

Juha Mali, Panu Mentula, Ari Leppäniemi ja Ville Sallinen

Oireenmukainen hoito ilman mikrobilääkkeitä on turvallista ja tehokasta

Komplisoitumaton divertikuliitti

Suurin osa, yli 80 %, paksusuolen akuuteista divertikuliiteista ei johda komplikaatioihin. Tällaisen divertikuliitin hoito on murroksessa. Viime vuosina ilmestyneet tutkimukset kyseenalaistavat tavanomaisen suonensisäisen mikrobilääkehoidon sekä ylipäänsä mikrobilääkkeiden tarpeen suurimmalla osalla potilaista. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että komplisoitumattoman divertikuliitin oireenmukainen hoito ilman mikrobilääkkeitä on sekä tehokasta että turvallista (1,2,3). Tätä hoitolinjaa esitetään valikoiduille potilaille myös tuoreissa kansainvälisissä suosituksissa (4). Kertyneestä näytöstä huolimatta oireenmukainen hoito ei ole vielä Suomessa levinnyt yleisesti käyttöön.

Ensimmäinen divertikuliitti on syytä varmistaa tietokonetomografialla (TT) kirurgisessa päivystysyksikössä. Divertikuliitin pääoireita ovat kuume ja kipu vasemmalla alavatsalla, mutta kliininen diagnoosi on verrattain epäluotettava (herkkyys 64–68 %) (5). Sitä vastoin TT on erittäin hyvä kuvantamismenetelmä divertikuliitin toteamiseen, ja lisäetuna sen avulla voidaan tunnistaa myös useimmat muut erotusdiagnostiset taudit kuten paksusuolitulehdus, paksusuolisyöpä tai umpilisäketulehdus (5). On myös osoitettu, että TT:llä todetun komplisoitumattoman divertikuliitin jälkeen ei tarvita rutiinimaista paksusuolen tähytystä (6,7). Kun diagnoosi on kerran varmistettu TT:llä, voidaan seuraavat lieväoireiset divertikuliitit diagnosoida ja hoitaa perusterveydenhuollossa ilman kuvantamistutkimuksia. Voimakkaasti oireilevat, kovasta kivusta ja yleisoireista kärsivät potilaat on sen sijaan syytä lähettää kirurgian päivystykseen. Potilaille, joiden C-reaktiivisen proteiinin

(CRP) arvo on yli 150 mg/l, suositellaan tehtäväksi TT paiseen poissulkemiseksi (8).

Selvitimme oireenmukaisen hoidon turvallisuutta ja tehoa hiljattain julkaistussa etenevässä tutkimuksessa (9). Tutkimukseen otetuista 161 potilaasta 153 (95 %) oli mukana 30 päivän seuranta-ajan. Kaikilla oli TT:llä varmistettu komplisoitumaton divertikuliitti, ja mukana oli myös 14 potilasta (9 %), joilla havaittiin kuvauksessa ilmakuplia paksusuolen vieressä. Hoito aloitettiin oireenmukaisesti pelkästään kipulääkkein. Yhdellekään potilaista ei kehittynyt komplikaatiota kuten paiseita tai suolen puhkeamaa seuranta-aikana. Yhteensä 14 potilaalle (9 %) aloitettiin mikrobilääkehoito keskimäärin kahden päivän kuluttua diagnoosista. Lääkitys annettiin kahdeksalle potilaalle suoneen. Syyt lääkityksen aloittamiselle olivat jatkuva tai lisääntynyt vatsakipu, kuume tai suurentunut CRP-arvo. Mikrobilääkkeen aloittamiseen ei tutkimuksessa ollut tarkkaan määriteltyjä kriteerejä, vaan se jätettiin hoitavien lääkäreiden arvioitavaksi. Siksi mukana oli mahdollisesti hieman varovaisuutta – toimittiinhan vastoin totuttua hoitolinjaa. Kipulääkityksenä tutkimuksessa käytettiin pääsääntöisesti tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia. Tarvittaessa käytettiin myös opioideja, joiden käyttö kannattaa kuitenkin rajoittaa vain sairaalapotilaille.

Komplisoitumattoman divertikuliitin eteneminen komplisoituneeksi on harvinaista muttei mahdotonta. Lisäksi on pidettävä mielessä TT:n väärän tulokannan mahdollisuus. Omassa tutkimuksessamme divertikuliitin aiheuttamasta paiseesta kärsineen neljän (3 %) potilaan divertikuliitti diagnosoitiin virheellisesti komplisoitumattomiksi. Kaikki toipuivat ilman lisä-

komplikaatioita tai leikkaushoitoa. Potilaat on syytä ohjeistaa hakeutumaan hoitavaan yksikköön, mikäli oireet eivät muutamassa päivässä hellitä tai pahenevat. Tällöin on syytä harkita mikrobilääkkeen aloitusta tai diagnoosin varmistamista TT:llä. Ensisijaisena mikrobilääkityksenä käytetään kefaleksiinin ja metronidatsolin yhdistelmää suun kautta. Jos potilaan tila vaatii seuranta sairaalassa, annetaan kefuroksiimia ja metronidatsolia suoneen.

Tutkimuksemme tulokset ovat hyvin linjassa aikaisempien löydösten kanssa. Ruotsalaisessa 623 potilaan satunnaistetussa tutkimuksessa ei vuoden seurannassa havaittu merkitsevää eroa komplikaatioiden ilmaantumisessa mikrobilääkkeillä tai ilman niitä hoidettujen ryhmissä (1,0 % vs 1,9 %) (1). Myöskään kroonisessa kivussa ei havaittu eroja ryhmien välillä. Tuoreessa hollantilaisessa 528 potilaan satunnaistetussa tutkimuksessa ei havaittu merkitseviä eroja toipumisajassa tai komplikaatioissa ryhmissä, joita hoidettiin mikrobilääkkeillä tai ilman niitä (10). Tutkimuksessa oli mukana jopa potilaita, joilla oli pieni divertikuliitin aiheuttama paise.

Tärkeä potilasryhmä, joka jatkossakin vaatii komplisoitumattoman divertikuliitin mikrobilääkehoidon, ovat potilaat, joiden immuunipuolustus on heikentynyt vajaaravitsemuksen, lääkkeiden, kuten glukokortikoidien, solunsalpaajien tai biologisten lääkkeiden, tai perussairauden, esimerkiksi maksakirroosin, munuaisten vajaatoiminnan tai lymfoproliferatiivisten sairauksien vuoksi. Omassa tutkimuksessamme ulkopuolelle oli rajattu myös diabeetikot, mutta tällaista rajoitusta ei ollut muissa tutkimuksissa.

Komplisoitumattoman divertikuliitin uusiutumiset ovat harvoin komplisoituneita. Sigmasuolen elekttiivisen resektion indikaatioina ovat potilaan elämänlaadun parantaminen ja mahdollisen komplisoituneen taudin uusiutumisen estäminen. Aiheesta on käynnissä kaksi satunnaistettua tutkimusta, joista toinen on kotimainen. Näiden tuloksia odotellessa leikkaushoito perustuu yksilölliseen harkintaan.

Niinkin yleisen taudin kuin divertikuliitin hoidon muuttuminen oireenmukaiseksi suurella osalla potilaista vähentää terveydenhuollon kustannuksia sekä säästää potilaita turhilta lääkkeiden haittavaikutuksilta. Suosituksemme on, että epäiltäessä divertikuliittia ensimmäisen kerran potilas lähetetään kirurgian päivystykseen, jossa diagnoosi voidaan varmistaa TT:llä. Tämän jälkeen tyypillisin oirein ilmeneviä lieviä divertikuliitteja voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa oireenmukaisesti ilman leiketutkimuksia tai mikrobilääkkeitä. Muiden kuin immuunipuutteisten potilaiden komplisoitumaton divertikuliitti ei vaadi mikrobilääkehoitoa. Toivomme, että Suomessakin aletaan seurata tuoreimpia kansainvälisiä suosituksia ja jätetään tarpeettomat mikrobilääkekuurit pois. ■



JUHA MALI, LK, tohtorikoulutettava
PANU MENTULA, LT, erikoislääkäri
ARI LEPPÄNIEMI, professori, yllilääkäri
VILLE SALLINEN, LKT, erikoislääkäri
 Vatsakeskus, HYKS

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Chabok A, Pahlman L, Hjern F, ym. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg* 2012;99:532–9.
2. Isacson D, Thorisson A, Andreasson K, ym. Outpatient, non-antibiotic management in acute uncomplicated diverticulitis: a prospective study. *Int J Colorectal Dis* 2015;30:1229–34.
3. de Korte N, Kuyvenhoven JP, van der Peet DL, ym. Mild colonic diverticulitis can be treated without antibiotics. A case-control study. *Colorectal Dis* 2012;14:325–30.
4. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, ym. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg* 2016;11:37. DOI 10.1186/s13017-016-0095-0.
5. Andeweg CS, Wegdam JA, Groenewoud J, ym. Toward an evidence-based step-up approach in diagnosing diverticulitis. *Scand J Gastroenterol* 2014;49:775–84.
6. Sharma PV, Eglinton T, Hider P, Frizelle F. Systematic review and meta-analysis of the role of routine colonic evaluation after radiologically confirmed acute diverticulitis. *Ann Surg* 2014;259:263–72.
7. Sallinen VJ, Mentula PJ, Leppäniemi AK. Risk of colon cancer after computed tomography-diagnosed acute diverticulitis: is routine colonoscopy necessary? *Surg Endosc* 2014;28:961–6.
8. Mäkelä JT, Klintrup K, Takala H, Rautio T. The role of C-reactive protein in prediction of the severity of acute diverticulitis in an emergency unit. *Scand J Gastroenterol* 2015;50:536–41.
9. Mali JP, Mentula PJ, Leppäniemi AK, Sallinen VJ. Symptomatic treatment for uncomplicated acute diverticulitis: a prospective cohort study. *Dis Colon Rectum* 2016;59:529–34.
10. Daniels L, Ünlü Ç, de Korte N, ym. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg*, julkaistu verkossa 30.9.2016. DOI 10.1002/bjs.10309.