

# Ylävatsavaivat

Markku Heikkinen

Luokittelu **20** Syntymekanismi ja syyt **20** Tutkiminen **22** Hoito **23**

Dyspepsia on ylävatsalla jatkuvasti tai ajoittain tuntuva kipu tai vaiva, jonka syyn arvellaan olevan ruuansulatuskanavan yläosassa. Ylävatsavaiva voi ilmetä aterian aikaisena varhaisena kylläisyyden tunteena, aterianjälkeisenä poikkeavana täyteläisyyden tunteena, ylävatsan turpoamisena, röyhtäilyinä, yökkäilyinä, pahoinvointina tai oksenteluna. Uusimman määritelmän mukaan pelkkä refluksoire ei täytä dyspepsian määritelmää. Käytännössä kuitenkin useimmilla refluksoireisilla potilailla on lisäksi ylävatsavaivoja eikä pelkästään oireita rintakehän alueella.

## Luokittelu

Dyspepsia voidaan jakaa orgaaniseen ja toiminnalliseen. Toiminnallinen dyspepsia puolestaan voidaan jakaa oirekuvan perusteella alaryhmiin eli ylävatsakipuoireyhtymään (epigastric pain syndrome) tai aterianjälkeiseen oireyhtymään (postprandial distress syndrome). Ylävatsakipuoireyhtymässä potilaalla on vähintään kerran viikossa kohtalaista kipua tai polttelua ylävatsalla. Kipu on jaksoittaista, eikä ulostaminen helpota sitä. Kipu ei ole kuitenkaan sappikiputyypistä. Ruokailu voi joko helpottaa tai pahentaa oireita. Ruokailun jälkeiselle oireilulle on tyyppillistä normaalin kokoisen aterianjälkeinen täyteläisyyden

tai varhaisen kylläisyyden tunne. Lisäksi ylävatsan turvotusta tai aterianjälkeistä pahoinvointia, röyhtäilyä tai kipua voi esiintyä. Jos dyspepsiasta kärsivän potilaan oireisto on pääasiallisesti refluksoityypinen eli närästely ja karvaan tai väkevän nesteen nousu rintalastan taakse tai suuhun, suositellaan käytettäväksi termiä ”oireinen ruokatorven reflukti”. Jos puolestaan ärtyvän suolen oireyhtymän (irritable bowel syndrome, IBS) diagnoosikriteerit täyttyvät, luokitellaan potilaat IBS-ryhmään, vaikka heillä samanaikaisesti olisikin ylävatsavaivoja. Toiminnallisen dyspepsian luokittelun käytännön hyöty on kuitenkin osoittautunut toivottua vähäisemmäksi, sillä se ei korreloi hyvin oireen patogeneesiin, ennusteeseen eikä lääkehoitovasteeseen.

## Syntymekanismi ja syyt

Ylävatsavaivat ovat hyvin yleisiä, ja 20–40 % väestöstä kärsii ajoittain dyspepsiaoireista. Suurin osa ei kuitenkaan hakeudu näiden vaivojen vuoksi lääkäriin. Avohoidon terveystieteiden tutkimuksista 2–3 % johtuu dyspepsiasta. Oireiden syntymekanismia käsitellään orgaanisten tautien yhteydessä kirjan muissa luvuissa. Toiminnallisen dyspepsian patofysiologia on edelleen epäselvä. Samankaltaiset vaivat voivat johtua useista eri syistä. On

esitetty, että motiliteettihäiriöt, hidastunut mahan tyhjeneminen, funduksen adaptaatiohäiriö, lisääntynyt viskeraalinen herkkyyks, psyykkiset tekijät, haponeritys, helikobakteeri-infektio, ruuansulatuskanavan hormonit tai ravinto- ja nautintoaineet olisivat toiminnallisen dyspepsian aiheuttajia.

Motiliteettihäiriöitä, etenkin mahalaukun hidastunutta tyhjenemistä, on raportoitu 20–50 %:lla dyspepsiapotilaista. Näillä potilailla on todettu antrumien hypomotiliteettia sekä mahalaukun myoelektrisiä poikkeavuuksia, kuten takygastriaa ja epäsäännöllisiä supisteluita. Oireiden ja motiliteettihäiriöiden välinen yhteys on kuitenkin epäselvä. Potilailla on osoitettu mahalaukun yläosan adaptaation häiriöitä aterian yhteydessä ilmeisesti vagaalisen toiminnan heikkouden takia.

Ruuansulatuskanavan yläosan kipuaistimustutkimuksista on todettu, että toiminnallisia ylävatsavaivoja sairastavat potilaat tuntevat kipua mahalaukun tai suolen pallolaajenuksessa herkemmin kuin terveet verrokkit. Mekanismina voi olla joko perifeeristen mekanoreseptorien herkkyyks tai keskushermoston herkempi reagointi.

Verrattuna terveisiin kontrollihenkilöihin toiminnallista dyspepsiaa sairastavilla on todettu enemmän neuroottisuutta, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja hypokondrisia piirteitä. Heidän väitetään olevan tyytymättömämpiä omaan terveyteensä kuin ulkuspotilaiden. Kuitenkaan psyykkisiä oireita ei ole todettu enempää kuin orgaanisia vatsavaivoja sairastavilla. Toiminnallista dyspepsiaa sairastavilla ei ole mitään tiettyä poikkeavaa psyykkistä profilia. Dyspepsia-oireisista ihmisistä lääkäriin hakeutuvat ne, jotka ovat eniten huolissaan oireestaan. Mahdollisesti psyykkiset tekijät selittävätkin osittain vastaanotolle hakeutumista eivätkä sinänsä toiminnallisen dyspepsian patofysiologiaa.

Useimmissa tutkimuksissa on todettu, että dyspepsiapotilailla mahahappoa erittyy normaali määrä. Osalla potilaista haponeritys voi kuitenkin olla lisääntynyt tai he aistivat fysiologisenkin haponerityksen tavanomaista herkemmin.

Helikobakteeri-infektion merkitys ulkustaudissa ja gastriitin aiheuttajana on kiistanaton. Sen sijaan toiminnallisen dyspepsian ja helikobakteerin yhteys on kiistanalainen. Väestössä dyspepsia-

oireita on nuorilla enemmän kuin iäkkäillä, mutta helikobakteeri-infektion esiintyvyys lisääntyy iän mukana. Häättöhoitojen tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Useissa väestötutkimuksissa ja tutkimuksissa, joissa potilaiden ikä on huomioitu, ei helikobakteerivasta-aineiden esiintymisessä ole ollut eroja. Varmaa on, että vain pienellä osalla toiminnallisista ylävatsavaivoista kärsivistä potilaista oireet helpottuvat helikobakteerin häättöhoidolla. Toistaiseksi ongelmana on se, että emme pysty ennalta tunnistamaan hoidosta mahdollisesti hyötyviä potilaita. Lisäksi on hyvä muistaa, että laajakirjoisilla mikrobilääkekuureilla on omat haittavaikutuksensa.

Vatsavaivaisia potilaita neuvotaan usein välttämään kahvin juontia, alkoholin käyttöä ja rasvaisia ruokia. Refluksioireiden hoidossa niillä on merkitystä, mutta toiminnallisessa dyspepsiassa ei ole selvää näyttöä mainittujen aineiden eliminaation hyödystä. Kuitenkin pienistä kerta-aterioista ja rasvan välttämisestä voi olla apua osalle potilaista. Ruuansulatuskanavan hormonien patofysiologinen merkitys toiminnallisille ylävatsavaivoille on huonosti tunnettu.

**Taulukko 1.1.** Terveyskeskukseen hakeutuneiden ylävatsavaivaisten potilaiden diagnoosijakauma (400 potilasta, 406 diagnoosia).

Diagnoosi	Ikä 15–44 vuotta	Ikä ≥ 45 vuotta
Ruokatorvitulehdus	12 (13 %)	46 (15 %)
Oireinen refluksi	9 (10 %)	38 (12 %)
Ulkustauti	5 (5 %)	55 (18 %)
Oireinen sappikivitauti	2 (2 %)	7 (2 %)
Keliakia	1 (1 %)	1 (0,3 %)
Giardiaasi	3 (3 %)	2 (0,6 %)
Maligniteetti	0	9 (3 %)
Laktoosi-intoleranssi	18 (20 %)	17 (6 %)
Toiminnallinen vaiva	39 (43 %)	133 (43 %)
Muu	2 (2 %)	7 (2 %)
<b>Yhteensä</b>	<b>91 (100 %)</b>	<b>315 (100 %)</b>

Ylävatsavaivojen syitä on selvitelty suomalaisilta terveyskeskuspotilailta. Tavallisimmat orgaaniset taudit oireiden syynä ovat ruokatorvitulehdus ja ulkustauti. Noin 50 %:lla vastaanotolle hakeutuneista potilaista vaiva on toiminnallinen. Etiologinen jakauma, jossa on mukana refluksoireisia, on esitetty taulukossa 1.1.

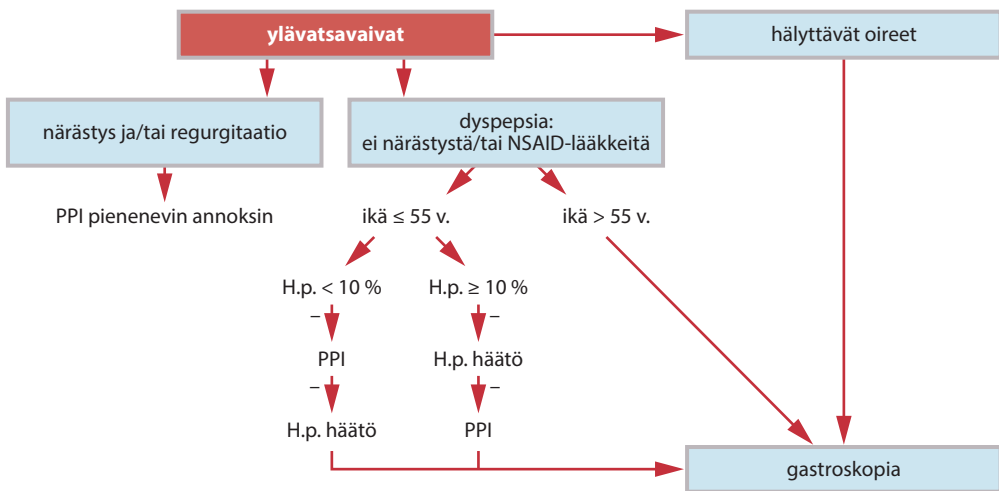
## Tutkiminen

Valitettavasti dyspepsian syyn määrittäminen potilaan esitietojen ja statuksen perusteella on kovin epäluotettavaa. Tyypilliset refluksoireet, närästys ja nesteen nousu ruokatorveen, viittaavat kuitenkin melko luotettavasti oireiseen ruokatorven refluksisairauteen (ks. kuva 1.1). Jos alle 55-vuotiaalla potilaalla ei ole hälyttäviä oireita, ei gastroskopia yleensä ole tarpeen ensisijaisena tutkimuksena. Tutkimattomassa dyspepsiassa on suositeltua seuloa ja hoitaa helikobakteeri-infek-

tio. Tämä ”test and treat” -menetelmä on osoittautunut turvalliseksi, gastroskopiakapasiteettia ja kustannuksia säästäväksi useissa tutkimuksissa. Jos väestön helikobakteerin esiintyvyys on pieni, kuten se monin paikoin Suomessa nuorilla on, voi tehokkaampi vaihtoehto olla aloittaa lääkehoito protonipumpun estäjillä 2–4 viikon ajaksi.

Lääkehoidon vaste on kontrolloitava 4–6 viikon kuluttua ja potilaille, joiden oireet eivät ole helpottuneet, tulee harkita jatkotutkimuksia (ks. taulukko 1.2). Hoitokokeilun huonona puolena on se, että se saattaa paradoksaalisesti valikoida tähytystutkimuksiin ne potilaat, joiden vatsavaiva on toiminnallinen. Oireen alkaminen nuorella iällä, oireiden pitkäaikainen kesto ja muuttumaton luonne sekä motiliteettihäiriötyyppiset oireet viittaavat toiminnalliseen vaivaan, jolloin voidaan harkita lääkehoitokokeilua tai pelkkää seurantaakin ilman jatkotutkimuksia (ks. taulukko 1.3).

Jos dyspepsiaoireet ilmaantuvat ensimmäistä kertaa yli 55-vuotiaana tai potilaalla on orgaaniseen sairauteen viittaavia oireita, on hänet syytä tutkia tarkemmin, koska maligniteetti voi olla



**Kuva 1.1.** Ylävatsavaivojen tutkimuskaavio. Uuden ylävatsaoireen yhteydessä selvitetään, onko potilaalla hälyttäviä oireita, jotka edellyttävät pikaista gastroskopiaa. Mikäli hälyttäviä oireita ei ole, arvioidaan, onko johtava oire refluksi vai dyspepsia. Jos johtava oire liittyy refluksiin, on ensisijainen lääkevalinta protonipumpun estäjä (PPI). Jos sen sijaan oireena ovat aterianjälkeinen ylävatsakipu, eikä potilas käytä tulehduskipulääkkeitä, määrätty hoito linjat potilaan iän ja helikobakteerin esiintyvyyden perusteella. Yli 55-vuotias, uudesta dyspepsiaoireesta kärsivä ohjataan suoraan gastroskopiaan. Alle 55-vuotiaille suositellaan ensisijaisena vaihtoehtona H. pylori -testausta ja hoitoa, jos todennäköisyys helikobakteerin esiintyvyydestä on yli 10 %. Jos sen sijaan todennäköisyys on alle 10 %, esimerkiksi kun kyseessä on 20–30-vuotias potilas, on ensisijainen hoitovalinta PPI-lääkitys elämäntapaohjeiden lisäksi.

**Taulukko 1.2.** Tutkimusjärjestys dyspepsian syy selvittämiseksi.

Usein tarvittavat tutkimukset	Mahdollisesti tarvittavat jatkotutkimukset
Gastroskopia + biopsiat	Ylävatsan kaikututkimus
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruokatorvitulehdus</li> <li>Toiminnallisen dyspepsian lisävarmennus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toiminnallisen dyspepsian lisävarmennus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Striktuurat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sappikivitauti</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ulkustauti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haiman sairaudet</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kasvaimet</li> </ul>	Kolonoskopia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keliakia (pohjukaissuolen villusatrofia)</li> </ul>	Ruokatorven 24 tunnin pH-mittaus
<ul style="list-style-type: none"> <li>Giardiaasi</li> </ul>	Harvoin tarvittavat jatkotutkimukset
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helikobakteeri-infektio</li> </ul>	Manometria
Laktoosirasitus tai geenitesti (+ perusverikokeet)	ERCP <sup>1</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laktoosi-intoleranssi (+ erotusdiagnostiikka)</li> </ul>	TT <sup>2</sup> , MK <sup>3</sup> , jne.
Helikobakteeritesti	

1. ERCP = endoskooppinen retrogradinen kolangiopankreatografia

2. TT = tietokonetomografia

3. MK = magneettikuvaus

oireen syynä (ks. taulukko 1.4). Myös paksusuolisyöpä voi joskus aiheuttaa ylävatsavaivoja.

Laboratoriokokeista laktoosirasitus on tärkein epäselvän dyspepsian tutkimisessa. Keliakiaa voidaan seuloa vasta-ainetestein. Jos vasta-aineet ovat koholla, tulee potilas lähettää tähyystutkimukseen. Muista serologisista seulontatesteistä, kuten seerumin gastriini 17:stä tai pepsinogeeni 1:stä, ei ole kliinistä apua dyspepsian hoitamisessa tai tutkimisessa. Anemian etsimisen lisäksi muilla verikokeilla on lähinnä erotusdiagnostista merkitystä. Kun tunnetaan dyspepsian todennäköinen etiologinen jakauma suomalaisilla potilailla, on ymmärrettävää, että gastroskopia on kiistattomasti hyödyllisin jatkotutkimus. Ylävatsan kaikututkimuksen hyöty dyspepsian selvittämisessä on vaatimaton ja sitä ei yleensä kannattaisi tehdä ennen gastroskopiaa. Pitkäaikaisten ylävatsavaivojen syy selviää ylävatsan kaikututkimuksessa alle 5 %:lla potilaista. Jos potilas ei käytä tulehduskipulääkkeitä ja on helikobakteerinegatiivinen, ulkustauti on epätodennäköinen. Gastroskopiolla voidaan luotettavimmin diagnosoida helikobakteerista riippumattomia dyspepsian aiheuttajia, kuten

**Taulukko 1.3.** Lääkehoitokokeilua puoltavia seikkoja dyspepsiapotilailla.

Ikä alle 55 vuotta
Lyhykestoinen oireisto
Tyypillinen komplisoitumaton refluksoire
Ei viitettä organisesta sairaudesta.
Aiemmin perusteellisesti tutkittu ja toiminnalliseksi todettu syy

ruokatorvitulehdusta tai keliakiaa. Suositus dyspepsiaoireen tutkimusjärjestykseksi on esitetty kuvassa 1.1.

## Hoito

Organisen ylävatsavaivan hoito on syynmukainen. Toiminnallisen dyspepsian hoidossa hyvä potilas-lääkärisuhde on erittäin merkityksellinen.

**Taulukko 1.4.** Gastroskopia on tarpeellinen dyspepsiapotilaalle.

<b>Uusi dyspepsiaoireisto + ikä yli 55 vuotta</b>
<b>Orgaaniseen sairauteen viittaavat oireet</b>
Meleena
Verioksennus
Toistuva oksentelu
Laihtuminen
Anemia
Nielemisvaikeudet
<b>Huono vaste läikehoitokeiluun</b>
<b>Tulehduskipuläikeiden käyttö</b>
<b>Sukuanamneesi</b>
Ulkustauti
Mahasyöpä
Keliakia

Monille potilaille riittää tieto, että kyse on vaaratomasta, hyväennusteisesta oireesta. Tarpeettomia jatkotutkimuksia ja gastroskopian toistuvaa uusimista on syytä välttää. Osa potilaista haluaa oireenmukaista hoitoa ajoittain. Koska patofysiologia voi olla moninainen, ei ole yhtä ainoaa oikeaa läikehoitoa. Lumeläikeen teho on 30–60 %. Helikobakteerin häätöhoidosta hyöttyä arviolta ainoastaan 5–10 % toiminnallisista ylävatsavaivoista kärsivistä potilaista. Happopumpun estäjistä on apua osalle potilaista, mutta vain poikkeustapauksissa tarvitaan täydellistä haponerityksen estoa. Haponeritystä vähentävät läikeet auttavat parhaiten potilaita, joilla on refluksoireita. Osa

dyspepsiapotilaista hyöttyä H2-salpaajasta tai sukralfaatista, osalle prokineeteistä olisi enemmän hyöttyä. Hyviä prokineettejä ei kuitenkaan ole Suomessa saatavilla, ja niillä on vaatimaton teho. Joillekin potilaille simetikonista voi olla apua. Osa potilaista hyöttyä psyykenläikeistä tai psykoterapiasta. Psyykenläikeistä trisyklisiä masennusläikeitä tai serotoniinin takaisinoton estäjiä on käytetty eniten. Niiden teho voi joillakin potilailla johtua positiivisesta vaikutuksesta mielialaan, mutta ne nostavat myös ruuansulatuskanavan kipukynnystä. Kuitenkin sekä masennusläikeiden että protonipumpun estäjien teho verrattuna lumeläikeeseen on melko vaatimaton, joten läikehoidon puutteelliseen vasteeseen on hoitavan läikeärin hyvä varautua.

### Kirjallisuutta

- Färkkilä M. Miten dyspepsiaa tulisi hoitaa? *Duodecim* 2004;120:2537–42.
- Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Räsänen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:519–23.
- Heikkinen M, Färkkilä M. Long-term outcome of functional dyspepsia: Effect of *Helicobacter pylori* infection. A 6- to 7-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:905–10.
- Hillilä M. Toiminnalliset vatsavaivat. *Duodecim* 2009;125:1279–84.
- Talley NJ, Ford AC. Functional dyspepsia. *N Engl J Med* 2015;373:1853–63.
- Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, ym. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1380–92.
- Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gastroenterologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).