

# Ohutsuolitukos voidaan usein hoitaa laparoskooppisesti

Kiinnikkeiden aiheuttama ohutsuolitukos on yleisimpiä vatsan alueen päivystyskirurgisia ongelmia ja johtaa päivystysleikkaukseen noin neljäosalla potilaista. Leikkauksessa katkaistaan kurova kiinnike, arvioidaan suolen vitaliteetti ja usein suoli tyhjenetään lypsämällä sisältö vastavirtaan mahalaukuun ja sieltä edelleen nenä-mahaletkulla ulos. Avoleikkaus edellyttää riittävän ison leikkausviillon, josta toipuminen vaatii useamman päivän sairaalahoidon. Vaikka ensimmäisestä laparoskooppisesti tehdystä kiinnikkeenvapautusleikkauksesta on kulunut yli 20 vuotta, on laparoskopian rooli ohutsuolitukoksen hoidossa edelleen epäselvä.

Yhdysvaltalaiset kirurgit Phoenixista analysoivat takautuvasti kaikki kirurgisesti hoidetut akuutit ohutsuolitukokset viiden vuoden ajalta (Johnson JK ym. J Trauma 2012;72:25). Potilaita oli 119 ja laparoskopiaryhmässä 40 % leikkauksista konvertoitiin avoimiksi. Suoliresektio oli tarpeen 8 %:lla laparoskopiaryhmän potilaista ja 64 %:lla konversioleikkauspotilaista. Laparoskopialeikkaus kesti keskimäärin puoli tuntia vähemmän kuin konversio- tai avoleikkaus, eikä yksikään kokonaan laparoskooppisesti hoidetuista potilaista tarvinnut myöhemmin suoliresektiota. Kuolleisuutta ei esiintynyt,

ja laparoskopiaryhmässä hoitoaika oli keskimäärin kolme vuorokautta lyhyempi kuin avoleikkauspotilailla.

Tutkijoiden päätelmä on, että laparoskopia sopii ensisijaiseksi kirurgiseksi lähestymistavaksi useimmille ohutsuolitukospotilaille ja toimenpide voidaan tehdä kokonaan laparoskooppisesti merkittävälle osalle näistä potilaista (32 % tässä aineistossa). Etenkin ne potilaat, joilla on vähän tai ei ollenkaan aiempia vatsaleikkauksia, yksittäinen selvä suolen läpimitan muutoksen (transitiokohta näkyvässä esimerkiksi tietokonetomografiassa) aiheuttama kiinnike, ns. "closed loop" -tukos tai epäily strangulaatiosta, sopivat heidän mielestään hyvin laparoskopiasteitse aloitettavaan leikkaukseen. Yksinkertaisessa tukoksessa riittää usein kiinnikkeen katkaisu, jolloin suoli vapautuu ja tyhjenee itsestään peristaltiikan myötä. Toimenpiteestä toipuminen on nopeaa, ja potilas kotiutuu ja on työkykyinen nopeammin kuin avoleikkauksen jälkeen. Tärkeätä on toki muistaa, että moneen kertaan leikattu kiinnikevatsa, erittäin laajat suolenmutkat, kliinisesti selvä strangulaatio, epäily tuumorista tai muu syy, minkä vuoksi laparoskooppinen lähestymistapa ei ole turvallinen tai mahdollinen, on edelleenkin perusteltua hoitaa avoleikkauksella. ■ ALE