

Aivotärähdyksen hoidosta

Numerossa 21/2011 aivotärähdystä koskevan katsauksen tarkoituksena on varmasti ollut hyvä, mutta epäilen, että artikkeli voi sekoittaa muutenkin vaikeaa aihetta. Kirjoituksessa on harhaanjohtavia yleistyksiä ja ristiriitaisuuksia viimeaikaisiin suosituksiin nähden.

Perusongelma liittyy kirjoittajienkin toteamukseen siitä, että aivotärähdykselle ei ole diagnostisia kriteereitä tai virallista määritelmää. Miten silloin voidaan antaa ohjeita diagnostiikasta? Kirjoittajien mielestä aivotärähdys on selkeä kliininen entiteetti, mutta näin ei todellakaan ole. Tästä on todisteena muun muassa edellä mainittu kriteerien ja määritelmien puuttuminen. Aivovammojen vaikeusaste on jatkumo ilman selviä rajakohtia, minkä takia harhaanjohtavista ja asioita liikaa yksinkertaistavista luokitteluista ollaan luopumassa.

Kirjoittajat mainitsevat aivotärähdyksen olevan ”korjautuva häiriö”. Tämä käsitys onkin perinteisesti liitetty aivotärähdykseen. Erityisesti urheilijoilla tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, miten ”aivotärähdykset” (concussions) jättävät jälkensä aivoihin ja aiheuttavat kumuloituvan riskin toistuissa aivotärähdyksissä. Termi ”korjautuva” onkin virheellinen, sillä oireet voivat väistyä mutta vaurio ei ole korjautuva kuin ehkä kaikkein lievimmissä vammoissa. Toinen ongelma liittyy siihen –

minkä kirjoittajatkin kyllä toteavat – että osa potilaista ei edes toivu oireettomiksi. Toipumista taas on mahdotonta ennustaa luotettavasti siinä vaiheessa, kun vamman diagnoosia tehdään. Näistä syistä jo vuonna 2003 Käypä hoito -suosituksessa kehoitettiin luopumaan aivotärähdys-termistä.

Erityisen onneton on luonnehdinta aivotärähdyksen diagnoosia tukevista kriteereistä. Kun Käypä hoito -suosituksessa on katsottu, että vain hyvin lievää aivovammaa voidaan potilaiden kanssa käytävässä keskustelussa kutsua aivotärähdyksi, on aiheellista verrata kirjoittajien ja Käypä hoito -suosituksen eroja näiltä osin (TAULUKKO).

Näin siis kirjoittajien mukaan esimerkiksi potilas, joka on puoli vuorokautta sekava ja jolla on lähes vuorokauden muistiaukko, luokiteltiin vielä ”aivotärähdyspotilaaksi”, jos kuvantamislöydös on normaali! Puhuttaessa normaalista kuvantamislöydöksestä tulee määritellä tarkasti, millaista aivokuvantamista tarkoitetaan. Uusilla magneettikuvaustekniikoilla on osoitettu monilla ”aivotärähdyksen” saaneista kudosvaurioita, jotka myös korreloivat toipumiseen. Kirjoittajien väite siitä, että ”MK-löydösten ei ole osoitettu korreloivan kliiniseen oireistoon”, onkin vastoin suurinta osaa tutkimustuloksista. Samalla kirjoittavat tulevat jatkaneeksi sitä leimaavaa

yleistystä, että huonon toipumisen takana ovat muut syyt kuin itse vamma. Näin varmasti joskus on, mutta merkittävällä osalla oireilun syy on vamman aiheuttamassa aksonivauriossa.

Kirjoittaja toteavat: ”Mahdollisimman nopea paluu normaalielämään edistää toipumista.” Käsitys on vanhakantainen ja vaarallinenkin. Väitettä on seuraavissa lauseissa pehmennetty, mutta liian varhainen paluu kuormittaviin tilanteisiin tai esimerkiksi urheilun pariin voi vaarantaa koko toipumisprosessin, joka vaatii aivoilta huomattavan määrän energiaa. Pääsääntöisesti on ensin odotettava oireiden korjautumista ja vasta sitten voidaan kuormittaa asteittain lisätä seuraten, etteivät oireet palaa. ■

OLLI TENOVUO, LKT, neurologian dosentti
TY, neurologian klinikka

Kriteeri	Kirjoittajat	Käypä hoito -suositus
Tajunnan taso (GCS:n mukaan)	GCS 15 jossain vaiheessa ensimmäisen vuorokauden aikana	GCS 15 puoli tuntia vammasta ja pysyvästi sen jälkeen
Tajunnan menetys	Voi olla hetkellinen	Ei saa olla
Amnesian kesto	Enintään 24 tuntia	Alle 10 minuuttia
Oireet	Sekavuutta/desorientaatiota 24 tuntiin saakka	Ei kliinisiä neurologisia löydöksiä