

# OMVÅRDNAD EFTER OPERATION I RYGGEN PÅ GRUND AV SKELETTMETASTASER

I huvudsak är omvårdnaden av patienter opererade på grund av metastaser i ryggen lik annan ortopedisk vård. Det som är speciellt är främst mobiliseringsföreskrifterna och hjälpmedlen.

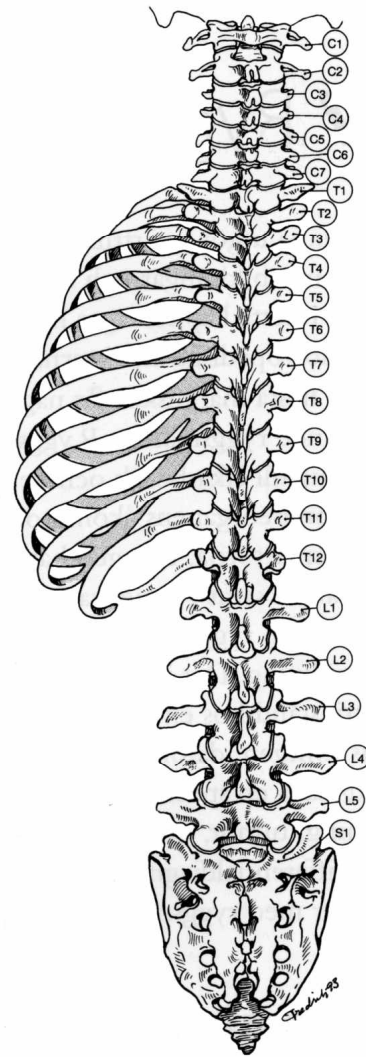
## ANATOMI OCH FYSIOLOGI

Människans ryggrad är uppbyggd av 24 kotor, sakrum och coccyx (svanskotan). En kota består av kotkroppen, som huvudsakligen är uppbyggd av spongiöst (svampaktigt) ben, och ett bakre parti till större delen uppbyggt av kortikalt (kompakt) ben, kotbågen, bågbaser, spinalutskott och ledutskott. Kotorna förbinds av kraftiga ligament.

Ryggraden har två viktiga funktioner:

- skydda ryggmärgen och nervrötterna
- vara en stark pelare för huvudet, övre extremiteter och bål

Ryggmärgen (medulla spinalis) är en cirka 40 till 45 cm lång lillfingertjock sträng. Den omsluts av kotpelaren som är uppbyggd av kotor staplade på varandra, hålen i kotorna bildar tillsammans spinalkanalen (canalis vertebralis). Nervrötter går ut genom foramina intervertebralia, som egentligen är nervrotskanaler begränsade av två intilliggande kotor, mellanliggande disk samt facettled. Ryggmärgen (medulla spinalis) slutar i höjd med första lumbalkotan (L1). De nervrötter som fortsätter ner i spinalkanal kallas cauda equina (hästsvansen).



Ryggraden (Ortopedi sida 422, bild 27:1).

## SKELETTMETASTASER I RYGGEN

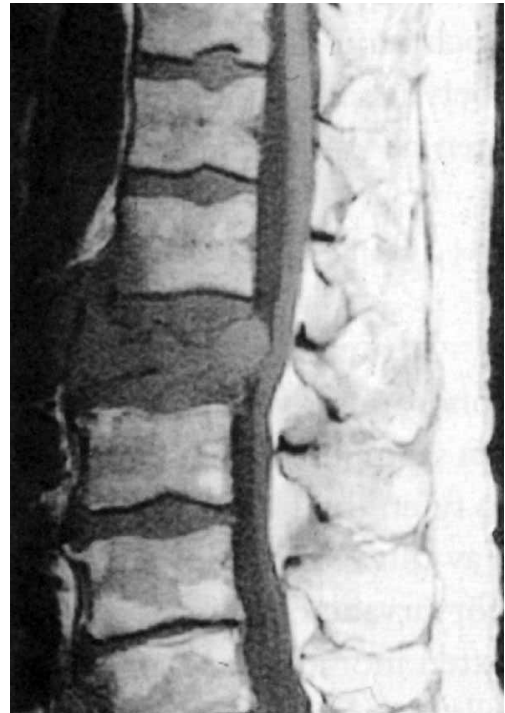
Metastaser är mycket vanligare än primära bentumörer. Cancer i bröst, prostata, lunga och njure orsakar över 80 % av samtliga skelettmetastaser. Metastaserna kan förutom smärta ge patologiska frakturer, förlamningar och hyperkalcemi. Vid prostatacancer är den genomsnittliga överlevnaden omkring 2 år efter det att skelettmetastaser har konstaterats. När en elakartad tumör spritt sig till skelettet finns det sällan någon möjlighet att bota patienten. Målet är istället att ge patienten så god livskvalitet som möjligt den kvarvarande levnadstiden.

## Förlamning

Neurologiska bortfall (svaghet, känselbortfall, inkontinens) kan uppkomma på grund av att en patologisk fraktur eller tumörvävnad trycker på ryggmärgen eller cauda equina (hästsvansen). Nivån är i 10% av fallen halsryggen, i 70% bröstryggen och i 20% ländryggen. I Sverige insjuknar cirka 1000 personer årligen med symtom på förträngning av spinalkanalen.

## Behandling

Om patientens allmäntillstånd tillåter och den förväntade överlevnaden är mer än några få månader är det viktigt att man snabbt utreder om det går att åtgärda förträngningen. Tidsfaktorn är viktig; vid akut trauma erhålls ingen återgång av en komplett förlamning som varat mer än 8-12 timmar. Successivt ökande neurologiskt bortfall bör åtgärdas snarast, men senast inom några dygn, för att det ska finnas chans för någon återgång.



MR-bild som visar att L2:s kotkropp är genomsatt av en tumör vilket lett till en inklämning av nerverna. (Ortopedi sida 301, bild 15:24).

**Dekompression** innebär att man gör bättre plats för nerverna genom att ta bort delar av kotan så att nerverna kan löpa fritt. Man kan göra dekompression på en eller flera nivåer. Om dekompression görs på flera nivåer görs även en fixation för att ryggen ska hållas stabil.

**Laminectomi** är en typ av dekompression där man tar bort utskott för att göra bättre plats för nerverna. Även laminectomi kan kombineras med fixation.

**Fixation** innebär en förening mellan kotor med ett instrument. Det vanligaste instrumentet för kallas **ISOLA**.

**Fusion** innebär att man tar ben från höftbenskammen och lägger över kotorna för att de ska växa ihop. Fusion görs oftast tillsammans med fixation men är ovanligt vid skelettmetastaser.

Strålbehandling ge efter sårläkning om patienten har en strålkänslig tumör. De patienter som inte går att operera kan få enbart strålbehandling.

## MOBILISERING

Hur patienten ska mobiliseras beror på operationsmetod och patientens tillstånd. Se därför alltid till att du vet vad som gäller för aktuell patient. I slutet av operationsberättelsen (dikteras av operatören efter operationen) står oftast postoperativa ordinationer och mobiliseringsföreskrifter. Sjukgymnasten brukar också kunna ge svar. I omvårdnadsjournalen bör man ha ett ställe där man fyller i mobiliseringsföreskrifter, hjälpmedel och hur många man bör vara vid mobilisering.

### Plankvändning

Vid ryggsador eller efter ryggoperation skall patienten oftast plankvändas. Det innebär att patienten vänds utan vridning av ryggraden, som om hon hade en plank i ryggen. Ingen vridning får ske mellan bäcken och axlar. Vid vändning skall patienten ligga med böjda knän, ha en kudde mellan knäna, hålla armarna på bröstkorgen (krama en kudde) och **inte hjälpa till**. Plankvändning kräver en vårdare på var sin sida om sängen. Den vårdare som vänder patienten mot sig lägger en arm på övre delen av ryggen och en på höften. Den andre vårdaren hjälper till genom att dra lite i draglakanet under vändningen. En fast kudde eller ihoprullad filt läggs bakom ryggen innan man släpper patienten. Vändning tillbaka till rygglägen görs på motsvarande sätt men då tar den vårdare som vänder patienten emot sig hand om överkroppen och den andre bäcken och ben. Vändning underlättas av att man har ett gliddrag under patienten. Draglakan (med plastdrag under) eller gliddrag skall placeras så att de ligger från bäckenet upp till axlarna. Patienten får inte lyftas med draglakanet utan skall istället dras eller hasas.

Det finns ofta restriktioner av hur högt man får höja under huvudändan. Patienten får under inga omständigheter använda dävert.

Mobiliseringen av ryggopererad sker i två steg; först plankvändning till sängkanten och sedan uppresning till sittande. Om patienten har en skada eller är opererad i ländryggen nedanför lumbalkota 2 (L2) finns även en restriktion för maximal höftfleksion. Sängen måste därför oftast vara höjd en bit. Mobiliseringen är likadan som vid buksnitt.

### Korsetter och halskragar

Då kotorna ofta är sköra på grund av osteoporos och metastaser behöver patienten ibland även en **korsett eller halskrage** för att ge ytterligare stabilisering. Vanligen använder man en **hyperextensionskorsett** men även **CT-brace** kan förekomma om metastasen sitter högt upp i bröstryggen eller i halsryggen. Efter operation i halsryggen används **C62-krage** eller **CT-brace**. Dessa patienter har sällan restriktioner avseende hur mycket ryggstödet får höjas. De patienter som är helt stabila efter operationen klarar sig med en **mjuk halskrage**.

Exempel på korsetter och kragar:

- **Hyperextensionskorsett** (trepunktskorsett)
- **CT-brace** (cerviko thorakal, hård plastkorsett som sitter över bröstkorgen och upp över hals och nacke, knäpps med kardborreband i sidan)
- **Aspen CTB** (en modernare och bekvämare variant av CT-brace)
- **C62-krage** (hård plastkrage som täcker halskota 6 till 2, C6-C2)
- **mjuk halskrage** (skumgummikrage som knäpps fram med kardborreband)

## SÅRKONTROLL

Sårkontrollen är densamma som vid de flesta ortopediska ingrepp. Förbandet inspekteras operationsdygnet för att se en eventuell blödning och förstärks vid behov. Oftast finns det ett ytterförband eller en förstärkning som avlägsnas första till andra dagen efter operationen. Den femte postoperativa dagen eller vid behov byts innerförbandet. Man tittar vid förbandsbyte efter tecken på infektion (smärta, svullnad, rodnad, värmeökning, var). Läckage av serös vätska kan tyda på en yttlig sårinfektion som kan utvecklas till en djup infektion i skelettet. Man bör då ta en sårodling från det ställe läckaget kommer ifrån (se anvisningar för sårodling från bakteriologiskt laboratorium). Efter sju dagar har såret läkt så pass mycket att patienten får duscha med tättslutande duschförband (Cutifilm eller OpSite). Man skall ej byta förband i onödan och inte röra såret.

## HUD

Alla patienter som bär en korsett ska ha ett linne under korsetten för att undvika skav och värmeutslag. Linnets ska bytas en gång per dag. Om skav eller tryck uppstår av korsetten skall detta rapporteras till sjukgymnasten. Tjocka förband får aldrig läggas under en korsett för att den skaver då detta kan förvärra problemet. Patienten ska istället få vara utan korsetten så mycket som möjligt och lufta huden tills korsetten blivit justerad.

Huden under kragar skall tvättas och kontrolleras dagligen! Dusch görs till en början liggande. Efter en kan patienten få duscha stående utan korsett. Observera att individuella restriktioner kan gälla.

## DISTAL STATUS

Precis som vid annan ortopedisk vård finns det anledning att kontrollera distal status, dvs värme, känsel och rörlighet i extremiteterna. Vid ryggskador kan nervinklämningar ge allvarliga permanenta skador. Därför måste även undersköterskan vara uppmärksam på distal status.

**Cauda Equina syndrom** kallas ett tillstånd då nervknippet som passerar ländryggen utsätts för ett så stort tryck att patienten får känselbortfall i

perineum (området mellan blygdbenet och svanskotan) och svårt att kissa. Operation måste ske snarast för att undvika permanent skada som kan leda till urin- och avföringsinkontinens.

Vid all daglig omvårdnad av patienter med ryggsproblem eller skador i ryggen bör man fråga om rörlighet och känselnedsättning. Minsta förändring ska rapporteras till sjuksköterska eller läkare.

### SMÄRTLINDRING

Smärtlindring är i praktiken främst sjuksköterskans område. Dock arbetar undersköterskan mer med patienten och kan göra sjuksköterskan uppmärksam på patienter som har ont men inte säger till, till exempel "tuffa karlar" äldre eller dementa patienter. Det är också bra om extra smärtlindring ges en stund före mobilisering, så stäm av med sjuksköterskan innan det är dags att ta upp patienten.

Oro och rädsla förstärker upplevelsen av smärta varför vanlig omvårdnad, sällskap och närhet fungerar smärtlindrande! Lägesförändring regelbundet, en kudde under knäveckan och liknande omvårdnad kan också lindra.

### KÄLLOR

Lindgren U, Svensson O. Ortopedi. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin/Liber; 1996.

Budowick M, Bjålie J G, Rolstad B, Toverud K C. Anatomisk atlas.

Lindgren U, Svensson O. Ortopedi. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin/Liber; 1996.

Järhult J, Offenbartl K. Kirurgiboken. Stockholm: Förlaget Hagman; 1994.

Bauer G. Ortopedisk kirurgi. Lund: Studentlitteratur; 1979.

Henriksson A. Vårdprogram för ryggpatienter. SU/Sahlgrenska avdelning 25.

### FAKTAGRANSKNING

Anita Henriksson, sjuksköterska, Ortopedkliniken, SU/Sahlgrenska.

Björn Zoega, läkare, Ortopedkliniken, SU/Sahlgrenska.