

Välttä akromioplastiaa nuoren ihmisen löysän olan hoitona

Martti Vastamäki

Sairaala ORTON

Multidirectional instability of the shoulder is a common disorder among young people, but may be misinterpreted as a too-tight shoulder. Acromioplasty may be very harmful in this type of loose shoulder and may increase instability symptoms. Of 10 young patients, 6 female, all underwent 1 to 3 acromioplasties for loose shoulder, as presented here. For 7, Rockwood strengthening exercises with a rubber band relieved their symptoms sufficiently, but in 3, open anterior capsuloplasty produced acceptable results. It is important to remember that loose shoulders are very common in young people under the age of 30, but a too tight shoulder is a true rarity for them.

Synnynnäisesti löysä olkanivel eli multidirektionaalinen instabiliteetti on yleinen nuorten vaiva. Tyypillistä on olkanivelen varsinkin rasitukseen liittyvä kipuilu, lonksahdeltu ja löysyyden tunne. Usein pelkkä diffuusi kipu on ainoa oire. Muut nivelet saattavat olla myös yllättäviä siten, että potilas saa helposti väännettyä peukalonsa kiinni kyynärvarteen ja sormet melkein kyynärvarren suuntaiseksi yliojennukseen. Voidaan puhua eri asteisista Ehlers-Danlos-tapauksista. Paras testi olan multidirektionaalisen instabiliteetin toteamiseen on polvitesti, jossa potilas ottaa tuolilla istuessaan käsillään kiinni kohotetusta polvestaan ja antaa sitten alaraajan painon vetää käsiä alaspäin olat rentoina. Löysässä olassa nähdään olan putoavan jopa yli 2 cm ja tulee selvä kuoppa acromionin alapuolelle eli sulcus sign. Tällaisen kivuliaan olkanivelen primaarihoito on olan lihasten, varsinkin rotaattoreiden vahvistaminen ohjatuilla kuminauhaharjoituksilla (Rockwoodin harjoitukset), joita potilas tekee molempiin olkiin yhteensä noin 20 min. päivässä. Harjoitukset saattavat kipeyttää varsinkin aluksi, jolloin on syytä pidättäytyä liikkeisiin vain vartalon sivulla nostamatta kättä lähellekään vaakatasoa ja tyytyä lyhyempiin harjoituksiin. Tuloksia alkaa näkyä parissa kuukaudessa, kipu helpottaa ja käden käyttö paranee. Yli 90 % potilaista paranee riittävästi tällä keinolla. Jos puolen vuoden oikein suoritettu harjoittelu ei helpota tilannetta, on harkittava leikkausta eli kapselin kiristystä joko avoimesti tai tähytyksessä.

Ongelmana on toistuvasti se, että impingement-testit ovat löysässä olassa usein melkein samalla tavoin positiivisia kuin ahtaassa olassa. Kun kättä nostetaan ylöspäin joko abduktoon tai fleksioon, aiheutuu kipua subakromiaalisesti. Tämä tosiseikka voi johdattaa asioihin ehkä vähemmän perehtymään joutuneen lääkärin väärille poluille, varsinkin jos instabiliteetti ei tule mieleen. Tärkeää olisi myös muistaa, että subakromiaalinen kortisonipiikki tehoaa huonosti löysän olan kipuun. Kaikkein tärkeintä on muistaa, että ahdasolkasyndrooma, supraspinatustendiiniitti tai impingement-olka on melkein mahdoton diagnoosi alle 30-vuotiaalla!

Omat potilaat

Tässä esitetään 10 nuoren potilaan aineisto viimeisten 16 vuoden ajalta. Aineisto ei ole mitenkään kattava, mutta todennäköisesti ainakin puolet sinä aikana näkemistäni tapauksista on siihen saatu. Heille kaikille tehtiin vähintään yksi akromioplastia ahdasolkasyndroomadiagnoosilla, vaikka kaikilla oli tyypillinen multidirektionaalinen molempien olkanivelen instabiliteetti, joka oli varsin helppo havaita, kun muutkin nivelet olivat löysät ja polvitesti voimakkaasti positiivinen. Suurin osa leikkauksista oli ortopedin tekemiä. Ennestään löysän olkanivelen löysäminen lisää tilaa tuovalla leikkauksella vaikeutti oireita kaikilla potilaila. Yhdelle 25-vuotiaalle sairaanhoitajalle tehtiin parin

vuoden aikana yhteensä 3 akromioplastiaa löysiin olkaniveliin.

Potilaista 4 oli miehiä ja 6 naisia, iältään akromioplastian aikaan 25.5 (20–30) vuotiaita. Olkavaiva oli kestänyt ennen kyseistä toimenpidettä 2.2 (½–5) vuotta. Kaikilla oli ahdasolkadiagnoosi, johon konservatiivinen hoito eli lyhytaikainen fysioterapia ja subakromiaalinen kortisoni eivät olleet tehonneet. Potilaista 4 oli hoitoalan ammattilaisia, joilla oli työssään paljon potilaiden nostelua, neljän ammatti ei ollut pahasti käsiä rasittava.

Kirjoittajan konsultaatioon potilaat tulivat sairaalälähetteellä tai vastaanoton kautta. Multidirektionaalinen instabiliteetti diagnosoitiin kaikilla kliinisesti ilman koneellisia tutkimuksia. Lisäksi 4 potilaalla oli tyypillisiä TOS-oireita ja -löydöksiä. Kaikille aloitettiin tavanomaiset Rockwoodin kuminauhaharjoitukset, jotka auttoivat ainakin aluksi 7 potilaalla riittävästi, mutta kolmelle jouduttiin suorittamaan avoin anteriorinen kapsuloplastia Rockwoodin tapaan, yhdelle sairaanhoitajalle molempiin olkiin. Häneltä leikattiin myös TOS toiselta puolelta.

Kirjekyselyssä 9 (3–16) vuoden kuluttua akromioplastiasta (puolet vastasi) leikatun olan VAS-rasituskipu oli 5.9 (2.8–8.3), lepokipu 1.8 (0.3–5.1), yökipu 3.5 (0.3–7.3) ja haitta päivittäisissä askareissa 4.1 (1.0–8.5). Huonoimmat arvot tulivat potilailta, joille ei ollut tehty olkanivelen stabilointileikkausta. Yhdelle oli tehty uusi akromioplastia keskussairaalassa huonolla tuloksella. Vain yksi käytti särkylääkkeitä. Kaksi hoitoalan ammattilaista oli vaihtanut ammattia sosionomiksi. Kaikki olivat työssä tai opiskelivat uuteen ammattiin. Yhdellä oli olassa huomattavia liikevaikeuksia oikeiden liikeratojen etsimisineen instabiliteetin tapaan.

Yhteenveto

Liian tiukan olan hoitona akromioplastia on hyvä ja helppo toimenpide antaen yleensä hyvän tuloksen (1). Akromioplastia on kuitenkin mahdollisesti myös yleisin turhaan tehdyistä ortopedisistä toimenpiteistä maassamme. Akromioplastioita tehdään Suomessa asukaslukuun verrattuna vuosittain 2000 kappaletta enemmän kuin Ruotsissa (2). Toimenpiteestä ei ehkä ole pahaa haittaa, jos diagnoosi on ollut oikea, vaikka vaiva olisi voinut parantua ilman leikkaustakin. Löysään olkaan tehtynä akromioplastia eli olan ahtauden vähentäminen eli löysentäminen kuitenkin aina on haitallinen ja selkeästi väärä hoito. Lisäksi on hyvä

muistaa, että nuoren ahdasolkasyndrooma on todellinen rareetti, enemmän tai vähemmän löysä olka sen sijaan on nuorella hyvin yleinen.

Kirjallisuus

1. Björkenheim J-M, Paavolainen P, Ahovuo J, Slätis P: Subacromial impingement decompressed with anterior acromioplasty. Clin Orthop. 1990;252:150-155.
2. Paavola M: Kipeä olkapää – epidemiologiaa. Suom Ortop Traumatol 2008;31:57-58.