Tidsskriftet Tidsskrift for Den norske legeforening

Kvalitetssikring av ryggkirurgi

REDAKSJONELT

MAGNÆS B

Lumbago/isjias forårsaket av prolaps, forkalkninger og spinal stenose er en av de største og dyreste sykdomsgruppenei samfunnet. Gjennomsnittsalderen ved prolapsoperasjoner er ca. 40 år, og ved operasjoner for forkalkning/stenose ca.65 år.

Operasjon av prolaps som øyeblikkelig hjelp er indisert ved kompresjon av cauda equina med motorisk og sensoriskutfall i blære, rectum og vagina samt betydelige lammelser i foten og ved skade som gir morfintrengende smerter. Det erstor enighet om disse absolutte operasjonsindikasjonene.

Ved elektiv prolapskirurgi er operasjonsindikasjonene relative. Både pasientseleksjon, operasjonstidspunkt,operasjonsfrekvens og operasjonstype viser betydelig geografisk variasjon (1, 2), og det er behov for forbedring ogstandardisering på flere områder (3-5).

Valen & Rolfsen har i sin artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (6) ved hjelp av overlevingsanalyse undersøktkvaliteten av ryggkirurgi hos 350 pasienter som ble førstegangsoperert for nukleusprolaps i perioden 1981-95 vedFylkessjukehuset i Haugesund. Oppfølgingen var 2-16 år, og kvaliteten er bedømt etter både objektive og subjektivekriterier. 76% var tilfredse med resultatet, mens 7% angret på operasjonen.

Forfatterne fant at kvinner hadde bedre resultat enn menn og at psykososiale problemer var en sterkt negativprediktor. Bildediagnostiske funn, operasjonstidspunkt etter sykdomsdebut og alder hadde ingen betydning forresultatet. Et godt resultat tidlig etter operasjonen var en god prediktor foret godt langtidsresultat. Komplikasjonenevar lette og hadde ingen innvirkning på sluttresultatet.

Arbeidet viser at det er liten risiko forbundet med prolapsoperasjonene. Total symptomfrihet kan man imidlertid ikkelove pasientene, idet 59% hadde restplager i form av moderat lumbago/isjias, og det var 12% reoperasjoner. Detteforteller oss at kirurgisk behandling kun er egnet for de betydelige plager, og at lette og moderate plager børbehandles konservativt. Fordi prolaps er en sykdom med betydelig selvhelbredelse, bør man også ved mer alvorlige plagervære avventende med kirurgi i 6-12 uker hvis det er en rimelig fremgang (7). For pasienter med relativ indikasjon forkirurgisk behandling falt operasjon gunstigst ut etter fire år, men etter ti år var resultatene like (8).

På den annen side må man heller ikke utsette en operasjon unødig lenge, fordi pasientens mulighet til å kommetilbake til arbeid synker fra ca. 75% til ca. 25% når sykmeldingstiden øker fra tre måneder til 12 måneder (9, 10). Detvil si at når operasjon er bestemt, bør det være kapasitet til å operere pasientene raskt.

Tilstrekkelig operativ kapasitet er også nødvendig for å opprettholde en korrekt pasientseleksjon. Når det erkapasitetssvikt, vil nok mange se det som meningsløst å sette pasientene på en lang og passiviserende venteliste, ogderfor kjøre linjen med konservativ behandling videre - kanskje litt for langt.

Ca. 1% av befolkningen får prolaps per år, det vil si 44000 nye prolapser per år i Norge. Frekvensen avprolapsoperasjoner varierer imidlertid meget sterkt mellom de forskjellige land og også innen det enkelte land. I USAhvor det private markedet dominerer, utføres det 1 600 prolapsoperasjoner per million innbyggere per år, mot ca. 600 iNorge. I Sverige, som tilhører toppen innen ryggforskningen i verden, er tallet på operasjoner i det offisiellehelsevesenet i størrelsesorden 300-500 per million per år. Tallene fra Haugesund ligger i underkant av de svensketallene, og sammen med resultatene indikerer dette at det er gjort en nøktern og forskningsbasert pasientutvelgelse tilkirurgisk behandling.

I tillegg til operasjoner ved primær- og residivprolaps som omtalt av Valen & Rolfsen (6), omfatter ryggkirurgienogså dekompressiv kirurgi ved forkalkninger/stenose (11) og avstivningsoperasjoner som er spesielt problematisk medhensyn til både indikasjon og teknikk hos pasienter uten glidning eller feilstilling mellom virvlene (utenspondylolistese) (3, 12).

Det store antall ryggpasienter som lider, som er sykmeldte og som uføretrygdes hvert år, viser at det er behov foren økt innsats for ryggpasientene. Men det er meget usikkert på hvilket område kreftene bør settes inn. Til tross foren nær tredobling av antall operasjoner, både enkle operasjoner og fiksasjonsoperasjoner i perioden 1980-95 i vestligeland (9), er antall sykmeldinger og innvilgninger av uføretrygd på grunn av rygglidelser i samme periode, også blitttredoblet. Et hovedproblem synes å være at isjiaser en uberegnelig nervesmerte som kan være vanskelig å helbrede selvom årsaken fjernes.

Det er derfor lite realistisk å håpe på lettkjøpte fremskritt, som at ryggproblemet skal kunne løses bare ved å økeantallet ryggoperasjoner. Den beste og enkleste type operasjon utført hos rett pasient til rett tid er sannsynligvisdet vi bør streve etter på den operative siden. Men problemet kan ikke løses fra kirurgisiden alene. For bedre serviceog kvalitet både på kortere og lengre sikt er det derfor ønskelig at de ulike grener innen medisin, fysioterapi ogkiropraktikk organiseres for tverrfaglig pasientbehandling og forskning på sentral- og regionsykehusnivå.Ryggbehandlingen bør også få et nasjonalt senter for forskning og forskningsveiledning, og for vurdering og behandlingav pasientene med de mest kompliserte lidelsene.

Bjørn Magnæs

LITTERATUR

1. Andersson GBJ, Weinstein JN. Disc herniation. Spine 1996; 21: 15.
2. Gudmundsson G, Søgaard I. Lumbar disc prolapse surgery at Nordic neurosurgery units in 1993. Nord Med 1997; 112: 79-82.

3. Katz JN. Lumbar spinal fusion. Surgical rates, costs, and complications. Spine 1995; 20: 78-83.

4. Vondt i ryggen. Hva er det? Hva gjør vi? Statens Helsetilsyns veiledningsserie 7-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.

5. Magnæs B. Standardisering av ryggbehandlingen. Nord Med 1997; 112: 78.

6. Valen B, Rolfsen LC. Kvalitetssikring av ryggkirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2136-9.

7. Saal JA. Natural history and nonoperative treatment of lumbar disc herniation. Spine 1996; 21: 2-9.

8. Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled, prospective study with ten years of observation. Spine 1983; 8: 131-40.

9. Waddell G. Keynote address for primary care forum. Low back pain: a twentieth century health care enigma. Spine 1996; 21: 2820-5.

10. Nygaard OP, Romner B, Trumpy JH. Duration of symptoms as a predictor of outcome after lumbar disc surgery. Acta Neurochir 1994; 128: 53-6.

11. Amundsen T, Weber H, Lilleås F, Nordal HJ, Abdelnoor M, Magnæs B. Lumbar spinal stenosis. Clinical and radiologic features. Spine 1995; 20: 1178-86.

12. Nachemson A, Zdeblick TA, O'Brien JP. Controversy. Lumbar disc disease with discogenic pain. What surgical treatment is most effective? Spine 1996; 21: 1835-8.

Publisert: 30. mai 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.