

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Espen Amundsen, (esbam), Överläkare

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-11

Giltig till: 2027-12-11

MR-undersökning vid akuta tillstånd som involverar ryggkotpelaren

Revidering i denna version

Ingen revidering i denna version, giltighetstiden förlängd.

Bakgrund

Bedömning av akuta ryggåkommor är erkänt svårt då symptombilden är varierande och underliggande nervpåverkan många gånger svårvärderad. Behov finns efter Lex Maria ärende (Dnr: 8.2-13003/2014) av riktlinje som stöd i ställningstagandet till MR-undersökning vid akuta ryggåkommor.

Syfte

Tydliggöra när magnetkameraundersökning bör komplettera den kliniska undersökningen vid akuta ryggåkommor.

Vilka berörs

Ortopedkliniken

Åtgärder

MR används i akutsituationen för att diagnostisera patologi i mjukdelarna.

- (1) Vid trauma för att (a) påvisa ligamentär instabilitet, och (b) påvisa nervkompression
- (2) För att diagnostisera tumörpåverkan och infektion
- (3) För att påvisa behandlingsbar nervpåverkan där degenerativa tillstånd i kotpelaren inverkar, av akut karaktär.

Ställningstagande till MR-undersökning föregås alltid av noggrann anamnes och kliniskt status med nivådiagnostik.

Alla som tjänstgör i akutledet ska vara kompetenta att genomföra neurologiskt status med nivådiagnostik eller ha tillgång till handledning. Skillnaden mellan perifer och central påverkan ska vara känd. Likaså skillnaden mellan rotpåverkan och cauda/ medullarpåverkan.

Klassifikation av neurologisk påverkan:

- 1 intakt
- 2 rotpåverkan
- 3 komplett medullärt bortfall
- 4 inkomplett medullärt bortfall
- 5 komplett cauda equina-påverkan
- 6 inkomplett cauda equina-påverkan

Atraumatisk

Akut MR-undersökning (snarast) är påkallad vid progredierande neurologisk påverkan utan trauma, där anamnesen är kort (timmar-något dygn) med neurologiskt status indikerande partiell påverkan (4) eller (6). Vid komplett bortfall (3,5) är prognosen sämre, men akut undersökning får övervägas vid snabb progress.

- Kontakta AÖL dagtid och mellanjour alt bakjour jourtid för kännedom.
- Skriv akut MR-remiss (se separat rutin)
- Kontakta ryggbakjour (nås via växeln)

Behandlingsbara akuta åkommor är diskbräck, spinal blödning, abscess, tumör/metastas, fraktur.

Subakut MR-undersökning (dagtid) är påkallad vid; längre anamnes (dagar), oklarheter i anamnes och status, misstanke på aggravering samt vid tecken på komplett bortfall som stått mer än 24 timmar.

- Sätt KAD
- Kontakta AÖL dagtid, mellanjour alt bakjourring jourtid.
- Skriv subakut MR-remiss
- Kontakta ryggbakjour dagtid (nås via växeln)

Behandlingsbara subakuta åkommor; diskbräck, spinal stenosis, tumör/metastas, spondylodiskit/abscess, fraktur.

Traumatisk

Vid trauma görs MR:

- om det föreligger neurologisk påverkan utan att CT visat fraktur eller felställning, d.v.s. misstanke på ex vis blödning eller traumatisk diskruptur med nervkompression (oftast halsrygg). Rådgör med ryggbakjour.
- om CT visar misstanke på ligamentär skada görs MR planerat inför mobilisering

Vid trauma görs MR inte:

- vid multitrauma med spinal fraktur och eventuell dislokation, där patienten har partiell eller komplett neurologisk påverkan, handläggs patienten primärt av kirurgklinik/IVA

enligt ATLS-konceptet. Förutom trauma-CT är MR rygg oftast inte aktuell i akutskedet vid skador i flera organsystem. Patientens skador behandlas i prioriteringsordning och övriga skador avgör när vidare utredning/MRT och ryggkirurgi blir aktuell. Under tiden temporär frakturstabilisering, ex vis ortos, planläge, blockvändning. Kontakta alltid ryggbakjour, även jourtid, för planering. Noggrant och gärna upprepat neurologiskt status är värdefullt, även då patienten ofta hålls sederad/intuberad. Man får väcka patienten tillfälligt för att upprepa neurologstatus om man bedömer att indikation finns.

Obs! Patienter med fraktur och neurologisk skada är **regionspecialistfall**. För att säkerställa optimal behandling ska dessa aldrig skötas på ortopedavdelning, vare sig före eller efter kirurgisk stabilisering. På regionsjukhus är neurologkliniken ansvarig, respektive rehab kliniken, beroende på lokala uppgörelser.

- vid fraktur utan neurologisk påverkan stabilisera (sänkläge/sänkläge + krage beroende på frakturlokalisering). Ring ryggbakjour dagtid. Tag bort spineboard och byt akutkrage. Ordinera log-roll och KAD. Dessa patienter kan vara ortopediska, men ska alltid värderas enligt lokalt traumaomhändertagande. Ryggfrakturen opereras/mobiliseras när patienten för övrigt är stabil och överförs från traumaenhet till ortopedavdelning i samband med detta.

Tumör

Vid nydebuterad ryggvärk med/utan neurologisk påverkan och malign tumörsjukdom i anamnesen, ska alltid en MRT helrygg göras (alt CT om MRT är kontraindicerad). Graden av neurologi avgör hur skyndsamt undersökningen ska göras. Många maligna sjukdomar debuterar med symtom på ryggvärk med/utan neurologisk påverkan. Var därför frikostig med MRT rygg/helrygg vid nydebuterad ryggsmärta/nattlig ryggvärk/B-symtom med/utan neurologi även hos tidigare frisk/ryggfrisk person. Primärtumörer i kotskelettet är mycket ovanliga, neurotumörer betydligt vanligare. Om nyupptäckt tumörsjukdom utan behov av akuta åtgärder, remiss CUP för vidare utredning. Gärna kontakt med ryggbakjour om osäkerhet kring vidare åtgärder – akut inläggning och utredning alt pol klin handläggning.

Infektion

Spondylodiskit behandlas av kollegorna på infektionskliniken. Ryggbakjouren fungerar som konsult och ska kontaktas vid terapivikt, progredierande ryggsmärta/instabilitet/felställning eller neurologisk påverkan. Upprepat status(dagligen) bör göras, särskilt vid allmänpåverkad patient. Neurologisk påverkan kan progrediera utan att patienten kan meddela sig. Upprepade MRT-undersökningar av ryggen kan vara av värde i det initiala förloppet. CT-ledd punktion för odling görs av radiolog, antingen lokalt eller via embolilab på SU. Remiss för detta ombesörjs av infektionsläkare.

Spinala abscesser med nervpåverkan handläggs via neurokirurgjouren, SU

Övrigt

Ibland ser vi udda och ovanliga åkommor. Oftast som oväntade fynd vid utredning. Neurologisk undersökning med nivådiagnostik är central. Vid motorisk svaghet utan rizopati, överväg neuromuskulär sjuka. Vid akut debut, ex vis spinalis anterior syndrom. Behandlas och utreds inte av ortoped, kontakt med neurolog.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Espen Amundsen, (espam), Överläkare

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10097-1520354460-135

Version: 5.0

Giltig från: 2025-12-11

Giltig till: 2027-12-11