

Vastaja: Eesti Valu Selts

*1. Palun kirjeldada taotluses väljatoodult, milliseid **provotseerivaid teste** protseduuri eel teostatakse*

Provokatiivsed testid on kliinilised testid, mida kasutatakse patsiendi läbivaatusel. Testid võimaldavad provotseerida valu tekkimist vastavas piirkonnas: fasettliigeste sündroomi ja/või SI-liigese (liiduse) patoloogija korral. Kliinilise testi käigus tekitatakse vastava liigesele mehaanilist koormust ja sellega provotseeritakse valu juhul, kui see liiges on valu allikas. Kui pärast testblokaadi ei tekita korduv provokatsioonitest valu. Siis võime arvata, et antud liiges on valugeneraator.

Fassetlliigeste sündroomi kahtluse puhul provokatiivsed testid on järgmised: (1,2)

- Retrofleksioon
- Retrofleksioon koos rotatsiooniga (valu tekkib kahjustuse poolel)
- Paravertebraalne palpatsioon fassetlliigestele avaldatava survega

SI liigese seotud valu kahtluse korral provokatiivsed testid on järgmised: (3,4,5)

- Distraktsioonitest: Patsient lamab selili ja uurija rakendab vertikaalselt orienteeritud, tahapoole suunatud jõudu mõlemale crista iliaca anterior superior
- Kompresioonitest: Patsient lamab külili. Uurija avaldab survet vaagnale, surudes crista iliaca-le, surve on suunatud vastaspoolse crista iliaca suunas.
- “Tight thrust”: Patsient selili asendis. Uurija asetab puusa 90-kraadise fleksiooni ja aduktsiooni asendisse. Seejärel surub reiele suunaga tahapoole erineva abduktsiooni-/aduktsiooninurga all.
- “Sacral thrust”: Patsient lamab kõhuli. Uurija teeb ristluu kohal ettepoole suunatud tõuke.
- Gaensleni test: Patsient lamab selili, mõlemad jalad sirutatud. Katsetatav jalg viiakse passiivselt põlve täielikku fleksiooni ja roteeritakse lateraalselt. Teine jalg sirutatud. Seejärel rakendatakse survet painutatud jäsemele.

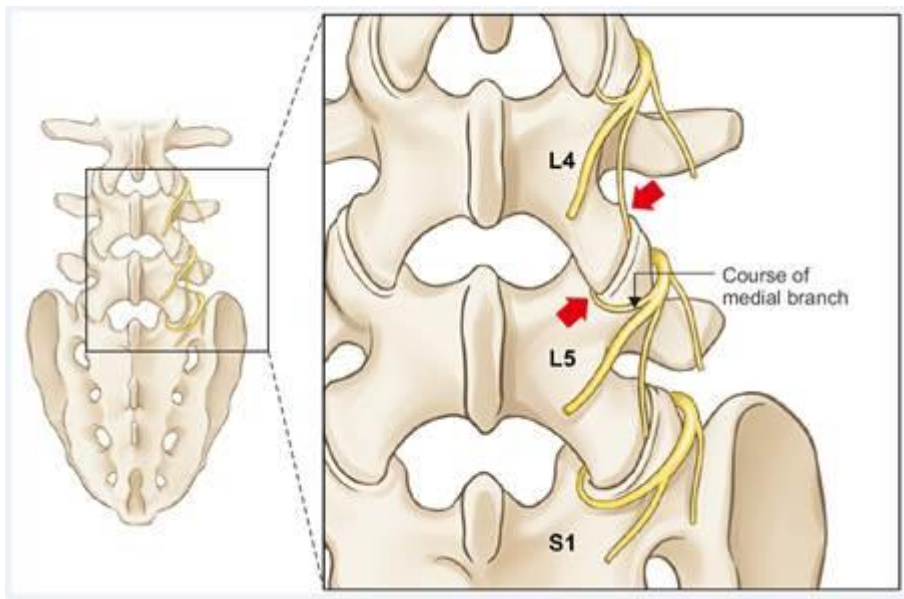
*2. Protseduuri teostatakse nii UH kui ka Rõ kontrolli all, palun esitada uuemad andmed **potentsiaalsest kiirguskoormusest**. Millised meetmed on võetud kasutusele kiirguskoormuse vähendamiseks?*

Hetkel 50 patsiendi keskmine kiirguskoormus on 217,8764 uGy\*m2.

Selleks, et vähendada kiirguskoormust on kasutusele võetud uued Rõ seadmed, loobutud „video“ režiimi kasutamisest. Rõ koormust vähendab ka kogemuse kasv – mida suurem kogemus, seda vähem tuleb teha „pilte“.

*3. 2019. aastal on taotletud RFA kasutamist kahele esimesele ablatsioonile, kuid käesolevas taotluses (1637) on esitatud RFA - kuni 4 punkti, kuigi näidustused ei ole taotlustes erinevad. Palun selgitada, **mitu ablatsiooni keskmiselt patsiendile tehakse?** Lisaks selgitada lisa-ablatsioonide tegemise põhjus.*

Üks fassetlliiges innerveeritakse 2 sensoorsete närvidega, mistõttu minimaalne ablatsioonide arv liigese kohta on 2 punkti, mis oli märgitud eelmises taotluses.



Pilt võetud artiklist (Won HS et al, 2020)

Ühepoolne ühe fasettliigese kahjustus on siiski äärmiselt haruldane, mistõttu praktilistel kaalutustel suurendati taotluses sisalduvate denervatsioonipunktide miinimumarvu 4 punktini.

Praktikas tehakse fasettliigeste denervatsioon kahel pool ning 1-3 tasandil (4-8 punkti) ühe protseduurina. Otsus sõltub kliinilisest pildist, visualisatsiooni lejust ja testblokaadi tulemustest.

*“When selecting targets for blocks, levels should be determined based on clinical presentation (radiological findings when available, tenderness on palpation performed under fluoroscopy, pain referral patterns); grade C evidence, low level of certainty.”* (Cohen SP et al, 2020)

SI-liigese denervatsioon selle suure ulatuse ja massiivse innervatsiooni tõttu nõuab reeglina 12-16 ablatsioonipunkti ühel pool.

#### Allikad:

1. Cohen, S.P. and S.N. Raja, Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain. *Anesthesiology*, 2007. 106(3): p. 591-614.
2. Manchikanti, L.M., Mark V. Boswell, MD, PhD, Vijay Singh, MD, Richard Derby, MD, Bert Fellows, MA, Frank JE Falco, MD, Sukdeb Datta, MD, Howard S. Smith, MD, and Joshua A. Hirsch, MD. , *Comprehensive Review of Neurophysiologic Basis and Diagnostic Interventions in Managing Chronic Spinal Pain*. *Pain Physician*, 2009a. 12: p. E71-E121
3. Laslett M, Aprill C, McDonald B, Young S (2005). Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of test. *Man Ther.* 2005;10:207-218
4. Laslett M, (2008). Evidence-Based Diagnosis and Treatment of the Painful Sacroiliac Joint. *J Man Manip Ther.* 2008; 16(3): 142–152
5. Cook, C, Hegedus, E. (2013). *Orthopedic Physical Examination Test: An Evidence Based Approach*. New Jersey: Prentice Hall