

# Olkapään kapselirakenteiden operatiivinen hoito – onko näyttöä?

*Mika Paavola*

*HYKS, Töölön sairaala*

Olkanelven kapselirakenteiden operatiivisen hoidon vaikuttavuudesta on näyttöä ainoastaan nuorilla, alle 30-vuotialla, fyysisesti aktiivisilla miehillä, joilla on ensimmäinen tapaturmaperäinen olkanivelen sijoiltaanmeno. Rustorenkään yläosan II tyypin irtauman (SLAP-lesio) kiinnittäminen ei anna yli 50-vuotiailla potilailla etua verrattuna pelkkään hauraislihaksen pitkän pään jänteen katkaisuun kiertäjäkalvosimen korjausleikkauksen yhteydessä. Glenohumeraalisten ligamenttien humeruksesta avulsoitumisen (HAGL), sisäsyntyisen multidirektionaalisen instabiliteetin tai posteriorisen instabiliteetin kirurgisen hoidon tehosta tai turvallisuudesta ei löydy satunnaistettuja tutkimuksia tai merkittäviä prospektiivisiä seuranta-tutkimuksia isoilla aineistoilla ja pitkällä seuranta-ajalla.

Olkanelv on ihmisen suurista nivelistä se, joka menee useimmin sijoiltaan. Olkanivelen sijoiltaanmenoihin liittyy usein olkanivelen nivelkapselin vaurioita, mutta sellaisia arvioidaan syntyvän myös vähäisemmissä tapaturmissa, jotka eivät edellytä sijoiltaanmenoa. Olkanivelen ikääntymiseen liittyy nivelkapselin rakenteiden degeneraatiota ja hölymistä, jota on joskus vaikea erottaa tapaturmaperäisistä muutoksista. Uusien kuvantamismenetelmien ja olkanivelen artroskooppisten leikkausmenetelmien kehittymisen myötä viimeisen runsaan 10 vuoden aikana on olkapään alueelle sijoitettu useita uusia patologisina pidettyjä ja yleensä tapaturmaperäiseksi arveltuja löydöksiä / diagnooseja, joiden luonnollinen taudinkulku ei ole vielä selvillä eikä operatiivisen hoidon merkitystä osoitettu. Lisäksi anatomiset vaihtelut nivelsiteiden rakenteissa ovat hyvin yleisiä (Steinbeck et al. 1998).

Olkanelven nivelkapselissa on kolme nivelsidettä (glenohumeraaliset ligamentit), jotka osallistuvat nivelen vakauden säätelyyn (Turkel et al. 1981). Nivelsiteet muodostavat rustorenkään (labrum) kanssa labroligamentaariset kompleksit, joka saattaa vaurioitua tapaturmassa, pitkäaikaisen ylikuormituksen seurauksena tai rakenteet voivat olla sisäsyntyisesti venyttyneet. Labrum-vauriolla (nk. bankartin lesio) tarkoitetaan olkamaljan anteriorisen rustorenkään irtoamaa glenoidiumista, mutta myös rustorenkään yläosa voi vaurioitua / irrota (nk. SLAP-lesio) samoin kuin rustorenkään takaosa. Glenohumeraaliset ligamen-

tit voivat irrota myös olkaluusta (nk. HAGL-lesio). Sisäsyntyisesti löysästä labroligamentaarisesta kompleksista voi seurata oireellinen multidirektionaalinen instabiliteetti, varsinkin jos olkanivelta stabiloivien lihasten lihaskunto ei ole riittävä.

Kirurgisen hoidon vaikuttavuudesta on tutkimustietoa pääasiassa akuutin olkanivelen sijoiltaanmenon osalta. Aiheesta on neljä leikkaushoitoa konservatiiviseen hoitoon vertailevaa satunnaistettua tutkimusta (Bottoni et al. 2002, Kirkley et al. 2005, Sandow ja Liu 1996, Wintzell et al. 1999), joissa on yhteensä 163 potilasta. Potilaat ovat pääasiassa nuoria aktiivisia miehiä ja kaikilla on elämänsä ensimmäinen traumaattinen sijoiltaanmeno. Lisäksi aiheesta on yksi vastaavalla aineistolla toteutettu tutkimus, jossa verrataan primaarikorjausta artroskooppiseen lavaatioon (Jakobsen et al. 2007) sekä Cochrane-katsaus (Handoll ja Al-Maiyah 2008). Kirurgisen ja konservatiivisen hoidon vaikuttavuutta vertailevissa tutkimuksissa tulokset ovat hyvin toisistaan poikkeavat, eikä aineistojen yhdistäminen selvennä tilannetta. Kokonaisuutena voidaan kuitenkin todeta ensimmäisen olkanivelen sijoiltaanmenon kirurgisen hoidon olevan vaikuttavaa nuorilla hyvin aktiivisilla miehillä, jotka ammattinsa tai harrastustensa osalta ovat alttiita uusille olkapään seutuun kohdistuville väännöille ja kuormituksille (Handoll ja Al-Maiyah 2008). Näyttö ei tue niinkään leikkaushoidon etua olkapään pitkäaikaisen toimintakyvyn parantamiselle tai palaamiselle aiemmalla aktii-

visuustasolle vaan ainoastaan uusien sijoiltaanmenojen ehkäisemiseksi. Wintzellin (1999) tutkimuksessa todettiin uusintaluksaatioiden vähenevän ensimmäisen tapaturmaisen sijoiltaanmenon jälkeen suoritetun olkanivelen laavation jälkeen, mutta Jakobsenin tutkimusryhmän (2007) satunnaistetussa tutkimuksessa lavaatiolla ei osoittautunut olevan etua; 76 potilaan aineistossa lavaatiolla hoidetuista potilaista uuden sijoiltaanmenon sai 2 vuoden seurannassa 21 (54%) potilasta kun leikkaushoidon ryhmässä uusia sijoiltaanmenoja oli vain 1 (3%).

Superiorisen labrumin vaurion (SLAP) kirurgisen hoidon vaikuttavuutta käsitteleviä tutkimuksia on vain yksi (Franceschi et al. 2008). Siinä verrattiin 63 yli 50-vuotiaan potilaan kiertäjälavosimen korjausleikkauksen yhteydessä todetun SLAP II vaurion korjausta siihen että tehtiin hauislihaksen pitkän pään jänteen katkaisu. Liki 3 vuoden seurannassa todettiin, että potilaat eivät hyödy SLAP II vaurion korjaamisesta vaan UCLA-toimintakykyymittarilla tulokset ovat jopa huonommat ylälabrumin kiinnittämisen jälkeen verrattaessa siihen, että tehtiin vain hauislihaksen pitkän pään katkaisu. Hyviä kliinisiä prospektiivisiä kohorttitutkimuksia SLAP-vaurion korjausleikkauksen tuloksista ei löytynyt, mutta muutamassa pienessä kohortissa leikkauksia on pyritty selvittämään valikoiduilla aineistoilla (Samani et al. 2001, Seroyer et al. 2007).

Glenohumeraalisten ligamenttien avulsoitumista humeruksesta kutsutaan HAGL-leesioksi. Sen kirurgisen hoidon vaikuttavuudesta en löytänyt kirjallisuushaun perusteella näyttöä, sillä aiheesta ei ole yhtään vertailevaa tutkimusta, ainoastaan retrospektiivisiä raportteja ja tapauselostuksia pienillä potilassarjoilla.

Multidirektionaalisen, etu-takasuuntaisen tai takasuuntaisen olkanivelen instabiliteetin kirurgisen hoidon vaikuttavuudesta ei ole tieteellistä näyttöä. Asiaa on tutkittu prospektiivisissä potilaskohorteissa melko pienin potilasmäärin ja lyhyin seuranta-ajoin (Antoniu et al. 2000, Gartsman et al. 2000, Kim et al. 2004).

Löytämäni kirjallisuuden mukaan olkanivelen kapselirakenteiden operatiivisen hoidon tehon ja turvallisuuden näyttö rajoittuu kirjallisuuden perusteella ainoastaan nuorten (alle 30 vuotta) aktiivisten miesten ensimmäisen tapaturmaisperäisen sijoiltaanmenon hoitoon. Tässä potilasryhmässä on osoitettu leikkauksella voitavan vähentää riskiä uusille sijoiltaanmenoilta, mutta ei parantamaan toimintakykyä tai fyysistä aktiivisuutta.

## **Viitteet:**

- Antoniu J, Duckworth DT, Harryman DT 2nd. Capsulolabral augmentation for the the management of posteroinferior instability of the shoulder. *J Bone Joint Surg (Am)* 82(9):1220-30, 2000.
- Bottoni CR, Wilckens JH, DeBerardino TM, D'Alleyrand JG, Rooney RC, Harpstrite JK, et al. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization versus nonoperative treatment in patients with acute, traumatic, first-time shoulder dislocations. *American Journal of Sports Medicine* 30(4):576-80, 2002.
- Franceschi F, Longo UG, Ruzzini L, Rizzello G, Maffulli N, Denaro V. No advantages in repairing a type II superior labrum anterior and posterior (SLAP) lesion when associated with rotator cuff repair in patients over age 50: a randomized controlled trial. *Am J Sports Med* 36(2):247-53, 2008.
- Gartsman GM, Roddey TS, Hammerman SM. Arthroscopic treatment of anterior-inferior glenohumeral instability. Two to five-year follow-up. *J Bone Joint Surg (Am)* 82-A(7):991-1003 2000.
- Handoll HHG, Al-Maiyah MA. Surgical versus non-surgical treatment for acute anterior dislocation (review). *Cochrane Database Library Issue 1*, 2008.
- Jakobsen BW, Johannsen HV, Suder P, Sojbjerg JO. Primary repair versus conservative treatment of first-time traumatic anterior dislocation of the shoulder: a randomized study with 10-year follow-up. *Arthroscopy* 2007;23(2):118-23, 2007.
- Kim SH, Kim HK, Sun JI, Park JS, Oh I. Arthroscopic capsulolabroplasty for posteroinferior multidirectional instability of the shoulder. *Am J Sports Med* 32(3):594-607, 2004.
- Kirkley A, Werstine R, Ratjek A, Griffin S. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder: Long-term evaluation. *Arthroscopy* 21(1):55-63, 2005.
- Samani JE, Marston SB, Buss DD. Arthroscopic stabilization of type II SLAP lesions using an absorbable tack. *Arthroscopy* 17(1):19-24, 2001.
- Sandow M, Liu SH. Acute arthroscopic Bankart repair for initial anterior shoulder dislocation: A prospective clinical trial (abstract). *Journal of Shoulder and Elbow Surgery* 5(2):581, 1996.
- Seroyer S, Tejwani SG, Bradley JP. Arthroscopic capsulolabral reconstruction of the type VIII superior labrum anterior posterior lesion: mean 2-year follow-up on 13 shoulders. *Am J Sports Med* 2007 35(9):1477-83, 2007.
- Steinbeck J, Liljeqvist U, Jerosch J. The anatomy of the glenohumeral ligamentous complex and its contribution to anterior shoulder stability. *J Shoulder Elbow Surg* 7(2):122-6, 1998.
- Turkel SJ, Panio MW, Marshall JL, Girgis FG. Stabilizing mechanisms preventing anterior dislocation of the glenohumeral joint. *J Bone Joint Surg (Am)* 63(8):1208-1217, 1981.
- Wintzell G, Haglund-Akerlind Y, Ekelund A, Sandstrom B, Hovelius L, Larsson S. Arthroscopic lavage reduced the recurrence rate following primary anterior shoulder dislocation. A randomized multicentre study with 1-year follow-up. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy* 7(31):192-6, 1999.