

Kapselinaukaisu olkanivelen jäykkyyden hoidossa

Ville Äärimaa

Olkanivel on ihmisen liikkuvin nivel ja mahdollistaa olkapään liki puolipallonmuotoisen liikealan. Olkanivelen liikeala saattaa rajoittua esim. kroonisen luksaation, lihaskontraktuuran tai vaikea-asteisen nivelrikon seurauksena. Tässä luentolyhennelmässä keskitytään olkanivelen nivelkapselin arpimaisen paksuuntumisen, eli ns. jäätyneen olkapään, aiheuttamaan olkapään liikkeen menetykseen ja sen hoitoon artroskooppisen kapselinaukaisun avulla.

Olkapään jäätyneen kliinisen kuvan ja ennusteen on alunperin kuvannut Codman jo vuonna 1934. Jäätyneen olkapään yleiseksi prevalenssiksi on arvioitu jopa 2% (1). Vaikka jäätyneen riskitekijät, diagnostiikka ja yleisesti hyvä ennuste tunnetaan melko hyvin, on jäätyneen perimmäinen etiologia ja optimaalinen hoito edelleen tuntematon. Ehdottomasti tunnetuin riskitekijä olkapään jäätyneelle on diabetes, muita raportoituja riskitekijöitä ovat naissukupuoli, edeltävä tapaturma, leikkaus, ikä yli 40 vuotta, immobilisaatio, kilpirauhassairaus, infarkti ja autoimmuunisairaudet (2). Olkapään jäätyneen katsotaan johtuvan olkanivelen kapselin inflammaatiosta, sen arpimaisesta paksuuntumisesta ja niveltilavuuden pienemisestä (3). Reeves 1973 kuvasi olkapään jäätyneen klassiset kolme vaihetta: freezing, frozen ja thawing (4). Jäätyminen alkaa tyypillisesti aluksi olkapään epämääräisellä kivulla, jota seuraa liikkeen asteittainen menetys ja kovempi kipu. Olkanivelen jäykistyttyä kipu vähenee, loppuu ja tämän jälkeen olan liike alkaa "sulaa". Tyypillinen kliininen löydös on kivuliaan olkapään ulkokiertoliikkeen voimakas rajoittuminen terveeseen kontralateraalipuoleen verrattuna. Jäätyneen spontaani paranemisen ennuste on yleisesti hyvä, pitkän ajan seurannassa 94% potilaista on oireettomia, ja tilan on kuvattu kestävän yleensä noin 2 vuotta (5). Jäätyneen olkapään diagnoosi on kliininen, mutta röntgenkuvat on otettava aina muiden mahdollisten sairauksien poissulkemiseksi.

Olkapään jäätyminen on siis tavallinen ja hyväennusteinen tila, joka aiheuttaa kuitenkin melko pitkäaikaista kipua ja vaivaa niin potilaalle kuin häntä

hoitavalle lääkärillekin. Taudinkulkua onkin yritetty nopeuttaa useilla erilaisilla hoitomenetelmillä kuten esim. fysioterapialla, tulehduskivulääkkeillä, nivelen sisäisellä ja systeemillä kortikosteroidilääkityksellä, nivelkapselin nesterdistensiolalla, narkoosimanipulaatiolla ja leikkauksellisella kapselinaukaisulla. Valitettavasti aiheesta tehtyjen tutkimusten pienestä otoskoota, vaihtelevista inkluusiokriteereistä, puutteellisesta asetelmasta ja erityisesti hoitamattomien verrokkien puutteesta johtuen, millään näillä edellä kuvatuilla menetelmillä ei voida sanoa olevan varmaa hyötyä tai haittaa potilaan hoidossa (6).

On tärkeä muistaa, että olkapään ulkoinen tapaturma saattaa itsessään johtaa olkanivelen jäätymiseen, ja että jäätyneeseen saattaa edelleen myötävaikuttaa tapaturman jälkeinen toimenpide (7). Lievän tapaturman jälkeen, olkanivelen ollessa kivuliaassa ja mahdollisesti jäykistyvässä ns. kuumassa vaiheessa tulisikin olan invasiivista hoitoa todennäköisesti välttää. Tämä pätee erityisesti tilanteissa joissa tapaturma on vähäinen ja invasiivinen hoito ei ole täysin välttämätöntä. Kajottaessa ns. kuumaan olkaniveleen saattaa kipu- ja jäykkyysoongelma eskaloitua jopa hoitoa edeltävää pahemmaksi. Aiemmasta johtuen myös jäätyneen olkapään invasiivinen hoito tulisi toteuttaa vasta kuumien vaiheiden jälkeen ja pahimman kivun jo väistyttyä (8). Potilasta eniten haittaava oire olkapään jäätyneessä on usein nimenomaan kipu eikä niinkään huono liike. Kipu leikkausindikaationa on yleisesti kyseenalainen ja tarkoin harkittava (9). Jäätyneen edessä normaalisti olkapään kipu spontaanisti väistyy ja tällöin katoavat usein myös potilaan oireet. Moni potilas

pärjääkin hienosti kivuttoman mutta jäykän, sulamas-
sa olevan olkapäänsä kanssa.

Jäätyneen olkapään leikkauksellinen hoito on
yleistynyt osin artroskooppisten tekniikoiden kehit-
tymisen seurauksena (10). Tähystystoimenpiteen etu-
na avoleikkaukseen nähden voidaan pitää pienempää
leikkauksen aiheuttamaa kudostraumaa, parempaa
visualisointia, pienempää infektioriskiä ja parempaa
kosmeettista tulosta. Toimenpiteessä visualisoidaan
ahdas niveltila ja avataan nivelkapseli. Toimenpide
aloitetaan yleensä edestä vapauttamalla koko rotato-
rintervallialue siten, että korppilisäke ja subscapularis-
jänne vapautuvat irti arpisesta kapselistä. Nivelkapse-
li avataan edestä alas asti ja vastaavasti takaa ylhäältä
alas siten, että koko kapseli on auki erityisesti alaosas-
taan. Nivelnen liikettä rajoittaa erityisesti paksuuntu-
neen nivelkapselin etu-, ala- ja takaosat, eikä niinkään
yläosa ja tästä syystä kapselivapautus kohdistetaan en-
nen kaikkea näille kapselialueille. Kapselivapautuksen
jälkeen on tarkastettava myös subacromiaalitali. Mi-
käli subacromiaalisesti on nähtävissä kiinnikkeitä on
myös nämä kiinnikkeet vapautettava (11). Toimen-
piteen lopuksi tehdään kevyt olkapään manipulaatio
ja liikeratojen tarkastus. Potilaan riittävä postopera-
tiivinen kipulääkitys on erittäin tärkeä osa hoitoa ja
kapsulotomian jälkeen onkin suositeltavaa käyttää ns.
kestoplexus-anestesiaa muutaman vuorokauden ajan.
Kipulääkityksen turvin aloitetaan olkapään välitön
mobilisaatio toimenpiteessä saavutettujen liikeratojen
ylläpitämiseksi.

Vaikka varmaa tutkimusnäyttöä olkanivelen kap-
selinleikkauksen hyödystä tai paremmuudesta muihin
hoitomenetelmiin verrattuna ei ole, on mahdollista
että jotkin potilaat hyötyvät toimenpiteestä. Erityisesti
tilanteissa, joissa olkapään jäykkyys häiritsee potilasta
kipuoireen jo kauan sitten poistuttua, on kapselinva-
pautuksella mahdollista parantaa potilaan toiminta-
kykyä (12). Hiljattain julkaistussa retrospektiivisessä
potilassarjassa todettiin 115 potilaan toimintakyvyn
ja kivun oleellisesti parantuneen olkanivelen kapsu-
lotomia-toimenpiteen jälkeen seuranta-ajan puitteis-
sa (11). Nämäkin tutkijat totesivat kuitenkin lopuksi
konservatiivisen hoidon olevan edelleen ensisijainen
hoitomuoto olkanivelen jäykkyyttä hoidettaessa. Vai-
kuttaisi siis siltä että jäätyneen olkapään hoidossa lää-
kärin tehtäväksi jää sopivasti viihdyttää potilasta sillä
aikaa kun tauti jatkaa omaa väijäämätöntä hyväennus-
teista kulkuaan.

Kirjallisuus

1. Van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, Bouter LM. Shoul-
der disorders in general practice: incidence, patient charac-
teristics, and management. *Ann Rheum Dis.* 1995;54:959-964.
2. Griesser M, Harris J, Campbell J, Jones G. Adhesive capsulitis
of the shoulder. A systematic review of the effectiveness of
intra-articular corticosteroid injections. *J Bone Joint Surg Am.*
2011;93-A:1727-1733.
3. Bulgen D, Binder A, Hazleman B, Park J. Immunologicalstu-
dies in frozen shoulder. *J Rheumatol.* 1982;9:893-898.
4. Reeves B. The natural history of the frozen shoulder syndro-
me. *Scand J Rheumatol.* 1975;4:193-196.
5. Vastamäki H, Kettunen J, Vastamäki M. The natural history
of idiopathic frozen shoulder. *Clin Orthop Relat Res* 2011; DOI
10.1007/s11999-011-2176-4
6. Robinson C, Seah K, Chee Y, Hindle P, Murray I. Frozen shoul-
der. *J Bone Joint Surg Br.* 2012;94-B:1-9.
7. Namdari S, Green A. Range of motion limitation after rotator
cuff repair. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010;19(2):290-296.
8. Watson L, Dalziel R, Story I. Frozen shoulder: a 12-month
clinical outcome trial. *J Shoulder Elbow Surg.* 2000;9(1):16-22.
9. Wilder-Smith O. Chronic pain and surgery: a review of new
insights from sensory testing. *J Pain Palliat Care Pharmacother.*
2011;25(2):146-159.
10. Ogilvie-Harris D, Biggs D, Fitialos D, MacKay M. The
resistant frozen shoulder. Manipulation versus arthroscopic
release. *Clin Orthop Relat Res.* 1995:238-248.
11. Elhassan B, Ozbaydar M, Massimi D, Higgins L, Warner J.
Arthroscopic capsular release for refractory shoulder stiffness:
a critical analysis of effectiveness in specific etiologies. *J Shoul-
der Elbow Surg.* 2010;19:580-587.
12. Gleyze P, Clavert P, Flurin P, Laprelle E, Katz D, Toussaint B,
ym. Management of the stiff shoulder. A prospective multi-
center comparative study of the six main techniques in use:
235 cases. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2011;97(8):167-181.