Värttinäluun alaosan murtuman Käypä hoito -suositus päivittyy

TONI LUOKKALA
LT, käsikirurgian erikoislääkäri
Sairaala Nova, Jyväskylä

ANTTI LAUNONEN
dosentti, ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri, käsikirurgi
Tays

Värttinäluun alaosan murtuma on yleisin päivystyskäyntejä aiheuttava yläraajamurtuma: ilmaantuvuus on aikuisilla noin 250/100 000 henkilövuotta (1) ja osuus kaikista murtumista miltei 18 % (2).

Murtuman hoitoon liittyvät potilasvahingot ovat yleisiä. Korvauksiin ovat aiempina vuosina johtaneet useimmin virheellisenä pidetty diagnoosi (36 %), hoitopäätös (18 %) tai seuranta (12 %) (3).

Konservatiivisessa hoidossa Suomessa on pitkään ollut hoitokäytäntö, jossa ranne tuetaan kipsihoidon ajaksi koukistukseen kääntäen rannetta samalla pikkusormen suuntaan. Tämän on todettu aiheuttavan ongelmia toipumisessa, esimerkiksi kipua, jäykkyyttä ja hermopinteitä.

Tuoreen kotimaisen satunnaistetun tutkimuksen perusteella ranne on parasta tukea toiminnalliseen asentoon, jossa käsi on värttinäluun akseliin nähden samansuuntainen päältä päin katsottuna ja ranne 0–20 asteen ojennuksessa sivusta katsottuna siten, että sormien ja kyynärvarren liikeharjoittelu onnistuu. Kuormitus potilaalle ja terveydenhuollolle sekä kustannukset jäävät merkittävästi vähäisemmiksi toiminnallisten tulosten kärsimättä (4).

Kipsausajan pituudeksi on aiemmin suositeltu 5 viikkoa ja kliinisradiologisia kontrolleja pidettäväksi 1, 2 ja 5 viikon välein. Nuorten aikuisten hyväasentoiset murtumat kuitenkin pettävät harvoin kipsihoidon aikana, ja ikäihmisillä huonompaankin asentoon luutunut ranne on usein toiminnallisesti yhtä hyvä kuin leikkaamalla hoidettu (5).

Rutiininomaisen seurannan järjestäminen kaikille murtumapotilaille aiheuttaa huomattavan määrän tarpeettomia seurantakäyntejä vuodessa. Päivitetyn suosituksen mukaan kipsihoidon kesto, kontrollien määrä sekä ajoitus onkin suositeltavaa sopia potilaan kanssa murtuman luonne, potilaskohtaiset asiat ja kokonaisriskit huomioiden (5).

Esimerkiksi 20-vuotiaan hyväasentoinen murtuma voidaan hoitaa 3 viikon kipsihoidolla tai irrotettavalla lastalla ilman radiologisia välikontrolleja. Toisaalta 80-vuotiaalla potilaalla voidaan potilaskohtaisesti hyväksyä virheasentokin, jos sillä ei ole merkittävää vaikutusta toiminnalliseen lopputulokseen. Tällöin myöskään hoitolinjaukseen vaikuttamattomia välikontrolleja ei ole tarpeen järjestää.

Leikkaushoitoon on turvauduttu, kun murtuman asento on tiettyjen raja-arvojen ulkopuolella. Värttinäluun alaosan murtuman leikkausmäärät ovat lisääntyneet rajusti 20 vuoden aikana (6). Leikkaushoitoon liittyy omat riskinsä (7).

Tutkimusten valossa nuorilla ja keski-ikäisillä potilailla murtuman lopullisen asennon ja toiminnallisen lopputuloksen välillä on yhteys. Iäkkäämmillä potilailla (yli 65–70 v) tämä yhteys kuitenkin heikkenee. Virheasennossa olevien murtumien leikkaushoidolla saavutetaan todennäköisesti ohimenevä hyöty kipsihoitoon verrattuna 3 kuukauden kohdalla, mutta erot tasoittuvat ja vuoden kohdalla toiminnallinen lopputulos on sama riippumatta hoitomuodosta tai murtuman asennosta (5,7,8).

Kaikkiin hoitovaihtoehtoihin sisältyy riskejä, ja toisaalta eri hoidoilla tavoiteltava hyöty voi jäädä myös vähäiseksi. Viime kädessä hoitomuoto tulee valita tutkitun tiedon pohjalta, mutta myös potilaan toiveita ja arvoja kuunnellen jaetun päätöksenteon periaatteita noudattaen.

Värttinäluun alaosan murtuman Käypä hoito -suosituksen tuore päivitys antaa hoidon työkaluja ja ottaa kantaa muuttuviin hoitokäytäntöihin tieteelliseen tutkimusnäyttöön nojautuen (5). •

SIDONNAISUUDET

Toni Luokkala: Käypä hoito -suosituksen kokoava kirjoittaja, asiantuntijalääkäri (Potilasvakuutuskeskus), apurahat itselle ja laitokselle (VTR, Ortopedian ja traumatologian tutkimussäätiö).

Antti Launonen: Käypä hoito -suosituksen päivitystyöryhmän jäsen. Asiantuntijalääkäri (Potilasvakuutuskeskus), apuraha laitokselle (Akatemian hankerahoitus, VTR).

KIRJALLISUUTTA

1 Flinkkila T ym. Epidemiology and seasonal variation of distal radius fractures in Oulu, Finland. Osteoporos Int 2011;22(8):2307–12.

2 Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: A review. Injury 2006;37(8):691–7.

3 Sandelin H ym. Patient injury claims involving fractures of the distal radius. Acta Orthop 2018;89(2):240–5.

4 Ax M ym. A comparison of the functional results and costs of functional cast and volar-flexion ulnar deviation cast at 2-year follow-up in 105 patients aged 65 and older with dorsally displaced distal radius fracture: A randomized controlled trial. PLoS One 2023;18(4):e0283946.

5 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin SFrn, Suomen Käsikirurgiyhdistys ry:n ja Suomen Ortopediyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Värttinäluun alaosan murtuma (rannemurtuma). Käypä hoito -suositus 5.9.2023. www.kaypahoito.fi.

6 Hevonkorpi TP ym. Incidence of distal radius fracture surgery in Finns aged 50 years or more between 1998 and 2016 - too many patients are yet operated on? BMC Musculoskelet Disord 2018;19(1):70.

7 Luokkala T ym. Distal radius fractures in the elderly population. EFORT Open Rev 2020;5(6):361–70.

8 Linnanmaki L ym. Anterior locking plate versus non-operative treatment in different age groups with distal radial fractures: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol 2023;48(6):532–43.