

Krooninen alaraajahaava

Mitä uutta päivityksessä?

- Bakterikolonisaatio ja biofilimuodostus näyttävät assosioituvan kroonisen alaraajahaavan huu-noon paranemiseen. Syy-yhteys ja ilmiön kliininen merkitys ovat kuitenkin vielä osoittamatta.
- Toistaiseksi ei vielä ole tutkimustietoa siitä, voidaanko kroonisen haavan paranemista edistää ehkäisemällä biofilmin muodostumista haavaan.
- Haavapotilaan ravitseminen on päivityksessä huomioitu aiempaa laajemmin.

Keskeinen sisältö:

Esiintyvyys:

Kroonisen alaraajahaavan saa jossakin vaiheessa elämäänsä 1,3–3,6 % väestöstä. Valtaosa kroonisista alaraajahaavoista on laskimopereäisiä, mutta myös valtimoverenkierron häiriöllä on haavojen synnyssä merkittävä osuus. Muiden syiden aiheuttamat haavat ovat melko harvinaisia, mutta ne on erotusdiagnoosiin kannalta tärkeä muistaa.

Haavapotilaan kliininen perustutkimus:

Huolellisen kliinisen tutkimuksen avulla voidaan useimmiten selvittää haavan etiologia. Bakteriviljelynäytettä ei kannata ottaa, ellei haava ole infektoituneen näköinen.

Valtimoverenkierron riittävyys on aina varmistettava alkututkimuksen yhteydessä sykepalpaation ja tarvittaessa nilkka-olkavarsipainesuhteen määrittämisen avulla. Haavapotilas tulee aina lähettää verisuonikirurgin arvioon, jos epäillään valtimoverenkierron riittämättömyyttä.

Laskimohaavan diagnoosi voidaan useimmiten tehdä kliinisten löydösten perusteella, mutta myös laskimohaavaa sairastava kuuluu

lähettää verisuonikirurgin arvioon. Koepalan avulla voidaan selvittää haavan etiologiaa, jos epäillään, ettei taustalla ole verenkiertoperäinen syy vaan esimerkiksi vaskuliitti, pyoderma gangrenosum tai kasvaimen aiheuttama haava. Tällaiset potilaat kuuluvat yleensä erikoissairaanhoidon piiriin.

Alaraajahaavan hoito:

Haavan hoidon tulee kohdistua haavan taustalla olevan perussyyn korjaamiseen. Valtimohaava ei parane ilman verenkiertoa korjaavia toimenpiteitä. Laskimohaavan ensisijainen hoitokeino on turvotuksen estohoito käyttäen joko lääkinällisiä hoitosukkia tai tukisidoksia ^A, mutta kirurginen ^B tai endoluminaalinen pinalaskimosaneeraus pienentää haavan uusiutumiseriskiä.

Paikallishoidon avulla pyritään luomaan otolliset paranemisolot ja estämään haavan infektoituminen, mutta hoitotuotteet sinänsä eivät nopeuta haavan paranemista. Nekrootinen kudus tulee poistaa haavasta. Peittosidoksen valinnassa huomioidaan haavan paranemisaste, syvyys, nekroosin ja eritteen määrä sekä kliiniset infektion merkit. Antiseptisten aineiden lyhytaikaista käyttöä voidaan harkita vain silloin, kun haavassa infektiota. Haavanhoidossa noudatetaan hyvää aseptiikkaa. Haavan hoitoon liittyvää kipua voidaan lievittää paikallisuudutteella ^A, ja haavapotilaan riittävästä kivunhoidosta tulee muutoinkin huolehtia tehokkaalla lääkityksellä.

Kirurgista hoitoa kannattaa harkita, jos haavan paraneminen ei etene suotuisasti konservatiivisen hoidon avulla 1–2 kuukauden aikana, haava on kookas (> 20 cm²) tai haavassa on jänne tai luu näkyvissä. Ihonsiirtoleikkaus on tehokas laskimohaavan hoidossa ^B. Kirurginen haavarevisio on myös tehokkain tapa puhdistaa runsaskatteinen haava.

Muista hoitomuodoista on vähän tutkimustietoa, mutta alipaineimuhoido^C ja ylipainehappihoito^C saattavat edistää kroonisen haavan paranemista. Tekoihon, kasvutekijävalmisteiden ja pentoksifylliinin käyttöä voidaan harkita erityistapauksissa.

Kroonisen alaraajahaavapotilaan ravitsemusta koskevaa tutkimustietoa on vähän, mutta haavan paraneminen edellyttää riittävästi proteiinien, hiilihydraattien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia. Haava voi myös altistaa vajaaravitsemuksen kehittymiselle. Vajaaravitsemuksen riskin arviointiin voidaan käyttää esimerkiksi NRS-2002-menetelmää.

Infektiot kroonisessa haavassa

Valtaosa kroonisista haavoista on kolonisoitunut bakteereilla. Bakteerikolonisaation tai biofilmin kliinisestä merkityksestä ei ole yleistä konsensusa. Haavainfektion toteaminen edellyttää bakteerikasvun lisäksi ainakin yhtä seuraavista kliinisistä löydöksistä: kipu, kuumoitus, punoitus, turvotus haavan ympärillä, märkäinen haavaerite tai haavan nopea laajeneminen. Systemisestä antibiootihoidosta ei

näytä olevan hyötyä, ellei ole todettavissa kliinistä haavainfektioita^C.

Empiirisen antibiootihoidon on katettava tärkeimmät haavainfektiopatogeenit eli beeta-hemolyttinen streptokokki ja *Staphylococcus aureus*. Avohoidossa suositeltavia antibiootteja ovat ensisijaisesti stafylokokkipenisilliini (flukloksasilliini) ja ensimmäisen polven kefalosporiinit ja toissijaisesti klindamysiini. ■

Koko suositus on luettavissa: www.kaypahoito.fi

ANNIKKI VAALASTI
ELINA HEIKKILÄ
VESA JUUTILAINEN
MATTI KARPPILINEN
OPRI KUOKKANEN
VILLE MATTILA
ULLA SILJAMÄKI-OJANSUU
JAAKKO VILJAMAA

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Summary

Update on Current Care guidelines: Chronic leg ulcers

Chronic leg ulcer is a common disorder affecting 1.3–3.6 % of people at some time of their life. The etiology of the ulcer can often be identified through careful clinical examination. The majority of leg ulcers are caused by venous or arterial insufficiency. The target of ulcer treatment should always be directed to the cause of the ulcer. Correction of the circulatory disorder is essential for ulcer healing. Since the probability of ulcer healing reduces as the ulcer becomes chronic, effective treatment should be initiated immediately. Skin grafting should be considered for ulcers > 20 cm² and > 6 months duration.