

Nivelrikkopotilaiden työhön paluu lonkan pinnoite- ja kokotekonivelleikkauksen jälkeen

Toni Keski-Jyrä¹, Esa Jämsen¹, Matti UK Lehto², Timo Puolakka², Yrjö T Konttinen^{2,3}

¹Lääketieteen laitos, Tampereen yliopisto; ²Tekonivelsairaala Coxa; ³Sisätautien klinikka, HYKS

Total hip replacement (THR) is a cost-effective procedure. Recently, resurfacing implants have been developed as an alternative to THR. Resurfacing allows similar pain relief but improved range of motion and joint stability. In this work its effect on working capacity in osteoarthritis (OA) in 204 resurfacing patients (mean age 54 ± 5.8 years) was compared to 89 THR patients (mean age 58 ± 3.6 years) of whom 64.7 % and 46.4 %, respectively, were employed full-time. After the $1.85 (\pm 0.57)$ -year follow-up, none of the patients, who already before the operation was on any type of pension, had returned to work. Furthermore, 14.9 % and 45.9 % of the resurfacing and total hip operated patients, respectively, who were employed full-time before the operation ($p < 0.001$), had shifted to disability pension. Long sick leave before the operation predicted long sick leave ($p < 0.001$) and retirement ($p < 0.001$) after the operation. It is concluded that the good joint-related operation results do not automatically transform to increased employment. In particular, long sick leave before operation and total hip replacement are negative predictors, whereas use of resurfacing implant increased the likelihood of the patient being able to remain at work.

Johdanto

Alaraajojen nivelrikko on merkittävin liikuntavammaisuuden syy myöhemmästä keski-ikästä lähtien (1). Se aiheuttaa potilaiden työkyvyn alentumisen seurauksena huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle: vuonna 2004 maksettiin sairauspäiväraha-kustannuksia nivelrikon takia 33 miljoonaa euroa, joka oli 4,9 % kaikista päiväraha-kustannuksista (2). Lonkan nivelrikon esiintyvyys nousee 30-vuotiaiden 0,5 %:sta noin 5 %:iin 55–64 -vuotiailla (3).

Tekonivelleikkaus nivelrikon hoidossa on kustannusvaikuttava ja merkittävästi potilaan tilaa parantava hoitokeino. Leikkaustekniikoiden ja proteesien kehittyminen on mahdollistanut lonkkaleikkauksen tekemisen yhä nuoremmille potilaille ja laajentanut leikkauksaiheita (4). Viime vuosina on saavutettu rohkaisevia tuloksia lonkan pinnoiteproteesien käytöstä (5,6). Pinnoiteleikkauksessa reisiluun kaula säästetään, mutta reisiluun pään nivelrusto poistetaan ja korva-

taan pinnoiteproteesilla. Tällä menettelyllä säästetään potilaan omaa kudosta ajatellen mahdollisia uusintaleikkauksia, ja toisaalta vähäisemmän kudostuhon vuoksi leikkauksesta toipumisen voi odottaa olevan nopeampaa kuin perinteisen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, heijastuvatko pinnoiteproteesien edut potilaiden työkykyyn nivelrikkoindikaatiolla tehdyn lonkan ensitekonivelleikkauksen jälkeen.

Aineisto ja menetelmät

Aineistoksi valittiin Tekonivelsairaala Coxassa 1.4.2003–31.3.2005 välisenä aikana leikatut potilaat, joiden ikä kyselytutkimuksen alkaessa (1.4.2006) oli alle 65 vuotta. Diagnoosina tuli olla primaari nivelrikko ja toimenpiteenä lonkan ensitekonivelleikkaus. Aineistosta poistettiin yksittäiset sementilliset kokotekonivelleikkaukset ja uusintatekonivelleikkaukset.

332 kriteerit täyttävälle potilaalle oli tehty lon-

kan pinnoite- (n=244) tai sementitön kokotekonivelleikkaus (THR, n=88). Pinnoiteleikatuista 65,2 % oli miehiä ja heidän keski-ikänsä oli 54 (keskihajonta 6,0) vuotta. THR leikatuista miehiä oli 40,9 % ja heidän keski-ikä oli 58 (keskihajonta 3,3). Tiedot potilaista ja leikkauksesta kerättiin Tekonivelsairaala Coxan Tekoset-tietokannasta. Potilaiden työtilannetta ennen ja jälkeen leikkauksen tiedusteltiin potilaille lähetetyllä kyselylomakkeella. Lomakkeella tiedusteltiin myös muita tietoja, joilla ajateltiin voivan olla merkitystä työssä jatkamiseen. Kyselytutkimus toteutettiin 1.4.–31.5.2006 välisenä aikana. Lisäksi Tekoset-tietokannasta kerättiin tiedot mahdollisista 1.6.–31.8.2006 välisenä aikana tehdyistä uusintaleikkauksista. Tiedot syötettiin ja analysoitiin SPSS 14.0 tilasto-ohjelmalla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi tutkimukselle puoltavan lausunnon.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 273 potilasta, 82 % koko aineistosta. Vastanneista pinnoiteleikkaus oli tehty 204 (74,7 %) ja kokotekonivelleikkaus 69 (25,3 %) potilaalle. Pinnoitetekonivelleikkauksista 25 (12,3 %) ja kokotekonivelleikkauksista 10 (14,5 %) oli bilateraalisia. Leikkausta edeltävät tiedot leikkaustyypeittäin on esitetty taulukossa 1. Potilaiden keskimääräinen seuranta-aika oli 1,85 (keskihajonta 0,57) vuotta. Seuranta-aikana viiteen pinnoiteleikattuun lonkkaan (2,45 %) tehtiin uusintaleikkaus: kaksi uusintaleikkausta tehtiin infektion takia, kolme femur-komponenttia vaihdettiin varrellisiksi kipuoireiden takia. THR leikatuille ei tehty yhtään uusintaleikkausta. Uusintaleikatuista potilaista yksi potilas pinnoiteleikkausryhmästä jatkoi työelämässä.

Ennen leikkausta pinnoiteleikatuista potilaista 141 (69,1 %) oli täysipäiväisessä työssä tai työttömänä, THR-potilaista vastaavasti 37 (49,3 %). Seuranta-aikana täysipäiväisestä työstä luopui 21 pinnoiteleikattua (14,9 %) ja 17 THR-leikattua potilasta (45,9 %) (p<0,001). Kaksi pinnoiteleikattua potilasta, jotka olivat pitkäaikaisella kuntoutustuella ennen leikkausta, työskenteli kyselyhetkellä täysipäiväisesti. Yksikään työkyvyttömyyseläkkeellä ennen leikkausta olleista potilaista ei palannut työelämään.

Sairausloman pituus ennen leikkausta vaikutti selvästi potilaiden työssä jatkamiseen (p<0,001): yli kuusi kuukautta sairauslomalla olleista potilaista 68 % ei palannut leikkauksen jälkeen työhön. Leikkausta edeltäneen sairausloman pituus ennusti selvästi myös leikkauksen jälkeisen sairausloman pituutta (p<0,001): mitä pidempi poissaolo ennen leikkausta, sitä pidempi sairausloma leikkauksen jälkeen. Koko aineisto huomioiden työelämässä säilymistä ennakoivat potilaiden muut ominaisuudet ja heidän työhönsä liittyvät seikat, mutta ei leikkausta edeltävä kliininen tila (taulukko 2). Taulukon tietojen ohella potilaiden arviot leikkauksen vaikutuksesta työkykyyn (p=0,032) ja tyytyväisyys leikkauksen tulokseen (p=0,038) ennustivat työelämässä säilymistä.

Taulukko 1. Leikkausryhmien vertailua vastanneiden osalta. Tiedot ennen leikkausta. Keskihajonnat suluisissa.

	Pinnoite (n=204)	Kokonivel (n=69)	p-arvo
Keski-ikä leikkaushetkellä	54 (5.8)	58 (3.6)	<0.001
Miehiä (%)	64.7	37.7	<0.001
Harrisin lonkka-pisteet keskimäärin	57 (13)	49 (12)	<0.001
Vaikea kipu (%)	31.0	46.3	0.167
Kokonaisliikelaajuus keskimäärin (°)	130 (41)	120 (42)	0.012
BMI keskimäärin	28 (4.2)	30 (5.3)	0.010
Työssä ennen leikkausta (%)	69.1	49.3	0.002
Ylioppilaita (%)	22.7	15.9	0.694
Ei ammatillista tutkintoa (%)	34.5	52.9	0.223
Sairausloman pituus alle kuukauden (%)	53.5	42.8	0.588

leikkauksen jälkeisen sairausloman pituutta (p<0,001): mitä pidempi poissaolo ennen leikkausta, sitä pidempi sairausloma leikkauksen jälkeen. Koko aineisto huomioiden työelämässä säilymistä ennakoivat potilaiden muut ominaisuudet ja heidän työhönsä liittyvät seikat, mutta ei leikkausta edeltävä kliininen tila (taulukko 2). Taulukon tietojen ohella potilaiden arviot leikkauksen vaikutuksesta työkykyyn (p=0,032) ja tyytyväisyys leikkauksen tulokseen (p=0,038) ennustivat työelämässä säilymistä.

Pohdinta

Tekonivelkirurgialla on periaatteessa mahdollista palauttaa nivelrikkopotilaan työkyky. Tutkimuksia potilaiden työhön paluusta leikkauksen jälkeen on tästä huolimatta vain vähän, eikä niitä ole pinnoiteproteeseista vielä julkaistu lainkaan. Aiemmin on raportoitu, että ennen leikkausta työkyvyttömyyseläkkeellä olleet eivät enää palanneet työelämään, mutta lyhyillä sairauslomilla ennen leikkausta olleista potilaista suurin osa, yli 80 %, oli työelämässä kahden ja viiden vuoden kuluessa leikkauksesta (7,8). Leikkausta edeltäneen sairausloman pidentyessä potilaiden työhön paluun on todettu heikentyvän. Tämä on todettu myös muissa

tutkimuksissa ja muidenkin hoitojen kohdalla (1,9).

Terveystieteiden tutkimuskeskityksessämme yksi ongelma on rahoituksen jakaantuminen, minkä vuoksi kunnat lykkäävät herkästi tekonivelleikkauksia, jolloin yhteiskuntaa kuormittavat sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeet lisääntyvät. Aiemmin on todettu lyhyen jonoajan lyhentävän leikkauksen jälkeistä sairauslomaa ja parantavan siten potilaiden mahdollisuutta jatkaa työelämässä (1). Lisäksi tekonivelten pysyvyys nuorillakin potilailla on erinomainen (10), ja tekonivelkirurgian on todettu olevan hyvin kustannustehokasta erityisesti keskitetyissä leikkausyksiköissä. On siis perusteltua pyrkiä perusterveydenhuollossa alkavaan kokonaisvaltaiseen nivelrikkopotilaan hoitoon, johon tekonivelkirurgia voi kuulua jo alkuvaiheessa, kun työkyky ei ole vielä merkittävästi rajoittunut.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin potilaiden työkyvyn muutoksia lonkan ensitekonivelleikkauksen jälkeen. Tekonivelsairaala Coxassa pinnoitetekonivelleikkaus on ollut työikäisen nivelrikkopotilaan ensisijainen hoitolinja. Tulostemme perusteella pinnoiteleikatut potilaat jatkoivat kokotekonivelleikkauksia useammin työelämässä ja olivat lyhyemmän ajan sairauslomalla leikkauksen jälkeen. Osa erosta selittyneen potilasryhmien eroilla, mutta toisaalta leikkausta edeltävä kliininen tila ei näyttänyt korreloivan työtilanteen muutoksen kanssa. Myöskään (työssä säilymiseen vaikuttavat) sairauslomien pituudet ennen leikkausta eivät merkittävästi vaihdelleet ryhmien välillä. Vaikka potilaita ei sokkoutettu leikkausryhmiin, antavat tulokset siis kuitenkin viitteitä siitä, että pinnoiteleikatut palasivat useammin työelämään kuin kokotekonivelleikatut.

Kun tietoja kerätään kyselylomakkeella, tutkimukseen liittyy aina kasvanut virhemahdollisuus. Kysymykset oli muotoiltu mahdollisimman yksiselitteisiksi, ja potilailla oli mahdollisuus tavoittaa tutkija puhelimitse epäselvissä tilanteissa, mutta on tietysti mahdollista, että kysymys on ymmärretty väärin tai siihen on vastattu virheellisesti. Potilaat eivät myöskään aina muista tai ole täysin tietoisia omista tiedoistaan. Olemmekin aloittaneet toisen tutkimuksen, jossa potilaiden työkykyä ja sairauspoissaoloja sekä eläköitymistä seurataan eläkelaitosten antamien tietojen perusteella. Havaittuihin tuloksiin liittyy valikoitumisharhan mahdollisuus pinnoitetekonivelleikkausten eduksi.

Työkyvyttömyyden estämiseen tulisi puuttua selvästi ennen tekonivelkirurgiaa, koska leikkaus ei yksistään pysty palauttamaan potilaita työelämään, vaikka leikkauksen mekaanisen tuloksen perusteella siihen

olisi edellytykset. Koulutukseen, työhön ja työelämän kuormittavuuteen liittyvät seikat vaikuttavat merkittävästi potilaiden työssä jatkamiseen (11). Parhaat mahdollisuudet näiden tekijöiden huomioimiseen on perusterveydenhuollossa, jossa työikäisten nivelrikkopotilaiden hoitoon olisi otettava aggressiivinen ote. Ellei konservatiivinen hoito tuota tulosta, nivelrikkosen lonkan tekonivelleikkausta ei tule kohtuuttomasti arastella nuorellakaan potilaalla. Pinnoitetekonivelet vaikuttavat hyvältä valinnalta tässä potilasryhmässä. Kuitenkin on syytä vielä olla tekemättä lopullisia johtopäätöksiä leikkausmenetelmän valinnasta, koska pinnoitetekonivelkirurgian pitkäaikaistulokset puuttuvat. Kaikkien potilaiden kohdalla kannattaa panostaa kannustavaan asenteeseen ja varhaiseen ammatilliseen kuntoutukseen mahdollisesti turhan eläköitymisen estämiseksi. Lisäksi tässä tilanteessa nopeasti tehty on ilmeisesti myös hyvin tehty: leikkausjonot kannattaa pitää lyhyinä.

Kirjallisuus

1. Turunen V, Vehviläinen A, Vohlonen I, Kröger H: Työikäisten potilaiden lonkan tekonivelleikkausten sairaalahoito- ja päivärahakustannukset. Suomen Lääkäril 2004;59:669-672.
2. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä: Kelan sairausvakuutuslaskentatiedot 2004. Helsinki 2005.
3. Aromaa A, Koskinen S: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos 2002.
4. Lehto MUK, Jämsen E, Rissanen P: Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Duodecim 2005;121:893-901.
5. Amstutz HC, Beaulieu PE, Dorey FJ, Le Duff MJ, Campbell PA, Gruen TA: Metal-on-metal hybrid surface arthroplasty: two to six-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am 2004;86-A:28-39.
6. Daniel J, Pynsent PB, McMinn DJ: Metal-on-metal resurfacing of the hip in patients under the age of 55 years with osteoarthritis. J Bone Joint Surg Br 2004;86-B:177-84.
7. Jensen JS, Mathiesen B, Tvede N: Occupational capacity after hip replacement. Acta Orthop Scand 1985;56:135-137.
8. Johnsson R, Persson BM: Occupation after hip replacement for arthrosis. Acta Orthop Scand 1986;57:197-200.
9. Vohlonen I, Vehviläinen A, Kinnunen J, Ihalainen R, Palmunen J, Lindroos K, ym: Terveysturva ja sen rahoitus: Kuntien ja Kelan maksamat sairaalahoidon ja työstä poissaolon kustannukset. Suomen Lääkäril 2002;57:2675-2682.
10. Eskelinen A, Remes V, Helenius I, Pulkkinen P, Nevalainen J, Paavolainen P: Uncemented total hip arthroplasty for primary osteoarthritis in young patients: a mid- to long-term follow-up study from the Finnish Arthroplasty Register. Acta Orthop 2006;77:57-70.
11. Pohjolainen T: Tule-sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden työkyvyttömyyskulut kasvussa – Onko vika työssä, hoidoissa vai hoitojärjestelmissä? Suomen Lääkäril 2005;60:4891-4896.