

# Nätverksträff

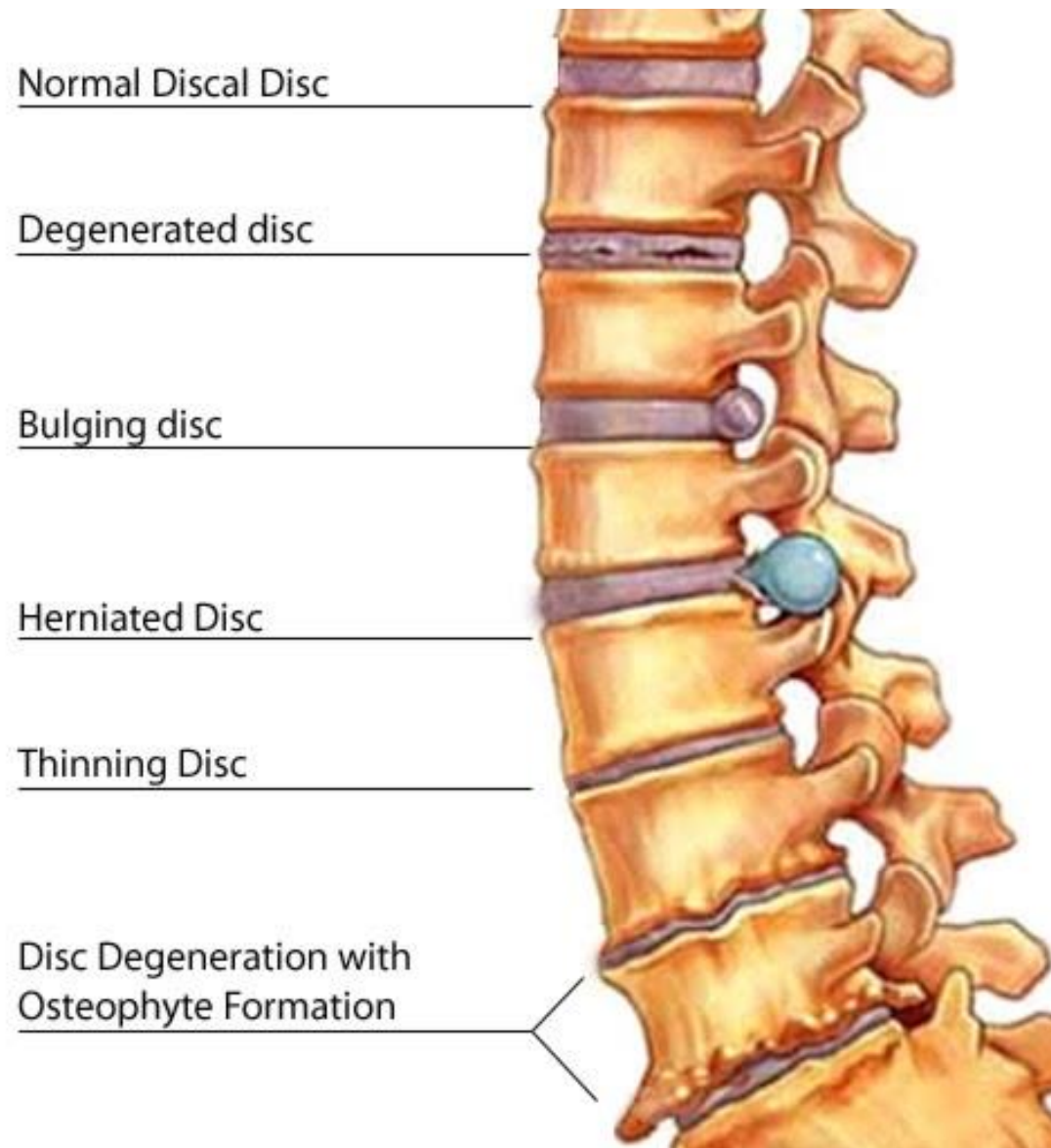
Ryggrehabilitering

# Degenerationsprocessen

---

- Efter 17-18 års ålder startar degenerationsprocessen.
- Vatten, kollagen bindväv och protein börjar minska och gör disken sprödare, medför fissurer.
- Minskat avstånd i segmentet, trängre foramina. Ligamenten runt om slackar.
- Lig flavum förtjockas
- Facettlederna komprimeras och förtjockas. Pålagringar av osteofyter
- Intradiskala rupturer

(Bogduk, Grieve 2005)



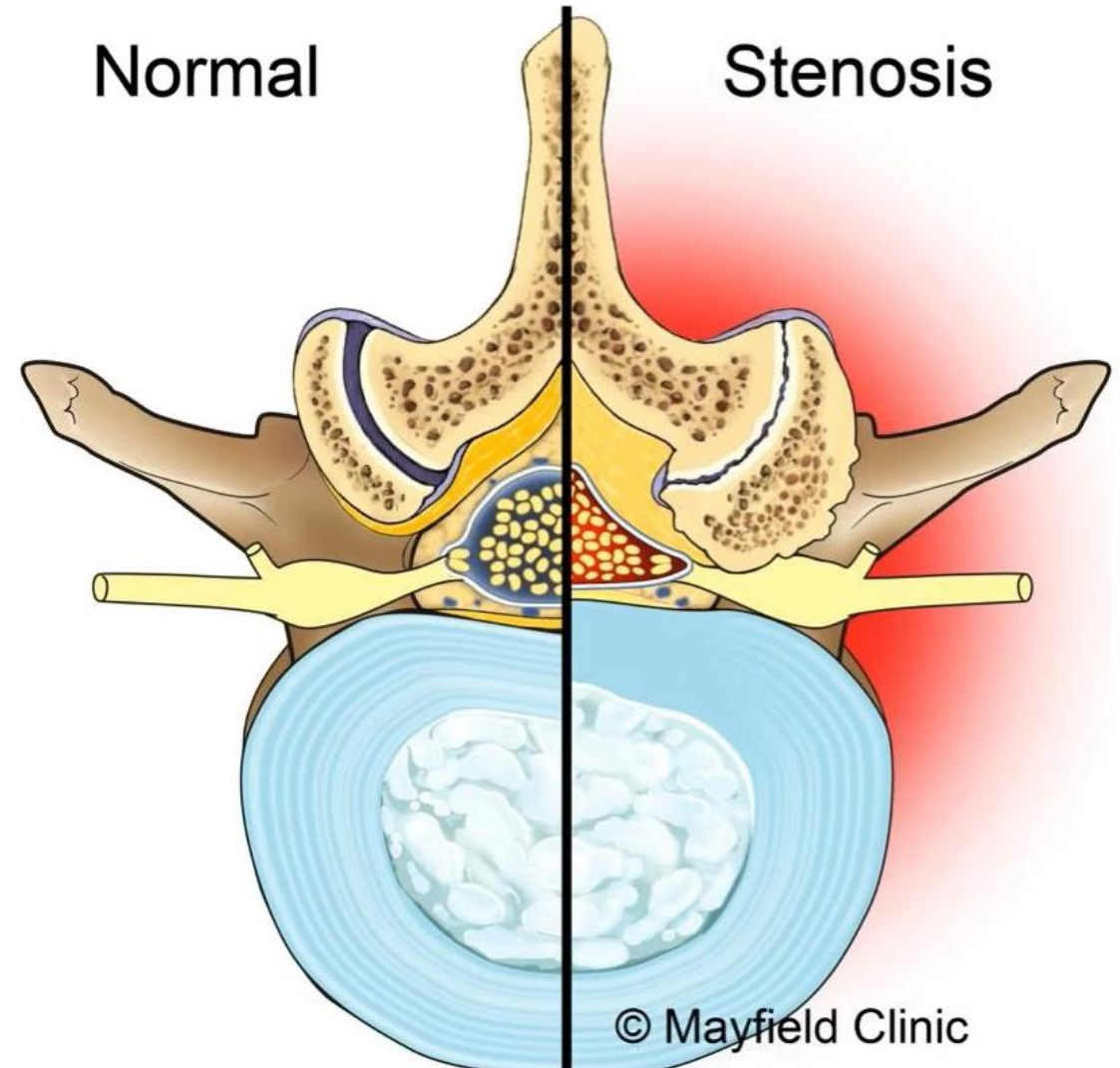


Diagnoser



# Spinal stenosis

- Central spinal stenosis:
  - Tvärsnittsytta på  $< 0,7 \text{ cm}^2$ , mäts på MRT
  - Oftast bilateral bensmärta som är relaterad till att stå/gå, mycket begränsad gångsträcka. Differentiera arterioskleros – ger cykling samma symptom som när patienten går?
  - Det typiska för spinal stenosis är mer tyngdkänsla, mjölksyra. Mår bra i framåtböjt läge. Ryggortoped avgör, vi gör bara den kliniska bedömningen. OBS! Det kan finnas förträngningar utan att ge symptom.
- Stora centrala diskbräck: Vanligast hos yngre. Kan ge central spinal stenosis med funktionsbortfall, inte nödvändigtvis bensmärta, men smärtan kan variera vänster/höger.



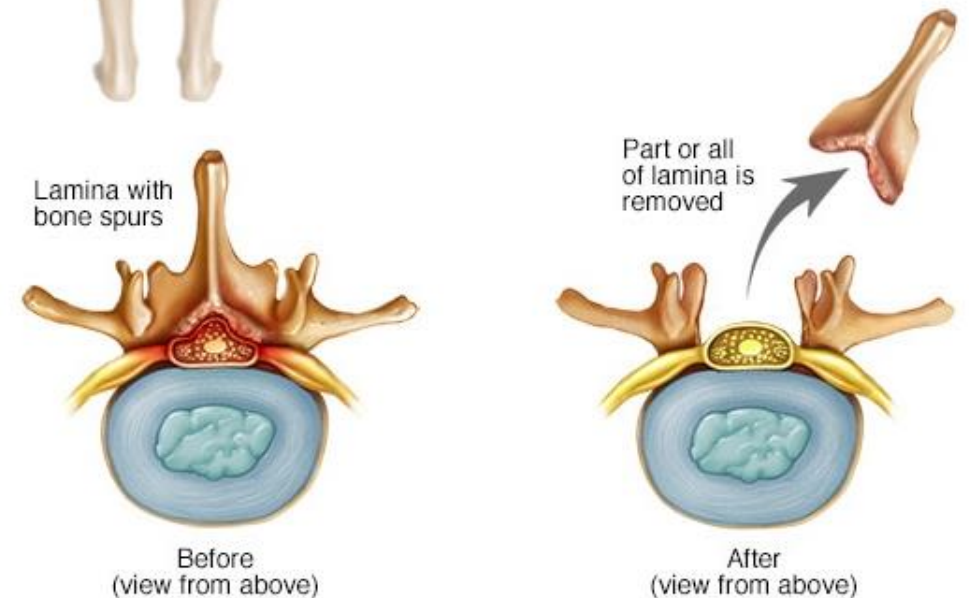
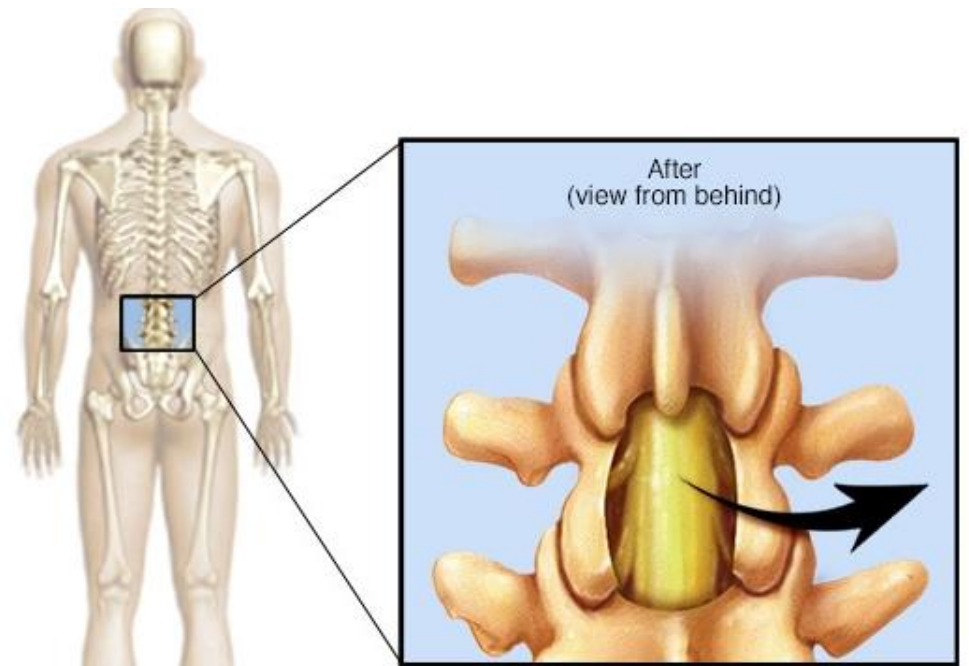
# Spinal stenosis – icke operativ behandling



- Cykling har visat sig ge bäst resultat på bensmärta och gångsträcka.
- Ger ökat utrymme i segmentet i sittande.
- Cirkulationen ökar i nervstrukturer.
- Allmän träning. Ex träning i maskiner.
- Regelbunden cykelträning under lång tid. Uppföljning efter 1-3 månader, längre vid utebliven förbättring. Sker försämring – bedömning ortopederna om gångsträckan försämras på grund av bensymtomen.

# Spinal stenosis postoperativt

- Fri mobilisering, enklare operation. Ofta äldre patientgrupp.
- Få upp konditionen! Många har motionscykel sedan innan, fortsätt med det. Individanpassa träning efter krav på funktion. Vad har patienten för mål?
- Generell styrketräning, särskilt av bortfall.
- Restsymtom: Kvarstår de efter ett år så blir de inte bättre. Ha tålamod!

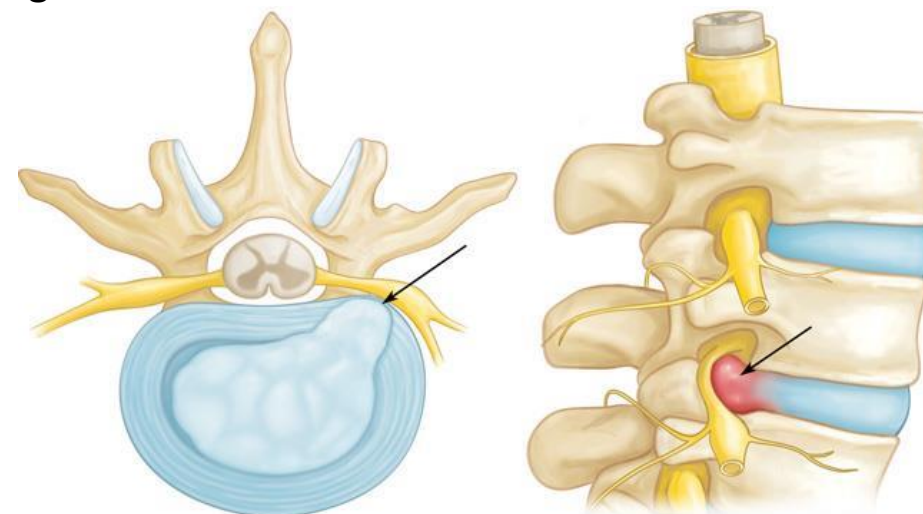


# Ischias

- Diskbråckspatienter har sällan ont i ryggen, men kan ha det.
- Centralt diskbråck – svårt att gå, gillar sittande (som vid spinal stenos). Svarar senare på nervtensionstest. Bensmärta kan variera från sida till sida.
- Paramedialt diskbråck – ligger mer åt ett håll, men symtomen kan växla sida, liknar mer ett lateralt diskbråck.
- Lateralt diskbråck – Ensidig bensmärta. Dermatonspecifik. Ofta neurologiska bortfall. Vill inte sitta. Devierar från onda sidan. Positiv SLR.

## Diffrentiera:

- Refererad smärta från segmentet
- Höftled
- Muskulatur: Gluteus medius, tensor fascia latae m fl
- Buktande disk – Oftast intermittent bensmärta. Inte lika ettrig.





# Nervkonduktion

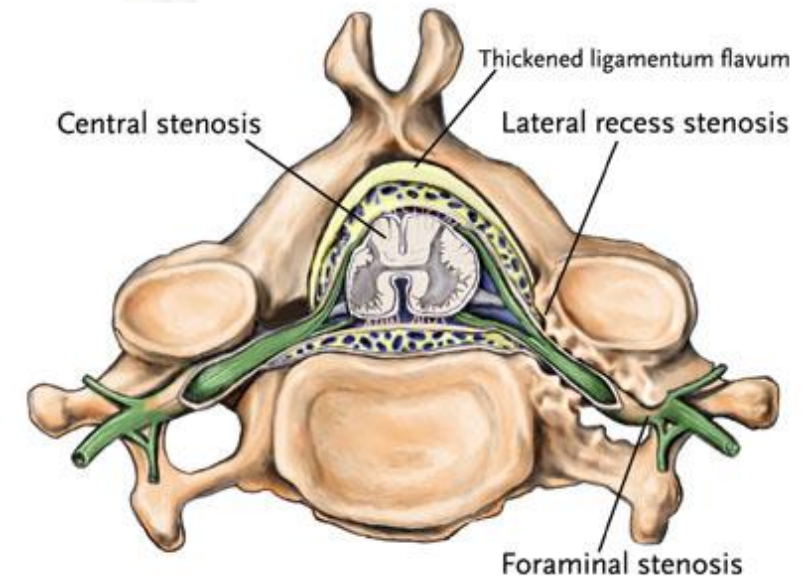
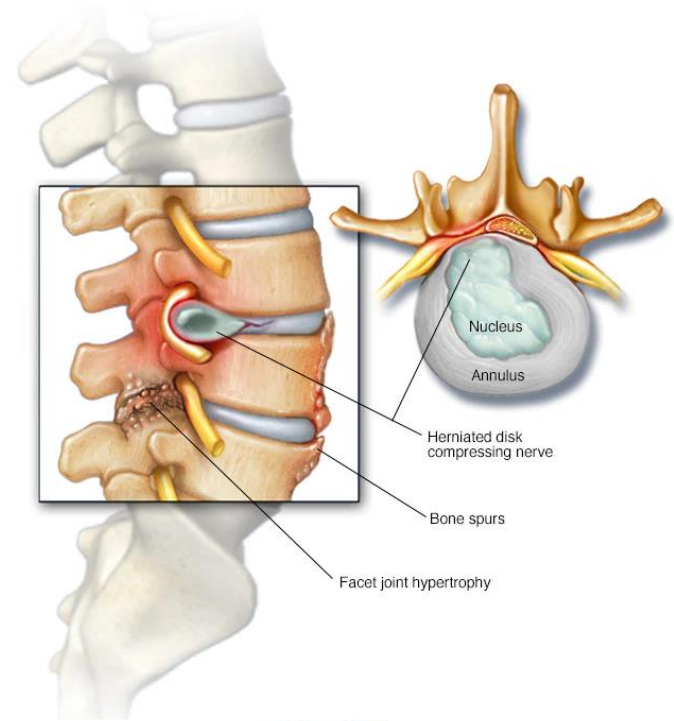
- Foramenförsnävning/kompression
  - Fråga om det reproducerar smärta de känner igen. I rygg eller ben?
- Sensibilitet, kraft och reflexer enligt dermatom, myotom. Testa innan nervdynamiska tester för att inte reta systemet.
- Nervdynamiskt test
  - Börja alltid med symtomfritt ben
  - Korsad Lasègue – Får aktuell bensmärta vid test av motsatt ben. Ofta en indikation på nytillkommet diskbråck. Var lite mer försiktiga med övriga nervtensionstester!
  - Stående, sittande, liggande
  - Fråga om det reproducerar smärta de känner igen. I rygg eller ben?
- Klonus och babinski vid misstanke om myelopati/långa bansymtom.

# Ischias - Icke operativ behandling

- Kroppen är bra på att läka ut.
- Optimal medicinering för bensmärta.
- Vi behandlar bensmärtan. Avlastning av nerv, vilopositioner.
- Hitta en cirkulationsträning för läkning som inte provocerar bensmärta. Klarar de inte belastning på land – använd bassäng.
- När bensmärtan lugnar sig – viktigt att få tillbaka rörlighet och återfå funktion efter bortfall.
- Utgå från patientens mål och funktion.

# Ischias/bensmärta - Operationsindikationer

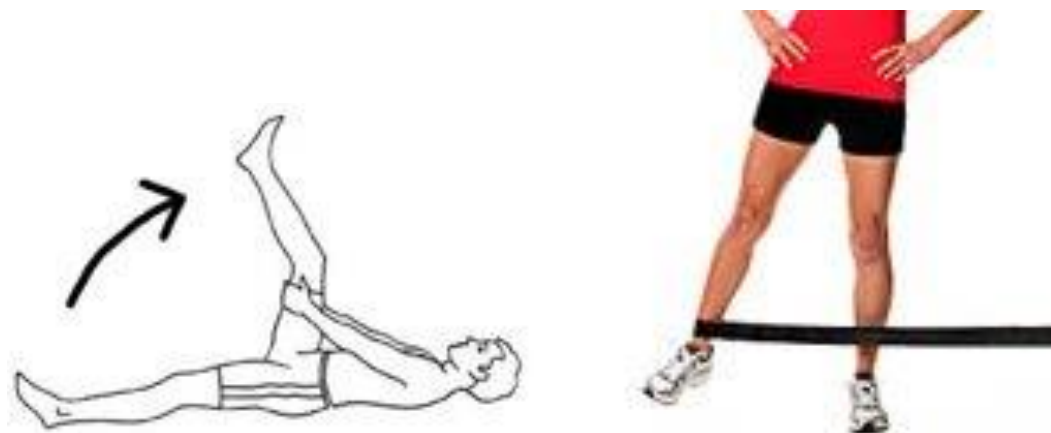
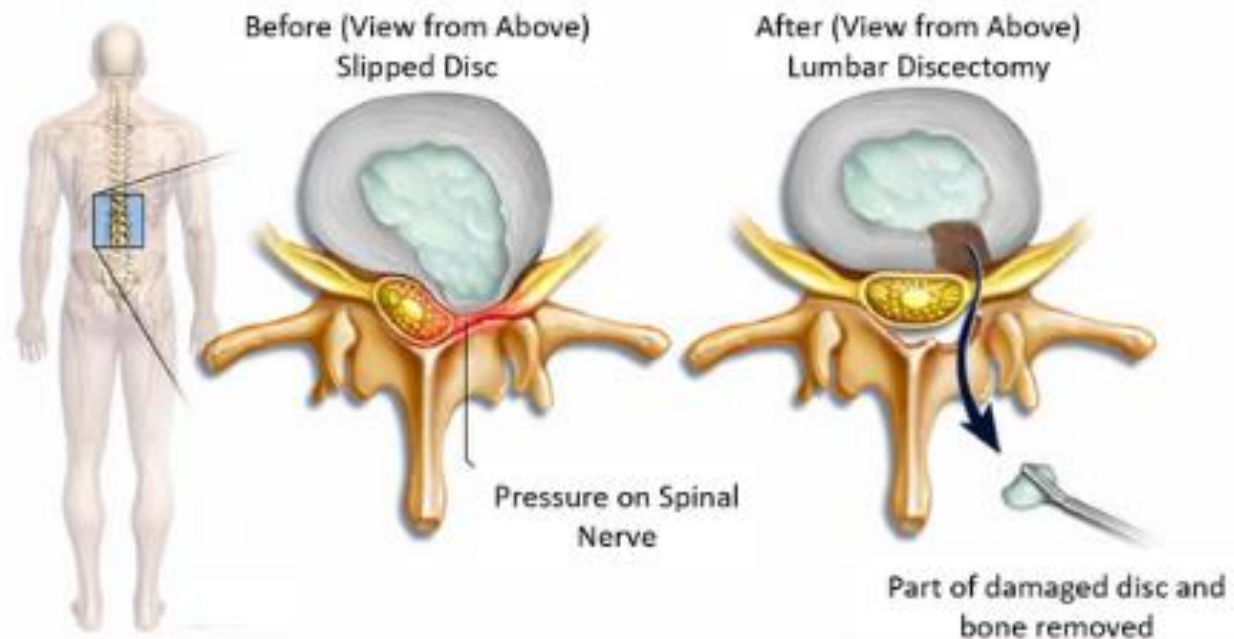
- *Diskbråck*: Klinik ska stämma överens med MR-bilder (dermatom/nivå). Cauda equina. Bensmärta (nedanför knä) ska dominera, inte ryggsmärta! Funktionsbortfall är inte en operationsindikation. Smärta är indikationen.
- *Foraminell stenosis*: Opereras inte då ensidig operation riskerar att segmentet kollapsar. Progress sker över tid. Ger oftast inte motoriska/sensoriska bortfall, inte heller positiv SLR. Mycket likt facettledssmärta med refererad smärta. Facettledssmärta/artros svarar ofta bra på NSAID, foraminella stenoser svarar oftast på medicin mot nervsmärta.
- *Recesstenosis*: Ensidig bensmärta, provoceras också av stå/gå. Mår bra av att sitta. Kan även ha ont i liggande. Vanligast L4-L5, ger ofta en svaghet i gluteus medius som innerveras av aktuellt rot. Kan opereras.



# Diskbråck

## Postoperativ rehabilitering

- Fri mobilisering. Tre månaders läkning.
- Från dag 1 – nervglidning. Successivt öka fysisk aktivitet. Få tillbaka rörlighet i benet och normalisera rörelsemönster.
- Om de har haft bortfall, träna bortfallet! T ex gluteus medius, dorsalextensorer fot.
- Efter fyra veckor – återgå successivt till vanlig träning.
- Viktigt med handledd träning - individuellt hur länge utifrån vilka krav de har. Behåll de med rörelserädsla längre.





# Forts. diskbråck

- Risk för ärrvävnad. Viktigt med nervglidningen och cirkulationsträning över tid och följ upp rörligheten. Börja inte återgå till belastande idrott/gymträning innan rörligheten är återställd för att inte få kvarstående bensmärta.
- Återfår de bensmärta: cirkulation och nervmobilisering. Inte ny MR OM det inte är mycket värre än första gången. En ny typ av bensmärta – ny bedömning.

# Lumbago

Segmentell rörelsesmärta (SRS): Smärta som uppstår vid rörelse eller belastning i ett eller flera specifika och lokaliserbara rörelsessegment.

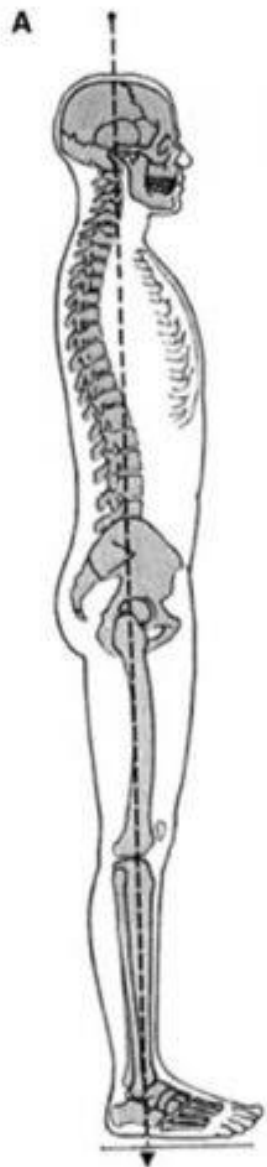
Instabilitet: Spondylolistes är det enda instabilitetsdiagnosen förutom trauman. I ett tidigt skede bara ryggsmärta. Ofta hyperlordotiska. Med stigande ålder kan de få samma symptom som spinal stenos. Degenerativa spondylolisteser opereras oftast inte. Unga spondylolisteser får bedömas individuellt av ortoped.

Kräver handledd träning minst ett år innan bedömning på ortopeden.

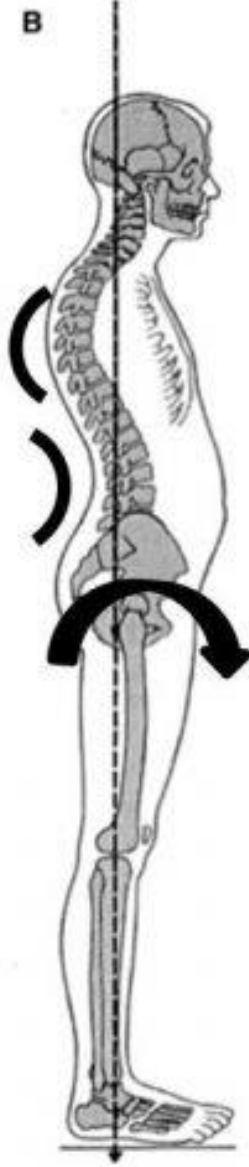
Degenerativa ryggsmärtor –prioritera kondition och rörelseträning, generell styrketräning.

Buktande diskproblematik. Finns egentligen inte som diagnos.

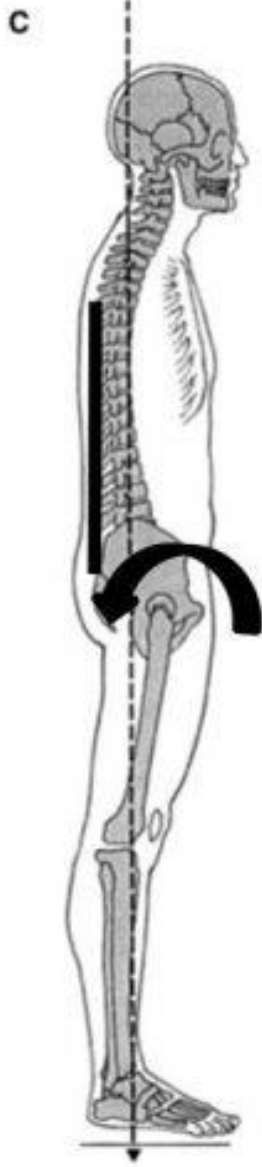
Hypermobila ryggar – operera ej!



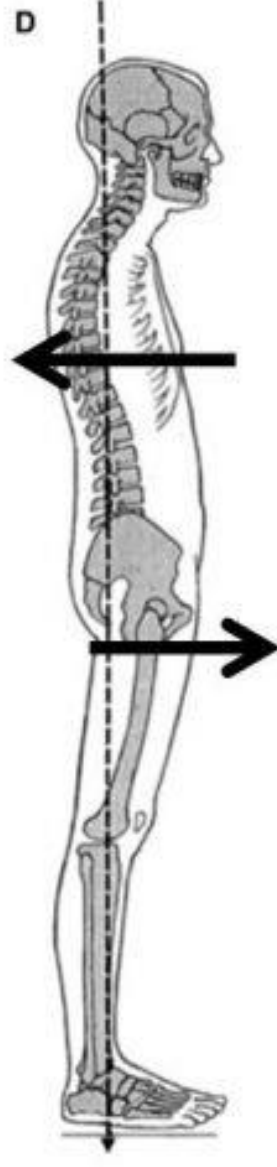
Ideal alignment.



Kyphotic-lordotic posture



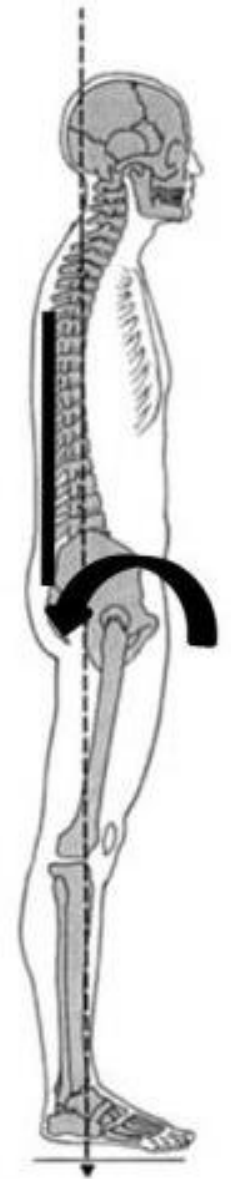
Flat-back posture



Sway-back posture.

# Flat back

- Den svåraste att rehabilitera.
- Sacrum står vertikalt. Får ingen jämn svikt i belastningen, belastningen hamnar på L5-segmentet. Oftast där de förlägger sin smärta.
- Svaga bakre posturala muskler. Har starkare bukmuskulatur.
- Önskvärt att de skulle få en ökad lordos, men svåråtkomligt. Jobba uppifrån! Lagg tyngden längre fram på foten – bakre muskulatur aktiveras. Utmana genom enbensstående m m. När de fått lyftet, jobba med t ex rodd.
- Börja inte med övningar för rumpa/ben. När de börjar med t ex benböj, jobba med pinne ovanför huvudet.
- Yoga!



Flat-back posture



# Kyfos-lordos

- Horisontellt ställt sacrum
- Får en ökad belastning vid brytpunkterna i nacke och ländrygg i lordoserna.
- Skulle helst vilja påverka rörligheten i bröstryggen, men den kan vara svår att komma åt.
- Är bröstryggen manifest stel och inte går att påverka varken manuellt eller med träning gäller allmän träning.
- Rörlighet, kondition och styrka. Variation. Yoga.



# Sway back

- Hyperextenderade knän, hänger i hyperextension höfter. Förstärkt lumballordos.
- Har ofta lateral shift vid sidböjning.
- Behöver få koll på kroppen. Träna mycket i stående. Våga belasta! Kontrollträning, utnyttja hela ryggen, använd bröstryggen! Glöm inte träna i rotation. Tacksamma att träna!

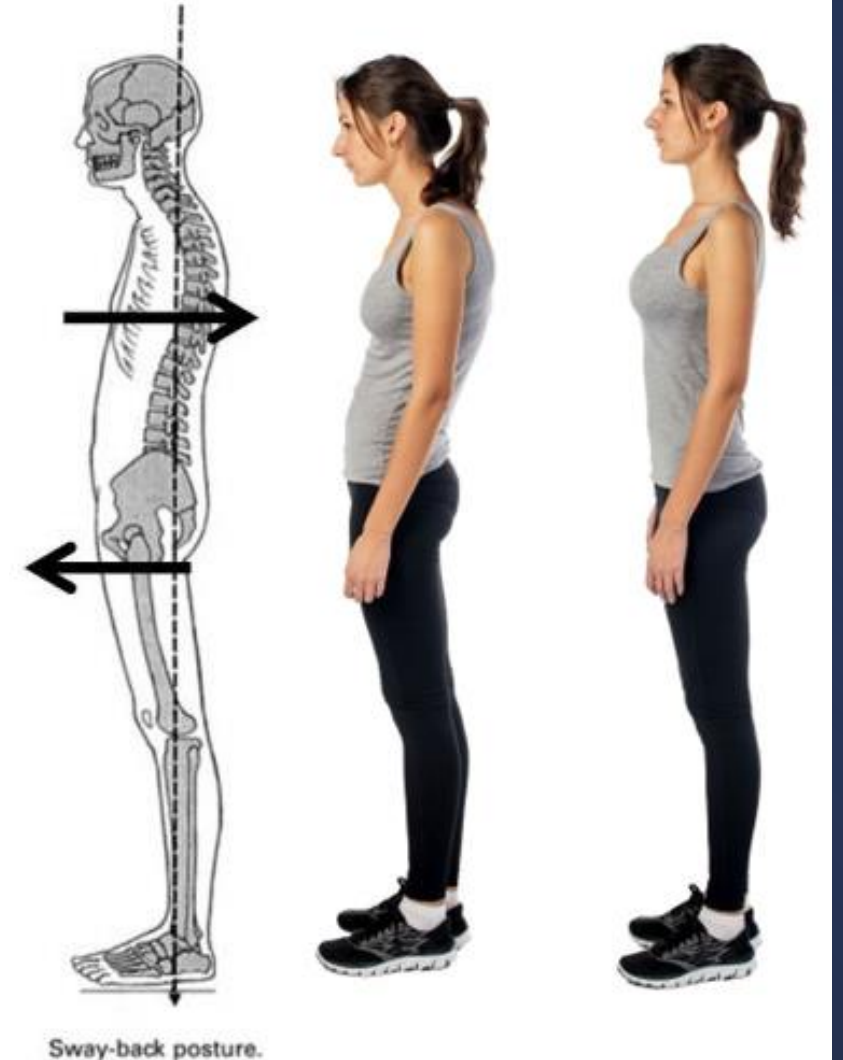




Bild 3



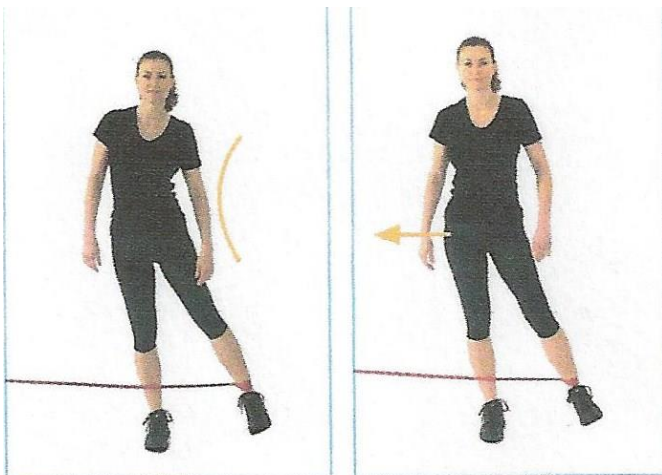
Bild 5



Rörlighet bröstrygg

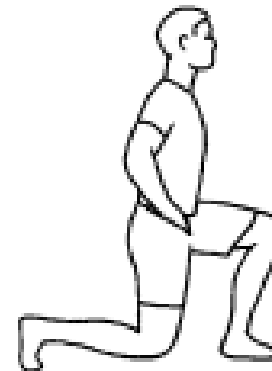
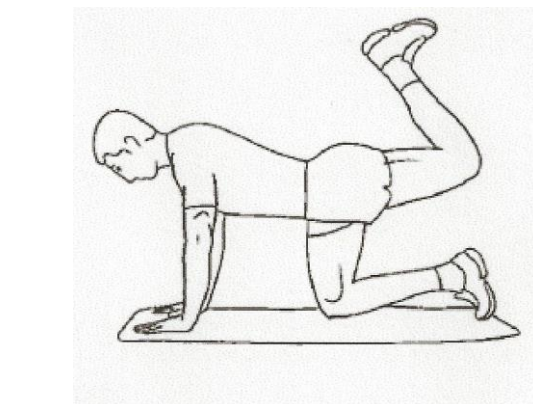
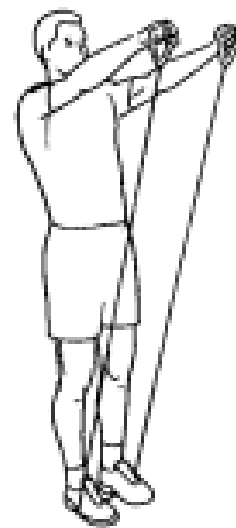
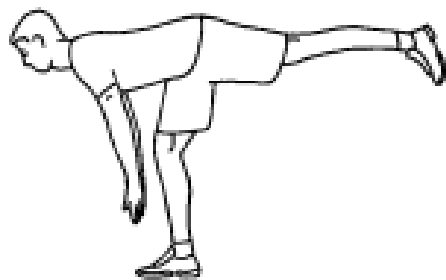
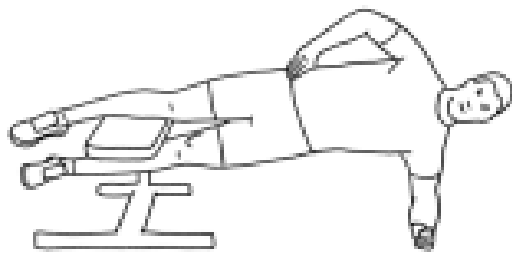
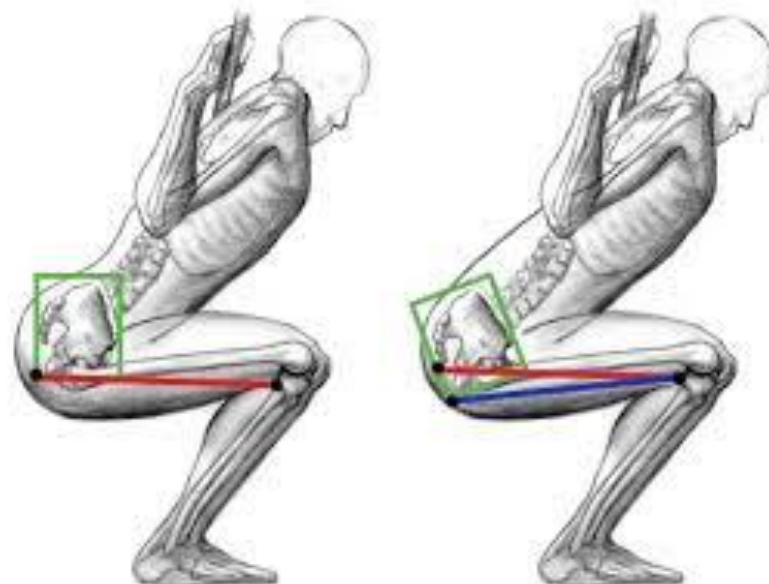
# Träning

- Utifrån individens behov

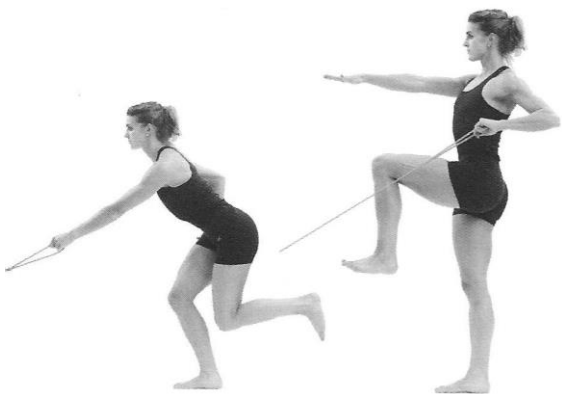
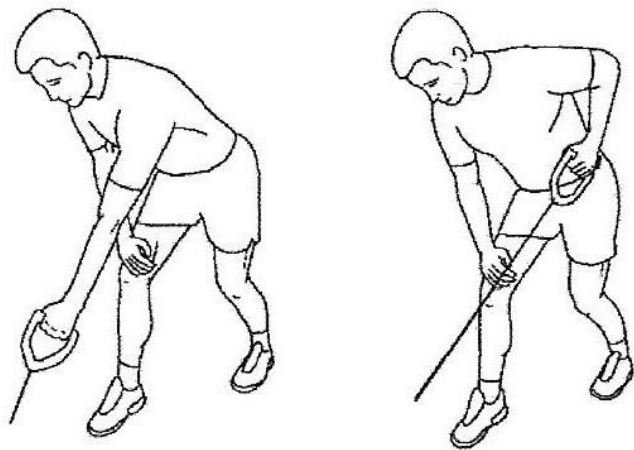
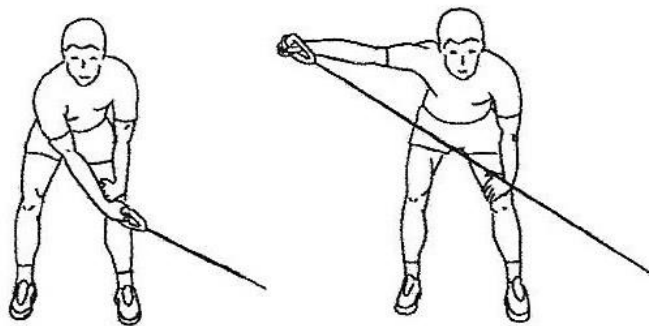
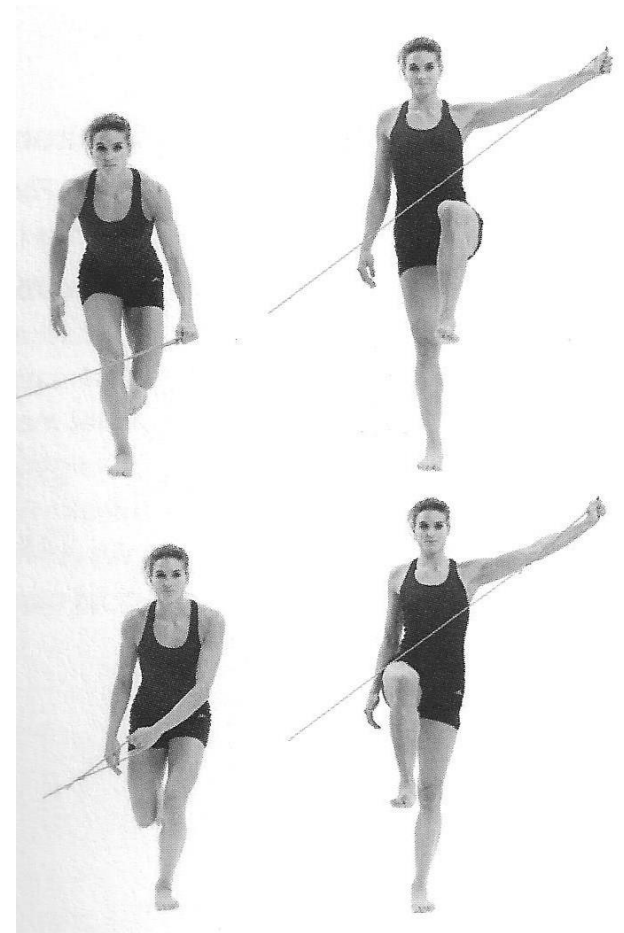
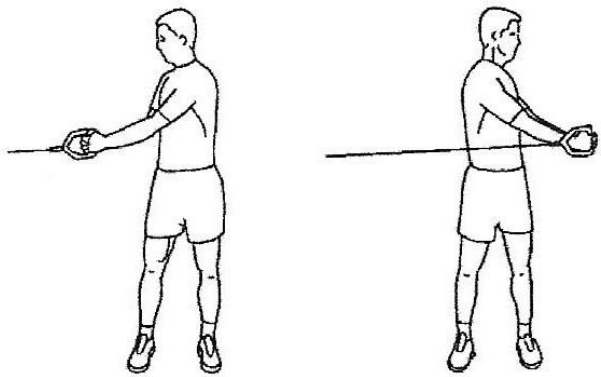
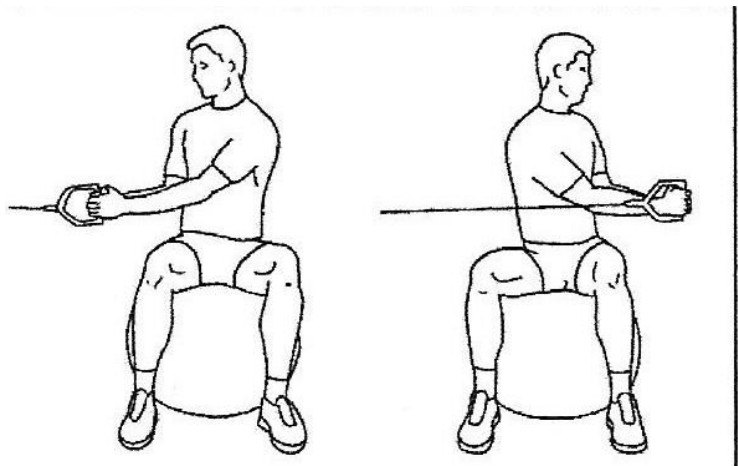


Dålig bålstabilitet.

Dålig bäckenstabilitet.







Stabiliserande träning, rotationsträning

# Fusion postoperativt

---

- Får ibland korsett postoperativt.
- Styrketräning med vikter påbörjas efter cirka tre månader på grund av inläkning av bentransplantat.
- Träning 6-12 månader, särskilt för de med högre krav på belastning. Större ingrepp, mer sargad muskulatur som behöver stimuleras att återfå sin funktion.
- Kräver ofta mer smärtlindring, längre sjukskrivning. Två nivåer kräver nästan dubbelt så lång tids rehabilitering, stor skillnad!
- Om ni glesar ut på uppföljningarna, släpp inte för tidigt.
- OBS! Har de specifika regimer från andra ställen gäller de förstås.



Frågor