

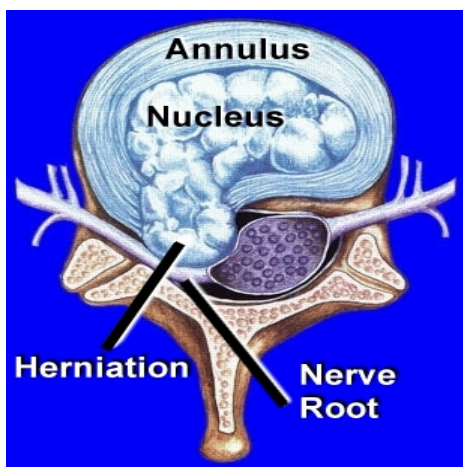
PATIENTINFORMATION

Diskusprolaps i lænden

Får man en diskusprolaps i lænden er der flere behandlingsmuligheder. Formålet med denne information er at give dig indsigt i de forskellige behandlingsmuligheder, så du - sammen med din læge - kan planlægge et godt behandlingsforløb.

Diskus er en båndskive, som ligger mellem hvirvellegemerne. Den fungerer som et fjedrende bindeled mellem hvirvlerne og som stødabsorber. Den fordeler kræfterne som ryggen belastes med, og den regulerer den normale bevægelse mellem hvirvellegemerne.

En diskusprolaps i lænden opstår, når indholdet af bruskskiven (diskus) mellem to lændehvirvler trænger igennem diskus ydervæg. Ydervæggen består af hård brusk liggende i brede bånd (annulus), medens den centrale del af diskus (nucleus) er mere blød. En prolaps opstår ofte fra en diskus, hvori der er indtrådt degeneration (henfald). Selv en meget let, akut belastning kan resultere i en diskusprolaps, hvis diskus er tilstrækkeligt degenereret.

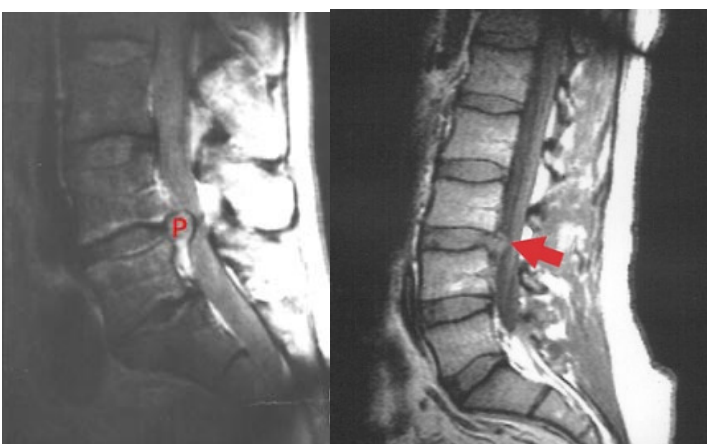


Figur 1) Illustration af diskusprolaps (Herniation = prolaps)

En diskusprolaps i lænden medfører smerter svarende til den nerve, som prolapsen trykker på. Smerterne stråler typisk ud i ballen og ned i benet. Smerten kan være meget udtalt, især umiddelbart efter at prolapsen er opstået. De svære smerter vedvarer ofte en til to uger, hvorefter de aftager noget. Smerterne kan ledsages af snurrende fornemmelser i benet, føleforstyrrelser og nedsat kraft i musklerne i benet. I sjældnere tilfælde kan nerverne til blære og endetarm være påvirket, og der kan opstå problemer med at kontrollere vandladning og afføring. Hyppigt er der også smerter i lænden, især i begyndelsen. Senere dominerer smerterne i benet.

Diskusprolaps i lænden forekommer hyppigt. I Danmark regner man med, at ca. 1 % af befolkningen indenfor et år rammes af diskusprolaps. En diskusprolaps kan opstå i alle aldre, men hyppigst forekommer de hos 40-50-årige. I Danmark blev der i 2004 opereret 3.519 patienter for diskusprolaps i lænden. Dette tal er stort set uændret igennem de seneste år.

En diskusprolaps i lænden giver ofte så karakteristiske symptomer og tegn, at diagnosen kan stilles ved en almindelig lægeundersøgelse. Diagnosen bør altid fastslås ved en MR-skanning af lænden. MR-skanning (Magnetisk Resonans) er en ufarlig undersøgelse uden brug af røntgenstråler. En anden mulighed er CT-skanning (Computer- Tomografi), hvor der anvendes røntgen. Det anbefales almindeligvis, at alle patienter med vedvarende rygproblemer får foretaget en MR-skanning.



Figur 2) MR-skanninger af diskusprolaps i lænden ('P' angiver prolapsen)

Behandlingsmuligheder

Der findes flere forskellige behandlingsmuligheder alt efter, hvor alvorlig diskusprolapsen er – typisk opdeler man behandlingsmuligheder i ikke-kirurgiske og kirurgiske behandlinger.

Ikke-kirurgisk behandling (konservativ behandling)

- Smertestillende medicin
- Fysiurgisk behandling
 - Strækbehandling
 - Dynamiske stabiliserings øvelser
 - Mackenzie-træning

Kirurgisk behandling

- Minimalt invasiv procedure: mikro diskektomi, kikkertoperation
- Dekompression: standard operation

Den ikke-kirurgiske behandling fører til smertelindring i hovedparten af tilfældene, men ca. 10 % bedres ikke væsentligt og kirurgisk behandling vil derfor være nødvendig.

Hvis den ikke-kirurgiske behandling (også kaldet konservativ behandling) ikke har virkning inden for nogle få uger, og operativ behandling skønnes nødvendig, bør denne udføres så hurtigt som muligt efter beslutningen er taget. Jo længere tid man er uarbejdsdygtig, desto sværere er det at vende tilbage til arbejdet (reference 1-8).

Hvornår skal man operere?

De retningslinjer, man sædvanligvis benytter i Danmark, er angivet i en klaringsrapport udarbejdet af Dansk Neurokirurgisk selskab ([Klaringsrapport 1996](#)). De gentages i en anden klaringsrapport i 1999 ([MTV "Ondt i ryggen" 1999](#)), udarbejdet af reumatologer, ortopædkirurger og neurokirurger i fællesskab. Mange af konklusionerne i disse rapporter må siges at være overhalet af ny viden, især hvad angår viden om behandlingsresultater, men grundlaget for kirurgisk behandling er fortsat det samme:

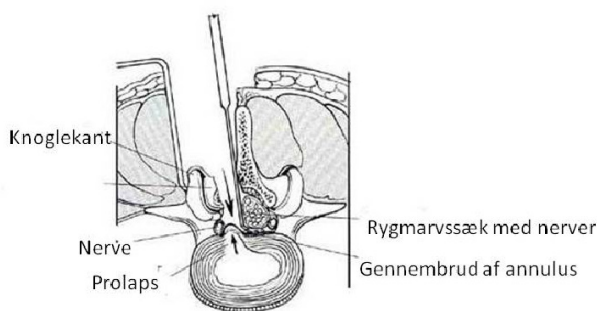
Dersom der er klar sammenhæng mellem symptomerne og den billeddiagnostiske undersøgelse (sædvanligvis MR-skanning) bør kirurgisk behandling udføres:

1. Hvis ikke-kirurgisk, konservativ behandling ikke medfører lindring efter 4-6 uger.
2. Hvis smerterne er svære og behandlingshindrende
3. Hvis der er betydelig muskellammelse, og især hvis den forværres trods behandling
4. Hvis der er påvirkning af blære og/eller endetarm

Som nævnt bør man, hvis der træffes beslutning om operativ behandling, opereres hurtigst muligt, herved opnås de bedste resultater.

Operationsmetoder

Hyppigst anvendes såkaldt 'åben kirurgi', hvor man gennem et mindre snit og åbning af rygmarvskanalen fjerner en lille del af det gule ligament (ligamentum flavum) og lidt af knoglekanten af hvirvlens bagerste bue og dermed kommer direkte ned til diskusprolapsen og den påvirkede nerve. Ofte foretages operationen ved anvendelse af et operationsmikroskop.



Resultater

Resultatet af operation for diskusprolaps i lænden hører til noget af det mest veldokumenterede, hvad angår resultater efter kirurgisk behandling generelt. Mindst 80 % opnår et tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende resultat i næsten alle opgørelser (3,4).

Operativ behandling er mere effektiv og virker hurtigere på smerter end ikke-kirurgisk behandling (3).

Risikoen for, at der opstår en ny prolaps fra den samme diskus, er omkring 3-10 % i de forskellige opgørelser. Denne tilbagefaldsrisiko skal sammenholdes med en væsentlig større risiko på mere end 25 % for at få en ny prolaps efter ikke-kirurgisk behandling.

Ofte hører man nævnt, at arvævsdannelse, som opstår efter operation, medfører en øget risiko for nye smerter. Dette er i høj grad diskutabelt, idet alle patienter udvikler sammenvoksninger (arvæv) efter operation, og der er ingen sammenhæng mellem arvævsdannelse og fortsatte smerter (10). Hvis der efter 2-3 måneder og op til flere år efter operationen igen opstår smerter i benet, er årsagen med stor sandsynlighed en ny prolapsdannelse – og der bør foretages en MR-skanning for at komme årsagen nærmere.

Efterbehandling

Efter en operation for diskusprolaps i lænden anbefales sædvanligvis indledning af et særligt rygtræningsprogram. Programmet bør opstartes ca. 4-6 uger efter operationen. Der er god evidens for effekten af genoptræning, hvor der opnås hurtigere mobilitet og smertefrihed, såfremt træning påbegyndes efter de anbefalede 4-6 uger efter operationen (11).

Generel information

<http://www.mayoclinic.com/health/herniated-disk/HD99999>

<http://www.spine-health.com/information/lumbar-herniated-disc>

http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL_ID =1057050722143259

Referencer

1. http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL_ID =1057050722143259

2. Atlas SJ, Keller RB, Chang Y, et al (2001) Surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: five-year outcomes from the Maine Lumbar Spine Study. *Spine* 26:1179–1187
3. [Surgical interventions for lumbar disc prolapse: updated Cochrane Review](#). Gibson JN, Waddell G. *Spine*. 2007 Jul 15;32(16):1735-47
4. Gibson JN, Grant IC, Waddell G (1999) The Cochrane review of surgery for lumbar disc prolapse and degenerative lumbar spondylosis. *Spine* 24:1820–1832
5. Waddell G (1991) Low back disability. A syndrome of Western civilization. *Neurosurg Clin N Am* 2:719–738
6. Weber H (1983) Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 8:131– 140
7. [The cost-utility of lumbar disc herniation surgery](#). Hansson E, Hansson T. *Eur Spine J*. 2007 Mar;16(3):329-37.
8. [Cost-effectiveness of lumbar discectomy](#). Malter AD, Weinstein J. *Spine*. 1996 Dec 15;21(24 Suppl):69S-74S.
9. [Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica from lumbar disc herniation: cost utility analysis alongside a randomised controlled trial](#). van den Hout WB, Peul WC, Koes BW, Brand R, Kievit J, Thomeer RT; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. *BMJ*. 2008 Jun 14;336(7657):1351-4.
10. [Outcome following lumbar disc surgery: the role of fibrosis](#). Almeida DB, Prandini MN, Awamura Y, Vitola ML, Simião MP, Milano JB, Bordignon KC, Ache MP, Ramina R. *Acta Neurochir (Wien)*. 2008 Nov;150(11):1167-76.
(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18936878?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
11. Ostelo RWJG, Costa LOP, Maher CG, de Vet HCW, van Tulder MW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4
<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003007/frame.html>