

ILKKA LEHTINEN
päällikkö, Ylen asiaohjelmat

Kalson sensuurisyytökset ovat perusteettomia

HUS:n kipuklinikan ylilääkäri Eija Kalso väittää Lääkärilehden verkkosivulla 30.10. julkaistussa kommenttikirjoituksessaan (1), että Yle olisi sensuroinut hänen haastatteluaan 25.10. Yle TV1:ssä esitetystä Akuutti-ohjelmassa. Lisäksi hän antaa ymmärtää, että Yle edistää kannabiksen käyttöä lääkkeenä.

Kumpikaan väitteistä ei pidä paikkaansa.

Akuutissa toimittaja avasi keskustelua lääkekannabiksen käytön ja tutkimuksen nykytilasta. Aihetta käsiteltiin monipuolisesti. Ohjelmassa oli mukana ihmisiä, joilla on kokemusta lääkekannabiksesta sekä asiantuntijoita puolesta ja vastaan.

Peruskysymys kuului, miten lääkekannabikseen suhtaudutaan Suomessa. Haastateltavana oli myös Kalso, koska hän on johtava kipuasiantuntija Suomessa. Toista näkemystä edusti kanadalainen lääkekannabiksen erityisasiantuntija Michael Verbora.

Kalson haastattelusta on käytetty otteita, mikä on tavallista tv- ja radio-ohjelmissa. Hän vastaa otteissa kysymyksiin, joita hänelle on esitetty. Otteiden valinta on toimituksen, ei haastateltavan oikeus ja osa toimituksen journalistista itsenäisyyttä ohjelmaa tehtäessä.

Valittu esitystapa on problematisoiva ja kenties poleeminenkin. Ohjelmalla on aina myös oma käsikirjoituksensa, jonka avulla kerronnasta tehdään kiinnostavaa. Tv-ohjelma ei ole luento. Koska ohjelmaan haastateltiin kahdeksaa eri ihmistä, ennakkokatselua ei valitettavasti aikalaulusyistä pystytty järjestämään.

Kalson näkemykset ovat laajasti tiedossa ja myös Yle on haastatellut häntä vuosien saatossa useissa eri yhteyksissä. Akuutti-ohjelmassa ja siihen liittyvässä verkkoartikkelissa kaksi vuotta sitten (10/2015) Kalso kertoi pitkään lääkekannabiksen tutkimuksesta ja haittavaikutuksista. Tiedeykkönen (Yle Radio 1) käsitteli viikolla 43 koko lähetyksen verran lääkekannabista ja myös Kalso oli mukana ohjelmassa.

Sensuurista syyttäminen on vakava asia, varsinkin kun Kalso itse on saanut puheenvuoron Ylellä vuosien saatossa monta kertaa.

Yle tuo sisällöllään esiin suomalaisia kiinnostavia asioita ja ilmiöitä sekä erilaisia näkemyksiä. Näiden näkemysten joukossa on ollut monesti myös Kalson ja monien muiden asiantuntijoiden ja tutkijoiden käsitykset ja mielipiteet. ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Kalso E. Miksi Yle sensuroi asiantuntijoita? Kommentti, 30.10.2017. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/miksi-yle-sensuroi-asiantuntijoita/>

EIJA KALSO
LKT, professori
ylilääkäri, Kipuklinikka/HYKS

Eikö journalisteja saa arvostella?

Haluan vielä selventää, miksi olen eri mieltä Ylen kanssa. Yle on verovarjoilla ylläpidetty media, jolla on voimakas vaikutus suomalaisiin. Tiedon pitää olla kiinnostavaa – mutta myös vastuullista.

Tunnin haastattelustani käytettiin Akuutti-ohjelmassa pari minuuttia. Kaikkein tärkein, se miksi minä – kivunhoidon ja kipulääkkeiden asiantuntija – suhtaudun varauksellisesti kannabikseen, oli jätetty pois.

Jos kannabis on niin tehokasta kuin ohjelmassa esitettiin, potilaiden on vaikea ymmärtää, miksei suurin osa lääkäreistä kirjoita sitä kivunhoitoon. Kannabista haluavien määrät lisääntyvät, ja kipuklinikat ovat jo muutenkin ylikuormitettuja. On entistä vaikeampi selittää, miksi kannabista harkitaan vain harvoille potilaille.

Jos olisin saanut esittää perusteluni, en myöskään ehkä saisi päivittäin vihapostia, jossa mi-

nuu syytetään sydämettömäksi lääkäriksi, jonka tulisi hankkia lisäkoulutusta kannabiksesta.

Potilailla ja kansalaisilla olisi ollut oikeus kuulla kannabiksen käyttöön liittyvistä haitoista ja siitä, miksi siihen liittyvät ongelmat voivat olla erityisen merkityksellisiä osalle kroonisista kivuista kärsivistä potilaista. Akuutit haitat eivät olleet ydinasia. Katsoin että minulla oli velvollisuus puhua pidempiaikaisista haitoista, siksi suostuin ohjelmaan. Voidakseen arvioida kannabiksen sopivuutta kroonisille kipupotilaille asiantuntijalla täytyy myös olla kokemusta heidän hoidostaan.

Haastateltujen valintaa ohjelmaan ei myöskään voi pitää tasapuolisena. Kaksi käyttää kannabista. Lisäksi haastateltiin kannabisliiton puheenjohtajaa, kannabismuseon johtajaa ja kahta kannabisyrityksen edustajaa. Näistä toinen edusti Bedrocanin valmistajaa. Toinen potilaista esitteli Bedrocanin käyttöä. Kanadalainen kannabiksen ”erityisasiantuntija” Michael Verbora toimii lääketieteellisenä johtajana Canabo Medical Corporationissa, joka omistaa lukuisia kannabinoidihoitoihin keskittyneitä klinikoita Kanskassa. Verboralta ei löydy tieteellisiä julkaisuja.

► Lue aiheesta myös Ajassa-sivuilta, s. 2574.

Kahdeksas haastateltu sentään ymmärsi varuksellisia näkemyksiäni. Hän edusti Hollannin terveysministeriötä.

Suostuin haastatteluun vain sillä ehdolla, että saan nähdä etukäteen, mitä osia haastattelustani käytetään. Mikä pätkä otetaan ja mihin yhteyteen se sijoitetaan, vaikuttaa merkittävästi sanoman sisältöön. Jos suullisen lupaukseen ei voi luottaa, tarvitaanko jatkossa kirjallinen sopimus?

Toivon että jatkossa tämäntyyppisiä ohjelmia tehtäisiin enemmän yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Ehdotin tätä minua valehtelusta syyttäneelle Ylen asiaohjelmien päällikölle. Päällikkö vastasi, että otteiden valinta on toimituksen, ei haastateltavan oikeus ja osa toimituksen journalistista itsenäisyyttä. Kysymyksiini journalismin vastuusta hän ei ottanut kantaa.

Prosessi opetti minulle, että journalisti saa arvostella, mutta journalistia ei. Ymmärrän, että journalismin vapaus on demokratian peruspilareita, mutta jos journalisteja ei saa arvostella eikä heiltä voi edellyttää vastuullisuutta, ei journalismi enää toteuta demokratian periaatteita. ●

TIMO POHJOLAINEN
LKT, dosentti, fysiatrian erikoislääkäri
Helsinki Hospital

JARI AROKOSKI
LT, osastonylilääkäri, fysiatrian professori
HYKS, fysiatrian klinikka
Helsingin yliopisto

JARO KARPPINEN
LT, fysiatrian dosentti
Oulun yliopisto ja
Työterveyslaitos

SIDONNAISUUDET
Timo Pohjolainen: Ei sidonnaisuuksia.
Jari Arokoski: Luentopalkkiot (Pfizer, Mundipharma, Orion).
Jaro Karppinen: Konsultointi (Axsome Therapeutics Inc.), luentopalkkiot (Pfizer, MSD, Orion).

Tenniskyynärpään leikkaushoitoon suhtauduttava kriittisesti

Ortopedi Tuomas Lähdeoja ym. käsittelevät kat-sausartikkelissaan Lääkärilehdessä 40/2017 (1) tenniskyynärpään hoitoa. Kirjoittajat suhtautuvat lääkehoitoon, injektioihin ja fysioterapiaan asianmukaisen kriittisesti. Kirurgiasta todetaan, että näyttö vaikuttavuudesta on vaatimatonta eikä ole tutkimuksia, joissa kirurgiaa on verrattu lumekirurgiaan, konservatiiviseen hoitoon tai hoitamattomuuteen.

Kirurgian käsittely artikkelissa keskittyy suomalaisen hoitokäytäntöön, jonka mukaan leikkaushoitoa voidaan harkita, jos oireet eivät väisty vuoden kuluessa. Artikkelissa esitetään ”vakiintuneen leikkaushoidon” tekniikka ja samal-

la todetaan, että se perustuu vuonna 1979 julkaistuun kontrolloimattomaan retrospektiiviseen 88 potilaan sarjaan (2). Tutkimus on laadultaan heikko.

Kirurgista hoitoa ei käsitellä artikkelissa samalla kriittisyydellä ja tiukkuudella kuin muita hoitoja. Onko olemassa vakiintunutta leikkaus-tekniikkaa, koska tekniikat vaikuttavat vaihtelevan talo- ja kirurgikohtaisesti? Artikkelin kirurgiaa käsittelevä osa on ristiriidassa Luonnollinen taudinkulku -otsikon alla olevan sisällön kanssa.

Käypä hoito -suosituksessa tenniskyynärpään kirurgisesta hoidosta on tehty näytönaste-

katsaus. Suosituksen mukaan kirurgisen hoidon vaikuttavuudesta epikondyliitin hoidossa ei ole näyttöä vertailevista tutkimuksista eikä leikkaukselle ole selviä aiheita (3). Aiheesta on tehty myös Cochrane-katsaus (4). Katsaukseen löytyi vain viisi kirurgista hoitoa käsittelevää tutkimusta. Katsauksen mukaan kirurgiset interventiot olivat heterogeenisiä, otoskoot pieniä ja tulosmittarit huonosti raportoituja. Päätelmänä oli, että kirurgisen hoidon vaikuttavuudesta on riittämättömästi tietoa ja mahdolliset hoidot ovat vielä selvittämättä.

Tieteellisesti ei ole näyttöä, että vuoden oireilun jälkeen kirurginen hoito olisi luonnollista kulkua tai muita hoitoja tehokkaampaa eikä tiedetä, että vuoden jälkeen jokin alaryhmä hyötyisi leikkauksesta. Artikkelin lopuksi todetaan, että lääkärin tehtävänä on tehdä diagnoosi, lääkitä kipua, välttää haitallisia injektioita ja

tukea potilasta, kunnes tauti paranee itseksensä. Erityisen tärkeää nykytiedon mukaan on välttää invasiivista, kallista ja komplikaatioaltista leikkaushoitoa, josta ei ole vaikuttavuusnäyttöä. Lisäksi leikkaushoidon jälkeen tarvitaan aina sairauspoissaoloa, joka muuten ei ole aina välttämätön. ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Lähdeoja T, Karjalainen T, Pääkkönen M, Salmela M. Tenniskyynärpää – hoitamatta paras? Suom Lääkäril 2017;72:2235–8.
- 2 Nirschl RP, Pettrone FA. Tennis elbow. The surgical treatment of lateral epicondylitis. J Bone Surg Am 1979;61(6A):832–9.
- 3 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet. Käypä hoito -suositus 10.5.2013. www.kaupahoito.fi
- 4 Buchbinder R, Johnston RV, Barnsley L, Assendelft WJ, Bell SN, Smidt N. Surgery for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev 2011 Mar 16;(3):CD003525. doi: 10.1002/14651858.CD003525.pub2.

MARTTI VASTAMÄKI
LKT, käsikirurgian dosentti
Bulevardin klinikka, Helsinki

SIDONNAISUUDET
Martti Vastamäki: Ei sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Lähdeoja T, Karjalainen T, Pääkkönen M, Salmela M. Tenniskyynärpää – hoitamatta paras? Suom Lääkäril 2017;72:2235–8.
- 2 Vastamäki M, Paavilainen P, Jokiranta J. Tenniskyynärpää – pitkälinen ja kivulias vaiva. Suom Lääkäril 2013;68:2281–6.

Kirurgiaa ei pidä hylätä kokonaan

Ortopedi Tuomas Lähdeojan ym. katsausartikkeli Lääkärilehdessä 40/2017 on varmasti tervetullut lisä vuonna 2013 julkaistuun yhdessä kahden kollegan kanssa kirjoittamaani artikkeliin Tenniskyynärpää – pitkälinen ja kivulias vaiva (2). Tuoreessa artikkelissa on kuitenkin sama ongelma kuin oli 10 vuotta sitten julkaisussa Käypä hoito -suosituksessa: pitkittyneestä vaivasta kärsivien tenniskyynärpääpotilaiden kanssa kamppailevalle kollegalle ei oikeasti anneta muita ohjenuoria kuin kipulääkehoito ja almanakan tähytely.

Vaikka tutkittua näyttöä ei ole kertynyt, käytännön kokemusten mukaan ainakin joskus auttaviksi todettujen hoitojen täydellinen nihilointi ei ole paikallaan. Nyt tarjottujen vaihtoehtojen hyväksyminen on vaikeaa kivuliasta kroonista tenniskyynärpäävaivaa sairastavalle nuorelle, joka haluaa takaisin työhön. Oikeastaan pidän taitovirheenä hylätä selkeässä tenniskyynärpäässä tennissiteen tai rannelastan käyttöä.

Kirjoitin 10 vuotta sitten Käypä hoito -suosituksesta, että esim. tenniskyynärpään kohdistuva ”minimaalinen” kirurgia eli pelkästään ECRB-origon saneeraus on tietyissä harvinaisissa tilanteissa potilaan, lääkärin ja yhteiskunnan etu, vaikka tutkittu näyttö voikin olla hatara. Tilanne on sama edelleen. Kirurgiaa ei pidä kokonaan hylätä tässäkin taudissa.

Itse olen leikkannut tenniskyynärpäitä koko 50-vuotisen lääkäriurani aikana noin 30. Määrä on varsin pieni, kun hoidettuja tenniskyynärpäitä on varmasti nelinumeroinen luku. Potilaat palaavat työhönsä yleensä parissa kuukaudessa leikkauksen jälkeen. En muista yhtään huonoa tulosta. ●

TUOMAS LÄHDEOJA

LL, ortopedi
HUS Töölön sairaala
tuomas.lahdeoja@hus.fi

TEEMU KARJALAINEN

LT, käsikirurgi
Keski-Suomen keskussairaala

MARKUS PÄÄKKÖNEN

dosentti, käsikirurgi, yleiskirurgi
TYKS

MIKKO SALMELA

LL, ortopedi
HUS Töölön sairaala

SIDONNAISUUDET:

Tuomas Lähdeoja: Luentopalkkiot (Orton, Pfizer).
Teemu Karjalainen: Luentopalkkiot (Summed Oy), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Articular Finland Oy).
Markus Pääkkönen, Mikko Salmela: Ei sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Pohjolainen T, Arokoski J, Karppinen J. Tenniskyynärpään leikkaushoitoon suhtauttava kriittisesti. Suom Lääkäril 2017;72:2583–4.
- 2 Vastamäki M. Kirurgiaa ei pidä hylätä kokonaan. Suom Lääkäril 2017;72:2584.
- 3 Lähdeoja T, Karjalainen T, Pääkkönen M, Salmela M. Tenniskyynärpää – hoitamatta paras? Suom Lääkäril 2017;72:2235–8.
- 4 Kinaci A, Neuhaus V, Ring D. Surgical procedures of the elbow: a nationwide cross-sectional observational study in the United States. Arch Bone Jt Surg 2015;3:13–8.
- 5 THL: Somaattinen erikoissairaanhoido 2014–2015. Tilastoraportti 10/2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201704206213>

Taidokas viisveisaaminen on hyväksi havaittu toimintatapa

Kiitämme kollegoita Pohjolainen, Arokoski, Karppinen ja Vastamäki arvokkaista kommentteista (1,2) koskien katsaustamme (3). Kuten hyvin ilmenee, perspektiivi vaikuttaa voimakkaasti siihen, miten tulkitsemme tutkimustuloksia tai kirjoituksia. Yhdelle sama kirjoitus voi ilmetä kirurgian nihilointina ja toiselle liiallisena kritiikkittömyytenä.

Toteamme katsauksessamme, että liki millään tenniskyynärpään hoidoilla ei näytä olevan osoitettua vaikuttavuutta. Emme suosita kirurgista hoitoa, vaan toteamme tutkimusnäytön olevan puutteellista. Kirurgian ja injektiohoitojen tehon ja vaikuttavuuden tutkimustiedossa on yön ja päivän ero: Injektiohoitojen hyöty näyttää nykytiedon valossa ohimenevältä, haitat selviltä ja tutkimuksia on tehty lukuisia. Kirurgisen hoidon tehon ja vaikuttavuuden tutkimusnäyttö puuttuu täysin ja haparoimme pimeässä.

Yhdymme fysiatrikollegoidemme näkemykseen siitä, että ei ole näyttöä, että vuoden oireilun jälkeen kirurginen hoito olisi luonnollista kulkua tai muita hoitoja parempaa eikä tiedetä, että 1–2 vuoden jälkeen jokin alaryhmä hyötyisi leikkauksesta. Leikkauksia kuitenkin tehdään. Yhdysvalloissa tehtiin vuonna 2006 liki 50 000 kyynärpään entesopatian leikkausta (4) ja Suomessa vuonna 2015 tehtiin 124 leikkausta toimenpidetekoodilla NCL22 ja 37 koodilla NCL20 (5). Näistä kaikista valtaosa lienee tenniskyynärpään hoitoja. Leikkaustekniikoita on kuvattu lukuisia, joista yhdenkään ei ole osoitettu olevan selvästi muita parempi. Eri tekniikoita vertailevien tutkimusten perusteella ”vähemmän on enemmän”. Tämäkin havainto on omiaan lisäämään epäilyksiä siitä, onko kirurgia ylipäänsä hyödyllistä.

Luimme mielenkiinnolla myös käsikirurgi Martti Vastamäen kokemuksista. Valtavasta tenniskyynärpääpotilaiden joukosta leikkaushoitoon oli päädytty vain noin 30 potilaan kohdalla. Käyttämäänsä leikkaushoidon indikaatioita dosentti Vastamäki ei kirjoituksessaan tuo ilmi. On mahdollista, että jokin potilasryhmä tai taudin muoto voi hyötyä kirurgiasta, mutta

toistaiseksi ei ole tutkimusnäyttöä tämän puolesta eikä keinoa valikoida leikkaukseen niitä potilaita, jotka siitä osoitetusti hyötyisivät. Toki myös kirjoittajilla on anekdootteja potilaista, jotka ovat parantuneet tenniskyynärpääleikkauksen jälkeen ja harvakseltaan näitä toimenpiteitä teemme.

Englannin kielen termi ”skillful neglect” – joka voisi taipua suomeksi taidokkaaksi viisveisaamiseksi – kuvaa mielestämme parasta toimintatapaa tenniskyynärpään näyttöön perustuvassa hoidossa, joskin sen lisäksi potilaan tukeminen ja hyvästä ennusteesta kertominen on tärkeää. Se, että meillä ei ole tarjota toimivia hoitoja, ei ole peruste sille, että tarjoamme ”hyväksi havaittuja” hoitoja kunnes toisin osoitetaan. Yksittäisten lääkäreiden hyviin kokemuksiin tai vertailuryhmättömiin potilassarjoihin perustuvia hoitoja tulisi tässäkin taudissa välttää. Näyttöön perustumattomista ”hoidoista” on varoittavia esimerkkejä tuki- ja liikuntaelinten kirurgian saralta enemmänkin, näistä kansantaloudellisesti mittavin harharetki lienee polven kierukkarappeuman kirurginen ”hoito”.

Kirurgisen hoidon teho ja vaikuttavuus tulee arvioida hyvin tehdyissä satunnaistetuissa kokeissa. Täydellisessä maailmassa nämä tutkimukset vieläpä tehtäisiin ennen menetelmien laajamittaisempaa käyttöönottoa, ehkäpä jopa niin että leikkaustoimilta edellytettäisiin lääkehoitojen kaltaista osoitusta tehosta ja turvallisuudesta ennen myyntiluvan ja Kela-korvausten saamista. Tenniskyynärpään kirurgisen hoidon saralla tällaisia tutkimuksia on tiettävästi meneillään kaksi: Kanadassa lumekirurgiakontrolloitu tutkimus (NCT02236689) sekä suomalainen Finite-trial (NCT02425982), joka on pilottivaiheessa. ●