

Mitä murtuman jälkeen?

*Petri Venesmaa, Ortopedian, traumatologian ja käsikirurgian klinikka.
Traumatologian yksikkö. Kuopion Yliopistollinen Sairaala*

Osteoporoottiset murtumat aiheuttavat huomattavia terveydenhoitoon liittyviä yhteiskunnallisia kustannuksia vuosittain. Osteoporoosin preventioon (riittävä liikunta, tupakoinnin välttäminen, oikeat ruokailutottumukset ym.) ja murtumien ennaltaehkäisyyn on syytä kohdistaa riittävästi voimavaroja. Traumatologiassa – murtuman jo tapahduttua – tulee pitää mielessä osteoporoosin mahdollisuus ja murtumien sekundaaripreventio. Osteoporoottinen murtuma on tyypillisesti matalaenerginen ja sijaitsee olkaluussa, ranteessa, reisiluun kaulassa tai selkärangan nikamassa. Osteoporoottisen murtuman tapahduttua asianmukaisella lääkehoidolla on mahdollista vähentää ko. murtumien uusiutumista potilailla. Tiedossa on, että ensimmäisen vuoden aikana riski saada uusi osteoporoottinen murtuma on huomattava (1,2).

Jos osteoporoosia ei ole diagnosoitu aiemmin, niin sitä epäiltäessä potilaalle tulee järjestää luuntiheysmittaus (DXA). Yli 80-vuotiaille ei mittauksia kannata tehdä, koska osteoporoosi on heillä hyvin yleinen. DXA tutkimus järjestetään polikliinisesti ja tutkimustuloksesta varataan soittoaika poliklinikalle hoitavalle lääkärille. Osteoporoosidiagnoosin varmistuessa (luuntiheyden T-score < -2.5 SD) on osteoporoosin sekundaariset syyt poissuljettava ja riskitekijät kartoitettava (2,3).

KYS:n traumatologian yksikössä osteoporoosin lääkehoidoksi aloitetaan tällä hetkellä bisfosfonaatti ja lisäksi kalsium 1 g + D-vitamiini 800 IU /vrk. Bisfosfonaattihoidon pituudesta ei ole tällä hetkellä täysin yhtenevää suositusta, mutta tutkimusten mukaan bisfosfonaattia voi käyttää varsin turvallisesti ainakin 5 vuotta (4). Pidemmät yhtäjaksoiset bisfosfonaattihoidot saattavat liiaksi hillitä luun omaa normaalia aineenvaihduntaa ja siten johtaa mm. murtumien hidastuneeseen luutumiseen (5). Jos potilaalla todetaan pelkästään osteopeniaan sopiva luuntiheys (T-score -1.0 – -2.5 SD), lääkehoitoa harkitaan tapauskohtaisesti. Osteopenisen murtumapotilaan perushoitona on kalsium 1 g + D-vitamiini 800 IU /vrk pysyvänä

hoitona. Jos potilaalla on huomattavia riskitekijöitä (esim. sairastettu osteoporoottinen murtuma, kortisonihoito, positiivinen sukuanamneesi) ja T-score on alle -2.0 SD, bisfosfonaattihoido on usein aiheellinen. Luuntiheysmittauksen kontrollointi ei ole välttämätön kaikilla potilailla, sillä nykyiset lääkehoidot ovat tehokkaita. Mikäli hoidosta huolimatta murtumat uusia ja/tai epäillään lääkkeen tehottomuutta tai huonoa komplianssia, luuntiheysmittauksen voi uusua n. 1-2 vuoden kuluttua (3).

Murtumien sekundaaripreventiossa murtumahoitajatoiminta on osa nykyaikaista traumatologista hoitokäytäntöä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri julkaisi omat positiiviset kokemuksensa murtumahoitajakäytännöstään (6). Tällä hetkellä useissa yliopistollisissa sairaaloissa ja osassa keskussairaaloita työskentelee murtumahoitaja. Murtumahoitajan keskeinen tehtävä on seuloa matalaenergistien murtumien joukosta osteoporoottiset ja osteopeniset murtumat ja järjestää näiden potilaiden asianmukaiset tutkimukset ja jatkohoito. Tällä toimintamallilla on mahdollista tavoittaa useampi matalaenergisien murtuman saanut potilas ja hoitaa myös murtuman aiheuttanutta syytä – ei pelkästään murtunutta luuta.

1. Rosen CJ: Postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2005;353(6):595-602.
2. Käypä hoito -suositus. Osteoporoosi: Duodecim 2000;116:1772-1788.
3. Kröger H, Santavirta S, Aro H, Hämäläinen M: Osteoporosis and the orthopaedic surgeon. *Scand J Surg* 2003;92(3):232-234.
4. Välimäki MJ: Onko osteoporoosin hoito turvallista? *SLL* 2006;4:287-288.
5. Odvina CV, Zerwekh JE, Rao DS, Maalouf N, Gottschalk FA, Pak CYC: Severely suppressed bone turnover: A potential complication of alendronate therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(3):1294-1301.
6. Myllymäki A, Puolijoki H: Murtumahoitajatoiminta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2003-2004. *SLL* 2005;8:937-941.