

Lasten ja nuorten patellofemoraalikiput

Yrjänä Nietosvaara

HUS, Lasten ja nuorten sairaala

Patellofemoraalinivelperäinen kipu on yleinen vaiva kasvuikäisillä, jonka aiheuttaa useimmiten patellofemoraalinivelen dysplasia, vamma, yllirasitus tai näiden kombinaatio. Kivun etiologia ei aina selviä. Diagnoosiin pääsee parhaiten esitietojen, kliinisen tutkimuksen ja natiiviröntgentutkimusten perusteella. Pelkän kivun lisäselvittely invasiivisesti on harvoin perusteltua ja tällöin hoito on lähes poikkeuksetta konservatiivista.

Suuri osa kasvuikäisten patellofemoraalivai-voista johtunee patellofemoraalinivelen poikkeavasta anatomiasta, joka johtaa patellan poikkeavaan liikkeeseen ja pahimmillaan patellofemoraaliseen instabiliteettiin. Liiallinen kuormitus on toinen tärkeä etiologinen tekijä etenkin murrosikäisillä patellofemoraalikipu potilailla. Akuutin patellaluksaation ilmaantuvuus on vuosittain luokkaa 1:1000 9-15 vuotiasta, lievempien vaivojen tarkkaa esiintyvyyttä ei ole tiedossa (Lancourt & Christini 1975, Fairbank et al 1984, Yates et al. 1989, Nietosvaara 1996).

Diagnoosi

Anamnestisesti on tärkeää rekisteröidä mahdolliset aikaisemmat vammat sekä potilaan liikuntaharrastukset. Lisäksi selvitetään kivun lokalisaatio ja luonne. Patellofemoraalinivelen ongelmiin viittaavat erityisesti pitempään istuessa tuntuva polven etuosan kipu (elokuvapolvioire) sekä portaissa liikkueessa koettu kipu. Polven altapettäminen tai altapettämisen tunne liittyy usein patellofemoraalinivelen instabiliteetista johtuviin vai-voihin. Patellofemoraaliperäisen kivun potilas paikallistaa yleensä epämääräisesti polven etuosaan.

Polvikipua valittava kasvuikäinen riisutetaan alusvaatteisilleen. Potilaan selkä ja alaraajat on aina tutkittava. Erityisesti on syytä muistaa tutkia potilaan lonkat. Patellofemoraaliniveloireiden selvittely aloitetaan yleissilmäyksellä potilaan seistessä ja kävellessä. Tällöin luodaan nopea käsitys tibiofemoraalikulmas- ta, Q-kulmasta, femurin ja tibian rotaatioprofiileista, patellan asemasta ja nilkan asennosta. Polvilumpion liikerata nähdään potilaan suoristaessa polvensa tutkimuspöydän reu-

nalla istuessaan. Selinmakuulla tutkitaan patellan asema ja pehmytkudostukirakenteiden kunto (patellar tilt, patellar glide). Kipu pyritään paikallistamaan. Tibiofemoraalinivel tutkitaan luonnollisesti huolellisesti. Akuuttia vammapotilasta tutkittaessa on hyvä muistaa, että patellaluksaatio on kasvuikäisen hemartronin tavallisin aiheuttaja Suomessa (Vähäsarja et al 1993).

Patellofemoraalinivelvaivan selvittely jatkuu tarvittaessa radiologisesti. Eniten lisätieto saadaan polven sivuprojektioista sekä pf-nivelen aksiaaliprojektioista 20-30° fleksiassa. On kuitenkin muistettava, että mitä nuorem- masta lapsesta on kyse sitä vähemmän infor- maatiota saadaan suureksi osaksi vielä rus- toisista rakenteista. MRI tai UÄ-tutkimus on ajoittain hyödyllinen. Diagnostisia artrosko- pioita tulee välttää.

Hoito

Traumaperäiset patellofemoraalikiput hoide- taan vammakohtaisesti. Yllirasitusvaivoissa selvittää sopivan pituisella levolla ja rasi- tustason modifioinnilla. Akuutti patellaluksa- tio hoidetaan pääsääntöisesti konservatiivi- sesti, artroskopia on indisoitu spontaanin re- lokaation jälkeen epäiltäessä osteokondra- lista nivelvammaa (Nietosvaara 1996). Ehdo- tan patellan operatiivista stabilointia potilail- la, jotka eivät voi uusintaluksaation jälkeen luottaa polveensa instabiliteettiepisodin pe- lossa. Kasvuikäiset pf-kipu potilaat, joilla ei ole anamnestisesti instabiliteettia, tulee hoi- taa lähes poikkeuksetta konservatiivisesti. Valtaosa kokee saavansa lievitystä oireisiinsa fysioterapialla, erilaisilla ortooseilla ja teip- pauksilla. Selvää näyttöä ei ainakaan ortoosi- en eikä teippauksen puolesta ole (Kowall et

al 1997, Powers et al 1999, Crossley et al 2001).

Kirjallisuutta

1. Crossley K, Bennell K, Green S, McConnell J. A systematic review of physical interventions for patellofemoral pain syndrome. *Clin J Sport Med* 11(2):103-10, 2001.
2. Fairbank JCT, Pynsent PB, van Poortvliet JA, Phillips H. Mechanical factors in the incidence of knee pain in adolescents and young adults. *JBJS* 66B:685, 1984.
3. Kowall MG, Kolk G, Nuber GW, Cassisi JE, Stern SH. Patellar taping in the treatment of patellofemoral pain. A prospective randomized study. *Am J Sports med* 25:417, 1997.
4. Lancourt JE, Cristini JA. Patella alta and patella infera. Their etiological role in patellar dislocation, chondromalacia, and apophysitis of the tibial tubercle. *JBJS* 57A:1112, 1975.
5. Nietosvaara Y. Acute Patellar Dislocation in Children and Adolescents. Thesis. University of Helsinki, 1996.
6. Powers CM, Shellock FG, Beering TV, Garrido DE, Goldbach RM, Molnar T. Effect of bracing on patellar kinematics in patients with patellofemoral joint pain. *Med Sci Sports Exerc* 31:1714-20, 1999.
7. Vähäsarja V, Kinnunen P, Serlo W. Arthroscopy of the acute traumatic knee in children. *Acta Orthop Scand* 64:580, 1993.
8. Yates CK, Grana WA. Patellofemoral pain in Children. *Clin Orthop* 255:36, 1990.