



## Kreft - Truende tverrsnittslesjon ved metastatisk kreftsykdom

D37799

Utgave:  
2.01Gjelder fra:  
05.07.2018

Side 1 av 5

### Hensikt og omfang

Hensikten med prosedyren er å bidra til bedre og lik behandling og pleie av pasienter med tverrsnittslesjon, inkludert truende tverrsnittslesjon, forårsaket av metastatisk kreftsykdom. Prosedyren omhandler ikke medisinsk behandling av tilstanden, slik som stråle- og medikamentell behandling eller kirurgi.

### Ansvar/målgruppe

Alt helsepersonell

### Handling

#### Bakgrunn

Truende tverrsnittslesjon er en ryggmargskompresjon forårsaket av en tumor i ryggspylen, oftest en metastase, men også noen primærtumores kan gi denne tilstanden. Den kan forårsake kollaps av en eller flere ryggvirvler og ustabilitet som truer eller forårsaker nevrologisk funksjonshemming (1). Ved metastatisk kreftsykdom forekommer dette hos ca. 5 %, men rammer oftest pasienter med kreft i lunge, prostata og bryst. En tverrsnittslesjon kan, avhengig av hvor kompresjonen sitter og skadeomfanget av ryggmargen, medføre pareser, sensibilitetsforstyrrelser og påvirke blære- og tarmfunksjoner hos pasienten (1).

#### Introduksjon

Pasienten og pårørende skal få god informasjon og veiledning vedrørende sykdom, behandling og restriksjoner (1, 2). Pasienten skal om han ønsker det være delaktig i beslutninger vedrørende behandling og videre oppfølging (2). Symptomer bør kartlegges ved bruk av [ESAS](#).

#### Symptomer

- Ryggsmerter, spesielt over bryst (1)
- Endret smertemønster hos pasienten
- Alvorlig vedvarende smerter i korsryggen
- Smerte forverret av anstrengelse, for eksempel ved avføring, hoste eller nysing
- Nattlige ryggsmerter som forhindrer søvn (1)

#### Akutte nevrologiske symptomer

- Nedsatt kraft i ekstremiteter (1)
- Vanskeligheter med å gå
- Nedsatt sensibilitet

- Blære- og tarmdysfunksjon (1)

### Vurdering av pasientens prognose

Ved utbredt sykdom, liten sannsynlighet for bedring og kort forventet levetid bør det **legges vekt på livskvalitet** fremfor strenge restriksjoner (1, 4).

### Stabiliteten i columna

- **Oppegående pasienter uten nevrologiske utfall skal ikke ha strengt sengeleie**
- Hos andre pasienter kan det være aktuelt at pasienten har strengt sengeleie (tømmerstokkregime), frem til stabiliteten av columna er vurdert av lege
- Behov for strengt sengeleie vurderes av lege ut fra risiko for økte nevrologiske utfall og grad av smerte
- Ved strengt sengeleie kan hevet hodeende tillates **inntil 30°**
- **Dersom flatt sengeleie fremkaller økt smerte, bør hodeenden heves inntil smertereduksjon**
- Når columna anses som stabil nok (vanligvis avklart 2–4 dager etter oppstart stråleterapi), innledes snarlig og gradvis mobilisering til smertegrensen.  
**Observer økende smerter og/eller nevrologiske utfall ved mobilisering!**

### Bruk av halskrave og korsett

- Manglende dokumentasjon på effekten av halskrave og korsett, gjør at pasientens ønsker må tas hensyn til i vurderingen om dette skal benyttes (3, 4)
- Halskrave kan være aktuelt ved tverrsnittslesjoner i cervicalt nivå. Enkelte pasienter opplever dette som smertelindrende. Behovet for halskrave avgjøres av nevrolog/ nevrokirurg.
- Korsett brukes generelt ikke preoperativt, men kan brukes postoperativt etter ordinasjon fra kirurg
- Korsett tilpasses av ortopediingeniør eller fysioterapeut etter henvisning
- Korsettet settes på i ryggliggende, i sittende eller stående, innledningsvis av kompetent personale. Pasienten instrueres i påsetting ved egen hjelp.

### Sengeleie og leiring

- Pasienten skal henvises tidlig til fysioterapi (1)
- Pasienter som får ordinert strengt sengeleie skal ha elektrisk styrt seng med trykkavlastende madrass
- For å unngå opphopning av slim i lunger kan fysioterapeut instruere i aktuelle pusteøvelser, vurdere bruk av minipep (1) og behov for lungefysioterapi

### Forflytning i seng

- Pasienten skal få instruksjon i forflytning i seng til sideleie med tømmerstokksregime (1). Tømmerstokkregime innebærer forflytning til sideleie uten rotasjon eller fleksjon/ekstensjon i columna. Pleiepersonalet utfører forflytningen til sideleie ved å rulle pasienten med trygg håndplassering over pasientens hofteparti og rygg/skulder.

**Film:** [Tømmerstokkregime 1](#)

- Hvis pasienten har førlighet i bena kan han selv, ved hjelp av bøyde knær og hofter og med føtter i madrass samt strake armer opp i luften som vektarmer, rulle seg over til sideleie

**Film:** [Tømmerstokkregime 2](#)

- Ved forflytning oppover i seng tippes sengen noe bakover, pasienten løftes rolig og lakennært med hjelp av stikkklaken og to personer

**Løftebøyle (søsterhjelp) anbefales ikke brukt ved cervicale eller thorakale lesjoner.**

### Aktivitet under sengeleie

- Etter instruksjon fra fysioterapeut, kan sykepleiere hjelpe pasienten til passende aktivitet og øvelser. Passive ved pareser/paralyser, ellers aktive.

### Aktivitet som fremkaller smerte avbrytes (1)!

- Individuelt tilpassede passive eller aktive bevegelser av over- og underekstremiteter, utføres i ryggliggende og med lav belastning av columna
- Fotpute av kompakt skumplast ved sengens fotende er et hjelpemiddel for å forhindre at pasienten sklir ned i sengen og som motstand ved tråkking for god muskel-/venepumpe
- Det anbefales styrketrening av armer ved statisk motstand mot madrass og uten bevegelse av columna. Lette manualer for armtrening vurderes kun ved affeksjon i lumbalt nivå.
- Behov for kontrakturprofylakse vurderes, eventuelt tilpasning av fotpute ved droppfot
- Det gis instruksjon i selvtrening, helst også skriftlig program

### Oppfølging

#### Tromboseprofylakse

- Sengeliggende pasienter bør ha antitrombosestrømper i lår- eventuelt knelengde, med mindre det er kontraindisert (1)
- Pasienter med høy risiko for venøs trombosemboli bør ha subkutan tromboseprofylakse med lavmolekylært heparin i tillegg
- Varigheten av tromboseprofylaktisk behandling vurderes individuelt ut fra aktuelle risikofaktorer, generell helsetilstand og mobilisering av pasienten (1)

#### Trykkavlastning og forebygging av trykksår

- Pasienter som får ordinert strengt sengeleie er særlig utsatt for trykksår (1)
- Prosedyren [Sår - Trykksår, forebygging og sårpleie](#) skal følges i forhold til: **risikovurdering, vurdering av pasientens hud, hudpleie, ernæring, trykkavlastende underlag, stillingsforandringer i seng/ stol og mobilisering**
- For pasienter med ordinert strengt sengeleie må stillingsforandringer i seng være i tråd med restriksjoner (1)

## Blærefunksjon

- Vurder blærefunksjon ved innkomst. Innhent nøyaktig anamnese: siste vannlating, inkontinensepisoder, hyppighet, smerter ved vannlating, magesmerter (1).
- Evaluer blærefunksjon minst x 1 per døgn for eventuelle forandringer
- Dersom inkontinens, legg inn et permanent kateter
- Dersom det viser seg å være permanent muskelatoni, vurder etter hvert intermitterende kateterisering eller innleggelse av suprapubiskateter
- Bekken/ urinflaske må være lett tilgjengelig ved strengt sengeleie. Ved bruk av bekken forutsettes det at tømmerstokkteknikk benyttes (1)

## Tarmfunksjon

- Vurder tarmfunksjon ved innkomst. Innhent nøyaktig anamnese: siste avføring, frekvens, konsistens, kvalme /oppkast, magesmerter, tidligere plager (1).
- Evaluer tarmfunksjon minst x 1 per dag
- For forebygging og behandling av obstipasjon følg anbefalinger fra: [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen](#) (5).

## Smertelindring

- Følg anbefalinger fra: [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen](#) (5)
- Kompresjon av ryggspylen kan medføre sterke smerter som kan være vanskelig å behandle. Kontakt i så fall smerte-/palliativt team.

## Mobilisering

- Pasient og helsepersonell skal samarbeide om å finne riktig aktivitetsnivå
- Gå fra gradvis økt vinkel på sengerygg til sittende, til sittende på sengekant og til stående. Sengens ryggdel høynes gradvis til ca 45° og sengens «kneledd» vinkles og pasienten får prøve denne sittestilling, senere videre til 60° (1). Ved eventuell forverring av smerte og/eller nevrologiske utfall, returneres pasienten til tidligere stilling for ny vurdering (1). Hvis høyning av sengens ryggvinkel er uproblematisk, mobiliseres pasienten videre til sengekant.
- Førstegangs forflytning av pasient til sittende på sengekant utføres fortrinnsvis av fysioterapeut sammen med sykepleier via rulling til sideleie (tømmerstokkteknikk). Pasienten setter seg opp med hjelp av 2 personer, én ved overkropp og én støtter beina ut over sengekanten.  
**Film:** [Tømmerstokkregime 3](#)
- Ved affeksjon i kun cervicalcolumna kan pasienten mobiliseres opp til sittende ved å heve sengens ryggdel og beina føres ut over sengekanten. Pasienten får sitte litt, blodtrykk og smerte vurderes. Sirkulasjonsfremmende øvelser og gode pusteøvelser anbefales. Balanse i sittende vurderes.
- Ved forflytning til stående anvendes tilpasset ganghjelpemiddel (prekestol eller rullator med underarmstøtte). Det anbefales at to personer medvirker for trygg mobilisering første gang.
- Ved varige pareser bør rullestol med høy, vinkelregulerbar rygg, samt beinstøtter tilpasses pasienten
- Vurder behovet for andre hjelpemidler som sklibrett, droppfotskinne, gripetang og lignende

- Instruksjon i selvtrening, gjerne etter skriftlig program i stående og gående med støtte  
**Film:** [Tømmerstokkregime 4](#)
- Etter hvert kan pasienten sitte i korte perioder, i god lenestol med høyt sete og god ryggstøtte
- Vurder muligheten for opphold/øvelser i basseng under sykehusoppholdet

### Videre opptrening

- Pasienter med lang forventet levetid bør vurderes for videre opptrening ved egnet institusjon (1)
- Pasienter med kort forventet levetid anbefales vanligvis ikke opphold ved opptreningsinstitusjoner (1)
- Nettsiden: [www.physiotherapyexercises.com](http://www.physiotherapyexercises.com) anbefales for innhenting av øvelser
- Overflytting planlegges ut fra behov for videre medisinsk behandling og opptrening

### Utskrivelse

- Legeepikrise, fysioterapiepikrise og sykepleiesammenfatning sendes til kommunehelsetjenesten og en eventuell opptreningsinstitusjon
- Fysioterapiepikrisen skal ha med kort anamnese og beskrivelse av behandling, opplysninger om fysioterapitiltak under oppholdet, status ved utreise og forslag til videre aktivitet og opptrening
- Virksomhetens/enhetens rutiner ved utskrivelse skal følges

Opprinnelig prosedyre med tilhørende dokumenter (metoderapport, søkehistorikk og relaterte vedlegg) ligger på fagprosedyrer.no

<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/truende-tverrsnittslesjon-ved-metastatisk-kreftsykdom>

### Referanser

<a href="#">SI/17.13.01-17</a>	<a href="#">Sår - Trykksår, forebygging og sårpleie</a>
<a href="#">SI/17.15-03</a>	<a href="#">ESAS- Edmonton Symptom Assessment System</a>
<a href="#">SI/17.28.03-04</a>	<a href="#">Pasientinformasjon - ESAS</a>
<a href="#">SI/17.29-12</a>	<a href="#">ESAS - grafisk oversikt over registrerte symptomer</a>
<a href="#">SI/17.29-13</a>	<a href="#">ESAS - smertere registrering, hvordan har du det i dag?</a>

### Litteraturliste

1. NICE (2008). National Collaborating Centre for Cancer. Metastatic spinal cord compression. Diagnosis and management of adults at risk of and with metastatic spinal cord compression. NGC:007194
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (2011). Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon.
3. Lee SH, Cox KM, Grant R, Kennedy C, Kilbride L. (2012) Patient positioning (mobilisation) and bracing for pain relief and spinal stability in metastatic spinal cord compression in adults. Cochrane Library.
4. Kilbride L, Cox M, Kennedy CM, Lee SH, Grant R.J (2010). Metastatic spinal cord compression: a review of practice and care. Clin Nurs;19(13-14):1767-83.
5. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2012). Helsedirektoratet.