

Parsonage Turner -oireyhtymä pilaamassa hyvän leikkaustuloksen



Martti Vastamäki
LKT,
käsikirurgian
dosentti,
professori
Tieteellinen
Tutkimus ORTON

Parsonage Turner -oireyhtymä on ääreishermostosairaus, joka ilmenee kovana kipuna ja halvausoireina olkahartiaseudun ja yläraajan, joskus alaraajankin tai aivohermojen alueella. Vaikea neuropaattinen kipu kestää muutamasta vuorokaudesta kahteen kuukauteen, yleisimmin pari viikkoa, mutta voi myös jäädä enemmän tai vähemmän pysyväksikin. Halvausten myötä kehittyvät myös lihasatrofioita. Viime vuosina on selvinnyt, että taudin puhkeamisen yksi provosoiva tekijä on potilaalle mihin tahansa suoritettu leikkaus. Tässä tapauselostuksessa kuvataan potilas, jolle suoritettiin molemmille puolille työkyvyttömyyden aiheuttaman yläraajojen vaivan takia TOS-diagnoosilla (thoracic outlet-syndrooma) kylkiluun säästävä olkahermopunoksen vapautus aluksi hyvällä tuloksella.

Oma potilas

25-vuotias mies oli kärsinyt pari vuotta hankalasta molempien yläraajojen särystä, puutumisesta ja voimattomuudesta. Vaivat veivät työkyvyn. Oireiden ja kliinisten löydösten perusteella diagnosoitiin molemminpuolinen TOS. Konservatiivisen hoidon osoittaututtua tehottomaksi suoritettiin vasemmalle puolelle kylkiluun säästävä olkahermopunoksen vapautusleikkaus scalenotomia, joka auttoi sen puolen oireisiin hyvin. Kolmen kuukauden kuluttua suoritettiin oikealle sama leikkaus, jonka jälkeen oireet poistuivat parissa viikossa tavalliseen tapaan.

Noin 18 päivän kuluttua leikkauksesta alkoi kuitenkin viimeksi leikatulla puolella ankara koko oikean hartian, lavan, kainalon ja kaulan alueen särky raunioittaen hyvässä toipumisvaiheessa olevan potilaan elämän. Käden voima hävisi, särky jäi jatkuvaksi, kättä pystyi käyttämään korkeintaan apukätenä ja potilas menetti uudelleen työkykynsä.

Kaikki suoritettut tutkimukset, mm. kaularangan ja olkahermopunoksen eli pleksuksen magneettitutkimus sekä ENMG kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta olivat löydöksettömiä. Kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta otetussa ENMG:ssä

todettiin olkahermopunoksen vaurion jälkitilan merkkejä. Voimakkaat kipuklinikan määräämät lääkitykset helpottivat potilaan tilaa vain osittain. Viiden vuoden kuluttua tilanne on edelleen huono ja potilas työkyvytön. Tapauksesta tehtiin myös selvityspyyntö Potilasvakuutuskeskukseen.

Oireyhtymän tarkka syntymekanismi epäselvä

Parsonage Turner-oireyhtymässä (PTS) useimmiten sairastuneet hermot ovat suprascapulaari-, thoracicus longus-, interosseus anterior- ja interosseus posterior-hermot, mutta sairastua voivat myös esimerkiksi palleahermo, accessoriushermo ja lumbaalipleksuskin (1). Palleahalvaus todetaan 8 %:lla PTS-potilaista (2). PTS alkaa ilman ilmeistä syytä kehittyvänä kovana kipuna, jota seuraa nopeasti halvausoireita. Halvausten myötä kehittyvät myös lihasatrofioita muutamassa viikossa. Oireyhtymästä tunnetaan sekä idiopaattinen että perinnöllinen muoto, joilla on samanlaiset kliiniset oireet. Saman kipujakson aikana voi esiintyä useita erillisiä hermovaurioita ja niitä voi olla molemmin puolin. Brit-

tineurologit Maurice Parsonage ja John Turner julkaisivat Lancetissa 1948 oman 280 potilaan aineistonsa olkaseudun hermovaurioista, ja tauti on saanut nimensä myöhemmin heidän mukaansa (3).

Parsonage Turner-oireyhtymän tarkka syntymekanismi on epäselvä, mutta se tiedetään, että kyseessä on immuunivälitteinen hermovaurio: vauriokohdassa nähdään hermosäieaurio ja siihen liittyvä T-solujen infiltraatio. Tulehdusmuutos voi kattaa koko hermon, mutta usein vaurio rajoittuu muutamaan hermokimppuun eli faskikkeliin. Immunologista mekanismia puoltaa myös se, että noin 60–70 %:lla potilaista oireita edeltää tapahtuma, joka aktivoi immuunijärjestelmän kuten infektio, trauma tai leikkaus. Noin 10 %:lla PTS-potilaista on lähisukulaisilla ollut PTS ja lisäksi tunnetaan taudista vallitsevasti periytyvä muoto (HNS), joka liittyy SEPT9-geeniin. Paikallinen hermon tulehdus aiheuttaa lievässä vauriossa vain hermon sisäistä turvotusta, voimakkaammassa vauriossa syntyy kuroutuma ja erittäin voimakkaassa vauriossa torsio (4). Oireyhtymän minimi-ilmaantuvuudeksi on esitetty 2/100 000, mutta myös paljon suurempia arvioita on, jopa 1/1 000 vuosittain perusterveydenhuollossa (5). Tämä siis tarkoittaisi sitä, että meillä Suomessa tulisi uusia tapauksia vuosittain yli 5 000. PTS voi kohdata kaikenikäisiä vauvasta vaariin, mutta useimmiten noin 40-vuotiaita. Kaksi kolmasosaa PTS-potilaista on miehiä, ja lihavilla on suurempi taipumus saada tämä sairaus (6). Melkein kolmasosalla potilaisista tauti uusiutuu, joka kymmenennellä jopa useammin kuin kerran (7).

Tautia edeltää usein infektio

Tautia edeltää usein infektio, trauma, synnytys, kirurginen toimenpide, rokotus tai epätavallinen fyysinen aktiviteetti. Hermovaurio voi syntyä muutama tunti polven tähytysleikkauksesta, useimmiten

parin viikon sisällä laukaisevasta tekijästä. Infektioista tavallisimpia ovat hepatiitti E ja coxsackie A2 -virusinfektio. Koronavirus laukaisee PTS- oireyhtymän ilmeisesti yhtä usein kuin monet muut virusinfektiot, erityisen runsaasti ei pandemian aikana niitä ole esiintynyt.

Parsonage Turner-oireyhtymän erotusdiagnostiikassa neula-EMG on tärkeä tutkimus. Affisoituneissa lihaksissa todetaan eriaisteisia tuoreen hermovaurion aiheuttamia muutoksia. EMG-tutkimuksen paras ajankohta on noin 3 viikkoa oireiden alkamisesta. Laaja manuaalinen lihastestaus on tärkeää ennen perusteellisen EMG-tutkimuksen suorittamista. Vaikka PTS on kliininen diagnoosi, EMG:llä voidaan tunnistaa ja arvioida denervaaion vakavuusaste, jolla taas on ennusteellista merkitystä (8). Nyt esitetyssä tapauksessa ENMG tehtiin vasta kuukausien kuluttua oireiden alusta ja nähtiin ainoastaan jälkitalamuutoksia.

Uudet diagnostiset menetelmät parantaneet hoitomahdollisuuksia

Mullistavaa tietoa PTS:n hoitomahdollisuuksista saatiin muutama vuosi sitten, kun pystyttiin todentamaan hermon vauriopaikka korkearesoluutioisella ultraäänellä (HRUS) (9, 10) ja magneettiresonanssineurografialla. Neuromuskulaarisen ultraäänitutkimuksen pitäisi nykyisin olla vakiotyökalu kliinisessä työssä arvioitaessa ääreishermosten sairauksia. Nykyään monet kliinisen neurofysiologian erikoislääkärit ovat liittäneet ENMG-tutkimukseen myös ultraäänitutkimuksen. Magneettiresonanssineurografiassa tapahtuu hermosten suora kuvantaminen optimoimalla selektiivisyys hermosten omalle vesipitoisuudelle, jolloin saadaan yksityiskohtainen kuva hermosta eikä niinkään ympäröivistä kudoksista (11, 12). Kun potilaan oireet ja status sopivat PTS-tautiin, on pyrittävä

selvittämään edellä mainituilla UÄ- ja magneettitutkimuksilla, löytyykö sairastuneista hermoista tiimalasimuutoksia. Jos löytyy, on konsultoitava käsikirurgia, joka sitten päättää, onko syytä suorittaa hermoleikkaus. Leikkaus kohdistetaan kyseisen löydöksen alueelle, hermo paljastetaan ja mikroskooppikontrollissa avataan hermon ulommainen tuppi eli epineurium. Hermo saattaa paljain silmin tarkasteltuna näyttää terveeltäkin, mutta useimmiten siinä voidaan havaita jonkinlaista kuroutumista. Mikroskoopilla katsottuna asia selviää varmuudella. Pelkkä epineuriumin avaaminen ei riitä, vaan aksonitupprien ympärillä oleva perineurium on myös avattava, jolloin nähdään, että tämän faskikulaarisen neurolyysin jälkeen kuroumat hermossa häviävät. Jos leikkaukseen on päästy riittävän ajoissa, toipuminen on nopea ja täydellinen. Yli puolen vuoden viive leikkauksessa heikentää merkittävästi toipumista (13–15).

Lopuksi

Kuvatulla potilaalla on kulunut jo niin pitkä aika taudin alkamisesta, että kirurginen hoito on katsottu tässä vaiheessa aiheettomaksi. Parsonage Turner-oireyhtymään ei ole toistaiseksi löytynyt parantavaa konservatiivista hoitoa. Fysioterapia liikerautojen ylläpitämiseksi ja vielä toimivien lihasten kunnan parantamiseksi on avuksi. Immunomoduloivia lääkkeitä on kokeiltu myös. Kipulääkkeet ovat välttämättömiä varsinkin ensimmäisten viikkojen ankaran kipuvaiheen aikana. Muista hoidoista ei vielä ole tehty laajoja kontrolloituja tutkimuksia. Lyhyestä, kahden viikon mittaisesta kortisonikuurista on olemassa laaja tutkimus, jossa hoidettua usean sadan potilaan ryhmää verrattiin aikaisemmin steroidihoitoa saamattomiin potilaisiin (16). Steroidihoito lyhensi merkittävästi kivun kestoa ja toipuminen alkoi selvästi aikaisemmin steroidilla hoidetuilla poti-

lailla. Täysi toiminnallinen toipuminen voi kestää kuukausista vuosin, mutta taudin uusiutuminen ja/tai jatkuvat oireet ja vammaisuus ovat yleisiä. Yleinen käsitys on ollut, että PTS-potilaat toipuvat oireistaan hyvin. Tämän kirjoittajakin ajatteli niin vielä kymmenkunta vuotta sitten hoidettuaan satoja PTS-potilaita. Viimeaikaisen kirjallisuuden mukaan kuitenkin jopa 2/3:lla potilaista on vielä jopa kolmen vuoden kuluttua jonkinlaisia tunnon/motoriikan oireita (7). Lisäksi on havaittu, että potilaat, jotka toipuvat nopeasti, ovat niitä, jotka yleensäkin toipuvat tästä vävasta kokonaan.

Kirjallisuutta

1. Ferrante MA, Wilbourn AJ. Lesion distribution among 281 patients with sporadic neuralgic amyotrophy. *Muscle Nerve* 2017 Jun;55(6):858-61. doi: 10.1002/mus.25422.
2. IJspeert J, Janssen J, Renske MJ, van Alfen N. Neuralgic amyotrophy. *Current Opinion in Neurology* 2021;34(5): 605-12. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000968
3. Parsonage MJ, Turner JWA. Neuralgic amyotrophy: the shoulder-girdle syndrome. *Lancet* 1948; 1:973-8.
4. Van Eijk JJ, Groothuis JT, Van Alfen N. Neuralgic amyotrophy: an update on diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Muscle Nerve* 2016; 53:337-50. doi: 10.1002/mus.25008
5. van Alfen N, van Eijk JJ, Ennik T, Flynn SO, Nobacht IE, Groothuis JT, et al. Incidence of neuralgic amyotrophy (Parsonage Turner syndrome) in a primary care setting—a prospective cohort study. *PLoS ONE* 2015;10:e0128361. doi: 10.1371/journal.pone.0128361
6. Martínez-Aparicio C, Jääskeläinen SK, Puksa L, Reche-Lorite F, Torné-Poyatos P, Paniagua Soto J, Falck B. Constitutional risk factors for focal neuropathies in patients referred for electromyography. *Eur J Neurol* 2020;27(3):529-35. doi: 10.1111/ene.14118.
7. van Alfen N, van Engelen BG. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brain* 2006; 129:438-50. doi: 10.1093/brain/awh722
8. Feinberg JH, Radecki J. Parsonage-turner syndrome. *HSS J* 2010;6(2):199-205. doi: 10.1007/s11420-010-9176-x.
9. Arányi Z, Csillik A, Dévay K, Rosero M, Barsi P, Böhm J, et al. Ultrasonographic identification of nerve pathology in neuralgic amyotrophy: enlargement, constriction, fascicular entwinement, and torsion. *Muscle Nerve* 2015; 52:503-11. doi: 10.1002/mus.24615 US
10. Arányi Z, Csillik A, Dévay K, Rosero M, Barsi P, Böhm J, et al. Ultrasonography in neuralgic amyotrophy: sensitivity, spectrum of findings, and clinical correlations. *Muscle Nerve* 2017; 56:1054-62. doi: 10.1002/mus.25708 US
11. Sneag DB, Rancy SK, Wolfe SW, Lee SC, Kalia V, Lee SK, et al. Brachial plexitis or neuritis? MRI features of lesion distribution in Parsonage-Turner syndrome. *Muscle Nerve* 2018; 58:359-66. doi: 10.1002/mus.26108
12. Bäumer P, Kele H, Xia A, Weiler M, Schwarz D, Bendszus M, Pham M. Posterior interosseous neuropathy: Supinator syndrome vs fascicular radial neuropathy. *Neurology* 2016;1; 87:1884-91. doi: 10.1212/WNL.0000000000003287
13. Vastamäki M. Prompt interfascicular neurolysis for the successful treatment of hourglass-like fascicular nerve compression. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36(2):122-4. doi: 10.1080/02844310273575329.
14. Vastamäki M. Hermon faskikulaarinen kompressio. *Duodecim* 2004;120(5):599-602. PMID: 15060997
15. Pham M, Bäumer P, Meinck HM, Schiefer J, Weiler M, Bendszus M, Kele H. Anterior interosseous nerve syndrome: fascicular motor lesions of median nerve trunk. *Neurology* 2014; 82:598-606. doi: 10.1212/WNL.0000000000000128.
16. van Eijk JJ, van Alfen N, Berrevoets M, van der Wilt GJ, Pillen S, van Engelen BG. Evaluation of prednisolone treatment in the acute phase of neuralgic amyotrophy: an observational study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009;80:1120-4. doi: 10.1136/jnnp.2008.163386

Nomigrin 85 mg/500 mg kalvopäällysteiset tabletit

Vaikuttava aine: Sumatriptaanisuksinaatti ja naprokseeninatrium. **Käyttöaiheet:** Ennako-oirein tai ilman niitä esiintyvien migreenikohtausten päänsärkyvaiheen kohtaushoitoon aikuisille, joille hoito pelkästään sumatriptaanilla ei riitä. **Annostus- ja antotapa:** Nomigrin on tarkoitettu aikuisille migreenin akuuttihoitoon, eikä sitä pidä käyttää profylaktisesti. Otetaan mahdollisimman pian migreenipäänsäryn alkamisen jälkeen. Se tohoaa kuitenkin missä tahansa päänsärkykohtauksen vaiheessa otettuna. Suositeltu annos aikuisille on yksi tabletti. Jos ensimmäinen annos ei tuo helpotusta migreenikohtaukseen, toista annosta ei pidä ottaa saman kohtauksen aikana. Jos oireet ovat helpottuneet ensimmäisen annoksen jälkeen mutta ne uusiutuvat, potilas voi ottaa toisen annoksen. Annosten välissä on oltava vähintään kaksi tuntia. Suurin suositeltu kokonaisannos 24 tunnin aikana on 2 tablettia. Tabletit niellään kokonaisina veden kera. Tabletteja ei saa jakaa, murskata eikä pureskella. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttaville aineille tai apuaineille. Vasta-aiheinen potilailla joilla on ollut sydäninfarkti tai iskeeminen sydänsairaus, sepelvaltimospasmi, perifeerinen verisuonitauti tai iskeemisen sydänsairauden oireita tai löydöksiä, aivohalvaus tai TIA, aiemmin todettu ibuprofeenin, asetyylisalisyylihapon tai muiden tulehduskipulääkkeiden aiheuttama yliherkkyysreaktio, ruuansulatuskanavan verenvuoto tai perforaatio, joka on liittynyt tulehduskipulääkityksen käyttöön, aktiivinen peptinen haava tai ruuansulatuskanavan verenvuoto tai toistuvia aiempia episodeja, keskivaikea tai vaikea hypertonia tai lievä hoitamaton hypertonia, vaikea sydämen tai munuaisten vajaatoiminta tai paheneva munuaissairaus ja vaikea tai keskivaikea maksan vajaatoiminta tai aktiivinen maksasairaus. Ei saa käyttää raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. Tarkemmat tiedot ks. valmisteyhteenveto. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Nomigrin-valmistetta saa käyttää vain, kun migreenin diagnoosi on varma. Ei ole tarkoitettu hemiplegisen, basilaarisen tai oftalmoplegisen migreenin hoitoon. Potentiaalisesti vakavat neurologiset tilat on poissuljettava huolellisesti ennen Nomigrin-hoidon aloittamista, jos potilaalla on epätyypillisiä oireita tai sumatriptaanin käyttö ei perustu asianmukaiseen diagnoosiin. Muut varoitukset ja varotoimet ks. valmisteyhteenveto. **Yhteisvaikutukset:** Nomigrin-valmisteella ei ole tehty yhteisvaikutustutkimuksia. Valmisteeseen liittyvät yhteisvaikutukset ovat oletettavasti samoja kuin erillisillä aineosilla (sumatriptaanisuksinaatti ja naprokseeninatrium). Sumatriptaanin ja naprokseenin yhdistelmää ei saa käyttää samanaikaisesti ergotamiiniin tai ergotamiini johdosten (metysergidi mukaan lukien) tai minkä tahansa triptaanin/5-hydroksitryptamiini (5-HT1) -reseptoriagonistin kanssa. Eikä samanaikaisesti reversiibelien (esim. moklobemidi) tai irreversiibelien (esim. selegiiliini) monoamiinioksidaasin (MAO:n) estäjien kanssa tai kahteen viikkoon siitä, kun hoito MAO:n estäjillä on lopetettu. Muut yhteisvaikutukset ks. valmisteyhteenveto. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Naprokseeni voi heikentää hedelmällisyyttä, eikä sitä suositella naisille, jotka yrittävät tulla raskaaksi. Nomigrin-tabletteja ei pidä käyttää raskauden ensimmäisen ja toisen raskauskolmanneksen aikana, ellei käyttö ole ehdottoman välttämätöntä. Jos raskautta yritetään tai ensimmäisellä/toisella raskauskolmanneksella oleva nainen käyttää naprokseenin ja sumatriptaanin yhdistelmää, on käytettävä mahdollisimman pientä annosta ja mahdollisimman lyhytkestoisesti. Nomigrin on vasta-aiheista kolmannen raskauskolmanneksen aikana. Sumatriptaanin ja naprokseenin yhdistelmä saattaa aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia imeväiselle. Tästä syystä on päätettävä, lopetetaanko rintaruokinta vai lopetetaanko sumatriptaani-naprokseenihoito ottaen huomioon rintaruokinnasta aiheutuvat hyödyt lapselle ja hoidosta koituvat hyödyt äidille. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Nomigrin voi aiheuttaa uneliaisuutta ja huimausta, mikä voi vaikuttaa ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Nomigrin-valmiste sisältää sekä sumatriptaanisuksinaattia että naprokseeninatriumia, joten valmisteen käyttöön voi liittyä samoja haittavaikutuksia kuin näiden lääkeaineiden käyttöön erikseen. **Sumatriptaani: Yleiset:** Huimaus, pistely, uneliaisuus, aistitoimintojen häiriöt, mukaan lukien parestesia ja heikentynyt tuntoaisti, ohimenevä verenvainen nousu pian lääkkeenoton jälkeen, punoitus, hengenahdistus, pahoinvointi ja oksentelu, painon tunne, myalgia, kipu, kuumotus tai kylmän tunne, puristava tunne, heikotus ja uupumus. **Naprokseeni: Hyvin yleiset:** Ylävatsakipu, närästys, pahoinvointi ja ummetus. **Yleiset:** Päänsärky, huimaus, pyöritys, näköhäiriöt, tinnitus, kuulohäiriöt, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, suutulehdus, ripuli, oksentelu, dyspepsia, kutina, ihottumat, urtikaria, lisääntynyt hikoilu, purppura, ekkymooosi ja väsyneisyys. Muut haittavaikutukset ks. valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja hinnat 1.2.2024** (vmh sis. alv): **85 mg/500 mg 9 tabl.** 38,74 €. **Korvattavuus:** Peruskorvattava. **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto.

Orion Pharma 2/2024



Orion on suomalainen avainlippuyritys.

