

# Reumaleikkaukset kehittyvät edelleen

[Reuma-lehti 2/2017](#)

Teksti: **Riitta Katko**

Reumaortopedian osaamista tarvitaan edelleen korjaamaan reumasairauden aiheuttamia niveltuhoja. Eniten kehittyvät keskisuurten nivelten kuten olkapää-, kyynärpää-, ranne- ja nilkkaleikkaukset.

Reumakirurgian tarve on vähentynyt, kun biologiset lääkkeet ja yhdistelmä lääkehoidot tehoavat reumatulehduksiin. Leikkauksia tarvitaan silti edelleen, sillä kaikki eivät voi käyttää tai saa tehoa lääkkeitä, muistuttaa Suomen Reumaortopediayhdistyksen puheenjohtaja, apulaisylilääkäri **Pirjo Honkanen** Tampereen yliopistollisesta sairaalasta.

”Jatkuvasti näemme tuoreitakin sairaustapauksia, joilla on niveltuhoja, vaikka ajatellaan, ettei niitä enää tule. Se ei pidä paikkaansa. Näemme myös 80-90 -luvuilla sairastuneita aikuispotilaita, joilla on laajalti tuhoja nivelissään. Reuma ei suojaakaan nivelrikolta.”

## **Puhdistusleikkauksia tarvitaan jänteisiin**

Nivelen liikealan lisääminen, virheasennon korjaaminen tai stabiliteetin palauttaminen sekä kivun helpottaminen ovat tavanomaisia keinoja parantaa toimintakykyä ja keskeisiä reumakirurgisen hoidon tavoitteita.

Nivelten puhdistusleikkaukset ovat Honkasen mukaan vähentyneet paljon. Toisaalta on unohtunut, että jänteissä on usein tulehdusta. Tilanne on ongelmallinen, kun tulehdus syö jännettä, jolloin jänne voi katketa. Siksi ei kokonaan voi unohtaa puhdistusleikkausten tarvetta jänteiden eikä nivelten osalta.

”Jos tulehdusta ei saada hallintaan, kannattaa puhdistaa leikkauksella, etteivät jänteet vaurioidu.”

Leikkauksissa käytettävät tekonivelimplantit kehittyvät edelleen ja luudutuksen kiinnitysmateriaalit paranevat. Kehitys on vilkkainta erityisesti keskisuurten nivelten leikkauksissa kuten olkapää-, kyynärpää-, ranne- ja nilkkaleikkaukset.

Olennaisinta on, miten potilas ja oikea lääkäri kohtaavat. On tärkeää, että osataan leikata oikea potilas oikea-aikaisesti ja leikkaajan tulee tehtyä riittävästi näitä leikkauksia, koska reumakudoksen leikkaamiseen vaaditaan tottumista. Toisaalta oikein harkitulla pienelläkin toimenpiteellä saadaan potilaalle merkittävää apua aikaiseksi.

Olennaisinta on, miten potilas ja oikea lääkäri kohtaavat.

Reuma aiheuttaa edelleen huomattavan pahoja niveltuhoja esimerkiksi nivelrikkoon verrattuna. Kun erikoislääkäri sanoo potilaalle muualla, että nilkan virheasento on niin paha, ettei voi leikata, ihminen on hankalassa tilanteessa.

”Me teemme näitä erittäin pitkälle edenneitä reumanilkkaleikkauksia kuukausittain. Pitää ymmärtää, miten tulehdus tuhoaa niveltä, että osataan leikata oikea-aikaisesti”, Pirjo

Honkanen sanoo.

Kun luuta syöpyy, tulee kynnyispisteitä, joiden jälkeen leikkausmenetelmä vaihtuu hankalammaksi ja kalliimmaksi ja saavutettava leikkaustulos usein huononee. Esimerkiksi, jos joudutaan ottamaan luusiirteitä joko omasta luusta tai luupankista, leikkauksesta toipuminen on hankalampaa. Peruuttamaton kudოსvaurio voi syntyä, jos jokin hermo on pitkään pinteessä, eikä enää palaudu. Rannenivelen rustovaurion seurauksen syntyvä virheasento tai jännetulehdus voi aiheuttaa jänteen poikkimenon

”Jyväskyläläiset tutkijat osoittivat, ettei hoitotulos ole aina kiinni hyvistä lääkkeistä. Tutkimus on eri asia kuin oikea elämä, jossa potilaat eivät ole tutkimusasetelmassa. Todellisuudessa tulehduksen sammumis- ja remissioluvat eivät ole niin suuria kuin tutkimuksissa. Kaikki eivät pysty käyttämään tai eivät käytä lääkkeitä.”

Jos taas biologisia lääkkeitä käyttäville tulee infektio, se on hankala ja vielä pahempi, jos se menee tekoniveleen. Silloin nivel yleensä joudutaan poistamaan ja myöhemmin asentamaan uusi tekonivel. Reumapotilailla on leikkauksissa 3-5 -kertainen infektoriski muihin verrattuna.

”Reuman perushoito on lääkehoito ja biologiset lääkkeet ovat tehokkaita. On hyvä, kun niitä kehitetään koko ajan lisää. Mutta edelleen meille tulee leikkausarvioon potilaita, joiden niveltuhot ovat edenneet erittäin pitkälle ja aiheuttavat merkittävää arkielämän vaikeutta kuten esimerkiksi käsien tarttumakyvyn menetystä tai kävelykyvyn menetyksen uhkaa. Jos ei voi tarttua ruokailuvälineisiin, elämä on hankala”, Pirjo Honkanen muistuttaa.

Honkasen mukaan pieni määrä reumaortopedieja pitää jatkossakin keskittää 5-7 sairaalaan, sillä osaamista ei saa hävittää. Sitä ei muuten saada enää takaisin.

## **Käden korjaus auttaa arkea**

Pirjo Honkanen tekee paljon käsileikkauksia. Hänen väitöskirjansa vuonna 2012 käsitteli rannenivelen osaluudutusta ja rystynivelen korjaamista biokorvautuvalla tyynyllä.

Osa-luu-dutus lie-vittää hy-vin ki-pua ranne-ni-ve-lissä, jois-sa keski-ni-vel-raossa on vie-lä rus-toa jäl-jellä. Leik-kauksessa saadaan käteen keski-mää-räinen sellainen lii-keala, jolla voi suoriutua suu-resta osasta arkiaskareita.

Liik-keen säilyt-tävä ran-teen osa-luu-du-tus-leikkaus on Honkasen mukaan tule-vai-suu-dessa mahdol-linen yhä useam-malle ran-teen leikkaus-hoitoa tarvit-se-valle reuma-po-ti-laalle. Osa-luu-du-tus-leikkaus voi-daan teh-dä, kun ran-teen keski-nivel on vie-lä hy-vin säi-lynyt.

Tutki-muk-nessa saatiin lupaavia tuloksia uu-den, maito-hap-po-poh-jaisen ja eli-mistön omalla kudok-sella korvau-tuvan teko-ni-velen sopi-vuudesta reuma-po-ti-laiden rystys-te-ko-ni-vel-leik-kauksiin.

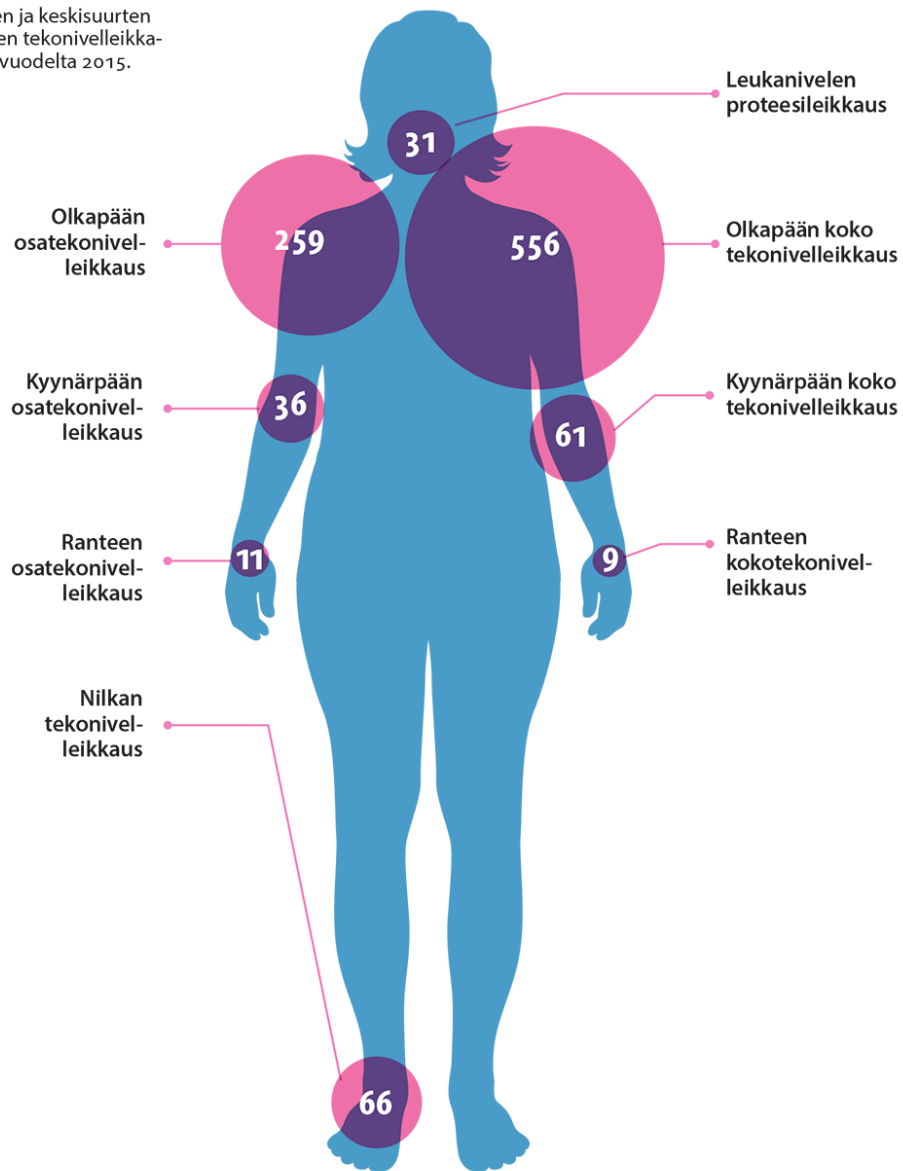
Rystysnivelen korjaamista biokorvautuvalla tyynyllä tehdään nykyisin lähinnä uusintaleikkauksissa. Voimakkaasti kättä käyttävälle potilaalle tämä voi olla jo ensimmäinen leikkaus.

Pulmana on, että osa potilaista reagoi, kun materiaalia poistuu aineenvaihdunnan kautta, jolloin nivel ei toimi niin hyvin ja voi jäädä löysäksi.

Biokorvautuva nivel vastaa hinnaltaan silikoninivelen hintaa, joista käytetyin on Golden Standard -nivel. Yksi rystysnivel maksaa 250 euroa ja niitä leikataan käteen yleensä neljä.

## Pienten ja keskisuurten nivelten leikkaukset

Pienten ja keskisuurten nivelten tekonivelleikkaukset vuodelta 2015.



Lähde: Hoitoilmoitusjärjestelmä, Implanttirekisteri, THL

### Kokemus karttuu tiimityössä

Tampereella leikataan 40 - 50 rystystekoniveltä vuodessa. Potilaat ovat yleensä yli 40-vuotiaita. Näitä leikkauksia tehdään myös muissa sairaaloissa.

Tampereella leikataan nivelrikkopotilaiden ja reumapotilaiden lonkka- ja polvitekonivelleikkaukset sekä muut reumaortopediset leikkaukset Tekonivelsairaala Coxassa. Coxa on osakeyhtiö, jonka suurin omistajataho on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Potilas tulee leikkauspäivän aamuna sisään sairaalaan tai pitkämatkalaiset edellisenä päivänä potilashotelliin. Leikattu potilas kotiutuu joko leikkauspäivän iltana tai toisena päivänä leikkauksen suuruudesta riippuen.

Tampereella reumapotilas kohtaa Reumakeskuksessa moniammatillisen tiimin, jossa reumatologit ja reumaortopedit katsovat yhdessä leikkaustarvetta ja ajoitusta.

”Tiivis yhteistyö reumatologin ja reumaortopedin kesken on potilaan hoidon lisäksi olennaista jatkuvan kouluttautumisen kannalta. Yhteistyö ja potilaan ohjaus myös reumahoitajien, toimintaterapeuttien ja fysioterapeuttien kanssa toimii meillä hyvin.”

Hoidonjärjestelijä-reumahoitaja on avainasemassa mm. reumalääkehoidon tuntijana. Monilla reumaleikkauspotilailla on biologiset lääkehoidot. Kun mietitään, pitäisikö lääke tauottaa, ettei infektoriski nouse liian korkeaksi, hoidonjärjestelijä voi ajoittaa leikkauksen ajankohdan niin, ettei biologista lääkitystä tarvitse tauottaa. Leikkausjonon hoitajalla ei aina tätä osaamista reumalääkkeistä ole eikä ortopedi aina huomaa kysyä asiaa reumatologilta.

Sekä reumapotilaista että muista syistä leikkausta tarvitsevista potilaista osa pelkää leikkaukseen hakeutumista. Pirjo Honkanen rohkaisee tulemaan asiantuntijan leikkausarvioon mieluummin ajoissa,

”Ei ketään väkisin leikata. Arvio on tarpeen, jotta saa käsityksen, missä vaiheessa jatkossa leikkauksesta olisi hyötyä, jos nyt ei vielä ole oikea aika.”

# Lonkanivelen ensileikkaukset

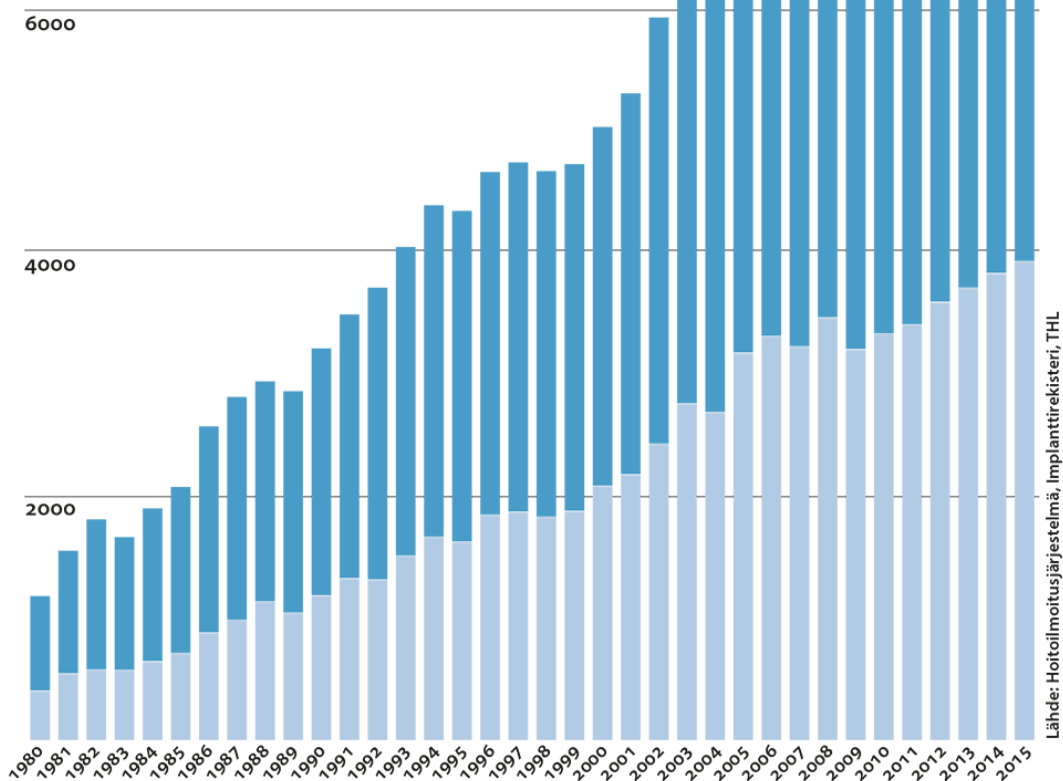
10 000

■ naiset ■ miehet

Implanttirekisterin mukaan koko maassa tehtiin vuonna 2015 yhteensä 9 211 lonkan kokotekonivelen ja 10 492 polven tekonivelen ensileikkausta. Lonkkaleikkausten määrä oli 3,6 prosenttia suurempi ja polvileikkausten 0,3 prosenttia pienempi kuin vuonna 2014.

Yli puolet leikkauksista tehtiin naisille (57 prosenttia lonkkaleikkauksista ja 64 prosenttia polvileikkauksista). 29 prosenttia lonkkaleikkauksessa ja 27 prosenttia polvileikkauksessa olleista potilaista oli täyttänyt 75 vuotta.

Lonkkaleikkausten määrä on kasvanut ja polvileikkausten määrä on pysynyt viime vuosina lähes samana. Lonkan uusintaleikkausten määrä on kasvanut useita vuosia. Vuonna 2015 määrä oli tosin hieman pienempi kuin vuonna 2014. Polven uusintaleikkausten määrä on pysynyt vakaana. Ensi- ja uusintaleikkausten määrä vaihtelee paljon sairaalottain.



Lähde: Hoitoilmoitusjärjestelmä, Implanttirekisteri, THL

## Yhteinen päätös syntyy keskustellen

Arviossa potilaalle selvitetään hyödyt ja haitat, mitä riskejä on, jos ei leikata ja jos leikataan, minkälaista kuntoutusta tarvitaan. Esimerkiksi, jos jänne on poikki, on suuri riski, että menee toinenkin jänne. Potilas saa tarvitessaan miettimisaikaa oman leikkauspäätöksensä tekoon. Sen jälkeen mielipide muuttuu harvoin. Reumaleikkauksista potilaat saavat keskimäärin hyvän avun ja ovat niihin tyytyväisiä.

Reumaleikkauksen jälkeen toimintaterapeutit ja fysioterapeutit antavat sairaalassa välittömän kuntoutusohjauksen. Reumahoitaja perehdyttää potilasohjeisiin. Tarvittaessa potilas ohjataan oman kunnan palveluihin.

Leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa reumasairailta tule huomioida myös muu suoriutumiskyky. Reumapotilaan kudokset ovat muita hauraampia. Kuntoutuksen tulee olla varovaisempaa. Usein tarvitaan hyvin yksilöllistä kuntoutumisohjelmaa.

Jos esimerkiksi toinenkin käsi on huonossa kunnossa ja toinen leikataan, saattaa leikkaamaton käsi kipeytyä rasituksen kasvaessa. Silloin potilasta ohjataan lepolastan tai apuvälineiden käytössä.

Jalkaleikkauksien kuntoutusvaiheesta saadaan helpompi, kun mietitään etukäteen sopivat apuvälineet. Näitä kannattaa lääkärin miettiä jo, kun laittaa potilaan leikkausjonoon. Toiselle sopivat kainalosauvat, toiselle kyynärsauvat tai rollaattori.

”On hyvä varata kahdet erilaiset apuvälineet. Tämä tieto on meille tullut potilailta käytännön kokemuksen. Kyynärpäät ja ranteet eivät kipeydy, kun vaihtelee eri apuvälineitä.”, Pirjo Honkanen sanoo.

Myös nivelreumapotilaille tulee niveliin nivelrikkotyyppejä muutoksia, mutta reumanivelen leikkauksessa on tärkeä huolehtia perusperiaatteista. Nivel ja jänteet puhdistetaan huolella tulehduksesta ja tarvittaessa heikkoja pehmytkudoksia tuetaan esimerkiksi valitsemalla tavallista tukevampia tekonivelmalleja.

## **Uusintaleikkauksia olkaan ja kyynärpäähän**

Vaikka tekonivelmalleissa ja hinnoissa on eroja, valinta tehdään tarpeen mukaan lääketieteellisin perustein, ei niinkään hinnan perusteella. Halvempi voi olla ikäihmisille kallista parempi malli: esimerkiksi sementtikiinnitteinen sopii heille nuoria paremmin pehmeään luun laadun vuoksi. Lonkan tekonivelen pitää 40-vuotiaalla kestää enemmän kulutusta kuin iäkkäämmän ihmisen tekonivelen.

Lonkkiin ja polviin on leikattu tekoniveliä pisimpään, joten uusintaleikkauksia tulee myös reumasairaille. Suurin kasvu tekonivelleikkauksien uusintaleikkauksista tulee olkapäiden ja kyynärpäiden tekonivelistä, joita on alettu laittaa 1990-luvulla. Lonkissa ja polvissa on kuitenkin käytössä enemmän välineitä ja malleja myös uusintaleikkauksissa.

Olkapään tekonivelleikkaukset alkoivat reumaleikkauksista, mutta valtaosa olkapäätekonivelistä leikataan nykyisin nivelrikon tai muun syyn takia. Nivelreuman osalta tarve ei lisäännä samassa määrin kuin muissa sairauksissa ja vammoissa.

Nivelpotilaan leikkaustarpeen arvioi aina leikkaava lääkäri. ”Lääkärin on hyvä nähdä tulos myös oman työnsä kehittämisen kannalta. Leikkaustulos ei ole vain joko onnistunut tai epäonnistunut, onnistumisessa voi olla aste-eroja. On oman työn ohjaamista arvioida lopputulosta.”

Pirjo Honkasen mukaan valinnanvapaus toteutuu jo nyt reumaleikkauksissa. Reumatologit lähettävät myös Tampereelle potilaita eri puolilta maata. Lähetemäärät ovat kasvaneet 15 - 20 prosenttia joka vuosi viimeisimmän kolmen vuoden ajan.

”Potilaiden hakeutumisessa vaikuttaa kyllä myös puskaradio. Reumatologilta voi kysyä, missä sairaalassa on sellaista reumaortopedista osaamista, jota tarvitaan kyseiseen

nivelongelmaan ja pyytää lähetteen sinne”, Pirjo Honkanen ohjaa potilaita.

Nykyisin, kun reumahoidossa saadaan pidempiä ja täydellisempiä remissioita, tehdään toimenpiteitä, joita ei aiemmin ole kannattanut tehdä.

”Pitää pysyä ajassa mukana ja miettiä, kannattaako leikata jo aiemmin. Jos potilasta häiritsevät esimerkiksi käsiongelmat näppäimistötyöskentelyssä, harkitaan kättä korjaavia toimenpiteitä. Tähän vaaditaan näkemystä, kokemusta ja osaamista.”

## **Nivelrikkoon eniten tekonivelleikkauksia**

Tekonivelleikkauksia tehdään eniten lonkkiin ja polviin. Implanttirekisteriin on tietoja leikkausmääristä kerätty vuodesta 1980 alkaen. Määrän huikeaan kasvuun ovat vaikuttaneet kehittyneet menetelmät, väestön ikääntyminen myötä nivelrikkosairastavuuden lisääntyminen ja ihmisten vaatimustason nousu.

”Ihmiset haluavat olla aktiivisia eivätkä elää vaivojensa kanssa. Samanaikaisesti väestön terveydentila ja elinajanodote ovat kehittyneet”, Pirjo Honkanen sanoo.

Nivelrikkokuntoutus on nopeutunut, mikä parantaa tuloksia. Ensimmäinen harjoitus tulee heti leikkauspäivän jälkeen ja hoitoaika on lyhentynyt lonkassa yhteen päivään ja polvileikkauksessa kahteen päivään.

”Amerikassa tekonivelleikkauksia tehdään jo päiväkirurgiassa, joskin jatkotihoito on toisenlaista”, Pirjo Honkanen kertoo.

## **Hakeudu leikkaustarpeen arvioon**

Keskustele ensin reumatologin kanssa ja hakeudu reumaortopedin arvioon:

- jos on epäily hermopinteestä tai jänneaurioista, esimerkiksi sormet lakkaavat ojentumasta ja koukistumasta
- jos nivelen virheasento etenee, mikä on merkki, että luuta syöpyy tai nivelside venyytyy, esimerkiksi pihtipolvi, tai virheasento rupeaa pahenemaan,
- jos virheasento tai luunokka aiheuttaa ihorikon, silloin puuttuu ihon suoja bakteereja vastaan.

## **Reumaortopedi pätevyityy leikaten**

Selvitysmies **Matti Lehdon** vuonna 2011 julkaistun raportin mukaan reumaleikkaushoitojaksot vähenivät vuosituhaten vaihteessa 13 vuoden ajanjaksolla 33 prosenttia ja reumapotilaiden tekonivelleikkausten määrä 38 prosenttia samanaikaisesti kun muiden sairauksien vuoksi tehdyt tekonivelleikkaukset kasvoivat voimakkaasti. Raportissa ehdotettiin reumaleikkausten keskittämistä neljään yliopistosairaalaan Kuopiota lukuunottamatta.

Jyrkin reumaleikkausmäärien putoaminen on nyt tasaantunut. Reumaleikkauksia leikataan edelleen muissakin sairaaloissa kuin yliopistosairaaloissa selvityksen suosituksesta huolimatta. Selkeätä oikeata keskittymistä ei toistaiseksi ole vielä syntynyt.

Sote-uudistuksen selkeä tavoite leikkausten keskittämisestä on alkanut näkyä reumaortopedian läheteissä yliopistosairaalassa. Keskittämisen etuna osaamiskeskuksiin on, että yliopistosairaalassa on tarvittaessa tarjolla erityisosaamista usealta erikoisalalta

kuten plastiikkakirurgien, haavanhoitopoliklinikan ja infektiolääkäreiden palvelut.

Reumasäätien sairaalan lopettaessa ylilääkäri **Eero Belt** arvioi, että noin 50 lastenreumaa sairastavaa lasta tarvitsi tuolloin leikkausta vuosittain. Määrä on edelleen pienentynyt ja siksi varsinkin näiden leikkausten keskittäminen on tarpeen. Lastenreumapotilaita leikataan lähinnä Helsingissä ja Turussa.

Reumaortopedian yhdistyksessä on 50 jäsentä, joista 15 - 20 tekee aktiivisesti reumaleikkauksia. Tämä määrä riittää puheenjohtajan mukaan.

Reumaortopedinen koulutus on erityispätevyys, joka hankitaan työssä kouluttautumalla. Reumaortopedisia leikkauksia tulee Suomessa suorittaa eri laskelmien mukaan vuosittain 6 000 – 10 000.

”Olemme saaneet nuoria reumakirurgeja alalle yhdestä kahteen vuosittain. Tilanne on ihan hyvä. Reumaortopediassa pitää katsoa kokonaisuus, ei yhtä niveltä kerrallaan. Oppi on saattaen vaihdettava kokeneen kirurgin kanssa yhteistyössä opetellen.”

## Huomaa myös nämä

- [Leikkaukset Reuma-aapisessa](#)

[Sivun alkuun](#)

[Lue Reuma-lehteä](#)