

Akuutti sappikivitauti leikattava mahdollisimman pian

Monissa vatsan elinten tulehdustau- deissa, joissa tulehduksen katsotaan rajoittuneen paikallisesti, vakiintu- nut hoitomuoto on ollut tulehduksen rauhoittaminen antibiooteilla ja sai- raan elimen poisto rauhallisessa vai- heessa. Tiedon ja osin myös päivys- tyleikkauskapasiteetin lisääntymisen myötä varhaisvaiheen leikkaukset ovat yleistyneet. Akuutin kolekystii- tin hoidossa sappirakon varhainen laparoskooppinen poisto on yleisin hoitomuoto ja sen hyödyllisyydestä on vastikään ilmestynyt useampi tut- kimus.

Väestöpohjaisessa kanadalais- tutkimuksessa analysoitiin 25 397 akuutin kolekystiitin sairastanutta potilasta, joista 10 304:ää (41 %) ei leikattu varhaisvaiheessa (de Mest- ral C ym. *J Trauma Acute Care Surg* 2013;74:26). Todennäköisyys joutua sairaalaan konservatiivisesti hoide- tun kolekystiitin jälkeen oli 6 viikon sisällä 14 %, 12 viikon 19 % ja vuo- den sisällä 29 %. Kolmasosa kompli- kaatioista oli sappitiehyttukoksia tai akuutteja haimatulehduksia. Riski oli suurin ikäryhmässä 18–34 vuotta.

Yhdysvaltalaisutkijat selvittivät preoperatiivisen viiveen merkitys- tä akuutin kolekystiitin varhaisessa

leikkaushoidossa 5 268 potilaan ai- neistosta (Brooks KR ym. *J Trauma Acute Care Surg* 2013;74:167). Sai- raalaantulopäivänä leikattiin 50 % potilaista, seuraavana eli ensimmäi- senä päivänä 33 %, toisena 10 %, kolmantena 4 % ja loput 4 % 4–7 vuorokauden kuluessa. Vaikka 30 päivän kuolleisuudessa tai kompli- kaatioissa ei ollut merkitsevää eroa eri aikoina leikattujen potilaiden välillä, myöhemmin leikatuilla poti- lailla konversio avoleikkaukseen ja sairaalahoidon pituus olivat merkit- sevästi suuremmat.

Taudin diagnoosi perustuu yleensä kliinisen kuvan lisäksi kaikukuvauk- seen, jota on pidetty varsin luotet- tavana. Arizonalaiskollegat kyseen- alaistivat tämän tutkimuksessaan, jossa he prospektiivisesti arvioivat 200 potilasta, jotka oli leikattu päi- vüstystapauksena oireisen sappikivi- taudin vuoksi (Kulvatunyou N ym. *J Trauma Acute Care Surg* 2012;73: 1039). Preoperatiivisen viiveen medi- aani oli 17 tuntia, ja 75 % potilaista leikattiin vuorokauden sisällä.

Kirurgin leikkausajankaisen arvion mukaan tulehtuneita sappirakkoja oli 116 (58 %) ja patologin raportin mu- kaan 54 (27 %). Verrattuna patologin

arvioon kaikukuvauksen herkkyys yk- sinään oli 38 % ja kaikkien löydösten (kliininen kuva, laboratoriotutkimuk- set, kaikukuvaus) yhdistetty herkkyys vain 16 %. Vastaavat luvut kirurgin arvioon verrattuna olivat 27 % ja 11 %. Etsittäessä luotettavia kritee- reitä akuutille kolekystiitille vain jat- kuva (ei koliikkimainen) vatsakipu oli ainoa merkittävä tekijä. Tutkimus osoitti, kuinka epäluotettavia taudin nykyiset diagnoosimenetelmät ovat. Tutkijat suosittelivatkin pikaista leik- kausta kaikille akuutin sappikivitau- din vuoksi sairaalaan tuleville, olipa heillä akuuttiin kolekystiittiin sopivat kliiniset ja kaikukuvauslöydökset tai ei. He arvelivat myös käytännöstä koituvan merkittäviä kustannussääs- töjä.

Potilaat kannattaa siis leikata mahdollisimman pian, vaikkei ultra- äänitutkimuksella kyettäisi osoit- tamaan selvää kolekystiittiä. Hoito on turvallinen, kustannustehokas ja potilas saa pikaisen helpotuksen oi- reisiinsa. Perusteet siis ovat selvät, mutta onko tahtoa ja kykyä hoitaa asia kuntoon? Kysehän on kohtalai- sen suuresta ja myös kansantaloudel- lisesti merkittävästä potilasryhmäs- tä. ■ ALE