

Mikael Parhiala ja Johanna Laukkarinen

Kroonisen haimatulehduksen seurantaan pitää panostaa

Akuutin haimatulehduksen jälkeen noin 10 %:lle potilaista kehittyy krooninen haimatulehdus (1). Aina ei ole tiedossa edeltävää akuuttia vaihetta (2). Krooninen haimatulehdus on edelleen varsin huonosti ymmärretty sairaus, ja se voi leimata potilasta.

Yli puolessa tapauksista syynä on alkoholi. Tupakointi on merkittävä itsenäinen riskitekijä, joka usein jää vähemmälle huomiolle.

Lähes joka viidennen potilaan taudin syy jää tuntemattomaksi. Taustalla voi olla geneettisiä tekijöitä. Harvinaisempia syitä ovat autoimmuunihaimatulehdus (4 %), hyperkalsemia ja hypertriglyseridemia (alle 1 %). Suurella osalla potilaista on useita riskitekijöitä (3,4). Tanskalaisessa kansallisessa tutkimuksessa havaittiin kroonisen haimatulehduksen ilmaantuvuuden lisääntyvän, mutta alkoholiperäisen kroonisen haimatulehduksen ilmaantuvuus kuitenkin vähenee (5).

Kroonisen tulehduksen seurauksena haimakudos korvautuu vähitellen sidekudoksella ja kalkkiumilla. Taudin edetessä hormonaalinen ja haimaentsyymien tuotanto heikkenee, eikä haimaneste pääse kunnolla etenemään suolisto-oon. Tämä johtaa haiman endo- ja eksokriiniseen vajaatoimintaan (6).

Endokriinisen vajaatoiminnan (haimatulehdusten jälkeinen diabetes) yhteydessä insuliinin tuotanto heikkenee. Tähän diabeteksen alamuotoon liittyy erityispiirteinä glukagonin erityksen puutteesta ja imeytymishäiriöstä johtuva hypoglykemiaaipumus. Lisäksi siihen saattaa liittyä suurentunut riski saada diabeteksen komplikaatioita verrattuna tyyppin 2 diabetekseen (7). Ensilinjan lääkehoito

on metformiini, mutta usein tarvitaan myös insuliinia (8).

Haiman eksokriininen vajaatoiminta johtaa ruoka-aineiden imeytymisongelmiin ja ilmenee vatsan turvotuksena, ilmavaivoina ja lopulta rasvaripulina. Hoitamattomana se johtaa vajaaravitsemukseen, joka ilmenee rasvan imeytymishäiriön myötä painon vähenemisenä sekä hivenaineiden ja vitamiinien puutoksina.

Potilaiden vajaaravitsemus ei siis ole välttämättä yhteydessä ruokavalioon vaan taudin vaikeusasteeseen (9,10). Lisäksi tautiin liittyvät komplikaatiot, kuten pseudokystat, saattavat vaikeut-

taa suolen sisällön läpikulkua, ja vatsakipu sekä turvotus heikentävät ruokahalua. Taudin edetessä on riski sairastua sarkopeniaan eli lihaskatoon ja osteoporoosiin. Sarkopenian taas on todettu liittyvän sairaalahoidon ja kuolleisuuden lisääntymiseen (11,12).

Kroonista haimatulehdusta sairastavien potilaiden elinajan odote on lyhentynyt, mikä johtuu elintapojen, komplikaatioiden ja liitännäissairauksien lisäksi myös haiman vajaatoiminnasta ja vajaaravitsemuksesta (7,13). Lisäksi tautiin liittyy suurentunut riski sairastua haimasyöpään (2).

Yksi taudin pääoireista on vatsakipu, mutta jopa neljännes potilaista on kivuttomia (14). Kipu voi olla hyvinkin hankalaa ja vaatii usein opioidilääkitystä tai kajoavia toimenpiteitä, kuten endoskooppista haimatiehyen stenttausta tai leikkausta (8). Noin 20 % potilaista joutuu endoskooppiseen toimenpiteeseen. Kroonista haimatulehdusta sairastavista 7 % joutuu haimaleikkaukseen, ja puolessa tapauksista leikkauksena on kipu (15). Varhaisen vaiheen

Haiman vajaatoiminta ja siihen liittyvä vajaaravitsemus jäävät helposti hoidossa taka-alalle.

kirurgia saattaa tuottaa paremman pitkäaikais- tuloksen kuin endoskooppinen hoito (8,16). Tuoreessa kansallisessa tutkimuksessa jopa 80 % leikatuista potilaista oli vuoden kuluttua saanut leikkauksesta apua kipuun (17).

Kroonisen haimatulehduksen hoito on viime aikoina kehittynyt. Tämän lisäksi on alettu kiinnittää enemmän huomioita potilaiden ravitsemuksen parantamiseen ja yleisesti tietoisuuden lisäämiseen (18). Tärkein yksittäinen keino vaikuttaa taudin kulkuun on alkoholin käytön ja tupakoinnin lopettaminen, sillä sen on todettu hidastavan taudin etenemistä ja vähentävän komplikaatioita (19). Alkoholin ja tupakan käytön kartoitus, motivointi käytön lopettamiseen sekä alueellisiin päihdepalveluihin ohjaus ovat tärkeitä hoidon osia.

Haiman eksokriinisen vajaatoiminnan hoidon kulmakivi on haimaentsyymivalmiste, jota otetaan aina ruokailujen yhteydessä. Rasvaisen ruuan rajoittamista ei nykyään suositella, sillä se saattaa johtaa vajaaravitsemukseen, ja toisaalta eksokriinisen vajaatoiminnan oireet voivat jäädä huomaamatta, mikä voi osaltaan johtaa alihoitamiseen. Sen sijaan suositellaan vähäkaluista ruokavaliota, sillä kuitupitoinen ruoka saattaa heikentää haimaentsyymien vaikutusta (8). Valitettavan usein eksokriinisen vajaatoiminnan hoito jää puutteelliseksi tai jopa kokonaan hoitamatta, ja lisäksi potilaille saattaa jäädä epäselväksi lääkkeen tarkoitus (18,20). Kroonista haimatulehdusta sairastava tulee usein vastaan lääkärielle lähinnä taudin akutisoitumisvaiheiden yhteydessä, jolloin pitkäaikaisemmat ongelmat, kuten haiman vajaatoiminta ja siihen liittyvä vajaaravitseminen, saattavat jäädä hoidossa taka-alalle.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) on vuonna 2024 laatinut ravitsemussuosituksen haimatulehduspotilaille. Myös ruotsalaiset ovat laatineet kansallisen

suosituksen kroonisesta haimatulehduksesta vuonna 2021. Suositusten mukaan kroonista haimatulehdusta sairastaville potilaille tulisi järjestää säännöllinen seuranta, jolla pyritään puuttumaan potilaan vajaaravitsemukseen, kipuun, haiman vajaatoiminnan seuloon ja hoitamiseen sekä elintapoihin (21,22).

Suomessa kroonisen haimatulehduksen komplikaatioiden ja akutisoitumisvaiheiden hoito on pääosin keskittynyt gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäreille toisin kuin muualla Euroopassa, missä haimaan erikoistuneet gastroenterologit hoitavat tautia kokonaisuutena. Tarvitaankin keskustelua siitä, miten kroonisen haimatulehduksen seuranta kannattaisi Suomessa järjestää, kun otetaan huomioon, että potilaat saattavat tarvita usean asiantuntijan palveluita (yleislääkäri, kirurgi, endoskopisti, radiologi, gastroenterologi, endokrinologi, päihdepalvelut ja ravitsemusterapeutti). Tavoitteena tulisi olla haiman vajaatoiminnan toteaminen ja hoitaminen siten, että vajaaravitsemuksen riskiä voitaisiin vähentää ja elinajan odotetta parantaa. Potilaan motivoimisen sekä tukemisen alkoholista ja tupakoinnista pidättäytymiseen tulisi olla merkittävässä osassa, jotta taudin etenemistä voitaisiin ehkäistä. ■



MIKAEL PARHIALA, LT,
gastroenterologisen kirurgian
erikoislääkäri
Tays, gastroenterologian vastuualue



JOHANNA LAUKKARINEN,
gastroenterologisen kirurgian professori,
ylilääkäri, vastuualuejohtaja
Tays, gastroenterologian vastuualue
Lääketieteen ja terveysteknologian
tiedekunta, Tampereen yliopisto

SIDONNAISUUDET

Mikael Parhiala: Ei sidonnaisuuksia

Johanna Laukkarinen: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- de Rijk F, Sissingh NJ, Boel TT, Timmerhuis HC, ym. Development of pancreatic diseases during long-term follow-up after acute pancreatitis: a post-hoc analysis of a prospective multicenter cohort. *J Gastroenterol Hepatol* 2024;39:674–84.
- Cook ME, Bruun NH, Davidsen L, ym. Multistate model of the natural history of inflammatory pancreatic diseases: a nationwide population-based cohort study. *Gastroenterology* 2023;165:1547–57.e4.
- Murillo K, Simsek O, Göltl P, ym. Impact of etiology on disease course in chronic pancreatitis. *Pancreatol* 2023;23:582–8.
- Olesen SS, Nøjgaard C, Poulsen JL, ym. Chronic pancreatitis is characterized by distinct complication clusters that associate with etiological risk factors. *Am J Gastroenterol* 2019;114:656–64.
- Olesen SS, Mortensen LH, Zinck E, ym. Time trends in incidence and prevalence of chronic pancreatitis: a 25-year population-based nationwide study. *United European Gastroenterol J*. 2021;9:82–90.
- Valente R, Coppola A, Scandavini CM, ym. Interactions between the exocrine and the endocrine pancreas. *J Clin Med* 2024;13:1179.
- Dugic A, Hagström H, Dahlman I, ym. Post-pancreatitis diabetes mellitus is common in chronic pancreatitis and is associated with adverse outcomes. *United European Gastroenterol J* 2023;11:79–91.
- Löhr JM, Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, ym. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterol J* 2017;5:153–99.
- Bruns N, Meyer F, Rischmüller K, ym. Nutritional status in patients with chronic pancreatitis and liver cirrhosis is related to disease conditions and not dietary habits. *Sci Rep* 2024;14:4700.
- Min M, Patel B, Han S, ym. Exocrine pancreatic insufficiency and malnutrition in chronic pancreatitis: identification, treatment, and consequences. *Pancreas* 2018;47:1015–8.
- Olesen SS, Büyüksulu A, Köhler M, ym. Sarcopenia associates with increased hospitalization rates and reduced survival in patients with chronic pancreatitis. *Pancreatol* 2019;19:245–51.
- Matsumoto R, Kikuta K, Takikawa T, ym. Skeletal muscle mass and function are affected by pancreatic atrophy, pancreatic exocrine insufficiency and poor nutritional status in patients with chronic pancreatitis. *Pancreatol* 2024;24:197–205.
- Khan D, Abureesh M, Alkhayat M, ym. Prevalence of myocardial infarction in patients with chronic pancreatitis. *Pancreas* 2021;50:99–103.
- Vujasinovic M, Asplund E, Kourie M, ym. Painless chronic pancreatitis: experiences from a high-volume center. *Scand J Gastroenterol* 2023;58:417–21.
- Parhiala M, Waage A, Ignatavičius P, ym. Surgical strategies for chronic pancreatitis in a 1,327- patient Scandinavian Baltic pancreatic Club (SBPC) register. *Pancreatology* 2023;23:28–34.
- Issa Y, Kempeneers MA, Bruno MJ, ym. Effect of early surgery vs endoscopy-first approach on pain in patients with chronic pancreatitis: the ESCAPE randomized clinical trial. *JAMA* 2020;323:237–47.
- Van Veldhuisen CL, Leseman CA, De Rijk FEM, ym. Nationwide outcome of tailored surgery for symptomatic chronic pancreatitis based on pancreatic morphology: validation of the international guidelines. *Ann Surg*, julkaistu verkossa 13.12.2023. DOI:10.1097/SLA.0000000000006176.
- de Rijk FEM, van Veldhuisen CL, Besselink MG, ym. Diagnosis and treatment of exocrine pancreatic insufficiency in chronic pancreatitis: an international expert survey and case vignette study. *Pancreatol* 2022;22:457–65.
- Göltl P, Murillo K, Simsek O, ym. Impact of alcohol and smoking cessation on the course of chronic pancreatitis. *Alcohol* 2024;119:29–35.
- Barkin JA, Harb D, Kort J, ym. Real-world patient experience with pancreatic enzyme replacement therapy in the treatment of exocrine pancreatic insufficiency. *Pancreas* 2024;53:e16–21.
- Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, ym. ESPEN practical guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clin Nutr* 2024;43:395–412.
- Andersson R, Löhr JM. Swedish national guidelines for chronic pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 2021;56:469–483.