



Crohn & Colitis

3/2008

IBD:n lääkitys
Ärtyvä suoli



Sisältö 3/2008

Pääkirjoitus		3
Kun takapuoli vaivaa		4
Lääkehoito-opas tulossa uunista ulos	7	
Ärtyvän suolen oireyhtymä		9
Lääkärupalsta		11
Tyhjennysaineet maksuttomiksi TAYS:ssa		12
Sairaus vei pohjalle vähäksi aikaa	15	
Uutta vauhtia toimintaan	18	
EFCCA:n johto uusiutui	20	
Huumori tukee kovissakin kokemuksissa		23
Kelan järjestämät sopeutumisvalmennuskurssit		26
CC:n järjestämät sopeutumisvalmennuskurssit		27
Mielenkiintoinen retki kulissien taakse		29
Aluetapaamiset		30
Tukihenkilöt		32
Haluaisitko mukaan säännöllisesti kokoontuvaan vertaistukiryhmään?		33
Neiti Crohn		34
Hallituksen päätöksiä		34



Crohn ja Colitis ry on valtakunnallinen Crohnin tautia, colitis ulcerosaa tai muuta suolistosairautta sairastavien ja heidän läheistensä edunvalvontajärjestö. Jäsenmäärä on voimakkaassa kasvussa ja on nyt noin 5200. Crohn ja Colitis ry:n edunvalvontatoiminta on vaikuttamista ja yhteistyötä lääkäreiden, muun hoitohenkilökunnan, sairaaloiden, Kelan, alan järjestöjen ja yhteiskunnallisten päättäjien kanssa. Keskeinen osa toimintaa on sairautta koskevan tiedon kerääminen ja jakaminen jäsenille jäsenlehdessä tai erillisinä julkaisuina. Järjestämme sopeutumisvalmennuskursseja yhteistyössä alan järjestöjen kanssa. Yhdistyksen kevät- ja syyspäivien yhteydessä järjestetään asiantuntijaluentoja. Aluetapaamisia järjestetään eri paikkakunnilla. Yhdistyksen toimisto on Tampereella ja siellä palvelevat yhdistyksen osa-aikainen järjestösihteeri Carita Sinkkonen, tiedotussihteeri Johanna Vuori sekä projektisihteerit Maria Mattinen ja Laura Viitanen.



Julkaisija:

Crohn ja Colitis ry
Kuninkaankatu 24 A, 2 krs.
33210 Tampere
Puh. 075 325 4400
Fax (03) 266 2660
www.crohnjacolitis.fi,
ccafin@crohnjacolitis.fi

Päätoimittaja:

Johanna Vuori
toimitus@crohnjacolitis.fi

Ilmestyminen vuonna 2008:

Nro	Ilm.vko
1/08	4
2/08	11
3/08	22
4/08	36
5/08	46

Seuraavan lehden aineisto viimeistään 6.8.2008.

Ilmoitushinnasto:

1 sivu	600 e
takakansi	700 e
1/2 sivua	350 e
1/4 sivua	250 e

Painos:

6000 kpl

Paino:

Hämeen Kirjapaino Oy

ISSN 1238-8890

Toimitus pidättää oikeuden tarvittaessa lyhentää ja stilisoida kirjoituksia. Vastaanotamme aineistoa sitoumuksetta, mutta mielellämme.

Lahjoitukset:

Nordea 228118-20707
(ei jäsenmaksuja)

Kannen kuvassa CC:n hallituksen jäsen ja EFCCA:n sihteeri Micke Lindholm Dubrovnikissa, jossa pidettiin EFCCA:n vuosikokous. Kuvaajana Marika Armilo.



Pääkirjoitus

Aktiivinen vuosi 2007

Yhdistyksen vertaistukitoiminta kehittyi vuoden 2007 aikana voimakkaasti. Aluetapaamisia järjestettiin 79 kpl (vuonna 2006 yhteensä 51 kpl). Osallistujien määrä kasvoi yli 50 prosentilla 540 osallistujasta 830 osallistujaan. Kontakteja tukihenkilöihin otettiin edellisen vuoden 350 kontaktin sijaan 420 kertaa.

Vertaistukitoiminnan kehittymisen taustalla on vertaistukiprojektin käynnistyminen vuoden 2007 alusta. Vertaistukiprojektin ohella käynnistyi opasprojekti, jossa on valmistunut neljä uutta opasta ja lisäksi päivitettiin neljä aiemmin julkaistua opasta. Molemmissa projektissa työskenteli kokopäiväinen projektisihteeri.

Projektien myötä Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustusten määrä liki kaksinkertaistui 97 000 eurosta 179 000 euroon. Vuodelle 2008 myönnettiin toiminta-avustusta 230 000 euroa. Yhdistyksen toiminnan kehittyessä jäsenmäärän kasvu kuitenkin tasaantui.

Edunvalvonnan alueella oltiin aktiivisesti mukana Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöjärjestön YTY ry:n toiminnassa.

Yhdistys aloitti toimenpiteet tyhjennysaineiden maksuttomuuden puolesta. Lisätietoa aiheesta sivulla 12.

Viestinnässä www-sivujen kävijämäärät jatkoivat kasvua. Kävijämäärä ylitti 630 000 kävijää, mikä on saanut potilasjärjestöjen keskuudessa kansainvälisesti huomiota. Noin kaksikolmasosaa kävijöistä on keskustelupalstan kävijöitä.

Yhdistyksen työntekijämäärän kasvusta 1,5 työntekijästä 3,5 työntekijään huolimatta suuri osa toiminnasta toteutetaan vapaaehtoisvoimin. Tervetuloa osallistumaan toimintaamme ja tervetuloa yhdistyksen aktiiviksi. Tiedot aluetapaamisista löydät tämän lehden sivulta 30.



Jyrki Koskinen
puheenjohtaja
puheenjohtaja@crohnjcolitis.fi

Kun takapuoli vaivaa

Peräaukon ongelmat ovat hyvin tavallisia, mutta kiusallisia.

Takapuolen ongelmista puhutaan vähän, vaikka alueen ongelmat ja vaivat ovat tavallisia kaikilla ihmisillä.

Peräaukon seudulla voi olla peräpukamia, haavaumia eli fissuuroita, märkäkertymiä eli absesseja tai pelkästään kipua ja kutinaa. Erityisesti Crohnin tautiin liittyviä fisteleitä eli kudokseen syntyviä käytäviä on usein juuri peräaukon seudulla, vaikka niitä voi olla muuallakin.

Peräpukamat yleinen vaiva

Peräpukamat ovat yleisin peräaukon sairaus.

Peräaukkokanavassa on verisuonia sisältäviä limakalvon paksunnoksia, jotka toimivat tiivistekudoksena ja vahvistavat pidätyskykyä. Pukamat syntyvät, kun näitä tiivisteitä tukeva sidekudos heikkenee ja limakalvo pääsee liukumaan ulospäin ja verisuonet laajenevat. Pukamataudista puhutaan vasta jos pukamat kasvavat ja aiheuttavat oireita, sillä sisäisiä peräpukamia on periaatteessa kaikilla.

Sisäiset pukamat ovat peräaukkokanavassa näkymättömissä ja lääkäri voi todeta ne proktoskopiolla eli peräaukkokanavan tähystyksellä.

Ulkoiset ”pukamat” ovat peräaukon ulkopuolella ole-



via ihoheltoja, eivät varsinaisia pukamia. Ne ovat helposti silmin havaittavissa ja niiden oireita ovat kutina, kirvely ja hygieniaongelmat.

- Nämä ihohelto liittyvät erityisesti Crohnin tautiin. Ne eivät ole vaarallisia ja ovat usein myös oireettomia, toteaa gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri Martti Matikainen.

Vuotoa, kirvelyä ja muuta vaivaa

Sisäisten pukamien oireita ovat verentulo ulostamisen yhteydessä pyttyyn tai paperiin sekä pukamien esiin työntyminen ulos peräaukosta.

Esiin työntyminen voi aiheuttaa lievää kipua ja epämiellyttävää tunnetta. Siihen liittyy myös tuhrimista ja hygieniaongelmaa, mistä voi seurata kutinaa tai ihon kirvelyä. Voimakas kipu ei kuulu tyyppillisiin pukamaoireisiin. Joskus kuitenkin ulos luisuttanut pukama hirttyi kiinni ja aiheuttaa kovaa kipua. Pukamatromboosi on ulkoisen pukaman verihyytymä, joka aiheuttaa kipeän sinertävän patin peräaukolle.

- Parasta olisi hoitaa tromboosi heti pois. Se voidaan avata ja puristaa kuin finni ulos, Matikainen kertoo.

Jos oireena on verenvuotoa, pelkkä peräaukon tähytys ei aina riitä. Vaikka pukamat ovatkin tavallisin syy peräaukon vuodolle, epäselvissä tapauksissa ei vuodon muita syitä voi pois sulkea ilman paksusuolen tähytystä.

Pukamat voidaan hoitaa helposti

Tutkimuksiin kannattaa kuitenkin lähteä, jos pukamista on selvästi vaivaa. Suurin osa sisäisistä puka-

mista voidaan hoitaa saman tien ns. kumilenkkihoidolla eli Barronin ligatuurilla. Ligatuur on pukaman tyveen asetettava kuristava pieni kumilenkki, joka saa aikaan pukaman kutistumisen. Hoito on nopea ja vain lievää jälkikipua aiheuttava toimenpide, eikä sairauslomia tarvita. Leikkaushoitoa harkitaan sisäisiin pukamiin, jos ligatuurahoito ei ole riittävää.

- Nykyään leikkaukset ovat erittäin harvinaisia, Martti Matikainen toteaa kuitenkin.

Leikkauksessa pukamakudos poistetaan ja haava jätetään useimmiten avuksi. Toimenpiteen jälkeen pääsee kotiin yleensä jo samana päivänä, mutta sairausloman tarve on kolmesta neljään viikkoa. Ulkoisia ihoheltoja ei tarvitse yleensä hoitaa mitenkään.

Kun peräaukko haavautuu

Peräaukon haavauma eli fissuura on peräaukon limakalvon eräänlainen halkeama. Se saa alkunsa yleensä ummetuksesta, kun kova uloste vahingoittaa peräaukkoa. Haavauma aiheuttaa kipua, joka pahenee ulostaessa. Pyyhkiessä paperissa voi näkyä vähän kirkasta verta. Fissuura on kohtalaisen yleinen kaikissa ikäluokissa, myös lapsilla.

Fissuura on tyyppinen seuralainen Crohnin taudissa. Fissuura voi liittyä komplikaationa myös muihin sairauksiin kuten haavaiseen koliittiin tai herpesvirusinfektioon.

Suurin osa haavaumista paranee itsestään. Ummetuksen hoito on tärkeää paranemisen ja myös haavauman uusiutumisen estämiseksi. Myös lämpimät istumakylvyt aamuin

illoin helpottavat kipua ja peräaukon sulkijalihasten supistustilaa.

Haavauman hoidossa voidaan kokeilla myös erilaisia lääkevoiteita.

- Crohnin tautiin liittyvät fissuurat saattavat yllättäen

pidätyskyvyn menettämisen riski on huomattavasti pienempi.

- Toimenpide tehdään poliklinikalla puudutuksessa ja on potilaalle siksi helppo, Matikainen kertoo.

Myös Botuliini-pistoksia



Liika paperilla hankaaminen on haitallista.

olla myös täysin oireettomia, huomauttaa Matikainen.

Krooninen haavauma voidaan leikata

Usein krooninen haavauma vaatii kirurgisen hoidon, johon yleensä ryhdytään jos muu hoito ei ole tehonnut neljän kuukauden aikana.

Pitkään haavaumia on hoidettu peräaukon laajentamisella, mutta toimenpiteeseen liittyy pidätyskyvyn menettämisen riski, joten se on jäämässä pois.

Parempi keino on leikkaus, jossa katkaistaan peräaukon sulkijalihaksen säikeitä. Siten leikatuihin lähes kaikki haavaumat paranevat, ja

on tutkittu tässä tarkoituksessa. Sen on todettu parantavan kroonisen anaalifissuurin 80 %:lla potilaista. Haittana on kuitenkin botuliinivalmisteen korkea hinta. Sille on Suomessa myös asetettu käyttörajoitus, joka ainakin toistaiseksi vaikeuttaa lääkkeen käyttöä.

Haavauman uusimista voidaan ehkäistä tehokkaalla ummetuksen hoidolla. Myös säännöllinen peräaukon hygienia on tärkeää.

Tulehtunut rauhanen aiheuttaa absessin

Peräkanavassa on anaalirauhasia, jotka tulehtuessaan voivat aiheuttaa märkäpe-

säkkeen eli absessin. Niitä voi olla kaikilla, myös lapsilla. Miehillä absessit ovat yleisempiä kuin naisilla.

Oireena on yleensä kipua, paikallista turvotusta ja kuumeiluakin voi olla jos absessi on kookas.

Kivun takia voi olla virtsaamisvaikeuttakin. Jos absessi puhkeaa ja tyhjenee anaalikanavaan, sieltä voi valua märkää ja samalla kipu helpottuu.

Pinnallinen ja pieni absessi voidaan avata paikallispuudutuksessa, mutta usein ne on parempi leikata ja tyhjentää kunnolla leikkaussaliolosuhteissa.

Jälkihoitona on suihkuttelu, ja vain harvoin tarvitaan antibioottihoitoa.

Crohnin taudissa voi ilmetä pelkästään tautiin liittyviä anaalialueen absesseja.

Absessista voi kehittyä anaalifisteli

Anaalifistelillä tarkoitetaan epänormaalia yhteyttä peräaukosta iholle.

Noin 20–50 %:ssa tapauksista absessista kehittyä anaalialueen fisteli. Fisteli onkin absessin krooninen muoto, vaikka kaikilla fistelipotilailla ei olekaan ollut havaittavaa akuuttia absessivaihetta.

Fistelien ulkoaukko on yleensä nähtävissä iholla pienenä aukkona tai kohoumana, jossa voi olla märkää. Märkäeritys voi olla jatkuvaa tai ajoittaista, mutta yleensä fisteli ei ole kivulias.

Naisilla vaginaan avautuva fisteli voi johtua synnytysvauriosta, gynekologisesta tai peräsuolen pahanlaatuisesta kasvaimesta tai se voi syntyä colitis-potilaalle j-pussileikkauksen komplikaationa. Muita fistuloivia sairauksia voivat olla mm. Crohnin tauti, märkivä hiki-

rauhastulehdus, pakaravaon paise ja tuberkuloosi.

- Crohnin tautia sairastavilla fistelikin voi olla oireeton, Martti Matikainen kertoo ja toteaa sen olevan myös hankalampi hoitaa.

Fistelille lanka tai leikkaus

Ennen hoito on syytä selvittää kanavan kulkureitti. Tutkimuksiin kuuluu peräsuolen ja mahdollisesti myös paksusuolen tähytys. Magneettikuvaus lantion ja anaalikanavan alueelta on osoittautunut myös lupaa-

toinen hoitotapa on lankasidontamenetelmä. Käytävän läpi pujotetaan lanka, jota kiristetään hiljalleen niin että se leikkaa läpi ja sen taakse jäävä osa paranee hiljalleen. Lanka voidaan myös jättää löysäksi, jolloin se toimii dreeninä sekä pitää fistelikäytävän avoimena, jotta märkä pääsee pois.

Lankasidontamenetelmän haittana on useiden viikkojen hoitoaika, ja aiheuttaa samanpituisten työkyvyttömyyden. Uusi hoitomuoto onkin limakalvon liukaläppäleikkaus, jossa fistelikanava poistetaan ja pinta-

soytaa, vaikka edellä kerrottuihin vaivaihiinkin voi liittyä kutinaa.

Peräaukon seutu voi ärtyä myös allergian, psoriasisin, sieni- tai hiivatulehduksen seurauksena. Myös puhtaasti psyykkiset tekijät voivat olla taustalla.

Pakaravako hikoilee ja hautuu helposti. Myös hyvin kireä tai keinokuituinen vaatetus, joka puristaa pakarat voimakkaasti yhteen, lisää alueen mekaanista rasitusta.

Myös liian aktiivinen pesu, saippuan käyttö ja suihkuttelu kuivattavat ihoa ja ovat omiaan pahentamaan tilannetta.

Kirurgi Martti Matikainen toteaa, että 90 % takapuolen ärtymisestä johtuu liiallisesta pyyhkimisestä. Jatkuva hankaus paperilla saa aikaan pieniä haavaumia, jotka kutisevat ja se johtaa lisääntyvään pesuun ja hankaamiseen.

- Ihminen on muuten ainoa eläin, joka pyyhkii takapuoltaan...

Mausteaineet kulkevat ruoansulatuskanavan läpi ja runsaasti maustetut ruuat voivat pahentaa oireita. Runsasta kofeiinin nauttimista pidetään kutinaa pahentavana tekijänä.

Paras hoito on järkevä hygienia: Pesu kerran päivässä ilman saippuaa, ulostamisen jälkeen suihkutus ja kuivaus taputtelevalla liikkeellä. Kipeimpinä aikoina peräaukon seudun kuivaamiseen voi käyttää vaikka hiustenkuivaajaa, sillä kuivauksen on oltava huolellinen. Perusvoiteena käy valkovaseliini. Vaikeimpina aikoina voidaan lyhytaikaisesti käyttää kortisoni- tai antihistamiinivalmisteita.

JV



Suihku ja fööni ovat avuksi myös hygienian ylläpidossa.

vaksi menetelmäksi.

Fisteli ei yleensä parane itsestään, vaan vaatii leikkaushoidon. Hoitona on tavallisesti fistelin avaus. Haavapinta jätetään avoimeksi ja jatkohoitona ovat suihkuttelu sekä siteen vaihdot kunnes haava on parantunut. Matalankin fistelin paraneminen vie aikaa yleensä 3–4 viikkoa.

suljetaan ompelein. Suolen limakalvolta irrotettu läppä vedetään ommellun sisäaukon kohdan yli ikään kuin paikaksi päälle.

Kun vaivana on jatkuva kutina

Joskus vaivana voi olla vain peräaukon kutina. Usein siihen ei edes löydy selkeää

IBD ja lääkehoito-opas tulossa uunista ulos

Lääkärin mielestä on sitä parempi mitä enemmän potilas tietää IBD:stä ja sen hoitomuodoista. On erittäin toivottavaa, että potilas nostaa vastaanotolla esiin sairauden herättämiä kysymyksiä ja ajatuksia.

Tänä keväänä on vuonna 2007 startanneessa opas-projektissa kirjoitusvuorossa ollut IBD ja lääkehoito-opas. Aihe on tärkeä, sillä vastikään IBD-diagnoosin saaneella ihmisellä harvoin on juuri minkäänlaista tietoa edes itse taudista, saati sitten käytössä olevasta lääkehoidosta. Koska lääkehoito on IBD:n ensisijainen hoitomuoto, on sillä tärkeä merkitys potilaan elämänlaadun parantamisessa.

IBD ja lääkehoito-opas on tällä hetkellä asiantuntijan tarkastettavana ja saadaan painoon kesällä 2008. Oppaan sisällön asiantuntijatarkastajana toimii Airi Jussila, LL, apulaisylilääkäri Seinäjoen keskussairaala.

Lääkeoppaan kirjoitusvaiheessa allekirjoittanutta askarruttavia kysymyksiä olivat viime vuosina tehtyjen lääketutkimusten vaikutukset hoitokäytäntöihin ja kehitellyt uudet hoitomuodot IBD:hen. Kiinnostavaa on myös se, miten lääkäri suhtautuu valvutuneeseen potilaaseen, jolla on tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, ja joka esittää kysymyksiä ja haluaa keskustella

hoidon kulusta. IBD ja lääkehoito-oppaan laatimisen taustalla on ajatus siitä, että mitä enemmän potilas taudistaan tietää, sitä sitoutuneempi hän on sen hoitoon ja valmiimpi hyväksymään sairauden osaksi elämäänsä. Haastattelin Airi Jussilaa muun muassa näihin kysymyksiin liittyen.

Potilaan IBD-tieto lisääntynyt jo toisella vastaanottokäynnillä

Millaiset tiedot IBD:sta sinun potilaillasi yleisesti ottaen on?

- Siinä vaiheessa kun ihminen sairastuu, hän harvoin tietää sairaudesta yhtään mitään tai hyvin vähän. Ensimmäisellä kerralla vastaanotolla hänellä ei tästä syystä ole paljoakaan tietoa sairaudestaan, mutta seuraavalla käynnillä tietomäärä onkin yleensä jo lisääntynyt paljon, erityisesti nuorilla ihmisillä. Tähän ilmeisesti vaikuttaa nuorten matala kynnys hakea tietoa internetistä.

Onko helpompi hoitaa potilasta jolla on tietoa sairaudestaan vai sellais-



Gastroenterologi, apulaisylilääkäri Airi Jussila Seinäjoen keskussairaala on todennut, että vasta sairastunut harvoin tietää IBD:stä mitään.

ta potilasta, joka ei tiedä sairaudestaan paljoakaan?

- Kyllä potilasta on minusta huomattavasti parempi hoitaa, kun hän on aktiivinen tiedonetsijä ja hänellä on tietoa taudista lisääntynyt uudelleen vastaanotolle tullessaan. Tietenkään kaikki esimerkiksi netistä kaivettu tieto ei välttämättä ole oikeellista.

Airi pitää kuitenkin ehdottomasti parempana vaihtoehtona, että tietoa on hankittu, vaikka sitten

samalla väärin mielikuvien mahdollisuus kasvaisikin hetkeksi.

-Jos tietoa etsiessä törmää asioihin, jotka askarruttavat tai herättävät kysymyksiä tai pelkoa, näistä sitten keskustellaan vastaanotolla ja oiotaan väärinkäsitykset ja jutellaan tietoa hankittaessa heränneistä ajatuksista ja kysymyksistä, Airi kertoo.

Potilaan on siis vastaanotolle mennessään hyvä pitää mielessä, että on tietoa hakiessaan osoittanut aktiiv-

visuutta ja sitoutuneisuutta hoitoonsa, ja lääkäri erittäin mielellään vastaa näistä läh-
tökohdista esiin nousseisiin
kysymyksiin.

Keskustelua leikkaushoidosta ja luontaishoidoista

Saako potilas vastustaa lää-
kärin hoitoehtoja, saako
potilaalla olla mielipiteitä?
Kuinka hoitava lääkäri sel-
laiseen suhtautuu?

- Kyllä hoidon suunnitte-
lu tapahtuu yleensä hyvässä
hengessä ja yhteisymmär-
ryksessä. Lääkäri ehdottaa
hoitoa ja sen jälkeen poti-
laan kanssa keskustellaan
hoitosuunnitelmasta, käy-
dään läpi hoidolla saavutet-
tavat hyödyt ja mahdolliset
haittavaikutukset.

Airin kokemus hoidon
suunnittelusta on, että se on
hyvin yhteismielinen, jos-
sa potilaat pääsääntöisesti
hyväksyvät hoitosuunnitel-
man. Hänen kokemuksensa
mukaan potilaat ovat yh-
teistyökykyisiä ja –haluisia,
eikä potilaiden vastustus
hoitoon ole missään määrin
lääkärille ongelma.

Mitkä asiat ovat niitä,
joista potilaiden kanssa tu-
lee eniten ”vääntöä”?

- No leikkaushoito (pak-
susuolen poisto, väliaikai-
nen avanne) tietenkin on
sellainen ehkä vähän pelot-
tava tai ainakin mietittyvä
asia. Eikä leikkauspäätöstä
yleensä tehdäkään yhdellä
käyntikerralla. Leikkauk-
sesta hoitomahdollisuutena
keskustellaan pitempään ja
se useimmiten vaatii kyp-
sytelyä.

Luontaistuotteet ja vaih-
toehtohoidot ovat toinen
asia, jotka nousevat aina
silloin tällöin esiin. Kun
näistä kysytään lääkäriltä,
lääkärin vastaus on, ettei
tutkittua tietoa näiden hoi-
tojen vaikuttavuudesta ole

ja sen vuoksi lääketieteen
edustajana hän ei niitä suo-
sittele. Jotkut haluavat silti
kokeilla, eikä lääkäri voi
sitä estää, vaikka itse ei
vaihtoehtohoitoja pidäkään
ratkaisuna sairauksessa. Ai-
rin kokemus on, että näiden
hoitojen vaikuttavuudesta
saattaa potilaalla olla tur-
han ruusuiset kuvitelmat.
Vaihtoehtohoidot kuitenkin
nousevat potilaiden kanssa
keskustelun kohteeksi vain
harvoin.

IBD-potilaat verrattain tunnollisia lääkkeenottajia

Onko paljon potilaita, jotka
jättävät lääkkeitä syömättä,
tai ottavat niitä huolimatta-
tomasti? Millaisia vaiku-
tuksia tällä on sairauteen ja
sairauden hoitoon?

- Tällaisia tapauksia näyt-
täisi olevan hyvin vähän.
Suurin osa näyttäisi olevan
hoitoon sitoutuneita ja ot-
tavan lääkkeitään säännöl-
lisesti. Tietenkään tätä ei
voi tietää varmuudella, vaan
kyseessä on pelkkä ”mu-
tu-tuntuma”, sillä vaikka
on olemassa tutkimuksia
potilaiden hoitoon sitou-
tumisesta yleisesti ottaen,
erityisesti IBD-potilaiden
hoitoon sitoutumista ei ole
tutkittu.

Ainoa lääkärin silmiin

näkyvä varma mittari on
se, saapuuko potilas sovit-
tuihin kontrolleihin. Lääke-
reseptitkin ovat epävarma
mittari siinä mielessä, että
resepti on esimerkiksi voi-
nut kadota ja se on uusittu
käyntien välillä. Airilla on
ollut hoidossaan tapauksia,
joissa tauti on pahentunut,
koska lääkkeitä ei ole otet-
tu. Jotta tällainen tapaus
tulisi lääkärin tietoon, on
potilaan tunnustettava asia
lääkärille. Lääkäri ei sitä
voi taudin tilasta nähdä,
sillä tauti voi olla muuttua
pahempaan suuntaan myös
muista syistä.

Lääkkeiden käytöstä kes-
kustellaan aina vastaan-
otolla käytäessä; lääkäri
tiedustelee kuinka potilas
on lääkkeitä ottanut, kuin-
ka lääke on sopinut, jne.
Lääkärin oletusarvo on,
että potilas kantaa vastuun
sairaudestaan ja on syönyt
määrätyt lääkkeet. Mikäli
ne kuitenkin ovat syystä tai
toisesta jääneet ottamatta,
olisi todella tärkeää, että
potilas pystyisi juttelemaan
asiasta hoitavalle lääkärille,
jotta tämä osaisi ottaa asian
huomioon hoitoa eteenpäin
suunnitellessaan.

Biologiset lääkkeet ja hoidon yksilöityminen

Mitä mieltä olet näistä uu-
sista biologisista lääkkeistä?



*Airi Jussilan mukaan IBD-potilaat sitoutuvat yleensä hoi-
toon hyvin, mutta poikkeuksiakin on tullut vastaan.*

Onko niiden hyöty vs. hin-
ta kannattavassa suhteessa
keskenään?

- Oikealle potilasryhmälle
hyvä ja tehokas lääke, on
Airi Jussilan lyhyt ja yti-
mekäs vastaus.

Lääkkeiden lopullista ase-
maa ei vielä tiedetä. Tällä
hetkellä on tutkimuksen alla
se, että kuinka varhaisessa
vaiheessa ja kenelle niitä
kannattaisi antaa. Asiasta
tarkemmin tiedustelllessani
Airi kertoi nykyisuutauksen
olevan, että lääkettä ei pidä
antaa liian lievässä taudissa.
Biologista lääkitystä käytet-
tään nykyisin ennen kaikkea
vaikean Crohnin taudin hoi-
toon. Myös pienelle osalle
colitis ulcerosa –potilaista
siitä voi olla hyötyä. Airi
pitää näitä lääkkeitä erittäin
hyvänä lisämahdollisuutena
rääätälöityä hoitoa suunni-
teltaessa.

Jussilan mukaan hoito on
nykyisin yksilöllisempää.
Enää hoito ei mene jokai-
sen kohdalla samalla taval-
la, vaan potilaskohtaisesti
mietitään eri hoitovaihto-
ehtoja.

Hoidon rääätälöityminen
luonnollisesti herättää kysy-
myksen hoitokäytännöissä
mahdollisesti syntyvistä
eroista eri puolilla Suomea.
Airi kuitenkin katsoo hoito-
linjan olevan pääsääntöises-
ti suhteellisen yhteneväisen
läpi Suomen. Suhtautumi-
sessa biologisten lääkkeiden
käyttöön ja leikkaushoitoon
on hiukan eroa eri puolilla
Suomea.

- Mutta erityisesti, jos ver-
taa Suomen hoitokäytännön
yhteneväisyyttä siihen, mitä
se on maailmalla, ovat erot
kyllä suhteellisen pienet,
Airi summaa.

Maria Mattinen
opasprojektsihteeri

Ärtyvän suolen oireyhtymä

Gastroenterologian erikoislääkäri Markku Hillilän (HYKS) mukaan IBS:nkin taustalla saattaa olla tulehdus- tai mikrobistotekijöitä.

Ärtyvän suolen oireyhtymän (Irritable Bowel Syndrome, IBS) tyyppioireina ovat vatsakivut, joihin liittyy poikkeavaa suolen toimintaa, kuten ummetusta tai ripulia tai molempia näistä vaihdellen.

Vatsakivujen lisäksi potilaalla saattaa olla vatsan turvotusta ja ilmavaivoja, jotka yleensä pahenevat päivän mittaan. Potilaat ovat valittaneet myös peräsuolen krampeja. Vatsakipu tyypillisesti helpottaa ulostamisen jälkeen.

Vaiva on toiminnallinen, eli oireisto ei selity elimellisellä sairaudella tai biokemiallisella poikkeavuudella.

Ärtyvän suolen oireilu on pitkäaikaista, usein aaltoilevaa, jolloin runsas- ja vähempioireiset jaksot vuorottelevat. Monilla henkinen stressi pahentaa vatsaoireita. Toiset kokevat oireiden pahentuvan tietyistä ruoka-aineista kuten kahvi, alkoholi, sipuli, palkokasvit, mausteiset ruoat tai maitotaloustuotteet.

Selkäkipu ja päänsärky liitännäisenä

IBS jaotellaan oireiden mukaisesti ripulipainotteiseen,

ummetuspainotteiseen ja vaihtelevaan muotoon.

Ripulipainotteisessa muodossa vatsakivujen lisäksi potilaalla esiintyy löysyä ulosteita ja tihentynyttä suolen toimintaa. Ulostuskertoja voi olla useita vuorokaudessa.

Ummetusmuodossa uloste on kovaa ja suolen toiminta hidastunutta. Suoli saattaa toimia kerran viikossa.

Vaihtelevassa muodossa esiintyy molempia toimintahäiriöitä; ummetusjaksoa saattaa seurata ripulijakso jne.

Vatsaoireiden lisäksi ärtyvän suolen oireyhtymää sairastavilla on muuta väestöä enemmän erilaisia, usein toiminnallisiksi luokiteltuja ruumiillisia vaivoja kuten päänsärkyä, fibromyalgiaa, selkäkipua, toiminnallisia virtsatieoireita ja sydämen palpitaatiotuntemuksia.

Lisäksi psyykkisiä oireita, kuten depressiota ja ahdistuneisuutta, esiintyy muita enemmän.

Ärtyvän suolen oireyhtymä on yleinen länsimaissa. Sen esiintyvyys vaihtelee 5 ja 25 %:n välillä väestöstä, tutkimusmenetelmistä ja IBS-määritelmästä riippuen.



IBS voi aiheuttaa turvotusta, kipuja ja ripulointia sekä ummetusta.

Oireyhtymää esiintyy naisilla yleisemmin kuin miehillä. Suomessa IBS:n esiintyvyys on kriteereistä riippuen 5-17 %.

Kaasut pakkaantuvat kun suoli ei liiku

IBS:n syntyä ja vaikutusmekanismeja ei tunneta kovin

hyvin. Useissa tutkimuksissa IBS-potilailla on todettu kontrollihenkilöitä voimakkaampi suolen motorinen vaste mm. ruokailulle ja stressille.

Lisäksi oireyhtymään liittyy alentunut maha-suolikanavan aistimusten kipukynnys.

Mahdollisesti poikkeava-

vaan motoriseen häiriöön liittyen IBS-oireisilla suolikaasun poistuma saattaa olla hidastunut. Toisaalta normaalikin määrä suolikaasua voi aiheuttaa vatsavaivoja.

Noin 15 %:lla IBS:ää sairastavista oireilu on alkanut akuutin maha-suolikanavan tulehduksen jälkeen. - Kamylobakteeri- tai shigellainfektio näyttävät aiheuttavan tulehduksen jälkeisen IBS:n herkemmin kuin salmonella. Tällöin ripulipainotteinen IBS on yleisempää kuin muulla tavalla alkaneessa, Markku Hillilä kertoo.

Psykososiaalisilla tekijöillä on merkitystä varsinkin IBS-oireiston pahenemisessa. Stressi vaikuttaa ruoansulatuskanavan motoriikkaan ja tuntoaistimukseen.

Maha-suolikanavaa vuoraava enteraalinen hermosto koostuu kahdesta päällekkäisestä punoksesta, jotka ovat välittäjäneuronien avulla yhteydessä toisiinsa. Se säätelee suolen motoriikkaa ja välittää tuntemuksia. Hermostossa on useita välittäjäaineita, joista etenkin serotoniini on ollut viime vuosina kiinnostuksen kohteena. Eri serotoniinireseptoreihin vaikuttavia lääkkeitä onkin kehitetty IBS:n hoitoon.

Olisiko taustalla sittenkin tulehdusta?

IBS:n mekanismeista on viime vuosina kertynyt lisää oletuksia. Lievällä, endoskooppisesti ja rutiinikoepaloissa näkymättömällä tulehduksella saattaa olla merkitystä oireiden synnyssä.

IBS-oireisilla onkin kuvattu suurentunut tulehdusolujen määrä paksusuolen ja ohutsuolen loppuosan limakalvolla.

Vatsaoireiston vaikeus-



Myös IBD-potilaalla voi olla toiminnallisia vaivoja, vaikka itse tauti olisikin remissiassa.

aste ja tiheys ovat eräässä tutkimuksessa korreloineet paksusuolen limakalvon hermopäätteiden vieressä olevien aktivoituneiden syöttösolujen määrään.

Alkaa olla näyttöä myös siitä, että IBS-potilailla suolen mikrobisto eroaa terveistä verrokeista. Eri IBS-alityypitkin saattavat erota toisistaan suolen bakteeriflooran suhteen.

- Tässä vaiheessa on kuitenkin tehty vasta vähän tutkimuksia mikrobistoon liittyen, eivätkä niiden tulokset ole välttämättä yleistettävissä kaikkiin IBS-oireisiin, muistuttaa Hillilä.

Erilaissa tutkimuksissa on voitu todeta poikkeavaa kipusignaalin aiheuttamaa keskushermostoaktivaatiota.

- Myös suolen limakalvolla saattaa olla poikkeavaa signaalitoimintaa IBS:ssä, esimerkiksi lievän tulehduksen vuoksi, vaikka

näyttö tästäkin on vielä puutteellista.

Voiko IBD-potilaalla olla IBS?

IBS:n diagnostiikka perustuu tyypillisiin oireisiin ja suppeaan valikoimaan testejä, joilla pyritään sulkemaan pois mahdollinen orgaaninen sairaus oireiden taustalla.

Kaikilta IBS-oireisilta tulisi laboratoriokokein sulkea pois ainakin anemia ja laktoosi-intoleranssin mahdollisuus on otettava huomioon. Myös keliakian mahdollisuus on tutkittava verikokein.

Veriulosteet, laihtuminen, kuumeilu tai jatkuvasti paheneva oireilu ovat syitä tarkempiin tutkimuksiin. Ainakin paksusuolen täyhystys on syytä tehdä.

- Ripulipainotteinen IBS on syy kolonoskopiaan, koska oireen takana saattaa ol-

la mikroskooppinen koliitti tai lieväasteinen colitis tai Crohnin tauti.

Myös uusi IBS-tyyppinen oire yli 40-50-vuotiaalla edellyttää paksusuolen täyhystämistä.

Toiminnallisia vaivoja voi kuitenkin olla myös IBD-potilailla, vaikka tiukasti ottaen IBS-määritelmään kuuluu, että potilaalla ei ole orgaanista sairautta (kuten IBD), joka voisi selittää oireilun.

- Kuitenkin tässä mielestäni on oleellista tuo lause ”joka voisi selittää oireilun”. Eli vastaanotolla tapaa joskus IBD-potilaita, joilla tauti on remissiiossa eli tulehdus on poissa, mutta vatsa oireilee. Näiden kohdalla on usein kyseessä juuri toiminnallinen IBS-tyyppinen oireisto, Hillilä tarkentaa.

JV / Markku Hillilä