



Kliinisessä lääketieteessä ja sen monilla tutkimusaloilla on lukuisia kiistanalaisia aiheita ja käytäntöjä, joista on perustellusti hyvinkin mahdollista olla eri mieltä. Eri näkökulmat parhaimmillaan täydentävät kokonaisnäkemyistä mutta toisaalta saattavat myös hämmäntää ristiriitaisuudellaan.

Aikakauskirja *Duodecim* julkaisee NAPIT VASTAKKAIN -palstan, jonka tarkoituksena on nostaa esille tällaisia ristiriitaisia lääketieteen teemoja. Toivomme lukijoiden otta-

Sappitiehytkivien poisto – endoskooppinen hoitovaihtoehto selvästi suosituin

Todetut sappitiehytkivet tulee yleensä poistaa, sillä komplisoitunut sappitiehytkivitauti voi olla henkeä uhkaava aiheuttaessaan sapenkuhääriön, sappitietulehduksen tai äkillisen haimatulehduksen.

Jos potilaan sappirakko on aiemmin poistettu, on sappitiehytkivien hoitoratkaisu helppo: endoskooppinen menetelmä on ylivertainen verrattuna kirurgiseen hoitoon. Jos taas sappirakkoa ei ole aiemmin poistettu ja sappikiviä todetaan sekä sappirakossa että -tiehyissä, on kaksi vaihtoehtoa käytettävissä. Sappitiehytkivet voidaan poistaa joko sappirakon poistoleikkauksen yhteydessä kajoamalla myös sappiteihin (yksivaiheinen toimenpide) tai endoskooppisesti ennen sappirakon poistoa (kaksivaiheinen toimenpide).

Kirjallisuudesta on löydettävissä sekä yksi- että kaksivaiheista hoitoa puoltavia yksittäisiä tutkimuksia. Sappikivitaudin hoidon eri näkökohdista on laadittu kuitenkin myös parasta tieteellistä näyttöä edustavia Cochrane-katsauksia, sillä sappikivitauti on yksi yleisimmistä akuutista vatsan syistä, vanhuksilla jopa yleisin.

Yksi- ja kaksivaiheista hoitoa vertaileva Cochrane-katsaus (Martin ym. 2006) puoltaa yksivaiheista toimenpidettä niiden potilaiden hoidossa, joiden sappirakko joudutaan syystä tai toisesta poistamaan avoimesti. Vielä paljon tärkeämpää on kuitenkin oikea valinta niiden potilaiden tapauksissa, joiden sappirakko poistetaan laparoskooppisesti, sillä nykyään avo-

sappileikkauksia pyritään välttämään. Myös tätä tilannetta on käsitelty edellä mainitussa Cochrane-katsauksessa. Kyseisessä analyysissä yksi- ja kaksivaiheisen toimenpiteen välille ei löydetty eroja – ei sen enempää lääketieteellisessä kuin taloudellisessakaan mielessä. Näin ollen tärkein hoitolinjaus on jäänyt paikallisesti tehtäväksi.

Kumpaan hoitovaihtoehtoon suomalaiset kirurgit sitten ovat päätyneet? Ajankohtaisimman, koko valtakunnan kattavan tiedon hankkimiseksi lähetin erityisvastuualueiden gastrokirurgian ylilääkäreille kirjallisen kyselyn asiasta toukokuussa 2010. Kysely osoitti, että selkeä ykköshoitovaihtoehto Suomessa kaikkien viiden yliopistosairaalan erityisvastuualueella on kaksivaiheinen toimenpide: ensin endoskooppinen sappitiehytkivien poisto ja sitten laparoskooppinen sappirakon poisto. Vain harvoissa suomalaisissa sairaaloissa tehdään merkittävässä määrin laparoskooppisia sappitiehytkivien poistoja. Kaksivaiheisen toimenpiteen ylivoimaisesta suosiosta kertovat myös valtakunnalliset rekisterit toimenpidemääristä: esimerkiksi vuonna 2008 silloisen Stakesin ylläpitämän toimenpiderekisterin mukaan laparoskooppisia sappirakon poistoja tehtiin maassamme 6 595 potilaalle mutta niiden yhteydessä laparoskooppisia sappitiehyttoimenpiteitä yhteensä vain 24 potilaalle (www.stakes.fi). Samana vuonna endoskooppisia retrogradisia kolangiopankreatografioita (ERCP) tehtiin Suomessa pitkälti

van aktiivisesti kantaa, esittävän kriittikkiä tai vaihtoehtoisia toimintatapoja palstalla käsiteltäviin asioihin Duodecimin verkkolehdeissä (www.duodecimlehti.fi). Myös ehdotukset käsiteltäviksi aihepiireiksi ovat tervetulleita.

Tällä kertaa NAPIT VASTAKKAIN -palstalla keskustellaan, miten sappitiehytkivet tulisi poistaa.



toistatuhatta yksistään sappitiehytkivitaudin vuoksi.

Suomalaiset kirurgit ovat valinneet mielestäni viisaasti päädyttyään hoitamaan sappitiehytkivet endoskooppisesti. Näin toimimalla kirurgisissa hoitoyksiköissä säästetään juuri siinä, mikä on kaikkein kalleinta ja mistä on kaikkein eniten pulaa: leikkaussaliajassa. Lisäksi endoskooppisesta kivenpoistosta on maassamme jo pitkä kokemus, toimenpide on helposti toistettavissa, ja välineistön ja osaamisen kehittymisen myötä on hyvin harvinaista, että sappitiehytkiviä ei saataisi endoskooppisesti hoidettua tai että toimenpiteeseen liittyisi merkittäviä komplikaatioita. Endoskooppista kivenpoistoa puoltaa myös se, että toimenpiteen yhteydessä sappitiehyen laskukohdan suljelijahas avataan, jolloin mahdolliset jäännöskivet tai myöhemmin kehittyvät uudet kivet pääsevät yleensä poistumaan itseksensä, ilman uusia toimenpiteitä.

Laadukkaan ERCP-toiminnan kulmakivi on keskittäminen. Suuressa osassa Suomea tässä on jo onnistuttu, sillä kolmessa suurimmassa ERCP-keskuksessamme (HYKS, TYKS ja OYS) tehdään nykyään jo yli puolet (vuositain noin 2 100) maamme 4 000 vuosittaisesta ERCP-toimenpiteestä. Keskittämisen myötä sappitiekanyloinnin onnistumisosuudet lähenevät näissä keskuksissa 100 %:a (Gullichsen ym. 2005, Palm ym. 2007, Halttunen ym. 2009).

Suuren volyymin keskuksissa osaava kirurgi

voi poistaa turvallisesti sappitiehytkivet myös laparoskooppisesti. Jokamiehen menetelmäksi en laparoskooppista sappitiehytkivileikkausta kuitenkaan suosittele, sillä toimenpiteeseen liittyy vaarallisten komplikaatioiden riski. Jo pitkään sekä endoskooppisia että laparoskooppisia sappitoimenpiteitä tehneenä kirurgina kannatan lämpimästi laparoskooppisessa sappikirurgiassa noudatettavaksi yleiseksi ohjenuoraksi paljon siteerattua Hunterin (1991) periaatetta: ”Stay out of the common bile duct area!” ■



JUHA GRÖNROOS, dosentti, yllääkäri
TYKS, kirurgian klinikka ja ensiavun tulosyksikkö
PL 52, 20521 Turku

KIRJALLISUUTTA

- Gullichsen R, Lavonius M, Laine S, Grönroos J. Needle-knife assisted ERCP. *Surg Endosc* 2005;19:1243–5.
- Halttunen J, Keränen I, Udd M, Kylänpää L. Pancreatic sphincterotomy versus needle knife precut in difficult biliary cannulation. *Surg Endosc* 2009;23:745–9.
- Hunter JG. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991;162:71–6.
- Martin DJ, Vernon DR, Toouli J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003327. DOI: 10.1002/14651858.CD003327.pub2.
- Palm J, Saarela A, Mäkelä J. Safety of Erlangen precut papillotomy: an analysis of 1044 consecutive ERCP examinations in a single institution. *J Clin Gastroenterol* 2007; 41:528–33.