

Benjaminin osteotomia olkanivelen artroosikivun hoitona

Martti Vastamäki

Sairaala ORTON

Osteotomy is one choice to relieve arthrotic joint pain. In London, Benjamin performed his first osteotomy for shoulder arthrosis in 1967. According to his paper, the author adopted his method in 1980. Of the 14 patients identified, 9 were males. Only painful arthrotic shoulders with reasonable range of motion were accepted for osteotomy, which mainly was only a simple humeral procedure. Pain diminished considerably in 10 cases, and 7 patients needed no shoulder arthroplasty at all during the follow-up time. Single humeral neck osteotomy without any displacement or fixation may still play some role in the treatment of arthrotic shoulder pain and may alleviate night pain sufficiently to postpone prosthetic replacement by several years.

Osteotomia on tunnetusti ollut hyvä, ainakin ohimenevästi artroosikipua poistava hoitokeino lonkka- ja polvikirurgiassa. Lontoolainen reumaortopedi A. Benjamin teki ensimmäisen olkaniveleen kohdistuvan osteotomiansa artroosipotilaalle 1967 ja julkaisi sen 1974 (1). Vuonna 1979 ja 1981 (2,3) hän julkaisi tulokset 29 olasta, 86 %:lla oli erittäin hyvä tai hyvä tulos. Tämän kirjoittajalla oli 1980 tilaisuus keskustella Benjaminin kanssa Lontoossa järjestetyssä ensimmäisessä olkakirurgian 3-vuotismaailmankongressissa (ICSS). Tämä itsevarma kopeankin tuntuinen professori teki nuoreen mustatukkaiseen tuoreeseen ortopediin ja aloittelevaan olkakirurgiin vahvan vaikutuksen. Aloin itse hoitaa sopivaksi katsomiani potilaita samalla tavalla. Benjaminin leikkaus on kaksoisosteotomia, jossa sekä olkaluun anatominen kaula että lapaluun kaula katkaistaan lehtitaltalla siten, että posteriorinen cortex jää eheäksi. Toimenpide on kipuleikkaus, jonka vaikutus saattaa perustua paineen alentamiseen ja ”kipuhermojen” katkaisuun. Itse katkaistujen luiden asentoa ei muuteta. Indikaationa oli alun alkaen olkanivelen kulumasta johtuva yösärky kohtuullisen hyvin liikkuvassa olkanivelessä, jossa artroosi ei vielä ollut ehtinyt loppuvaiheeseen.

1980-luvulla olkanivelen protetisointi ei vielä ollut jokapäiväistä leipää ja aloin harvakseltaan tehdä näitä osteotomioita mielestäni sopivissa olkanivelen kulumissa. Kun tulokset olivat yllättävän hyvät ja protee-

sileikkaus saattoi siirtyä vuosilla, jatkoin samaa rataa. Tässä esitetään nyt niiden 14 identifoidun potilaan seurantatulokset, joille toimenpide on tehty 1990-luvun alun jälkeen. Siinä vaiheessa osteotomoin vain humeruksen puolen, koska lapaluun kaulana katkaiseminen ei vaikuttanut järkevältä ja tulokset parista potilaasta olivat hyvät pelkällä olkaluun puolen toimenpiteellä, joka lisäksi oli varsin helppo ja aikaa säästävä.

Aineisto

Potilaista 9 oli miehiä ja 5 naisia, yhdelle miehelle ja naiselle leikkaus tehtiin molemmille puolille yhden ja 3 vuoden välein. Potilaiden keski-ikä osteotomiahetkellä oli 64 (42–86) vuotta, naiset olivat keskimäärin iäkkäämpiä, keski-ikä 71 vuotta. Olkavaiva oli kestänyt pahana keskimäärin 3 (1–10) vuotta ja varsinkin yösärky vaivasi. Preoperatiivinen olkanivelen fleksio oli 100 (65–140) astetta eli liike oli vielä kohtalainen useimmilla. Radiologisesti kaikilla nivelrako oli kaventunut ja osteofyyttejä esiintyi (kuva 1).

Osteotomia suoritettiin deltopektoraaliviillosta. Olkaluun anatominen kaula paljastettiin ja lyötiin poikki lehtitaltalla siten, että mediaali- ja takakortex jäivät ehyiksi. Bicepsin jänne tietenkin säilytettiin. Postoperatiivista immobilisaatiota ei käytetty, vaan potilas sai käyttää kättään tuntemustensa mukaan. Työssä käyville kirjoitettiin sairauslomaa 3–4 viikkoa.

Kliinisesti potilaita seurattiin harvakeen keskimäärin 3.7 (0.2–10) vuotta. Nyt kyselyseuranta-aika oli keskimäärin 14.6 (7–18) vuotta.

Osteotomian tulos arvioitiin hyväksi 11 tapauksessa, huonoksi 4 tapauksessa ja yhdellä potilaalla yösärky helpottui kohtalaisesti. Kahdeksalle potilaalle suoritettiin olkaproteesileikkaus keskimäärin 30 (5–72) kk osteotomian jälkeen 64 (51–76) vuoden iässä. Osteotomia siirsi protetisointia noin 6 vuodella 3 potilaalla ja 7 potilaalle sitä ei tarvinnut tehdä seuranta-aikana lainkaan. Potilaista 4 ei hyötynyt leikkauksesta merkittävästi ja heille proteesi laitettiin 2 vuoden sisällä osteotomiasta.

Kirjekyselyyn 14 vuoden kuluttua osteotomiasta vastasi vain 2 protetisoitua (P) ja 2 ainoastaan osteomisoitua (O). Leikatun olan VAS-rasituskipu oli 2.7 (P 1, O 4.4), lepokipu 1.3 (P 0.5, O 2.1, yökipu 1.4 (P 0.5, O 2.3) ja haitta päivittäisissä askareissa 4.8 (P 4.6, O 4.9). Osteotomiapotilaat tarvitsivat jonkin verran särkylääkkeitä. Yksi 60-vuotias osteotomiapotilas oli vielä työelämässä. Kaikilla oli olassa huomattavaa liikerajoitusta.

Yhteenveto

Olkaluun kaulan rajoitettu osteotomia osoittautui hyväksi vaihtoehdoksi sellaisille olkanivelen kulumasta kärsiville, joilla varsinkin yösärky haittasi ja joilla nivelen liike oli vielä säilynyt kohtalaisena. Toimenpide on helppo ja lyhytkestoinen eikä vaadi erityistä jälkihoitoa. Sillä voidaan suotuisissa olosuhteissa siirtää varsinaista proteesileikkausta useilla vuosilla, joskus pysyvästi. Olkanivelen protetisointivarustus on nykyisin kuitenkin jo niin korkeatasoista ja tulokset niin pitkäaikaisia ja hyviä, että osteotomiovaihtoehtoa lienee syytä käyttää hyvin valikoiden.

Kirjallisuus

1. Benjamin A: Double osteotomy of the shoulder. *Scan J Rheumat.* 1974;3:65.
2. Benjamin A, Hirschowitz D, Arden GP: The treatment of arthritis of the shoulder joint by double osteotomy. *Int Orthop.* 1979;3:211-216.
3. Benjamin A, Hirschowitz D, Arden GP, Blackburn N: Doppelosteotomie am Schultergelenk. *Orthopäde.* 1981;10:245-249.



Kuva 1. 53-vuotiaan spondyloepifyseaalista dysplasiaa sairastavan miehen olkaan osteotomia toi niin hyvän avun, että 7 vuoden seuranta-aikana ei ole vielä tullut tarvetta proteesileikkaukseen. Molemmissa polvissa ja lonkissa hänellä on proteesit.