

Ruokatorven refluksitauti

Refluksitaudilla tarkoitetaan liiallista ja toistuvaa mahahapon nousua ruokatorveen. Refluksitautiin liittyy tyypillisiä kliinisiä oireita, kuten närästystä (rintalastan takainen poltto), käänteisvirtausta (happaman nesteen tai mahansisällön nouseminen kurkkuun tai suuhun) tai nielemisvaikeutta ja ruoan takertumista (dysfagia). Epätyypillisinä oireina voi esiintyä astmaa, kroonista yskää, äänen käheyttä, palan tunnetta kurkussa ja hammaseroosioita. Ruokatorven tähytyksessä voidaan todeta gastroesofageaalise refluksin aiheuttama haavainen ruokatorventulehdus, Barrettin ruokatorvi, ruokatorven ahtauma tai haava sekä palleatyrä.

Refluksitaudin toteaminen

Oireet viittaavat diagnoosiin. Oirepäiväkirjanpito voi olla hyödyllistä oireiden vaikeusasteen määrittämiseksi.

Jos potilas on alle 45-vuotias eikä esiinny hälyttäviä oireita (nielemisvaikeus, laihtuminen, anemia) riittää ensi vaiheessa diagnostinen hoitokoe protonipumpun estäjällä (PPI) 1-2-kertaisella hoitoannoksella (esomepratsoli 40mg, lansopratsoli 30-60mg, omepratsoli 20-40mg, pantopratsoli 40-80mg, rabepratsoli 20mg) 1-2 viikon ajan. Tämän jälkeen hoitoa jatketaan puolella alkuperäisannoksesta 1-2 kuukauden ajan.

Tähystystutkimus on paras tapa selvittää refluksitaudin vaikeusaste. Tähytystä suositellaan, jos potilas on yli 45-vuotias ja tehokas lääkitys ei poista oireita (puuttuva tai epätäydellinen hoitovaste lääkehoidolle), oireet uusivat heti lääkehoidon loputtua tai potilaalla on hälyttäviä oireita (nielemisvaikeus, laihtuminen, anemia) tai epätyypillisiä oireita.

Refluksitaudin lääkehoito

Ensisijainen hoito on PPI-lääkitys normaaliannoksella 2-4 viikon ajan. Kun potilas on oireeton, vähennetään lääkitystä pienimpään oireet poissa pitävään annokseen. Jos hoitovaste on epätydyttävä, PPI-annos kaksinkertaistetaan. Pitkäaikaisessa hoidossa voidaan käyttää PPI-lääkitystä tarvittaessa otettuna. Jos oireet uusiutuvat, palataan alkuvaiheen annosteluun. Usein joudutaan pysyvään estohoitoon PPI-lääkkeillä tai H₂-salpaajilla. Pitkäaikainen, vuosiakin kestävä lääkehoito on turvallinen.

Vaikeammissa tautimuodoissa hoitona on PPI-lääkitys normaalilla hoitoannoksella ainakin 2 kuukauden ajan. Jos hoitovaste on epätydyttävä, annos kaksinkertaistetaan. Vaikeassa tautimuodossa tarvitaan yleensä jatkuva PPI-lääkitys tai operatiivinen hoito.

Antasidoilla ja ei- lääkkeellisillä hoidoilla (ruokavalio, vuoteen päädyn kohotus, laihdutus) ei ole osoitettu vaikutusta refluksitaudin kulkuun. Hoitavan lääkärin harkinnan mukaan niitä voi käyttää oireiden lievitykseen.

Yleisesti ottaen haavainen ruokatorventulehdus paranee PPI-lääkityksellä yli 90%:lla potilaista, mutta oireet uusiutuvat 80%:lla potilaista vuoden sisällä lääkeshoidon loppumisesta. Osalla potilaista oireet voivat hävitä, mutta ruokatorven limakalvovauriot pysyvät johtaen mahdollisesti ruokatorven ahtaumaan tai ns. Barrett-limakalvomutokseen. Osalla potilaista refluksitaudin syynä saattaa olla emäksinen, pohjukaissuolesta tuleva refluksi, johon PPI-lääkitys ei vaikuta. Mikäli lääkehoito ei tehoa, em. asia tulisi selvittää.

Leikkaushoito

Leikkaushoidon arvioon ohjataan ne potilaat, joilla riittävän pitkän seurannan perusteella on varmistettu vaikeaoireinen refluksitauti. Leikkaushoitoa ei yleensä suositella taudin varhaisvaiheessa tai vanhuksille, joilla odotettavissa oleva elämänskaari on lyhyt.

Ennen leikkausta tehdään yleensä ruokatorven tähystys, painemittaus (*mano-metria*) ja pitkäaikainen pH-rekisteröinti. Akalasia tai ruokatorven muu vaikea toiminnallinen häiriö on leikkauksen vasta-aihe.

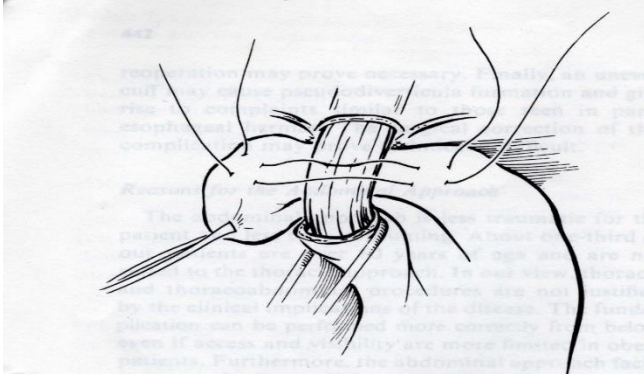
Leikkaus on aiheellinen, jos 1) potilaalla on oireita ja/tai jatkuva, haavainen ruokatorventulehdus parhaasta, mahdollisesta lääkehoidosta huolimatta 2) lääkehoito poistaa oireet, mutta potilaat eivät halua käyttää pysyvää lääkehoitoa kustannus- tai elämänsanteeseen liittyvistä seikoista johtuen tai lääkkeistä aiheutuu sivuvaikutuksia. Refluksitaudin merkittävät komplikaatiot kuten ruokatorven ahtauma, haavauma tai Barretin ruokatorvi eivät sinänsä edellytä leikkausta, mutta merkitsevät vaikeaa refluksitautia ja edellyttävät parasta, saatavilla olevaa lääkehoitoa tai leikkausharkintaa, mikäli lääkehoidosta huolimatta potilaalla on oireita.

Leikkaus toteutetaan nykyään tähystintekniikalla (*laparoskooppisesti*). Leikkauksen jälkeen potilas kotiutuu 1-2 leikkauksen jälkeisenä päivänä. Sairasloman tarve on 2-3 viikkoa, jonka aikana on syytä syödä "pehmeätä" ruokaa ja välttää raskasta ponnistelua ja nostamista. Alkuvaiheessa useimmilla potilailla esiintyy lieväästeista nielemisvaikeutta, joka häviää itsestään. Refluksitaudin kirurgisella hoidolla voidaan vaikuttaa kaikkiin refluksitauti aiheuttaviin syihin ja hyvä leikkaushoitotulos sekä oireiden että elämänslaadun suhteen saavutetaan yli 90 %:lla potilaista.

Pitkäaikaisseurannan perusteella tiedetään, että oireet uusivat noin 10–20%:lla potilaista johtuen leikkauksessa tehdyn takaisinvirtausta estävän mansetin purkautumisesta. Tällöin joudutaan aloittamaan haponestolääkitys uudelleen ja harkinnan mukaan voidaan tehdä myös uusintaleikkaus.

Antirefluksileikkauksen leikkaustekniikka (*Nissenin fundoplikaatio*)

Kuva 1. Mahalaukun yläosa viedään ruokatorven takaa ja muodostetaan ruokatorvea ympäröivä fundoplikaatiomansetti



Kuva 2. Valmis fundoplikaatiomansetti ruokatorven alaosan ympärillä

