

| | | | |
|---|-------------------------|------------------------------|--------------|
| Doknr. i Barium 16266 | Dokumentserie su/med | Giltigt fr o m 2021-08-10 | Version 6 |
| RUTIN Cauda equina syndrom - handläggning och behandling vid misstänkt cauda equina syndrom | | | |
| Innehållsansvarig: Claes Olsen, Specialistläkare, Läkare ortopedi (claol8) Godkänd av: Anna Nilsson, Verksamhetschef, Verksamhetsgemensamt (annni155) Denna rutin gäller för: Verksamhet Ortopedi | | | |

Revisionshistorik

Reviderad 191101 – ny verksamhetschef Ortopedi samt när revidering ska göras.

Syfte

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

Ansvar

Anna Nilsson, verksamhetschef Ortopeden SU

Bakgrund

Cauda equina syndrom (CES) är ett akut tillstånd som kräver akut utredning och handläggning.

CES är ett ovanligt tillstånd. Orsaken är vanligtvis ett större diskbråck beläget lågt i columna vertebralis. (1). Differential diagnoser som upphov till CES kan vara epiduralt hematoma, infektion, spinal stenos, primära neoplasmer, metastaser eller traumatisk betingad (1,2).

Cauda equina syndrom karakteriseras av s.k "red flags" symptom (1).

- Svår lumbal smärta
- Ischias, ofta bilateral eller plötsligt upphör 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:

- Förändrad upplevelse vid miktions så som nedsatt känsla av att behöva kissa, svag stråle vid miktions, nedsatt behov av blåstömning, behov av att använda bukpressen för att kunna kissa
- Partiell eller unilateral nedsatt sensorik i ridbyxeområdet och anogenitalregionen
- Känsla av blåsfyllnad är intakt

I kliniken kan man således möta olika kombinationer av I-CES och K-CES tillsammans med de övriga "red flags" symptomen. Då tillståndet är en syndrombild behöver inte alla de så kallade "red flags" symptomen vara framträdande.

Akut MR scanning är förstahandsvalet vid identifikation av orsak till CES (3).

Litteraturen säger att det finns ett signifikant bättre utfall om man utför kirurgisk dekompression under

| | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------|
| Doknr. i Barium 16266 | Giltigt fr.o.m 2021-08-10 | Version 6 |
|--------------------------|------------------------------|--------------|

RUTIN

Cauda equina syndrom - handläggning och behandling vid misstänkt cauda equina syndrom

48 h efter debut av CES. Vid tidpunkten för kirurgi har I-CES en bättre prognos än K-CES (1,4). 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.

Arbetsbeskrivning

Anamnes: se ovan

Triage: orange (tillsyn var 20:e minut).

Klinisk undersökning

Objektiva fynd:

- Bilateral positiv Lasegue och Bragard (dorsalflexion av fot)
- Ingen/nedsatt sphincter 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 tim. 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.
- Akut MR kan utföras vardagar på kontorstid på Mölndals sjukhus (kontakt skall tas till jourhavande radiolog). På de övriga tidpunkter utförs MR scanning på Sahlgrenska sjukhuset, detta föranlett av kontakt till jourhavande ryggkirurg.

Undersökning:

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

Intervention:

- Vid smärtproblematik ges passande analgetika, om ej kontraindicerat, i form av paracetamol, NSAID, opioider.
- Upprepat kliniskt status för att bedömma 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 Sahlgrenska sjukhuset. Här bestäms vidare behandlingsstrategi. Patienten skall läggas in på vårdavdelning.

| Doknr. i Barium | Giltigt fr.o.m | Version |
|-----------------|----------------|---------|
| 16266 | 2021-08-10 | 6 |

RUTIN

Cauda equina syndrom - handläggning och behandling vid misstänkt cauda equina syndrom

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen på ortopedkliniken SU. Avsteg från medicinsk vårdrutin gällande patient dokumenteras i Melior övriga avvikelser från rutin rapporteras i Medcontrol Pro. Revidering av rutin ska ske minst vartannat år samt vid behov.

Kunskapsöversikt

- Alan Gardner, Edward Gardner, Tim Morley. Cauda equina syndrome: a review of the current clinical and medico-legal position. Eur Spine J (2011) 20:690-697
- 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

Granskare/arbetsgrupp

Helena Brisby Professor Ortopedi