

Vårdprogram för skolios vid Cerebral Pares i Sverige

Bakgrund

En enkätundersökning 2016 till samtliga ryggenheter i Sverige som opererar neuromuskulär skolios visade att de flesta som indikation för operation av skolios vid Cerebral pares (CP) har en Cobbvinkel på 40-45 grader med progressrisk. En analys i SweSpine visar att den preoperativa Cobbvinkeln vid operation av 265 personer med CP i Sverige i praktiken var i genomsnitt 70 grader. Enkätundersökningen visade också stora variationer i väntetid till operation. Vi har i CPUP sett barn som luxerat höften under väntetid på skoliosoperation, och barn med fixerad bäckentippning som skapar kvarstående sittproblem då det inte gått att korrigera felställningen fullständigt vid sen operation. Nya tekniker med förlängningsstag kan göra det möjligt att operera tidigare utan att bromsa ryggens tillväxt i samma utsträckning som tidigare. Noggrann eftertanke krävs dock, då dessa tekniker är förenade med en betydligt högre risk för implantatrelaterade komplikationer än en steloperation.

Eftersom alla med CP följs med upprepade kontroller av ryggen i CPUP och uppgifter kring operation rapporteras till SweSpine har vi unika förutsättningar att skapa ett uppföljningsprogram för CP i landet. Vi har också unika förutsättningar att i samarbete mellan CPUP och SwePine utvärdera vårdprogrammet: Målet är att fånga dem som behöver opereras och att operera dem i tid. Det betyder att vi också måste fördela operationer så att de enheter som har långa väntetider avlastas.

Detta vårdprogram är framtaget i samarbete mellan CPUP och Sveriges skolioskirurger

1. Uppföljning inom CPUP

Barnen följs med klinisk undersökning enligt bedömningsmallen för fysioterapiformuläret.

Personen undersöks i sittande. I CPUP graderas skoliosens storlek enligt följande:

Lätt skolios: Skolios som endast ses vid framåtböjning med rakt bäcken.

Måttlig skolios: Skolios som är uppenbar både vid framåtböjning och med upprättad rygg.

Uttalad skolios: Skolios som kräver sidostöd vid upprätt sittande eller stående en längre stund.

Barn som har en korrigerbar lätt skolios följs vidare enbart kliniskt, oavsett ålder.

Barn < 8 år som har en korrigerbar måttlig skolios följs vidare enbart kliniskt.

Barn < 8 år som har en icke korrigerbar och/eller uttalad skolios undersöks med ryggröntgen i sittande (frontal och sida).

Barn > 8 år som har en måttlig eller uttalad skolios undersöks med ryggröntgen i sittande (frontal och sida).

Efter röntgen avgörs fortsatt handläggning av röntgenfyndet.

2. Indikation för remittering för ställningstagande till operation

- a) Skolios med Cobbvinkel > 40 grader
- b) Skolios > 30 grader med rigid bäckensnedställning (pelvic obliquity >10 grader)
- c) Skolios > 30 grader med bäckensnedställning och höftlateralisering > 40%

Observera att ovanstående avser indikation för remittering. Skolios > 30 grader är satt som förslag under b-c för att undvika progress till hög Cobbvinkel under väntetid och utredning fram till operation.

Undantag: Barn som uppenbart är i för svagt allmäntillstånd för att genomgå skoliosoperation.

3. Indikationer för operation

A. Personer med CP som kommit upp prepubertalt och i tillväxtpurt:

Progredierande skolios med Cobbvinkel > 40 (-50) grader. Om skoliosen är helt flexibel och barnet inte har problem med korsett, sittande eller smärtor kan operation ske senare

Om skoliosen omfattar bäckenet med rigid bäckensnedställning stärks behovet av tidig operation.

Om det utöver skolios finns en höftlateralisering med Migrationsprocent >40% förstärks behovet av snar operation ytterligare eftersom skoliosoperationen måste ske före höftoperation.

B. Barn med CP och mycket kvarvarande tillväxt, Early Onset Scoliosis (EOS)

Operation med tekniker som tillåter förlängning av implantaten under tillväxten kan övervägas.

Uppföljning

I CPUP kartläggs att klinisk uppföljning och remiss för röntgenkontroll sker enligt vårdprogramet, samt att remittering övervägts enligt punkt 2 ovan.

I SweSpine kartläggs preoperativ Cobbvinkel, ålder vid operation, operationstyp och opererade nivåer, peroperativ blodförlust, operationstid och antal implantat. Preoperativ och postoperativ livskvalitet kartläggs med enkäterna EQ-5D och SRS-22r.

I CPUP följs kliniskt utvecklingen av rygg och höfter under åren efter operation.