

Kortversjon av Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser

Anbefalinger for primærhelsetjenesten

Heftets tittel: Kortversjon av Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser.
Anbefalinger for primærhelsetjenesten

Utgitt: 12-2015
Publikasjonsnummer: IS-2410
ISBN-nummer: 978-82-8081-415-9

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Arbeidsgruppe/
forfattere: Satya Sharma (leder)
Bård Torgeir Bjørnara
Hilde Stendal Robinson
Håkon Hjemly
Klara Hammerlund
Lars Eldar Myrseth
Morten Glasø
Niels Gunnar Juel
Trine Bjørner
Trygve Kongshavn
Ingeborg Taksdal
Ole-Jacob Norum

Redaktører for kortversjon: Satya Sharma, allmennlege
Bente Bryhn, seniorrådgiver Helsedirektoratet

INNHold

INNLEDNING	4
ANBEFALINGER	6
Generelt	6
Nakke	6
Rygg	7
Skulder	7
Albue	8
Hånd/håndledd	8
Bekken og hofte	8
Kne	9
Ankel og fot	9
Osteoporose	9
Bekhterevs sykdom / ankyloserende spondyloartritt	9
Revmatoid artritt (RA)	10

INNLEDNING

Denne kortversjonen av *Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser (IS-1899)* er laget for å gi fastlegene og andre som henviser til bildediagnostikk en rask innføring i retningslinjen. Alle anbefalingene fra langversjonen er her samlet i ett dokument.

I kortversjonen er det ikke referanser eller metode-kapittel. Dette finner man i den fullstendige langversjonen av retningslinjen.

Det har vært en generell økning i bruk av bildediagnostiske undersøkelser de siste ti årene både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er også vist betydelige geografisk variasjon i Norge knyttet til hvordan bildediagnostiske undersøkelser brukes.

Muskel- og skjelettlidelser står for om lag 19 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis. Dette gjenspeiles også i bruken av bildediagnostikk. Ikke-traumatiske (atraumatiske) muskel- og skjelettlidelser er langvarige plager eller/smerter som ikke skyldes akutte skader i for nakke, rygg og ekstremiteter (ekstremitetsledd).

Nasjonale faglige retningslinjer skal være et verktøy for tjenesteyterne. Retningslinjene skal bidra til å sikre at helsetjenestene har god kvalitet og at det gjøres riktige prioriteringer at det ikke er uønsket variasjon i tjenestetilbudet og bidra til helhetlige pasientforløp. De nasjonale faglige retningslinjene inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som er normerende og etablerer en nasjonal standard for utredning og behandling.

Anbefalingene gjelder bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser hos voksne pasienter. Anbefalingene i retningslinjen er ikke tilpasset barn og ungdom. Nukleærmedisinske undersøkelser er ikke omtalt siden disse i hovedsak anvendes i spesialisthelsetjenesten.

Diagnostikken ved de fleste muskel-skjelettplager er i utgangspunktet basert på sykehistorie og funn ved klinisk undersøkelse. Slik får man også informasjon om smerte, funksjon og arbeidsevne. Dette er vel kjent for mange tilstander, og det samme gjelder de fleste degenerative leddplager. Likevel rekvireres svært mye MR for disse tilstandene.

Foruten lettere tilgjengelige MR-undersøkelser, er manglende kunnskap om modalitetens muligheter og begrensninger, påtrykk fra pasienter og pårørende og andre behandlere ofte nevnt som faktorer som kan bidra til unødvendig rekvirering av enkelte undersøkelser.

For fastleger og andre som henviser kan det til tider være krevende å påta seg den portvaktfunksjonen man er forventet å ha. God beslutningsstøtte i oppdaterte faglige retningslinjer skal bidra til at portvaktfunksjonen skal kunne ivaretas av legene på en god måte.

Riktig bruk av bildediagnostikk ved langvarige smerter i muskel-skjelett hos voksne er krevende og omdiskutert. Hvis pasientens diagnose er sikker og det er god respons på behandling, er bildediagnostikk som regel ikke indisert. Hvis klinikerer er usikker på diagnosen, hvis sykdomsforløpet er uvanlig, eller hvis det er dårlig respons på behandlingen, er dette ofte indikasjoner for bildediagnostikk.

ANBEFALINGER

Generelt

Utgangspunktet for diagnostikken er en grundig sykehistorie og klinisk undersøkelse. Dersom henviseren ønsker å avklare differensialdiagnoser, utelukke alvorlig sykdom, planlegge videre behandling eller gjøre utvidete vurderinger ved manglende respons på behandling, kan det være aktuelt å henvise til bildediagnostikk. Henvisningen må inneholde en kortfattet sykehistorie, relevante kliniske opplysninger og en tentativ diagnose med en klart formulert problemstilling.

Bildediagnostikk bør kun vurderes hvis

1. det gir klinisk viktig informasjon utover det en får ved sykehistorie og klinisk undersøkelse,
2. denne informasjonen potensielt kan endre håndteringen av pasienten, og
3. denne endrede håndteringen har rimelig sannsynlighet for å bedre pasientens helsetilstand.

Bildediagnostikk bør alltid vurderes dersom det er mistanke om alvorlig patologi som malignitet, infeksjoner i ledd, større prolaps eller økende pareser. Det tilrådes å ha kontakt med spesialisthelsetjenesten samtidig. Ved cauda equina og infeksjoner i større ledd bør håndteres som øyeblikkelig hjelp.

Nakke

Radiologisk diagnostikk ved nakkesmerter er i hovedsak rettet mot nerverotsaffeksjon eller ved mistanke om alvorlig sykdom:

- Ved klinisk mistanke om røde flagg bør pasienten raskt henvises til spesialistvurdering og eventuelt til MR-undersøkelse etter konferanse med spesialist.
- MR anbefales for påvisning av skiveprolaps og degenerative forandringer som kan affisere nerverøtter.
- MR anbefales for pasienter med vedvarende smerte og eventuelt pareser etter 4–6 uker.
- Dersom tilstanden ikke bedres i løpet av 2–3 måneder, bør pasienten henvises til utredning hos spesialist.
- Bildediagnostikk er som regel ikke indisert ved nakkesmerter (WAD)grad 1 og 2.

- Ved nakkeslengassosierte skader (WAD) grad 1 til 2 anbefales ikke røntgenundersøkelse rutinemessig, med mindre det dreier seg om personer over 65 år og personer med skjelettsykdommer.
- Ved WAD grad 3 og 4 bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten.

(I 1995 ble begrepet *whiplash associated disorders* (WAD) lansert (32;33). WAD baseres på en klinisk anatomisk klassifisering av nakkeslengassosierte skader og graderes fra 0 til 4:

WAD 0 = Ingen nakkesymptomer eller kliniske funn.

WAD 1 = Nakkesmerter, stivhet i nakken og/eller følelse av ømhet. Ingen kliniske funn.

WAD 2 = Nakkesymptomer og funn fra muskel- og skjelettsystemet: innskrenket nakkebevegelighet og triggerpunkter.

WAD 3 = Nakkesymptomer og nevrologiske tegn: svekkede senereflekser, motoriske og sensoriske utfall. Her hører også andre symptomer inn, blant annet hørselssvekkelse, svimmelhet, øresus, hodepine, nedsatt hukommelse, svelgevansker og kjeveleddsmerter.

WAD 4 = Nakkesymptomer og funn ved bildediagnostikk (dislokasjon/fraktur.)

Rygg

- Bildediagnostikk anbefales ikke ved akutte eller subakutte korsryggsmerter og i utgangspunktet heller ikke initialt ved nerverotsaffeksjon uten *røde flagg*.
- Bildediagnostikk anbefales ved *røde flagg* og ved symptomer som ikke bedres etter 4–6 uker. MR bør være førstevalget hvis en vurderer prolapskirurgi. Røntgen anbefales hovedsakelig ved mistanke om strukturell deformitet, spondylolistese, iliosakralleddartritt eller fraktur, mens CT anbefales ved mistanke om fraktur i bue og som alternativ til MR ved nerverotsaffeksjon.
- Pasienten bør henvises til *øyeblikkelig hjelp* ved mistanke om cauda equina-syndrom / progredierende pareser / paralyse.
- Modic-forandringer som framkommer på MR, gir ingen holdepunkter for å endre den nåværende praksisen når det gjelder utredning eller behandling av pasienter med langvarige ryggsmerter.

Skulder

- Røntgen anbefales ved gradvis økende smerter uten sikker utløsende årsak, og spesielt ved nattesmerter (*røde flagg*) hos personer under 30 år. Dette kan gi mistanke om sarkom eller infeksjon. Ved negativt røntgenbilde, men vedvarende mistanke om infeksjon eller ondartet sykdom bør MR tas.
- Ved skuldersmerter etter traumer eller spontant hos personer over 60 år og ved kraftsvikt ved undersøkelse kan fulltøkkelsesruptur av rotator cuff mistenkes. Ultralyd eller MR anbefales for ytterligere diagnostikk.
- Smerter over AC-leddet og smerter ved palpasjon av leddet kan være tegn på AC-leddartrose. Røntgen vil kunne påvise eventuell artrose. Ultralyd og MR kan påvise væske i leddet, og MR kan påvise beinmargssødem som er assosiert med smerter.
- Skuldersmerter hos personer over 70 år kan være et tegn på GH-leddartrose. I dette tilfellet anbefales røntgen.
- Subacromialt innklemmingssyndrom, frossen skulder og myalgier er kliniske diagnoser. Bildediagnostikk gir i slike tilfeller lite nyttig informasjon og anbefales ikke.

Albue

- MR anbefales ved bløtdelssmerter hvor en mener det ikke er behov for spesialistutredning, og hvor bildediagnostikk vil gi avgjørende informasjon om tilstanden.
- Røntgen anbefales ved mistanke om artrose eller fritt legeme. CT og MR kan gi ytterligere informasjon, men anbefales ikke i primærutredningen.
- Det anbefales ikke bildediagnostikk i primærutredningen av epikondylære tendinopatier eller ved bursitter. Samme anbefaling gjelder ved klinisk mistanke om inflammatorisk leddsykdom (bør henvises reumatolog) eller spørsmål om malign tilstand (henvises sykehusavdeling). Hvis pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten, kan en gjøre avtale om bildediagnostikk i ventetiden.

Hånd/håndledd

- Røntgen anbefales ved mistanke om artrose eller oversett bruddskade. Dersom en ikke oppnår noen diagnostisk avklaring, kan en vurdere MR.
- Røntgen anbefales ved mistanke om fremmedlegeme (metall, glass og stein). Ultralyd kan også påvise plast- og tregjenstander.
- Det anbefales ikke bildediagnostikk i primærutredningen ved enklere tilstander som tendinopatier, ganglioncyster og triggerfinger. Samme anbefaling gjelder ved uklare tilstander som likevel må henvises til spesialist eksempelvis (ved uklare smertetilstander på ulnarissiden og mistanke om) inflammatorisk leddsykdom eller malign lidelse. Etter avtale med sykehusavdelingen kan det likevel være aktuelt med bildediagnostikk mens en venter på spesialistvurderingen.
- Ved mistanke om karpaltunnelsyndrom anbefales måling av nerveledningshastighet.

Bekken og hofte

- Bildediagnostisk utredning hos kvinner med graviditetsrelaterte muskel- og skjelettsmerter i bekkenet anbefales ikke.
- MR anbefales hvis det foreligger røde flagg / kliniske varselsymptomer. Ved mistanke om revmatisk sykdom bør pasienten henvises til spesialist. Bildediagnostisk utredning med MR kan eventuelt startes i samråd med spesialist.
- Halebeinssmerter er først og fremst en klinisk diagnose, og bildediagnostikk er som regel unødvendig.
- Ved langvarige smertetilstander i halebeinet kan MR være indisert.
- Bildediagnostikk er sjelden indisert ved ikke-traumatiske muskulære tilstander.
- Ved mistanke om artrose er røntgen førstevalg med tanke på protesekirurgi.
- Når artrose er bekreftet, er det unødvendig med oppfølgende bildediagnostikk før pasienten eventuelt skal vurderes for kirurgi.
- MR anbefales ved usikker klinisk diagnose i hofteregionen, fordi en kan påvise forandringer som er forenlige med tidlig artrose, og fordi det er mest effektivt med tanke på å påvise eventuelle andre tilstander i leddet.
- MR anbefales dersom en mistenker stressfrakturer eller patologiske frakturer.

- Ved langvarige lyskesmerter og funksjonssvikt samt mistanke om labrumskade bør pasienten henvises til spesialist.

Kne

- Røntgen med stående akser anbefales dersom en vurderer å behandle artrose kirurgisk.
- MR anbefales dersom røntgenundersøkelsen ikke kan forklare pasientens symptomer og en mistenker signifikant patologi i bløtvev, brusk eller beinmarg.
- MR anbefales ved mistanke om meniskskade som må behandles.
- MR anbefales for å utrede differensialdiagnostiske tilstander innen bløtvevspatologi og ved kroniske smerter med usikker diagnose.

Ankel og fot

- All vurdering av ankel må baseres på en god klinisk undersøkelse. Etter en ankelskade kan mange strukturer være affiserte, også de forskjellige senene. Dette er som regel kliniske diagnoser, og bildediagnostikk anbefales ikke.
- Vanlig røntgen er standard bildediagnostikk ved langvarige smerter.
- Dersom røntgenundersøkelsen er negativ, anbefales MR ved langvarige smerter og ved vedvarende smerter etter skader.
- Ved uforklarlige smerter må en ha stressfraktur og svulst i mente. MR eller CT er foretrukket modalitet.
- Artrose i ankelledd forekommer hyppig etter ankelskader med og uten brudd. Ved mistanke om dette er vanlig røntgen indisert.
- Artritter oppdages ofte ikke på røntgen eller MR, men artritt i øvre ankelledd kan sees på ultralyd.

Osteoporose

- Hensikten med å diagnostisere og behandle osteoporose er å forebygge framtidige brudd. Måling av beinmineralitet bør bare utføres hos dem som ønsker spesifikke tiltak mot osteoporose.
- Personer med disponerende faktorer som genetisk disposisjon, lav BMI, menopause før 45 år, røyking, inntak av corticosteroid og falltendens
- BMD bør måles i hofte og/eller rygg. Som hovedregel bør det gå to år eller mer mellom hver måling av BMD.
- Vanlig røntgen kan ikke benyttes til å vurdere beinmineralitet, men er nødvendig for å påvise eventuelle kompresjonsbrudd.

Bekhterevs sykdom / ankyloserende spondyloartritt

- Ved kroniske inflammatoriske rygg smerter bør iliosakralleddene undersøkes med MR.

Revmatoid artritt (RA)

- Ved mistanke om eller sikker RA (*benyttet kliniske kriteriesett basert på sykehistorie og funn av klinisk synovitt, analyse av anti-CCP-antistoffer og RF og målt akutfasereaksjon (CRP)*) bør pasienten snarest henvises til spesialisthelsetjenesten for å få en nærmere utredning og eventuell behandling. Bildediagnostisk utredning i primærhelsetjenesten anbefales ikke.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no