



Kai Klintrup
LT, yleis- ja
vatsaelinkirurgian
erikoislääkäri
OYS, Vatsakeskus

IBD:n kirurginen hoito

IBD:n eli Colitis ulcerosan ja Crohnin taudin kirurgisen hoidon periaatteet ja tavoitteet poikkeavat toisistaan. Colitis ulcerosan leikkaushoito, paksu- ja peräsuolen poisto, on parantava. Crohnin taudissa leikkauksella hoidetaan ja ehkäistään taudin aiheuttamia komplikaatioita, mutta uusiutumisia ei voi täysin estää. Colitis ulcerosa rajoittuu paksu- ja peräsuoleen, kun taas Crohnin tauti voi ilmetä segmentaarisenä missä tahansa ruuan- sulatuskanavan osassa. IBD-kirurgiaa, kuten muutakin gastrokirurgiaa, tehdään rutiinisti laparoskooppisesti, mutta avokirurgia on usein tarpeen etenkin Crohnin taudin leikkauksissa. Myös robottivusteinen tähystystekniikka on yleistymässä.

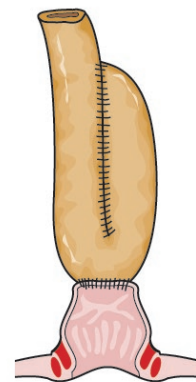
Colitis ulcerosan kirurginen hoito

Arviolta 25–30 % colitis ulcerosaa sairastavista potilaista ajautuu leikkaukseen jossain vaiheessa (1). Useimmiten leikkaus tehdään elektiivisesti. Taval- lisimmat indikaatiot ovat lääkehoidon huono teho oireisiin tai lääkehoidon haittavaikutukset (2,3). Eh- dottomia leikkausindikaatioita ovat syöpä tai syövän esiaste, dysplasiamuutokset. Leikkauspäätös voi olla potilaalle vaikea ja ahdistava lähinnä tietämättö- myyden vuoksi. Potilaan eduksi olisi käydä keskus- telemassa IBD-kirurgin kanssa hyvissä ajoin, vaikka

leikkaus ei välttämättä olisikaan vielä ajankohtainen. Joskus koliittipotilas joudutaan leikkaamaan päivystyksel- lisesti. Tällaisia tilanteita ovat esi- merkiksi fulminantti koliitti, hieman harvinaisemmaksi käynyt toksinen megacolon ja suolen puhkeaminen.

Colitis ulcerosan kirurginen hoito on periaat- teeltaan yksinkertainen ja parantava: paksu- ja pe- räsuolen poisto. Useimmiten peräaukko säästetään ja ohutsuolen päästä muodostetaan n. 15 cm mittai- nen J-pussi eli IPAA-säiliö (ileal pouch anal anasto- mosis), joka liitetään peräaukkoon. Uloste kulkee leikkauksen jälkeen normaalia reittiä. Ellei potilas ole sovelias J-pussi -leikkaukselle, muodostetaan ohutsuolen pääteavanne. J-pussin vasta-aiheita ovat esimerkiksi ulosteinkontinenssi, peräsuolen syöpä,

J pouch



Kuva: Shutterstock

Crohnin tauti tai vaikeat perussairaudet. Korkea ikä ei ole este J-pussin tekemiselle, mutta yksilöllinen harkinta on tarpeen, koska elimistön sopeutumisky- ky säiliöön on nuoremmilla yleensä parempaa.

Colitis ulcerosa leikataan joko yksi-, kaksi- tai kolmivaiheisesti. Vaiheistetussa leikkauksessa pois- tetaan ensin paksusuoli ja tehdään ohutsuoliavanne. Toisen vaiheen leikkaus tehdään noin puolen vuoden kuluttua ja siinä poistetaan peräsuoli ja muodoste- taan J-pussi. Vaiheistamisen tarkoitus on, että paksu- suolen poiston avulla potilaan oireet paranevat ja ko- liittilääkityksen voi lopettaa. Muutaman kuukauden



**Robottivusteinen
tähystystekniikka on
yleistymässä.**



aikana potilaan yleistila ehtii parantua ja tulevan säiliöleikkauksen komplikaatoris-
kit ovat pienemmät. J-pussi -leikkauksessa
nostetaan usein myös suojaava ohutsuolen
lenkkiavanne, joka poistetaan kolmannen
vaiheen leikkauksessa noin kahden kuu-
kauden kuluttua.

Jos leikkaus tehdään esimerkiksi syöpä-
riskin vuoksi tai koliittioireet ovat lievät,
voidaan paksu- ja peräsuolen poisto ja J-
pussi tehdä kerralla yhdes-
sä leikkauksessa. Päivystys-
tilanteissa tehdään ensin
aina paksusuolen poisto ja
avanne.

J-pussi -leikkauksen
komplikaatiot ovat useim-
miten säiliöön liittyviä
ongelmia. Noin kolmanneksella esiintyy
antibiootilla hoidettavaa pussiittia eli säi-
liötulehdusta (4). J-pussin sauman pettä-

misiä ilmenee noin 5 %:lla (4). Pitkäaikais-
seurannassa noin 10%:lla potilaista J-pussi
on jouduttu jostain syystä poistamaan.

Crohnin taudin kirurginen hoito

Crohnin tautia sairastavista potilaista
40–50% tarvitsee kirurgista hoitoa jos-
sain vaiheessa elämäänsä, ja heistä yli
kolmannes vielä yhden tai useamman uu-
sintaleikkauksen (5). Leikkaustekniikoissa

keskitytään säästäviin meto-
deihin, koska toistuvat suo-
liresektiot saattavat johtaa
ongelmallisiin imeytymis-
vajauksiin. Syöpäkirurgi-
assa oleellisia tervekudos-
marginaaleja ei tarvita vaan
päävastoin esimerkiksi ah-
taumat pyritään korjaamaan suolta säästä-

villä strikturoplastioilla mieluummin kuin
suoliresektiolla.

Tavallisin leikkausaihe Crohnin taudis-
sa on ohutsuolen tukosoireita aiheuttava
ahtauma. Lyhyet ahtaumat korjataan strik-
turoplastialla. Strikturoplastiaa ahtautu-
nut suolisegmentti halkaistaan pitkittäin
ja suljetaan poikittain, jolloin ahtauma
väljenee mutta suolen mitta säästyy. Str-
ikturoplastioita voidaan tehdä useita
peräkkäin, mutta sellaisessa tilanteessa
usein järkevämpää ja turvallisempaa on
tehdä suolen mittaa mahdollisimman pal-
jon säästävä suoliresektio.

Muita leikkausaiheita ovat Crohnin
taudille tyypilliset fistelit, paiseet ja per-
foraatiot. Niissä noudatetaan perinteisiä
kirurgisia periaatteita: infektiopesäke sa-
neerataan poistamalla tai dreneeraamalla
affisoitunut alue. Fisteleitä ja paiseita voi
olla useita samanaikaisesti ja eri osissa
vatsaonteloa, joten leikkaukset voivat olla
laajoja ja vaativia. Toisaalta oireettomaan

” Colitis ulcerosan
kirurginen hoito on
periaatteeltaan yksin-
kertainen ja parantava.

” Crohnin tautia sairastavista potilaista 40–50% tarvitsee kirurgista hoitoa.

tai vähäoireiseen fisteliin on usein parempi olla kajoamatta kirurgisesti.

Paksusuolen osapoisto tehdään samoin periaattein kuin ohutsuoliresektio. Crohnin taudin totaalikoliitissa metodina on paksusuolen poisto, jonka yhteydessä peräsuoli joko poistetaan tai säästetään riippuen siitä, onko tautia peräsuolen alueella. Colitis ulcerosasta tuttua J-pussi-leikkausta ei Crohnin potilaille pääsääntöisesti tehdä vaan peräsuolen poisto johtaa pysyvään ohutsuolen pääteavanteeseen.

Perianaaliset fistelit ovat tyypillisiä Crohnin taudin ilmentymiä. Tavanomaisiin perianaalifisteleihin verrattuna ne ovat yleensä monimutkaisempia ja fisteleitä on tyypillisesti kaksi tai useampia. Kirurgiselta kannalta hoito noudattelee tavanomaista fistelikirurgiaa. Joskus hankalahoitoiset fistelit yhdistettynä peräsuolen tulehdukseen ja strikturoitumiseen johtavat peräsuolen poistoon ja avanteeseen.

Lopuksi

Lääkehoidon kehittymisen myötä kirurgian osuus IBD:n hoidossa on jonkin verran pienentynyt. IBD-sairaudet ovat kuitenkin lisääntyneet viime vuosina voimakkaasti, joten kirurgian resurssitarve on pysynyt suunnilleen ennallaan.

Colitis ulcerosan ja Crohnin taudin leikkaushoidossa ajoitus ja tarkkaan harjittu indikaatio ovat oleellisia. Moniam-



Kuva: Shutterstock

matillinen yhteistyö gastroenterologin, gastrokirurgin ja muiden hoitoon osallistuvien kesken on parhaan hoitotuloksen edellytys.

Kirjallisuutta

1. Baker DM, Folan A-M, Lee MJ, Jones GL, Brown SR, Lobo AJ (2021) A systematic review and meta-analysis of outcomes after elective surgery for ulcerative colitis. *Color Dis* 23(1):18–33.2.
2. Macaluso FS, Cavallaro F, Felice C, Mazza M, Armuzzi A, Gionchetti P et al (2019) Risk factors and timing for colectomy in chronically active refractory ulcerative colitis: a systematic review. *Dig Liver Dis* 51(5):613–620.
3. Fiorino G, Danese S, Giacobazzi G, Spinelli A (2021) Medical therapy versus surgery in moderate-to-severe ulcerative colitis. *Dig Liver Dis* 53(4):403–408.
4. Baker DM, Folan A-M, Lee MJ, Jones GL, Brown SR, Lobo AJ (2021) A systematic review and meta-analysis of outcomes after elective surgery for ulcerative colitis. *Color Dis* 23(1):18–33.
5. Meima-van Praag EM, Buskens CJ, Hompes R, Bemelman WA. Surgical management of Crohn's disease: a state of the art review. *Int J Colorectal Dis*. 2021 Jun;36(6):1133–1145.