

Doknr. i Barium	Dokumentserie Medicinskt	Giltigt fr o m 2020-12-01	Version 6
RUTIN Ryggåkommor hos barn – ortopediska rutiner			
Innehållsansvarig: Aina Danielsson, ÖI, barnortopedi Godkänd av: Anna Nilsson Denna rutin gäller för: Barnortopedin			

Revideringar i denna version

Uppdatering av texten till lättare språk. Regelbunden kontroll på ortopediklinik enbart om Cobb-vinkel >20° Ersätter version 5. Ny uppföljning av rutin om 3 år.

Syfte

Optimera kontroller av ryggproblem hos barn och minska onödiga undersökningar med bibehållen kvalitet.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund:

Med skolios menas ryggradskrökning i frontalplanet uppmätt till minst 10° Cobbvinkel på röntgenbilden. En funktionell skolios uppkommer sekundärt till exempelvis smärta i ryggen eller benlängdsskillnad medan en strukturell skolios utgörs av verklig felställning i ryggen.

Skolios kan vara orsakat av tex en kotmissbildning, neurologisk sjukdom eller tumör i spinalkanal. Orsaken till skolios måste klargöras redan från början, eftersom det påverkar val av kontroll och behandling. Ibland finner man ingen orsak vid utredning och skoliosen är då idiopatisk. Flertalet av de patienter som ses inom barnteamet utgörs av idiopatiska skolioser med debut efter 10 års ålder, s.k. adolescent idiopatisk skolios (AIS, "tonårsskolios"). Hereditära faktorer spelar en viss roll.

Små krökar (5-10°) är vanliga (hos c:a 10% av befolkningen). Ett fåtal krökar ökar under uppväxten och kan vid uttalad krökning (> omkring 50°) ge lungfunktionspåverkan. Rotationen i skolioskröken medför en påverkan på thoraxvolymen framförallt om kröken sitter thorakalt och utgör grunden för att lungornas tillväxt och funktion kan påverkas. Lungorna utvecklas med ökat antal alveoler, förbättrad funktion och volymsökning ända upp över 20-årsåldern.

Ju tidigare skoliosdebut och eventuell progress, desto större hinner påverkan på bröstorgsdeformitet, och därmed lungutvecklingen, bli innan patienten vuxit färdigt. Ju större krökar desto större tendens att progrediera. Med upprepade röntgenkontroller och bedömning av patientens kvarvarande tillväxt, kan patienter med krökar som progredierar och behöver behandling identifieras i tid. Pubertetsgrad bedöms (vid vart besök) med hjälp av ev. menarche, längdtillväxt (tillväxtkurva), Rissergrad (se bild) samt ev. också gradering enl. Tanner.

Efter pubertetens avslutande avtar progresstakten starkt och drabbar företrädesvis större krökar (>45-50°). Behandling bör därför ges innan tillväxten är avslutad och syftar till att kröken inte ska öka ytterligare. Grovt sett behandlas patienter med krök över 25-30°, beroende på kvarvarande tillväxt, med korsett, medan krökar från omkring 45° opereras.

Första besöket är utgångspunkt för ev. fortsatta kontroller. Ange följande i journalen:

Anamnes: Hereditet, andra sjukdomar, subjektiva besvär (smärta, svaghet), var i tillväxten befinner sig patienten (före pubertet/ menarche/ tillväxtspurt).

Undersökning: Längd i stående/sittande (stående längd matas in i Melior under "Läkemedel/Mätvärden", tillväxtkurvan finns som egen länk under "Länkar"), pubertetsgrad, ev. bäckensänkning, ryggens utseende i frontalplan (stående och framåtböjd) och sagittalplan, rotation som mäts med "skoliometer" vid framåtböjning (s.k. Bunnell-vinkel), palpation av rygg, neurologstatus.

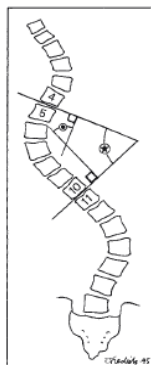
RUTIN Ryggåkommor hos barn – ortopediska rutiner

Utredning:

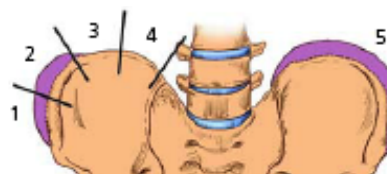
Röntgen görs vid tydlig ryggradskrökning, dvs. $>7^\circ$ Bunnellvinkel (begär "Skoliosröntgen" med frågeställning: kotmissbildning /anomali samt grad av krökning (Cobbvinkel). Ytterligare utredning med MR av spinalkanalen görs vid perifer neurologisk påverkan och/eller smärta samt oftast vid vänsterkonvexa krökar som sitter i bröstryggen, då dessa anses ha ökad risk för bakomliggande intraspinal patologi. För bedömning av Risser-grad, dvs om det redan initialt är oklart om patienten börjar avsluta tillväxten, beställs "cristabilder" och fråga efter Risser-grad.



Mätning av Bunnellvinkel



Mätning av Cobbvinkel



Bedömning av Rissergrad

Beslut tas:

... om patienten skall fortsätta kontrolleras av barnteamet:

Tidig skoliosdebut (= före 8 års ålder) pga. missbildning – individualiserad behandling och kontroll beroende på missbildning. Ofta i samråd med ryggteamet, dvs remiss med denna frågeställning skrivs. Mindre krökar med liten progressrisk kontrolleras fortsatt inom barnteamet med ofta årlig rtg. "Tonårsskolioser (AIS)" med Cobb $<10^\circ$ dvs. definitionsmässigt inte skolios: sänds åter till skolhälsovården med remissvar. Återgår i de vanliga rutinkontrollerna i skolan.

"Tonårsskolioser (AIS)" med Cobb $>20^\circ$: fortsatta kontroller hos oss om patienten skall växa mer. Om patienten är inne i tillväxtpurt: återbesök 4 mån., annars räcker 6-8 mån till nästa kontroll. Röntgen beställs först när Bunnell-vinkeln ökar eller om klinisk misstanke på progress finns (begär röntgen "skoliosrygg" vid fortsatta kontroller)

"Tonårsskolioser (AIS)" med Cobb $>25^\circ$ och betydande tillväxt kvar: remiss till ryggteamet för ställningstagande till behandling. Kontakta ryggteamets samordnande sköterska om stor krök för att se till att patienten kan kallas dit snarast möjligt.

Efterföljande besök:

Anamnes: Ändrad symptomatologi? Tillväxt? Menarche?

Undersökning: Längd stående/sittande, pubertetsgrad och ryggestatus inkl. Bunnellvinkel vid vart åb. Röntgen tas om Bunnellvinkeln ändrat sig från föregående besök eller ändrat ryggestatus. Mätning av Cobb-vinkel görs på samma nivå från gång till gång, för att kunna jämföra värdena. Mätfelet är omkring 5° , dvs. en ökning ska vara minst detta för att vara säkerställd.

Kontroller avslutas:

När tillväxt börjar avslutas och ingen progressrisk kvarstår. Till hjälp i denna bedömning används tillväxtkurvan, klinisk bedömning av patientens pubertetsgrad, v.b. även röntgen av cristaapofyserna (Rissergrad) samt bestämning av skelettålder.

Vid det sista besöket skall patienterna informeras om långtidsprognosen, vilken är god för de krökar som kontrolleras och avslutas inom barnteamet.

SPONDYLOLISTES

Bakgrund:

Den vanligaste formen av kotglidning (-olisthes) är s.k. istmisk spondylolistes, som beror på spondylolys, dvs en defekt genom kotbågen. Vanligaste lokalisation är L5, följt av L4. Spondylolys kan vara medfödd och ge upphov tillglidningen, missbildning med förlängning av bågarne eller traumatisk.

I de flesta fall ger spondylolys inga symptom, utan upptäcks accidentellt vid röntgenundersökning av annan orsak. Det verkar som mindre kotglidningar inte har någon klinisk betydelse. Varför progress sker vet man inte, men mekaniska faktorer kan ha betydelse.

Lumbal värk kan uppkomma, vanligen i tidiga tonår, ibland med utstrålning (med el. utan rotpåverkan). Kramp i hamstring och åtföljande stramhet inte ovanligt. Hos lite yngre individer är gångproblem ibland initialsymptom.

Graden av glidning, dvs. kotkroppens glidning i relation till underliggande kotkroppens sagittala längd indelas från 0 till V (enligt Meyerding). Med kotglidning upp till 25% finns liten progressrisk, medan glidning >30-50 % anses innebära ökad risk för progress. Glidningsrisken är störst under tillväxtpurt.

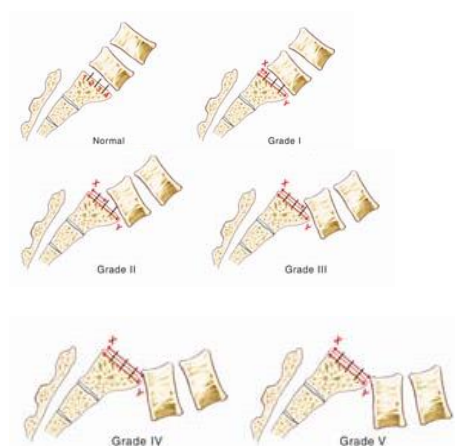
Första besöket

- Anamnes: Subjektiva besvär (smärta, utstrålning, svaghet), andra sjukdomar?
- Undersökning: Ryggens utseende i frontalplan (stående och framåtböjd) o sagittalplan, palpation av rygg (smärta, hak?), neurologiskt status, hamstring-stramhet?
- Utredning: Röntgen (ländrygg) görs för diagnos med frågeställning spondylolys?, -olistes? Frågeställningen behövs för att speciella vridbilder ska tas. Glidningsgrad bestäms.
- MR/CT vid misstanke om nervrotspåverkan (ovanligt!)

Åtgärd:

Glidningsgrad 0-II: vid smärta: remiss till sjukgymnast för styrketräning rygg/bukmuskulatur, stretch av hamstring vb. Undvika aktiviteter som utlöser smärta. Återbesök efter 6 mån.

Glidningsgrad III – V: remiss till ryggteamet.



Doknr. i Barium 21427	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2021-02-17	Version 7
RUTIN Ryggåkommor hos barn - Ortopediska rutiner.ORT			
Innehållsansvarig: Aina Danielsson, Universitetssjukhusö, Läkare ortopedi (ainda) Godkänd av: Anna Nilsson, Verksamhetschef, Verksamhetsgemensamt (annni155) Denna rutin gäller för: Verksamhet Ortopedi			

Glidningsgrad enl. Meyerding

Efterföljande besök:

Anamnes: Ändrad symptomatologi?
Undersökning: Bedömning av ryggstatus, neurologiskt status
Röntgen: Enbart sidobild ländrygg för kontroll av glidningsgrad.
Remiss till ryggteamet. Vid glidning grad 0-II och smärta där konservativ behandling inte gett bättring, alternativt betydande progress av glidningen.

Kontroller avslutas:

När tillväxten börjar avslutas och därmed ingen progressrisk kvarstår. (se ovan under skolios).

Doknr. i Barium 21427	Giltigt fr.o.m 2021-02-17	Version 7
--------------------------	------------------------------	--------------

RUTIN Ryggåkommor hos barn - Ortopediska rutiner.ORT

RYGGONT HOS BARN

Bakgrund:

Ryggsmärta hos barn skall alltid utredas för att utesluta specifik åkomma, såsom tumör, spondylit/diskit och diskbråck. Oklara besvär från extremiteterna kan vara försakade av en intraspinal process.

Ospecifik ryggsmärta har tidigare ansetts vara ovanligt hos barn, men ökar stadigt i frekvens. Symptomen är värk eller smärta av lindrig - måttlig grad, sällan analgetikakrävande, ibland påverkan på aktiviteter. Lokalisationen kan vara på ett och samma ställe i ryggen eller flytta runt. Den största enskilda riskfaktorn är psykosociala faktorer. Barn med huvudvärk eller ont i magen liksom barn med förälder som har ryggbesvär har en fördubblad risk att få ryggbesvär själva. Andra riskfaktorer som också påverkar uppkomsten av ryggbesvär är övervikt, nedsatt mobilitet och flexibilitet, nedsatt muskelstyrka och låg fysisk aktivitet

Första besöket:

Anamnes: Noggrann sedvanlig smärtanalys, psykosocial situation inkl. smärtproblematik i omgivningen.

Undersökning: Allmäntillstånd, infektionstecken, fullständigt neurologstatus, ryggens utseende, ömhet vid palpation samt rörelsemönster

Utredning: Röntgen (symptomgivande del), skelett-scint vid lokal ömhet och/eller i kombination med MR/CT vid neurologiska bortfallssymtom. Ytterligare utredning med MR av spinalkanalerna görs vid perifer neurologisk påverkan och/eller smärta för att utesluta bakomliggande intraspinal patologi.

Planera in återbesök för att ge besked.

Återbesök:

Besked lämnas och man beslutar om vidare handläggning

Åtgärd:

Om specifik åkomma diagnosticeras – patienten remitteras vidare för individualiserad behandling mot den specifika åkomman.

Om specifik åkomma kan uteslutas – klart besked om avsaknad av allvarlig sjukdom. Information både till förälder och till patient. Vid besvärande smärta: remiss till sjukgymnast för träning styrka, rörlighet, kroppskänedom, ergonomi. Idrottsaktiviteter tillåtna och bör uppmuntras. Ett återbesök efter 8-10 månader lämpligt (så att träning kan hinna ge effekt), då man efterhör att patienten kan hantera ev. kvarvarande problem. Patienten avslutas och skall alltså inte skickas ut till primärvården, detta för att motverka att patienten hamnar i en rundgång i sjukvårdssystemet. Vid ev. framtida behov av läkarkontakt ska den ske till primärvården. Skicka därför en kopia till inremitterande även för det avslutande besöket.

Doknr. i Barium	Giltigt fr.o.m	Version
21427	2021-02-17	7

RUTIN Ryggåkommor hos barn - Ortopediska rutiner.ORT

Ansvar

Sektionschef barnteamet är övergripande ansvarig för att rutinen finns och för att rutinen sprids och är känd för och följs av medarbetare inom barnortopedin. Innehållsansvarig är överläkare Aina Danielsson.

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig ansvarar för uppföljning och revidering av rutinen vid behov, dock minst vartannat år. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient." Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.