

Innehållsansvarig: Håkan Strömblad, Överläkare, Läkare Ortopedi Skövde (hakst2)

Granskad av: Helena Benjaminsson, Processchef, Läkare Ortopedi Skövde (helbe36)

Godkänd av: Henrik Hjulström, Verksamhetschef, Ledningsgrupp K4 (henhj3)

Publicerad av: K4 Ortopedi

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet

Syfte

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

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 diskbräck beläget lågt i columna vertebralis (1). Differentialdiagnoser som upphov till CES kan vara epiduralt hematom, infektion, spinal stenosis, 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 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:

- Förändrad upplevelse vid miktionsåtgärd så som nedsatt känsla av att behöva kissa, svag stråle vid miktionsåtgärd, 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 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 Lasègue och Bragard (dorsalflexion av fot)
- Ingen/nedsatt sfinktertonus
- Residualurin efter försök på blåstömning
- Nedsatt eller upphävd känsel i ridbyxeområdet samt perianalt.
- Progress av hyporeflexi, pareser, och känselstörning
- Upphävd/nedsatt anokutan 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 akutsvar och kontakt från jourhavande radiolog när MR-undersökningen är färdig.
- Akut MR kan utföras vardagar på kontorstid på Skaraborgs sjukhus i Skövde. På övriga tidpunkter utförs MR-scanning på Sahlgrenska sjukhuset, detta föregått av kontakt med jourhavande ryggkirurg på Sahlgrenska.

Undersökning:

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

Intervention:

- patienter med misstänkt CES inläggs i väntan på vidare utredning med MR.
- Vid smärtproblematik ges passande analgetika, om ej kontraindicerat, i form av paracetamol, coxiber, opioider.
- Kliniska fynd av nedsatt sfinktertonus, nedsatt perianal sensibilitet och upphävd anokutan reflex ska alltid föranleda beslut om akut MR scanning.
- Beslut om när upprepat kliniskt status för att bedöma eventuell progress av neurologiska bortfall ska utföras fattas och dokumenteras i journalen. 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.
- Ev. blåskateter
- Vid klinisk misstänkt CES diagnos hålls patienten fastande inför eventuell kirurgisk behandling.

Vid konfirmerad diagnos K-CES/l-CES föreligger akut operationsindikation inom 12-24 tim. Vid bekräftad diagnos efter MR scanning tas kontakt med bakjouren och ev. kontakt tas med jourhavande ryggkirurg på Sahlgrenska sjukhuset. Här bestäms vidare behandlingsstrategi. Patienten skall läggas in på vårdavdelning.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen på ortopedkliniken SkaS i samråd med processchefen på ortopedkliniken SkaS. Avsteg från medicinsk vådrutin dokumenteras i Melior. Följande formulering kan användas "avvikelse från rutin hanteras i Medcontrol Pro".

Käll- och litteraturförteckning

- 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

Arbetsgrupp

Håkan Strömblad, överläkare och Helena Benjaminsson, processchef.