



# Varusmiehen hankala kiputila ilman löydöksiä

**Kaksikymmentäneljävuotias perusterve** varusmies sairastui vasemman lonkan takaiseen kipuun, joka säteili takareiteen, sääreen ja nivustaipeseen. Kipu paheni pitempään istuessa ja liikkussa. Oireet lisääntyivät, ja pienenkin rasituksen jälkeen ilmaantui monta vuorokautta kestävä särky. Keskussotilassairaalaan tullessaan potilaalla oli ollut viisi kuukautta vapautusta marssi-, taistelu- ja liikuntakoulutuksesta ja hän turvautui liikkussa kynnärsauvoihin.

Kliinisessä tutkimuksessa potilas liikehti vapaasti ja kumarsi vaivatta sormet lattiaan. Vasemman lonkan liikelaajuudet olivat normaalit, mutta kierrot ääriasentoihin aristivat. Potilas aristeli laajalti vasemman lonkan takapuolelta. Lasèguen kokeessa ilmeni vasemmalla 70 asteessa kipusäteilyä pohkeeseen. Pa-

tellaari- ja akillesheijasteet olivat symmetriset, eikä Babinskin merkkiä todettu kummallakaan puolella. Tuntomuutoksia tai lihashaikkouksia ei ilmennyt. Perifeeriset valtimosykkeet tuntuivat.

Lannerangan ja lantion magneettikuvauksessa tai ENMG:ssä ei tullut esille poikkeavaa. Verenkuva oli normaali.

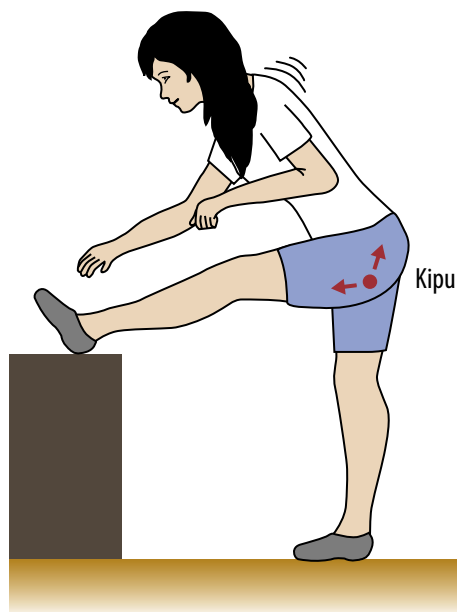
Potilaalla epäiltiin piriformisoireyhtymää, mutta glukokortikoidin ja bupivakaiinin yhdistelmää sisältäneellä ruiskeella ei ollut oireeseen minkäänlaista vaikutusta. Oliko kyseessä kuitenkin sinnikäs simulantti?

Yksinkertainen kysymys johdatti ajatukset oikeaan suuntaan. Mikä se mahtoi olla? Vastaus sivulla 1819.

## Varusmiehen hankala kiputila ilman löydöksiä

Kun potilasta pyydettiin näyttämään kivun lähtökohta, hän osoitti vasenta istuinkyhmyä. Potilaalla oli niin sanottu hamstringoireyhtymä, jossa istuinkyhmyyn kiinnittyvien hamstring-lihasten (m. semimembranosus ja m. biceps femoris longus) tendinoosi ja kiinnikemuodostumat ärsyttävät iskiashermaa. Leikkauksessa katkaistiin yli kahden senttimetrin vahvuinen iskiashermaa ärsyttävä jännekuodostuma, ja yhdeksän vuotta myöhemmin leikattu puoli on edelleen oireeton. Kuusi vuotta ensimmäisen toimenpiteen jälkeen jouduttiin leikkaamaan myös toinen puoli saman oireyhtymän takia. Jänneosan katkaisu ei ole aiheuttanut subjektiivista heikkoutta raajaan. Potilas asentaa työkseen antennija katoille ja televisiomastoihin.

Diagnosiin päästään tyypillisten oireiden perusteella ja sulkemalla pois muut iskiasioirei-



KUVA.

ta aiheuttavat tautitilat. Pitkään istuessa pahe-neva kipu on tyypillisin oire. Puranen–Oravan testin (KUVA) tulos on usein positiivinen ja potilas paikantaa kivun istuinkyhmyyn seutuun (Orava ym. 2003).

Tapaus osoittaa, ettei hankalassakaan oireyhtymässä tarvitse olla löydöksiä magneettikuvauksessa tai ENMG:ssä. Samantapaisia oireita voivat aiheuttaa muun muassa lannerangan hermojuurikompressiot, iskiogluteaalinen bursiitti, lihasaitio-oireyhtymä reiden takimmaisessa lihasaitiossa, lihasrevähtymien jälkitilat ja lonkkanivelen artroosi. Muiden tautitilojen sulkemiseksi pois suositellaan lannerangan ja lantion magneettikuvausta. Konservatiivisina hoitoina käytetään fysioterapiaa ja glukokortikoidiruiskeita, mutta usein päädytään leikkaushoitoon.

Suomalaiset Puranen ja Orava löysivät tämän tautitilan 1970-luvulla (Orava, henkilökohtainen tiedonanto). Se on selkeästi yleisempi kuin pitkään tunnettu piriformisioireyhtymä, ja leikkaushoidon tulokset ovat sen osalta paremmat. Näitä niin sanottuja pakaraperäisiä iskiaksia esiintyy yleisimmin urheilijoilla, mutta niitä todetaan myös tavallisessa väestössä (Saikku ym. 2010). Anglosaksisessa kirjallisuudessa tämäntyyppisistä oireyhtymistä käytetään termiä ”deep gluteal syndrome”. Proksimaalisen iskiashermon vapautuksia on suoritettu myös tähystysleikkauksina. ■

KARI SAIKKU, LL, ortopedi eläkkeellä

### KIRJALLISUUTTA

- Orava S, Vasankari T, Helttula I. Urheilijan pakaraperäiset iskiasioireet. *Suom Lääkäril* 2003;58:3423–6.
- Saikku K, Vasenius J, Saar P. Entrapment of the proximal sciatic nerve by the hamstring tendons. *Acta Orthop Belg* 2010;76:321–4.