

Sappitiehytkivien endoskooppinen vai laparoskooppinen poisto?

Sappitiehytkivien hoidon tavoitteena on poistaa kivet mahdollisimman vähillä toimenpiteillä sekä mahdollisimman pienin kustannuksin ja komplikaatioin. Käytännössä kysymykseen tulee kolme vaihtoehtoa. Kaksivaiheisessa kivien poistossa tehdään ensin endoskooppinen retrogradinen kolangiopankreatografia (ERCP) ja endoskooppinen sfinkterotomia (ES) ja sappirakko poistetaan laparoskooppisesti myöhemmin. Yksivaiheisessa toimenpiteessä sappirakko ja tiehytkivet poistetaan samalla kertaa laparoskooppisesti. Kolmantena vaihtoehtona ovat avoleikkaustekniikat, kuten sappitiehytkivien poisto avaamalla tiehyt ja erilaiset ohitukset. Menetelmän valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat sappitiehytkivien koko, lukumäärä, tautikompleksi, kirurgin ja endoskoopistin taidot, potilaan riskitekijät ja hoidon kustannukset.

Avokirurgian aikakaudella sappitiehytkivet todettiin sappileikkauksen yhteydessä kolangiografiassa ja poistettiin avaamalla pääsappitiehyt (ductus choledochus). Kahdeksan satunnaistetun tutkimuksen perusteella toimenpiteen ei todettu lisäävän välitöntä kuolleisuutta endoskooppiseen kaksivaiheiseen poistoon verrattuna (0–4 % vs 0–6 %), mutta onnistumisosuus oli parempi avokirurgiassa.

Laparoskooppisen kirurgian alkuvaiheessa 1990-luvun alkupuolella ei ollut teknisiä edellytyksiä sappitiehytkivien poistoon samassa yhteydessä ja preoperatiivisen ERCP:n käyttö lisääntyi huomattavasti. Käytäntö on jatkunut viime vuosiin saakka laparoskooppisen tekniikan merkittävästä kehittämisestä huolimatta. Vaikka endoskooppinen sappitiehkanylointi onnistuukin lähes 100-prosenttisesti, ei se aina merkitse sitä, että kivet saadaan poistettua. Tuoreen katsauksen mukaan

kiven poiston onnistumisosuus on 85–90 % käytettäessä palloa tai Dormian koria (Yoo ja Lehman 2010). Saman tutkimuksen mukaan kokenut endoskoopisti saa toistetuilla toimenpiteillä ja erilaisia kivenmurskaimia käyttäen onnistumisosuuden suurenemaan 87–97 %:iin sappitiehytkivien koon ja lukumäärän, sappiestriktuuroiden ja mahdollisen duodenaalidivertikkelin olemassaolon mukaan. Diagnostiseen ERCP:hen liittyy varhaiskomplikaatioita noin 2 %:lla potilaista ja terapeuttiseen 5–11 %:lla, ja kuolleisuus on 0,6–1 % (Martin ym. 2006, Williams ym. 2008). Komplikaatioista suuri osa on juuri niitä, joita tiehytkiven poistolla yritetään estää, kuten pankreatiitteja (5 %), kolangiitteja (1 %) ja kolekystiittejä (1 %) (Yoo ja Lehman 2010). Hoitoa tarvitsevia myöhäiskomplikaatioita (kiviresidivejä, kolangiitteja, sfinkterotomian strikturoitumista) on todettu 8–15 vuoden mediaaniseuranta-aikana 10–24 %:lla potilaista (Tham ym. 1997).

Satunnaistettujen tutkimusten perusteella on selvää, että kiireellinen (alle kolmen vuorokauden aikana tehtävä) ERCP/ES on ensisijainen menetelmä sappitietulehduksen tai vaikean sappipankreatiitin yhteydessä kiihlytuneen kivien aiheuttaessa keltaisuutta tai kolangiitit (Williams ym. 2008). Ellei sappipankreatiittiin liity näitä komplikaatioita, rutiinimaisesta ERCP:stä ja sappitiehytkivien poistosta ei ole osoitettu olevan hyötyä konservatiiviseen hoitoon verrattuna kahden satunnaistetun tutkimuksen perusteella. Kiviä sisältävä sappirakko tulee kuitenkin poistaa laparoskopiateitse kahden viikon kuluessa taudin uusiutumisriskin estämiseksi, ja leikkauksen yhteydessä tehdään kolangiografia mahdollisten sappitiehytkivien toteamiseksi.

Nykyään sappitiehytkivet voidaan poistaa myös sappirakon laparoskooppisen poiston yhteydessä useimmiten transkystisesti ductus cysticuksen kautta tai transduktaalisesti sapenjohtimen avauksen kautta (Williams ym. 2008). Tekniikan valintaan vaikuttavat kivien koko ja lukumäärä, ductus cysticuksen anatomia ja yhteisen maksatiehyen läpimitta. Laparoskooppista tekniikkaa on verrattu ainakin viidessä satunnaistetussa tutkimuksessa endoskooppiseen kivenpoistoon. Cochrane-katsauksen mukaan kivenpoisto onnistuu laparoskooppisesti yhtä hyvin kuin ERCP-teitse eikä komplikaatioissa tai kuolleisuudessa ole eroja (Martin ym. 2006). Kokonaishoitoaika on laparoskopiasa katsauksen perusteella lyhyempi, mutta kustannusten analysointiin ei ole olemassa riittävästi tietoa.

Avoleikkauksen aiheina ovat konversio laparoskooppisen leikkauksen epäonnistuessa ja se, että sappitiehytkiven endoskooppinen tai laparoskooppinen poisto ei ole teknisesti mahdollista tai kivet uusiutuvat toistuvasti.

Vaikka sappitiehytkivien kaksivaiheinen poisto on Suomessa edelleen yleisin menetelmä, ovat sekä satunnaistetut että lukuisat etenevät tutkimukset oma aineistomme mukaan luettuna osoittaneet, että sappitiehytkiven laparoskooppisella poistolla sappirakon poistoleikkauksen yhteydessä päästään vastaaviin tuloksiin vähemmällä toimenpiteillä sekä lyhyemmällä hoitoajalla ja sairausloman tarpeella. Cochrane-katsauksen perusteella preoperatiivisesta ERCP:stä ei ole hyötyä kirurgiseen eksploraatioon verrattuna (Martin ym. 2006). Näin ollen voidaan kysyä, onko Suomessa valitseva kaksivaiheinen hoito yleistä viisautta vai laparoskooppisen kirurgian koulutuksen puutetta. Koska neljä viidesosaa sappitiehytki-

vistä on pieniä, alle 1 cm läpimittaisia, tarjoaa sappirakon tiehyen kautta tehtävä kiven poisto hyvät mahdollisuudet potilaan nopeaan toipumiseen ja samanlaisiin hoitoaikoihin kuin pelkkä laparoskooppinen sappirakon poisto ja toimenpide on potilaalle miellyttävämpi. Endoskooppinen tekniikka soveltuu sen sijaan erinomaisesti jäännöskivien poistoon ja edellä mainittuihin erikoistilanteisiin. Hoidon kustannuksista Suomessa ei ole olemassa kattavaa selvitystä. Kokonaisuutena kaksivaiheinen hoito noin kaksi vuorokautta pidempine sairaalahoitajaksoineen ja pidempine sairauslomaineen voi suurentaa kuntalaskutuksen lähes kaksinkertaiseksi. Sappitiehytkivien hoidon optimoimiseksi olisi hyvä, jos sairaalassa olisi käytössä endoskooppiset, laparoskooppiset ja avokirurgian tekniikat, koska kaikkia menetelmiä tarvitaan. ■



ILMO KELLOKUMPU, dosentti
osastonylilääkäri
Keski-Suomen keskussairaala
40620 Jyväskylä

KIRJALLISUUTTA

- 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.
- Tham TCK, Carr-Locke DL, Collins JSA. Endoscopic sphincterotomy in the young patient: is there cause for concern? *Gut* 1997;40:697–700.
- Williams EJ, Green J, Parks R, Martin D, Lombard M. Guidelines on the management of common bile duct stones. *Gut* 2008;57:1004–21.
- Yoo KS, Lehman GA. Endoscopic management of biliary ductal stones. *Gastroenterol Clin North Am* 2010;39:209–27.