

OLKATEKONIVELKIRURGIASTA

Eri tutkimusten mukaan jopa 55-90 %:lla yli 15 vuotta nivelreumaa sairastaneista potilasta on olkanivelen oireita ja/tai röntgenmuutoksia. Tuoreen suomalaisen selvityksen mukaan lapa-solisluiitoksen (AC-nivel) sairastuminen on jopa yleisempää kuin varsinaisen olkanivelen eli glenohumeraalinivelen (GH-nivel). Tässä tutkimuksessa 68 %:lla seropositiivista nivelreumaa yli 15 vuotta sairastaneista potilaista oli AC-nivelen syöpymistä eli eroosioita. Olkatekoniveliä asennetaan paitsi nivelreuman myöskin olkapään nivelrikko- muutosten ja tapaturmien jälkitilojen vuoksi. Olkanivelen puoliproteesia käytetään myöskin murtumakirurgiassa.

Reumaolkapään hoidossa on käytetty tekonivelkirurgian ohella puhdistustoimenpiteitä (synovektomioita), jos nivelen tuhoutumisaste ja kiertäjäkalvosimen vaurio eivät ole vaikeita ja korjausmahdollisuudet ovat kohtuulliset. Synovektomiat voidaan tehdä joko tähytymen avulla tai avoimesti. Vaikeasti tuhoutuneen olkapään hoidossa käytetään myös edelleen olkanivelen luudutusta. Vastaavia toimenpiteitä käytetään joskus nivelrikkokirurgiassa, jossa voi myöskin tulla kyseeseen erilaiset väljennys- ja stabilisointileikkaukset - usein tähytystoimenpiteenä.

Olkatekonivelkirurgian toimenpideaihe ja leikkauksen ajoitus

Nivelreuma vaurioittaa usein paitsi varsinaista olkaniveltä myös olkanivelen alueen pehmytkudosrakenteita kuten kiertäjäkalvosinta. Jos olkapään rakenteet ovat vaurioituneet pahoin ja liikelaajuus nivelessä on ollut pitkään huono, ei proteesileikkauksen toiminnallinen tulos yleensä ole kovinkaan hyvä, vaikkakin kivunlievitys usein onnistuu. Olkapään tekonivelleikkaus pitääkin tehdä ajoissa, ennen kuin luiset rakenteet sekä kiertäjäkalvosin ovat vaikeasti vaurioituneet. Olkapään tekonivelkirurgian indikaatioina on pidetty kohdalaista – vaikeaa luokkaa olevaa radiologista (röntgenkuvissa) niveltuhhoa (Larsenin asteikolla mitaten 3-5), liikelaajuuden menetystä ja kivuliaisuutta. Kiertäjäkalvosimen tila ja sen korjaamis-

mahdollisuudet ovat olennaisia olkatekonivelen toiminnan kannalta. Nivelrikkotapauksissa toimenpide tehdään riittävän konservatiivisen hoidon jälkeen, ja jollei kevyemmän kirurgisen hoidon arvioida enää antavan tulosta.

Proteesimalleista

Viimeisten 20 vuoden aikana on siirrytty vain olkaluuhun kiinnitettävistä puoliproteeseista muovisen lapakappaleen sisältäviin kokotekoniveliin. Maailmalla on käytetty kahdesta erillisestä komponentista koostuvia kytkettyjä ja toisissaan kiinni olevista osista koostuvia kytkemättömiä totaaliendoproteeseja. Erikoisproteesia on käytetty myöskin vaikeiden murtumien ja laajojen kiertäjäkalvosimen vaurioiden korjaamiseen tuhoutuneessa olkapäässä.

Puoliproteesi sopii totaaliendoproteesia paremmin reumapotilaille, joiden olkanivel on pitkälle tuhoutunut ja myöskin potilaille, joiden kiertäjäkalvosin on huonossa kunnossa. Joissakin tutkimuksissa todetaan puoli- ja kokoproteesien antavan samanarvoisen kivunlievityksen ja liikelaajuuden, kun taas toisissa pidetään parempana jompaa kumpaa proteesityyppiä. Puoliproteesin käyttö saattaa vaikeuttaa mahdollista uusintaleikkausta aiheuttamalla luun puutosta lapaluun nivelpinnalle. Useissa tutkimuksissa on havaittavissa varsin yleisenä taipumuksena olevan kokoproteesin lapaluukappaleen (glenoidaalisen osan) irtoaminen, koska pitkälle edenneessä reumassa nivelen seudun luusto on hyvin osteoporoottista ja syöpynyttä. Lapakappaleen irtoamiset ovat usein kuitenkin oireettomia. Viime aikoina on varsin yleisesti asennettu nivelreumapotilaille puoliproteeseja, kun taas nivelrikkopotilailla on siirrytty uudelleen enemmän kokotekonivelen käyttöön. Sopivissa olosuhteissa soveltuu toki kokotekonivel nivelreumapotilaillekin.

Bipolaariproteesin niveltävä osa koostuu kahdesta toistensa suhteen liikkuvasta kappaleesta. Ulompi kuppi liikkuu vain ääriliikkeissä. Joitakin bipolaariproteesimalleja on käytetty olkatekonivelkirurgiassa, varsinkin jos lapaluun nivelpinta on pitkälle syöpynyt ja kiertäjäkalvosimen vaurioaste on huomattava. Näissä proteeseissa on ollut ongelmana olkanivelen lisääntynyt kireys ja liikerajoitukset varsin pienikokoisilla reumapotilailla (useimmiten naispotilaat). Parin viime vuoden aikana ovat anatomiset mallit ("ns. off-set nupit") olkakirurgiassa lisääntyneet. Niissä päästään usein parempaan anatomiseen ratkaisuun ja tuloksetkin ovat olleet lupaavia. Varren kiinnitys olkaluuhun voidaan tehdä sementillä, mutta myöskin hyviä sementittömiä malleja on olemassa. Lapakappale kiinnitetään lähes poikkeuksetta sementillä.

Jälkihoito

Toimenpiteen jälkeen aloitetaan passiivinen liikehoito ensimmäisestä päivästä alkaen fysioterapeutin ohjauksessa sairaalassa, ellei ole tehty laajoja pehmytkudoskorjauksia, jotka edellyttävät teline- tai tyynyhoitoja. Näissäkin tapauksissa etunostoa passiivisesti voidaan usein suorittaa. Aktiiviseen liikehoitoon (omilla voimilla) mennään saavutetun vasteen mukaisesti noin viikon kuluessa. Ulkokierro rajoitetaan usein neljäksi viikoksi johtuen olkanivelen etuavauksesta ja usein tehtävistä kapselikorjauksista ja -kiristyksistä. Olkatekonivelkirurgiassa voi pehmytkudosten korjausaste vaihdella, ja laajoissa kiertäjäkalvovaurioissa joudutaan yläraaja asettamaan

usein telineelle tai tyynylle, jotta ompeleet eivät leikkaisi läpi. Tällöin kuntoutusohjelma räätälöidään yksilöllisesti. Jatkokuntoutus kotipaikkakunnalla on välttämätöntä. Olkanivelen toiminta varmistetaan 2 kuukauden ja yhden vuoden kontroleissa. Olkanivelen toiminta voi parantua pikkuhiljaa ainakin 1-vuoden kontrolliin saakka. Myöskin aktiivinen oma-kohtainen harjoittelu parantaa tuloksia.

Yleisnäkymät

Olkatekonivelkirurgian ongelmana on ollut toiminnallisen tuloksen vaihtelevuus, eikä kunnollista yli vaakatason menevää liikelaajuutta aina saavuteta, varsinkaan nivelreumassa. Kivun lievitys on lähes poikkeuksetta ollut hyvä. Uusintaleikkauksia tehdään melkoisen vähän verrattuna muuhun tekonivelkirurgiaan, eikä varren irtoaminen ole ollut juurikaan ongelma. Lapakappale irtoaa usein röntgenologisesti, mutta on useimmiten oireeton, ja pelkkä seuranta on tällöin riittävä. Bipolaariproteesien nuppeja on vaihdettu unipolaarisiksi eli tilanne on muutettu puoliproteesiksi. Lapakappaleen mallia on muutettu joissakin proteeseissa ns. kölillisestä mallista tappeliseen malliin ja samalla sementointitekniikka on parannettu. Uudemmat anatomiset mallit näyttävät toimivan kohtalaisen hyvin.

Heinola 1.9.2002

Eero Belt ortopedian ja traumatologian dosentti, reuma-ortopedian erityispätevyys, ylilääkäri

