

Atraumaattinen olkakipu – Onko leikkaukselle sijaa?

Janne Lehtinen

Hatanpään Sairaala

Olkakivun insidenssi on lisääntynyt ja siitä on tullut selkäreiden jälkeen toiseksi yleisin tuke- ja liikuntaelin-ongelma. Suomessa olkakivua esiintyy 5% yli 30-vuotiailla. Kyseessä on nimenomaan atraumaattisen olkakivun yleistyminen, jonka esiintyvyyshuippu on 50 vuoden iässä.

Traumaattisen olkakivun hoidossa operatiivisesta interventioista on näyttöä nivelside- ja jännevammoissa. Näissä tiloissa olkanivelen vauriot ja diagnostiikka ovat yksiselitteisiä. Atraumaattisen olkakivun diagnostiikassa anamneesi ja status ovat keskeiset menetelmät. Kuvantamistutkimuksia tarvitaan ainoastaan harvinaisemmissa ja epäselvissä tapauksissa kliinisen diagnostiikan tukena. Atraumaattisissa kiputiloissa voi taustalla olla varsin monia syitä, mutta useimmiten se on rasitukseen liittyvää, kiertäjälavosimen dysfunktion ja degeneraation aiheuttamaa. Atraumaattisista olkareista tässä esityksessä ei käsitellä yleisiä hyperlaksiteettiin liittyviä instabiliteettioireita (UPS, MDI), adhesiivista kapsuliittia eikä olkanivelen kulumaa. Yhteenveto atraumaattisista olkakivun syistä on taulukossa 1.

Impingement-oireyhtymä

Pinneoireyhtymä, ahdas olka, kalkkitendiniitti, subacromiaalibursiitti kaikki tarkoittavat tätä jokseenkin tuntematonta olkapään atraumaattista kiputilaa. Charles Neer 1972 kuvasi 'shoulder impingement syndrome' tilan krooniseksi kolmivaiheiseksi bursiitiksi, tendiniitiksi ja degeneraatioksi. Koska taudin luonnollinen kulku on epäselvä on etiologiaksi sittemmin esitetty 2 eri teoriaa: mekaaninen teoria (extrinsic) ja degeneratiivinen teoria (intrinsic). Acromionin muoto, CA-ligamentti, AC degeneraatio, instabiliteetti ja häiriintynyt scapulothorakaalinen rytmi ovat

Taulukko 1.

Atraumaattisen olkakivun syitä
<i>Kiertäjälavosimen ongelmat</i> -Impingement/dysfunktio -Degeneratiiviset jännevauriot (ml. biceps)
<i>Hyperlaksiteetti</i> -Multidirektionaalinen instabiliteetti (MDI) -Unstable painful shoulder (UPS)
<i>Nivelkuluma</i> -AC ja GH artroosi
<i>Adhesiivinen kapsuliitti</i>
<i>Hermoperäiset syyt</i> -Hermojuurten pinnetilät -Plexustason pinnetilät -Hermostojen pinnetilät / tulehdukset
<i>Tulehdukselliset tilat</i> -Synoviitit (reaktiiviset, reumaattiset) -Bursiitit
<i>Muut</i> -Tuumorit, kystat,
<i>Yleissairaudet</i> -Fibromyalgia -Polymyalgia -Palleaärsytys

extrinsic-teoriaan perustuvia syitä. Lihasdysfunktio (Deltoid >RC) ja degeneratiivinen tendinopatia (rasitustilat, oksidatiiviset vauriot ja apoptoosi) taas ovat intrinsic-teorian perusteita.

Puhtaan impingementin diagnostiikka on äärimmäisen hankalaa. Subacromiaalisen kivun lokalisaaation pystyy varmistamaan onnistuneella subacromiaalilla puuduteinjektiolla, mutta kiertäjäkavlosinjänneiden yläpinnanvauriot, AC oireet ja bicepsjänne ovat sekoittavia tekijöitä. Toisaalta hyperlaksilla potilaalla lievä instabiliateetti johtaa 'pinnelöydöksiin'. Kuvantaminen ei helpota diagnostiikkaa, joskin RTG-kuva tulee muistaa olkapään perustutkimuksena. Atraumaattisen 'pinnekivun' selvittely UÄ- tai MRI-kuvauksin ei ole perusteltua.

Pinneoireyhtymää on hoidettu onnistuneesti sekä kuntoutuksella että avoimella tai artroskoopisella acromioplastialla useiden tutkimusten mukaan. Neerin kuvaaman avoimen ja sittemmin artroskoopisesti suoritettavan acromioplastian merkitys on jäänyt varsin kyseenalaiseksi: Acromionin muodolla ei ole todettu olevan säännön mukaista oirekorrelaatiota. Toisaalta acromionin resektion määrällä ei ole ollut vaikutusta hyviin leikkaustuloksiin. Acromionin on todettu kasvavan myös takaisin, jopa suurempana kuin ennen toimenpidettä. Viimeisimpänä on näytetty ettei acromioplastian tulos eroa pelkästä bursan 'puhdistuksesta'.

Viimeisen reilun vuosikymmenen aikana on saatu muutamia leikkaus- ja konservatiivista hoitoa vertailevia tutkimuksia pinneoireyhtymän hoidosta. Kaikissa tutkimuksissa potilaat ovat pääsääntöisesti parantuneet hyvin. Yhdessäkin tutkimuksessa ei ole osoitettu merkittävää eroa leikkaus- ja konservatiivisen hoidon välillä. Yhteenvetona voidaan todeta suurimman osan impingement-potilaista parantuvan kohtuullisessa ajassa hoitomuodosta riippumatta. Näin ollen leikkausresurssija ei tule turhaan käyttää hyvänlaatuisen vaivan hoitoon. Hoitotuloksen pysyvyydestä alkaa olla myös kohtuullista näyttöä. Näin ollen konservatiivisella hoidolla parantumattomia potilaita ei kannata pääsääntöisesti leikata – nämä potilaat eivät luultavimmin parane leikkauksellakaan.

Kiertäjäkavlosimen degeneraatio, atraumaattiset jännepeämät

Kiertäjäkavlosimen degeneraation on todettu yleistyvän merkittävästi 50 ikävuodesta lähtien, siten että yli 60-vuotiaista oireettomista henkilöistä on 20 %:lla ja

yli 70-vuotiaista 40 %:lla kiertäjäkavlosimen totaaliruptuuroita. Ultra-äänellä etsityistä kiertäjäkavlosimen totaalirepeämistä yli 60 v ihmisillä 1/3 osoitautui oireiseksi – 2/3 oli oireettomia. Atraumaattisen olkakivun taustalla on siis todennäköisesti useimmiten kiertäjäkavlosimen totaalirepeämä yli 60 v potilaalla. Kiertäjäkavlosimen degeneraatio näyttelee merkittävää osaa myös hieman nuoremmista ikäluokissa, joissa ei ole instabiliateettiongelmaa eikä toisaalta vielä nivelkulumaa. Olkakoireiden kehittymisestä kiertäjäkavlosindegeneraation myötä ei ole pitkäkestoisia seuranta-tutkimuksia. Vuoden seurannassa n. 1/5 oireettomista atraumaattisista repeämistä muuttui oireiseksi ja verrattuna oireettomina pysyneisiin kontroleihin oli repeämien koko näissä suurentunut. Toisessa oireisten potilaiden sarjassa kolmannes repeämistä kasvoi puolessa vuodessa, toisaalta 10 % repeämistä pienentyi MRillä tutkittaessa.

Ennen olkakirurgian huimaa kehitystä 80-luvulla ja sittemmin olkapään artroskopian kehitystä 90-luvulla atraumaattisia olkakupuja ei juuri hoidettu kiertäjäkavlosimen jännekorjauksilla vanhemmissa ikäluokissa. Atraumaattista olkakupua ei aiemmin merkittävästi leikattu nuoremmillakaan ihmisillä. Atraumaattisten repeämien leikkaushoidosta on varsin marginaalinen näyttö osana isompia tutkimussarjoja. Leikatuista potilaista merkittävä osa saa kuitenkin lyhyissä seurannoissa hyödyn. Toisaalta konservatiivinen hoito tai hoitamatta jättäminen ovat johtaneet kohtuullisiin tuloksiin. Parhaillaan sekä kotimaassa että ulkomailta on käynnissä korkeatasoisia konservatiivisen ja operatiivisen hoidon vertailututkimuksia degeneratiivisen kiertäjäkavlosinrepeämän hoidosta. Käytettävissä olevan tiedon perusteella leikkaushoito ei atraumaattisessa olkakivussa ole ensimmäinen vaihtoehto vaikka potilaalla olisi jännevaurio.

Lähteet saatavissa artikkelin kirjoittajalta