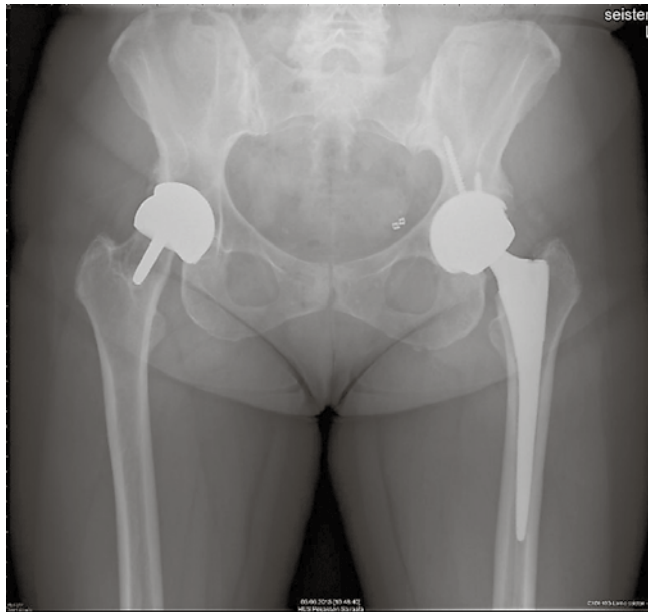




## Opettajan oireileva lonkka



**KUVA 1.** Seisten otettu lantion röntgenkuva.

**Perusterve 60-vuotias naisopettaja** hakeutui lääkärin vastaanotolle joitakin kuukausia jatkuneen oikean lonkan kivuttoman muljahtelun ja oikean alaraajan ajoittaisen turvotuksen takia. Potilaalle oli kymmenen vuotta aiemmin asetettu oikeaan lonkkaan pinnoitetekonivel dysplasian pohjalta kehittyneen sekundaarisen nivelrikon vuoksi. Myös vasen lonkka oli protetisoitu neljä vuotta aikaisemmin. Potilas oli saanut toimenpiteistä merkittävän helpotuksen kipuun ja huolimatta ajoittaisesta oikean lonkan vinkunasta hän oli ennen muljahtelu- ja turvotusoireita ollut tilanteeseen tyytyväinen.

Kliinisessä tutkimuksessa potilas käveli ontumatta. Hän oli kuumeeton ja hyvin paran-

tuneen leikkausarven alueella ei todettu poikkeavaa. Lonkan liikeradat olivat symmetriset. Homanin testi oli negatiivinen, mikä puhui syvää laskimotukosta vastaan, joskin oikea alaraaja oli lievästi turvoksissa. Verikokeissa (CRP ja leukosyytit) ei todettu tulehdusarvojen suurenemista. Syvä laskimotukos suljettiin pois kaikukuvauksella. Lantion röntgenkuvassa (**KUVA 1**) todettiin tekonivelkomponenttien olevan entisissä asennoissaan. Aiemmin todettu paikallinen luusyöpymä oikean lonkan reisiin kaulan alueella ei ollut lisääntynyt.

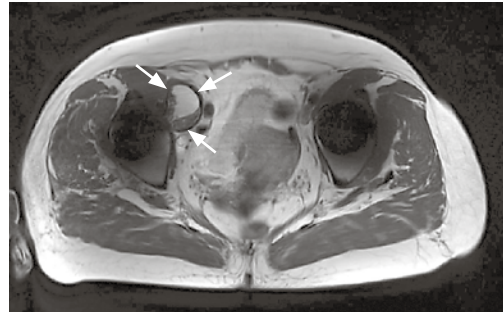
Mikä selitti potilaan lonkkaoireet? Vastaus sivulla 1951.



## Opettajan oireileva lonkka

Oikeanpuoleisessa lonkkaproteesissa oli metalli-metalliliukupintapari. Potilaalle tehtiin jatkoselvittelynä lonkan alueen magneettikuvaus erityistekniikalla (Metal artefact reduction sequence, MARS), jossa todettiin lonkkanivelen etupuolella iliopsoasbursan seudussa 7 x 4 x 2,5 cm:n kokoinen osin kiinteä pehmytkudosmuutos (KUVA 2). Muutos dislokoiki nivussuonia mediaalisesti, mikä selitti potilaan alaraajan turvotusoireilun heikentyneen laskimopaluun mekanismilla. Radiologisesti kyseessä oli tyyppillinen metalli-metalliliukupintaan liittyvä pehmytkudosmuutos (pseudotuumori). Lisäksi potilaan veren kromi- ja kobolttipitoisuudet olivat suurentuneet huomattavasti (kromi 67 µg/l, altistumattomien viiteraja < 0,8 µg/l; koboltti 88 µg/l, altistumattomien viiteraja < 0,8 µg/l).

Yleisimmät myöhäisvaiheen komplikaatiot lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen ovat tekoniivelkomponenttien irtoaminen luusta, tekoniivelen sijoiltaanmeno ja hematogeeninen infektio. Uusien liukupintaparien käyttöönoton myötä on ilmennyt joukko uudenlaisia ongelmia. Metallimetalliliukupintapari tuli markkinoille 2000-luvun alkupuolella. Sen etuina pidettiin hyvää kulutuskestävyyttä ja vähäistä sijoiltaanmenoriskiä, mikä johtui suuremmasta nuppikoosta. Lonkan pinnoitetekoniivelleikkausta suositeltiin nuorille ja aktiivisille potilaille. Metallimetalliliukupinnan käyttöön todettiin sittemmin kuitenkin liittyvän merkittävästi suurentunut uusintaleikkausriski, mikä johtui metallihierteen aiheuttamista kudosreaktioista, ja tämän liukupintaparin käyttö lopetettiin Suomessa vuonna 2012 (1). Suomessa on tällä hetkellä noin 20 000 poti-



KUVA 2. Magneettikuvaus MARS-tekniikalla, jossa näkyy oikean lonkan pehmytkudosmuutos (nuolet).

lasta, joilla on metalli-metalliliukupintainen tekoniivel, ja käynnissä on näiden potilaiden tehostettu jälkiseuranta liukupintaan liittyvien mahdollisten ongelmien suhteen.

Potilaamme kohdalla päädyttiin tekoniivelen uusintaleikkaukseen, jossa pinnoitetekoniivel korvattiin tavanomaisella tekoniivelmallilla käyttäen muovi-keraamiliukupintaa. Samassa yhteydessä lonkan etupuolella todettu pehmytkudosmuutos poistettiin. ■

**RAMI MADANAT, LT, FEBOT, erikoislääkäri**  
Massachusetts General Hospital ja Harvard Medical School  
Boston, USA

**JARKKO LESKINEN, LL, erikoislääkäri**  
HUS, Peijaksen sairaala  
Ortopedian ja traumatologian klinikka

**TATU MÄKINEN, dosentti, FEBOT, erikoislääkäri**  
Mount Sinai Hospital ja University of Toronto, Kanada

### KIRJALLISUUTTA

1. Suomen Artroplastiayhdistyksen MoM-suositus 15.5.2012. [www.suomenartroplastiayhdistys.fi](http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi).