

Paraneeko paksusuolen divertikuliitti ilman mikrobilääkkeitä?

Huolimatta mikrobilääkkeiden keskeisestä merkityksestä monien infektiosairauksien hoidossa niiden runsaalla käytöllä on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta myös paljon haittavaikutuksia. Lasten korvatulehdusten, poskiontelotulehdusten ja joidenkin muidenkin sairauksien yhteydessä on rutiinimaista mikrobilääkehoitoa rajoitettu, ainakin niissä kehittyneissä maissa, joissa hoitosuositukset perustuvat tutkimustuloksiin.

Paksusuolen divertikuloosia esiintyy länsimaissa jo kolmanneksella yli 45-vuotiaista ja kahdella kolmanneksella yli 85-vuotiaista. Vaikka vain 10–25 % potilaista saa divertikuliitin (yleensä sigmasuolessa olevan divertikkelin puhkeamisen aiheuttaman suolen paikallisen tulehduksen), väestön ikääntymisen myötä tauti muodostaa merkittävän ja suurenevan osan päivystyspoliklinikoiden kirurgisesta potilasjoukosta.

Mikäli tulehdusprosessi ei rajoitu suolen seinämään vaan laajenee vapaaseen vatsaonteloon ulottuvaksi perforaatioksi, johon liittyy yleistynyt vatsakalvon tulehdus, hoitona on

päivystysleikkaus. Siinä poistetaan infektiolähteenä oleva sairas suolenosa ja puhdistetaan vatsaontelo. Valtaosassa tapauksista tauti on kuitenkin rajoittunut paksusuolen seinämään ja sen välittömään ympäristöön, jolloin tavanomaisena hoitona on ollut laskimonsisäisesti aloitettu ja suun kautta kotona jatkettu mikrobilääkekuuri. Tämä on vaatinut ainakin lyhytaikaisen sairaalahoidon.

Ruotsalaiset kollegat ovat kyseenalaistaneet rutiinimaisen mikrobilääkehoidon hyödyn komplisoitumattomassa divertikuliitissa satunnaisesti monikeskustutkimuksessa, jossa tietokonetomografialla varmistettu paksusuolen vasemman puolen divertikuliitti hoidettiin joko mikrobilääkkeellä (314 potilasta) tai ilman sitä (309 potilasta) (Chabok A ym. *Br J Surg* 2012;99:532). Komplikaatioita (manifestoitunut perforaatio, paise) esiintyi kolmella potilaalla mikrobilääkeryhmässä (kaikille tehtiin päivystysleikkaus) ja kuudella potilaalla ilman mikrobilääkkeitä hoidetuista (yksi leikattiin, viisi hoidettiin perkuutaanisella kanavoinnilla ja mikrobi-

lääkkeellä). Sairaalahoidoajat olivat yhtenevät molemmissa ryhmissä (mediaani kolme vuorokautta). Tauti uusiutui vuoden seuranta-aikana yhtä usein (16 %), ja seuranta-aikana leikkausta tarvitsi kuusi potilasta ilman mikrobilääkkeitä hoidetuista ja kaksi mikrobilääkeryhmästä. Mitkään näistä eroista eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Tutkijoiden päätelmänä oli, että komplisoitumattomassa divertikuliitissa mikrobilääkehoito ei nopeuta paranemista eikä vähennä komplikaatioita tai taudin uusiutumisriskiä. He pohtivat myös sitä, voitaisiinko potilaat kotiuttaa ilman vuodeosastoseurantaa, koska riski saada komplikaatioita oli vain 1,4 %.

Onko sitten syytä muuttaa tämän yhden vaikkakin erittäin hyvin tehdyn tutkimuksen perusteella nykyistä hoitokäytäntöä, on vähintään keskustelun arvoinen asia. Odotammeko varmistavaa tutkimusta vai muutammeko hoitoa nyt, siinäpä tuhannen taalan tai oikeastaan satojen tuhansien eurojen kysymys. ■ ALe