

Ont i nacke och rygg

Olle Svensson, Ortopediska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Håkan Ödling, Hälsocentralen, Holmsund

Inledning

Denna sammanfattning bygger på SBU-rapporten Ont i ryggen, ont i nacken (1). Den innefattar inte flertalet ospecifika ryggstillstånd som är vanliga i primärvården.

Akut smärta är en fysiologisk vital varningssignal. Avsaknad av smärtupplevelse, som t ex vid diabetesneuropati, kan ge svåra skador på rörelseapparaten. Kronisk smärta, däremot, förefaller inte ha någon rimlig fysiologisk roll. Ryggsmärtor i någon form drabbar nästan alla. Oftast är de övergående och kan sällan hänföras till någon säker orsak. De vanligaste tillstånden är egentligen inga diagnoser utan snarare symtom eller syndrom.

Det finns ett hundratal olika differentialdiagnoser till ryggsmärtor, men i klinisk praxis är det få patienter som får en säkerställd diagnos. I SBU-rapporten framgår att det finns endast undantagsvis finns underlag för att uttala sig om nytta och kostnadseffektivitet (se Tabell 3, s 789).

Vad gäller faktorer för ospecifika ryggsmärtor, så är det svårt att fastställa samband. Incidensen av ryggsmärtor varierar med åldern. Den starkaste statistiska riskfaktorn för att få ryggont är tidigare ryggbesvär.

Betydelse

Punktprevalensen för ländryggsmärta brukar anges till ca 15%, motsvarande värden för 1-månadsprevalens och livstidspreva-

Den enda interventionen med säker preventiv effekt är fysisk träning.

lens är 19 respektive 60%. Punktprevalensen för nacksmärta är ca 10–20%, livstidsprevalensen är ca 70%. Diagnostiken är svårare än för ländryggen, och ofta för man ihop nacke-axlar till en anatomisk enhet i epidemiologiska studier.

Samhällskostnaderna för ryggsmärtor är enorma – större delen för sjukskrivning och förtidspension. Inte ens en tiondel faller på vård och behandling.

Kostnadseffektiviteten och nyttan är ökad för många behandlingsmetoder – inklusive de kirurgiska. Många behandlingar görs utan någon vetenskaplig evidens för deras nytta – en del trots att det finns evidens för att de inte gör någon nytta.

Primärvårdens roll

Primärvårdens roll är central när det gäller omhändertagande av patienter med ryggbesvär. Dels för att merparten av patienter med dessa åkomor söker sig dit, dels för att ett allmänmedicinskt förhållningssätt med möjlighet till kontinuitet är en viktig förutsättning för att, i förekommande fall, undvika onödig utredning och behandling.

Handläggningen bygger till största delen på anamnes och klinisk undersökning. Nästan alla patienter mår bäst av tidig aktivering, med undvikande av onödig behandling.

I en undersökning av primärvårdspatienter med rygg-/bensmärta fann man efter 4 veckor följande diagnospanorama:

- Diskbräck 4%
- Spinal stenos 4%
- Kompressionsfraktur 4%
- Skelettumör/metastas eller infektion 1%
- Sjukdom i inre organ < 1%

Oftast finns det anamnestiska och fysikaliska tecken som indicerar en specifik genes. Oftast finns det anamnestiska och fysikaliska tecken som indicerar en specifik genes. Vid den kliniska bedömningen är det därför särskilt viktigt att vara observant på ”röda flaggor”, varningstecken som kan kräva speciella insatser (se Faktaruta 2, s 784). Den kliniska bedömningen är därför viktigare än något annat.

Smärta

Smärta är ett symptom – inte en diagnos eller en sjukdom. Det går inte att direkt mäta smärtan, skattningen grundar sig alltid på patientens egen beskrivning. Smärta kan orsakas av t ex vävnadsskador, inflammation, ischemi och genom funktionella muskulära förändringar. Se Huvudtyper av smärta i kapitlet Smärtbehandling, s 793. Ofta vet man inte vad som orsakar smärta i det enskilda fallet.

En rad samverkande mekanismer i centrala nervsystemet spelar en roll vid kroniska smärttillstånd så att även icke nociceptiva stimuli kan uppfattas som smärta. Betydelsen av central sensitisering och nedsatt smärtinhibition vid kronisk smärta framstår därvid som mer lättförklarlig. Många olika kroniska smärtsyndrom har stora inbördes likheter. Vilken diagnos patienten får förefaller många gånger bero på den behandlande läkarens inriktning.

Vid kompression av ryggmärg/-rötter är det inte enbart mekaniska faktorer som inducerar smärtan. Olika inflammatoriska processer påverkar och sensitiserar nociceptorerna och det centrala nervsystemet, t ex synapser i dorsalhorna. Man har börjat kartlägga mekanismerna vid rotkompres-

sion där enbart mekanisk retning inte framkallar smärta.

Det kan vara svårt att differentiera mellan lokal, radikulär och projicerad smärta (referred pain). Lokaliseringen av djup smärta är inte så exakt som vid ytligt utlöst smärta. Smärta är också något relativt. Experimentellt framkallad smärta kan graderas efter retningens intensitet.

I klinisk praxis finns det inga enkla samband; psykologiska, sociala och ekonomiska faktorer påverkar responsen. Konsekvenserna beror till stor del på hur smärtan påverkar aktiviteterna i det dagliga livet. Det är också rimligt att tro att bristfällig arbetsmiljö är en riskfaktor för sjukskrivning och för risken att utveckla kroniskt smärtsyndrom, som inte alltid nödvändigtvis behöver ha en stark korrelation till ryggåkomman. Funktionsnedsättning vid ryggåkomor beror nästan alltid på smärta och är därför ett subjektivt fenomen.

Placeboeffekten är stor. Det anges ofta att mer än hälften av patienterna känner sig förbättrade, även efter behandling som rimligen inte har någon direkt biologisk effekt. Mer handgripliga metoder som manipulation liksom operation har förmodligen ännu högre placeboeffekt. Placeboeffekten är speciellt svårbedömd vid ryggåkomor som många gånger har ett intermitterent förlopp och där smärtan är den viktigaste resultatparametern.

Klinisk undersökning

Anamnes

I anamnesen frågar man även efter tidigare sjukdomar och eventuell medicinering, neurologiska symptom och varningssignaler som indikerar specifik genes, ”röd flagg” (se Faktaruta 2, s 784).

Med ”gul flagg” avses ovanligt eller svårförklarligt smärtbeteende och diskrepans mellan symptom och undersökningsfynd, vilket kan indicera bakomliggande psykosociala faktorer med risk för utveckling av svårbehandlade kroniska smärttillstånd.

Det finns en rad tecken och bedömningsskalor av smärtbeteende. Tolkningen är emellertid vansklig. Till synes bisarra beteenden kan vara fullständigt adekvata.

”Röd flagg”

Varningstecken som kräver speciell uppmärksamhet – ibland omedelbart omhändertagande, inklusive bildtagning

- Ålder < 18 eller > 55 år
- Trauma
- Konstant/progredierande nattsmärta
- Känd cancer
- Systemisk steroidbehandling
- Missbruk
- hiv
- Viktförlust
- Nedsatt allmäntillstånd
- Feber
- Bestående svår rörelseinskränkning
- Intensifierad smärta vid minsta rörelse
- Strukturell deformitet
- Svårighet att urinera
- Nedsatt analsfinktertonus/avföringsinkontinens. Ridbyxanestesi
- Utbredd/progredierande motorisk svaghet/gångstörning
- Misstänkt inflammatorisk systemsjukdom
- Gradvis insättande sjukdom före 40 års ålder
- Morgonstelhet
- Ihållande rörelseinskränkning
- Perifert ledengagemang
- Irit, hudutslag, kolit eller uretrit
- Hereditet

Fysikalisk undersökning

Vid undersökning av patienter med smärta måste man utifrån anamnes och klinik göra en allmän och noggrann, strukturerad klinisk undersökning av hela patienten (se Faktaruta 3). Detta gäller inte minst vid symtom som t ex huvudvärk, yrsel, bröstsmärtor och vid ”röd flagg” (se Faktaruta 2). En längdminskning med > 4 cm, jämfört med längden i tidig vuxen ålder, talar starkt för kotkompressioner.

Ortopedisk medicin

Inom dagens hälso- och sjukvård dominerar den biomedicinska modellen vid diagnostik och behandling. Med normativa metoder och kvantitativ forskningsmetodik kan ett flertal sjukdomstillstånd klassificeras och olika former och typer av behandlingar utvärderas, t ex hypertoni och diabetes.

Att tänka på vid fysikalisk undersökning

- Feber saknas ofta vid lågvirulenta spinala infektioner. Intensiv lokal ömhet över ryggen är ett sensitivt men inte specifikt tecken på infektion.
- Inskränkt förmåga till böjning av ländryggen är varken sensitiv eller specifik för ankyloserande spondylit eller någon annan diagnos. Värdering av spinal rörelseförmåga kan emellertid läggas till grund för att följa effekten av ett aktiveringsprogram.
- Hos patienten med ischias eller eventuell neurogen claudicatio bör benlyfttestet/SLR (straight leg raising) göras bilateralt, för bedömning av eventuellt korsad Lasègue.
- Den neurologiska undersökningen lägger vikt vid styrkan i fotleds-dorsiflexionen, styrkan i stortådorsiflexionen, akilles- och plantarreflexerna och den sensoriska undersökningen, som bör omfatta nålsticktest medialt, dorsalt och lateralt på foten.
- En eller flera utvärderingar av nedstämdhet, kognitiva och psykosociala faktorer skall göras på patienter med subakut och kronisk smärta. Dessa faktorer bidrar till upptäckten av psykologisk avvikelse som kan underhålla eller förstärka symtomen från ländryggen.

För många smärttillstånd är detta inte så lätt. För den stora patientgruppen med ospecifika smärtor finns det ett behov av funktionsdiagnostik. Ortopedisk medicin är en benämning på ett kunskapsområde som omfattar diagnostik, behandling och prevention av de sjukdomstillstånd inom rörelseorganens sjukdomar som inte fordrar kirurgisk eller reumatologisk behandling. För många står ortopedisk och manuell medicin främst för de mobiliserings- och manipulationstekniker som ibland utnyttjas.

För den allmänmedicinska verksamheten är det dock fortfarande undersökningsmetodiken och det funktionella och ergonomiska synsättet som har det största värdet. Många sjukgymnaster och även läkare har alltmer börjat tillägna sig kunskaper och färdigheter inom området, efterhand som vetenskaplig dokumentation visar på positiva effekter med ortopedmedicinska be-

Tabell 1. Indikationer för radiologisk undersökning

Kliniskt problem	Radiologisk undersökning	Riktlinjer	Kommentar
Kronisk ryggsmärta utan tecken på infektion/tumör	Slätröntgen	Inte rutinmässigt indicerad	Degenerativa förändringar är vanliga men ospecifika. Radiologisk undersökning har störst värde hos yngre (spondylolistes, ankyloserande spondylit etc) och äldre (t ex kotkompression).
Ryggsmärta med komplicerade drag: sfinkter/gångstörningar, svår eller progredierande motorisk förlust, neurologisk funktionsförsämring, tidigare cancer, systemsjukdom, hiv	MRT/CT	Indicerad	Tillsammans med brådskande remiss: MRT är vanligen den bästa metoden. Bildgivning får dock inte försena remiss till ortoped. Skelettskintimetri används vid misstanke på destruktion.
Akut ryggsmärta Diskbräck		Inte rutinmässigt indicerad	Akut ryggsmärta orsakas vanligen av förhållanden som inte kan diagnostiseras på vanliga röntgenbilder, med undantag för fraktur.
Ischias utan komplicerande drag	MRT/CT	Ibland indicerat efter 2–3 månader utan förbättring	Normalfynd kan vara vilseledande. För att avbilda diskbräck krävs MRT/CT, vilket bör övervägas om konservativ behandling misslyckas. MRT ger mer information.

handlingsmetoder. Dessa går ut på att med olika tekniker återskapa funktionell segmentell rörlighet (2).

Den skonsammaste är muskulär töjning där mobilisering sker genom att patienten först spänner emot isometriskt mot afficerad rörelseriktning och därefter följer mobiliseringsrörelsen i motsatt riktning (low velocity-teknik).

Manipulation innebär att terapeuten för leden/segmentet till dess ytterläge och därefter, i lätt traktion, med liten kraft men hög hastighet utför rörelsen som riktas som fortsatt rotation eller som en lateral-förskjutning av kotan (high velocity-teknik). Manipulationen kan även göras i ren traktion.

Den långsamma mobiliseringstekniken har ofta lika god effekt som manipulation och uppfattas ofta av patienten som skonsammare.

Manipulation kan, om den utförs på felaktigt sätt vara såväl skadlig som direkt farlig. Den är kontraindicerad vid bl a malignitet, lokala inflammatoriska tillstånd, osteoporos, rizopati, TIA och vid akut trauma. Manipulation av halsryggen har visats kunna leda till stroke genom trombotisering av carotis interna en vecka efter behandlingen.

Radiologisk undersökning

Konventionell röntgenundersökning leder sällan till diagnos under första månaden av ospecifik ryggsmärta utom i fall med ”röd flagg”. Indikationer för radiologisk undersökning framgår i Tabell 1.

Undersökningar med magnetkamera (MRT) har inte förbättrat diagnostiken vid vanlig ryggvärk. MRT ger en stor mängd information och är ovärderlig vid planeringen av operation. Problemet är tolkningen. Det finns ett starkt tryck från patienterna att få bli MRT-undersökta, men det kan föreligga en betydande risk för överdiagnostik vid smärta lokaliserad till baksidan av kroppen eftersom MRT-förändringar i ryggen kan ses hos majoriteten av friska medelålders och äldre.

Andra undersökningsmetoder som facettleds-/nervblockad, neurofysiologi, diskografi, termografi och ultraljud har bara värde på mycket specifika indikationer.

Ländrygg och specifika diagnoser

Diskbräck

En vanlig orsak till radikulär smärta är diskbräck: livstidsprevalensen för symtomgivande diskbräck i ländryggen torde ligga kring 1–2%. Kliniska tecken framgår av

Tabell 2. Diskbräck är ett av de få tillstånd där man kan få goda resultat vid operation. Flertalet diskbräck bör emellertid inte opereras. Den huvudsakliga operationsindikationen är svår ischias.

Tabell 2. Fynd prediktiva för rotkompression vid diskbräck

Korsad Lasègue: smärta i det kontralaterala benet	+++
Mycket stark nervrotssmärta	++
Lasègue < 60°	++
Väcks av smärta på natten	++
Avsevärd lumbal rörelseinskränkning	++
Uträtad lordos och/eller ischias-skolios	++
Ensidig bensmärta värre än ryggsmärtan	++
Svag ankeldorsflexion	+
Svaghet i stortån	+
Nedsatt ankelreflex	+
Känslöshet, nålsticks känsla, parestesi	+
Svag patellarreflex	+
Smärta utstrålade i foten	+

Det finns en mängd mer ovanliga orsaker till radikulär smärta – inflammation, tumörer m m. Diskbräck är vanligast vid de två nedre fria ländsegmenten och påverkar då de nedre lumbal- och övre sakralrötterna.

Ischiasmärta sträcker sig vanligen nedom knät och behöver inte vara förenad med neurologiska bortfall. Ischias kan också saknas, speciellt vid höga diskbräck. Härtill kommer att den kliniska nivådiagnostiken är osäker, varje rörelse involverar i regel flera segment och segmenten överlappar dessutom till ca 50%.

Diskbräck kan även förekomma högre upp i bröst- och halsrygg. De är ovanliga men viktiga att känna till då höga diskbräck kan ha dramatiskt förlopp med massiva neurologiska bortfall. Akut kirurgisk behandling kan då vara indicerad.

Cauda equina-syndrom

Cauda equina-syndrom – kraftig kompression av flera nervrötter – är ovanligt och svarar för ca 1% av samtliga diskbräcksoperationer. Vid misstanke på omfattande rotkompression är det viktigt att tillståndet åt-

gärdas akut och att urinblåsan avlastas som första åtgärd. Orsaken måste utredas akut med MRT.

Cauda equina-syndrom kan, förutom av diskbräck, orsakas av andra expansiva processer i spinalkanalen som blödning eller tumör, liksom av neurologiska sjukdomar. Flertalet patienter som remitteras under cauda equina-frågeställning har dock inte "hästsvansen" i kläm, utan miktionssvårigheterna kan orsakas av smärtan, ofta i kombination med läkemedelsbiverkning. Under sådana omständigheter är det svårt att kasta vatten i liggande ställning.

Blåsdistentionen i sig kan ge bestående skada med betydande invaliditet, och de svåra konsekvenserna av en fördröjd diagnos motiverar en hög vaksamhet och skyndsamt.

Instabilitet

Röntgenundersökningar med markörer för exakt positionsbestämning har visat att instabilitetsdiagnostiken är dåligt underbyggd och dess eventuella neurofysiologiska bas är okänd. Tester för sakroiliakas syndrom har låg reliabilitet. Beträffande ryggbesvär i anslutning till graviditet, se även kapitlet Sjukdomar och läkemedel under graviditet och amning, s 444.

Infektion

Infektioner i kotor/diskar är inte helt ovanliga. De förekommer vanligast hos patienter med predisponerande faktorer som urinvägsinfektion, missbruk och nedsatt allmäntillstånd. Invandrare har ökad risk för tbc-spondylit. Symtomen varierar beroende på lokalisering och mikroorganismens virulens, men smärta dominerar som regel. Barn vill inte stå eller gå (spondylit?). Inte sällan dröjer det lång tid innan korrekt diagnos ställts – med en noggrann anamnes bör tiden kunna förkortas.

Tumörer

Cancermetastaser sätter sig ofta i kotorna. Smärtan är okarakteristisk, i regel föreligger "röd flagg" i anamnesen. Det är viktigt att aktivt fråga efter tecken på kompression av ryggmärg/rötter, då akut operation kan vara indicerad. Primära tumörer i spinalkanalen är ovanliga. Det tar ofta lång tid innan

de diagnostiseras eftersom symtomen initialt är ospecifika och i regel domineras av smärta.

Spinal stenosis

Förträngning av spinalkanalen drabbar främst äldre. Patienter klagar över ryggont, i kombination med diffusa bensmärter, oftast utan specifik nervrotsdistribution, men det viktigaste symtomet är gångsvårigheter, "pseudoclaudicatio" (se i kapitlet Perifera kärlsjukdomar, s 337). Typiskt är att framåtböjning, som minskar trängseln i spinalkanalen, ger lindring.

Operationsindikationen är relativ. Operation brukar komma i fråga endast vid uttalade besvär och betydande nedsättning av gångförmågan.

Metabol skelettsjukdom

Skelettet kan försvagas vid olika metabola tillstånd. Det vanligaste är primär osteoporos. Diagnostiken inkluderar bentäthetsmätning och uteslutande av sekundär osteoporos till följd av t ex hyperparatyreoidism och malabsorption, liksom iatrogen osteoporos (kortisonmedicinering). Se vidare i kapitlet Rubbningar i kalciumomsättningen – osteoporos och frakturprevention, s 568.

Inflammatoriska systemsjukdomar

Ryggsmärter är vanliga vid olika reumatiska sjukdomar och behandlingen dikteras av grundsjukdomen som oftast är känd. Vid pelvospondylit kan ryggbesvärerna, som oftast domineras av stelhet, vara debutsymtom. Se kapitlet Reumatiska sjukdomar, s 770.

Halsrygg

Det finns mindre kunskap om nacksmärter än om ländryggsmärter. Delvis kan det bero på att i många epidemiologiska studier sammanförs nacke och skuldra till en enhet, eftersom lokaliseringen av djup smärta ofta är diffus, och fortledd smärta är vanlig.

WAD (Whiplash Associated Disorders) är numera den vanligaste anmälda försäkringsskadan vid trafikolyckor i västvärlden. Smärtan är ofta lokaliserad till nacke, huvud och/eller axlar. Patienterna kan dessutom ha varierande grad av synbesvär och

vegetativa symtom som köld/värmekänslor liksom domningar/stickningar.

Vid nacksmärta bör långbanesyntom, känselstörningar och utspridd motorisk svaghet i både armar och ben undersökas. Flertalet äldre/medelålders individer har degenerativa röntgenförändringar i halsryggen. För kronisk nacksmärta, med eller utan radikulopati, eller nacksmärta efter whiplashskada, finns det inga stöd för att kirurgisk behandling ger bättre resultat än konservativ behandling.

Det finns endast begränsad evidens för att behandling av halsryggssmärter skulle vara effektiv (Tabell 3, s 789). Lyckligtvis blir flertalet patienter bättre, oavsett behandling – dvs att patienten söker när besvärerna är som värst och i många fall har sjukdomen ett fluktuerande förlopp. Mer information finns på internet (www.whiplashkommissionen.se).

Handläggning av akut smärta

Vid akut smärta bör, om det vid undersökningen inte bedöms finnas några specifika symtom eller "röda flaggor" (se Faktaruta 2, s 784), patienten informeras om vikten av fysisk aktivitet. Patienterna skall uppmannas att vara så aktiv som det är möjligt genom att växla mellan olika lägen som minskar smärtan. Noggranna instruktioner gäller särskilt för patienter som visar "gula flaggor" (se s 783).

Patienter med ospecifik ryggsmärta och psykosocial belastning blir bäst hjälpta av ett omhändertagande i ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam. Om smärtlindrande behandlingsmetoder efterhand får mindre effekt kan det vara tecken på en begynnande störning av den centrala smärtmoduleringen och i så fall bör algolog kopplas in.

Vid akut (< 3 veckor) och subakut (< 12 veckor) ländryggssmärta finns stark evidens för att bl a NSAID har god effekt. Man kan prova diklofenak 25–50 mg 2–3 gånger/dag i 7–10 dagar. Detta kan, speciellt om smärtorna är uttalade, kombineras med paracetamol och en svag opioid. Vid samtidig besvärande muskelspasm kan man, som alternativ till en svag opioid, lägga till diazepam 5–10 mg 1–2 gånger/dag. Läkemedlen skall naturligtvis ges med urskiljning och inte under längre tid pga biverkningsrisken.

Terapirekommendationer – Läkemedelsbehandling vid nack-ryggvärk

Smärtduration	Läkemedel	Kommentar
Akuta besvär (< 3 veckor) och subakuta besvär (< 3 månader) Akuta exacerbationer vid långvariga besvär	Paracetamol Svaga opioider	Förstahandspreparat framför allt till äldre, kan kombineras.
	NSAID	Det finns ett tjugotal NSAID som effektmässigt endast marginellt skiljer sig från varandra vid behandling av nociceptiv smärta. Pga individuella preferenser kan man byta mellan preparaten vid otillräcklig behandlingseffekt. Kan kombineras med övriga terapiförslag förutom COX-2-hämmare (coxiber).
	COX-2-hämmare	Stor försiktighet rekommenderas med hänsyn till biverkningsrisken.
	Muskelavslappande medel	Ovanstående kan kombineras med bensodiazepinpreparat vid svår rörelsesmärta med muskelspasm. Övriga muskelavslappande medel har tveksam dokumentation på indikationen ryggvärk.
	Starka opioider	Vid svår ischialgi – kortvarig behandling under pågående utredning och främst under sjukhusvård (se kapitlet Smärtbehandling, s 802).
Långvariga besvär (> 3 månader)	Paracetamol	Förstahandspreparat
	Svaga opioider	Missbruksrisk (se kapitlet Smärtbehandling, s 804)
	NSAID	Biverkningsrisken måste beaktas.
	COX-2-hämmare	Tveksam indikation vid långtidsbehandling med hänsyn till risken för allvarliga biverkningar.
	Tricykliska antidepressiva, SNRI Pregabalin/gabapentin	Kan prövas vid långvariga värtillstånd med inslag av allodynii. Vid neuropatisk smärta (se kapitlet Smärtbehandling, s 799).

Vid akuta nacksmärtor finns endast begränsad evidens för effekt av analgetika. Det hindrar inte att man vid påtagliga besvär kan testa behandling som vid akut ländryggsmärta (se Terapirekommendationerna ovan).

Dokumentation saknas för effekt av behandling med NSAID i gelform.

Vid kroniska tillstånd där det ofta finns inslag av såväl neuropatisk som generaliserad smärta kan behandling med gabapentin eller tricykliskt antidepressivt läkemedel, amitriptylin, vara av värde. Pregabalin, som liksom gabapentin är ett smärt- och epilepsiläkemedel, kan också vara ett alternativ. Dock är det relativt nytt, med en begränsad erfarenhet från primärvården. Man kan även pröva TNS, även om evidens för dess effekt är begränsad (se Tabell 3). Se även kapitlet Smärtbehandling, s 799)

Handläggning av långvarig smärta

Det saknas belägg för effektiviteten av flertalet behandlingsmetoder vid långvarig

nack-/ländryggsmärta. Förutom att utsluta behandlingskrävande orsaker, är det viktigaste målet att förebygga eller minska fysisk och psykisk funktionsnedsättning. Tonvikten bör ligga på att hantera symtom och kontrollera smärta.

För långvarig ospecifik ryggsmärta finns endast begränsad evidens för värdet av analgetika. Vid tillfälliga akuta försämringar behandlas detta på samma sätt som vid akuta ryggsmärtor.

Om smärtlindring ges skall det främst vara för att underlätta för patienten att kunna vara i rörelse. Regelbunden medicinering är effektivare än den som ordinerar vid behov.

Opioider är undantagsbehandling vid kroniska icke-maligna smärtor (3). Vid långvariga svåra smärtor eller funktionsnedsättning samt vid hög analgetikaförbrukning bör patienten remitteras till ett multidisciplinärt team.

Smärta är en subjektiv företeelse, som förutom sina sensoriska/fysiologiska beståndsdelar endast kan förstås mot bakgrunden av känslomässiga och kognitiva dimensioner.

Tabell 3. Behandling av rygg-/nacksmärta. Sammanfattning av det vetenskapliga underlaget för behandling av ryggsjukdomar, efter SBUs utredning (1). Se teckenförklaringar under tabellen.

Kategori	Åtgärd	Rotsmärta	Akut länd-ryggsmärta	Kronisk länd-ryggsmärta	Akut nacksmärta	Kronisk nacksmärta	Arbetsförmåga
Fysisk aktivitet	Fortsatta normala aktiviteter		+A		+B		+A
	Vila/sängläge		-A				
	Specifika jfr ospecifika ryggövningar		A				
	Sängläge	+C	-A				
	Träning jfr passiva metoder, t ex massage				+B		
	Träning			+A			
Farmakologisk behandling	Analgetika		+B	+C	+C		
	Antidepressiva		D	+B			
	Muskelrelaxantia		+A	+C		C	
	NSAID		+A	+C			
	NSAID, skillnader mellan olika preparat		A				
	Steroider		-C				
Fysikalisk behandling	Akupunktur		D	+C	D	-A	
	Elektromagnetisk behandling				C		
	Fysisk träning jämfört med passiva metoder (massage, värme, stretching)				+B		
	Infrarött ljus				+C		
	Kortvågsdiatermi		D				
	Kyla		D				
	Kyla/stretching				C		
	Laser				+C	+C	
	Manipulation jfr placebo		+B	+A			
	Manipulation jfr andra fysikaliska metoder, korttidsresultat		C	+C			
	Manipulation jfr andra fysikaliska metoder, långtidsresultat			C			
	Manipulation som enda åtgärd				C		
	Manipulation som led i aktiverande behandling					+B	
	Traktion		+C	-A	-C	-B	
	Transkutan elektrisk nervstimulering		+C	+C	+C		
	Träning, specifika jfr ospecifika rörelser			B			
Ultraljud		D					
Värme		D					

A. Stark evidens – överensstämmande fynd i flera randomiserade, kontrollerade studier av hög kvalitet.

B. Måttlig evidens – överensstämmande fynd i en randomiserad, kontrollerad studie av hög kvalitet och en eller flera randomiserade, kontrollerade studier av låg kvalitet eller överensstämmande fynd i flera studier av låg kvalitet.

C. Begränsad evidens – grundat på en randomiserad, kontrollerad studie (hög eller låg kvalitet) eller motsägande fynd i flera studier.

D. Ingen evidens – inga randomiserade, kontrollerade studier eller andra typer av studier av tillfredsställande vetenskaplig kvalitet.

Bokstav utan prefix anger ingen effekt/skillnad, "A" anger sålunda att det finns stark evidens för att det inte föreligger någon resultatskillnad mellan specifika och ospecifika ryggövningar. + anger positiv och - anger negativ effekt. "-A" betyder t ex att det finns stark evidens för att sängvila försämrar tillståndet vid akut ländryggsmärta.

Tabell 3. forts. Behandling av rygg/nacksmärta. Sammanfattning av det vetenskapliga underlaget för behandling av ryggsjukdomar, efter SBUs utredning (1). Se teckenförklaringar föregående sida.

Kategori	Åtgärd	Rotsmärta	Akut ländryggsmärta	Kronisk ländryggsmärta	Akut nacksmärta	Kronisk nacksmärta	Arbetsförmåga
Injektion	Steroider + lokalanestetika lokalt i facetterleder		D	D	D	D	
	Lokalanestetika lokalt i triggerpunkter		D	D	D	D	
	Steroidinjektion epiduralt	+C	+C	+C			
	Steroidinjektion epiduralt (akut ryggont, utan rotsmärta)		D				
	Steroidinjektion epiduralt (kroniskt ryggont, utan rotsmärta)			-B			
	Steroidinjektioner, lokalt					-C	-C
Kirurgi	Dekompression, degenerativ sjukdom			D			
	Olika operationsmetoder vid lumbalt diskbräck	D					
	Diskbräck ländrygg (svår smärta)	+A					
	Diskbräck, halsrygg	-B					
	Kemonukleolys jfr placebo, lumbalt diskbräck	+A					
	Steloperation			D		D	
Kirurgi jfr kemonukleolys	+A						
Pedagogik	Beteendeterapi		+C	+B		+C	
	Biofeedback, emg-styrd			-B			
	Kognitiv beteendeterapi		D	+A	D	+A	+C
	Patientundervisning				+C		
	Ryggskola/Information		+C	+C			
Övrigt	Korsett/stöd		D	+C	-C	-C	
	Kurort, korttidseffekt på äldre			+A			
	Korsett som förebyggande		A				
	Multidisciplinär behandling			+A			

Psykologiska-pedagogiska metoder, som kognitiv beteendeterapi, ingår därför ofta i multidimensionella behandlingsprogram mot kronisk ospecifik ryggsmärta.

En passiv copingstrategi och en pessimistisk grundinställning är associerade med risken för kroniska smärttillstånd. Vid långvariga ryggsmärtor finns evidens för att manipulationsbehandling har effekt.

Operation har högre frekvens biverkningar än konservativ behandling, vilket måste räknas in i resultatvärderingen. Värdet av ryggkirurgi vid långvarig ospecifik ryggsmärta är inte visat.

Operation utförs vid ryggmärgs-/nervrotskompression som ger svåra smärtor el-

ler utbredda progredierande bortfall, vid t ex lumbalt diskbräck som är det mest väldokumenterade tillståndet. Andra indikationer är destruktion, deformitet och trauma. Kriterierna för selektion av patienter för ryggfusion är fortfarande oklar. Incidensen ryggkirurgiska ingrepp varierar kraftigt mellan olika delar av landet, en variation så stor att den knappast kan bero på enbart biologiska faktorer.

Arbetsförmåga

Ryggont svarar idag för > 1/3 av alla arbetsrelaterade sjukdomar vad gäller arbetsförmåga. Tvärsnittundersökningar av sam-

band mellan yrkesfaktorer och ländryggs- eller nack-/skulderbesvär har svårt att påvisa associationer mellan yrke och ryggont (se www.sbu.se) – men i ett samhälle med högeffektivt arbetsliv kan upplevelsen av smärta troligen förstärkas om man inte tillhör den högpresterande gruppen individer. Kvinnor drabbas något oftare än män av nack-/skulderbesvär.

Det finns inga belägg för att prevalensen nack-/ryggbesvär skulle ha ökat under senare år eller att den skiljer sig väsentligt mellan olika länder. Däremot är konsekvenserna av sjukskrivning olika i olika kulturer. Sambandet mellan sjukdom/skada och arbetsförmåga är oklart – speciellt när det gäller rygg-/nacksmärta.

Socialförsäkringsystem och ersättning varierar kraftigt mellan olika länder. Sverige har en hög ryggsjukskrivning, men det kan säkert delvis förklaras av den relativt sett höga pensionsåldern – sålunda förvärvsarbetar i åldersgruppen 60–64 år 59% av svenska män och 50% av kvinnorna. I många andra europeiska länder arbetar bara 30% av män över 60 år och mindre än 40% av kvinnor över 55 år.

Vid ryggont skall man (parallellt med fortsatt rehabilitering) alltid beakta möjligheten till deltidssjukskrivning så snart som det är möjligt. För detta fordras ett tidigt och nära samarbete med såväl arbetsgivare som försäkringskassa.

Referenser

1. Ont i ryggen, ont i nacken. SBU Rapport 145/1, 145/2. 2000. www.sbu.se
2. Fossum S, Kristensen P, Hunskaar S. Muskuloskeletala systemet. Hunskaar S red. Hovellius B (svensk huvudred.). Allmänmedicin. Studentlitteratur 2007. s 314–91.
3. Användning av opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta. Info från Läkemedelsverket. 2002;1:17–28.

Preparat¹

Lätta analgetika och antipyretika

Acetylsalicylsyra och paracetamol

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Svaga opioider inkl kombinationer

Dextropropoxifen och tramadol

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Kodein

Kodein Recip Recip, tabletter 25 mg

Kodein + ASA + koffein

Treo comp. McNeil, brustabletter

Kodein + ibuprofen

Ardinex Mundipharma, tabletter

Kodein + paracetamol

Citodon BioPhausia, brustabletter, suppositorier, tabletter

Citodon forte BioPhausia, suppositorier

Citodon minor BioPhausia, suppositorier

Panocod sanofi-aventis, brustabletter, tabletter

Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID)

COX-1- och COX-2-hämmare inkl coxiber

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Muskelavslappande medel inklusive kombinationer

Bensodiazepiner

Se kapitlet Ångest och oro, s 929.

Karisoprodol inklusive kombinationer

Somadril Actavis, tabletter 350 mg, Licensvara

Somadril comp. Actavis, tabletter, Licensvara

Klorzoxazon

Paraflex BioPhausia, tabletter 250 mg

Orfenadrin inklusive kombinationer

Norflex Meda, depottabletter 100 mg

Norgesic Meda, tabletter

Övriga läkemedel

Bensodiazepiner och venlafaxin (NSRI)

Se kapitlet Ångest och oro, s 929.

Kapsaicin

Capsina Bioglan, kräm 0,075%

Termo Beiersdorf, medicinskt plåster

Salicylsyraderivat i salvor

Algesal Solvay Pharma, salva

Starka opioider, tricykliska antidepressiva medel och gabapentin

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

1. Aktuell information om parallellimporterade förpackningar och generika kan erhållas från apotek.

