt

Ibland ser vi udda och ovanliga åkommor. Oftast som oväntade fynd vid utredning för det vanliga. Neurologisk undersökning med nivådiagnostik är central. Vid svaghet under avsaknad av rizopati, överväg neuromuskulär sjuka. Vid akut debut, spinalis anterior syndrom. Behandlas och utreds inte av ortoped, kontakt med neurolog.