

Smärtan vid diskbråck inte bara mekaniskt betingad

Farmakologisk behandling kan öppna nya möjligheter

Mellan 20 och 30 procent av symtomfria människor har diskbråck i ländryggen. Prevalensen av symtomgivande diskbråck är ca 2 procent, dvs endast i undantagsfall ger diskbråck symtom.

Ett flertal olika faktorer har stor betydelse för prognosen vid diskbråck; i detta nummer av Läkartidningen belyser Kjell Olmarker och Björn Rydevik inflammationens betydelse för patofysiologi och smärtmekanismer.

Mekaniskt perspektiv

Smärtan vid diskbråck har under lång tid betraktats som ett rent mekaniskt fenomen, dvs diskbråckets tryck på en nervrot ger ischiasvärk. Ur det perspektivet är den rationella behandlingen att ta bort diskbråcket. I randomiserade studier av patienter med diskbråck som gett betydande ischiasbesvär har operation visat sig bättre än konservativ behandling. En statistiskt signifikant skillnad föreligger åtminstone efter ett år, medan det i det långa förloppet, mellan fem och tio år, inte verkar vara avgörande om man opererar eller inte [1].

De flesta patienterna blir dock av med sin värk med eller utan operation, och en rätt utförd operation är inte heller någon garanti för att patienten blir besvärsfri.

Undersökningar med magnetkamera (MR) av besvärsfria personer har visat asymtomatiska diskbråck i ländryggen hos 20–30 procent, i brösttryggen hos 37 procent, och 29 procent hade deformerad ryggmärg [2, 3]. Prevalensen av symtomgivande diskbråck har uppgivits vara mindre än 2 procent, dvs en-

dast i undantagsfall ger diskbråcken symtom [4].

Man kan fråga sig om detta beror på att trycket på nervrötterna är så litet att det inte ger någon påverkan. Emellertid kan man hos patienter med spinal stenos och ensidiga symtom påvisa neurofysiologiska förändringar i mer än 70 procent på den symtomfria sidan [5]. Det verkar således som om det behövs mer än mekanisk påverkan för att patienten skall få symtom.

Inflammationens betydelse

I mycket vackra studier har Olmarker och Rydevik visat att diskvävnad som appliceras kring nervrötterna hos försöksdjur ger en inflammatorisk reaktion med både försämrad nervfunktion och smärtbeteende [6]. Det förefaller således som om den inflammatoriska komponenten är väsentlig för smärtan. Detta ger förhoppningar om att man med olika farmaka skall kunna påverka prognosen vid diskbråck.

Som Olmarker och Rydevik påpekar är tidsfaktorn mycket central. Metylprednisolon förhindrade uppkomst av nervskada om det gavs till försöksdjur inom 24 timmar efter det att nucleus pulposus från den egna disken applicerats på nervroten [6]. Å andra sidan kunde man i en prospektiv randomiserad studie på 93 patienter som opererats för diskbråck inte se någon effekt av prednisolon. Patienterna fick 50 mg prednisolon per dag i 14 dagar efter operationen, och sedan 25 mg per dag under ytterligare fyra dagar.

Vid efterundersökningen sex månader, ett år och tre år efter operationen förelåg ingen skillnad vare sig subjektivt eller objektivt i jämförelse med en placebogrupp [7].

Internationellt finns flera rapporter om epidural administrering av steroider vid ischias som kan bero på diskbråck. Det är dock tveksamt om behandlingen har effekt [8, 9].

Det kan därför för närvarande inte anses motiverat att rekommendera epi-

dural administrering av steroider innan randomiserade studier visat effekt i det korta eller det långa perspektivet.

Sociala och psykiska faktorer

I en studie av patienter som skulle opereras för diskbråck i ländryggen undersöktes det prediktiva värdet av neurologiska fynd, Lasègues test, personlighetsfaktorer mätt med MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) och radiologiska fynd.

MMPI hade inget prediktivt värde för om man skulle hitta ett diskbråck eller inte vid operationen. Då hade den radiologiska undersökningen större träffsäkerhet. När det gällde det kliniska resultatet av operationen hade däremot MMPI överlägset den bästa förmågan att förutse resultatet [10].

Liknande resultat har visats i andra studier, t ex har sociala och psykologiska faktorer större betydelse för slutresultatet vid diskbråckskirurgi än kliniska fynd [11].

För närvarande kan sedvanlig diskbråcksoperation eller operation med mikrokirurgisk teknik rekommenderas vid diskbråck om besvären är uttalade [12]. Det är dock aldrig fel att stödja en patient som föredrar expektans, om inte cauda equina-påverkan föreligger.

Inte minst ortopedkolleger (fem på ortopediska kliniken vid Universitetssjukhuset MAS) som själva drabbats av

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!

Författare

ALF UDÉN

docent i ortopedi, överläkare, ortopediska kliniken, Malmö-Trelleborg, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

diskbräck har intagit en konservativ hållning när det gäller behandling. De har också använt en strategi att försöka leva som vanligt, dvs arbeta i största möjliga mån och successivt öka sin aktivitet på fritid och i arbete, en strategi som också vid vanligt ryggont visat sig vara bra [13].

Nya perspektiv

Artikeln av Olmarker och Rydevik har gett oss nya perspektiv på mekanismerna vid ischiassmärta och öppnat möjligheter för farmakologisk behandling av smärtan. Innan så pass potenta läkemedel som t ex kortikosteroider används i klinisk verksamhet fordras studier som klargör vilka patientgrupper som kan vara lämpliga att behandla, och när i förloppet detta skall ske.

Referenser

1. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, retrospective study with ten years of observation. *Spine* 1983; 8(2): 131-40.
2. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994; 331: 69-73.
3. Wood KB, Garvery TA, Cooper G, Heithoff KB. Magnetic resonance imaging of the thoracic spine. Evaluation of asymptomatic individuals. *J Bone Joint Surg* 1995; 77A(11): 1631-8.
4. Andersson GBJ. Sensitivity, specificity, and predictive value. A general issue in the screening for disease and in the interpretation of diagnostic studies in spinal disorder. In: Frymoyer JW, ed. *The adult spine: principles and practice*. New York: Raven Press Ltd, 1991: 107-46.
5. Johnsson KE, Rosén I, Udén A. Neurophysiologic investigation of patients with spinal stenosis. *Spine* 1987; 12(5): 483-7.
6. Olmarker K, Rydevik B. Ny kunskap om smärtmekanismer vid diskbräck och ischias. Exponering för diskvävnad sensitiserar nervrötterna. *Läkartidningen* 1998; 95: 0000.
7. Manniche C, Lauritsen B, Vinterberg H. Perioperative prednisolone fails to improve the clinical outcome following surgery for prolapsed lumbar intervertebral disc. A randomized co-trial. *Scand J Rheumatol* 1994; 23(1): 30-5.

För närvarande kan sedvanlig diskbräcksoperation eller operation med mikrokirurgisk teknik rekommenderas vid diskbräck om besvären är uttalade. Det är dock aldrig fel att stödja en patient som föredrar exspektans, om inte cauda equina-påverkan föreligger.

8. Rydevik BL, Cohen DB, Kostuik JP. Spine epidural steroids for patients with lumbar spinal stenosis. *Spine* 1997; 22(19): 2313-7.
9. Carotte S, Leclaire R, Marcoux S, Morin F, Blaise GA, St Pierre A et al. Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus. *N Engl J Med* 1997; 336(23): 1634-40.
10. Spengler DM, Quелlette EA, Battié M, Zeh J. Elective discectomy for herniation of a lumbar disc. *J Bone Joint Surg* 1990; 72A(2): 230-7.
11. Hurme M, Alaranta H. Factors predicting the result of surgery for lumbar intervertebral disc herniation. *Spine* 1987; 12(9): 933-8.
12. Tullberg T, Isacson J, Weidenhielm L. Does microscopic removal of lumbar disc herniation lead to better results than the standard procedure? Results of a one-year randomized study. *Spine* 1993; 18(1): 24-7.
13. Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E et al. The treatment of acute low back pain. Bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995; 332(6): 351-5.

Se även artikeln på sidan 5618 i detta nummer