

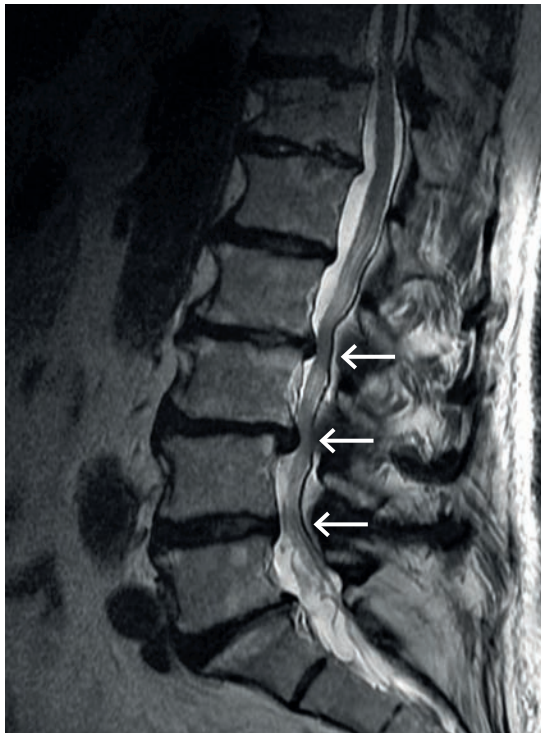
SPINAL STENOS

LAURA TIELINEN

Spinal stenos i ländryggen är en sjukdom som oftast framskrider långsamt. Det är typiskt att patienten har radikulära smärtor i nedre extremiteterna. Magnetbild och stående röntgen av ländryggen är de viktigaste undersökningarna när man misstänker spinal stenos. Trots att röntgenundersökningarna visar trånga stenoser behövs det inte alltid operation om patienten klarar av det dagliga livet trots symtomen. Operation har visat sig ge goda resultat på de symtom som relaterar till extremiteternas motoriska funktion och smärtor i benen. Mer osäkert är det hur kirurgi påverkar samtidig ryggsmärta. De flesta patienter som evalueras har haft symtom länge och en del av dem kan klara sig utan operativ behandling också i fortsättningen.

Definition

Spinal stenos innebär att det uppstått en förträngning av utrymmet i ryggmärgskanalen för nervstrukturerna i ryggen. Förträngningen förorsakas vanligtvis av degenerativa förändringar i ryggraden. Om spinalkanalen är förträngd kallas sjukdomen central spinal stenos och om rotkanalen är trång talar man om lateral spinal stenos eller rotkanalstenos.



Figur 1. Magnetbild med sagittal T2-viktad sekvens. Stenoser i ländryggen hos en 77-årig man.

Symtom och klinisk bild

Det är karakteristiskt att patienten har en tidigare rygganamnesmed framför allt radikulär smärta, dvs. smärtor som strålar ner i extremiteterna. Flexion av ryggen får symtomen att avklinga (1). Däremot förvärras symtomen av extension. Trots att gångsträckan ofta är begränsad kvarstår i de flesta fall förmågan att cykla. Vid mycket trånga stenoser kan också cauda equina-syndrom förekomma. Det innebär blåspares med retention eller svårigheter med att tömma blåsan, analinkontinens och nedsatt perianal sensibilitet.

Differentialdiagnostik

I synnerhet arterioskleros av nedre extremiteterna (ASO) och höftledsartros kan orsaka liknande symtom som spinal stenos (2, 3). En noggrann klinisk undersökning är grundläggande. Vid uttalad ASO-sjukdom av klinisk betydelse saknas de distala pulserna i benen. Patienter med höftledsartros har begränsad rotation i höftlederna.

Röntgendiagnostik

Magnetbild (1) och stående röntgen av ländryggen är de viktigaste undersökningarna. Onödiga datortomografibilder bör undvikas i detta sammanhang.

Konservativ behandling

Patienten behöver information om denna godartade sjukdom och en skraddarsydd smärtmedicinering. Vid obehandlad spinal

stenos ändras symtomen vanligtvis mycket långsamt med tiden (4, 5). Det är nyttigt att hålla sig i god form med t.ex. stavgång, vattenlöpning och fysioterapi. Fysioterapin ska inrikta sig på att förbättra muskelbalansen i ländryggen. Passiv fysioterapi är av ringa värde. Epidurala kortisoninjektioner kan ibland lindra symtomen, men effekten är kontroversiell (6, 7).

Operativ behandling

Den viktigaste förutsättningen för en framgångsrik operation är att magnetbilden stämmer överens med den kliniska bilden. Den vanligaste orsaken för att operera är radikulär smärta eller funktionsstörning i nedre extremiteten, som av patienten bedöms som "oacceptabel". Pares som påverkar gången är också en indikation för kirurgi. Cauda equina-syndrom och massiv progredierande pares indicerar brådskande operativ behandling jourmässigt. Trots att röntgenundersökningar visar trånga stenoser behövs det inte alltid operation, i synnerhet om patienten kommer till rätta med sina symtom i det dagliga livet och inte har pareser i nedre extremiteterna eller något caudasymptom.

Vid ett kirurgiskt ingrepp görs plats för nervstrukturerna via en s.k. dekompression som är en vidgning av spinalkanalerna. Där tar man bort ben och ligament som trycker mot nerverna (8). Speciellt hos yngre patienter med lindrigare stenoser är det ibland möjligt att göra detta genom ett kortare operationssnitt med mikroskop (mikrodekompression) (9). Vid behov kombineras dekompression med steloperation (fusion). Vanligtvis gör man detta med instrumentation. Valet mellan enbart dekompression och kombination av dekompression och fusion styrs av faktorer relaterade till ryggkotornas inbördes förhållande, såsom kotglidning och skolios.

Det finns risk för komplikationer vid alla ingrepp, så även vid ryggoperationer. Komplikationer specifika för ryggoperationer är nervskada, ryggmärgsskada och skada på ryggmärgshinnan. Nervskador efter kirurgi är ovanliga vid primärt ingrepp men de förekommer vid revisionskirurgi. Duraskador som upptäcks och åtgärdas korrekt leder sällan till några följsymtom. Den vanligaste orsaken till förlamningssymtom efter operation är postoperativt epiduralt hematoma som trycker på nerverna i spinalkanalerna. Oftast behövs det en akut operation där hematomet evakueras.

Operation har visat sig ha goda resultat på de symtom som relateras till benfunktion och smärtor i benen. (10). Mer osäkert är det hur kirurgi påverkar samtidig ryggsmärta, men även här brukar man få en viss förbättring. Ju fler mellanrum som opereras och ju sämre den preoperativa rörelseförmågan är, desto mindre nytta har patienten av operationen. Effekten av operationen brukar också minska med tiden. (11–13).

Laura Tielinen
laura.tielinen@hus.fi

Laura Tielinen: Inga bindningar.

Referenser

1. de Shepper EI, Overdevest GM, Suri P, et al. Diagnosis of lumbar spinal stenosis: an updated systematic review of the accuracy of diagnostic tests. *Spine* 2013;15:38:469–481.
2. Porter RW. Spinal stenosis and neurogenic claudication. *Spine* 1996; 1;21:2046–52.
3. Devin CJ, McCullough KA, Morris BJ, Yates AJ, Kang JD. Hip-spine syndrome. *J Am Acad Orthop Surg* 2012;20:434–442.



Figur 2. Postoperativ magnetbild av samma patient som i Figur 1.

FÖRFATTAREN

MD Laura Tielinen är specialist i ortopedi och traumatologi och arbetar som specialistläkare på ryggkirurgiska avdelningen vid Tölö sjukhus.

-
4. Parr AT, Manchikanti L, Hameed H, et al. Caudal epidural injections in the management of chronic low back pain: a systematic appraisal of the literature. *Pain Physician* 2012;15:159–198.
 5. May S, Corner C. Is surgery more effective than non-surgical treatment for spinal stenosis, and which non-surgical treatment is more effective? A systematic review. *Physiotherapy* 2013;99:12–20.
 6. Johnsson KE, Rosen I, Uden A. The natural course of lumbar spinal stenosis. *Clin Orthop* 1992;279:82–86.
 7. Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, et al. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of lumbar spinal stenosis: 8 to 10 year results from the Maine lumbar spine study. *Spine* 2005;15;30:936–945.
 8. Iguchi T, Kurihara A, Nakayama J, et al. Minimum 10-year outcome of decompressive laminectomy for degenerative lumbar spinal stenosis. *Spine* 2000;15;25:1754–59.
 9. Weiner BK, Walker M, Brower RS, et al. Microdecompression for lumbar spinal canal stenosis. *Spine* 1999;1;24:2268–72.
 10. Kovacs FM, Urrútia G, Alarcón JD. Surgery versus conservative treatment for symptomatic lumbar spinal stenosis: a systematic review of randomized controlled trials. *Spine* 2011;36:1335–51.
 11. Amundsen T, Weber H, Nordal HJ, et al. Lumbar spinal stenosis: conservative or surgical management? A prospective 10-year study. *Spine* 2000; 1;25:1424–36.
 12. Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M, et al. Surgical or non-operative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. *Spine* 2007;1;32:1–8.
 13. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, et al. Surgical compared with nonoperative treatment for lumbar degenerative spondylolisthesis. Four-year results in the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) randomized and observational cohorts. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91:1295–1304.

Summary

Spinal stenosis

Spinal stenosis of the lumbar spine is a disease that usually progresses very slowly. Pain radiating to the legs is the most typical symptom, and in severe cases, cauda equina symptoms may occur. MRI and standing plain x-rays of the lumbar spine are the most important imaging tools. Most patients with lumbar spinal stenosis can be treated conservatively. Operative treatment is recommended when other nonsurgical treatments have failed and for patients with increasing weakness of the legs or loss of bowel or bladder function. Surgery is most reliable for the relief of leg symptoms and less reliable for relief of back pain.