



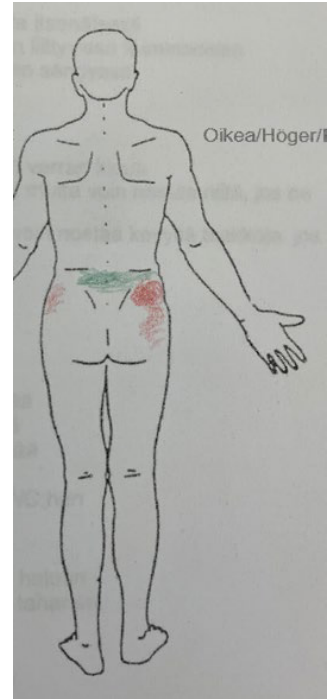
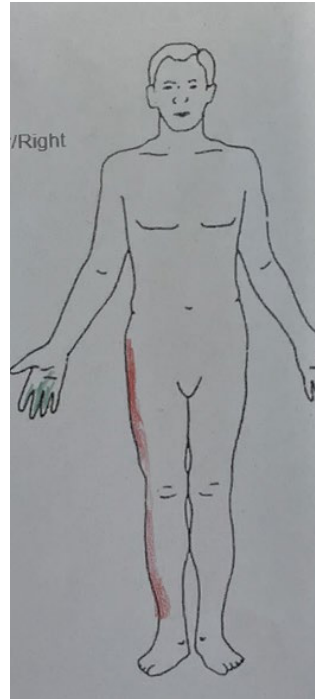
**Heikki Österman**

LL, ortopedian erikoislääkäri  
Osastonlääkäri, Orton  
heikki.osterman@orton.fi

# Selkäpotilas ortopedin silmin

**Yleensä selkävaivojen hoito sujuu konservatiivisesti hoitosuosituksen mukaan. Joskus oireilu ja työkyvyttömyys kuitenkin pitkityvät eivätkä lääkitys ja seuranta enää auta. Milloin selän kuvantamistutkimuksia kannattaisi harkita ja milloin potilas pitäisi ohjata ortopedin konsultaatioon ja leikkausharkintaan?**

Selkäpotilaan vaikuttava hoito perustuu oikeaan diagnoosiin. Anamneesin ja kliinisen tutkimuksen perusteella diagnoosista saa useimmiten varsin hyvän käsityksen, ja punalippuoireiden puuttuessa oireilun kehitystä voi yleensä jäädä seuraamaan. Suurin osa selän venähdyksistä ja työliikekipeytymisistä paranee itseksensä parin viikon aikana. Välilevytyrän aiheuttama iskiasoire vaatii sen sijaan pidemmän paranemisajan, ja näillä potilailla oireilu alkaakin yleensä rauhoittua vasta 4–6 viikon jälkeen. Iskiasoiretta voi hyvin seurata, jos potilaan lihasvoimat ovat tallella ja kipua saadaan kuriin. Kivun hoito onnistuu yleensä eri analgeetteja ja hermokipulääkkeitä yhdistämällä. Fysioterapiasta ei sen sijaan ole akuutin radikulaarikipun hoitona juurikaan hyötyä. Usein selkäpotilaan oireilu on kuitenkin epämääräistä ja kliininen diagnoosi vaikeasti hahmotettava. Tässä tilanteessa kannattaa selvittää, onko kyse puhtaasti selän oireilusta vai liittyykö mukaan radikulaarista kipua. Kipupiiros on hyvä diagnostinen työkalu (kuva 1). Radikulaarinen kipu kannattaa aina selvittää tarkemmin. Puhdas selkäkipu voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin, koska luokittelulla on hoidollista merkitystä. Osa potilaista kärsii selän epätukevuudesta, johon voi olla anatominen syy, kuten spondylolisteesi. Epätukevuus voi johtua myös toiminnallisesta liikekontrollin häiriöstä, joka palautuu lihasheikkouteen. Pitkään jatkunut kipu saattaa olla myös kroonistunutta, sentralisoitunutta kipua, jota hoidetaan kuten muutakin kroonista kipua. Monella potilaalla kipu jää kuitenkin epäspesifiksi, toisin sanoen sille ei ole osoitettavissa olevaa syytä.

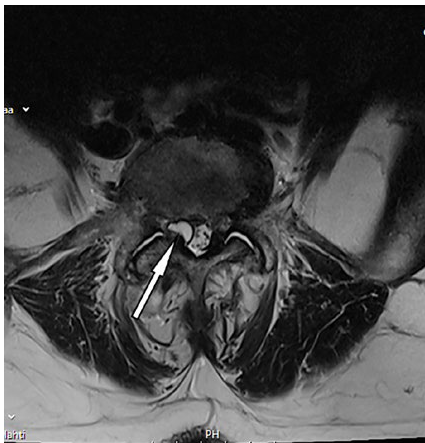


Kuva 1. Klassinen L5-hermojuuren pinteeseen aiheuttama distaalinen dermatomaalinen iskiasoire (kuva 1a). L5-hermojuuripinteeseen aiheuttama proksimaalinen kipuoire, joka sekoitetaan usein trokanterbursiittiin (kuva 1b). Kuvat Heikki Österman.

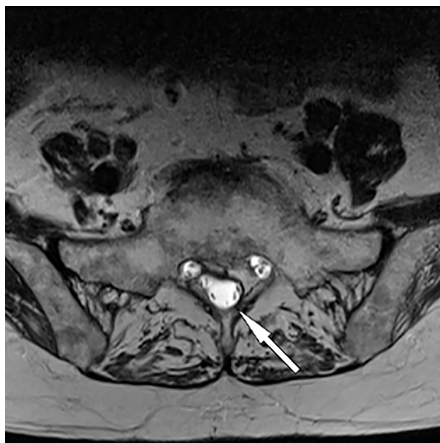
Tämä diagnoosi on poissulkumenetelmällä syntyvä, ja siihen tulisi päätyä vasta, kun muut syyt on poissuljettu.

## Hermopinnettä kannattaa etsiä

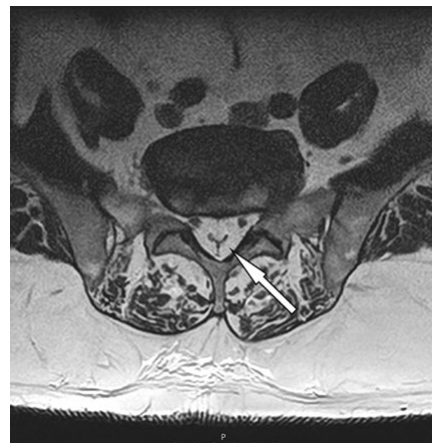
Spinaalisten osien esiintyvyys kasvaa iän myötä. Radiologisesti todetun stenoosin esiintyvyys väestötasolla on alle 40-vuotiaillakin 20 prosenttia, ja se kasvaa 53 prosenttiin yli 60-vuotiailla. Oireista stenoosia on luonnollisesti paljon vähemmän, mutta tauti on tavallinen työiässäkin ja näitä potilaita tapaa myös työterveyden vastaanotoilla. Klassinen spinaaliskaudikaatio-oire ja vaihteleva selkäkipu ilman neurologisia löydöksiä johtaa usein oikeaan diagnoosiin. Diagnoosi on vaikeampi, jos potilaan kipu tuntuu pakarassa ja lonkan alueella, mutta distaalista säteilykipua ei ole. Selkäydinkanava ahtautuu useimmiten L4–5-tasolla, jolloin puristuksiin jäävä hermojuuri on L5. Pinnetila voi aiheuttaa proksimaalisia tai distaalisia oireita. Distaalinen oireilu vastaa välilevytyrän oireita, ja se tuntuu L5-dermatomin myötäisesti. Proksimaalinen oireilu tuntuu tyypillisesti pakarassa ja erityisesti ison sarvennoisen kärjen posterioripuolella, johon L5-juuresta hermotuksensa saava keskimäinen pakaralihas kiinnittyy (kuva 2). Tämä sarvennoisen seudun kipu sekoitetaan usein trokanterbursiittiin, ja on enemmän sääntö kuin poikkeus, että nämä potilaat ovat saaneet useampia kortisonipistoksia bursan alueelle ennen kuin oikea diagnoosi selviää. Välilevytyrän ja stenoosin lisäksi hermokipuun on muitakin mahdollisia syitä. Selän fasettivelikko voi itsenäisenä sairautena aiheuttaa



Kuva 2. T2-painotteinen aksiaalileike lannerangan MRI-tutkimuksesta L4–5-tasolta. Oikean puolen fasettinivelestä työntyy spinaalikanavaaniso nestettyneen synoviaalikysta (nuoli), joka aiheuttaa L5-hermojuuren pinteän. Kuva Heikki Österman.



Kuva 3. T2-painotteiset aksiaalileikkeet lannerangan MRI-tutkimuksesta L5–S1-tasolta. Toisella potilaalla keskeinen spinaalikanava näkyy avoimena ja selkäydinnesteen täyttämänä (nuoli kuvassa 3a). Toisella potilaalla kanavaan kertynyt rasvapainaa selkäydinpussin tiukasti kiinni "Mersun tähden"-muotoiseksi (nuoli kuvassa 3b). Kuvat Heikki Österman.



selkäkipua, joka usein säteilee pakaroihin tai takareisiin. Nivelrikkoon voi myös liittyä nivelen inflammatorinen nesteily, kuten muissakin artroottisissa nivelissä. Lisääntynyt nesteily synnyttää joskus nivelestä ulos pullistuvan synoviaalisen kystan, joka saattaa painaa hermojuurta (kuva 3). Pitkään steroideja käyttäneellä tai ylipainoisella potilaalla hermokivun syynä voi olla myös epiduraalinen lipomatoosi, jossa epiduraaltilaan kertyvä rasva aiheuttaa sentraalisen stenoosin (kuva 4). Lipomatoosin oireilulle on tyypillistä oirekuvan painottuminen tuntohäiriöihin enemmän kuin raajakipuun tai klaudikaatioon.

### Epätukevuus todetaan kliinisesti

Epätukevuuteen viittaa potilaan kokemaa säväyksellistä selkäkipua. Tyypillisesti kipu ilmenee puikon iskumaisina tuikkaisuina alaselässä. Asfaltissa olevaan kuoppaan astuminen ja siitä seuraava odottamaton tärähdys tekevät tyypillisesti tämän kivun. Moni potilas tuntee myös menevänsä "poikki" vyötäröstä varsinkin pidempään kestäneen kuormituksen jälkeen. Edelleen, vaikeus nousta lattialta istumasta tai konttausasennosta ilman käsillä tukeutumista on epätukevuuden oire. Kliinisessä tutkimuksessa tyypillistä on se, että etutaivutuksesta nousu vaatii tukeutumista reisiin tai huonekaluihin. Selän taivutus- tai ojennusrytmi voi olla poikkeava, jolloin kyse on yleensä selän liikekontrollin häiriöstä ja sen taustalla olevasta lihasheikkoudesta. Selän epätukevuuden toteamiseksi ei ole luotettavaa radiologista tutkimusta. Selän taivutusrintgenkuvien ongelma on niiden huono sensitiivisyys. Kipeä selkäpotilas ei aina pysty taivuttamaan selkäänsä vaadittavissa määrin, jolloin tutkimus antaa liian herkästi väärän negatiivisen tuloksen. Radiologiset tutkimukset ovat kuitenkin tarpeen epätukevuuden taustalla olevan mahdollisen anatomisen syyn selvittämiseksi. Selän deformiteetit kuten nikamasiirtymät



Jos herää epäily hermopinteestä tai selän epätukevuudesta, kannattaa kuvantamistutkimuksia tehdä.

ja degeneratiivinen skolioosi ilmenevät seisten otetuista natiiviröntgenkuvista. Magneettikuvaus on myös tarpeen, varsinkin, jos potilaalla on epäily hermopinteestä.

### Epäspesifi selkäkipu hoidetaan kuntouttaen

Epäspesifin selkäkivun näyttöön perustuva hoito on kuntoutus, jossa usein tarvitaan moniammatillista otetta. Kivun selvittelyprosessin aikana on usein otettu selän röntgen- ja magneettikuvat, joissa tyypillisesti näkyy erasteisia välilevyrappeuman löydöksiä ja nikamien Modic-muutoksia. Kuvallisten yhteyksien oireisiin on parhaimmillaankin huono eikä rappeumalöydös selitä koettua kipua. Operatiivinen hoito ei ole näille potilaille realistinen vaihtoehto. Epäspesifin selkäkivun syy on määritelmän mukaan tuntematon, jolloin leikkaukselle ei ole rationaalista tai vaikuttavuudeltaan ennustettavaa aiheutta. Takavuosina epäspesifin kivun hoitona on tehty selän luudutusleikkauksia ja välilevyproteesejakin suurin odotuksin, mutta käytäntö on osoittanut nämä leikkaukset toimimattomiksi. Ortopedin kannanottoa tarvitaan ehkä osana ammatillisen kuntoutuksen tai eläköitymisen prosessia, ja sellaisena se voi olla perusteltu ja tarpeellinen.

## Diagnoosi ohjaa hoitoa

Lääkärin työtä selkäpotilaidenkin kohdalla ohjaa pyrkimys sairauden tai vaivan diagnoosiin. Kliininen diagnoosi on usein riittävän tarkka seulomaan vakavat sairaudet ja nopeasti hoidettavat potilaat niistä, joita voidaan perusterveydenhuollossa seurata. Jos vaiva ei parane oletetussa ajassa tai uusii nopeasti, täytyy tehdä tarkempia, yleensä radiologisia tutkimuksia. Selän viralliset hoitosuositukset eivät kannusta akuutin tai subakuutin seläkivun vuoksi tehtäviin selän kuvantamistutkimuksiin, koska siitä ei ole osoitettu hoidollista hyötyä. Valitettavasti tämä asenne on usein omaksuttu nihilistisesti kaikkien selkäpotilaiden hoidossa, jolloin hoidettavissa olevien ongelmien diagnoosi voi viivästyä ja vajaakuntoisuus ja työkyvyttömyys pitkittyä tarpeettomasti. Jos herää epäily hermo-pinteestä tai selän epätukevuudesta, kannattaa kuvantamistutkimuksia tehdä. Magneettikuvausta voidaan nykyään pitää selän perustutkimuksena röntgenkuvaa paremman informaation ja sädehygienian vuoksi. Ortopedin tehtävänä on varmentaa diagnoosi ja antaa potilaalle ymmärrettävä selitys kivun syystä ja hoitomahdollisuuksista. Hoidollisesti arvioidaan joko hermovapautuksen ja/tai selän luudutusleikkauksen mahdollisuutta. Konsultaatioon kannattaa vastavasti ohjata ne potilaat, joilla on hermo-oire, selän epätukevuus tai sellaisten epäily. Hermovapautusleikkaus on suhteellisen pieni ja osaavissa käsissä turvallinen toimenpide, josta kuntoutuu useimpiin töihin 2–3 kuukauden aikana. Selän epätukevuuden hoito vaatii luudutusleikkauksen, jonka kuntoutuminen vie selvästi pidempään, tyypillisesti 3–6 kuukautta työn fyysisyydestä riippuen. Luudutusleikkaus jättää työ- ja toimintakyvyn kuitenkin pysyvästi alentuneeksi, jolloin paluu fyysisesti raskaaseen työhön on epävarmaa leikkauksen jälkeenkä. Työuran loppupuolella fyysisen työntekijälle luudutusta parempi ratkaisu onkin yleensä työtehtävien keventäminen tai osa-aikaistaminen.

## KIRJALLISUUTTA

- Kalichman L, Cole R, Kim DH, ym. Spinal stenosis prevalence and association with symptoms: The Framingham Study. *Spine J* 2009;9(7):545-50.
- Walker PB, Sark C, Brennan G, ym. Spinal epidural lipomatosis: A comprehensive review. *Orthop Rev (Pavia)* 2021;13(2):25571. Published online 2021 Jul 11. doi: 10.52965/001c.25571
- Perolat R, Kastler A, Nicot B, ym. Facet joint syndrome: from diagnosis to interventional management. *Insights Imaging* 2018 Oct;9(5):773-89. Published online 2018 Aug 8. doi: 10.1007/s13244-018-0638-x
- Määttä J, Niinimäki J, Järvinen J, ym. Välilevyrappeumaan liittyvät nikaman luuydinmuutokset eli Modic-muutokset ja niiden kliininen merkitys. *Duodecim* 2021;137(1):63-71.
- Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, ym. Motor control exercise for nonspecific low back pain: A Cochrane review. *Spine* 2016 Aug 15;41(16):1284-95. doi: 10.1097/BRS.0000000000001645
- Alaselkävun Käypä Hoito -suositus. *Duodecim* (5.5.2017).[www.kaypahoito.fi/hoi20001#s8](http://www.kaypahoito.fi/hoi20001#s8)
- Galliker G, Scherer DE, Trippolini MA, ym. Low back pain in the emergency department: Prevalence of serious spinal pathologies and diagnostic accuracy of red flags. *Am J*
- *Medicine* 2020 January;133(1):P60-72.E14 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamjmed.2019.06.005>