



**UPPFÖLJNING AV
LÄNDRYGGSKIRURGI
I SVERIGE.
RAPPORT ÅR 2007**

SEPTEMBER 2007

FÖR SVENSK RYGGKIRURGISK FÖRENING

Björn Strömqvist Peter Fritzell Olle Hägg Bo Jönsson

Introduktion

I denna presentation innefattas ländryggskirurgiregisterdata för år 2006. Sammanlagt 40 kliniker har registrerat under 2006 och det totala antalet patienter är 4 559. Demografiska data och kirurgidata gäller patienter opererade under 2006. Ettårsuppföljda patienter är opererade 2005 och uppföljda 2006 medan 2-årsuppföljningar innefattar patienter uppföljda till och med 2006. Liksom tidigare domineras presentationen av bas- och uppföljningsdata men analysdelen som vi introducerade 2006 har nu expanderats och det är vår ambition att utvidga den för att kunna använda registerdata i förbättringsarbete framledes.

Sedan sommaren 2006 finns nu ett komplett ryggkirurgiregister innefattande degenerativa tillstånd i hela kotpelaren, deformiteter, frakturer, infektioner och tumörer. Många inom Svensk Ryggkirurgisk Förening har varit delaktiga i framarbetandet av dessa protokoll och det har varit ett mycket mödosamt arbete. Eventuella felaktigheter som upptäcks tar vi gärna emot rapporter om för att efterhand göra ytterligare förbättringar.

För registergruppen inom Svensk Ryggkirurgisk Förening

2007-09-27

Carina Blom

Peter Fritzell

Olle Hägg

Bo Jönsson

Lena Oreby

Björn Strömquist

Studien har utförts med stöd från Socialstyrelsens anslag till nationellt kvalitetsregister 2006.

I. Ländryggskirurgi utförd 2006

Totalt har sammanlagt 4 570 ländryggsopererade patienter från sammanlagt 40 kliniker registrerats år 2006. 2005 registrerades 4 152 patienter från 39 kliniker.

Diagnosfördelningen för patienter opererade år 2006 var: Diskbråck 34%, central spinal stenosis 38%, lateral spinal stenosis 7%, spondylolistes 6%, segmentell rörelsesmärta/DDD 12% samt övrigt 3%, se figur 1.

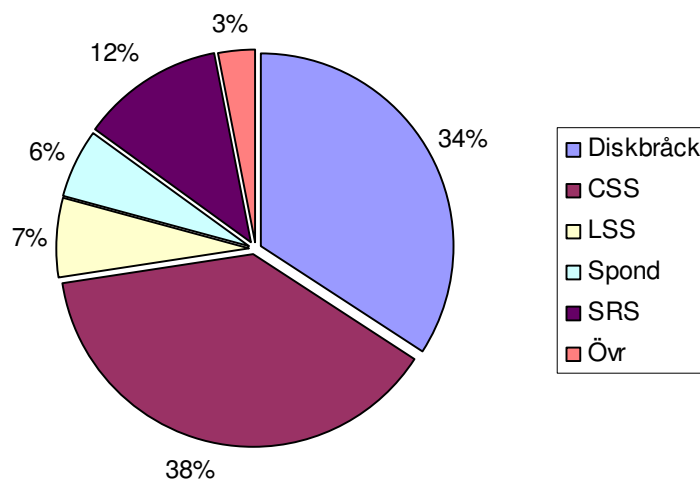


Fig 1. Diagnosfördelning i totalmaterialet 2006, 4 570 patienter.

Nedan presenteras diagnosrelaterade demografiska patientdata samt kirurgiska data. Vid varje variabel finns ett antal missing som ej finns med i procentberäkningarna

Diskbråck

Demografiska data

För 2006 finns 1 561 diskbråcksoperationer registrerade. 57% av patienterna var män och 43% kvinnor. Andelen rökare var 22%. Medelåldern var 44 (15–92) år, åldersfördelningen framgår av figur 2.

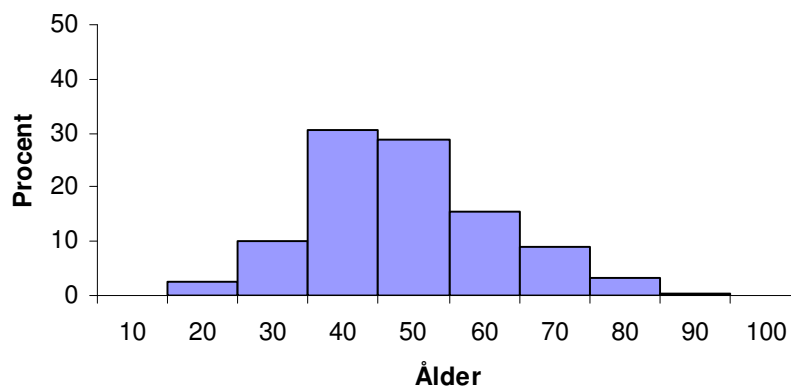


Fig 2. Åldersfördelning, diskbräck, n = 1 561.

För 87% av patienterna var den aktuella diskbräcksoperationen en förstagångsoperation medan 13% hade blivit opererade tidigare.

Preoperativ duration av ryggsmärta var som följer: 7% hade ingen ryggsmärta, 12% hade mindre än 3 månaders anamnes på ryggsmärta, 44% 3-12 månader, 15% 1-2 år och 23% mer än 2 år. Preoperativ duration av bensmärta/ischias var som följer: 2% hade ingen bensmärta, 15% av patienterna bensmärta mindre än 3 månader, 51% av patienterna 3-12 månader, 17% av patienterna 1-2 år och för 16% av patienterna översteg tiden 2 år. Av patienterna angiven smärta på VAS-skalan avseende ryggsmärta var genomsnittstalet 44 med en spridning från 0–100 medan bensmärta/ischias i genomsnitt var 64 med samma spridning från 0–100. Fördelningen såväl beträffande rygg- som bensmärta framgår av figurerna 3 och 4.

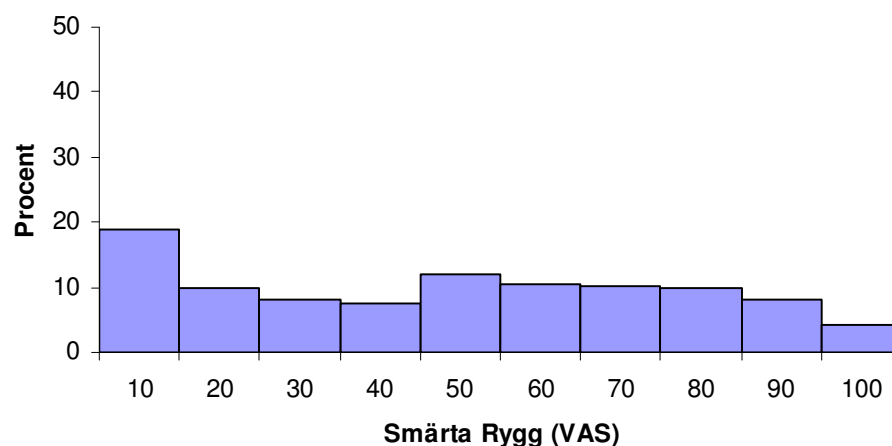


Fig 3. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med diskbräck (%).

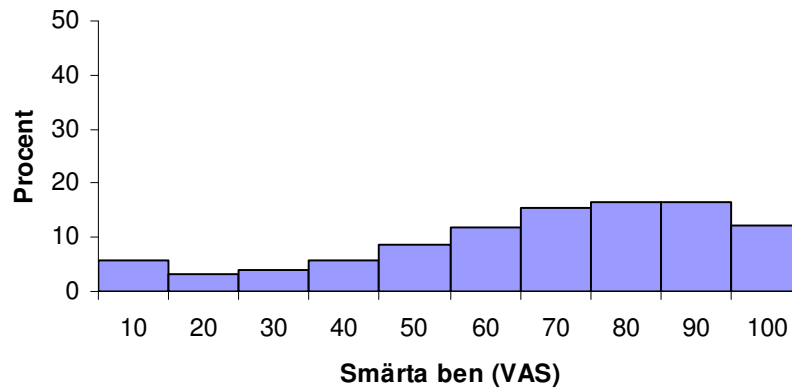


Fig 4. Bensmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med diskbråck (%).

Regelbunden analgeticakonsumtion angavs av 58% av patienterna, intermittent av 30% medan 12% inte åt någon form av smärtstillande medel enligt egen uppgift.

Gångsträckan uppskattades till mindre än 100 m för 33% av patienterna, 100–500 m för 22% av patienterna, 500 m–1 km för 17% av patienterna och 28% angav en gångsträcka som översteg 1 km.

Kirurgiska data

Konventionell diskbråcksoperation utfördes i 46% av fallen och mikroskopisk diskbråcksoperation i 42%. De resterande ingreppen bestod i olika kombinationer av framför allt dekompressiv kirurgi för patienter med diskbråck i stenotisk rygg. Genomsnittlig vårdtid i dygn., dvs tiden från och med inskrivning till och med utskrivning, var för konventionellt opererade patienter 3,2 och för mikrokirurgiskt opererade 3,3.

Central spinal stenosis

Demografiska data

Totalt 1 740 patienter är registrerade för operation för central spinal stenosis under 2006. Medelåldern var 67 (22–92) år. Åldersfördelningen framgår av figur 5.

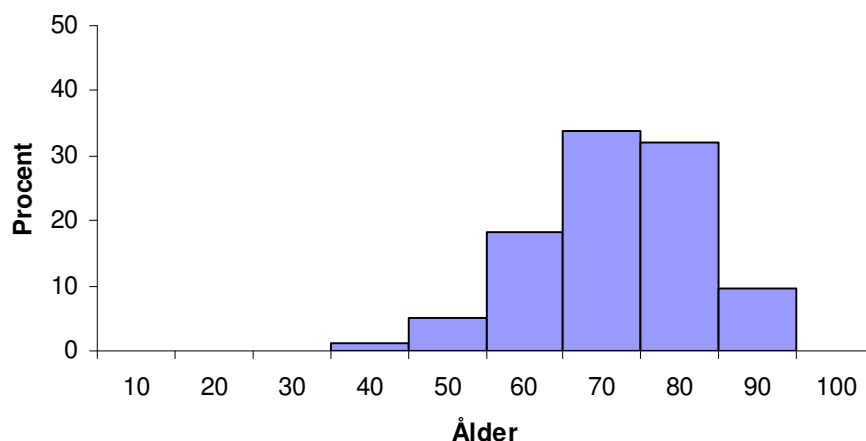


Fig 5. Åldersfördelning, central spinal stenosis, n = 1 740 patienter.

43% av patienterna var män och 57% kvinnor. Andelen rökare var 19%. För 81% av patienterna var den aktuella operationen en förstagångsoperation medan 19% hade blivit opererade en till tre gånger tidigare.

Preoperativ duration av ryggsmärta var som följer: 5% hade ingen ryggsmärta, 1% hade mindre än 3 månaders anamnes på ryggsmärta, 14% 3-12 månader, 21% 1-2 år och 58% mer än 2 år. 4% av patienterna hade ingen bensmärta, 2% av patienterna med central spinal stenosis angav benproblem kortare tid än 3 månader, 20% 3-12 månader, 29% 1-2 år och 45% angav besvär överstigande 2 år.

Genomsnittligt angivet VAS-tal för ryggsmärta i gruppen var 55 (0-100) och för bensmärta/ischias 62 (0-100). Fördelningen angiven VAS-smärta anges i figurerna 6 och 7.

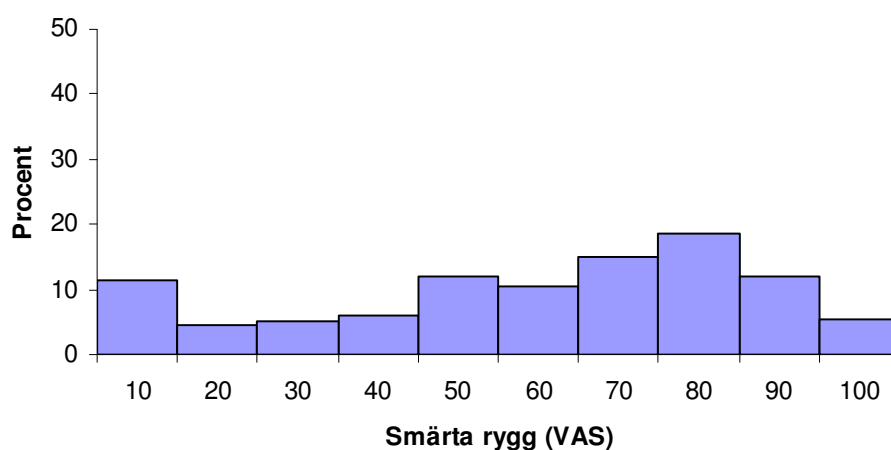


Fig 6. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med central spinal stenosis (%).

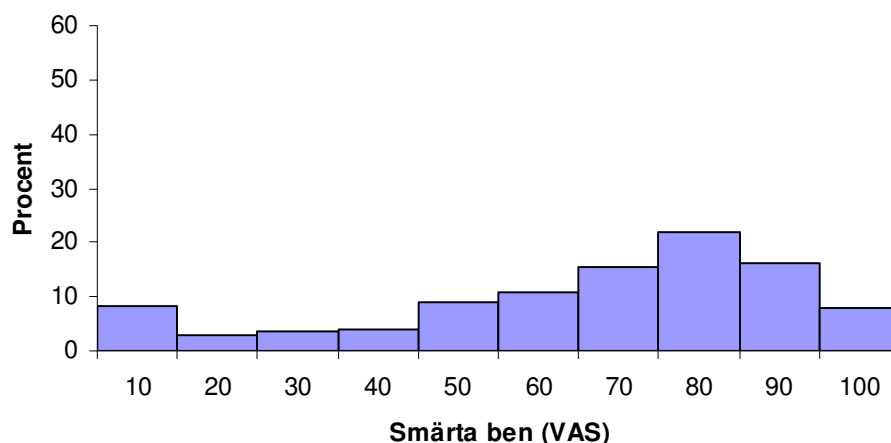


Fig 7. Bensmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med central spinal stenosis (%).

Av patienterna med central spinal stenosis använde 54% regelbundet smärtstillande läkemedel, 29% intermittent och 17% angav inget intag av smärtstillande medel.

Gångsträckan uppskattades till mindre än 100 m för 43% av patienterna, 100–500 m för 32% av patienterna, 500 m–1 km för 12% av patienterna och endast 13% angav en gångsträcka som översteg 1 km.

Kirurgiska data

I 71% av fallen utfördes det enbart dekompressiv kirurgi, 44% på konventionellt vis, 27% mikroskopiskt. Dekompression tillsammans med bakre instrumentell fusion utfördes i 17% och dekompression tillsammans med PLIF i 1% av fallen. I 4% av fallen gjordes dekompression + bakre icke instrumenterad fusion.

Genomsnittlig vårdtid i dygn för patienter med konventionell dekompression var 5,3, för patienter med mikroskopisk dekompression, 5,1 samt för patienter med dekompression + bakre instrumenterad fusion 7,9.

Lateral spinal stenosis

Demografiska data

Under året opererades 310 patienter för lateral spinal stenosis. 52% av patienterna var män och 48% kvinnor. I gruppen fanns 24% rökare.

Medelåldern var 60 (28–86) år och åldersfördelningen framgår av figur 8.

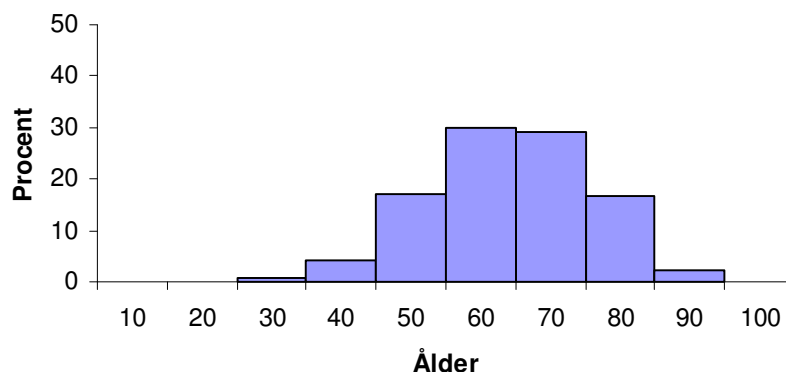


Fig 8. Åldersfördelning, lateral spinal stenos, n = 310.

Majoriteten av patienter med lateral spinal stenos, 79%, hade aldrig tidigare blivit ryggopererade, medan 21% blivit opererade två eller flera gånger innan den aktuella operationen.

Preoperativ duration av ryggsmärta var som följer: 6% hade ingen ryggsmärta, 2% hade mindre än 3 månaders anamnes på ryggsmärta, 21% 3-12 månader, 20% 1-2 år och 51% mer än 2 år. 4% av patienterna med lateral spinal stenos angav ingen bensmärta, 3% av patienterna angav benproblem kortare tid än 3 månader, 27% 3-12 månader, 24% 1-2 år och 43% angav besvär överstigande 2 år. Genomsnittligt angivet VAS-tal för ryggsmärta i gruppen var 54 (0–100) och för bensmärta 62 (0–100). Fördelningen angiven VAS-smärta anges i figurerna 9 och 10.

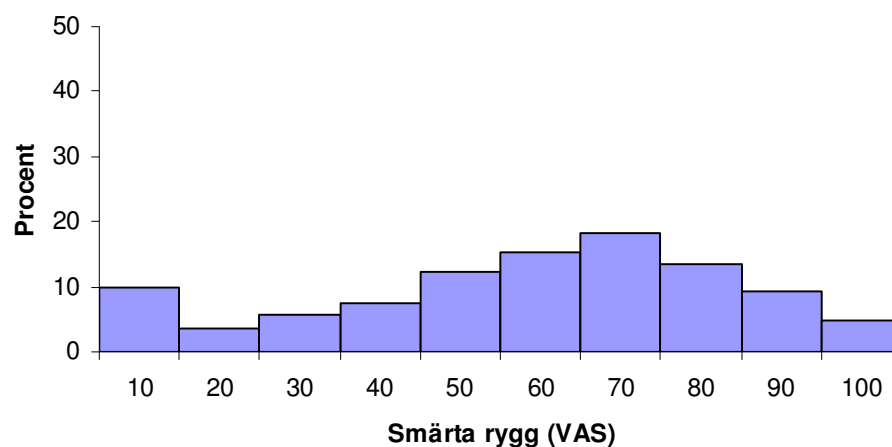


Fig 9. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med lateral spinal stenos (%).

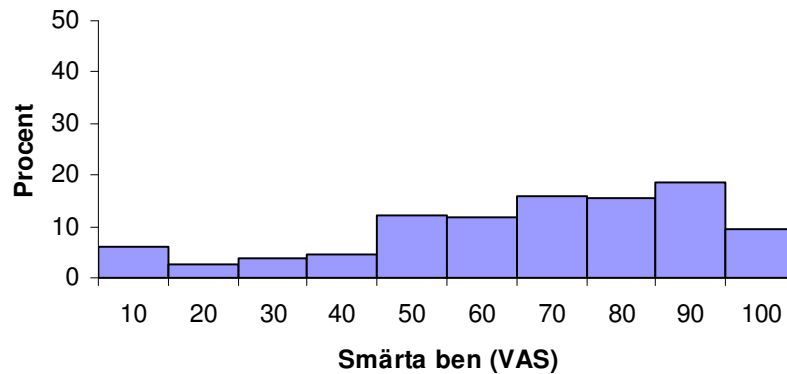


Fig 10. Bensmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med lateral spinal stenos (%).

Regelbunden analgeticakonsumtion angavs av 54% av patienterna, intermittent av 27% och ingen konsumtion alls av 20% av patienterna. Begränsad gångförmåga beskrevs av majoriteten av patienter, 27% angav gångförmåga understigande 100 m, 32% gångförmåga 100–500 m, 18% 500 m–1 km och 23% hade en gångsträcka som översteg 1 km.

Kirurgiska data

Dekompressionsoperation stod för operationstyp i majoriteten av fall, 94% varav 49% konventionell där genomsnittlig vårdtid i dygn var 3,8 och 35% mikroskopisk dekompression med genomsnittlig vårdtid 3,2 .

Spondylolistes

Demografiska data

Totalt 260 patienter, av vilka 50% var män och 50% kvinnor, rapporterades för 2006. I denna grupp var 22% rökare. Genomsnittsåldern var 47 (15–78) år och åldersfördelningen framgår av figur 11.

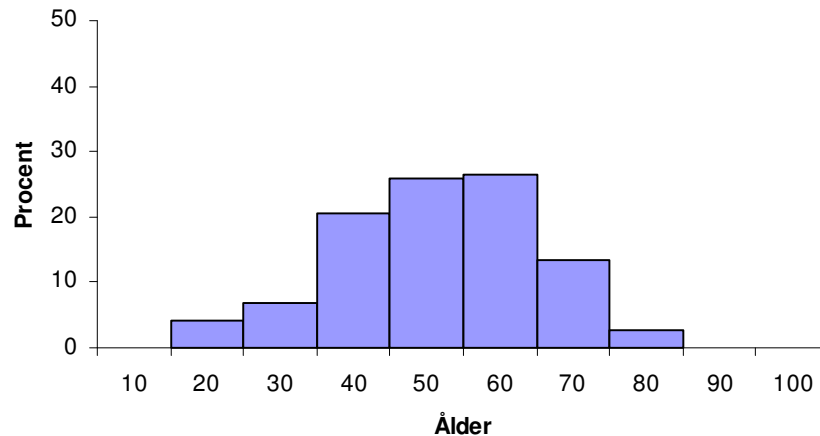


Fig 11. Åldersfördelning, spondylolistes, n = 260 patienter.

För 90% av patienterna var det aktuella ingreppet ett förstagångsingrepp, medan övriga hade opererats en eller två gånger tidigare.

Preoperativ duration av ryggsmärta var som följer: 4% hade ingen ryggsmärta, 1% hade mindre än 3 månaders anamnes på ryggsmärta, 8% 3-12 månader, 15% 1-2 år och 72% mer än 2 år. 11% av patienterna med spondylolistes hade ingen bensmärta, 1% av patienterna med spondylolistes angav benproblem kortare tid än 3 månader, 14% 3-12 månader, 23% 1-2 år och 50% angav besvär överstigande 2 år.

Den preoperativa bensmärthan angavs av patienterna på VAS-skalan till 51 (0–100) och den preoperativa ländryggssmärthan till 57 (0–99). Fördelningen av VAS-tal framgår av de figurerna 12 och 13.

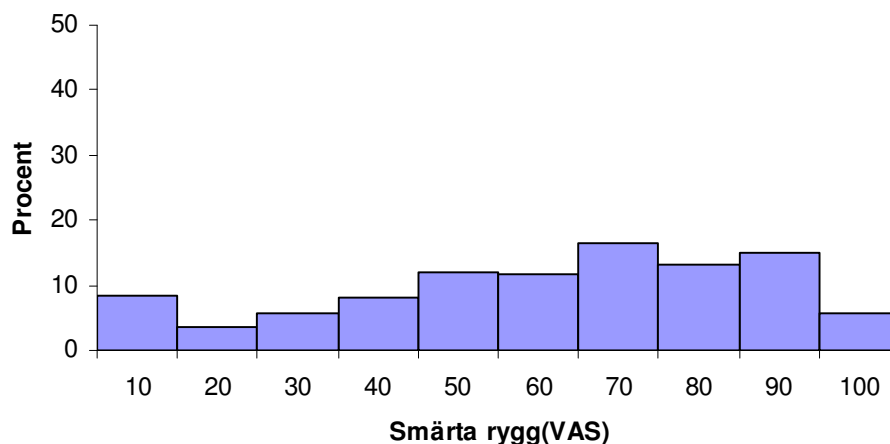


Fig 12. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med spondylolistes (%).

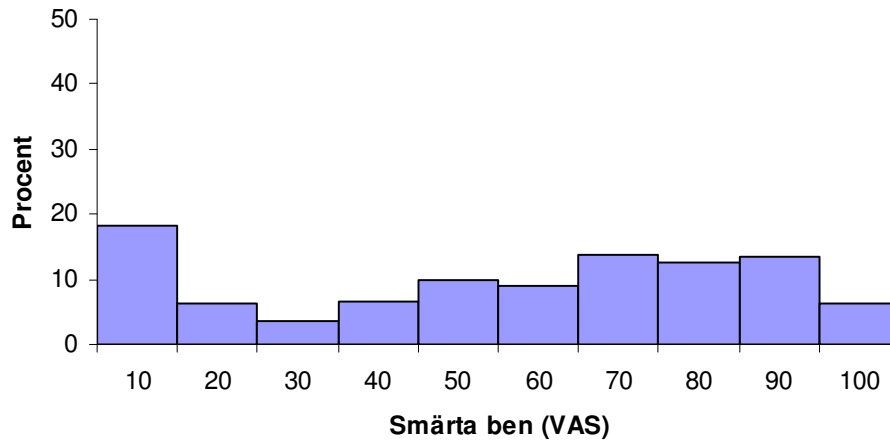


Fig 13. Bensmärta bestämd med VAS-skala hos patienter med spondylolistes (%).

Smärtstillande medicinering regelbundet angavs av 39% av patienterna, intermittent av 42% av patienterna medan 20% inte utnyttjade smärtstillande medicinering.

Gångsträckan uppskattades till mindre än 100 m för 17% av patienterna, 100–500 m för 25% av patienterna, 500 m–1 km för 18% av patienterna och 40% angav en gångsträcka som översteg 1 km.

Kirurgiska data

Ett stort antal olika ingrepp utfördes på patienter med spondylolistes. De presenteras i fallande frekvensordning: Dekompression + instrumenterad fusion 45%, bakre instrumenterad fusion 17%, ALIF med eller utan främmande implantat 2%, dekompression + oinstrumenterad fusion 5%, bakre oinstrumenterad fusion 2%, dekompression + PLIF 6%, PLIF med eller utan främmande implantat 14% samt dekompressiva åtgärder i resterande fall.

Genomsnittlig vårdtid i dygn varierade från 6,1 vid dekompressiv kirurgi + bakre instrumenterad fusion, 7,1 vid bakre instrumenterad fusion samt 7,6 för PLIF.

Segmentell smärta/DDD

Demografiska data

Totalt finns 540 patienter registrerade för operation för segmentell smärta/DDD under 2006. 48% var män och 52% kvinnor. Andelen rökare var 18%. Medelåldern var 46 (20–80) år och åldersfördelningen framgår av figur 14.

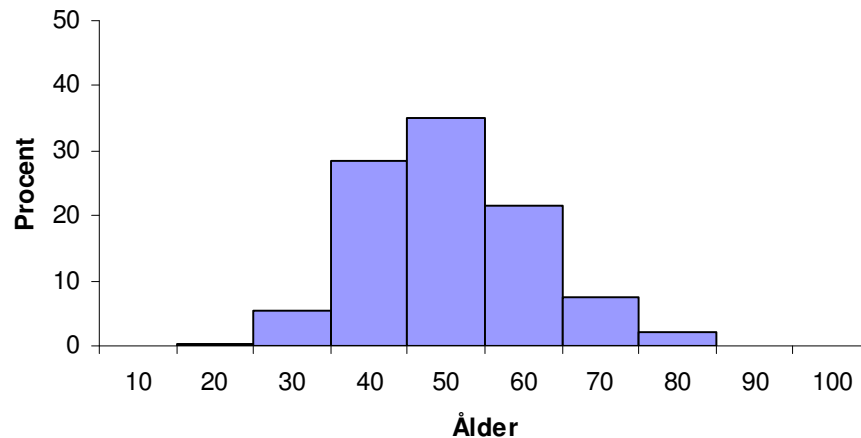


Fig 14. Åldersfördelning, segmentell smärta, n =540 patienter.

I denna grupp av patienter rörde det sig om en förstagångsoperation för 68%, medan 32% hade opererats en eller flera gånger tidigare.

Preoperativ duration av ryggsmärta hos patienter med segmentell smärta/DDD var som följer: 0% hade ingen ryggsmärta, 1% hade mindre än 3 månaders anamnes på ryggsmärta, 8% 3-12 månader, 14% 1-2 år och 78% mer än 2 år. 13% av patienterna med segmentell smärta/DDD hade ingen bensmärta, 1% av patienterna angav benproblem kortare tid än 3 månader, 13% 3-12 månader, 15% 1-2 år och 57% angav besvär överstigande 2 år.

Skattning på VAS-skalan avseende ryggsmärta visade genomsnittligt 63 (0–100) och för bensmärta 45 (0-100). Fördelningen av VAS-tal illustreras i figurerna 15 och 16.

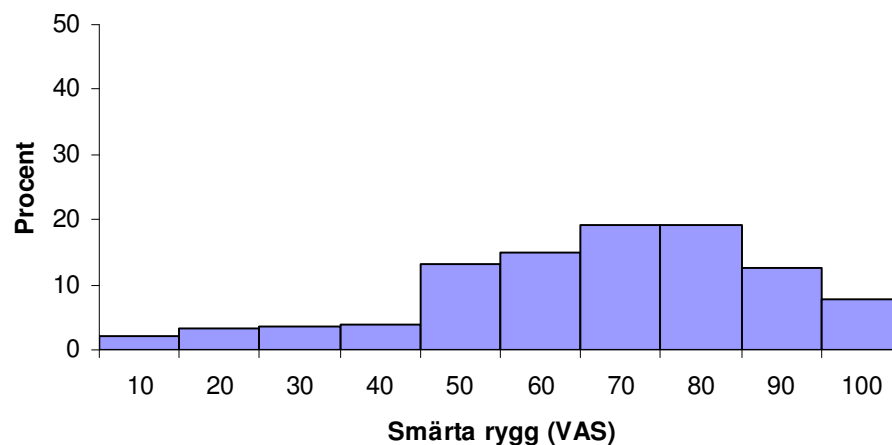


Fig 15. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med segmentell smärta/DDD (%).

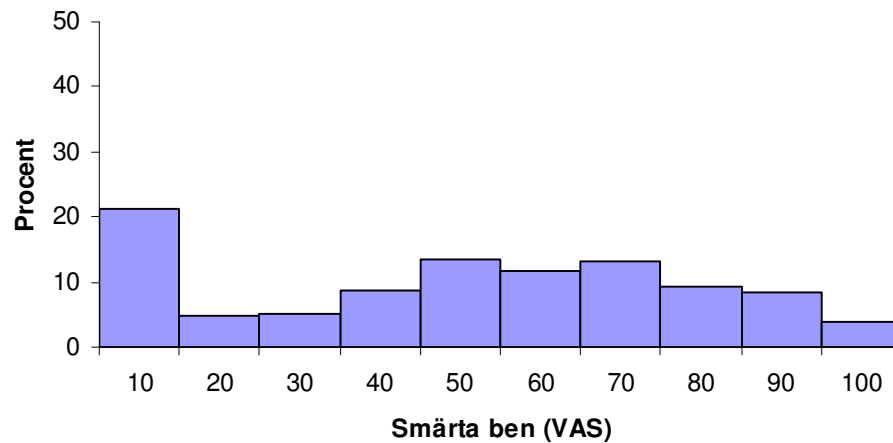


Fig 16. Bensmärta bestämd med VAS-skala preoperativt hos patienter med segmentell smärta/DDD (%).

Regelbunden konsumtion av smärtstillande medel angavs av 54% av patienterna, intermittent av 32% medan 14% aldrig använde smärtstillande medel

Gångsträckan uppskattades till mindre än 100 m för 13% av patienterna, 100–500 m för 23% av patienterna, 500 m–1 km för 26% av patienterna och 39% angav en gångsträcka som översteg 1 km.

Kirurgiska data

Ett heterogent kirurgiskt behandlingsspektrum sågs även vid denna diagnos enligt följande: Bakre instrumenterad fusion 21%, ALIF med eller utan främmande implantat 2%, PLIF med eller utan främmande implantat 21%, diskprotes 13%, dekompression + PLIF 8%, dekompression + instrumenterad fusion 12%, bakre oinstrumenterad fusion 5%, dekompression + bakre oinstrumenterad fusion 2%, dekompression 1% samt en mindre mängd övriga åtgärder. Genomsnittlig vårdtid varierade mellan 3,9 och 8,3 dygn vid de olika typerna av ingrepp.

II. Ettårsuppföljning av ländryggskirurgi i Sverige 2006

Totalt finns 4 152 patienter opererade 2005, av dessa är 3 004 ettårsuppföljda.. Dessa fördelar sig på diskbråck: 1 000, central spinal stenosis 1 160 lateral spinal stenosis 228, spondylolistes 194 och segmentell smärta 343. Patienter med ”övriga operationer”, 79 redovisas inte i följande resultatdel.

Diskbråck

Ettårsuppföljning föreligger på 1 000 patienter, opererade för lumbalt diskbråck. 55% var män och 45% kvinnor, genomsnittsåldern 44 (14–85) år.

Preoperativt var genomsnittligt VAS-tal för ryggsmärta 46 jämfört med 26 postoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var preoperativt:65, postoperativt 22. I figurerna 17 och 18 visas pre- och postoperativ VAS-skattning för rygg- respektive bensmärta.

Operativa åtgärder: 41% konventionell diskbråcksoperation, 41% mikroskopisk diskbråcksoperation, 14% dekompressionsoperation samt 4% övriga ingrepp.

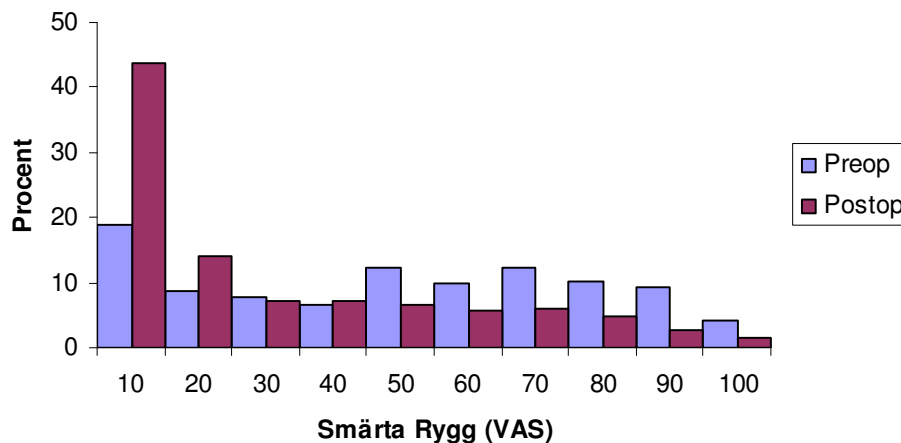


Fig 17. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för lumbalt diskbråck (%).

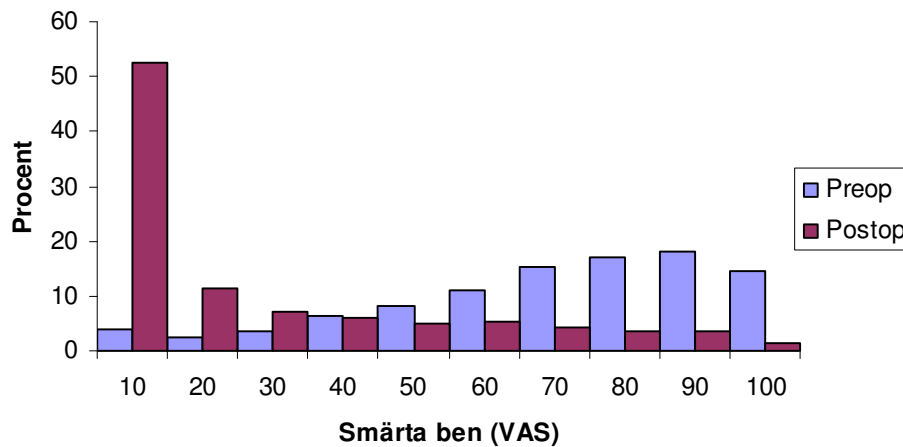


Fig 18. Bensmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för lumbalt diskbråck (%).

Upplevd förbättring avseende ryggsmärta: Helt smärtfria 22%, mycket förbättrade 43%, något förbättrade 18%, oförändrade 8% och försämrade 5%. 6% hade ej ryggsmärta preoperativt.

Upplevd förbättring avseende bensmärta: Helt smärtfria 35%, mycket förbättrade 39%, något förbättrade 15%, oförändrade 6% och försämrade 4%, 1% hade ingen bensmärta preoperativt.

Allmän patienttillfredsställelse med operationsresultatet: 75% angav sig vara nöjda, 18% tveksamma och 8% missnöjda.

Förbrukning av analgetica ett år postoperativt: Regelbundet 17%, intermittent 33%, ingen förbrukning 50%.

Gångförmåga ett år postoperativt: <100 m 3%, 100-500 m 9%, 500 m-1 km 13%, >1 km 75%. Detta är en betydande förbättring jämfört med preoperativt.

Status pre- och ett år postoperativt avseende hälsorelaterad livskvalitet mätt med SF-36 framgår av figur 19. I samtliga domäner utom ”General health” ses en signifikant förbättring.

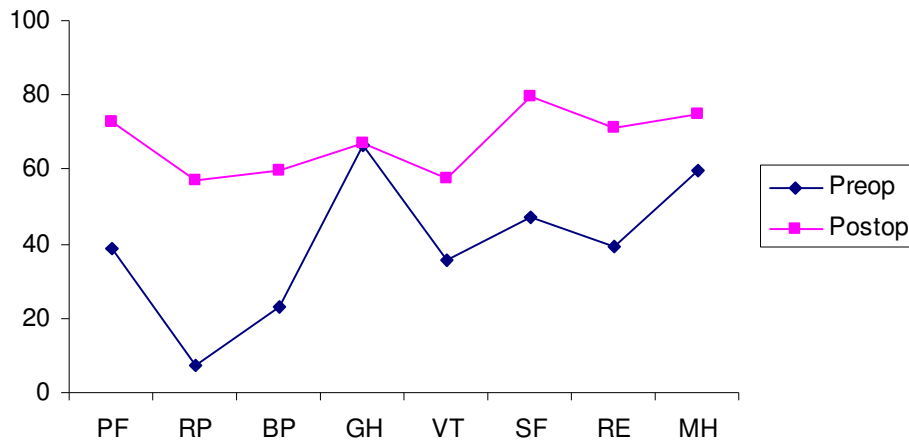


Fig 19. SF-36 pre- och 1 år postoperativt för patienter som genomgått operation för lumbalt diskbråck.

Resultaten av EQ-5D-analysen presenteras dels som EQ-5D 5, dvs svaren på de 5 frågorna som ingår i frågeformuläret, dels som VAS-skalan, den s k temperaturmätaren. För diskbråck är resultaten följande: Genomsnittligt värde för EQ-5D 5 preoperativt: 25, 1 år postoperativt 70. Genomsnittligt värde på VAS-skalan preoperativt (maxvärde 100): 45, 1 år postoperativt 70.

Central spinal stenosis

I denna grupp fanns 1 319 patienter med en medelålder av 68 (25–89) år.

Könsfördelning: 45% män, 55% kvinnor.

Operativ åtgärd: Enbart dekompression 73%, dekompression + bakre instrumenterad fusion 14%, dekompression + bakre oinstrumenterad fusion 4%, bakre instrumenterad fusion enbart 2%.

Preoperativt var genomsnittligt VAS-tal för ryggsmärta 56 jämfört med 33 ett år postoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var 62 och 33 respektive. I figur 20 och 21 ses VAS-fördelningen pre- och postoperativt för såväl rygg- som bensmärta.

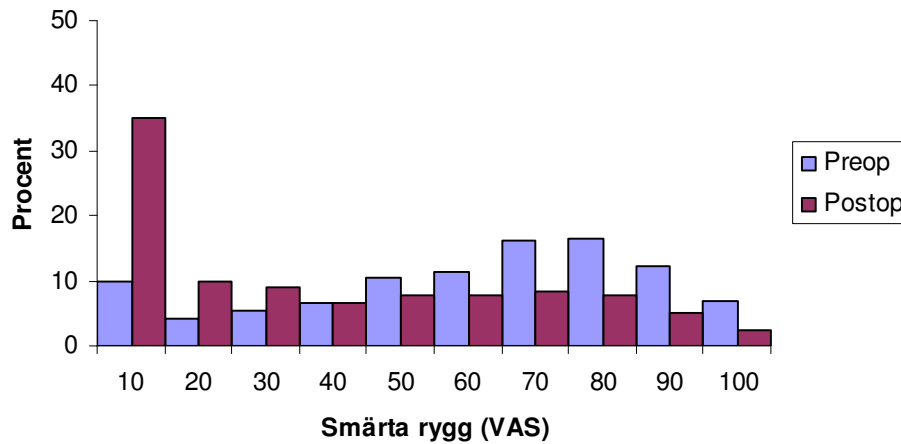


Fig 20. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för lumbal central spinal stenosis (%).

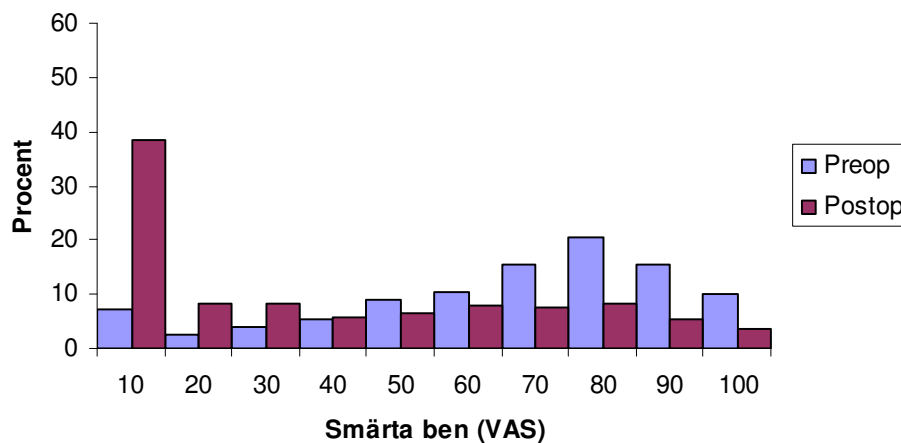


Fig 21. Bensmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för lumbal central spinal stenosis (%).

Ett år postoperativt upplevde sig 18% av patienterna helt smärtfria, 34% mycket bättre, 21% något förbättrade, 11% oförändrade och 10% försämrade beträffande ryggsmärta. 7% hade ingen ryggsmärta preoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var 26% helt smärtfria, 27% mycket bättre, 18% något förbättrade, 13% oförändrade och 11% försämrade. 6% angav ingen bensmärta preoperativt.

Den allmänna patienttillfredsställelsen med operationen utföll så att 63% var nöjda, 25% tveksamma och 12% missnöjda med effekten av operationens resultat.

Analgeticakonsumtion ett år postoperativt: Regelbundet 31%, intermittent 31%, ingen 38%.

Gångförmåga ett år postoperativt: < 100 m 20%, 100-500 m 22%, 500 m-1 km 17%, >1 km 42%. Detta är en betydande förbättring jämfört med preoperativt.

Ett år postoperativt uppvisades i kategorin central spinal stenos också en förbättring av SF-36 score i alla aspekter utom "General health". Förbättringen dock mindre markant än vid diskbräck men åldersjusterat sannolikt likartat, se figur 22.



Fig 22. SF-36 pre- och postoperativt för patienter som genomgått operation för lumbal central spinal stenos.

Genomsnittligt värde för EQ-5D 5 preoperativt: 34, 1 år postoperativt 61. Genomsnittligt värde på VAS-skalan preoperativt (maxvärde 100): 48, 1 år postoperativt 63.

Lateral spinal stenosis

Totalt 271 patienter med en genomsnittsålder på 61 (29–86) år. Könsfördelningen anger 48% män och 52% kvinnor. Enbart dekompression har använts i 82% av fallen, dekompression + bakre fusion i 13% (10% instrumenterad och 3% oinstrumenterad), övriga ingrepp 5%.

Preoperativt var genomsnittligt VAS-tal för ryggsmärta 51 jämfört med 33 ett år postoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var 63 respektive 39. Figurerna 23 och 24 visar fördelningen av pre- och postoperativt VAS-tal för rygg- och bensmärta.

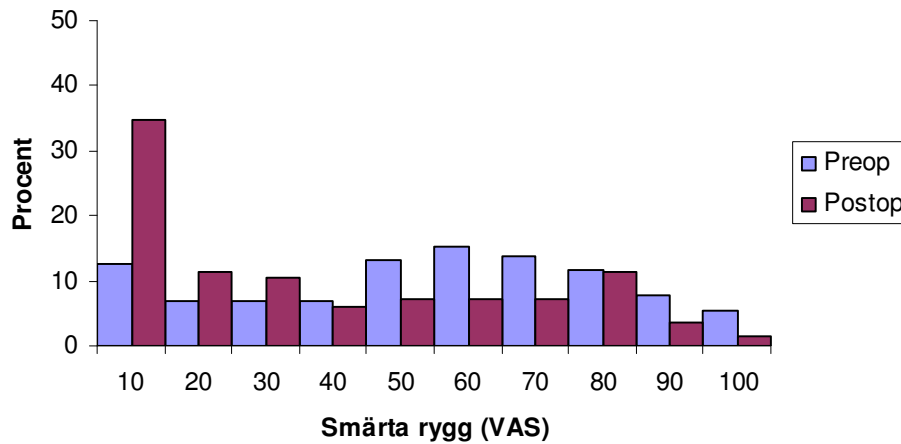


Fig 23. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för lumbal lateral spinal stenosis (%).

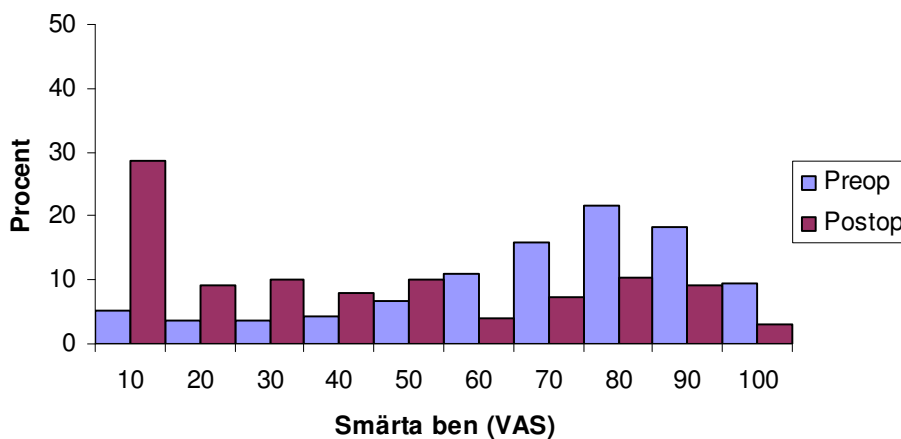


Fig 24. Bensmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för lumbal lateral spinal stenosis (%).

Ett år postoperativt var 15% av patienterna helt smärtfria, 33% mycket förbättrade, 22% något förbättrade, 15% oförändrade och 10% försämrade med avseende på ryggsmärta. 7% hade ingen ryggsmärta preoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var 17% helt smärtfria, 30% mycket förbättrade, 24% något förbättrade, 15% oförändrade och 9% försämrade, 4% hade ingen bensmärta tidigare.

Uppskattad patienttillfredsställelse med operationsresultatet: 60% nöjda, 25% tveksamma och 15% missnöjda.

Läkemedelsförbrukning 1 år postoperativt: 31% regelbundet, 34% intermittent och 35% ingen medicinering.

Gångförmåga ett år postoperativt: < 100 m gångsträcka 11%, 100–500 m gångsträcka 23%, 500 m–1 km gångsträcka 18% samt > 1 km 48%.

Även patientgruppen opererad för lateral spinal stenos visade förbättringar i SF-36 score om än i något mindre uttalad omfattning, se figur 25.

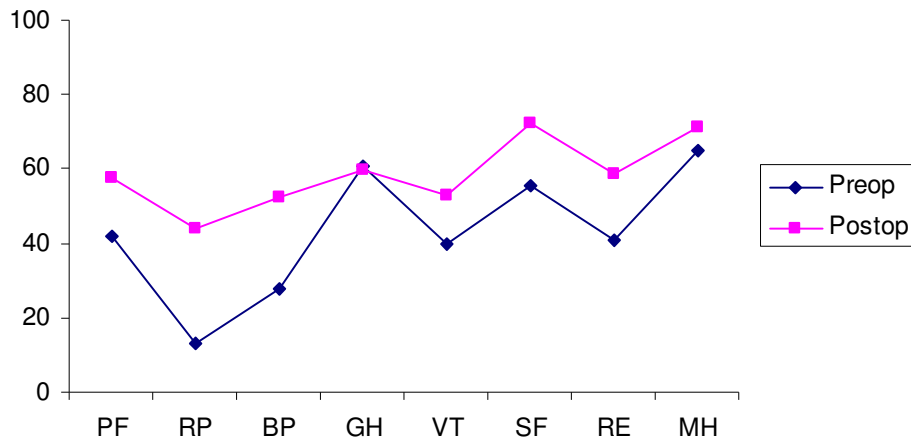


Fig 25. SF-36 pre- och postoperativt för patienter som genomgått operation för lumbal lateral spinal stenos.

Genomsnittligt värde för EQ-5D 5 preoperativt: 37, 1 år postoperativt 60. Genomsnittligt värde på VAS-skalan preoperativt (maxvärde 100): 50, 1 år postoperativt 61.

Spondylolistes

För 238 patienter opererade under perioden för spondylolistes finns ettårsuppföljning. Genomsnittsålder 47 (12–81) år, könsfördelning 52% män och 48% kvinnor.

Patienterna med spondylolistes opererades i 39% med dekompression och bakre instrumenterad fusion, i 15% med bakre instrumenterad fusion enbart, i 16% med PLIF, i 8% med dekompression + PLIF, i 7% med dekompression + bakre oinstrumenterad fusion, i 7% med bakre oinstrumenterad fusion, i 3% med enbart dekompressionsoperation och 5% var övriga ingrepp.

Preoperativt var genomsnittligt VAS-tal för ryggsmärta 57 jämfört med 33 ett år postoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var 51 respektive 25. I figurerna 26 och 27 illustreras pre- och postoperativ VAS-smärta avseende rygg och ben.

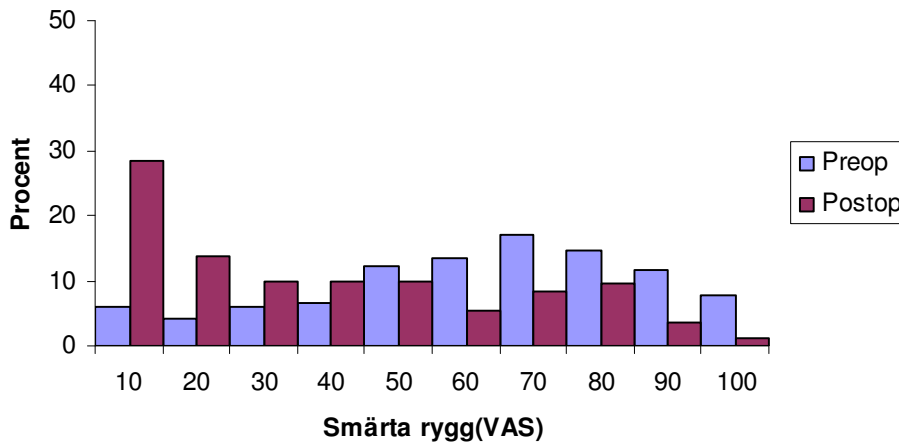


Fig 26. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för spondylolistes (%).

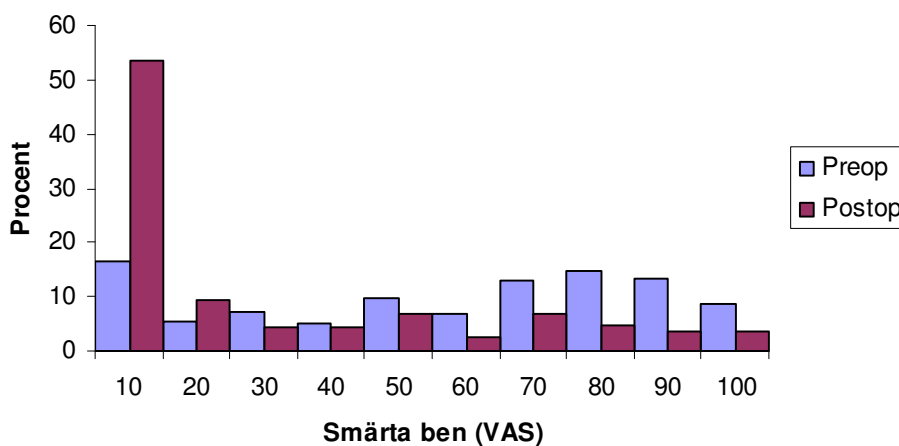


Fig 27. Bensmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats för spondylolistes (%).

Vid ettårskontroll upplevde 12% av patienterna sig som helt smärtfria, 49% som mycket förbättrade, 23% som något förbättrade, 5% som oförändrade och 7% såsom försämrade vad gällde ryggsmärta, 4% hade ingen ryggsmärta tidigare. Motsvarande siffror för bensmärthan var 25% helt smärtfria, 35% mycket förbättrade, 11% något förbättrade, 10% oförändrade och 8% försämrade. 11% angav ingen bensmärta preoperativt.

Allmän patienttillfredsställelse med operationen: 72% nöjda, 17% tveksamma och 10% missnöjda.

Regelbundet intag av smärtstillande medel ett år postoperativt angavs av 29%, intermitterant intag av 34% och inget intag av smärtstillande läkemedel över huvud taget av 37%.

Gångförmåga ett år postoperativt: < 100 m 8%, 100-500 m 13%, 500 m-1 km 16%, >1 km 64%. Detta är en betydande förbättring jämfört med preoperativt.

Spondylolistespatienterna visade med SF-36 score god förbättring ett år postoperativt jämfört med preoperativt, se figur 28.

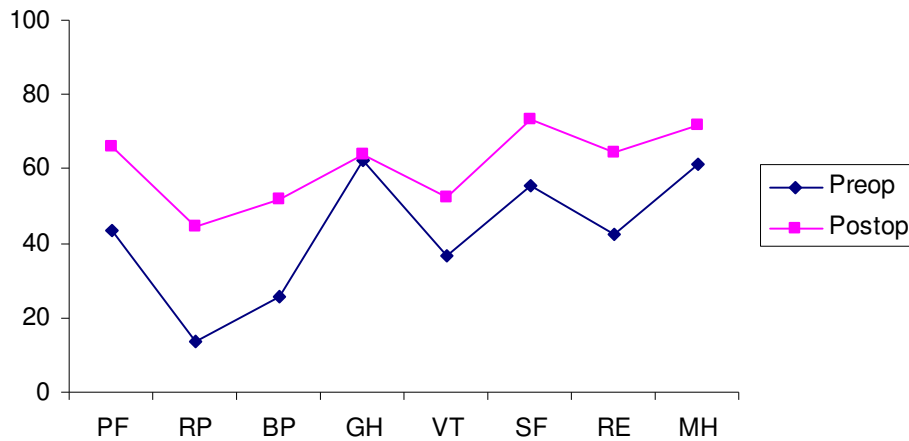


Fig 28. SF-36 pre- och postoperativt för patienter som genomgått operation för spondylolistes.

Genomsnittligt värde för EQ-5D preoperativt: 34, 1 år postoperativt 62. Genomsnittligt värde på VAS-skalan preoperativt (maxvärde 100): 48, 1 år postoperativt 62.

Segmentell smärta

Ettårsuppföljning finns för 437 opererade patienter under perioden. Patientmedelålder 44 (19–80) år, könsfördelning 44% män och 56% kvinnor.

Patienterna med segmentell smärta/DDD blev i 26% av fallen opererade med bakre instrumenterad fusion, i 26% med PLIF, i 4% med TLIF, i 7% med dekompression + bakre instrumenterad fusion, i 8% med dekompression + PLIF, i 12% med diskprotes, i 8% med bakre oinstrumenterad fusion samt i 9% användes övriga ingrepp.

Preoperativt var genomsnittligt VAS-tal för ryggsmärta 63 jämfört med 37 ett år postoperativt. Motsvarande siffror för bensmärta var 45 respektive 26. I figur 29-30 illustreras pre- och postoperativt VAS-tal för rygg- och bensmärta.

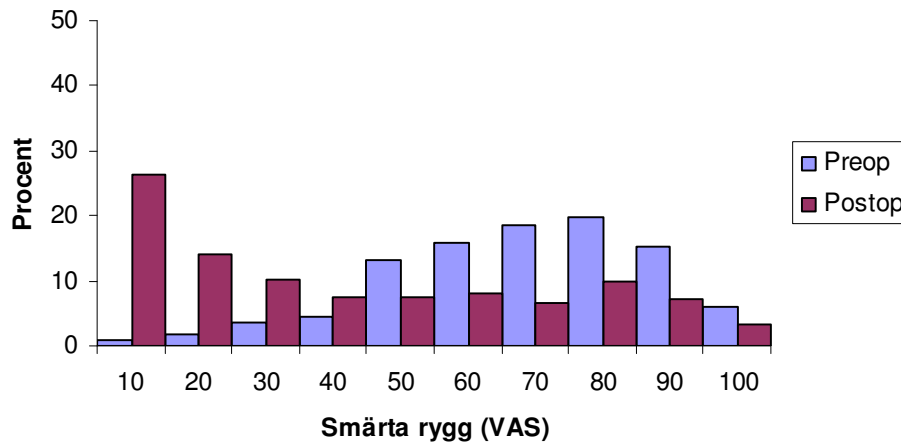


Fig 29. Ryggsmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats pga segmentell smärta (%).

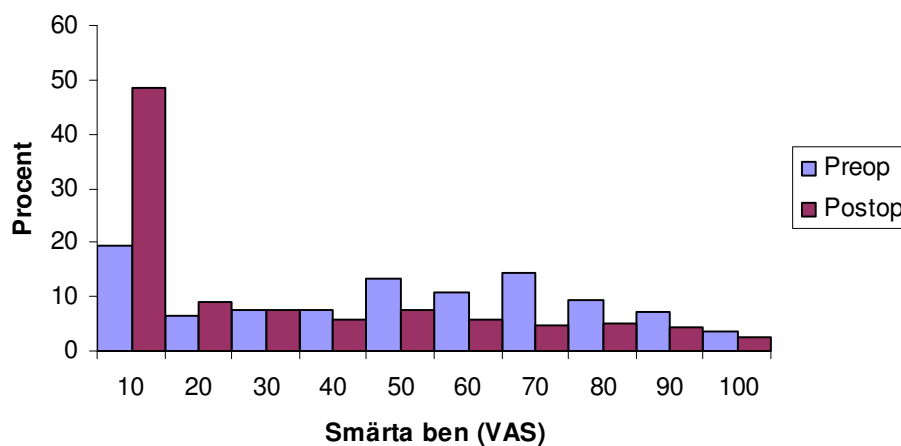


Fig 30. Bensmärta bestämd med VAS-skala pre- och postoperativt hos patienter som opererats pga segmentell smärta (%).

Ett år postoperativt upplevde patienterna som opererats för segmentell smärta avseende ryggsmärta följande resultat: Helt smärtfria 11%, mycket förbättrade 43%, något förbättrade 23%, oförändrade 12% och försämrade 11%, 0,3% hade ingen ryggsmärta tidigare.

Motsvarande siffror avseende bensmärta: Helt smärtfria 21%, mycket förbättrade 32%, något förbättrade 15%, oförändrade 16% och försämrade 7%. 11% angav ingen bensmärta preoperativt.

Avseende patienttillfredsställelse med operationen upplevde sig 66% som nöjda, 22% som tveksamma och 13% som missnöjda.

28% intog analgetica regelbundet ett år postoperativt, 38% gjorde så intermittent och 33% rapporterade ingen analgeticakonsumtion alls.

Gångförmåga ett år postoperativt: < 100 m 9%, 100-500 m 10%, 500 m-1 km 21%, >1 km 61%. Detta är en betydande förbättring jämfört med preoperativt.

SF-36-profilerna pre- och postoperativt för patienter opererade för segmentell smärta presenteras i figur 31 och liknar profilerna för de övriga diagnoserna. Förbättring ses i såväl fysiska som psykiska domäner.

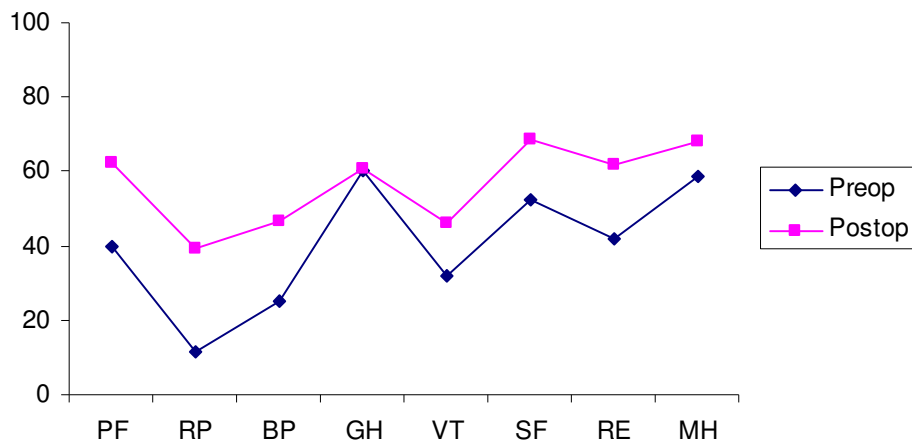


Fig 31. SF-36 pre- och postoperativt för patienter som genomgått operation pga segmentell smärta.

Genomsnittligt värde för EQ-5D 5 preoperativt: 30, 1 år postoperativt 55. Genomsnittligt värde på skalan preoperativt (maxvärde 100): 44, 1 år postoperativt 63.

Oswestry Disability Index, ODI, före och 1 år efter kirurgi för alla diagnoser

Detta är första året vi har kunnat göra en jämförelse mellan pre- och postoperativ disability mätt med Oswestry index. För samtliga diagnoser ses en signifikant minskning av den uppmätta funktionsinskränkningen, mest uttalat för diskbråck, se figur 32.

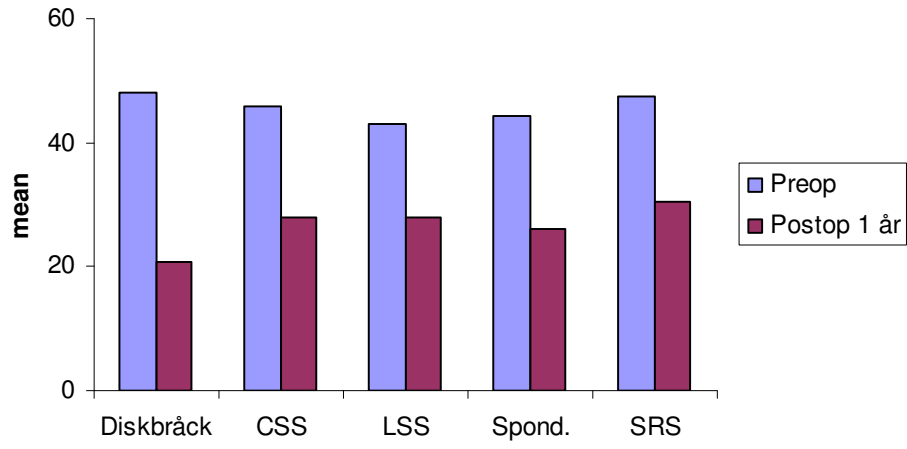


Fig 32. ODI-resultat före och ett år efter ländryggskirurgisk åtgärd, diagnosrelaterat.

III. Tvåårsuppföljning av ländryggskirurgi i Sverige 2006

Totalt finns 2 042 st 1- och 2-årsuppföljda patienter som opererades år 2004. Dominerande diagnoser är diskbräck, 719 och central spinal stenosis, 765 patienter. För diagnoserna lateral spinal stenosis fanns 135 patienter, spondylolistes 118 patienter och segmentell smärta 227 patienter. Resterande 78 fanns bland övriga diagnoser. Nedan presenteras en jämförelse mellan 1-års- och 2-årsuppföljning avseende ett antal parametrar.

I tabell 1 anges smärta på VAS-skalan, diagnosrelaterat, över tid.

Tabell 1. Smärta på VAS-skalan (medelvärde), diagnosrelaterad.

	Rygg			Ben		
	Preop	1 år	2 år	Preop	1 år	2 år
Diskbräck	48	24	26	67	22	24
Central stenosis	56	35	37	64	37	38
Lateral stenosis	54	33	36	64	37	42
Spondylolistes	56	28	29	50	27	25
Segm smärta	64	34	36	41	24	26

I tabellerna 2-6 presenteras gångsträcka efter de olika ingreppen preoperativt samt 1 och 2 år postoperativt.

Tabell 2. Gångsträcka, diskbräck (%)

	Preoperativt	1 år	2 år
<100 m	36	5	5
100 m– 500 m	20	9	10
500 m– 1 km	16	11	11
>1 km	28	75	74

Tabell 3. Gångsträcka, central spinal stenosis (%)

	Preoperativt	1 år	2 år
<100 m	45	20	23
100 m– 500 m	33	22	21
500 m– 1 km	11	19	18
>1 km	12	39	38

Tabell 4. Gångsträcka, lateral spinal stenosis (%)

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
<100 m	28	14	18
100 m– 500 m	37	20	24
500 m– 1 km	15	15	13
>1 km	20	52	45

Tabell 5. Gångsträcka, spondylolistes (%)

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
<100 m	14	9	6
100 m– 500 m	25	8	9
500 m– 1 km	24	14	17
>1 km	37	68	68

Tabell 6. Gångsträcka, segmentell smärta (%)

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
<100 m	18	5	7
100 m– 500 m	18	12	13
500 m– 1 km	26	19	16
>1 km	38	63	67

I tabellerna 7-11 presenteras analgeticakonsumtion preoperativt samt 1 och 2 år postoperativt relaterat till diagnos för kirurgi.

Tabell 7. Analgeticakonsumtion disbräck preoperativt, 1 och 2 år postoperativt (%).

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Regelbunden	58	15	17
Intermittent	31	32	31
Ingen	11	53	52

Tabell 8. Analgeticakonsumtion central spinal stenosis preoperativt, 1 och 2 år postoperativt (%).

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Regelbunden	55	30	32
Intermittent	28	38	34
Ingen	17	32	34

Tabell 9. Analgeticakonsumtion lateral spinal stenos preoperativt, 1 och 2 år postoperativt (%).

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Regelbunden	59	36	41
Intermittent	31	34	29
Ingen	10	30	30

Tabell 10. Analgeticakonsumtion spondylolistes preoperativt, 1 och 2 år postoperativt (%).

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Regelbunden	42	16	20
Intermittent	38	34	35
Ingen	20	50	45

Tabell 11. Analgeticakonsumtion segmentell smärta preoperativt, 1 och 2 år postoperativt (%).

	Preoperativt	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Regelbunden	55	30	30
Intermittent	35	36	34
Ingen	10	34	36

Patientens självgraderade tillfredsställelse med kirurgiresultaten presenteras i tabell 12 efter 1 och 2 år.

Tabell 12. Inställning till kirurgiresultat 1 och 2 år postoperativt diagnosrelaterat.

	1 år postop			2 år postop		
	Nöjd	Tveksam	Missnöjd	Nöjd	Tveksam	Missnöjd
Diskbråck	78	15	6	77	15	8
Central stenosis	65	24	11	62	24	14
Lateral stenosis	64	21	14	61	22	17
Spondylolistes	68	24	7	73	16	11
Segm smärta	71	20	9	68	21	11

Livskvalitet mätt med EQ-5D-instrumentet presenteras i tabellerna 13-14 och figur 33 dels som EQ-5D score, dels med VAS-skaletermometern. Samtliga patientgrupper upplever postoperativt en stor förbättring av livskvaliteten.

Tabell 13. EQ-5D medelvärden preoperativt, 1 år och 2 år postoperativt, diagnosrelaterat.

	Preop	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Diskbråck	23	71	70
Central spinal stenosis	36	61	59
Lateral spinal stenosis	33	59	57
Spondylolistes	35	66	69
Segmentell smärta	31	60	59

Tabell 14. EQ-5D hälsotillstånd enligt VAS-skaletermometern, medelvärden.

	Preop	1 år postoperativt	2 år postoperativt
Diskbråck	44	72	70
Central spinal stenosis	48	61	60
Lateral spinal stenosis	46	62	61
Spondylolistes	50	66	68
Segmentell smärta	49	64	61

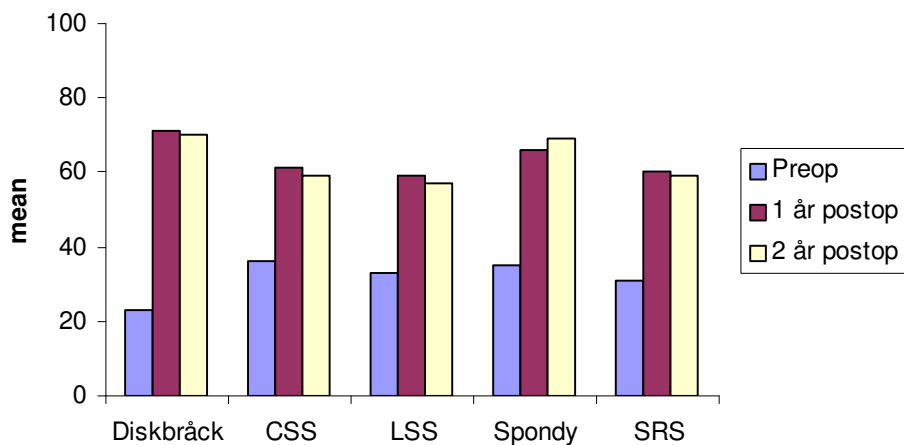


Fig 33. Livskvalitet pre- och postoperativt mätt med EQ-5D.

IV. Operationer för spinal stenosis och segmentell smärta i ländryggen 1998-2006

En analys i genusperspektivet

Introduktion

I denna presentation innefattas ländryggskirurgiregisterdata för år 2006 samt en analys ur genusperspektiv avseende operation för spinal stenosis och segmentell smärta. I föregående års rapport gjordes en analys av operation för ländryggsdiskbräck där vi bl a kunde konstatera att det förelåg flera signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. Vi noterade bl a att kvinnor preoperativt hade signifikant sämre livskvalitet, mer bensmärta och längre sjukskrivning än män. De var signifikant något äldre, hade längre symptomduration, åt mer värktabletter och hade i högre frekvens annan sjukdom än män.

Vid uppföljning vid både 1 och 2 år var män och kvinnor i lika stor omfattning nöjda med behandlingen och det förelåg ingen skillnad i förbättring i bensmärta med VAS eller livskvalitet mätt med EQ-5D. Däremot var kvinnor i högre utsträckning sjukskrivna efter 1 och 2 år.

I årets rapport koncentrerar vi oss på en analys av spinal stenosis och segmentell smärta i ländryggen. Som framgår av resultatredovisningen i rapportens föregående avsnitt är resultaten vid 1- och 2-årsuppföljning väldigt lika. Vi har därför begränsat analysen till de data som finns vid 1-årsuppföljningen. Underlaget utgör patienter opererade t.o.m. 060731, vilket innebär 2 mån marginal för 1-årsuppföljning (= totalt antal opererade). För att vara tillgängliga för (meningsfull) uppföljning ska både formulär med basuppgifter och operationsformulär vara ifyllda (=Tillgängliga för FU1).

Segmentell smärta

Mellan 1998 och 060731 har registretats 3 036 operationer. Av dessa är 2 382 tillgängliga för uppföljning efter 1 år, d v s det finns både preoperativa data och uppgifter om ingreppet och vårdtiden. Av dessa har 1 704 (72%) besvarat uppföljningsformulär, se tabell 15.

Tabell 15. Totalt antal opererade patienter med segmentell smärta i ländryggen fr o m 1998

		%	Kvinnor	%	Män	%
Tot ant op	3036					
Tillgängliga för FU1	2382			54		46

Genomförd FUI	1704	72		55		45

FUI= 1-årsuppföljning

Ur tabell 16 framgår att kvinnor preoperativt hade signifikant sämre livskvalitet (EQ-5D) och sämre fysisk funktion (SF36-PCS). De hade också signifikant mer bensmärta och mer ryggsmärta än männen. Däremot förelåg ingen skillnad i duration av vare sig rygg- eller bensmärta. Kvinnornas gångförmåga var signifikant sämre, de intog signifikant mer värktabletter och hade högre frekvens av co-morbiditet.

Arbetsförmåga var lika hos båda könen medan kvinnorna något oftare var förtidspensionerade.

Tabell 16. Skillnader preoperativt mellan kvinnor och män opererade för segmentell smärta i ländryggen.

	Kvinnor	Män	P
Ålder (år)	46,0	44,9	
EQ-5D*	0.26	0.32	<0.0001
SF-36 – PCS*	31	33	<0.0001
SF-36 - MCS*	36	36	ns
VAS bensmärta*	48	40	<0.0001
VAS ryggsmärta*	66	59	<0.0001
Smärtduration rygg			
< 1 år (%)	9	11	ns
> 2 år (%)	71	72	
Smärtduration ben			
< 1 år (%)	25	29	ns
> 1 år (%)	53	53	
Gångförmåga			
< 100m (%)	23	15	<0.0001
> 1 km (%)	31	39	
Helt arbetsförmögen (%)	69	65	
Helt sjukpensionerad (%)	34	28	<0.0001
Ålderspension (%)	4	3	ns
Arbetsförmåga (%)			
< 3 mån (%)	6	5	ns
> 1 år (%)	62	63	
Arbetslös (%)	12	14	ns
Rökare (%)	25	21	ns
Analgetika regelbundet (%)	61	48	<0.0001

Annan sjukdom (%)	24	15	<0.0001
Tidigare ryggop (%)	37	37	ns

- * Variabelbeskrivning: EQ-5D mäter livskvalitet, range 0 – 1, högt värde bättre.
 SF-36 PCS mäter fysisk komponent av livskvalitet, högt värde bättre
 SF-36 MCS mäter mental komponent av livskvalitet, högt värde bättre
 VAS mäter smärtintensitet, 0 – 100, högt värde = mer smärta

De olika typerna av fusionsingrepp fördelar sig ganska jämnt mellan könen. Det vanligaste ingreppet är instrumenterad bakre fusion, följt av PLIF (intercorporal fusion utförd bakifrån). Båda könen har i samma utsträckning opererats på de olika typerna av sjukhus, tabell 17.

Tabell 17. Operationer utförda för segmentell smärta i ländryggen på patienter uppföljda 1 år.

Typ av ingrepp	Antal	%	Kvinnor (%)	Män (%)
Oinstr bakre fusion	117	7	55	45
Instr bakre fusion	619	36	55	45
ALIF	154	9	60	40
PLIF	479	28	53	47
TLIF	41	2	49	51
Diskprotes	148	9	55	45
Annat	146	9	57	43
Typ av sjukhus				
Privatsjukhus	997	-	56	57
Universitetssjukhus	293	-	17	16
Länssjukhus	414	-	27	27

Postoperativt erfor kvinnorna en signifikant större förbättring av både bensmärta, ryggsmärta och livskvalitet (tabell 18). De var också nöjdare med behandlingen än männen. Däremot intog de fortfarande mer smärtstillande och trots att signifikant fler kvinnor återgick i arbete postoperativt, var vid 1-års uppföljning en högre andel kvinnor fortfarande sjukskrivna eller förtidspensionerade.

Tabell 18. Resultat av kirurgi segmentell smärta i ländryggen, kvinnor respektive män vid 1-årsuppföljning (FU1).

	Kvinnor	Män	P
Bensmärta mycket bättre(%)	59	59	Ns
Ryggsmärta mycket bättre(%)	57	54	Ns
Nöjd med behandlingen(%)	68	62	<0.05
Analgetika dagligen(%)	34	29	<0.001
Arbetsförmåga postop(%)	48	44	<0.05
Förtidspension(%)	32	29	Ns
Återgått i arbete hel/deltid(%)	30	27	<0.01
Sjukskrivningstid postop(%)			
< 3 mån	11	12	Ns
< 6 mån	22	26	
1 år	24	20	
Gångförmåga			
< 100 m (%)	9	8	Ns
> 1 km (%)	59	63	
Förbättring bensmärta(VAS)	20	12	<0.0001
Förbättring ryggsmärta (VAS)	30	23	<0.0001
Förbättring EQ-5D	0.31	0.22	<0.0001
EQ-5D	0.58	0.56	ns
SF-36 PCS	39	40	ns
SF-36 MCS	41	40	ns
VAS bensmärta	28	26	ns
VAS ryggsmärta	36	37	ns

Spinal stenosis i ländryggen

Mellan 1998 och 060731 har rapporterats totalt 9 527 operationer för spinal stenosis. Av dessa är 7 086 tillgängliga för uppföljning efter 1 år. Operation för spinal stenosis är, liksom operation för segmentell smärta, något vanligare hos kvinnor än hos män (55 respektive 45%) av de registrerade och uppföljda patienterna. Uppföljningsfrekvensen (78%) är något högre än uppföljningsfrekvensen för segmentell smärta (72%), tabell 19.

Tabell 19. Totalt antal opererade patienter med central spinal stenosis fr.o.m. 1998

		%	Kvinnor	%	Män	%	P
Tot ant op	9527						
Tillgängliga för FU1	7086			55		45	
Genomförd FU1	5536	78		55		45	
Specifik diagnos:							
Stenosis utan olistes	4657	84	2423	52	2234	48	<0.0001
Stenosis + olistes	879	16	632	72	247	28	

FU1= 1-årsuppföljning

Preoperativt var kvinnornas livskvalitet, fysiska funktion och gångförmåga signifikant sämre än männens. De intog mer värktabletter och hade oftare också annan sjukdom (Tabell 20).

Tabell 20. Skillnader preoperativt mellan kvinnor och män opererade för spinal stenosis i ländryggen.

	Kvinnor	Män	P
Ålder (år)	68,0	67,2	
EQ-5D	0.3	0.37	<0.0001
SF-36 - PCS	30	32	<0.0001
SF-36-MCS	35	38	<0.0001
VAS bensmärta	65	60	<0.0001
VAS ryggsmärta	61	51	<0.0001
Smärtduration rygg			
< 1 år (%)	27	25	<0.0001
> 2 år (%)	50	48	

Smärtduration ben			
< 1 år (%)	27	27	<0.05
> 1 år (%)	38	41	
Gångförmåga			
< 100m (%)	48	42	<0.0001
> 1 km (%)	9	12	
Helt sjukpensionerad (%)	21	17	<0.0001
Ålderspension (%)	63	62	ns
Rökare (%)	19	17	<0.05
Analgetika regelbundet (%)	62	43	<0.0001
Annan sjukdom (%)	41	34	<0.0001
Sjukhustyp			ns

Spinal stenosis kan vara förenad med kotglidning (olisthes). Förekomsten av olisthes är ibland en anledning att utföra fusion (steloperation) i anslutning till dekompressionen. Eftersom kotglidning är betydligt vanligare hos kvinnor än hos män som opereras för spinal stenosis (20% resp 10%) genomgick också kvinnorna i högre utsträckning ett kombinerat ingrepp (dekompression + fusion) (se tabell 21).

Tabell 21. Operationer utförda för central spinal stenosis på patienter uppföljda 1 år.

Typ av ingrepp	Antal	%	Kvinnor (%)	Män (%)	P
Dekompression	3799	68	51	49	
Dekompression + fusion	1036	19	71	29	<0.0001
Annat ingrepp	701	13			
Typ av sjukhus					
Privatsjukhus	1776	-	31	29	ns
Universitetssjukhus	1258	-	23	23	
Länssjukhus	2502	-	46	48	

Postoperativt var förbättringen av livskvalitet och ryggsmärta större hos kvinnor än hos män. Gångförmågan, smärtsituationen och livskvalitetens var dock fortsatt sämre hos kvinnorna (se tabell 22).

Tabell 22. Resultat av kirurgi för spinal stenos i ländryggen, kvinnor respektive män vid 1-årsuppföljning (FU1).

	Kvinnor	Män	P
Bensmärtnan mycket bättre(%)	55	56	<0.05
Ryggsmärtnan mycket bättre(%)	56	59	<0.001
Nöjd med behandlingen(%)	63	64	ns

Analgetika dagligen(%)	35	24	<0.0001
Gångförmåga			
< 100 m (%)	21	19	<0.0001
> 1 km (%)	35	43	
Förbättring bensmärta(VAS)	30	28	ns
Förbättring ryggsmärta (VAS)	24	21	0.002
Förbättring EQ-5D	0.27	0.23	0.003
EQ-5D	0.58	0.62	<0.0001
SF-36 PCS	38	41	<0.0001
SF-36 MCS	40	42	<0.0001
VAS bensmärta	37	33	<0.0001
VAS ryggsmärta	37	31	<0.0001

Analys av spinal stenosis med och utan spondylolistes(kotglidning)

Kvinnorna genomgick i högre utsträckning mer omfattande ingrepp (dekompression + fusion) för spinal stenosis än männen Detta föranledes av den högre förekomsten av kotglidning (olisthes) hos kvinnorna. Motivet till de mer omfattande ingreppen var att man vill stabilisera det dekomprimerade segmentet för att minska fortsatta besvär. Huruvida detta är nödvändigt eller ej är ännu inte avgjort. Evidensunderlaget för denna operationsmetod är fortfarande osäkert.

En närmare analys av förhållandet mellan specifik diagnos (spinal stenosis med respektive utan olisthes) och operationsmetod (dekompression med eller utan fusion) visar att det inte förelåg några skillnader i livskvalitet eller smärtintensitet hos varken kvinnor eller män med respektive utan samtidig kotglidning, tabellerna 23-24.

Tabell 23. Preoperativa förhållanden med/utan kotglidning, båda könen.

	Olistes	Ej olistes	P
EQ-5D	0.34	0.34	Ns

VAS bensmärta	63	63	Ns
VAS ryggsmärta	57	56	Ns
Gångförmåga			
< 100m (%)	46	45	Ns
> 1 km (%)	12	10	

Tabell 24. Preoperativa förhållanden med/utan kotglidning hos män respektive kvinnor.

	Kvinnor			Män		
	olistes	Ej	P	olistes	Ej	P
EQ-5D	0.32	0.30	Ns	0.38	0.39	Ns
VAS bensmärta	64	66	Ns	60	60	Ns
VAS ryggsmärta	59	61	Ns	52	51	Ns
Gångförmåga						
< 100m (%)	43	49	<0.01	51	41	0.001
> 1 km (%)	13	8		9	13	

Den förbättring patienterna erfor efter operationen tycks inte entydigt kopplad till vare sig specifik diagnos, typ av operation eller kön. I tabellerna 25 och 26 framkommer inga uppenbara skillnader i förbättring av livskvalitet eller bensmärta. Det syns inte heller några entydiga skillnader i gångförmågan när kön, typ av operation och specifik diagnos jämförs. Möjligen tyder resultaten på att ryggsmärtan blev bättre om dekompressionen kombinerades med fusion. Detta tycks gälla oavsett om patienten hade samtidig kotglidning eller inte och hos både män och kvinnor, tabell 25.

Tabell 25. Resultat mätt som förbättring (skillnad mellan värde preoperativt och FU1) i EQ-5D och VAS ben/ryggsmärta, samt gångförmåga vid FU1, båda könen.

	Olistes		P	Ej olistes		P
	Dek	+Fusion		Dek	+Fusion	
EQ-5D	0.28	0.27	Ns	0.23	0.30	<0.0001
VAS bensmärta	28	34	<0.05	27	30	<0.05
VAS ryggsmärta	20	32	<0.0001	20	29	<0.0001
Gångförmåga			ns			<0.0001
< 100m (%)	20	20		23	17	<0.0001
> 1 km (%)	43	48		36	35	

Tabell 26. Resultat mätt som förbättring (skillnad mellan värde preoperativt och FU1) i EQ-5D och VAS ben/ryggsmärta, samt gångförmåga vid FU1, kvinnor respektive män.

	Kvinnor						Män					
	Olistes			Ej olistes			Olistes			Ej olistes		
	Dek	Dek+ fus	P	Dek	Dek+ fus	P	Dek	Dek+ fus	P	Dek	Dek+ Fus	P
EQ-5D	0.28	0.28	ns	0.25	0.31	0.004	0.27	0.25	Ns	0.22	0.31	0.005
VAS Bensmärta	30	34	ns	27	31	0.03	24	38	0.008	27	29	ns
VAS Ryggsmärta	22	33	<0.0001	20	29	<0.0001	17	30	0.02	20	29	<0.0001
Gångförmåga												
<100m (%)	19	19	ns	25	18	0.005	23	24	ns	21	15	ns
> 1 km (%)	41	48		31	32		47	49		41	42	

Diskussion

Analysen av data rörande spinal stenosis och segmentell smärta i ländryggen visar att det finns tydliga könsskillnader. Medan operation för ländryggsdiskbräck är vanligare hos män (55%) är operation för spinal stenosis och segmentell smärta vanligare hos kvinnor (55%). Däremot är mönstret likartat för alla tre diagnoserna: Kvinnorna hade preoperativt sämre livskvalitet, högre smärtintensitet och sämre fysisk funktion. Till skillnad från diskbräcksgruppen tycktes kvinnorna erfar en större smärtlindring och en större livskvalitetsförbättring än männen. På grund av det sämre utgångsläget blev emellertid slutresultatet inte bättre än hos männen.

Analysen av resultaten av operation för spinal stenosis tyder på att om man kombinerar dekompression med fusion reduceras ryggsmärtan möjligen bättre än om bara dekompression utförs oberoende av om kotglidning förekommer eller ej. Resultaten får dock tolkas med stor försiktighet, eftersom andra faktorer kan ha styrt valet av operationsmetod. De påvisade skillnaderna får mer betraktas som en hypotes, som bör vetenskapligt utvärderas. Detta har också lett till att en nationell randomiserad multicenterstudie har initierats under det gångna året.

Avslutning

Traditionsenligt kan vi konstatera att antalet registrerade patienter för föregående år ännu en gång har ökat, 2006 registrerades 4 559 patienter jämfört med 3 908 under år 2005. Resultatskillnaderna relaterat till diagnos är små och spridningsmått minskande, sannolikt beroende på att totalantalet patienter stegvis ökar.

Den goda effekten av ländryggskirurgi på hälsorelaterad livskvalitet är bestående och har ju nu dokumenterats i många prospektiva studier. De uppföljningsparametrar som nationella ryggregistret använder är de vanligast förekommande i de flesta större prospektiva studier i ämnet som presenterats de senaste åren. Eftersom funktionsinskränkning, disability, endast mätts de senaste åren i registret (genom Oswestry Disability Index) är detta första året vi kan presentera siffror angående pre- och 1 år postoperativ ODI. Dessa substantierar den goda effekten av ländryggskirurgi, här avläst som funktionsförbättring.

Analysarbetet påvisade föregående år att kvinnor preoperativt inför diskbråckskirurgi har avsevärt mycket större problem, såväl smärtemässigt som livskvalitetsmässigt, än män och att de subjektiva resultaten 1 år postoperativt också är sämre för kvinnor. Av detta skäl har vi i år gått vidare och studerat könsrelaterade faktorer avseende spinal stenos och segmentell smärta. Dessa båda åkommor opereras i större omfattning hos kvinnor än hos män, 55 jämfört med 45% medan siffrorna för diskbråck är de omvända. Liksom hos diskbråckspatienterna har kvinnorna med spinal stenos och segmentell smärta mer uttalad smärta, sämre livskvalitet och sämre fysisk funktion än män men förbättras i hög omfattning både avseende smärta och livskvalitet postoperativt. Ett år efter stenosoperationen är ca 2/3 av båda könen nöjda med operationen medan kvinnor fortfarande skattar något högre ryggsmärta (VAS) och sämre livskvalitet (EQ-5D). I gruppen opererade för segmentell smärta ses en likartad trend men här är kvinnor i något högre omfattning nöjda med operationsresultatet än män. Detta betingas sannolikt av att såväl ben- som ryggsmärta i signifikant högre omfattning förbättras för kvinnorna än för männen. Slutresultaten av dessa kirurgiska ingrepp är multifaktoriellt bestämda och ytterligare analysarbete krävs, den aktuella analysen är sedd ur genusperspektiv men visar potentialen med registrering av stora patientmaterial av den typ som ryggregistret presterar.

Spinal stenos med och utan spondylolistes föranleder oftare fusionsingrepp i kombination med dekompression hos kvinnor än hos män, relaterat till det faktum att olistes är vanligare hos kvinnor. Vid analys av materialet ses en mera uttalad reduktion av ryggsmärtan hos fusionerade patienter. Detta är en intressant iakttagelse som motiverar fortsatta studier. Den aktuella jämförelsen rör ju inte randomiserade patienter utan andra selektionsfaktorer kan också spela in när det gäller om man beslutar att kombinera dekompression med fusion eller ej.

Avslutningsvis vill vi tacka alla som engagerat arbetar med registret, kollegor inom ryggkirurgin, kontaktsekreterare och övrig personal. Likaså uppskattas alla synpunkter på de nya protokollen som täcker övrig kirurgi i ländryggen samt bröst- och halsrygg. Det ekonomiska stödet från socialstyrelsen uppskattas.