

Henrik Husu ja Panu Mentula

Akuutin haimatulehduksen lyhyt- ja pitkäaikaisennuste

Akuutti haimatulehdus on yleinen sairaus, ja taudin ilmaantuvuus vaikuttasi lisääntyvän (1). Sairaalakuolleisuus akuutin haimatulehduksen seurauksena on 1,6–7,5 %, joskin sairauden kulku vaihtelee huomattavasti potilaiden välillä (1–4). Pysyvät elinhäiriöt yhdessä haimanekroosin infektion kanssa tai jos potilaalle kehittyy vatsaontelon ylipaineoireyhtymä akuutin haimatulehduksen seurauksena, ennustavat jopa 50 %:n kuolleisuutta (5–7). Nuori ikä ennakoi potilaan selviytymistä vaikeastakin taudista (8). Toisaalta myös nuorten potilaiden pitkäaikaisennuste on huono sairastetun alkoholiperäisen akuutin haimatulehduksen jälkeen ilmeisimmin alkoholinkäytön jatkumisen vuoksi (8). Ennusteen parantamiseksi tulisikin jatkossa panostaa alkoholinkäytön pitkäaikaishaittojen ehkäisemiseen sairastetun akuutin alkoholiperäisen haimatulehduksen jälkeen.

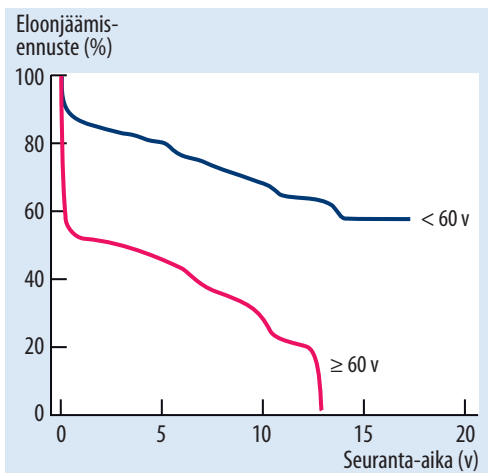
Lievään akuuttiin haimatulehdukseen ei liity elinhäiriöitä tai taudin paikallisia komplikaatioita eli haimanekroosia tai (peri)pankreattisia kertymiä (9). Taudinkuva on lievä 50–85 %:lla akuuttiin haimatulehdukseen sairastuneista potilaista (3,4,10–12). Sairaalakuolleisuuden arvioidaan olevan alle 1 % lievässä akuutissa haimatulehduksessa (3,4,10–12). Kuolema on tällöin seurausta muusta samanaikaisesta vaikeasta sairaudesta. Lievän akuutin haimatulehduksen jälkeisestä pitkäaikaisennusteesta on julkaistu vuonna 2019 suomalaistutkimus, jossa akuutin haimatulehduksen eloonjäämisennustetta verrattiin alueella asuvan verrokkiväestön ennusteeseen (13). Työikäisistä potilaista 80 % oli elossa kymmenen vuoden kuluttua lievän akuutin haimatuleh-

duksen jälkeen, kun vertailuväestön eloonjäämisennuste oli noin 95 % (13). Selitys varsin vaatimattomalle pitkäaikaisennusteelle liittyy taudin alkuperäiseen etiologiaan eli alkoholinkäyttöön. Pitkän ajan ennuste muun kuin alkoholin aiheuttaman lievän akuutin haimatulehduksen jälkeen ei eronnut vertailuväestöstä (13).

Keskivaikeassa akuutissa haimatulehduksessa potilaalla on joko kestoltaan alle 48 tunnin elin-
häiriö tai haimaan liittyvä paikallinen komplikaatio kuten nekroosi (9). Keskivaikean haimatulehduksen osuus akuuteista haimatulehduksista arvioidaan olevan 10–40 % (3,12). Lyhytaikaisessa seurannassa kuolleisuus on korkeintaan noin 2 % (3,12). Keskivaikean haimatulehduksen pitkäaikaisennustetta ei ole kuvattu kirjallisuudessa siten, että juuri näiden potilaiden ennustetta voisi arvioida erikseen suhteessa muihin vaikeusasteisiin.

Arviolta noin joka kymmenennellä akuuttiin haimatulehdukseen sairastuneella potilaalla on elin-
häiriö, joka ei väisty 48 tunnin kuluessa eli tauti on vaikea (3,9,11,14). Vaikean akuutin haimatulehduksen lyhyen aikavälin eloonjäämisennuste vaihtelee 50:n ja 80 %:n välillä (3,8,15). Meilahden 17 vuoden ajanjaksolla 90 vuorokauden kuolleisuus vaikeaan akuuttiin haimatulehdukseen oli 18 % (8). Ikä, naissukupuoli, liitännäissairaudet (sydänsairaudet, maksan vajaatoiminta), kirurgista hoitoa vaatinut vatsaontelon ylipaineoireyhtymä ja varhain tehty nekrosektomialeikkaus liittyivät merkittävästi kuolleisuuteen (8). Alle 60-vuotiaista potilaista noin 90 % selvisi vaikeasta akuutista haimatulehduksesta hengissä, kun yli 70-vuotiaista vain noin 40 %. Kirurgisen hoidon tarve näytti liittyvän potilaiden heikentyneeseen ennusteeseen,

Alkoholinkäytön jatkuminen heikentää pitkäaikaisennustetta myös nuorilla potilailla



KUVA. Pitkäaikaisennuste vaikean akuutin haimatulehduksen jälkeen (18).

paitsi jos haimanekroosia poistettiin infektoitumisen takia tai yli neljä viikkoa taudin alusta, jolloin kirurginen hoito ei vaikuttanut heikentävästi ennusteeseen (8). Iän, vatsaontelon ylipaineoireyhtymän ja varhaisen nekrosektomian assosiaatio kuolleisuuteen akuutissa haimatulehduksessa onkin hyvin dokumentoitu myös aiemmissä tutkimuksissa (2,4,6,16). Infektoituneen haimanekroosin vaikutus kuolleisuuteen on vähäinen, mikäli tilaan ei liity elinöhäiriötä, mutta kuolleisuus lähestyy 50 %, kun potilailla on elinöhäiriö ja haimanekroosin infektio (5).

Suomalaisessa väestössä, jossa akuutin haimatulehduksen aiheuttaja on yleisimmin alkoholinkäyttö, on tehohoitoa vaatineen akuutin haimatulehduksen jälkeinen kymmenen vuoden eloonjäämisennuste alle 60–65-vuotiailla potilailla 60–70 % (8,13). Yli 60-vuotiaiden kymmenen vuoden eloonjäämisennuste oli omassa tutkimuksessamme alle 30 % (KUVA) (8,18). Pitkän ajan seurannassa kuolinsyy liittyi alkoholinkäyttöön lähes 60 %:ssa tapauksista, mikäli haimatulehduksen etiologia oli ollut alkoholinkäyttö (8).



HENRIK HUSU, LL, gastroenterologisen kirurgian erikoistuva lääkäri
Vatsakeskus, HUS Helsingin yliopistollinen sairaala

SIDONNAISUUDET

Henrik Husu: Ei sidonnaisuuksia



PANU MENTULA, LT, dosentti, gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri
Vatsakeskus, HUS Helsingin yliopistollinen sairaala

SIDONNAISUUDET

Panu Mentula: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Boehringer-Ingelheim, Norgine), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Up-Viser)

Vaikean haimatulehduksen hoito vaati keskimäärin useita viikkoja kestävästä tehohoitoa, ja välittömät sairaalahoitoon kustannukset ovat huomattavat (17). Iän, taudin vaikeuden ja liitännäissairauksien lisääntyessä joudutaan väistämättä arvioimaan hoidon vaikuttavuutta potilaan ennusteeseen ja tekemään hoidon rajaajuuksia. Ikä ei kuitenkaan yksistään ole hoidon rajaamisen peruste, sillä kun toipumisreservit riittävät taudin akuutin vaiheen yli, on myös iäkkäämmillä potilailla akuutin haimatulehduksen jälkeen kohtalainen pitkän ajan ennuste (KUVA) (18).

Alkoholinkäytön jatkumisen aiheuttamat vaikutukset korostuvat sairastetun akuutin haimatulehduksen jälkeen, jolloin lievänkin akuutin haimatulehduksen jälkeinen kuolleisuus on verrokkiväestöön nähden merkittävästi lisääntynyt (13). Alkoholinkäytön aiheuttama sairaalahoito lyhentää elinajan odotetta ja nelinkertaistaa ennenaikaisen kuoleman riskiä muuhun väestöön verrattuna (19). Alkoholinkäyttö on merkittävin kuolleisuuden riskitekijä, joka selittää lähes 10 % 15–49-vuotiaiden kuolemista (20).

Pitkäaikaisennusteen parantamisen kannalta olisi tärkeää, että alkoholinkäyttöön pystyttäisiin puuttumaan alkoholin laukaiseman haimatulehduksen toipilasvaiheessa. Toistuvilla alkoholinkäyttöön puuttuvilla interventioilla on osoitettu tehoa ainakin haimatulehdusten uusiutumisen ehkäisyssä (21). Olisi luontevaa ajatella, että toimilla olisi saavutettavissa vaikutusta myös pitkäaikaisennusteeseen. Ehdotammekin alkoholinkäytön vähentämiseen tähtävää hoitoketjun perustamista, jossa päihdelääketieteen erikoisosajan tuella jo hoitojakson aikana kartoitettaisiin potilaan tilanne, ja alkoholinkäytön lopettamiseen tähtäivät interventiot aloitettaisiin jo sairaalasta käsin. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Singla A, Csikesz NG, Simons JP, ym. National hospital volume in acute pancreatitis: Analysis of the nationwide inpatient sample 1998-2006. *HPB (Oxford)* 2009;11:391-7.
2. McKay CJ, Evans S, Sinclair M, ym. High early mortality rate from acute pancreatitis in Scotland, 1984-1995. *Br J Surg* 1999;86:1302-5.
3. Choi JH, Kim MH, Oh D, ym. Clinical relevance of the revised Atlanta classification focusing on severity stratification system. *Pancreatology* 2014;14:324-9.
4. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2379-400.
5. Werge M, Novovic S, Schmidt PN, ym. Infection increases mortality in necrotizing pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Pancreatology* 2016;16:698-707.
6. van Brunschot S, Schut AJ, Bouwense SA, ym. Abdominal compartment syndrome in acute pancreatitis: A systematic review. *Pancreas* 2014;43:665-74.
7. Petrov MS, Shanbhag S, Chakraborty M, ym. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2010;139:813-20.
8. Husu HL, Leppäniemi AK, Lehtonen TM, ym. Short- and long-term survival after severe acute pancreatitis: A retrospective 17 years' cohort study from a single center. *J Crit Care* 2019;53:81-6.
9. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, ym. Classification of acute pancreatitis--2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102-11.
10. van Dijk SM, Hallensleben ND, van Santvoort HC, ym. Acute pancreatitis: Recent advances through randomised trials. *Gut* 2017;66:2024-32.
11. Acevedo-Piedra NG, Moya-Hoyo N, Rey-Riveiro M, ym. Validation of the determinant-based classification and revision of the Atlanta classification systems for acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12:311-6.
12. Kwong WT, Ondrejková A, Vege SS. Predictors and outcomes of moderately severe acute pancreatitis - evidence to reclassify. *Pancreatology* 2016;16:940-5.
13. Karjula H, Saarela A, Ohtonen P, ym. Long-term outcome and causes of death for working-age patients hospitalized due to acute pancreatitis with a median follow-up of 10 years. *Ann Surg* 2019;269:932-6.
14. Sarri G, Guo Y, Iheanacho I, ym. Moderately severe and severe acute pancreatitis: A systematic review of the outcomes in the USA and European Union-5. *BMJ Open Gastroenterol* 2019;6:e000248.
15. Zubia-Olaskoaga F, Maraví-Poma E, Urreta-Barallobre I, ym. Comparison between revised Atlanta classification and determinant-based classification for acute pancreatitis in intensive care medicine. Why do not use a modified determinant-based classification? *Crit Care Med* 2016;44:910-7.
16. Besselink MG, Verwer TJ, Schoenmaeckers EJ, ym. Timing of surgical intervention in necrotizing pancreatitis. *Arch Surg* 2007;142:1194-201.
17. Lilja HE, Leppäniemi A, Kempainen E. Utilization of intensive care unit resources in severe acute pancreatitis. *JOP* 2008;9:179-84.
18. Husu HL, Leppäniemi AK, Lehtonen TM, ym. Short- and long-term survival after severe acute pancreatitis: a retrospective 17 years' cohort study from a single center. *J Crit Care* 2019;53:81-6.
19. Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, ym. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:297-306.
20. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet* 2018;392:1015-35.
21. Nordback I, Pelli H, Lappalainen-Lehto R, ym. The recurrence of acute alcohol-associated pancreatitis can be reduced: A randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2009;136:848-55.