

## Kliinikon näkökulma selän kuvaukseen

*Professori Jaro Karppinen, Oulun yliopistollinen sairaala, fysiatrian klinikka*

---

Kliinikon tulee aina miettiä onko kuvaus lainkaan tarpeen hoitotoimenpiteiden kannalta. 'Työhypoteesi' voidaan muodostaa kliinisen tutkimuksen perusteella ilman konetutkimuksia. Työhypoteesin pohjalta voidaan aloittaa potilaan hoito näytön asteen mukaisesti.

Jos potilaan ongelmana on aksiaalinen kipu jossa toimintahaitta on korkeintaan kohtalaista tasoa eikä potilaalla ole vaaran merkkejä, ei kuvausta tarvitse lainkaan. Korkeintaan voidaan harkita lannerangan natiivia, mutta hoitomuodon valitsemisen kannalta kuvaus ei anna lisäinformaatiota. Vaikka natiivikuvassa onkin välilevyrappeumaa, juurikanava-ahtautta tai jopa fasettiartroosia, ei sillä ole yleensä merkitystä. Hoidon valinnan määrää potilaan motivaatio, pelkokäyttäytyminen tai muut psykologiset tekijät sekä kliinisen tutkimuksen perusteella arvioitu hoidon tarve (jäykkyys, lihaskestävyyden vaje). Systemaattisen katsauksen mukaan potilaan selkäpotilaan pitkäaikaista haittaa ennustavat lähtötilanteen suuri toimintahaitta, voimakas kipu tai jalkaan säteilevä kipu, psykiatriset komorbiditeetit kuten depressio sekä ns. keltaiset liput kuten negatiiviset uskomukset ja pelkokäyttäytyminen. Jos jäädään odottelemaan magneettikuvausta (MK), voidaan 'jäädä jälkeen' juuri ratkaisevan verran niin että potilaan tilanne saattaa kroonistua.

Jos toimintahaittaa on hankalaa luokkaa, on ainakin natiivi-rtg perusteltu. Usein tarvitaan myös MK-tutkimusta esim. leikkaushoidon arviota varten. Näissäkin tapauksissa kannattaa konservatiivinen hoito aloittaa heti, jos sille ei ole esteitä. Potilaalla saattaa olla ongelmana esim. Modic-muutokseen liittyvä kipu. Vaikka sille ei olekaan vielä spesifistä hoitoa, on potilas kiitollinen kun saa kivulle järkevän selityksen.

Vaikka potilaan ongelmana on iskiaskipu, ei kuvausta tarvitse aina. Iskiaskipu saattaa olla sen verran lievää, ettei tarvita invasiivisia toimenpiteitä. Vaikka esim. hermojuuripuudutusta tai jopa leikkausta arvioidaan tarvittavan, useimmiten kannattaa kokeilla oikeaoppista fysioterapiaa. Kaularangan säteilykivussa leikkauksia tehdään harvoin ja potilaalle voi jo kliinisen tutkimuksen perusteella selittää, ettei leikattavaa ole. Jos potilas-lääkäri suhde toimii, potilas kyllä yleensä uskoo tämän ja motivoituu harjoitteluterapiaan. Jos taas iskiaskipu on hankalaa, pitäisi MK-tutkimuksen saatavuus olla hyvä, jotta välttyään kärsimyksien ja työkyvyttömyyden pitkittymiseltä. On turhauttavaa odotella kuukausikaupalla välttämätöntä (esim. hermojuuripuudutuksen kannalta) MK-tutkimusta.

Jos potilaalla on vaaran merkkejä ('punaiset liput') lisätutkimukset ovat tarpeen. Natiivi-rtg on helppo katsoa perusterveydenhuollossakin, mutta on muistettava, ettei normaali löydös siinä poissulje vakavaa syytä. Jatkotutkimusten valinnassa hyvä keskustelu yhteys radiologien ja kliinikoiden välillä on suotavaa, sillä aina klinikko ei tiedä mikä kuvaus olisi kyseisen potilaan kohdalla järkevin.

Radiologi toivoo kliinikolta selkeää oirekuvausta, jotta kysymyksenasettelu olisi mahdollisimman helppo. Vastaavasti toisinpäinkin tarvitaan selvää vastausta löydösten kliinisestä relevanssista. Radiologien on mainittava kaikki havaitsemansa poikkeavat löydökset, mutta esim. juurikanava-ahtaumilla on harvoin kliinistä merkitystä. Yhteenvedoissa on hyvä tuoda löydösten merkitystä suhteessa oireisiin. Saattaisi olla järkevää, että radiologeilla olisi mahdollista konsultoida kokeneita klinikoita kliinisen relevanssin tiimoilta. Samoin pitäisin suotavana, että saamme väestöpohjaisten aineistojen perusteella käsityksen radiologisten löydösten normaalijakaumasta.