



SPINAALISTENOOSIN HOITO – mitä uutta?

Kuva: Dollarphotoclub

Leikkaushoidossa uutta on kevyemmän kirurgian yleistyminen. Aiemmin rutiinimaisestikin tehdyt luudutusleikkaukset ovat nykyäskäytännön mukaan useimmiten tarpeettomia ja niissä selvittää pienemmällä hermovapautuksella. Pienemmästä leikkauksesta toipuminen on helpompaa, jolloin se voidaan tehdä iäkkäämmälle ja huonompikuntoisellekin potilaalle. Leikkausten huono saataavuus sen sijaan on edelleen ennallaan ja liian moni vaikeasti oireileva potilas jää ilman asianmukaista ja aiheellistakin leikkaushoitoa.

SPINAALISTENOOSI on tavallinen ikääntymiseen liittyvä selkäsairaus. Useimmat sairastuneista saavat lieviä oireita, joiden kanssa pärjää ja oppii elämään. Oireille tyypillistä on vaihtelevuus, jossa huonot päivät ja viikot limittyvät parempiin aikoihin ja kokonaisuus voi säilyä pitkään siedettävänä. Pienellä osalla potilaista oireilu voi vaikeutua toimintakykyä rajoittavaksi, jolloin nimenomaan kävelykipu ja kävelymatkan rajoittuminen johtavat leikkaushoidon harkintaan.

Oireiden vaikeutta voi arvioida yleisesti käytössä olevalla kyselylomakkeella, joka mittaa selkävastausta aiheuttavaa häiriötä arkipäivän toiminnossa ([www.terveystieteiden tutkimuskeskus.fi/xmedia/ykt/oswestry](http://www terveystieteiden tutkimuskeskus.fi/xmedia/ykt/oswestry)).

Oswestry-lomakkeen kysymykset eivät aina ole helppoja vastattavia, mutta mittari on sinänsä todettu päteväksi työkaluksi selkäkipupotilailla. Jos haittaprosentti ylittää 40 prosenttia, alkaa leikkaushoito olla perusteltu vaihtoehto ja yli 60 prosentin haitalla harvoin enää selvittää ilman leikkausta.

Leikkauksessa selkäydinkanavan ahtausta helpotetaan

Leikkaushoidossa oleellista on hermojen vapautus. Tämä tehdään poistamalla kulumasairauden myötä paksuuntunutta

sidekudosta ja nikamien välisten pikkunivelten luureunoja, jotka ahtaavat selkäydinkanavaa. Useimmilla sairastuneilla on myös välilevyn eriasteista pullottelua, joka tuo oman lisänsä selkäydinkanavan ahtauteen. Näille pullistumille tai välilevyn protruusioille ei yleensä ole tarpeen tehdä mitään, koska oikein tehty hermovapautus jo itsessään tuo helpotuksen oireisiin.

Leikkaus voidaan tehdä perinteisenä avoleikkauksena tai sitten mikrokirurgisena pienempänä toimenpiteenä. Eri tyyppisten hermovapautusten tulokset ovat yhtä hyvät edellyttäen, että vapautus on tehty hyvin ja riittävästi. Mikrokirurginen leikkaustekniikka on usein

houkuttelevampi, koska sen avulla hyvä tulos on saavutettavissa mahdollisimman pienellä toimenpiteellä. Mikrokirurgia vaatii teknistä osaamista, mutta hyvin vaikeidenkin ahtaamien hoito onnistuu turvallisesti kokeneelta lääkäriltä.

Selkäydinkanavan ahtautumiseen liittyy usein kulumaperäisen nikamasiirtymän kehittyminen. Erityisen tavallista tämä on neljännen ja viidennen lannenikaman välissä, jolloin neljäs nikama on siirtynyt eteenpäin suhteessa viidenteen. Aikaisemmin tällaista nikamasiirtymää pidettiin osoituksena välin yliliikkuvuudesta ja selän epätukevuudesta. Leikkaushoitoon kuului tässä tilanteessa automaattisesti paitsi hermojen vapautus, myös siirtymävälän luudutusleikkaus. Pelättiin, että ilman luudutusta selkä voisi jäädä epätukevaksi ja kipeäksi ja siirtymä saattaisi mahdollisesti lähteä kasvamaan, mikä voisi johtaa uusiin ongelmiin. Näistä syistä uskottiin luudutusleikkauksen tarpeellisuuteen ja tehtiin rutiinimaisesti varsin raskasta selkäkirurgiaa, josta toipuminen vie huomattavan paljon pitempään kuin pelkästä hermovapautuksesta toipuminen.

Luudutusleikkausta ei pitäisi tehdä rutiinimaisesti

Luudutusleikkauksen tarve on kuitenkin osoittautunut uskomukseksi vailla pohjaa. Japanilaisista tutkimuksista tiedämme, että nikamasiirtymä voi kasvaa muutaman millimetrin ensimmäisen leikkauksen jälkeisen vuoden aikana, mutta sen jälkeen tilanne vakiintuu eikä enää muutu.

Ruotsissa käytössä oleva selkäleikkaukserekisteri on osoittanut myös varsin vakuuttavasti sen, että luudutusleikkaus ei tuo nikamasiirtymäpotilaalle merkittävää lisähyötyä eikä sitä pitäisi enää rutiinimaisesti tehdä. Tämä suositus on merkittävin muutos hoitokäytäntöön viime vuosina, koska se oikeuttaa tekemään kevyempää kirurgiaa. Kevyempää leikkausta uskaltaa nyt suositella myös niille iäkkäille ja

”Leikkaus täytyy pystyä aina perustelemaan potilaalle ymmärrettävästi.”

”Spinaalisten leikkauksien päätös on räätälöitävä yksilöllisesti ja se täytyy perustaa huolelliseen haastatteluun ja kliiniseen tutkimukseen.”

hauraille potilaille, joille luudutusleikkaus olisi liian raskas ja riskialtis toimenpide.

Luudutusleikkausta ei voi kuitenkaan täysin hylätä, koska joskus sillekin on tarvetta. Jos selässä on selvä epätukevuus tai vaikea skolioottinen asentovirhe, joudutaan edelleenkin helposti luudutusleikkaukseen. Päätös luudutuksesta tehdään potilaan oireiden ja kliinisen tutkimuksen löydösten mukaan, pelkkien röntgen- tai magneettikuvien perusteella päätöstä ei voi tehdä. Spinaalisten leikkauksien päätös on siten edelleen räätälöitävä yksilöllisesti ja se täytyy perustaa huolelliseen haastatteluun ja kliiniseen tutkimukseen.

Leikkaushoidon keventämiseen on siis hyvät perusteet olemassa, mutta valitettavasti tutkimustieto välittyy käytäntöön aina viiveellä. Vanhaa, ”varmuuden vuoksi” tehtävää luudutusta tarjotaan edelleen helposti, koska muutoksen omaksuminen vie aikaa. Potilaan asema tässä tilanteessa on vaikea, koska lääkärin ehdottama leikkaus on vaikea kyseenalaistaa. Leikkaus täytyy kuitenkin pystyä aina perustelemaan potilaalle ymmärrettävästi. Jos perustelu tuntuu epämääräiseltä tai asiasta muuten jää epäilyttävä olo, kannattaa muistaa mahdollisuus kysyä toista mielipidettä. Varmistuksen hakeminen ei ole epäluottamuslause ensimmäiselle lääkärille eikä siihen pitä sellaisenaan suhtautua. Selkäleikkauksen päätös on joskus monimutkainen ja vaikeissa päätöksissä voidaan tarvita miettimisaikaa ja apua muilta.

Pitkittyvien ja haittaavien oireiden syy selvitettävä

Leikkaushoidon suurin ongelma ei kuitenkaan liity luudutukseen vaan leikkauksen saatavuuteen ylipäätensä. Iäkäs ihminen jää helposti yksin vaivansa kanssa, koska oireet tulkitaan usein vanhenemiseen liittyviksi ”krempoiksi” eikä niiden syytä selvitetä kunnolla.

Pitkittyvien ja haittaavien oireiden syy on aina kuitenkin selvitettävä, jotta hoi-

to olisi asianmukaista. Moni selkäpotilas on myös saanut laihdutuskehoutuksen ennen kuin vaivoja otetaan vakavasti. Ylipainoisen ihmisen on tietysti suotavaa laihduttaa, mutta se ei valitettavasti yksin useinkaan auta selkävaivoihin. Jos selkäydinkanava on ahtaunut, pysyy se ahtaana painosta riippumatta ja oireet säilyvät, vaikka painoa saisi pudottaa. Ylipainoisen ihmisen selkävaivoihin tulisi sen tähden suhtautua samalla vakavuudella kuin muidenkin.

Oikein perustein tehty selän hermovapautusleikkaus tuo potilaalle vähintään saman suuruisen elämänlaadun parannuksen kuin lonkan tai polven tekonivelleikkaus. Tästä syystä leikkaus tulisi aina muistaa vaihtoehtona silloin, jos potilaan oireet ovat vaikeat ja jatkuvat pitkään. Ikä on hyvin harvoin este leikkaukselle ja monisairaallekin leikkaus on useimmiten tehtävissä. Vanhempi tai sairas potilas tarvitsee leikkauksen jälkeen sairaala-seurantaa, jossa voidaan hoitaa nopeasti mahdollisia komplikaatioita ja antaa leikkauksen jälkeiselle kuntoutumiselle hyvä alku. Suurin osa ahtaumaleikkauksista on siten edelleen perinteistä sairaalakirurgiaa, päiväkirurgiaan soveltuvia potilaita on hyvin vähän, jos ollenkaan.

Heikki Österman
ortopedi, osastonlääkäri
Orton

