

Iskiaskivun hoito

Nils Kyrklund, LL Yleislääketieteen erikoislääkäri, kivunhoidon erikoispätevyys, manuaalinen lääketiede
Terveystalo Vantaa Myyrmäki, Terveystalo Espoo Tapiola
päivitetty 21.02.2019

Mitä iskias on?

Iskiaksella tarkoitetaan selkäkipua, joka heijastuu alaraajaan. Syy on selkäytimestä lähtevän hermojuuren puristusoire. Kyseinen hermo on yleensä myös voimakkaasti ärtynyt tai tulehtunut, aiheuttaen hermokipua ja hermon toimintahäiriöitä.

Tavallisin syy hermopuristukseen on rikkoutunut nikamavälilevy, välilevytyrä, jossa välilevyn keskuksen (nukleus pulposus) hyytelömäinen aine vuotaa ja pullistuu ulos painaen hermoa. Välilevyn keskustan aine on erittäin hapanta, suolahapon väkevyystasoa, pH-luvun ollessa ykkösen paikkeilla. Mekaanisen puristuksen lisäksi pullistuma aiheuttaa siis ärsytyksen tai jopa voimakkaan tulehduksen puristamaansa hermoon. Iskias on hankala selkäkipu, joka yleensä kestää muutamia kuukausia ja joskus kroonistuessaan jopa vuosia.

Välilevytyrän yleisyys ja luonnollinen kulku

Iskiaskipu on varsin yleinen vaiva. Markku Heliövaaran tutkimuksen (Tuki- ja liikuntaelinsairaudet Suomessa) mukaan noin 40 % väestöstä on kokenut iskiasoireita jossakin vaiheessa elämäänsä. Välilevytyrän luonnollinen kulku arvioidaan hyvänlaatuiseksi. Kuudessa viikossa noin 80 % ja kolmessa kuukaudessa 90 % sairastuneista paranee. Spontaania paranemista on täten lähes jokaisen potilaan kohdalla syytä odotella riittävästi ja potilasta pitää myös huolellisesti informoida sairauden kulusta.

Taudinkuva ja oireet vaihtelevat suuresti

Välilevytyrä voi olla pieni, hermoa ärsyttävä pullistuma, joka vaivaa potilasta ajoittain tai taudinkuva on varsin vähäoireinen. Voi olla, että tällainen potilas ei edes hakeudu vaivansa vuoksi hoitoon, vaan kärsii ja hoitelee itseään särkylääkkeen avulla. Välilevytyrä voi olla myös massiivisen suuri, aiheuttaen kovaa kipua ja tuskaa, sekä hermovaurion seurauksena syntynyttä laajaa alaraajojen lihasheikkoutta ja tunnottomuutta tai samanaikaisesti kovaa heijastuskipua.

Iskiastaudin vakavin muoto on niin sanottu ratsupaikkaoireyhtymä eli Kauda Equina -syndrooma, jossa iso välilevytyrä aiheuttaa peräaukon ja sukuelinten seudun puutumisen sekä ulosteen ja virtsanpidätyksen häiriötä. Kauda Equina -potilas tutkitaan ja leikataan päivystysluonteisesti sairaalassa.

Lisäksi iskias voi painottua joko kipuun tai lihasheikkouteen riippuen siitä, ärsyttääkö välilevytyrä enemmän tunto- vai motoristen hermojen säikeitä. Myös keskilannerangan välilevytyrä ärsyttää eri hermoja kuin alempana oleva tyrä, aiheuttaen eri alueiden heijastus- ja tunto- ja toimintahäiriöitä. Välilevytyrä voi olla myös pääasiallisesti mekaanista puristusta aiheuttava, jolloin tietyillä asennon

muutoksilla voidaan vaikuttaa oireen voimakkuuteen tai pääasiallisesti tulehdusreaktion kautta hermokudosta ärsyttävä, jolloin asennon muutoksilla ei aina voida vaikuttaa kipuun.

Kroonisessa iskiaksessa kipu voi olla neuropaattista- eli hermovauriokipua, jolloin kipua välittävä hermo tai osa hermojärjestelmää voi vaurioitua siten, että vaurio itse synnyttää kipua.

Hermovauriokivun hoito on vaikeampaa kuin akuutin kivun hoito. Hermovauriokivussa usein alkuperäinen taudin aiheuttanut syy esim. välilevytyrä on jo parantunut, mutta kipu vaan jatkuu.

Toistuvassa, samantyyppisessä iskiaksessa arpeutunut ja surkastunut vanha välilevytyrä mahtuu normaalioloissa olemaan hermojuuren vieressä aiheuttamatta oireita, mutta kun selkä kipeytyy muusta syystä, voi esimerkiksi lihaskramppi ahtauttaa juurikanavaa niin paljon, että iskiasoireet palaavat. Tämän tyyppisen iskiaksen hoito eroaa oleellisesti ns. akuutin tulehduksellisen iskiaksen hoidosta.

Selkäkipu joka heijastaa alaraajaan ei ole aina välilevyn esiinluiskahduksesta johtuvaa

On monia muitakin tauteja jotka saattavat aiheuttaa säteilyoireita alaraajoihin.

1. Selkärangan ikärappautuman perusteella syntynyt selkäydinkanavan tai luisten hermojuuriaukkojen ahtaus eli spinaali-/lateraalistenooosi muistuttaa iskiasta, mutta se alkaa huomattavasti hitaammin siinä usein myös kävelymatkat alkavat lyhentyä.
2. Fasettineloperäinen kipu saattaa myös säteillä pakaraan ja reiden alueelle, mutta neurologiset puutosoireet puuttuvat.
3. SI-nivelperäiset syyt aiheuttavat usein pakarakivun lisäksi säteilyä reiteen jopa säären alueelle asti. Syynä voi olla nivelen tulehdustila tai löysyydestä johtuva yliliikkuvuushäiriö jota tavataan esim. loppuraskauden aikana.
4. Myös lonkkanivelen kivut esim. nivelrikossa, voivat heijastua reiden alueelle.
5. Pakaran alueella sijaitseva Piriformislihas kulkee lähellä iskias hermoa, hermo voi jopa mennä lihaksen läpi. Tiedetään että erilaiset Piriformiksen ongelmat ja vammat ja vaivat voivat aiheuttaa iskiashermoon ärsytystä ja säteilyä alaraajan.
6. Radikuliitti eli hermojuuren tulehdus voi aiheuttaa iskiasta muistuttavan äkäisen selkä alaraajakivun.
7. Synoviaalikysta, eli selän kaarinivelen rakkula joka voi työntyä hermojuuriaukkoon, aiheuttaen kosketuksessa olevaan hermoon puristuksen.
8. Muun kuin iskiashermojuuren pinne esim. takajuurenharan pinne Meralgia Parestetica voi joutua pinteeseen hermon lähtökohdassa L2-3 nikamien kohdalla, tai etummaisen suoliluukyhmyän sisäpuolella. Ettei asia olisi niin helppo, tavataan myös säteilyoireita, johon ei löydy lääketieteellistä selitystä.

Miten diagnoosi tulisi tehdä?

Lääkärin tekemä huolellinen esitietojen kysely ja kliininen ja neurologinen tutkimus ovat Iskias tutkimuksen tärkein asia. Vasta kun lääkäriellä on hypoteesi iskias kivun syystä, ja tarvittavat statustiedot voidaan selvittää täydentää ns. konetutkimuksilla. Näitä ovat, selän magneettitutkimus ja hermoratatutkimus (ENMG) Aikaisemmin käytetty selkäytimen

varjoainekuvauksella oli potilaalle usein hankala toimenpide. Kahdeksankymmentäluvulla siirryttiin yleisesti käyttämään tietokonetomografiakuvausta, mikä merkitsi suurta edistysaskelta diagnostiikassa. Nykyään lanneselän magneettitutkimus MRI on tärkein ja tarkin kuvantamismenetelmä. Uutena ongelmana on tosin tullut se, että tämä tutkimus näyttää myös sellaisia välilevytyriä ja -vaurioita, jotka eivät aiheuta potilaalle oireita. On arvioitu, että jos kuvataan satunnaistettu joukko vaikkapa Hakaniemen torilla käveleviä aikuisia modernilla magneettikuvauksella, noin 65 prosentilla heistä löytyy erilaisia välilevytyriä ja pullistumia, mutta ainoastaan 1–2 prosentilla on löydökseen sopivia kliinisiä oireita.

Myös tämän takia, koska MRI-kuvauksella löydetään näin paljon oireettomia pullistumia, on lääkärin tekemällä kliinisellä tutkimuksella entistä suurempi merkitys, ja statuksen pitää olla mahdollisimman tarkka. Välilevytyriä painaa tiettyä hermojuurta ja aiheuttaa sille hyvin tyyppilliset oireet, jotka saadaan usein testeillä selvitettyksi. Joskus joudutaan lisäksi varmentamaan asiaa hermoratitutkimuksella eli ENMG:llä. Kliinisen löydöksen tulee olla sopuissa konetutkimusten kanssa.

Iskiastaudin hoito

Vaikka lääketieteen historiassa on jo muinaisissa papyruskääröissä kuvauksia iskiaksen diagnostiikasta ja hoidosta, oli tauti silti hyvin mystinen. Iskiaksen hoito on ollut ja on edelleen pääsääntöisesti konservatiivista. Uudenvuoden aattona 1932 leikkasi Jason Mixer ensimmäisen kerran tietoisesti välilevytyriä iskiasoireiden vuoksi. Sitä ennen niitä oli leikattu jonkun aikaa selkäydinkanavan kasvaimina, enkondroomina. Oikeastaan vasta tästä voidaan katsoa välilevyn (diskuksen) dynastian alkaneen selkäkipu- ja iskiasongelmien selvittelyssä. Mixerin kuvaamaan leikkaustekniikkaan kuului alkuvaiheessa jopa 3–4 nikamakaaren poisto. Välilevypullistuman leikkaukseen yhdistettiin usein myös nikamaluudutus. Leikkaustekniikat ovat kehittyneet valtavasti sen jälkeen.

Tällä hetkellä kehitys on johtanut mikroskoopiavusteisen välilevytyriäleikkauksen suuntaan. Tässä tekniikassa ympäröivä kudosa vaurio jää mahdollisimman vähäiseksi. Arvion mukaan noin kymmenen prosenttia kliinisesti esiin tulevista välilevytyriäpotilaista joudutaan hoitamaan leikkauksella. Vaikka leikkausindikaatiot on määritelty suhteellisen tarkkaan, esiintyy meillä Suomessakin eri keskussairaaloissa välillä vielä 10–20 vuotta sitten moninkertaisia eroja leikkausmäärissä. Välilevytyriäleikkaukset ovat lisääntyneet viimeisen 20 vuoden aikana koko Suomessa ja näyttävät lisääntyvän edelleen, vaikka itse taudin esiintymisessä ei ole tapahtunut kasvua.

Koska leikataan?

Leikkaus voi tulla kysymykseen, kun potilaalla on radiologisesti varmennettu, oireiluun ja kliiniseen löydökseen sopiva hermojuuren puristus, joka ei konservatiivisin menetelmin ala parantua 6–10 viikon aikana. Mitä voimakas oireisempi tauti on (voimakkaat lihasheikkoudet ja kipu) sen nopeammin leikkaus arvioidaan. Erittäin kova kipu, jota ei saada hallittua lääkehoidolla, saattaa myös olla aihe nopeaan leikkaukseen. Vakavin iskiaksen muoto on Kauda Equina -syndrooma, jossa leikkaus pyritään toteuttamaan päivystysluontoisesti. Kauda Equina -oireessa, kuvataan ratsupaikka-anestesia, peräaukon ja sukuelinten seudussa tunto on alentunut. Virtsa saattaa karata housuun tai ei tule ulos ollenkaan. Sama tilanne voi olla ulosteen hallinnassa. Kauda hermot S 2-4 kulkevat

lanneselän alueella aivan selkäytimen takaosassa, eli välilevytyrä, joka aiheuttaa näiden hermojen puristuksen on itseasiassa valtavan iso koko selkäytimen tukkiva, ja oireet ovat myös laaja-alaiset ja voimakkaat.

Käytännön ongelmana suomalaisessa terveydenhoitojärjestelmässä on ollut liian pitkä ja tarpeeton jonotusaika. Kun potilasta on ensin seurattu 8–10 viikkoa, hänet lähetetään sairaalan ortopedian poliklinikalle, jonne hän joutuu odottamaan 1–3 kuukautta. Sen jälkeen hänelle määrätään MRI, jonne hän taas odottaa muutamia viikkoja, sen jälkeen taas muutaman viikon päästä takaisin ortopedian poliklinikalle kuulemaan vastausta ja mahdollista leikkauspäätöstä. Jos leikkauspäätös tehdään, potilas asetetaan leikkausjonoon, jossa hän taas odottaa. Tässä tilanteessa hermovaurio on usein ollut pahimmillaan jo niin pitkään, että lihasteikkous voi jäädä pysyväksi ja voi aiheuttaa lievän invaliditeetin. Toinen ongelma on, että hoidon pitkittyessä kipu saattaa kroonistua.

On muutakin hoitoa kuin leikkaushoito

Vasta noin 70 vuotta sitten alettiin ymmärtää, mikä iskiastauti yleensä on. Leikkaushoito oli kuitenkin hyvin harvinaista ja tauti hoidettiin lähes yksinomaan konservatiivisesti (ilman leikkausta). Vielä 30–40 vuotta sitten hoito-ohjeena oli pitkä vuodelepo ja kipulääkkeet. Potilaat leimattiin selkäinvalidieiksi sanomalla, että selkä on heikko eikä tule kestäväksi rasitusta eikä nostelua. Edelleen tavataan vanhempia potilaita, jotka vuosikymmenet ovat noudattaneet tätä ohjetta.

Koska lääketiede ei ymmärtänyt sairautta eikä pystynyt auttamaan näitä potilaita, he hakivat avun muilta selkää hoitavilta koulukunnilta. Osteopaatit, kiropraktikot ja myöhemmin naprapaatit hoitivat lääkäreiden hylkäämiä selkäpotilaita. Näihin aikoihin edellä mainittujen ammattiryhmien hoidot olivat pääasiassa mekaanisia selän hoitoja, kuten hierontaa, manipulaatiota ja erilaisia venytyshoitoja. Joissain tapauksissa hoidot auttoivat hyvin, ehkä myös senkin takia, että hoitajat usein omistautuivat asialleen ja yrittivät ymmärtää potilaansa vaivaa sekä halusivat konkreettisesti hoitaa kärsivää potilasta. Viimeisen vuosikymmenen aikana lääketieteellinen tutkimus on saanut paljon uutta tietoa selkäkipun olemuksesta. Tältä pohjalta on syntynyt joukko kansallisia ja kansainvälisiä hoitosuosituksia.

Iskiaskivun konservatiivinen hoitosuositus

Iskiaskivun hoitosuositus perustuu tämän hetken lääketieteelliselle näytölle. Hoitosuositus kelpuuttaa ainoastaan ne hoidot ja tutkimukset, jotka on osoitettu tieteellisesti päteviksi. Käytännössä näyttäisi olevan useita muitakin kohtuullisen hyviä parannuskeinoja, jotka eivät kuitenkaan ole mukana hoitosuosituksessa, koska tieteellinen näyttö näiden tehosta ja turvallisuudesta puuttuu ja sen takia hoitosuositus näyttää nihilistisen pelkistetyltä.

1. Riittävä kipulääkitys

Peruslääkkeenä tulisi käyttää tulehduskipulääkettä, jota nautitaan kuurimuotoisesti ja riittävän pitkään. Mahahaava ja -katarri riskipotilaille tulisi määrätä joko uudenlaisempi koxibi tai perinteinen NSAID-lääke yhdessä protonipumpun estäjän kanssa. Monilla potilailla on nykyään myös antikoagulantti hoito (esim. Marevan, Xarelto, Eliquis, jne), jolloin tulehduskipulääke on vasta-aiheinen. ASA-allerginen vaihtoehto on parasetamoli. Välillä tarvitaan tehokkaampaa kivun lievitystä ja silloin määrätään tulehduskipulääkkeen rinnalle tarvittaessa otettava heikko tai keskivahva

opiaatti. Hermovauriokipuihin käytetään nykyään myös epilepsialääkkeitä kuten gabapentiiniä ja pregabaliinia sekä kipukynnyslääkkeitä.

2. Lepo

Vuodelepo ei nopeuta taudista toipumista. Kipu voi kuitenkin välillä olla niin hankalaa, että lepo tietyssä asennossa helpottaa oleellisesti kipua. Psoas-asento (maataan selällään jalat ylhäällä ja taitetaan jalat polvesta 90 asteen kulmaan esim. sängyn tai tuolin päälle lepäämään) helpottaa usein oireita. Potilas voi kivun sallimissa rajoissa jatkaa päivittäisiä toimiaan ja välttää tilanteita, joissa selkä kipeytyy. Kuormitushuippuja tulee vähentää.

3. Sairasloma ja seuranta

Lyhytaikainen sairausloma ja seuranta ovat tarpeen. Sairasloma määräytyy ensisijaisesti potilaan työkyvyn perusteella.

4. Informaatio taudin kulusta

Lääkärin tulee antaa varovaisen positiivista informaatiota taudin suotuisasta kulusta. Täydellinen toipuminen on useimmiten odotettavissa.

Hoitosuositus ei sisällä muita hoitoehtoja.

Iskiaskivussa käytettyjä muita hoitoja

Hermojuuripuudutukset

Hermojuuriauukkoon pistettävä puudutusaine+ kortisoni saattaa antaa tehokkaan mutta lyhytaikainen kivun lievityksen iskiaskipuun. Toimenpide vaatii kuitenkin CT-läpivalaisulaitteen, eli on sairaalatoimenpide, ja sen saatavuus on hyvin rajallista.

Venytshoidot

Venytshoitoja on käytetty kymmeniä vuosia ja vetohoidon tekniikat ja laitteet ovat olleet hyvin erilaisia. Ruotsissa tri Gertrud Lindin vuonna 1964–1974 kehittämä traktiohoito on ollut hyvin suosittu. Uudempana tulokkaana tuli autotraktio, jossa potilas itse omilla käsilihaksillaan työntää selkänikamia erilleen. Tieteellistä näyttöä ei kuitenkaan ole hoidosta saatu, vaikka autotraktio on ollut hyvin laajassa käytössä.

Manipulaatiohoidot

Kiropraktikot ovat erityisesti suosineet näitä hoitoja. Näyttää kuitenkin siltä, että manipulaation teho akuutissa iskiaksessa ei ole erityisen hyvä ja lisäksi sen toimenpiteenä katsotaan olevan vaarallinen akuutissa välilevytyrätaudissa. Pitkittyneessä tilanteessa sen hyöty ja turvallisuus ilmeisesti kasvavat. Tutkittu tieto tästä asiasta on rajallista ja osittain ristiriitaista. Manipulaatio ei kuulu kansainvälisiin eikä suomalaiseen iskiapotilaan hoitosuositukseen. Teoriassa voidaan ajatella, että manipulaatiotoimenpiteellä rentoutetaan hoidettava segmentti, jossa pieni prolapsi joka normaalisti mahtuu olemaan aiheuttamatta iskiasoireita. Selän kipu krampin seurauksena tämä, ahtauttaakin hermojuurta aiheuttaen iskiasoireet. Manipulaatiohoitojen antajalta vaaditaan toimenpiteeseen liittyvää koulutusta sekä kokemusta.

Mc Kenzie -menetelmä

Uusiseelantilaisen Robin Mc Kenzien menetelmää käyttää joukko asiaan vihkiytyneitä fysioterapeutteja. Menetelmä on ollut maailmalla käytössä noin 40 vuotta. Menetelmä perustuu oletukseen, että tietynlaisilla selkärangan taivutusliikkeillä nikaman ydin (nukleus pulposus) saadaan siirtymään edullisempaan, hermoa vähemmän ärsyttävään asentoon. Joillakin potilailla menetelmä näyttäisi toimivan erinomaisesti, kun taas toiset eivät saa apua.

Neuraalikudoksen mobilisointi

Tässä hoidossa mobilisoidaan huonosti liikkuvaa hermokudosta ja yritetään parantaa sen omaa nestekiertoa. Hoito ei sovi akuuttiin kivuliaaseen hermojuuripuristukseen, mutta näyttää auttavan pitkittyneestä iskiaksesta kärsiviä potilaita. Jotkut OMT-fysioterapeutit ovat saaneet hyviä tuloksia spinaalisten oosi potilailla. Terapia ei sovi akuutin iskiaksen hoitoon. Suomessa erityisesti OMT-fysioterapeutit käyttävät tätä terapiamuotoa.

Selän liikekontrollihäiriö

Pitkäaikainen selkäkipu saattaa johtaa toiseen kipua ylläpitävään kipumekanismiin eli liikekontrollihäiriöön, jossa varsinaisen primaari syy on usein jo parantunut, mutta liikekontrolliin on tullut kipua aiheuttava häiriö. Hoito kuuluu fysioterapian osaamisalueeseen.

TENS (transkutaaninen neurostimulaatio) hoidossa ärsytetään kevyellä sähkövirralla ihoa, jolloin tarkoitus on saada kipusignaali salpautumaan selkäytimen tasolla porttikontrolliteorian mukaisesti. AKU-hoidossa edellisen lisäksi voidaan saada lihaksien rentoutusvaikutus. Hoitojen ongelmana on kapea terapeuttinen hoitoalue. Liian pieni ärsytysmäärä ei anna vastetta ja hiemankin liian suuri annos ärsyttää ja lisää kipua.

Yhteenveto

Iskiaksen hoito on usein kivuliaan potilaan hoitamista yrityksen ja erehdysten kautta, koska tehokkaan ja vähä sivuvaikutuksisen lääkityksen ja toimivan harjoitusterapian löytäminen vie aikaa. Mahdollisimman tarkan kuvan saaminen taudin luonteesta kuitenkin helpottaa tässä asiassa. Alkuvaiheessa iskiaspotilas vaatii tihetä seurantaa.

Päivitetty 21.02.2019

Nils Kyrklund LL, Yleislääketieteen erikoislääkäri, kivunhoidon erityispätevyys

Manuaalisen Lääketieteen diplomi

Terveystalo Vantaa Myyrmäki

Terveystalo Espoo Tapiola