

Upprättare: Eva M Almén Åström

Cauda equina syndrom handläggning och behandling vid misstänkt cauda equina syndrom VO Ortopedi vårdprogram

Innehåll

Syfte och omfattning	1
Allmänt.....	1
K-CES karakteriseras av:	2
I-CES karakteriseras av:	2
Beskrivning	2
Kliniska fynd och utredning	2
Objektiva fynd:	2
Diagnos:	3
Radiologi:	3
Undersökning:	3
Behandling	3
"Timing" av kirurgisk behandling	3
Prognos och uppföljning	4
Dokumentinformation	4
Referenser	4

Syfte och omfattning

Att säkra korrekt initial handläggning och behandling vid misstänkt cauda equina syndrom.

Allmänt

Cauda equina-syndrom (CES) orsakas av att de lumbala nervrötterna, oftast i de nedre segmenten i ländryggen (*cauda equina*), utsätts för en uttalad kompression som kan leda till att blås- tarm- och sexualfunktionen påverkas och i värsta fall slås ut. Den vanligaste förklaringen är ett stort diskbräck (oftast centralt) men det kan också bero på andra mer sällsynta orsaker, t ex:

Epiduralblödning postoperativt eller efter en punktion

Infektion

Tumör (primär eller metastas)

Diskbräck i samband med spinal stenos eller efter manipulation av ländryggen (se Rutin om diskbräck)

Syndromet kan uppstå antingen akut inom några timmar, oftast p g a ett akut diskbräck, eller successivt under dagar/veckor, exempelvis vid stenos.

Cauda equina syndrom karakteriseras av så kallade "red flags" symptom.

☐ Svår lumbal smärta

☐ Ischias, ofta bilateral eller plötsligt upphörande av smärtor

- ☐ Störning av sensorik i ridbyxeområdet och anogenitalregionen
- ☐ Blås, tarm och sexuell dysfunktion
- ☐ Progredierande pares, ofta bilateral

Lumbal smärta och ischias är ett vanligt tillstånd men vid presentation av en bilateral ischialgi kräver detta omedelbar uppmärksamhet och handläggning, särskilt i de fall den uppstår samtidigt som någon av de övriga "red flags" symptomen.

Cauda equina syndrom delas upp i inkomplett cauda equina syndrom (I-CES) och komplett cauda equina syndrom (K-CES).

K-CES karakteriseras av:

- ☐ Icke smärtsam urinretention och överflödesinkontinens
- ☐ Förlust av blåskontroll
- ☐ Extensiv eller komplett förlust av sensorik i ridbyxeområdet och anogenitalregionen
- ☐ Känner ej blåsfyllnad

I-CES karakteriseras av:

- ☐ **Partiell eller unilateral nedsatt sensorik i ridbyxeområdet och anogenitalregionen** (Detta är ett tidigt tecken som är viktigt att uppmärksamma)
- ☐ Förändrad upplevelse vid miktion så som nedsatt känsla av att behöva kissa, svag stråle vid miktion, nedsatt behov av blåstömning, behov av att använda bukpressen för att kunna kissa
- ☐ Känsla av blåsfyllnad är intakt

Litteraturen säger att det finns ett signifikant bättre utfall om man utför kirurgisk dekompression under 48 h efter debut av CES. Vid tidpunkten för kirurgi har I-CES en bättre prognos än K-CES. Den generella uppfattningen är att kirurgisk dekompression skall utföras snarast möjligt då väntan endast kan förvärra prognosen för neurologisk återhämtning och att indikationen för kirurgisk dekompression vid I-CES är mer akut då man vill hindra progress till K-CES.

Beskrivning

Kliniska fynd och utredning**Objektiva fynd:**

- ☐ Bilateral positiv Lasegue och Bragard (dorsalflexion av fot)
- ☐ Ingen/nedsatt sfinkter tonus
- ☐ Residual urin efter försök på blåstömning
- ☐ Nedsatt eller upphävd känsel i ridbyxeområdet
- ☐ Progress av hyporeflexi, pareser, och känselstörning
- ☐ Upphävd/nedsatt ano- kutan reflex

Diagnos:

Misstanke om K-CES och I-CES är klinisk. Vid osäkerhet konsultera mer erfaren kollega.

Radiologi:

- ☐ Akut MR scanning, inom 6-12 timmar Vid MR remiss skall det framgå att man ställt klinisk diagnos CES. Rekvirera akut svar och kontakt från jourhavande radiolog när MR undersökning är färdig.
- ☐ På jourtid/helger och nätter ska ortopedbakjour kontakta röntgenjour. Röntgenjouren undersöker möjligheten till att utföra undersökning under helgen, till exempel kanske jourhavande sköterska är MR-kunnig på röntgen. Tolkning kan kanske lösas av bakjour eller kanske via UAS ryggjour/neuroradiolog.
- ☐ Det kan också bli så att vissa fall måste till UAS och vid dessa tillfällen är det så att remitterande bakjour tar kontakt med UAS röntgenjour.

Undersökning:

- ☐ Akut prover (blodstatus, EL-status, infektionsstatus, blodgruppering samt BAS test)
- ☐ Bladderscanning. Upprepad bladderscanning efter försök till miktation. Vid residualurin anläggs blåskateter

Behandling

- ☐ Vid smärtproblematik ges passande analgetika, om ej kontraindicerat, i form av paracetamol, NSAID, opioider.
- ☐ Upprepad kliniskt status för att bedöma eventuell progress av neurologiska bortfall. Vid svår smärta kan undersökning efter smärtlindring vara av värde vid svårvärderat neurologstatus (t.ex vid svårigheter med vattenkastning men inga andra övertygande symptom på CES). Detta skall journalföras i Melior.
- ☐ Blåskateter
- ☐ Vid klinisk misstänkt CES diagnos hålls patienten fastande inför eventuell kirurgisk behandling.

Vid konfirmerad diagnos K-CES/I-CES föreligger akut operationsindikation inom 12-24 tim. Vid bekräftad diagnos efter MR scanning tas kontakt till jourhavande ryggkirurg på UAS om kompetens saknas på ortopedkliniken. Här bestäms vidare behandlingsstrategi. Patienten skall läggas in på vårdavdelning.

"Timing" av kirurgisk behandling

En kontrovers har under många år varit "timingen" av kirurgin, d v s hur akut måste man operera. Många anser att akutoperation nattetid med kanske mindre erfaren personal inte är optimalt utan att man i så fall bör vänta till första operationstid dagtid.

Sannolikt är behovet av ett akut ingrepp större vid I-CES-I än vid ett komplett CES med avseende på neurologisk restitution, men grundregeln idag anses ändå vara att man oavsett vilket bör operera så snart som möjligt och med rätt kompetens.

Prognos och uppföljning

Nästan hälften av alla patienter som opererats för CES har kvarstående problem med påverkan i det dagliga livet.

Uppföljning av neurologisk restitution bör således ske under lång tid efter operation och ofta behövs även annan hjälp, t ex psykolog och uroterapeut.

Bensmärtnan försvinner till stor del oftast direkt eller kort tid efter kirurgin.

Sjukskrivningens längd är framför allt beroende av patientens neurologiska och psykiska tillstånd

Dokumentinformation

Utarbetat av sektion Rygg VO Ortopedi

Referenser

Fraser S, Roberts JS, Murphy E. Cauda equina syndrome: a literature review of its definition and clinical presentation. Arch Phys Med Rehabil 2009, 90(11):1964-968

Podnar S. Epidemiology of cauda equina, conus medullaris lesions. Muscle Nerv 2007, 35:529-531

Gardner A, Gardner E, Morley T. Cauda equina syndrome: a review of the current clinical and medico-legal position. Eur Spine J 2011, 20:690-697

Uff CE. Cauda equina syndrome. Urinary retention. BMJ. 2009;338(b1727)

Ahn UM, Ahn NU, Buchowski JM, Garrett ES, Sieber AN, Kostuik JP. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. Spine 2000, 25(12):1515-1522

Kohles SS, Kohles DA, Karp AP, Erlich VM, Polissar NL. Time-dependent surgical outcomes following cauda equina syndrome diagnosis - Comment on a meta-analysis. Eur Spine J 2011, 20:690-697

Srikandarajah N, Boissaud-Cooke MA, Clark S, Wilby MJ. Does early decompression in cauda equina syndrome improve bladder function. Spine 2015, Apr 15;40(8):580-583

Korse NS, Jacobs WCH, Elzevier HW, Vlegger-Lankamp CLAM. Complaints of micturition, defecation and sexual function in cauda equina syndrome due to lumbar disc herniation: a systemic review. Eur Spine J 2013, 22:1019-1029

Otto Sneppen, Cody Bünger, Ivan Hvid, Kjeld Søballe. Ortopaedisk kirurgi 7. udgave. FADL's forlag 2010

Coscia M, Leipzig T, Cooper D (1994) Acute cauda equina syndrome: diagnostic advantage of MRI. Spine 19:475-478

Meta-analysis by Ahn et al. (2000 Spine 25(12):1515-1522

Beskrivning

5(5)

Dokumentnamn: Cauda equina syndrom handläggning och behandling vid misstänkt cauda equina syndrom VO Ortopedi vårdprogram

Dokument ID: 09-257756

Giltigt t.o.m.: 2022-05-28

Revisionsnr: 3

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet