

Kipeä kyynärpää

Kipu ja vajaatoiminta eivät ole yhtä yleisiä kyynärpäässä kuin esimerkiksi niskassa, olkapäässä tai ranteessa. Kuitenkin myös kyynärpäässä esiintyy sairauksia, jotka voivat pitkittyessään olla vaikeahoitaisia ja heikentää merkittävästi työkykyä. Tällaisia ovat epikondyliitti, nivelrikko ja kyynärhermon pinne.

Vaikka noin 5 % suomalaisista aikuisista ilmoittaa kokeneensa kyynärnivelen kipuja viimeksi kuluneen kuukauden aikana, kyynärpääkipu on vastaanotolle hakeutumisen syynä verraten harvinainen. Suomalaisessa terveyskeskusaineistossa (5 646 käyntiä lääkärin vastaanotolla) kyynärpään vaiva tai tenniskyynärpää oli ensisijaisena tulossyynä 0,5 %:ssa käynneistä (Mäntyselkä 2008). Työterveyshuollossa se on todennäköisesti useammin käynnin syynä. Työkyvyttömyyttä aiheuttaa erityisesti lateraalinen epikondyliitti, jolloin työkyvyttömyys kestää tyypillisesti noin kaksi viikkoa. Pitempi työkyvyttömyys kyynärpään vaivoissa on suhteellisen harvinaista.

Kipeän kyynärpään erotusdiagnostiikka

Kyynärpäässä esiintyy lihasinsertioiden (esimerkiksi epikondyliitit), nivelen (nivelrikko, instabiliteetti) ja perifeeristen hermopinteiden (kyynärhermon pinne, proksimaalisemmat pinteet) aiheuttamia kiputiloja. Työikäisillä lateraalinen epikondyliitti eli tenniskyynärpää on kyynärpään yleisin kiputila. Koko aikuisväestössämme sen esiintyvyys on 1,1 %. Sairaus yleistyy 30 ikävuoden jälkeen, ja huippu ajoittuu 40–59 vuoden ikään, jolloin

jopa 2–3 %:lla voidaan kliinisesti todeta lateraalinen epikondyliitti. Nivelrikkoa tavataan kyynärpäässä primaarisena, murtumien jälkitilana tai nivelreumaan liittyvänä. Kyynärpään tasolla oireita aiheuttavan hermopinteen syy on useammin kaularangan hermojuuren pinne tai rintakehän yläaukeaman oireyhtymä (TOS) kuin paikallinen perifeerisen hermon pinne. Nämä onkin tärkeintä ottaa huomioon erotusdiagnostiikassa. Kyynärtason pinteistä yleisin on kyynärhermon pinne, jonka oireita ovat puutumisen ja lihastoiminnan häiriöt käden alueella. Kyynärpääkivun aiheuttajia ja kyynärpään sairauksia on esitetty **TAULUKOSSA 1**. Erityisesti silloin, kun kliinisiä paikallisia löydöksiä ei ole, on hyvä pitää mielessä laajalaisemman kivun mahdollisuus. Syy voi olla kipuaistimuksen keskushermostotasoisessa säätelyssä.

Potilaan tutkiminen

Kyynärnivelen kiitollinen kohde manuaaliselle tutkimukselle, koska osa rakenteista on nähtävissä ja liikelaajuudet sekä stabiliteetti helposti testattavissa. Kyynär- ja olkaluun välinen sarananivel sallii koukistus-ojennusliikkeen ja huolehtii sen stabiliteetista. Toinen nivel muodostuu olka- ja varttinäluun välisestä nivelestä sekä proksimaalisesta varttinä- ja kyynärluun välisestä nivelestä ja sallii sekä ojennus-koukistus että kiertoliikkeen. Sormien ja ranteen ojentajalihakset, osittain uloskiertäjälihakset ja kyynärnivelen varttinäluunpuoleinen sivuside kiinnittyvät olkaluun ulkosivunastaan, kun taas ranteen koukistajalihakset, sormien pinnalliset koukistajat, musculus pronator teres sekä kyynärnivelen kyynärluunpuoleinen sivuside kiinnittyvät olkaluun sisäisivunastaan (**KUVA 1**).

1945

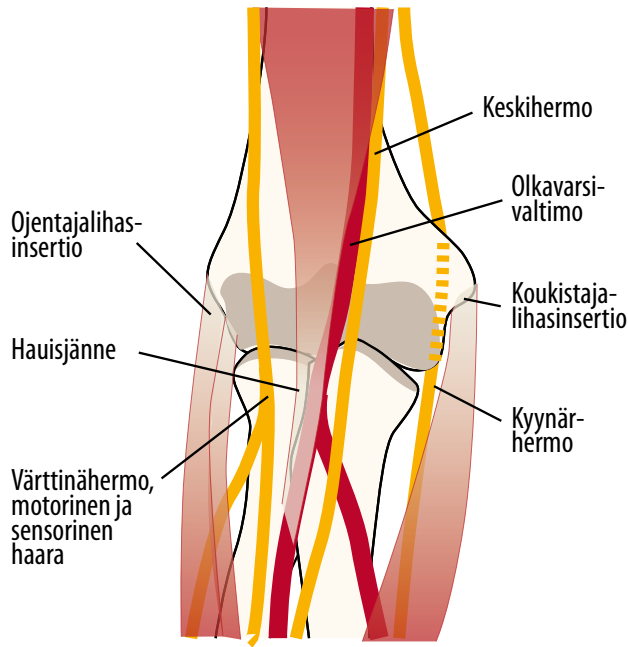
TAULUKKO 1. Kyynärpääkivun aiheuttajia.

Sairaus	Esiintyvyys ja tutkiminen
Epikondyliitit (lateraalinen ja mediaalinen) Nivelrikko	Lateraalinen huomattavasti yleisempi
Yläraajan perifeeristen hermojen pinteet kyynärhermon pinne ja nervus saltans värttinähermon syvän haaran pinne (Frohsen oireyhtymä) keskihermon pinne (pronator-oireyhtymä)	Kyynärhermon pinne yleisin, keskihermon pinne kyy- närpään tasolla harvinainen
Kaularangan hermojuurivaurio	Erityisesti pitkittyneissä ja epätyypillisissä tapauksissa tehtävä niskan ja yläraajojen kliininen tutkimus
Rintakehän yläaukeaman oireyhtymä (TOS)	Erityisesti pitkittyneissä ja epätyypillisissä tapauksissa tehtävä niskan ja yläraajojen kliininen tutkimus
Luunmurtumat, nivelkapselin ja nivelsiteiden vammat ja niiden jälkitilat	
Instabiliteetti	
Värttinäluun proksimaalipään subluksaatio	Esiintyy lapsilla
Nivelhiiri eli osteochondrosis dissecans	
Kyynärpään bursiitti	Tavallisimmin aseptinen; purulentissa selluliittioireet ja usein ihorikko Punktio ja bakteeriviljely varmistavat diagnoosin
Tulehdukselliseen nivelsairauteen (esim. nivel- reumaan) liittyvä artriitti	
Kyynärpääkipu osana laajempaa kipukokonai- suutta	Laaja-alaiset kiputilat suhteellisen yleisiä Sellaisen mahdollisuus selvitettävä oirehaastattelussa
Tulehdukset	Purulentti bursiitti yleisin
Kasvaimet	

Kyynärnivelen tutkimuksessa tarkastel-
laan niveltä sekä mahdollisia virheasentoja ja
lihassurkastumia yläraajojen alueella. Ojen-
nus-koukistus- sekä pronatio-supinatio-
liikkeiden laajuus ja symmetrisyys tutkitaan.
Sivusiteiden stabiliteetti tutkitaan kyynär-
varsi supinatioissa (yläraaja viedään potilaan
taakse sisärotaatioissa, jolloin olkavarren kier-
toliike lukittuu). Kyynärnivelen stabiliteetti
tutkitaan ekstensiossa. Palpaatioissa etsitään
aristusta sivunastoista, hauisjänteen distaali-
sesta kiinnittymiskohdasta, värttinähermon
kulkureitiltä (Frohsen arkadi), musculus pro-
natorin ja keskihermon risteyskohdasta (vrt.
pronatorsyndrooma) sekä kyynärliisäkkeen
päästä (bursiitti). Yläraajojen neurologinen
tutkimus tehdään, jos epäillään juuritason tai
perifeerisemmän hermon pinnettä. Kyynär-
hermon kulku sulcuksessa sisäsivunastan taka-
na tutkitaan palpoiden. Lisäksi kyynärniveltä

koukistettaessa tunnustellaan, tapahtuuko her-
mon mahdollinen muljahdus pois sulcuksesta
(nervus saltans). Kyynärpään diagnostiikassa
käytettyjä testejä on esitelty **TAULUKOSSA 2**.

Kyynärnivelen koukistus- ja ojennusliik-
keen tavallisimpia rajoittajia ovat murtumien
jälkitilat ja nivelrikko. Kiertoliike voi rajoittua
sekä proksimaalisen että distaalisen värttinä-
kyynärnivelen liikerajoituksen vuoksi.
Kummassakin tapauksessa tavallisin aiheutta-
ja on värttinäluun murtuman jälkitila, prok-
simaalialueella värttinäluun pään ja distaali-
alueella värttinäluun tyyppimurtuman jälkitila.
Artroottisesta kyynärnivelistä voi kuulua selvä
hankausääni. Lapsella akuutin liikerajoituksen
saattaa aiheuttaa värttinäluun proksimaalipään
subluksaatio rengassiteen alta. Se syntyy yleensä
nostettaessa lasta yhdestä kädestä. Heikkous
ja arkuus kyynärvarren koukistuksessa hauis-
jänteen alakiinnityksessä voi viitata jänteen



KUVA 1. Tärkeimpien lihasten ja hermojen kulku kyynärpään alueella.

repeämiseen värttinäluusta, jolloin myös supinaatio on heikentynyt. Kysymyksessä voi olla krooninen tulehdus tai repeämä, jolloin hauiksen muoto on normaali ja kipua esiintyy usein sekä pronaatiossa että supinaatiossa. Jos jänne repeää kokonaan, nousee hauiksen massa ylöspäin, mikä näkyy potilaan jännittäessä lihasta (Viikari-Juntura ym. 2009).

Ulkosivunastan arkuus johtuu tavallisimmin epikondyliitistä. Kipua voidaan provosoida vastustetulla ranteen ojennuksella. Käden puristaminen erityisesti kyynärnivél suorana aiheuttaa myös kipua sivunastaan. Tämän perusteella epikondyliittiä voidaan selvittää yksinkertaisella diagnostisella testillä, jossa ensin pyydetään potilasta puristamaan tutkijan käsiä kyynärnivél koukussa ja tämän jälkeen kyynärnivél ojennettuna (KUVA 2). Kivun ilmaantuminen tai paheneminen kyynärvarren ollessa ojennettuna viittaa vahvasti epikondyliittiin. Myös sormien vastustettu ojennus – erityisesti keskisormen ja etusormen – aiheuttaa usein kipua sivunastaan. Vaikeammassa epikondyliitissä myös nimettömän ja pikkusormenkin

ojennus voi olla kivulias. Tärkein erotusdiagnostinen kivun aiheuttaja lateraalipuolella on värttinähermon syvän motorisen haaran (nervus interosseus antebrachii posterior) pinne Frohsen arkadin kohdalla 6–8 cm ulkosivunastasta distaalisuuntaan. Sisäisivunastan vastaava arkuus viittaa mediaaliepikondyliittiin – vastustettu ranteen ja sormien koukistus aiheuttaa kipua. Kyynärnivelen mediaalisyrjän kipu voi johtua myös TOS:stä.

Kivuliaan kyynärnivelen natiiviröntgenkuvaus on varsin hyödyllinen tutkimus. Sillä voidaan diagnosoida nivelrikko, osteochondrosis dissecans ja sulkea pois luun patologiset prosessit. Epikondyliiteissä näkyy joskus kalkkiumaa lihasinsertiossa. Kaikukuvauksella voidaan tarvittaessa varmistaa epikondyliittidiagnoosi kuten myös hauislihaksen distaalisen janteen tulehdukset ja repeämät. Magneettikuvaus on aiheellinen epäselvissä kiputiloissa, kuten artriitti- ja tuumoriepäilyissä. Kyynärnivelen sivusiteiden repeämien ja muiden vammojen jälkitiloissa se on myös tarpeellinen.

NÄIN TUTKIN

TAULUKKO 2. Tavallisimmat kyynärpään tutkimuksessa käytetyt provokaatiotestit (Viikari-Juntura ja Varonen 2005).

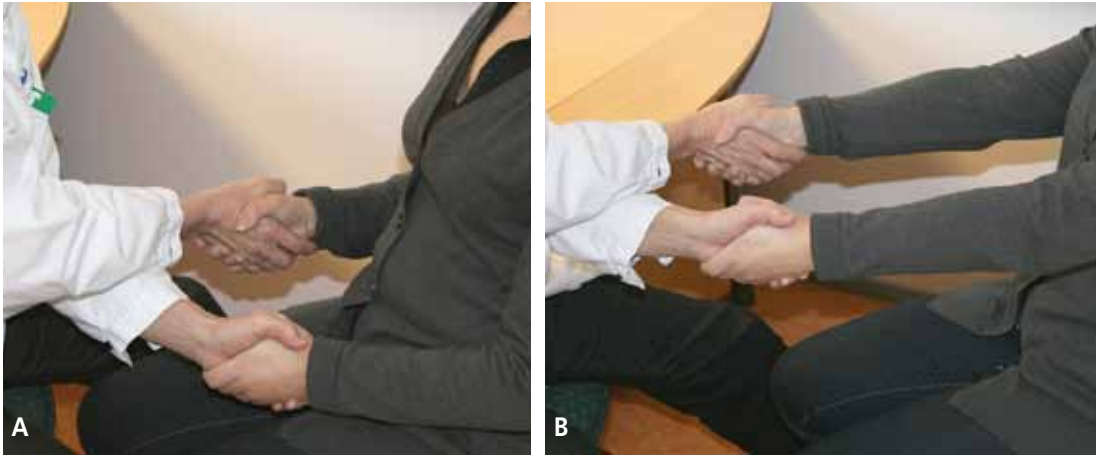
Testi	Tekotapa	Positiivinen löydös	Tulkinta
Epikondyliittitesti: vastustettu ranteen ojennus (lateraalinen epikondyliitti)	Vastustetaan ranteiden ojennusta kyynärnivelen suorana	Kipu provosoituu olkaluun ulkosivunastaan	Lateraalinen epikondyliitti
Epikondyliittitesti: vastustettu ranteen koukistus (mediaalinen epikondyliitti)	Vastustetaan ranteiden koukistusta kyynärnivelen suorana	Kipu provosoituu olkaluun sisäisivunastaan	Mediaalinen epikondyliitti
Käden puristaminen kyynärvarsi koukussa vs suorana (KUVA 2)	Potilas puristaa käsiä yhtä aikaa (tutkijalla kädet ristissä otteen mahdollistamiseksi) ensin potilaan kyynärnivelet koukussa, sitten ojennettuna	Kipu provosoituu tai pahenee, kun potilas ojentaa kyynärvarret	Epikondyliitti
Käden puristusvoiman mittaaminen	Mitataan puristusvoimamittarilla käsien maksimaalinen ja kivun provosoiva voima	Yli 30 %:n puoliero maksimaalisessa voimassa merkittävä	Epäspesifinen diagnoosien suhteen
Millsin testi	Ranne väännetään kyynärnivelen suorana ja kyynärvarsi pronaatiossa maksimaaliseen koukistukseen	Kipu provosoituu olkaluun ulkosivunastaan	Lateraalinen epikondyliitti
Tuolinnostokoe	Potilasta pyydetään nostamaan kevyehköä tuolia, jossa on ohut selkänoja	Kipu provosoituu olkaluun nivelnastaan	Epikondyliitti
Kyynärhermon nervus saltansin osoittaminen	Taivutetaan kyynärnivelen flexioon ja tunnustellaan, siirtyykö kyynärhermo pois sulkuksesta	Kyynärhermon muljahdus sulkuksesta	Nervus saltans
Kyynärvarren fleksiokompressiotesti	Potilaan kyynärvarsi ääri-fleksiossa komprimoidaan kyynärhermoa sulkuksessa minuutin ajan	Puutuminen tai pistely nimettömässä ja pikkusormessa	Viittaa kyynärhermon pinteeseen sulkusalueella
Vastustettu supinaatio (Frohsen oireyhtymä, hauislihaksen pään repeämä värttinäluusta)	Vastustetaan kyynärvarren supinaatiota	Kipu Frohsen arkadin seudussa, supinaatiovoima heikentynyt	Saattaa viitata värttinähermon syvän motorisen haaran pinteeseen
Vastustettu pronaatio (pronator-oireyhtymä)	Vastustetaan kyynärvarren pronaatiota	Kipu pronator-alueella, pronatiovoima heikentynyt	Saattaa viitata pronator-oireyhtymään

Hoito

Epikondyliitti on suurelta osin rasisperäinen, joten kuormituksen vähentäminen on oleellista hoidossa. Käden suuren voiman käyttö ja työliikkeiden toistuvuus, erityisesti esiintyessään yhdessä, lisäävät epikondyliitin riskiä, joten niiden vähentämisellä voidaan pyrkiä nopeuttamaan paranemista. Kivun hoitoon sopii käyttää paikallista tulehduskipulääkitystä.

1948 Akuuteissa ja kivuliaissa epikondyliiteissä voi-

daan antaa paikallinen kortikosteroidiruiske, jonka tiedetään lievittävän kipua noin kuuteen viikkoon asti. Hoidon pitkäaikaistulokset eivät kuitenkaan ole olleet kovin hyviä. Tämän on arveltu johtuvan siitä, että injektion saaneet potilaat ovat kivun helpottaessa mahdollisesti rasittaneet kättään enemmän kuin muut hoidot saaneet. Huonojen pitkäaikaistulosten vuoksi Käypä hoito -suosituksessa (2007) käden ja kyynärvarren rasisussairauksista ei yleisesti suositeta kortikosteroidiruiskeiden



KUVA 2. Kädenpuristustesti kyynärvarret koukistettuna (A) ja suorana (B).

antamista epikondyliitissä. Tämänkin artikkelin kirjoittajat ovat vähentäneet injektioiden antamista omassa kliinisessä työssään, eikä potilailta näytä tulleen aikaisempaa enemmän kielteistä palautetta.

Näyttää siltä, että hyvä hoitotulos edellyttää vaikeammassa tapauksissa sekä kuormituksen säätelyä että kivun hoitoa. Toiminnallisilla tuilla, kuten rannelastalla tai kyynärvarren proksimaaliosaan kiinnitettyllä tenniskyynärpääsidoksella voidaan vähentää lihasten kiinnittymiskohtiin kohdistuvia voimia, vaikka niiden hyötyä ei ole osoitettu tutkimuksin. Asteittain lisättyä voimaharjoittelua käytetään melko paljon, mutta senkin hyödystä on ristiriitaisia tuloksia. Sokkiaaltohoidon, ultraäänihoidon, botuliinitoksiinin tai paikallisesti käytetyn nitraattivoiteen vaikutuksia ei ole osoitettu vakuuttavasti (Käden ja kyynärvarren räsitus-sairaudet: Käypä hoito -suositus 2007).

Vaikka työn kuormitustekijät ovat epikondyliitin selkeitä riskitekijöitä, työhön kohdistuneiden ergonomisten toimenpiteiden merkityksestä hoidossa on vain vähän tutkimustietoa. Vastikään valmistuneessa satunnaistetussa interventiohankkeessa – joka koski myös muita yläraajan räsitus-sairauksia kuin epikondyliittiä – työhön kohdistuvat toimenpiteet eivät vaikuttaneet yläraajakipuun mutta vähensivät tuottavuuden pienenemää (Martimo ym. 2010). Sekä yläraajan että muissakin

tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa on vastavasti todettu, että työergonomian parantaminen on lisännyt työssä pysymistä ja nopeuttanut sairauslomalta paluuta, vaikka oireita ei ole saatu vähentymään.

Tenniskyynärpään paranemistaipumus on varsin hyvä – väestötutkimusten mukaan epikondyliittiä ei juuri esiinny työään jälkeen. Leikkaushoidossa kannattaa siten olla pidättyväinen. Leikkausmenetelmiä on useita, eikä leikkaushoidon vaikuttavuudesta ole tehty satunnaistettuja tutkimuksia. Käsikirurgienkin potilasaineistoista vain noin 5 % hoidetaan nykyisin leikkauksella (Vastamäki ja Seitsalo 2001). Leikkaushoidon kriteerinä käytetään usein työkyvyttömyyden pitkittymistä, mutta sen käyttämisessä pitäisi olla kriittinen. Kivun kroonistumiseen ja työkyvyttömyyteen johtavat tekijät eroavat usein sairauden riskitekijöistä. Jos psykososiaalisilla tekijöillä, kivun kokemisella ja kipukäyttäytymisellä näyttää olevan merkitystä, kirurgiseen hoitoon kannattaa suhtautua pidättyvästi ja kokeilla ensin konservatiivisia hoitoja, esimerkiksi kognitiivisia terapeutoita.

Nivelrikon hoidossa pyritään kivun helpottamiseen ja toimintakyvyn säilyttämiseen. Kipua voidaan helpottaa paikallisella tulehduskipulääkityksellä, ja ellei tämä riitä, suun kautta otettavalla parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä. Kirurgista hoitoa voidaan

YDINASIAT

- » Kynnärpään kivut ovat verraten harvinainen hoitoon hakeutumisen syy, mutta osa niistä voi pitkittyä ja huonontaa merkittävästi työkykyä.
- » Diagnostiikassa on keskeistä selvittää, onko kynnärpääkipu paikallinen vai juuri- tai pleksustason pinteestä peräisin.
- » Epikondyliitti pyritään hoitamaan konservatiivisesti, ja kortikosteroidi-injektioita on käytettävä harkiten.
- » Leikkaushoitojen vaikuttavuus on epikondyliittissä osoittamatta, ja niihin turvaudutaan vasta kriittisen tapauskohtaisen harkinnan jälkeen.

harkita, jos nivelrikkoon liittyy huomattava liikerajoitus (yli 30 asteen ojennusvaje tai hankaluus saada kättä ylettymään koukistuksessa kasvojen korkeudelle) tai oireita aiheuttava nivelensisäinen irtokappale. Artroskooppinen kirurgia on ensisijainen hoitomuoto.

Kynnärhermon pinne aiheuttaa oireina puutumista käden ulnaarisyrjällä ja nimettömässä ja pikkusormessa sekä käden heikkoutta, erityisesti peukalon puristusvoimassa ja kynnärluunpuoleisten sormien ojennuksessa. Tutkittaessa puutumisoire saattaa pahentua kynnärnivelen koukistuksessa. Pitkälle edennyt pinne aiheuttaa heikkoutta ja atrofiaa luuvälilihaksissa. Tutkittaessa voidaan todeta sormien saksiliikkeen heikkous, peukalon puristusvoiman heikentyminen ja vaikeus saada pikkusormea lähennettyä nimettömän viereen sekä heikkous kynnärluunpuoleisten sormien koukistusvoimassa. Diagnoosi varmistetaan ENMG:llä. Lievissä tapauksissa oireita voidaan lievittää lastoittamalla kynnärnivelen ekstensioon yöksi. Kirurgisessa hoidossa hermon

kulkureitti sulkuksessa vapautetaan. Sulkuksesta ulos muljahteleva kynnärhermo ei löydöksenä ole kovinkaan harvinainen, eikä se välttämättä ole kynnärpään kivun syy. Nervus saltans aiheuttaa samantyyppistä oiretta kuin pinnetila, mutta lihasatrofia kehittyy vain hankalissa tapauksissa. Käsikirurginen konsultatio on tarpeen, jos n. saltans -oire on kivulias tai siihen liittyy ENMG-löydös.

Lopuksi

Kynnärpään vaivat ovat väestössä melko tavallisia, mutta siihen suhteutettuna vastaanotolle tulon syynä harvinaisempia kuin esimerkiksi niskavaivat. Kuitenkin niiden merkitys sairauslomien ja työkyvyttömyyden aiheuttajana on merkittävä. Hoidon onnistumisen kannalta oleellista on kliinisen erotusdiagnoosiin hallitseminen ja kuormitustekijöiden merkityksen ymmärtäminen. Kynnärpäävaivan tavallisin syy avoterveydenhuollossa on lateraalinen epikondyliitti. Kortikosteroidi-injektioita kannattaa epikondyliitin hoidossa käyttää harkiten. Avoterveydenhuollossa voidaan diagnosoida ja hoitaa suurin osa kynnärpäävaivoista ja poimia esiin erikoissairaanhoidon konsulttaatiota tarvitsevat huolellisella erotusdiagnoositiikalla ja seurannalla. ■

EIRA VIKKARI-JUNTURA, LKT, professori, erikoislääkäri
Työterveyslaitos

PEKKA MÄNTYSELKÄ, dosentti, erikoislääkäri,
kliininen opettaja

Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos, perusterveydenhuolto

ja

KYS, yleislääketieteen yksikkö

JOUNI HAVULINNA, LL, erikoislääkäri
TAYS

SIDONNAISUUDET

EIRA VIKKARI-JUNTURA, PEKKA MÄNTYSELKÄ, JOUNI HAVULINNA: Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

• Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007. www.kaypahoito.fi

• Martimo KP, Shiri R, Miranda H, Ketola R, Varonen H, Viikari-Juntura E. Effectiveness of an ergonomic intervention on the productivity of workers with upper-

extremity disorders – a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:25–33.

• Mäntyselkä P. Kipupotilas terveyskeskuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja D. *Läketiede* 165. Kuopio 2008.

• Vastamäki M, Seitsalo S. Tenniskyynärpään diagnostiikka ja hoito. *Duodecim* 2001;117:2549–54.

• Viikari-Juntura E, Arokoski JPA, Vasenius J. Kyynärpään, ranteen ja käden sair-

audet. Kirjassa: Arokoski J, Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen J, Viikari-Juntura E, toim. *Fysiatrია*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2009, s. 149–65.

• Viikari-Juntura E, Varonen H. Yläraajan rasitussairauksien kliininen tutkiminen. Verkkokurssiaineisto. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005. http://www.terveysportti.fi/kotisivut/tentti.nayta?p_tentti=1036

Summary

Elbow pain

Pain and disability in the elbow are not as common as in the neck, shoulder or wrist, for example. The elbow may, however, present disorders that may in a prolonged state be difficult and cause significant loss of working capacity. These include epicondylitis, osteoarthritis and entrapment of the ulnar nerve.