



DaneSpine Landsdækkende
rygkirurgisk database

Rygkirurgi

Årsrapport 2015

PROM*-styret rygkirurgi

Dansk Rygkirurgisk Selskab
Mikkel Andersen, Martin Gehrchen og Søren Eiskjær

Sekretariat for DaneSpine
Karen Højmark og Marianne Dyrby Lorenzen

* PROM = Patient Reported Outcome Measures

Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	3
DaneSpine.....	4
Lænderygskirurgi.....	5
Diagnoserelaterede data	8
Lumbal spinalstenose	8
Lumbal spinalstenose med degenerativ olisthese (ledskred)	12
Lumbal diskusprolaps.....	14
Cervikal kirurgi.....	18
Diagnoserelaterede data	20
Cervikal diskusprolaps.....	20
Cervikal spinalstenose	21
Fremtidige udfordringer	22
Referencer	23

Introduktion

Smerter i det aksiale skelet har, gennem flere årtier, været massivt tilstede hos befolkningen i Danmark. Omkostningerne, for den enkelte patient og for samfundet, er derfor høje. I Danmark, og på verdensplan, er det nu hyppigste årsag til dårlig livskvalitet. Forbedring af livskvalitet er derfor et helt essentielt mål for behandlingen af patienter med ryglidelser.

Som indikator for i hvor høj grad dette mål opfyldes, kan anvendes patientrapporterede oplysninger (PROM). Disse er oplysninger, som kommer direkte fra patienten, om patientens sundhedstilstand uden tilføjelse eller fortolkning af patientens svar af en kliniker eller andre. PROM er dermed patientens egen vurdering af sit behandlingsforløb, herunder symptomer og funktionsniveau.

Som en af de få kliniske forskningsdatabaser i Danmark har DaneSpine opsamlet selvrapporteret patientdata gennem en årrække.

PROM data har gennem den senere tid fået politisk bevågenhed både på nationalt og regionalt niveau. Senest har Region Syddanmark udviklet et nyt styringsparadigme for ryggkirurgien i regionen (<http://www.regionsyddanmark.dk/wm478914#punktnavn6>), hvor honoreringen af behandlingen hæftes op på kvalitet i stedet for kvantitet. Tanken bag dette kan man kun hilse med glæde. Det er dog ikke uproblematisk at man fra politisk/administrativ side vil benytte forsknings/kvalitetssikrings data til økonomisk styring af den ryggkirurgiske aktivitet. Den primære bekymring er, at der er fare for, at man forholder nogle patienter fra smertelindrende behandling, hvis man som kirurg skønner, at den perioperative risiko er forhøjet – f.eks. ved reoperationer.

Ydermere er der juridiske problemer, da der ikke kan udleveres data fra en forskningsdatabase til regionerne med henblik på økonomisk styring af den kirurgiske aktivitet. DAMD (Dansk Almen Medicinsk Database) sagen illustrerede dette til overflod.

Sundhedsstyrelsen har i hhv. i år 2015 og 2016 udgivet 2 nationale kliniske retningslinjer inden for rygområdet:

- "National Klinisk Retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopstået rodpåvirkning i nakken med udstrålende symptomer til armen (cervikal radikulopati)".
- "National Klinisk Retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati)".

Baggrunden for dette arbejde er betinget af aftalen om regionernes økonomi for år 2013, hvor det fremgår, at disse retningslinjer skal sikre en løbende prioritering på sundhedsområdet med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene.

I begge retningslinjer gives der anbefalinger til behandlingstiltag til trods for, at der ikke er fundet evidens eller kun svag evidens for, at effekten af ikke-kirurgisk behandling er spontanforløbet overlegen. Set i lyset af der årligt bruges milliarder til ikke-kirurgisk behandling af ryglidelser i Danmark (2), er det tankevækkende, at der ikke sker systematisk dataopsamling af behandlingseffekten.

Gennem de sidste par år er der blevet arbejdet på, at oversætte DaneSpine til dansk samt få digitaliseret indberetningsmodulet. Efter flere forsøg ser det endeligt ud til at lykkes i løbet af år 2016. Konverteringen af data til en ny platform sker sidst på foråret. I den første periode opsamles data fortsat manuelt, hvor selve databasen og rapporteringsmodulet testes for fejl. Henover sommeren planlægges digitalisering af selve dataopsamlingen.

DaneSpine sekretariatet bistår i overgangsperioden med hjælp og fejlretning. Det er forhåbningen, at den nye database vil lette opsamlingen af data samt øge graden af patientopfølgning. Kun gennem bedre follow-up, kan vi som faggruppe blive bedre til at optimere patientbehandlingen.

DaneSpine

DaneSpine opsamler patientoplyste præoperative data, kirurgindberettede operative data samt patientoplyste data henholdsvis 1, 2, 5 samt 10 år postoperativt. Patienterne indberetter 'Basis demografiske oplysninger' samt følgende PROM (patientrapporterede oplysninger):

- VAS - ryg- og bensmerter
- EQ-5D
- SF-36
- Oswestry Disability Questionnaire

VAS Ben/Ryg

Visuel Analog Score. Et mål for smerter på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er ingen smerter og 100 er værst tænkelige smerter.

EQ-5D

EQ-5D (EuroQol) er et spørgeskema, der viser helbredsrelateret livskvalitet. Det består af 5 spørgsmål (bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag samt angst/depression), hvor der til hvert spørgsmål er 3 svarmuligheder. Dette giver en samlet score fra 0 til 1, hvor 0 svarer til svær sygdom, og 1 til at man er rask. En bedring på 0,12 anses for klinisk relevant.

SF-36

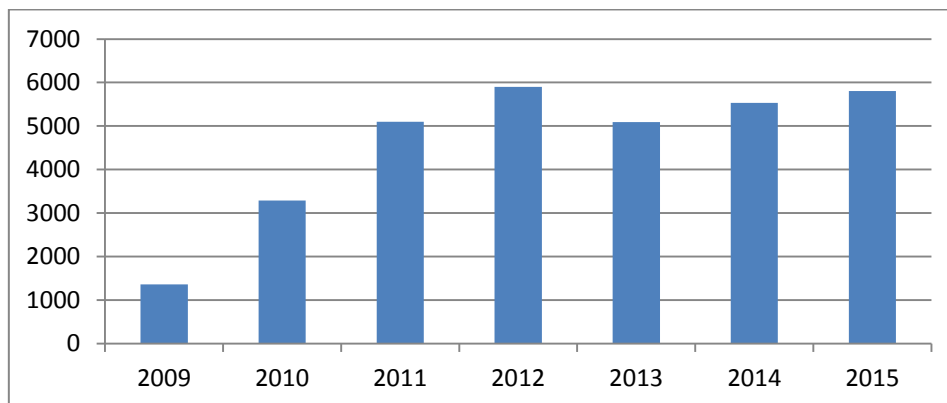
SF-36 er et multifunktionelt spørgeskema, der består af 36 spørgsmål, der tilsammen giver et udtryk for patienternes fysiske og mentale helbred. Spørgsmålene samles til 8 skalaer (PF Physical Functioning, RP Role-Physical, BP Bodily Pain, GH General Health, VT Vitality, SF Social Functioning, RE Role-Emotional samt MH Mental Health), hvor der indgår elementer fra 2-10 spørgsmål. Fra de 4 første skalaer genereres Physical Component Score (PCS), som er et mål for fysisk helbred. Tilsvarende genereres Mental Component Score (MCS) af de øvrige skalaer. Alle skalaerne har værdier fra 0 til 100, hvor 100 er helt rask. En ændring over tid for kroniske smertepatienter er beskrevet som klinisk meningsfuld, hvis ændringen udgør 5 point for underskalaerne og 2 point for de opsummerende skalaer.

ODI

Oswestry Disability Index er et spørgeskema specifikt designet til at vurdere funktionsnedsættelse forårsaget af lændesmerter. Det består af 10 spørgsmålskategorier (smerter, personlig pleje, løft, gangdistance, siddeevne/funktion, standfunktion, søvnbesvær, seksualfunktion, socialt liv samt evne til at rejse), hvor der kan scores 0 - 5 point. Der genereres en sumscore fra 0 -100, hvor en score under 20 indikerer ingen eller få rygggener, og en score over 80 indikerer invaliditet betinget af rygsmerter. Ændringen af ODI-score skal minimum være på 15 point, for at være klinisk relevant.

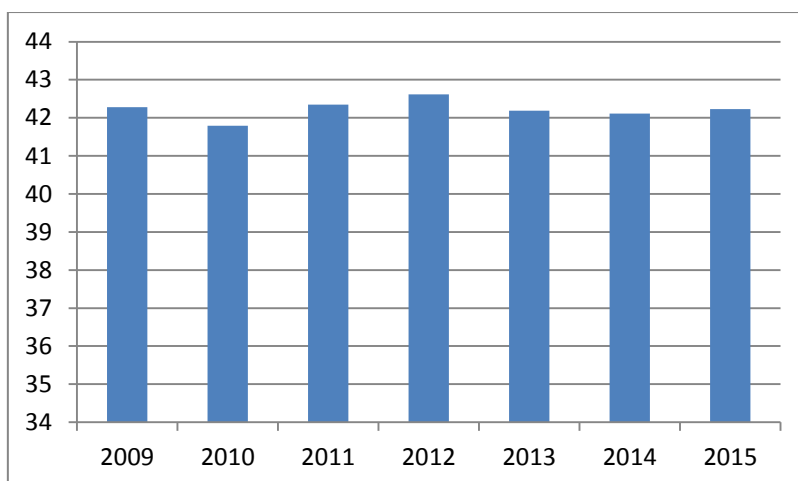
Lænderygskirurgi

I perioden år 2009 til 2015 blev der registret 32.074 lænderygsoperationer i den nationale rygkirurgiske database DaneSpine. Gennem de sidste 5 år har antallet af registrerede lumbale operationer svinget mellem 5.000 og 6.000 operationer pr år.(tabel 1).



Tabel 1: Antal registrerede lænderygsoperationer / år opereret i Danmark.

Indikationen for kirurgisk intervention synes ikke at ændre sig med det let svingende antal operationer over tid. I tabel 2 ses, at den præoperative ODI for samtlige registrerede lumbale operationer, i årene 2009-2015, ligger stabilt omkring 42. Dette betyder, at patienterne angiver, at de forud for operationen er 42 % syge/hæmmede på grund af ryggen.



Tabel 2: Præoperativ Oswestry Disability Index / år.

Diagnosefordelingen fremgår af tabel 3. Ca. 85 % af kirurgien udgør dekompressionskirurgi enten på baggrund af spinalstenose med eller uden olisthese eller lumbale prolaps. Sammenlignes case mixet fra år 2015, er der ikke sket større forskydninger fra tidligere.

Diagnosefordeling år 2009-2015				
	Antal 2015	Procent 2015	Antal 2009-2015	Procent 2009-2015
Total	5.807	100,0	32.074	100,0
Spinal stenose	2.450	42,2	12.852	40,1
Diskusprolaps	1.975	34,0	10.744	33,5
Segmentær smerte	420	7,2	3.162	9,9
Central stenose med deg. olisthese	484	9,5	2.642	8,2
Spondylolistese	242	4,2	1.320	4,1
Anden diagnose	185	3,2	1.017	3,2
Postoperativ instabilitet	51	0,9	337	1,1

Tabel 3: Diagnosefordelingen af lumbale operationer

Der findes præoperative data på 24.274 patienter svarende til 75,7 %, dette er uændret fra tidligere. Generelt er det på de store offentlige universitetsklinikker det kniber med at få indhentet data (tabel 4).

Registrerede lumbale operationer i DaneSpine år 2009 til 2015			
Klinik	Antal op	Præop	Præop %
Totalt	32.074	24.274	75,7
Rygkirurgisk Center, Middelfart	5.580	5.535	99,2
Viden Center for Rygsygdomme	5.164	2.862	55,4
CFR-Hospitaler	4.530	3.551	78,4
Køge	3.042	2.502	82,2
Friklinikken Give	2.473	2.152	87,0
Aleris Hamlet	2.423	1.931	79,7
Silkeborg	2.631	1.721	65,4
Viborg	912	662	72,6
Ortopædkirurgisk afdeling Ålborg	791	405	51,2
Privathospitalet Kollund	643	438	68,1
Ortopædkirurgisk afdeling, Århus	703	455	64,7
Mølholm	751	680	90,5
Hørsholm Hospital	334	206	61,7
Rigshospitalet	399	194	48,6
Neurokirurgisk afdeling, Århus	476	228	47,9
Neurokirurgisk afdeling, OUH	392	257	65,6
Ortopædkirurgisk afdeling, OUH	261	206	78,9
Ortopædisk Privathospital, Århus	358	187	52,2
Neurokirurgisk afdeling, Ålborg	3	3	100,0
Andre	208	99	47,6

Tabel 4: Præoperative data lumbalt år 2009 til 2015.

Opfølgingsdata henholdsvis 1 og 2 år postoperativt ses i tabel 5. Som det fremgår, er der meget stor variation i opfølgingsfrekvenserne fra matrikel til matrikel.

Opfølgingsfrekvens efter 1 år lumbalt 2009 til 2014						
Opfølgingsfrekvens efter 2 år lumbalt 2009 til 2013						
Klinik	Antal op	1 år	1 år %	Antal op	2 år	2 år %
Totalt	26.267	11.943	45	20.732	7.424	36
Rygkirurgisk Center, Middelfart	4.422	3.678	83	3.351	2.494	74
CFR-Hospitaler	4.012	846	21	3.584	1.229	34
Viden Center for Rygsygdomme	3.864	283	7	2.606	10	0
Friklinikken Give	2.434	1.414	58	2.230	901	40
Køge	2.564	1.624	63	2.039	1.003	49
Aleris Hamlet	2.217	952	43	1.929	130	7
Silkeborg	2.083	1.070	51	1.512	787	52
Viborg	913	499	55	755	0	0
Privathospitalet Kollund	589	270	46	525	273	52
Ortopædkirurgisk afdeling Ålborg	629	217	34	487	7	1
Ortopædkirurgisk afdeling, Århus	569	226	40	443	100	23
Neurokirurgisk afdeling, Århus	265	83	31	1	0	0
Mølholm	601	315	52	397	186	47
Rigshospitalet	353	168	48	305	117	38
Neurokirurgisk afdeling, OUH	171	0	0	115	0	0
Ortopædisk Privathospital, Århus	94	0	0	94	0	0
Ortopædkirurgisk afdeling, OUH	117	54	46	9	0	0
Andre (Hørsholm etc)	370	244	66	350	187	53

Tabel 5: Opfølgingsfrekvens efter 1 og 2 år lumbalt år 2009 til 2015. Matrikler.

Det er ikke kun på matrikelniveau der er forskel på graden af data opsamling - Region Sjælland og Region Syddanmark skiller sig positivt ud (tabel 6).

Region	Antal pt 2009-13	Præop	1 år follow-up	2 år follow-up
Hovedstaden	8.770	6.161 (70 %)	2.297 (26 %)	1.673 (19 %)
Sjælland	2.039	1.634 (80 %)	1.253 (61 %)	1.003 (49 %)
Syddanmark	6.627	6.085 (92 %)	4.529 (68 %)	3.854 (58 %)
Midt	2.805	1.852 (66 %)	1.193 (43 %)	887 (32 %)
Nord	487	309 (63 %)	197 (40 %)	7 (1 %)

Tabel 6: Opfølgingsfrekvens efter 1 og 2 år lumbalt år 2009 til 2015. Regioner.

Den totale opfølgingsfrekvens har desværre ikke ændret sig de sidste par år. Middelfart er den eneste matrikel, der formår at hente data hjem på mere end 80 % af patienterne 1 år postoperativt. Videncenter for Rygsygdomme i Glostrup markerer sig derimod i den anden ende af skalaen med alt for ringe follow-up, især set i lyset af det store volumen de opererer.

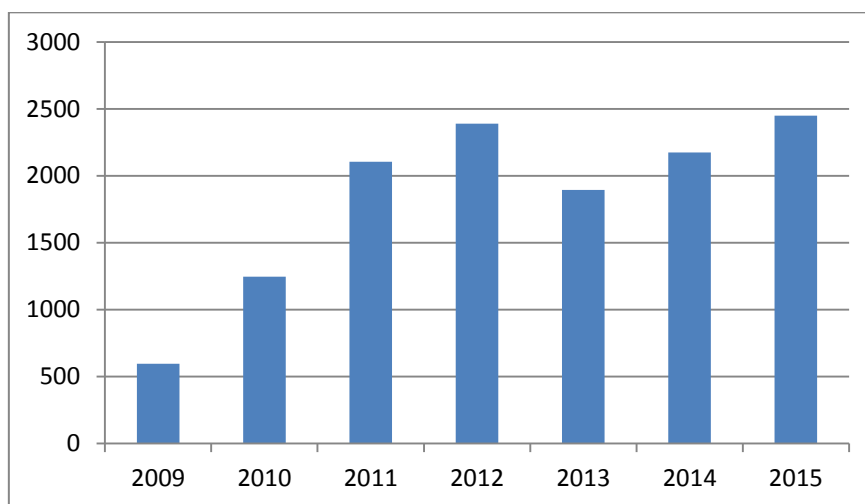
Diagnoserelaterede data

Lumbal spinalstenose

Spinalstenose – forsnævring af rygmarskanalen - er et klinisk syndrom bestående af smerter i lænd og balder samt reduceret gangdistance forårsaget af nedsat plads i rygmarskanalen. Årsagen er hyppigst sekundær til degenerative forandringer, der resulterer i hypertrofi af facitled og ligamenter.

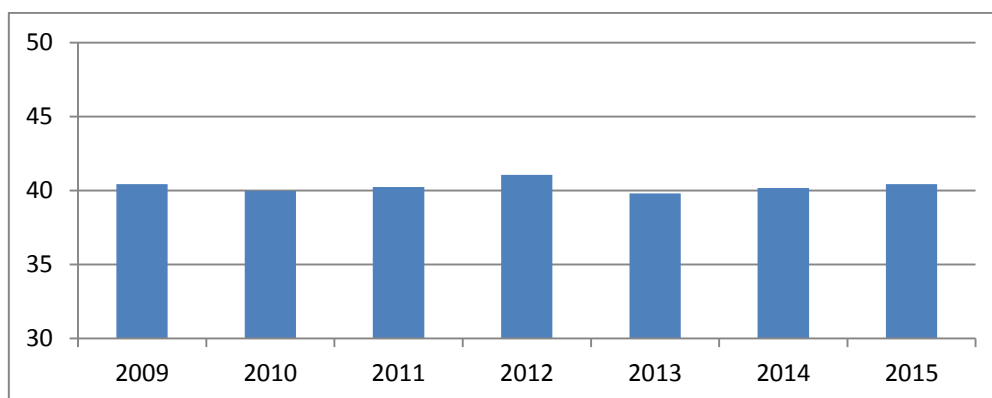
Der er i litteraturen ikke påvist blivende effekt af ikke-operativ behandling af spinalstenose. Den primære indikation, for at operere patienter med spinal stenose, er at bedre patienternes gangfunktion. Gangfunktionen er en vigtig prognostisk indikator for ældre borgers evne til at forblive selvhjulpne.

I takt med den demografiske drift, hvor flere og flere bliver gamle, samtidigt med, at de ældre forventer mere og mere af deres alderdom, er forventningen, at antallet af indgreb for spinalstenose vil stige de kommende år. Gennem de sidste 5 år har antallet af registrerede operationer for central og reces stenose ligget mellem 2.000 og 2.500 indgreb årligt, fraset i år 2013 hvor antallet af operationer faldt på baggrund af strukturændringer inden for ryggkirurgien i Region Hovedstaden (tabel 7).



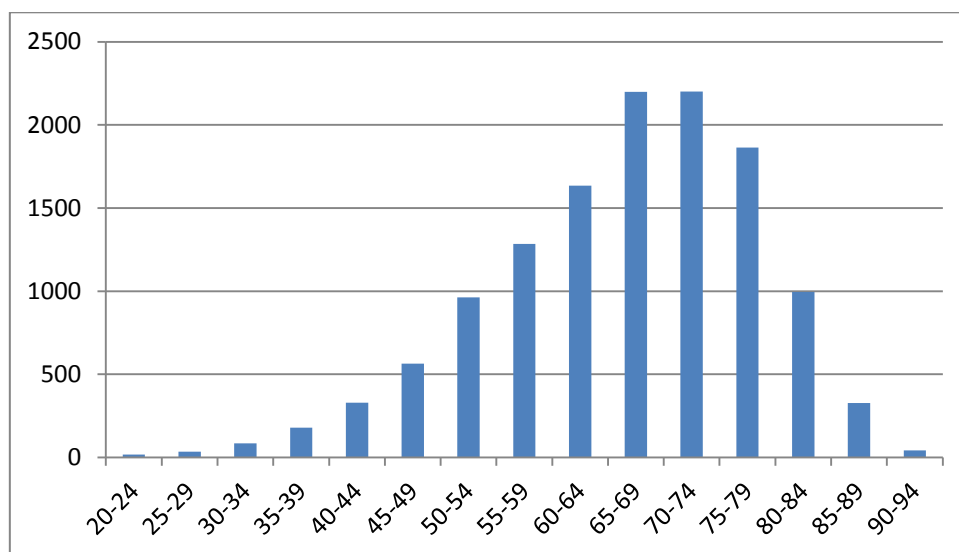
Tabel 7: Antal patienter opereret for spinalstenose i perioden år 2009-2015.

Man kan frygte at der sker et indikationsskred med stigende kirurgisk aktivitet. I tabel 8 ses, at den patientrapporterede præoperative ODI, for samtlige registrerede spinalstenose operationer, i årene 2009-2015, ligger stabilt omkring 40.



Tabel 8: Patientrapporteret præoperativ ODI i perioden år 2009-2015.

Patienterne tilhører på operationstidspunktet det ældre segment af befolkningen. Som det fremgår af tabel 9 er 70 % af patienterne over 60 år på operationstidspunktet. Kønsfordelingen mænd/kvinder udgør 49/51 %.



Tabel 9: Aldersfordeling hos patienter opereret for central spinalstenose i perioden år 2009-2015.

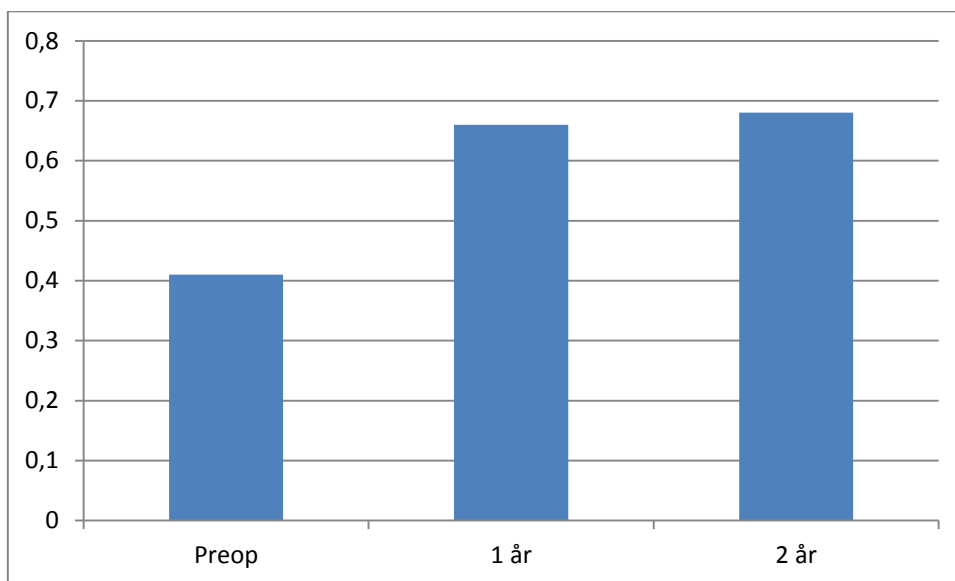
Præ- og postoperative data central spinalstenose

Patenternes selvrappede smerter samt helbredstilstand før og efter operation for spinalstenose fremgår af tabel 10.

	Præ op	Post op 1 år	Post op 2 år	Dif Præ/1 år
	Mean/SE	Mean/SE	Mean/SE	Dif/p=
Vas Ben	48,50/0,350	30,10/0,450	30,80/0,580	18,40/< 0,00
Vas Ryg	44,20/0,750	28,90/0,430	29,60/0,550	15,30/<0,00
EQ-5D	0,41/0,004	0,66/0,004	0,68/0,005	0,25/<0,00
ODI	40,32/0,160	24,34/0,260	24,26/0,340	15,98/<0,00
SF-MCS	28,90/0,090	36,80/0,170	37,10/0,210	7,90/<0,00
SF-PCS	49,20/0,140	46,17/0,180	46,60/0,220	3,03/<0,00
Antal pt	9.938	5.007 (50 %)	3.047 (29 %)	

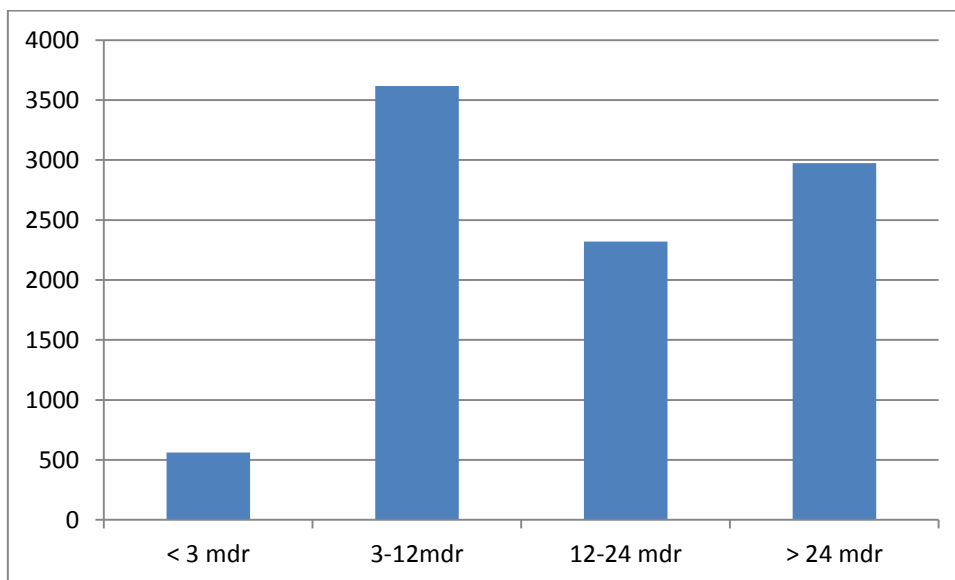
Tabel 10: Data på spinalstenose opererede patienter indsamlet i perioden år 2009 til 2015.

Patienterne bedres både klinisk relevant og statistisk signifikant på alle målte parametre (tabel 11). Hovedparten af patienterne fik foretaget en isoleret dekompression, enten konventionelt eller mikroskopisk.



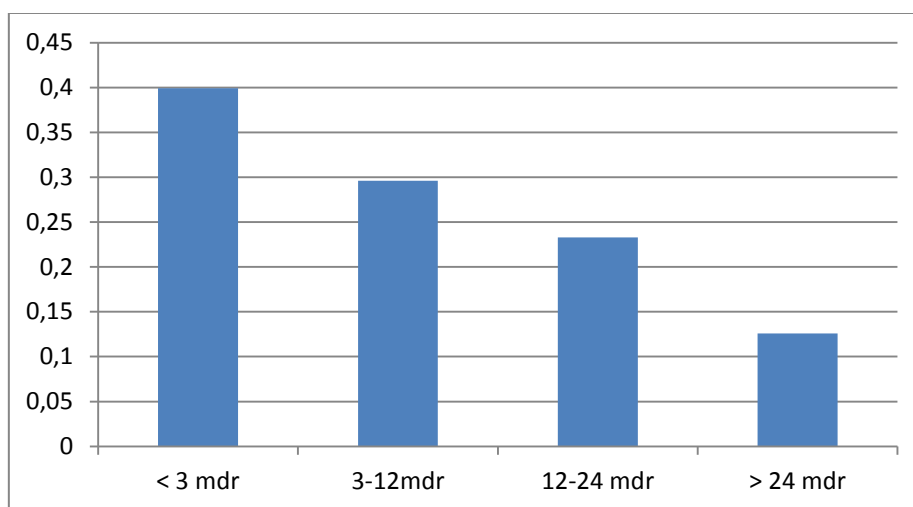
Tabel 11: Ændring i EQ-5D præ, 1 og 2 år postoperativt opereret i perioden år 2009-2015.

Varigheden af patienternes bensmerter symptomer fremgår af tabel 12. Hovedparten af patienterne har gener i mere end 12 måneder, og over 30 % af patienterne har smerter i mere end 2 år forud for operation.



Tabel 12: Antal patienter/længde af anamnese for patienter med spinalstenose opereret i perioden år 2009-2015.

Længden af anamnesen er ikke uden betydning, som det fremgår af tabel 13. Patienter med kort anamnese får højere udbytte af operationen. Årsagen til dette skal ikke findes i patienternes status præoperativt, patienter med under 3 måneders anamnese har dårligst selvrapporeret helbred forud for operationen.



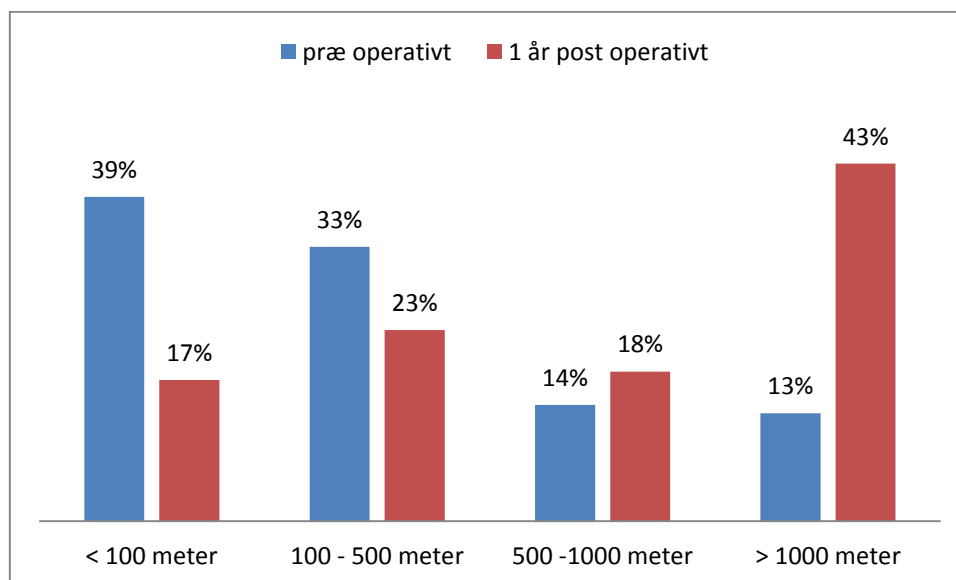
Tabel 13: Bedring i EQ-5D set i forhold til anamneselængde hos patienter opereret for spinalstenose i perioden år 2009-2015.

Reduceret gangdistance er en meget vigtig indikator for, om man kan forblive selvhjulpel.

En af de vigtigste indikationer for operation, af patienter med spinalstenose, er reduceret gangdistance.

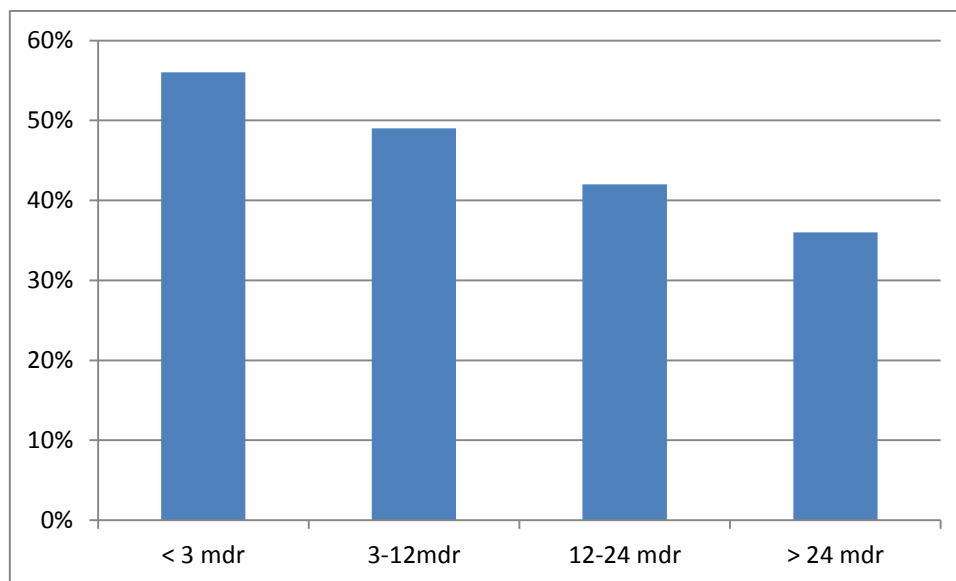
Selvrapporeret angiver 39 % af patienterne, at deres gangdistance er under 100 meter forud for operationen.

Denne andel falder til 17 % 1 år efter operationen. Andelen af patienter, der kan gå mere end 1.000 meter, stiger fra 13 % til 43 % (tabel 14).



Tabel 14: Selvrapporeret gangdistance før og efter operation. Baseret på 9.946 patienter opereret med dekompression i perioden år 2009-2015.

Længden af anamnesen påvirker ligeledes andelen af patienter, der kan gå mere end 1.000 meter. Blandt de patienter med kort anamnese kunne 56 % af patienterne gå mere end 1.000 meter 1 år efter operationen – denne andel falder til 36 % ved anamnese over 24 måneder (tabel 15).

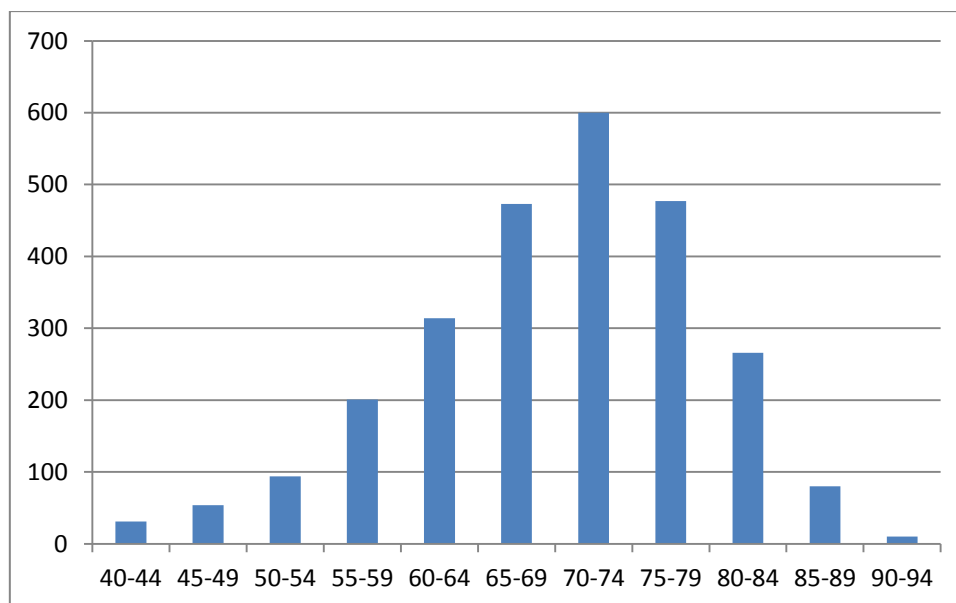


Tabel 15: Andel af patienter med gangdistance > 1.000 meter postoperativt/længden af symptomer i perioden år 2009-2015.

Lumbal spinalstenose med degenerativ olisthese (ledskred)

I perioden år 2009-2015 er der registeret 2.624 patienter opereret for central stenose med degenerativ olisthese. Som det fremgår af tabel 16, er patienterne lidt ældre end patienter, opereret for central stenose uden olisthese. Kvinder udgør i denne gruppe næsten ¾ af patienterne.

Tilsvarende angiver mere end 40 % af patienter, med central stenose, at de maksimalt kunne gå 100 meter forud for operationen.



Tabel 16: Aldersfordeling central stenose med degenerativ olisthese. Data opsamlet år 2009-2015.

Præ- og postoperative data spinalstenose med degenerativ olisthese

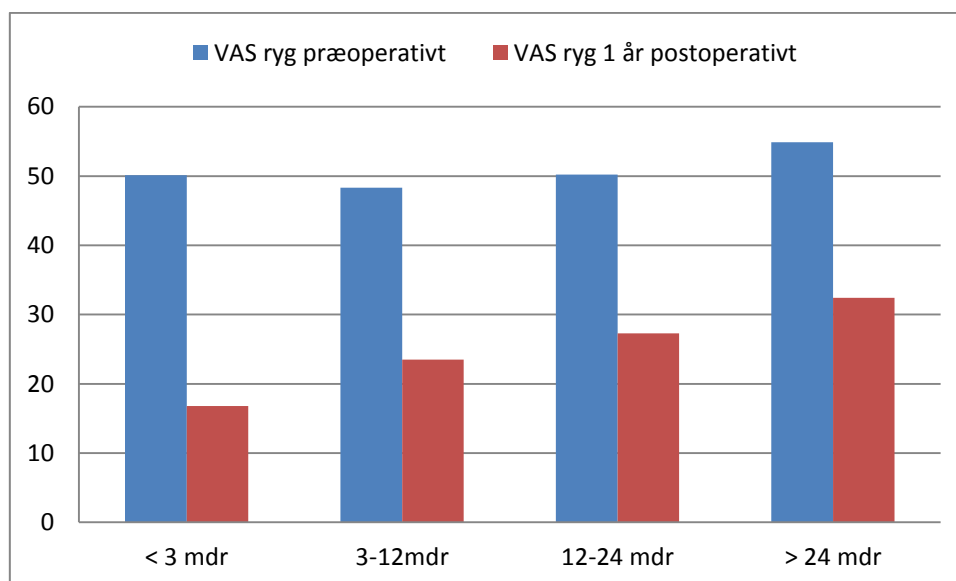
Patienternes selvrapporterede smerter samt helbredstilstand før og efter operation for spinalstenose med degenerativ olisthese fremgår af tabel 17.

	Præ op	Post op 1 år	Post op 2 år	Dif Præ/1 år
	Mean/SE	Mean/SE	Mean/SE	Dif/p=
Vas Ben	54,20/0,70	28,90/0,91	27,60/1,09	25,30/< 0,00
Vas Ryg	50,30/0,70	28,30/0,85	27,40/1,01	22,00/<0,00
EQ-5D	0,40/0,01	0,70/0,01	0,71/0,01	0,30/<0,00
ODI	39,99/0,35	21,77/0,55	20,98/0,63	18,22/<0,00
SF-MCS	28,60/0,19	37,80/0,19	38,30/0,43	9,20/<0,00
SF-PCS	41,10/0,34	46,60/0,37	47,20/0,43	5,50/<0,00
Antal pt	1.973	1.185 (60 %)	768 (39 %)	

Tabel 17: Spinal stenose med degenerativ olisthese år 2009-2015.

Patienterne bedres signifikant samt klinisk relevant på alle målte parametre. Især er det glædeligt, at patienterne på det rygspecifikke spørgeskema ODI nærmest normaliseres.

Patienterne skal oplyses præoperativt, at de ikke skal forvente smertefrihed efter operationen, men en reduktion af selvrapporteret smerte i ryg og ben afhængigt af længden af anamnesen (tabel 18). Patienter med kort anamnese kan forvente 2/3 reduktion af smerterne, hvorimod smerterne kun reduceres med en 1/3 ved anamneselængde over 24 måneder.



Tabel 18: Præ- og postoperativ rygsmerter / længden af anamnese i perioden år 2009-2015.

Konklusion spinalstenose med og uden degenerativolisthese

Patienter med symptombgivende spinalstenose er typisk ældre borgere, der, på baggrund af deres neurogene claudicatio, har reduceret gangdistance og dårlig balance. Der findes desværre ingen dokumenterede ikke-kirurgiske behandlinger med blivende lindring. Det eneste reelle dokumenterede behandlingstilbud er således operation. Spinal dekompression er en relativ lille operation med lav komplikationsfrekvens. Det er meget opløftende, at operationen giver så stor patientrapporteret lindring på alle målte parametre.

I rammerne for regionernes økonomi for 2013 fremgår det, at der skal være en løbende prioritering på sundhedsområdet med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene. Det er derfor tankevækkende, at 60 % af patienterne venter mere end 12 måneder inden operation, da **længden af anamnesen påvirker det operative resultat signifikant**. Patienter med nedsat gangfunktion, på baggrund af spinalstenose, bør således frem til operation inden for en rimelig tidshorisont. Ydermere tilføjer fortsat medicinsk behandling til patienter med spinalstenose ingen værdi hverken til patienten eller samfundet hvis 6 ugers ikke-kirurgiske behandling fejler (3).

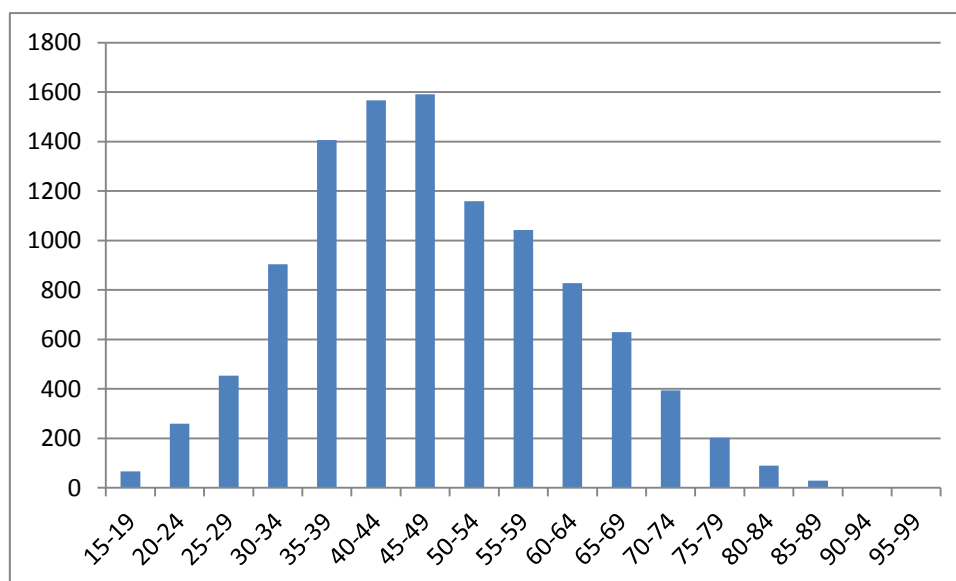
Lumbal diskusprolaps

I perioden år 2009-2015 er der registret 10.746 patienter opereret for lumbal diskusprolaps i Danmark. Der foreligger præoperative data på 8.315 patienter, af disse er 6.388 ikke tidligere opereret i ryggen. Prolapskirurgi udgør omkring 1/3 af den kendte samlede operative produktion på de rygopererende klinikker. Det er en samfundsmæssig vigtig patientgruppe, da patienterne overvejende er i den arbejdsdygtige alder.

Behandlingen af lumbale diskusprolaps er fortsat meget omdiskuteret. Sundhedsstyrelsen har, som nævnt, i januar år 2016 publiceret "National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati)". Tilsvarende er der i en litteraturgennemgang fra Dansk Kiropraktor Forening (8) ikke fundet evidens eller kun svag evidens for, at effekten af ikke-kirurgisk behandling er spontanforløbet overlegen.

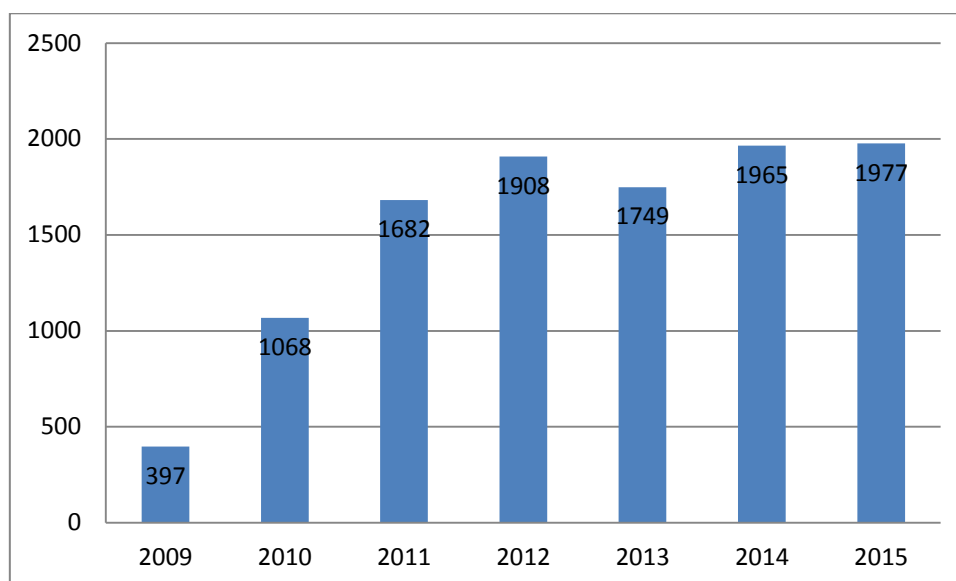
Set i lyset af, at konservativ behandling tilsyneladende ikke påvirker sygdomsforløbet, bør fokus rettes mod det **optimale tidspunkt for operativ intervention**.

Alderen af operativt behandlede prolapspatienter var gennemsnitlig 47 år. Aldersfordelingen fremgår af tabel 19. Kønsfordelingen mænd/kvinder udgør 56/44 %.



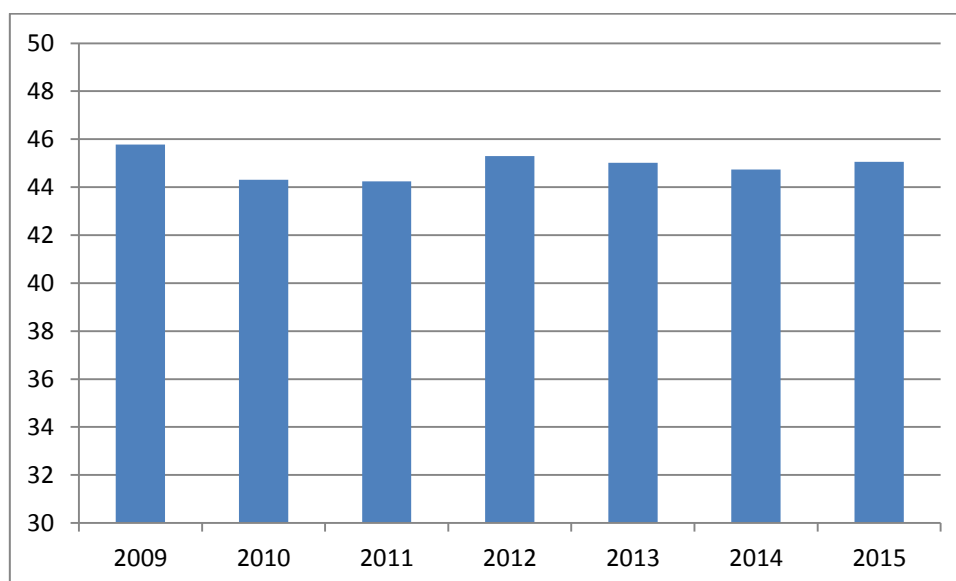
Tabel 19: Aldersfordeling lumbal diskusprolaps, år 2009-2015.

Antallet af patienter registreret opereret for lumbal diskusprolaps har ligget stabilt gennem de sidste 4 år, fraset et mindre fald i 2013, forårsaget af et fald i den rygkirurgiske aktivitet i Region Hovedstaden det år (tabel 20).



Tabel 20: Antal patienter registreret opereret for lumbal diskusprolaps / år i perioden år 2009-2015.

Indikationen for operativ intervention ser ikke ud til at ændre sig over tid. Den præoperative ODI- score har ligget stabilt omkring 45 alle år (tabel 21).



Tabel 21: Præoperativ ODI for patienter opereret for lumbal diskusprolaps/år 2009-2015.

Præ- og postoperative data lumbal diskusprolaps

Patienternes selvrapporterede smerter samt helbredstilstand før og efter operation for lumbal diskusprolaps fremgår af tabel 22.

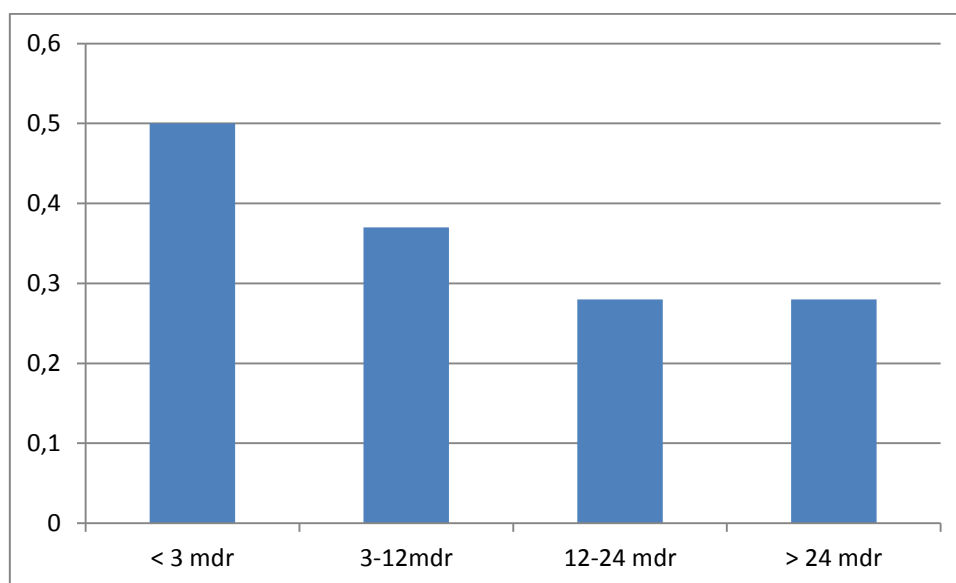
	Præ op	Post op 1 år	Post op 2 år	Dif Præ/1 år
	Mean/SE	Mean/SE	Mean/SE	Dif/p=
Vas Ben	52,30/0,370	23,80/0,500	22,20/0,580	28,50/<0,00
Vas Ryg	42,00/0,350	24,90/0,440	23,00/0,570	17,10/<0,00
EQ-5D	0,33/0,003	0,71/0,004	0,73/0,005	0,38/<0,00
ODI	44,84/0,200	20,27/0,280	19,77/0,350	24,57/<0,00
SF-MCS	29,10/0,090	41,20/0,180	42,00/0,230	12,10/<0,00
SF-PCS	39,90/0,150	48,00/0,190	48,70/0,230	8,10/<0,00
Antal pt	8.315	4.003 (60 %)	2.552 (39 %)	

Tabel 22: Data for lumbal diskusprolaps år 2009-2015.

Patienterne bedres signifikant samt klinisk relevant på alle målte parametre. Patienterne skal dog ikke forvente at blive helt fri af deres ryg- og bensmerter ved en operation. Vælger man at bruge det rygspecifikke spørgeskema (ODI) normaliseres patienterne nærmest.

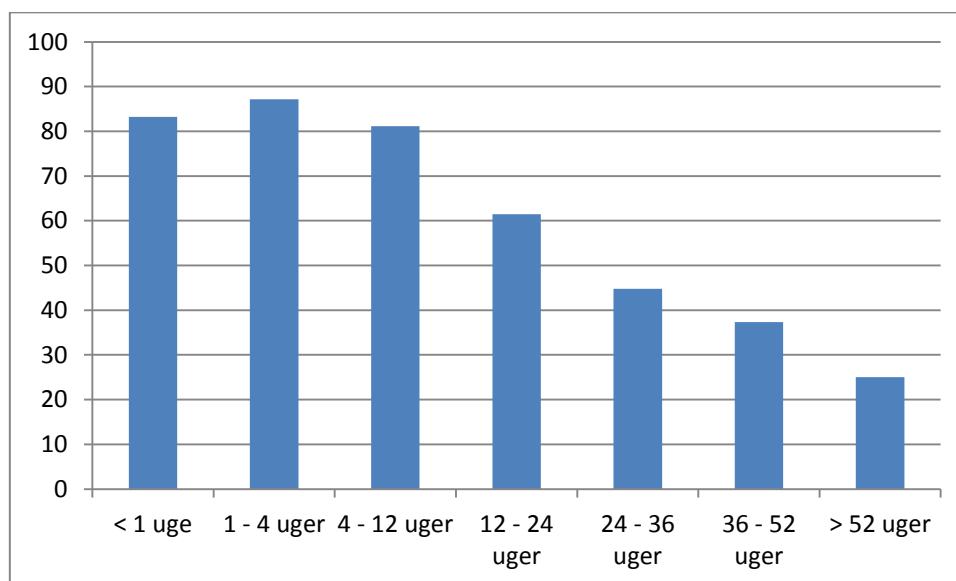
Sammenhæng mellem længden af anamnesen fremgår af tabel 23.

Patienter med kort varighed af symptomerne får bedre udbytte af operationen.



Tabel 23: Bedring i EQ-5D i forhold til længden af symptomer. Patienter med lumbal diskusprolaps år 2009-2015.

Vælger man at se på andelen af patienter, der kommer tilbage i arbejde efter en sygemelding, ser man en sammenhæng mellem længden af sygemeldingen og andelen af patienter i arbejde 1 år efter operationen (tabel 24).



Tabel 24: Andel i arbejde / længden af sygemelding i uger. Diskusprolaps opereret år 2009-2015.

Konklusion lumbal diskusprolaps

De patientrapporterede oplysninger (PROM) tyder på, at en stor gruppe af patienter med lumbal diskusprolaps oplever en betydelig smertelindring samt klinisk relevant øgning i deres daglige funktionsniveau.

Patientrapporterede data fra patienter opereret for lumbal diskusprolaps indikerer, at **det optimale tidspunkt for kirurgisk intervention med lumbal prolaps ligger inden 12 uger fra symptomdebut**, såfremt man ønsker det optimale udbytte af operationen samt at fastholde patienterne som selvforsørgende skatteborgere i arbejde. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for ikke-kirurgiske behandling af nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati):

”Det er god praksis, at patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning vurderes af en rygkirurg inden for 12 uger i tilfælde, hvor svære og funktionshæmmende smerter varer ved trods ikke-kirurgisk behandling.” (6)

Sundhedsstyrelsens anbefaling støder mod retningslinjerne i flere af regionerne, hvor primærsektoren ikke må henvise til en kirurgisk vurdering, før anamnese længden er minimum 3 måneder samt ikke-kirurgiske behandlings muligheder er udtømt.

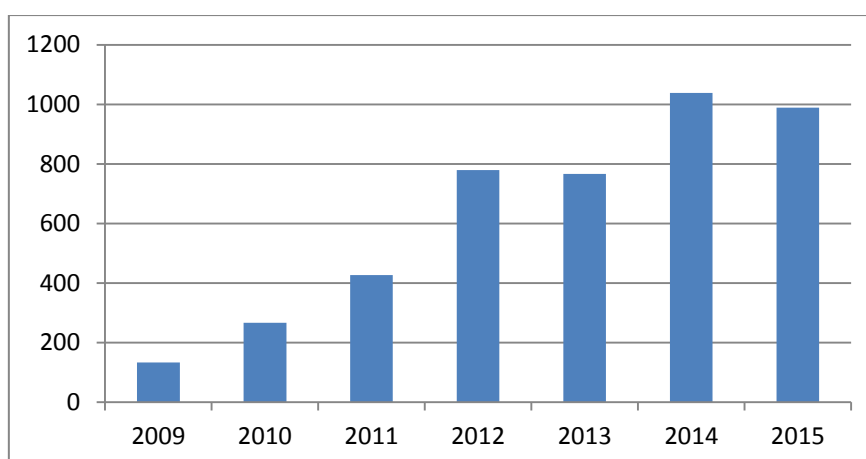
Cervikal kirurgi

I perioden år 2009 til 2015 blev der registret 4.397 cervikale operationer i den nationale rygkirurgiske database DaneSpine. Der findes præoperative data på 3.131 patienter. Operationerne blev foretaget på 15 forskellige matrikler (tabel 25). Follow-up data findes kun på 20,6 % af patienterne efter 1 år og 14,0 % efter 2 år.

Registrerede cervicale operationer i DaneSpine 2009 til 2015			
Klinik	Antal op	Præop	Præop %
Totalt	4.397	3.131	71,2
Rygkirurgisk Center, Middelfart	312	310	99,4
Videncenter for Rygsygdomme	1.085	625	56,6
CFR-Hospitaler	1.346	1.058	78,6
Aleris Hamlet	429	353	82,3
Mølholm	364	310	85,2
Rigshospitalet	71	23	32,4
Neurokirurgisk afdeling, Århus	333	169	50,8
Neurokirurgisk afdeling, OUH	268	189	70,5
Ortopædisk Privathospital, Århus	112	51	45,5
Andre	77	43	55,8

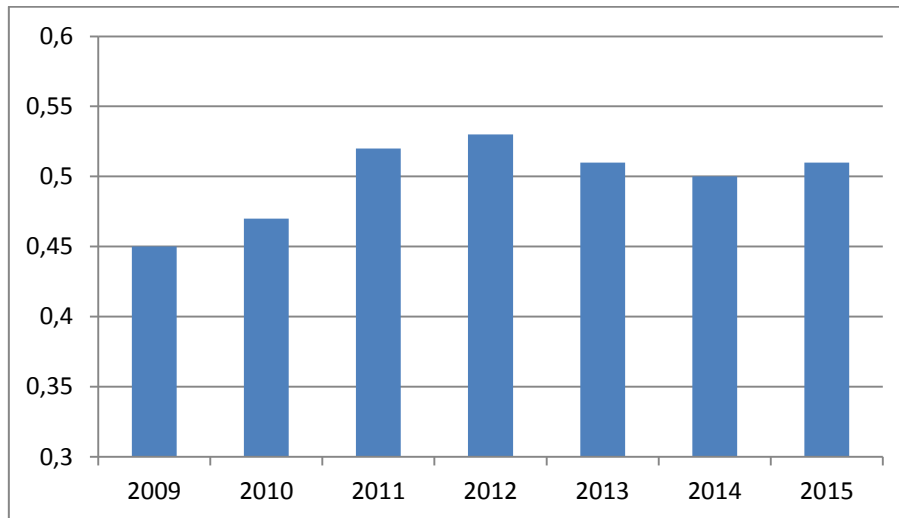
Tabel 25: Antal cervikale operationer 2009 til 2015 samt præoperative data

Antallet af registrerede operationer har stort set været stigende i perioden år 2009-2015 (tabel 26).



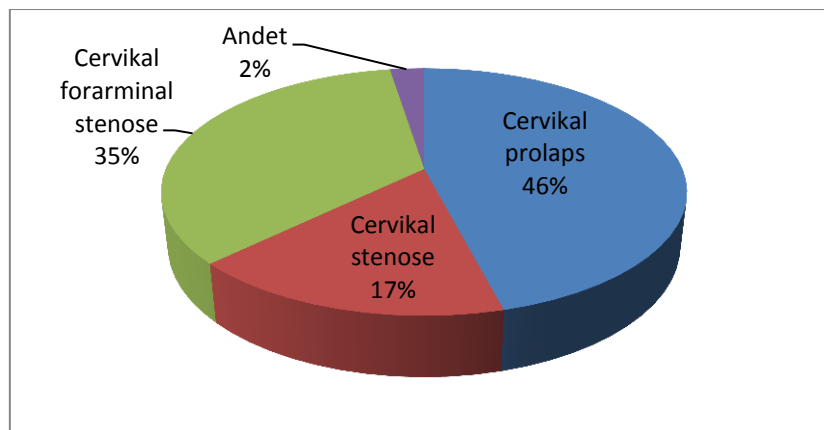
Tabel 26: Antal registrerede cervikalt opererede patienter opereret årligt i perioden år 2009-2015.

Ved stigende operativ aktivitet kan man frygte, at der sker en ændring af indikationen for operation. Dette ser ikke ud til at være tilfældet. Den præoperative EQ-5D – score har ligget omkring 0,52 de sidste 5 år (tabel 27).



Tabel 27: Præoperativ EQ-5D-score / år

Cervikal stenose, enten foraminelt eller centralt, er den hyppigste årsag til operativ intervention. Patienter med cervikal diskusprolaps udgør omkring 46 % (figur 1).



Figur 1: Fordeling af cervikale diagnoser.

Diagnoserelaterede data

Cervikal diskusprolaps

I perioden år 2009–2015 er der registret 2.020 patienter opereret for cervikal diskusprolaps. Patienternes selvrappede smerter samt helbredstilstand før og efter operation for cervikal diskusprolaps fremgår af tabel 28.

	Præ op	Post op 1 år	Post op 2 år
	Mean	Mean	Mean
Vas Arm	40	12	6
Vas Nakke	39	13	9
EQ-5D	0,51	0,75	0,82
NDI	58,25	39,05	36,82
SF-MCS	19,50	23,60	33,80
SF-PCS	20,90	24,20	35,80
Antal pt	1.480 (69 %)	353 (16 %)	256 (12 %)

Tabel 28: Præ- og postoperative selvrappede værdier for patienter opereret for cervikal diskusprolaps i perioden år 2009-2015.

På samtlige målte værdier bedres patienterne klinisk relevant.

Cervikal spinalstenose

I perioden år 2009 – 2015 er der registreret 211 patienter opereret for cervikal spinalstenose. Patienternes selvrapporterede smerter samt helbredstilstand før og efter operation for cervikal spinalstenose fremgår af tabel 29.

	Præ op Mean	Post op 1 år Mean	Post op 2 år Mean
Vas Arm	42	20	12
Vas Nakke	40	20	14
EQ-5D	0,51	0,72	0,73
NDI	58,25	39,05	36,82
SF-MCS	19,40	19,00	21,90
SF-PCS	21,10	20,50	25,00
Antal pt	1.671 (70,3 %)	529 (22,3 %)	337 (14,2 %)

Tabel 29: Præ- og postoperative selvrapporterede værdier for patienter opereret for cervikal spinalstenose i perioden år 2009-2015.

Patienterne bedres, når der måles på smerter, EQ-5D og NDI, men ser man på SF 36 component scores falder patienterne i score det først postoperative år. Dette er umiddelbart ikke forståeligt set i lyset af den markante bedring, patienterne rapporterer både hvad angår smerte og NDI-score. Opfølgingsfrekvensen er dog alt for ringe til, man kan drage sikre konklusioner.

Konklusion vedr. cervikal operationer

Med omkring 20 % 1 års follow-up af patienter er det ikke muligt at komme med nagelfaste konklusioner. Resultaterne tyder dog på, at patienter, der får udført cervikal kirurgi generelt bedres. Der foreligger stort set kun brugbare follow-up data fra Middelfart, Mølholm og CFR-Hospitaler. De cervikal opererende enheder bør/skal prioritere dataopsamling, hvis dokumentation af effekten af kirurgiske behandlinger ønskes.

Fremtidige udfordringer

Den største udfordring er fortsat at få ressourcer og vilje allokeret til at registrere den operative aktivitet samt indhente follow-up data.

Kun gennem bedre datakvalitet er det muligt:

- At levere nationale anbefalinger til behandling af patienter med kirurgiske rygsygdomme.
- At foretage cost-benefit-analyser.
- At monitorere implementeringen af nye implantater eller behandlingsmetoder.
- At udvikle mindre traumatiske kirurgiske indgreb.

Det nye styringsparadigme for rygkirurgien i Region Syddanmark, hvor Middelfart matriklen bliver delvist afregnet efter ændring af patienternes selvrappede bedring, breder sig muligvis til de øvrige regioner. Dette kan sætte både matriklerne, indikationerne for kirurgi og vores forskningsdatabase under pres.

Referencer

- 1 Ammendolia C, Stuber KJ, Rok E, Rampersaud R, Kennedy CA, Pennick V, Steenstra IA, de Bruin LK, Furlan AD. Nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug 30;8
- 2 Koch MB, Davidsen M & Juel K, 2011. De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet
- 3 Parker SL, Godil SS, Mendenhall SK, Zuckerman SL, Shau DN, McGirt MJ. Two-year comprehensive medical management of degenerative lumbar spine disease (lumbar spondylolisthesis, stenosis, or disc herniation): a value analysis of cost, pain, disability, and quality of life: clinical article. *J Neurosurg Spine.* 2014 Aug;21(2):143-9.)
- 4 Rodkjær LØ, Bregnballe V, Ågard AS, Handberg C, Lomborg K. Patientrapporterede oplysninger – et middel til patientinvolvering. *Sygeplejersken* 2015;(12):77-80
- 5 Sundhedsstyrelsen, 2015. National Klinisk Retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopstået rodpåvirkning i nakken med udstrålende symptomer til armene (cervikal radikulopati).
- 6 Sundhedsstyrelsen, 2016. National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati), version 1.0
- 7 <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2011/bofo/fysiskaktivitet/haandbog2011.pdf>
- 8 http://dskkb.dk/wp-content/uploads/2014/10/Lumbal_prolaps_retningslinier.pdf