

Ilmaantuvuus lisääntyy, leikkaushoito vähenee

Akillesjänteen repeämän epidemiologia ja hoito muuttuvat

Akillesjännerepeämä on varsin yleinen keski-ikäisten urheiluvamma, ja sen ilmaantuvuus lisääntyy. Samalla myös potilaiden keski-ikä näyttää nousevan. Viime vuosien aikana on saatu vahva näyttö siitä, että konservatiivinen, varhaiseen mobilisaatioon perustuva hoito tuottaa samanlaisen lopputuloksen kuin leikkaus. Aikaisemmin lähes kaikki akillesjänteen repeämät leikattiin, mutta konservatiivista hoitoa puoltavan uuden tieteellisen näytön mukaan leikkausmäärät ovat Suomessa vähentyneet merkittävästi muutaman viimeisen vuoden aikana (1). Akillesjänteen repeämän hoidon tulee tapahtua siihen perehtyneessä yksikössä. Hoidon tavoitteena on palauttaa potilaan vammaa edeltänyt toimintakyky ilman hoitokomplikaatioita. Sekä konservatiivisen hoidon että leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen tulisi noudattaa varhaiseen mobilisaatioon perustuvaa protokollaa. Riippumatta hoitolinjan valinnasta vammasta toipuminen kestää pitkään, ja potilailla on usein oireita vielä vuoden kuluttua vammasta.

Akillesjänteen repeämä tapahtuu tyypillisesti keski-ikäiselle miehelle pallopelissä (2, 3, 4). Vammamekanismi on usein normaalia intensiivisempi ponnistus, jonka yhteydessä potilas kuulee napsauksen akillesjänteen seudussa. Akillesjänteen repeämä sijaitsee anatomisesti tavallisimmin noin 4 cm kantaluun kiinnityskohdan yläpuolella. Nykykäsityksen mukaan akillesjänteen repeämän taustalla on jänteen degeneraatio eli tendinosis (5, 6). Muita altistavia tekijöitä ovat akillestendinosisin hoitoon käytetyt glukokortikoidiruiskut sekä fluorokinoloniryhmän mikrobilääkkeet (7, 8). Usein akillesjänne on kuitenkin ollut tendinosisista huolimatta oireeton ennen repeämää.

Viimeaikaisten tutkimustulosten mukaan akillesjänteen repeämän ilmaantuvuus on lisääntynyt (1, 9). Uunituoreen tutkimuksen mukaan ilmaantuvuus ruotsalaismiehillä on 55 ja naisilla 12 tapausta 100 000 henkilövuotta kohden (2). Tämä yhteispohjoismainen tutkimus maailmassa akillesjänteen repeämän ilmaantuvuudesta, sillä aikaisemmat hoitoilmoitusrekisteriin perustuvat tutkimukset ovat sisältäneet vain leikkauksella hoidetut repeämät (1, 3). Kotimaisen hoitoilmoitusrekisteritutkimuksen perusteella leikkauksella hoidettujen akillesjänteen repeämien ilmaantuvuus lisääntyi miehillä vuoteen 2008 ja naisilla vuoteen 2007 asti (1). Tämän jälkeen tapahtunut leikkauksien määrän väheneminen on todennäköisimmin seurausta hoitokäytännöissä tapahtuneista muutoksista.

Repeämien lisääntymisen lisäksi potilaiden keskimääräinen ikä näyttäisi kohonneen noin 50 vuoteen (1, 2, 10). Tämän tarkka syy ei ole tiedossa, mutta yhdeksi selitykseksi on arvioitu akillesjännerepeämälle altistavien urheilulajien suosion lisääntymistä erityisesti keski-ikäisten joukossa.

Leikkauksessa siistitään ja ommellaan yhteen katkenneen akillesjänteen päät. Kymmenen viime vuoden aikana kertynyt tieteellinen näyttö satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista on kuitenkin osoittanut, että konservatiivisella, varhaiseen mobilisaatioon perustuvalla ortoosihoidolla päästään samanlaiseen toiminnalliseen lopputulokseen pienemmällä komplikaatoriskillä (11, 12).

Vuonna 2012 julkaistu laadukas meta-analyysi osoitti, että mikäli konservatiivinen hoito oli toteutettu varhaista mobilisaatiota ja toiminnallisia periaatteita noudattaen, ei repeä-

män uusiutumisriskissä ollut ero verrattuna leikkaushoitoon (11). On kuitenkin huomiotava, että monille potilaille jää akillesjanteen repeämästä toiminnallista haittaa, oli hoito kumpi tahansa (13, 14).

Konservatiivisen hoidon mahdollistaa revenneestä akillesjanteesta löyhän jännetuppi-kudoksen sisään vuotanut hematooma, joka organisoituu kuukausien kuluessa arveksi ja vahvistuu varhain aloitetun liikehoidon avulla. Konservatiivisen hoidon edellytys on tuore, mielellään alle viikon ikäinen repeämä. Toiminnallinen hoito tarkoittaa painovarauksen aloittamista etenevästi, ortoosin poistamista päivittäin ja kuormittamattomien nilkan ojennus- ja koukistusharjoitteiden tekemistä. Kantakiiloja poistetaan viikoittain, ja ortoosia käytetään 6–8 viikkoa. Kantakorokkeen käyttöä suositellaan vielä seuraavan kuukauden ajan, ja tässä vaiheessa aloitetaan aktiivinen kuntoutus fysioterapeutin ohjauksessa. Liikuntaharastuksiin palaamista suositellaan vasta, kun vammautuneen puolen toimintakyky on lähes tervettä puolta vastaava. Potilaalle on lisäksi painotettava, että hoitomuodosta tai janteen kivuttomuudesta huolimatta jänne on alttiimmillaan repeämän uusiutumiselle 3–5 kuu-

kauden kuluttua hoidon alusta. Tuona aikana maksimaalisia ponnistuksia vaativia urheilulajeja on syytä välttää.

Akillesjanteen repeämän korjausleikkauksia tehdään Suomessa nyt vähemmän, todennäköisesti juuri konservatiivista hoitoa puoltavan uuden tieteellisen näytön mukaisesti (1). Muissa Pohjoismaissa repeämä hoidetaan yhä usein leikkauksella (15).

Akillesjanteen repeämän hoidon tavoite on palauttaa potilaan toimintakyky lähelle vammaa edeltänyttä tilannetta. Hoitopäätöstä tehtäessä tulee ottaa huomioon potilaskohtaiset tekijät ja komplikaatoriskit. Potilaan kanssa on keskusteltava hoitomuotoihin liittyvistä riskeistä ja hoidon kulusta. Sekä leikkaushoidon että konservatiivisen hoidon onnistumisen edellytyksenä on potilaan aktiivinen osallistuminen ja sitoutuminen hoitoon. ■



VILLE MATTILA, LT, ylilääkäri, ortopedian ja traumatologian professori
TULES-vastuualue
Tays ja Tampereen yliopisto ja
Käypä hoito -toimittaja
Suomalainen Lääkäreura Duodecim

SIDONNAISUDET

Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Mattila VM, Huttunen TT, Haapasalo H, Sillanpää P, Malmivaara A, Pihlajamäki H. Declining incidence of surgery for Achilles tendon rupture follows publication of major RCTs: evidence-influenced change evident using the Finnish registry study. *Br J Sports Med* 2013 Oct 15 [Epub ahead of print].

2. Huttunen TT, Kannus P, Rolf C, Felländer-Tsai L, Mattila VM. Acute achilles tendon ruptures: incidence of injury and surgery in Sweden between 2001 and 2012. *Am J Sports Med* 2014;42:2419–23.

3. Nyssönen T, Lühje P, Kröger H. The increasing incidence and difference in sex distribution of Achilles tendon rupture in Finland in 1987–1999. *Scand J Surg* 2008;97:272–5.

4. Hess GW. Achilles tendon rupture: a review of etiology, population, anatomy, risk factors, and injury prevention. *Foot Ankle Spec* 2010;3:29–32.

5. Kannus P, Józsa L. Histopathological changes preceding spontaneous rupture of a tendon. A controlled study of 891 patients. *J Bone Joint Surg Am* 1991;73:1507–25.

6. Pajala A, Melko J, Leppilahti J, Ohtonen P, Soini Y, Risteli J. Tenascin-C and type I and III collagen expression in total Achilles tendon rupture. An immunohistochemical study. *Histol Histopathol* 2009;24:1207–11.

7. Mahler F, Fritschy D. Partial and complete ruptures of the Achilles tendon and local corticosteroid injections. *Br J Sports Med* 1992;26:7–14.

8. Stephenson AL, Wu W, Cortes D, Rochon PA. Tendon injury and fluoroquinolone use: a systematic review. *Drug Saf* 2013 Jul 26 [Epub ahead of print].

9. Leppilahti J, Puranen J, Orava S. Incidence of Achilles tendon rupture. *Acta Orthop Scand* 1996;67:277–9.

10. Nyssönen T, Lühje P. Achilles tendon ruptures in South-East Finland between 1986–1996, with special reference to epidemiology, complications of surgery and hospital costs. *Ann Chir Gynaecol* 2000;89:53–7.

11. Soroceanu A, Sidhwa F, Aarabi S, Kaufman A, Glazebrook M. Surgical versus non-surgical treatment of acute Achilles tendon rupture: a meta-analysis of randomized trials. *J Bone Joint Surg Am* 2012;94:2136–43.

12. Olsson N, Silbernagel KG, Eriksson BI, ym. Stable surgical repair with accelerated rehabilitation versus nonsurgical treatment for acute Achilles tendon ruptures: a randomized controlled study. *Am J Sports Med* 2013;41:2867–76.

13. Cetti R, Christensen SE, Ejsted R, Jensen NM, Jorgensen U. Operative versus non-operative treatment of Achilles tendon rupture. A prospective randomized study and review of the literature. *Am J Sports Med* 1993;21:791–9.

14. Nilsson-Helander K, Silbernagel KG, Thomeé R, ym. Acute achilles tendon rupture: a randomized, controlled study comparing surgical and nonsurgical treatments using validated outcome measures. *Am J Sports Med* 2010;38:2186–93.

15. Barfod KW, Nielsen F, Helander KN, ym. Treatment of acute Achilles tendon rupture in Scandinavia does not adhere to evidence-based guidelines: a cross-sectional questionnaire-based study of 138 departments. *J Foot Ankle Surg* 2013;52:629–33.