

Kroonisen nivuskivun monet kasvot – harvinaisuudetkin muistettava

Krooninen nivuskipu on varsin yleinen oire lääkärin vastaanotolla. Sen taustalta saattaa löytyä yksi tai useampi syy. Nivustaipeen monimutkaisen anatomian tunteminen voi antaa vihjeitä kivun aiheuttajasta. Kliinisen tutkimuksen rinnalla tarvitaan usein kuvantamista, joista tärkeimpiä ovat lantion röntgenkuva, kaikukuvaus ja erityisesti magneettikuvaus. Viimeksi mainittu antaa parhaan tiedon nivusalueen ja ympäröivien pehmytkudosten rakenteista. Esitämme kaksi harvinaista tapausta, joissa diagnoosi myöhästyi puutteellisen kuvantamisen takia.

Omat potilaat

POTILAS 1. Aiemmin terve, hoikkarakenteinen 37-vuotias mies tuli työterveyslääkärin läheteellä keskussairaalan kirurgian päivystykseen vasemmanpuolisen, kaksi päivää kestäneen ja vähitellen pahentuneen nivus- ja kivespussin kivun vuoksi. Taustalla ei ollut poikkeavaa rasitusta tai vammaa eikä leikkaushoitoja. Suolen toiminta ja virtsaaminen olivat normaaleja, eikä mitään yleisoireita ilmennyt. Edeltävänä syksynä oli tosin jo esiintynyt lievää vasemmanpuolista jaksoittaista alavatsakipua.

Keskussairaalan päivystyksessä veren tulehdusarvot olivat normaalit, virtsanäyte puhdas sekä klamydia- ja tippurinäytteet normaalit. Tutkittaessa todettiin selkeä paikallinen palpaatioarkuus kivespussin vasemmalla puolella, lisäkiveksen seudussa. Lisäkiveksen tulehdus-epäilyn vuoksi potilas kotiutettiin siprofloksasiini-, parasetamoli- ja ibuprofeenilääkityksen turvin. Potilasta kehoitettiin hakeutumaan oireen jatkuessa uudelleen päivystykseen, minkä hän tekikin kaksi viikkoa myöhemmin.

Kaksi viikkoa kestäneestä mikrobilääkekuurista huolimatta kivespussin kivut jatkuivat eikä kipulääkkeillä ollut riittävää vastetta. Palpaatiolöydös oli aikaisemman kaltainen ilman resistenssin tuntua kiveksen seudussa, ja inspektiossa kivespussi oli rauhallinen. Yskäisytestissä ei todettu nivustyrään viittaavaa. Eturauhanen oli sormella tunnustellen aristamaton, eikä anaalikanavan tai rektumin limakalvoilla myöskään todettu poikkeavaa.

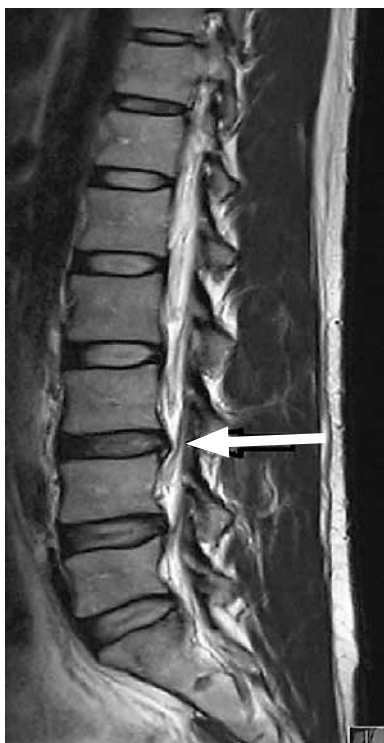
1940 Pieni verenkuva oli edelleen normaali, CRP-pitoisuus

alle 3 mg/l ja virtsanäyte puhdas. Vatsan ja kivespussin kaikukuvauksessa ei todettu poikkeavaa.

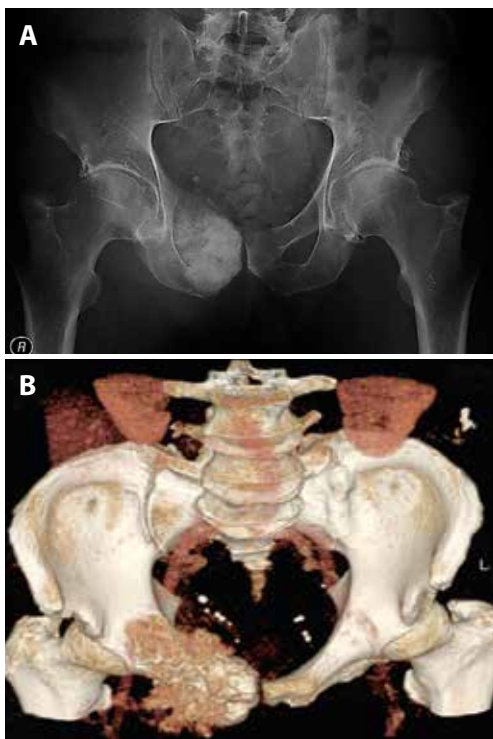
Voimakasta nivusalueen ja kivespussin kipua hoidettiin taas tuloksetta tulehduskivulääkkeillä, parasetamolilla ja vahvoilla opioideilla. Potilas siirtyi kirurgian vuodeosastolle kivun hoitoon. Työdiagnosi oli edelleen lisäkiveksen tulehdus. Osastolla tehtiin myös alavatsan ja kivespussin magneettikuvaus, joissa ainoana löydöksenä oli pieni tiivis, epäspesifinen muutos vasemmassa kiveksessä. Kiveksen verenkierto oli normaali sekä ensiavun kaiku- että magneettikuvauksissa. Nivusalueen ja erityisesti kiveksen kipu jatkui voimakkaana, ja lopulta viisi viikkoa oireiden alusta päädyttiin vasemman kiveksen poistoon, koska nyt erityisesti kives oli hyvin käsitelyarka. Koepuudutuksia nivustaipeeseen ei edeltävästi kokeiltu. Leikkauksessa todettiin, että vasen kives ja lisäkives olivat makroskooppisesti normaalit. Kasvaimia tai tulehdukseen viittaavaa ei todettu. Poistetun kiveksen mikroskooppinen tutkimus oli niin ikään normaali, eikä iskeemisiä muutoksia todettu histologisestikaan.

Leikkauksen jälkeen kipu siirtyi ylempiä leikkausarven seutuun. Leikkaushaava parantui kuitenkin hyvin, eikä leikkausalueella todettu resistenssejä. Iholla arven seudussa oli tuntopuutoksia ja hyperestesiaa. Nivuskivun jatkuessa epäiltiin nyt vuorostaan arpineuralgiaa. Aloitettiin neuropaattisen kivun lääkitys ja injektiosarja leikkausarpeen kortikosteroidipuudutteella. Näistä hoidoista ei ollut merkittävää hyötyä, ja päädyttiin arven eksploraatioon viisi kuukautta oireiden alusta. Uudessa leikkauksessakaan ei todettu hermopinteitä tai muuta kipua selittävää. Nivusalueelle asetettiin nyt biologinen verkko. Nivuskipujen jatkuessa edelleen epäiltiin osteitis pubis -oireyhtymää ja toistettiin lantion magneettikuvaus, mutta se oli edelleen normaali. Kroonisen nivuskivun jatkuessa tehtiin 10 kuukauden kuluttua oireiden alusta lannerangan magneettikuvaus, jossa todettiin L3–L4-nikamien välissä sentrolateraalinen vasenvoittoinen pieni diskusprolapsi, joka selitti ainakin osittain nivus- ja kiveskivun (**KUVA 1**). Välilevyn tyrän hoito on ollut konservatiivista.

POTILAS 2 on 64-vuotias aiemmin terve mies. Oikeaan nivustaipeeseen oli kehittynyt pullistuma, joka kipeytyi rasituksessa. Kliinisessä tutkimuksessa todettiin nivustyrään sopiva löydös. Potilaalle tehtiin nivustyrän leikkaus Lichtensteinin tekniikalla puoli vuotta myöhemmin. Leikkauksessa todettiin pullistuma alavatsan lihaksissa häpyluun kulmassa, ja löydöstä pidettiin alkavana suorana nivustyränä. Lihaskalvoa tuettiin polypropyleeniverkkolla. Leikkauksen jälkeen nivuskipu kuitenkin jatkui samanlaisena ja nivusalu-



KUVA 1. Potilaan 1 lannerangan sagittaalinen magneettikuva, jossa L3–L4-välilevyn rappeuma ja tyräytyminen näkyvät hyvin (nuoli).



KUVA 2. Häpyluun liitoskohdan oikealla puolella häpykaaressa näkyvä luukasvain natiiviröntgenkuvassa (A) ja tietokonetomografian rekonstruktio kuvassa (B). Kasvain aiheutti nivusalueelle kipua ja pullistuman, jota luultiin aluksi suoraksi nivustyräksi.

een resistenssi kasvoi. Vajaan vuoden kuluttua nivustaipen pullistuman ilmaantumisen jälkeen otettiin lantion röntgenkuva, jossa yllätykseksi löytyi häpyliitoksen oikealla puolella molempiin häpyluun ramuksiin ulottuva, 6 x 8 cm:n kokoinen luuta muodostava ja korteksia pullistava skleroottinen kasvain (KUVA 2). Jatkotutkimuksina tehtiin magneettikuvaus ja vartalon tietokonetomografia, koska epäiltiin pahanlaatuisen luukasvainta. Kudosnäyte varmisti häpyluun osteosarkooman, joka ei ollut vielä levinnyt muualle kehoon. Solunsalpaajäläkitys aloitettiin ja yliopistosairaalassa poistettiin lantiorankaan etuosa sekä asetettiin oikeaan lonkkaan erikoismallinen proteesi. Nyt potilas voi hyvin, mutta kävely on vielä ontuvaa.

Pohdinta

Kroonisen nivuskivun taustalla on varsin heterogeeninen ryhmä sairauksia, jotka koskettavat useita lääketieteen kliinisiä erikoisaloja. Yleislääkäri, ortopedi, yleiskirurgi, gastrokirurgi, gynekologi, pediatri, fysiatri ja verisuonikirurgi joutuvat usein ratkomaan nivusvaivan syitä.

Yleisimpiä nivuskivun syitä ovat nivustyrät ja tyräleikkauksen jälkikivut, liikunnan aiheuttamat vatsanpeitteiden revähtymät, nivusalueen lihasten ja jänteiden kiinnittymiskohdan tulehdukset sekä rasituskiputilat. Lisäksi tulee muistaa selkä-, lantio- ja lonkkaperäiset syyt sekä vatsaontelon sisäiset että urogenitaaliset sairaudet (1). Myös CRPS (complex regional pain syndrome) voi esiintyä nivustaipen alueella (TAULUKKO).

Nivuskipujen yleisyydestä suomalaisten terveyskeskuspotilaiden oireena ei ole tarkkaa tutkimustietoa, mutta urheilijoiden keskuudessa sitä esiintyy noin 5–10 %:lla (2). Nivusalueen kiputilojen taustalla todetaan usein alkava nivustyrä. Suomessa tehdään vuosittain noin 11 000 nivustyräleikkausta avoimesti tai tähystyskirurgisesti (3). Nivustyräleikkauksen jälkeisiä yleisiä komplikaatioita ovat leikkausalueen verenpurkauma, haavainfektio, hermopinteet ja tyrän uusiutuma. Kaikki nämä voivat

oireilla joko äkillisenä tai pitkittyneenä nivusalueen kipuna. Urologisia tyräleikkauksen komplikaatioita ovat kivespussin tai kiveksen iskeeminen, nosiseptiivinen tai neuropaattinen kipu. Taustalla on usein hermovaurio tyräleikkauksen yhteydessä tai kivekseen menevän verisuonen mekaaninen vaurio siemennuoran preparoinnissa. Suomen sairaaloissa on aikaisemminkin poistettu kiveksiä vaikean kiveskivun takia. Röntgenin ym. tutkimuksessa arvioitiin kiveksen poiston vaikutusta vaikean, nivustyräleikkauksen jälkeisen kiveskivun hoitona (4). Vuosien 2003–2010 välillä tehtiin Suomessa aikuisille 92 000 nivustyräoperaatiota. Näistä 335 potilaalla todettiin merkittävä leikkauksen jälkeinen komplikaatio, joista 34:lle kehittyi kivesatrofia tai -kuolio. Invalidisoivan kiveksen kivun takia 17 potilaalle suoritettiin orkiektomia. Seurannassa 11 potilaan (65 %) kiveskipu poistui kokonaan, joten orkiektomiasta oli hyötyä yli puolella tapauksista (4). Omalla potilaallamme ei kiveksen poisto kuitenkaan auttanut, koska kivun syy oli ylempänä. Kiveksen poisto vaikean neuropaattisen tai iskeemisen kivun takia on siis tarkoin valikoiduissa tapauksissa suositeltavaa, kunhan potilaalle etukäteen kerrotaan leikkauksen hyödyn todennäköisyys (yli puolella kipu poistuu).

Nivustyrä tarjoutuu yleisyytensä vuoksi helposti ensimmäiseksi kroonisen nivuskivun syyksi. Nivustyrät esiintyvät joskus myös oireettomina ja nivuskivun taustalla saattaa olla vakavampi syy. Huolellista anamneesia ja statusta ei korvaa mikään, mutta epätyypillisissä tilanteissa tarvitaan myös radiologisia tutkimuksia kuten potilastapauksemme osoittavat. Ensimmäisessä tapauksessa olisi vältetty kokonaan leikkaushoidoista, jos kipuanamneesia olisi tarkennettu jo alkuvaiheessa ja muistettu säteilykivun mahdollisuus. Lisäksi ennen leikkauspäätöstä olisi ollut hyvä kokeilla myös koepuudutuksia. Epäselvää on se, selittikö lannerangan yläosan välilevyn tyrä kokonaan kivespussin, nivustaipeen ja kiveksen kovan kivun, mutta potilastapaus on hyvä muistutus nivustaipeen oireiden monista lähteistä. Toisessa tapauksessa diagnostiikkaa ja lopullisia syöpähoitoja viivästytti samanaikainen nivustyrän epäily. Nivuskipujen jatkuminen

TAULUKKO. Kirjoittajien kokemuksiin perustuvia yleisiä ja harvinaisia nivuskivun syitä.

Yleisiä syitä

Alkava nivustyrä ja reisisyryä
Tyräleikkauksen jälkivaivat
Leikkausarven neuralgiat (nivustyrä, laparoskopia, Pfannenstielerin viilto)
Lihasevähätyvät
Jänteiden kiinnityskohtien repeämät ja tulehdukset ("insertiitit")
Häpyluun tulehdus (osteitis pubis)
Lonkan nivelrikko
Femoro-asetabulaarinen pinne (FAI)
Bursiitit

Harvinaisia syitä

Urologiset syyt (mm. eturauhasen tulehdus, virtsatiekivi, interstitiaalinen kystiitti)
Gynekologiset syyt (endometriosisi, munasarjaperäiset, kiinnikkeet)
Gastrokirurgiset syyt (sigman divertikuloosi, krooninen umpilisäketulehdus)
Verisuonikirurgiset syyt (aneurysmat)
Selkärangan säteilykipu
SI-nivelen säteilykipu
Lasten lonkkavaivat
Kasvaimet
Tulehdukset
CRPS (complex regional pain syndrome)
Nivustaipeen lymfadenopatit

leikkauksen jälkeen johti tarkempiin tutkimuksiin. Tarkkuutta ja huolellisuutta nivusvaivojen tutkimisessa ei voi liikaa korostaa, ja oireen kroonistuessa kuvantamistutkimuksia ei tule unohtaa.

Lopuksi

Nivuskipu koskettaa monia erikoisaloja ja on yleinen vastaanottokäynnin syy sekä yleislääkärillä että erikoissairaanhoidossa. Nivuskivun taustalla harvinaisuudetkin on syytä muista, ja epätyypillisissä tilanteissa kuvantamistutkimukset ovat tarpeen. Nykyisten kuvantamismahdollisuuksien aikakautena eksploraatioon ei tule ryhtyä ilman selkeää kohdetta. Leikkaus tulee kyseeseen vasta, kun diagnoosiin on päästy. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Swan KG Jr, Wolcott M. The athletic hernia: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res* 2007;455:78–87.
2. Paajanen H. Liikunnanharrastajan "urheilijan tyrä" ja osteitis pubis. *Duodecim* 2009;125:261–6.
3. Vironen J, Scheinin T, Paajanen H. Nivustyräleikkauksiin liittyvät komplikaatiot Potilasvakuutuskeskuksessa vuosina 2003–2007. *Duodecim* 2009;125:2380–6.
4. Rönkä K, Vironen J, Kokki H, Liukkonen T, Paajanen H. Role of orchiectomy in severe testicular pain after inguinal hernia surgery: audit of the Finnish Patient Insurance Centre. *Hernia* 2013 Aug 9; [Epub ahead of print].

MIKAEL ANTTINEN, LL, kirurgiaan erikoistuva lääkäri
Mikkelin keskussairaala

HANNU PAAJANEN, gastroenterologisen kirurgian professori
Kuopion yliopistollinen sairaala

SIDONNAISUDET

Ei sidonnaisuuksia

Summary

The many causes of chronic pain in the groin

One or more causes may be revealed underlying chronic pain in the groin. Knowledge of the complex anatomy of the groin may provide hints about the cause of the pain. In addition to clinical studies, imaging studies are often needed, with X-ray, ultrasonography and in particular MR imaging of the pelvis being the most important ones. The latter provides the best information on the structures of the groin region and the surrounding soft tissues. We present two rare causes of pain in the groin, the diagnosis of which was delayed due to insufficient imaging.