 Fysioterapi Dalarna	Huvudtitel Fysioterapeutiska behandlingsriktlinjer för patienter med kotkompression.		
	Dokumentkategori Riktlinje	Reviderat datum/av 180614 Jeanette Sigfusson Nordgren Leg sjukgymnast	Sida nr (av) 1(4)
Gäller för Fysioterapi Falun, Mora, Ludvika	Framtaget datum/av 090915 Jeanette Sigfusson Nordgren Leg sjukgymnast	Godkänt datum/av Specialitetsgrupp Fysioterapi, 2018-09-17	Gäller from – tom 2018-09-17 - 2021-09-16

Bakgrund

Kotkompression är en av de vanligaste komplikationerna vid osteoporos (benskörhet). Osteoporos är en systemisk sjukdom som orsakar en minskning av benmassa och benet blir både tunnare och svagare (1). Benskörhet i sig orsakar inte smärta, men ökar risken för kotkompression som i sin tur orsakar smärta (2). Kotkompression innebär att en ryggkota pressas ihop och därmed minskar i höjd. När kotan faller samman uppstår en retning på benhinnan som omger den. Även en retning på de interspinala nerverna och muskelkontraktioner runt den komprimerade kotan kan orsaka smärta (3).

Varje år inträffar cirka 15 000 kotkompressioner i Sverige och de allra flesta fall orsakas av osteoporos. Osteoporos är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män och man ser också att det är främst kvinnor efter klimakteriet som drabbas av kotkompressioner (2).

Kotkompressioner pga. osteoporos kan uppkomma utan större våld, (s.k. lågenergi våld) vid vardagliga situationer som att böja sig framåt, kraftig hostning/ nysning eller helt spontant. Vid fallolyckor av olika slag och vid t.ex. trafikolyckor (s.k. högenergi våld) kan kotkompressioner/kotfrakturer också uppkomma.

Symptom vid en akut kotkompression kan vara smärta vid lägesändring, hostning och nysning eller när patienten skall lyfta något (4).

Smärtan vid akut kotkompression är ofta intensiv men klingar oftast av efter ett par tre månader då kotan läkt och blivit stabil. Den akuta smärtan kan dock ofta innebära svårigheter att klara sig i hemmet och många drabbade behöver sjukhusvård för smärtlindring och hjälp från sjukgymnast (5). Det finns risk för immobilisering om smärtan blir för svår. Dessutom kan kotkompressioner ge andra komplikationer så som ileus, urinretention och även nervpåverkan.

Kotkompressioner/kotfrakturer kan även uppträda helt utan symtom och ibland kan återkommande ryggsmärta bero på akut kotkompression eller sviter efter tidigare kompressioner. Kotan läker vanligtvis men återfår aldrig sin ursprungliga höjd.

Drabbas man av flera kotkompressioner påverkas kroppslängden och leda till ökad kyfos, som i vissa fall kan ge andningspåverkan (6,7).

En person som tidigare haft en kotkompression löper 4-5 gånger högre risk att drabbas av ytterligare en (5).

Behandlingsmål

Konservativ behandling består i huvudsak av analgetika och tidig mobilisering under läkningsperioden. Man sätter ofta in förebyggande åtgärder för att motverka benskörhet och andra komplikationer (8).

Huvudmål: Minska risken för komplikationer och funktionsförsämring p.g.a. immobilisering.

Delmål: Att hjälpa patienten att finna vägar så han/hon kan bli så självständig som möjligt med så lite smärta som möjligt.

Fysioterapeutiska/nutritioners åtgärder

I vissa fall kan smärtan vara så svår att mobilisering nästan är omöjlig. Det är viktigt i akutskedet att förbättra hållningen för att minska belastningen på columna. Då kan en mjuk stödkorsett som motverkar flexionshållning vara ett behandlingsalternativ (6,7). Sjukgymnasten kan vid behov även prova ut lämpligt gånghjälpmedel för att avlasta ryggen och den skadade kotan.

Instruktion om uppresningsteknik ur säng och stol är av vikt för att minimera smärtgenombrott och för att patienten skall kunna sköta sin egen förflyttning. Även instruktion av vilolägen bör utföras.

Smärtlindrande behandling som kan vara till hjälp är TENS, akupunktur och värme. Fördelarna med komplementära metoder är att de inte ger några biverkningar (9). I vissa fall kan en kraftigare stödjande ortos/korsett användas i smärtlindrande syfte (s.k. 3-punktskorsett) som kan provas ut av ortopedtekniker (7,10,11).

Det är viktigt att patienten förstår vikten av att komma upp och röra på sig så fort som möjligt för att bl.a. minska risken för andra komplikationer som kan uppkomma vid immobilisering.

Alla patienter som bedöms förstå och klara av ett träningsprogram bör få instruktioner i ett enkelt hem/självträningsprogram (bilaga 2) och informationsblad (bilaga 1) (11,12,13,). Patienten uppmanas att inte utföra övningar och rörelser som innebär kraftig ryggböjning framåt. Stärkande övningar för ryggextensorerna samt stabiliserande coreträning kan lindra smärtan genom att avlasta kompressionskrafter och hjälper även att bibehålla mineraldensiteten i skelettet och minska risken för framtida kotkompressioner (7,10,14). Det är också av vikt att patienten får träna balans samt muskelstärkande träning för nedre extremitet för att motverka frakturer och minska fallrisken (12). Funktionella övningar som innefattar alla plan och som stimulerar aktivitet i dagliga livet är mer värdefulla för patienten (7). Ett aktivt liv har även visat sig kunna minska smärtupplevelsen och användandet av smärtlindrande läkemedel, samtidigt som funktionsförmåga och livskvalitet förbättrats (3,12,13).

Utvärdering/Resultatuppföljning

Det finns några mätinstrument som utvärderar vår sjukgymnastiska insats i akutskedet. Vi kan utvärdera smärta genom bl.a. NRS (Numerisk Rating Scale), VAS-skalan och GSI (globalt självskattningsindex). Det finns också flertalet funktionstester som passar att användas på patienter med kotkompression. En subjektiv bedömning av patientens förflyttnings- och rörelseförmåga utförs vid varje behandlingstillfälle och kan formuleras i fri text i journalen. Graden av självständighet betonas.

Kvalitetsindikatorer:

Största patientgruppen med kotkompression är äldre patienter, ffa kvinnor, med osteoporos. Vi utvärderar smärtan och funktionen med passande mätinstrument. Men även den subjektiva och objektiva bedömningen av t.ex. förflyttnings- eller gångförmåga kan utvärderas och följas via våra journalanteckningar.

Uppdragsbeskrivning för olika vårdnivåer

När patienten uppfyller kriterier för hemgång skrivs patienten ut från avdelningen till egna hemmet. Målet med rehabiliteringen på avdelningen är att patienten skall kunna förflytta sig i och ur sängen självständigt och med så lite smärta som möjligt, gå säkert med eller utan hjälpmedel samt klara trappgång om det finns behov av detta i hemmet. Ibland kan patienten skrivas ut till hemmet innan de uppfyllt dessa mål. Patienten kan, vid behov, få hjälp av distriktsfysioterapeut/distriktsarbetsterapeut, specialiserad hemrehabilitering eller hemsjukvården samt av hemtjänst. Om patienten bedöms vara i behov av rehabiliteringsavdelning skrivs patienten ut dit.

Källor

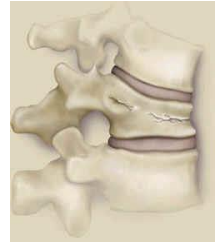
Dessa lokala behandlingsriktlinjer baseras på forskning och tidigare framtagna rekommendationer från bl.a. SBU (2).

Referenser

1. Li Y, Wang L. *Changes in inflammatory factors in patients with osteoporotic vertebral compression fracture and influences of rehabilitation training on postoperative functional recovery and inflammation*. Journal of Musculoskeletal Neuronal Interaction 2018; 18(2):272-279.
2. SBU-rapport 2003.
3. Suzuki N et al. *The acute osteoporotic vertebral compression fracture. Its natural course and characteristics*, Sahlgrenska akademien Doctoral thesis 2009.
4. McCarthy J, Davis A. *Diagnosis and Management of Vertebral Compression Fractures*. American Family Physician. 2016;94(1):44-50.
5. Ljunggren Ö. *Den lilla boken om benskörhet*. Stockholm: Sparre Medical, 1999.
6. Prather HE et al. *Conservative Care for Patients with Osteoporotic Vertebral Compression Fractures*, Physical Medicine & Rehabilitation Clinics North American. 2007;18(3):577–591.
7. Prather et al. *Nonoperative management of osteoporotic vertebral compression fractures*. Injury. 2007;38(3):40–48.
8. Kim D et al. *Osteoporotic compression fractures of the spine: Current options and considerations for treatment*. The spine journal 2006;6(5):479-487.
9. Werner M, Strang P. *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber, 2003.
10. Pfeifer M, Sinaki M et al. *Musculoskeletal rehabilitation in osteoporosis: A review*. Journal of Bone Mineral Research 2004;19:1208-14.
11. Malmros B, Mortensen L, Jensen MB, Charles P. *Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis*. Osteoporosis International. 1998;8:215-21.
12. Sinaki M. *Exercise for Patients With Osteoporosis: Management of Vertebral Compression Fractures and Trunk Strengthening for Fall Prevention*. Physical Medicine & Rehabilitation. 2012;4(11):882-888.
13. Hongo M, Itoi E, Sinaki M, Miyakoshi N, Shimada Y, Maekawa S, Okada K, Mizutani Y. *Effect of low-intensity back exercise on quality of life and back extensor strength in patients with osteoporosis: a randomized controlled trial*. Osteoporosis International. 2007;18:1389-95.
14. Sinaki M, Itoi E, Wahner HW, Wollan P et al. *Stronger back muscles reduce the incidence of vertebral fractures: A prospective 10-year follow-up of postmenopausal women*. Bone 2002;30(6):836-41
15. Ball JM, Cagle P, Johnson BE, Lucasey C, Lukert BP. *Spinal extension exercises prevent natural progression of kyphosis*. Osteoporosis International 2009;20:481-9.

Bilagor

1. Infoblad
2. Hemträningsprogram (1,3,4,7,10,11,12,13).



KOTKOMPRESSION

Bakgrund:

Kotkompression innebär att en ryggkota trycks ihop och därmed minskar i höjd. De flesta kotkompressioner, ca 15 000 per år, orsakas av benskörhet (Osteoporos) men kan även uppstå efter en fallolycka/trauma eller i vissa fall spontant. Benskörhet i sig orsakar inte smärta men det ökar risken för kotkompressioner.

Drabbas man av flera kotkompressioner påverkas kroppslängden och man blir kortare. Man kan även få en ökad kutryggighet. I samband med en kotkompression kan man få förstoppling som kan bero på dels de smärtlindrande mediciner man får men även av smärtan och kotkompressionen i sig.

Kotkompressioner/kotfrakturer kan uppträda helt utan symtom men det vanligaste är att man upplever rörelserelaterad smärta eller smärta när man hostar, nyser eller lyfter något. Smärtan vid en kotkompression kan också ge bröstsmärtor som kan misstas för hjärtproblem.

Muskulaturen i ryggen påverkas också och blir stel och öm. Ibland kan återkommande ryggsmärta bero på akut kotkompression eller sviter efter tidigare kompressioner. Smärtan klingar successivt av då kotan är läkt, vanligen efter ca 2-3 månader, men kotan återfår aldrig sin ursprungliga höjd.

Behandling:

Oftast klarar man av att med viss hjälp lindra smärtan. Du kan behöva ta någon smärtstillande medicin under en period. Du får även råd av sjukgymnasten om hur du kan röra dig och vad du kan göra själv för att lindra smärtan. Hållningen är viktig! Undvik att vara i ett framåtböjt läge med ryggen. Övningar för att stärka ryggmuskulaturen och bål stabiliteten kan minska smärta vid en kotkompression.

I det akuta skedet kan det kännas bra med värme som självbehandling.

I vissa fall kan smärtan vara så svår att det nästan är omöjligt att gå och röra sig. Då kan det vara lindrande att använda en mjuk stödkorsett. Om du behöver får du ett gånghjälpmedel utprovat.

Du kan också ta hjälp av en sjukgymnast/fysioterapeut om du behöver fortsatt smärtbehandling och hjälp med träning efter utskrivning från avdelningen.

Vad Du kan göra själv/Förebygg:

Försök att komma igång så snart som möjligt med lämplig aktivitetsnivå. Starka ben- buk- och ryggmuskler ger ett bra stöd för ryggen och avlastar den. Det är vanligt att personer som har en kotkompression inte riktigt vågar träna. Detta är olyckligt då forskning visar att

personer med kotkompressioner som tränar sin rygg får en starkare rygg med minskad kutryggighet, bättre rörlighet och mindre smärta. Man förbättrar också sin balans genom träning vilket leder till en minskad risk för fall och ytterligare frakturer. Du ska INTE göra magövningar eller andra övningar som innebär ryggböjning framåt. Rekommendationen är att promenera i 30 – 60 minuter minst tre gånger i veckan, förutom de muskelstärkande övningarna. Använd gärna stavar då de gör att du kan sträcka upp dig och dessutom ger de balans till dig om du behöver.

Undvik att bära så att ryggen hålls sned. Fördela tyngden jämt. Tänk på din lyftteknik, men avstå helst från att bära och lyfta när du har som mest ont. Tänk också på att undvika framåtböjning och samtidig vridning i ryggen.

Sitt med ordentligt stöd i svanken. Undvik att sitta för länge. Att gå, stå och ligga är bättre än att sitta då du har ont.

När du ligger på sidan kan det kännas skönt att placera en kudde mellan knäna. När du reser dig ur sängen kan det vara mindre smärtsamt om du använder blockvändningsteknik via sidliggande för att undvika att du vrider ryggen.



Sjukgymnasterna/Fysioterapeuterna

Ortopeden Falun:023-492873 (må-fre 8-8.45)

Ortopeden Mora: 0250-493490 (må-fre 8-9, 14.30-15.30)



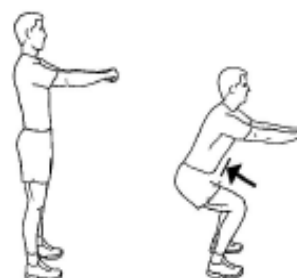
Ligg på rygg med böjda ben, håll bäcken och rygg i neutralposition. Aktivera den nedre och djupaste delen av magmuskulaturen genom att dra in naveln mot ryggraden. Försök att hålla spänningen medan du andas normalt i 10-15 sek.



Ligg på rygg med naturlig svank i korsryggen. Böj bägge benen och placera fötterna i golvet. Spänn muskelkorsetten. Lyft den ena foten från golvet utan att detta åstadkommer någon rörelse i korsryggen. Håll eventuellt handen på höftkammen för att försäkra att korsryggen ej rör sig.



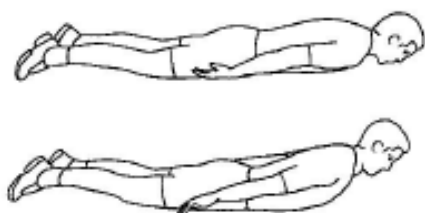
Ligg på rygg med böjda knän och fötterna i underlaget. Lyft stussen och försök att hålla ryggen rak. Upprepa 10 gånger.



Stå med rak kropp och finn neutralställningen i rygg och bäcken. Spänn nedre delen av magmuskulaturen genom att trycka naveln in mot ryggen och böj knäna tills du är i sittställning. Pressa upp igen och upprepa. Se till att ha hämlarna på golvet och att knäna inte skjuter längre fram än tårna under rörelsen.



Spela upp



Ligg på mage med armarna längs sidan. Knip rumpan och lyft överkroppen och armarna upp från golvet några cm.
Upprepa 10 gånger.



Ligg på en matta. Stötta med armbågarna och knä i golvet. Håll ryggen rak som planka under hela övningen.



[Spela upp](#)