

# Akillesjännerepeämien myöhäiskorjaus

*Ilkka Tulikoura*

*HUS, Töölön sairaala*

Tämä esitys perustuu henkilökohtaiseen kliiniseen kokemukseen monen vuoden ajalta. Leikattuja potilaita on seurattu vähintään 6 kk. Kirjoittaja on viime vuosina hoitanut leikkaamalla vanhoja akillesjännerepeämiä n. 10–12 potilasta vuodessa.

Useimmiten syy myöhäiseen hoitoon on ollut oikean diagnoosin viivästyminen. Pieni määrä on toistaiseksi ollut konservatiivisesti hoidettuja ja huonoon hoitotulokseen johtaneita tapauksia. Suhteellisen monta näistä potilaista on hoidettu paikallisilla kortisoni-injektioilla, joista ei tietenkään ole ollut hyötyä. Sen sijaan injektioista on ollut vaihtelevasti lisähaittaa jännekuolioiden muodossa.

Pääasiallinen haitta repeytyneestä akillesjänneestä on liikkumisvaikeus: päkiälle ponnistaminen on heikko ja kävely vaikeaa, puhumattakaan juoksemisesta. Monesti raskaus tuottaa kipua. Monet liikuntaharrastukset ovat jääneet pois. Monen ihmisen kohdalla elämään liittyvät tarpeet ovat estyneet. Liikunta ymmärretään jopa lääkärin keskuudessa keskeiseksi osaksi terveyttä. Potilaat ovat varsin usein olleet valmiita ottamaan riskejä saadakseen liikuntakyvyn takaisin.

Oikeaan diagnoosiin päästään useimmiten hyvän kliinisen tutkimuksen avulla. Repeämä on hyvin tunnettavissa ja Thompsonin testin käyttö on hyödyllinen. Magneettitutkimusta tarvitsen selvittämään jänneen alaosan ja kiinnitysalueen tilaa, koska se ei ruutiinisti leikkauksessa selviä. Se auttaa myös rekonstruktion suunnittelussa.

Leikkausmenetelmä: Leikkauksen voi hyvin suorittaa ilman verityhjötä. Pesu ja peittely ulottuu ylös polvitaapeeseen. Käytän loivaa S-avausta alkaen laterodistaalisesti ja kiertyen medioproksimaalisesti väistään koko matkan suralis-hermoa. Faskian ja peritenonin

avaan ihoviillon linjassa. Preparoin aivan jänneen pintaan ylhäällä ja alhaalla kauempaan repeämästä. Preparoin aivan jänneen pintaa myöten kohti repeämäaluetta säästäten peritenonia. Jänneen vapautan kiinnikkeistä; myös lihasalue vapautetaan. Jänneiden päistä repeämässä poistan sidekudoksen tupen ja kampaan jänneen säikeet vapaaksi tupsuksi. Poistan kortisonin nekrotisoiman jänneosan ja huonon kudoksen. Irrotan plantaris longus-jänneen koko pituudeltaan tai gracilis-jänneen, jos edellinen puuttuu. Asetan ensin kaksi Kessler-tyyppistä ommelta (PDS 1), joilla jänneen päät lähennetään sopivalle etäisyydelle: vertaan nilkan asentoa terveeseen puoleen. Seuraavaksi teen oman plastian: irrotetulla jänneellä ompelen sillan jänneiden päiden välille kiinnittämällä päät ja käännekohdat PDS (3-0)-ompeleella. Jänne menee repeämän yli yleensä 5-6 kertaa. Tämän plastian päälle käänän Lindholmian plastiaa modifioiden yhden kielekkeen repeämäkohdan yli. Distaalipään kiinnityksen teen PDS-kaksoisompelein (2-0), proksimaalinen kiinnitys PDS:llä ja sivut jatkuvalla ompeleella. Peritenonin ja faskian suljen Vicrylillä ja ihon katko-ompelein.

Leikkaushoidossa käytän infektioprofylaksiana Dalacin-Netilyn-kombinaatiota vuorokauden ajan. Leikkauksen jälkeistä verenvuotoa pyrin estämään pehmustetulla joustositeellä ja keskeytymättömällä kohoasennolla vähintään 12 tuntia.

Postoperatiiviseen hoitoon vaikuttaa monta tekijää: onko annettu paikallisesti kortisonia, potilaan ikä, jänneen leikkauksessa havaittu kunto, kudolosoluhdeet, mahdollinen sokeritauti, verenkierron tila ja potilaan kyky ko-operoida ja noudattaa annettuja ohjeita.

Leikkauksen jälkeisen immobilisaation toteutan kävelyortoosilla 10–12 viikon ajan. Aluksi ortoosi on

säädetty 20 asteen plantaarifleksioon. Varauskielto on 6–8 viikkoa ja osapainovaraus 2 viikkoa 10 asteen plantaarifleksiolle. Tämän jälkeen sallin täyspainovaruksen 2–4 viikon ajan ortoosilla. Tämän jälkeen ohjeistan korollisen kengän (2,5–3 cm) käyttöön.

Kontrolloitu mobilisaatio alkaa 1. leikkauksen jälkeisenä päivänä. Potilas ottaa liikuttelun ajaksi ortoosin pois. Nilkan liikuttelu tapahtuu hitaasti ja laajasti sekä kuormittamatta useita kertoja päivittäin.

Kliinisten kontrollien yhteydessä tarkistan mahdollisen akillesjänteen venymän vertaamalla nilkkojen dorsifleksion määrää toisiinsa. Jos on venymää, ohjeistan venyttelyn pois ja kantakorotuksen käyttämisen. Varpaille nousun ja kuormituksen neuvon alkavaksi 4 kk leikkauksesta. Juoksun ja liikunnan voi aloittaa yleensä 6 kk leikkauksesta kliinisen kontrollin jälkeen.

Leikkaukseen liittyvinä komplikaatioina on esiintynyt haavaongelmia: haavanreunanekroosi ja syvä infektio 1/35 (2,9 %), pinnallinen infektio (hoitui lääkkein) 1/35 (2,9 %) ja 2 haavan hematoomaa (5,7 %), joista toinen evakuoitiin. Yhtään hermovauriota (n. suralis) ei ollut 35 potilaan joukossa.

Toimintakyky 6 kk leikkauksen jälkeen on yleensä palautunut hyvin. Useimmat kykenevät nousemaan päkiälle hoidetulla jalalla. Kävely on ollut normaalia tai liki normaalia. Monet ovat kyenneet hölkkäämään tai pelaamaan esim. tennistä. Pohkeen lihasvoima on yleensä ollut vielä heikompi kuin terveellä puolella, mutta koko ajan parantumassa. Yleensä kaikissa tapauksissa on saavutettu tavoiteltu parempi liikkumiskyky. Potilaat ovat saaneet sen, mitä ovat toivoneet.