

## TIIVISTELMÄ PALKON SUOSITUKSESTA KROONISEN LANNESLÄN OIREISTON HOITO LUUDUTUS-KIRURGIALLA JA LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KUNTOUTUS

Suositus hyväksytty Palkon kokouksessa 24.3.2021

Palkon suositus koskee lannerangan luudutusleikkausta silloin, kun se tehdään nikamakaaren höltymän (spondylolyyysi M43.0) ja siihen liittyvän nikaman siirtymän (spondylolyyttinen spondylolisteesi M43.1), välilevyrappeuman (M51.3) tai välilevytyräleikkauksen jälkitilan (M51.1) (mukaan lukien toistuva tai uusiutuva välilevytyrä ja välilevytyräleikkauksen jälkeinen kiputila) vuoksi. Suositus koskee yli 15-vuotiaita potilaita.

Nikamankaaren höltymä on tyypillisesti L5-nikamaan kasvuiässä kehittyvä nikamakaarenvarren luupuutos, eräänlainen valenivel, jonka taustalla voi olla kasvun aikainen yllirasitus tai perinnölliset syyt. Noin kuudella prosentilla aikuisista suomalaisista on kuvantamistutkimuksissa todettava höltymä ja heistä noin puolella sen edetessä muodostuva nikaman siirtymä. Välilevyrappeuma on useimmiten normaaliin ikääntymiseen liittyvä ilmiö, joka heikentää nikamavälin tukevuutta. Rappeuman taustalla ovat iän myötä sidekudoksen proteiineissa ja niitä ympäröivässä väliaineessa tapahtuvat muutokset.

Tyypillisiä oireita ovat selän pettämisen tai katkeamisen tunne, puukoniskumainen paikallinen selkäkipu sekä etenkin siirtymässä hermojuurten ärsytyksestä johtuva säteilykipu alaraajaan. Oireita voi olla potilasta tutkittaessa vaikea arvioida luotettavasti. Kipuoireet ovat usein vaihtelevia, pitkäkestoisia, mutta pääosin ennusteeltaan suotuisia. Vain pieni osa höltymästä tai välilevyrappeumasta johtuvista selkävivista on niin vaikeita ja pitkäaikaisia, että luudutusleikkauksen harkinta on aiheellista.

Kroonisen selkävivun tutkimus ja hoito tapahtuu ensisijaisesti perusterveydenhuollossa tai työterveys-huollossa. Nikamakaaren höltymästä tai välilevyrappeumasta johtuvan kroonisen selkävivun hoidossa kuntoutus on aina ensisijainen hoitovaihto luudutusleikkaukseen nähden. Keskeinen tavoite on kivun kroonistumisen estäminen, mihin pyritään aktiivista hoitoa tukevalla otteella sekä potilaan huolen poistamisella.

Pitkittyneen selkävivun syitä ja hoitovaihtoehtoja selvittäessä diagnostiikan ja hoidon perusta on huolelliseen haastatteluun perustuva ja riittävän yksityiskohtaisesti kirjattu oirehistoria (anamneesi) sekä selän kliininen tutkimus. Magneettikuvantaminen sekä röntgenkuvaus seisten kuuluvat myös leikkausharkintaa edeltäviin tutkimuksiin sekä harkinnan mukaan muut tutkimukset. Yksittäisiä kliinisesti merkittäviä millimetrimääräisiä raja-arvoja nikaman siirtymälle ei kuvantamistutkimusten perusteella voida määrittellä.

Erikoissairaanhoidon lähettämistä tulee harkita, mikäli potilaalla on vaikea pitkittynyt kipu, josta aiheutuu merkittävä toimintakyvyn alenema aktiivisen konservatiivisen hoidon toteuttamisesta huolimatta. Kuvantamislöydösten tulee tukea hoitavan tahon kokonaisarviota siitä, että oireiden syynä on nikamakaaren höltymä ja siihen liittyvä nikaman siirtymä taikka välilevyrappeumaan liittyvä mekaaninen kipu.

Päätös lannerangan luudutusleikkauksesta tulee tehdä yksilöllisesti hyödyt ja haitat huolellisesti yhdessä potilaan kanssa punniten. Huomioon tulee ottaa muun muassa potilaan ikä, oireiden syy, vaikeus ja kesto, realistinen mahdollisuus vaikuttaa työ- ja toimintakykyyn sekä muut hoitovaihtoehdot. Leikkaavan yksikön valinnassa tulee huomioida keskittämisesetusten vaatimukset.

Leikkauksesta kotiutuessa fysioterapeutin tulee antaa potilaalle kirjalliset ohjeet omatoimiseen kuntoutumiseen. Lisäksi hänelle tulee määritellä mahdolliset yksilölliset, ajallisesti rajatut toiminnan rajoitukset, jotka tiedonkulun varmistamiseksi on myös kirjattava potilasasiakirjoihin.

Leikkauksen jälkeinen kontrollikäynti ensi vaiheen toipumisen varmistamiseksi tulisi toteuttaa noin kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tuolloin tilanne kontrolloidaan myös röntgenkuvauksella. Toipumisen etenemisen varmistamiseksi jo aiempi käynti fysioterapeutin vastaanotolla voi olla perusteltu. Mahdollisten myöhempien kontrollikäyntien ajoitus ja sisältö määräytyvät paikallisten käytäntöjen perusteella.

Tarvittaessa potilaille kirjoitetaan kotiutuessa sairauspoissaolotodistus leikkauksen laajuudesta ja työnkuvasta riippuen 1-3 kuukaudeksi. Sairauspoissaolon jatkotarpeen arviointi sekä mahdollisten rajoitusten jatkamisen tarve tulee arvioida työterveyshoidossa tai perusterveydenhuollossa.

Mikäli potilaan kuntoutuminen ei edisty asianmukaisesti, tulee hänet ohjata kuntoutukseen. Leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen tavoitteena on potilaiden kivun hallintakeinojen löytäminen ja toimintakyvyn parantaminen. Vaikuttavimpia kuntoutusmenetelmiä ovat asteittain lisääntyvä ohjattu terapeuttinen harjoittelu ja kognitiivis-behavioraalinen hoito. Kuntoutus toteutetaan useimmiten moniammatillisesti. Kuntoutuksessa keskeistä on huomioida kokonaisvaltaisesti työ- ja toimintakykyyn vaikuttavat biopsykososiaaliset tekijät yksilöllisen tarpeen mukaan.

Tämä on tiivistelmä terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon hyväksymästä suosituksesta. Varsinaisen suosituksen ja sen taustamateriaalin löydät Palkon kotisivuilta [valmiiden suositusten sivulta](#).

Kotisivuilta löydät myös tiivistelmän [ruotsin-](#) ja [englanninkieliset](#) versiot.

Palko toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä ja sen tehtävänä on antaa suosituksia terveydenhuollon menetelmien kuulumisesta julkisesti rahoitettuun terveydenhuoltoon. Lisätietoja terveydenhuollon palveluvalikoimasta voit lukea [Palkon kotisivuilta](#)