

Juhani Sand ja Johanna Laukkarinen

Mitä akuutin haimatulehduksen jälkeen?

Akuutti haimatulehdus on yleinen päivystyksellistä sairaalahoitoa edellyttävä sairaus, jonka syynä on useimmiten runsas alkoholinkäyttö tai sappikivitauti (**TAULUKKO**). Vaikeaan haimatulehdukseen liittyy edelleen merkittävää kuolleisuutta, mutta valtaosa kaikista haimatulehduksen sairastaneista toipuu primaarivaiheen jälkeen normaaliin elämään. Näiden potilaiden sairauden uusimisen riskin minimointi ja mahdollisesti tarvittavan jatkohoidon optimointi on ensiarvoisen tärkeää.

Akuutin haimatulehduksen jälkeiseen ennusteeseen vaikuttavat olennaisesti tulehduksen syyn selvittäminen ja sen hoito. Sappikivien olemassaolo tulee tutkia aina ensimmäisen haimatulehduksen yhteydessä. Ellei tulehduksen aiheuttanutta sappikivitautia hoideta, uusiutuu haimatulehdus erittäin todennäköisesti. Nykysuosituksen mukaisesti sappileikkaus tulee suorittaa lievän haimatulehduksen yhteydessä mieluiten jo ensimmäisen hoitojakson aikana, keskivaikean tulehduksen yhteydessä viimeistään kuuden viikon kuluessa sairastumisesta uusiutumisen estämiseksi ja vaikean tulehduksen yhteydessä tapauskohtaisesti, kunhan potilaan kokonaistilanne on korjaantunut. Haimatulehduksen akuuttivaiheessa sappitiehyen sulkijalihaksen endoskooppinen halkaisu ja tiehytkivien poisto tehdään ainoastaan, jos kyseessä on selkeä virtauseste tai sappitietulehdus. Muissa tapauksissa tiehytkivet hoidetaan vasta akuutin tulehduksen rauhoituttua eli tyyppillisesti muutaman viikon kuluttua kotiutumisesta. Sappikivien diagnosointia parantaa kaikukuvauksen toistaminen, joko perkutaanisesti tai endoskooppisesti. Seurantakuvausta tuleekin harkita niille potilaille, joilla ei ole selkeää selittävää tekijää haimatulehdukselle (1).

Runsas alkoholinkäyttö on Suomessa yleisin akuutin haimatulehduksen aiheuttaja. Myös

alkoholiin liittyvä haimatulehdus tyyppisesti uusiutuu, ellei potilas lopeta tai ainakin olennaisesti vähennä alkoholinkäyttöään. Vaikka useiden tutkimusten mukaan alkoholihaimatulehdus uusiutuu 33–48 %:ssa tapauksista, eivät tuoreetkaan hoitosuositukset valitettavasti ota kantaa näiden uusiutumien ehkäisyyn (2). Suomalaisen etenevän satunnaistetun tutkimuksen mukaan alkoholihaimatulehduksen uusiutumia voidaan vähentää jopa 50 % puolen vuoden välein toteutetuilla mini-interventioilla (3). Tutkimuksen yhteydessä intervention suoritti päihdepotilaiden hoitoon perehtynyt sairaanhoitaja, joka käytti erityisesti motivoivan haastattelun ja tuen keinoja. Lisäksi interventioon liittyi alkoholinkulutuksen ja alkoholi-riippuvuuden arviointi AUDIT- ja SADD-kyseilyn sekä alkoholinkäyttöä kuvaavia laboratoriotutkimuksia (4).

Tutkimustiedon perusteella näyttää siltä, että myös alkoholin käytön vähentäminen runsaasta kohtuulliseksi pienentäisi uusiutumiseriskii, mutta mitään yksilöllisesti luotettavaa turvallisen alkoholinkäytön rajaa ei voida asettaa. Tuoreen seurantatutkimuksen mukaan täysi

TAULUKKO. Akuutin haimatulehduksen etiologiset tekijät ja niiden arvioitu yleisyys Suomessa.

Alkoholinkäyttö	70 %
Sappikivet	15–20 %
Haimakasvain	5 %
Autoimmuunitauti	1 %
Edeltävä endoskooppinen retrogradinen kolangiopankreatografia (ERCP)	1 %
Seerumin suurentunut rasvapitoisuus	< 1 %
Seerumin suurentunut kalsiumpitoisuus	< 1 %
Altistava lääke	< 1 %
Etiologia avoin	5–10 %

abstinenssi näyttää suojaavan kokonaan alkoholi-haimatulehduksen uusiutumiselta (5). Periaatteessa alkoholi-haimatulehduksen jälkeiset mini-interventiot soveltuisivat hyvin osaksi potilaan muuta seurantaa perusterveydenhuollossa, mutta tällöin tarvittaisiin hyvin organisoitu hoitoketju ja riittävä koulutus interventioiden toteuttamiseen. Muussa tapauksessa potilaat jäävät herkästi vaille riittävää tukea tilanteessa, jossa heidän omat voimavaransa eivät yksin riitä avun hakemiseen. Vaihtoehtoisesti alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävät interventiot voidaan toteuttaa keskitetysti osana erikoissairaanhoidoa.

Kasvainten aiheuttamat haimatulehdukset on tärkeää tunnistaa, jotta kasvaimet saadaan hoidetuksi ajoissa. Ellei haimatulehduksen syy ole ilmeinen, tulee potilaalle tehdä viimeistään pian primaaritoipumisen jälkeen haiman tietokonetomografia tai magneettikuvaus haimakasvainten sulkemiseksi pois. Mikäli kuvantamisessa todetaan kystisiä muutoksia haimassa, tulee pitää mielessä haiman kystisen kasvaimen kuten haimatiehyen sisäisen papillaarisen musinoosin neoplasian tai musinoosin kystisen neoplasian mahdollisuus, erotusdiagnoosina haimatulehduksen jälkeisestä pseudokystasta (6).

Huolellisenkin selvittelyn jälkeen osa haimatulehduksista (5–10 %) jää vaille selvää syytä, jolloin niitä kutsutaan idiopaattisiksi. Näiden jatkohoidosta ei ole selkeitä suosituksia, jos etiologian selvitys on ollut kattava. Tuoreen suomalaisen etenevän satunnaistetun tutkimuksen perusteella laparoskooppinen sappirakon poisto näyttäisi vähentävän haimatulehduksen uusiutumisia tässä potilasryhmässä (7). Varsinaisten hoitosuosituksen antaminen edellyttää kuitenkin lisää tutkimustietoa asiasta.

Haimatulehdukseen saattaa liittyä myös haiman toiminnan muutoksia. On hyvin tavallista, että potilaalle kehittyy akuutin haimatulehduksen yhteydessä vähintäänkin tilapäinen haiman eksokriinisen toiminnan heikkeneminen. Tämä korjautuu valtaosalla potilaista tulehduksen rauhoittumisen myötä noin kolmen kuukauden aikana, mutta osalla potilaista vajaatoiminta jää pysyväksi tai kehittyy myöhemmin seurannassa

Joka kymmenennelle akuutin haimatulehduksen sairastaneista kehittyy elinaikana krooninen haimatulehdus.

(8,9). Toipilasvaiheessa potilaille voidaan aloittaa herkästi haimaentsyymien kapselikorvaushoito ja jatkaa sitä myöhemmin, mikäli potilaan oireet ja ulosteen vähäinen elastaasiaktiivisuus sitä edellyttävät. Haimatulehdus johtaa toisinaan myös haimaperäisen diabeteksen syntyyn. Osalla potilaita diabetes voi ilmetä vasta vuosien kuluttua ensimmäisestä haimatulehduksesta (8,9). Haiman toimintahäiriöiden riskiä lisäävät ensimmäisen haimatulehduksen vaikeus ja haimatulehdusten uusiutumiset. Leikkaushoitoon johtaneiden nekrotisoivien haimatulehdusten pitkäaikaisseurauksena noin 25 %:lle potilaista

kehittyy haiman eksokriininen vajaatoiminta ja noin 15–30 %:lle diabetes (10).

Joka kymmenennelle akuutin haimatulehduksen sairastaneista kehittyy elinaikana krooninen haimatulehdus,

jonka diagnoosi perustuu tyypilliseen tautihistoriaan sekä vähintään yhteen varmoista diagnostisista kriteereistä (haiman kalkkeutumisen, jatkuva eksokriininen vajaatoiminta, kroonisen haimatulehduksen histologinen löydös tai kuvantamalla havaitut tiehytymuutokset). Kroonisen haimatulehduksen kehittymisen riskiä lisäävät – sekä yksittäisinä tekijöinä että kumulatiivisesti – jatkuva alkoholinkäyttö, tupakointi ja uusiutuvat akuutit haimatulehdukset. Kroonisen haimatulehduksen hoito on usein vaativaa. Siihen kuuluvat konservatiiviset keinot kuten haiman vajaatoiminnan hoito ja kivun lääkehoito sekä kajoavat hoidot, joita ovat leikkaukset ja dreneeraukset. Kroonisen tautimuodon kehittymisen estäminen minimoimalla riskitekijät olisikin ensiarvoisen tärkeää.

Vaikka osa potilaista kärsiikin vatsakivuista ja haiman toimintahäiriöistä erityisesti vaikean ja uusiutuneen haimatulehduksen jälkeen tai kroonisen haimatulehduksen kehittyttyä, on yksittäisten – vaikeankin – haimatulehduksen sairastaneiden potilaiden elämänlaatu yleensä ilahduttavan hyvä, samaa tasoa kuin verrokki väestön (11). Tämä kannustaa ehkäisemään haimatulehduksen uusiutumista etiologian mukaisesti sekä tutkimaan ja hoitamaan asianmukaisesti mahdollisia haiman toimintahäiriöitä ja elämänlaatua uhkaavia oireita. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013;13(4 Suppl 2):e1–15.
2. Lankisch PG, Breuer N, Bruns A, ym. Natural history of acute pancreatitis: a long-term population-based study. *Am J Gastroenterol* 2009;104:2797–805.
3. Nordback I, Pelli H, Lappalainen-Lehto R, ym. The recurrence of acute alcohol-associated pancreatitis can be reduced: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2009;136:848–55.
4. Lappalainen-Lehto R, Koistinen N, Aalto M, ym. Goal-related outcome after acute alcohol-pancreatitis – a two-year follow-up study. *Addict Behav* 2013;38:2805–9.
5. Nikkola J, Rätty S, Laukkanen J, ym. Abstinence after first acute alcohol-associated pancreatitis protects against recurrent pancreatitis and minimizes the risk of pancreatic dysfunction. *Alcohol* 2013;48:483–6.
6. Del Chiaro M, Verbeke C, Salvia R, ym. European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas. *Dig Liver Dis* 2013;45:703–11.
7. Rätty S, Pulkkinen J, Nordback I, ym. Can laparoscopic cholecystectomy prevent recurrent idiopathic acute pancreatitis? A prospective randomized multicenter trial. *Ann Surg* 2015;262:736–41.
8. Pelli H, Lappalainen-Lehto R, Piironen A, ym. Pancreatic damage after the first episode of acute alcoholic pancreatitis and its association with the later recurrence rate. *Pancreatology* 2009;9:245–51.
9. Nikkola J, Laukkanen J, Seppänen H, ym. Significant risk for pancreatic dysfunction during the long-term follow-up after first episode of acute alcoholic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2016 [hyväksytty julkaistavaksi].
10. Nordback IH, Sand J. Late outcome after necrosectomy. Kirjassa: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, toim. *Diseases of the pancreas – current surgical therapy*. Berliini: Springer Verlag 2008, s. 289–92.
11. Halonen KI, Pettilä V, Leppäniemi AK, ym. Long-term health-related quality of life in survivors of severe acute pancreatitis. *Intensive Care Med* 2003;29:782–6.



**JUHANI SAND, dosentti, ylilääkäri,
erikoissairaanhoidon johtaja**
Tampereen yliopisto
Päijät-Hämeen keskussairaala



**JOHANNA LAUKKARINEN,
apulaisprofessori, ylilääkäri,
vastuualuejohtaja**
Tampereen yliopisto
Gastroenterologian vastuualue, Tays

SIDONNAISUDET

Juhani Sand: Apuraha (Valtion tutkimusrahoitus)

Johanna Laukkanen: Apuraha (Sigrid Juséliuksen säätiön tutkimusapuraha, Valtion tutkimusrahoitus), luentopalkkio (Amgen, Cook, Boston Scientific, Medronic, Mylan, Olympus)