

NKR 40 - nationale kliniske retningslinjer for behandling af lænderygsmarter

Indhold

PICO 1. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter opfordres til vanlig aktivitet i hverdagslivet frem for aflastning?	2
PICO 2. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling?	5
PICO 3. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes intervention, der er baseret på en gruppering ift. modificerbare, prognostiske faktorer frem for vanlig behandling?	9
PICO 4. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter rutinemæssigt tilbydes billeddiagnostisk udredning med MR og røntgen?	12
PICO 5. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes manuel ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling?	15
PICO 6. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling?	17
PICO 7. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes akupunktur teknikker i tillæg til vanlig behandling?	20
PICO 8. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes paracetamol i tillæg til vanlig behandling?	22
PICO 9. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes opioider i tillæg til vanlig behandling?	25
PICO 10. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes NSAID i tillæg til vanlig behandling?	27

PICO 1. Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter opfordres til vanlig aktivitet i hverdagslivet frem for aflastning?

Tovholder: Lone Donbæk Jensen

Baggrund for valg af spørgsmål:

Mange patienter oplever forværring af deres smerter under almindelige dagligdags gøremål eller i forbindelse med deres arbejde. Nogle patienter bliver unødigt angst for at forværre deres tilstand. De bliver bange for, at disse smerter er farlige eller skadelige, og derfor undgår de nogle aktiviteter/gøremål.

Frem til 1990'erne var det almindeligt at rådgive patienterne til at "tage det roligt" og "hvile". Det specifikke indhold af "hvile" varierede, men bestod ofte af sengeleje og kun kortvarige vægtbærende stillinger, som ved f.eks. toiletbesøg. Denne praksis er i nogen udstrækning forladt, da det blev evident at længerevarende sengeleje er potentielt skadeligt for patienten, da det betyder nedsat funktion af muskler, led og andre kropsfunktioner. (Dahm, 2010) Halvfemsernes budskab om "hvile" blev afløst af anbefalinger om at fortsætte med dagligdags aktiviteter "inden for smertegrænsen". Dette har formodentlig været medvirkende til at fastholde nogle patienter i en forestilling om, at ryggen "skal skånes" og resulteret i at patienterne har afvejet fra at deltage i hverdagslivets aktiviteter med reduceret aktivitetsniveau og sygemeldinger til følge. Dette reaktionsmønster er beskrevet i *fear-avoidance* modellen, (Vlaeyen, 2000) der forslår at personer, som tror at deres smerter er et tegn på alvorlig skade eller sygdom, er i risiko for at blive mere ængstelige og undgå fysisk aktivitet, da de antager at aktivitet vil forværre deres problem.

En række kliniske retningslinjer for generelt nakke- og rygbesvær anbefaler derfor rutinemæssigt fysisk aktivitet *på trods* af smerter og at undgå inaktivitet. (Koes BW, 2010; Guzman J, 2008) Formålet er at holde patienten fysisk aktiv og vedligeholde daglige funktioner, og må derfor formodentlig ses som en vigtig del af behandlingen af patienter med nyopståede lænderygsmærter. (van Tulder M, 2009)

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmærter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmærter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmærterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmærter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på "røde flag" (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmærterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensibiliseringsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller

facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Specifik (mundtlig) information om at opretholde vanlig aktivitet *på trods* af smerter. Med vanlig aktivitet i hverdagslivet menes daglige huslige gøremål (f.eks. rengøring), arbejde, deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og motion. Interventionen kan gives som en isoleret intervention eller i kombination med en standardiseret behandling med en varighed i op til 4 uger.

Søgeord på engelsk:

Activities of daily living; day to day activity; daily activity; ordinary activity; normal activity; stay active; bed rest, lifestyle changes, physical activity, (AND sick leave), (AND work), (AND return to work)

Comparison (sammenligning)

Ingen information eller information der retter sig mod at modificere/reducere aktiviteter. Hvis interventionen er givet i kombination med en standard behandling skal denne også gives i tilsvarende omfang i den sammenlignende gruppe.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	0-12 uger efter endt behandling	Kritisk
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	0-12 uger efter endt behandling	Kritisk
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	0-12 uger efter endt behandling	Vigtig
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - antal dage	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - proportion i arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt. For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 6—18 måneder vælges det tidspunkt der ligger tættest på 12 måneder. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 12 måneder vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;6, CD007612.

Vlaeyen J, Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;**85**:317–32.

Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010 Dec;19(12):2075-94. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y. Epub 2010 Jul 3. Review.

Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, Carragee EJ, Hurwitz EL, Peloso P, et al. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 Feb 15;33(4 Suppl):S199-213. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181644641.

van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006;15 Suppl 2:S169–191.

Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M: Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 1987, 12(7 Suppl):S1-59.

PICO 2. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Patientuddannelse kan defineres som uddannelse, der retter sig mod patientens sygdomsforståelse og udvikling af kompetencer, samt tilegnelse af adfærd, der fører til bedre helbred.(WHO, 1998) Patientuddannelse ses generelt som et vigtigt element i håndtering af nakke og lænderygpatienter, (Gross, 2009; Koes, 2010) hvor målet er at reducere symptomer og risiko for forværring ved at øge patientens viden, og der igennem ændret adfærd.(Haines, 2009). Patienters evne til at håndtere dagligdag og livssituationer ser ud til at have betydning for et godt forløb.(Sundhedsstyrelsen, 2009) Formålet med patientuddannelsen er således at give patienten viden om sygdommen, samt at styrke og understøtte patientens egenomsorg og evne til at kunne mestre hverdagens forskellige aktiviteter (handlekompetence og autonomi).

Arbejdsgruppen mener, at patientuddannelse bør inkludere tryghedsskabende forsikring (eng. *reassurance*), en proces, der bl.a. kan faciliteres ved hjælp af elementer fra kognitiv adfærdsterapi. Reassurance retter sig mod patientens angst og bekymring for alvorlig sygdom,(Traeger, 2015) og kan forstås som den proces, der foregår i interaktionen mellem patient og kliniker.(Hasenbring, 2015) Kognitiv adfærdsterapi kan til gengæld forstås som værktøjet til at individualisere patientuddannelsen til patienter med lænderygsmarter. Formålet er specifikt at ændre maladaptive tanker, følelser og adfærd, så vel som dysfunktionelle sensoriske fænomener. Tilgangen er rettet mod forståelse af deres lænderygsmarter, som er en benign tilstand, hvor de ikke kan skade ryggen ved daglige aktiviteter, arbejde og træning, og dermed opretholdelse af deres fysiske aktivitet og kontakt med arbejdsmarkedet, hvorved at der er potentiale for at forebygge recidiv og kronicitet. Generelt ser kognitiv adfærdsterapi ud til at vinde stigende popularitet som en behandling mod lænderygsmarter, (Richmond, 2015) og et systematisk litteraturstudie har fundet, at behandlingen er omkostningseffektiv hos patienter med subakutte og kroniske lænderygsmarter.(Lin, 2011) Kognitiv adfærdsterapi er en psykologisk intervention, der gør brug af kognitive og adfærdsmæssige teknikker og er udviklet på baggrund af evidensbaserede modeller. Den kognitive adfærdsterapi har til formål at adressere adfærd, der er med til at fastholde et sygdomsbillede eller begrænsninger i funktion, herunder forvrænget erkendelse og uhensigtsmæssig adfærd. (Richmond, 2015) Mere specifikt er formålet med kognitiv adfærdsterapi at identificere og modificere en persons følelser, overbevisninger og forståelse af deres smerter og funktion. Dette opnås blandt andet gennem positiv forstærkning af hensigtsmæssig adfærd og fravalg af opmærksomhed på uhensigtsmæssig adfærd. (Krismer, 2007)

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen(anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmerter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på ”røde flag” (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om

en patologisk årsag til lænderygsmærterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensibilitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Patientuddannelse skal indeholde elementer, der adresserer en persons følelser, overbevisninger eller forståelse af deres smerter og funktion. Patientuddannelse adskiller sig fra generel information ved, at informationen er tilpasset (individualiseret) den enkelte patients forståelsesramme og adresserer opfattelser og adfærd, som kan være u hensigtsmæssige eller virker som barrierer. Udgangspunktet er en aktivitetsfremmende tilgang der øger patientens evne til at håndtere deres daglig og smerter. Derfor tager patientuddannelsen ofte udgangspunkt i elementer fra kognitiv adfærdsterapi. Patientuddannelsen kan varetages af klinikere, der typisk er involverede i forløb omkring lænderygpatienter, og kræver ikke særlig uddannelse indenfor psykoterapi. Undervisningen kan foregå i grupper eller 1:1, men inkluderer altid en fagperson. Patientuddannelse vil typisk begynde i starten af et forløb og vare i op til 4 uger.

Søgeord på engelsk:

Cogniti, behave*, conditioning, relaxation, desensitiv*, therapy, psychotherapy, modification, implosive, reassurance, education, 'behavioural therapy', psychoeducation, advice, information,*

Comparison (sammenligning)

Ingen individualiseret patientuddannelse. Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd. Hvis interventionen er givet i kombination med en standard behandling skal denne også gives i tilsvarende omfang i den sammenlignende gruppe.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
<i>Smerteniveau (fx VAS og NRS)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Fear avoidance (Fear Avoidance Disability Questionnaire)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Fear avoidance (Fear Avoidance Disability Questionnaire)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - antal dage</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - proportion i arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt. For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 6—18 måneder vælges det tidspunkt der ligger tættest på 12 måneder. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 12 måneder vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

World Health Organization. Therapeutic patient education; continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen; 1998.

Gross AR, Haines T, Goldsmith CH, Santaguida L, McLaughlin LM, Peloso P, et al. Knowledge to action: a challenge for neck pain treatment. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39:351e63.

Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010;19:2075e94.

Haines T, Gross AR, Burnie S, Goldsmith CH, Perry L, Graham N. A cochrane review of patient education for neck pain. *Spine J* 2009;9:859e71.

Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København. 2009; 11(3)

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/18179EAADCF74DDEB2DF77AC334C705A.ashx>

Hasenbring MI, Pincus T. Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? *Clin J Pain* 2015; 31(2): 133-136.

Traeger AC, Hübscher M, Henske N, et al. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175(5): 733-743.

Richmond H, Hall AM, Copsey B, et al. The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015 Aug 5;10(8):e0134192. doi: 10.1371/journal.pone.0134192. eCollection 2015

Lin C-WC, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW (2011) Cost-effectiveness of guideline endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *European Spine Journal* 20: 1024–1038. doi: 10.1007/s00586-010-1676-3 PMID: 21229367

Krismer M, van Tulder M, The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Low back pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2007; 21(1):77e91

PICO 3. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes intervention, der er baseret på en gruppering ift. modificerbare, prognostiske faktorer frem for vanlig behandling?

[Note: Der er foretaget ændringer af ordlyden af spørgsmålet på baggrund af høringssvar. Følgende arbejdsformulering "Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter grupperes på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbydes gruppespecifik intervention frem for vanlig behandling?" blev anvendt inden den endelige formulering blev specificeret.]

Baggrund for valg af spørgsmål:

Der er stigende fokus på at kunne klassificere patienter med uspecifikke lændesmerter i undergrupper på en simpel, valid og klinisk meningsfuld måde, (Foster, 2011) og målrette behandlingen til disse undergrupper. Et eksempel herpå er "STarT Back Screening Tool" (Hay EM, 2008; Hill JC, 2010), som blandt andet anvendes i flere regionale forløbsprogrammer. Skemaet indeholder ni spørgsmål, som klassificerer patienterne i tre undergrupper. En lavrisiko gruppe med få negative prognostiske karakteristika, en mellemgruppe med overvejende fysiske risikofaktorer og en højrisko gruppe med højt niveau af psykosociale risikofaktorer (eng. "yellow flags") (Hill, 2008). Der er behov for en belysning af, hvorvidt anvendelse af STarT Back Tool og lignende screeningsværktøjer, der identificerer prognostiske undergrupper og tilhørende interventioner, forbedrer effekten af patientforløbene.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmarter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på "røde flag" (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmarterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

En prædefineret behandlingsstrategi på baggrund af kliniske undergrupper, som er identificerede ud fra modificerbare risikofaktorer for dårligt langvarigt forløb. Behandlingen skal være rettet mod de

identificerede risikofaktorer, men kan foregå i kombination med anden behandling. Behandlingen kan foregå i op til 12 uger og varetages af klinikere, der typisk er involverede i forløb omkring lænderygpatienter.

Søgeord på engelsk

STarT Back Tool, sub-grouping, stratified care, targeted treatment, yellow flags.

Comparison (sammenligning)

Vanlig behandling. Med vanlig behandling forstås i denne sammenhæng behandling, der initieres uden forudgående subgruppering. Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd. Hvis interventionen er givet i kombination med en anden behandling skal denne anden behandling også gives i tilsvarende omfang i den sammenlignende gruppe.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
<i>Smerteniveau (fx VAS og NRS)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Smerteniveau (fx VAS og NRS)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - antal dage</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - proportion i arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Frafald</i>	<i>Efter endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt. For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 6—18 måneder vælges det tidspunkt der ligger tættest på 12 måneder. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 12 måneder vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Foster NE, Hill JC, Hay EM. Subgrouping patients with low back pain in primary care: are we getting any better at it. *Manual Therapy* 2011; 16(1):3-8

Hay EM, Dunn KM, Hill JC, et al. A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2008 Apr 22;9:58.

Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain* 2010;14(1):83-9.

Hill JC, Dunn KN, Lewis M et al. A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis and Rheumatism* 2008;29(5):632-641

PICO 4. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter rutinemæssigt tilbydes billeddiagnostisk udredning med MR og røntgen?

Baggrund for valg af spørgsmål:

MR og røntgen er de to hyppigst brugte billeddiagnostiske modaliteter i Danmark.

Begge modaliteter bruges til at identificere betydende patologiske fund, der kan forklare patientens lænderygsmarter, men hvilke fund der kan betegnes som betydende er stadig kontroversielt. (Steffens, 2014)

Udfordringen består i, at der også er en høj andel af anormale fund og morfologiske forandringer på billeder hos personer uden lænderygsmarter.() Dette gør det vanskeligt med sikkerhed at bestemme, hvilke fund det er betydningsfulde hos patienterne med lænderygsmarter. Det menes, at blandt de patienter, der ikke har en alvorlig patologisk årsag til deres smerter (f.eks. frakturer eller cancer), kan det hos 90-95 % ikke klart identificeres, hvad der er årsag til smerterne. (van Tulder, 2006).

Mens brugen af røntgen ser ud til at være faldende, (Sundhedsstyrelsen, 2006) stiger forbruget af MR-scanninger og det er det arbejdsgruppens opfattelse, at flere og flere patienter efterlyser eller allerede har fået foretaget MR-scanninger tidligt i deres forløb af lænderygsmarter. Dette ser ud til at være tilfældet på trods af, at tidligere evidensbaserede nationale og internationale anbefalinger angiver, at billeddiagnostiske undersøgelser kun er relevant på mistanke om alvorlige eller progressive neurologiske udfald eller symptomer på alvorlig underliggende patologi. (Sundhedsstyrelsen, 2006; Chou, 2011) Det øgede forbrug af billeddannende modaliteter er derfor problematisk, da det ikke ser ud til at fremme patientens prognose. Det er f.eks. arbejdsgruppens indtryk, at billederne bliver beskrevet med lægefaglige termer, der af ikke-sagkyndige kan tolkes som værende alvorlige patologiske forandringer, selv om dette oftest ikke er tilfældet. Dette kan give grobund for, at patienterne får en fejlagtig opfattelse af situationen og lede til en uhensigtsmæssig sygeliggørelse.

Set i lyset af forekomsten af de relativt få betydningsfulde fund ved både røntgenbilleder og MR-scanninger, er det reelt set usikkert om brugen af disse typer af billeddiagnostik ændrer på behandlingsforløb eller prognose hos den store gruppe af patienter med uspecifikke lænderygsmarter. Derfor vil det være hensigtsmæssigt med en gennemgang af effekten af billeddiagnostik.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmarter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på ”røde flag” (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmarterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgen. Med rutinemæssigt menes, at alle patienter uafhængigt af indikationer for billeddiagnostisk udredning tilbydes enten røntgenoptagelse eller MR-scanning af lænderyggen efter gældende radiologiske standarder for billeddannelse af kolumna lumbalis samt modtager information vedrørende eventuelle fund.

Søgeord på engelsk

Radiograph, X-ray, MRI, magnetic resonance (imag), nuclear magnetic resonance*

Comparison (sammenligning)

Ingen rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgen.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
Sygefravær - antal dage	6-18 måneder efter endt behandling	Kritisk
Forbrug af sundhedsydelse	6-18 måneder efter endt behandling	Kritisk
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - proportion i arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 6—18 måneder vælges det tidspunkt der ligger tættest på 12 måneder. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 12 måneder vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, et al. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain* 18 (2014) 755–765

van Tulder, M. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15, S169–S191.

Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *Am J Neuroradiol.* 2015 Apr;36(4):811-6. doi: 10.3174/ajnr.A4173. Epub 2014 Nov 27.

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Røntgenundersøgelse af lænderyggen hos 20-49 årige henvist fra primærsektor – en medicinsk teknologivurdering. København, 2006; 8(4)

Chou R, Qaseem A, Owens D, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011;154:181-9.

PICO 5. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes manuel ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling?

[Note: Der er foretaget ændringer af ordlyden af spørgsmålet på baggrund af høringsvar. Følgende arbejdsformulering "Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling?" blev anvendt inden den endelige formulering blev specificeret.]

Baggrund for valg af spørgsmål:

Ledmobiliserende teknikker defineres her som alle manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led mellem ryghvirvlerne i lænden og i bækkenet. Det vil sige såvel mobilisering inden for leddets normale bevægeområde, herunder både oscillerende bevægelser, lav kraftpåvirkning, høj kraftpåvirkning og 'high-velocity' teknikker (manipulation), hvor der forekommer kavitation i leddet (typisk med en lyd til følge).

Ledmobiliserende teknikker er en meget udbredt behandling for uspecifikke lænderyg- og nakkesmerter (Hurwitz, 2012) og udføres i Danmark af både læger, kiropraktorer, fysioterapeuter og osteopater. Teknikkerne anbefales i varierende grad i de regionale kliniske retningslinjer for lænderygsbesvær.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmerter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på "røde flag" (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmarterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling.

Ledmobiliserende teknikker består af ledmobilisering og manipulation i kombination med vanlig behandling. Ledmobilisering og manipulation omfatter alle manuelle teknikker udført af læger, fysioterapeuter, kiropraktorer eller osteopater, og som retter sig mod lumbale ledsegmenter eller bækkenled uanset kraft og hastighed. Interventionen udføres over 2-18 sessioner i en periode på 1-6 uger.

Søgeord på engelsk:

Manipulation (osteopathic, chiropractic, orthopedic); manipulative; manipulate; mobiliz(s)ation; manual therapy; adjustment; flexion distraction therapy; cyriax;

Comparison (sammenligning)

Ingen ledmobiliserende behandling.

Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
<i>Smerteniveau (fx VAS og NRS)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>0-12 uger efter endt behandling</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Smerteniveau (fx VAS og NRS)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - antal dage</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - proportion i arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Frafald, pga. bivirkninger</i>	<i>Efter endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Hurwitz EL. Epidemiology: spinal manipulation utilization. J Electromyogr Kinesiol. 2012 Oct;22(5):648-54.

PICO 6. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Arbejdsgruppen mener, at superviseret fysisk træning er en af de hyppigst benyttede tilgange til patienter med lænderygsmarter. Det benyttes enten som en initial behandling, der har til formål at lindre patientens smerter, eller som supplement til anden initial behandling med det formål at genvinde eller forbedre patientens fysiske formåen.

Den fysiske træning opfattes som en involverende og aktiv tilgang til behandling, og har den fordel at den indirekte arbejder med patientens tro på egen formåen i forhold til at kunne bidrage og deltage i et behandlingsforløb (Eng. *self-efficacy*). Patienten får et redskab, som kan bruges i patientens dagligdag til reduktion af smerter og vedligeholdelse af funktionsevne. Desuden formodes den aktive behandlingsform at minimere risikoen for angst for bevægelse (*kinesiofobi*) og den deraf medfølgende risiko for et uheldsmæssigt forløb. Dette skal ses i sammenspillet med, at patienten typisk som en del af træningen får anden råd og vejledning, der kan virke betryggende og beroligende. Endeligt har træningen den fordel, at det er muligt at forstærke effekten af interventionen ved at supplere den træning, der foregår under direkte supervision af en sundhedsfaglig person, med træning på egen hånd.

Superviseret fysisk træning defineres her som øvelser, fysiske aktiviteter, eller generel eller rygspecifik træning, der foregår under ledelse af en relevant sundhedsfaglig person, og som er målrettet og tilpasset specifikt mod den enkelte patients individuelle niveau. Fysisk træning dækker over en bred gruppe aktive interventioner fra forskellige typer af bevægelighedsøvelser og udstrækning til stabiliserende øvelser, øvelser for balance, koordination og muskelstyrke, samt general fysisk fitness eller kardiovaskulær træning. (Oosterhuis, 2015)

Den fysiske træning har til formål at lindre smerter og/eller bibeholde eller forbedre patienten fysiske aktivitetsniveau.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmarter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på "røde flag" (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmarterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensibilitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling.

Patienten bliver personligt vejledt i fysisk aktivitet, som er tilpasset det individuelle niveau og med progression over tid. Træningen gives over minimum 2 sessioner enten individuelt eller i grupper, og kan foregå både i kliniske rammer eller i hjemmet, men under tilrettelæggelse og supervision af en relevant sundhedsfaglig person.

Søgeord på engelsk:

Supervised exercise, individual exercise, rehabilitation, exercise, training, physical activity, physiother, supervision, core stabilization exercise; stabilization exercise; motor control exercise; core stability; lumbar stability core stability; transversus abdomin*; multifidi*; pilates, mechanical diagnosis and therapy; McKenzie, extension exercises, flexion exercises, exercise therapy, active therapy, and centralization, functional training, supervision, movement therapy, physical fitness, , Alexander, William, Feldenkrais, yoga,, recreation, nordic walking*

Comparison (sammenligning)

Ingen superviseret og individualiseret træning.

Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	6-18 måneder efter endt behandling	Kritisk
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	6-18 måneder efter endt behandling	Kritisk
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	0-12 uger efter endt behandling	Vigtig
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	0-12 uger efter endt behandling	Vigtig
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - antal dage	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - proportion i arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Frafald pga. bivirkninger	Efter endt intervention	Vigtig

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Teddy Oosterhuis, W IJzelenberg, Sidney M Rubinstein, et al. Exercise therapy for acute non-specific low back pain. Cochrane review – under udarbejdelse. Gengivet med tilladelse fra forfatterne.

PICO 7. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes akupunktur teknikker i tillæg til vanlig behandling?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Akupunktur defineres her som alle former for behandling, hvor huden penetreres af en eller flere tynde nåle uden injektion, hvad enten udgangspunktet er klassiske akupunkturpunkter (traditionel kinesisk akupunktur, der læner sig op af filosofiske teorier om energibaner) eller behandling af triggerpunkter i muskulatur (vesterlandsk medicinsk akupunktur, ofte kaldet dry needling). Akupunktur har til formål at reducere smerte, enten generelt eller ved at påvirke såkaldte aktive triggerpunkter.

Brugen af akupunktur ser ud til at vinde stigende indpas blandt læger, kiropraktorer og fysioterapeuter (Sherman, 2004; Thomas, 2003). Evidensen for effekten ved lænderygsmarter er dog ikke entydig, da tidligere studier har haft metodemæssige svagheder.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmerter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på ”røde flag” (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmarterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Akupunktur som defineret ovenfor i tillæg til vanlig behandling. Behandling gives som 2-12 behandlinger over 1-6 uger.

Søgeord på engelsk:

Trigger points; moxibustion; acupuncture; acupuncture therapy; needl(es); electro + acupuncture; auricul + acupuncture, warm + acupuncture; dry needl(ing); trigger-point therapy;

Comparison (sammenligning)

Ingen behandling med akupunktur.

Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	0-12 uger efter endt behandling	Kritisk
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	0-12 uger efter endt behandling	Kritisk
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - antal dage	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - proportion i arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Frafald, pga bivirkninger	Efter endt intervention	Vigtig

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt. For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 6—18 måneder vælges det tidspunkt der ligger tættest på 12 måneder. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 12 måneder vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

K. J. Sherman, D. C. Cherkin, M. T. Connelly et al., "Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: what treatments are patients willing to try?" *The Lancet*, vol. 4, article 9, 2004.

K. J. Thomas, P. Coleman, and J. P. Nicholl, "Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995–2001. Results from a follow-up national survey," *Family Practice*, vol. 20, no. 5, pp. 575–577, 2003.

PICO 8. Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes paracetamol i tillæg til vanlig behandling?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Udskrivning er medicin er det hyppigst anvendte tilbud hos praktiserende læger til patienter med rygsmærter (Bertin et al; 2013), og guidelines vedr. rygsmærter anbefaler næsten enslydende at paracetamol anvendes som førstevalgspræparat (Chou, 2007; Wise, 2014). Der er dog fornyligt sået tvivl om disse anbefalinger, da flere store undersøgelser har stillet spørgsmålstegn ved effekten af paracetamol sammenlignet med placebo (Zhang et al, 2010; Towheed et al, 2006) samtidigt med at systematiske reviews ikke har kunnet vise en effekt (Machado, 2015). Endvidere har studierne indikeret, at den anbefalede dosis (op til 4 g dagligt) har en størrelse, hvor bivirkningsprofilen (leverskade) bør give anledning til varsomhed med brugen, da der er rapporteret ændret leverfunktion hos raske individer selv inden for den anbefalede dosis (McNeil Consumer Healthcare, 2010; Jalan et al. 2006). Det er usikkert hvorledes disse nyere studier influerer på tidligere anbefalinger om brugen af paracetamol.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smærter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smærter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmærter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smærter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmærter). Der kan forekomme smærter i ben, men typisk vil lænderygsmærterne dominere over bensmærterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmærter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smærter eller bækkensmærter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på ”røde flag” (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmærterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmærter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Oral paracetamol i tillæg til vanlig behandling i 2-21 dage. Der vurderes en dosis svarende til 2000-4000 mg/d.

Søgeord på engelsk:

Paracetamol; acetaminophen

Comparison (sammenligning)

Ingen paracetamol.

Vi ønsker at belyse den additive effekt af paracetamol som tillæg til vanlig behandling. Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling (non-farmakologisk eller placebo behandling)). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd. Der sammenlignes ikke direkte med anden farmakologisk behandling.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	0-12 uger	Kritisk
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	0-12 uger	Kritisk
Alvorlige bivirkninger (Serious adverse events)	0-12 uger	Kritisk
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - antal dage	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - proportion i arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Frafald, generelt	Efter endt intervention	Vigtig
Frafald, bivirkninger	Efter endt intervention	Vigtig

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Bertin P, Becquemont L, Corruble E, et al. The therapeutic management of chronic pain in ambulatory care patients aged 65 and over in France: the S.AGES Cohort. Baseline data. *J Nutr Health Aging* 2013;17:681–6.

Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478–91.

Wise J. NICE keeps paracetamol in UK guidelines on osteoarthritis. *BMJ* 2014;348:g1545.

Zhang W, Jones A, Doherty M. Does paracetamol (acetaminophen) reduce the pain of osteoarthritis? A meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2004;63:901–7.

Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, et al. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD004257.

Gustavo C Machado GC, Maher C, Ferreira P, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ* 2015;350:h1225

Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010;18:476–99.

Tylenol (acetaminophen) professional product information. McNeil Consumer Healthcare, 2010.

Jalan R, Williams R, Bernuau J. Paracetamol: are therapeutic doses entirely safe? *Lancet* 2006;368:2195–6.

PICO 9. Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes opioider i tillæg til vanlig behandling?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Danmark indtager en tredjeplads på listen over forskellige landes forbrug af opioider, kun overgået af USA og Canada (Deyo, 2015). Selv om opioider primært bruges ved kroniske smertetilstande, ser det ud til, at patienter med rygsmærter oftere får disse præparater sammenlignet med andre almindeligt forekommende smertetilstande (Deyo, 2015).

Institut for Rationel Farmakoterapi anbefaler som udgangspunkt ikke opioider i behandlingen af nyopståede lænderygsmærter på grund af misbrugspotentialet og bivirkningerne, men såfremt der er utilstrækkelig effekt af paracetamol og NSAID kan en kortvarig behandling med opioid lægges oveni behandlingen. (IRF) På trods af disse anbefalinger er det arbejdsgruppens opfattelse, at patienter uden indikation for behandlingen også får opioider i et betydeligt omfang. Det ser dog ud til, at der ved nyopståede rygsmærter kun er sparsom evidens, for at dette skulle have nogen signifikant effekt. Tillæg af f.eks. tramadol i behandlingen beror derfor ofte på et "klinisk skøn". Arbejdsgruppen finder at der er behov for at belyse om opioider bør have en plads i behandlingen af nyopståede lænderygsmærter.

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smærter lokaliseret til lænderyggen (anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smærter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmærter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smærter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmærter). Der kan forekomme smærter i ben, men typisk vil lænderygsmærterne dominere over bensmærterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmærter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smærter eller bækkensmærter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på "røde flag" (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmærterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmærter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

Opioider indtaget oralt i tillæg til vanlig behandling i 1-14 dage. Der vurderes en dosis svarende til 50-100 mg x 4 dagligt for tramadol eller 10 mg. maksimalt hver 4. time for tabl. morfin eller tilsvarende ækvivalent dosis.

Der fokuseres på opioider som førstevalgspræparat (dvs. uafhængigt af respons af anden farmakologisk smertebehandling).

Søgeord på engelsk:

opioids, analgesics, opioid, tramadol, dolol, adamon, dolatramyl, gemadol, mandolgin, tradolan, nobligan, tadol, codein, morphin, dextromethorfan, noscapin, alfentanil, fentanyl, hydromorphon, ketobemidon, methadon, nicomorphin, oxycordon, pethidin, remifentanil, sufentanil, tapentadol, buprenorphin, nalbupin, contalgin, depolan, doltard, malfin, morfin, oramorph, rapifen, abstral, actiq, durogesic, effentora, fentanyl, haldid, instanyl, lafene, matrifin, recivit, jurnista, palladon, ketogan, vilan, metadon, oxycordone, oxycordonhydrochlorid, oxycontin, oxydorine, oxynorm, reltebon, targin, ultiva, sufenta, narcotics.

Comparison (sammenligning)

Ingen opioider

Vi ønsker at belyse den additive effekt af opioider som tillæg til vanlig behandling. Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling (non-farmakologisk eller placebo behandling)). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd. Der sammenlignes ikke direkte med anden farmakologisk behandling.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
<i>Smerteniveau (fx VAS og NRS)</i>	<i>0-12 uger</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)</i>	<i>0-12 uger</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Alvorlige bivirkninger (Serious adverse events)</i>	<i>0-12 uger</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - antal dage</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sygefravær - proportion i arbejde</i>	<i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Frafald, generelt</i>	<i>Efter endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Frafald, bivirkninger</i>	<i>Efter endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

Deyo RA, Von Korff M, Duhkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ*. 2015 Jan 5;350:g6380. doi: 10.1136/bmj.g6380.

Institut for Rationel Farmakoterapi.

http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsbld/2013/akut_uspecifikt_laendehold.htm

PICO 10. Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes NSAID i tillæg til vanlig behandling?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Non-steroidal anti-inflammatorisk drugs (NSAID) tilbydes hyppigt til patienter med nyopståede lænderygsmarter. NSAID er den samlede betegnelse for gruppen af farmaka, der har antiinflammatorisk, analgetisk, antipyretisk og trombocytageragationshæmmende virkning via hæmning af cyclooxygenase (COX) enzymerne. I USA er NSAID den hyppigst brugte gruppe af præparater mod ikke-maligne, kroniske smertetilstande, herunder muskel-skelet smerter (AAOS, 2009). I Danmark er de COX-1 selektive præparater ibuprofen og naproxen førstevalg (Lægemiddelstyrelsen). NSAID-præparater som overvejende udviser COX-2 selektive egenskaber (såsom rofecoxib, celecoxib, etoricoxib, etodolac, diclofenac, piroxicam, meloxicam) betragtes som havende en højere bivirkningsprofil hvad angår kardiovaskulære risici, hvorfor de ikke rekommanderes.(IRF)

På trods af den udbredte brug, er effekten af NSAID ikke fuldt ud etableret, mens bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, f.eks. ældre og patienter med kendt hjertekarsygdom. Systematiske litteraturstudier har ikke kunnet vise entydige resultater eller angive klare anbefalinger for brugen, når det specifikt gælder lænderygsmarter.(Wong, 2015)

Population

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede smerter lokaliseret til lænderyggen(anatomisk afgrænset fra nederste ribbenskant til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Retningslinjen omfatter patienter med smerter, spændinger, ømhed, og/eller nedsat bevægelse i lænden, hvor der ikke er fundet specifikt holdepunkt for årsag til generne (dvs. såkaldte *uspecifikke* lænderygsmarter). Der kan forekomme smerter i ben, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag til patientens symptomer, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de præcise smertemekanismer er uafklarede.

Specifikke årsager til rygsmarter, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbsinsufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er særligt vigtigt, at være opmærksom på "røde flag" (eng. *red flags*) (Tabel 1, s. 30) i den diagnostiske udredning af lænderygpatienter. Røde flag er den internationalt anvendte betegnelse for advarselstegn på specifik spinal patologi, der kræver en skærpet opmærksomhed med hensyn til potentialet for underliggende patologi og dermed yderligere udredning. Der påligger enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en patologisk årsag til lænderygsmarterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke omfattet af denne retningslinje, da disse er beskrevet andetsteds (NKR lumbalt rodtryk).

Intervention

NSAID præparaterne ibuprofen og naproxen indtaget oralt i tillæg til vanlig behandling i 5-14 dage. For ibuprofen vurderes en dosis på 1200-1800 mg/d. For naproxen en dosis på 500-1000 mg/d.

Søgeord på engelsk:

Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal; Non-steroidal anti-inflammatory agent; cyclo-oxygenase; cyclooxygenase; NSAID; salicylate; samt liste af præparat navne og indholdsstoffer (ibuprofen og naproxen)

Comparison (sammenligning)

Ingen NSAID.

Vi ønsker at belyse den additive effekt af NSAID som tillæg til vanlig behandling. Det forventes, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter (dvs. vanlig behandling). Denne anden behandling er derfor defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne. Den sammenlignende behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd, dog vil studier, der udelukkende anvender farmakologisk behandling som vanlig behandling ikke blive inkluderet.

Outcomes	Tidsramme*	Kritisk/Vigtigt
Smerteniveau (fx VAS og NRS)	0-12 uger	Kritisk
Funktionsevne (fx Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire)	0-12 uger	Kritisk
Alvorlige bivirkninger (Serious adverse events)	0-12 uger	Kritisk
Livskvalitet (SF36, SF12, EQ5D eller tilsvarende)	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Recidiv af smerter - antal af smerteepisoder efter baseline episode	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - antal dage	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - tid til tilbage-til-arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Sygefravær - proportion i arbejde	6-18 måneder efter endt behandling	Vigtig
Frafald, pga. bivirkninger	Efter endt intervention	Vigtig
Frafald, generelt	Efter endt intervention	Vigtig

* For outcomes rapporteret med flere tidsintervaller inden for perioden 0-12 uger efter endt behandling, vælges det tidspunkt der ligger tættest på 6 uger. Hvis to tidspunkter ligger lige langt fra 6 uger vælges det tidligste tidspunkt.

Referencer

American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) (2009) What are NSAIDs?
<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00284>.

Sundhedsstyrelsen: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/endelig-indstilling-til-tilskudsstatus-for-nsaider-og-medicin-mod-svage-smerter.aspx>

Institut for Rationel Farmakoterapi. National Rekommandationsliste, ATC-gruppe M01 og M09

NSAID, glukosamin og hyaluronsyre, oktober 2011. http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/m01_og_m09_nsaid_glukosamin_og_hyaluronsyre.htm

Wong JJ, Cotê P, Ameis A, et al. Are non-steroidal anti-inflammatory drugs effective for the management of neck pain and associated disorders, whiplash-associated disorders, or non-specific low back pain? A systematic review of systematic reviews by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J* 2015. DOI 10.1007/s00586-015-3891-4

Tabel 1. Røde flag.

Fraktur	Tumor	Infektion	Radikulopati/ neuropati
Større traume (f.eks. biluheld, fald fra højde, sportsrelateret) Mindre traume (host, nys, tunge løft) hos patienter med mistanke om eller kendt osteoporose Systemisk brug af steroider	Alder Tidligere malignitet Dårlig almen tilstand Uforklaret væggtab eller væggtab på > 5 % af kropsvægten over 6-12 mdr. Træthed Natlige smerter, der ikke påvirkes af stillingsskift. Konstante, progressive, non-mekanisk smerte. Samtidige brystmerter	Dårlig almen tilstand Fever Tidligere bakterielle infektioner IV stofmisbrug Immunosuppression HIV-infektion Samtidige brystmerter	Udstrålende smerter med paræstesi. Cauda equina syndrom - pludseligt indsættende blære dysfunktion (inkontinens eller retention) - anal inkontinens - saddele anæstesi Progredierende neurologisk udfald (paralyse og/eller nedsat sensibilitet af underekstremiteter). Aftagende smerter med samtidigt tiltagende paralyse .