

Miksi kannattaa hakeutua tekonivelleikkaukseen?

Vielä 30-40 vuotta sitten annettiin usein 50-vuotta täyttävälle lahjaksi keppi ja viimeistään 60-vuotiaalle keinutuoli. Varmasti osasyynä tähän olivat kehittyneet lonkan ja polven nivelrikkomuutokset. Jo 50-vuotiaan katsottiin olevan niin vaivainen, että hän tarvitsi lonkka- ja polvikulumien keventämiseksi kävelykeppiä. 60-vuotiaalla muutokset olivat jo niin pitkälle ehtineet, että suuri osa päivästä kului lepuutellen kiikkustuolissa. Toki keskimääräinen elinikämme, -ympäristömme ja -tapamme ovat huomasti muuttuneet noista ajoista.

Nivelrikkokirurgia on osittain kivun hoitoa ja osittain toiminta- ja liikuntakyvyn varmistamista. Lonkan tekoniivelet ovat olleet yleisessä käytössä 70- tai 80-luvulta alkaen. Lonkan tekoniivelen perusrakenne on pysynyt ennallaan, mutta muutoin on tapahtunut paljon kehitystä. Välillä on huonojakin kehitysvaiheita, ja aina on osittain palattu perusmalliin. Nykyajan ihminen on aktiivinen ja tarvitsee riittävän kivuttoman liikuntakyvyn. Vaikea lonkan nivelrikko on todella hankala kumppani ja estää lopulta normaalin liikkumisen johtaen lopulta jopa laitostumiseen. Viimeistään lepokipujen ilmaantumista on yleisemmin käytetty pakottavana leikkausaiheena. Lepokivut ovat usein todella häiritseviä johtaen unihäiriöihin ja joskus suuriin särkylääkemääriin. Huonoliikkeinen ja pakkoasentoinen lonkan kuluma on myös selvä leikkausaihe. Lonkan nivelrikko voi antaa joskus harhaanjohtavasti lähes pelkästään polven seudun kipuja. Röntgenkuvauksia käytetään diagnoosin varmistamiseksi, tekoniivelleikkauksen yksityiskohtien arvioimiseen ja seurantaan.

Nivelreumassa lonkan tuhoutuminen on usein nopeampaa kuin ni-

velrikossa. Lisäksi monet nivelet ovat samanaikaisesti kivuliaita. Reumapotilaan kivut voivat olla todella häiritseviä jo alkuvaiheessa. Reisiluun päähän voi kehittyä osteonekroosipesäkkeitä, ja joskus koko reisiluunpää voi osittain tai kokonaankin luhistua. Tyypillinen reumamuutos on ns. protrusio eli lonkkamaljakon pohjan oheneminen ja sisään painuminen (eräänlainen väsymismurtuma). Tällöin lonkka usein nopeasti jäykistyy ja siihen kehittyy virheasentoja. Protrusiolonkat ovat vaikeita sekä tekoniivelkirurgille että potilaalle, koska usein joudutaan suuriinkin luunsiirtoihin ja tukihikkoihin ja ne edellyttävät pidempää raajan kevennystä leikkauksen jälkeen. Reumalonkka pitäisi hoitaa ennen reisiluun pään pettämistä tai protrusion kehittymistä.

Polven tekoniivel on hieman uudempi tulokas, mutta se on menestynyt jopa lonkan tekoniiveltä paremmin. Polvessa tekoniivel on osittain korvannut muitakin aikaisemmin käytettyjä leikkausmenetelmiä. Polveen tulee virheasentoja, liikerajoituksia ja usein turvotusta. Alkuun kivut ilmenevät liikekipuina, mutta myöhemmässä vaiheessa kehittyvät häiritsevät lepokivut. Liikuntakyvyn rajoittuminen, virheasennot, toimintakyvyn häiriöt, toistuvat turvotukset tai epävakaisuus ovat yleisiä leikkausaiheita. Hoitamaton polven nivelrikko johtaa usein liikunnan rajoittumiseen, särkylääkkeitten käyttöön, työrajoi- tuksiin ja lopulta laitostumiseen.

Nivelreumassa polvioireet alkavat usein pitkittyneellä turvotustilalla. Tilannetta voidaan alkuvaiheessa hoitaa reumalääkityksellä ja paikallishoidoin. Alkuvaiheessa voidaan käyttää kevyempiä kirurgisia

hoitomuotoja kuten tähystys-puhdistuksia, jos muutoin hoidollinen tasapaino on hyvä. Kun polveen kehittyy virheasentoja, liikerajoituksia, epävakaisuutta tai luunpuutoksia röntgenkuvissa, on tekoniivelleikkaus aiheellinen. Tyypillinen nivelreumamuutos on valgusvirheasento eli pihtikinttuisuus, joka voi olla nopeasti etenevä. Nivelreumassa on viime aikoina polvitekoniivelkirurgian tuloksellisuus ollut lähes yhtä hyvä kuin nivelrikossa.

Olkapään, kyynärpään, ranteen, rystysten ja nilkan tekoniivelet ovat uudempia tulokkaita ja erityisesti nivelreumassa käytettäviä ratkaisuja. Olkatekoniiveltä käytetään tosin melko paljon myös murtumakirurgiassa sekä jonkun verran olkapään kivuliaassa nivelrikossa. Nivelreumassa olkanivel tuhoutuu kohtalaisen myöhään. Siihen kehittyy toiminnan häiriöitä, liikerajoitteita ja kivuliaisuutta. Röntgenkuvissa luun puutoksia voi olla olkaluun päässä sekä myös lapaluun nivelpinnalla. Leikkaukseen olisi syytä ryhtyä ennen suuria luunpuutoksia ja kiertäjäkalvosimen lopullista pettämistä. Nivelreumassa on olkatekoniivelleikkaukseen ryhdytty usein jopa liian myöhään, eikä kunnan toiminnallista tulosta ole enää saatu.

Kyynärtekonivelleikkauksia tehdään etupäässä nivelreuman (noin 100 kpl ensileikkauksia Suomessa) tai tapaturmien jälkitilojen vuoksi. Toiminnan häiriö, liikerajoitteet, epävakaisuus ja luunpuutokset ovat leikkausaiheena. Kyseessä on vaativa kirurgia, jonka jälkeen on rajoitettava yläraajan käyttöä. Leikkauspäätöstä tehtäessä on muut hoitomuodot arvioitava ja edellytykset leikkauksen tuloksellisuuteen huolellisesti arvioitava. Oikein suunniteltuna kyynärtekonivelleikkaus

voi todella parantaa elämänlaatua. Ranteen tekonivelkirurgia on vielä lapsenkengissä. Sopivaa proteesimallia haetaan. Toimenpiteeseen on syytä mennä harkiten, koska ranteen luudutus antaa pysyvän ja usein riittävän hyvän tuloksen. Rystysissä käytetään nivelreumassa mm. silikonitekoniveliä varsin yleisesti. Niillä korjataan toimintahäiriöitä ja virheasentoja. Silikonimateriaali on varsin haurasta ja usein murtuu. Silikoniproteesin murtuma ei sinänsä ole välttämättä uusintaleikkauksen aihe, koska murtuneenkin rystystekonivelen toiminta voi olla riittävän hyvä.

Peukalon satulanivelessä ja sormien keskinivelissä käytetään nivelreumassa joskus tekoniveliä käden toiminnan niin vaatiessa. Niiden käyttö on aina huolellisesti harkittava joko käsi- tai reumakirurgin toimesta.

Nilkan tekonivel on tehnyt 1990-luvun lopulla uuden tulonsa. Sitä käytetään useimmiten nivelreumassa ja tapaturmien jälkeisen nivelrikon hoidossa. Tulokset ovat olleet tyydyttävän hyviä alkuvaiheen ”oppirahavaiheen” mentyä ohi. Ennen leikkausta nilkan on oltava vielä liikkuva eikä sen tuhoutuminen tai virheasento saa olla liian pitkälle edennyttä. Nilkkaprotetiikka on tyypillisesti valtakunnallisesti keskitettävä osa-alue. Toimenpideharkinnan tekee siihen perehtynyt ortopedi tai reumakirurgi.

Eero Belt
ortopedian ja traumatologian
dosentti, reumaortopedi
Reumasäätiö

Minkä ikäisenä olet tekonivelleikkaukseen...

a) liian nuori:

Nivelrikossa (etenkin primaarinivelrikossa) voi yrittää muita hoitomuotoja nuoremmille potilaille (lääkehoidot, ruiskeet) ja konservatiivinen kirurgia (täyhystyspuhdistukset, osteotomiat, osatekonivelet polvissa ja pinnoiteproteesit lonkassa). Tekonivelleikkaus tehdään 45-85-vuotialle tilanteen mukaan.

Sekundaarisessa nivelrikossa (synnyntäisestä matalat lonkkamaljakot, lapsuuden lonkkasairauksien tai tapaturmien jälkitilat) eteneminen on nopeampaa ja vakiintunutta. Näissä tapauksissa on liikuntakyvyn ylläpitämiseksi tehtävä usein jo nuoremmassa ikäluokassa tekonivelkirurgiaa. Ikärajat 20-45-vuotiaat ja siitä yli.

Nivelreumassa ja varsinkin juveniilireumassa on lonkan ja polven tekoniveliä tehty Reumasäätiön sairaalassa 14 ikävuodesta eteenpäin liikuntakyvyn ylläpitämiseksi.

b) liian vanha:

Kalenteri-ikä ei ole ratkaiseva. Jos riskitekijöitä ei ole (sydän- ja keuhkosairaudet, runsas ylipaino jne.), voi tekonivelkirurgiaa tehdä aina 85 ikävuoteen saakka eikä sekään ole mikään lopullinen raja.

Oletko menossa tekonivelleikkaukseen...

a) liian varhain:

Uskoisin ettei tekonivelkirurgiaan perehtynyt ortopedi varsinaisesti suosittele tähän kirurgiaan liian varhain. Rajaisin aivan nuorimmat ikäluokat pois ”kokeellisemmasta tekonivelkirurgiasta” kuten kyynärpään, ranteen ja nilkan tekonivelistä. Reumasäätiön käytännön mukaan näisäkään ei ole absoluuttisia rajoja, mutta suositeltavaa olisi ehkä aloittaa vasta noin 25 ikävuoden jälkeen tekoniveltoimenpiteet näissä nivelissä.

b) liian myöhään:

Lonkassa ja polvessa pitkälle edennyt virheasento, löysyys, kovin rajoittunut liikkuvuus ja luunpuutokset tekevät toimenpiteen vaikeammiksi vaatien erikoisprotetisointia ja luunsiirtoja. Olkaniveleen pitäisi asentaa tekonivel ennen kiertäjäkalvosimen tuhoa toiminnallisen tilanteen varmistamiseksi, kyynärpäässä joudutaan pitkälle edenneissä tapauksissa erikoisratkaisuihin. Kovin pitkälle tuhoutuneita ranteita tai nilkkoja ei leikata tekonivelillä vaan ne jäykistetään (luudutetaan). Siis leikkauksia voi siirtää liian myöhäisiksi erityisesti nivelreumassa. Nivelien tuhoutumisastetta on syytä seurata (etenkin reumassa) säännöllisin väliajoin (esim. kerran vuodessa).

Eero Belt
ortopedian ja traumatologian dosentti, reumaortopedi
Reumasäätiö