

Miten jäätynyttä olkaa pitäisi nykytiedon mukaan hoitaa



Martti Vastamäki
LKT,
käsikirurgian
dosentti, ortopedi,
professori
Tieteellinen
Tutkimus ORTON,
Helsinki
Bulevardin Klinikka,
Helsinki
Lääkäritalo Trinitas,
Turku

Jäätyneen olkanivelen syntymekanismia ei tarkkaan tunneta. Spontaanin jäätyneen olkanivelen primaarihoidoksi suositeltavin on ultraäänikontrollissa annettu nivelen sisäinen kortisoniruiske ja riittävä kivun hoito, kylmäpakkaus auttaa usein parhaiten. Liikehoito ja fysioterapia sähkö- ym. hoitoineen sopivat paremmin taudin paranemisvaiheeseen, koska ne ainakin taudin alkuvaiheessa lisäävät kipua. Liian pitkään kivuliaan tai työtä estävän huonoliikkeisen olan anestesia-manipulaatio nopeuttaa taudinkulkua. Jos nivel hitsautuu kiinni uudelleen, manipulaatio tehdään uudelleen tai tehdään nivelen vapautus täyhystyksessä. Olka kuitenkin paranee yleensä ennalleen 1½ - 2 vuodessa ilman hoitoakin. Jäätyneen olkanivelen diagnosointi ja primaarihoito kuuluvat perusterveydenhuollon piiriin.

Adhesiivinen capsuliitti eli jäätynyt olkanivel, frozen shoulder (FS) on glenohumeraalinivelen patologinen tila, jolle on tunnusomaista jäykkyys, kipu ja toimintahäiriöt. Käden nosto etukautta ylös on sekä aktiivisesti että passiivisesti korkeintaan 130°, sivulle 100° ja ulkokierto 40°. Olkanivelen voimat ovat hyvät. Glenohumeraalinivelen liike on kokonaan poissa. Iäkkäämmällä henkilöllä olkanivelen vaikea artroosi on mahdollinen ja tarvittaessa on syytä teettää olkanivelen röntgenkuvaus. Muut tutkimukset ovat tarpeettomia.

Jäätynyt olka kehittyy noin 2–5 %:lle väestöstä, yleisimmin naisilla ja 40–60-vuoden iässä. FS:n luonnollinen kulku on kuvattu itsestään rajoittuvaksi, ja oireet häviävät kahden vuoden kuluessa (1). Monilla on kuitenkin pitkäaikaisempiakin oireita ja toiminnallisia rajoituksia. Hand ym. (2) totesivat, että 41 % 223 potilaasta ilmoitti jatkuvista oireista 4 vuoden kuluttua oireiden alkamisesta, ja 6 % ilmoitti edelleen kärsivänsä vaikeasta kivusta ja toimintahäiriöstä, kun taas Vastamäki ym. (1) ilmoittivat, että 94 % spontaaneista jäätyneistä olista parani ilman hoitoa normaalille liikkeen ja toiminnan tasolle keskimäärin 15 kuukaudessa. Taudinkuvalle on

ominaista vaikea-asteinen yökipu, joka saattaa kestää kuukausia (3). Jäätynyt olkanivel aiheuttaa usein myös pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. Jäätynyt olkasairaus voidaan jakaa neljään vaiheeseen (Taulukko 1). Tässä artikkelissa käsitellään itsestään syntyvän eli spontaanin, idiopaattisen jäätyneen olkanivelen hoitoa (Taulukko 2).

Vaivan hoito riippuu paljon siitä, missä sairauden vaiheessa diagnoosi tehdään. Useimmiten diagnoosiin päästään jo taudin aikaisessa vaiheessa, jolloin on paras mahdollisuus vaikuttaa taudin etenemiseen ja vaikeusasteeseen. On kuitenkin muistettava, että tauti on usein niin aggressiivinen, että mikään hoito ei välttämättä vaikuta sen kulkuun tai kestoon.

Intra-artikulaarinen kortisonihoito

Nivelen sisäinen steroidi-injektio auttaa paremmin jäätyneeseen olkaan kuin tablettikortisonihoito ja parantaa jäätyneen olan kipua ja liikettä nopeammin kuin fysioterapia, jäähoito tai kokonaan hoitamatta jättäminen. Intra-artikulaarinen kortisonipistoshoido auttaa ilmeisesti jäätyneen olkapään kivun hoitoon paremmin kuin subakromiaalinen

kortisonipistoshoito (4). Käytetyn kortisonin määrä ei vaikuta tulokseen. Jos oikeaan diagnoosiin on päästy riittävän aikaisessa eli synoviittivaiheessa, jolloin fibroosia ei ole vielä ehtinyt kehittyä merkittävästi, voi nivelensisäinen kortisoniruiske siis lieventää huomattavasti taudin oireita ja mahdollisesti jopa estää kokonaan taudin puhkeamisen. Kortisoniruiskeen antaa radiologi ultraääniohjauksessa siten, että kortisoni todella menee niveleen sisälle.

Fysioterapia

Jos tautia ei enää voi ehkäistä tai sen kulkuun vaikuttaa millään lääkeaineella, hoidon päätarkoitus on kivun vähentäminen ja liikkeen ylläpitäminen. Kipuun auttaa yleensä parhaiten jääpussihoito. Tulehdus- ja kipulääkkeet vähentävät jäätyneen olkanivelen ensimmäisen ja toisen vaiheen särkyä, mutta eivät kokonaan poista niitä. Liikehoito yleensä lisää kipuja taudin alkuvaiheessa ja sitä suositellaan aikaisintaan taudin kakkosvaiheessa. Silloinkin se saattaa lisätä kipua tarpeettoman paljon. Neljännessä vaiheessa fysioterapia ja yleensä olan liikeratojen lisääminen ovat aina paikallaan.

Jäätyneen olkanivelen kolmannessa vaiheessa potilas ei yleensä tarvitse muuta hoitoa kuin mahdollista lievää yösärkyä vähentävää lääkitystä. Neljännessä vaiheessa fysioterapia, erityisesti liikelaajuuden lisääminen, on paikallaan. Säännölliset kotona tehtävät venytysharjoitukset ovat tässä vaiheessa myös tärkeitä. Spontaani toipuminen entiselle tasolle konservatiivisin keinoin tai ilman hoitoa on mahdollista useimmissa jäätyneissä olissa. Jopa diabeetikoilla jäätyneen olan liike palautuu terveen olan tasolle (36).

Anestesiamanipulaatio

Anestesiamanipulaatio on jäätyneen olkanivelen kolmannen vaiheen tehokas hoito, jos särky jatkuu liian vaikeana liian

Taulukko 1. Jäätyneen olkanivelen vaiheet.

ENSIMMÄINEN VAIHE (alkuvaihe),

kesto 1–2 kk

- särky; liikekipu, alussa vain ääriliikkeissä
- lievä liikevajaus, mutta puudutuksessa tai anestesiassa normaali liikerata
- hypertrofinen synoviitti
- intra-artikulaarinen kortisoni auttaa parhaiten

TOINEN VAIHE (jäätymisvaihe),

kesto 3–6 kk

- krooninen särky
- lisääntyvä liikevajaus (aktiivinen ja passiivinen)
- diffuusi synoviitti; tiukka kapseli
- intra-artikulaarinen kortisoni voi vielä auttaa

KOLMAS VAIHE (jäätynyt vaihe),

kesto 6–12 kk

- kipu vähäinen
- liikevajaus vaikea
- arpinen synovia, paksu tiukka kapseli

NELJÄS VAIHE (paranemisvaihe),

kesto 3–9 kk

- vähäinen kipu
- lisääntyvä liike

pitkään tai liikevajaus estää potilaan työn tekemisen. Manipulaatio on mahdollinen myös toisessa vaiheessa, mutta silloin riski uudelleen hyttymiseen on ilmeisesti suurempi, kun tauti on vielä kehitysvaiheessaan. Manipulaatiossa olkanivel ”murretaan

auki” nukutuksessa tai kaulapunoksen puudutuksessa ensin fleksioon ja abduktioon, sitten sisä- ja ulkokiertoon. Toisella kädellä tuetaan lapaluuta, toisella otetaan kiinni olkavarren puolivälistä ja väännetään. Yleensä tuloksena on täysi liike kapselin repeämisrutinoiden kera. Jos liike on kinuskimainen eikä rutinoita kuulu,

Taulukko 2. Jäätyneen olkanivelen oireenmukaisia hoitomuotoja.

Kipuvaihe, kesto 4–6 kk

- kylmähoito
- kipulääkitys
- intra-artikulaarinen kortisonipistos

Jäätymisvaihe, kesto 6–12 kk

- tarvittaessa kipulääkitystä
- jos vaivan alusta kulunut yli 6 kk ja kipu edelleen vaikea tai liikevajaus estää työnteon, anestesian manipulaatio tai nivelen operatiivinen vapautus tähtäyksessä

Paranemisvaihe, kesto 3–6 kk

- fysioterapia, liikeharjoitteet

on tulos vaatimattomampi. Ulkokiertoa ei pidä yrittää liian voimakkaasti eikä pitkällä vipuvarrella, jolloin olkaluu voi murtua.

Manipulaatiota seuraa liikehoito heti heräämössä. Niveleen voi ruiskuttaa manipulaation jälkeen kortisonia ja pitkävaikutteista puudutetta. Kortisoni saattaa helpottaa mahdollisesti vielä jäljellä olevan synoviitin paranemista, ja pitkävaikutteinen puudutusaine helpottaa välitöntä liikehoitoa heräämössä. Manipulaation tulos on useimmiten hyvä, mutta pieni osa

hitsautuu uudestaan kiinni. Pitkäaikaisseurannassa tulos on hyvä lähes kaikilla, mahdollisesti kuvastaen kuitenkin enemmän taudin hyvää luonnetta kuin manipulaation tehoa (6).

Anestesiamanipulaatio on turvallinen ja tehokas jäätyneen olkanivelen hoito, jos konservatiivisella hoidolla ei päästä tyydyttävään tulokseen (7).

Leikkaushoito

Artroskooppisesti suoritettava kapsulotomia, jossa kokoon kutistunut nivelkapseli

” Anestesiamanipulaatio on jäätyneen olkanivelen kolmannen vaiheen tehokas hoito.

avataan nivelen sisältäpäin, on osoittautunut hyväksi hoidoksi, jos konservatiivinen hoito tai manipulaatio eivät ole johtaneet tyydyttävään tulokseen. Varmaa tietoa ei ole, kumman toimenpiteen tulokset ovat paremmat (8,9). Anestesiamanipulaatiota suositetaan sen nopeuden ja kustannustehokkuuden takia. Laajassa manipulaatiotutkimuksessa löytyi 318 asiaa käsittelevää artikkelia, joista analyysiin hyväksyttiin ainoastaan 16 tutkimusta, joista kolme oli tämän kirjoittajan tutkimusryhmältä. Tutkijat totesivat, että 85 % potilaista oli manipulaatiotulokseen tyytyväisiä, 14 % joutui uudelleen manipuloitavaksi ja komplikaatioprosentti oli vain 0,4 (10).

Lopuksi

Jäätynyt olkanivel on edelleen ratkaisematon kliininen ongelma. Mikään nykyinen hoitoprotokolla ei ole varmuudella tehokas. Kirjallisuuden, kongresseissa saadun ajankohtaisen tiedon ja oman kliinisen kokemuksen synteessä kirjoittajan käsitys on, että spontaanin jäätyneen olkanivelen primaarihoidoksi suositeltavin on ultraäänikontrollissa annettu nivelen sisäinen kortisoniruiske, joka voidaan tarvittaessa uusua kuukauden kuluttua, ja riittävä kivun hoito. Liikehoito ja fysioterapia sopivat taudin paranemisivaiheeseen, koska ne ainakin taudin alkuvaiheessa lisäävät kipua. Sairausloma voi olla tarpeen.

Liian pitkään kivuliaan tai työtä estävän huonoliikkeisen olan manipulaatio nopeuttaa taudinkulkua. Jos nivel hitsautuu kiinni uudelleen, manipulaatio tehdään uudelleen tai tehdään nivelen vapautus tähyystyksessä. Manipulaatio on niistä selkeästi kustannustehokkaampi. Näitä ka joavia toimenpiteitä tarvitaan kuitenkin vain murto-osalle potilaista, ehkä viidelle prosentille. Taudin spontaani paranemistaipumus ajan kuluessa on erinomainen (11).

Kirjallisuutta

1. Vastamäki H, Kettunen J, Vastamäki M. The Natural History of Idiopathic Frozen Shoulder. A 2- to 27-year Followup Study. Clin Orthop Relat Res. 2012;470:1133–1143.
2. Hand GC, Athanasou NA, Matthews T, Carr AJ. The pathology of frozen shoulder. J Bone Joint Surg Br 2007; 89(7): 928–32. [http://dx.doi.org/10.1302/0301-620X.89B7.19097] [PMID: 17673588]
3. Maund E, Craig D, Suekarran S, Neilson A, Wright K, Brealey S, Dennis L, Goodchild L, Hanchard N, Rangan A, Richardson G, Robertson J, McDaid C. Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. Health Technol Assess. 2012; 16:1–264.
4. Chen R, Jiang C, Huang G. Comparison of intra-articular and subacromial corticosteroid injection in frozen shoulder: A meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Surg. 2019 Aug;68:92–103. doi: 10.1016/j.jsu.2019.06.008.
5. Vastamäki H, Ristolainen L, Vastamäki M. Range of motion of diabetic frozen shoulder recovers to the contralateral level. J Int Med Res. 2016; 44(6):1191–9.
6. Vastamäki H, Vastamäki M. Moemain 23 years after manipulation under anesthesia for frozen shoulder. Clin Orthop Relat Res. 2013;471:1245–1250. DOI 10.1007/s11999-012-2542-x.
7. Meyer C, Stein G, Kellinghaus J, Schneider TL. Management of Idiopathic Frozen Shoulder – Prospective Evaluation of Mobilisation under Anaesthesia and an Additional Subacromial Cortisone Injection. [Article in German]. Z Orthop Unfall. 2015 Dec;153(6):613–7. doi: 10.1055/s-0035-1546238.
8. Ari B, Altunkiliç T. A comparison of two surgical methods in the treatment of shoulder adhesive capsulitis. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023 Jan;27(2):467–475. doi: 10.26355/eurrev_202301_31046
9. Grant JA1, Schroeder N, Miller BS, Carpenter JE. Comparison of manipulation and arthroscopic capsular release for adhesive capsulitis: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2013 Aug;22(8):1135–45. doi: 10.1016/j.jse.2013.01.010.
10. Kraal T, Beimers L, The B, Siersevelt I, van den Bekerom M, Eygendaal D. Manipulation under anaesthesia for frozen shoulders: outdated technique or well-established quick fix? EFORT Open Rev. 2019 Mar 19;4(3):98–109. doi: 10.1302/2058-5241.4.180044.
11. Vastamäki H. The long-term outcome of frozen shoulder. Thesis. Tieteellinen tutkimus ORTONin julkaisusarja, Helsinki 2015.



Hyvää joulua
ja onnellista
uutta vuotta!