

Milloin selkäydinkanavan ahtauma kannattaa leikata?

Laura Tielinen

HUS, Töölön sairaala, ortopedia ja traumatologia

Treatment of lumbar spinal stenosis depends on the symptoms of the patient. Some patients with mul-tilevel lumbar spinal stenosis are clinically relatively asymptomatic and need not to be operated. A pa-tient presenting with acute cauda symptoms or massive paresis needs to be treated with no delay. Radicular pain and claudication are more relative indications. Depression predicts a poorer outcome of surgery.

Potilaan oirekuva ja pärjääminen arkielämässä ratkaisee leikkauksen tarpeen, ei röntgenkuva. Leikka-uksia ei yleensä myöskään tehdä ennalta ehkäisevässä mielessä. Laajoista stenoosimuutoksista huo-limatta potilas voi pärjätä hyvin/kohtuullisesti etenkin, jos vaatimustaso muiden sairauksien vuoksi on matala.

Spinaalistennoosi on useimmiten luonteeltaan hitaasti etenevä sairaus ja potilaat voivat pärjätä oireidensa kanssa pitkiäkin aikoja konservatiivisessa hoidossa (1). Toisinaan kuitenkin nähdään akuuttejakin oireiden pahenemisia monesti liittyen johonkin uuteen selkätapahtumaan kuten tuoreeseen prolapsiin tai traumaan. Ehdottomia leikkausindikaatioita, jotka tilanteesta riippuen indisoivat päivystyksellistä tai kiireellistä leikkausta ovat merkittävä pareesi, caudaoireisto ja sietämätön (radikulaarinen) kipu estäen potilaan mobilisaation. Relatiivisempia ovat lievempi radikulaarinen kipu sekä klaudikaatio.

Menestyksekkään leikkaushoidon edellytyksenä on, että potilaalla on oireeseen sopiva radiologinen löydös. Sentraalisen stenoosin suhteen on olemassa lukuisia radiologisia kriteerejä. Jos T2-painotteisissa kuvissa aksiaalisuunnan leikkeissä puuttuu juurten välistä likvor voidaan puhua sentraaliseen stenoosiin. Durapussin pinta-alan mittaaminen lienee vähemmän eksakti menetelmä jo senkin takia että juurten määrä vaihtelee eri tasoilla rangassa. Recessitasen stenoosista puhutaan kun dis-cusvälillä tasolla juuren uloslähtökohta on ahtaunut. Kun ahtauma sijaitsee tästä vielä

lateraalisemmin juuren uloskulkukanavassa puhutaan foraminaalisesta stenoosista. Tämä lienee hiukan aliarvioitu oi-reiden aiheuttaja, koska melko usein stenoosin vuoksi leikatulle potilaalle leikkauksen jälkeen jäävä pitkäkestoinen kipuoire näyttäisi paikantuvan juuri foraminaalisen stenoosin alueelle vaikka tämäkin olisi toimenpiteessä pyritty mahdollisimman hyvin avaamaan. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa tulisi huomioida myös pystyasennon vaikutus ryhtiin. Pystyasennon lanne-rankakuvassa näkyvä merkittävä olisteesi, joka makuulla reponoituu voi kertoa kuormituksen aiheuttavasta stenoosista vaikka makuulla otetussa magneettisissa tutkimuksissa ei näkyisi selkeää hermopinnettä.

Toimenpiteestä saatavan hyödyn todennäköisyyttä pienentävät depressio (2,3), kardiovaskulaariset sairaudet, kävelykykyä huonontavat sairaudet ja skolioosi (3). Myös aiemmat dekompressiiviset toimenpiteet (4) ja jo kehittynyt merkittävä neurologinen puutosoireisto sekä krooninen neuropaattinen kipu vähentävät hyötyä. Työikäisillä eläkehakuisuus ja muut sairaudet vähentävät työhön paluun to-dennäköisyyttä. Jönsson (5) et al. tutkimuksen mukaan ideaalinen potilas hyödyn kannalta olisi sent-raalista stenoosia poteva, selkääkipua ei tulisi merkittävässä määrin olla, eikä myöskään muuta kävely-kykyä huonontavaa sairautta ja oirekuvan keston tulisi olla alle 4 vuotta. Aalto et al. (3) totesi, että hyvä kävelykyky, parempi itse arvioitu terveydentila, parempi tulotaso, vähäiset perussairaudet ja selkeä sentraalinen stenoosi ennustivat parem-

paa subjektiivista hyötyä. Edelleen miessukupuoli ja nuori ikä ennustivat parempaa postoperatiivista kävelykykyä.

Seurantutkimuksissa hyödyn jalkakivun helpottamisen suhteen on osoitettu säilyvän ainakin 5 vuotta (6,7). Selkäkipukin (ainakin vyötärön tason alapuolella lanteilla tuntuva) useimmiten vähenee (6). Vanhemmilla ihmisillä oireet kuitenkin residivoivat nuoria herkemmin ajan kuluessa (7) mahdollisesti de-generatiivisen sairauden etenemiseen liittyen. Instrumentoituun luudutukseen liittyy vääjäämättä merkittävä riski vereisten välien ylikuormittumiseen ja tätä myötä uusiin selkäleikkauksiin (8).

Kirjallisuus

1. Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M, et al: Surgical or non-operative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. *Spine*. 2007;32(1):1-8.
2. Sinikallio S, Aalto T, Airaksinen O, et al: Depressive burden in the preoperative and early recovery phase predicts poorer surgery outcome among lumbar spinal stenosis patients: a one-year prospective follow-up study. *Spine*. 2009;34(23):2573-2578.
3. Aalto TJ, Malmivaara A, Kovacs F, et al: Preoperative predictors for postoperative clinical outcome in lumbar spinal stenosis. Systematic review. *Spine*. 2006;31(18):E648-E663.
4. Herno A, Airaksinen O, Saari T, et al: Surgical results of lumbar spinal stenosis. A comparison of patients with or without previous back surgery. *Spine*. 1995;20(8):964-969.
5. Jönsson B, Annertz M, Sjöberg C et al: A prospective and consecutive study of surgically treated lumbar spinal stenosis. Part II. Five-year follow-up by an independent observer. *Spine*. 1997;22(24):2938-2944.
6. Anjarwalla NK, Brown LC, McGregor AH: The outcome of spinal decompression surgery 5 years on. *Eur Spine J*. 2007;16:1842-1847.
7. Yamashita K, Ohzono K, Hiroshima K: Five-year outcomes of surgical treatment for degenerative lumbar spinal stenosis. A prospective observational study of symptom severity at standard intervals after surgery. *Spine*. 2006;31(13):1484-1490.
8. Cheh G, Bridwell KH, Lenke LG, et al: Adjacent segment disease following lumbar/thoracolumbar fusion with pedicle screw instrumentation. A minimum 5-year follow-up. *Spine*. 2007;32(20):2253-2257.