

Toiminnalliset vatsavaivat

Toiminnalliset vatsavaivat ovat yleisiä perusterveydenhuollon ongelmia. Tavallisimpia niistä ovat ärtyvän suolen oireyhtymä, toiminnallinen dyspepsia, toiminnallinen ummetus ja ripuli. Potilailla esiintyy usein myös muita kuin maha-suolikanavan oireita, varsinkin depressiota ja ahdistuneisuutta useammin kuin elimellisissä suolistosairauksissa. Hoidossa on tärkeää selvittää potilaalle oireiden hyvänlaatuisuus ja kartoittaa mahdollisia oireita pahentavia tekijöitä. Lääkehoidon teho on rajallinen, ja suurin osa potilaista tulee toimeen ilman jatkuvaa lääkitystä. Lääkehoito suunnataan johto-oireen mukaan yleensä kipuun tai motiliteettihäiriöön.

Toiminnallisella vatsavaivalla tarkoitetaan erilaisia maha-suolikanavan oireita ilman elimellistä syytä. Oireet ovat tyypillisesti pitkäaikaisia ja usein kausiluonteisia. Yleisimpiä toiminnallisia vatsavaivoja ovat toiminnallinen dyspepsia, ärtyvän suolen oireyhtymä (irritable bowel syndrome, IBS), toiminnallinen ripuli ja ummetus. Erilaiset toiminnalliset oireyhtymät tunnistetaan Rooma III -kriteereillä (**TAULUKKO**). IBS:ssä esiintyy toisin kuin toiminnallisessa ripulissa tai ummetuksessa suolen toimintahäiriön lisäksi vatsakipua. Toiminnallisen dyspepsian oireet paikantuvat ylävatsan alueelle, mutta IBS:ssä vatsakipu tuntuu yleensä koko vatsassa tai enimmäkseen alavatsassa. IBS:ssä ulostaminen yleensä lievittää kipua, dyspepsiassa ei.

Toiminnallisissa vatsavaivoissa esiintyy paljon päällekkäisyyttä: potilaalla saattaa ilmetä esimerkiksi IBS-oireen lisäksi dyspepsiaa. Vatsaoireisto voi myös ajan kuluessa muuttua

esimerkiksi ummetuspainotteisesta IBS:stä ripulipainotteiseen tai sekamuotoon. Toiminnallisten vatsavaivojen hoidossakin on päällekkäisyyksiä: esimerkiksi ummetusta ja ripulia hoidetaan samoilla periaatteilla sekä IBS:ssä että toiminnallisessa ummetuksessa ja ripulissa.

Yksityiskohtaisempi diagnostiikka on jätetty tämän kirjoituksen ulkopuolelle; mm. dyspepsiaoireen selvittelyä on vastikään käsitelty tässä lehdessä (Niemi 2009). IBS-tyyppisten suolioireiden selvittelyssä kannattaa sulkea verikokeella pois maitosokerin imeytymishäiriö ja keliakia, jotka voivat aiheuttaa samankaltaisia oireita. Ns. hälytysmerkit (laihtuminen, kuumeilu, jatkuva ripuli, veriulosteet, anemia, yli 50 vuoden ikä, suvun kolorektaalisyöpärisite) viittaavat elimelliseen sairauteen, jolloin paksusuolen tähyttäminen ja tarvittaessa muut poissulkuutkimukset ovat aiheellisia. Tutkimusten uusiminen myöhemmin tulee kyseenalaiseksi, jos oirekuva selvästi muuttuu aiemmasta.

Toiminnallisissa vatsavaivoissa potilaalla esiintyy usein vatsaoireiden lisäksi muita somaattisia ja psyykkisiä oireita. Depressio ja ahdistuneisuus ovat yleisempiä kuin elimellistä suolistosairautta potevilla. Somaattisista oireista päänsärky, selkävaivat, fibromyalgia, virtsaamishäiriöt ja sydämen rytmihäiriötuntemukset ovat yleisiä. Myös närästystä esiintyy IBS:ssä ja toiminnallisessa dyspepsiassa tavallista useammin. Potilaat käyttävät runsaasti terveydenhuoltopalveluita paitsi vatsavaivojen myös muiden oireiden vuoksi. Depression tai ahdistuneisuuden tunnistaminen ja hoitaminen voivat vähentää myös vatsaoireilua ja toistuvia lääkärisä käyntejä. Usein vastaanotolle hakeutuvalla on ollut vatsaperäistä oi-

TAULUKKO. Toiminnallisen dyspepsian ja ärtyvän suolen oireyhtymän diagnostiset kriteerit (Rooma III). Edellytyksenä on, että oireita on esiintynyt vähintään kuuden kuukauden ajan

Toiminnallinen dyspepsia

1. Viimeisten kolmen kuukauden aikana:

Yksi tai useampia seuraavista

- Häiritsevä aterianjälkeinen täysinäisyyden tunne useita kertoja viikossa
- Useita kertoja viikossa esiintyvä varhainen kylläisyyden tunne ruokaillessa
- Epigastrinen, jaksoittainen kipu vähintään kerran viikossa
- Epigastrinen (ei retrosternaalinen) jaksoittainen polttelu vähintään kerran viikossa

Sekä

2. Ei merkkejä elimellisestä sairaudesta, joka selittäisi oireen

Ärtyvän suolen oireyhtymä

Viimeisten kolmen kuukauden aikana vähintään kolmena päivänä kuussa vatsakipua tai -vaivaa, joka täyttää vähintään kaksi seuraavista kriteereistä:

Vatsakipu tai -vaiva

- helpottaa ulostamisen jälkeen
- liittyy ulostamistaajuuden muutokseen
- liittyy ulosteen konsistenssin muutokseen

reilua jo vuosikausia, mutta tulon syy saattaa olla oireiston pahentuminen tai muuttuminen tai huoli mahdollisesta vakavasta sairaudesta. Varsinkin ahdistuneisuus näyttää lisäävän terveyspalveluiden käyttöä (Brandt ym. 2002).

Hoidon periaatteet

Parantavaa hoitoa toiminnallisiin vatsavaivoihin ei ole. Hoidon tavoitteena on oireiden lievitys ja elämänlaadun kohentaminen, ja hoito voidaan toteuttaa pääosin perusterveydenhuollossa. Osa potilaista on haasteellisia hoidettavia, etenkin jos oireistoon liittyy runsas psyykinen oireilu. Potilaat saattavat pelätä sairastavansa vakavaa tautia, mikä lisää ahdistuneisuutta ja usein myös maha-suolikanavan oireita. Kun oireiden luonne selvitetään potilaalle, vaivan kanssa on helpompi elää- ja näin voidaan välttää toistuvia lääkärisissä käyntejä sekä turhia tutkimuksia.

Lääkkeiden tehossa on toivomisen varaa- ja

dosta. Toiminnallisten vatsavaivojen lääkehoitotutkimuksissa on tyypillistä hyvä vaste lumehoitoon, yleensä vasteosuus on noin 40 %, suurimmillaan jopa 70 % (Brandt ym. 2002). Tämä kuvastanee sitä, että potilaat ovat hyvin vastaanottavia kaikille interventioille. Hoidossa onkin tärkeää luoda hyvä potilas-lääkärisuhde ja selvittää potilaalle vaivan vaarattomuus ja hyvänlaatuinen luonne.

Usein henkinen stressi tai tietyt ruoka-aineet pahentavat toiminnallisen dyspepsian ja IBS:n oireita. Mahdolliset oireita pahentavat tekijät kannattaa kartoittaa yhdessä potilaan kanssa. Elämäntapa- ja ruokavaliomuutoksilla voidaan saavuttaa riittävän hyvä tulos, jolloin suuri osa potilaista pärjää ilman lääkettä.

Psyko- ja hypnoterapiasta näyttäisi olevan hyötyä IBS:ssä ja toiminnallisessa dyspepsiassa (Drossman ym. 2006). Varsinkin hypnoterapiasta on julkaistu alustavia lupaavia tuloksia, joiden mukaan oireisto on lieventynyt, elämänlaatu kohentunut ja lääkkeiden tarve vähentynyt (Calvert ym. 2002, Palsson ja Whitehead 2002). IBS:ssä psykologisten hoitomenetelmien teho on rinnastettavissa masennuslääkkeiden tehoon, joskin tutkimusnäyttö on vielä puutteellista (Ford ym. 2009).

Toiminnallisen dyspepsian hoito

Toiminnallisella dyspepsialla tarkoitetaan epigastrista kipua, polttelua, ruokaillessa ilmaantuvaa varhaista kylläisyyden tunnetta tai aterianjälkeistä häiritsevää täysinäisyyden tunnetta ilman selittävää elimellistä syytä. Refluksioire ei kuulu dyspepsian määritelmään, mutta sitä esiintyy usein myös tässä potilasryhmässä. Ylävatsaoiretta esiintyy ainakin ajoittain 20–40 %:lla väestöstä. Elimellisiä syitä löytyy harvoin, joten suurin osa tapauksista on toiminnallisia (Heikkinen 2007).

Ruokavalio ja elämäntavat. Kahvi, tupakka ja alkoholi saattavat pahentaa ylävatsaoireita, joten niiden välttämistä voi suositella. Tulehduskipulääkkeitä on yleensä syytä välttää, koska ne voivat aiheuttaa maha-suolikanavan limakalvovaurioita, joiden oireet saatetaan virheellisesti tulkita toiminnallisesta dyspepsiasta johtuviksi.

Rasvaiset ja mausteiset ruoat pahentavat usein aterianjälkeisiä ylävatsaoireita. Jos ateriointi aiheuttaa varhaista täyttymisen tunnetta tai aterian jälkeen potilaalla esiintyy voimakasta ylävatsaoireilua tai pahoinvointia, on suositeltavaa syödä isojen aterioiden sijasta useampia pieniä vähärasvaisia aterioita päivässä.

Lääkehoito. Helikobakteerin häätö korjaa dyspepsiaoireen pienellä osalla potilaita. Talleyn ym. (2005) tutkimuksen mukaan yhtä hyvää hoitotulosta kohden tarvitaan 17 hoitopakoa (NNT = 17). Nuorella henkilöllä, jolla ei esiinny hälytysoireita (laihtuminen, oksentelu, nielemisvaikeudet, meleena) tai tulehduskipulääkkeiden runsasta käyttöä, voidaan helikobakteerin olemassaolo testata serologisesti, hengitystestillä tai ulosteantigeenillä ilman mahalaukun tähytystä. Todettaessa helikobakteeri mahdollinen ulkustauti tulee hoidetuksi bakteerin häädöllä.

Kiputyypinen toiminnallinen dyspepsia korjaantuu yhdeltä potilaalta hoidettaessa yhdeksän potilasta protonipumpun estäjällä (PPI) (NNT = 9) (Talley ym. 2005) Dyspepsiapotilailla usein esiintyvä refluksioire saattaa osin selittää haponsalpausten tehoa. Sen sijaan ruokailun provosoimassa motiliteettityypisessä oireilussa PPI:n hyödytä ei ole näyttöä. Lääkettä käytetään yleensä tarvittaessa tai kuuriluonteisesti esimerkiksi 2–8 viikon ajan. Puolikas PPI-annos näyttää tehoavan yhtä hyvin kuin koko annos. Osalle potilaista riittää oireiden lievitykseen H₂-salpaaja. Haponeritystä vähentävien lääkkeiden pitkäaikaiskäytön hyödytä ei ole tutkimusnäyttöä. Käytännössä kuitenkin osa potilaista tarvitsee pysyvää lääkitystä. Koska dyspepsiaoireet ovat yleensä kausiluonteisia, kannattaa oireen lievittyessä kokeilla lääkityksen jättämistä pois.

Prokineettistä lääkettä voidaan käyttää varsinkin ruokailun aiheuttamiin oireisiin, kuten varhaiseen täyttymisen tunteeseen ja pahoinvointiin. Eniten tutkimusnäyttöä on sisapridista, joka kuitenkin on poistettu markkinoilta sydänhaittojen vuoksi. Muista lääkkeistä ei ole riittävä tutkimusnäyttöä toiminnallisen dyspepsian hoidossa (Talley ym. 2005). Metoklopramidia käytetään motiliteettityypisen häiriön hoidossa. Keskushermostoon kohdis-

tuvien haittavaikutustensa vuoksi se soveltuu kuitenkin huonosti pitkäaikaiskäyttöön. Erytromysiinillä on antibakteerisen vaikutuksensa lisäksi agonistivaikutus motiliinireseptoriin, minkä vuoksi sitä on käytetty diabeettisessa ja idiopaattisessa gastropareesissa. Myös motiliteettityypisessä toiminnallisessa dyspepsiassa se stimuloi antrumia ja ohutsuolen supistelua ja nopeuttaa mahalaukun tyhjenemistä. Lääkkeen käyttöä rajoittavat kuitenkin sen mahasuolikanavaan kohdistuvat haittavaikutukset, kuten ripuli ja vatsakivut.

Mahalaukun fundusosan puutteellinen relaksaatio aterian yhteydessä aiheuttaa varhaista täyttymisen tunnetta. Buspironilla, jota on totuttu käyttämään ahdistuneisuushäiriöissä, on agonistinen vaikutus 5-HT₁-reseptoriin, ja se aikaansaa fundusrelaksaation. Lääkettä voidaan harkita hankalasti oireilevalle potilaalle motiliteettityypisessä dyspepsiassa, vaikka tutkimusnäyttö sen tehosta on riittämätöntä. Myös lääkkeen anksiolyyttinen vaikutus saattaa osaltaan lievittää oireita. Joillakin serotoniinin takaisinoton estäjillä (SSRI) on niin ikään mahalaukun fundusta relaksoiva

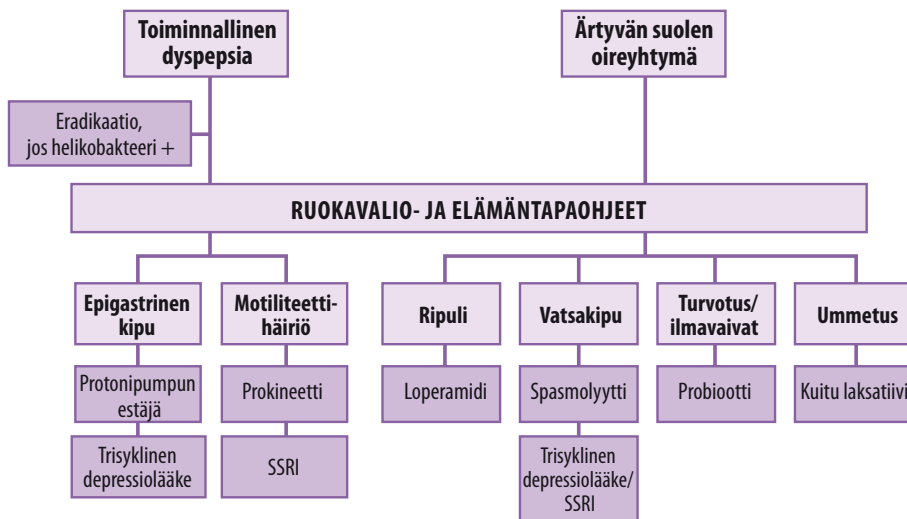
vaikutus – mahdollisesti serotoniinin vapautumisen aiheuttaman 5-HT₁ tai 5-HT₄-reseptorien stimulaation pohjalta – mutta niidenkään kliinisestä hyödytä ei vielä ole näyttöä. Lääkeriippymää voidaan harkita, varsinkin jos potilaalla ilmenee myös psyykkistä oireilua (KUVA).

Trisykliset depressiolääkkeet nostavat viskeeraalista kipukynnystä, joten niistä saattaa olla hyötyä kiputyypisessä dyspepsiassa. Lääkehoitoa kannattaa jatkaa ainakin muutaman kuukauden ajan samaan tapaan kuin ärtyvän suolen oireyhtymän hoidossa. Tutkimustietoa masennuslääkkeiden hyödytä toiminnallisessa dyspepsiassa on kuitenkin niukasti, serotoniinin takaisinoton estäjistä ei ollenkaan.

Ärtyvän suolen oireyhtymän hoito

Ärtyvän suolen oireyhtymän tunnusomaisia oireita ovat vatsakivut ja suolen häiriintynyt

Kun oireiden luonne selvitetään potilaalle, vaivan kanssa on helpompi elää



KUVA. Toiminnallisen dyspepsian ja ärtyvän suolen oireyhtymän hoito. SSRI = serotoniinin takaisinoton estäjä

toiminta. Tyypillisesti vatsakipu lievittyy ulostamisen jälkeen ja kivun ilmaantuminen liittyy ulosteen konsistenssin tai ulostamistaajuuden muutokseen. Osalla potilaista kipu on lievempää epämukavuuden tunnetta, johon usein liittyy iltaa kohti pahenevaa vatsan turvotusta ja ilmavaivoja.

Länsimaissa IBS:n esiintyvyys väestössä on noin 10 %. IBS jaetaan eri alatyyppeihin johon oireen mukaan. Ripulipainotteisessa muodossa vatsakivun lisäksi esiintyy löysiä ulosteita ja tihentynyttä suolen toimintaa; ummetuspainotteisessa suoli toimii harvoin ja uloste on kovaa. Sekamuotoisessa IBS:ssä taas esiintyy vaihtelevasti ummetus- ja ripulijaksoja.

Yleiset periaatteet. Stressi tai tietyt ruoka-aineet pahentavat usein IBS:n oireita. Nämä kannattaa kartoittaa kuten dyspepsiassakin. Oireita saattavat pahentaa mm. rasvaiset ja mausteiset sekä runsaasti hiilihydraatteja sisältävät ruoat, palkokasvit, sipuli ja paprika. Kokemuseräisesti myös ruisleipä näyttää pahentavan ilmavaivoja, ja osa potilaista kertoo lisäksi muiden viljatuotteiden ja maidon pahentavan oireita. Muita pahentavia tekijöitä ovat kahvi, alkoholi, ksylitolivalmisteet ja muut keinotekoiset makeutusaineet sekä mahdollisesti osalla potilaita fruktoosin runsas saanti. Varsinainen ruoka-aineallergia on nykykäsityksen mukaan kuitenkin harvinaista, eikä tiukkaan välttämisruokavalioon ole

tarvetta. Säännölliset ruokailuajat ja kiireetön ruokailu ovat suositeltavia.

Elämäntapoihin ja ruokailutottumuksiin paneutuminen saattaa lievittää oireita siinä määrin, että muuta hoitoa ei tarvita. Ellei tilanne ole tyydyttävä, voidaan käyttää oireita lievittäviä lääkkeitä. Lääkitys suunnataan johon oireen mukaan vatsakipuihin, ripuliin tai ummetukseen (KUVA).

Vatsakipujen lääkehoito. Vatsakivun tilapäiseen lievitykseen käytetään antikolinergisia spasmolyyttejä, jotka hillitsevät silealihaksen supistelua maha-suolikanavassa ja vähentävät suoliperäistä kipua. Antikolinergisen vaikutuksensa vuoksi ne saattavat pahentaa ummetusta, mikä kannattaa huomioida ummetuspainotteista IBS:ää hoidettaessa. Yleisimpiä – usein lieviä – haittavaikutuksia ovat suun kuivuus, näköhäiriöt, takykardia, heikotus ja virtsaamisvaikeudet. Ahdaskulmaglaukooma ja virtsaretentio ovat antikolinergisten spasmolyyttien vasta-aiheita.

Spasmolyyttiä ja anksiolyyttiä sisältävää yhdistelmää voidaan myös käyttää. Anksiolyyttisen vaikutuksen ansiosta varsinkin tilapäisen stressin provosoimissa vatsaoireissa valmiste on tehokas. Valmisteen sisältämän bentsodiatsepiinin vuoksi pitkäaikaista käyttöä on kuitenkin vältettävä.

Masennuslääkkeistä on usein hyötyä varsinkin IBS:ään liittyvän vatsakivun hoidossa.

Tuoreessa meta-analysissä masennuslääkkeiden NNT:ksi saatiin 4. NNT oli sama sekä trisyklisillä masennuslääkkeillä että serotoniniin takaisinoton estäjillä (Ford ym. 2009).

Trisyklisillä masennuslääkkeillä on sekä antikolinergisia että epäselektiivisiä serotoniinin takaisinottoa estäviä vaikutuksia. Maha-suolikanavassa ne vaikuttavat suolen motiliteettiin ja viskeraaliseen sensitiivisyyteen. Näiden lääkkeiden käyttöä kannattaa harkita, jos spasmolyyttiä tarvitaan vatsakipuun tiheästi. Neuromodulatoriset vaikutukset tulevat esiin jo pienemmillä annoksilla kuin depression hoidossa, ja esimerkiksi amitriptyliinia voidaan käyttää annoksella 10–25 mg iltaisin, ja tarvittaessa annosta suurennetaan vähitellen. Kuitenkin haittavaikutuksia, kuten ummetusta, suun kuivuutta ja väsymystä ilmaantuu herkästi isommilla, depression hoidossa käytetyillä annoksilla. Yleensä vaste ilmaantuu parin viikon hoidon jälkeen. Hoitokokeilua kannattaa kuitenkin jatkaa ainakin neljän viikon ajan. Jos vaste saavutetaan, voidaan hoitoa jatkaa esimerkiksi 6–12 kuukautta, jonka jälkeen lääkitys voidaan yrittää lopettaa. Ummetuspainotteisessa IBS:ssä tulee varautua hoitamaan myös mahdollista ummetuksen pahenemista, joka johtuu lääkeryhmän antikolinergisista vaikutuksista. Jos vaste on vain osittainen, voidaan lääkitykseen yhdistää tarvittaessa käytettävä spasmolyytti. Tuolloin on kuitenkin huomioitava antikolinergisten haittavaikutusten voimistuminen.

SSRI-lääkkeitä käytetään laajalti depression, ahdistuneisuuden ja somatisaatiohäiriöiden hoidossa. Kuitenkin näyttö tehosta IBS:ään on vielä vähäistä ja perustuu viiteen tutkimukseen, joissa potilaita oli yhteensä 230 (Ford ym. 2009). SSRI-lääkkeet näyttäisivät lievittävän vatsakipua ja kohentavan yleistä hyvinvointia depressiosta riippumatta, mutta suolen häiriintyneeseen toimintaan niillä ei ilmeisesti ole vaikutusta. SSRI-valmistetta voidaan harkita vatsakivun hoitoon sellaisille IBS-potilaille, joille trisykliset depressiolääkkeet aiheuttavat haittavaikutuksia, kuten ummetusta.

Vatsan turvottelu on usein hyvin häiritsevä oire, jonka hoitoon ei ole tehokkaita lääkkeitä. Esimerkiksi ilmavaivoihin käytettävien

YDINASIAT

- ▶ Hoidon tavoitteena on oireiden lievitys ja elämänlaadun kohentaminen.
- ▶ Hyvä potilas-lääkärisuhde on hoidon kulmakivi.
- ▶ Selvitä oireiston hyvänlaatuinen luonne potilaalle.
- ▶ Kartoita oireita pahentavat tekijät.
- ▶ Tunnista mahdollinen depressio tai ahdistuneisuus.
- ▶ Lääkehoito valitaan tarvittaessa johto-oireen mukaan.

dimetikonin tai simetikonin hyödyistä IBS:n hoidossa ei ole näyttöä. Probiooteista on kuitenkin julkaistu alustavia lupaavia tuloksia. Probiootit ovat mikrobeja, joilla katsotaan olevan terveyttä edistäviä vaikutuksia. Tutkimustiedon valossa näyttää siltä, että probioottivalmisteet eivät korjaa suolen poikkeavaa toimintaa mutta voivat sen sijaan helpottaa vatsan turvottelua ja ilmavaivoja. Probioottien teho riippuu käytetyistä bakteerikannoista ja niiden yhdistelmistä (Brandt ym. 2009). Yleisimmin käytettyjä ovat erilaiset laktobasillin ja bifidobakteerin yhdistelmät. Elintarvikkeista varsinkin hapanmaitovalmisteet sisältävät probiootteja. Probioottivalmisteita myydään myös apteekeissa ilman reseptiä.

Ripuli. Ärtävän suolen oireyhtymään liittyvän ripulin ja toiminnallisen ripulin hoito noudattelevat samoja linjoja. Yleisimmin käytetty lääke on loperamidi, joka myös vaimentaa IBS-potilailla usein esiintyvää herkistynyttä gastrokologista refleksiä. Ylläpitoannos on yleensä 4–12 mg/vrk. Ärtävän suolen oireyhtymän vatsakipuun loperamidilla ei kuitenkaan ole vaikutusta. Ripulin hoidossa kuituvalmisteista ei yleensä ole hyötyä. Joskus kroonisen ripulin syynä saattaa on idiopaattinen sappihappomalabsorptio, jolloin sappihappoja sitovasta kolestyramiinista on hyötyä. Samoin kolekystektomian jälkeen ilmaantuva krooninen ripuli helpottuu usein iltaisin otettavalla kolestyramiinilla.

Ummetus. Ravintokuidun riittävä määrä, 1283

nesteiden nauttaminen ja liikunta ovat ummetuksen hoidon kulmakiviä. Toiminnallisessa ummetuksessa ja ummetuspainotteisessa IBS:ssä kuituvalmisteet lisäävät ulostemassaa ja nopeuttavat suoliston läpikulku-aikaa jolloin uloste pehmenee ja suoli toimii tiheimmin. IBS:n hoidossa ispaghulankuorta sisältävät valmisteet näyttävät olevan tehokkaampia kuin vehnäleseet (Brandt ym. 2009). Kuituvalmisteen käyttöä kannattaa aloittaa pienellä annoksella, jota suurennetaan vähitellen esimerkiksi parin viikon välein ylläpitoannokseen, koska kuidun lisääminen voi aluksi pahentaa vatsan turvotusta ja ilmavaivoja. Ellei pelkkä kuitulisä riitä ummetuksen hoitamiseen, voidaan hoitoon yhdistää osmoottinen laksatiivi, kuten laktuloosi tai polyetyleeniglykolivalmiste.

Lopuksi

Lääkehoitojen teho toiminnallisissa vatsavaivoissa on rajallinen. Lisäksi viimeisten kymmenen vuoden aikana kehitetyt serotoniinireseptoreihin vaikuttavat IBS-lääkkeet ovat aiheuttaneet yllättäviä haittavaikutuksia. Ripulipainotteisen IBS:n hoitoon tarkoitettu alosetroni pistettiin Yhdysvaltojen markkinoilta pian il-

mestymisensä jälkeen vuonna 2000 vakavien ummetukseen liittyvien haittatapahtumien ja iskeemisen koliitin vuoksi. Tegaserodi, jolla on tehoa ummetus-IBS:ään hoidossa, vedettiin pois markkinoilta 2007 kardiovaskulaaristen haittatapahtumien takia. Alosetroni on sittemmin palannut Yhdysvaltojen markkinoille tarkoin rajatuilla käyttöaiheilla. EU:n alueella kumpaakaan näistä lääkkeitä ei ole saatavilla.

Uusien lääkkeiden kehittäminen toiminnallisiin vaivoihin on haasteellista, sillä hyvälaatuisen vaivan hoitamiseen tarkoitettulle lääkkeelle ei voida hyväksyä mahdollisesti vaarallisia haittavaikutuksia. Lääkerintamalla ei ole näkyvissä uusia läpimurtoja. Tuorein Yhdysvaltojen markkinoille ehtinyt valmiste on kloridikanava-aktivaattori lubiprostoni, joka on tarkoitettu toiminnallisen ummetuksen ja ummetuspainotteisen IBS:n hoitoon. Haittavaikutusten puuttuminen lisäänee tulevaisuudessa probioottien kiinnostavuutta toiminnallisten vatsavaivojen hoidossa. ■

MARKKU HILLILÄ, LL, osastonlääkäri
HYKS:n sisätaudit, gastroenterologian klinikka
Jorvin sairaala
PL 800, 00029 HUS

Summary

Functional disorders of the digestive tract

The most common functional disorders of the digestive tract include the irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, functional constipation and diarrhea. In addition to gastrointestinal symptoms, the patients exhibit other symptoms, particularly depression and anxiety, more frequently than in somatic bowel diseases. During therapy it is important to inform the patient about the benign nature of the symptoms and to screen for possible factors that exacerbate the symptoms. Most patients will manage without continuous medication. According to the leading symptom, medication is usually directed towards pain or motility disorder.

KIRJALLISUUTTA

- Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, ym. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 Suppl 11:S7–26.
- Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, ym. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104 Suppl 1:S1–35.
- Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnothera-

py. *Gastroenterology* 2002;123:1778–5.

- Drossman D, Corazzari E, Delvaux M, ym. (toim.) Rome III: The functional gastrointestinal disorders. Kolmas, korjattu painos. Virginia: Degnon Associates Inc 2006.
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367–78.
- Heikkinen M. Ylävatsavaivat. Kirjassa: Höckerstedt K, Färkkilä M, Kivilaakso E, Pikkarainen P, toim. *Gastroenterologia ja*

hepatologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007, s.19–23.

- Niemelä S. Milloin gastroskopia ylävatsakipuiselle potilaalle? *Duodecim* 2009;125:155–8.
- Palsson OS, Whitehead WE. The growing case for hypnosis as adjunctive therapy for functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2002;123:2132–5.
- Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005;129:1756–80.

SIDONNAISUUDET:

Ei ilmoitusta