

Hyväksytty Palkon kokouksessa 11.6.2020

Palveluvalikoimaneuvoston suositus

Lanneselän selkäydinkanavan ahtauman leikkaushoito ja sen jälkeinen kuntoutus

Palveluvalikoimaan kuuluu lannerangan selkäydinkanavan ahtauman ensisijaisena hoitona perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa toteutettava konservatiivinen hoito, johon sisältyy lyhytaikaisen levon opastus, omatoimisen kuntoutumisen ohjaus, ergonominen neuvonta sekä tarvittaessa fysioterapia ja kipulääkitys.

Leikkaushoidon harkintaan tulee ohjata potilas, jolla on yli kuusi kuukautta kestänyt merkittävästi haittaava katkokävelyoire tai jolla on edelliseen liittyen tai yksin yli kolme kuukautta kestänyt hermojuuriperäinen oire.

Leikkaus kuuluu palveluvalikoimaan ei-päivystyksellisissä tilanteissa silloin, kun konservatiivisella hoidolla ei saada riittävää helpotusta oireisiin. Leikkaukseen voidaan yksilöllisen harkinnan mukaan yhdistää luudutus.

Kotiutuessa ohjataan kaikille leikkauspotilaille kuntoutumista edistävä omatoiminen harjoittelu. Potilaiden toipumisen edistymistä tulee seurata riittävästi ottaen huomioon tehdyn leikkauksen laajuus.

Leikkauksen jälkeinen kuntoutus kuuluu palveluvalikoimaan silloin, kun potilaan toipuminen viivästyy. Kuntoutuksen toteuttamisessa voidaan noudattaa Palkon biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkävauriossa antaman suosituksen mukaisia menettelyjä.

Hyväksytty Palkon kokouksessa 11.6.2020

Sisällys

1.	Perusteet suosituksen laatimiseen	1
2.	Suosituksen kohderyhmä.....	1
3.	Arvioitavat menetelmät	1
4.	Sairauden kuvaus.....	2
5.	Hoitoprosessi ja leikkauksen vaikuttavuus ja turvallisuus	3
6.	Johtopäätökset	6
7.	Yhteenvedo suosituksesta	7
8.	Lisätiedon kerääminen ja suosituksen vaikutusten seuranta	8

STM038:00/2017

1. Perusteet suosituksen laatimiseen

Suositus korvaa sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 yhtenäisissä hoidon perusteissa julkaiseman suosituksen lannerankakanavan ahtauman kiireettömästä leikkaushoidosta¹. STM ja Palko sopivat, että Palko valmistelee ja hyväksyy kolmea lanneselän alueen leikkaushoitoa koskevat suositukset. Lanneselän välilevytyrän leikkaushoitoa ja sen jälkeistä kuntoutusta koskeva Palkon suositus² on hyväksytty 29.10.2019. Lanneselän luudutuskirurgiaa ja sen jälkeistä kuntoutusta koskeva suositus julkaistaan erikseen.

Palko on lisäksi aiemmin 1.11.2018 hyväksynyt suosituksen biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa³. Nämä neljä suositusta tulevat muodostamaan yhtenäisen kokonaisuuden.

Palko on teettänyt suosituksen pohjaksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Muu suosituksen valmistelun taustamateriaali ja valmistelun eteneminen on kuvattu erillisessä Palkon valmistelumuistiossa. Kaikki materiaali on julkaistu Palkon kotisivuilla www.palveluvalikoima.fi.

2. Suosituksen kohderyhmä

Tämä suositus koskee lanneselän selkäydinkanavan ahtauman leikkaushoitoa ja sen jälkeistä kuntoutusta yli 15-vuotiailla potilailla. Sairaudesta voidaan käyttää joko ICD10-koodia M48.0 (selkärangan kanavan ahtauma) tai M47.2 (muu nikamasairaus ja hermojuurisairaus).

Leikkauksen aiheiden osalta tämä suositus koskee kiireetöntä (elektiivinen) leikkausta. Muun alueen kuin lanneselän selkäydinkanavan ahtauman hoito ja kuntoutus on rajattu suosituksen ulkopuolelle.

3. Arvioitavat menetelmät

Suosituksessa arvioidaan:

- a. lannerangan kanavan ahtauman leikkaushoitoa verrattuna konservatiiviseen hoitoon (lääkehoito, kuntoutus) yli 15-vuotiaat potilailla, joilla on magneettikuvauksella tai muulla luotettavalla menetelmällä todettu lannerangan kanavan ahtauma,
- b. eri leikkausmenetelmiä toisiinsa,
- c. leikkauksen jälkeistä kuntoutusta verrattuna siihen, että potilaalle ei järjestetä kuntoutusta tai että hänelle annetaan kirjalliset omahoito-ohjeet.

A-kohdan arvioinnin ulkopuolelle on rajattu päivystyksellinen (kiireellinen) leikkaushoito.

¹ Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:5, s. 95.

² <https://palveluvalikoima.fi/valilevytyran-leikkaushoito-ja-kuntoutus>

³ <https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalinen-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkäkivussa>

STM038:00/2017

Lannerangan selkäydinkanavan ahtaumaa sairastavat potilaat leikataan Suomessa hoitolaitoksesta ja alueellisesta työnjaosta riippuen joko ortopedian tai neurokirurgian erikoisalalla. Ns. keskittämisasiäsetuksen⁴ 7 §:n mukaan selkäkirurgia tulee 1.7.2018 lähtien koota ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin, joissa selkäleikkausten yhteismäärän on oltava vähintään noin 150 vuodessa, ellei kysymys ole vaativista selkäleikkauksista, jotka on keskitettävä viiteen yliopistosairaalaan tai erityisestä syystä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan.

Palko toteaa, että tavanomainen ahtaumakirurgia ilman luudutusta ei ole luokiteltavissa vaativaksi selkäkirurgiaksi, joten näitä leikkauksia voidaan tehdä kaikissa sairaaloissa, joissa lukumäärävaatimus täyttyy ja joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Leikkaustoiminnan tarjoaminen edellyttää, että sairaalassa on asianmukainen ortopedian tai neurokirurgian erikoisan osaaminen sekä leikkausten jälkeisten komplikaatioiden varalta riittävä potilaiden seuranta- ja hoitovalmius. Osaa luudutuksen sisältävistä leikkauksista on pidettävä keskittämisasiäsetuksen tarkoittamana vaativana selkäkirurgiana, joka tulee keskittää. On tärkeää, että nämä tapaukset tunnistetaan ja että yksiköiden välisillä konsultaatioilla voidaan varmistaa yksittäistapauksissa asianmukainen hoitopaikka.

4. Sairauden kuvaus

Lannerangan selkäydinkanavan ahtauma tarkoittaa selkäydinkanavan ja/tai hermojuurikanavien ahtautumista. Kudostasolla ahtauman aiheuttaa pääosin luun ja nivelsiteiden liikakasvu sekä välilevyn pullistuminen, usein näiden yhdistelmä. Selkäydinkanavan keskiosan ahtaumasta (sentraalinen) on seurauksena koko selkäydinnestepussin ja mahdollisesti selkäytimen ahtautuminen. Jos taas selkäydinhermojen haarautumisalue tai hermojen luiset kulkureitit eli juurikanavat ahtautuvat (lateraalinen), seurauksena voi olla vain tietyn selkäydinhermon puristus.

Kuvantamistutkimuksissa jopa kolmasosalla 65 vuotta täyttäneistä nähdään selkäydinkanavan ahtautumista, mutta ahdas selkäydinkanava aiheuttaa (kliinisesti) merkittäviä oireita vain osalle potilaista. Ikääntymisen myötä radiologisesti todettavissa olevia selkärangan rappeumamuutoksia tulee kaikille ihmisille ja nämä muutokset ovat yleisin syy selkäydinkanavan ahtautumiseen. Muita syitä selkäydinkanavan ahtautumiseen ovat mm. harvinainen synnynnäinen ahtauma sekä vammojen ja leikkausten jälkitilat.

Ahtauma luokitellaan yleisimmin edellä kuvatusti anatomisen sijainnin (sentraalinen, lateraalinen) tai syntyhistorian eli etiologian perusteella.

Lannerangan selkäydinkanavan ahtaumasta johtuvat kliiniset oireet vaihtelevat sen mukaan millä anatomisella alueella rangassa ahtauma sijaitsee. Jos koko selkäydinnestepussi puristuu, tyypillisiä oireita voivat olla ns. spinaalinen klaudikaatio eli katkokävely: kävellessä potilaan alaraajat kipeytyvät pakaroista alkaen sekä puuttuvat ja saattavat tulla voimattomiksi, lisäksi potilaat voivat kuvata esim. alaraajojen pökölöisyyttä tai pistelyä ja kävelyn vaikeutta. Osalla oireet lievittyvät istuessa tai kumartuessa. Selän

⁴ Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582#Pidp447722992>

STM038:00/2017

taakse taivuttaminen (mm. alamäkeen kulkeminen) usein pahentaa oiretta. Lateraaliossa ahtaumassa yleistä on yhden tai useamman hermojuuren puristus, joka aiheuttaa tyypillisesti tietyn hermon tai hermojen hermotusalueen (dermatomin) kivun, tuntuu puutoksen tai voiman puutoksen taikka näiden yhdistelmän. Paikallinen lannerangan kohdalle sijoittuva kipu ei yksittäisenä oireena ole tyypillinen ahtauman oire.

Ahtauma voidaan luokitella kolmeen vaikeusasteeseen: lievä, keskivaikea, vaikea. Luokittelussa voidaan kiinnittää huomioita seuraaviin tekijöihin:

- potilaan kliiniset oireet (kts. kappale 4)
- yhtäjaksoinen kiputila ilman etenevää neurologista oireistoa
- radiologinen löydös (kts. kappale 5)
- oireet kestäneet yli 3-6 kuukautta
- oireet ja kliiniset löydökset korreloivat radiologiseen löydökseen

5. Hoitoprosessi ja leikkauksen vaikuttavuus ja turvallisuus

Alaselkävivun Käypä hoito –suosituksessa⁵ on kuvattu yksityiskohtaisesti lannerangan selkäydinkanavan tai hermojuurikanavan ahtauman hoitoketjun eri vaiheiden toteutus.

Alkuvaiheen tutkimus ja hoito

Selkäydinkanavan ahtaumasta kärsivän potilaan tutkiminen, hoito ja seuranta tapahtuvat alkuvaiheessa ensisijaisesti perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.

Lanneselän selkäydinkanavan ahtauman diagnoosi voidaan pääsääntöisesti tehdä esitietojen ja kliinisten löydösten perusteella. Magneettikuvaus (MRI) on ensisijainen kuvantamistutkimus ja jos se on vasta-aiheinen, voidaan tehdä selkäydinkanavan varjoainetutkimus (myelografia) ja samassa yhteydessä tietokonetutkimus. Selkäydinkanavan ahtauma ei näy tavallisessa selkärangan röntgenkuvauksessa. Tämä tutkimus kuitenkin pääsääntöisesti liitetään ahtauman tutkimukseen, jotta voidaan saada tietoa mahdollisesta ahtauneen nikamavälin (segmentin) epätukevuudesta tai poikkeavasta asennosta. Kuvausten ajankohta ja paikka määräytyvät oireen vaikeusasteen ja paikallisen hoidon porrastuksen mukaan.

Lievässä ahtaumassa ei-leikkauksellinen hoitolinja on ensisijainen. Hoito voi koostua lyhytaikaisesta levosta, omatoimisesta kuntoutumisesta sekä fysioterapiasta ja ergonomisesta neuvonnasta. Kivun hoitoon voidaan tarvittaessa käyttää tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia.

Tilanteissa, jotka voivat johtaa kirurgisiin toimenpiteisiin, on hyvä käynnistää ajoissa leikkausta edeltävää arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen⁶ mukaiset toimet, jotka edistävät hyvää kirurgisen hoidon lopputulosta ja vähentävät haittataapahtumia. Elintapoihin vaikuttaminen, kuten tupakoinnin lopettamiseen

⁵ <https://www.kaypahoito.fi/hoi20001>

⁶ <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066>

STM038:00/2017

kannustaminen, tuottaa myös laajemmin terveyshyötyä, vaikka kirurgiseen hoitoon ei päädyttäisikään (lisätään kokouksen 11.6. jälkeen viittaus Palkon suositukseen).

Lähtämiskriteerit leikkaushoidon harkintaan

Kiireettömän lähetteen aiheet:

- yli 6 kuukautta kestänyt, potilasta merkittävästi haittaava katkokävelyoire (verisuoniperäinen ja neurologinen syy poissuljettu)
- edelliseen liittyen tai yksin yli 3 kuukautta kestänyt radikaalinen (hermojuuriperäinen) oire, kuten säteilykipu tai tuntopuutos.
- yllämainittuihin voi liittyä myös selkäkipu, joka ei itsenäisenä oireena edellytä lähettämistä kirurgiseen yksikköön. (kts. Alaselkävun Käypä Hoito -suositus)

Tärkeää on tunnistaa vähintään keskivaikeasta ahtaumasta kärsivät ja ohjata heidät erikoislääkärin konsultaatioon, joka voi paikallisesti sovitun hoidon porrastuksen mukaan tapahtua myös perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.

Perusterveydenhuollossa on tunnistettava kiireellisen lähetteen aiheet eli sietämätön kiputila tai etenevä neurologinen oireisto ja potilasta on informoitava ottamaan yhteys terveydenhuoltoon, mikäli näitä ilmenee. Alaselkävun päivystykselliset tutkimusaiheet (pidätyskyvyttömyys, peräaukkoa ympäröivän alueen tai ns. ratsupaikka-alueen tunnottomuus, sietämätön kipu, etenevä alaraajojen lihasvoiman heikkous) pätevät myös lannerangan selkäydinkanavan ahtauman diagnostiikkaan ja potilas on hälyttävien oireiden tai löydösten ilmaantuessa lähetettävä päivystyksellisesti tutkimus- ja hoitoarvioon paikallisesti määriteltyn kirurgiseen yksikköön.

Leikkaushoito

Keskivaikeissa ja vaikeissa tapauksissa, mikäli tilanne ei rauhoitu konservatiivisella hoidolla, leikkaushoito on perusteltu.

Leikkauksessa selkäydinkanavaa ahtauttavat rakenteet poistetaan, jolloin hermorakenteet vapautuvat. Tämä edellyttää nikamakaaren ainakin osittaista poistoa, joka voidaan toteuttaa useilla eri tekniikoilla. Mahdollisesti toimenpiteeseen yhdistettävän luudutusleikkauksen kriteerit eivät ole yhteneväiset ja sen tarve harkitaan potilaskohtaisesti erikseen.

Okahaarakkeiden väliin asennettavia implantteja ei Palkon tietojen mukaan käytetä Suomessa, eikä niiden käyttöön ole lääketieteellisiä perusteita jatkossakaan, joten ne eivät kuulu palveluvalikoimaan.

Leikkauksen vaikuttavuus

Palkon hankkiman kirjallisuuskatsauksen perusteella konservatiiviseen hoitoon verrattuna leikkaushoidolla saavutettiin parempi kivun lievitys ja toimintakyvyn paraneminen ja ero potilasryhmien välillä säilyi vähintään kuuden vuoden seurannan ajan.

STM038:00/2017

Eri avarrusleikkaustekniikoiden vaikuttavuuden vertailussa ei voitu todeta olennaisia eroja kivun ja toimintakyvyn muutosten osalta. Avarrusleikkaukseen voidaan liittää kirurgin harkinnan mukaan luudutus, joka oikein valituilla potilailla johtaa hyvään tulokseen.

Leikkauksen turvallisuus

Selkäydinkanavan ahtauman vuoksi tehtyjen leikkausten yleisimmät komplikaatiot ovat kovakalvon vauriot, infektiot ja hermojuuren vauriot. Suurin osa komplikaatioista pitkittää hoitoa ja toipumista, mutta ei vaikuta toiminnalliseen tulokseen. Hermojuuren vaurioista, joita aiheutuu noin 0,1-0,2 %:ssa leikkauksista, osa voi jäädä pysyviksi.

Leikkauksen jälkeinen toipuminen ja jälkihoito

Avarrusleikkauksen jälkeen potilaat kotiutuvat yleensä ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä ja ne potilaat, joille on lisäksi tehty luudutus, 2.-7. päivänä leikkauksen jälkeen. Yksilöllinen tilanne voi kuitenkin viivästyttää kotiutumista.

Kaikille leikkauspotilaille ohjataan kotiutuessa omatoiminen harjoittelu. Selän käyttöä ei leikkauksen jälkeen tarvitse erityisesti rajoittaa, vaan potilas saa harjoittaa tavanomaisia toimia ja liikkua normaalisti. Tavallisimmin kuitenkin suositellaan, että potilas välttää nostoja, voimakkaita taivutuksia ja kumartamista 2-3 viikon ajan. Poikkeustilanteissa (selkää voimakkaasti kuormittavat urheilulajit tai työtehtävät) on arvioitava yksilöllisesti pitempikestoisten rajoitusten tarve. Lisäksi avarrusleikkauksen laajuus voi aiheuttaa tarpeen arvioida tapauskohtaisesti leikkauksenjälkeisiä rajoituksia. Luudutuksen sisältävän leikkauksen jälkeen toipuminen kestää yleensä pitempään ja tiukemmat rajoitukset esimerkiksi liikunnan suhteen ovat perusteltuja.

Avarrusleikkauksen jälkeen ei aina tarvita rutiininomaista käyntikontrollia leikkauksessa yksikössä, vaan toipumisen seuranta on mahdollista järjestää myös sähköisiä kanavia käyttäen yksikössä linjatulla tavalla. Jos toipumisessa on ongelmia tai oireet palaavat, potilaalla tulee olla mahdollisuus olla yhteydessä leikkaukseen yksikköön.

Luudutusleikkauksen jälkeen potilas käy paikallisesti sovitun toimintamallin mukaisesti ensimmäisten kuukausien aikana leikkauksessa yksikössä kontrollikäynnillä sekä fysioterapeutilla että kirurgilla. Kontrollikäynnin yhteydessä otetaan myös röntgenkuva leikkauksialueelta. Kontrolleja jatketaan leikkauksen jälkeen leikkauksessa yksikössä noin 1-2 vuoteen saakka joko fysioterapeutilla tai lääkäriellä. Poikkeustilanteissa kirurgi voi ohjelmoida potilaalle yksilöllisen kontrolli- ja kuvausohjelman. Potilaalla tulee olla mahdollisuus olla yhteydessä leikkaukseen yksikköön sovittujen kontrollikäyntien välilläkin, jos ongelmia ilmaantuu.

Työelämässä olevien potilaiden sairauspoissaolon pituus määritellään yksilöllisesti potilaan työnkuvan mukaisesti noudattaen Sairauspoissaolon tarpeen arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen⁷ periaatteita. Leikkauksessa yksikössä kirjoitetaan kotiutusvaiheessa avarrusleikkauksen jälkeen 2-6 viikon ja

⁷<https://www.kaypahoito.fi/hoi50121>

STM038:00/2017

luudutusleikkauksen jälkeen 2-3 kuukauden sairauspoissaolotodistus. Tämän jälkeisen mahdollisen sairauspoissaolon tarve määritetään ensisijaisesti työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa, jossa tulee huolehtia myös toipumisen riittävästä seurannasta työkyvyn suhteen. Riittävän aikaisin tapahtuvalla kontrollikäynnillä työterveydestä vastaavaan yksikköön varmistetaan myös, että työhön paluun vaatimiin toimiin voidaan tarvittaessa ryhtyä ajoissa.

Leikkauksen jälkeinen kuntoutus

Tutkimusten mukaan 2-3 kuukauden sisällä leikkauksesta aloitetun aktiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on kohtalaista näyttöä, mutta tutkimuksiin ei sisällynyt potilaita, joilla toimintakyvyn haitta oli merkittävä. Aktiivista kuntoutusta saaneet potilaat hyötyivät kuntoutuksesta kliinisesti merkittävästi selkäkipuun liittyvän toiminnallisen haitan osalta.

Jos potilaan toimintakyky ei leikkauksen jälkeen palaudu ja leikkauksen jälkeinen komplikaatio (kirurgista interventiota vaativa komplikaatio) sen syynä on poissuljettu, tulee potilas ohjata leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Kuntoutustarpeen arvio on hyvä tehdä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta.

Palko on 1.11.2018 hyväksynyt suosituksen biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkipussa⁸. Suositusten periaatteita voidaan soveltuvin osin noudattaa myös silloin, kun ahtaumaleikkauspotilaan toipuminen leikkauksen jälkeen pitkittyy ja hänen työ- tai toimintakykynsä on sen johdosta uhattuna.

Mikäli työelämässä olevan henkilön työkyky ei palaudu leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta huolimatta, noudatetaan biopsykososiaalista kuntoutusta koskevan suosituksen mukaisia menettelyjä sekä soveltuvin osin STM:n OTE-hankkeen (Osatyökykyisille tie työelämään) suosituksia⁹.

6. Johtopäätökset

Palko toteaa johtopäätöksensä seuraavan:

Lannerangan selkäydinkanavan ahtauman kiireetön hoito on ensisijaisesti konservatiivista (ei-leikkauksellista) ja se toteutetaan perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Lyhytaikainen lepo, omatoiminen kuntoutuminen, fysioterapia ja ergonominen neuvonta riittävät useimmissa tapauksissa. Kivun hoitoon voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. Päivystyksellistä hoitoa edellyttävät tilanteet (heikkousoire eli pareesi tai jatkuva vaikea kiputila) tulee tunnistaa.

Leikkaushoidon harkintaan tulee ohjata potilas, jolla on yli kuusi kuukautta kestänyt merkittävästi haittaava katkokävelyoire (verisuoniperäinen tai neurologinen syy poissuljettu), tai jolla on edelliseen liittyen tai yksin yli kolme kuukautta kestänyt radikulaarinen (hermojuuriperäinen) oire.

⁸ <https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalinen-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkakiivussa>

⁹ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:25, Kaikki mukaan työelämään - Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) kärkihankkeen tulokset ja suositukset <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161453>

STM038:00/2017

Ellei tilanne rauhoitu konservatiivisella hoidolla, leikkaushoito on lääketieteellisesti perusteltu vaikeiksi luokitelluissa tapauksissa ja monesti myös keskivaikeissa tapauksissa leikkaushoito tulee kysymykseen. Leikkauksessa selkäydinkanavaa ahtauttavat rakenteet poistetaan hermorakenteet vapauttaen (=dekompressio). Eri leikkaustekniikoiden vaikuttavuudessa ei ole todettu eroja. Avarrukseen voidaan yksilöllisen harkinnan mukaan yhdistää luudutus.

Kaikille leikkauspotilaille ohjataan kotiutuessa omatoiminen harjoittelu kuntoutumisen edistämiseksi. Avarrusleikkauksen jälkeen rutiininomainen käyntikontrolli ei ole aina tarpeen, vaan toipumisen etenemisen varmistamiseen voidaan vaihtoehtoisesti käyttää myös sähköisiä kanavia. Luudutusleikkauksen jälkeen kontrollikäynti ensimmäisten kuukausien aikana on perusteltu ja käyntejä tulisi jatkaa paikallisen käytännön mukaisesti 1-2 vuoteen saakka.

Sairauspoissaolon pituus määritellään yksilöllisesti potilaan työnkuvan mukaisesti noudattaen Sairauspoissaolon tarpeen arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen periaatteita. Leikkauksessa yksikössä kirjoitetaan kotiutusvaiheessa avarrusleikkauksen jälkeen 2-6 viikon ja luudutusleikkauksen jälkeen 2-3 kuukauden sairauspoissaolotodistus. Tämän jälkeisen mahdollisen sairauspoissaolon tarve määritetään ensisijaisesti työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa, jossa tulee huolehtia myös toipumisen riittävästä seurannasta työkyvyn suhteen. Samalla tulee arvioida mahdollinen kuntoutuksen tarve.

Jos potilaan toimintakyky ei leikkauksen jälkeen palaudu, potilas tulee selvittelyjen jälkeen ohjata leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkävauriossa koskevan Palkon suosituksen periaatteita voidaan soveltuvin osin noudattaa myös silloin, kun ahtaumaleikkauspotilaan toipuminen leikkauksen jälkeen pitkittyy ja hänen työ- tai toimintakykynsä on sen johdosta uhattuna.

7. Yhteenveto suosituksesta

Palveluvalikoimaan kuuluu lannerangan selkäydinkanavan ahtauman ensisijaisena hoitona perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa toteutettava konservatiivinen hoito, johon sisältyy lyhytaikaisen levon opastus, omatoimisen kuntoutumisen ohjaus, ergonominen neuvonta sekä tarvittaessa fysioterapia ja kipulääkitys.

Leikkaushoidon harkintaan tulee ohjata potilas, jolla on yli kuusi kuukautta kestänyt merkittävästi haittaava katkokävelyoire tai jolla on edelliseen liittyen tai yksin yli kolme kuukautta kestänyt hermojuuriperäinen oire.

Leikkaus kuuluu palveluvalikoimaan ei-päivystyksellisissä tilanteissa silloin, kun konservatiivisella hoidolla ei saada riittävästi helpotusta oireisiin. Leikkaukseen voidaan yksilöllisen harkinnan mukaan yhdistää luudutus.

Kotiutuessa ohjataan kaikille leikkauspotilaille kuntoutumista edistävä omatoiminen harjoittelu. Potilaiden toipumisen edistymistä tulee seurata riittävästi ottaen huomioon tehdyn leikkauksen laajuus.

STM038:00/2017

Leikkauksen jälkeinen kuntoutus kuuluu palveluvalikoimaan silloin, kun potilaan toipuminen viivästyy. Kuntoutuksen toteuttamisessa voidaan noudattaa Palkon biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa antaman suosituksen mukaisia menettelyjä.

8. Lisätiedon kerääminen ja suosituksen vaikutusten seuranta

Suomeen on vuoden 2016 lopussa perustettu selkärekisteri, joka toimii selkäkirurgian laaturekisterinä. Rekisterin kattavuuden lisääminen olisi tärkeää selkäkirurgian leikkausaiheiden yhdenmukaistamiseksi sekä vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden seuraamiseksi. Kaikissa selkärangan leikkauksissa potilaan toipumista seurataan kansallisen selkärekisterin puitteissa. Potilas vastaa kipua ja toiminnanvajausta sekä tyytyväisyyttä koskeviin kysymyksiin alkutilanteessa sekä aikapisteissä 3 kuukautta, 1, 2, 5 ja 10 vuotta leikkauksen jälkeen.

Selkärekisterin tietoja tullaan täydentämään tiedoilla kansallisista hallinnollisista rekistereistä, kuten HILMO:sta, AVOHILMO:sta sekä Tilastokeskuksen, Kelan ja Eläketurvakeskuksen rekistereistä. Näin saadaan tietoa terveydenhuoltopalvelujen käytöstä, jolloin myös kustannusten arviointi mahdollistuu, sekä sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä, mikä mahdollistaa arvioinnin koko yhteiskunnan näkökulmasta.

Selkärekisterin kattavuuden tullessa lähivuosina hyväksyttävälle tasolle, voidaan seurata ahtaumapotilaiden leikkaushoidon ilmaantuvuutta, leikkausaiheita, hoidon vaikuttavuutta, turvallisuutta ja kustannuksia.

Palkon tietojen mukaan sairauden diagnoosikoodien käyttö ei ole Suomessa yhtenäistä (ks. kohta 2). THL:n hoitoilmoitusrekisterin seurantatiedon yhdenmukaisuuden parantamiseksi tulisi käyttää ensisijaisesti koodeja M48.0 ja M47.2.