 Fysioterapi Dalarna	Huvudtitel Fysioterapeutiska riktlinjer för patienter med kotkompression.		
	Dokumentkategori Riktlinje	Reviderat datum/av 2022-08-16 Paula Eriksson Leg sjukgymnast	Sida nr (av) 1(6)
Gäller för Fysioterapi Falun, Mora, Ludvika	Framtaget datum/av 2009-09-15 Jeanette Sigfusson Nordgren Leg sjukgymnast	Godkänt datum/av Specialitetsgrupp Fysioterapi, 2022-09-28	Gäller from – tom 2022-09-28 – 2025-09-27

Bakgrund

Kotkompression innebär att en ryggkota trycks ihop så att den minskar i höjd. Den vanligaste orsaken till kotkompression är osteoporos (benskörhet) och tillståndet drabbar omkring 15000 personer i Sverige varje år (SBU 2011). Osteoporos är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män och det är främst kvinnor efter klimakteriet som drabbas av kotkompressioner (SBU 2003). Risken att drabbas av ytterligare kotkompressioner är 4 – 5 gånger högre hos den som en gång drabbats. Upprepade kotkompressioner kan påverka kroppslängden och leda till ökad kyfos vilket i sin tur kan ge påverkan på andningsfunktionen (Ljungren Ö, 1999).

Osteoporosrelaterade kotkompressioner kan uppkomma utan större våld, (s.k. lågenergi våld) vid vardagliga situationer som att böja sig framåt, kraftig hostning/nysning eller helt spontant. Kotkompressioner kan också uppkomma vid fallolyckor av olika slag eller i samband med trafikolyckor (s.k. högenergi våld). Vid akut kotkompression förekommer ofta smärta i samband med lägesändring, hostning och nysning samt i samband med lyft (McCarthy J, 2016). Smärtan vid akut kotkompression är ofta intensiv men klingar vanligtvis av efter ett par tre månader då kotan har läkt och blivit stabil. Omkring 25 procent av patienterna har så svåra smärtor att de behöver behandlas på sjukhus, och ofta är vårdtiden lång. Det saknas vetenskapliga data som beskriver naturförloppet vid kotkompression men i en svensk studie konstaterades att två tredjedelar av dem som söker vård på grund av akut kotkompression har kvarstående svår smärta ett år efter skadan (SBU 2011).

Behandlingen består oftast av en kombination av smärtstillande läkemedel och gradvis mobilisering. Ibland behövs en korsett. Forskningen påtalar vikten av tidigt påbörjad rehabilitering (Ikeda T, 2021, Ameis A, 2018, Kim D, 2006) inkluderande övningar som syftar till att minska smärta och öka bentäthet i kombination med utbildning för att öka kunskapen om kroppshållning och kroppsmekanismer som minskar belastningen på kotorna och förhindra framtida frakturer.

Träningsintensiteten bör vara hög och träningen ske dagligen för att ge större effekt på bentäthet och för att minska risken för ny fraktur (Ikeda T, 2021, Yamauchi K, 2020). Med en fördröjd rehabilitering riskerar individen större svårigheter att klara aktiviteter i det dagliga livet (Ikeda, T 2021). Individanpassad rehabilitering har visat sig ge minskad smärta, ökad fysisk funktion samt en förbättrad livskvalité (Svensson H.K, 2017, Sinaki M, 2012, Malmros B, 1998).

Mål

Tidigt igångsatt mobilisering med syfte att minska risken för komplikationer och funktionsförsämring på grund av immobilisering.

Att patienten skall uppnå en så självständig funktionsnivå som möjligt gällande förflyttningar och ADL, uppnå godtagbar gångteknik, lära sig att självständigt utföra och ansvara för erhållet träningsprogram samt att vara välinformerad om sin diagnos och om den fortsatta rehabiliteringen.

Kontraindikationer

Instabila frakturer som skall behandlas med trepunktskorsett eller operativ åtgärd.

Fysioterapeutiska åtgärder

- Information om diagnos och behandlingsplan.
- Förflyttningsträning/gångträning
- Vid behov utprovning av lämpligt gånghjälpmedel.
- Genomgång av hemträningsprogram. 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 (Prather H, 2007, Pfeifer M, 2004, Sinaki M, 2002, Sinaki, M, 2012). Balansövningar och muskelstärkande träning för nedre extremitet motverkar framtida frakturer och minskar fallrisken (Sinaki M, 2012). Övningarna bör vara funktionella och innefatta alla plan (Prather H, 2007). Ett fysiskt aktivt liv har visat sig kunna minska smärtupplevelsen och användandet av smärtlindrande läkemedel, samtidigt som funktionsförmåga och livskvalitet förbättrats (Suzuki N, 2009, Sinaki M, 2012).
- Vid behov utprovning av korsett. I det akuta skedet är det viktigt att förbättra hållningen för att minska belastningen på columna. Då kan en mjuk stödkorsett som motverkar flexionshållning vara ett behandlingsalternativ (Prather H, 2007, Ameis A, 2018). I vissa fall kan en kraftigare stödjande ortos/korsett användas i smärtlindrande syfte (s.k. 3-punktskorsett). Korsetten provas ut av ortopedtekniker (Prather H, 2007, Pfeifer M, 2004, Malmros B, 1999).
- Smärtlindrande behandling som kan vara till hjälp är TENS, akupunktur och värme (Werner M, 2003).

Fysioterapeuten/sjukgymnasten medverkar mestadels i bedömningen om och när patienten är utskrivningsklar, om det finns behov av fortsatt vård och rehabiliteringsinsatser samt att vid behov överrapportera patienten till nästa vårdnivå.

Utvärdering/Resultatuppföljning

Smärta kan utvärderas genom bl.a. Numerisk Rating Scale (NRS), VAS-skalan och Globalt självskattningsindex (GSI). En subjektiv bedömning av patientens förflyttnings- och rörelseförmåga utförs vid varje behandlingstillfälle och kan formuleras i fri text i journalen. Graden av självständighet betonas.

Uppdragsbeskrivning för olika vårdnivåer

För patienter som bedöms behöva fortsatta rehabiliteringsinsatser efter utskrivning till hemmet skrivs en remiss till fysioterapeut/sjukgymnast inom primärvården. För patienter som bedöms behöva fortsatta rehabiliteringsinsatser efter utskrivning till kommunal vårdenhet skriver fysioterapeut/sjukgymnast en vårdbegäran till respektive kommun.

Lokala rutiner

Falun:

Om patienten bedöms behöva fortsatt ineliggande rehabilitering efter att ha vårdats på avdelning 17, rehanmäls patienten av samordningssköterska och får därefter när plats finns komma till avdelning 58 för fortsatt rehabilitering. Skulle patienten gynnas av mer intensivare rehabilitering i hemmet skrivs en remiss av ansvarig sjukgymnast/fysioterapeut till respektive enhet.

Litteratursökning

En ny litteratursökning gjordes i pubmed i maj, juni och augusti 2022 med sökorden: vertebral compression fracture, physical therapy, rehabilitation, exercise, conservative treatment.

Källor

Dessa lokala behandlingsriktlinjer baseras på forskning och tidigare framtagna rekommendationer från bl.a. SBU (12).

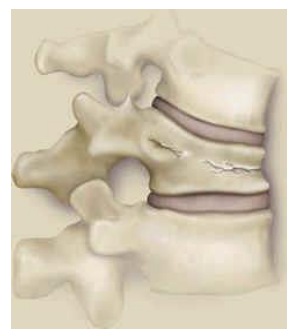
Referenser

1. Ameis A, Randhawa K, Yu H, Coté P, Haldeman S, Chou R, Hurwitz E, Nordin M, Wong J.J, Shearer H.M, Taylor-Vaisey A. The global spine care initiative: a review of reviews and recommendations for the non – invasive management of acute osteoporotic vertebral compression fracture pain in low and middle income communities. *Euro Spine J* 2018; 27(6):861-869.
2. Ball J.M, Cagle P, Johnson B.E, Lucasey C, Lukert B.P. Spinal extension exercises prevent natural progression of kyphosis.
3. Ikeda T, Suzuki T, Takagi M, Murakami M. Effect of early rehabilitation treatment on activities of daily living in patients receiving conservative treatment for Vertebral Compression Fracture. *Progress in rehabilitation medicin* 2021;6:20210049.
4. Kim D.H, Vaccaro AR. Osteoporotic compression fractures of the spine: Current options and considerations for treatment. *The spine journal* 2006;6(5):479-487.

5. Ljunggren Ö. Den lilla boken om benskörhet. Stockholm: Sparre Medical, 1999.
6. 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.
7. McCarthy J, Davis A. Diagnosis and Management of Vertebral Compression Fractures. *American Family Physician* 2016;94(1):44-50. *Osteoporosis International* 2009;20:481-9.
8. Pfeifer M, Sinaki M, Geusens P, Boonen S, Preisinger E, Minne H.W. Musculoskeletal rehabilitation in osteoporosis: A review. *Journal of Bone Mineral Research* 2004;19:1208-14.
9. Prather H, Hunt D, Gilula L.A. Conservative Care for Patients with Osteoporotic Vertebral Compression Fractures. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics North American* 2007;18(3):577–591.
10. Prather H, Watson J.O, Gilula L.A, Nonoperative management of osteoporotic vertebral compression fractures. *Injury* 2007;38(3):40–48.
11. SBU. 2011. *Perkutan vertebroplastik och ballongkyfoplastik vid ryggsmärta pga kotkompression som orsakats av osteoporos*. Stockholm (SBU). [Perkutan vertebroplastik och ballongkyfoplastik vid ryggsmärta pga kotkompression som orsakats av osteoporos \(sbu.se\)](http://www.sbu.se/Perkutan%20vertebroplastik%20och%20ballongkyfoplastik%20vid%20ryggsm%C3%A4rta%20pga%20kotkompression%20som%20orsakats%20av%20osteoporos%20(sbu.se)) (hämtad 2022-08-15)
12. SBU-rapport 2003.
13. Sinaki M, Itoi E, Wahner HW, Wollan P, Gelzcer R, Mullan B.P, Collins D.A, Hodgson S.F. Stronger back muscles reduce the incidence of vertebral fractures: A prospective 10-year follow-up of postmenopausal women. *Bone* 2002;30(6):836-41
14. 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.
15. Suzuki N et al. The acute osteoporotic vertebral compression fracture. Its natural course and characteristic. Sahlgrenska akademin Doctoral thesis 2009.
16. Svensson H.K, Olsson L-E, Hansson T, Karlsson J, Hansson-Olofsson E. The effects of person-centered or other supportive interventions in older women with osteoporotic vertebral compression fractures – a systematic review of the literature. *Osteoporos Int* 2017;28:2521-2540.
17. Werner M, Strang P. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber, 2003.
18. Yamauchi K, Adachi A, Kameyama M, Murakami M, Sato Y, Kato C, Kato T. A risk factor associated with subsequent new vertebral compression fracture after conservative therapy for patients with vertebral compression fracture: a retrospective observational study. *Arch Osteoporos* 2020; 15(1):9.

Bilaga

1. Infoblad



Kotkompression

Bakgrund:

Kotkompression innebär att en ryggkota trycks ihop så att den minskar i höjd. Den vanligaste orsaken till kotkompression är benskörhet (osteoporos). Kotkompression som orsakas av benskörhet kan uppkomma i samband med vardagliga situationer som att böja sig framåt, kraftig hostning/ nysning eller helt spontant. Kotkompressioner kan också uppkomma vid fallolyckor av olika slag eller i samband med trafikolyckor. Vid kotkompression förekommer ofta smärta i samband med lägesändring, hostning och nysning samt i samband med lyft. Smärtan är ofta intensiv men klingar vanligtvis av efter ett par tre månader då kotan har läkt och blivit stabil. För de som drabbas av flera kotkompressioner påverkas ofta kroppslängden och så att personen blir kortare. Det är också vanligt med en ökad kutrygghet.

Behandling:

För att lindra den akuta smärtan behöver de allra flesta ta smärtstillande medicin under en period. Värme över det smärtande området kan ge lindring. En fysioterapeut/sjukgymnast kan ge dig råd om hur du kan röra dig och vad du kan göra själv för att lindra smärtan. Hållningen är viktig! Undvik lägen där ryggen böjs framåt. Övningar för att stärka rygg- och magmuskulatur kan minska smärtan. 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. Ibland kan det finnas behov av ett gånghjälpmedel för att avlasta ryggen och underlätta förflyttningar.

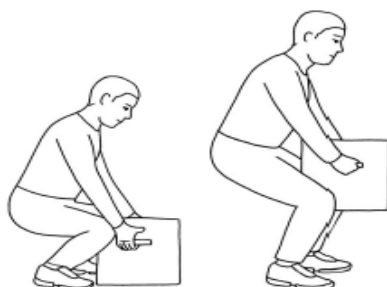
Du kan själv ta hjälp av sjukgymnast/fysioterapeut inom primärvård/privat vård om du behöver fortsatt smärtbehandling och hjälp med träning efter utskrivning från avdelningen.

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. Träning ger också ofta mindre kutrygghet, bättre rörlighet och mindre smärta. Träningen för att förbättra balansen minskar risken för fall och ytterligare frakturer. Undvik magövningar eller andra övningar som innebär ryggböjning framåt. Förutom de muskelstärkande övningarna rekommenderas du att promenera i 30 – 60 minuter minst tre gånger i veckan. Använd gärna stavar som stöd. Stavar gör det lättare för dig att sträcka på ryggen och de ger dig stöd om du har nedsatt balans.

Att tänka på:

- Undvik att bära ensidigt 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 när du har ont. Om 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 att först lägga sig på sidan och därefter resa sig upp till sittande därifrån.



Fysioterapeuterna/sjukgymnasterna

Ortopeden Falun och Mora: 023 - 490895 (Telefontid mån-fre 8 -10, 12:30 – 13:30)