



Ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal
nerverodspåvirkning
(**lumbal radikulopati**)

Enhed for Kvalitet, Holmbladsgade 70, 2300 København S

www.enhedforkvalitet.dk

Om Enhed for Kvalitet

Enhed for kvalitet har som formål at understøtte og koordinere fortsat kvalitetsudvikling i den fysioterapeutiske praksissektor. Et arbejde, der vil og skal ske i tæt samarbejde med praksissektoren for herved både at understøtte høj faglig relevans og høj implementeringsgrad.

Udover at fungere som koordinator og sparringspartner på kvalitetsudvikling i praksissektoren generelt arbejder enhed for kvalitet med tre helt konkrete projekter.

Projekterne er:

- At understøtte **implementering af nationale kliniske retningslinjer** (NKR), der har relevans for fysioterapipraksis. NKR er udviklet i regi af Sundhedsstyrelsen.
- At understøtte udvikling af et sæt af **kvalitetsstandarder**, der skal anvendes til akkreditering af den enkelte fysioterapipraksis.
- At gennemføre en **analyse** af, i hvilket omfang der er behov for justering eller modernisering af den fysioterapeutiske praksissektor.

Enhed for Kvalitet blev etableret 1. maj 2015 som et resultat af den seneste overenskomst indgået mellem Danske Fysioterapeuter og RLTN (Regionernes Lønnings og Takstnævn).

Kontakt med Enhed for Kvalitet?

Enhed for Kvalitet består af to personer og refererer til en styregruppe bestående af overenskomstens parter. Enheden er finansieret af praksisfonden for fysioterapi.

Neden for er enhedens kontaktoplysninger:

Emilie Wøjdemann Thomsen

E-mail: ew@fysio.dk

Tlf.: 33 41 46 72

Anbefalinger og evidens: En forklaring af de anvendte symboler

Foran anbefalingerne i de kliniske retningslinjer er der angivet symboler, som indikerer styrken af anbefalingerne. Symbolerne forklares her:

↑↑ = Stærk anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for interventionen, når der er evidens for, at de samlede fordele ved en intervention vurderes at være klart større end ulemperne. Der skal derfor være vægtige grunde til ikke at følge anbefalingen.

↑ = Svag/betinget anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne. En svag anbefaling kan også gives, hvis der ikke er tilstrækkelig litteratur på området til at give en stærk anbefaling. Det bør klart overvejes at følge en svag/betinget anbefaling.

↓ = Svag/betinget anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod en intervention, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, eller hvor balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger er vanskelig at afgøre, fordi litteraturen ikke er entydig.

↓↓ = Stærk anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene, eller i tilfælde hvor gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

v = God praksis

God praksis anbefalinger bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af den arbejdsgruppe, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke er fundet (tilstrækkelig) relevant litteratur.

Arbejdsgruppens væsentligste generelle anbefalinger til behandling af patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning

- Behandling af patienter med lumbal nerverodspåvirkning bør **som minimum omfatte tryghedsskabende information** om sygdommens oftest godartede naturlige forløb, prognose og faresignaler, samt eventuel medicinsk smertebehandling.
- Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at **justere behandlingsplanen**.
- Hvis der ikke er gavnlig effekt af et behandlingstiltag, kan **andre ikke-kirurgiske tiltag** som foreslået i denne retningslinje overvejes. **For at undgå langvarige og ineffektive forløb** skal dette ske under hensyntagen til patientens præferencer og tiden siden debut.
- Alle interventioner er givet i tillæg til vanlig behandling. Det forventes, at **alle patienter bliver behandlet for deres smerter**, og at interventionerne derfor vil være givet i tillæg hertil.
- Det er vigtigt, at **patientens værdier og præferencer løbende inddrages** i forløbet.
- Det bør i relation til den enkelte patient overvejes, om en **passiv behandlingsmodalitet kan hæmme tilbagevenden til almindelige aktiviteter** eller være u hensigtsmæssig for patients sygdomsforståelse.

En National Klinisk Retningslinje bør læses og bruges som:

- En rettesnor for **god klinisk praksis** og som en fast del af den fysioterapeutiske **kliniske ræsonnering** til behandling af patienter med en given diagnose.
- En vejledning, der kan fraviges, hvis vægtige **faglige argumenter** taler for det, og fravigelsen sker under hensyntagen til den enkelte patients tarv.
- **Udvalgte evidensbaserede anbefalinger** for eller imod enkeltstående interventioner. Anbefalingerne går derfor på delelementer i det samlede udrednings- og behandlingsforløb.
- En **kilde til inspiration**, hvis du er i tvivl om, hvad et behandlingsforløb kan eller bør bestå af

En National Klinisk Retningslinje er:

- Resultatet af en fælles national indsats for at sikre evidensbaseret og ensartet høj behandlingskvalitet på tværs af landet.
- Mellem 7 og 10 udvalgte tværfaglige kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet') med relevans for en given diagnose.
- Et omfattende litteraturstudie, der fører til et antal anbefalinger relateret til udredning og behandling. Nogle anbefalinger vil være relevante for fysioterapeuter, andre vil ikke være relevante.
- Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af relevante faglige ressourcerpersoner.

Den fulde retningslinje inkl. metodebeskrivelser mv. kan downloades på www.fysio.dk.

Retningslinjens øvrige anbefalinger, der kan have relevans for den fysioterapeutiske indsats

8. MR-scanning

- ↓ Tilbyd kun MR-scanning til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker.
MR-skanning er kun påkrævet i tilfælde, hvor der er mistanke om alvorlig patologi (cancer, fraktur, afklemning af nervekompleks – cauda equina), persisterende medicin/morfika resistente smerter, alvorlig symptomforværring, og hvor henvisning til kirurgisk vurdering og operation overvejes.

9. Ekstraforaminal glukokotikoid

- ↓ Tilbyd kun ekstraforaminal glukokotikoid injektion omkring den lumbale nerve hos patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt formentlig er kortvarig og meget lille.

10. Kirurgisk vurdering

- ✓ Det er god praksis, at patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning vurderes af en rygkirurg inden for 12 uger, i tilfælde, hvor svære og funktionshæmmende smerter varer ved trods ikke-kirurgisk behandling.

Anbefalinger knyttet til fysioterapeutiske interventioner til behandling af patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning

1. Fysisk aktivitet

- ↑ *Overvej* at opfordre patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning til normal fysisk aktivitet frem for reduceret aktivitet i form af sengeleje.

Det kan i dialog med patienten overvejes, om reduceret fysisk aktivitet i den akutte fase, ved *svære smerter* kan være hensigtsmæssigt i en kort periode (op til en uge) efterfulgt af normal fysisk aktivitet.

2. Superviseret øvelsesterapi

- ↑ *Overvej* at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling.

Øvelser, der virker umiddelbart smertelindrende, kan være motiverende for patienten og samtidig understøtte patientens kontrol over smerterne.

3. Specifik øvelsesterapi

- ↑ *Overvej* retningspecifikke øvelser eller øvelser til træning af neuromuskulær kontrol til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er klinisk relevant forskel på de to behandlingsformer.

Patienter kan opleve i højere grad selv at kunne kontrollere smerte og dermed bedre tage ansvar for egen situation.

- ✓ **4. Kombineret øvelsesterapi**

Det er god praksis at overveje at kombinere retningspecifikke øvelser med øvelser til træning af neuromuskulær kontrol frem for retningspecifikke øvelser alene til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan udelukkes, at de to interventioner understøtter hinanden.

Patienter kan opleve at få en grad af selvkontrol og at kunne tage ansvar for egen situation.

↑ **5. Ledmobiliserende teknikker**

Overvej at tilbyde manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling.

Det betragtes som god praksis, at behandling indledes med teknikker af lav intensitet, der skaber minimal påvirkning omkring den påvirkede nerverod for derefter gradvist at intensivere teknikkerne på baggrund af patientens respons herpå.

↑ **6. Ledmobiliserende teknikker eller øvelsesterapi**

Overvej superviseret øvelsesterapi eller manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er en klinisk relevant forskel på de to interventioner.

Det initiale valg af behandling vil derfor bero på patientens præferencer.

√ **7. Akupunktur**

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde akupunktur til patienter med nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning.

Anbefalingen baserer sig på klinisk erfaring samt indirekte evidens. Akupunktur formodes at have en kortvarig smertelindrende effekt.

Beskrivelse af de fysioterapeutiske interventioner og effekter fra de inkluderede studier

	Superviseret øvelsesterapi	Specifik øvelsesterapi	Ledmobiliserende teknikker	Ledmobiliserende teknikker eller øvelsesterapi
Indhold	Øvelser eller træning, som gives ved individuel instruktion af en autoriseret sundhedsprofessionel.	Retningsspecifikke øvelser (R) sammenlignes med træning af neuromuskulær kontrol (N)	Spinal manipulation og specifik mobilisering af lumbale og sacroiliacaled	Manuelle ledmobiliserende teknikker (M) sammenlignes med superviseret øvelsesterapi (S)
Varighed pr. session	30-55 min	R: 30-45 min N: 55 min	10-45 min	M: 10-45 min S: 30-50 min
Varighed af forløb	3-12 uger	R: 8 uger N: 4-12 uger	Ca. 30 dage	M: 4-12 uger S: 12 uger
Frekvens	Superviseret 0,5-2 gange om ugen	R: 0,5-1 gange om ugen N: 3-7 gange om ugen	5 gange om ugen eller max 7-20 gange i alt	M: 1-5 gange om ugen S: 1-3 gange om ugen
Intensitet	Individuel	Individuel	Individuel	Individuel og smerteafhængig
Opbygning	Progressiv	R: Afhængig af smertelættelse N: Progressiv	Afhængig af smertelættelse	M: varierende S: Progressiv
Effekt på	Bensmerte: lille effekt Rygsmerte: lille effekt	Ingen forskel i effektstørrelser på de to træningsformer ved indirekte sammenligning	Bensmerte: lille effekt Rygsmerte: lille effekt Funktionsevne: lille effekt - fundet ved indirekte sammenligning	Funktionsevne: lille effekt af S vs. M ved direkte sammenligning (2 studier). Ingen forskel på behandlingerne ved indirekte sammenligning (4 studier).

Der er evidens for effekt af interventionerne ved ovenstående frekvens og varighed. Anbefalingerne i skemaet er baseret på de inkluderede studier, og er altså derfor ikke nødvendigvis de eksakte grænseværdier for, hvornår der kan forventes effekt af træning.