

# Kipeä olkapää – epidemiologiaa

Mika Paavola

HYKS, Töölön sairaala

Olkakipu on yleinen ongelma ja väestötasolla vuotuisesti esiintyvyydeksi on arvioitu 2–3 %. Olkakivun raportoidun esiintyvyyden on arvioitu kasvaneen 40 vuoden aikana 3-kertaiseksi. Usein olkakipu liittyy työskentelyyn kädet kohoasennossa, mutta sitä esiintyy huomattavasti myös päätetyötä tekevillä. Poikkeavia kuvantamistutkimusten löydöksiä esiintyy ikäriippuvaisesti paljon myös oireettomilla. Subakromiaalisen kivun vuoksi leikattavien potilaiden määrä on kasvanut merkittävästi Suomessa. Ruotsissa leikataan olkakivun vuoksi vähemmän potilaita kuin Suomessa.

Olkapään kipu on selkävivun jälkeen yleisin hoitoon hakeutumisen syistä perusterveydenhuollossa ja avohoidon ortopedien vastaanotolla. Lääkärin arvioon johtavan olkakivun prevalenssiksi Englannissa on arvioitu aikuisilla 2,36 % ja insidenssiksi 1,47 % (1), mutta eri tutkimuksissa insidenssi on vaihdellut ollen jopa 46,7 % vuoden aikana (2). Vain noin puolet uusista olkakipuepisodeista johtaa vaivan helpottumiseen 6 kk aikana (3). Olkakipu on yleisempää naisilla kuin miehillä (4,5) ja esiintymishuippu on noin 50-vuotiailla, mutta olkakipua esiintyy huomattavasti myös nuorilla, tosin usein lievänä (6). Harknessin ja kumppaneiden tutkimuksessa (5) olkakivun raportoidun esiintyvyyden määrä on kolminkertaistunut 40 vuoden aikana.

Olkakipu mielletään usein työperäiseksi ja sitä esiintyykin useammin ammateissa, jotka sisältävät kädet kohoasennossa tehtävää toistotyötä, mutta myös toimisto- tai päätetyötä tekevillä olkakivun esiintyvyys on korkea, prevalenssiksi on raportoitu jopa 31 % / vuosi (7). Kun yläraajoja kuormittava työ lopetetaan, olkavaivojen esiintyvyys alkaa laskea (8). Matalan työtyytyväisyyden on todettu olevan yhteydessä olkakipuun (9). Vuonna 2000 Yhdysvalloissa arvioitiin pitkäaikaisen olkakivun aiheuttavan noin 7 miljardin USD:n suorat kustannukset (10). Hollantilainen tutkimusryhmä seurasi 587 ensimmäistä kertaa olkakivun vuoksi lääkäriin hakeutuvan potilaan kohorttia 6

kk ajan ja totesi olkakivusta aiheutuneen heille puolen vuoden aikana keskimäärin 689 € kulut.

Diagnoosiperustaisina sairauseräisinä olkakivun syinä voidaan pitää kiertäjälukalvosimen rappeumasairautta mukaan lukien degeneratiiviset kiertäjälukalvosimen repeämät ja olkapään pinneoireyhtymä sekä olkanivelen ja olkalisäke-solisluunivelen (AC-nivel) artroosi. Näiden yksittäisten vaivojen epidemiologia on kuitenkin huonosti tunnettu. Raskasta ruumiillista työtä tekevillä olkapään pinneoireyhtymän prevalenssiksi on arvioitu 5,3 – 7,9 % (11). Olkapään pinneoireyhtymään viittaavien röntgenologisten löydösten on todettu esiintyvän oireettomilla potilailla ikäriippuvaisesti (12). Kiertäjälukalvosimen repeämien esiintyvyyden on raportoitu lisääntyvän iän mukana (13). Kiertäjälukalvosimen repeämien esiintyvyydeksi on arvioitu kadaveritutkimuksissa 30 % ja näistä lävistäviä repeämiä on ollut 12 % (14). Ultraäänitutkimuksissa oireettomissa olkapäissä on todettu kiertäjälukalvosimen repeämä 39 %:lla ja oireisissa 41 %:lla. MRI-tutkimuksissa kiertäjälukalvosimen repeämä on löytynyt 26 %:lla oireettomista ja 49 %:lla oireisista (olkapään artroosin on arvioitu selittävän 2–5 % olkakivusta (10)).

STAKESin ja yhteistyötahojen Perfect-hankkeen (Perfect = PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) osalta on laadittu alustava selvitys kiertäjälukalvosimeen kohdistuneiden toimenpiteiden (ensimmäinen leikkaus, toimenpidekoodi NBG10,

NBG15 tai NBL00) esiintyvyydestä ja kehityksestä vuosina 1998 – 2003. Tarkasteltuna jaksona toimenpiteiden kumulatiivinen kasvuprosentti oli 38,9 % ja vuonna 2003 kyseisiä toimenpiteitä tehtiin Suomessa 6497 ja miehiä leikattiin useammin kuin naisia. Toimenpiteiden esiintyvyys suhteutettuna väestöön vaihteli maamme eri osissa suuresti; Helsinki 6,53, Pirkanmaa 10,88, Pohjois-pohjanmaa 14,50, Varsinais-suomi 16,78 ja Pohjois-Savo 23,14 toimenpidettä / 10 000 asukasta vuonna 2003. Yksityissektorilla tehtiin kyseisenä ajanjaksona 11,65 % leikkauksista.

Myös Ruotsissa on selvitetty olkakirurgisia leikkausmääriä (Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi, Lund). Siellä arvioitiin 1998–2004 olleen 10 % kasvu toimenpiteissä. Subakromiaalisen kivun vuoksi Ruotsissa leikattiin vuonna 2003 3554 potilasta (Suomi 6497) ja kaikkia olkapääleikkauksia (subakromiaalinen kipu, instabiliteetti, arthroosi) tehtiin 5,3 toimenpidettä / 10 000 asukasta.

### Kirjallisuus

1. Linsell L, Dawson J, Zondervan K, Rose P, Randall T, Fitzpatrick R, ym: Prevalence and incidence of adults consulting for shoulder conditions in UK primary care; patterns of diagnosis and referral. *Rheumatology*. 2006;45(2):215-221.
2. Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP, Miedema HS, ym: Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J Rheumatol*. 2004;33(2):73-81.
3. Kuijpers T, van der Windt DA, van der Heijden GJ, Bouter LM: Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain*. 2004;109:420-431.
4. Bingefors K, Isacson D: Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain—a gender perspective. *Eur J Pain*. 2004;8(5):435-450.
5. Harkness EF, Macfarlane GJ, Silman AJ, McBeth J: Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: Two population-based cross-sectional studies. *Rheumatology*. 2005;44(7):890-895.
6. Auvinen J, Tammelin T, Taimela S, Zitting P, Karppinen J: Neck and shoulder pains in relation to physical activity and sedentary activities in adolescence. *Spine*. 2007;32(9):1038-1044.
7. Eltayeb S, Staal JB, Kennes J, Lamberts PH, de Bie RA: Prevalence of complaints of arm, neck and shoulder among computer office workers and psychometric evaluation of a risk factor questionnaire. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;14:68.
8. Grooten WJ, Mulder M, Josephson M, Alfredsson L, Wiktorin C: The influence of work-related exposures on the prognosis of neck/shoulder pain. *Eur Spine J*. 2007;16(12):2083-2091.
9. Andersen JH, Haahr JP, Frost P: Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms: a two-year prospective study of a general working population. *Arthritis Rheum*. 2007;56(4):1355-1364.
10. Meislin RJ, Sperling JW, Stitik TP: Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *Am J Othop*. 2005;34(12 Suppl):5-9.
11. Frost P, Andersen JH: Shoulder impingement syndrome in relation to shoulder intensive work. *Occup Environ Med*. 1999;56(7):494-498.
12. Bonsell S, Pearsall AW 4th, Heitman RJ, Helms CA, Major NM, Speer KP: The relationship of age, gender, and degenerative changes observed on radiographs of the shoulder in asymptomatic individuals. *J Bone Joint Surg Br*. 2000;82-B:1135-1139.
13. Yamaguchi K, Ditsios K, Middleton WD, Hildebolt CF, Galatz LM, Teefey SA: The demographic and morphological features of rotator cuff disease. A comparison of asymptomatic and symptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88-A:1699-1704.
14. Reilly P, Macleod I, Macfarlane R, Windley J, Emery RJ: Dead men and radiologists don't lie: a review of cadaveric and radiological studies of rotator cuff tear prevalence. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88(2):116-121.