

PM

Rubrik: Ryggfusion, vårdprogram	
Enhet/förvaltning: Ortopedkliniken Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Vårdprogram/Rygg
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Max Tenne, överläkare Anton Parushev, överläkare
Gemensamt med:	Version: 6.0
Godkänt datum: 2020-03-17	Nästa revidering: 2022-03-17

Diagnos och sjukdomar

Spondylolistes, förvärvad M43.1
 Degenerativ spondylolistes M47.8
 Segmentell instabilitet, SRS M99.1
 Instabilitet M53.2

KOPIA

Orsaker

Ryggsmärtor har hög prevalens och lite stigande prevalens med stigande ålder. Disponerade faktorer till ryggsmärtor är: låg social status, ålder, svaga ryggmuskler, psykisk stress, personliga problem, övervikt, rökning, alkoholmissbruk, långvarig sjukskrivning, tidigare ryggsmärtor, depression, att man inte trivs med sitt arbete, arbete med upprepade tunga lyft (repetitivt), arbetsskada, ersättnings- eller pensionsärenden under behandling.

Ryggsmärtor kan rubriceras som diskogena (från discus intervertebralis), spondylogena (från kotkropparna), facettledsutlösta, radikulopatiska (nervrotssmärta), myofasciale (från muskel och fascia) eller refererade (referred pain). Utredning av ryggsmärtor har till syfte att klargöra vilken patoanATOMI som ligger till grund för patientens ryggsmärtor. Röntgendiagnostiska fynd ska harmonisera med kliniska fynd. Att ryggsmärtor utgörs av en heterogen sjukdomsgrupp forsvårar utredning och indikation till operation.

Indikation till lumbal fusion

Svåra intraktabla ländryggsmärtor där 6 månaders fysioterapi inte gett önskat resultat. Lumbal eller lumbosakral instabilitet, degenerativ spondylolistes, bedömt vid röntgen och MR-diagnostik. Vid relevanta kliniska symtom kan samtidig neural dekompression vara indicerat (spinal stenosis, diskbräck, lateral recess stenosis).

Syftet med en fusionsoperation är att hindra rörelse i ett smärtande eller instabilt degenererat ryggsegment och därvid avhjälps smärtorna. Det kan finnas indikation för fusion vid ryggsmärtor och degenererad disk, degenerativ spondylolistes, degenerativ skoliOS, iatrogen instabilitet eller pseudoartros. Patienten kan samtidigt ha spinal stenosis.

Vid god patientselektion kan en fusionsoperation vara en indicerad behandling då det medför smärtreduktion hos en stor andel av opererade patienter.

Klinisk undersökning

Grundlig anamnes, tidigare sjukdomar inklusive psykiatriska och smärtbeteende, socialt status inklusive arbete, medicinering samt klinisk undersökning.

Röntgendiagnostik

Stående röntgen av ländryggrad, AP och lateral.

MR av ländryggrad. Om kontraindikation till MR ska DT myelografi utföras.

KOPIA

Kontraindikationer

Absoluta: aktiv infektion, grav osteoporos, rökare.

Relativa: abnormt smärtbeteende psykosocial instabilitet, psykiatrisk sjukdom, missbruk (alkohol, morfika). Bristande förståelse för resultat och behov för rehabilitering. Komorbiditet (lungor, kärl). Övervikt (BMI > 30), > 2 nivåer.

Inskrivning

Patienten kommer för inskrivning två veckor innan planerad operation. Läkare gör inskrivning av patienten. Narkosläkare gör en narkosbedömning. Patienten träffar sjukgymnast och blir informerad om träningsprogram samt restriktioner. Sjuksköterska presenterar avdelningen och informerar om vad som kommer att hända i samband med operationen. Patienten informeras om att inte ta NSAID 1 vecka innan operationen. Frågeformulär från Svensk Rygg ska utfyllas och lämnas till sköterskan.

Blodprover vid inskrivning

Hb, vita, MCV; EVF

SR, CRP

Elstatus och kreatinin

TSH på patienter med hypotyreos

PK och P-APT tid

Blodgruppering

EKG om patient > 60

Röntgen pulm vid kliniskt behov

Patienten kommer dagen innan operation (om nummer 1 till operation)

BAS-test ska tas när patienten kommer in. Patienten ska duscha med Descutan på kvällen och morgonen innan operationen. Det ska tas puls, blodtryck och temp.

Operationsdagen

Journal klar, patienten ska ha TED-strumpor och vara tvättad.

Ordinationer

Injektion Ekvacillin 2 g * 3 i.v (om pc-allergi injektion Dalacin 600 mg * 2 i.v.) första dygnet, KAD på operation. Laktulos 20 ml x 1, Laxoberal 10-15 dr x 1.

Operation

Bakre posterolateral fusion med autologt bentransplantat samt instrumentering (fixation med pedikelskruvar och stag). Operationen är ofta kombinerad med neural dekompression. Vid vissa tillstånd kan ibland endast bentransplant användas. Som bentransplant används avlägsnad kotbåge alternativt ben från övre bakre bäckenkanten (cristaben).

KOPIA

Operationskoder

Dekompression av lumbal rot ABC56
Bakre fusion med fixation NAG79
Autotransplantation av ben NAN09
Laminektomi ABC36

Efterbehandling

Mobiliseras till sittande och helst stående på postop. Max 90 graders höftflexion. Sårkontroll det första postoperativa dygnet och därefter vid behov eller misstänkt sårproblem. Drän aktivt 2 timmar och därefter passivt.

Kontroll av Hb och elstatus första postoperativa dagen, därefter vid behov. KAD dras första postoperativa dagen. Det är mycket viktigt att försäkra sig om att patienten kan kissa därefter.

Smärtlindring

Generellt ger ingreppet ibland ganska omfattade smärtor. Patienter där cristaben används har i allmänhet mer ont p.g.a. större friläggning. Det är viktigt att notera det preoperativa förbruket av morfinpreparat. Alla patienter får ett paracetamolpreparat 1 g x 4 (Panodil eller Alvedon 500 mg, 2*4). OxyContin 10 mg x 2 (om ej morfin preoperativt) + OxyNorm 5 mg vid behov. Droppar Laxoberal, 10 till natten. Eventuellt Betapred. Eventuellt Gabapentin. Eventuellt Dynastat i samråd med operatör.

Trombosprofylax

Lågmolekylärt heparin om immobiliserad > 24 timmar eller om riskfaktorer. TED-strumpor det första postoperativa dygnet.

Vårdtid och förlopp

I flesta fall 2 dygn postoperativt.

Dag 1

- VAS-kontroller var tredje timme, normalkost, vätskemätning.
 - Mobilisering sker första gången med hjälp av sjukgymnast, om tillgänglig på postop.
- Korsett vid mobilisering inte nödvändig om personal är närvarande.

Dag 2

- Röntgen om ordinerad, kontrollera att magen har kommit i gång, KAD ska avvecklas när patienten är mobiliserad.
- Mobilisering enligt ovan.
- Successiv mobilisering med hjälp av sjukgymnast.
- Får duscha stående utan korsett, ska alltid ha hjälp.
- Korsett vid mobilisering, valfritt i liggande.

KOPIA

Mobilisering

Sjukgymnasten mobiliserar patienten så snabbt patientens tillstånd tillåter.

Sjukgymnasten genomgår förflyttningsteknik och träningsprogram.

Patienten färdas via liggande transport vid behov och ska ha fjädrande korsett under 3 månader dagtid men valfritt nattetid.

1. 0-2 månader postoperativt: max 90 graders höftflexion, max 5 kg lyft, individuell bedömning angående bilkörning. Korsett vid uppegående, valfritt nattetid.
2. 2-6 månader postoperativt: inga tunga lyft, inte full flexion eller rotation i ländryggen.

Mottagningskontroll

1. 2-3 veckor postoperativt suturtagning samt träffa ryggsjukgymnast.
2. 2 månader postoperativt till operatören samt träffa sjukgymnast oavsett om det har använts cristagraft eller laminektomigraft. Även röntgen, AP och lateral, stående bilder.

Vidare återbesök efter behov, till exempel efter 6 månader med eller utan röntgen/DT.

Utskrivning

Utskrivs av läkare och medicin förbereds. Recept skrivs på värkmedicin.

Eventuellt sjukintyg (2-6 månader).

Det är operatören/avdelningsläkaren som bedömer behovet för intyg för liggande transport. Alternativ till liggande transport är halvliggande i framsätet i vanlig bil.