

Juha Paloneva ja Ville Mattila

Suomi – olkakirurgian suurvalta?

Olkapään kiputilat ovat yleisimpiä tuki-elinsairauksia. Tavallisimmat pitkittyneen olkavaivan aiheuttajat ovat rappeumaperäisiä eli tendinopatioita (aikaisemmin niin sanottu pinneoireyhtymä) ja jännerepeämiä. Kiertäjälkalvosimen jännevaivan tyypillinen oire on levossa tai rasituksessa tuntuva kipu. Lämpäisevään repeämään liittyviä oireita ovat lisäksi aktiivisen liikelaajuuden rajoittuminen ja voiman heikkeneminen (1).

Olkapään kiertäjälkalvosinjänteen repeämän taustalla voi olla rappeuma tai tapaturma. Repeämien esiintyvyys näyttää lisääntyvän iän myötä. Lämpäiseviä repeämiä on valikoimattomassa väestössä todettu noin neljänneksellä 60-vuotiaista ja puolella 80-vuotiaista, mutta vain osa näistä aiheuttaa potilaille oireita. Suurin osa jännerepeämistä on rappeumaperäisiä (2).

Viimeaikaisen tutkimusnäytön ja hoitosuosituksen myötä suositellaan olkapään jännevaivoissa leikkaushoidon sijasta yhä useammin aktiivista terapeuttista harjoittelua sisältävää konservatiivista hoitoa. Rappeumaperäiset jännevaivat hoidetaan ensisijaisesti konservatiivisesti perusterveyden- tai työterveyshuollossa. Tärkein hoito on fysioterapeutin ohjama terapeuttinen harjoittelu, ellei alkuvaiheen omahoito lievitä oireita (2). Kirurgista hoitoa harkitaan lämpäisevissä kiertäjälkalvosimen jännerepeämissä, tapaturmaperäisissä repeämissä heti alkuvaiheessa ja rappeumaperäisissä repeämissä etenkin työikäisillä potilailla, mikäli asianmukainen, riittävän pitkäkestoinen konservatiivinen hoito ei tuota tulosta (2).

Kiertäjälkalvosimen korjausleikkausten ilmaantuvuus on lisääntynyt viime vuosiin saakka voimakkaasti niin Suomessa, Yhdysvalloissa kuin Britanniassakin (3,4,5,6,7) (**KUVA**).

Ilmaantuvuuden suureneminen Suomessa oli voimakasta vuoteen 2011 saakka, jolloin kiertäjälkalvosinkorjauksia tehtiin 132 toimenpidettä 100 000 aikuista kohti. Sen jälkeen leikkausmäärät ovat vähentyneet (4 600 toimenpidettä/vuosi, ilmaantuvuus 105/100 000). Huomionarvoista on, että Suomessa luku kattaa koko väestön, kun taas muualla julkaistut tutkimukset käsittävät ainoastaan jollekin tietylle valikoidulle otokselle tehdyt leikkaukset ja osa väestöstä jää hoitomuodon ulkopuolelle. Vaikka leikkausmäärän kasvu näyttääkin taittuvan, ovat Suomen leikkausmäärät edelleen maailman kärkipäätä, ja näin ollen olkakirurgian resursseja täytynee pitää varsin hyvinä.

Kiertäjälkalvosinkorjausten ilmaantuvuus on Suomessa suurentunut erityisen voimakkaasti yksityisessä terveydenhuollossa (1 400 % vuosien 1998 ja 2011 välillä), mikä on johtanut siihen, että yli puolet näistä leikkauksista tehdään nykyään yksityissairaaloissa (3).

Norjalaiseen kiertäjälkalvosinkorjauksen ja fysioterapian tehoa vertailevaan tutkimukseen otettiin mukaan oireisia jännerepeämäpotilaita, joiden vaiva alkoi joko tapaturman yhteydessä tai ilman tapaturmaa. Tutkimuksessa todettiin jännekorjauksen tuottavan vuoden seurannassa Constantin pisteytyksellä (paras tulos = 100 pistettä) 13 pistettä ja kivussa (VAS-asteikko, maksimi 10 cm) 1,7 cm eron leikkauksen hyväksi, mutta ero pieneni merkityksettömäksi viiden vuoden kuluessa (8,9). Suomalaisessa Kukkosen ja työryhmän satunnaistetussa, vertailevassa tutkimuksessa ilman tapaturmaa syntyneiden jännerepeämien hoidossa fysioterapia ja jännekorjaus olivat yhden ja kahden vuoden seurannassa Constantin pisteytyksellä tai kivulla mitattuna yhtä tehokkaita (10,11). Hollanti-

laisessa tutkimuksessa leikkauksen ja konservatiivisen hoidon välille ei saatu samalla pisteytyksellä eroa, mutta kipu väheni VAS-asteikolla 1,4 cm enemmän leikkausryhmässä vuoden seurannassa (12). Tutkimusaineisto jäi pieneksi potilaiden rekrytointivaikeuksien vuoksi. Leikkaushoidolla ei saavuteta aktiivista terapeutista hoitoa sisältävään konservatiiviseen hoitoon verrattuna selkeästi parempia tuloksia.

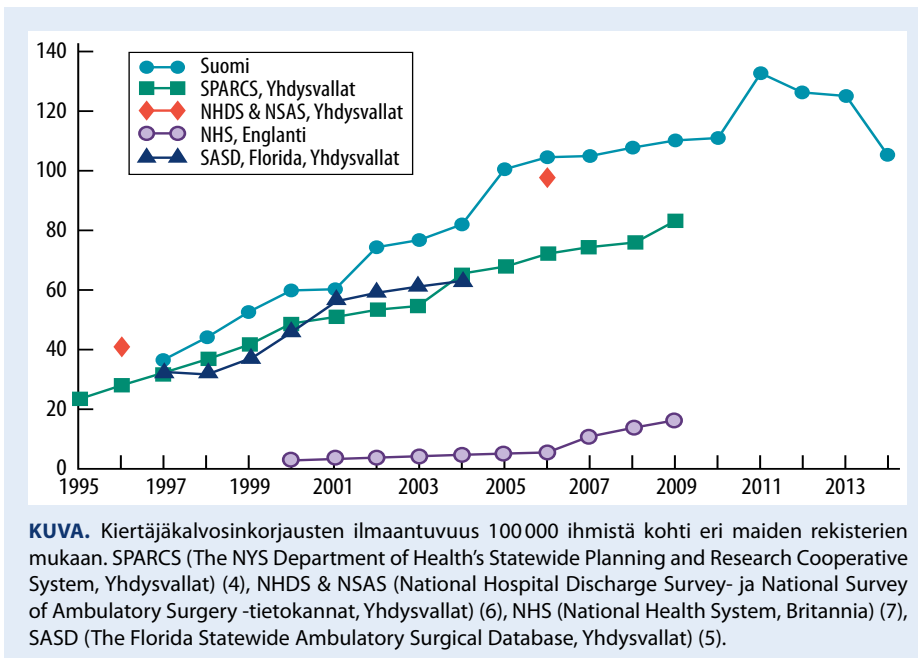
Syitä suurelle leikkausmäärälle on siis haettava muualta kuin leikkaushoidon ylivertaisista tuloksista. Mahdollisia syitä ovat potilaiden lisääntynyt tietoisuus olkapään jännevaivoista, tähestyskirurgian saatavuuden parantuminen, kuvantamistutkimusten yleistyminen (kaikukuvaus, magneettikuvaus), kirurgisten tekniikoiden kehittyminen sekä taloudelliset intressit.

Suomen olkakirurginen tutkimus on maailman huippua, ja saamme kansainvälisesti ihailua innokkuudestamme näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. Viime vuosien aikana Suomessa on julkaistu tai käynnistetty huomattava määrä korkeatasoisia olkakirurgisia hoitotutkimuksia, joissa selvitetään tavallisten olkasairauksien leikkaushoidon ja kuntouttavan hoidon keskinäistä tehoa (10,11,13,14). Näitä

uraaurtavia tutkimuksia ovat tendinopatian, kiertäjäkalkvosinrepeämän, olkanivelen epävakauden sekä olkaluun yläosan ja olkavarren murtumien hoitomenetelmien tehoa vertailevat satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset.

Olkapään jännevaivat ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Siksi onkin tärkeää, että Suomessa on vuonna 2014 julkaistu näiden vaivojen diagnostiikkaa ja hoitoa käsittelevä yhtenäinen Käypä hoito -suositus (2).

Olemme otsikon valinnassa pääosin toisiamme, mutta arvostelullekin on sijansa. Suurvalta-asemaa perustelemme kansainvälisesti verrattuna suurina leikkausmäärinä, Suomen korkealaatuisella olkakirurgisella tutkimuksella ja yhtenäisellä valtakunnallisella olkapään jännevaivojen Käypä hoito -suosituksella (2). Kritiikki liittyy havaintoomme kiertäjäkalkvosinkorjausleikkausten suuresta leikkausmäärästä ilman sitä oikeuttavaa näyttöä. Leikkausten ilmaantuvuuden suureneminen näyttää kuitenkin taittuneen. Näyttöön perustuvan lääketieteen eli tutkimusnäytön ja hoitosuositusten soveltaminen käytäntöön näyttää lupaavalta. ■



KIRJALLISUUTTA

1. Kallinen M, Lepola V, Paloneva J. Miten erotan olkapään jännevaivan muusta olkasairaudesta? Suom Lääkäril 2015;70: 2857–62.
2. Olkapään jännevaivat [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Fysioteriyhdistyksen ja Suomen Ortopedi-yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 23.11.2014]. www.kaypa-hoito.fi.
3. Paloneva J, Lepola V, Äärilä V, Joukainen A, Ylinen J, Mattila VM. Increasing incidence of rotator cuff repairs – a nationwide registry study in Finland. BMC Musculoskelet Disord 2015;16:189.
4. Ensor KL, Kwon YW, Dibeneditto MR, Zuckerman JD, Rokito AS. The rising incidence of rotator cuff repairs. J Shoulder Elbow Surg 2013;22:1628–32.
5. Iyengar JJ, Samagh SP, Schairer W, Singh G, Valone FH 3rd, Feeley BT. Current trends in rotator cuff repair: surgical technique, setting, and cost. Arthroscopy 2014;30:284–8.
6. Colvin AC, Egorova N, Harrison AK, Moskowitz A, Flatow EL. National trends in rotator cuff repair. J Bone Joint Surg Am 2012;94:227–33.
7. Judge A, Murphy RJ, Maxwell R, Arden NK, Carr AJ. Temporal trends and geographical variation in the use of subacromial decompression and rotator cuff repair of the shoulder in England. Bone Joint J 2014;96-B:70–4.
8. Moosmayer S, Lund G, Seljom U, ym. Comparison between surgery and physiotherapy in the treatment of small and medium-sized tears of the rotator cuff: a randomised controlled study of 103 patients with one-year follow-up. J Bone Joint Surg Br 2010;92:83–91.
9. Moosmayer S, Lund G, Seljom U, ym. Tendon repair compared with physiotherapy in the treatment of rotator cuff tears: a randomized controlled study in 103 cases with a five-year follow-up. J Bone Joint Surg Am 2014;96:1504–14.
10. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, ym. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: a randomised controlled trial with one-year clinical results. Bone Joint J 2014;96-B:75–81.
11. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, ym. Treatment of nontraumatic rotator cuff tears: a randomized controlled trial with two years of clinical and imaging follow-up. J Bone Joint Surg Am 2015;97:1729–37.
12. Lambers Heerspink FO, van Raay JJ, Koozeva RC, ym. Comparing surgical repair with conservative treatment for degenerative rotator cuff tears: a randomized controlled trial. J Shoulder Elbow Surg 2015;24:1274–81.
13. Ketola S, Lehtinen J, Arnala I, ym. Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome?: a two-year randomised controlled trial. J Bone Joint Surg Br 2009;91:1326–34.
14. Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, ym. No evidence of long-term benefits of arthroscopic acromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome: five-year results of a randomised controlled trial. Bone Joint Res 2013;2:132–9.



JUHA PALONEVA, LT, dosentti, ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri, osastonylilääkäri
Keski-Suomen keskussairaala ja Itä-Suomen yliopisto



VILLE MATTILA, LT, dosentti, vs ortopedian ja traumatologian professori
Tampereen yliopisto
ylilääkäri
TULES-vastuualue, Tays ja tekonivelsairaala Coxa
Käypä hoito -toimittaja,
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

SIDONNAISUDET

Juha Paloneva: Apuraha (VTR, Etera, Duodecim), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Articular, Biomet), luontopalkkio (Ratiopharm, Duodecim)

Ville Mattila: Ei sidonnaisuuksia