

PM

Rubrik: Spinal stenos, vårdprogram	
Enhet/förvaltning: Ortopedkliniken Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Vårdprogram/Rygg
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Anton Parushev, överläkare
Gemensamt med:	Version: 5.0
Godkänt datum: 2021-12-15	Nästa revidering: 2023-12-15

Diagnos och sjukdomar

- Central spinal stenos M48.0
- Rotkanalstenos M48.8

KOPIA

Orsaker

Lumbal spinal stenos är förträngningar av spinalkanalen. Spinal stenos kan vara kongenital (korta pediklar) eller på grund av utbuktande diskar, ligamentum flavum hypertrofi, facettledsosteofyter/hypertrofi. Lumbal spinal stenos ses ofta tillsammans med degenerativ spondylolistes. I de flesta fallen är det äldre patienter och alla har spondylos. Stenosen kan sitta centralt, i laterala recessen, foraminalt eller en kombination av dessa. I de flesta fall är stenosen lokaliserad till L4 – L5-nivån och/eller L3 – L4-nivån.

Symtom

Neurogen claudicatio, besvär från benen vid gång både i form av smärta (kramper), tilltagande svaghet och dålig styrrel i benen. Även värk i skinkan. Ofta fås smärtlindring vid framåtböjning. Symtomen är ofta smygande med successivt minskad gångsträcka över flera år. Symtomen kan ofta stabiliseras på viss nivå och även spontan förbättring förekommer hos 20 – 30 % av patienterna. Patienterna kan ha problem med gång men inte med att cykla. Symtombilden kan vara mycket varierande. Vid rotkanalstenos (foraminal) ischiasliknande besvär.

Differentialdiagnos

- Arteriell insufficiens (claudicatio intermittens), drabbar oftast äldre människor
- Artros i höft och knä
- Perifer neuropati

Klinisk undersökning

Ofta ospecifika fynd vid lumbal spinal stenos, till exempel utslätad lumbal lordos och nedsatt rörlighet i extension. Ofta är den neurologiska undersökningen normal. Det är viktigt att komma ihåg att undersöka patienten med hänsyn till differentialdiagnoser (artros i höft, knä och arteriell insufficiens).

Röntgendiagnostik

- Röntgen ländryggrad AP och lateral
- MR-ländryggrad
- Om kontraindikation till MR ska DT-myelografi utföras

Indikation för operation

Utebliven effekt av konservativ behandling (sjukgymnastik, **Gabapentin-behandling**).
Reducerad gångsträcka till något hundratal meter eller mindre och/eller patienten får en invalidiserande bensmärta/bensvaghet vid gång. Patienten ska ha förståelse för resultat och behov för rehabilitering.

Kontraindikation till operation är pågående infektion samt grav komorbiditet från hjärta och/eller lungor, grav övervikt samt rökning.

KOPIA

Inskrivning

Patienten kommer för inskrivning cirka 2 veckor innan planerad operation. Läkare gör inskrivning av patienten. Narkosläkare gör en narkosbedömning. Patienten träffar sjukgymnast och blir informerad om träningsprogram samt restriktioner. Sjuksköterska informerar om vad som kommer att hända i samband med operationen. Patienten informeras av läkaren om att inte ta NSAID 1 vecka innan operationen.

Blodförtunnande medicinering måste sättas ut enligt rekommendation från AK-mottagningen. Gyn hormonellbehandling måste justeras efter telefonkonsult med gynjouren. Frågeformulär från Svensk Rygg ska fyllas i och lämnas till sköterskan.

Blodprover vid inskrivning

- Hb, vita, MCV; EVF
- SR, CRP
- Elstatus och kreatinin
- TSH på patienter med hypotyreos
- Blodgruppering
- EKG om patient >60
- Röntgen pulm vid kliniskt behov

Preoperativt

Patienten kommer till avdelningen kvällen innan operationen alternativt på operationsdagen.

BAS-test ska tas vid inläggningen.

Patienten ska dubbelduscha med Descutan x 3 inför operation på förmiddagen och på kvällen dagen före operation och på morgonen innan operationen.

Bladderscan tas efter att patienten kissat.

NEWS-kontroller tas på operationsdagen och patienten får läkemedel som anestesi ordinerat.

Ordinationer

Premedicinering enligt narkosordination, injektion Ekvacillin 2 g x 3 intravenöst (om pc-allergi injektion Dalacin 600 mg x 3 intravenöst), eventuell KAD på operation efter ordination av operatören.

Operation

I de flesta fall dekompression via laminektomi eller fenestrering. X-stop används ibland till patienter som förbättras vid framåtböjning. Operationen har till syfte att förbättra gångförmågan och reducera bensmärthan.

Operationskoder

- Dekompression av lumbal rot: ABC56 eller ABC36
- Annan dekompressiv operation: ABC99 (vid X-stop)

Smärtlindring

Preoperativt:

- Paracetamol 1 gram, peroralt.
- OxyContin 10 mg, 1 gång.

KOPIA

Peroperativt:

- Narop (LIA) 7,5 mg/ml i mjukdelarna runt operationssåret i slutet av operationen.
- Injektion Dynastat 40 mg intravenöst 30 minuter innan operationssnitt (beroende på njurfunktion – GFR >60, andra kontraindikationer för NSAID) efter ordination av operatören.

Postoperativt:

- Paracetamol 500 mg, 2 tabletter 3 – 4 gånger dagligen.
- OxyContin 5 mg, 1 x 2.
- OxyNorm 5 mg, vid behov.
- Forlax, 1 påse x 1.

Alternativt som försök att minska opioddosen:

- Dynastat 40 mg intravenöst (beroende på njurfunktion – GFR >60, andra kontraindikationer för NSAID) efter ordination av operatören, minst 24 timmar efter första dosen. Om Dynastat är ordinerat av operatören ska kreatinin tas dagen efter operation.
- Alvedon 500 mg, 2 x 3.
- OxyNorm 5 mg, vid behov. Max 4 stycken per dygn.

Trombosprofylax

Enligt operatör.

Postoperativt

NEWS-kontroller x 3 första operationsdygnet. Observation av blödning i förband och dränageproduktion (om patienten har dränage). Kontrollera känsel och rörelseförmåga i båda benen 1 timme efter man släppt dränagets läge från aktivt till passivt. Drän dras den första postoperativa dagen.

Kontrollera att vattenkastningen fungerar, tappa vid behov. Blåsmängd kontrolleras med bladderscan om patienten inte har kissat senast 4 timmar efter operationens slut.

Bladderscan-kontroller görs efter miktions tills man har 2 stycken kontroller efter varandra med <200 ml. Blåsmängden ska inte överstiga 400 ml.

Om patienten har KAD dras den första postoperativa dagen på morgonen om inte annat är ordinerat av operatören. Det är viktigt att försäkra sig om att patienten kan kissa när KAD är dragen, bladderscan-kontroller görs efter miktions, se ovan.

Regelbunden VAS-mätning.

Fri mobilisering, omedelbar mobilisering under övervakning av sjukgymnast eller avdelningspersonal. Mobilisering kan i början föregå med hjälp av gåstol med successiv övergång till kryckor.

Vårdtiden är i de flesta fall 1 – 2 dagar men det är relaterat till patientens habitus samt antal dekomprimerade nivåer.

Återbesök

- Till distriktssköterskan 2 veckor postoperativt för suturtagning.
- Återbesök till sjukgymnast och till operatören efter 6 veckor.

Sjukskrivning

2 – 3 månader beroende på arbetsuppgifter.

KOPIA