

Utred och ställ diagnos

Symtom

De vanligaste symtomen på diskbräck är

- smärta i ländryggen (oftast i de två nedersta diskarna, mellan kotorna L4–L5 och L5–S1)
- smärtutstrålning (ischias) i ett ben.

Diskbräck kan förekomma i alla åldrar, men medelåldern för symtomgivande diskbräck är strax över 40 år.

Asymtomatiska diskbräck är vanliga och ökar med åldern. Cirka en tredjedel av den friska befolkningen har ett asymtomatiskt diskbräck. Därmed måste du bedöma patientens vårdbehov utifrån flera perspektiv, och inte bara utgå från vad MR-undersökningen visar.

Status

Undersök patientens status genom att

- göra ett Lasègue-test (även kallat SLR, Straight leg raise)
- undersöka med MR.

Ett positivt Lasègue-test är starkt korrelerat till förekomsten av diskbräck, särskilt så kallad positivt korsad Lasègue.

MR är alltid förstahandsvalet som bildundersökning. Om patienten har kontraindikationer för MR kan du undersöka med datortomograf i stället. Det gäller även vid oklara anatomiska förhållanden.

Du behöver dock inte undersöka med MR om patienten har typiska besvär för diskbräck och förbättras kontinuerligt.

Andra kliniska fynd som talar för diskbräck är ensidig bensmärta motsvarande dermatom kombinerat med lumbal rörelseinskränkning.

- allvarliga smärtor som inte kan behandlas eller som inte har förbättrats på 6 veckor, trots behandling
- minst en röd flagga (patologi som kräver särskild uppmärksamhet och ibland omedelbart omhändertagande, inklusive bildtagning).

Röda flaggor:

- successivt ökande, konstant svår värk och nattlig värk
- förändrade eller nytillkomna ryggsymtom
- längre duration än 2–3 månader
- nydebuterad ryggsmärta före 18 och efter 55 års ålder
- misstanke om infektion eller inflammatorisk ryggsjukdom
- nytillkommen svårighet att kontrollera tarm eller blåsa
- nytillkommen nedsatt känsel på insidan av låren, kring ändtarmen eller könsorganen
- plötsligt påkommen sexuell dysfunktion.

Gör MR akut eller tidigare än vanligt om symtomen är svåra

- Gör MR akut om patienten har outhärdlig smärta, symtom på Cauda equina-syndrom eller någon av de andra röda flaggorna.
- Gör MR tidigare än vanligt om symtomen förvärras eller om smärtan har blivit outhärdlig.

Under kontorstid finns det många MR tillgängliga i Stockholm.

Alternativ för patienter som inte kan undersökas med MR

För patienter som inte kan undersökas med MR är datortomografi ofta ett tillräckligt alternativ. Det gäller främst

- patienter med pacemaker, neuroelektroder eller vissa intrakraniella aneurysmklämmor
- patienter som är mycket överviktiga och som därmed inte kommer in i en vanlig magnetkamera.

Myelografi och **DT-myelografi** är oftast ett alternativ till MR-undersökning. Myelografi är dock en invasiv undersökning som bara ska användas på patienter med starka kontraindikationer för MR (till exempel pacemaker). Dessa fall ska du planera i samråd med ryggspecialist och radiolog.

När MR-undersökningens resultat är otydliga

Om MR-undersökningens resultat och patientens symtom är otydliga kan du gå vidare på två sätt:

- För att kunna ställa diagnos och utesluta diskbråck kan du göra en **neurofysiologisk utredning**. Utredningen inkluderar **elektromyografi (EMG)** samt **elektroneurografi (EneG)**. Om du överväger neurofysiologisk diagnostik är patienten vanligtvis inte aktuell för operation.
- Om du överväger operation trots att de radikulära smärtorna inte korrelerar tydligt med de anatomiska fynden vid MR, kan du utföra en **diagnostisk nervrotsblockad** som smärtutredning. Låt dock först en radiolog bedöma patienten, eftersom det bara finns svaga bevis för att metoden är värdefull.

Differentialdiagnoser

Cauda equina-syndrom

Cauda equina-syndromet gör att nervrötterna i ländryggen kläms åt, vilket hotar förmågan att tömma blåsa och tarm.

Symtom på Cauda equina-syndrom:

- bilateral ischias
- domningar och nedsatt känsel i underlivet.

Undersök patienten akut om du misstänker Cauda equina-syndrom.

- Gör rektalundersökning, mätning av residualurin och MR. Om kontraindikation finns för MR ska du i första hand göra datortomografi.
- Se till att ansvarig kliniker följer upp utredningens resultat akut.
- Kontakta ryggyjour på Karolinska universitetssjukhuset, som finns tillgänglig dygnet runt.

- patienter med Cauda equina-syndrom
- patienter som har så svår smärta att de inte kan smärtlindras, trots att de ligger inne på vårdavdelning.

Dessa patienter bör i stället opereras så fort som möjligt. Patienter som inte förbättras inom 2–3 månader bör också opereras.

Icke-kirurgisk behandling – smärtlindring

Den icke-kirurgiska behandlingen av diskbräck består av

- spontanläkning
- smärtlindring med läkemedel
- egenvård
- patientinformation om tillståndet och den gynnsamma prognosen
- fysioterapi.

Den här behandlingen medför att cirka 80 procent av patienterna förbättras inom 8 veckor. Så många som 90–95 procent av patienterna upplever sig återställda inom ett år utan operation.

Smärtlindra i första hand med

- Paracetamol
- Coxhämmare.

Om patienten har svår nervsmärta kan du även skriva ut preparat mot neuropatisk smärta. Du bör undvika att ge patienten opioider.

Kirurgisk behandling – operation

Om tillståndet inte förbättras rekommenderas operation inom 2–3 månader. Studier visar att patienter som behandlas kirurgiskt får en snabbare effekt på bensmärta och kan återgå till normal aktivitet fortare.

Vissa patienter bör opereras så fort som möjligt. Det gäller om patienten har något av följande:

Börja med att ge patienten information om operationen. Du fattar sedan beslut om operation gemensamt med den informerade patienten. Beslutet ska baseras på graden av funktionsnedsättning och patientens smärtupplevelse.

[Patientinformation om diskbråck och operation \(1177.se\)](#) 

Operera genom öppen kirurgi i första hand

Öppen kirurgi är förstahandsvalet för att avlägsna diskbråck kirurgiskt. Detta kan du göra i mikroskop eller konventionellt med eller utan lupp. Patienten är sövd under operationen, men flertalet av diskbråcksoperationerna i Stockholm kan ändå göras som dagkirurgi.

Patienten får röra sig fritt efter operationen. Patienten får ett träningsprogram av en fysioterapeut innan hemgång och besöker därefter endast fysioterapeuten vid behov.

Operera patienter med Cauda equina-syndrom akut

Patienter med Cauda equina-syndrom ska du handlägga akut. Operera så skyndsamt som möjligt – helst inom 48 timmar från debuten. Det är ingen skarp tidsgräns, men en så tidig dekompression av nervstrukturerna som möjligt är bra för nervernas återhämtande.

Även om patienten har sökt vård sent och haft tillståndet under flera dagar ska du operera patienten skyndsamt, eftersom det ändå finns god chans till förbättring. Om patienten kommer in sent på kvällen ska du dock bara operera nattetid om förutsättningarna är de rätta. Patienter som inte kan opereras nattetid bör du alltid göra preoperativt klara och planera in som första operation på operationssal efterföljande dag.

Inför operationen

Alla patienter som ska opereras bör informeras om att alkohol och tobaksrökning kan påverka organen och viktiga funktioner i kroppen, och att det finns god kunskap om att komplikationsrisken är förhöjd vid riskbruk av alkohol.

- **Personer med riskbruk** bör erbjudas rådgivande samtal och rekommenderas alkoholuppehåll under minst fyra veckor före operation och en tid efter.

[Patientinformation Rökfri och alkoholfri operation \(pdf\)](#) 

[Personalinformation Rökfri och alkoholfri operation \(pdf\)](#) 

Mät depression och nedstämdhet

Psykosocial belastning och nedstämdhet påverkar utfallet av en diskbräcksoperation. Därför bör du mäta eventuell depression och nedstämdhet hos patienter som kan behöva opereras. Använd både skalan HAD (Hospital Anxiety and Depression) och Zung depression scale.

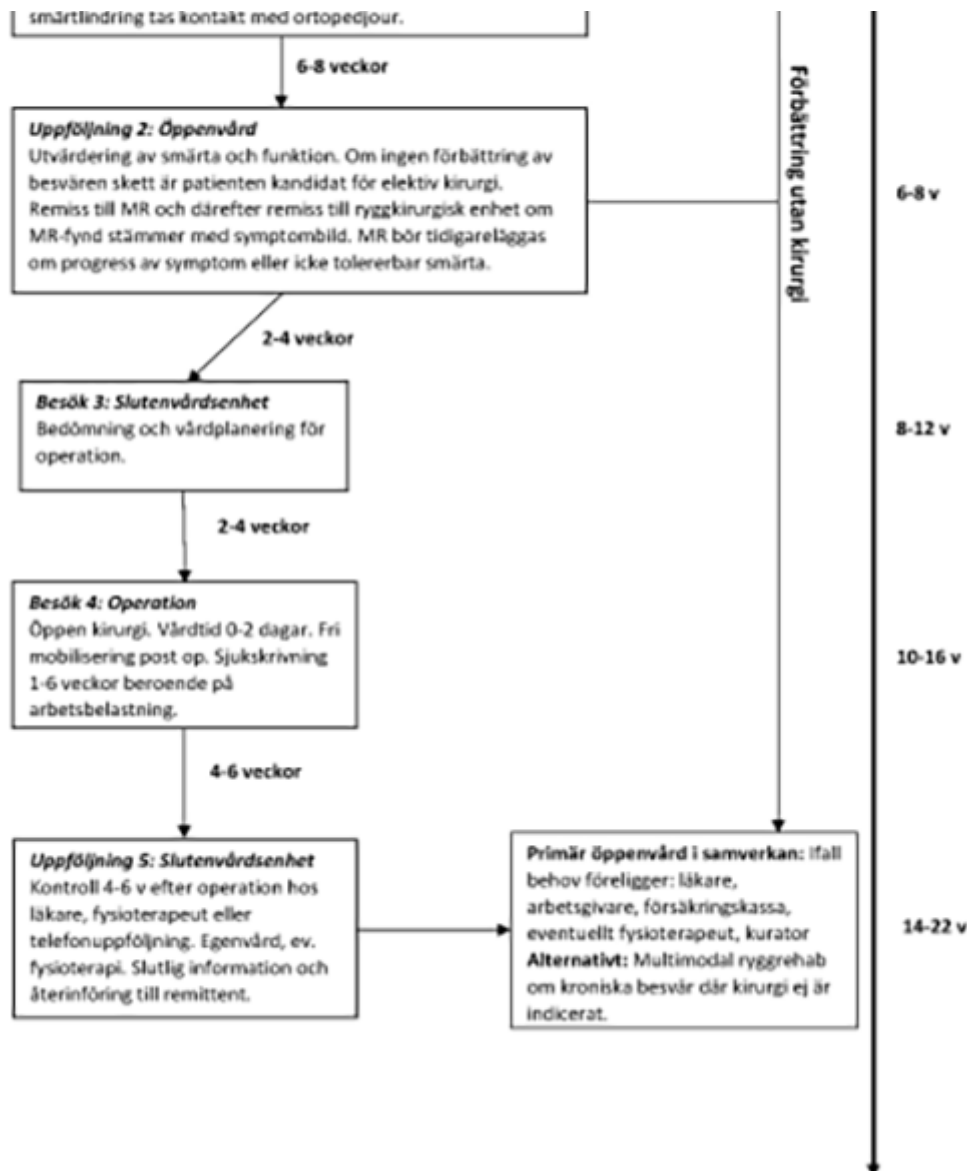
[HAD – skala för självskattning \(viss.nu\)](#) 

[HAD - tolkningsmall \(viss.nu\)](#) 

[SDS - Zung Self-Rating Depression Scale \(psychology-tools.com\)](#) 

Tidsförlopp för omhändertagandet

Här kan du se det rekommenderade tidsförloppet för omhändertagandet.



Följ upp

Följ upp patienter som har opererats.

Den viktigaste faktorn för ett gott resultat av en operation är att patienten har fått rätt diagnos, så att hen har korrekt indikation för operation. Komplikationsfrekvensen varierar mellan patientgrupper och är från 2,7 procent upp till 9,1 procent.

På Swespine kan du registrera operationer och uppföljningar. Du loggar in med SITHS eller mobilt bank-id.

[Inloggning \(medscinet.com\)](https://medscinet.com) 

återbesök racker.

I samband med återbesöket ska den inremitterande instansen få följande information om patienten:

- ingreppet som är utfört på patienten
- eventuella komplikationer
- rekommendationer om fortsatt behandling och rehabilitering.

Dåligt resultat eller komplikationer

Om operationen gav ett dåligt resultat bör den opererande instansen följa upp patienten ytterligare. Det gäller också om det har uppstått komplikationer. Vid behov bör patienten bli erbjuden rehabiliterande fysioterapi och träning.

Cauda equina-syndrom

För patienter med Cauda equina-syndrom blir utfallet sällan lika bra som för andra patienter. Dessa patienter bör erbjudas 2–3 återbesök. Det behövs för att informera patienten om sjukdomen och hur det är att leva med den. Patienten kan även behöva kontakt med en uroterapeut och rehabiliteringsinstanser.

Relaterad information

[Patientinformation om diskbråck \(1177.se\)](https://www.1177.se) 

[Lumbago-ischias \(viss.nu\)](https://www.viss.nu) 

Om innehållet

Innehållet är framtaget i nära samråd med regionens sakkunniga.

Publicerat: 1 december 2021

