

<https://helda.helsinki.fi>

Deinnovaatio vatsaelinkirurgiassa

Koppatz, Hanna

2018

Koppatz , H & Sallinen , V 2018 , ' Deinnovaatio vatsaelinkirurgiassa ' , Duodecim ,
Vuosikerta. 134 , Nro 21 , Sivut 2075-2076 . < <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14592> >

<http://hdl.handle.net/10138/264094>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Hanna Koppatz ja Ville Sallinen

Deinnovaatio vatsaelinkirurgiassa

Valtaosa tieteellisistä tutkimuksista pyrkii kehittämään – innovoimaan – uusia hoitoja, jotka ovat tehokkaampia, tarkempia tai turvallisempia mutta samalla mahdollisesti myös kalliimpia. Uusien, parempien ja tehokkaampien hoitojen leviäminen ja käyttöönotto on usein varsin verkkaista, mutta erityisen hidasta on deinnovaatio. Sillä tarkoitetaan sellaisten käytäntöjen hävittämistä, jotka aiemmin olivat järkeviä, mutta uuden tiedon valossa turhia (1). Muutosvastarinta on voimakasta, kun uusia käytänteitä otetaan käyttöön, mutta luopuminen vanhasta on vielä vaikeampaa (2). Lääketieteessä ja kirurgiassa on kuitenkin paljon hoitokäytänteitä, joiden hyödyistä saatu näyttö on heikkoa. Tarvitsemmekin enemmän kliinistä tutkimusta ja vanhojen näyttöön perustumattomien dogmien kyseenalaistamista.

Yleisissä sairauksissa tai hoitotoimenpiteissä pienilläkin yksikkökohtaisilla säästöillä voidaan saada aikaan suuri kustannusten säästö. Toisin sanoen yhden potilaan osalta pieni säästö saa aikaan suuren säästön, kun näitä potilaita on useita. Sappirakon poistoleikkaus on yksi yleisimmistä kirurgisista toimenpiteistä, ja niitä tehdään Suomessa vuosittain noin 9000 (3). Poistettu sappirakko on tavattu rutiinimaisesti lähettää histologiseen tutkimukseen, jossa patologi tutkii näytteen mahdollisten hoitoa vaativien muutosten, käytännössä siis syövän löytämiseksi.

Kyseenalaistimme sappirakkojen rutiinimaisen histologisen tutkimuksen, sillä lähes kaikki sappirakot poistetaan hyvänlaatuisen sappikivitaudin vuoksi. Analysoimme noin 2000 potilasta, joille oli tehty sappirakon poistoleikkaus ilman leikkausta edeltävää syöpäepäilyä (4).

Deinnovaatiolla tarkoitetaan niiden käytäntöjen hävittämistä, jotka ovat uuden tiedon valossa turhia

Sappirakkosyöpä havaittiin 0,5 %:lla. Itsesään tämä tulos voisi antaa aiheen sappirakon histologisten tutkimusten rutiinimaiseen jatkamiseen, mutta tarkemmassa analyysissä totesimme, että kaikissa syöpätapauksissa sappirakossa oli havaittavissa myös silmin nähtäviä tai sormin tuntuja poikkeavuuksia. Sen sijaan tapauksissa, joissa sappirakko oli makroskooppisesti normaali (70 % tapauksista), ei löytynyt ainuttakaan syöpää.

Vastaavanlaisia tuloksia on raportoitu muistakin keskuksista (5–7). Olemmekin Hyksissä lopettaneet makroskooppisesti normaalien sappirakkojen histopatologisen tutkimisen ja korostaneet kirurgin tekemän preparaatin tutkimisen merkitystä. Vaikka näin pieni muutos voi vaikuttaa mättömältä, laskennallisesti tällä turhan toiminnan karsimisella saavuttaisimme noin puolen miljoonan euron vuosittaiset säästöt Suomessa.

Vatsaelinkirurgiassa esimerkkejä riittää. Komplisoitumaton umpilisäketulehdus ei välttämättä edellytä leikkausta, vaikka niin on ajateltu yli vuosisadan (8,9). Vähänkin ärhäkämät akuutit komplisoitumattomat divertikuliitit hoidettiin vielä pari vuotta sitten vuodeosastolla suonensisäisillä mikrobilääkkeillä, eikä potilas saanut syödä tavallista ruokaa. Useammassa ulkomaalaisessa ja yhdessä suomalaistutkimuksessa on kuitenkin varmistunut, että komplisoitumaton divertikuliitti paranee yhtä hyvin kotioloissa ilman mikrobilääkitystä (10–13). Moni sairaala onkin siirtynyt oireenmukaiseen hoitoon ilman mikrobilääkkeitä tai vuodeosastohoitoa, joskin vanhasta tutusta hoidosta luopuminen vaikuttaa tuottavan tuskaa. Valitettavan usein potilaat palaavatkin edelleen kotiin mikrobilääkeresepi mukanaan.



Meilahden sairaalassa siirtyminen komplisoitumattoman divertikuliitin oireenmukaiseen hoitoon säästää arviolta noin 600 vuodeosastovuorokautta vuosittain.

Toisaalta jo 30 vuotta sitten havaittiin, etteivät uudet diagnostiset tutkimukset useinkaan syrjäytä vanhoja, vaan tulevat niiden lisäksi (2). Tällöin kustannuksia syntyy yhtä lailla vanhoista tutkimuksista, ja päälle tulevat uusien tekniikoiden kustannukset. Liekö tilanne muuttunut vai vain pahentunut? Pitkään teimme kolonoskopian kaikille divertikuliitin sairastaneille syövän poissulkemiseksi, vaikka tauti oli jo diagnosoitu tietokonetomografialla (TT). Havaitimme, että mikäli tauti oli TT:llä varmistettu komplisoitumattomaksi, ei syöpiä löydy sen enempää kuin vastaavan ikäiseltä väestöltä keskimäärin (14). Noin 200 turhaa vuosittaista kolonoskopiaa voitiin välttää pelkästään Helsingin alueella.

Otamme kuitenkin yhä vatsan natiivikuvia TT:n lisäksi, vaikka oikeastaan pelkkä TT riittäisi (15). Ongelma ei enää olekaan se, etteikö TT olisi hyvin saatavilla jokaisessa päivystävässä yksikössä. Se on, melko hitaasti mutta var-

masti, levinnyt laajaan käyttöön ja parantanut erityisesti päivystyspotilaiden hoitoa. Ongelma on sen sijaan se, ettemme ole hylänneet vatsan natiivikuvausta historiallisena jäänteenä.

Kun kliininen näyttö on vahvaa, on perusteetonta jatkaa käytänteitä, joihin on aiemmin totuttu. Hoito- ja tutkimuskäytäntöjen deinnovaatio tuo uudenlaisen dilemman (1). Käypä hoito -suositusten lisäksi kannattaakin siis vilkaista myös tuoreita Vältä viisaasti -suosituksia (16). Kliininen tieteellinen tutkimustieto auttaa deinnovaatiossa. Tutkimus taas vaatii rahoitusta, joka kuitenkin usein maksaa itsensä moninkertaisesti takaisin. ■



HANNA KOPPATZ, LL, vatsaelinkirurgiaan erikoistuva lääkäri
Vatsakeskus, HYKS



VILLE SALLINEN, LKT, dosentti, vatsaelinkirurgian erikoislääkäri
Vatsaelinkirurgia, elinsiirto- ja maksakirurgia, Vatsakeskus, HYKS

KIRJALLISUUTTA

1. Ubel PA, Asch DA. Creating value in health by understanding and overcoming resistance to de-innovation. *Health Aff (Millwood)* 2015;34:239–44.
2. Eisenberg JM, Schwartz JS, McCaslin FC, ym. Substituting diagnostic services. New tests only partly replace older ones. *JAMA* 1989;262:1196–200.
3. Toimenpiteiden lukumäärä vuosittain. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tietokantaraportit 2016. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/tietokantaraportit>.
4. Koppatz H, Nordin A, Scheinin T, ym. The risk of incidental gallbladder cancer is negligible in macroscopically normal cholecystectomy specimens. *HPB (Oxford)* 2018;20:456–61.
5. Darmas B, Mahmud S, Abbas A, ym. Is there any justification for the routine histological examination of straightforward cholecystectomy specimens? *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89:238–41.
6. van Vliet JL, van Gulik TM, Verbeek PC. Is it necessary to send gallbladder specimens for routine histopathological examination after cholecystectomy? The use of macroscopic examination. *Dig Surg* 2013;30:472–5.
7. Olthof PB, Metman MJH, de Krijger RR, ym. Routine pathology and postoperative follow-up are not cost-effective in cholecystectomy for benign gallbladder disease. *World J Surg* 2018;42:3165–70.
8. Salminen P, Paajanen H, Rautio T, ym. antibiotic therapy vs appendectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: The APPAC randomized clinical trial. *JAMA* 2015;313:2340–8.
9. Sallinen V, Akl EA, You JJ, ym. Meta-analysis of antibiotics versus appendectomy for non-perforated acute appendicitis. *Br J Surg* 2016;103:656–67.
10. Daniels L, Unlu C, 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* 2017;104:52–61.
11. Chabok A, Pahlman L, Hjern F, ym. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg* 2012;99:532–9.
12. Mali JP, Mentula PJ, Leppäniemi AK, ym. Symptomatic treatment for uncomplicated acute diverticulitis: a prospective cohort study. *Dis Colon Rectum* 2016;59:529–34.
13. Mali J, Mentula P, Leppäniemi A, ym. Komplisoitumaton divertikuliitti. *Duodecim* 2017;133:5–6.
14. Sallinen V, Mentula P, Leppäniemi A. Risk of colon cancer after computed tomography-diagnosed acute diverticulitis: is routine colonoscopy necessary? *Surg Endosc* 2014;28:961–6.
15. Parviainen H, Sallinen V. Tarvitaanko vatsan natiivikuvausta? *Duodecim* 2017;22:2085–7.
16. Vältä viisaasti -suositukset. Helsinki: Duodecim 2018. www.kaypahoito.fi/web/kh/valta-viisaasti.

SIDONNAISUDET

Hanna Koppatz: Ei sidonnaisuuksia

Ville Sallinen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Vantaan Kaupunki, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry, Novartis, Helsingin yliopisto), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Astellas)