

TOS alle kolmekymppisten eläköittäjänä

*Heidi Vastamäki-Mehtälä, Martti Vastamäki
Sairaala ORTON, Helsinki*

Krooninen konservatiiviselle hoidolle reagoimaton paikallisesta syystä johtuva ilman merkittävää vammaa syntyvä yläraajavaiva on harvinainen nuorella alle 30-35-vuotiaalla. Nuorella nivelen kuluminen vaivan aiheuttajana on hyvin harvinaista, samoin ääreishermon pinnetiiloja tavataan heillä erittäin harvoin. Jänteisiin ja niiden kiinnityskohtiin liittyvää vaivaa on nuorillakin liialliseen rasitukseen ja sopimattomiin liikeratoihin liittyen, mutta ne paranevat nuorilla poikkeuksetta levolla ja konservatiivisilla hoidoilla. Jos yleissairautta, kuten reumaa ei ole osoitettu ja natiiviröntgenkuvat ovat normaalit sulkien pois esim. harvinaisen lunatummalasian, on mahdollista, että vaivan syy on olkahermopunoksen puristustila, thoracic outlet-syndrooma, TOS.

TOS näyttää edelleen aiheuttavan salakavalasti niin paljon muiden varttuneemmilla yleisten spesifien vaivojen oireita, että sekaannuksia tulee (1). Nuori TOS-potilas saatetaan edelleenkin leikata useastakin kohdasta kivuliasta yläraajaa ennen oikean diagnoosin oivaltamista (2). Tyypillisiä ovat nuorelle tehdyt jänteiden ja hermojen vapautusleikkaukset, diagnoosilla karpaalitunnelioireyhtymä, sulkussyndrooma, supinator syndrooma, tenniskyynänpää ja erilaiset yksittäisten jänteiden ”jännetuppitulehdukset”. Näille vaivoille on ollut tyypillistä rasitukseen liittyminen ja usein myös paikasta toiseen siirtyminen eli diagnoosi on vaihdellut kuukausien ja vuosienkin kuluessa, kun olkahermopunoksen eri osat ovat olleet vaihtelevasti puristuksissa. Kun TOS on diagnosoitu, konservatiivinen hoito auttaa usein hyvin (3) ja tarvittaessa olkahermopunoksen vapauttaminen saattaa päästää potilaan oireistaan (2,4). Ehkä diagnostiikan monimuotoisuuden ja hoidon tuloksen vaikean ennakoimisen takia TOSin leikkaushoito on Suomessa keskitynyt muutamiin keskuksiin (5). Mitä ilmeisimmin TOS on maassamme edelleen alidiagnosoitu vaiva.

Kroonisen yläraajavaivan selvittelyssä kannattaa alle 45-50-vuotiaalle ja varsinkin alle 30-vuotiaalle tehdä aina muutama TOS-asiaa selvittävä kysymys.

Tavanomaisten anamneesiin liittyvien tietojen lisäksi on kysyttävä, onko potilaalla esiintynyt yläasentovaikeuksia. Miten hän pystyy lukemaan lehteä tai kirjaa selällään ollessaan, miten pystyy laittamaan tukkansa (potilaat ovat useimmiten naisia), miten pystyy ripustamaan verhot. Puutuuko käsi esim. yöllä. Meneekö kädestä voima. Onko samoja oireita tullut myös toiselle puolelle. TOS on usein molemminpuolinen varsinkin nuorilla.

Jos tällaisiin kysymyksiin tulee monia myöntäviä vastauksia, kannattaa potilaalle aloittaa kokeeksi TOS-fysioterapia, vaikka kaikki TOS-provokaatiotestit eivät positiivisia olisikaan. Potilaalle kannattaa myös antaa kotilukemiseksi asiaa käsitteleviä kirjoituksia (3,6), jolloin potilaalla on vähällä vaivalla mahdollisuus oppia todennäköisestä vaivastaan lisää. Potilasta pyydetään tutustumaan saamaansa aineistoon ja kerrotaan, että jos hän ei siitä löydä itseään, TOS-diagnoosi on epätodennäköinen, toisin päin taas mahdollinen mutta ei suinkaan varma.

TOS-diagnostiikan suurin ongelma on TOSin mahdollisuuden unohtamisen lisäksi se, että diagnoosia ei nykyisilläkään kuvantamiskeinoilla pystytä varmuudella todentamaan. Edelleen joudutaan toteamaan, että ehkä 50% diagnoosista perustuu anam-

neisiin, 30% kliinisiin löydöksiin, lähinnä provo-kaatiotesteihin ja 20% kuvantamislöydöksiin kuten kaularangan natiiviröntgenkuvat (mahdollinen kaulakylkiluu) ja emmg (hyvin harvoin positiivinen).

Kuvaamme tässä kirjoituksessa muutaman viime aikoina hoidetun nuoren potilaan tapauksen. Heillä kaikilla oli vaikea yläraajan oireilu, jonka diagnoosi pysyi pitkään piilossa mutta joka aiheutti kaikille vakavia vaikeuksia selviytymissä.

Potilas 1. Miespuolisen oboistin oikean käden IV-sormi alkoi alle 20-vuotiaana rasittua liikaa soittaessa. 23-vuotiaana oikean käden keskimmäiset sormet tulivat vähitellen huonotoimiseksi ja kyynärvarsi meni rasituksessa ”tukkoon”. Epäiltiin kroonista aitiopaineoireyhtymää ja paineet olivatkin jonkin verran koholla. Käsikirurgin vastaanotolla diagnosoitiin TOS potilaan ollessa 30-vuotias. Tällöin soittokyky oli jo pahasti kärsinyt ja oli suunniteltu ammatin vaihtoa. Potilas jumppasi, voimisteli, joogasi ja kävi osteopaatilla ilman kunnollista apua. Potilas ei pystynyt kunnolla kannattelemaan soitintaan eivätkä sormet toimineet halutusti. Tutkimuksessa todettiin periferiassa normaalit löydökset, mutta Adson oli molemmin puolin vahvasti positiivinen, pulssi hävisi provokaatiossa ja kuului voimakkaita suhahduksia. Potilas oli jo päättänyt luopua urastaan oboistina käsien toimimattomuuden takia. Hänelle suoritettiin molemmin puolin supraklavikulaarinen leikkaus. Todettiin erittäin voimakkaat ja jänteiset scalenus anticukset, jotka puristivat lähinnä subclavia-arteriaa molemmin puolin. Potilas toipui vaivoistaan kohtuullisesti, mutta vaihtoi silti ammattia.

Potilas 2. 26-vuotiaan isokokoisien siivoojatyön oikea yläraaja alkoi kipeytyä työssä ikkunoita pestessä niin, että hän joutui jäämään sairauslomalle. Lepo ja fysioterapia eivät auttaneet yläraajan jatkuvaan puutumiseen, särkyyn ja väsymiseen. Potilas joutui määrääkiseläkkeelle. Puolentoista vuoden työkyvyttömyyden jälkeen diagnosoitiin käsikirurgin vastaanotolla TOS. Silloin oireet olivat jo molemminpuolisia ja provokaatiotestit olivat vahvasti positiivisia. Yliopistosairaalan poliklinikalla oli arveltu potilasta laiskaksi ja käsketty hiihtämään ja siivoamaan vain matalalta. Potilaan mieli oli aika maassa. Suoritettiin supraklavikulaarinen pleksuksen vapautus molemmin puolin puolen vuoden välein. Oikealla puristus tuli vahvasta scalenus anticuksen takafasciasta, vasemmalla oli Roosin bandi puristamassa C8-juurta. Toipuminen sujui hyvin ja

tyttö jatkoi siivoojan työtään, mutta hakeutuu koulutukseen kevyempään työhön.

Potilas 3. 30-vuotiaan naisen oikean yläraajan vaivat alkoivat 20-vuotiaana, puutumisenä, särkynä ja yläasentovaikeuksina. Vaivaa pidettiin mm. tenniskyynärpäänä. Potilas oli vuosia työkyvytön. Hänet koulutettiin merkonomiksi 29-vuotiaana. Siihenkään työhön hän ei pystynyt. TOS diagnosoitiin fysiatrien toimesta 10 vuoden vaivojen jälkeen. Konservatiivinen hoito ei auttanut ja leikkauksessa todettiin scalenus anticuksen takafaskian puristavan C7-8-hermoja. Leikkaus helpotti oleellisesti, mutta potilas ei ole vielä kuntoutunut työkykyiseksi muutaman kuukauden päästä leikkauksesta.

Potilas 4. 22-vuotiaalla soitonopiskelijatyöllä alkoi oikea yläraaja särkeä, puutua ja tulla voimattomaksi poikkihuilua soittaessa. Vuoden kuluttua fysiatri diagnosoiti TOS-syndrooman, johon asianmukainen konservatiivinen hoito ei tällä kertaa tehonnut odotetusti. Soittaminen tuli vaikeaksi ja ura oli vaarassa kariutua jo ennen valmistumista. Kahden vuoden kuluttua suoritettiin scalenotomia, potilaan oireet helpottivat ja opiskelu jatkui.

Potilas 5. 10-vuotiaalla työllä alkoi esiintyä päänsärkyä ja yläraajojen vaivoja. Epäiltiin migreeniä. Yläraajavaikeudet lisääntyivät niin, että käsien käyttö tuli hyvin vaikeaksi. 15-vuotiaana epäiltiin TOSia. Konservatiiviset hoidot eivät auttaneet. Mukana oli myös psyykkistä komponenttia. Lukio oli jätettävä kesken, kun käsillä ei voinut tehdä mitään. Ne särkivät, puutuivat ja menivät voimattomaksi. Yläasentoja kädet eivät sietäneet yhtään.

Kirjoittajat potilas tapasi pari kuukautta ennen 21-vuotissyntymäpäiväänsä. Todettiin vaikea TOS, jonka takia potilas oli nyt ollut eläkkeellä 1½ vuotta. Arvioitiin, että vähempikin vaiva voi saada nuoren mielen matalaksi ja psyykkistä komponenttia pidettiin sekundaarisena. Päänsärkykin saattoi olla pleksuksen kompressioon liittyvää. Leikkauksessa 21.8.2008 todettiin scalenus anticuksen poikkeuksellisen jänteisen takareunan puristavan C7-juurta ja varsinkin arteria subclaviaa voimakkaasti. Puristuksen poistaminen auttoi oireisiin ainakin ultralyhyen yhden päivän seuranta-ajan puitteissa. Parin kuukauden seuranta-ajan jälkeen suoritetaan toisen puolen leikkaus, jos potilas ja lääkäri ovat tyytyväisiä ensimmäisen leikkauksen tulokseen.

Pohdinta

Kuten potilasesimerkeistä käy ilmi, TOS-diagnosiin päätyminen voi viedä epämääräisesti oireilevilla vuosia-kin. Diagnoosin tekee usein fysiatri tai fysioterapeutti, joskus potilas itsekin netistä oireyhtymän löydettyään. Vaivoja voidaan arvella lopulta psyykkisiksikin, kun mitään erityistä tarkoissa koneellisissa tutkimuksissa-kaan ei löydy. Erityisesti on hyvä muistaa, että puutui-levan tikkuilevan käden normaali enmg-löydös ei sulje pois TOSia, pikemminkin viittaa sen suuntaan.

Krooninen paikallisesta syystä johtuva ilman mer-
kittävää paikallista vammaa syntyvä levolle ja asianmu-
kaiselle konservatiiviselle hoidolle reagoimaton yläraa-
javaiva on nuorella ihmisellä hyvin harvinainen. Sen
sijaan lievät TOS-oireet, kuten yläasentoväsyminen
ja -puutuminen ovat 15-30 -vuotiailla yleisiä. Joskus
nämä oireet vaikeutuvat ja mukaan tulee yläraajakipu
niin, että nuoren toimintakyky alentuu pahasti. Oi-
reet ja löydökset muistuttavat usein ”tavallisia” yläraa-
jan vaivoja kuten tenniskyynärpäättä, sulcussyndroo-
maa tai karpaalitunnelisyndroomaa. Silloin on hyvä
muistaa, että kysymyksessä saattaa olla olkahermopu-
noksen ärsytystila, johon oireilevan paikan aggressiivi-
nenkaan hoito ei tehoa, vaan hoito on kohdistettava
pleksusseutuun..

Kirjallisuus:

1. Vastamäki M: TOS - monimuotoinen pinnetilaoireisto. Suom Lääkäril. 1988;43:360-365.
2. Gockel M, Vastamäki M, Alaranta H: Long-term results of primary scalenotomy in the treatment of thoracic outlet syndrome. J Hand Surg [Br] 1994;19:229-233.
3. Lindgren K-A: TOS - haaste konservatiiviselle hoidolle. Suom Lääkäril. 1997;52:2265-2272.
4. Kallio E, Rokkanen P: Effect of scalenotomy in the so-called scalenus anticus syndrome. Acta Orthop Scand. 1964;35:59-66.
5. Gockel M: Operative treatment of thoracic outlet syndrome in Finland. Ann Chir Gyn. 1996;85:59-61.
6. Vastamäki M: TOS - nuoren ihmisen muistettava yläraaja-vaiva. Suom Lääkäril. 2003;58:1545-1551.