

Tekonivelkirurgian rajuun keskittämiseen ei perusteita

Ajatukset tekonivelkirurgian keskittämisestä lähtivät Suomessa liikkeelle kansanedustaja Paula Kokkosen kirjallisesta kysymyksestä ministeri Soininvaaralle vuonna 2001. Tämä vastasi, että leikkauksia tulisi tehdä vuosittain vähintään 200 sairaalaa kohti ja vähintään 100 leikkaustiimiä kohti. Nykyään Suomessa tekonivelleikkauksia tehdään noin 50 julkisessa sairaalassa, joista 17 ei täytä Soininvaaran kriteereitä. Mutta mihin tieteelliseen näyttöön keskittämisajatukset perustuvat? Mikä olisi järkevän keskittämisen raja?

Suomessa on ensiasennuslonkkaleikkauksista 2000-luvulla tehty keskussairaaloissa 30 %, yliopistosairaaloissa 25 %, aluesairaaloissa 25 % sekä Coxassa ja muualla yhteensä 20 %. Vastaavat osuudet polviproteesileikkausten osalta ovat 30 %, 20 %, 30 % ja 20 %.

Yliopistosairaalat haluaisivat keskittää tekonivelkirurgiaa omiin yksiköihinsä ja lopettaa toiminnan aluesairaaloista ja pienistä keskussairaaloista. Tämä trendi on täysin päinvastainen kuin naapurimaassamme Ruotsissa (KUVA).

Miten sitten tekonivelten keskittämistä perustellaan? Monesti perusteena on Katzin ym. (2004) artikkeli, jossa hän vertaili Yhdysvaltojen yli kaksisataa polven tekonivelleikkausta vuodessa tekeviä tekonivelsairaaloita pieniin alle 25 leikkauksen yksiköihin sekä niihin, joissa yksittäinen kirurgi teki alle 12 leikkausta vuodessa. Isoissa sairaaloissa esiintyi vähemmän leikkauksenjälkeistä keuhkokuumetta, keuhkoveritulppia, sydäninfarkteja, tulehduksia ja kuolemia. Tutkimuksen tulos on itsestään selvä, koska näin pienissä yksiköissä tekonivelleikkauksia ei tulisi tehdä kukaan kuten on laita Manner-Suomessa tätä nykyä.

Nykyään antibiootti- ja laskimotukosprofylaksi ovat varsin yhtenäisiä sekä isoissa että pienissä sairaaloissa Suomessa. Totaalilonkkaleikkauksissa on todettu syviä proteesi-infektioita noin 0,6–0,9 %:lla, eikä Shervinin ym.

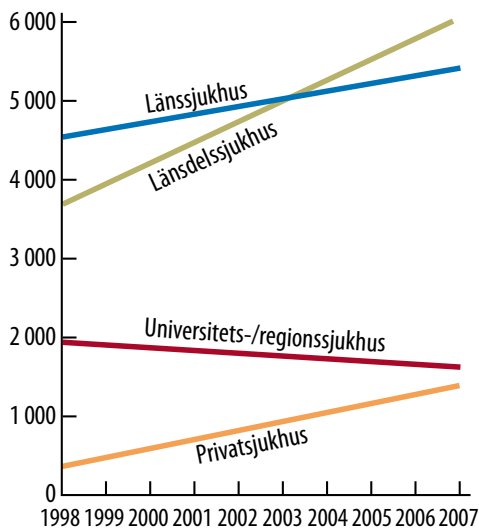
(2007) systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa todettu eroa sairaalan leikkausvolyymien ja infektioiden esiintyvyyden välillä.

Dobzyniakin ym. (2006) aineistossa 39 % kaikista lonkan kokotekonivelen uusintaleikkauksista tehtiin viiden vuoden kuluessa leikkauksesta. Manley'n ym. (2008) tutkimuksen perusteella pieniä leikkausmääriä tekevien kirurgien potilailta on suurempi riski joutua uusintaleikkauksen puolen vuoden kuluessa mutta ei pitkäaikaisseurannassa. Kahdessa muussa tutkimuksessa eroa ei tullut esiin ensimmäisen vuoden aikanakaan (Kreder ym. 1997, Judge ym. 2006).

Ruotsin tekonivelrekisterin (2007) mukaan lyhyen ajan komplikaatioiden esiintyvyys on ollut (kahden vuoden aikana) lonkan tekonivelleikkausten jälkeen 1–3,6 % yliopistosairaaloissa, 0,4–5,1 % keskussairaaloissa ja 0,2–3,0 % aluesairaaloissa. Aluesairaaloiden parempien tulosten arveltiin johtuvan helpommasta potilasineistosta.

Totaalilonkkaproteesin sijoiltaanmenon esiintyvyyden on arvioitu olevan alle prosentin 3,9 %:iin. Solomonin ym. (2002) tutkimuksessa todettiin, että jos sairaalassa tehdään yli 100 tekonivelleikkausta vuodessa, luksaatioita esiintyy vähemmän kuin sairaaloissa, joissa niitä tehdään alle 25. Näin pienissä yksiköissä Suomessa ei tehdä kukaan tekonivelleikkauksia. Lisäksi kaikissa Suomen sairaaloissa on nykyisin käytössä isonuppiset lonkkaproteesit, joiden sijoiltaanmenoriski on pieni.

Ruotsin tekonivelrekisteri (2007) lonkien osalta kertoo jokaisen sairaalan 90 päivän kuolleisuusluvut, jotka ovat vaihdelleet eri sairaaloissa välillä 0,4–4,79 %. Suurin kuolleisuus oli sairaalassa, jossa asennettiin vain noin 35 totaalilonkkaproteesia vuodessa. Rekisterin perusteella näyttäisi siltä, että hyvin pienessä yksikössä kuolleisuus saattaa olla runsaampi kuin suuren volyymin yksikössä, mutta rekisterinpitäjä itse varoittaa tekemästä suuria lin-



KUVA. Tekonivelkirurgian trendi Ruotsissa primaari-leikkausten osalta aikavälillä 1998–2007 (kuva Svenska Höftprotresregistret 2008 mukaan).

janvetoja muutamien seurantavuosien perusteella.

Nykyään tekonivelet hankitaan ERVA-alueiden yhteisellä kilpailutuksella, jolloin pienissä sairaaloissa tekonivel maksaa saman verran kuin alueen isossa sairaalassa. Yhdysvalloissa 275 813 ensiasennuslonkkapotilaan keskimääräinen hoitoaika pienissä sairaaloissa oli 6,84 päivää, päivän pitempi kuin suuren volyymin yksiköissä (Doro ym. 2006). Suomesakin tekonivelkeskukset mainostavat itseään vain kolmen päivän hoitoajoilla, mutta silloin unohdetaan, että hoito tällöin yleensä jatkuu potilaiden omista terveyskeskuksissa tai kuntoutuslaitoksissa. Mitään todellista säästöä tämä ei kyllä tarkoita. Vaikka 50-vuotias voidaan kotiuttaa kolmen vuorokauden kuluttua

leikkauksesta, yli 80-vuotiasta ei sovi lähettää kotiin näin nopeasti tekonivelkeskuksesta eikä pienemmästä sairaalasta.

Mitkä leikkaukset sitten tulisi keskittää tekonivelkeskuksiin? Näitä ovat revisiokirurgia, pinnoitelonkkaleikkaukset, polven puoliproteesien ja varrellisten proteesien asennukset, joita tarvitaan merkittävässä varus- tai valgusvirheessä. Myös lonkkien hankalammat dysplasiat tulisi keskittää.

Parhaiten tekonivelkirurgia hoidetaan hyvällä yhteistyöllä aluesairaaloiden, keskussairaaloiden ja yliopistosairaaloiden kesken. Yliopistosairaalat voivat hoitaa harvinaiset erityisproteeseja vaativat leikkaukset ja ERVA-alueen muut sairaalat perusproteesikirurgia.

Pienemmissä sairaaloissa ortopedinen toiminta kattaa usein yli 50 % koko sairaalan kirurgisesta toiminnasta, ja ortopedisesta toiminnasta monesti 60–80 % on ensiasennustekonivelkirurgiaa. Tämäntyypinen työ koetaan yleensä haastavaksi ja mielenkiintoiseksi, minkä vuoksi ortopediset osajat pysyvät julkisessa sairaalassa. Tekonivelkirurgian lopettamisen myötä pienten sairaaloiden osajat lähtevät herkästi yksityissektorille ja muukin ortopedinen toiminta hiipuu, mikä johtaa jonojen kasvamiseen ja sairaaloiden näivettymiseen. Muu ortopedia joudutaan hoitamaan ostopalveluna, ja potilas joutuu yksinkertaisenkin ortopedisten vaivojensa vuoksi liikkumaan ERVA-alueensa sisällä. Uskoisin kuitenkin, että tulevan terveydenhuoltolain hengen mukaan potilas saa myös erikoislääkärin konsultaation ja hoidon läheltä.

Tekonivelkirurgiaa kannattaa siis järjeistää, mutta sen jyrkälle keskittämiseksi isoihin keskuksiin ei ole tieteellisiä perusteita. ■



JUHA KALLIOKOSKI, ortopedi
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Rauman aluesairaala
26100 Rauma

KIRJALLISUUTTA

- Dobzyniak M, Fehring TK, Odum S. Early failure in total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2006;447:76–8.
- Doro C, Dimick J, Wainess R, Upchurch G, Urquhart A. Hospital volume and inpatient mortality outcomes of total hip arthroplasty in the United States. *J Arthroplasty* 2006; 21(Suppl):10–6.
- Judge A, Chard J, Learmonth I, Dieppe P. The effects of surgical volumes and training centre status on outcomes following total hip replacement: analysis of the Hospital Episode Statistics for England. *J Public Health* 2006;28:116–24.
- Katz JN, Barret J, Mahomed NN, Baron JA, Wright RJ, Losina E. Association between hospital and surgeon procedure volume and the outcomes of total knee replacement. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A(9):1909–16.
- Kreder HJ, Deyo RA, Koepsell T, Swiontkowski MF, Kreuter W. Relationship between the volume of total hip replacements performed by providers and the rates of postoperative complications in the state of Washington. *J Bone Joint Surg Am* 1997;79:485–94.
- Manley M, Ong K, Lau E, Kurtz SM. Effect of volume on total hip arthroplasty revision rates in the United States Medicare population. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90:2446–51.
- Shervin N, Rubash HE, Katz JN. Orthopaedic procedure volume and patient outcomes: a systematic literature review. *Clin Orthop Relat Res* 2007;457:35–41.
- Solomon DH, Losina E, Baron JA, ym. Contribution of hospital characteristics to the volume-outcome relationship: dislocation and infection following total hip replacement surgery. *Arthritis Rheum* 2002;46:2436–44.
- Svenska Höftprotesregistret. Årsrapport 2007;35–37 ja 89–91.